

OED Piemonte

Rapporto 2001



Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Servizio di Epidemiologia – ASL 5
Via Sabaudia n. 164 - 10095 Grugliasco (TO)
Tel. 011 4017 679 (677)
Fax 011 4017 687
E-mail: oad.piemonte@tin.it
www.oad.piemonte.it

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze:

Paride Angius – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Torino
Antonella Carcieri - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Torino
Gian Luca Cuomo - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Roberto Diecidue - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Stefania Difonzo – Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Fabrizio Faggiano - Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia – Università di Torino
Elena Pierini - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Giuseppe Salamina - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Michele Sartore - ASL 12 – SERT di Biella
Roberta Siliquini - Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia – Università di Torino
Valeria Siliquini - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Barbara Zunino - Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze

Si ringraziano per la loro collaborazione Maria Teresa Revello ed Enrica Galvani dell'Ufficio Dipendenze ed AIDS della Regione Piemonte per il supporto tecnico scientifico, il Dr. Alessandro Migliardi per la consulenza nell'elaborazione statistica.

Coordinamento editoriale a cura di Valeria Siliquini e Barbara Zunino.

I testi, i grafici e le tabelle presentati in questo rapporto sono liberamente utilizzabili e riproducibili, purché ne venga citata la fonte. Autori. Titolo dell'articolo. In: Faggiano F (a cura di). OED Piemonte – Rapporto 2001 Torino, 2001.

Stampato presso
Tipolitografia A.G.A.T. s.n.c. – Torino
nel Dicembre 2001

INDICE

EDITORIALE.....	5
Mortalità alcol correlata in Piemonte 1980-1997.....	7
La variabilità dei trattamenti nei SerT piemontesi. Confronto 1997-2000.....	21
Pazienti alcol-dipendenti e servizi sanitari: un confronto tra ricoveri per problemi correlati all'alcol ed utenti in carico ai SerT piemontesi.....	30
Lo studio pilota di VEdeTTE 2: risultati preliminari e primo bilancio.....	35
Lo Studio VEdeTTE in Piemonte: rapporto sul seminario di presentazione dei primi risultati.....	42
I trattamenti in comunità: analisi descrittiva del flusso ministeriale relativo alle Comunità Terapeutiche del Piemonte dell'anno 2000.....	48

EDITORIALE

Sull'uso della ragione

La contaminazione da parte di discipline distanti da quelle che ci sono famigliari è un modo prezioso per favorire l'evoluzione delle idee e per evitare la sclerosi e i pregiudizi.

Amartya Sen, premio nobel dell'economia del 1998 e direttore della London School of Economics, sviluppa nei suoi scritti di economia e politica morale temi che possono essere utili anche al di fuori del suo ambito disciplinare. Uno dei temi che possono dare un contributo alla riflessione sul tema del contrasto alle dipendenze è quello dell'utilizzo della ragione. Egli afferma che per poter percorrere "l'idea di usare la ragione per concepire e promuovere società migliori e più accettabili..." c'è bisogno di "... un impianto generale nel quale inserire i nostri giudizi di valore, di istituzioni che promuovano i nostri fini e i valori per i quali ci battiamo, nonché di norme di comportamento e di capacità di ragionamento..." [1]. Per costruire un impianto generale che favorisca "...i giudizi e le decisioni sociali..." e il "...progresso sociale basato sulla ragione..." è essenziale "...l'utilizzazione di una base informativa adeguata...".

Quali analogie possiamo trovare nelle parole di Amartya Sen? Credo che nel campo delle dipendenze patologiche il messaggio del premio nobel possa dare un contributo rilevante; questo è un campo in cui, dato il forte contenuto emotivo che la parola 'tossicodipendenza' comporta a tutti i livelli, tutti credono di avere una soluzione definitiva e si sentono in dovere di impugnarla e impegnarsi per applicarla. Purtroppo si tratta di un campo estremamente complesso in cui la mancanza di riferimento a valori morali espliciti, le pressioni politiche e la insufficienza delle conoscenze scientifiche possono portare a scelte sbagliate, contrarie cioè a quelli che sono gli obiettivi espliciti degli interventi.

La ragione, suggerisce Sen, e l'utilizzo di una base informativa adeguata, possono evitare tali errori e permetterci di perseguire obiettivi di miglioramento della società nel nostro campo. Cosa vogliono dire in pratica queste parole? Io credo che vogliano dire che nell'operare scelte di intervento, organizzative e di finanziamento o nel disegnare politiche per il contrasto del fenomeno dobbiamo usare la ragione e tutte le conoscenze disponibili. Ma quali conoscenze sono utili alle scelte?

I dati in grado di descrivere la dimensione del fenomeno delle dipendenze, le sue caratteristiche e le tendenze temporali sono utili per la definizione di obiettivi e per l'indirizzo degli interventi.

Le conoscenze sulla efficacia degli interventi, cioè sulla loro capacità di raggiungere gli obiettivi per cui vengono utilizzati sono essenziali per la scelta degli interventi stessi. L'uso di queste conoscenze, oggi sottolineato dalla Evidence-based Health Care, è essenziale affinché non si stabiliscano atteggiamenti o proposte di intervento basate su pregiudizi e non su prove. Senza dubbio, quando due alternative di intervento sono equivalenti (per esempio in assenza di prove o a parità di efficacia) altre variabili dovranno essere di aiuto nella scelta. Ma qualora l'intervento A fosse superiore all'intervento B sulla base di prove scientifiche di efficacia, quali altre variabili potrebbero far scegliere B? Chi lo proponesse sarebbe accusato almeno di ignoranza, se non di malafede (nel significato professionale di malafede, cioè quello di agire per interessi diversi dal bene del paziente).

Le prove sulla efficacia degli interventi non sono sempre sufficienti; oggi sappiamo che le scelte organizzative possono avere un effetto sugli esiti degli interventi a parità di trattamento. E' allora utile misurare l'efficacia dei programmi oltre che degli interventi. Si tratta per esempio di valutare l'efficacia del programma complessivo di trattamento, e non solo del singolo intervento, di misurare il ruolo del SerT nel suo complesso, e anche di tutto il Sistema dei Servizi nel raggiungere gli obiettivi di controllo del fenomeno. Si tratta quindi di valutare l'effetto delle variabili che possono condizionare l'effetto dell'intervento e che hanno quindi effetto sull'esito finale.

Le conoscenze sono base delle scelte ma non ne sono ovviamente l'unica componente. A partire dalle conoscenze è necessario definire gli obiettivi degli interventi, sia di quelli che avranno immediate conseguenze sul soggetto, come il trattamento, sia delle politiche di intervento; è poi necessario scegliere le priorità di intervento, quindi valutare l'effetto ottenuto. Si tratta quindi di un processo virtuoso che deve necessariamente essere basato su "...una base informativa adeguata...", ma che richiede la definizione dei valori in gioco, dell'importanza che la società nel suo complesso dà al problema, e il coinvolgimento di tutti gli attori in un procedimento razionale ed esplicito.

Questo rapporto, così come tutto il lavoro dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte, vuole essere un contributo alla costruzione della "...base informativa adeguata...". Nella speranza che contribuisca all'uso della ragione per "...concepire e promuovere società migliori e più accettabili...".

Fabrizio Faggiano

1. Amartya Sen. Lo sviluppo è libertà. Milano, Mondadori, pp. 249-281, 2000.

Mortalità' alcol correlata in Piemonte 1980-1997

Roberta Siliquini, Fabrizio Faggiano, Giuseppe Salamina

Introduzione

Da tempo la letteratura internazionale segnala il forte ruolo giocato dal consumo di alcol sulla salute, sia essa relativa ad eventi acuti (avvelenamento, incidenti o violenza) o cronici (cirrosi o carcinomi). Parallelamente però altre evidenze hanno messo in luce come il consumo regolare di moderate quantità di alcol possano ridurre il rischio di altre patologie (infarto miocardico acuto, alcune sedi tumorali) [1] [2]. Stime dirette del peso delle quantità di consumo alcolico sulla salute sono tuttavia difficili da ottenere in quanto le informazioni circa le abitudini alcoliche sono per lo più ricavate da interviste e, a meno che il consumo sia prossimo allo zero, qualunque tipo di descrizione dello stesso è fortemente influenzata dalle sensazioni emotive e morali dei rispondenti [3]. Inoltre la quantità di consumo alcolico può variare sensibilmente da un periodo all'altro influenzando così la rilevanza della risposta. Malgrado queste difficoltà, numerosi studi, per lo più attraverso disegni di studio di coorte, sono stati condotti al fine di valutare la relazione tra consumo alcolico e mortalità e di stimare la frazione attribuibile all'alcol per ogni specifica causa di morte, comprese quelle la cui eziopatogenesi non è esclusivamente ad esso dovuta.

Negli Stati Uniti, l'utilizzo dei risultati di studi epidemiologici analitici per la stima della relazione fra quantità del consumo alcolico e specifiche cause di morte, ha permesso al Center for Disease Control [5] di stimare le frazioni attribuibili all'alcol delle diverse cause, concludendo che circa il 5% delle morti negli Stati Uniti sono correlate all'alcol.

Al fine di ottenere informazioni quantitative su base generale circa gli andamenti dei danni sulla salute prodotti dai vari pattern di consumo alcolico un buon indicatore, quindi, può essere stimato attraverso le statistiche di mortalità. Questo approccio ha il vantaggio di essere relativamente poco costoso, in quanto non richiede la conduzione di studi sulla popolazione, e sostanzialmente affidabile, vista la lunga esperienza di utilizzo del dato di mortalità per la stima dei rischi per la salute, ma ha il limite di non fornire alcuna informazione circa i danni causati dal consumo alcolico in termini di morbosità e di costi sociali.

Questo tipo di analisi hanno permesso, ad esempio negli stati della ex Federazione Russa, di dimostrare come importanti variazioni nelle abitudini alcoliche (come quelle occorse negli anni ottanta, allorché venne meno il controllo

statale sulle politiche relative ai consumi alcolici) abbiano condotto, dopo circa un decennio di latenza, ad un allarmante aumento delle morti per cause alcol-correlate [4]. In Italia stime di mortalità alcol-attribuibile, calcolate sulla base del modello prodotto dal CDC [5], hanno valutato per il 1990 una numerosità di morti alcol-correlate pari a 28.000, pari al 5% della mortalità generale [6].

Indubbiamente l'analisi delle statistiche di mortalità deve poter prendere in considerazione il reale peso dell'alcol per ogni specifica causa che è dipendente dai pattern di consumo della popolazione di riferimento.

Per tener conto di questo problema, Cipriani e coll hanno stimato le frazioni attribuibili all'alcol, sulla base di una revisione critica della letteratura nazionale e internazionale e tenendo conto dei dati di prevalenza di consumo di alcol, relativamente alla mortalità specifica per alcune patologie in Italia [6], che possono essere applicate anche a territori sub nazionali. Obiettivo del presente lavoro è di valutare l'impatto del consumo alcolico sulla mortalità in Piemonte, descriverne l'andamento temporale e discutere gli elementi di confronto con i dati italiani, attraverso l'applicazione alla nostra regione delle stime effettuate [6].

L'obiettivo di questo lavoro si pone nell'ambito delle attività che l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte sta conducendo per stimare la dimensione del problema della dipendenza da alcol nella nostra regione. Le analisi dei flussi correnti di dati infatti mostrano un numero di utenti con tali problemi che appare fortemente sottostimato [11]. Una quota di fenomeno sfugge all'osservazione in quanto non si rivolge ai servizi pubblici, ma piuttosto ad altre offerte terapeutiche (Alcolisti Anonimi), ma è presumibile che una ulteriore quota di popolazione sia completamente nascosta. Sebbene questa considerazione dovrebbe portare alla progettazione di una indagine epidemiologica per la stima di tale fenomeno, è utile preliminarmente sondare tutte le fonti di dati disponibili per effettuare stime indirette. I dati di mortalità correlata permettono di raggiungere tale obiettivo, e questo lavoro ne è il risultato.

Materiali e metodi

La stima delle quote di mortalità attribuibili al consumo di alcol è stata ricavata dalla revisione della letteratura internazionale [6]. E' infatti

possibile, attraverso l'applicazione di complessi modelli matematici ottenere delle stime della quota attribuibile al consumo di alcol anche per patologie la cui eziopatogenesi non è esclusivamente ad esso correlata (ad esempio cirrosi e tumori). Nel caso delle cirrosi, ad esempio, è possibile stimare la quota di decessi attribuibili all'alcol e separatamente a infezioni virali, applicando modelli matematici alla diversità dei tempi di incubazione e di sopravvivenza delle cirrosi alcoliche e di quelle virali e introducendo nel modello le stime di prevalenza per sesso e area geografica dei virus epatitici [7] e dei consumi alcolici; nel caso della mortalità per incidenti stradali ci si può invece basare sulla frequenza del riscontro di eccessive concentrazioni alcoliche in serie autoptiche di soggetti deceduti o su dati di polizia.

In questo lavoro le stime di frazione attribuibile proposte dalla letteratura sono state utilizzate per la stima della mortalità alcol-correlata in Piemonte, effettuando soltanto delle variazioni relative alla mortalità alcol-correlata per cirrosi a

livello nazionale. Tale stima è stata effettuata attraverso una media pesata sulla popolazione al 1991, delle stime per le tre aree geografiche nord, centro e sud, separatamente per i due sessi. In tabella 1 è riportata la lista delle patologie alcol-correlate e le relative quote attribuibili per età utilizzate in questo lavoro.

I dati di mortalità per gli anni 1980-1997 sono stati ricavati dall'archivio di mortalità dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

Per ottenere le stime, il numero dei decessi per le patologie riportate in tabella è stato pesato, per tutti gli anni dell'analisi, per la QAA, e sono quindi stati calcolati, separatamente per i due sessi, tassi di mortalità grezzi, in cui non si è tenuto conto dell'effetto di confondimento della diversa struttura per età nel tempo e nel confronto con il dato nazionale, e standardizzati per età (popolazione standard Italia 1991) per il Piemonte e l'Italia.

A partire dai tassi standardizzati, sommando tutti i decessi attribuibili all'alcol, sono state quindi stimate della quote complessive di mortalità alcol-correlata per ogni anno fra il 1980 e il 1997.

Tabella n. 1 - Patologie alcol correlate e codice ICDIX per quota attribuibile all'alcol (QAA) e classe d'età cui la QAA si applica

ICD IX	Descrizione	QAA	Età
0110-0129	Tbc respiratoria	0.33	>=35
1400-1499	Tumori delle labbra, cavo orale, faringe	0.66	>=35
1500-1509	Tumore dell'esofago	0.66	>=35
1550-1559	Tumore del fegato	0.33	>=35
1610-1619	Tumore della laringe	0.33	>=35
2910-2919	Psicosi alcolica	1	>=15
3030-3039	Sindrome da dipendenza alcolica	1	>=15
3050	Abuso alcolico	1	>=15
E8600-E8601	Avvelenamento alcolico	1	>=15
3575	Polineuropatia alcolica	1	>=15
4255	Cardiomiopatia alcolica	1	>=15
5353	Gastrite alcolica	1	>=15
7903	Ipercoleemia	1	>=15
5710-5719	Cirrosi	*	>=15
E8100-E8259	Incidenti con motoveicoli	0.33	>=0
E8290-E8299	Altri incidenti stradali	0.10	>=0
E8300-E8389	Incidenti del trasporto marittimo	0.10	>=0
E8400-E8459	Incidenti del trasporto aerospaziale	0.10	>=0
E8800-E8889	Cadute accidentali	0.10	>=15
E8900-E8999	Incidenti causati dal fuoco	0.10	>=0
E9100-E9109	Annegamento	0.10	>=0
E9010-E9019	Altri incidenti	0.10	>=15
E9500-E9599	Suicidio	0.25	>=15
E9600-E9699	Omicidio	0.50	>=15

* nel caso della cirrosi le QAA variano per sesso e regione, per il Piemonte la stima della QAA utilizzata è 0.415 per i maschi e 0.423 per le femmine.

Risultati

Per quanto riguarda le patologie alcol correlate (non corrette per frazione attribuibile) in Piemonte, nel periodo di tempo considerato (1980-1997), si sono evidenziati 96.527 decessi di cui 63.406 tra la popolazione maschile (Tabella 2) e 33.121 tra la popolazione femminile (Tabella 3). I decessi

complessivi per patologie alcol correlate rappresentano quindi il 10.7% di tutte le morti.

I tassi grezzi di mortalità evidenziano un eccesso di mortalità per il Piemonte rispetto all'Italia per entrambi i sessi che si mantiene costante dal 1980 anche se l'andamento in diminuzione ricalca quello nazionale.

Il trend positivo rispetto all'incidenza di mortalità per patologie alcol correlate è però maggiormente evidente nel sesso maschile: sia a livello

regionale che nazionale, infatti, vi è stata un sensibile riduzione della mortalità.

Per il sesso femminile non si rilevano, nel periodo considerato, decisive variazioni nella mortalità. La cirrosi rappresenta la più frequente tra le diagnosi sul totale dei decessi attribuibili al consumo di alcol, seguono per frequenza il tumore del fegato, gli incidenti stradali, il tumore del cavo orale e il tumore della laringe.

I tassi standardizzati di mortalità, non corretti per frazione attribuibile, relativi al complesso delle patologie alcol correlate (Tabelle 2bis e 3bis) evidenziano in Piemonte decise riduzioni nei 18 anni in studio: quasi dimezzati per il sesso maschile (dal 131.3 x 100.000 del 1980 al 77.04 x 100.000 del 1997) passano dal 44.63 x 100.000 al 25.39 x 100.000 nelle femmine.

Le cause che maggiormente paiono correlate al trend osservato relativo alla riduzione di mortalità sono, per i maschi, la TBC, il carcinoma della laringe, la cirrosi, gli incidenti stradali e l'omicidio, mentre il carcinoma del fegato e il suicidio paiono rappresentare problemi crescenti; rimangono sostanzialmente invariate le morti per altre cause alcol correlate.

Per quanto riguarda il sesso femminile si notano forti riduzioni nella mortalità standardizzata per carcinoma del fegato, cirrosi, incidenti stradali e

cadute accidentali mentre in aumento paiono i carcinomi della bocca.

Se si considerano le frazioni attribuibili, i tassi standardizzati di mortalità alcol correlata risultano, in media, per il Piemonte così come per l'Italia, abbattuti del 30% circa (grafici 1 e 2).

I tassi standardizzati corretti per frazione attribuibile vedono, negli anni, ridotto il divario tra la mortalità alcol correlata in Piemonte e in Italia, sia per quanto riguarda la popolazione maschile che quella femminile (Tabelle 4-4bis e 5-5bis).

In particolare è evidenziabile una diminuzione importante dei tassi di mortalità standardizzata del Piemonte rispetto al dato italiano per quanto riguarda la cirrosi e il carcinoma del fegato.

Per gli eventi maggiormente responsabili della mortalità alcol correlata (carcinoma del fegato, cirrosi e incidenti stradali) non si riscontrano evidenze di diminuzione dei tassi standardizzati corretti per frazione attribuibile delle femmine piemontesi rispetto al dato italiano.

Complessivamente le morti corrette per frazioni attribuibili al consumo alcolico sono state, nei 18 anni considerati pari a 31.856, con una riduzione negli anni maggiormente marcata nei maschi rispetto al sesso femminile (i maschi passano dalle 1.439 morti del 1980 alle 1.075 del 1997, mentre per le femmine si rilevano 566 morti nel 1980 e 480 nel 1997).

Grafico n. 1 Numero di morti attribuibili al consumo di alcol (corretti per frazione attribuibile). Piemonte-Italia 1980-1997

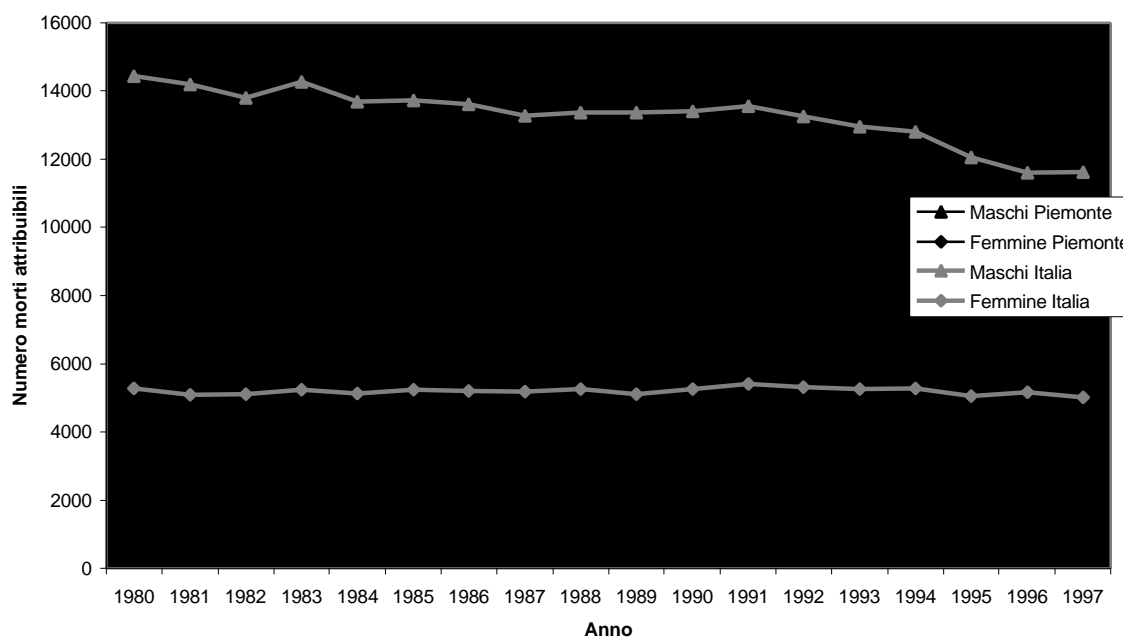
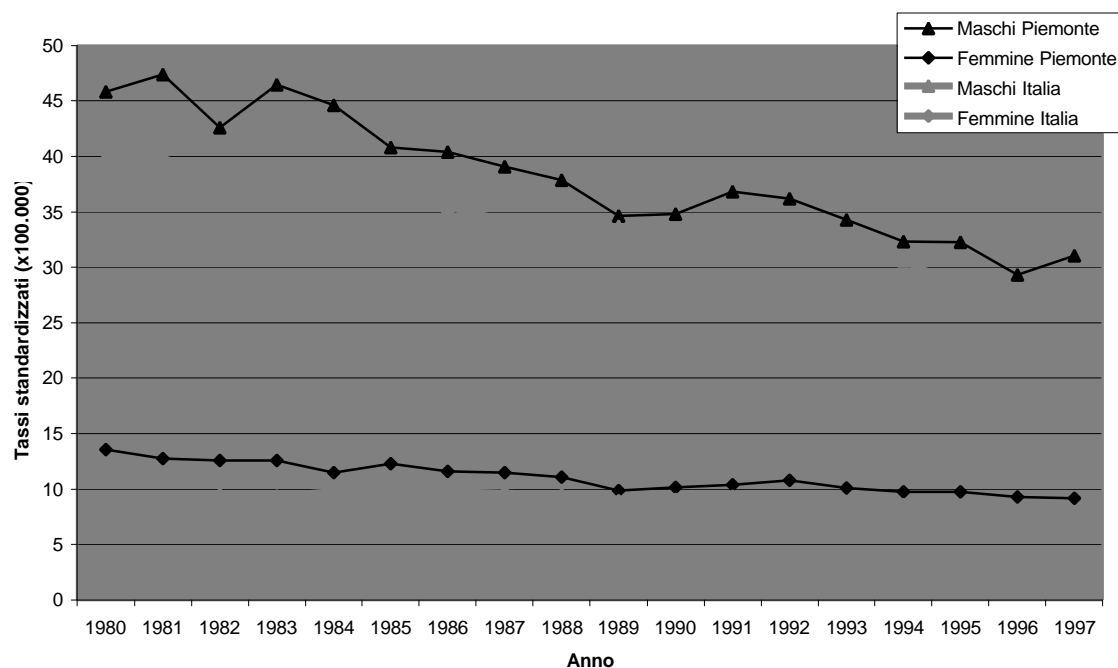


Grafico n. 2 - Tassi standardizzati e corretti per frazione attribuibile. Mortalità alcol correlata, Italia-Piemonte 1980-1997



Discussione

Le patologie alcol correlate rappresentano, ancor oggi, rispetto alla mortalità, un importante problema di Sanità Pubblica.

La definizione delle frazioni attribuibili fornisce una stima più attendibile dell'effetto del consumo alcolico sulla mortalità generale anche se la metodologia utilizzata non tiene conto di alcune cause di morte per le quali l'associazione con il consumo alcolico non incontra ancora un accordo generale (ad es. carcinoma dello stomaco, patologie di esofago/stomaco/duodeno, diabete mellito, patologie cerebrovascolari, pancreatici acute e croniche).

E' quindi realistico pensare che i tassi di mortalità grezza presentati sottostimino l'effetto dell'alcol sulla mortalità complessiva.

Inoltre è da tenere in debita considerazione il fatto che stime della frazione attribuibile all'alcol sono fortemente dipendenti dai livelli di consumo alcolico per i quali non abbiamo, ad oggi, nella nostra regione attendibili sistemi informativi di rilevazione continua e sistematica.

E' inoltre da segnalare che l'incidenza di morte per le patologie selezionate dipende in larga misura (patologie croniche) da consumi antecedenti al periodo di latenza delle stesse, soprattutto dal momento che gli eventi alcol correlati maggiormente responsabili della morte sono, in Italia, rispetto ai paesi anglosassoni, più

frequentemente correlati agli effetti dell'alcol a lungo termine.

La riduzione nei tassi di mortalità, siano essi grezzi o corretti per frazione attribuibile, in Piemonte come in Italia, è consistente con il marcato trend di riduzione dei consumi alcolici iniziato a partire dagli anni '70 [8].

In Piemonte si evidenzia un netto miglioramento rispetto al dato italiano (tassi standardizzati): questa riduzione sembra principalmente attribuibile alla diminuzione in Piemonte dei decessi per cirrosi attribuibili all'alcol. Rimane, ancora, tuttavia, un eccesso di mortalità generale alcol attribuibile in entrambi i sessi.

Dalle informazioni derivanti dall'analisi dei dati, tuttavia, pare più rilevante, in termini di Sanità Pubblica, la mortalità femminile per patologie alcol correlate, che seppur diminuita rispetto al trend italiano dei tassi standardizzati, lascia ipotizzare ulteriori margini di miglioramento.

E' infatti ipotizzabile che l'impatto delle attività preventive o di diagnosi e cura sia stato maggiormente efficace, nella nostra Regione, per il sesso maschile; maggior attenzione quindi sembra dover essere posta verso il sesso femminile relativamente alla definizione di campagne di sensibilizzazione/prevenzione e possibilità di accesso alle cure.

Inoltre è possibile che nelle donne, soprattutto per alcune patologie come, ad esempio i carcinomi della bocca, sia più rilevante negli ultimi anni il possibile effetto confondente del fumo.

Un commento particolare merita la discussione relativamente alla frazione causale attribuita all'alcol per gli incidenti stradali: malgrado questa possa essere sottostimata a causa della nota scarsità di dati circa il ruolo giocato dai consumi di sostanze negli eventi accidentali [9] la mortalità per incidenti sembra avere comunque una rilevanza importante dal punto di vista degli anni di vita persi dal momento che nella nostra Regione rappresenta una delle principali cause di morte nella fascia d'età più giovane (18-45 anni) [10].

L'abuso di alcol causa annualmente, secondo le stime grezze fornite, circa il 10% delle morti nella nostra Regione mentre, secondo la modellizzazione per frazione attribuibile proposta, tale stima si riduce al 3% circa. I tassi

standardizzati per età sottolineano comunque ancora un eccesso di mortalità in Piemonte rispetto al dato italiano.

Le conseguenze reali del consumo alcolico sulla salute e le risorse sociali ed economiche non possono comunque essere descritte in modo esaustivo da tavole di mortalità. Queste rimangono tuttavia un indicatore attendibile dell'efficacia delle campagne preventive e delle possibilità terapeutiche offerte, soprattutto se confrontate con dati storici o altre realtà, e forniscono stime dell'impatto dei consumi sulla salute utili alla pianificazione di studi di buona qualità mirati alla rilevazione dei consumi e di interventi specifici verso alcune cause di morte particolarmente frequenti nella nostra regione.

Tabella n. 2 - Numeri assoluti di mortalità per patologie alcol correlate. Maschi Piemonte 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	120	101	86	95	80	70	68	48	53	36	36	34	34	30	38	40	20	24
Carcinoma bocca	221	281	273	282	278	241	301	285	266	239	251	266	255	257	228	250	287	241
Carcinoma esofago	197	213	183	193	196	197	215	207	189	168	172	206	206	196	184	192	183	179
Carcinoma fegato	331	321	296	328	339	337	330	400	391	351	370	373	458	439	431	399	448	489
Carcinoma laringe	233	286	270	260	286	267	245	217	236	252	223	218	206	238	195	183	172	152
Psicosi alcolica	10	8	4	6	10	3	4	2	2	1	2	2	2	1	4	7	7	4
Sindrome da dipendenza alcolica	27	35	25	36	36	26	19	28	29	26	30	35	32	31	19	29	13	18
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	1	1	0	0	0	3	2	0	1	0	2	1	0	1	0	3	2	1
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cirrosi	1233	1181	1042	1173	1117	997	940	822	831	764	759	687	667	675	640	623	544	535
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	767	725	681	704	609	627	626	659	602	569	596	664	668	548	551	526	478	540
Altri incidenti stradali	6	15	0	5	4	9	7	3	5	7	10	5	7	6	7	1	5	7
Incidenti navali	0	15	4	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1	1
Incidenti aerei e spaziali	6	4	8	0	9	4	7	0	9	10	3	4	1	1	5	0	3	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	404	410	413	417	377	400	401	365	392	395	407	364	365	372	362	425	406	393
<i>Incendi</i>	27	31	28	16	14	15	14	23	18	33	22	20	18	23	14	19	12	20
<i>Annegamenti</i>	64	65	59	44	55	38	41	37	37	37	23	33	42	51	42	33	18	31
<i>Suicidio</i>	318	292	326	341	379	364	375	339	350	320	247	353	351	345	352	353	392	400
<i>Omicidio</i>	51	44	29	39	47	30	27	42	34	37	28	37	33	41	21	16	26	21
<i>Altri accidenti</i>	55	56	45	64	58	71	60	58	47	50	43	60	59	62	48	50	41	52
Totale cause alcol correlate	4071	4084	3772	4005	3894	3700	3683	3536	3493	3299	3326	3365	3406	3317	3142	3146	3058	3109

Tabella n. 2 bis - Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlate. Maschi Piemonte 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	3,39	2,85	2,42	2,79	2,1	2,04	1,73	1,31	1,39	0,94	0,97	0,93	0,93	0,67	0,92	0,91	0,44	0,55
Carcinoma bocca	6,53	8,42	8,18	8,34	8,26	7,14	8,74	8,07	7,54	6,86	7,15	7,63	7,32	7,11	6,15	6,82	5,72	6,48
Carcinoma esofago	5,57	6,35	5,24	5,64	5,5	5,57	5,82	5,78	5,28	4,41	4,55	5,61	5,55	5,08	5,81	4,95	4,4	4,48
Carcinoma fegato	9,04	9,3	8,41	9,3	9,39	8,83	9,04	10,78	10,83	9,29	9,35	9,4	11,27	10,79	10,64	9,54	10,89	11,81
Carcinoma laringe	6,95	8,57	8,14	7,75	8,41	7,61	7,02	6,21	6,49	6,85	5,76	5,62	5,24	6,08	4,81	4,44	4,18	3,58
Psicosi alcolica	0,35	0,3	0,14	0,19	0,39	0,09	0,15	0,07	0,08	0,03	0,06	0,06	0,08	0,03	0,11	0,22	0,22	0,11
Sindrome da dipendenza alcolica	0,92	1,15	0,81	1,12	1,14	0,83	0,58	0,87	0,91	0,78	0,97	1,07	0,97	0,09	0,59	0,88	0,36	0,51
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0,03	0	0	0	0,03	0,03	0,04	0,04	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0	0	0,02	0	0	0	0	0,03	0	0,03	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0,03	0,03	0	0	0	0,01	0,06	0	0,03	0	0,06	0,04	0	0,03	0	0,06	0,07	0,04
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,04
Cirrosi	36,82	36,56	31,97	36,26	33,92	29,97	27,2	24,04	22,02	21,92	21,11	19,1	18,35	18,43	17,57	16,73	14,19	14,17
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	30,78	28,54	26,44	27,93	24,97	24,88	24,51	25,58	23,46	22,36	23,36	27,17	26,82	21,96	22,42	22,18	19,44	22,17
Altri incidenti stradali	0,21	0,5	0	0,11	0,16	0,28	0,19	0,08	0,16	0,21	0,03	0,22	0,22	0,16	0,18	0,04	0,14	0,18
Incidenti navali	0	0,5	0,12	0	0	0	0,03	0	0	0,12	0	0	0,05	0	0,03	0	0,04	0,04
Incidenti aerei e spaziali	0,35	0,16	0	0	0,37	0,2	0,28	0	0,35	0,43	0,14	0,18	0,05	0,05	0,2	0	0,12	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0,35	0,04	0	0	0	0,05	0	0	0	0,04	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	11,78	12,12	12	12,7	10,95	11,17	11,11	9,66	10,3	10,37	9,7	8,81	8,91	8,78	8,77	9,81	8,87	8,86
Incendi	0,87	1,1	0,81	0,49	0,41	0,54	0,4	0,71	0,66	1,03	0,64	0,71	0,57	0,7	0,44	0,62	0,39	0,53
Annegamenti	2,79	3,05	2,77	2,15	2,32	1,6	1,7	1,35	1,62	1,59	1,01	1,27	1,61	1,91	1,58	1,23	0,56	1,29
Suicidio	10,85	9,86	11,14	11,66	12,29	11,92	12,18	10,95	11,57	10,21	11,04	11,74	11,63	11,39	11,71	11,45	12,6	12,97
Omicidio	2,08	1,85	1,34	1,6	2,07	1,23	1,11	1,67	1,35	1,46	1,11	1,76	1,31	1,65	0,55	0,7	0,98	0,87
Altri accidenti	2,4	2,29	2,3	2,67	2,96	3,15	2,72	2,9	1,95	2,16	2,01	2,69	2,95	2,18	1,65	2,06	1,45	1,83
Totale cause alcol correlate	131,3	32,9	122,6	130,8	130,8	117,2	115,11	110,15	107,57	101,3	99,37	104,08	103,7	97,89	93,45	76,63	71,3	77,04

Tabella n. 3 - Numeri assoluti di mortalità per patologie alcol correlate. Femmine Piemonte 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	34	31	26	28	29	20	28	16	12	18	20	16	7	20	19	21	12	17
Carcinoma bocca	44	58	61	56	60	55	66	50	68	58	63	73	70	60	67	55	66	77
Carcinoma esofago	47	40	43	49	50	36	53	45	62	47	36	43	49	58	53	38	46	42
Carcinoma fegato	253	264	249	251	220	274	229	281	225	230	279	224	226	249	247	262	247	245
Carcinoma laringe	14	15	12	18	16	17	13	15	19	7	6	16	20	17	23	12	9	15
Psicosi alcolica	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0	2	1	2	2
Sindrome da dipendenza alcolica	10	4	4	4	4	5	1	6	12	2	8	5	3	4	3	1	4	2
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirrosi	493	441	451	458	432	425	419	411	373	352	381	382	385	356	347	369	351	326
Alcoemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	260	236	236	218	211	250	207	241	202	169	198	174	224	196	196	181	168	177
Altri incidenti stradali	0	2	1	1	1	3	0	0	2	1	2	0	1	2	0	0	1	0
Incidenti navali	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Incidenti aerei e spaziali	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	592	694	645	603	595	670	696	634	758	677	741	729	651	686	694	713	779	691
Incendi	14	19	13	14	10	15	20	19	18	10	14	16	7	14	14	12	5	12
Annegamenti	22	13	14	19	13	12	10	9	18	11	6	12	11	21	19	8	6	9
Suicidio	145	146	123	142	124	134	147	135	144	132	114	147	139	115	108	131	144	134
Omicidio	18	12	16	17	23	18	20	16	10	20	3	15	19	10	16	13	14	14
Altri accidenti	71	12	13	10	11	14	14	12	13	10	13	12	9	12	8	13	16	23
Totale cause alcol correlate	1989	1989	1909	1890	1800	1949	1925	1890	1938	1746	1885	1865	1821	1221	1818	1830	1870	1786

Tabella n. 3 bis - Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlate. Femmine Piemonte 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	0,73	0,71	0,51	0,61	0,62	0,44	0,58	0,28	0,21	0,33	0,31	0,21	0,08	0,38	0,27	0,31	0,18	0,24
Carcinoma bocca	0,9	1,23	1,24	1,15	1,18	1,11	1,32	1,03	1,14	1,12	1,1	1,3	1,29	1,1	1,45	1,1	1,08	1,25
Carcinoma esofago	0,71	0,65	0,78	0,82	0,87	0,61	0,88	0,83	1,04	0,66	0,6	0,72	0,73	0,89	0,8	0,57	0,68	0,71
Carcinoma fegato	5,09	5,14	4,58	4,44	3,84	4,71	4,13	4,85	3,64	3,88	4,49	3,64	3,69	3,84	3,81	3,93	3,5	3,6
Carcinoma laringe	0,3	0,32	0,25	0,54	0,34	0,31	0,27	0,34	0,45	0,16	0,01	0,03	0,41	0,32	0,46	0,16	0,14	0,32
Psicosi alcolica	0	0	0,04	0	0	0,03	0	0	0	0,07	0,04	0,03	0	0	0,07	0,01	0,06	0,03
Sindrome da dipendenza alcolica	0,3	0,13	0,14	0,16	0,14	0,17	0,03	0,15	0,38	0,05	0,25	0,16	0,09	0,12	0,09	0,04	0,11	0,04
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0,04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0	0	0	0	0	0	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirrosi	11,49	10,48	11,07	11,01	10,47	9,64	9,29	9,08	8,31	7,32	7,86	7,9	8,08	7,23	6,54	6,76	6,6	6,07
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	9,72	8,35	8,3	7,82	7,26	9,2	7,13	8,35	7,1	6,21	6,59	6,45	8,55	7,68	7,12	7,3	5,79	6,33
Altri incidenti stradali	0	0,06	0,06	0,02	0,03	0,1	0	0	0,05	0,01	0,05	0	0,01	0,01	0	0	0,03	0
Incidenti navali	0	0,01	0	0,02	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0
Incidenti aerei e spaziali	0,12	0,04	0,05	0,05	0,05	0	0,04	0	0	0	0	0	0	0,01	0,05	0	0	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	8,35	10,08	9,4	8,29	8,05	8,56	8,61	7,84	8,8	7,55	8,28	7,71	7,09	7,01	6,83	6,81	7,27	6,78
Incendi	0,42	0,51	0,38	0,43	0,2	0,28	0,52	0,43	0,51	0,2	0,4	0,38	0,14	0,47	0,28	0,26	0,09	0,2
Annegamenti	0,93	0,43	0,55	0,81	0,49	0,35	0,31	0,24	0,78	0,23	0,17	0,33	0,22	0,62	0,62	0,18	0,23	0,19
Suicidio	4,32	4,41	3,58	4,07	3,82	3,95	3,82	3,53	4,06	3,69	3,31	4,28	3,94	3,13	3,12	3,9	4,25	3,73
Omicidio	0,76	0,43	0,62	0,64	0,95	0,55	0,76	0,58	0,51	0,69	0,09	0,69	0,59	0,46	0,49	0,46	0,62	0,48
Altri accidenti	0,46	0,48	0,78	0,31	0,83	0,89	0,59	0,36	0,75	0,38	0,47	0,36	0,55	0,6	0,14	0,45	0,31	0,12
Totale cause alcol correlate	44,63	43,48	42,34	41,18	39,13	40,94	38,29	37,87	37,77	32,55	34,1	34,45	33,95	33,95	32,24	25,84	24,62	25,39

Tabella n. 4 - Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlate, corretti per frazione attribuibile. Maschi . Piemonte 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	1,08	0,93	0,8	0,9	0,68	0,64	0,57	0,42	0,44	0,29	0,29	0,31	0,31	0,22	0,3	0,3	0,15	0,18
Carcinoma bocca	4,29	5,53	5,37	5,48	5,42	4,64	5,62	5,24	4,91	4,44	4,63	5,01	4,7	4,6	4	4,39	3,73	4,14
Carcinoma esofago	3,39	4,19	3,46	3,73	3,6	3,68	3,84	3,79	3,48	2,91	2,98	3,68	3,63	3,35	3,18	3,26	2,9	2,96
Carcinoma fegato	2,94	2,99	2,75	3,07	3,09	2,9	2,93	3,54	3,38	2,98	3,05	3,07	3,69	3,55	3,51	3,15	3,53	3,9
Carcinoma laringe	2,29	2,83	2,67	2,56	2,76	2,49	2,32	2,05	2,11	2,26	1,9	1,85	1,73	1,98	1,59	1,46	1,38	1,18
Psicosi alcolica	0,35	0,3	0,14	0,19	0,39	0,09	0,15	0,07	0,08	0,03	0,06	0,06	0,08	0,03	0,11	0,22	0,22	0,11
Sindrome da dipendenza alcolica	0,92	1,15	0,08	1,12	1,14	0,83	0,58	0,87	0,91	0,78	0,97	1,07	0,97	0,9	0,59	0,88	0,36	0,51
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0,03	0	0	0	0,03	0,03	0,04	0,04	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0	0	0,02	0	0	0	0	0,03	0	0,03	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0,03	0,03	0	0	0	0,1	0,06	0	0,03	0	0,06	0,04	0	0,03	0	0,06	0,07	0,04
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,04
Cirrosi	14,93	14,83	12,79	14,73	13,72	12,06	11,13	9,69	9,76	8,8	8,51	7,77	7,46	7,41	7,06	6,8	5,82	5,8
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	10,16	9,42	8,72	9,22	8,24	8,21	8,09	8,44	7,74	7,38	7,71	8,97	8,79	7,25	7,4	7,32	6,42	7,32
Altri incidenti stradali	0,02	0,05	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02	0,01	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0	0,01	0,02
Incidenti navali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti aerei e spaziali	0,03	0,02	0,03	0	0,04	0,02	0,03	0,01	0,04	0,04	0,01	0,02	0	0	0,02	0	0,01	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0	0,04	0	0	0,05	0	0	0	0	0,04	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	1,14	1,19	1,18	1,25	1,07	1,11	1,07	0,95	0,98	0,99	0,96	0,86	0,89	0,87	0,85	0,96	0,86	0,89
Incendi	0,09	0,11	0,08	0,05	0,04	0,05	0,04	0,07	0,07	0,1	0,06	0,07	0,06	0,07	0,04	0,06	0,04	0,05
Annegamenti	0,28	0,3	0,28	0,21	0,23	0,16	0,17	0,14	0,16	0,16	0,1	0,13	0,16	0,19	0,16	0,12	0,06	0,13
Suicidio	2,71	2,47	2,79	2,91	3,07	2,95	3,04	2,72	2,89	2,55	2,74	2,93	2,89	2,85	2,91	2,86	3,13	3,22
Omicidio	0,99	0,87	0,55	0,8	0,89	0,57	0,51	0,84	0,67	0,69	0,55	0,68	0,58	0,76	0,42	0,25	0,49	0,39
Altri accidenti	0,19	0,19	0,13	0,22	0,17	0,23	0,18	0,18	0,14	0,16	0,12	0,18	0,18	0,19	0,17	0,16	0,12	0,17
Totale cause alcol correlate	45,84	47,39	42,56	46,49	44,57	40,8	40,37	39,01	37,85	34,62	34,81	36,8	36,18	34,27	32,33	25,74	23,7	25,52

Tabella n. 4 bis - Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlate, corretti per frazione attribuibile. Maschi . Italia 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	0,91	0,76	0,64	0,68	0,52	0,45	0,46	0,38	0,35	0,27	0,24	0,22	0,22	0,21	0,2	0,24	0,21	0,21
Carcinoma bocca	4,15	4,05	4,18	4,33	4,22	4,3	4,27	4,16	4,04	4,12	3,83	3,94	3,75	3,8	3,6	3,47	3,24	3,24
Carcinoma esofago	2,97	2,23	3,06	3,19	3,04	3,12	3,03	2,94	2,9	2,84	2,72	2,7	2,63	2,61	2,59	2,4	2,27	2,18
Carcinoma fegato	3,07	3,25	3,23	3,49	3,45	3,4	3,68	3,94	4,05	4	4,26	4,24	4,46	4,51	4,55	4,15	4,28	4,28
Carcinoma laringe	2,09	2,24	2,15	2,26	2,06	2,08	2,07	1,88	1,96	1,81	1,75	1,69	1,51	1,48	1,44	1,37	1,34	1,29
Psicosi alcolica	0,11	0,14	0,11	0,1	0,14	0,11	0,11	0,07	0,07	0,06	0,06	0,04	0,04	0,05	0,06	0,13	0,09	0,1
Sindrome da dipendenza alcolica	0,81	0,81	0,73	0,86	0,73	0,67	0,67	0,63	0,61	0,68	0,73	0,66	0,75	0,65	0,7	0,53	0,34	0,34
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0,02	0,02	0,04	0,04	0,02	0	0,01	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0,01	0,01	0	0	0	0,01	0,02	0	0,01	0,01	0,01	0,01	0	0	0,01	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,03	0,03	0,01	0,02	0,04	0,02	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0,01
Cirrosi	11,85	11,6	10,78	11,07	10,85	10,31	9,49	8,72	8,46	7,99	7,41	7,18	6,8	6,64	6,56	5,77	5,27	5,18
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	9,29	8,66	8,13	8,05	7,33	7,14	7,23	6,88	6,8	6,86	6,96	7,58	7,5	6,56	6,39	6,02	5,55	5,83
Altri incidenti stradali	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Incidenti navali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02
Incidenti aerei e spaziali	0,02	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01
Avvelenamento alcolica	0,01	0,01	0	0	0	0	0	0,01	0,01	0	0,01	0	0,01	0	0	0	0	0,01
Cadute accidentali	0,93	0,96	0,96	0,97	0,84	0,82	0,82	0,78	0,8	0,76	0,76	0,76	0,73	0,71	0,71	0,72	0,72	0,69
Incendi	0,07	0,07	0,09	0,07	0,07	0,05	0,07	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05	0,07	0,07	0,06	0,05	0,04	0,05
Annegamenti	0,26	0,27	0,25	0,24	0,21	0,19	0,18	0,18	0,17	0,15	0,14	0,14	0,15	0,15	0,14	0,1	0,09	0,11
Suicidio	2,03	2,01	2,12	2,16	2,18	2,32	2,24	2,2	2,07	2,07	2,06	2,11	2,23	2,31	2,22	2,19	2,22	2,25
Omicidio	1,34	1,51	1,64	1,44	1,2	1,04	0,89	1,18	1,37	1,75	2,03	2,21	1,65	1,21	1,15	0,96	0,91	0,81
Altri accidenti	0,13	0,15	0,15	0,16	0,15	0,16	0,16	0,15	0,14	0,15	0,14	0,16	0,14	0,15	0,13	0,12	0,11	0,13
Totale cause alcol correlate	28,25	28,26	27,46	28,05	26,18	25,96	25,94	25,49	25,5	25,7	25,85	26,64	25,91	24,52	24,01	22,51	21,48	21,6

Tabella n. 5 - Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlate, corretti per frazione attribuibile. Femmine. Piemonte 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	0,22	0,2	0,17	0,19	0,17	0,13	0,19	0,09	0,07	0,11	0,09	0,07	0,03	0,12	0,09	0,1	0,05	0,07
Carcinoma bocca	0,53	0,74	0,79	0,74	0,69	0,73	0,87	0,62	0,69	0,7	0,73	0,86	0,79	0,7	0,76	0,72	0,71	0,83
Carcinoma esofago	0,47	0,43	0,49	0,54	0,55	0,4	0,58	0,55	0,69	0,44	0,4	0,47	0,48	0,59	0,53	0,38	0,45	0,43
Carcinoma fegato	1,64	1,65	1,51	1,46	1,21	1,58	1,36	1,58	1,2	1,28	1,45	1,16	1,2	1,22	1,2	1,28	1,14	1,16
Carcinoma laringe	0,1	0,11	0,08	0,14	0,11	0,1	0,09	0,06	0,15	0,5	0,03	0,1	0,13	0,1	0,15	0,05	0,05	0,1
Psicosi alcolica	0	0,03	0,04	0	0	0,03	0,01	0	0	0,7	0,04	0,03	0	0	0,07	0,01	0,06	0,03
Sindrome da dipendenza alcolica	0,3	0,13	0,14	0,16	0,14	0,17	0,03	0,15	0,38	0,5	0,25	0,16	0,09	0,12	0,09	0,04	0,11	0,04
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0,04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0	0	0	0	0	0	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirrosi	4,69	4,28	4,45	4,51	4,08	3,86	3,79	3,73	3,31	3,01	3,21	3,25	3,26	2,96	2,73	2,82	2,69	2,49
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	3,21	2,76	2,74	2,58	2,39	3,04	2,35	2,75	2,34	2,05	2,18	2,13	2,82	2,54	2,35	2,41	1,91	2,09
Altri incidenti stradali	0	0,01	0,01	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0
Incidenti navali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0
Incidenti aerei e spaziali	0,01	0	0,01	0,01	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	0,83	1	0,93	0,82	0,78	0,86	0,85	0,76	0,86	0,75	0,78	0,76	0,69	0,67	0,67	0,67	0,73	0,64
Incendi	0,04	0,05	0,04	0,04	0,02	0,03	0,05	0,04	0,05	0,02	0,04	0,04	0,01	0,05	0,03	0,03	0,01	0,02
Annegamenti	0,9	0,04	0,05	0,08	0,05	0,03	0,03	0,02	0,08	0,02	0,02	0,03	0,02	0,06	0,06	0,02	0,02	0,02
Suicidio	1,09	1,1	0,86	1,02	0,94	0,99	0,95	0,88	0,99	0,92	0,83	1,07	0,96	0,78	0,76	0,98	1,06	0,93
Omicidio	0,33	0,21	0,24	0,24	0,34	0,27	0,38	0,22	0,18	0,35	0,05	0,27	0,3	0,16	0,24	0,23	0,25	0,24
Altri accidenti	0,01	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,01	0,02	0,01	0,03	0,03	0,04
Totale cause alcol correlate	13,56	12,74	12,58	12,6	11,5	12,25	11,59	11,49	11,06	9,85	10,12	10,42	10,8	10,1	9,77	7,09	6,71	6,78

Tabella n. 5 bis - Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlate, corretti per frazione attribuibile. Femmine. Italia 1980-1997.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Causa di morte																		
Tubercolosi	0,21	0,15	0,17	0,15	0,13	0,1	0,12	0,08	0,09	0,08	0,06	0,07	0,05	0,06	0,06	0,07	0,07	0,02
Carcinoma bocca	0,6	0,57	0,6	0,6	0,69	0,63	0,68	0,59	0,66	0,65	0,62	0,65	0,65	0,63	0,58	0,57	0,67	0,56
Carcinoma esofago	0,55	0,49	0,51	0,49	0,5	0,51	0,49	0,46	0,48	0,42	0,42	0,44	0,41	0,44	0,44	0,39	0,4	0,37
Carcinoma fegato	1,75	1,78	1,73	1,74	1,63	1,64	1,6	1,73	1,66	1,64	1,64	1,7	1,7	1,61	1,65	1,51	1,5	1,49
Carcinoma laringe	0,09	0,1	0,09	0,11	0,1	0,1	0,1	0,08	0,08	0,08	0,07	0,08	0,09	0,08	0,07	0,07	0,07	0,08
Psicosi alcolica	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Sindrome da dipendenza alcolica	0,14	0,09	0,12	0,13	0,1	0,1	0,08	0,08	0,12	0,1	0,1	0,13	0,13	0,11	0,12	0,1	0,08	0,05
Abuso alcolico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0
Polineuropatia alcolica	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatia alcolica	0,01	0	0	0,01	0	0	0,01	0	0	0,01	0	0	0,01	0,01	0	0,01	0,01	0
Gastrite alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirrosi	3,22	3,18	3,1	3,26	3,18	3,09	2,89	2,84	2,72	2,63	2,58	2,54	2,46	2,5	2,41	2,13	2,04	1,98
Alcolemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti veicoli	2,45	2,38	2,26	2,15	2,01	1,99	2,04	2,05	1,91	1,71	1,9	1,99	2,06	1,76	1,8	1,63	1,52	1,54
Altri incidenti stradali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti navali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incidenti aerei e spaziali	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0
Avvelenamento alcolica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadute accidentali	0,7	0,72	0,73	0,73	0,63	0,67	0,64	0,64	0,66	0,63	0,62	0,63	0,59	0,58	0,55	0,55	0,56	0,56
Incendi	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02
Annegamenti	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02
Suicidio	0,87	0,77	0,8	0,77	0,82	0,81	0,82	0,72	0,74	0,71	0,71	0,72	0,7	0,67	0,63	0,64	0,68	0,65
Omicidio	0,32	0,24	0,25	0,27	0,23	0,24	0,18	0,21	0,22	0,18	0,23	0,26	0,25	0,22	0,18	0,19	0,21	0,17
Altri accidenti	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Totale cause alcol correlate	7,84	7,45	7,37	7,29	6,96	6,92	6,87	6,76	6,72	6,31	6,47	6,79	6,74	6,25	6,17	5,82	5,86	5,65

Bibliografia

1. Faggiano F, Vietti A, Armaroli P (1998): Alcol e mortalità: risultati di una rassegna della letteratura medica 1981-1998. *Professione VI*: 29-35.
2. Marmot M, Brunner E (1991): Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve. *BMJ* 303:565-8.
3. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R (1994): Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on amle British doctors. *BMJ* 309:911-918.
4. Ryan M (1995): Russian report: alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *BMJ* 319:646-648.
5. Centers for Disease Control (1990): Alcohol-related mortality and years of potential life lost – United States, 1987. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 39:173-178.
6. Cipriani F, Balzi D, Sorso B, Buiatti E (1998): Alcohol-related mortality in Italy. *Public Health* 112:183-188.
7. Capocaccia R, Farchi G, Mariotti S (1990): Mortalità per cirrosi epatica in Italia: un modello a due componenti per la stima della quota attribuibile all'alcol. *Epid Prev* 42:34-49.
8. Produktshop Woor Gedistilleerde Darnken (1995): *World Drunk Trends*. NTC Publications Ltd, Oxfordshire, United Kingdom.
9. McGinnis JM, Foege WH (1993): Actual causes of death in the United States. *JAMA* 270:2207-2212.
10. Nante N, Morgagni S, Siliquini R, Renga G: Mortalità evitabile in Piemonte negli anni 1991/1997. In corso di stampa su *Hygiene and Preventive Medicine*.
11. Diecidue R, Salamina G, Zunino B, Bongiovanni V, Borraccino A. L'utenza dei Ser.T. del Piemonte e i trattamenti effettuati: analisi delle statistiche correnti 1991-1999. In Faggiano F, Ruschena M (a cura di). *OED Piemonte – Rapporto 2000*. Dal Fare al Dire 2000; 2 (Suppl.): 35-37

La variabilità dei trattamenti nei SerT piemontesi. Confronto 1997 - 2000.

Roberto Diecidue, Michele Sartore, Fabrizio Faggiano, Giuseppe Salamina,
Teresa Spadea

Introduzione

La variabilità nelle pratiche di prescrizione di trattamenti da parte di servizi diversi in uno stesso contesto geografico e sociale è considerato un importante indicatore della qualità complessiva di un sistema di cure. Teoricamente i diversi trattamenti disponibili per la soluzione di un problema di salute dovrebbero essere distribuiti intorno alle pratiche che hanno un maggiore supporto scientifico, con variazioni piccole dovute a fattori specifici relativi alla popolazione, disponibilità di risorse dell'area ecc. Eppure gli studi che hanno descritto questo fenomeno hanno sovente trovato differenze più grandi. [1]. Tali differenze sono state considerate troppo elevate per essere spiegate con la variabilità delle caratteristiche della popolazione o dei servizi. Questi studi hanno prodotto una serie di interventi formativi e organizzativi che, nell'arco di alcuni anni, hanno ridotto la variabilità e hanno aumentato la proporzione di trattamenti definiti efficaci secondo la letteratura scientifica [2].

Eventi analoghi hanno avuto luogo nel settore dei SerT Piemontesi. In precedenti analisi è stata infatti descritta la variabilità nell'utilizzo delle diverse opzioni terapeutiche da parte di questi Servizi negli anni dal 1992 al 1999 [4, 5]; in queste analisi, analogamente a quelle americane, gli indicatori disponibili erano in grado di spiegare meno del 20% della variabilità nel 1997 [6]. Questi dati e la riflessione che è conseguita alla loro pubblicazione, hanno contribuito ad una serie di iniziative di formazione e lavoro, che avevano l'obiettivo di ridurre la variabilità misurata.

Tre anni dopo, i dati del 2000 indicano che la variabilità nell'utilizzo dei trattamenti rimane importante [7]. Questo lavoro si propone di confrontare i dati relativi al 1997 con quelli relativi al 2000 per valutare i cambiamenti avvenuti nel frattempo, e di verificare anche per il 2000 l'influenza sulla variabilità dei fattori già analizzati per il 1997.

Materiali e metodi

I dati utilizzati derivano dalle rilevazioni periodiche del Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute, relativi ai 63 SerT piemontesi. In specifico, per i trattamenti, sono state utilizzate le schede semestrali SEM.01 del 15 giugno 1997 e 2000, riferite ai pazienti in carico presso il servizio nelle due settimane (1997) o nei 30 giorni (2000)

antercedenti la rilevazione (si tratta quindi di una misura di prevalenza). Mentre nel 1997 il numero di soggetti trattati coincide col numero di trattamenti effettuati, questo non sempre avviene nel 2000. Pertanto, nell'analisi dei trattamenti, si è proceduto ad alcuni aggiustamenti per gestire questa incongruenza, senza alterare l'immagine del modello di intervento dei servizi: laddove il numero totale di trattamenti superasse o fosse inferiore al numero di utenti trattati si è ridotto o aumentato il numero di trattamenti solo psicosociali per riportare le percentuali totali a 100, nell'ipotesi che questa fosse, tra i diversi trattamenti, la tipologia maggiormente esposta ad errori di registrazione. In base al confronto con i dati semestrali del 15 dicembre 2000 nei quali, come per il 1997, il numero di soggetti trattati coincide col numero di trattamenti, questa operazione può avere sovrastimato la proporzione di utenti in trattamento solo psicosociale.

Per il 2000 si è considerato il totale dei trattamenti presso i servizi pubblici come denominatore per il calcolo delle percentuali dei pazienti sottoposti a trattamento.

A partire dal 1998 il modello ministeriale SEM01 è cambiato e sono state introdotte nuove voci di trattamento:

1. "metadone breve termine" (=30 giorni), "metadone medio termine" (31-180 giorni), "metadone lungo termine" (>180 giorni) che vanno a sostituire le voci "metadone integrato a breve termine" (=60 giorni) e "metadone integrato protratto" (>60 giorni);

2. "naltrexone", "clonidina" e "altri farmaci non sostitutivi" che vanno a sostituire le voci "farmacologico non sostitutivo integrato" e "farmacologico non sostitutivo non integrato".

Allo scopo di consentire il confronto tra i due anni questi trattamenti sono stati aggregati secondo lo schema seguente:

1. trattamenti con metadone, integrati e non, a breve termine (=60 giorni nel 1997, =30 giorni nel 2000);

2. trattamenti con metadone, integrati e non, a lungo termine (>60 giorni nel 1997, >30 giorni nel 2000);

3. trattamenti con farmaci non sostitutivi, integrati e non ("farmacologico non sostitutivo integrato" e "farmacologico non sostitutivo non integrato" nel 1997; "naltrexone", "clonidina" e "altri farmaci non sostitutivi" nel 2000);

4. interventi solo psico-sociali e/o riabilitativi;

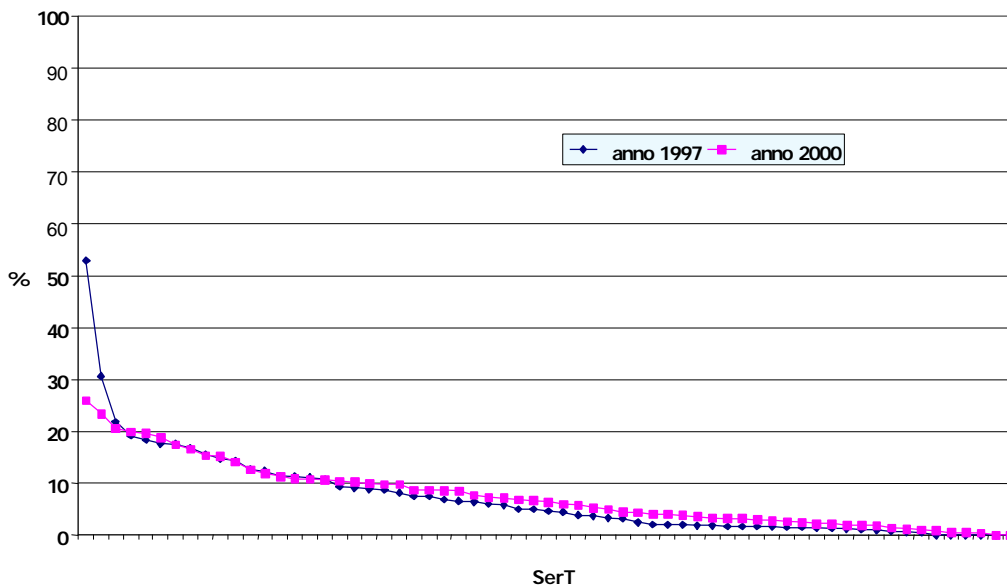
5. inserimenti in comunità residenziale.

Per quanto riguarda i trattamenti con metadone questa decisione può avere leggermente sovrastimato il ricorso al mantenimento metadonico (e sottostimato quello al metadone scalare) nel 2000 rispetto al 1997.

Nel totale degli utenti sono ovviamente compresi anche soggetti non eroinomani. Dato che la percentuale di utenti non eroinomani (in quanto utilizzatori di altre sostanze, alcool escluso) sul totale degli utenti in carico ai SerT mostra una notevole variabilità tra le sedi operative, dallo 0 al 20% circa, oltre a due casi anomali con

percentuali rispettivamente del 30 e del 50% circa nel 1997 e dallo 0 al 26% nel 2000 (figura 1) e poiché questa variabilità è in grado di influenzare, di per sé, la proporzione di utenti in trattamento con farmaci sostituitivi degli oppiacei, la proporzione di trattamenti farmacologici è stata calcolata esclusivamente sul totale di utenti eroinomani, mentre per gli inserimenti in comunità ed i trattamenti solo psico-sociali e/o riabilitativi le proporzioni sono state calcolate sul totale dell'utenza in carico.

Figura n. 1- Percentuale degli utenti non eroinomani sul totale degli utenti dei SerT. Piemonte. Confronto 1997 - 2000.



Per stimare la variabilità sono state calcolate proporzioni di trattamenti secondo lo schema precedente. La stima della dimensione della variabilità e della sua variazione tra i due anni, è stata effettuata tramite l'analisi della varianza [3]. In particolare sono stati utilizzati: il test della varianza per il confronto tra le medie e il test per l'omogeneità delle varianze (package statistico SPSS) per il confronto della variabilità tra i due anni.

Questi due test servono a stabilire, in base al raggiungimento o meno della soglia di significatività statistica ($p = 0.05$), se la differenza tra le medie e la modificazione della variabilità nell'attribuzione dei pazienti ai differenti trattamenti nei diversi servizi, nei due anni presi in considerazione, sia reale o attribuibile alle normali oscillazioni dei valori legate al caso, ad esempio avendo effettuato la rilevazione in un particolare momento piuttosto che in un altro.

Poiché il numero di pazienti in carico può di per sé influenzare la variabilità, infatti i piccoli numeri sono maggiormente soggetti alle oscillazioni

dovute al caso, il test per l'omogeneità è stato condotto sia sulle percentuali grezze che pesando i dati in base alla percentuale degli utenti della sede sul totale degli utenti della regione. Questo controllo non ha modificato in modo significativo i risultati ottenuti.

Nel lavoro verranno segnalati i valori statisticamente significativi.

Per ricercare i fattori determinanti della variabilità, è stato applicato un modello multivariato di regressione lineare in grado di misurare la relativa capacità predittiva sulla percentuale di trattamenti somministrati. Tale procedura permette di valutare il "peso" della singola variabile indipendentemente dall'influenza contemporaneamente esercitata dalle altre [6]. Ad esempio, in caso di associazione significativa tra la percentuale di medici di un SerT e la percentuale di pazienti trattati con metadone, occorre separare questo effetto da quelli contemporaneamente esercitati da variabili confondenti; cioè da quei fattori associati sia alla numerosità dei medici che a quella dei trattamenti metadonici (come le

percentuali di altre figure professionali oppure il rapporto operatori utenti, ecc.). Le variabili scelte per spiegare il fenomeno della variabilità dei trattamenti sono state: I) il numero di utenti in carico, II) il numero di eroinomani in carico; III) il numero di operatori in organico nei SerT piemontesi nel 1997 (suddiviso per figura professionale) rilevato con il modello ministeriale annuale SER.02 ed il rapporto utenti operatori

(figura 2); IV) il numero di utenti già in carico o rientrati (figura 3), rilevato con il modello ministeriale annuale ANN.01; V) la collocazione geografica dei servizi ricondotta alle seguenti aree: Torino, cintura torinese, città capoluogo di provincia e resto del Piemonte. Non è stato inserito, in quanto non contribuiva in modo significativo al modello il tasso di utenti sulla popolazione.

Figura n. 2 - Numero di utenti per operatore per SerT. Confronto 1997 – 2000.

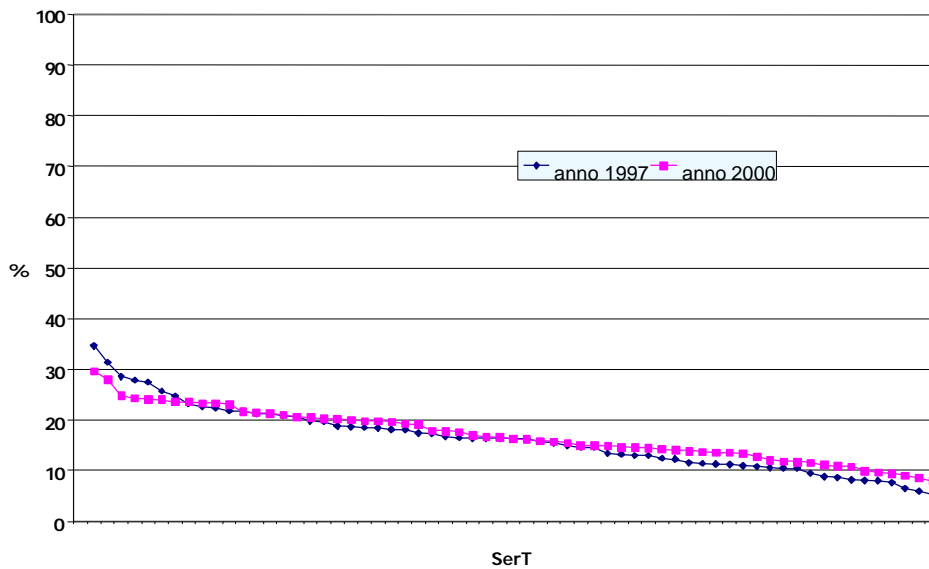
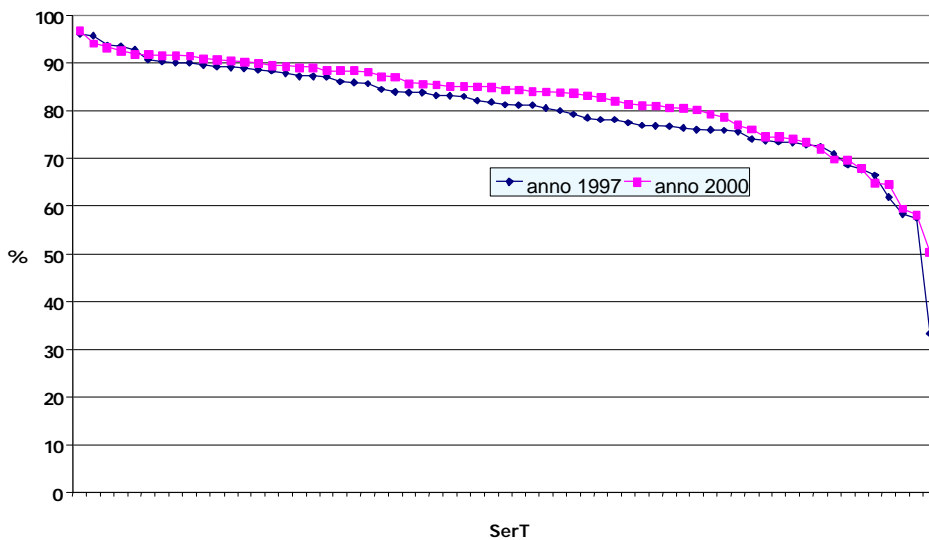


Figura n. 3 - Percentuale di utenti già in carico o rientrati sul totale degli utenti dei SerT. Piemonte. Confronto 1997 – 2000.



Risultati

Nella tabella 1 sono sintetizzati i principali risultati che verranno presentati nell'esposizione successiva.

Tabella n. 1 - Distribuzione utenti SerT in diverse tipologie di trattamento. Percentuali medie, minime, massime e varianza. Piemonte. Confronto 1997 e 2000.

trattamento	anno	varianza	media	min	max	test		
						test media	variabilità	
solo eroinomani	metadone breve	1997	80.1	10.0	0.0	47.5		
		2000	28.5	5.8	0.0	29.2	p = 0.0018	p = 0.009
	metadone lungo	1997	285.2	24.7	0.0	83.7		
		2000	248.9	45.8	13.0	100.0	p < 0.0001	
	totale metadone	1997	361.2	34.7	1.5	93.0		
		2000	249.9	51.6	17.9	100.0	p < 0.0001	
totale trattamenti	1997	408.8	43.4	1.5	94.4			
	2000	242.0	58.2	18.7	100.0	p < 0.0001		
tutti i pazienti	comunità	1997	36.3	15.6	2.8	37.4		
		2000	54.8	14.2	1.7	35.8		
	solo psicosociale	1997	297.6	45.7	5.3	87.9		
		2000	269.8	33.4	0.0	77.4	p = 0.0001	

1. Variabilità dei trattamenti farmacologici

Nella figura 4 si osservano le differenze tra i SerT piemontesi relativamente all'utilizzo di trattamenti farmacologici nel loro complesso. L'escursione va dall'1,5% al 94,4% per il 1997 e dal 31,8 all'87,8 con due casi anomali con percentuali rispettivamente del 18,7% e del 100% per il 2000. La varianza diminuisce dal 408,8 del 1997 al 242,0 del 2000. Tale variazione non è però statisticamente significativa. Si avvicina alla significatività pesando i dati per il numero degli utenti (p = 0,059). La media aumenta dal 43,4% al 58,2% (p < 0,0001).

La percentuale di trattamenti metadonici sul totale di utenti eroinomani per il 1997 va dall'1,5 al 93% e per il 2000 dal 17,9 al 100% (figura 5). La varianza diminuisce dal 361,2 del 1997 al 249,9 del 2000. La media aumenta dal 34,7% al 51,6% (p < 0,0001).

I rispettivi valori per i trattamenti con metadone lungo sono 0,0-83,7% per il 1997 e 13,0-100% per il 2000 (figura 6). La varianza diminuisce dal 285,2 del 1997 al 248,9 del 2000. La media aumenta dal 24,7% al 45,8% (p < 0,0001). La figura 7 mostra la differenza tra la percentuale del 1997 e quella del 2000 per i singoli SerT per meglio illustrare come lo spostamento del valore della mediana sia dovuto a contributi differenti dei diversi servizi. Solo in 6 sedi operative diminuisce la percentuale di utenti in terapie con metadone a lungo termine.

I valori per i trattamenti con metadone breve sono 0-47,5% per il 1997 e 0-29,2% per il 2000 (figura 8). La varianza diminuisce dall'80,1 del 1997 al 28,5 del 2000. Tale riduzione della variabilità è statisticamente significativa (p = 0,009). La media diminuisce dal 10% al 5,8% (p = 0,0018).

Figura n. 4 - Percentuale degli utenti in trattamento farmacologico sul totale degli utenti eroinomani in carico. Piemonte. Confronto 1997 - 2000.

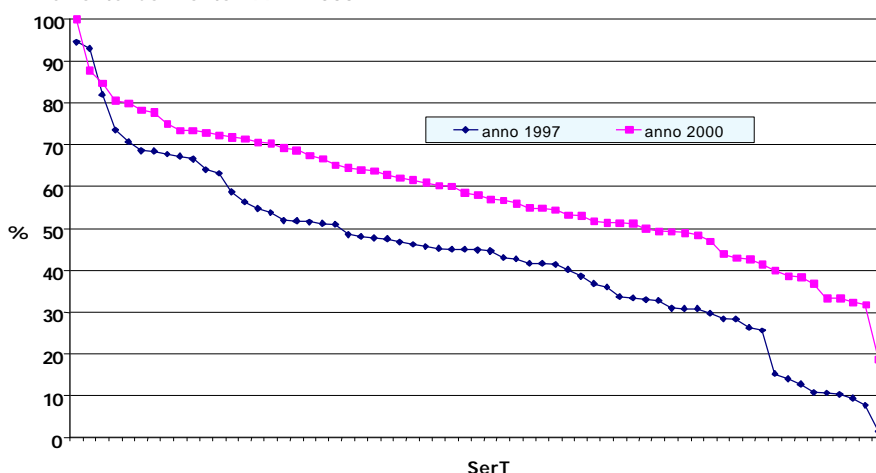


Figura n. 5 - Percentuale degli utenti in trattamento metadonico sul totale degli utenti eroinomani in Piemonte. Confronto 1997 - 2000.

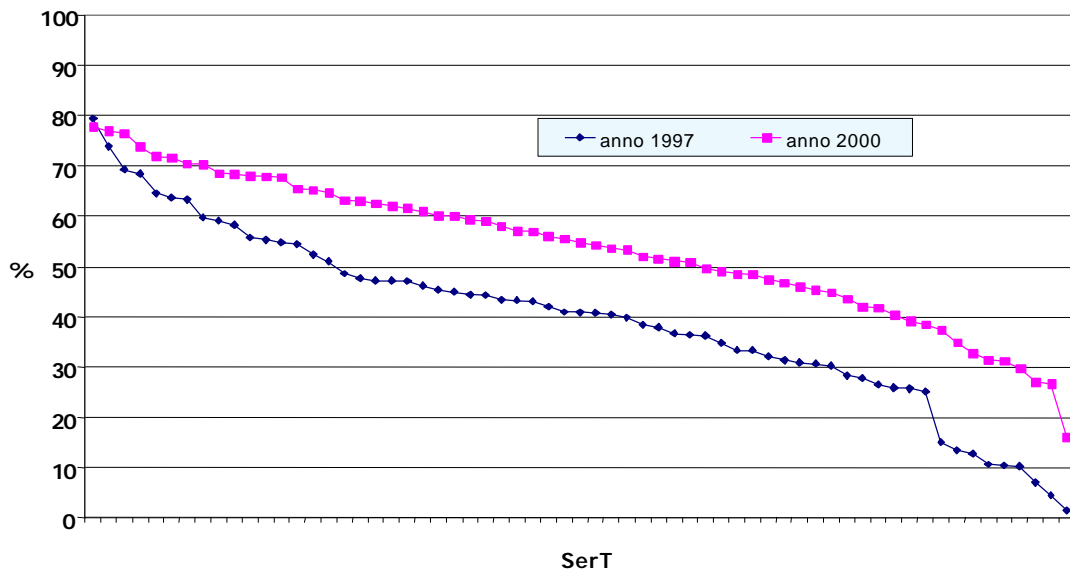


Figura n. 6 - Percentuale degli utenti in trattamento metadonico a lungo termine sul totale degli utenti eroinomani in Piemonte. Confronto 1997 - 2000.

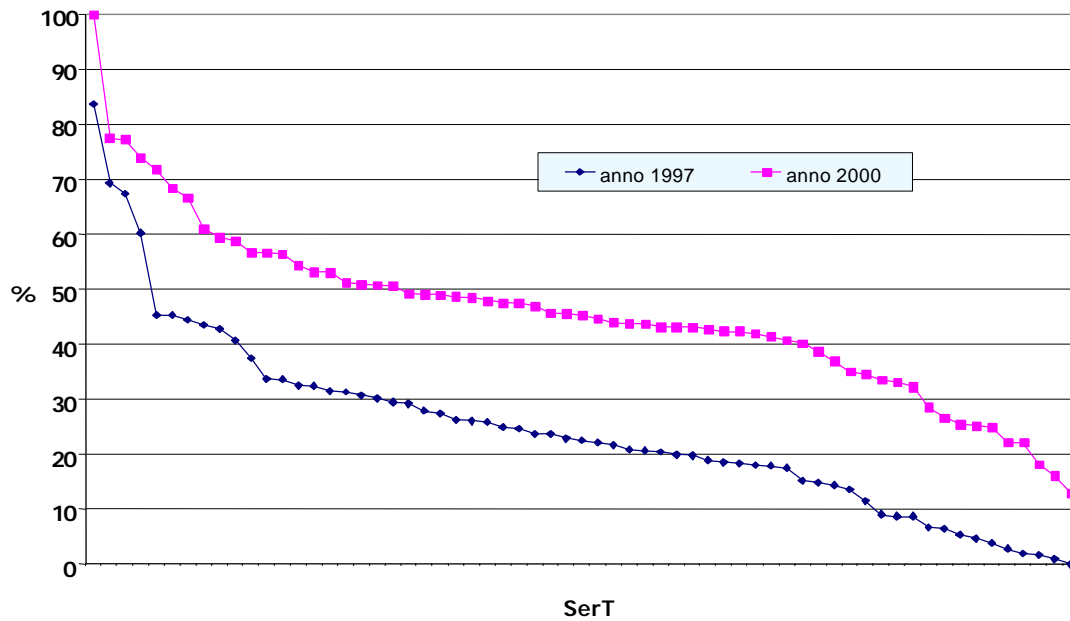


Figura n. 7 – Differenza tra la percentuale del 2000 e quella del 1997 degli utenti in trattamento metadonico a lungo termine sul totale degli utenti eroinomani in Piemonte.

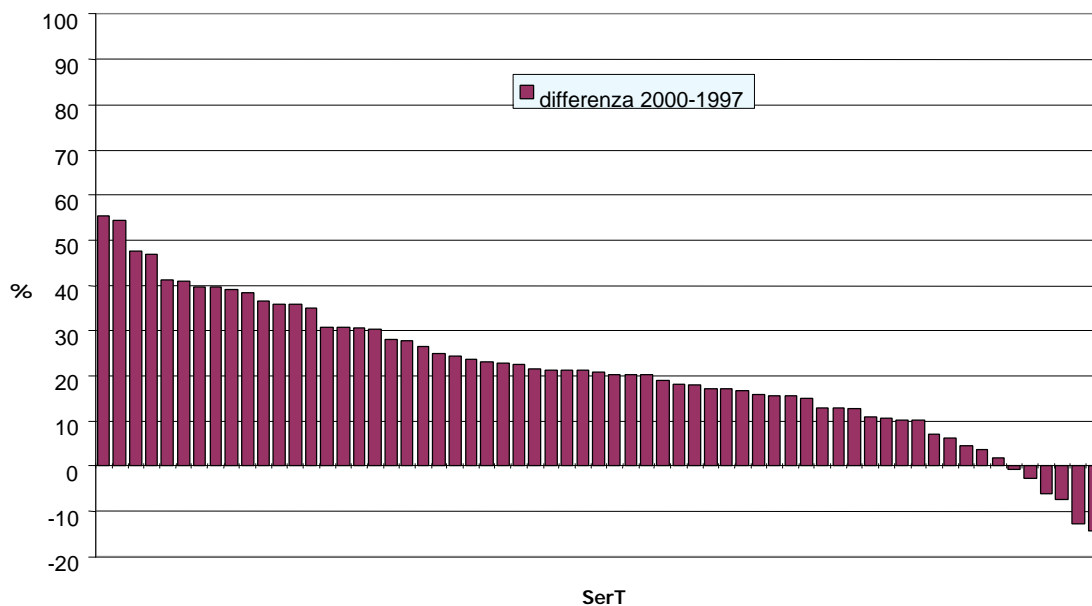
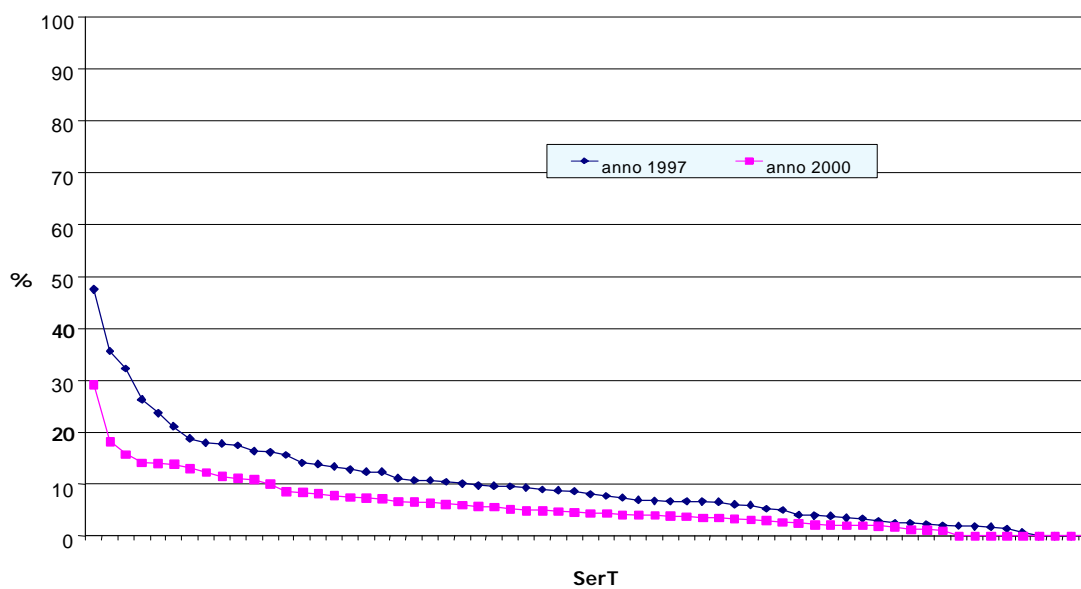


Figura 8 - Percentuale degli utenti in trattamento metadonico a breve termine sul totale degli utenti eroinomani in Piemonte. Confronto 1997 - 2000.



2. Variabilità dei trattamenti solo psico-sociali e/o riabilitativi e degli inserimenti in comunità

La definizione trattamenti solo psico-sociali e/o riabilitativi è quella fornita dal Ministero della Salute per la rilevazione. Vengono qui descritti i trattamenti psicosociali erogati non associati ad altri tipi di intervento. Secondo la definizione delle schede ministeriali quando il trattamento viene effettuato contemporaneamente ad un intervento con farmaci deve essere incluso esclusivamente nei trattamenti farmacologici.

Non essendo in questo caso possibile, con i dati disponibili, associare un tipo di intervento ad uno specifico tipo di dipendenza da sostanze, vengono analizzate le percentuali sul totale degli utenti in carico al SerT.

Anche per i trattamenti solo psicosociali vi sono considerevoli differenze tra i 63 SerT del Piemonte: si va infatti da una percentuale minima del 5.3%, fino ad un massimo del 97.9% per il 1997 e da 0 a 77.4 per il 2000 (figura 9). La varianza diminuisce dal 297.6 del 1997 al 269.8 del 2000. La media diminuisce dal 45.7% al 33.4% ($p = 0.0001$).

La figura 10 illustra invece la variabilità nel ricorso agli inserimenti in comunità, oscillante, nei 2/3 dei SerT, tra il 10 ed il 20% (range: 2.8 – 37.4) per il 1997 e quasi nella metà dei SerT tra il 10 ed il 20% (range: 1.7 – 35.8) nel 2000. La varianza aumenta dal 36.3 del 1997 al 54.8 del 2000. La media diminuisce dal 15.6% al 14.2%.

Figura n. 9 - Percentuale degli utenti in trattamento solo psico-sociale e/o riabilitativo sul totale degli utenti in carico. Piemonte. Confronto 1997-2000.

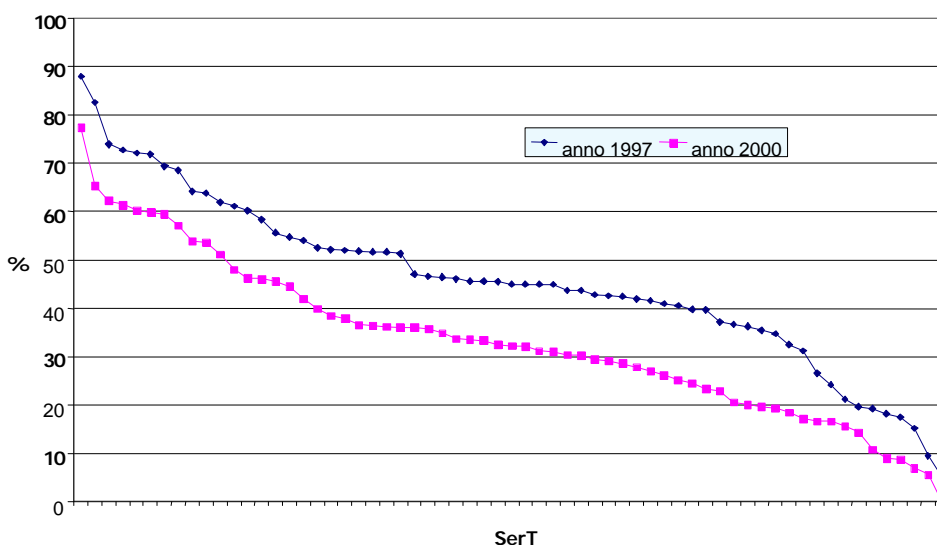
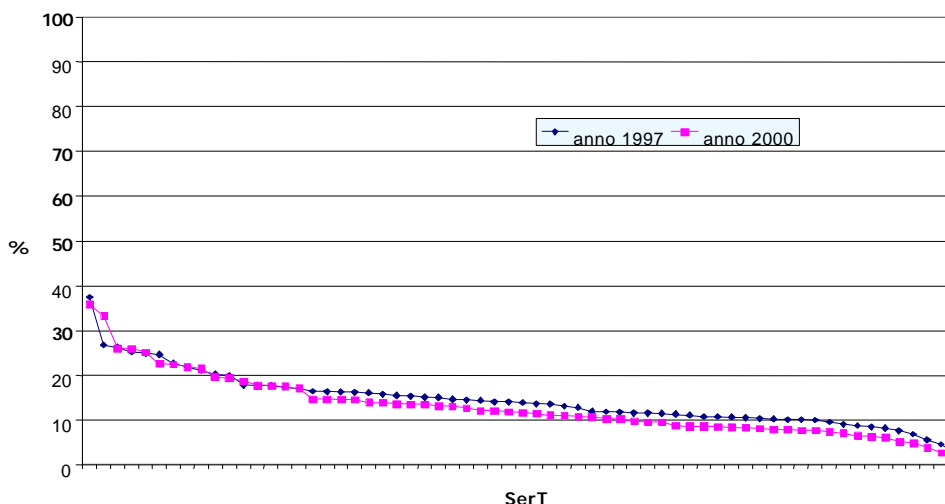


Figura n. 10 - Percentuale degli utenti inseriti in comunità sul totale degli utenti in carico. Piemonte. Confronto 1997-2000.



3. Analisi di alcuni fattori predittivi

Nessuno, tra i diversi parametri testati, (percentuale di psicologi, di educatori, e di assistenti sociali (separatamente testati) sul totale del personale in organico, rapporto utenti/medici, rapporto utenti/psicologi, numero totale di utenti in carico, il rapporto utenti/operatori, la percentuale di medici sul totale del personale del SerT, la percentuale di "vecchi" utenti sul totale degli utenti in carico, l'area geografica di collocazione del SerT) ha mostrato significativa capacità predittiva. L'unica eccezione è costituita dal modello che includeva la percentuale di infermieri sul totale del personale in organico, il numero di utenti, la percentuale di utenti già in carico e la collocazione geografica dal quale emergeva, per il trattamento metadone a lungo termine, integrato e non, la correlazione positiva (statisticamente significativa: $p = 0.03$) della percentuale di infermieri e quella negativa della collocazione del SerT nella cintura di Torino nei confronti dell'essere collocato in Torino ($p = 0.0057$).

Discussione

Tabella 2 - Percentuali medie del personale addetto ai trattamenti: farmacologici (medici e infermieri), psico-sociali e di comunità (psicologi, assistenti sociali, educatori) e del personale amministrativo o di altro tipo sul totale dell'organico dei SerT. Piemonte. Confronto 1997-2000.

anno	addetti ai trattamenti farmacologici	addetti ai trattamenti psicosociali	personale amministrativo e di altro tipo
1997	40.0	54.6	5.4
2000	41.3	51.9	6.8

Le analisi riportate su questo contributo derivano dai dati dei flussi ministeriali ed hanno mostrato che nei 3 anni fra il 1997 e il 2000 sono avvenute profonde modificazioni nella distribuzione dei trattamenti dei Servizi per le tossicodipendenze piemontesi. Queste possono essere sintetizzate come segue: I) la variabilità è scesa per tutti i trattamenti, sebbene in modo statisticamente significativo solo per il trattamento a breve termine con metadone, con l'eccezione dell'inserimento in comunità che mostra un aumento della varianza non statisticamente significativo; II) i trattamenti con metadone a lungo termine sono significativamente aumentati, e l'aumento ha interessato la maggior parte dei servizi (57/63); III) sono invece diminuiti i trattamenti metadonici a breve e quelli unicamente psicosociali; IV) la proporzione di inserimenti in comunità è in leggera discesa, statisticamente non significativa; V) i fattori che nel 1997 permettevano di spiegare il 20% della variabilità, nel 2000 hanno perso la loro efficacia.

Questi dati richiedono alcune cautele nella loro interpretazione:

I) La trasversalità della rilevazione, "fotografando" i trattamenti effettuati nell'arco temporale di due settimane, o di 30 giorni, sottostima i trattamenti a breve termine rispetto a quelli di maggior durata; II) i dati 1997 e 2000 derivano da una modulistica differente che ha reso necessario effettuare alcune riaggregazioni descritte nella sezione materiali e metodi. Questo potrebbe spiegare una piccola parte dello spostamento dei trattamenti con metadone verso quelli a lungo termine; III) i trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati sono sottostimati, poiché, causa la struttura della scheda di rilevazione ministeriale, rappresentano solo quelli non associati a terapie farmacologiche. I trattamenti farmacologici sono dunque da interpretarsi come farmacologici con o senza trattamenti psicosociali.

Questi dati permettono di effettuare alcuni commenti.

Un primo commento si riferisce alla variabilità. L'eccessiva variabilità dei trattamenti viene definita come elemento critico dell'offerta di servizi da tutti gli studi effettuati dalla comunità scientifica internazionale, sia in relazione alla dipendenza da eroina [1, 2] sia in relazione a svariati interventi quali le isterectomie [8], farmaci quali l'eparina [9] o gli antipsicotici [10]. In Piemonte nel corso di questi tre anni abbiamo assistito ad una riduzione della variabilità, quindi ad un miglioramento dell'offerta di interventi. Questo potrebbe essere la conseguenza di un'estesa strategia di interventi a livello regionale che ha interessato la formazione, la nomina di un gruppo regionale per la elaborazione di linee guida di trattamento e la gestione di numerose iniziative di confronto scientifico.

Un secondo commento si riferisce alle variazioni quantitative di proporzione di trattamenti che i dati suggeriscono. Stiamo assistendo ad un aumento dei trattamenti metadonici a lungo termine che da un lato uniforma il Piemonte al panorama italiano [11], dall'altro va nella direzione delle più recenti evidenze di efficacia della letteratura scientifica internazionale [12]. Questo commento vale anche per i trattamenti a breve termine con metadone che, seppure sottostimati, vanno riducendosi.

Il terzo commento riguarda gli altri trattamenti. Mentre la distribuzione delle professioni che gestiscono i trattamenti non farmacologici è stabile nel tempo (tabella 2), si è assistito ad una riduzione dei trattamenti psico-sociali. Si tratta, come ricordato, unicamente dei trattamenti non farmacologici, in quanto, per i vincoli della scheda ministeriale, quelli abbinati a trattamenti farmacologici sono conteggiati con questi ultimi. Si può quindi concludere che probabilmente i trattamenti psicosociali non sono complessivamente calati, ma molti non farmacologici del 1997 sono diventati integrati. Si

tratta quindi di una tendenza ad una maggiore diversificazione e integrazione delle diverse

terapie che appare l'aspetto più positivo delle tendenze in atto.

Bibliografia

1. D'Aunno T, Vaughn TE. Variations in methadone treatment practices. *JAMA* 1992; 267: 253-58.
2. D'Aunno T, Folz-Murphy N, Lin X. Changes in methadone treatment practices: results from a panel study, 1988-1995. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999 Nov; 25: 681-99.
3. Armitage P. *Statistica medica*. Feltrinelli. Milano 1975 (ed. or. 1971).
4. Sartore M, Salamina G, Versino E, Dadone P. La distribuzione dei trattamenti per la dipendenza da eroina in Piemonte 1992-1997. In Faggiano F, Ruschena M (a cura di) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte – Primo rapporto 1998: 25-35. Torino, 1998.
5. Diecidue R, Salamina G, Zunino B, Bongiovanni V, Borraccino A. L'utenza dei SerT del Piemonte e i trattamenti effettuati: analisi delle statistiche correnti 1991-1999. In Faggiano F, Ruschena M (a cura di) OED Piemonte –Rapporto 2000. Dal Fare al Dire 2000; 2 (suppl.): 35-63.
6. Sartore M, Borraccino A, Salamina G, Faggiano F. La variabilità dei trattamenti nei SerT piemontesi nel 1997. In Faggiano F, Ruschena M (a cura di) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte –Rapporto n. 2 1999: 5-14. Torino, 1999.
7. Diecidue R, Galvani E, Ruschena M, Salamina G. Utenza SerT Piemonte. OED Piemonte –Bollettino 2001: 15-16. Torino 2001.
8. Roos NP. Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physicians' practices. *Am J Public Health* 1984; 74: 327-35.
9. Reilly BM, Raschke R, Srinivas S, Nieman T. Intravenous heparin dosing: patterns and variations in internists' practices. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 536-42.
10. Owen RR, Feng W, Thrush CR, Hudson TJ, Austern MA. Variations in prescribing practices for novel antipsychotic medications among veterans affairs hospitals. *Psychiatric services* 2001; 52: 1523-25.
11. Relazione al parlamento 2000.
12. Mattick RP, Breen C, Kimber J. Methadone maintenance versus no methadone maintenance therapy for opioid dependence. Cochrane review. Cochrane library issue 4 2001

Pazienti alcol-dipendenti e servizi sanitari: un confronto tra ricoveri per problemi correlati all'alcol ed utenti in carico ai SerT piemontesi

Giuseppe Salamina, Enrica Galvani, Antonella Carcieri, Alessandro Migliardi,
Marco Dalmasso

Introduzione

Sebbene in Italia la quantità di alcol complessivamente consumata sia diminuita negli ultimi venti anni [1], la diffusione del consumo di alcolici nella popolazione rimane elevata, soprattutto nelle regioni del Nord Italia, e in particolare in Piemonte, come risulta dalle indagini sullo stato di salute della popolazione [2]. Nel 1994, in Italia, l'1,2% dei soggetti di età superiore ai 14 anni riportava un consumo quotidiano di alcolici fuori pasto. Se questa proporzione fosse applicabile, come verosimile, anche al Piemonte, circa 45.000 persone rientrerebbero in questa, che rappresenterebbe una categoria di consumatori a rischio per comportamenti d'abuso. E' tuttavia difficile stabilire quanti, tra questi forti bevitori, possano essere definiti alcol-dipendenti, anche se, all'interno di stili del bere svincolati da tradizioni o abitudini alimentari, è più probabile si possano originare comportamenti di dipendenza alcolica o di abuso.

Benché sia difficile stimare il numero di soggetti alcol-dipendenti, una parte di questi arriva alla nostra osservazione o perché si rivolge a strutture pubbliche come i servizi per le tossicodipendenze (SerT) per il trattamento specifico della dipendenza da alcol o perché si ricovera in ospedale sia per terapie di disintossicazione che per patologie correlate all'abuso di alcol.

I ricoveri ospedalieri per cause alcol correlate possono fornire stime, seppure parziali, della dimensione del problema di salute legato al consumo alcolico nella nostra Regione, così come le informazioni relative all'utenza dei SerT possono fornire indicazioni sulla quota ancora sommersa di consumatori. Questi dati possono essere efficacemente utilizzati in modo congiunto per effettuare stime della dimensione e degli effetti del fenomeno alcol nella nostra regione.

Attraverso il confronto tra gli utenti alcol-dipendenti in carico ai SerT e le ospedalizzazioni per problemi alcol-correlati in Piemonte, questo lavoro intende: a) descrivere le caratteristiche distintive degli utenti SerT rispetto a quanti si ricoverano con diagnosi alcol-correlate, sia complessivamente che per area geografica di residenza; b) valutare la capacità di attrazione dei SerT piemontesi nei confronti dei soggetti alcol-dipendenti, misurando la quota di copertura

rispetto alle necessità di cura nella popolazione residente.

Materiali e metodi

I SerT hanno nel corso degli anni attivato interventi specifici per il trattamento dei comportamenti d'abuso di alcol e per la riabilitazione dei soggetti alcol-dipendenti. Inoltre, in Piemonte i SerT rappresentano nella maggior parte dei casi il servizio capofila dei cosiddetti gruppi di lavoro alcologia (GLA), istituiti con Legge Regionale n. 37 del 23/4/90, con il compito di coordinare le azioni dei diversi servizi presenti sul territorio, sia pubblici che privati. Dal 1996, i SerT trasmettono al Ministero della Salute (ex Ministero della Sanità) le schede di rendicontazione sulle attività svolte nel settore dell'alcologia.

Per analizzare la popolazione che si rivolge ai servizi pubblici, sono state utilizzate le schede corrispondenti ai modelli ministeriali ALC03 e ALC06 per gli anni 1997-98-99. Il primo riporta in forma aggregata il numero di utenti alcol-dipendenti in carico divisi per età e sesso, il secondo riporta, tra le altre, informazioni aggregate sull'eventuale ricovero e relativo motivo degli utenti in carico.

Per descrivere i ricoveri, sono state selezionate le schede di dimissione ospedaliera (SDO) del 1997-98-99 riguardanti il primo ricovero di residenti piemontesi effettuato nell'anno presso ospedali regionali ed extra-regionali, che riportavano nella diagnosi principale o in una delle tre diagnosi secondarie uno dei seguenti codici dell'International Code of Diseases, 9° revisione (ICD9), ascrivibili a patologie specificamente alcol-correlate:

- 1) patologie organiche: 291 (sindromi psicotiche indotte da alcol); 571.0-571.3 (steatosi, epatite, cirrosi alcolica); 425.5 (cardiomiopatia alcolica);
- 2) dipendenza e abuso di alcol: 303 (sindrome di dipendenza da alcol); 305.0 (abuso di alcol); 790.3 (alcolemia elevata); questi codici vengono spesso utilizzati in occasione di terapie di disintossicazione effettuate durante il ricovero [3]. Utilizzando l'informazione contenuta nelle schede ALC06 è stata stimata la proporzione di utenti in carico ai servizi che hanno avuto nello stesso anno almeno un ricovero ospedaliero.

Risultati

Dal 1997 al 1999, il numero di utenti alcol-dipendenti in carico presso i SerT piemontesi è cresciuto del 27%: dai 2741 nel 1997, a 2991 nel 1998, a 3492 nel 1999. Nei tre anni analizzati, il 14% circa degli utenti (da 396 a 474 utenti) ha effettuato un ricovero ospedaliero. Gli utenti che si ricoverano per patologie organiche conseguenti

all'abuso di alcol rappresentano circa il 5% del totale degli utenti in carico. Le patologie organiche rappresentano circa un terzo dei motivi di ricovero in questi soggetti. I restanti due terzi si ricoverano per terapie di disintossicazione (tabella 1).

Tabella n. 1 - Ricoveri per patologie alcol correlate (ICD9: 291; 571.0-571.3; 425.5) e per dipendenza da alcol (ICD9: 303; 305.0; 790.3) in utenti alcol-dipendenti in carico ai servizi tossicodipendenze (SerT). Piemonte 1997-99.

	1997		1998		1999	
	n	%	n	%	n	%
Utenti SerT ricoverati	396	14,4	399	13,3	474	13,6
<i>Utenti ricoverati per patologie alcol-correlate</i>	134	4,9	151	5,0	160	4,5
<i>Utenti ricoverati per sindrome di dipendenza da alcol</i>	262	9,6	248	8,3	314	9,0
Totale utenti SerT in carico	2741	100	2991	100	3492	100

Negli stessi anni il numero di residenti piemontesi, comprensivi dunque degli utenti in carico ai SerT, che hanno effettuato un ricovero per problemi specificamente legati all'alcol è oscillato intorno alle 5500 unità (tabella 2), con un lieve *trend* discendente. Fra i residenti piemontesi due terzi dei ricoveri alcol-correlati è dovuto a patologie organiche (danni neurologici o a carico del fegato). I restanti ricoveri riportavano come diagnosi di dimissione sindromi di dipendenza o di abuso di alcol, e rappresentano verosimilmente i ricoveri per disintossicazione.

Dal confronto dei ricoveri effettuati dagli utenti dei SerT con le informazioni delle SDO nei tre anni considerati, è risultato che: 1) tra i residenti in Piemonte che si sono ricoverati per problemi alcol-correlati, il 7-9% era in carico ai SerT; 2) tra coloro che si sono ricoverati per trattamenti di disintossicazione, identificabili come i ricoverati per dipendenza da alcol, solo nel 13-16% dei casi si trattava di utenti SerT; infine 3) la proporzione di utenti SerT tra i ricoverati per patologie organiche alcol-correlate non supera il 5%.

Tabella n. 2 - Ricoverati (RIC) per patologie alcol correlate (ICD9: 291; 571.0-571.3; 425.5) e per dipendenza da alcol (ICD9: 303; 305.0; 790.3) nella popolazione generale e negli utenti alcol-dipendenti in carico ai servizi tossicodipendenze (SerT). La percentuale rappresenta la proporzione di utenti SerT fra i ricoverati. Piemonte 1997-99.

	1997			1998			1999		
	RIC ¹	SerT	%	RIC ¹	SerT	%	RIC ¹	SerT	%
Ricoverati per patologie alcol-correlate	3682	134	3,6	3576	151	4,2	3305	160	4,8
Ricoverati per sindrome di dipendenza da alcol	1977	262	13,3	1885	248	13,2	2027	314	15,5
Totale ricoveri alcol-correlati	5659	396	7,0	5461	399	7,3	5332	474	8,9

¹ fonte: schede dimissioni ospedaliere, Regione Piemonte

La frequenza di utenti SerT fra i ricoverati per patologia d'organo varia per area geografica: è più frequente (10% o più) tra gli utenti delle province di Verbania, Biella, Vercelli, Alessandria, meno del 5% nelle altre (tabella 3). Nelle stesse province ed in quella di Cuneo, i ricoveri

ospedalieri per disintossicazione (diagnosi di dimissione per dipendenza e abuso di alcol) sono in più di un quinto dei casi richiesti o, comunque, riguardano soggetti in carico al SerT.

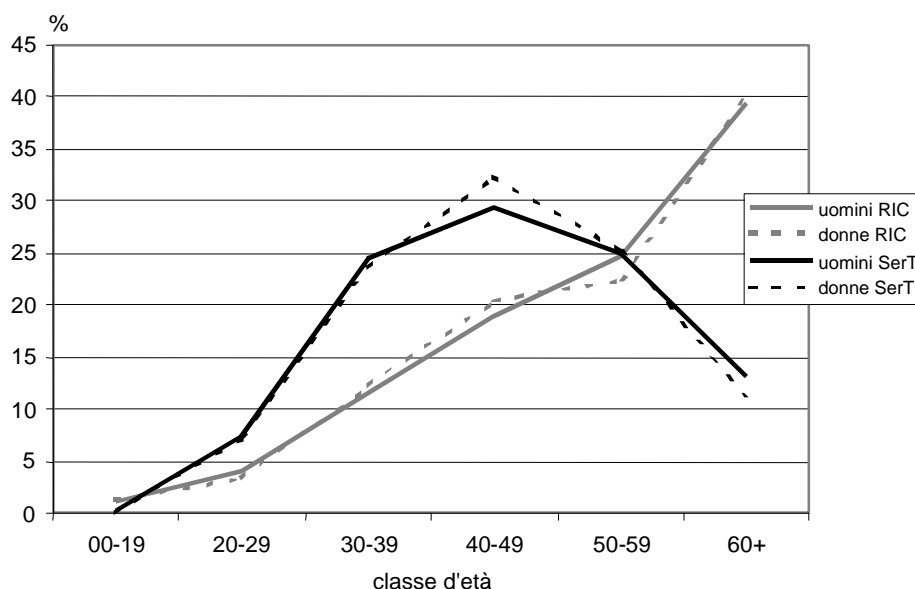
Tabella n. 3 - Confronto tra utenti SerT alcol-dipendenti e residenti piemontesi ricoverati (RIC) per patologie alcol correlate (ICD9: 291; 571.0-571.3; 425.5) e per dipendenza da alcol (ICD9: 303; 305.0; 790.3) nel 1999, distribuiti per provincia di residenza. La percentuale rappresenta la proporzione di utenti SerT fra i ricoverati.

Provincia	Patologie alcol correlate (ICD9: 291; 571.0-571.3; 425.5)			Dipendenza e abuso di alcol (ICD9: 303; 305.0; 790.3)			Totale		
	RIC	SERT	%	RIC	SERT	%	RIC	SERT	%
Verbania	152	22	14,5	79	21	26,6	231	43	18,6
Biella	118	18	15,3	53	12	22,6	171	30	17,5
Vercelli	163	16	9,8	82	23	28	245	39	15,9
Alessandria	338	38	11,2	199	40	20,1	537	78	14,5
Cuneo	569	21	3,7	400	93	23,3	969	114	11,8
Novara	222	9	4,1	145	22	15,2	367	31	8,4
Torino provincia	1011	24	2,4	533	62	11,6	1544	86	5,6
Torino città	597	12	0,1	461	40	8,7	1058	52	4,9
Asti	135	0	0	75	1	1,3	210	1	0,5
Piemonte	3305	160	4,8	2027	314	15,5	5332	474	8,9

I soggetti alcol-dipendenti che afferiscono al SerT, e che durante la presa in carico vengono ricoverati in ospedale, non sembrano essere un sottogruppo rappresentativo di tutti i soggetti che si ricoverano per patologie alcol-correlate, oltre

che per la diversa distribuzione delle diagnosi di ricovero, anche per la composizione delle classi d'età che risulta molto diversa nei due gruppi: gli utenti SerT sono infatti più giovani dei soggetti ricoverati(figura1).

Figura n. 1- Distribuzione percentuale delle classi di età degli utenti alcol-dipendenti in carico ai SerT piemontesi nel 1999 e dei residenti piemontesi ricoverati nel 1999 per con diagnosi alcol correlata (RIC).



Nel 1999, un totale di 2027 soggetti si è ricoverato per sindrome di dipendenza o di abuso di alcol (tabella 2) con una media di giornate di ricovero di circa due settimane (tabella 4). Le più frequenti

cause di ricovero per diagnosi alcol-correlate sono tuttavia le patologie epatiche, che nel 1999 hanno prodotto un totale di 4110 episodi di ricovero di circa 12 giorni di degenza media in 337 soggetti.

Tabella n. 4 - Ricoveri per patologie alcol correlate (ICD9: 291; 571.0-571.3; 425.5) e per dipendenza e abuso di alcol (ICD9: 303; 305.0; 790.3) in residenti in Piemonte nel 1999.

Cause di ricovero	Pazienti ricoverati	Totale ricoveri	Degenza media (gg)	Giornate totali di ricovero	Min Max	
patologie alcol correlate	3305	4517	13,0	58738	1	364
sindromi psicotiche indotte da alcol (291)	257	318	23,9	7587	1	364
cardiomiopatia alcolica (4255)	72	89	10,2	906	1	61
steatosi, epatite, cirrosi alcolica (5710-5713)	2976	4110	12,2	50245	1	229
dipendenza e abuso di alcol	2027	2753	15,2	41892	1	380
sindrome di dipendenza da alcol (303)	1557	2195	15,4	33899	1	380
abuso di alcol (3050)	468	556	14,4	7935	1	85
alcolemia elevata (7903)	2	2	29,0	58	4	54

Discussione

Il numero di pazienti alcol-dipendenti in carico ai SerT cresce negli anni, ma nonostante questo essi non rappresentano che una piccola quota di coloro che necessiterebbero di un trattamento specifico per i problemi alcol-correlati. Questa crescita avviene a fronte di una riduzione dei ricoveri, di una riduzione dei decessi per malattie alcol correlate [4] e di una riduzione di lungo periodo nel consumo di bevande alcoliche. Questi elementi indicherebbero un aumento della capacità di attrazione dei Servizi verso soggetti con problemi alcol correlati.

Un numero elevato di pazienti (circa il 95%) si ricovera per patologie organiche associate all'abuso di alcol e non arriva all'osservazione dei SerT, la cui utenza sembrerebbe caratterizzata da una bassa prevalenza di patologie d'organo, con qualche differenza da una provincia all'altra e da una più giovane età.

La presa in carico di soggetti con problemi di dipendenza da alcol al di fuori dei SerT avviene probabilmente all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici che indirizzano la propria attenzione soprattutto al danno organico, ponendo un interesse marginale al trattamento specifico dei comportamenti d'abuso.

Malgrado una certa variabilità negli orientamenti terapeutici fra una provincia e l'altra, circa l'85% dei trattamenti di disintossicazione in ambiente ospedaliero non viene coordinato dai SerT, ma viene probabilmente gestito da altri soggetti coinvolti nel trattamento dell'alcol-dipendenza quali medici di base, servizi di gastroenterologia, psichiatria, ecc.

I SerT utilizzano poco la disintossicazione in ambiente ospedaliero (meno del 10% degli utenti ogni anno), probabilmente perché maggiormente orientati ad un approccio terapeutico integrato, volto allo sviluppo di risorse personali per il superamento della fase acuta dell'astinenza.

Non c'è dubbio che l'identificazione e la cura dei soggetti con problemi alcol-correlati siano particolarmente complesse, da un lato per l'ambiguità dell'azione biologica svolta dall'alcol, a cavallo tra alimento, sostanza voluttuaria e droga, dall'altro per la difficoltà di definirne la dose giornaliera accettabile, a causa della forte variabilità della risposta biologica individuale. Questo produce, negli abusatori, una diminuzione della consapevolezza di patologia e, conseguentemente della ricerca di un trattamento. Probabilmente, i soggetti alcolisti si rivolgono poco e tardi alle strutture sanitarie, di solito quando i danni si estrinsecano come patologie d'organo, e sembrano mostrare scarsa consapevolezza della presenza di strutture in grado di riconoscere e trattare i problemi alcol-correlati anche nel momento in cui questi non hanno ancora causato alterazioni patologiche d'organo o di sistema. Anche nel campo dell'alcolismo, in termini di sanità pubblica, va garantita all'opinione pubblica una maggiore informazione circa le possibilità terapeutiche offerte dai SerT, il cui ruolo viene più frequentemente riconosciuto nell'esclusivo trattamento di abuso di sostanze illegali.

D'altro canto, così come risulta evidente dai dati relativi al ricovero ospedaliero, è fortemente auspicabile una maggior collaborazione tra servizi e altri attori al fine di anticipare la richiesta di trattamento, identificando, in stretta collaborazione con i medici di base, quei soggetti per cui il consumo di alcol assume caratteri problematici per comportamenti di dipendenza o di abuso della sostanza, ancor prima che il problema si estrinsechi sul piano della morbosità. La scarsa percezione del problema da parte del soggetto alcol-dipendente si scontra con la difficoltà di identificare sul territorio interlocutori univoci e appropriati per la gestione integrata di

questo tipo di pazienti. In questi ultimi anni i percorsi di accesso alla diagnosi, così come al trattamento riabilitativo dei problemi alcol correlati, sono stati i più vari a causa della estrema dispersione degli interventi, delle offerte di trattamento e dei soggetti coinvolti: i servizi di Psichiatria, gli stessi SerT, l'Ospedale, i servizi sociali, il privato sociale ed i gruppi di volontariato, come i Club di Alcolisti in Trattamento o gli Alcolisti Anonimi.

L'esigenza di una maggiore integrazione tra i vari soggetti coinvolti ha trovato in questi ultimi anni una parziale risposta con l'istituzione dei gruppi di lavoro di alcologia (GLA). Ma come già dimostrato in precedenti analisi [5], anche questi dati evidenziano quanto ancora debba essere fatto, affinché l'offerta da parte dei servizi sia adeguata ai bisogni di trattamento all'interno della popolazione.

Bibliografia

1. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. [http:// www.alcol.net/ statistiche/ euroconsumi.html](http://www.alcol.net/statistiche/euroconsumi.html)
2. Stili di vita e condizioni di salute. Indagini Multiscopo sulle famiglie Anni 1993-1994. ISTAT. Roma 1996
3. Siliquini R, Salamina G, Ruschena M. Utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera per la sorveglianza degli eventi sanitari legati all'uso di sostanze. In: Faggiano F, Ruschena M (a cura di). OED Piemonte – Rapporto 2000. Dal Fare al Dire 2000;2 (suppl.):13-21
4. Siliquini R, Faggiano F, Salamina G. Mortalità alcol correlata in Piemonte 1980-1997. In: Faggiano F (a cura di). OED Piemonte – Rapporto 2001. Torino, 2001
5. Salamina G, Dadone P, Galvani E. Il trattamento della dipendenza da alcol in Piemonte. In: Faggiano F, Ruschena M (a cura di). OED Piemonte – Rapporto n° 2 1999. pp 29-34

Lo studio pilota di VEdeTTE 2: risultati preliminari e primo bilancio

Antonio Iannaccone, Paola Burroni, Fabio Lampis, Roberto Diecidue, Fabrizio Faggiano
Piergiorgio Zuccaro, Roberta Pacifici e il Gruppo Piemontese di Coordinamento di
VEdeTTE

Introduzione

Lo Studio VEdeTTE (Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina) si propone di valutare l'impatto dei trattamenti prescritti nei Servizi pubblici per il trattamento dei tossicodipendenti (SerT) italiani, sulla mortalità acuta (per overdose o per cause violente) e sulla ritenzione in trattamento nei tossicomani da eroina [1].

La mortalità, che è sicuramente riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale come un indicatore valido e riproducibile per la misura dell'impatto sulla salute di una patologia, non è tuttavia sentita dagli operatori dei SerT come risultato sufficientemente pertinente per valutare l'efficacia dei trattamenti. Infatti la prevenzione della mortalità acuta non è considerata sempre un obiettivo immediato della loro attività né viene ritenuto il rischio di morte essere da questa direttamente influenzato. Così, fin dalle fasi iniziali dello Studio VEdeTTE, è stato progettato un ulteriore studio per valutare l'efficacia dei trattamenti in relazione ad esiti diversi dalla mortalità e dalla ritenzione in trattamento e cioè: a) uso di sostanze stupefacenti/psicotrope legali e illegali; b) grado di integrazione sociale, familiare, lavorativa e legale, c) morbosità per overdose; d) morbosità per HIV, HBV, HCV (reperita in cartella clinica e riferita dal soggetto).

Questo, denominato VEdeTTE 2, è stato disegnato come studio di *follow-up* attivo su un campione estratto dalla popolazione degli utenti arruolati in VEdeTTE ed ai quali era stato chiesto il consenso ad essere contattati per una seconda eventuale intervista.

Tuttavia il disegno e l'organizzazione di uno studio di *follow-up*, ancora di più su una popolazione difficile come quella dei dipendenti da eroina, presenta alcuni nodi critici:

- la proporzione di perdite al follow-up rappresenta maggiore criticità perché può comportare un *bias* di selezione (molto probabilmente i soggetti non contattati o persi al follow-up hanno caratteristiche che li rendono diversi dai soggetti contattati) che influenzerebbe negativamente la validità dello studio. In letteratura la proporzione delle perdite al follow-up è sovente superiore al 50%;
- i rifiuti all'intervista sono un secondo problema, perché introducono un ulteriore bias di selezione (cui si può tentare di ovviare cercando di studiare

comunque le caratteristiche di questo gruppo), e riducono ulteriormente la numerosità campionaria dell'osservazione ;

- tutti gli studi di follow-up che utilizzano delle interviste per la rilevazione di dati lontani nel tempo, corrono il rischio che gli intervistati non ricordino bene o confondano soprattutto gli eventi più lontani nel tempo (*recall bias*, o errore sistematico da ricordo). Inoltre, in situazioni in cui il dato ricercato può essere oggetto di riprovazione, come nel nostro caso l'uso di sostanze stupefacenti, gli intervistati potrebbero essere indotti a dare risposte false per il desiderio di compiacere l'intervistatore;
- la selezione e la formazione degli intervistatori, che devono condurre l'intervista in modo corretto e utile ad ottenere risposte precise e valide, senza influenzare in alcun modo le risposte degli intervistati, né modificarle interpretandole (*interviewer bias*).

E' stato dunque necessario predisporre degli strumenti e delle procedure in grado di risolvere le criticità esposte. Uno studio pilota è stato progettato per valutare l'efficacia e la validità di queste procedure. Obiettivi dello studio pilota erano quindi i seguenti:

- * validazione delle procedure disegnate per rintracciare i soggetti e per monitorare tale processo;
- * fattibilità e utilità del compenso per ridurre i rifiuti;
- * affidabilità del questionario;
- * valutazione delle performance di due tipi di intervistatori: gli operatori di SerT ed i borsisti.

Lo Studio, finanziato sui fondi Piemontesi della legge 309, è stato condotto dalla ASL 1 in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino, e concluso nell'arco di tre mesi, da aprile a giugno 2001, in dieci SerT piemontesi, scelti tra i quindici che hanno partecipato fin dall'inizio allo Studio VEdeTTE.

Questo lavoro dà conto dei risultati preliminari dello studio pilota svolto nell'arco di tre mesi in dieci dei quindici SerT piemontesi che hanno partecipato fin dall'inizio allo Studio VEdeTTE.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

1. Per raggiungere l'obiettivo di rintracciare e contattare il maggior numero possibile dei candidati alla inclusione nello studio, è stata prefigurata una complessa procedura di ricerca attiva, descritta dettagliatamente nel protocollo, e per verificare l'efficienza di tale procedura è stata approntata una scheda di registrazione delle tappe della procedura da compilarsi a cura degli intervistatori;

2. Per ottenere, poi, l'adesione del maggior numero dei soggetti contattati, si è pensato di incentivarli con la proposta di un compenso al rilascio dell'intervista e del campione biologico; su questo argomento ci sono molti studi in letteratura [2] [3] che hanno confermato come questo sia utile per aumentare la compliance dei soggetti. Nel nostro caso, però, trattandosi di soggetti tossicodipendenti probabilmente anche *attivi* al momento dell'intervista, sorgeva un'obiezione morale al compenso in denaro. La questione è stata posta al Comitato Etico della sezione piemontese dello Studio VEdeTTE, il quale ha approvato la decisione di compensare l'utente per il tempo dedicato in considerazione dell'utilità che sarebbe derivata dalla sua partecipazione allo Studio; con la stessa motivazione Il Comitato Etico ha anche proposto di frazionare il compenso nel caso che l'utente contattato consentisse a rispondere al solo questionario o accettasse anche di rilasciare il campione biologico [4]; e questa proposta è stata accettata e applicata nella misura di L. 30.000 per il solo questionario e L. 70.000 per il campione biologico.

3. Per la valutazione delle risposte riguardo all'uso personale di droghe illegali; poiché in letteratura [5] [6] [7] ci sono pareri diversi, si è pensato di procedere al confronto con un *gold standard* costituito da un test effettuato su un campione biologico. Riguardo a questo, per contemperare l'esigenza di non disturbare eccessivamente gli intervistati, e quindi non disincentivarne il consenso, e quella di avere il quadro della reale situazione in un arco di tempo sufficientemente esteso, si è scelto di richiedere il rilascio di un campione di capelli o di peli pubici invece di una serie di campioni urinari. Infatti dall'esame di un solo ciuffo di capelli si ottiene una risposta affidabile sull'utilizzo di droghe in un periodo fino a sei mesi antecedenti il prelievo.

Il campione biologico, quindi, è costituito da un ciuffo di capelli prelevati dalla regione nucale, o, se questi fossero più corti di un centimetro, da un ciuffo di peli pubici o di peli ascellari, nell'ordine. La procedura per il taglio dei capelli è stata standardizzata, così come raccomandato dal laboratorio di riferimento, ed il campione è stato analizzato con la metodica della spettrometria di

massa dal Laboratorio dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma.

4. - Infine, riguardo agli intervistatori, si è discusso se utilizzare professionisti ingaggiati ad hoc, o operatori dei SerT. A favore della prima ipotesi, c'era l'opinione che l'utilizzo di operatori estranei al lavoro dei SerT confermasse ai soggetti contattati l'assicurazione che veniva loro fatta che le risposte non sarebbero state rivelate agli operatori che li avevano in cura, e così favorisse ulteriormente la loro compliance e la validità delle loro risposte, soprattutto sull'uso di sostanze stupefacenti. Naturalmente nel reclutare gli intervistatori si sarebbe avuta cura che fossero già esperti nella conduzione di interviste con personaggi difficili da contattare, come i tossicodipendenti.

Nella seconda ipotesi, invece, si voleva valorizzare e premiare la competenza degli operatori di SerT nel porsi in relazione con i tossicodipendenti, e per questo si è proposto di utilizzarli come intervistatori, naturalmente avendo cura di non assegnare loro la ricerca di utenti dei Servizi in cui lavoravano, per confermare l'assicurazione di non rivelare le loro risposte al Servizio di competenza dell'intervistato.

Campione statistico

La base della popolazione in studio è costituita dai 1061 soggetti arruolati nello studio VEdeTTE che avevano risposto alle domande del Questionario di Ingresso nel periodo compreso tra l'inizio dello studio e il 9 marzo 1999 e che, alla specifica domanda del Questionario d'Ingresso dello studio VEdeTTE, non avevano dichiarato la loro indisponibilità ad una successiva intervista. La distribuzione dei soggetti in studio per tipologia utente e sesso è riportata in tabella 1. Per lo studio di fattibilità si sono selezionati 60 soggetti secondo i seguenti criteri. Poiché lo scopo dello studio è la valutazione dell'efficacia dei trattamenti e questa è meglio valutabile su soggetti che non ne hanno usufruito in precedenza, sono stati inclusi nel campione (definizioni riferite alla data di primo arruolamento in VEdeTTE) : a) tutti i 16 soggetti che non si erano mai rivolti ad un SerT in precedenza (incidenti puri); b) tutti gli 8 soggetti che non si erano mai rivolti a quel dato SerT in precedenza (incidenti per lo studio); c) un campione casuale di 36 soggetti estratto tra gli arruolati in carico al SerT o che si erano ripresentati in un SerT in cui erano già stati in carico in precedenza (prevalenti e reingressi) stratificato per sesso, distribuendo uniformemente i casi tra maschi e femmine. Sono stati esclusi dalla randomizzazione tutti i soggetti arruolati nei 5 SerT in cui non risultavano utenti incidenti puri tra i reclutati. A tutti i soggetti arruolati viene richiesto un consenso informato, documentato con la firma di una lettera di consenso.

Tabella n. 1 - Composizione del campione all'inizio dello studio per sesso e per tipologia all'arruolamento

Tipologia arruolati	Maschi	Femmine	Totali
Incidenti Puri	14 (38%)	2 (9%)	16 (27%)
Incidenti	5 (13%)	3 (13%)	8 (13%)
Prevalenti	17 (46%)	17 (74%)	34 (57%)
Reingressi	1 (3%)	1 (4%)	2 (3%)
Totali	37 (100%)	23 (100%)	60 (100%)

Strumenti

Gli strumenti utilizzati nello studio sono: la tabella per la registrazione delle tappe di arruolamento, il questionario, il prelievo di un campione biologico ed il successivo esame di laboratorio.

Tutto il materiale relativo ai soggetti (tabella tappe, questionario e campione biologico) è identificato con un codice univoco: il codice è il medesimo assegnato al momento del primo arruolamento in VEdeTTE.

Il questionario è costituito da 11 sezioni, ognuna delle quali raccoglie informazioni su uno degli aspetti che si sono ritenuti salienti nel valutare il grado di integrazione sociale, familiare, lavorativa e legale del soggetto, il suo stato di salute nonché l'uso di sostanze legali ed illegali nei due anni precedenti. Tranne alcune informazioni sulla salute del soggetto, tutte le altre risposte vengono registrate in base alla risposta fornita dal soggetto, in quanto si vuole valutare la percezione che l'utente ha della sua situazione (Tabella 2).

Tabella n. 2 - Descrizione del questionario dello studio VEdeTTE 2

Sezioni	Descrizione
1. Rifiuti o persi al follow up	Dati socio anagrafici
2. Cartella clinica	Dati in cartella su HBV, HCV, HIV e altre patologie
3. Cambiamenti	Dati socio anagrafici (stato civile, lavoro, studio, lutti)
4. Salute	HBV, HCV, HIV e altre patologie
5. Problemi giudiziari	Problemi legali, carcerazioni, patente di guida
6. Uso di sostanze	Uso e/o variazioni nell'uso e nella modalità d'uso di eroina, cocaina, ecstasy e simili, cannabis, alcolici, benzodiazepine
7. Overdose	Da qualunque sostanza e rapporto con il trattamento
8. Utilizzo di farmaci	Utilizzo di farmaci, a parte quelli prescritti dal SerT, per i problemi derivanti dall'uso di sostanze (alcover, antabuse/etiltox, catapresan, dividol, prozac/fluoxeren, roipnol/darkene, serenase/haldol, talofen/largactil, valium/tavor, metadone, subutex/temgesic)
9. Uso di sostanze nel mese precedente	Frequenza e modalità d'uso di eroina, cocaina, ecstasy, cannabis, alcolici
10. Comportamenti a rischio e di riduzione del danno	Comportamenti a rischio nell'uso di sostanze e nell'attività sessuale, contatti con attività riduzione del danno, quali servizi utilizzati
11. Integrazione sociale	Studio, lavoro, introiti economici, tempo libero, convivenza

Per coloro che rifiutano di partecipare allo studio o che, non rintracciati, sono giudicati persi al follow-up, sono comunque registrate nel questionario informazioni tratte dalla cartella clinica relative allo stato civile, al titolo di studio, alla sistemazione abitativa e al tipo di impiego lavorativo.

A verifica delle informazioni fornite dall'utente circa il suo uso di sostanze nell'ultimo mese, è stato effettuato il dosaggio di oppiacei e cocaina su capelli prelevati in zona nucale, o, se questi sono lunghi meno di un centimetro, su peli pubici o ascellari.

La morbosità per overdose invece è stata valutata, in base alle dichiarazioni dei soggetti arruolati.

Tutte le tappe svolte per la ricerca e l'arruolamento del soggetto, nonché l'esito della ricerca e l'avvenuta o meno somministrazione del questionario e del prelievo del campione biologico

dovevano essere registrate in un apposito modulo.

Ricerca e arruolamento del soggetto, somministrazione del questionario e prelievo del campione biologico sono compito degli intervistatori. Sono stati selezionati tre operatori SerT e tre intervistatori che non lavorano presso i SerT, ma con precedenti esperienze di lavoro con tossicodipendenti. Per garantire la riservatezza delle informazioni ottenute dal questionario e dalle analisi sul campione biologico sono state prese alcune precauzioni: i) agli operatori SerT è stata assegnata la ricerca di utenti non appartenenti all'ASL in cui lavorano; ii) sono stati identificati in ogni ASL dei locali esterni al SerT in cui intervistatore ed utente potessero incontrarsi (per questioni di sicurezza è stato infatti consigliato agli intervistatori di accettare appuntamenti solo in luoghi pubblici); iii) sulla lettera di consenso è

specificato che i dati non verranno trasmessi ai SerT se non sotto forma di dati statistici aggregati. Per cercare di arruolare il maggior numero di utenti possibile lo studio prevede che l'intervistatore, per reclutare il soggetto, si rechi ovunque sul territorio italiano, anche in comunità terapeutica o in carcere (grazie anche all'autorizzazione fornita dal Ministero di Grazia e Giustizia).

E' prevista una procedura di ricerca e contatto con il soggetto differenziata a seconda che il paziente sia o meno in carico al SerT. Nel primo caso sono attivamente coinvolti gli operatori del SerT che si occupano di mettere in contatto l'intervistatore con l'utente. Nel secondo caso operatore o referente coadiuvano l'intervistatore nella ricerca del soggetto. Tale ricerca prevede un tentativo di contatto telefonico, quindi una verifica anagrafica, la ricerca tramite conoscenti, e come ultimo tentativo una lettera in buca all'ultimo indirizzo noto. I tentativi di rintracciare l'utente possono essere ripetuti una seconda volta a distanza di 30 giorni dalla prima ricerca, dopo di che l'utente che non si è riusciti a contattare viene considerato perso al follow-up.

Una volta valutata la fattibilità pratica dello studio, i risultati delle analisi saranno utilizzati per mettere a punto strumenti e procedure di raccolta dati con

validità sufficiente a raggiungere gli scopi dello studio.

Analisi

Tutti i dati vengono registrati in un database Access appositamente creato.

Questioni etiche e privacy

Tutti gli strumenti e le procedure sono state sottoposte al vaglio e all'approvazione del Comitato Etico.

Risultati

Al termine della ricerca sono stati contattati 52 (87%) soggetti. Tra i soggetti contattati solo 41 hanno dato il consenso ad essere arruolati: 40 hanno anche consegnato il campione biologico, mentre 1 ha acconsentito unicamente a rispondere all'intervista. Un soggetto è stato arruolato in carcere dove era detenuto al momento della ricerca, e 3 soggetti (5%) sono stati arruolati nella comunità terapeutica dove si trovavano al momento. La tabella 3 mostra come si sono distribuite le risposte dei soggetti tra le tipologie in cui erano divisi al momento dell'arruolamento.

Tabella n. 3 - Suddivisione dei soggetti al termine dello studio per risultato e per tipologia

Tipologia arruolati	Prev. lenti	Incaricati puri	Incaricati	Reintegrati	Totale
Consensi	22 (65%)	12 (75%)	5 (62,5%)	2 (100%)	41 (68%)
Rifiuti	7 (20%)	2 (12,5%)	1 (12,5%)	0	10 (17%)
Persi	4 (12%)	2 (12,5%)	2 (25%)	0	8 (13%)
Deceduti	1 (3%)	0	0	0	1 (2%)
TOTALI	34 (100%)	16 (100%)	8 (100%)	2 (100%)	60 (100%)

Ed infine nella tabella 4 è mostrato il risultato al termine dello studio tra i due tipi di intervistatori. Emerge una chiara differenza tra gli intervistatori non operatori SerT che hanno contattato il 100% dei soggetti e gli operatori SerT che ne hanno

contattato il 77%. Non c'è differenza tra le due categorie di intervistatori per quanto riguarda la percentuale di consensi tra i soggetti contattati: 80% tra i non operatori e 82% (19/23) tra gli operatori.

Tabella n. 4 - Suddivisione dei soggetti al termine dello studio per intervistatori e per tipologia

	Operatori	Borsisti
Consensi	19 (63%)	23 (80%)
Rifiuti	4 (14%)	6 (20%)
Persi	6 (20%)	0
Deceduti	1 (3%)	0
TOTALI	30 (100%)	30 (100%)

Il test del χ^2 è risultato significativo in tutte le combinazioni possibili, in particolare: non contando il soggetto deceduto (6,966 con 2 g.l. $p=0,031$), oppure accorpando i consensi e i rifiuti (soggetti contattati) (4,830 con 1 g.l. $p=0,028$), o ancora accorpando i persi ed il deceduto (soggetti persi al follow-up) (5,822 con 1 g.l. $p=0,016$). Esiste però una differenza nella proporzione dei soggetti non in carico tra gli intervistatori non

operatori SerT (6,7%: 2/30) e gli operatori SerT (20%: 6/30).

Tappe della ricerca

Analizzando le schede di registrazione delle tappe della ricerca, si osserva che 51 (85%) soggetti risultavano ancora in carico al SerT al momento in cui gli intervistatori hanno iniziato la ricerca; di questi, 41 (62%) sono stati arruolati, 8 (12%) hanno rifiutato di partecipare alla ricerca e 3 (5%) sono persi per il follow-up.

Degli 8 soggetti che non risultavano in carico ai SerT all'inizio della ricerca, 4 sono stati contattati e 2 hanno dato il consenso all'arruolamento, mentre 2 hanno rifiutato; 4, invece, sono stati persi (1 era deceduto).

La situazione divisa per operatori e per borsisti e per le tappe di arruolamento, è sintetizzata nella tabella 5.

Tabella n. 5 - Percentuale di soggetti contattati e (fra parentesi) numero di persi al follow-up divisi per tappe e per intervistatori

	SerT	Ricerca	Lettera	TOTALE
		In carico		
Totale	88%	4% (1)	0 (2)	51
Operatori	87%	8% (1)	0 (2)	23
Borsisti	93%	7%		28
		Non in carico		
Totale	0 (1)	50% (1)	0 (3)	9
Operatori	0 (1)	33% (1)	0 (2)	6
Borsisti		100%	0 (1)	3
TOTALE	47 (1)	8 (2)	5 (5)	60 (7)

Occorre aggiungere che per tre soggetti, 1 per gli operatori e 2 per i borsisti, non sono state compilate le tappe seguite per contattare i soggetti che poi hanno rifiutato; mentre è stata fatta una violazione al protocollo da un operatore, per un soggetto non in carico all'inizio dello studio, al quale è stata lasciata una lettera nella cassetta della posta dell'indirizzo conosciuto, senza aver svolto prima la ricerca anagrafica e/o la ricerca tra gli amici e conoscenti: il soggetto è stato perso al follow-up.

Si può ulteriormente precisare che uno dei soggetti persi al follow-up, era emigrato all'estero, e per questo la ricerca si è fermata; due soggetti,

invece, sono risultati emigrati in altre Regioni italiane, e sono stati cercati telefonicamente. Nessuno è stato rintracciato.

Questionari

La validazione del questionario è stata fatta, come già detto, valutando la coerenza logica e/o formale tra le risposte a domande uguali o simili di diverse sezioni dello stesso questionario, e tra le risposte a domande uguali di questo questionario e del questionario di ingresso compilato per gli stessi soggetti al momento del loro arruolamento nello Studio VEdeTTE, almeno due anni prima (tabella 6).

Tabella n. 6 - Concordanza fra il questionario di ingresso e il questionario al follow-up

Item	Concordanza
Test HIV in cartella vs. Test HIV riferito	88%
Stato civile vs. Situazione abitativa	79%
Situazione occupazionale nei due aa. vs. Durata lavoro nei due aa.	100%
Test HIV in cartella vs. Test HIV in cartella precedente	98%
Situazione occupazionale vs. Situazione occupazionale precedente	100%
Stato civile vs. Stato civile precedente	98%

Innanzitutto abbiamo confrontato se c'è concordanza fra quanto annotato in cartella clinica circa l'esecuzione del test per l'HIV e riportato nella sezione 2, e quanto il soggetto risponde quando gli si chiede se ha eseguito il test: in questo caso per 36 risposte su 41 c'è coerenza logica, e per 31 di queste c'è perfetta sovrapposizione. Nel caso del confronto tra le risposte 3.1.1 sullo stato civile e 11.2 sulla sistemazione abitativa c'è coerenza per 15 risposte su 19. Infine nel confronto tra le risposte 3.3 sulla situazione occupazionale negli ultimi due anni e 11.5 e 11.6 sulla durata dei periodi di

lavoro e/o di disoccupazione, la concordanza è del 100%.

Nell'esame tra i due diversi questionari, abbiamo trovato che le rilevazioni del questionario attuale sul test HIV riportato in cartella clinica, discordano dalle rilevazioni del precedente questionario in 1 caso su 41; la risposta sullo stato civile è coerente al 100% con le risposte date in precedenza, ed infine le risposte alla domanda sul titolo di studio conseguito discordano dalle risposte precedenti in 1 caso su 41. L'alto grado di concordanza riscontrato per tutte le risposte esaminate è certamente non casuale.

Campioni biologici

Sui 40 campioni inviati 2 non sono stati analizzati perché il materiale era insufficiente, altri 7 campioni hanno dato esito negativo, ma il materiale o era insufficiente o di lunghezza disomogenea. Considerando i 38 campioni analizzati il 45% (18/38) dei soggetti risulta positivo all'eroina e il 52,5% (21/38) alla cocaina. Se si considerano i soli 31 campioni con materiale sufficiente il 58,1 (18/31) dei soggetti risulta positivo all'eroina e il 67,7% (21/31) alla cocaina. Nei questionari il 45% (18/38) dei soggetti risulta positivo all'eroina e il 25% (10/38) alla cocaina. Se si considerano i soli 31 campioni con materiale sufficiente (tabelle 7 - 8) il 51,6 (16/31) dei soggetti risulta positivo all'eroina e il 29% (9/31) alla cocaina. La sensibilità del questionario per l'uso di eroina può essere stimata in almeno il 78% mentre la specificità in almeno l'85%. Si tratta di una validità minima in quanto il questionario rilevava l'uso nell'ultimo mese e il test negli ultimi due mesi o oltre, poiché, a causa dell'esiguità del materiale, sono sempre stati analizzati almeno due centimetri, ed in alcuni casi fino a quattro centimetri di capello o pelo. Questo può spiegare almeno in parte i falsi negativi (n=4) in quanto potrebbero essere soggetti che hanno usato la sostanza durante il penultimo mese dall'intervista, rilevato dal test ma non dal questionario. Inoltre il test non è in grado di misurare usi minimi della sostanza (p.e. una volta

Discussione

Lo studio pilota di VEdeTTE 2 aveva l'obiettivo di testare le procedure e gli strumenti da utilizzare nello studio nazionale, in modo da evidenziare e correggere gli eventuali limiti. Per riassumere i principali risultati dello studio si può dire che:

1. La procedura messa a punto per la ricerca dei soggetti è risultata adeguata, avendo consentito di rintracciare l'87% dei candidati, percentuale che è raro rintracciare in letteratura per studi simili. Circa il monitoraggio del processo, le schede di registrazione delle tappe hanno fatto registrare una buona performance, essendo state compilate scorrettamente solo in 3 casi su 60: si può ritenere quindi che siano uno strumento idoneo.
2. Anche l'utilità del compenso può essere confermata, dal momento che solo il 19% di soggetti ha rifiutato. Tenendo conto che si tratta di una popolazione poco selezionata questa percentuale risulta quella prevista; a questo va aggiunta l'alta proporzione di soggetti che hanno accettato di consegnare il campione biologico oltre che a rispondere all'intervista (98%).
3. Le concordanze sia interne sia con fonti esterne delle risposte al questionario, insieme ai risultati del test sul capello, permettono di concludere che il questionario appare adeguato a

nel mese), cosa che potrebbe spiegare i due casi di falsi positivi.

Per quanto riguarda la cocaina, il questionario presenta una sensibilità nettamente inferiore, 43% e una specificità del 100%. La diversa performance del questionario per questa sostanza è da addebitarsi almeno in parte al metodo, che viene ritenuto meno valido rispetto a quello dell'eroina, in particolare può risultare positivo anche in presenza di minime quantità di sostanza, come per esempio per fumo ambientale.

Tabella n. 7 – Risultati del confronto fra test biologico e questionario nella rilevazione dell'uso di eroina.

Questionario	Test		Totale
	positivo	negativo	
positivo	14	2	16
negativo	4	11	15
Totale	18	13	31

Tabella n. 8 - Risultati del confronto fra test biologico e questionario nella rilevazione dell'uso di cocaina

Questionario	Test		Totale
	positivo	negativo	
positivo	9	0	9
negativo	12	10	22
Totale	21	10	31

limitare la misclassificazione degli eventi. Alcuni limiti specifici delle domande sono già stati evidenziati e richiedono modifiche puntuali ad alcune domande, così come sono necessari aggiustamenti della metodica di rilevazione dell'uso, basata su almeno due mesi nel questionario e nella quantità di materiale prelevato per rendere confrontabili il test con il questionario.

4. Infine abbiamo alcuni elementi non del tutto concordanti rispetto alla valutazione degli intervistatori. La significativa associazione dei persi al follow-up con gli operatori, deve essere valutata tenendo conto della oggettiva sperequazione verificatasi nell'assegnazione dei soggetti da ricercare, che sono stati 6 soggetti non più in carico per gli operatori e 2 soggetti non più in carico per i borsisti. Fin dalle ipotesi di progettazione dello studio si riteneva che sarebbe stato più difficile rintracciare i soggetti che avessero interrotto i propri contatti con il SerT, e per questo si sono previste procedure di ricerca molto articolate e per certi versi molto intrusive. Queste differenze non sono in grado di spiegare la differenza di performance delle due tipologie di intervistatori, spiegabile invece con diversa

motivazione e tempo a disposizione. Da queste considerazioni si possono trarre due diverse indicazioni: l'utilizzo di intervistatori borsisti garantirebbe maggiore efficienza. Se, d'altra parte, per opportunità venisse accettata l'idea di utilizzare anche intervistatori operatori, si dovrebbe prendere anche in considerazione l'ipotesi di incentivare economicamente gli intervistatori in modo differenziato in base alla percentuale dei successi raggiunti.

Alcune considerazioni generali possono essere ancora espresse. In primo luogo è interessante notare l'elevata percentuale dei soggetti ancora in carico al SerT dopo due anni (l'85%). In secondo luogo è da sottolineare la capacità espressa dei SerT di condurre, con rigore e appropriatezza metodologica, ma anche con motivazione e coraggio, una ricerca di alto livello, che potrà avere echi importanti sia nella conduzione dello studio VEdeTTE per il quale è stata messa a punto, sia come studio esemplare a livello internazionale.

Bibliografia

1. VEdeTTE, Studio Nazionale per la Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina. Monografia n. 1. Protocollo e stato dell'arte - Ottobre 2000. Ministero della Sanità, Roma. Agenzia di Sanità Pubblica - Regione Lazio. Dipartimento di Sanità Pubblica - Università di Torino
2. Dickert N, Grady C. What's the price of a research subject? Approaches to payment for research participation. *New England Journal of Medicine* 1999; Jul 15:341 (3): 198-203.
3. Giuffrida A, Torgerson DJ. Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *BMJ* 1997; Sep 20: 315 (7110): 703-707.
4. Verbali del Comitato Etico Studio VEdeTTE Piemonte del 19/Mag e 7/Lug/1999 e 24/Nov/2000
5. Cooper GA, Allen DL, Scott KS, Oliver JS, Ditton J, Smith ID. Hair analysis: self-reported use of "speed" and "ecstasy" compared with laboratory findings. *J Forensic Sci* 2000 Mar; 45 (2): 400-406.
6. Chermack ST, Roll J, Reilly M, Davis L, Kilaru U, Grabowski J. Comparison of patient self-reported and urinalysis results obtained under naturalistic methadone treatment conditions. *Drug Alcohol Depend* 2000 Apr; 1; 59 (1): 43-49.
7. Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI, McKay JR, Cook TG. Contrasts between admitters and deniers of drug use. *J Subst Abuse Treat* 2000 Jun; 18 (4):343-348.

Lo Studio VEdeTTE in Piemonte: rapporto sul seminario di presentazione dei primi risultati

Elisabetta Versino, Roberto Decidue, Giuseppe Salamina, Paola Burroni, Federica Mathis, Luca Cuomo, Fabrizio Faggiano e il gruppo di Coordinamento Piemontese di VEdeTTE

Premessa

Il 5 dicembre del 2001, nell'ambito di un seminario, sono stati presentati i primi dati descrittivi della coorte piemontese dello studio VEdeTTE. Dato l'interesse di alcuni risultati, i partecipanti al seminario hanno suggerito agli organizzatori di pubblicare al più presto una sintesi dei dati presentati. Questo articolo rappresenta la risposta a questo suggerimento. Verranno inizialmente richiamati alcuni elementi metodologici relativi allo studio VEdeTTE, e poi verranno brevemente presentati i risultati più interessanti, rimandando ad una pubblicazione successiva la loro presentazione esaustiva.

Disegno della ricerca

Lo studio Vedette è uno studio nazionale multicentrico finalizzato alla valutazione dell'efficacia dei trattamenti erogati dai SerT (servizi per le tossicodipendenze) per il trattamento della dipendenza da eroina.

L'esigenza di condurre uno studio di questo tipo nasce dal fatto che ancora poche e scarsamente solide sono le prove della efficacia pratica dei trattamenti per la dipendenza da eroina, in particolare per quanto riguarda interventi a valenza psico-socio-educativa. Benché esistano a livello internazionale alcune esperienze di follow up di coorti di tossicodipendenti (DARP, DATOS, NTORS), in Italia VEdeTTE rappresenta il primo studio di questo tipo. VEdeTTE si prefigge dunque di misurare l'efficacia dei trattamenti, verificando l'associazione del rischio di morte per overdose o incidente, con i trattamenti effettuati. Il decesso è misurato attraverso gli archivi di mortalità delle ASL di appartenenza.

Lo studio è stato progettato dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino, dall'ASL 1 di Torino e dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. È iniziato alla fine del 1998, ha avuto durata complessiva di 24 mesi, di cui 18 sono stati dedicati all'arruolamento dei soggetti ed alla registrazione degli interventi, e 6 al *follow up* di mortalità.

Sono stati arruolati in Italia 12378 soggetti, con un grosso contributo di alcune regioni, tra cui in particolare il Piemonte, che ha visto coinvolti 18 SERT (ASL 1, ASL 5; ASL 15), il Lazio, la Campania e la Sicilia. A livello internazionale, la coorte VEdeTTE è seconda per dimensione solo alla coorte DARP, e rispetto alle altre esperienze internazionali, si caratterizza per un maggiore

dettaglio nella raccolta delle informazioni sui trattamenti

I dati relativi al tipo di trattamento, la sua durata, il suo dosaggio o la sua cadenza, vengono registrati attraverso uno strumento standardizzato creato *ad hoc*, denominato Scheda di Registrazione degli Interventi.

Analogamente, le informazioni generali, quali ad esempio la condizione socioeconomica del paziente o il suo stato di salute, vengono registrati sul Questionario d'Ingresso, il cui obiettivo è raccogliere dati su elementi definiti di confondimento, cioè caratteristiche che potrebbero, essendo correlate da un lato con la scelta terapeutica (stato di salute, gravità della TD) e dall'altro con l'esito in studio (decesso), distorcere i risultati dello studio medesimo. Anche le variabili organizzative e di approccio terapeutico dei vari servizi potrebbero rappresentare un fattore di confondimento e dunque anche queste informazioni sono state raccolte mediante un opportuno strumento, denominato Scheda anagrafica SerT.

Diritti degli utenti

Lo studio è stato condotto nel rigoroso rispetto della privacy e dell'anonimato degli utenti: il consenso informato è stato raccolto mediante un'opportuna lettera e i soggetti così arruolati sono stati trattati in forma anonima, identificati da un numero di codice che viene abbinato al nome solo in una fase del follow-up.

Per garantire gli interessi degli utenti, in Piemonte è stato istituito un Comitato Etico, a cui partecipano anche rappresentanti degli utenti, esperti di etica e di sanità pubblica, il cui ruolo è stato inizialmente quello di esaminare il protocollo dello studio alla luce dei diritti degli utenti, non solo per ciò che riguarda la riservatezza ma soprattutto l'assicurazione di utilità, ed è oggi di sorveglianza del rispetto delle regole.

Rifiuti

Il livello di accettazione a partecipare allo studio è un elemento essenziale per assicurare che i risultati non siano distorti. Su un totale di 5462 utenti eligibili per lo studio in Piemonte 2763 (50.6%) hanno dato il consenso a partecipare allo studio, 751 (13.7%) hanno rifiutato e 1948 (35.7%) sono risultati non contattabili: tali proporzioni sono sovrapponibili a quelle riscontrate nello studio VEdeTTE considerato nel

suo insieme (figura 1). Tra i motivi più frequentemente dichiarati come causa del rifiuto compaiono il timore per la violazione dell'anonimato (22.4%), la non disponibilità a rispondere all'ennesimo questionario (21%) e la diffidenza verso lo studio (18.5%).

Occorre precisare che, rispetto al totale degli utenti eligibili, i dati erano presenti in forma completa e corretta solo per il 92% dei rifiuti/non contattati e per il 93.6% dei consensi; infine i dati realmente analizzabili sono risultati relativi a 2472 utenti tra i rifiuti/non contattati (91.6%) e a 2363 utenti tra i consensi (85.5%). Sulla base di tali dati è stato dunque possibile confrontare i soggetti arruolati con quelli non arruolati, per alcune caratteristiche sociodemografiche e di gravità di patologia: i soggetti non contattati nella maggior parte dei casi accedevano per la prima volta al servizio – soggetti incidenti- (20.6% contro 13.0% per gli arruolati) o vi accedevano dopo aver interrotto la terapia – reingressi- (28.4% contro 14.6% per gli arruolati). Questa differenza può riflettere un atteggiamento protettivo del servizio, che, di fronte ad un nuovo utente, preferisce consolidare il rapporto con l'utente prima di proporre la partecipazione allo studio. Altre differenze si riscontrano nella modalità di accesso al servizio, essendo maggiore per i non contattati l'invio per motivi giudiziari (6.1% contro 4.5). Tra questi utenti è più rappresentato un basso titolo di studio (18.5% con diploma di scuola elementare contro 10.4% per gli arruolati) e una maggiore frequenza di utilizzo mensile della sostanza (53 volte al mese contro 37.1 per gli arruolati).

Utenti arruolati

I dati di seguito riportati si riferiscono dunque agli utenti complessivamente arruolati nello studio e per i quali i dati del questionario di ingresso erano disponibili in forma corretta e completa (N=2363).

Caratteristiche generali

I soggetti arruolati sono in prevalenza maschi (82%), e dichiarano di aver acceduto al servizio per motivazioni personali o familiari (88%) e solo in minima parte per motivi giudiziari (5%). Possiedono prevalentemente un diploma di scuola media inferiore, il 38% di essi dichiara di avere un lavoro stabile, il 19% una occupazione saltuaria e il 40% dichiara di essere disoccupato. La maggior parte degli arruolati (72.78%) sono 'prevalenti', cioè soggetti che al momento dell'inizio dello studio erano già in carico al servizio, il 12.72% degli arruolati sono incidenti, hanno cioè contattato il SerT per la prima volta durante il periodo di studio e la restante parte è rappresentata da utenti già seguiti dal servizio ma non in carico al momento di inizio dello studio. Per quanto riguarda la presenza di problemi giudiziari, il 31.1% degli utenti dichiara di aver

avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi, ed il 15.6% di essere stato in carcere negli ultimi 12 mesi

Caratteristiche di uso dell'eroina e di altre droghe

Il 33.7% (n=794) degli arruolati dichiara di non aver fatto uso di sostanze nel mese precedente l'arruolamento, con valori massimi del 38.3% tra i prevalenti. Per quanto riguarda invece l'uso di specifiche sostanze, il 46.5% degli arruolati (n=1099) dichiara di aver usato eroina nel mese precedente l'intervista; in questo caso la proporzione di utilizzatori è più bassa nei soggetti prevalenti (40.8%), dunque già trattati, che nei soggetti incidenti (61.7%). Il 20.9% (n=495) dichiara invece di usare cocaina, anche in questo caso con valori più bassi per i prevalenti. Infine il 16.7% (N=394) degli arruolati usa eroina più cocaina ed il 12.8% (N=303) usa cocaina per via endovenosa.

Per i soggetti prevalenti la domanda sull'uso di sostanze era doppia, riferendosi sia al mese prima della presa in carico, sia al mese antecedente l'arruolamento; per questi soggetti è stato dunque possibile valutare eventuali modificazioni nel pattern d'uso di sostanze provocato dall'intervento del SerT (figura 2). La proporzione di utilizzatori di eroina appare ridotta dal 98.6% al 40.8% fra la presa in carico e l'intervista e, fra gli utilizzatori, la frequenza di uso mensile si è significativamente ridotta ($p>0.0001$) da circa 91 volte a 13 volte al mese (figura 3). Per quanto riguarda la proporzione di utilizzatori di cocaina, questa si è ridotta dal 43% al 19% e la frequenza mensile si è significativamente ridotta ($p>0.0001$) da 10 a 4.3 volte al mese. Si sono fortemente ridotte le prevalenze d'uso di cannabis, allucinogeni, amfetamine e ecstasy. Pur essendosi ridotta la prevalenza d'uso non appaiono invece differenze nella frequenza di assunzione di ansiolitici e sedativi. Inoltre 80 soggetti su 974 prevalenti (8.2%) non usavano cocaina alla presa in carico ed hanno sviluppato questa abitudine in seguito.

Per quanto attiene alle modalità d'uso, la via endovenosa è quella preferita, seguita da quella inalata e quella fumata, tanto nel sesso femminile che in quello maschile ed in tutte le tipologie di utente. Per quanto riguarda la modalità d'uso in relazione al titolo di studio, il gruppo più svantaggiato è quello dei soggetti con diploma di scuola media inferiore, i quali presentano le più alte proporzioni di uso endovenoso della sostanza (38.9%) e le più basse (6.3%) di uso inalatorio. Analogamente i soggetti disoccupati usano più frequentemente per via endovenosa (39.1%) e meno frequentemente per via inalatoria (4.3%), rispetto ai soggetti con occupazione stabile (34.9% e 10.6%).

Spostando invece l'attenzione sulle fasce d'età, emerge come i soggetti più giovani (18-27 anni) usino meno frequentemente l'eroina per via endovenosa (33.9%), e relativamente più frequentemente rispetto alle altre classi d'età la via inalatoria.

Rispetto infine al momento di inizio di uso della sostanza, la tabella 1 mostra come i soggetti che hanno iniziato più tardivamente (1990-99), pur usando l'eroina per via endovenosa (33.8%), ricorrono più frequentemente rispetto a soggetti di 'più antico uso' alla via inalatoria (11.5% vs 2.8%). Queste differenze sono probabilmente spiegabili sia con una maggiore permeabilità alle informazioni nei soggetti di strato sociale più elevato, sia ad una maggiore diffusione delle conoscenze sui rischi correlati all'uso endovenoso di sostanze nelle coorti di nascita e di uso più recenti.

Episodi di overdose

Complessivamente il 45.6% degli utenti ha dichiarato di aver avuto almeno un overdose nella vita, con proporzioni leggermente più elevate (47.6%) nei soggetti prevalenti. In tutte le tipologie di utente la prima overdose si è manifestata intorno ai 24 anni e dopo mediamente 5 anni dall'inizio di uso endovenoso della sostanza; infine circa un terzo degli utenti era in trattamento al momento dell'ultima overdose. La proporzione di soggetti che ha avuto un'overdose negli ultimi 6 mesi è pari al 4.1%, in questo caso con valori più alti tra incidenti (6.5%) e reingressi (6.1%), per i quali forse proprio l'overdose potrebbe essere una causa di accesso al servizio.

Il ruolo di alcuni possibili fattori di rischio per l'overdose è stato approfondito stimando il rischio relativo di sviluppare overdose (tabella 2). Considerando tutta l'esistenza dei soggetti, l'aumentare dell'età (RR=2.17), essere disoccupato (RR=1.42), aver avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi e essere un prevalente si correlano con un aumento del rischio di andare incontro ad overdose; viceversa l'essere appena stato preso in carico dal servizio (RR=0.63) e non aver avuto problemi legali (RR=0.81) sono fattori protettivi; si può infine notare come esista un gradiente nel rischio di overdose inversamente correlato all'età di inizio d'uso, cioè avere iniziato ad usare prima, presenta un rischio più alto di aver avuto almeno un overdose nella vita nei confronti di chi ha iniziato ad usare dopo i 25 anni (18-25: RR=2.28; 9-14: RR=6.08).

Malattie infettive

La prevalenza di sieropositività HIV, come risulta dai test di laboratorio riportati in cartella clinica o dalla dichiarazione in intervista, stratificata per anni di inizio d'uso della sostanza, è maggiore per i soggetti che hanno iniziato ad usare eroina

prima del 1979 e trova il suo valore più basso nei soggetti che hanno iniziato ad usare nel periodo 1990-99. Le donne sono comunque maggiormente interessate dal fenomeno.

La sieropositività per HBV ed HCV è invece più elevata, tra le donne, nella coorte d'uso tra gli anni 1980-89, e tra gli uomini nei soggetti che hanno iniziato ad consumare eroina prima del 1979. (figura 4)

Patologie psichiatriche

Una diagnosi di patologia psichiatrica pregressa rispetto all'arruolamento è stata posta complessivamente nel 5.0% (n=119) dei partecipanti, con livelli massimi tra i soggetti prevalenti (n=96 pari al 5.6%). Una diagnosi psichiatrica aggiuntiva a quella di tossicodipendenza all'arruolamento risulta invece nel 12.4% degli arruolati (n=293), anche qui con valori massimi del 12.9% (n=22) tra i prevalenti (tabella 3).

Qualche commento ai dati presentati

Lo studio VEdeTTE, con più di 10 000 arruolati, appare oggi come la più grande coorte attiva di soggetti dipendenti da eroina in trattamento. Nel panorama della letteratura scientifica internazionale soltanto lo studio DARP, condotto negli USA alla fine degli anni '70, lo supera (circa 40000 arruolati). La coorte piemontese da sola è più numerosa dello studio NTORS inglese (circa 1000 arruolati), che ha già contribuito in maniera significativa alle conoscenze sui trattamenti e sul fenomeno della dipendenza. Tenendo conto della ricchezza delle informazioni raccolte e del rigore con cui è stato progettato e condotto lo studio, possiamo prevedere che arricchirà in modo significativo le conoscenze sia a livello internazionale che, soprattutto, a livello nazionale. Le sue potenzialità analitiche stanno nel disegno di studio: un *follow-up* a lungo termine di esiti essenziali quali la ritenzione in trattamento e il decesso per cause acute, di soggetti di cui sono note le caratteristiche all'ingresso nella coorte. I primi risultati di questo sforzo sono già evidenti in questa presentazione: soltanto usando le informazioni del questionario di ingresso è possibile oggi affermare che la presa in carico da parte del SerT è in grado di ridurre del 60% l'uso di eroina nell'ultimo mese, e che il 40% di residui utilizzatori ne fa uso in modo sporadico, circa 10 volte nel mese contro le più di 90 nel periodo precedente la presa in carico. Questi risultati potrebbero essere il risultato di una distorsione nel senso di adattare le risposte all'atteso. Questo evento appare improbabile in Piemonte in quanto a effettuare l'intervista era raramente l'operatore e più frequentemente un borsista esterno al servizio. Inoltre la coerenza fra risposte sull'uso e quelle sulla frequenza sembra deporre per una immagine valida.

Un altro elemento interessante è che tutte le sostanze presentano la stessa tendenza, facendo ipotizzare un effetto del servizio che è, almeno in parte, indipendente dal tipo di trattamento, e legato invece alla presa in carico. Anche qui vi è un elemento di coerenza in quanto gli ansiolitici e sedativi sono le uniche sostanze per cui non appare ridotta la frequenza di assunzione, in quanto probabilmente fanno parte del trattamento stesso.

Questo quadro è particolarmente coerente se si concentra l'attenzione sulla cocaina: la prevalenza di utilizzatori di cocaina si riduce durante la presa in carico dal 43% al 19%; questa quota comprende però 80 soggetti (8.2%) che hanno iniziato a usare cocaina dopo la presa in carico, presumibilmente come sostituto della eroina in mantenimenti metadonici. Quindi, nonostante l'assenza di trattamenti per la dipendenza da cocaina, la presa in carico del Servizio è in grado di ridurre la prevalenza di uso di cocaina del 75%.

Rimandando a pubblicazioni più specifiche la discussione degli altri risultati, il seminario di cui questo articolo vuole essere il rapporto, permette di effettuare alcune considerazioni più generali:

i. lo studio VEdeTTE è un esempio di collaborazione fra i ricercatori, in particolare gli epidemiologi delle dipendenze, e servizi territoriali per le tossicodipendenze, collaborazione che sta cominciando a dare frutti estremamente rilevanti che avranno, secondo la volontà dei coordinatori dello studio, conseguenze nel miglioramento dell'offerta di servizi per gli utenti;

ii. lo sforzo che i servizi stanno facendo va nella direzione di aumentare il bagaglio di conoscenze scientifiche a disposizione di tutti coloro che sono impegnati nel controllo del fenomeno della dipendenza, e quindi l'uso di tali conoscenze nel definire scelte sia a livello di servizio, relativamente ai trattamenti, sia a livello macro, relativamente alla costruzione di politiche di intervento. Si tratta a nostro parere di uno sforzo da favorire in tutti i modi.

Figura n. 1 – Arruolamento nella coorte piemontese e in quella nazionale

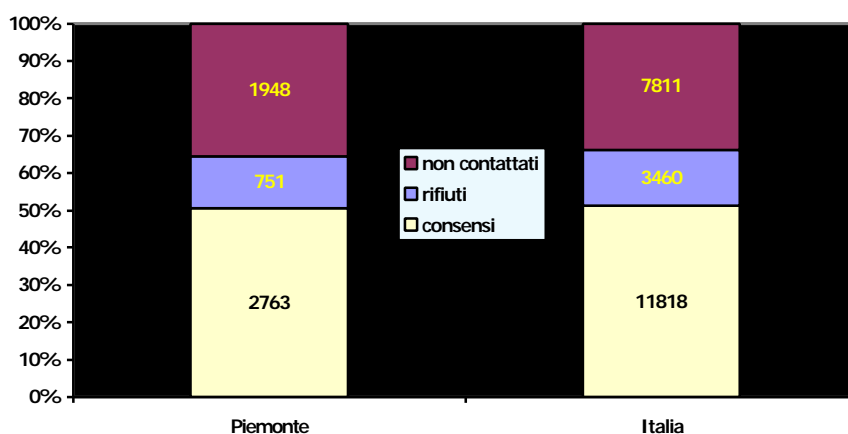


Tabella n. 1 - Tipologia di uso dell'eroina fra gli arruolati nello studio VEdeTTE, secondo l'anno di inizio di uso della sostanza.

	e.v.		fumata		uso				non uso	
	n	%	n	%	inalata		total e		n	%
<=1979	128	39.3	2	0.6	9	2.8	139	42.6	187	57.4
1980-1989	524	39.7	4	0.3	81	6.1	609	46.2	710	53.8
1990-1999	241	33.8	0	0.0	82	11.5	323	45.4	389	54.6

Figura n. 2 – Proporzione di uso di sostanze fra i soggetti prevalenti arruolati in VEdeTTE. Confronto fra le dichiarazioni di uso al momento della presa in carico e al momento dell'arruolamento.

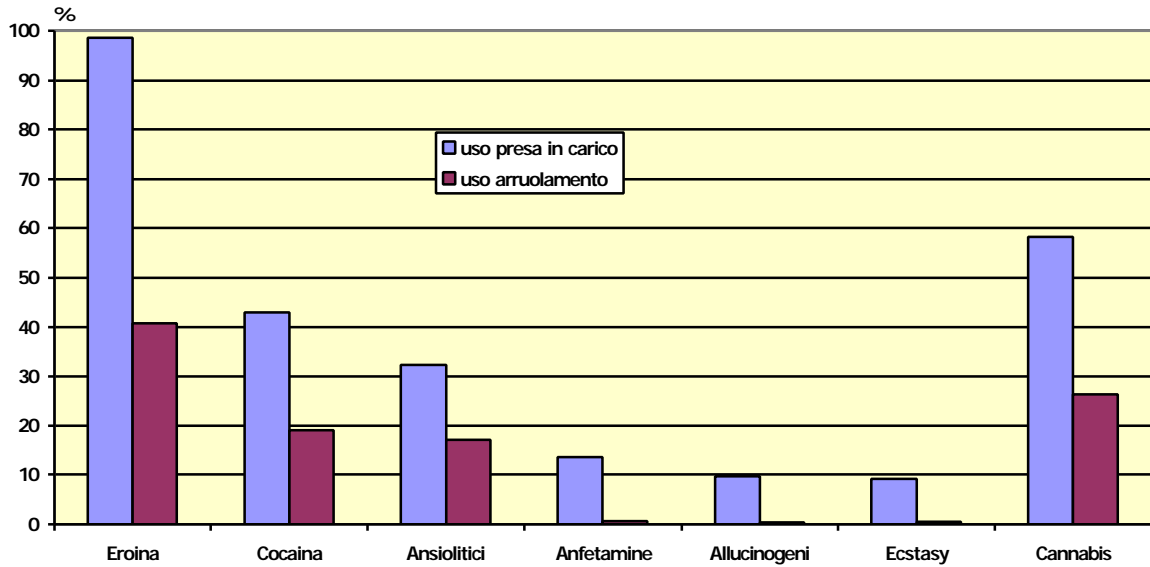


Figura n. 3 – Frequenza di assunzione (e significatività statistica) di sostanze al momento della presa in carico e al momento dell'arruolamento fra i prevalenti che dichiaravano di usare all'intervista.

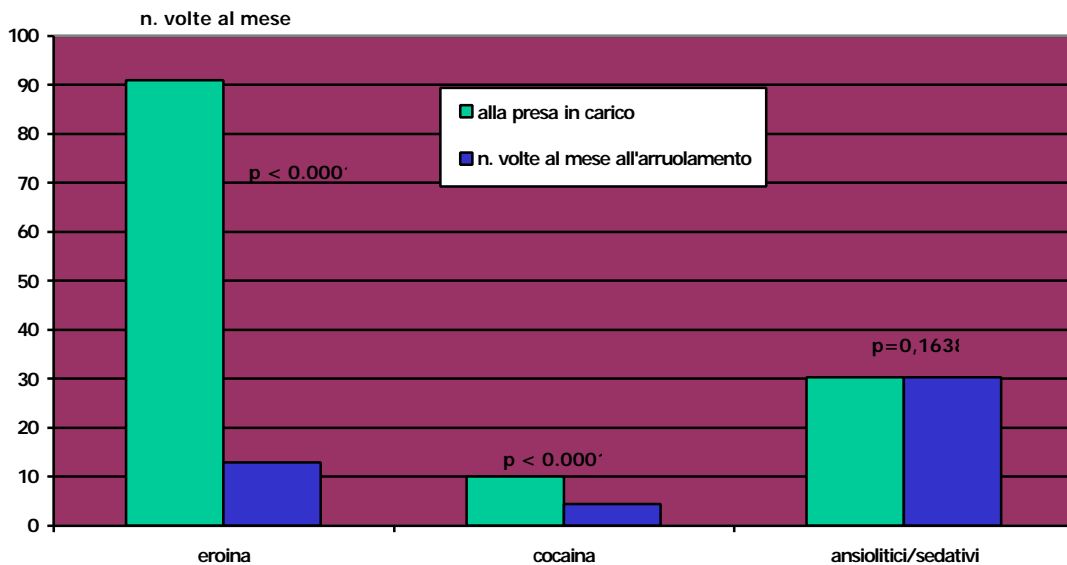


Tabella n. 2 – Fattori associati al rischio di overdose fra i soggetti arruolati in VEdeTTE.

Fattore di rischio	OR	I.C. 95%	
età all'arruolamento			
18-27	1	-	-
28-37	1.45	1.18	1.79
38+	2.17	1.61	2.89
tipo di impiego			
stabile	1	-	-
saltuario	1.43	1.12	1.82
studente	2.03	0.73	5.66
condizione non professionale	1.28	0.68	2.42
disoccupato	1.42	1.16	1.74
problemi legali ultimi 12 mesi			
si	1	-	-
no	0.81	0.68	0.99
età di inizio tossicodipendenza			
26+	1	-	-
18-25	2.28	1.59	3.27
15-17	3.41	2.31	5.04
09-14	6.08	3.69	10.02
tipologia utente			
prevalente	1	-	-
reingresso	0.97	0.75	1.24
incidente	0.63	0.48	0.83

Figura n. 4 – Prevalenza di sieropositività ad alcune malattie infettive fra gli arruolati nella coorte piemontese di VEdeTTE, secondo il genere e l'anno di inizio dell'uso di eroina.

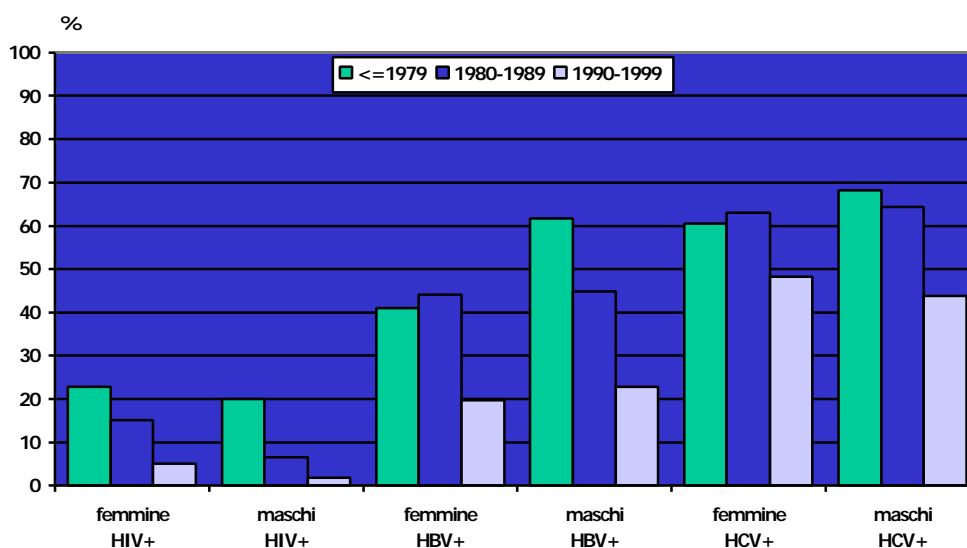


Tabella n. 3 – Prevalenza di diagnosi psichiatriche fra gli arruolati in VEdeTTE piemontese.

	incidenti		reingressi		prevalenti	
	n	%	n	%	n	%
diagnosi psichiatrica prima dell'arruolamento	12	3.9	11	3.2	96	5.6
comorbidità psichiatrica all'arruolamento	28	9.1	44	12.7	221	12.9

I trattamenti in comunità: analisi descrittiva del flusso ministeriale relativo alle Comunità Terapeutiche del Piemonte dell'anno 2000.

*Paride Angius, Giuseppe Salamina, Antonella Carcieri, Fabrizio Faggiano,
Maria Teresa Revello.*

Introduzione

In Italia le comunità terapeutiche hanno cominciato a svilupparsi alla fine degli anni '70, sull'onda di quelle nate nel mondo anglosassone circa quindici anni prima. Per molti anni, la comunità terapeutica è stata considerata da molti il più incisivo tra i programmi terapeutici per i tossicodipendenti. L'utilizzo estensivo di questo strumento ha raggiunto il suo apice all'inizio degli anni '90, contemporaneamente all'approvazione e alla messa in pratica della vigente normativa (T.U. 309/90). Nel 1991 i tossicodipendenti in trattamento in comunità superarono il 18% dei soggetti trattati in Italia, diminuendo negli anni seguenti.

Nel 1999, il 14% circa degli utenti in carico ai SerT piemontesi era in trattamento riabilitativo presso strutture di tipo residenziale o semiresidenziale [1]. La frequenza nel ricorso a questo tipo di trattamento si è mantenuta più o meno costante nella seconda metà degli anni novanta ed è confrontabile con quanto si osserva complessivamente nei SerT italiani. Queste informazioni sono ricavate dalla rilevazione effettuata presso i SerT, i quali periodicamente forniscono dati sui diversi tipi di trattamento cui sono sottoposti gli utenti in carico, inclusi i trattamenti in strutture comunitarie. Parallelamente a questo flusso informativo, è ugualmente disponibile una grande quantità di informazioni raccolte annualmente presso le comunità terapeutiche che a tutt'oggi non sono mai state analizzate né riportate in un rapporto ufficiale. L'assenza di *feed-back* ha reso nel tempo molto incostante l'invio dei dati da parte delle comunità, comportando non poche difficoltà nella raccolta delle schede per l'anno 2000.

Malgrado la mancanza di informazioni per alcune comunità, da cui non è stato possibile ottenere la scheda di rilevazione, questo lavoro fornisce una descrizione delle informazioni disponibili sulle comunità terapeutiche in Piemonte e, contemporaneamente, offre un primo ritorno di informazioni alle comunità. Analizzando questi dati si è voluto: 1) valutare in termini quantitativi e qualitativi il flusso fino ad ora attivato; 2) valutare le potenzialità informative dei dati raccolti e suggerirne eventuali miglioramenti o modifiche; 3) fornire spunti di riflessione sugli interventi che si effettuano in Piemonte nel campo delle dipendenze.

Con questo numero del Rapporto dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED) è nostra intenzione aprire uno spazio dedicato alla descrizione delle informazioni sui trattamenti residenziali raccolte anche con le schede di rilevazione delle comunità terapeutiche, cui verrà in futuro destinata una specifica sezione del Bollettino OED.

Materiali e metodi

Il DM del 30/10/93 [2] attribuisce alle ASL la responsabilità della raccolta delle cosiddette "Schede di rilevazione dei dati concernenti le strutture socio-riabilitative nel settore della tossicodipendenza" compilate dalle comunità terapeutiche presenti all'interno del proprio territorio. Dalla comunità le schede sono inviate al SerT dell'ASL del territorio di appartenenza, che le raccoglie, le confronta, se del caso le verifica con le rispettive comunità invianti, e le invia all'Ufficio Dipendenze e AIDS dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, che a sua volta le controlla e le invia al Ministero della Salute (ex Ministero della Sanità).

Sono state analizzate le seguenti informazioni presenti sulle schede dell'anno 2000:

1. data di inizio di attività della comunità terapeutica e data di iscrizione all'Albo Regionale;
2. dati relativi alla sede operativa (denominazione, indirizzo, ecc.);
3. natura giuridica e tipologia della struttura;
4. retta giornaliera definita dalla Regione Piemonte;
5. capacità ricettiva globale della struttura (numero posti autorizzati);
6. tipologia del personale operante, suddiviso per tipo di rapporto di lavoro intercorrente con la struttura (dipendente, in convenzione, volontario);
7. numero di utenti ospitati nell'anno 2000, divisi per tempo di permanenza in comunità espresso in mesi (fino a 6, da 6 a 12, 12-18, 18-24, >24) ed esito del trattamento (in corso, concluso, abbandono, trasferimento);
8. numero di nuovi utenti entrati nel corso dell'anno 2000;
9. attività principali svolte all'interno della struttura.

Risultati

Al 31 dicembre 2000, erano iscritte all'Albo degli Enti Ausiliari del Piemonte 65 Comunità Terapeutiche: 58 di tipo residenziale e 7 esclusivamente di tipo semiresidenziale, a cui vanno aggiunte altre 5 comunità, non considerate nell'analisi, o perché esclusivamente per alcolodipendenti, o perché non attive per ristrutturazione. Nove comunità, tutte di tipo residenziale, non hanno inviato la propria scheda di rilevazione. Sono state quindi analizzate le informazioni relative a 56 comunità (86,2%), di queste, solo 24 (42,9%) avevano inviato le loro schede entro il 31 marzo 2001, scadenza prevista dal flusso informativo per l'invio delle schede. Per le restanti si è reso necessario un sollecito da parte dell'Ufficio regionale. L'80% delle schede ricevute erano complete in ogni loro parte.

La maggior parte delle comunità attive nel 2000 ha iniziato la propria attività prima del 1995 e, nella quasi totalità dei casi, risulta iscritta all'Albo Regionale, avvenuta tramite DPGR, dal 1996 (tabella 1). Oltre il 40% delle strutture analizzate si trova nella provincia di Torino (tabella 2).

Nella maggior parte dei casi, la natura giuridica è l'Associazione (66,1%), mentre la tipologia di struttura più diffusa è quella residenziale terapeutico-riabilitativa (69,6%) (tabella 3).

Rette

In tabella 4 sono presentati i dati relativi alle rette giornaliere percepite dalle comunità per ogni paziente e definite dalla Regione, secondo l'Accordo Nazionale del 3 febbraio 1988, comprensivo dell'incremento del tasso programmato di inflazione. Oltre la metà delle comunità di tipo residenziale riscuote una retta giornaliera non inferiore a 75.660 L (39,1 €), il valore mediano per le comunità di tipo semiresidenziale è pari a 50.020 L (25,8 €). La retta giornaliera per utenti con caratteristiche specifiche (pazienti con doppia diagnosi, coppie madre/bambino, genitori/bambino-i), non esistendo una voce specifica sulla scheda, non è deducibile con chiarezza. Una comunità non richiede alcuna retta giornaliera. Sei comunità non hanno precisato la cifra corrispondente.

Personale

Nelle 7 comunità semiresidenziali erano presenti complessivamente 67 operatori, circa 10 operatori per sede. Per cinque comunità non era chiara l'esatta composizione del personale in servizio.

Il rapporto utenti/operatori corrispondeva ad un valore mediano di 1,4 utenti per ogni operatore, variando da 0 (comunità senza utenti) a 7,3 utenti per operatore. Circa la metà degli operatori lavorano in comunità come dipendenti a tempo pieno (36/67) (tabella 5), arrivando al 90% nel caso degli educatori professionali. Più della metà

dei responsabili delle comunità semiresidenziali erano ex utenti (tabella 6).

Nelle 49 comunità residenziali analizzate erano presenti 635 operatori, pari a 13 operatori per comunità. Il rapporto utenti/operatori corrispondeva ad un valore mediano di 2,8 utenti per ogni operatore, variando da 0 (comunità senza utenti) a 19,3 utenti per operatore. Oltre la metà degli operatori (327/635; 51,5%) ha un rapporto di lavoro dipendente, mentre circa un terzo (221/635; 34,8%) lavora presso le comunità come volontario. La gran parte degli operatori dipendenti delle comunità (84,4%) vi lavora a tempo pieno; gli operatori in convenzione lavorano per lo più a tempo parziale (63,2%) (tabella 7). Gli psicologi, tra gli operatori, sono la figura professionale più rappresentata nelle comunità (n=86), seguiti per frequenza dagli operatori di comunità (n=74) e dagli educatori professionali (n=69) (tabella 8). Per queste figure il tipo di rapporto di lavoro prevalente è del tipo dipendente a tempo pieno. La figura degli animatori, altrettanto frequente, è nella maggior parte dei casi caratterizzata da un rapporto di lavoro di tipo volontario a tempo parziale (79,1%). Anche nel caso della voce "altro" si tratta per lo più di soggetti volontari a tempo parziale (52,2%), di cui solo in pochi casi viene riportata sulla scheda la specifica professionalità. Il 6,6% del personale presente all'interno delle strutture residenziali è rappresentato da ex utenti, la cui mansione più frequente è quella di "operatore di comunità" (23/42). I responsabili di comunità sono in maggioranza educatori professionali (tabella 9) e nel 5,9% dei casi sono ex utenti (tabella 8).

Attività terapeutiche

Le principali attività svolte nelle comunità sono i colloqui di sostegno e i gruppi di auto aiuto (91,0%), le attività sportive/culturali (89,3%) e le attività lavorative (75%), che comprendono attività nel settore del commercio, in laboratori artigiani, artistici, industriali e agricolo-vivaistici (tabella 10). La psicoterapia sia individuale che di gruppo è effettuata in circa il 60% dei casi, e in circa un quinto delle strutture, inclusa una comunità semiresidenziale, viene offerta una psicoterapia familiare.

Ricettività ed esiti

Nel 2000, la capacità ricettiva delle 7 comunità semiresidenziali era di 95 posti. In totale, 136 utenti sono stati ospitati presso queste comunità, corrispondente ad un *turn over* di 1,4 utenti per posto disponibile (136/95); il numero mediano di utenti era pari a 24, variando da un minimo di zero (in una comunità non è stato trattato alcun utente nel 2000) fino a 39 utenti. Nelle comunità semiresidenziali gli utenti che hanno cominciato il trattamento nel 2000 sono stati il 37,5% del totale (tabella 11). Un terzo circa ha completato il

trattamento nel 2000, che nella maggior parte dei casi (96,4%) è durato meno di un anno (tabella 12). Tra gli utenti semiresidenziali si osserva una notevole percentuale di trasferimenti durante l'anno (30,1%).

La capacità ricettiva delle 49 comunità residenziali, che hanno inviato le schede, era nel 2000 pari a 1151 posti. Nello stesso anno questi posti sono stati occupati da 1903 utenti, corrispondente ad un *turn over* di 1,7 utenti per posto disponibile (1903/1151); il numero mediano di utenti ospitati era di 29 per comunità, variando da un minimo di zero (in una comunità non è stato trattato alcun utente nel 2000) ad un massimo di 183 utenti. Oltre la metà degli utenti delle comunità residenziali (57,4%) erano entrati in comunità nel corso dell'anno 2000 (tabella 11). Il 25,7% degli utenti di queste comunità ha abbandonato il trattamento, un quinto circa lo ha completato (22,2%) e quasi la metà (46,8%) aveva al momento della rilevazione un trattamento in corso. Il 78,8% degli abbandoni si verifica nei primi 6 mesi di permanenza, circa il 60% dei trattamenti che giungono al termine si completa dopo un anno e mezzo di trattamento, il 14,3% dei trattamenti che si conclude viene completato in meno di 6 mesi (tabella 12). Più della metà dei trattamenti ancora in corso nel 2000 era cominciato da meno di un anno (62,2%).

Discussione

Dalle rilevazioni semestrali effettuate dai SerT risulta che il 13,8% degli utenti piemontesi in carico, al 15 giugno e al 15 dicembre 2000, era in trattamento in comunità terapeutica, pari a un totale di 1486 e 1374 utenti rispettivamente [3]. Si può dunque stimare che circa 1400 utenti piemontesi $((1374+1486)/2=1430)$ siano ogni giorno dell'anno in trattamento in comunità. La ricettività delle comunità piemontesi sembrerebbe di poco superiore al numero di invii effettuati dai SerT. Infatti, come risulta dalle schede inviate, il numero di posti disponibile era, nel 2000, di 1246 posti. Se a questi posti si sommano quelli ($n=223$) dichiarati nel 1999 da 7 delle 9 comunità che non hanno inviato le schede del 2000, si può stimare una capacità ricettiva di 1469 posti ($1246+223$), ipotizzando che il numero di posti in quelle 7 comunità non sia variato tra il 1999 e il 2000. Senza tener conto che le comunità piemontesi possono ospitare utenti da altre regioni italiane, e che d'altra parte i SerT piemontesi possono inviare utenti anche in comunità extra-regionali, si può affermare che la quantità di servizi offerti dalle comunità piemontesi sia abbastanza adeguata alla richiesta di trattamento da parte dei SerT piemontesi, suggerendo che l'offerta di posti da parte delle comunità si sia in questi ultimi anni modulata rispetto al numero di invii.

I trattamenti comunitari in Italia assorbono circa un terzo di tutte le risorse economiche assegnate nel settore pubblico per l'assistenza ai tossicodipendenti: su circa 1000 miliardi di spesa corrente complessiva SerT, 350-400 miliardi sono destinati alle comunità terapeutiche, cui vanno aggiunti oltre 150 miliardi/anno, ripartiti tra pubblico e privato, provenienti dal Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, anni 1997-98-99 [4]. In Piemonte, stimando 1400 utenti giornalmente in trattamento comunitario, la spesa corrisposta nel 2000 dalle ASL alle comunità dovrebbe essere stata pari a circa 38 miliardi ($1400 \text{ utenti} \times 365 \text{ giorni} \times 75600 \text{ di retta media osservata}$), ovvero circa il 10% della spesa nazionale.

Se al numero dei pazienti in trattamento comunitario segnalati dalle comunità nel 2000 si sommasse il numero di pazienti segnalati nel 1999 da 7 delle 9 comunità che non hanno inviato le schede (2039+614), il numero di utenti che in un anno vengono ospitati per periodi variabili nelle comunità piemontesi dovrebbe oscillare intorno alle 2700 unità. Dalle informazioni disponibili presso i SERT piemontesi (schede ministeriali ANN03), risulta che gli utenti trattati per almeno un giorno presso le comunità terapeutiche sono stati 2018 nel 1999 e 2080 nel 2000 (dati non pubblicati). I settecento pazienti in più sarebbero in parte utenti che avevano iniziato il trattamento in comunità negli anni precedenti e in parte utenti provenienti da altre regioni italiane. Poiché le informazioni sul periodo di permanenza in comunità non sono raccolte individualmente per ogni paziente, è difficile stimare il reale *turn over* di questi all'interno delle comunità, che sembrerebbe tuttavia pari ad un paziente e mezzo per posto disponibile, e leggermente più elevato per le comunità residenziali rispetto alle semiresidenziali. Ugualmente difficile è la stima degli esiti dei trattamenti. Non potendo discriminare quelli che hanno iniziato il trattamento durante l'anno, ma solo quelli che lo hanno concluso, non è possibile ottenere un denominatore appropriato su cui calcolare la proporzione di esiti: su quelli che sono entrati in comunità quanti hanno concluso o abbandonato in 6, 12, 18, ecc. mesi di trattamento. E' tuttavia interessante notare che, tra coloro che abbandonano, l'abbandono della comunità si verifica nella maggior parte dei casi nei primi mesi di trattamento. Tra coloro che concludono il trattamento, circa il 15% lo porta a termine in meno di sei mesi. Dato che i programmi in comunità sono in genere superiori ad un anno, questo potrebbe essere dovuto ad un errore nel calcolo del periodo di permanenza per alcuni soggetti, oppure di un problema di misclassificazione nella definizione di conclusione del trattamento. Oppure questi trattamenti più brevi potrebbero riferirsi ad utenti in trattamento

semiresidenziale presso strutture residenziali che non è possibile discriminare da quelli in trattamento residenziale, essendo tutti riportati sulla stessa scheda in forma aggregata.

Questa prima analisi dei flussi ministeriali relativi agli utenti delle comunità piemontesi permette di effettuare alcune considerazioni conclusive:

1. L'offerta di servizi da parte delle comunità piemontesi sembra strutturalmente adeguata alla domanda regionale, sia come distribuzione regionale, che come numero di posti e come personale.

2. Malgrado questo flusso informativo non sia mai stato fino ad ora utilizzato, né dalla Regione per analisi locali, né dal Ministero per il monitoraggio nazionale del fenomeno, la qualità dei dati inviati è risultata discreta sia per completezza che per precisione. Il maggiore rammarico riguarda le 9 comunità residenziali che non hanno inviato i dati del 2000, rendendo incompleto lo sforzo di descrizione effettuato. È auspicabile, per il 2001, che tutte le comunità inviino le schede di rilevazione, adempiendo in tal modo ad un preciso obbligo istituzionale, e permettendo la produzione di un quadro regionale completo.

3. La scheda ministeriale è purtroppo progettata in modo da rendere inutilizzabili i dati più interessanti che mira a raccogliere, quelli cioè relativi agli esiti. Il problema, come accennato in precedenza, è quello del denominatore: non è

possibile ricostruire quanti utenti erano presenti all'inizio dell'anno di osservazione e gli esiti di questi, non è possibile ricostruire la proporzione di trattamenti interrotti a periodi definiti di tempo (p.e. 6, 12, 18, 24 mesi), e quanti si sono invece conclusi. Una possibile soluzione a questo problema potrebbe essere proporre una scheda regionale modificata, che permettesse questo livello di descrizione.

4. I dati aggregati non potranno consentire però una completa interpretazione delle informazioni raccolte. Sarebbe prezioso in futuro poter disporre di informazioni individuali dei pazienti trattati presso le comunità terapeutiche. Poche e semplici informazioni concernenti la durata del trattamento e l'esito e qualche dato anagrafico e clinico. Si otterrebbe in tal modo un notevole miglioramento della qualità delle informazioni, che da un lato consentirebbe di fornire stime accurate nella proporzione di utenti che concludono o abbandonano il trattamento, mettendo in luce eventuali differenze per caratteristiche individuali o associate al tipo di comunità, e dall'altro, potrebbe fornire agli stessi operatori utili strumenti di riflessione per la valutazione delle prestazioni erogate ed il loro eventuale miglioramento. Esiste attualmente un gruppo di lavoro OED-Comunità che ha lo scopo di perseguire questo obiettivo. Auspicabilmente i dati presentati in questo lavoro saranno di ausilio al loro lavoro.

Tabella n. 1 – Comunità terapeutiche piemontesi secondo l'anno di inizio dell'attività e di iscrizione all'Albo Regionale (anno 2000).

Anno	Inizio attività		Iscrizione Albo	
	N	%	N	%
1975-1980	4	6,2	0	0,0
1981-1985	13	20,0	1	1,5
1986-1990	7	10,8	3	4,6
1991	3	4,6	0	0,0
1992	5	7,7	1	1,5
1993	4	6,2	1	1,5
1994	7	10,8	1	1,5
1995	0	0,0	0	0,0
1996	3	4,6	35	53,8
1997	4	6,2	7	10,8
1998	2	3,1	2	3,1
1999	2	3,1	3	4,6
2000	2	3,1	2	3,1
non noto	9	13,8	9	13,8
totale	65	100	65	100

Tabella n. 2 – Distribuzione geografica per provincia delle comunità terapeutiche piemontesi. Anno 2000.

Provincia	Comunità residenziale (49/53)		Comunità semiresidenziale (7/7)	
	N	%	N	%
Alessandria	5	10,2		
Asti	8	16,3	1	14,3
Biella	3	6,1		
Cuneo	5	10,2		
Novara	3	6,1	1	14,3
Torino	20	40,8	5	71,4
Verbano-Cusio-Ossola	3	6,1		

Vercelli	2	4,1		
Totale	49	100	7	100

Tabella n. 3 - Natura giuridica e tipologia di struttura delle comunità terapeutiche piemontesi (56/65). Anno 2000.

Natura giuridica	N	%	Tipologia struttura	N	%
Associazione	37	66.1	Residenziale terapeutico-riabilitativo	39	69.6
Cooperativa	15	26.8	Residenziale pedagogico-riabilitativo	4	7.1
Ente morale	4	7.1	Semiresidenziale terapeutico-riabilitativo	7	12.5
			Comunità madre/bambino	3	5.4
			Altre tipologie	2	3.6
			Dato mancante	1	1.8
Totale	56	100	Totale	56	100

Tabella n. 4 - Rette giornaliere delle comunità terapeutiche piemontesi (56/65). Anno 2000.

Tipo comunità	N	Mediana	Min-Max
Residenziale	49	75.660 L (39,1€)	48.000 – 152.000 L (24,8 - 78,5 €)
Semiresidenziale	7	50.020 L (25,8€)	42.033 - 78812 L (21,7 - 40,7 €)
Dato mancante	6	---	---
Retta non richiesta	1	---	---
Totale	56		

Tabella n. 5 - Tipologia di rapporto di lavoro degli operatori delle comunità terapeutiche semiresidenziali piemontesi (7/7). Anno 2000.

Tipo di rapporto di lavoro	Tempo pieno		Tempo parziale		Totale N
	N	%	N	%	
Dipendente	36	85,7	6	14,3	42
In convenzione	2	33,3	4	66,7	6
Volontario	5	26,3	14	73,7	19
Totale operatori	43	64,2	24	35,8	67

Tabella n. 7 - Tipologia di rapporto di lavoro degli operatori delle comunità terapeutiche residenziali piemontesi (49/58). Anno 2000.

Tipo di rapporto di lavoro	Tempo pieno		Tempo parziale		Totale N
	N	%	N	%	
Dipendente	276	84,4	51	15,6	327
In convenzione	32	36,8	55	63,2	87
Volontario	35	15,8	186	84,2	221
Totale operatori	343	54,0	292	46,0	635

Tabella n. 9 – Tipo di qualifica dei responsabili delle comunità terapeutiche piemontesi (56/65). Anno 2000.

Qualifica	N	%
Medico	1	1,8
Psicologo	8	14,3
Sociologo	1	1,8
Assistente sociale	1	1,8
Educatore professionale	17	30,4
Pedagogista	8	14,3
Altro *	20	35,7

Totale	56	100
--------	----	-----

*sono compresi: sacerdoti, laureati in lettere, teologia, diplomi magistrali, ecc..

Tabella n. 10 - Principali attività terapeutico-riabilitative effettuate dalle comunità terapeutiche piemontesi (56/65). Anno 2000.

Attività svolta	N	%
Colloqui di sostegno, gruppi di auto aiuto	51	91,0
Attività sportive e culturali	50	89,3
Attività lavorativa	42	75,0
Sostegno alle famiglie	39	69,6
Recupero scolastico e formazione professionale	38	67,8
Psicoterapia individuale	34	60,7
Psicoterapia di gruppo	34	60,7
Assistenza carceraria	14	25,0
Psicoterapia familiare	10	17,8

Tabella n. 11 - Esiti dei trattamenti degli utenti delle comunità residenziali (49/58) e semiresidenziali piemontesi (7/7). Anno 2000.

	Comunità residenziale		Comunità semiresidenziale	
	N	%	N	%
nuovi utenti	1093	57,4	51	37,5
trattamenti in corso	891	46,8	16	11,8
trattamenti completati	422	22,2	47	34,6
abbandoni	490	25,7	32	23,5
trasferimento ad altra comunità; carcere;				
decesso *	100	5,3	41	30,1
utenti in carico nel 2000	1903	100,0	136	100,0

* un solo decesso registrato

Tabella n. 12 - Esiti dei trattamenti degli utenti delle comunità residenziali* (47/58) e semiresidenziali (7/7) piemontesi divisi per durata di trattamento. Anno 2000.

	Comunità residenziale*		Comunità semiresidenziale	
	N	%	N	%
trattamenti in corso				
00-06 mesi	319	38,6	25	75,8
07-12 mesi	195	23,6	4	12,1
13-18 mesi	154	18,6	1	3,0
19-24 mesi	82	9,9	3	9,1
25 mesi e oltre	76	9,2	0	0,0
totale	826	100	33	100
trattamenti completati				
00-06 mesi	55	14,3	19	33,9
07-12 mesi	55	14,3	35	62,5
13-18 mesi	43	11,2	2	3,6
19-24 mesi	133	34,6	0	0,0
25 mesi e oltre	98	25,5	0	0,0
totale	384	100	56	100
abbandoni				
00-06 mesi	361	78,8	31	93,9
07-12 mesi	62	13,5	2	6,1
13-18 mesi	25	5,5	0	0,0
19-24 mesi	9	2,0	0	0,0
25 mesi e oltre	1	0,2	0	0,0
totale	458	100	33	100

*sono stati esclusi dall'analisi due centri crisi i cui utenti hanno periodi di permanenza sempre inferiori a 6 mesi

Tabella n. 6 - Personale presente all'interno delle comunità terapeutiche semiresidenziali piemontesi (7/7). Anno 2000.

	tipo di rapporto di lavoro						totale operatori		
	dipendenti		convenzione		volontario		ex utente		
	t. pieno	t. parziale	t. pieno	t. parziale	t. pieno	t. parziale	N	N	%
	%	%	%	%	%	%			
Psicologo	52,9	11,8	11,8	17,6		5,9	17		
Responsabile	27,3				9,1	63,6	11	6	54,5
Educatore							10		
professionale	90,0				10,0				
Operatore comunità	75,0				25,0		8		
Amministrativo	33,3	33,3		16,7		16,7	6		
Maestro artigiano						100	2		
Pedagogista	50,0					50,0	2		
Assistente sociale	50,0					50,0	2		
Medico		100					1		
Infermiere						100	1		
Sociologo	100						1		
Animatore		100					1		
Altro *	80,0				20,0		5		
Totale	53,7	9,0	3,0	6,0	7,5	20,9	67		

* obiettori di coscienza, insegnanti volontari, personale laureato vario, ecc.

Tabella n. 8 - Personale presente all'interno delle comunità terapeutiche residenziali piemontesi (49/58). Anno 2000.

	tipo di rapporto di lavoro						totale operatori		
	dipendenti		convenzione		volontario		ex utente		
	t. pieno	t. parziale	t. pieno	t. parziale	t. pieno	t. parziale	N	N	%
	%	%	%	%	%	%			
Psicologo	64,0	1,2	9,3	18,6		7,0	86	0	
Operatore comunità	74,3	8,1	2,7		10,8	4,1	74	23	31,1
Educatore							69	0	
professionale	78,3	11,6		4,3	2,9	2,9			
Animatore	4,5		4,5	7,5	4,5	79,1	67	6	9,0
Responsabile	76,5	2,0	5,9		15,7		51	3	5,9
Medico	5,7	5,7	5,7	22,9	2,9	57,1	35	0	
Amministrativo	22,2	33,3	3,7	11,1		29,6	27	0	
Pedagogista	77,8	5,6		16,7			18	0	
Maestro artigiano	6,7	13,3		60,0		20,0	15	2	13,3
Infermiere	23,1	7,7	7,7	15,4		46,2	13	0	
Sociologo	75,0		8,3	8,3		8,3	12	0	
Assistente sociale	81,8					18,2	11	0	
Altro *	16,6	12,7	7,0	3,2	8,3	52,2	157	8	5,1

Totale	43,5	8,0	5,0	8,7	5,5	29,3	635	42	6,6
--------	------	-----	-----	-----	-----	------	-----	----	-----

* obiettori di coscienza, insegnanti volontari, personale laureato vario, ecc.

Bibliografia

1. Diecidue R, Salamina G, Zunino B, Dongiovanni V, Borraccino A. L'utenza dei SerT del Piemonte e i trattamenti effettuati: analisi delle statistiche correnti 1991-1999. In: Faggiano F, Ruschena M (a cura di) OED Piemonte – Rapporto 2000. Dal Fare al Dire 2000; 2 (Suppl): 35-63
2. Gazzetta Ufficiale n° 264 del 10.11.1993; Decreto Ministeriale 30/10/1993.
3. Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Regione Piemonte. Utenza SerT Piemonte. Bollettino 2001
4. Dipartimento per gli Affari Sociali – Presidenza del Consiglio dei Ministri – “Relazione Annuale al Parlamento sulla stato delle Tossicodipendenze in Italia – 1999”. Roma. 2000. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.



CONSERVATION