

Salute mentale e dipendenze

Da alcuni anni ormai l'Osservasalute dedica un capitolo alla salute mentale e dipendenze. Questo a fronte di evidenze oggettive che segnalano le problematiche trattate come prioritarie per la Sanità Pubblica.

La patologia mentale e le dipendenze sono infatti da un lato causa diretta della disabilità e mortalità che coinvolge spesso le fasce più deboli (giovani e anziani) della nostra popolazione, dall'altro indirettamente responsabili di un'esclusione sociale che alimenta le disuguaglianze, esse stesse importante fattore coinvolto nel web causale di salute e malattia.

Inoltre rappresentano patologie, seppur diversamente, altamente aggredibili, nel modificarne la storia naturale, dai servizi sanitari soprattutto territoriali, il cui ruolo è prioritario in termini di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria riabilitativa).

Il capitolo presenta quattro indicatori 'core', due relativi alla patologia psichiatrica (ospedalizzazione e utilizzo di farmaci) e due relativi alla dipendenza (utenza Sert e mortalità per abuso di sostanze stupefacenti), alcuni box ed approfondimenti.

I dati relativi all'ospedalizzazione per disturbi psichiatrici sono stati riproposti anche in questa edizione per segnalare il trend in diminuzione nella quasi totalità del territorio italiano.

Il consumo di farmaci antidepressivi e antipsicotici, nuovo indicatore, merita un'attenta e critica lettura: tale indicatore, oltre a rappresentare un ottimo tracciante del disagio legato alla patologia psichiatrica, ci segnala importanti differenze interregionali, da non sottovalutarsi in quanto non completamente attribuibili a differenti prevalenze di patologia ma, anche, ad una variabilità relativa all'accesso ai servizi ed alla risposta fornita dagli stessi.

Indicatore già proposto in altre edizioni dell'Osservasalute è "l'utenza Sert per sostanza primaria": si segnala, in tutte le regioni italiane, un aumento dell'utenza per problemi correlati all'uso di cocaina, problematica che merita oggi un'attenzione costante e la sempre maggior attività dei servizi verso questa tipologia di paziente.

L'ultimo indicatore 'core' analizzato si riferisce al tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti. Abbiamo ritenuto importante riproporlo dal momento che necessita di una continua valutazione ed è direttamente correlato all'efficacia del SSN in termini di prevenzione soprattutto secondaria.

In questa Edizione 2007 il capitolo si arricchisce, come detto, di alcuni box e approfondimenti.

Riteniamo questo un segnale confortante rispetto alla mancanza di dati oggettivi, soprattutto relativamente all'ambito della patologia psichiatrica, che avevamo segnalato nelle Edizioni precedenti.

Lo studio PROGRES sulle strutture residenziali psichiatriche, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, ci fornisce un censimento regionale delle strutture e, per un campione di esse, un interessante quadro delle caratteristiche e delle modalità di gestione alla luce della tipologia degli ospiti.

Un approfondimento curato dai Colleghi dell'Ista stima la spesa ospedaliera dedicata al paziente psichiatrico sulla base dei dati forniti dalle SDO. L'interessante analisi segnala, da un lato, un probabile più appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere rilevabile da una spesa in lieve crescita a fronte di una riduzione dei ricoveri, dall'altro ribadisce la necessità dell'attivazione di un flusso informativo stabile.

Relativamente alla dipendenza da sostanze sono presentati i primi dati desumibili dallo studio EUDAP (*European Drug Addiction Prevention Program*) che ha valutato l'efficacia di un programma basato sulle *lifeskills* e condotto tra gli scolari adolescenti di 7 Paesi Europei. I risultati, più che confortanti, sottolineano la necessità ma anche il dovere della Sanità Pubblica di lavorare sulla prevenzione primaria della dipendenza attraverso programmi di provata efficacia, peraltro già disponibili.

Un box è poi dedicato alla esperienza della regione Piemonte che ha istituito 10 anni orsono un Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze: si tratta, secondo noi, di una buona pratica da diffondere laddove possibile.

In sintesi riteniamo che questo capitolo rappresenti un successo della politica dell'Osservasalute che, negli anni precedenti, aveva più volte sottolineato la carenza di flussi informativi idonei ad una corretta analisi del fenomeno della salute mentale e delle tossicodipendenze.

Oltre agli indicatori 'core', sempre validi e utili, il capitolo si arricchisce infatti di molte esperienze, ancora campionarie, ma che ci auguriamo, per il prossimo futuro, diventino basi dati sanitarie universali almeno a livello regionale.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Il tasso grezzo di ospedalizzazione per disturbi psichici (includendo in questa definizione un'ampia gamma di disturbi tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze) viene calcolato dividendo il numero dei ricoveri complessivi (derivato dal database SDO) registrati in regime ordinario, ovvero del numero di dimissioni con diagnosi primaria di disturbo psichico (codici 290-319 della classificazione ICD-9-CM), per la popolazione residente nello stesso periodo di tempo considerato (un anno solare). Tale tasso è riferito alla regione di effettiva residenza, prescindendo dal luogo ove sia stato effettuato il ricovero, e viene espresso come numero di ricoveri per 10.000 abitanti.

*Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimessi per disturbi psichici in diagnosi principale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Inevitabilmente, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici rappresenta solo una stima approssimativa dello stato di salute mentale della popolazione, poiché esso non può tenere conto della prevalenza reale delle patologie psichiche. Sebbene vi sia sicuramente una correlazione, non è possibile stabilire con certezza, soprattutto considerando eventuali variabilità regionali, quale sia il rapporto tra l'utilizzo dell'ospedale e la frequenza di patologie, ovvero se ad un maggiore impiego dell'ospedale corrisponda una maggiore necessità della popolazione, piuttosto che una carenza dei servizi territoriali.

Un altro potenziale limite della rilevazione è costituito dal fatto che non è possibile distinguere, nell'ambito dei ricoveri rilevati, quelli che si riferiscono ad una stessa persona, ossia i ricoveri ripetuti.

Infine, come qualsiasi rilevazione, anche quella effettuata attraverso le SDO può essere affetta da errori ed incompletezze, che sono tuttavia oggetto di una forte azione di controllo, verifica, correzione e validazione a tutti i livelli operativi ed istituzionali coinvolti (presidi ospedalieri, case di cura, Aziende Sanitarie, regioni, Ministero della Salute): l'esito di tali sistemi di controllo è stato di ridurre significativamente gli errori presenti nelle schede.

In ogni caso, poiché non esistono registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta il più valido tra gli indici di attività dei servizi territoriali disponibili. A conferma di ciò, si rileva come le regioni che presentano tassi

Questo dato, oltre ad essere un indice indiretto del livello di salute mentale della popolazione, può essere considerato un indicatore dell'efficacia dei servizi territoriali nell'assistenza al paziente psichico, in termini di controllo e prevenzione degli episodi di acuzie.

Al fine di poter favorire la comparabilità dei tassi di ospedalizzazione di regioni diverse per struttura della popolazione, questi sono stati calcolati separatamente per uomini e donne e presentati sotto forma di tassi standardizzati per età, utilizzando come standard la distribuzione per età della popolazione media italiana al 2001. Il tasso è calcolato ad un livello di dettaglio regionale, in aggiunta alla valutazione del trend storico intra-regionale.

elevati di ospedalizzazione siano le stesse che mostrano un numero di centri diurni territoriali inferiore alla media italiana.

Valore di riferimento/Benchmark. La tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica varia tra i diversi paesi e non esiste ancora uno standard accettato, per cui è attualmente molto difficile effettuare confronti significativi. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in numerosi Progetti Obiettivo, il valore medio nazionale può essere indicato come valore standard di riferimento.

Descrizioni dei risultati

Come si può notare nella tabella 1, il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici sull'intero territorio nazionale è risultato pari a 52,4 per 10.000 abitanti nell'anno 2004 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati). Rispetto al 2001, si registra quindi una riduzione di ricoveri pari al 4,1%.

Nella tabella 2 sono invece riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per sesso e regione. Il tasso standardizzato medio nazionale, sia per gli uomini che per le donne, è sostanzialmente in linea con il tasso grezzo, mostrando un calo complessivo di circa il 4% per entrambi i sessi: 3,95% per le donne e 4,48% per gli uomini. Tale andamento può essere valutato in modo più chiaro nel grafico 1. Alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più

elevati rispetto alla media nazionale (in particolare l'Abruzzo, la Liguria, la Sicilia ed il Lazio). Al contrario, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione significativamente più bassi rispetto alla media nazionale fino al 40%. Un dato particolarmente elevato è quello riferito alla Provincia Autonoma di Bolzano, ove si registra un tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per patologia psichica del 99,5 per 10.000 abitanti per le donne, e dell'85,6 per 10.000 abitanti per gli uomini. La differenza nel tasso di ricoveri tra i sessi, a livello di tasso standardizzato medio nazionale, non sembra sostanziale: gli uomini continuano ad essere ricoverati con maggiore frequenza, tuttavia lo scarto con il sesso femminile continua a mantenersi minimo (53,1% per gli uomini; 51,0% per le donne).

L'esame dell'andamento temporale (grafico 1) evidenzia una generale riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune significative eccezioni: Abruzzo e Sardegna in modo particolare. Aumenti si sono registrati anche in Molise (in particolare tra le donne) e Lazio (sostanzialmente per gli uomini).

Infine, se si esamina il dato sulle macro-aree italiane, si nota come tutte le regioni del Nord (eccetto la Provincia Autonoma di Bolzano) abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione, al contrario di diverse regioni del Centro-Sud, dove tali ricoveri tendono ad aumentare.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici, per regione e sesso – Anni 2001, 2004

Regioni	Maschi		Femmine	
	2001	2004	2001	2004
Piemonte	49,6	47,7	48,2	48,5
Valle d'Aosta	80,6	75,7	69,6	59,9
Lombardia	54,1	48,4	55,3	51,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,7</i>	<i>85,6</i>	<i>94,3</i>	<i>99,5</i>
<i>Trento</i>	<i>67,4</i>	<i>44,6</i>	<i>65,2</i>	<i>48,8</i>
Veneto	56,1	46,6	58,4	48,9
Friuli-Venezia Giulia	37,5	31,6	37,6	32,2
Liguria	81,4	75,6	79,9	78,3
Emilia-Romagna	54,2	46,3	58,9	50,6
Toscana	45,9	38,7	46,2	41,5
Umbria	40,9	34,3	40,3	35,0
Marche	60,8	50,9	53,2	42,6
Lazio	67,8	70,2	64,5	64,2
Abruzzo	88,1	94,1	81,6	86,7
Molise	63,3	61,4	76,1	81,8
Campania	66,9	65,9	36,7	34,2
Puglia	53,1	40,9	47,3	38,3
Basilicata	57,7	51,0	47,0	44,5
Calabria	61,6	57,1	55,3	49,1
Sicilia	75,4	75,5	65,4	66,0
Sardegna	47,3	55,8	45,9	48,5
Italia	57,6	53,1	54,9	51,0

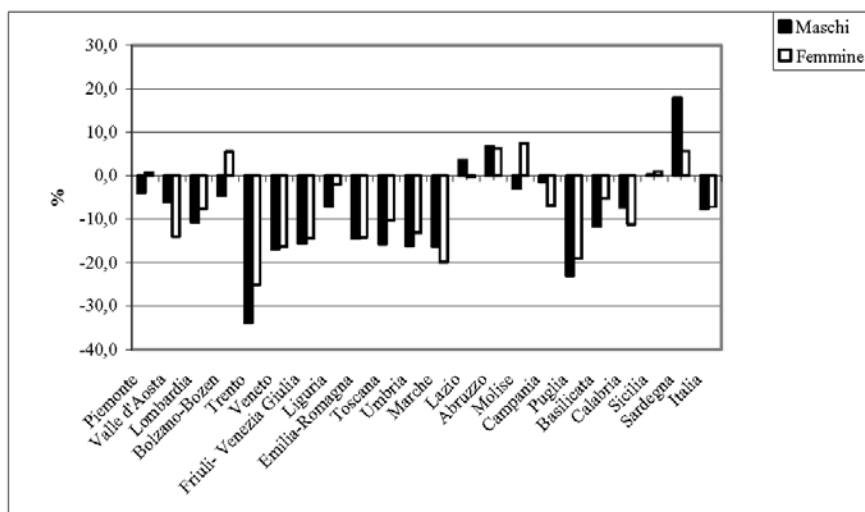
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici e regione – Anni 2001, 2004

Regioni	2001	2004
Piemonte	50,3	49,3
Valle d'Aosta	77,9	70,2
Lombardia	55,5	50,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>88,3</i>	<i>90,1</i>
<i>Trento</i>	<i>66,4</i>	<i>47,3</i>
Veneto	58,2	48,7
Friuli-Venezia Giulia	39,3	33,5
Liguria	83,8	78,5
Emilia-Romagna	59,5	50,3
Toscana	47,2	40,3
Umbria	41,7	34,8
Marche	57,8	46,7
Lazio	66,2	67,3
Abruzzo	85,1	90,8
Molise	71,9	73,2
Campania	41,8	40,3
Puglia	48,9	39,2
Basilicata	52,2	47,7
Calabria	56,7	52,0
Sicilia	68,5	69,8
Sardegna	46,4	52,4
Italia	56,5	52,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - *Variazione percentuale dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici – Anni 2001-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le ultime informazioni disponibili confermano una costante, ma lenta, tendenza al miglioramento del livello di salute mentale della popolazione, o perlomeno del sistema di assistenza ospedaliera per questo tipo di patologie. Appare confermato, quindi, che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altre articolazioni territoriali, abbiano raggiunto alcuni degli obiettivi prefissati. Sebbene diverse situazioni attuali, quali l'invecchiamento e la diffusione del consumo giovanile di sostanze stupefacenti, possano determinare una crescita futura di patologie psichiatriche, sembrano esservi ampi margini di miglioramento, soprattutto nelle regioni che hanno addirittura mostrato una crescita nei ricorsi all'ospedalizzazione. Ulteriori progressi potranno inoltre derivare dal completamento

della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste dal citato progetto obiettivo, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali interessati. Sicuramente, il potenziamento delle strutture territoriali, a discapito del ricorso all'ospedalizzazione, è un requisito indispensabile per garantire ai centri di salute mentale il controllo del paziente e la prevenzione degli episodi di acuzie, ovvero per accrescere l'efficacia clinica evitando i maggiori costi e disagi del ricovero ospedaliero. È inoltre obiettivo prioritario, come riportato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali mediante la realizzazione di progetti emancipativi, che ne ricostruiscano il tessuto affettivo, relazionale e sociale, evitando il ricorso all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione, e favorendo la formulazione di un piano terapeutico-riabilitativo personalizzato.

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Significato. Si tratta di un indicatore di utilizzo che valuta indirettamente la frequenza di alcune patologie del sistema nervoso centrale. I dati sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale,

oltre al raffronto con il dato medio nazionale. È inoltre possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2006.

Consumo in DDD (Defined Daily Doses)

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo in DDD}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata}^{**} \times 365} \times 1.000$$

*Il calcolo del totale delle DDD utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è il risultato della somma delle DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su 7 fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale ed utilizzato dall'Osservatorio sull'utilizzo dei Medicinali (OsMed).

Validità e limiti. La variabilità dei consumi farmaceutici è per buona parte attribuibile oltre che alle diverse modalità di prescrizione dei medici anche alle caratteristiche delle popolazioni confrontate, in primis età e sesso. I dati presentati tengono conto delle differenze regionali determinate da questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi.

Nel computo dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi e antipsicotici in quanto ipnotici, sedativi e similari non sono farmaci rimborsabili dal SSN e, di conseguenza, più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte da modificazioni del prezzo del farmaco stesso.

Purtuttavia il consumo di antidepressivi e antipsicotici, seppur limitato a determinate condizioni patologiche, rappresenta un ottimo tracciante del disagio legato alla patologia psichiatrica.

Valore di riferimento/Benchmark. Non definibile.

Descrizioni dei risultati

Relativamente ai farmaci antipsicotici (N05A), prevalentemente utilizzati per la terapia di schizofrenia e disturbi correlati, si assiste, a partire dal 2001, ad una parziale stabilizzazione.

Tale trend può essere spiegato dall'introduzione sul mercato, nei primi anni 2000, di una nuova categoria di antipsicotici definiti come atipici e caratterizzati da una minor frequenza di effetti collaterali. Tali farmaci, in grado di controllare maggiormente anche i sintomi negativi della schizofrenia (apatia, abulia, etc) e utilizzati anche per quadri non strettamente psicotici, hanno prima affiancato e successivamente sostituito i farmaci antipsicotici tipici.

Le differenze nelle frequenze di utilizzo osservate nell'intervallo temporale considerato, seppur non macro-

scopiche, sono da considerarsi rilevanti in quanto la gravità della patologia di riferimento presuppone una frequenza bassa e non altamente soggetta a sensibili variazioni in un breve lasso di tempo.

Le ampie differenze interregionali riscontrate sono difficilmente interpretabili: dosi giornaliere superiori alla media nazionale potrebbero esprimere maggiori bisogni di salute, ma anche essere attribuibili a modalità di trattamento più orientate all'utilizzo del farmaco rispetto a terapie integrate in conseguenza della particolare eterogeneità della rete psichiatrica sul territorio nazionale.

Inoltre, in particolar modo per l'eziopatogenesi dei disturbi psicotici, l'influenza delle variabili socio-economiche pare molto limitata e non sufficiente a spiegare le differenze interregionali riscontrate. Pur tuttavia è da evidenziarsi, per il 2006 soprattutto, un gradiente Nord-Sud che vede per alcune regioni del Centro-Sud valori quasi doppi rispetto alla media nazionale (Calabria, Lazio, Sardegna, Sicilia ed Abruzzo). Si segnala in particolare che il consumo di antipsicotici in Calabria (6,55 DDD/1.000 ab/die) è cinque volte più elevato di quello dell'Umbria (1,31 DDD/1.000 ab/die).

Appare inoltre rilevante osservare che mentre in alcune regioni (Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Toscana ed Umbria) si assiste, a partire dal 2001, ad un costante decremento dell'uso di questa classe di farmaci, in altre regioni (Lazio, Abruzzo, Calabria e Sicilia) si osserva invece un trend opposto. Nel Lazio in particolare il consumo di antipsicotici dal 2000 al 2006 è praticamente raddoppiato (da 3,31 a 6,01 DDD/1.000 ab/die).

Per quanto riguarda la categoria dei farmaci antidepressivi (N06A) si evidenzia un deciso trend in aumento dal 2000 al 2006 con DDD progressivamente crescenti (dato nazionale da 8 a 30). Tale crescita

substanziale è attribuibile a molteplici fattori: da un lato un possibile aumentato disagio sociale, che rimane tuttavia difficilmente quantificabile, dall'altro alcuni oggettivi elementi di cambiamento.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e, di conseguenza, ad un accesso con minori limitazioni al supporto del Servizio Sanitario Nazionale. In tal senso, anche attraverso i numerosi stimoli provenienti dal Ministero della Salute, è aumentata l'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e del corretto invio al medico specialista. Inoltre, negli anni, la classe farmacologica si è arricchita di nuovi principi attivi anche utilizzati (per i minori effetti collaterali) per il controllo di disturbi della sfera psichiatrica non strettamente depressivi (es. disturbi d'ansia).

Non è inoltre da sottovalutare l'utilizzo sempre più frequente di questi farmaci nella terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie degenerative e in particolare di pazienti oncologici.

Tutte le regioni confermano il trend temporale in crescita evidenziato per il dato nazionale. I consumi più elevati si riscontrano soprattutto nelle regioni del Centro-Nord (in particolare Toscana, Liguria ed Emilia-Romagna) mentre nelle regioni del Sud il trend temporale in aumento risulta più contenuto e, per il 2006, si rilevano valori inferiori al dato nazionale (con

l'eccezione della Sardegna). Tali differenze potrebbero essere parzialmente attribuibili a differenti stili di vita, a diverse condizioni climatiche o a un differente accesso del soggetto con problemi depressivi alle possibilità di diagnosi e cura offerte dal SSN.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di farmaci antipsicotici e antidepressivi, misurato attraverso l'indicatore proposto, non è in grado di fornire una stima precisa della dimensione del problema di salute indagato. Infatti le quantità utilizzate possono dipendere da un lato dal numero di soggetti affetti da patologia, ma dall'altro anche dalla capacità di presa in carico del Sistema Sanitario Regionale e dalle diverse modalità di trattamento.

I dati dimostrano tuttavia ampie differenze regionali, superiori anche al 100%, sia per i farmaci antipsicotici sia per i farmaci antidepressivi.

In considerazione di tali differenze, del trend in aumento evidenziato a livello italiano di utilizzo di farmaci psicotropi, delle previsioni a livello mondiale sull'aumento della patologia psichiatrica e delle evidenze in letteratura sull'uso inappropriato di tali farmaci è più che mai opportuno attivare flussi informativi specifici in grado di censire e valutare la qualità ed i risultati delle cure ricevute dalla quota sempre più elevata di soggetti che accedono al Servizio Sanitario Nazionale per patologie a carico del sistema nervoso centrale.

Tabella 1 - Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antipsicotici (classe N05A) - Anni 2000-2006

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69
Valle d'Aosta	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71
Trentino-Alto Adige	3,82	3,97	3,95	3,50	3,66	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,85	2,79
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,40	2,19
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04
Friuli-Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80
Italia	3,28	3,88	3,87	3,67	3,67	3,66	3,49

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sull'utilizzo dei medicinali. Anno 2007.

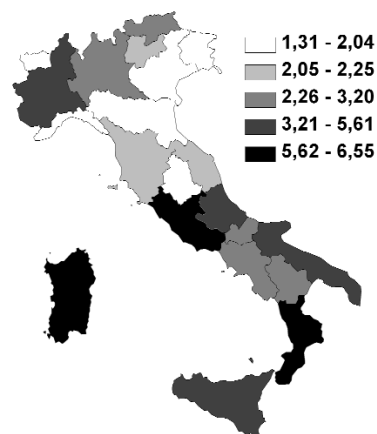
Tabella 2 - Consumo pesato (in DDD/1000 ab/die) per età di farmaci antidepressivi (classe N06A) - Anni 2000-2006

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09
Valle d'Aosta	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94
Trentino-Alto Adige	10,73	17,63	21,36	24,42	27,73	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33,80	36,12
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	24,67	27,26
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79
Friuli-Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30
Italia	8,18	16,24	19,90	22,58	26,18	27,78	30,08

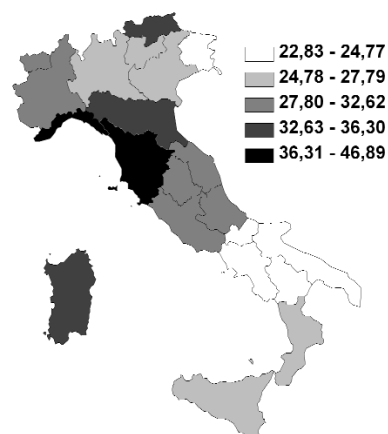
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sull'utilizzo dei medicinali. Anno 2007.

Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antipsicotici (classe N05A). Anno 2006



Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antidepressivi (classe N06A). Anno 2006



Lo studio PROGRES sulle strutture residenziali psichiatriche

Prof. Angelo Picardi, Prof. Giovanni de Girolamo, Prof. Giovanni Santone, Prof. Pierluigi Morosini

Contesto

L'approvazione della "Legge 180", nel 1978, ha prodotto una modificazione radicale dello scenario dell'assistenza psichiatrica in Italia, con ampia risonanza anche all'estero (1). Uno degli aspetti più rilevanti del cambiamento creatosi con la riforma è rappresentato dalla creazione di una rete di Strutture Residenziali (SR) non ospedaliere su tutto il territorio nazionale, mirate ad assistere i pazienti con disturbi mentali caratterizzati da maggiori livelli di gravità clinica o di disabilità, secondo criteri ed obiettivi riabilitativi.

A fronte di questo importante cambiamento nello scenario assistenziale, per oltre venti anni sono state disponibili solo informazioni molto limitate sulle SR, sulla tipologia dei pazienti ivi ospitati, sui loro bisogni assistenziali e sulle modalità di trattamento erogate. Dunque, nel 1999 l'Istituto Superiore di Sanità ha promosso un PROGetto di ricerca sulle strutture RESidenziali denominato "PROGRES". L'obiettivo del progetto era anzitutto quello di effettuare un censimento ed una classificazione di tutte le SR, sia pubbliche che private, presenti sul territorio nazionale, e successivamente di valutare in maniera approfondita un ampio campione delle SR censite e dei pazienti in esse ospitati.

Metodi

Il progetto è stato articolato in due fasi. Nella prima, definita di censimento, dopo aver stabilito una intensa rete di contatti con gli Assessorati Regionali competenti, le ASL ed i Dipartimenti di Salute Mentale, è stata somministrata a tutti i responsabili delle SR con almeno 4 posti residenziali, una scheda apposita. Attraverso l'elaborazione dei risultati si è ottenuta una "fotografia" complessiva delle SR in Italia: sono state censite, alla data del 30 giugno 2000, 1.370 SR con 17.138 posti residenziali (2,9 posti per 10.000 abitanti), distribuiti in modo poco omogeneo sul territorio nazionale, con ingenti differenze tra le diverse regioni (2). Dettagli sui risultati del censimento sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1 - Numero di Strutture Residenziali (SR) con 4 o più posti, posti residenziali, numero medio e tassi di occupazione dei posti (per 100) - 30 giugno 2000

Regioni	SR	Posti residenziali	Posti residenziali per 10.000	Posti residenziali per 10.000 > 14 anni	Numero medio per SR	Tasso di occupazione dei posti (%)
Piemonte	139	1.595	3,71	4,21	11,5	93
Valle d'Aosta	1	8	0,67	0,77	8,0	100
Lombardia	180	2.076	2,32	2,66	11,5	90
Bolzano-Bozen	19	198	4,36	5,25	10,4	85
Trento	14	158	3,40	3,98	11,3	126
Veneto	112	1.244	2,79	3,20	11,1	95
Friuli-Venezia Giulia	55	377	3,18	3,57	6,9	94
Liguria	38	780	4,73	5,26	20,5	95
Emilia-Romagna	105	1.248	3,17	3,55	11,9	92
Toscana	89	761	2,16	2,44	8,6	93
Umbria	41	382	4,60	5,26	9,3	88
Marche	25	322	2,22	2,56	12,9	88
Lazio	108	1.261	2,42	2,82	11,7	87
Abruzzo	64	883	6,93	8,17	13,8	97
Molise	14	203	6,14	7,28	14,5	99
Campania	60	897	1,55	1,94	15,0	95
Puglia	94	1.215	2,97	3,63	12,9	93
Basilicata	21	286	4,71	5,70	13,6	97
Calabria	41	704	3,39	4,17	17,2	118
Sicilia	116	2.125	4,17	5,13	18,3	88
Sardegna	34	415	2,50	2,96	12,2	89
Italia	1.370	17.138	2,98	3,49	12,5	93

Fonte dei dati: Dati finali della fase 1 dello studio PROGRES.

Alla fase 2 hanno preso parte tutte le regioni italiane eccetto l'Abruzzo, a causa di difficoltà organizzative. In due regioni particolarmente estese (Sicilia e Lazio) non è stato possibile, per motivi organizzativi, valutare il previsto 20% delle SR, ed è stato quindi selezionato un campione minore, pari al 10% delle SR presenti. Al contrario in due regioni, Molise e Toscana, e nella Provincia Autonoma di Trento, la disponibilità di risorse locali aggiuntive ha reso possibile la valutazione di una frazione di SR superiore al 20%. In totale sono state quindi selezionate 265 SR, che hanno tutte accettato di partecipare allo studio, e che ospitavano 2.962 pazienti (mediana = 10; media = $11,4 \pm 7,9$; range: 2-60).

La valutazione delle strutture è stata effettuata attraverso la somministrazione, al responsabile e/o ai membri dello staff, di una Scheda Struttura, contenente informazioni relative sia alle caratteristiche strutturali e logistiche, sia al processo assistenziale. Sono, inoltre, stati valutati individualmente tutti gli ospiti delle SR selezionate attraverso la compilazione di una Scheda Paziente, che conteneva un gran numero di item relativi alle caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali, nonché la *Health of Nation Outcome Scale* (HoNOS) (3) e la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) (4). In alcune regioni è stata inoltre effettuata una valutazione standardizzata della qualità della vita mediante la versione a 29 item del questionario WHOQOL (5).

Risultati e Discussione

Vengono qui presentati i dati principali dello studio, rimandando il lettore interessato alle pubblicazioni internazionali per una descrizione dettagliata dei risultati (2, 6-11). La metà (50,4%) delle SR selezionate per la fase 2 hanno iniziato la propria attività dopo il 1996, in coincidenza quindi con il varo delle norme volte ad accelerare e completare la chiusura degli Ospedali Psichiatrici.

I dati di gestione sono risultati completi ed attendibili per 221 SR: di queste, 127 (57,5%) sono pubbliche, gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre 94 (42,5%) appartengono al privato no-profit o imprenditoriale.

Le SR risultano ubicate nel 51,1% dei casi in zone urbane centrali e nel 35,8% in zone periferiche; solo il 13,1% delle strutture è situato in un'area rurale.

Il numero medio di residenti nelle SR selezionate è risultato pari a 10 (media $11,4 \pm 7,9$). La dimensione rappresenta una variabile di particolare rilevanza, in quanto avere dimensioni ridotte è una caratteristica essenziale per ottenere, in queste strutture, un clima simil-domestico. I dati hanno infatti evidenziato una correlazione tra maggiori dimensioni ed alcuni indicatori di disfunzionalità nel comportamento degli ospiti. Le SR con maggiore capienza (>20 posti-letto) hanno presentato alcune differenze rispetto alle SR di minore capacità ricettiva (<20 posti-letto): una percentuale inferiore di dimissioni concordate (12,7% vs 32,3%; $p < 0,05$), ed una percentuale maggiore di fughe di residenti (17,1% vs 5,5%; $p < 0,01$) e di *drop-out* (14,5% vs 4,2%; $p < 0,01$). Si tratta di differenze non attribuibili a differenti livelli di gravità degli ospiti, che non sono stati riscontrati nel confronto tra questi gruppi di strutture.

L'intensità assistenziale è risultata in genere elevata: infatti, la grande maggioranza (N = 198, 74,8%) delle SR ha una copertura assistenziale 24 ore su 24.

La dimensione media delle SR è risultata piuttosto variabile, compresa tra 70 e ben 20.285 m², con un valore mediano di 600 m². Comunque, il 30,6% (N = 74) delle SR ha superficie superiore a 1.000 m². Lo spazio interno medio (\pm SD) per residente è dunque pari a 36,4 ($\pm 38,7$) m², a cui va sommato uno spazio esterno medio pari a 61,1 m², poiché la maggior parte delle SR (N = 210, 79,2%) è dotata di un giardino o un cortile.

La dotazione media di bagni per SR è risultata pari a 3,8 ($\pm 2,8$), ossia un bagno ogni 2,5 ospiti. Una cucina è presente in quasi tutte le SR (N = 260), ma solo in 177 (66,8%) i pasti vengono preparati all'interno della struttura: i residenti preparano i pasti da soli in 12 SR (6,1%, tutte a copertura oraria parziale), mentre in altre 99 SR (50,3%) le attività di cucina vengono svolte insieme da residenti ed operatori e in altre 66 SR vengono gestite dai soli operatori. Le SR in cui i pasti non vengono preparati all'interno usufruiscono di appositi servizi di catering.

In oltre metà delle SR (N = 138, 52,1%) è stata segnalata la presenza di barriere architettoniche che possono rendere difficoltosi gli spostamenti di pazienti portatori di disabilità fisiche.

Solo in poche SR almeno un paziente è risultato disporre di una autovettura propria (13%); nel 34% delle SR almeno un paziente risultava invece possedere una bicicletta e nel 23% un ciclomotore. La grande maggioranza delle SR (85%) ha riferito comunque di disporre di un'automobile o un furgoncino per le esigenze di spostamento degli ospiti. Questi dati si integrano con altri a suggerire che nelle SR gli ospiti abbiano livelli di autonomia molto ridotti.

Molte SR hanno criteri di ammissione specifici: almeno 2/3 di esse escludono pazienti con disturbi acuti, e quasi ovunque si applica il criterio dell'esclusione per abuso primario di alcol o sostanze psicotrope.

L'accessibilità alle SR appare buona: solamente un terzo di esse ha una lista di attesa, della durata media di 3 mesi. In quasi tre quarti delle SR non vi è un limite temporale definito per la durata della permanenza in SR. Lo staff delle SR ha un profilo variegato con diverse professionalità rappresentate in misura variabile. Nel complesso ogni SR dispone di un numero medio di 14 operatori che si alternano tra turni diurni e notturni, mentre il numero medio di ore settimanali lavorate è pari a 382,5, con un numero di operatori a tempo pieno (per 36 ore la settimana) pari a 10,6. Il rapporto tra personale a tempo pieno e ospiti è di 0,92, dunque potenzialmente adeguato a fornire trattamenti anche intensivi. In generale lo studio ha evidenziato che il personale che lavora nelle SR è in larga misura costituito da operatori a basso livello di qualificazione; risultano particolarmente carenti le figure professionali che dovrebbero garantire le massime competenze nel campo degli interventi psico-sociali: infatti il 44% e l'87% delle SR non sono riuscite a disporre rispettivamente di uno psicologo o tecnico della riabilitazione psichiatrica, nemmeno part-time. Inoltre, il 12,5% non presentava alcun psichiatra nel proprio organico né tra i propri consulenti regolari, mentre il 19% non includeva in organico alcun infermiere. Strumenti standardizzati di valutazione clinica e delle disabilità vengono impiegati solo in un terzo dei pazienti. Ciò avviene nonostante in queste strutture non vi sia una pressione temporale, come ad esempio nei reparti psichiatrici ospedalieri, che precluda un utilizzo di questi strumenti su ampia scala. Per quanto riguarda i trattamenti psico-sociali, nelle SR vengono svolte molteplici attività di tipo genericamente riabilitativo. I trattamenti farmacologici sono stati oggetto di analisi dettagliate alle quali si rimanda (8).

Tabella 2 - Caratteristiche degli ospiti delle SR - Luglio 2000-Marzo 2001

SESSO	Maschi	N	%
	Femmine	1.089	1.873
CLASSI DI ETÁ	16-29	251	8,4
	30-39	570	19,2
	40-49	647	21,8
	50-64	1.015	34,3
	65+	479	16,2
STATO CIVILE	Mai coniugati	2.418	82,0
	Separati o divorziati	313	10,6
	Vedovi	86	2,9
	Coniugati o conviventi	131	4,4
SCOLARITÁ	Analfabeti	395	13,9
	Scuole elementari	1.023	35,9
	Scuole medie	986	34,6
	Scuole superiori	407	14,3
	Laurea	36	1,3
OCCUPAZIONE	Attualmente disoccupati	2.536	87,9
	Lavoro ordinario a tempo pieno o parziale	74	2,5
	Lavoro protetto	169	5,9
	Altro (casalinga, studente, ecc.)	107	3,7
MIGLIOR LIVELLO OCCUPAZIONALE RAGGIUNTO NELLA VITA	Mai lavorato (inclusi casalinghe e studenti)	1.113	39,8
	Lavoratori non specializzati	952	34,0
	Lavoratori specializzati	698	24,9
	Professionisti	35	1,3
ABITAZIONE PRECEDENTE ALL'INGRESSO IN SR	Casa propria	715	24,6
	Altra SR	692	23,8
	SPDC	411	14,2
	Ospedale Psichiatrico	849	29,3
	Ospedale Psichiatrico Giudiziario	50	1,7
	Altro (ad es. carcere, senzatetto, ospedale generale, ecc.)	185	6,4
DIAGNOSI PRIMARIA	Disturbi schizofrenici	2.001	68,2
	Disturbi bipolari	120	4,1
	Disturbi di personalità	250	8,5

Tabella 2 - (segue) *Caratteristiche degli ospiti delle SR - Luglio 2000-Marzo 2001*

		N	%
	Ritardo mentale e disturbi cerebrali organici (demenza inclusa)	382	13,1
	Abuso di sostanze o di alcool	24	0,8
	Altri disturbi (depressione unipolare, disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione, altri disturbi psichiatrici)	155	6,7
PATTERN SINTOMATOLOGICO	Sintomi positivi persistenti	1.498	52,3
	Assenza di sintomi positivi nel corso degli ultimi 5 anni	942	32,9
	Sintomi negativi persistenti	1.300	44,4
	Assenza di sintomi negativi nel corso degli ultimi 5 anni	1.298	45,4
	Sintomi affettivi persistenti	844	29,5
	Assenza di sintomi affettivi nel corso degli ultimi 5 anni	1.597	55,8
DURATA DELLA MALATTIA	1-5 anni	214	7,2
	6-10	279	9,4
	11-15	333	11,2
	16+	2.136	72,1
ETÁ AL PRIMO CONTATTO CON I SERVIZI DI SALUTE MENTALE	<18	624	21,2
	18-29	1.643	55,7
	30-39	459	15,6
	40+	223	7,6
STORIA DI COMPORAMENTI ANTISOCIALI	No	2.168	74,2
	Gravi atti di violenza contro le persone (includere violenze sessuali)	610	20,9
	Comportamenti illegali senza violenza interpersonale	144	4,9
STORIA DI COMPORAMENTI AUTOLESIVI	Nessuna	2.288	78,2
	Storia di comportamenti autolesivi	322	11,0
	Storia di gravi tentativi suicidari	317	10,8
DISABILITÁ FISICHE MODERATE E GRAVI	Cardiovascolari	203	7,5
	Respiratorie	141	5,2
	Digestive	133	5,0
	Urogenitali	121	4,5
	Motorie	214	8,0
	Sistema nervoso centrale	160	5,9
	Endocrino-metaboliche	191	7,1
	Infettive (inclusa HIV+)	52	1,9

Fonte dei dati: Dati finali della fase 2 dello studio PROGRES.

La tabella 2 mostra le principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei 2.962 pazienti ospitati nelle 265 SR selezionate per la fase II. Il punteggio totale (media e mediana) della HoNOS è risultato rispettivamente pari a 13,5 ($\pm 6,7$) e 13, mentre la media e la mediana della SOFAS sono pari a 43,6 ($\pm 17,9$) e 42. Alla SOFAS, il 48,3% dei pazienti presentava un punteggio ≤ 40 , indice di un livello marcato di disabilità e menomazione del funzionamento psicosociale. La qualità della vita soggettivamente percepita è risultata comparabile negli ospiti delle SR e in pazienti con un simile livello di psicopatologia trattati ambulatorialmente (10). Complessivamente gli ospiti delle SR italiane hanno un'età medio-alta, sono soprattutto di sesso maschile, hanno più spesso un disturbo schizofrenico esordito in età giovane-adulta, non sono mai stati sposati, non svolgono alcun lavoro e raramente hanno lavorato prima del loro ingresso nella SR e percepiscono in maggioranza una pensione di invalidità. Circa un quarto di questi pazienti ha una storia di comportamenti aggressivi o di comportamenti inappropriati dal punto di vista sessuale; tuttavia il tasso di comportamenti violenti durante la permanenza in struttura è basso e limitato ad una minoranza di pazienti. Si registra inoltre una bassa percentuale di abuso di sostanze o di alcool, ad eccezione del tabacco.

Nonostante l'elevato profilo di gravità, la grande maggioranza dei pazienti che risiedono in SR viene assistita nella struttura o comunque nella rete di SR, senza che si rendano necessari frequenti ricoveri in ospedale. Infatti, tra i pazienti che erano in SR da almeno 12 mesi (N = 2.167), solo 264 (12,2%) sono stati ricoverati almeno una volta in un SPDC nell'ultimo anno, e solo 62 (2,9%) hanno avuto un ricovero obbligatorio. I residenti non presentano in genere patologie fisiche di particolare rilievo, e in ogni caso i principali bisogni assi-

stenziali sanitari sembrano soddisfatti. Tuttavia, come comunemente riscontrato su popolazioni cliniche di pazienti psichiatrici gravi (12), il tasso standardizzato di mortalità, ottenuto confrontando il tasso di mortalità riscontrato fra i residenti con quello della popolazione generale, tenendo conto del sesso e dell'età, è risultato elevato e pari a 3,05 (95% IC: 2,41-3,84).

Un numero rilevante di ospiti (N = 1.319, 45,1%) non è coinvolto in alcuna regolare attività all'interno della SR e viene considerato del tutto inattivo, mentre 727 (24,9%) partecipano alle attività di pulizia e 452 (15%) alla preparazione dei pasti; alcuni residenti partecipano alla spesa per la struttura (N = 158, 5,4%), ad attività di giardinaggio (N = 127, 4,3%) o di lavanderia (N = 118, 4,0%).

Solo un quinto dei pazienti può fare affidamento su un sistema di supporto sociale non professionale (famiglia o amici) che appaia disponibile ed efficace.

Più di tre quarti dei pazienti sono risultati ospiti della stessa SR da più di un anno e il valore mediano del tempo trascorso nella struttura è stato di 1,94 anni (media 3,5±4,5).

A questo proposito, informazioni precise sono state ottenute circa le dimissioni dalle strutture: complessivamente 184 SR (69,7%) avevano dimesso almeno un paziente negli ultimi 12 mesi. Considerando le SR che, nell'anno precedente la rilevazione avevano dimesso almeno un paziente, la destinazione più frequente per questi ultimi era rappresentata da un'altra SR nel 35,6% delle strutture, mentre la famiglia o un'abitazione indipendente lo erano rispettivamente per il 23,3% ed il 17,8% delle SR. La destinazione prevalentemente verso la famiglia di origine è risultata più frequente nelle SR meridionali (37,3%) rispetto a quelle settentrionali (11,1%) e centrali (10,2%) ($p < 0,001$).

Al responsabile di ogni SR è stato chiesto di giudicare l'adeguatezza della collocazione di ciascun paziente all'interno della SR: per il 74% degli ospiti tale collocazione è stata considerata appropriata. Solo per il 6% degli ospiti è stato previsto, nei 6 mesi successivi alla valutazione, un passaggio ad una condizione di vita indipendente, quale il ritorno in famiglia o presso una propria abitazione.

Nel complesso, dunque, nella grande maggioranza delle SR, si sono osservate scarsa rotazione e ricambio dei pazienti. Ciò evidenzia come le SR possano costituire, almeno per alcuni pazienti, un *setting* a lungo termine con primarie funzioni di supporto abitativo ed assistenziale, piuttosto che rappresentare primariamente dei centri attivi di riabilitazione con l'esplicito obiettivo di far sì che i pazienti raggiungano modalità di vita indipendenti. Il problema rappresentato dall'accumulo di nuovi pazienti cronici pur in assenza delle strutture manicomiali è noto da tempo, e simili bassi tassi di dimissione da programmi e strutture residenziali sono stati riscontrati in altre nazioni (13), e già Trieman e colleghi (14), nell'ambito dello studio TAPS inglese, avevano osservato che la maggior parte delle SR rappresentano delle "case per la vita" per i pazienti che vi sono inseriti. Invero, sebbene sia importante approfondire tutti gli sforzi necessari per ottimizzare il trattamento rivolto ai pazienti gravi, non è realistico aspettarsi che molti di essi possano fare a meno di un supporto quotidiano fornito da operatori competenti in strutture apposite. Per alcuni pazienti, si comprende dunque come le SR rappresentino effettivamente delle "case per la vita". In quest'ottica, anche il basso ricambio degli ospiti in SR assume un significato diverso, in quanto la stabilità residenziale, ossia il fatto che un paziente si adatti al suo specifico contesto di vita e riesca a rimanervi in condizioni per lui soddisfacenti, suggerite anche dal riscontro di una discreta qualità della vita soggettivamente percepita, può spesso essere considerata un esito positivo dell'intervento residenziale, ben più di progetti irrealistici di una dimissione che, in molti casi, rischia di coincidere di fatto con l'abbandono del paziente.

Conclusioni

Il quadro generale che emerge da questo studio mostra che in Italia, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, le SR assolvono oggi un ruolo fondamentale all'interno del sistema assistenziale in quanto ospitano, in larga maggioranza, quei pazienti con i maggiori livelli di psicopatologia e disabilità che, nel passato, affollavano gli ospedali psichiatrici. Un ruolo sempre più importante delle SR, particolarmente nell'attuale contesto sociale caratterizzato dalla diminuzione delle famiglie allargate, è suggerito anche da recenti dati che suggeriscono che, almeno in alcune regioni, il loro numero e il numero di posti residenziali sia in sensibile aumento (15). Considerato che le SR sono destinate a differenti popolazioni di pazienti con bisogni assistenziali differenziati, i dati raccolti nell'ambito del PROGRES costituiscono un punto di partenza su cui costruire una classificazione empirica delle SR, allo scopo di definire differenti ruoli, caratteristiche e modalità di gestione di queste strutture, che rappresentano una componente essenziale dell'offerta complessiva di servizi nell'area della salute mentale.

Il fatto che non vi sia alcun metodo semplice e condiviso per valutare in maniera affidabile il bisogno residenziale tra le popolazioni di pazienti psichiatrici gravi che afferiscono ai servizi, è una delle ragioni che sono all'origine della marcata variabilità osservata nel numero di posti residenziali tra regioni o aree diverse.

Per risolvere questo problema, sarebbe utile adottare una prospettiva di “sistema” che consenta di mettere a punto un sistema ben coordinato ed efficiente, inteso a erogare soluzioni residenziali appropriate.

Inoltre la presenza di marcate differenze nella disponibilità di posti residenziali, anche tra regioni contigue (come Abruzzo e Campania), pur con tassi di prevalenza del tutto simili di pazienti con disturbi mentali gravi, dimostra come politiche regionali diverse conducano ad offerte enormemente differenziate delle stesse tipologie di strutture assistenziali. Inoltre l’ampiezza di tali differenze porta necessariamente a chiedersi quali di queste politiche così diversificate sia la più rispondente ai bisogni assistenziali sia di pazienti particolarmente “fragili”, che delle loro famiglie, le cui esigenze non sono sempre state adeguatamente soddisfatte.

Saranno ora necessari nuovi studi, sia osservazionali che sperimentali condotti con metodologie innovative, per vedere cosa accade nel corso del tempo nello scenario delle SR che lo studio PROGRES ha per la prima volta documentato nella sua interezza, e per approntare modelli di intervento sempre più incisivi ed efficaci. Sarà anche molto importante capitalizzare su quanto già esistente e utilizzare pienamente i risultati dello studio PROGRES, seguendo il principio che l’informazione fornita dalla ricerca sui servizi sanitari dovrebbe orientare il miglioramento dei servizi stessi e la programmazione (16).

Riferimenti bibliografici

- 1) de Girolamo G., Cozza, M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000; 23: 197-214.
- 2) de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. for the Italian PROGRES study group. Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 220-225.
- 3) Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park BG, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-18.
- 4) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 101: 323-9.
- 5) de Girolamo G, Rucci P, Scocco P, Becchi A, Coppa F, D’Addario A, Daru E, De Leo D, Galassi L, Mangelli L, Marson C, Neri G, Soldani L. Quality of life assessment : validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000; 9: 45-55.
- 6) de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R for the PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine* 2005; 35: 431-441.
- 7) Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo A, Picardi A, Zanaldi E for the PROGRES Group. The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 540-550.
- 8) Tomasi R, de Girolamo G, Santone G, Picardi A, Micciolo R, Semisa D, Fava S, for the PROGRES Group. The prescription of psychotropic drugs in residential facilities: A national survey in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113: 212-223.
- 9) Picardi A, de Girolamo G, Santone G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Morosini P, Zanaldi E for the PROGRES Group. The environment and the staff of residential facilities: data from the Italian ‘PROGRES’ national survey. *Community Mental Health Journal* 2006; 42: 263-279.
- 10) Picardi A, Rucci P, de Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P for the PROGRES group. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. Findings from a national survey in Italy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 256: 372-381.
- 11) Amaddeo F, Grigoletti L, de Girolamo G, Picardi A, Santone G and the PROGRES Study Group. Which factors affect the costs of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115: 132-141.
- 12) Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 11-53.
- 13) Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 1.070-1.076.
- 14) Trieman N, Hughes J, Leff J. The TAPS Project 42: the last to leave hospital—a profile of residual long-stay populations and plans for their resettlement. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 354-359.
- 15) Neri G, Pazzi L, Guzzetta F, Bignami R, Picardi A, de Girolamo G. How does the residential care system change? A longitudinal survey in a region of Italy. *Manoscritto sottoposto per la pubblicazione.*
- 16) Dash P, Gowrman N, Traynor M. Increasing the impact of health services research. *British Medical Journal* 2003; 327: 1.359-1.351.

Spesa per l'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici

Dott.ssa Alessandra Battisti, Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott.ssa Elena De Palma, Dott. Alessandro Solipaca

Contesto

Negli ultimi anni, i dati statistici di morbilità e mortalità indicano una crescente rilevanza sociale della patologia mentale, soprattutto fra la popolazione dei paesi industrializzati. Questo ha fatto sì che il tema della salute mentale sia stato di recente oggetto di una sempre maggiore attenzione sia a livello internazionale che nazionale e sia stato più volte richiamato all'interno dei programmi di *health policy*. In Italia la salute mentale ha sempre avuto un ruolo molto importante nelle politiche di Sanità Pubblica. L'approvazione di una Legge *ad hoc* nel 1978 (Legge-quadro n. 180) aveva riformato radicalmente l'impostazione dell'assistenza psichiatrica in Italia, collocando il nostro paese all'avanguardia nel superamento dell'istituzione manicomiale e nella sperimentazione di un modello di assistenza territoriale *community based*. Nello stesso anno la Legge che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (Legge n. 833), sanciva il passaggio da un modello di assistenza "ospedalocentrico" a un modello radicato nel territorio. Fino ad allora, il problema della salute mentale era stato considerato, dal punto di vista legale, attinente innanzitutto alla sfera dell'ordine pubblico e come tale affrontato attraverso la "custodia" obbligatoria dei malati, ovvero con la loro segregazione dal contesto sociale. Le leggi di riforma del 1978 determinarono non soltanto una riorganizzazione dei servizi psichiatrici, ma una vera e propria svolta culturale favorendo l'affermazione di un approccio completamente diverso al problema della salute mentale, volto a privilegiare gli interventi di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei malati attraverso l'attivazione di una rete di servizi psichiatrici diffusi sul territorio. La loro attuazione, tuttavia, sia per la radicalità del cambiamento culturale che si promuoveva nell'approccio alla malattia mentale, sia per le difficoltà organizzative connesse con il passaggio dalla custodia manicomiale alla prevenzione e cura della malattia mentale sul territorio, ha conosciuto ritardi e resistenze di vario genere, e non è avvenuta in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Il Ministero della Salute, nell'ambito della realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, sta studiando la fattibilità della costituzione di un sistema informativo nazionale specifico per il monitoraggio e la tutela della salute mentale. Tale sistema informativo conterrà sia informazioni sulle prestazioni, le strutture e il personale, sia informazioni sanitarie individuali. In attesa che tale sistema vada a regime, le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) rappresentano un importante pilastro informativo sul fenomeno della salute mentale. Esse consentono di studiare il trattamento dei problemi di salute mentale in regime di ricovero, la valutazione della spesa associata a tale trattamento e di effettuare analisi quantitative e qualitative sul fenomeno. Allo stato attuale, invece, le conoscenze statistiche sui servizi territoriali, residenziali e semiresidenziali sono ancora molto scarse. Pertanto il panorama informativo è insufficiente per una valutazione complessiva dei diversi livelli di assistenza che possono essere garantiti alle persone affette da disturbi psichici. Scopo del lavoro è stimare la spesa ospedaliera per il trattamento di pazienti affetti da disturbi psichici comparandola anche con il totale della spesa ospedaliera. L'analisi considera sia le differenze territoriali sia le diverse tipologie di ricovero.

Metodi

Il fenomeno dell'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici è descritto utilizzando le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera per gli anni 1999-2003. La selezione dei casi si basa sulla presenza nella diagnosi principale alla dimissione di uno qualsiasi dei codici appartenenti al gruppo dei disturbi psichici della classificazione ICD-9-CM. I dati relativi alla spesa ospedaliera per paziente non sono disponibili ma possono essere stimati in maniera indiretta utilizzando contemporaneamente il tariffario¹ relativo ai DRG (*Diagnosis Related Group*) e i dati ufficiali della spesa ospedaliera². Una prima stima della spesa ospedaliera è stata ottenuta applicando ai ricoveri per acuti in regime ordinario e in Day Hospital le relative tariffe DRG (trasformate in euro). Tale stima successivamente è stata utilizzata per riproporzionare il dato ufficiale relativo alla spesa ospedaliera totale. In formule:

$$HC_{md} = HC_{tot} * EHC_{md} / EHC_{tot}$$

dove HC_{md} è la spesa ospedaliera per i pazienti affetti da disturbi psichici, HC_{tot} è il dato ufficiale di spesa ospedaliera totale, EHC_{md} e EHC_{tot} sono rispettivamente la spesa ospedaliera, stimata tramite le tariffe DRG, per i pazienti affetti dai disturbi psichici e per il totale dei ricoveri per acuti.

¹ Il tariffario utilizzato è quello relativo al D.M. 30.06.1997.

² La Contabilità Nazionale dell'Istat stima la spesa ospedaliera pubblica utilizzando i conti nazionali SEC95, comprendenti statistiche sulla spesa delle Amministrazioni pubbliche per funzione secondo la classificazione Cofog delle Nazioni Unite, e la spesa ospedaliera privata utilizzando i dati sui consumi delle famiglie classificati secondo la classificazione COI-COP delle Nazioni Unite.

La spesa stimata in questo modo, basata sulla diagnosi principale alla dimissione, fa riferimento esclusivamente a quella direttamente imputabile al trattamento di patologie di tipo mentale e non prende in alcun modo in considerazione quella relativa ad altre patologie che potrebbero essere comunque correlate con i disturbi psichici (casi in cui il disturbo psichico è riportato solo nelle diagnosi secondarie).

Risultati e Discussione

In Italia, i dati relativi al periodo 1999-2003 indicano annualmente circa 330-340 mila ricoveri attribuibili a pazienti con disturbi psichici distribuiti in quasi 1.200 ospedali. Rispetto ai 12,5 milioni di ricoveri complessivi questi rappresentano il 2,7% (tabella 1). Il trend delle dimissioni nel tempo presenta oscillazioni contenute sia in valore assoluto, che in rapporto alla popolazione residente: il tasso di dimissione ospedaliera passa da 600 per 100.000 residenti nel 1999 a 574 nel 2003. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione (standardizzazione del tasso), la differenza tra inizio e fine periodo aumenta: il tasso passa da 605 nel 1999 a 570 nel 2003. I ricoveri avvengono quasi esclusivamente in ospedali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Una quota inferiore allo 0,5% riguarda case di cura private non convenzionate con il SSN.

Tabella 1 – Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuali, tassi grezzi e standardizzati per 100.000) dei pazienti affetti da disturbi psichici – Anni 1999-2003

Anni	Dimissioni	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	% sul totale
1999	342.093	599,97	605,34	2,75
2000	331.854	582,29	582,33	2,69
2001	343.845	602,96	603,72	2,73
2002	339.204	593,12	591,27	2,70
2003	330.787	573,66	570,46	2,66

Tabella 2 – Spesa ospedaliera stimata (valore totale in milioni di €, medio e per 100) dei pazienti affetti da disturbi psichici – Anni 1999-2003

Anni	Spesa totale (milioni in € correnti)	Spesa totale (milioni in € costanti)	Spesa media (€ correnti)	Spesa media (€ costanti)	% sul totale
1999	1.080	1.102	3.157	3.221	3,04
2000	1.078	1.078	3.248	3.248	2,77
2001	1.162	1.128	3.379	3.281	2,80
2002	1.215	1.142	3.583	3.366	2,78
2003	1.223	1.115	3.697	3.370	2,69

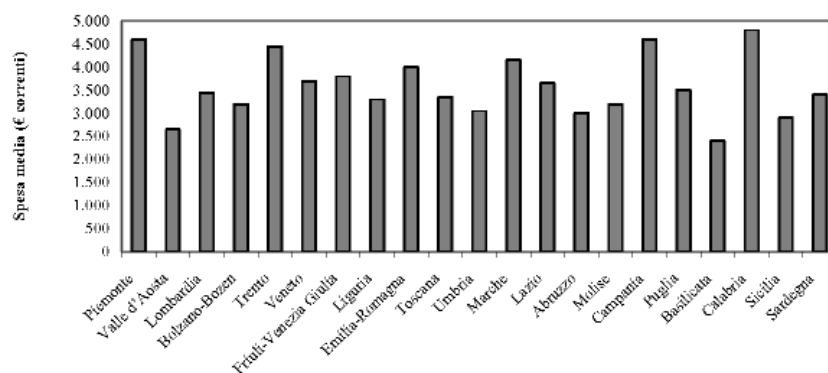
La spesa stimata dei ricoveri per disturbi psichici ammonta a circa 1.223 milioni di €, corrispondente a una media di quasi 3.700 € per ricovero (tabella 2). Il peso relativo rispetto alla spesa ospedaliera totale (che ammonta a 45.489 milioni di €) è pari al 2,7%. Rispetto al 1999 la spesa ospedaliera per disturbi psichici è aumentata del 13% circa. Tuttavia se la stima viene fatta a valori costanti (prendendo a riferimento il 2000), la spesa aumenta solo del 1,2%. La spesa media per ricovero subisce un incremento relativamente consistente a valori correnti (+17%, da 3.157 a 3.697) e più contenuto, ma comunque significativo, anche a valori costanti (+4,6%, da 3.221 € a 3.370).

Il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi psichici presenta una spiccata variabilità a livello regionale. Nel 2003, a fronte di un tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti pari a 574 per l'Italia, si registra un minimo di 367 in Friuli-Venezia Giulia, seguito da 388 in Umbria, e un massimo di 992 nella Provincia Autonoma di Bolzano. Altre regioni con tassi particolarmente elevati sono la Valle d'Aosta, la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo e la Sicilia. La stessa variabilità territoriale si osserva anche se si conduce l'analisi sui tassi standardizzati invece che su quelli grezzi, eliminando quindi quelle differenze imputabili alla diversa struttura per età delle popolazioni regionali.

Per quanto riguarda la spesa media per ricovero la variabilità è più contenuta: rispetto ai 3.700 € a livello Italia, si spendono circa 2.500 € in Basilicata, 2.600 € in Valle d'Aosta, quasi 3.000 € in Sicilia. Una spesa compresa tra 4.500 e 5.000 € a ricovero viene invece sostenuta in Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Campania e Calabria (grafico 1).

Le differenze regionali sia in termini di dimissioni sia in termini di spesa potrebbero essere imputabili o ad una diversa organizzazione della presa in carico delle persone affette da disturbi psichici, privilegiando l'utilizzo di servizi alternativi all'ospedale, oppure alla diversa complessità della casistica trattata in regime di ricovero.

Grafico 1 – Spesa media (€ correnti) per l'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici per regione – Anno 2003



Per quanto riguarda il trattamento dei pazienti, come per il complesso dei ricoveri, nel tempo vi è la tendenza alla diminuzione delle dimissioni in regime ordinario e all'aumento di quelle in regime di Day Hospital. Queste ultime, rispetto al totale delle dimissioni per disturbi psichici, passano dal 13% del 1999 al 20% del 2003 (quasi 70.000 casi). Le tariffe DRG stabilite dalla normativa italiana per l'attività di Day Hospital sono molto più basse di quelle relative all'attività in regime ordinario. Pertanto la valorizzazione economica dei ricoveri per disturbi psichici risulta per il 98% assorbita dai ricoveri in regime ordinario e solo per il 2% da quelli in Day Hospital (nel 1999 tale percentuale era pari a 1,2%). L'intensificazione del processo di trasferimento dei pazienti dal regime ordinario al Day Hospital potrebbe avere nel tempo effetti positivi significativi sul contenimento della spesa ospedaliera totale. Basti pensare che la spesa media di un ricovero in regime ordinario ammonta a circa 4.500 € a fronte di circa 350 € per un trattamento in Day Hospital. Un'altra importante caratterizzazione dell'ospedalizzazione per disturbi psichici riguarda la distinzione tra trattamenti per acuti, di lungodegenza e riabilitazione. I primi rappresentano il 92,2% del totale (circa 305.000), i secondi il 3,6% (quasi 12.000) e gli ultimi il 4,2% (quasi 14.000). Rispetto al 1999 è aumentato il peso relativo dei ricoveri di riabilitazione. In termini di spesa tali percentuali divengono 83,9%, 9,4%, 6,7%. È evidente quindi come i trattamenti di lungodegenza e riabilitazione siano mediamente più onerosi. La spesa media unitaria è infatti pari a circa 9.500 € per i primi e a quasi 6.000 € per i secondi, rispetto ai 3.400 € dei ricoveri per acuti. Riportando i dati ad € costanti (con base 2000) si osserva una tendenza all'aumento della spesa media dei ricoveri per acuti (da 2.800 € nel 1999 a 3.066 nel 2003) e di quelli di riabilitazione (da 4.575 € a 5.410), mentre si riduce la spesa media dei trattamenti in lungodegenza (da 10.781 € a 8.694).

Conclusioni

Il presente lavoro ha messo in evidenza che in Italia negli ultimi anni la spesa ospedaliera per i pazienti affetti da disturbi psichici è andata leggermente aumentando in termini reali. Considerando che sia il volume di ricoveri che i tassi di ospedalizzazione sono andati lievemente riducendosi, questo aumento è da attribuirsi ad un aumento del peso relativo dei ricoveri di riabilitazione, componente con una spesa media più elevata della media complessiva. Nel corso del lavoro è stato anche evidenziato l'aumento del ricorso al Day Hospital. L'impatto economico di questa tendenza, tuttavia, non è stato rilevante e non è stato sufficiente a indurre una riduzione della spesa per i disturbi psichici, sebbene la spesa media sia sensibilmente più bassa rispetto al ricovero ordinario. Una spesa media particolarmente elevata è stata riscontrata per l'attività di lungodegenza, che costituisce un'ulteriore componente su cui probabilmente si potrebbe agire favorendone la de-ospedalizzazione in strutture residenziali o semiresidenziali. In tal modo si perseguirebbe il duplice obiettivo di fornire a questi pazienti trattamenti maggiormente rispondenti ai loro bisogni insieme ad una compressione della spesa. In conclusione il decrescere della percentuale di ricoveri di lungodegenza da un lato ed il leggero incremento di alcune componenti delle dimissioni ospedaliere che hanno una spesa media più elevata, fa pensare ad un utilizzo più proprio delle strutture ospedaliere. In prospettiva, sarebbe interessante, conoscere in dettaglio l'offerta di servizi psichiatrici territoriali per poter analizzare gli effetti sulla spesa di eventuali politiche di de-ospedalizzazione dei ricoveri tendenzialmente inappropriati di pazienti affetti da disturbi psichici.

Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per sostanza primaria

Significato. Si tratta di un indicatore di attività che valuta il ruolo giocato dal Servizio Pubblico nel trattamento delle dipendenze attraverso la numerosità dei soggetti in cura presso i Servizi per le Tossicodipendenze sulla popolazione totale. I dati più recenti (2005) sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale, oltre al raffronto con i precedenti dati relativi al 2003. È inoltre possibile una

valutazione del trend percentuale per tipologia di utenti nell'ultimo periodo disponibile (1991-2005). La stratificazione per tipologia di sostanza primaria, definita come quella sostanza che ha causato i problemi a seguito dei quali il soggetto si è rivolto al Sert, permette anche di individuare eventuali modificazioni nel tempo del consumo delle varie sostanze e la capacità di attrazione dei servizi in relazione alle stesse.

Tasso utenti dei Sert

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Utenti Sert}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati non rappresentano il numero effettivo dei tossicodipendenti presenti nel nostro paese ma solo quelli in trattamento. Infatti la prevalenza di tossicodipendenti è difficilmente stimabile se non con studi *ad hoc*, vista la particolare patologia caratterizzata da una grossa quota di casi sommersi e non dichiarati ufficialmente. Questo da un lato rappresenta un limite nella comparazione interregionale (che oltretutto soffre della mancata standardizzazione per età), dall'altro evidenzia la diversa attività dei servizi nell'affrontare le nuove e sempre più emergenti dipendenze.

Valore di riferimento/Benchmark. A fronte della mancanza di dati comparabili sulla prevalenza dei tossicodipendenti, sia a livello micro (regionale) che macro (nazionale/europeo), un vero e proprio benchmark non è individuabile. È comunque rilevabile dalle *survey* internazionali come il problema del consumo delle diverse sostanze sia equiparabile tra Europa e Italia, seppur senza la necessaria omogeneità nelle tipologie ed attività dei servizi.

Descrizioni dei risultati

Per quanto riguarda il tasso di utenza dei servizi per le tossicodipendenze, suddivisi per sostanza primaria (tabella 1), il confronto 2003-2005 mostra una sostanziale stabilità del dato riassuntivo nazionale: il tasso di utenza per tutte le sostanze si mantiene infatti intorno al 25 per 10.000 abitanti. Si assiste, tuttavia, per il 2005, ad una notevole variabilità interregionale laddove i tassi presentano un range tra il 13 della Provincia Autonoma di Bolzano al 35 dell'Umbria. Tale difformità interregionale è comunque in calo soprattutto per un aumento progressivo dei soggetti in carico in quelle regioni i cui servizi risultavano carenti nel passato più recente. La sostanza che mantiene, nella popolazione degli utenti, il primato nell'induzione della richiesta di trattamenti rimane l'eroina ma con un

trend sia nazionale che regionale in netta riduzione. A livello nazionale si assiste, rispetto al 2003, ad una diminuzione degli utenti eroinomani; è da rilevarsi però un aumento della popolazione eroinomane afferente ai Sert in regioni prevalentemente del Centro-Sud (con l'eccezione del Friuli-Venezia Giulia), regioni che, nella maggior parte dei casi, presentavano nel 2003 tassi di afferenza per questa sostanza decisamente sotto la media nazionale. Per quando riguarda le regioni del Nord solo Piemonte e Liguria mantengono valori al di sopra della media nazionale, comunque in calo rispetto a quelli del 2003.

L'afferenza ai Sert per consumo di cannabinoidi come sostanza primaria è, a livello nazionale, in leggero calo ma sostanzialmente stabile (2,4 per 10.000). Il dato si dimostra anch'esso molto variabile in una comparazione interregionale anche se risente del valore medio molto basso e quindi delle fluttuazioni casuali negli anni. La Liguria e la Puglia presentano i valori più alti, anche se in calo rispetto alla rilevazione precedente, mentre Molise, Marche e Sardegna vedono un aumento sensibile dell'utenza per cannabinoidi.

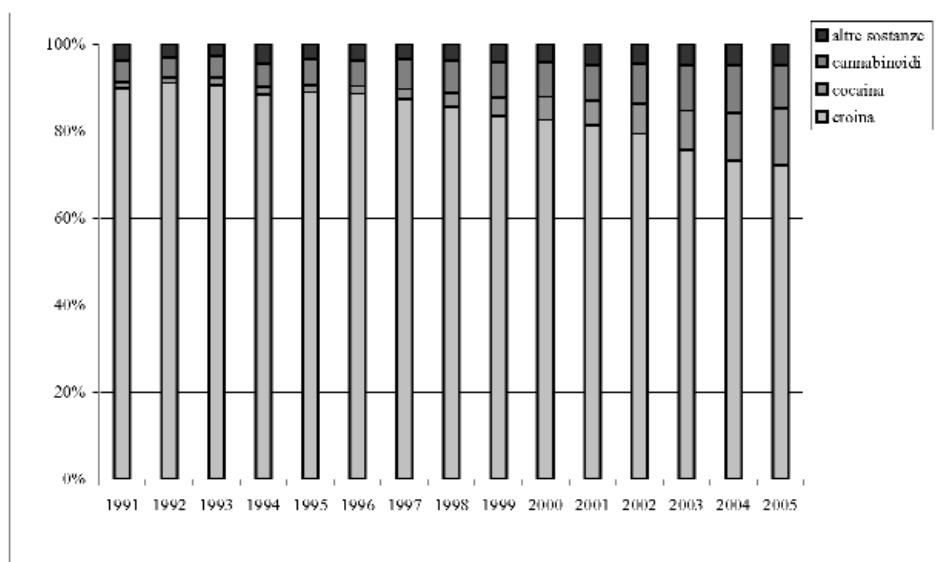
Dal 2003 al 2005 si assiste ad un trend in costante aumento per quanto riguarda i consumatori di cocaina afferenti ai servizi, a livello nazionale e in tutte le regioni italiane.

Il dato nazionale mostra un aumento della popolazione in trattamento per problemi legati al consumo di cocaina che sta assumendo, tenendo conto anche dei dati prodotti da *survey* nazionali ed europee, dimensioni sempre più preoccupanti: più di 3 abitanti ogni 10.000, sono in cura per dipendenza da cocaina. Dati superiori alla media nazionale sono presenti nelle regioni a più alta densità abitativa (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania); tra queste si evidenzia in particolare la Lombardia che presenta un tasso quasi doppio rispetto alla media nazionale, mentre anche molte regioni del Centro-Sud

Tabella 1 - Tassi utenti dei Sert (per 10.000) per regione e tipo di sostanza primaria - Anni 2003, 2005

Regioni	2003					2005				
	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Canna- binoidi	Altre sostanze	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Canna- binoidi	Altre sostanze
Piemonte	26,44	22,82	1,37	1,48	0,77	28,34	21,80	2,32	1,33	2,89
Valle d'Aosta	16,46	14,90	0,76	0,43	0,38	18,39	16,53	0,99	0,68	0,18
Lombardia	24,29	16,81	3,69	2,82	0,97	24,73	15,36	6,13	2,28	0,96
Bolzano-Bozen	13,58	9,95	0,53	1,66	1,44	12,75	8,91	0,89	1,49	1,45
Trento	12,14	11,04	0,39	0,50	0,22	13,57	12,51	0,48	0,43	0,15
Veneto	23,44	17,49	1,66	2,95	1,34	20,69	15,08	1,84	2,90	0,87
Friuli-Venezia Giulia	21,08	15,60	0,99	2,74	1,75	24,08	18,40	1,66	2,74	1,28
Liguria	40,85	30,31	3,15	5,88	1,51	34,32	25,98	3,23	4,43	0,69
Emilia-Romagna	22,29	17,01	2,38	2,07	0,82	24,03	17,37	3,24	2,69	0,72
Toscana	29,95	23,30	2,01	3,20	1,44	25,29	19,07	2,66	3,01	0,56
Umbria	31,81	27,68	1,18	2,45	0,51	35,46	29,86	2,16	2,52	0,92
Marche	24,37	18,28	1,80	2,90	1,39	28,38	21,23	2,90	3,63	0,62
Lazio	27,50	22,09	3,11	1,71	0,61	25,00	19,00	3,62	1,85	0,52
Abruzzo	26,35	20,24	1,34	2,29	2,48	26,74	19,33	1,84	2,46	3,10
Molise	19,98	15,96	2,06	1,56	0,40	24,52	17,99	2,57	3,09	0,86
Campania	25,88	18,74	2,07	3,00	2,07	27,78	19,83	3,72	2,31	1,92
Puglia	27,78	19,67	2,28	4,42	1,42	25,74	18,15	2,83	3,76	1,00
Basilicata	15,19	13,58	0,50	1,00	0,11	18,23	15,24	1,22	1,49	0,27
Calabria	16,56	13,43	0,96	1,80	0,36	17,72	14,65	1,15	1,35	0,57
Sicilia	20,82	14,78	2,04	2,08	1,92	19,65	13,03	2,87	2,10	1,65
Sardegna	26,26	22,69	1,21	0,37	2,00	27,49	22,87	2,78	1,21	0,63
Italia	24,99	18,97	2,22	2,57	1,22	24,73	17,88	3,26	2,40	1,19

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anni 2003, 2005.

Grafico 1 - Distribuzione percentuale utenti dei Sert per sostanza d'abuso primario - Anni 1991-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anno 2005.

(Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna) vedono un rilevante aumento dell'utenza dipendente da cocaina. Il dato relativo agli utenti Sert per 'altre sostanze' è, a livello nazionale, in lieve diminuzione, attestandosi intorno all'1 per 10.000. Anche in questo caso le fluttuazioni casuali non ci permettono una interpretazione a livello interregionale ma si evidenzia il dato relativo alla regione Piemonte che è quadruplicato rispetto al 2003.

La distribuzione percentuale degli utenti Sert stratificati per sostanza d'abuso primario ci confermano, nel lungo periodo (grafico 1), le informazioni descritte dai tassi di utenza Sert sulla popolazione media residente. Il grafico, infatti, delinea chiaramente un trend temporale di maggior attrattività dei servizi verso le patologie derivate dal consumo di sostanze diverse dall'eroina. Fino al 2003 tale modificazione risulta sostenuta parallelamente da cocaina e cannabinoidi e successivamente essenzialmente dalla cocaina. Tale cambiamento è spiegabile attraverso lo *shift* verso queste sostanze (generalizzato a livello europeo) ed una verosimile maggior sensibilizzazione nei confronti dei danni a lungo termine provocati da sostanze caratterizzate da uno scarso impatto immediato sulla salute e sulla qualità della vita dei soggetti consumatori.

Bassa e pressoché costante negli ultimi 5 anni rimane la quota percentuale di utenti Sert consumatori di altre sostanze; gli alcolisti, malgrado l'alta prevalenza, continuano a non trovare in tali servizi la sede più idonea al loro trattamento in alcuni casi per la mancanza di percorsi dedicati in altri per l'attivazione, in diverse regioni, di servizi di alcolologia diversamente integrati con strutture di tipo privato.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati richiedono alcune raccomandazioni di lettura. Solo molto indirettamente possono essere assunti come stima del fenomeno in quanto non rappresentano una proporzione fissa di tutti i candidati utenti anche se altre stime, condotte attraverso più

complessi studi 'cattura e ricattura', indicano come mediamente in Italia la percentuale di eroinomani in trattamento rappresenti più del 50% degli stessi.

Pur tuttavia, a fronte di una stimata riduzione della popolazione eroinomane in tutte le regioni per la variazione di abitudini dovuta allo *shift* dei più giovani verso altre sostanze ed altre modalità di consumo, è evidenziabile, dal 2003 al 2005 un aumento della popolazione utente per eroina nelle regioni in cui questo dato era particolarmente basso rispetto alla media nazionale: segno, seppur indiretto, di un maggior impegno negli ultimi anni di queste regioni nella messa in campo di risorse appropriate.

Poco si conosce, invece, rispetto alla quantificazione percentuale degli utenti dei servizi per altre sostanze rispetto alla popolazione complessiva dei soggetti dipendenti. In questi casi tale proporzione dipende, ancor più che per l'eroinomane, da fattori indipendenti, quali, appunto, la capacità di attrazione dei Sert e la percezione del fenomeno e dei servizi da parte della popolazione.

Le numerose stime di prevalenza del fenomeno che ci derivano da studi di sorveglianza nazionali e internazionali (1), tuttavia, sono in linea con l'andamento generale dei dati presentati: un aumento della tossicodipendenza da cocaina e dei problemi sociali e sanitari legati all'uso di altre sostanze di sintesi.

L'aumento complessivo degli utenti italiani per uso di cocaina è in linea con la tendenza mondiale e, come previsto nel Rapporto Osservasalute 2005, si sta proponendo negli anni per tutte le regioni italiane. La già citata crescente percentuale di utenti Sert per cocaina dimostra l'effettiva maggior attenzione dedicata al fenomeno cocaina nelle programmazioni regionali. Sembra auspicabile quindi il mantenimento e la continua implementazione, all'interno dei servizi, di *equipes* dedicate e di percorsi di diagnosi e trattamento paralleli a quelli specifici per l'eroinomane.

Riferimenti bibliografici

(1) EMCDDA, punti focali nazionali Reitox. Anno 2005.

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte

Prof.ssa Roberta Siliquini, Prof. Fabrizio Faggiano

L'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte (www.oed.piemonte.it) nasce nel 1998 come unità specialistica della Rete Epidemiologica Regionale; collabora direttamente con i Servizi per le Dipendenze delle ASL e con l'Ufficio Dipendenze della Regione.

L'Osservatorio, coordinato nell'ambito di una convenzione con Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", è strumento di conoscenza e sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, basato sulla scelta di coniugare la cultura operativa dei Servizi Territoriali con quella scientifica e metodologica dell'epidemiologia.

Il lavoro costante dell'Osservatorio dal 1998 ad oggi si propone di stimare la popolazione colpita e valutare le risposte dei servizi pubblici e del privato sociale attraverso l'analisi e descrizione:

- della dimensione e delle caratteristiche del fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive;
- dei suoi effetti sulla salute per quanto riguarda eventi acuti, cronici e mortalità;
- dei suoi effetti sociali;
- della tipologia e della frequenza degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attivati dai servizi pubblici e dal privato sociale.

L'attività dell'Osservatorio, che vede impegnati circa 15 collaboratori tra dipendenti, consulenti e borsisti, si è nel corso degli anni orientata da un lato verso la gestione routinaria del debito informativo relativo alla sorveglianza epidemiologica del fenomeno (tabella 1) dall'altro verso progetti di ricerca innovativi ed la promozione della diffusione di interventi efficaci.

Tra i progetti più rilevanti si sottolineano il coordinamento internazionale dello studio EU-DAP (Approfondimento "Primi risultati dello studio multicentrico europeo EU-DAP", pagg. 232-234), l'analisi e la diffusione dei dati dello studio VEdeTTE (valutazione di efficacia dei trattamenti in soggetti eroinomani in termini di ritenzione e mortalità) e la conduzione della fase di *follow-up* attivo per la valutazione dell'effetto sull'uso di sostanze e sugli esiti sociali (VEdeTTE 2).

L'Osservatorio si è poi posto, negli anni più recenti e in linea con le più emergenti problematiche di Sanità Pubblica, obiettivi più allargati rispetto all'attenzione verso la dipendenza da sostanze psicoattive illegali. In particolare, per quanto riguarda l'alcol dipendenza, si sta progettando l'adeguamento del modello di sorveglianza alla complessità dell'offerta di cure al fine di coglierne con maggiore completezza la dimensione, identificando i percorsi assistenziali e le strutture e agenzie coinvolte, utilizzando a tale scopo sia gli archivi correnti (SerT, SDO) che rilevazioni *ad hoc*.

Relativamente alla dipendenza da fumo di tabacco l'Osservatorio contribuisce allo sviluppo di progetti regionali anti-fumo collaborando alla sperimentazione e diffusione degli interventi per le Aziende Libere dal Fumo e alla implementazione delle Linee Guida per la Cessazione del Fumo, recentemente pubblicate (www.oed.piemonte.it/pubblicazioni.htm).

Tabella 1 - Attività routinarie dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Piemonte

<i>Sorveglianza e monitoraggio</i>	Gestione schede ministeriali relative agli utenti alcolisti Gestione schede ministeriali relative agli utenti tossicodipendenti Gestione schede attività delle strutture riabilitative
<i>Comunicazione e diffusione</i>	Bollettino annuale di descrizione del fenomeno dipendenza e degli interventi intrapresi per il suo contrasto Attività di sportelli rivolta a tutti gli interlocutori pubblici e privati Monografia annuale monotematica
<i>Implementazione e gestione del sistema informativo delle dipendenze SPIDI (Sistema Piemontese Informatizzato Dipendenze)</i>	Sviluppo e manutenzione dell'applicativo Formazione e supporto ai servizi per l'utilizzo Controllo e formazione alla qualità dei dati Valorizzazione epidemiologica attraverso la sperimentazione e la produzione di procedure di analisi del database e la produzione periodica di report
<i>Supporto all'individuazione e allo sviluppo di pratiche di intervento rispondenti ai criteri di buona pratica</i>	Percorsi di formazione all'efficacia Sviluppo e implementazione di Linee Guida basate sull'evidenza Elaborazione di percorsi di cura

Mortalità per abuso di stupefacenti

Significato. È noto che la diffusione ed il consumo di droghe illegali nella popolazione italiana sono strettamente correlati ad un aumento del rischio di mortalità. Infatti, l'overdose da oppiacei e/o da uso contemporaneo di sostanze in grado di deprimere i centri del respiro rappresenta una delle principali cause di morte nella popolazione tossicodipendente. Il tasso di

mortalità per overdose tra 15 e 44 anni, oltre ad essere un indicatore epidemiologico per stimare la prevalenza e le conseguenze sulla salute del consumo di droghe, rappresenta anche un indice della capacità del servizio sanitario di intervenire su situazioni a rischio, attivando un'efficace prevenzione secondaria.

Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti

Numeratore	Morti per abuso di stupefacenti di età compresa tra 15 e 44 anni	
Denominatore	Popolazione media residente di età compresa tra 15 e 44 anni	x 100.000

Validità e limiti. Gli indicatori utilizzati dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze misurano l'uso di sostanze nella popolazione generale, l'uso problematico di sostanze, la domanda di trattamento, le patologie infettive e i decessi correlati. L'indicatore ivi riportato si riferisce esclusivamente al tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti nella classe di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, ovvero quella maggiormente coinvolta nel fenomeno del consumo di droghe. Vengono esclusi tutti i casi in cui i decessi non sono strettamente riconducibili all'assunzione di droghe, come pure le morti per incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti ed i decessi dovuti a complicanze o a malattie correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti.

I dati analizzati vengono rilevati grazie alle attività sul territorio delle Forze di Polizia ed elaborati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Pertanto, se da una parte questi dati hanno il vantaggio di rappresentare un quadro obiettivo di tutta la realtà italiana, dall'altra hanno il limite di non riuscire a considerare tutti quei casi per i quali non siano state allertate le stesse Forze di Polizia. È da precisare, tuttavia, che tali situazioni dovrebbero essere poco numerose, poiché i decessi per overdose vengono regolarmente trasmessi alle Forze dell'Ordine da parte del Pronto Soccorso, del 118 e dei servizi di Medicina Legale.

Un secondo limite è rappresentato dal fatto che nelle regioni a bassa densità di popolazione, anche una minima oscillazione annuale del numero dei decessi è in grado di modificare in modo sostanziale i tassi di mortalità per overdose.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale per l'anno 2006 (2,15 per 100.000) può essere indicato come valore standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Come si può evincere dalla tabella 1 e dal grafico 1, a livello nazionale, si evidenzia un decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; questo calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 e il 1997 e tra il 2001 e il 2002. Dopo tale anno, tuttavia, il tasso rimane sostanzialmente costante, comunque inferiore al tasso di mortalità analizzato nel 1996. Tali dati mostrano un'evidente variabilità interregionale: tra il 1996 ed il 1997 i tassi di mortalità sono sicuramente più elevati nelle regioni del Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) oltre al Lazio; in particolare la Liguria si discosta fortemente dalla media nazionale con un tasso quasi triplo rispetto a questa.

Nei successivi anni la maggior parte delle regioni segue il trend nazionale, con una progressiva diminuzione della variabilità interregionale e con un dato che, oggi, risulta più omogeneo sul territorio nazionale (con le significative eccezioni di Umbria e, in parte, delle Marche).

Nell'anno 2006, le regioni che mostrano i tassi di mortalità più elevati sono quelle del Centro: Umbria (7,17) e Lazio (4,85).

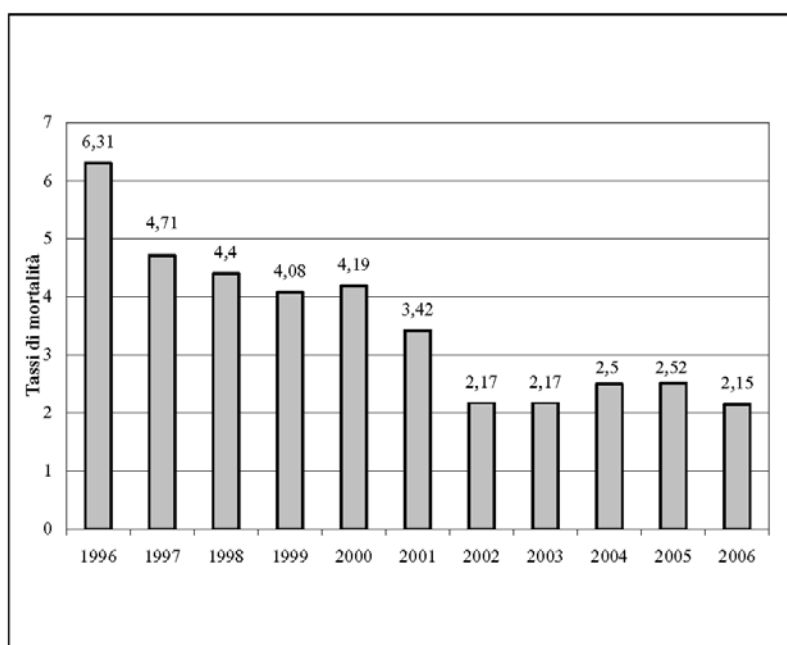
Valori particolarmente bassi si riscontrano, invece, in alcune regioni del Sud (Calabria, Puglia e Sicilia) e in Valle d'Aosta.

Tabella 1 - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe di età 15-44 anni per regione - Anni 1996-2006

Regioni	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	9,13	6,75	6,47	6,53	6,01	3,39	2,71	2,73	2,90	2,39	1,98
Valle d'Aosta	9,78	11,80	3,94	5,94	4,00	2,01	0,00	2,02	2,01	2,01	0,00
Lombardia	7,03	4,60	4,86	3,68	3,78	2,83	1,18	1,14	1,30	1,06	1,03
Trentino-Alto Adige*	4,45	3,71	6,44	6,69	3,97	3,23	1,99	0,74	1,73	1,72	0,98
Veneto	5,29	4,69	4,61	4,78	4,64	4,92	1,24	1,82	1,39	2,46	1,44
Friuli-Venezia Giulia	3,71	4,58	3,77	5,27	3,60	3,61	2,14	2,58	1,93	1,94	1,52
Liguria	17,99	10,09	10,57	7,71	6,13	5,87	2,46	2,49	3,38	3,19	4,03
Emilia-Romagna	9,73	8,43	7,25	6,12	6,31	4,10	1,64	2,34	2,38	2,09	2,76
Toscana	5,72	4,97	4,93	3,09	3,83	3,20	1,75	1,54	2,68	1,59	2,23
Umbria	6,76	4,31	8,02	5,25	7,74	6,82	6,52	6,19	4,56	7,52	7,17
Marche	4,39	3,55	2,37	3,05	3,73	3,22	1,86	2,03	2,34	3,67	3,50
Lazio	9,63	6,97	5,87	6,24	5,99	5,90	6,27	4,41	5,14	5,88	4,85
Abruzzo	3,93	3,57	3,20	3,02	3,41	3,43	1,92	0,96	2,09	2,08	1,89
Molise	1,45	0,00	3,68	2,23	0,75	1,51	2,28	1,53	3,81	2,30	1,55
Campania	5,41	4,10	3,07	3,93	5,15	3,06	3,28	4,02	4,90	4,51	3,21
Puglia	4,28	3,16	2,13	1,87	2,50	2,25	0,73	0,97	0,68	0,74	0,96
Basilicata	1,85	1,11	1,49	1,51	1,90	1,54	1,16	0,78	0,79	1,59	2,81
Calabria	2,70	1,84	1,31	1,54	2,56	2,37	1,14	1,61	0,92	1,50	0,94
Sicilia	2,31	1,59	1,64	1,24	1,20	1,35	0,79	0,94	1,13	1,22	0,76
Sardegna	5,01	3,62	3,65	4,08	3,06	3,37	2,04	2,20	4,55	2,92	1,82
Italia	6,31	4,71	4,40	4,08	4,19	3,42	2,17	2,17	2,50	2,52	2,15

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Interno. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2006.

Grafico 1 - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe di età 15-44 anni - Anni 1996-2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Interno. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dalla Relazione annuale 2006 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze si può riscontrare, a livello europeo, un trend diverso rispetto all'Italia, pur variando l'andamento dei decessi da paese a paese. Tra il 1990-2000, si è evidenziata la tendenza complessiva al rialzo, mentre dal 2000 molti paesi segnalano una riduzione del numero di morti per overdose. Bisogna sottolineare che solo 10 paesi hanno fornito informazioni per il 2003, da cui si ricava una riduzione dei morti per overdose del 5% (pari a solo un terzo del calo osservato nel 2002); si può ipotizzare che i fattori responsabili del declino dei decessi registrati negli anni appena precedenti siano venuti meno nel 2003. Questo fenomeno potrebbe rappresentare un rischio reale di un'interruzione di questo nuovo trend positivo. Tale situazione è sostanzialmente in linea con i dati relativi all'Italia dal 2003 ad oggi. Rispetto all'Europa la diminuzione del tasso di mortalità in Italia è già in atto dal 1996 ed è strettamente legato ad una serie di motivazioni: dalla riduzione dell'assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei, alla diminuzione dei consumatori di oppiacei con uno spostamento verso il consumo di droghe assunte per altre vie diverse da quella parenterale (che ne riduce il rischio di overdose), all'aumento di attività di assistenza primaria e di ser-

vizi a bassa soglia come integrazione nei confronti dei servizi di disintossicazione (in modo particolare la terapia sostitutiva che ha diminuito la pratica di somministrazione di droga per via parenterale), all'applicazione di severe leggi antidroga che prevedono l'arresto di consumatori di droghe cosiddette leggere. Purtroppo, questo andamento si è interrotto dal 2002 ed i motivi possono essere in parte attribuibili ad un calo nell'attività istituzionale di prevenzione e controllo. Infatti dal 2002 al 2004 si è verificato una riduzione del numero dei nuovi utenti Sert, con un conseguente incremento dei consumatori non protetti dai servizi e quindi più soggetti ad un abuso di droghe. Al fine di fronteggiare quella che potrebbe diventare una pericolosa inversione di tendenza, sulla scorta dell'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale riduzione dei decessi correlati all'utilizzo di droga, la raccomandazione è quella di inserire tale obiettivo nel documento di strategia nazionale come già fatto da diversi Stati dell'UE a 15 (Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito), e da alcuni dei nuovi Stati membri (Cipro, Lettonia, Lituania e Polonia), con lo scopo di garantire una maggior attenzione da parte delle istituzioni e di pianificare una serie di interventi efficaci di prevenzione primaria e secondaria.

Primi risultati dello studio multicentrico europeo EU-DAP (*European Drug Addiction Prevention Program*)

Prof.ssa Roberta Siliquini, Dott.ssa Federica Vigna Taglianti, Prof. Fabrizio Faggiano

Introduzione

EU-DAP (*European Drug Addiction Prevention Trial*) è il primo *cluster randomized trial* condotto in Europa per valutare l'efficacia degli interventi scolastici di prevenzione primaria dell'uso/abuso di sostanze negli adolescenti. Lo studio, finanziato dalla Comunità Europea, ha coinvolto 7 paesi e 9 centri per un totale di 7.079 studenti tra i 12 e i 14 anni (www.eudap.net).

I primi studi di valutazione di programmi preventivi dell'uso di sostanze erano basati sull'assunto che gli adolescenti fossero influenzati nella loro attitudine verso l'uso di sostanze da informazioni relative alla loro pericolosità: di fatto numerosi esempi di letteratura hanno dimostrato la debolezza di questo approccio e orientato i ricercatori verso il 'social influence model'.

Di fatto le più recenti ricerche hanno riconosciuto come l'utilizzo di sostanze sia per gli adolescenti parte integrante di uno stile di vita: ciò implica che l'influenza sociale sull'utilizzo di alcol, tabacco e altre droghe assuma un aspetto rilevante. I nuovi approcci preventivi utilizzano programmi che mettono al centro il comportamento e rafforzano attitudini e abilità a resistere alle pressioni verso l'utilizzo di sostanze. Obiettivo di questo approccio è quello di equipaggiare gli adolescenti con abilità specifiche per resistere alle influenze sociali, che tuttavia, possono e devono essere riconosciute e utilizzate come positive nel momento in cui divengano risorsa utile (*lifeskills programs*).

I metodi interattivi utilizzati da questi programmi sono focalizzati all'aumento delle competenze utili ad integrare relazioni ed a creare una forte rete sociale.

La maggior parte dei programmi e dei relativi studi di valutazione di efficacia è stata tuttavia condotta negli Stati Uniti e, prima dello studio EU-DAP, nessun programma è stato specificatamente sviluppato per il contesto europeo che presenta caratteristiche sociali e culturali peculiari.

Obiettivo dello studio EU-DAP è stato quello di valutare l'efficacia di un programma di prevenzione *school-based* che si propone di:

- ridurre la sperimentazione di sostanze;
- ritardare la transizione da un uso sperimentale alla dipendenza.

Metodi

Lo studio EU-DAP è stato disegnato come un *cluster trial* randomizzato e controllato (Faggiano 2007) ed è stato condotto tra il settembre 2004 e il maggio 2006 nei 7 paesi partecipanti (Italia, Grecia, Svezia, Belgio, Germania, Spagna, Austria). Un secondo finanziamento della Comunità Europea, attualmente in corso, è orientato ad una valutazione a lungo termine dei risultati ed all'implementazione del programma su larga scala.

Il programma di prevenzione (denominato "Unplugged"), sviluppato *ad hoc* sulla base delle migliori esperienze internazionali, è stato somministrato a classi randomizzate (sulla base di una precedente stratificazione per classe sociale) di studenti di 12-14 anni. Prima dell'inizio del programma, e 3 mesi dopo la fine di esso, gli studenti hanno compilato un questionario rigorosamente anonimo (Galanti 2007) per la rilevazione delle abitudini di uso, e di altre variabili di interesse. L'efficacia del programma nel ridurre gli usi al *post-test* è stata valutata con un modello di regressione Multi Level che tiene conto del disegno dello studio con campionamento a *cluster*, e delle differenze nell'uso rilevate al *baseline* tra i centri e i diversi bracci di intervento.

Il programma consta di 12 unità di 50 minuti circa (tabella 1). Le unità, condotte nella classe durante le normali ore di lezione da un insegnante appositamente formato durante un training di 2 giornate e mezzo - sono molto interattive e constano di una introduzione, un'attività principale e una chiusura, spesso inframmezzate da esercizi cosiddetti 'energizzanti'.

Il programma è suddiviso in 3 componenti:

1. informazioni e attitudini;
2. abilità interpersonali;
3. abilità intrapersonali.

Le 3 categorie non sono in ordine dal momento che il programma è ideato per dare priorità alle dinamiche di gruppo ed all'interattività che mano a mano si sviluppa nel corso dello svolgimento del programma.

Tabella 1 - Overview delle 12 unità del programma Unplugged

Unità	Titolo	Obiettivi	Focus
1	Opening UNPLUGGED	Introduzione al programma, definizione delle regole, riflessione sulle proprie conoscenze sulle droghe	Info
2	To be or not to be in a group	Chiarimenti sulle influenze sulle attese del gruppo	Intra
3	Alcohol	Informazioni sui diversi fattori che influenzano l'utilizzo di sostanze	Info
4	Reality check	Valutazione critica delle informazioni, riflessioni sulle differenze tra opinioni e dati	Intra
5	Smoking the cigarette drug	Informazioni sugli effetti del fumo di sigaretta: differenziazione tra gli effetti a breve e lungo termine attesi e reali	Info
6	Express yourself	Adeguate comunicazione delle emozioni, distinzione tra comunicazione verbale e non verbale	Inter
7	Get up, stand up	Sviluppare positività e rispetto per gli altri	Intra
8	Party tiger	Riconoscimento delle qualità positive, accettazione di feedback positivi, entrare in contatto con gli altri	Intra
9	Drugs – get informed	Informazioni sugli effetti positivi e negativi delle droghe	Info
10	Coping competences	Espressione di sentimenti negativi, gestire la debolezza	Inter
11	Problem solving and decision making	Soluzione di problemi, pensiero creativo e self control	Inter
12	Goal setting and closure	Distinzione tra obiettivi a breve e lungo termine, feedback sul programma e i suoi processi	Inter

Risultati

Al *post-test*, effettuato a distanza di 3 mesi dalla fine del programma e a 8 mesi circa dal *pre-test*, gli studenti appartenenti alle scuole di intervento, rispetto agli studenti delle scuole di controllo e tenendo conto dell'uso dichiarato al *pre-test*, hanno mostrato una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente (OR = 0.70, 95% IC: 0.52-0.94), del 31% di avere frequenti intossicazioni da alcol (OR = 0.69, 95% IC: 0.48-0.99) e del 23% di fare uso di cannabis (OR = 0.77, 95% IC: 0.60-1.00) (tabella 2). L'efficacia del programma è maggiore per i ragazzi rispetto alle ragazze, e non ci sono differenze significative tra i 3 bracci di intervento (dati non mostrati): aggiungere sessioni in cui partecipano i genitori o coinvolgere i pari non sembra aumentare l'efficacia del programma (Vigna-Taglianti 2006).

Tabella 2 - Odds Ratios aggiustati di Prevalenza (APORs) di uso negli ultimi 30 giorni, tutti gli interventi vs i controlli

Variabile di uso negli ultimi 30 giorni	Controlli n/N	Interventi n/N	APOR (95% IC)
Aver fumato sigarette almeno una volta	605/2.968	496/2.979	0,88 (0,71-1,08)
Aver fumato almeno 6 sigarette (fumatori regolari)	387/2.968	297/2.979	0,86 (0,67-1,10)
Aver fumato più di 20 sigarette (fumatori quotidiani)	277/2.968	193/2.979	0,70 (0,52-0,94)
Essersi ubriacato almeno una volta	353/3.054	253/3.083	0,72 (0,58-0,90)
Essersi ubriacato almeno 3 volte	120/3.054	76/3.083	0,69 (0,48-0,99)
Aver fumato cannabis almeno una volta	225/3.130	152/3.150	0,77 (0,60-1,00)
Aver fumato cannabis almeno 3 volte	137/3.130	88/3.150	0,76 (0,53-1,09)
Aver assunto droghe* almeno una volta	293/3.156	222/3.185	0,89 (0,69-1,15)

*Tutte le droghe, esclusi tabacco e alcol.

Conclusioni

Lo studio EU-DAP ha dimostrato una significativa efficacia del programma di prevenzione Unplugged basato sul 'social influence model' nel ritardare la transizione da un uso sperimentale di sostanze a comportamenti continuativi.

Ulteriori *follow-up* in via di analisi sembrano confermare questi risultati anche ad un anno dalla somministrazione del programma.

Lo *European Monitoring Centre on Drug Dependence and Alcohol* (EMCDDA) ha sottolineato l'importanza dello studio e in più occasioni stimolato la diffusione del programma su scala europea.

A tal fine il gruppo di lavoro, nuovamente finanziato dalla Comunità Europea per la disseminazione dell'intervento sta revisionando il manuale, anche sulla base delle indicazioni fornite dagli insegnanti che hanno partecipato al *trial*, e programmando la sua disseminazione, sostenuta da organismi nazionali e internazionali, in numerosi paesi.

Riferimenti bibliografici

- (1) www.eudap.net.
- (2) School-Based Drug Education: a guide for practioners and the wider community. School-Based Drug Education: a guide for practioners and the wider community. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2003.
- (3) Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *J Prim Prev* 2000; 20 (4): 275-335.
- (4) Cuijpers P (2002a). Effective ingredients of school-based drug prevention programmes. A systematic review. *Addictive Behaviors* 27: 1.009-1.023.
- (5) Cuijpers P (2002b). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *Drug Education* 32: 107-119.
- (6) Cuijpers P (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education Prevention Policy* 10: 7-20.
- (7) Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *J Prim Prev* 2000; 20 (4): 275-335.
- (8) Velleman R, Mistral W, Sanderling L. Taking the message home: involving parents in drug prevention. Bath: University of Bath; 2000: 117, pp 67-96.
- (9) Dusenbury L, Falco M (1995). Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula. *Journal of School Health*, 65 (10), 420-425.
- (10) Vigna-Taglianti F, Vitale L, Vadrucci S, Bighiani S, Calcagno D, Di Modugno D, Cuomo GL, Zumino B, Fabiani L, Panella M, Siliquini R, Faggiano F (2006). Un programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe in Europa: primi risultati dello studio EU-Dap (European Drug Addiction Prevention trial). *Dal fare al Dire*, 3: 13-20.
- (11) Faggiano F, Richardson C, Bohr K, Galanti MR, the EU-Dap Study Group (2007). A cluster rabndomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. *Prev Med*, 44: 170-173.
- (12) Galanti MR, Siliquini R, Cuomo L, Melero JC, Panella M, Faggiano F, the EU-Dap Study Group (2007). Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: the EU-Dap pilot study. *Prev Med*, 44: 174-177.