

Salute mentale e dipendenze

Salute mentale e dipendenze, seppur patologie tra le più sommerse, rappresentano, per gravità e frequenza, importanti problemi di Sanità Pubblica.

I 2 argomenti, non a caso trattati insieme nel seguente capitolo, si caratterizzano per la frequente sovrapposizione, laddove spesso è possibile individuare elementi di patologia che riconducono ad una “doppia diagnosi”.

La descrizione della gravità di questo gruppo di patologie e della risposta fornita dal Servizio Sanitario Nazionale non è, sicuramente, trattata dagli indicatori presentati.

Si è cercato, nel perseguire gli obiettivi di sintesi, chiarezza e trasparenza che animano il Rapporto Osservasalute, di presentare “indicatori core” che individuano situazioni rapidamente modificabili, anche a livello regionale, da approcci integrati tra attività di prevenzione e modalità organizzative per la diagnosi e la cura.

Altri indicatori storici, in quanto già riportati nei Rapporti Osservasalute degli anni precedenti, in grado di descrivere il fenomeno in maniera più approfondita, ma che poco si muovono come trend temporale da un anno all’altro, potranno essere consultati, opportunamente aggiornati con i dati più recenti, direttamente sul sito dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (1).

I dati relativi all’ospedalizzazione per disturbi psichiatrici sono stati riproposti, anche in questa edizione, per segnalarne il trend in diminuzione nella quasi totalità del territorio nazionale: evidenza, questa, del raggiungimento di alcuni degli obiettivi prefissati dal Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” del 1999 e ribaditi dagli ultimi Piani Sanitari Nazionali.

Il consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici merita un’attenta e critica lettura: non può, infatti, rappresentare il quadro complessivo dei farmaci utilizzati per indicazione psichiatrica. Tale indicatore, ci segnala importanti differenze interregionali da non sottovalutare perchè non completamente attribuibili a differenti prevalenze di patologia, ma, anche, ad una variabilità relativa all’accesso ai servizi ed alla risposta fornita dagli stessi.

Un altro indicatore già proposto nelle precedenti edizioni è “Utenza Servizi per le Tossicodipendenze per sostanza primaria”. Si segnala, in tutte le regioni, 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.

Malattie psichiatriche e dipendenze rappresentano gruppi di patologie il cui impatto sulla salute e sulla società è trasversale per età e livelli sociali interessati ed importanti sono anche i costi diretti ed indiretti. A tal fine, laddove possibile, i dati sono stati trattati per genere con l’intento di analizzare eventuali differenze.

Meritano, sicuramente, una particolare attenzione da parte dei *decision maker* ed, a livello nazionale e regionale, di una attenta definizione o revisione dei flussi informativi, ancora carenti, che siano in grado di fornire, soprattutto per quanto riguarda la patologia psichiatrica, stime adeguate e tempestive del bisogno di salute espresso dalla popolazione.

Sitografia

(1) www.osservasalute.it.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici descrive l'andamento dell'evento "ricovero psichiatrico" all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nelle regioni. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti residenti in regione, dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate e sia per Ricovero Ordinario-RO o diurno) con diagnosi primaria di disturbo psi-

chico (codici 290-319 della classificazione ICD-9-CM) ed il numero di soggetti residenti nello stesso periodo di tempo considerato (1 anno solare).

Sono stati calcolati i tassi standardizzati per età, sia per gli uomini che per le donne, nel periodo tra il 2003 ed il 2008 per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*

Numeratore	Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale (residenti, ricoveri ordinari e diurni)	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

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

Validità e limiti. Dal punto di vista strettamente epidemiologico i valori calcolati con le modalità sopra esposte non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole malattie: bisogna, infatti, tenere in considerazione sia il fatto che, per molte patologie ed in modo particolare per quelle che attengono la sfera psichica, è possibile che una quota imprecisata di pazienti venga trattata in sedi extra-ospedaliere, sia il fatto che l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una popolazione e dal tipo di offerta sanitaria, ospedaliera e non, presente in quel dato territorio. Inoltre, la corrispondenza tra il tasso di ricovero e la percentuale di persone che ricorrono ai servizi ospedalieri non è perfetta, poiché molti soggetti possono avere avuto ricoveri ripetuti, il cui numero può variare da anno in anno. È importante, infine, tenere presente una disomogenea distribuzione dell'offerta inerente i servizi attinenti la tutela della salute mentale: tale condizione influenza, inevitabilmente, la propensione al ricovero all'interno dei SPDC. Proprio per questi motivi, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione. Tuttavia, non esistendo registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta, ancora oggi, il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

Valore di riferimento/Benchmark. È difficile pensare di poter effettuare confronti tra realtà differenti, perché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica è difforme tra i diversi Paesi. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in diversi Progetti Obiettivo (1, 2), il valore medio nazionale può essere adottato come valore standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici mostra una riduzione dall'anno 2003 all'anno 2008 (ultimo anno disponibile): il valore medio nazionale passa, infatti, dal 48,88 al 44,95 per 10.000. Nel 2008, le regioni che presentano i tassi più bassi sono il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Puglia, la Campania e la Toscana.

Nella Tabella 1 sono riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati sia per genere che per regione. Nell'anno 2008, alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più elevati rispetto alla media nazionale (in particolare la PA di Bolzano, la Liguria, l'Abruzzo, il Lazio, la Sicilia e la Valle d'Aosta). Al contrario, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria presentano i tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi rispetto alla media nazionale (rispettivamente, -38,6% e -25,5%).

Si evince, inoltre, come il tasso standardizzato medio nazionale (44,61 per 10.000) sia sovrapponibile, a grandi linee, al tasso grezzo (44,95 per 10.000), non riportato in tabella.

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore (Grafico 1) tra i 2 anni messi a confronto evidenzia, come già accennato, una generale tendenza alla riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i generi, con alcune significative eccezioni. Occorre evidenziare, infatti, che sono stati registrati incrementi del suddetto indicatore per gli uomini in Umbria e per entrambi i generi nelle Marche, in Basilicata, in Calabria ed in Campania. In quest'ultima regione, nel 2008, sono stati effettuati circa il 40% di ricoveri in più rispetto al 2003, sebbene il tasso regionale permanga inferiore alla media nazionale, come del resto in quasi tutte le regioni sopracitate.

In generale, le differenze di ricovero per genere, in termini di tasso standardizzato medio nazionale, non sem-

brano sostanziali: tali valori, per gli uomini e per le donne, si attestano, rispettivamente, al 45,81 ed al 43,11 per 10.000.

Infine, se si esamina il dato sulle macroaree Nord, Centro e Sud, sia per quanto riguarda il dato grezzo che quello standardizzato, non si evincono sostanziali diffe-

renze di tipo geografico: tassi al di sopra della media nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea per entrambi i generi. Se si osserva, invece, il trend temporale si nota come tutte le regioni del Nord abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione al contrario di diverse regioni del Centro-Sud.

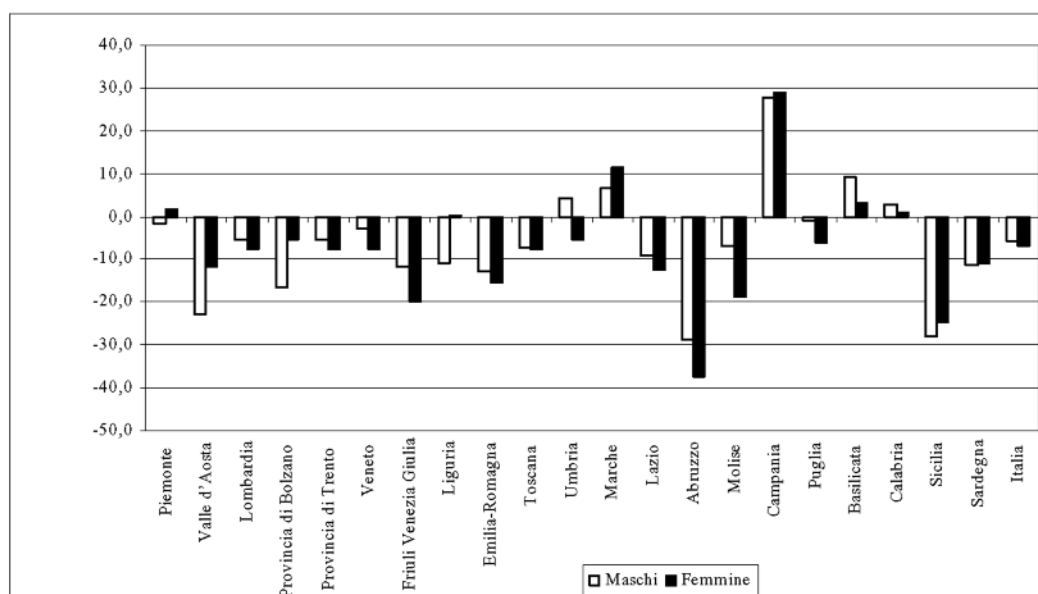
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici e variazioni percentuali, per regione e genere - Anni 2003, 2008

Regioni	Maschi			Femmine		
	2003	2008	Δ %	2003	2008	Δ %
Piemonte	43,42	42,68	-1,7	44,24	44,92	1,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,79	57,57	-18,7	53,20	47,64	-10,5
Lombardia	44,81	42,53	-5,1	46,57	43,21	-7,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>83,89</i>	<i>72,10</i>	<i>-14,1</i>	<i>88,22</i>	<i>83,83</i>	<i>-5,0</i>
<i>Trento</i>	<i>43,53</i>	<i>41,33</i>	<i>-5,1</i>	<i>41,34</i>	<i>38,46</i>	<i>-7,0</i>
Veneto	43,59	42,37	-2,8	45,39	42,17	-7,1
Friuli Venezia Giulia	31,48	28,15	-10,6	31,43	26,23	-16,5
Liguria	74,76	67,42	-9,8	70,69	70,74	0,1
Emilia-Romagna	43,66	38,71	-11,3	47,70	41,34	-13,3
Toscana	39,13	36,44	-6,9	41,01	38,09	-7,1
Umbria	33,08	34,54	4,4	33,50	31,82	-5,0
Marche	41,48	44,38	7,0	33,34	37,63	12,9
Lazio	66,00	60,43	-8,4	59,43	52,88	-11,0
Abruzzo	80,78	62,76	-22,3	73,79	53,77	-27,1
Molise	54,92	51,35	-6,5	54,66	46,07	-15,7
Campania	29,63	41,10	38,7	23,15	32,60	40,8
Puglia	39,34	38,94	-1,0	36,35	34,23	-5,8
Basilicata	45,09	49,55	9,9	40,64	41,92	3,1
Calabria	49,11	50,54	2,9	43,00	43,35	0,8
Sicilia	73,65	57,44	-22,0	63,39	50,80	-19,9
Sardegna	52,03	46,80	-10,1	43,72	39,37	-9,9
Italia	48,45	45,81	-5,4	46,11	43,11	-6,5

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat.Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 1 - Variazioni percentuali dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici, per regione e genere - Anni 2003, 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

In estrema sintesi, i dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2003-2008, confermano la tendenza al miglioramento, già emersa negli anni precedenti, durante i quali l'entità del progresso era apparsa ridotta. Negli ultimi 2 anni, invece, riappare evidente il trend di riduzione del ricorso all'ospedalizzazione. Come rilevato in precedenza, i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), hanno raggiunto e sembrano continuare a farlo, perlomeno in parte, alcuni degli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). È, infatti, opportuno esplicitare che il decremento del numero di ricoveri appare dovuto, con ogni probabilità, alla crescita ed al miglioramento dei servizi territoriali. È altresì chiaro, tuttavia, che nelle regioni che hanno mostrato una crescita del tasso di ospedalizzazione permangono notevoli margini di miglioramento, anche in virtù dell'adozione delle misure citate. Sicuramente, ulteriori progressi potranno derivare dal completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo già previste dal Progetto Obiettivo (1999-2000), sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio e sia mediante un potenziamento del-

l'integrazione tra i Servizi Sanitari e Sociali interessati. Vanno, infatti, ricordate le aree critiche del sistema, evidenziate anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale sono state sottolineate la disomogenea distribuzione dei vari servizi presenti sul territorio, nonché la mancanza di un sistema informativo standardizzato e consolidato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Anche per tali ragioni, la tutela della salute mentale, è stata indicata tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale ed il Ministero della Salute ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" con lo scopo di fornire un ulteriore impulso alle politiche di promozione, di rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva ed, in generale, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale, migliorando pertanto la qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo sviluppo della persona e all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

Riferimenti bibliografici

- (1) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.
- (2) DPR 01.09.1999 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000". Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf.

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Significato. L'indicatore individuato, pur facendo riferimento solo all'utilizzo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici nella popolazione residente, è in grado di valutare, in modo indiretto e con i limiti segna-

lati nell'apposito paragrafo "Validità e limiti", la frequenza di alcune patologie del sistema nervoso centrale, nonché i cambiamenti del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella loro prescrizione.

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere*}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata** x 365}} \times 1.000$$

*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (DDD) utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è stato ottenuto sommando le 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.

Validità e limiti. La variabilità dei consumi farmaceutici è attribuibile, in parte, alle diverse modalità di prescrizione dei medici ed in parte alle caratteristiche delle popolazioni confrontate (in particolare, età e genere). Un adeguato sistema di pesi ha permesso di tenere in considerazione le differenze regionali determinate da questi fattori. Considerando che il *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) effettua una periodica revisione sistematica di tutte le Dosi Definite Giornaliere (DDD), alcuni valori possono variare da un anno all'altro e questo deve essere tenuto in considerazione al momento della lettura e dell'interpretazione del trend temporale. I farmaci ipnotici sedativi e similari non sono rimborsabili dal SSN e, quindi, risultano più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte da modificazioni del loro prezzo. Di conseguenza, nel computo totale dei farmaci, sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi ed antipsicotici rimborsabili dal SSN. Bisogna, inoltre, tenere in considerazione che, i farmaci antidepressivi, vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche.

I dati, espressi su base regionale, danno la possibilità di effettuare un confronto interregionale e, parallelamente, un raffronto con il dato medio nazionale. Il trend temporale include i dati del periodo 2000-2009. La possibilità di realizzare un serio confronto interregionale sul consumo di antidepressivi è ancora lontana, dal momento che l'indicatore utilizza, come fonte nazionale, le prescrizioni da parte del SSN e non pare al momento possibile una valutazione delle prescrizioni "out of pocket" su questa tipologia di farmaci così largamente utilizzata. Pertanto, risulta particolarmente complesso definire se, le differenze di utilizzo, siano dovute a differenti necessità o modalità di utilizzo delle possibilità offerte dal SSN.

Inoltre, i dati presentano altri limiti, relativamente al consumo di farmaci antidepressivi, che potrebbero

essere imputabili al fatto che, i dati a nostra disposizione, tengono conto, unicamente, dei farmaci prescritti dal SSN. Una variazione del consumo è da considerarsi relativamente ai farmaci rimborsati, non essendo possibile quantificare la variazione totale.

Valore di riferimento/Benchmark. Le medie nazionali di consumo per i farmaci antipsicotici ed antidepressivi, nei vari anni considerati, rappresentano i valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda i farmaci antipsicotici (classe N05A), utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e dei disturbi psicotici, si assiste, nell'ultimo anno, ad un lieve incremento del loro utilizzo.

Dopo un evidente trend in diminuzione, dal 2002 al 2008, nel 2009 si registra un aumento che può essere, parzialmente giustificato, dall'utilizzo degli antipsicotici atipici per i disturbi comportamentali nei pazienti anziani affetti da demenza, patologia in progressivo aumento in conseguenza dell'aumentare dell'aspettativa di vita (Tabella 1).

La maggiore disponibilità di farmaci antipsicotici, definiti atipici o di nuova generazione, ha indotto, infatti, un largo utilizzo di queste sostanze nei pazienti in evidente stato di decadimento cognitivo. I dati sono, probabilmente, destinati a modificarsi ulteriormente nei prossimi anni, come conseguenza delle revisioni sistematiche attualmente in corso poiché, nonostante si sia dimostrata una loro maggiore tollerabilità, si evidenzia la necessità di nuovi studi prima di consigliarne l'utilizzo di *routine* in questi pazienti. La variabilità interregionale è difficilmente interpretabile. Permane invariato il gradiente Nord-Sud, con regioni meridionali (Abruzzo, Calabria, Sicilia, Sardegna) che presentano valori doppi rispetto a quelle del Nord.

I dati potrebbero derivare dalle differenze regionali nell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza psichiatrica e delle differenti modalità di prescrizione nei vari territori regionali. Pur tuttavia, il dato del 2009, contraddittorio rispetto al trend in diminuzione evidenziato negli ultimi anni, va trattato con le dovute cautele anche alla luce della scarsa numerosità assoluta maggiormente soggetta a variazioni casuali.

Relativamente ai farmaci antidepressivi (N06A), si assiste ad un continuo aumento del loro utilizzo che interessa, indistintamente, tutte le regioni (Tabella 2). L'utilizzo di questi farmaci, anche per le forme depressive più lievi di ansia ed attacchi di panico, è spesso appannaggio dei Medici di Medicina Generale, più che degli specialisti, con una conseguente maggior diffusione nella popolazione.

Il loro crescente utilizzo può essere spiegato con i cambiamenti culturali poiché, patologie come ansia e depressione, sono meno stigmatizzate dalla popola-

zione, ma bisogna tenere in considerazione che questi farmaci vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche, come per la terapia del dolore, nei cui confronti si sta assistendo, nel nostro Paese, ad un cambiamento culturale nella prescrizione ed utilizzo dei farmaci.

Le regioni del Centro-Nord (in particolare, PA di Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) risultano avere maggiori consumi rispetto a quelle del Sud (Puglia, Basilicata, Molise) nelle quali si registra, comunque, un trend in aumento, tranne che per la Sardegna, i cui consumi si avvicinano a quelli delle regioni settentrionali. Tale differenza potrebbe essere spiegata da un diverso utilizzo dei servizi psichiatrici e dai diversi stili di vita.

Il cambiamento culturale sopra evidenziato ha, però, implicazioni differenti nelle varie regioni che vedono utilizzi diversi del SSN.

Tabella 1 - Consumo pesato per età (in DDD/1.000 ab/die) di farmaci antipsicotici (classe N05A) per regione - Anni 2000-2009

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69	3,55	3,54	3,51
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44	1,65	1,78	1,83
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71	2,63	2,73	2,78
Trentino-Alto Adige	3,82	3,97	3,95	3,50	3,66	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,85	2,79	2,27	2,20	2,13
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,40	2,19	2,18	2,09	2,05
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04	1,97	1,98	2,05
Friuli Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59	1,53	1,47	1,40
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02	2,04	2,06	2,04
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64	1,58	1,56	1,54
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25	2,13	2,12	2,12
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31	1,20	1,20	1,16
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09	2,04	2,12	2,26
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01	4,15	2,46	2,25
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59	5,81	6,13	6,34
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20	3,06	3,70	3,82
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15	3,00	3,15	3,20
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37	3,13	3,26	3,56
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82	3,02	3,05	3,14
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55	6,39	6,76	6,42
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61	3,66	4,79	5,21
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80	4,08	4,10	4,08
Italia	3,28	3,88	3,87	3,67	3,67	3,66	3,49	2,98	2,95	3,01

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Anno 2010.

Tabella 2 - Consumo pesato per età (in DDD/1.000 ab/die) di farmaci antidepressivi (classe N06A) per regione - Anni 2000-2009

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21
Trentino-Alto Adige	10,73	17,63	21,36	24,42	27,73	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54
<i>Trento</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00
Friuli Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26
Italia	8,18	16,24	19,90	22,58	26,18	27,78	30,08	31,88	33,46	34,66

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La frequenza delle patologie del sistema nervoso centrale e dei disturbi psichiatrici è quantificabile solo parzialmente attraverso l'indicatore proposto in quanto, le dosi giornaliere prescritte, possono dipendere non solo dal numero di soggetti affetti da patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle correlate e diversificate modalità di trattamento.

Le stime internazionali e nazionali sull'incremento della patologia psichiatrica, il trend in aumento dell'utilizzo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi evidenziato a livello nazionale e l'oggettiva difficoltà di relazionarli all'andamento dei diversi quadri clinici

in cui sono utilizzati, pone una rilevante sfida di Sanità Pubblica. È improcrastinabile l'attivazione ed il mantenimento, nel tempo, di flussi informativi efficaci e sostenibili su base regionale capaci di identificare la quota, sempre più elevata, di soggetti che accedono al SSN per patologie psichiatriche ed a carico del sistema nervoso centrale e discriminarla da coloro che utilizzano i farmaci considerati per il contenimento di sintomi collaterali a patologie non strettamente psichiatriche.

Riferimenti bibliografici

(1) Jann MW, Slade JM, Pharmacotherapy 2007; 27: 1.571-1.587.

Utenza Servizi per le Tossicodipendenze per sostanza primaria

Significato. Si tratta di un indicatore di attività che valuta il ruolo dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). La stratificazione per tipologia di sostanza primaria, definita come quella sostanza che ha portato il soggetto a rivolgersi al SerT per la cura della propria

tossicodipendenza, permette, anche, di individuare eventuali modificazioni nell'approccio ai servizi da parte della popolazione, nonché la capacità di attrazione dei servizi stessi.

Tasso utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze

Numeratore	Utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

Validità e limiti. I dati non rappresentano il numero effettivo di tossicodipendenti presenti nella popolazione, ma solo quelli in trattamento presso le strutture pubbliche. Infatti, la prevalenza di tossicodipendenti è difficilmente stimabile ed anche se, negli ultimi anni sono stati effettuati studi *ad hoc* (1) per poter superare i limiti delle fonti informative relative a questa patologia, il numero di casi sommersi e, quindi, difficilmente stimabili, è in costante e significativo aumento. I tassi a disposizione sono espressi per regione, permettendo un confronto interregionale ed un trend temporale (2003, 2005, 2007). È, inoltre, possibile una valutazione del trend della distribuzione percentuale per tipologia di utenti.

Tuttavia, bisogna tenere in considerazione che, tali informazioni, si riferiscono a *survey* effettuate sulla popolazione generale e su quella studentesca.

In tutti i casi, un aumento di richiesta di trattamento, non significa, necessariamente, un aumento di abuso della sostanza, ma può evidenziare una maggiore attenzione al fenomeno da parte delle Forze dell'Ordine e conseguente invio ai SerT o un maggiore ricorso autonomo al servizio pubblico per il trattamento della dipendenza.

Valore di riferimento/Benchmark. Un vero e proprio benchmark non è individuabile in quanto, gli ultimi studi europei condotti per valutare il fenomeno, hanno utilizzato una diversa metodologia di studio rispetto agli anni precedenti.

Descrizione dei risultati

Il confronto dei tassi 2003-2005-2007 (Tabella 1) mostra un aumento degli utenti ai SerT, con un tasso nazionale di circa 28 utenti per 10.000 abitanti nel 2007. Costantemente rilevabile è la variabilità interregionale di accessi per tutte le sostanze, con valori minimi per la Provincia Autonoma di Bolzano e massimi per l'Abruzzo, che presentano, rispettivamente, un tasso di 16,19 e 40,07 utenti SerT per 10.000 abitanti nell'anno 2007.

La sostanza che mantiene il primato nella richiesta di

trattamento rimane l'eroina nonostante, secondo l'ultima Relazione al Parlamento (2), si parli di un trend in diminuzione per l'utilizzo di questa sostanza. Le regioni che mostrano dati decisamente più elevati per il trattamento della dipendenza da eroina, rispetto alla media nazionale (20,66 per 10.000 nell'anno 2007), sono: Umbria, Liguria, Toscana, Abruzzo e Piemonte.

Per quanto riguarda il consumo di cocaina si assiste, dal 2005 al 2007, ad un aumento a livello nazionale ed in quasi tutte le regioni. Le uniche eccezioni sono rappresentate dalla Provincia Autonoma di Bolzano, dal Friuli Venezia Giulia e dal Lazio che mostrano un trend in discesa degli utenti per tale sostanza e dalle Marche che mostrano, invece, valori stabili al di sotto della media nazionale. In generale, l'accesso ai SerT per consumo di cocaina, aumenta dal 2003 al 2007, anno in cui più di 4 abitanti su 10.000 sono in cura, così come confermato dalle *survey* europee che mostrano un crescente aumento nell'abuso di questa sostanza, confermando il problema della diffusione di cocaina nella popolazione.

Le regioni che mostrano valori decisamente sopra la media sono: Lombardia (che mostra i valori più elevati nel contesto nazionale) e Campania, mentre il Lazio mostra un trend in discesa rispetto ai dati precedenti, con valori che restano comunque elevati. Regioni come Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sardegna, pur mantenendo valori al di sotto o leggermente superiori alla media nazionale, hanno visto, negli ultimi 2 anni considerati (2005-2007), raddoppiare l'accesso alle cure per dipendenza da cocaina.

L'utilizzo di cannabinoidi da parte degli utenti resta su valori stabili a livello nazionale, ma presenta ampie differenze a livello regionale.

Rispetto al 2005, la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e Bolzano presentano valori raddoppiati; la Puglia, la Toscana ed il Molise mostrano valori decisamente più elevati rispetto alla media nazionale, mentre la Liguria e l'Umbria presentano valori in netta diminuzione. L'accesso ai SerT, per

altre sostanze (sono stati inclusi: allucinogeni, amfetamine, *ecstasy* e analoghi, barbiturici, benzodiazepine, *crack*, metadone, morfina ed altri oppiacei, inalanti ed altre sostanze), mostra un aumento, dal 2005 al 2007, a livello nazionale, con sempre ampia variabilità tra le regioni. Valori decisamente aumentati, rispetto alla rilevazione del 2005, si riscontrano per Valle d'Aosta, Province Autonome di Bolzano e Trento, Veneto, Liguria, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia. In particolare, l'Abruzzo si conferma essere la regione con i valori più alti (circa 4 volte la media nazionale), mentre la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento e le Marche, nonostante abbiano più che raddoppiato i loro valori, restano, comunque, al di sotto della media nazionale. Una diminuzione rilevante si evidenzia, invece, per il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria ed il Molise, con inversione del trend rispetto alla media nazionale.

Come si evince dal Grafico 1, l'analisi delle percen-

tuali per abuso di sostanza primaria denota come, la percentuale di richiesta di trattamento per eroina, sia diminuita negli ultimi 2 anni con, di contro, un continuo aumento degli utenti cocaina dipendenti.

Nella lettura dei risultati bisogna, però, tenere in considerazione il fatto che, negli ultimi anni, i consumatori di cocaina sempre più spesso paiono utilizzare anche eroina.

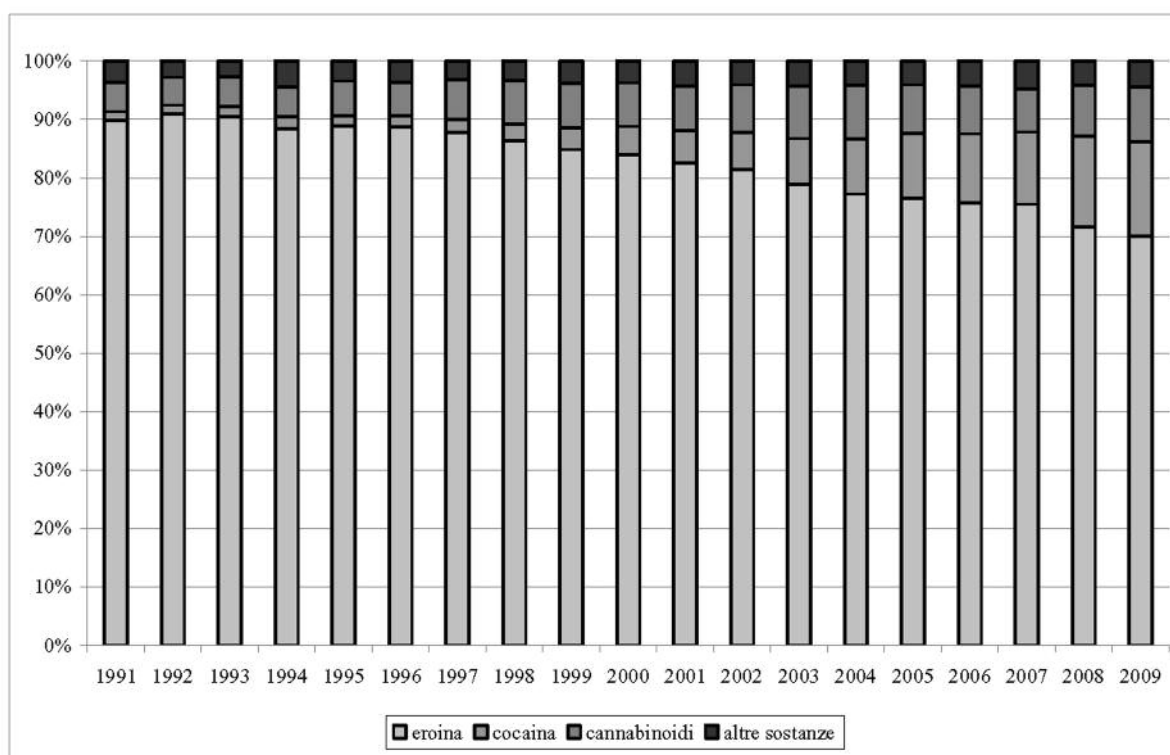
Per quanto riguarda la richiesta di trattamento per cannabinoidi, si assiste ad un incremento negli ultimi anni. Questo fenomeno potrebbe essere largamente influenzato dai maggiori controlli verificatisi negli ultimi anni su guidatori e lavoratori e da maggiori segnalazioni ai SerT da parte delle Forze dell'Ordine. Per quanto riguarda le altre sostanze si può notare come le percentuali di soggetti in trattamento oscillino negli ultimi 20 anni tra 2,75-5,75%, mantenendosi, comunque, relativamente stabili e non evidenziando trend significativi.

Tabella 1 - Tassi utenti dei SerT (per 10.000) per regione e per tipo di sostanza primaria - Anni 2003, 2005, 2007

Regioni	2003				2005				2007						
	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Canna-binoidei	Altre sostanze	Tutte sostanze	Eroina	Cocaina	Canna-binoidei	Altre sostanze	Tutte sostanze	Eroina	Cocaina	Canna-binoidei	Altre sostanze
Piemonte	26,44	22,82	1,37	1,48	0,77	28,34	21,80	2,32	1,33	2,89	33,05	24,22	3,64	1,62	3,57
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,46	14,90	0,76	0,43	0,38	18,39	16,53	0,99	0,68	0,18	21,27	16,68	1,98	1,74	0,87
Lombardia	24,29	16,81	3,69	2,82	0,97	24,73	15,36	6,13	2,49	0,96	27,03	16,98	6,88	2,25	2,90
<i>Bolzano-Bozen</i>	13,58	9,95	0,53	1,66	1,44	12,75	8,91	0,89	1,49	1,45	16,19	10,22	0,66	2,40	2,90
<i>Trento</i>	12,14	11,04	0,39	0,50	0,22	13,57	12,51	0,48	0,43	0,15	17,67	15,67	0,88	0,74	0,37
Veneto	23,44	17,49	1,66	2,95	1,34	20,69	15,08	1,84	2,90	0,87	27,75	20,12	3,16	3,08	1,39
Friuli Venezia Giulia	21,08	15,60	0,99	2,74	1,75	24,08	18,40	1,66	2,74	1,28	21,39	16,83	1,07	2,68	0,81
Liguria	40,85	30,31	3,15	5,88	1,51	34,32	25,98	3,23	4,43	0,69	37,04	29,13	3,56	2,56	1,78
Emilia-Romagna	22,29	17,01	2,38	2,07	0,82	24,03	17,37	3,24	2,69	0,72	28,90	21,55	4,25	2,31	0,78
Toscana	29,95	23,30	2,01	3,20	1,44	25,29	19,07	2,66	3,01	0,56	35,93	28,41	3,45	3,45	0,61
Umbria	31,81	27,68	1,18	2,45	0,51	35,46	29,86	2,16	2,52	0,92	36,07	31,46	2,67	1,44	0,50
Marche	24,37	18,28	1,80	2,90	1,39	28,38	21,23	2,90	3,63	0,62	29,03	21,86	2,90	2,85	1,42
Lazio	27,50	22,09	3,11	1,71	0,61	25,00	19,00	3,62	1,85	0,52	21,26	16,34	3,13	1,38	0,40
Abruzzo	26,35	20,24	1,34	2,29	2,48	26,74	19,33	1,84	2,46	3,10	40,07	28,13	2,64	3,25	6,05
Molise	19,88	15,96	2,06	1,56	0,40	24,52	17,99	2,57	3,09	0,86	30,20	22,28	4,14	3,51	0,27
Campania	25,88	18,74	2,07	3,00	2,07	27,78	19,83	3,72	2,31	1,92	33,93	23,07	4,99	3,02	2,85
Puglia	27,78	19,67	2,28	4,42	1,42	25,74	18,15	2,83	3,76	1,00	31,13	20,51	4,20	4,17	2,24
Basilicata	15,19	13,58	0,50	1,00	0,11	18,23	15,24	1,22	1,49	0,27	24,63	20,62	1,82	1,94	0,25
Calabria	16,56	13,43	0,96	1,80	0,36	17,72	14,65	1,15	1,35	0,57	22,20	17,41	2,18	1,93	0,69
Sicilia	20,82	14,78	2,04	2,08	1,92	19,65	13,03	2,87	2,10	1,65	24,54	15,31	3,93	2,48	2,82
Sardegna	26,26	22,69	1,21	0,37	2,00	27,49	22,87	2,78	1,21	0,63	33,50	27,47	4,12	1,10	0,80
Italia	24,99	18,97	2,22	2,57	1,22	24,73	17,88	3,26	2,40	1,19	28,90	20,66	4,10	2,49	1,65

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anni 2003, 2005, 2007.

Grafico 1 - Distribuzione percentuale utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze per sostanza d'abuso primario - Anni 1991-2009



Fonte dei dati: Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati richiedono alcune raccomandazioni di lettura: bisogna considerare che, tra gli utenti SerT in cura per cocaina, una parte parrebbe fare anche uso ripetuto di eroina, sostanza che viene utilizzata per prevenire la sindrome depressiva dovuta all'uso compulsivo della cocaina.

Per poter studiare il fenomeno è necessario conoscere non solo le modalità di assunzione delle varie sostanze, ma anche il mercato delle droghe che ha visto un'evoluzione negli ultimi anni. Bisogna, infatti, tenere in considerazione che il prezzo della cocaina è diminuito notevolmente, passando da sostanza d'abuso nei ceti sociali più elevati a sostanza diffusa trasversalmente. Questo potrebbe, verosimilmente, portare ad un nuovo incremento dei tossicodipendenti da eroina nei prossimi anni, motivo per cui potrebbe rendersi necessario attrezzare i SerT per utenti che siano dipendenti

da entrambe le sostanze.

Nel valutare la variabilità interregionale, non bisogna dimenticare che i SerT non sono equamente distribuiti sul territorio nazionale.

Attenzione particolare va anche posta ai flussi informativi che studiano il fenomeno poiché, essendo la tossicodipendenza una patologia che vede un gran numero di casi sommersi, si rendono quanto mai necessarie *survey* condotte a livello nazionale, ma con rappresentatività regionale, che consentano una corretta valutazione di incidenza e prevalenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione al Parlamento - Rilevazione attività nel Settore Tossicodipendenze - Anni 2007 e 2010.
- (2) Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2010.