

# VEdeTTE

Studio nazionale per la  
Valutazione dell'Efficacia dei  
Trattamenti per la  
Tossicodipendenza da Eroina

Monografia n. 6

Risultati della coorte piemontese

A cura di:

Paola Burroni<sup>1</sup> e Fabrizio Faggiano<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>SerTASL 1 Torino

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

<sup>3</sup>Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - ASL5 Piemonte



**SI RINGRAZIANO:**

tutti gli operatori dei SerT che, nonostante il gravoso carico di lavoro sostenuto quotidianamente, hanno partecipato allo studio, convinti del contributo che esso potrà fornire all'incremento delle conoscenze sulla efficacia degli interventi e al miglioramento della qualità del loro lavoro;

i responsabili di tutti SerT che stimolando e mantenendo viva la motivazione dei proprio collaboratori hanno reso possibile lo svolgimento dello studio;

la dr.ssa Maria Grazia Martin e la Sig.ra Maria Teresa Revello che hanno sostenuto e difeso lo studio fin dalla fase di progettazione;

il dr. Savino Dagostino e la sig.ra Manola Maurino che si sono occupati degli aspetti organizzativi ed amministrativi relativi allo studio in Piemonte; il sig. Fabio Lampis che ha seguito lo studio sin dall'inizio, supportando e monitorando la compilazione degli strumenti e l'arruolamento degli utenti ed il sig. Nicola Marongiu che ha contribuito alla registrazione e alla correzione dei dati;

il dr. Roberto Diecidue, il dr. G. Luca Cuomo, la dr.ssa Federica Vigna-Taglianti e la sig.ra Federica Mathis per il loro significativo contributo alla progettazione e realizzazione di questa monografia e il dr. Paolo Jarre che ha inoltre coordinato il lavoro del Comitato Etico dello Studio.



**INDICE**

<b>1 INTRODUZIONE</b>		
<i>a cura di Paola Burroni e Fabrizio Faggiano</i>		9
<b>2 MATERIALI E METODI</b>		
<i>a cura di Federica Mathis</i>		13
2.1 Obiettivi		13
2.1.1 Studio VEdeTTE 1		13
2.1.2 Studio VEdeTTE 2		13
2.1.3 Obiettivi della monografia		14
2.2 Disegno dello studio		14
2.3 Popolazione in studio		14
2.4 Strumenti di rilevazione dei dati		15
2.4.1 Questionario di Ingresso		15
2.4.2 Scheda Registrazione Interventi		15
2.4.3 Scheda Anagrafica SerT		16
2.5 Follow-up di mortalità		17
2.6 Analisi dei dati		17
2.6.1 Flusso delle informazioni		17
2.6.2 Analisi effettuate		17
2.6.3 Episodi di trattamento		18
2.6.4 Terapie 18		18
2.7 Aspetti etici		22
<b>3 RISULTATI</b>		23
3.1 Descrizione della coorte piemontese		
<i>a cura di Antonio Iannaccone, Egle Fergonzi, Pierpaola Manassero, Fabio Lampis</i>		23
3.1.1 Risposta all'arruolamento		23
3.1.2 Rifiuti e non contattati e loro caratteristiche demografiche		23
3.1.3 Arruolati e loro caratteristiche demografiche		24
3.1.4 Caratteristiche della Dipendenza		26
3.1.5 Complicazioni legali		27
3.1.6 Episodi di overdose		28
3.1.7 Comportamenti a rischio e caratteristiche di salute		31
3.1.8 Stratificazione per ASL		34
3.1.9 Stratificazione per Comune di residenza		35
3.2 Episodi di trattamento		37
<i>a cura di Claudio Martini</i>		
3.2.1 Tipologia dei trattamenti		37
3.2.2 Distribuzione dei trattamenti		37
3.2.3 Distribuzione del tempo persona in trattamento		38
3.2.4 Tipologia trattamenti per tipologie utenti		39
3.2.5 Tipologia trattamenti per sesso		40
3.2.6 Tipologia trattamenti e precocità d'uso		41
3.2.7 Sistemazione abitativa e tipologia trattamenti		42
3.2.8 Tipologia trattamenti ed esito		42
3.2.9 Durata trattamenti		44
3.3 Primo episodio di trattamento		
<i>a cura di Roberto Diecidue</i>		45
3.3.1 Caratteristiche degli utenti al primo trattamento		46
3.4 Prime terapie		
<i>a cura di Roberto Diecidue e G. Luca Cuomo</i>		63
3.4.1 Caratteristiche degli utenti alla prima terapia		64
3.5 Efficacia delle terapie sulla ritenzione in trattamento in Piemonte		
<i>a cura di Federica Vigna-Taglianti e Giuseppe Salamina</i>		81
3.6 Mortalità		
<i>a cura di Federica Vigna-Taglianti, Roberto Diecidue, Anna Maria Bargagli</i>		99
3.6.1 Risultati		99
<b>4 DISCUSSIONE</b>		
<i>a cura di Paola Burroni e Fabrizio Faggiano</i>		105
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		109



*A cura di Paola Burroni e Fabrizio Faggiano*

In base a stime calcolate su base nazionale<sup>1</sup>, in Piemonte vi sono oggi dai 20.000 ai 22.500 soggetti dipendenti da eroina, con una prevalenza rispetto alla popolazione di circa 8,7 - 9,9 per ogni 1000 residenti di età compresa fra 15 e 44 anni.

Tra questi, una proporzione elevata, stimabile tra il 52% e il 60%, è in carico annualmente ad un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT). Il numero complessivo di soggetti trattati dai SerT in Piemonte ha mostrato un costante aumento dall'inizio degli anni '90 ad oggi, passando da circa 10.000 soggetti agli attuali 14.000, con una lieve flessione negli ultimi 2 anni<sup>2</sup>.

Questa curva ascendente è completamente attribuibile all'aumento della durata dei trattamenti, dato che l'accesso di nuovi utenti presenta un andamento monotonamente piatto negli ultimi 10 anni, con circa 2000 soggetti per anno. Il numero di nuovi utenti è peraltro il solo indicatore affidabile disponibile dell'incidenza del fenomeno; visto che l'età media dei nuovi utenti tende ad aumentare progressivamente negli anni<sup>2</sup>, si può stimare che il fenomeno della dipendenza da eroina non sia in aumento, anzi potremmo stare assistendo ad una sua, seppur leggera, diminuzione.

A fronte di questi dati sull'ampiezza del fenomeno in Piemonte, gli indicatori di esito sanitari hanno avuto un comportamento diverso. La mortalità per overdose da oppiacei ha mostrato un andamento complesso, omogeneo a livello nazionale e regionale. Dal 1987 al 1996 si è assistito ad un continuo aumento (di 6 volte) dei tassi di mortalità per questa causa.

Dagli indizi epidemiologici disponibili, non è possibile attribuire questo aumento unicamente ad un corrispondente aumento della popolazione tossicodipendente. In assenza di spiegazioni alternative, questa "epidemia" di decessi per overdose deve essere attribuita ad un aumentato rischio di morte in una popolazione sostanzialmente stabile, almeno dal 1990.

Quali potrebbero essere i determinanti di questo aumentato rischio? Possiamo ragionevolmente citare sia un aumento della pericolosità della sostanza presente sul mercato, che una riduzione della protezione della popolazione di eroinomani, dovuta per esempio ad una riduzione del numero dei soggetti presi in carico o ad una riduzione della capacità protettiva della presa in carico.

Gli studi di mortalità su coorti di utenti, condotti negli ultimi 20 anni in Italia, mostrano risultati concordi: l'aumento di mortalità per overdose osservato nelle statistiche nazionali è visibile anche a livello delle coorti di utenti<sup>3,4</sup>, confermando quindi l'ipotesi della riduzione della capacità di protezione dei trattamenti.

Queste osservazioni sono alla base della decisione di intraprendere la conduzione dello studio VEdeTTE. Il sospetto che possa esservi stata una qualche influenza dell'offerta di trattamenti dei SerT della seconda metà degli anni '80 e dei primi anni '90 sulla protezione degli utenti ha messo infatti in allarme sia i professionisti delle dipendenze sia i ricercatori che avevano prodotto i dati. Alcuni altri eventi relativi a quegli anni avevano contribuito a consolidare quella idea, ad esempio:

- l) numerose osservazioni concordavano nell'indicare che in quel periodo vi fosse stato un cambiamento ampio e generalizzato delle strategie di trattamento degli eroinomani. Una ampia offerta di trattamenti a mantenimento con metadone caratterizzavano i primi anni '80.

La Circolare N. 87 del 20/11/1984 del Ministero della Sanità<sup>5</sup> dichiarava che il trattamento protratto con metadone costituiva circa il 60% dei programmi pubblici, e pur segnalando la comparsa di "frequenti presenze di anticorpi contro il retrovirus HTLV III specie tra i tossicodipendenti dei grandi centri", ricordava che "il metadone protratto ... non ha certo azione di stimolo attivo nei confronti dei meccanismi immunitari";

- II) in seguito si passò ad una offerta maggioritaria di trattamenti “*drug free*”, caratterizzati da “duraturo trattamento riabilitativo” (Circolare del Ministero della Sanità N° 83 del 20 ottobre 1984). Questo cambiamento è stato supportato dall'estendersi in Italia del paradigma della *tossicodipendenza come espressione di un disagio sociale e psichico*, per il quale il trattamento farmacologico protratto era inappropriato perché impediva l'aumento di consapevolezza rispetto alla propria condizione di tossicodipendenza, che poteva invece derivare dalla elaborazione di ripetuti fallimenti di trattamenti con metadone a scalare.
- Tale teoria che potremmo definire “*come uscire dalla tossicodipendenza attraverso il fallimento e la crisi, rischiando la morte*”, non supportata in alcun modo scientificamente, in quegli anni diventò culturalmente dominante e, a parte qualche eccezione, omogeneamente distribuita territorialmente. A sostegno di questa nefasta cultura vennero varate anche normative e regolamenti regionali.
- In Piemonte si segnala per la sua influenza la lettera circolare del 15 Dicembre 1982 che “*considera la dose massima di 40 mg/die in grado di controllare la maggioranza delle tossicodipendenze*” e la Direttiva Regionale N° 9/1986 che, limitava l'uso del metadone protratto a situazioni molto particolari e per periodi di tempo limitati, enfatizzando il trattamento multidisciplinare senza metadone;
- III) di pari passo, fin dai primi anni '80, si sviluppò una profonda critica agli approcci terapeutici adottati dai servizi pubblici, con un esplicito attacco ai trattamenti metadonici ed a coloro che li praticavano, ed una spinta verso trattamenti “*drug free*”, in particolare fondati sull'uso della comunità terapeutica;
- IV) l'esplosione dell'AIDS tra i tossicodipendenti non fu sufficiente a correggere il tiro e, a livello nazionale la revisione normativa trovò il suo apice nella redazione del T. U. 309 del 1990<sup>6</sup>.
- V) la letteratura scientifica internazionale non era, allora, di aiuto nell'indicare i trattamenti più appropriati per il trattamento di questa condizione.
- Agli albori della Evidence-Based Medicine esistevano pochi studi metodologicamente solidi e nessuna revisione di letteratura. Qualche evidenza in più derivava dagli studi in cui veniva valutato il trattamento in relazione al rischio di AIDS, ma non sembravano allora sufficienti a determinare raccomandazioni di pratica clinica.

D'altra parte, il sospetto che l'epidemia di mortalità per overdose fosse, almeno in parte, attribuibile ad una riduzione della protezione da parte del trattamento aveva indirettamente suggerito quale potesse essere l'ampiezza della differenza di effetto di una strategia protettiva verso una meno protettiva: da circa 200 decessi all'anno si passava a più di 1200 decessi, che rappresentavano un tasso vicino all'1% annuo.

Questi dati e le conseguenti riflessioni stavano producendo una diffusa richiesta di maggiori supporti scientifici per rendere più appropriata la pratica, richiesta espressa nelle numerose occasioni di confronto fra ricercatori e professionisti delle dipendenze che si sono avute in quegli anni.

Da questa richiesta, sviluppata tramite un meccanismo virtuoso di confronto fra ricerca e pratica, sono nate due iniziative estremamente rilevanti sul piano sia nazionale sia internazionale: lo studio VEdeTTE e il Drugs and Alcohol Cochrane Review Group.

Gli sviluppi successivi del gruppo Cochrane, a cui numerosi operatori e ricercatori italiani forniscono il proprio contributo, sono ben conosciuti a tutti e stanno contribuendo in maniera sostanziale all'accumulo di conoscenze sulla efficacia dei trattamenti per le dipendenze patologiche<sup>7</sup>.



Una volta nata l'idea di condurre uno studio per definire quali fossero le strategie di trattamento più efficaci nel ridurre la mortalità nella popolazione dipendente da eroina, gli eventi si sono svolti rapidamente. Nel giugno del 1995 un gruppo di operatori e ricercatori si riunì e fondò il gruppo ESEDRA (*Epidemiologic Studies on Effects of Drug Abuse*)<sup>8</sup>: In questa occasione, per spiegare le differenze di mortalità osservate, viene proposto di organizzare uno studio osservazionale per valutare l'efficacia dei trattamenti prescritti dai SerT per la tossicodipendenza da eroina.

Da quel momento le cose cominciano ad andare velocemente:

- nell'estate del 1995 a Torino il SerT dell'ASL 1 e il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino elaborano una prima richiesta di finanziamento sui fondi della 309 regionali; la richiesta contiene anche la prima bozza del disegno di studio. A Roma lo stesso viene fatto dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio presentando un progetto "gemello" al Ministero della Sanità, sui fondi 309 nazionali. Il progetto viene approvato in ambedue le sedi;
- nella primavera del 1996 viene per la prima volta riunito il Gruppo Nazionale di Coordinamento dello studio e nasce l'acronimo VEdeTTE (Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina);
- si decide di condurre uno studio pilota che coinvolge Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento, Emilia Romagna, Lazio, Sardegna, Puglia Sicilia, Liguria, Marche, Campania, Calabria e Toscana. Vengono elaborate una prima bozza di questionario e di scheda di rilevazione degli interventi (SRI). Alla fine dello studio pilota, vengono migliorati il protocollo, gli strumenti di rilevazione e viene riscritta la procedura di reclutamento dei prevalenti<sup>9</sup>;
- fra l'autunno 1998 e la primavera 1999 lo studio parte in 115 SerT di 13 regioni Italiane;
- il follow-up di mortalità, condotto dal Centro di Coordinamento di Roma, si è svolto con riferimento alla data del 31/12/2001.

Sono stati anni di duro lavoro da parte di centinaia di operatori, di decine di borsisti e di ricercatori, per arruolare, intervistare, raccogliere informazioni sul trattamento, registrare i dati e inviarli all'Osservatorio del Lazio. E poi fare i controlli di qualità dei dati, recuperare gli errori, condurre le analisi.

L'ultima parte di questo periodo è stato particolarmente sofferto; lo studio perdeva il supporto essenziale del Ministero della Sanità e di quasi tutte le regioni che lo avevano promosso, rendendo difficile mantenere elevati gli standard di applicazione del protocollo di ricerca. Solamente la Regione Piemonte, dotata di un motivato e strutturato gruppo di Coordinamento Regionale, è riuscita a mantenere soddisfacenti livelli di controllo sulla qualità della ricerca per tutto il periodo 1998/2004.

Dal 2005 finalmente si sono via via resi disponibili i risultati dello studio, che sono stati pubblicati in una serie di monografie (disponibili sul sito [www.studio-vedette.it](http://www.studio-vedette.it)).

Fino ad ora questi risultati hanno interessato la coorte nazionale nel suo complesso, seppure con numerose tabelle stratificate per regione nelle appendici.

Questa pubblicazione è riservata a sintetizzare le evidenze prodotte dallo studio condotto nelle 6 ASL piemontesi che hanno partecipato allo Studio.

Essa nasce dalla considerazione che lo studio VEdeTTE in Piemonte ha degli aspetti peculiari che è utile evidenziare:

- si tratta della regione che ha contribuito di più alla coorte nazionale (circa il 25% della numerosità complessiva);

- fin dall'inizio dello studio si è costituito un gruppo di coordinamento regionale robusto ed interessato. Questo gruppo si è anche assunto compiti di sviluppo metodologico per il livello nazionale dello studio, come per esempio la creazione della Scheda Registrazione degli Interventi e la conduzione dello studio pilota;
- sono state definite regole di funzionamento dello studio peculiari, per esempio proponendo un forte supporto agli operatori nella fase di arruolamento e di raccolta delle informazioni, tramite l'assegnazione ad ogni SerT di un borsista VEdeTTE, finanziato sul fondo regionale della ricerca;
- è stato nominato un comitato etico che valutasse le implicazioni etiche delle scelte di disegno dello studio, comitato che si è dimostrato estremamente utile e che ha poi assunto funzioni nazionali.

I risultati presentati in questa monografia sono in realtà solo una parte dei risultati complessivi dello studio. Si tratta infatti dei risultati descrittivi e dei risultati relativi al follow-up di mortalità che si è concluso nel 2003 e che interessa i due anni successivi all'arruolamento. Oltre a questi risultati VEdeTTE ha effettuato una raccolta degli interventi per altri 3 anni dopo il primo periodo, e il secondo follow-up di mortalità è attualmente in corso.

La sua analisi permetterà di avere una numerosità più ampia per effettuare analisi più dettagliate rispetto a quelle effettuate fino ad ora, oltre che di confrontare il profilo di trattamenti e di esiti dei due periodi. Inoltre è in corso a livello nazionale, e concluso a livello piemontese, lo studio VEdeTTE 2, che valuta gli interventi anche su esiti diversi dalla mortalità, quali l'uso di sostanze e l'attività illegale.

Ci auguriamo che i dati che presentiamo in questa monografia, oltre a costituire un patrimonio di conoscenze per tutti gli operatori che vi hanno collaborato, permetta agli amministratori della salute della nostra Regione da un lato di identificare strumenti per facilitare l'applicazione dei risultati nella pratica al fine di migliorare la qualità del servizio, dall'altro di rinforzare la vocazione alla ricerca di questa regione, affinché non si perda il patrimonio di capacità di ricerca e la motivazione a investire in innovazione.

A cura di Federica Mathis

## 2.1 OBIETTIVI

Lo studio VEdeTTE, acronimo di Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina, è il primo studio osservazionale multi-centrico condotto in Italia su una coorte di tossicodipendenti. Il suo disegno è comparabile agli studi longitudinali effettuati negli Stati Uniti e in Gran Bretagna<sup>10, 11, 12</sup>. L'obiettivo dello studio è la valutazione dell'efficacia dei trattamenti prescritti dai SerT italiani nella pratica clinica, in relazione ad alcuni esiti quali la mortalità, la morbosità, la ritenzione in trattamento, l'uso di sostanze, l'integrazione sociale, familiare e lavorativa.

### 2.1.1 Studio VEdeTTE 1

VEdeTTE1 è lo studio originario, che prevedeva l'arruolamento dei tossicodipendenti da eroina, trattati nei SerT partecipanti nei diciotto mesi dello studio.

I soggetti arruolati potevano essere nuovi utenti (incidenti) oppure soggetti già in trattamento presso i SerT (prevalenti o reingressi). L'efficacia dei trattamenti è valutata in termini di ritenzione in trattamento e mortalità. La ritenzione in trattamento è riconosciuta quale fattore predittore di un esito favorevole del trattamento stesso<sup>13</sup>.

La scelta dell'esito "mortalità" è in relazione al fatto che la comunità scientifica internazionale concorda nel considerarlo un indicatore valido e riproducibile per la misura dell'impatto sulla salute dell'uso di sostanze stupefacenti. Inoltre la semplicità e standardizzazione della sua rilevazione e la possibilità di raggiungere una soddisfacente completezza del follow-up ne fanno un candidato ideale per lo studio.

L'occorrenza di tale evento, infatti, può essere verificata per la maggior parte della popolazione arruolata attraverso la consultazione dei registri comunali di popolazione. Il rischio di morte è utilizzato quindi come indice sintetico di successo complessivo del trattamento. Il follow-up di mortalità viene effettuato a partire da sei mesi dopo la fine della prima parte dello studio.

Un ulteriore finanziamento ha reso possibile l'estensione del follow-up dello studio VEdeTTE1 per ulteriori due anni.

Questa continuazione dello studio, denominata VEdeTTE 1bis, prevede l'ampliamento delle dimensioni della coorte tramite l'arruolamento di tutti gli utenti "incidenti" dipendenti da eroina e cocaina come sostanza d'abuso primaria, nonché la continuazione della registrazione degli interventi somministrati ai soggetti che costituiscono parte della coorte già arruolata nella fase precedente. In questa seconda parte dello studio si è scelto di arruolare anche i soggetti che utilizzano la cocaina come sostanza primaria d'abuso; i dati ministeriali 1998-2002 hanno infatti evidenziato un aumento della proporzione di tali soggetti sul totale degli utenti SerT dal 2.5% al 6.5%<sup>14</sup>. Al termine dello studio VEdeTTE 1bis è prevista l'effettuazione di un nuovo follow-up di mortalità.

### 2.1.2 Studio VEdeTTE 2

Nella realtà gli obiettivi degli operatori dei SerT sono molto ampi e comprendono esiti diversi quali la riabilitazione sociale, l'allontanamento dal mercato illegale, la "guarigione" della dipendenza, la protezione della vita e della salute.

E' stata dunque organizzata una ulteriore estensione dello studio, denominata "VEdeTTE 2", che prevede l'effettuazione di un follow-up attivo su un campione di utenti per valutare l'efficacia dei trattamenti in relazione ai seguenti esiti:

- a) uso di sostanze stupefacenti/psicotrope legali e illegali;
- b) grado di integrazione sociale, familiare, lavorativa e legale;
- c) morbosità per overdose (riferita dal soggetto);

d) morbosità per HIV, HBV, HCV (reperita in cartella clinica e riferita dal soggetto).

### **e.1.3 Obiettivi della monografia**

Questa monografia ha l'obiettivo di presentare i risultati della prima parte dello studio (VEdeTTE 1), per quanto riguarda la regione Piemonte. I risultati dello studio a livello nazionale sono a disposizione sul sito [www.studio-vedette.it](http://www.studio-vedette.it).

Verranno descritti:

- a) i risultati della fase di arruolamento dello studio VEdeTTE 1;
- b) la descrizione delle caratteristiche principali della popolazione arruolata;
- c) la descrizione dei trattamenti somministrati agli utenti arruolati;
- d) i risultati dell'analisi della ritenzione in trattamento;
- e) i risultati del follow-up di mortalità.

## **e.2 DISEGNO DELLO STUDIO**

Le ben note difficoltà legate alla realizzazione di uno studio di tipo sperimentale per la valutazione di efficacia degli interventi per la tossicodipendenza e relative a considerazioni di tipo etico e pratico (costi, compliance degli utenti e degli operatori), ha indotto a scegliere un disegno di studio di tipo osservazionale prospettico: in questo tipo di studio i pazienti arruolati vengono assegnati ad un trattamento piuttosto che ad un altro sulla base delle scelte dell'operatore che li ha in carico e vengono seguiti nel tempo al fine di rilevare specifici esiti. Se condotto in modo adeguato, lo studio longitudinale prospettico presenta una validità vicina a quella degli studi randomizzati, in cui il trattamento viene invece assegnato in modo casuale e indipendente dalle scelte dell'operatore<sup>15</sup>.

Uno svantaggio degli studi osservazionali è che, non essendo controllata dal ricercatore l'esposizione al trattamento, gli esiti dipendono in parte dal trattamento somministrato, ma anche dalla probabilità a priori del soggetto di sviluppare quell'esito.

Per superare tali limiti occorre, dunque, rilevare in modo standardizzato tutte le informazioni relative agli interventi somministrati e soprattutto le informazioni relative alle caratteristiche individuali dei soggetti. Queste ultime costituiscono infatti variabili di confondimento, "confondono" cioè la relazione tra il trattamento e l'esito rispetto al quale si vuole valutare l'efficacia<sup>15</sup>.

A questo scopo per lo studio VEdeTTE sono stati creati appositi strumenti di rilevazione dei dati, che verranno brevemente descritti nella sezione specifica.

## **e.3 POPOLAZIONE IN STUDIO**

La popolazione eleggibile era costituita da tutti i soggetti che nei 18 mesi dello studio avessero ricevuto un intervento terapeutico presso uno dei SerT partecipanti e che rispondessero ai seguenti criteri di inclusione:

- a) uso di eroina come motivo del trattamento;
- b) cittadinanza italiana;
- c) maggiore età;
- d) disponibilità dei dati anagrafici necessari all'accertamento dello stato in vita.

Erano arruolabili anche i soggetti inviati ai servizi dalle prefetture (ex art. 75 Legge 162 del 1990), purché accedessero ad un percorso di trattamento, i soggetti residenti in una area esterna al bacino di utenza del SerT in cui era avvenuto il contatto e l'apertura del trattamento, purché stabilmente in carico, nonché soggetti in AIDS conclamato.

Era previsto inoltre l'arruolamento anche delle persone in carcere o in comunità terapeutica, se in carico ad un SerT partecipante allo studio.

Al momento del loro arruolamento, gli utenti venivano classificati come: a) incidenti, se non erano mai stati in carico presso quel SerT in precedenza; b) reingressi, se al momento dell'inizio dello studio non

erano in trattamento ma erano già stati in carico presso quel SerT e vi facevano ritorno durante il periodo dello studio; c) prevalenti, se erano in trattamento alla data di inizio dello studio.

L'arruolamento degli utenti incidenti e reingressi doveva avvenire al momento del loro ingresso al SerT. Data la numerosità degli utenti prevalenti, invece, il loro arruolamento doveva avvenire utilizzando il metodo della diluizione randomizzata<sup>9</sup> nei primi sei mesi dello studio, al fine di evitare errori di selezione. In realtà il loro arruolamento è poi durato più a lungo.

## **2.4** STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEI DATI

Gli strumenti di rilevazione dei dati utilizzati per lo studio VedeTTe, sono stati preparati con la collaborazione di operatori dei servizi, epidemiologi ed esperti nell'ambito delle tossicodipendenze. Nella elaborazione di tali strumenti si è cercato di conciliare la necessità di ottenere informazioni dettagliate sulla popolazione in studio e sugli interventi effettuati con quella di non gravare eccessivamente sul normale lavoro degli operatori e sul loro rapporto con l'utente. Tali strumenti sono il Questionario di Ingresso, la Scheda Registrazione Interventi e la Scheda Anagrafica SerT.

Il Questionario di Ingresso e la Scheda Registrazione Interventi sono stati validati in un apposito studio pilota, i cui risultati sono illustrati nella monografia specifica<sup>16</sup>.

Il protocollo e gli strumenti utilizzati nello studio sono consultabili sul sito [www.studio-vedette.it](http://www.studio-vedette.it) e sono presentati in dettaglio nella prima monografia<sup>9</sup>.

Qui di seguito vengono fornite solo le informazioni utili alla comprensione dei dati presentati in questa monografia.

### **2.4.1** Questionario di Ingresso

Al momento dell'arruolamento nella coorte VEdeTTe, veniva chiesto all'utente di rispondere alle domande di un questionario creato ad hoc al fine di raccogliere le informazioni utili per l'accertamento dello stato in vita e per il controllo dei fattori di confondimento nella stima dell'associazione tra trattamento ed esito. Il questionario è suddiviso in nove sezioni:

- 1) Dati anagrafici e informazioni preliminari;
- 2) Dati sui non arruolati causa rifiuto;
- 3) Dati socio-demografici;
- 4) Uso di sostanze prima della presa in carico presso questo SerT (solo per i soggetti prevalenti);
- 5) Uso di sostanze all'arruolamento;
- 6) Overdose;
- 7) Trattamenti pregressi;
- 8) Salute;
- 9) Quadro psichiatrico.

Il questionario veniva somministrato dagli operatori del SerT o da personale addestrato ad hoc.

L'intervallo di tempo a cui si riferivano le domande era variabile: i trenta giorni precedenti l'intervista per le abitudini di uso delle sostanze stupefacenti (ma, per i soli utenti prevalenti, anche le abitudini di uso nel mese precedente l'ultima presa in carico al SerT); gli ultimi sei mesi per i comportamenti a rischio (abitudini sessuali e scambio di siringhe); i dodici mesi precedenti l'intervista per i problemi legali, i trattamenti terapeutici pregressi e i tentativi di interrompere autonomamente l'uso di eroina; l'intero arco della vita per gli episodi di overdose.

### **2.4.2** Scheda Registrazione Interventi

La Scheda Registrazione Interventi è lo strumento che raccoglie i dati relativi ai trattamenti e alle prestazioni ricevute dalla persona arruolata, dal momento del suo arruolamento e per tutto il periodo in cui rimane in carico al servizio (periodo di osservazione presso il SerT).

La scheda, disegnata ad hoc per lo studio in collaborazione con gli operatori dei servizi, raccoglie le

informazioni riguardanti tutti gli interventi somministrati dai SerT. Per ogni intervento sulla scheda sono forniti una definizione, un codice e i dettagli da registrare, al fine di consentire una descrizione standardizzata, esaustiva e dettagliata dell'offerta di trattamento. Per tutti i trattamenti (intesi come interventi protratti nel tempo) è stato registrato il tipo di trattamento, la data di apertura e la data di chiusura, l'esito, l'operatore di riferimento. Altri dettagli richiesti (dose, cadenza, durata della seduta) variano a seconda del tipo di intervento (Tabella 1).

<b>Tabella 2</b>	
<b>TIPI DI TRATTAMENTO E INFORMAZIONI RACCOLTE NELLA SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEGLI INTERVENTI</b>	
<b>Tipo di trattamento</b>	<b>Dettagli</b>
Metadone a scalare	Date di inizio e fine, dosi iniziale e finale, esito
Metadone a mantenimento	Date di inizio e fine, dose media, esito
Disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti	Date di inizio e fine, cadenza mensile, esito
Naltrexone	Date di inizio e fine, esito
Psicoterapia	Date di inizio e fine, durata della seduta, esito
Comunità terapeutica	Date di inizio e fine, esito
Consulenza	Date di inizio e fine, cadenza mensile, esito
Sostegno/accompagnamento	Date di inizio e fine, durata della seduta, esito
Informazione/ orientamento al lavoro	Date di inizio e fine, durata della seduta, esito
Singola somministrazione di methadone, singola somministrazione di naltrexone	Data di somministrazione, dose
Singola somministrazione di altri farmaci	Data di somministrazione
Singola prestazione di psicoterapia, consulenza, sostegno/accompagnamento, informazione/ orientamento al lavoro	Data di somministrazione, durata della seduta

Era richiesto inoltre di segnare l'eventuale somministrazione in carcere e l'eventuale affido del farmaco. La definizione di fine del trattamento era legata, per tutte le tipologie di trattamento, al giudizio di completamento del percorso terapeutico da parte dell'operatore o, nel caso di interruzione, alla mancata presentazione ad un certo numero di assunzioni (per i trattamenti farmacologici) o di incontri (per i colloqui) o al numero di giorni di abbandono (per i trattamenti residenziali e semiresidenziali) predefiniti e differenziati a seconda del tipo di trattamento. Per il mantenimento con metadone, inoltre, ogniqualvolta le variazioni di dosaggio superavano i 20 mg rispetto alla dose di partenza si considerava chiuso il trattamento in atto e veniva aperto un nuovo trattamento registrando il nuovo dosaggio. Per ogni trattamento concluso è stato riportato l'esito, codificato secondo quattro possibili modalità: trattamento completato o interruzione concordata, interruzione non concordata, trasferito ad altro SerT, trattamento in corso.

La scheda doveva essere compilata contestualmente alla somministrazione dei trattamenti, favorendo così la qualità e l'affidabilità del dato registrato.

#### 2.4.3 Scheda Anagrafica SerT

La Scheda Anagrafica SerT è stata ideata al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione e l'orientamento terapeutico dei SerT coinvolti nello studio, fattori che possono influire sui tipi di trattamento prescritti. È stata compilata due volte in ogni SerT, cioè all'inizio e alla fine dei diciotto mesi di studio, così da rilevare eventuali variazioni nell'organizzazione del servizio occorse durante il periodo di arruolamento.

La prima parte della scheda, oltre a riportare il codice identificativo del servizio e la qualifica

professionale del responsabile, rilevava le caratteristiche del personale (numerosità e qualifica professionale), nonché la numerosità dell'utenza nell'anno precedente a quello della raccolta dei dati dello studio VEdeTTE. Nella seconda parte, la scheda raccoglieva informazioni sugli strumenti e le metodologie prevalentemente utilizzate dal servizio per definire il profilo psicologico del paziente e per la diagnosi di patologie psichiatriche aggiuntive alla tossicodipendenza. Questa informazione, insieme alla conoscenza sulla presenza e sulla numerosità di psicologi e psichiatri nel SerT, forniva utili indicazioni sull'attenzione prestata alle problematiche di natura psicologica e psichiatrica nel trattamento del paziente. La terza parte comprendeva domande sulle modalità di accesso al servizio, come la presenza di una lista d'attesa, il numero medio di giorni tra il primo contatto e l'apertura del primo trattamento e la presenza di un operatore di riferimento. Infine, la quarta parte comprendeva domande relative all'orientamento del servizio rispetto ai trattamenti di mantenimento con metadone, in termini di dose media, di frequenza come unico trattamento ricevuto dall'utente, di effettuazione di controlli periodici delle urine e relative conseguenze in caso di risultato positivo circa l'uso di sostanze.

## **2.5 FOLLOW-UP DI MORTALITÀ**

Un primo follow-up di mortalità si è svolto con riferimento al 31 marzo 2001. L'accertamento dello stato in vita è stato effettuato dapprima presso il SerT di arruolamento. Se l'utente non risultava più in carico presso il servizio è stato richiesto un accertamento presso il comune di ultima residenza, seguendo le persone emigrate nel loro percorso anagrafico. Per le persone decedute è stata richiesta alla ASL di decesso la causa di morte, che è stata quindi codificata centralmente da un esperto, in accordo alla revisione IX CM della Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte (ICD).

## **2.6 ANALISI DEI DATI**

### **2.6.1 Flusso delle informazioni**

Il Questionario di Ingresso e le Schede Registrazione Intervento, compilati nei diversi SerT, sono stati raccolti a scadenza semestrale dal centro di coordinamento regionale. Qui è stato effettuato un primo controllo della qualità dei dati, che sono poi stati registrati e nuovamente controllati dal centro di coordinamento nazionale.

### **2.6.2 Analisi effettuate**

Nel descrivere la coorte VEdeTTE piemontese, si sono indagate eventuali differenze tra le diverse ASL e tra le diverse aree geografiche di residenza degli utenti. Per alcune caratteristiche demografiche, la popolazione arruolata è stata anche confrontata con i dati regionali ISTAT.

Per quanto riguarda i trattamenti, a partire dai dati registrati sulla Scheda Registrazione Interventi si è proceduto inizialmente ad una ricostruzione più reale, eliminando gli artefatti derivanti dalle esigenze di raccolta del dato; successivamente si sono operate delle scelte di sintesi dei dati che permettessero di avere una visione più globale del trattamento terapeutico.

Si è così passati dagli episodi di trattamento ai cicli di trattamento e alle terapie, secondo la procedura descritta nello specifico paragrafo.

I dati risultanti dal follow-up di mortalità sono stati utilizzati per effettuare una analisi di sopravvivenza con modello di Cox. Ogni paziente ha contribuito con un numero di anni persona a rischio corrispondenti al periodo intercorso tra l'inizio del primo trattamento registrato e la fine dei 18 mesi dello studio presso il SerT, oppure tra l'inizio del primo trattamento e la data del decesso quando questa era precedente alla fine dello studio. Per i trattamenti farmacologici, i soggetti sono stati considerati "in trattamento" fino ad un giorno dopo l'ultima somministrazione; per i trattamenti psicosociali, per il calcolo del tempo in trattamento si è aggiunto il tempo mediano tra due visite alla data dell'ultima visita.

Questa definizione operativa è stata utilizzata per limitare il bias di classificazione dovuto all'esito,

ovvero che la mancata erogazione del trattamento fosse conseguenza del decesso. Sono stati calcolati tassi standardizzati di mortalità (SMR) in base ai tassi di mortalità della popolazione italiana tra i 15 ed i 65 anni relativi all'anno 1998. Nel modello di Cox per l'analisi di sopravvivenza sono state inserite covariate tempo-dipendenti e covariate fisse; sono stati stimati gli Hazard Ratio (HR) di morte per overdose dei soggetti in trattamento verso i soggetti considerati "fuori trattamento". Il tasso di mortalità dei soggetti in trattamento è stato calcolato come rapporto tra il numero di morti in trattamento e il totale degli anni persona in trattamento; il tasso di mortalità dei soggetti fuori trattamento è stato calcolato come rapporto tra il numero di morti fuori trattamento e il totale degli anni persona fuori trattamento.

Per l'analisi stratificata dei singoli trattamenti, gli HR di morte per overdose sono stati stimati separatamente, utilizzando i morti in un determinato trattamento sul tempo cumulativo speso in quel tipo di trattamento. Le seguenti tipologie di trattamento sono state considerate: mantenimento metadonico, comunità terapeutica, detossificazione con metadone, trattamenti psicosociali, trattamenti farmacologici diversi dal metadone. Nell'analisi multivariata sono state incluse le seguenti variabili: tipo di trattamento ed età come variabili tempo dipendenti; genere, uso di cocaina, HIV, diagnosi psichiatrica aggiuntiva, via di somministrazione dell'eroina, età al primo uso di eroina, overdosi, carcerazioni, livello di istruzione, sistemazione abitativa, occupazione e tipologia di utente come variabili fisse.

### **2.6.3** Episodi di trattamento

I dati iniziali consistevano in una serie di periodi di trattamento utili a fornire un'idea del panorama dell'offerta dei trattamenti. Tuttavia questi trattamenti, per esigenze di rilevazione dei dati, hanno talvolta perso la loro continuità temporale reale: in alcuni casi sono stati infatti scomposti in episodi a causa di variazioni di dosaggio, interruzioni di pochi giorni, etc.

Unificando gli episodi nei trattamenti veri e propri (stesso codice trattamento e assenza di soluzione di continuità tra i due episodi) si è ricostituita l'unità che era stata spezzata.

Nella presente monografia, i dati relativi agli episodi di trattamento della coorte piemontese sono stati confrontati con quelli del resto d'Italia e incrociati con alcune caratteristiche: tipologia utenti (prevalenti, incidenti, reingressi), sesso, precocità di uso, status abitativo, per quanto concerne le caratteristiche dell'utenza; durata ed esito per quanto riguarda le caratteristiche delle singole tipologie di trattamento.

I dati piemontesi si riferiscono al periodo che va da ottobre 1998 a marzo 2000 per i soggetti incidenti e per i reingressi. Per i soggetti prevalenti si riferiscono al periodo tra la data di inizio del trattamento in corso al momento dell'arruolamento e marzo 2000. Ogni soggetto può pertanto avere un periodo di osservazione, relativo ai trattamenti effettuati, diverso dagli altri soggetti. In particolare la durata dei trattamenti a lungo termine nei soggetti prevalenti è spesso superiore a quella degli identici trattamenti effettuati dai soggetti incidenti e reingressi. Poiché l'insieme degli episodi di trattamento costituisce un numero imponente di trattamenti che si sovrappongono e si susseguono nel tempo, oltre a descrivere l'insieme degli episodi di trattamento si sono analizzati i soli primi episodi di trattamento al fine di valutare l'orientamento degli operatori nel prescrivere i trattamenti.

### **2.6.4** Terapie

Il percorso terapeutico di ogni soggetto è piuttosto complesso: durante il periodo di osservazione un utente spesso riceve due o più trattamenti contemporaneamente, interrompe e riprende la stessa terapia o un'altra terapia, etc. Dal momento che per descrivere un percorso terapeutico si deve tener conto della contemporaneità di più trattamenti, della loro sequenza e della durata complessiva nell'ambito del periodo di osservazione, si sono raggruppati gli episodi di trattamento contemporanei (ciclo di trattamento).

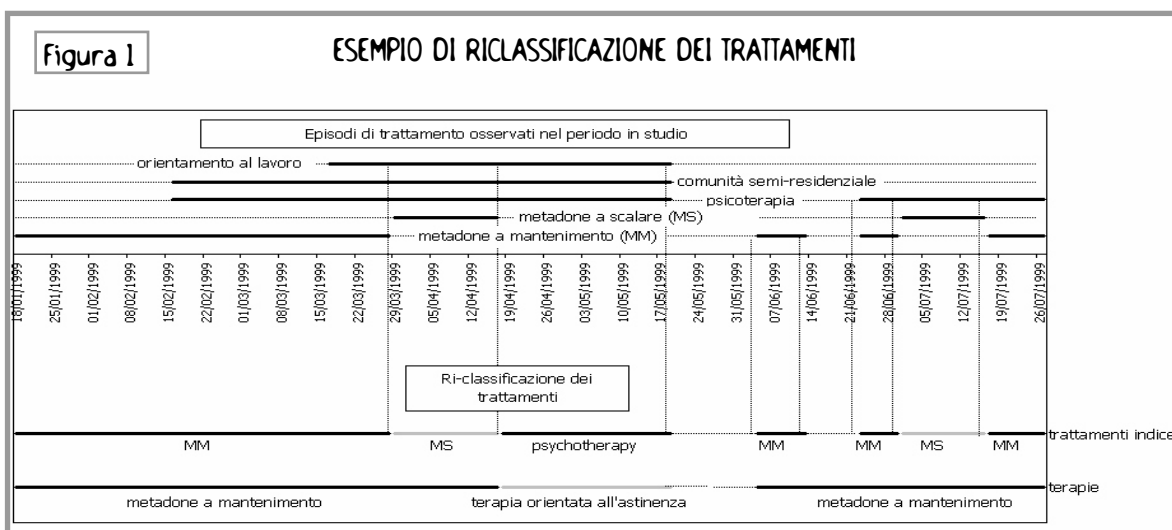
Per poter far questo, si è tuttavia dovuto trovare il modo di identificare, nel caso di contemporaneità di più trattamenti, quello che meglio caratterizza la terapia in atto.

Basandosi sulla rilevanza terapeutica dei singoli interventi, sul maggior "investimento" da parte del paziente e del servizio, si è pertanto costruita una scala gerarchica a priori dei trattamenti (Tabella 2).



Tabella 2		SCALA GERARCHICA DEI TRATTAMENTI
Classe	Trattamento	
A	Comunità Terapeutica Residenziale	
B	Mantenimento con metadone, Detossificazione con metadone, Naltrexone	
C	Centro Crisi	
D	Sintomatici	
E	Psicoterapia	
F	Comunità Terapeutica Semiresidenziale	
G	Sostegno/Accompagnamento	
H	Consulenza	
I	Borsa Lavoro/Orientamento Lavoro	
L	Farmaci non Sostitutivi	

In base a questa scelta, un soggetto è considerato sottoposto al trattamento che, tra quelli somministrati contemporaneamente in un dato periodo, è più in alto nella scala gerarchica (trattamento indice). Il ciclo di trattamento ha il nome, la data di inizio e di fine, l'esito ed il dosaggio (calcolato come media pesata) se pertinente, nonché la cadenza del trattamento indice che lo caratterizza: la presenza di altri trattamenti associati costituisce invece una covariata del ciclo di trattamento. Al termine del ciclo di trattamento, i trattamenti ancora in corso vanno a costituire ulteriori cicli di trattamento, ed assumono a loro volta le caratteristiche del trattamento indice più in alto nella scala gerarchica. Questa procedura si applica fino a quando tutti i trattamenti del soggetto hanno trovato collocazione. In questo modo l'insieme dei trattamenti somministrati ad un soggetto viene suddiviso in una sequenza temporale di cicli di trattamento (Figura 1).



Sono stati esclusi gli interventi definiti come prestazioni (cioè singole somministrazioni) perché, non avendo una loro durata nel tempo, sono finalizzati verosimilmente ad obiettivi diversi dal trattamento della tossicodipendenza intesi come diminuzione o cessazione dell'uso di eroina. In questa ricostruzione sequenziale dei trattamenti erogati alcune delle informazioni raccolte vengono quindi perse. In particolare viene sottostimato il numero e la durata dei cicli di trattamento di indice più basso, i quali, per così dire, "affiorano" solo in assenza di cicli di trattamento di indice più elevato. La scelta di privilegiare i trattamenti con farmaci sostitutivi e quelli residenziali quando somministrati contemporaneamente a quelli psicosociali è legata, tra l'altro, alla grande eterogeneità di questi ultimi tra

i diversi centri partecipanti allo studio.

Un ulteriore sforzo di aggregazione è stato fatto al fine di unificare trattamenti separati da interruzioni di breve durata e di aggregare i trattamenti per affinità di tipologia e obiettivi.

Durante il periodo dello studio i soggetti hanno infatti interrotto e ripreso frequentemente lo stesso trattamento senza altri tipi di trattamento inframmezzati tra gli episodi. Inoltre, ai soggetti vengono erogate diverse tipologie di trattamento: trattamenti con metadone in regime di mantenimento, trattamenti residenziali in comunità, ma anche trattamenti quali consulenza, psicoterapia, sostegno, che possono talora costituire l'unico intervento effettuato, eventualmente integrato con l'uso di farmaci, metadone incluso, al fine di raggiungere la disassuefazione del soggetto, ma senza intenti sostitutivi di lungo periodo. La sequenza dei cicli di trattamento è stata quindi sintetizzata (Figura 1 e Tabella 3) nelle tre terapie seguenti:

1. comunità residenziale (CT)
2. mantenimento con metadone (MM)
3. Terapia orientata all'astinenza (AO)

Comunità residenziale: si è convenuto, anche in base all'opinione dei clinici, di integrare in un'unica terapia i periodi di trattamento separati da non più di 21 giorni.

Mantenimento con metadone (Tabella 3): si è concordato che i periodi di disassuefazione con metadone o analoghi tentativi (ad es. comunità terapeutica di prima accoglienza) inseriti tra due cicli di mantenimento con metadone o al termine di un ciclo di mantenimento con metadone facessero parte integrante del mantenimento stesso in quanto ritenuti tentativi di chiudere quel trattamento o semplicemente di ridurre la dose.

Pertanto si è deciso di unificare in un'unica terapia due cicli di mantenimento con metadone separati da uno o più cicli di trattamento di disassuefazione, qualunque fosse la loro durata (Figura 1). Per il medesimo motivo quando una terapia di mantenimento è seguita da un ciclo di disassuefazione questo viene integrato nella sequenza di terapia mantenimento (Figura 1).

Come per i trattamenti residenziali, 21 giorni costituiscono l'intervallo che stabilisce se mantenere uniti o separare due cicli di mantenimento o di mantenimento- disassuefazione.

La dose di metadone è stata ricalcolata come media pesata (per il tempo) delle dosi dei cicli di mantenimento con metadone e disassuefazione con metadone inclusi nella terapia.

In alcuni casi, probabilmente per un errore di registrazione, sono state rilevate nella banca dati contemporaneità di trattamenti tra loro farmacologicamente incompatibili: ad es. un mantenimento con metadone con una disassuefazione o una disassuefazione con metadone con un trattamento con naltrexone ed ognuna delle altre possibili combinazioni. Questi trattamenti sono stati esclusi dall'analisi delle terapie.

Terapia orientata all'astinenza: in assenza di trattamenti di mantenimento o residenziali, i restanti trattamenti (naltrexone, comunità semiresidenziali, detossificazioni con o senza metadone, psicoterapia, consulenza, sostegno, trattamenti con psicofarmaci) sono stati unificati in questa categoria (Tabella 3). Di nuovo, il limite dei 21 giorni è stato utilizzato per congiungere o mantenere separati due cicli terapeutici distinti.

Spesso i cicli di trattamento che costituiscono questa categoria sono stati somministrati immediatamente prima di un intervento di comunità residenziale o di mantenimento con metadone. In questi casi, eccetto quando era incluso un ciclo di naltrexone, la sequenza non è stata considerata una terapia di per sé, bensì è stata considerata come fase preliminare delle successive terapie di comunità residenziale o di mantenimento con metadone, escludendola dal calcolo della durata e utilizzandola come covariata della terapia.

L'inizio della terapia corrisponde alla data d'inizio del primo ciclo di trattamento incluso nella terapia e la fine della terapia coincide con la data in cui è finito l'ultimo ciclo di trattamento.

<b>PASSAGGIO DAI CICLI DI TRATTAMENTO ALLE TERAPIE</b>	
<b>CICLI DI TRATTAMENTO</b>	<b>TERAPIE</b>
Comunità Terapeutica Residenziale	<b>Comunità residenziale</b>
Mantenimento con metadone	<b>Mantenimento con metadone</b>
Detossificazione con metadone	
Naltrexone	<b>Terapia orientata all'astinenza</b> se non immediatamente seguiti da un intervento di comunità residenziale o di mantenimento con metadone
Centro Crisi	
Disint. con Sintomatici Ambulatoriale/Domiciliare	
Disint. con Sintomatici Struttura Intermedia	
Disint. con Sintomatici Ospedaliera	
Psicoterapia Individuale	
Psicoterapia Familiare/Di Coppia	
Psicoterapia Di Gruppo	<b>oppure</b>
Comunità Terapeutica Semiresidenziale	
Consulenza	
Sostegno/Accompagnamento Individuale	
Sostegno/Accompagnamento Familiare/Di Coppia	
Sostegno/Accompagnamento Di Gruppo	
Informazione/Orientamento al Lavoro	
Borse Lavoro/Inserimenti	
Sintomatici Non Sostitutivi	
Metadone, Singola Somministrazione	
Naltrexone, Singola Somministrazione	
Altri Farmaci, Singola Somministrazione	
Psicoterapia, Singola Seduta	
Consulenza, Singola Seduta	
Sostegno/Accompagnamento, Singola Seduta	
Informazione/Orientamento al Lavoro, Singola Seduta	
Informazione/Orientamento al Lavoro, Singola Seduta	
	<b>Non considerati</b>

Nei capitoli successivi verranno descritte le prime terapie e le caratteristiche dei pazienti cui sono state erogate. Inoltre, le terapie sono state analizzate in termini di: a) descrizione delle prime terapie; b) efficacia delle diverse terapie sulla ritenzione in trattamento.

A tal fine sono prodotte curve di sopravvivenza con il metodo di Kaplan-Meyer, che forniscono la rappresentazione grafica del rischio di abbandonare il trattamento, valutato tramite un modello univariato. Per tener conto dei possibili fattori di confondimento si è poi costruito un modello multivariato secondo il metodo di Cox, che calcola gli Hazard Ratio aggiustati per ogni variabile in studio.

**e.7 ASPETTI ETICI**

Un comitato etico è stato appositamente costituito al fine di assicurare il rispetto dei principi etici, in particolare quelli relativi alla confidenzialità e alla protezione dei dati. I suoi membri sono medici operanti nel campo della terapia della tossicodipendenza, esperti di bioetica e utenti dei SerT.

A tutti gli utenti è stato chiesto di partecipare allo studio dopo aver loro spiegato gli obiettivi dello studio stesso nonché la modalità del suo svolgimento, il tipo di dati raccolti e le modalità di trattamento dei dati personali. E' stata inoltre data la possibilità di visionare il protocollo dello studio e gli strumenti utilizzati per la registrazione delle informazioni. Il consenso a partecipare allo studio è stato formalizzato tramite la firma dell'apposita lettera di consenso.

Ad ogni utente doveva inoltre essere spiegato che, in conformità della Legge 675/96, egli avrebbe potuto, in ogni momento, chiedere di consultare, modificare, integrare o cancellare i suoi dati.

Per assicurare la confidenzialità, i dati sono stati raccolti e conservati in forma anonima, tramite l'utilizzo di un codice identificativo assegnato al soggetto al momento della sua intervista. Tale codice compare appaiato al nome del soggetto solo sul modello Sveit, documento che è conservato presso il SerT e il centro di coordinamento regionale, separatamente dal resto della documentazione.

I coordinatori hanno inoltre provveduto alla notificazione del trattamento dei dati personali all'Ufficio del Garante, nonché ad adottare rigorosi sistemi di sicurezza nel trattamento e nella trasmissione dei dati, in base alle istruzioni di legge.

Dal momento che si prevedeva di effettuare una seconda fase dello studio ricontattando un campione dei soggetti intervistati (lo studio VEdeTTE2), a tutti i partecipanti è stato chiesto se erano disposti ad essere eventualmente ricontattati per una successiva intervista.

## 3.1 DESCRIZIONE DELLA COORTE PIEMONTESE

*A cura di Antonio Iannaccone, Egle Fergonzi, Pierpaola Manassero, Fabio Lampis*

## 3.1.1 Risposta all'arruolamento

Durante i 18 mesi di arruolamento, da fine settembre 1998 a marzo 2000, dei 5.345 soggetti dipendenti da eroina eleggibili ne sono stati arruolati 2.720 (51%). Hanno rifiutato di partecipare allo studio 705 soggetti (13%) e 1.920 (36%) non sono stati contattati. Nella coorte nazionale, fra 17.279 soggetti eleggibili gli arruolati sono stati il 60,5%, i rifiuti sono stati il 22% ed i non contattati il 17,5%.

La stratificazione di arruolati, rifiuti e non contattati per ASL è descritta nella Tabella 4, mentre nella Tabella 5 è illustrata la tipologia degli utenti arruolati.

	Arruolati		Rifiuti		Non contattati		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ASL 1 – Torino	632	57,5	241	21,9	227	20,6	1100	100
ASL 2 – Torino	417	58,8	72	10,2	220	31,0	709	100
ASL 3 – Torino	426	36,9	163	14,1	567	49,0	1156	100
ASL 4 – Torino	417	36,5	77	6,7	648	56,7	1142	100
ASL 5 – Collegno	638	71,8	125	14,1	125	14,1	888	100
ASL 15 – Cuneo	190	54,3	27	7,7	133	38,0	350	100
Totale	2720	50,9	705	13,2	1920	35,9	5345	100

	Incidenti		Reingressi		Prevalenti		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ASL 1 – Torino	91	14,4	85	13,4	456	72,2	632	100
ASL 2 – Torino	63	15,1	75	18,0	279	66,9	417	100
ASL 3 – Torino	33	7,7	46	10,8	347	81,5	426	100
ASL 4 – Torino	49	11,8	52	12,5	316	75,8	417	100
ASL 5 – Collegno	86	13,5	106	16,6	446	69,9	638	100
ASL 15 - Cuneo	17	8,9	24	12,6	149	78,4	190	100
Totale	339	12,5	388	14,3	1993	73,3	2720	100

## 3.2.1 Rifiuti e non contattati e loro caratteristiche demografiche

Si evidenziano alcune differenze tra i soggetti arruolati e coloro che hanno rifiutato o non sono stati contattati (Tabella 6). Appare sostanzialmente diversa la tipologia di utente tra i non contattati: 49% prevalenti, 28% reingressi e 23% incidenti. Non si osservano differenze sostanziali nella distribuzione per sesso e stato civile. Tra i rifiuti e i non contattati sono meno rappresentati i soggetti inviati dai familiari (5% e 4% rispettivamente) e tra i soli non contattati sono più rappresentati i soggetti inviati dal sistema

giudiziario (6,5%). Tra i rifiuti (16%) e tra i non contattati (18%) sono più rappresentati coloro che hanno solo la licenza elementare o nessun titolo di studio con una corrispondente diminuzione dei diplomi di scuola media inferiore (67% tra i rifiuti e 65% tra i non contattati) e del diploma di scuola media superiore/laurea tra i non contattati (11%) ma non tra i rifiuti (14%). Tra i rifiuti e tra i non contattati è inoltre minore la proporzione di occupati, 49% e 43% rispettivamente, e maggiore quella dei disoccupati, 42% e 38% rispettivamente (con un 16% di non definiti).

Tra coloro che hanno rifiutato di partecipare allo Studio, il 23% ha addotto come motivazione la preoccupazione di conservare l'anonimato, il 21% la non disponibilità a rispondere ad un ennesimo questionario ed il 28% non ha specificato il motivo.

### **3.1.3 Arruolati e loro caratteristiche demografiche**

Tra gli arruolati il 73% (1.993) sono prevalenti (già in trattamento al SerT al momento dell'inizio dello studio), il 14% (388) sono soggetti già trattati dal SerT e rientrati in trattamento dopo l'inizio dello studio e il 13% (339) sono incidenti (presentatisi per la prima volta al SerT dopo l'inizio dello studio) (Tabella 5). Nella coorte nazionale i prevalenti fra gli arruolati sono il 69%; seguono i reingressi, 19%, e gli incidenti, 12%.

Il 79% (2.153) dei soggetti si è rivolto spontaneamente al SerT, il 9% (253) convinto o accompagnato dai familiari, il 4% ha avuto un accesso attraverso canali giudiziari. Il restante 8% è arrivato su invio fatto da altri Servizi, da unità di strada, da un pronto soccorso o altro ancora.

Nella distribuzione per sesso l'82% (4.394) sono uomini e il 18% (951) donne (Tabella 6), con un'età media alla compilazione del Questionario di Ingresso di 31,5 anni (D.S. 6,14). Nella coorte nazionale i maschi sono l'85% e l'età media è di 31,1 anni. La maggior parte degli arruolati (1.828 soggetti pari al 67%) è celibe/nubile, il 12% è coniugato, il 10% convive con un/una partner. C'è qualche differenza con la coorte nazionale, in cui i celibi/nubili sono il 64%, i coniugati sono il 19% e i conviventi sono il 9%, mentre è statisticamente significativa la differenza con i dati della popolazione generale regionale di pari età (popolazione di 15-64 anni, fonte ISTAT censimento 2001), nella quale i celibi/nubili sono il 33%, i coniugati sono il 59%, ed il 5% sono separati o divorziati (Tabella 6).

Il titolo di studio più diffuso tra i soggetti arruolati è quello di scuola media inferiore, di cui sono in possesso 2.057 soggetti, pari al 76%, mentre il 10% (286 soggetti) ha il titolo di scuola elementare ed il 14% (372 soggetti) ha un diploma di scuola media superiore o laurea. Nella coorte nazionale sono meno numerosi i soggetti con il titolo più basso, che sono pari all'83% (ma il 66% ha il titolo di scuola media inferiore ed il 17% il titolo di scuola elementare), mentre quelli con il diploma di media superiore o laurea sono il 17%. I soggetti della coorte piemontese appaiono differenti in modo statisticamente significativo rispetto alla popolazione regionale (fonte ISTAT dati 1999), di cui il 40% ha la licenza elementare o nessun titolo, il 30% ha il titolo di scuola media inferiore, ed il 24% ha il titolo di scuola media superiore o laurea (Tabella 6).

Coloro che hanno un'occupazione lavorativa costituiscono il 57% della coorte arruolata; tuttavia, solo il 38% degli arruolati (1.044 soggetti) ha un'occupazione stabile, mentre ed il 19% (518 soggetti) ha un'occupazione saltuaria; i disoccupati sono 1.061, pari al 39%. Dichiarano inoltre di essere iscritti alle liste di disoccupazione 1.170 soggetti, pari al 43% degli arruolati. Nella coorte nazionale gli occupati stabili sono il 33%, gli occupati saltuari il 27% e i disoccupati il 35%; nella popolazione regionale (fonte ISTAT, dati 1999) il 41% dei soggetti residenti lavora, il 5% è disoccupato ed il 3% è in cerca di occupazione; nella popolazione regionale in età da lavoro tra 15 e 64 anni d'età, inoltre, vengono calcolati un tasso di occupazione del 46% ed un tasso di disoccupazione del 10%.

Tabella 6

## DISTRIBUZIONE DELLA COORTE PER TIPOLOGIA DI UTENTE, SESSO, STATO CIVILE, TITOLO DI STUDIO, SITUAZIONE OCCUPAZIONALE E ABITATIVA E PER RISPOSTA ALL'ARRUOLAMENTO

	Arruolati		Rifiuti		Non contattati		Totale		Popolazione regionale*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tipologia Utente</b>										
Incidente	339	12,5	93	13,2	443	23,1	875	16,4	--	--
Reingresso	388	14,3	117	16,6	544	28,3	1049	19,6	--	--
Prevalente	1993	73,3	494	70,1	933	48,6	3420	64,0	--	--
<b>Sesso</b>										
Uomini	2220	81,6	585	83,0	1589	82,8	4394	82,2	--	--
Donne	500	18,4	120	17,0	331	17,2	951	17,8	--	--
<b>Stato civile</b>										
Celibe/Nubile**	1828	67,2	492	69,8	1317	68,6	3637	68,0	934806	33,2
Coniugato**	304	11,2	96	13,6	248	12,9	648	12,1	1656914	58,9
Convivente	49	7,8	14	5,8	11	4,8	74	6,7	--	--
Separato/Divorziato**	270	9,9	63	8,9	162	8,4	495	9,3	165652	5,3
Vedovo**	33	1,2	4	0,6	7	0,4	44	0,8	70454	2,5
<b>Titolo di studio</b>										
Nessuno/elementare**	286	10,5	113	16,0	340	17,7	739	13,8	1689000	39,9
Media inferiore**	2057	75,6	473	67,1	1256	65,4	3786	70,8	1286000	30,4
Superiore/laurea**	372	13,7	97	13,8	218	11,4	687	12,9	1023000	24,2
<b>Situazione occupazionale</b>										
Stabile	1044	38,4	237	33,6	609	31,7	1890	35,4	--	--
Saltuario	518	19,0	109	15,5	221	11,5	848	15,9	--	--
Studente	19	0,7	0	0,0	0	0,0	19	0,4	--	--
Non Professionale	51	1,9	24	3,4	67	3,5	142	2,7	--	--
Disoccupato	1061	39,0	293	41,6	721	37,6	2075	38,8	--	--
<b>Situazione abitativa</b>										
Con partner e figli**	261	9,6	--	--	--	--	--	--	1170813	41,3
Con solo partner**	376	13,8	--	--	--	--	--	--	504761	17,8
Con famiglia d'origine**	1256	46,2	--	--	--	--	--	--	701536	24,7
Da solo***	342	12,6	--	--	--	--	--	--	309614	10,9
In Comunità Terapeutica	324	11,9	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Popolazione Regione Piemonte 15-64 anni, censimento 2001

\*\* P&lt;0,0001

\*\*\* P=0,0045

Riguardo alla sistemazione abitativa, il 46% (1.256 soggetti) vive con la famiglia d'origine, il 24% con la famiglia acquisita (il 10%, con partner e figli ed il 14% col solo partner), il 13% vive da solo ed infine il 12% vive in comunità terapeutica. Si osserva qualche scostamento rispetto ai dati nazionali, dove il 55% vive con la famiglia d'origine, il 26% vive con la famiglia acquisita, il 9% vive da solo e soltanto il 6% vive in

comunità terapeutica; mentre anche in questo caso si osserva una differenza statisticamente significativa con i dati relativi alla popolazione generale regionale di pari età, in cui l'11% dei soggetti vive da solo, il 25% vive con la famiglia d'origine ed il 59% vive con la famiglia acquisita (il 41% con il/la partner e figli ed il 18% con il solo partner) (Tabella 6).

### 3.1.4 Caratteristiche della Dipendenza

L'età media al primo uso di eroina, per i soggetti arruolati, è di 19,4 anni (D.S. 4,26). Il 52% dei soggetti arruolati (1.406 soggetti) dichiara di non aver fatto uso di eroina nel mese precedente la compilazione del Questionario di Ingresso, il 38% (1.023 soggetti) l'ha usata per via endovenosa e l'8% (210 soggetti) per via inalatoria. Coloro che hanno dichiarato di aver assunto eroina nell'ultimo mese, l'hanno usata mediamente 35 volte (D.S. 50,95). Nella coorte nazionale l'età media è praticamente uguale, coloro che dichiarano di non aver usato eroina nell'ultimo mese sono il 45%, mentre il 44% l'ha usata per via endovenosa e mediamente coloro che l'hanno usata l'hanno fatto 42 volte. Dei 1.993 utenti prevalenti sono state rilevate le abitudini d'uso delle varie sostanze in due momenti diversi: al momento della presa in carico al SerT e al momento dell'arruolamento nello studio. Al momento della presa in carico il 99% (1.966) utilizzava eroina, mediamente 97 volte in un mese, il 75% la usavano per via endovenosa. Al momento dell'arruolamento nello studio, la proporzione di utenti si è molto ridotta, ma resta comunque del 41% (825), con un uso medio di 26 volte al mese, il 34% per via endovenosa. Riguardo alle altre sostanze, al momento della presa in carico il 43% usava cocaina mediamente 62 volte al mese, il 28% per via endovenosa, mentre il 58% usava cannabinoidi mediamente 79 volte al mese. Al momento dell'arruolamento nello studio, gli utilizzatori di cocaina scendono al 18%, con una frequenza d'uso media di 34 volte al mese, il 14% per via endovenosa, mentre gli utilizzatori di cannabis scendono al 37%, con una frequenza d'uso media di 36 volte al mese (Tabella 7). Nella coorte nazionale sono il 98% gli utenti prevalenti utilizzatori di eroina al momento della presa in carico al SerT, il 79% la usa per via endovenosa, mediamente 83 volte al mese, mentre all'arruolamento gli utilizzatori sono il 45%, e il 38% per via endovenosa con una frequenza media di assunzione di 29 volte al mese; gli utilizzatori di cocaina alla presa in carico sono il 43%, ma il 25% per via endovenosa, e all'arruolamento sono il 17%, con il 12% per endovena.

**Tabella 7**
**USO DI SOSTANZE ALLA PRESA IN CARICO E ALL'ARRUOLAMENTO NEI SOGGETTI PREVALENTI**

	Al momento della presa in carico					Al momento dell'arruolamento				
	Uso		Uso EV		N volte mese	Uso		Uso EV		N volte mese
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Eroina	1966	98,6	1504	75,5	97,1	825	41,4	684	34,3	25,9
Cocaina	860	43,2	559	28,0	62,3	367	18,4	279	13,9	33,7
Anfetamine	279	13,9	19	1,0	27,4	13	0,7	2	0,1	39,9
Ecstasy	171	8,6	1	0,1	10	11	0,6	--	--	2,3
Cannabis	1157	58,1	--	--	79	525	26,3	--	--	36,1
Allucinogeni	192	9,6	--	--	7,9	7	0,4	--	--	15,4
Ansiolitici / Sedativi	627	31,5	48	2,4	68	323	16,2	9	0,45	40,7
Totale	1993	100	--	--	--	1993	100	--	--	--

Si può anche confrontare il comportamento dei prevalenti al momento dell'arruolamento nello studio con il comportamento degli incidenti e dei reingressi nello stesso momento, perché spesso l'intervista anche per questi soggetti era effettuata quando già era stato avviato un trattamento, rendendo quindi i loro comportamenti paragonabili (Tabella 8). Il 62% (210) dei soggetti incidenti e il 61% (238) dei soggetti



reingressi dichiarano di aver usato eroina nel mese precedente l'effettuazione dell'intervista, rispettivamente 47 e 57 volte in media, ed il 44% e il 49% per via endovenosa. Tra gli utenti incidenti gli utilizzatori di cocaina sono 80 (24%), con una frequenza media mensile di 23 volte e una modalità di assunzione per via endovenosa nel 15% dei casi; tra i reingressi 105 (27%) hanno usato cocaina, in media 33 volte nel mese, 18% per via endovenosa. La cannabis, infine, era utilizzata da 126 (37%) utenti incidenti, 29 volte in media nel mese, e da 128 (33%) reingressi, con una frequenza media mensile di 44. La coorte nazionale differisce soprattutto per ciò che riguarda l'uso di eroina, perché nel mese precedente hanno usato questa sostanza il 72% degli incidenti, con una frequenza media mensile di 57 e una modalità di assunzione endovenosa per il 49% dei casi; tra i reingressi gli utilizzatori risultano essere il 77% degli utenti, con una media di uso di 33 volte, il 61% per via endovenosa.

	Prevalenti			Incidenti			Reingressi								
	Utilizzatori		N volte mese	Utilizzatori		N volte mese	Utilizzatori		N volte mese						
	N	%		N	%		N	%							
Eroina	825	41,4	684	34,3	25,9	210	61,9	148	43,6	44,9	238	61,3	191	42,9	57,8
Cocaina	367	18,4	279	13,9	33,7	80	23,6	51	15,0	23,5	105	27,1	71	18,3	33,5
Anfetamine	13	0,7	2	0,1	39,9	1	0,3			1,0	3	0,8			62,2
Ecstasy	11	0,5			2,3	6	1,7			2,3	4	1,0			2,1
Cannabis	525	26,3			36,1	126	37,2			28,9	128	33,0			43,9
Allucinogeni	7	0,4			15,4	2	0,6			1,0	1	0,3			
Ansiolitici/ Sedativi	323	16,2	9	0,4	40,7	74	21,8	3	0,8	39,1	58	14,9	4	1,0	49,7
Totale	1993	100				339	100				388	100			

### 3.1.5 Complicazioni legali

Il 32% dei soggetti dichiara di avere subito almeno un arresto, denuncia o processo nei 12 mesi precedenti l'intervista (27% tra gli incidenti, 37% tra i reingressi e 31% tra i prevalenti), con una media di 2 episodi ciascuno (D.S. 2,5) (Tabella 9). Il 16% (426) dei soggetti nei 12 mesi precedenti l'intervista ha avuto carcerazioni, durate mediamente 5,1 mesi (D.S. 6,36): è stato in carcere il 14% dei prevalenti (durata media di 5 mesi), il 25% dei reingressi (6,1 mesi in media), il 14% degli incidenti (3,7 mesi in media). Nella coorte italiana hanno avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi il 30% dei soggetti (il 24% tra gli incidenti, il 34% tra i reingressi e il 29% tra i prevalenti), con una media di 2 episodi, mentre il 14% ha avuto delle carcerazioni per una durata media di 4,5 mesi (12% per 3,4 mesi tra gli incidenti, 22% per 5,6 mesi tra i reingressi e 13% per 4,2 mesi tra i prevalenti).

	Incidenti		Reingressi		Prevalenti		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Problemi legali ultimi 12 mesi</b>								
Si	92	27,1	144	37,1	626	31,4	862	31,7
No	241	71,1	238	61,3	1342	67,3	1821	66,9
<b>Carcerazioni ultimi 12 mesi</b>								
Si	49	14,5	97	25,0	280	14,0	426	15,7
No	277	81,7	283	72,9	1640	82,3	2200	80,9

### 3.1.6 Episodi di overdose

Il 45% dei soggetti arruolati (1.214) ha avuto almeno un episodio di overdose nella vita. Tra i prevalenti coloro che hanno avuto una overdose sono il 47%, tra i reingressi il 45% e tra gli incidenti il 31% (Tabella 10). Tra costoro 1.040 soggetti, pari all'86%, riferiscono di essere stati soccorsi da operatori sanitari mediamente quattro volte (D.S. 7,94) e 106 (9%) riferiscono di avere avuto almeno un episodio di overdose nei sei mesi precedenti l'intervista e sono stati soccorsi in media una volta (D.S. 1,15) (Tabella 11). Nella coorte nazionale coloro che hanno avuto almeno una overdose nella vita sono il 40% (il 43% tra i prevalenti, il 40% tra i reingressi ed il 26% tra gli incidenti) e l'84% ha avuto mediamente tre episodi di soccorso, mentre il 9% ha avuto almeno un episodio di soccorso negli ultimi sei mesi.

Tabella 10 EPISODI DI OVERDOSE PER TIPOLOGIA UTENTE													
	Utenti N	Utenti con episodi di overdose		Età prima overdose*		Età ultima overdose*		Episodi soccorsi*		Latenza dall'inizio uso di eroina*		Latenza dall'ultimo trattamento*	
		N	%	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
Incidenti	339	105	31,0	97	24,6	90	27,3	95	3,3	89	4,7	24	552,4
Reingressi	388	173	44,6	160	24,1	154	27,6	156	3,4	150	4,7	72	552,1
Prevalenti	1993	936	47,0	884	24,0	831	27,7	895	3,7	848	4,1	260	473,8
Totale	2720	1214	44,6	1141	24,0	1075	27,6	1146	3,6	1087	4,3	356	494,9

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

Tabella 11 SOCCORSO IN CASO DI OVERDOSE PER TIPOLOGIA DI UTENTE				
	Incidenti	Reingressi	Prevalenti	Totale
<b>N soccorsi in totale*</b>				
N	88	143	809	1040
Media	3,6	3,7	4,0	4,0
D.S.	6,43	3,86	8,60	7,94
Mediana	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>N soccorsi ultimi 6 mesi*</b>				
N	22	23	61	106
Media	1,5	1,5	1,3	1,4
D.S.	1,10	0,99	1,23	1,15
Mediana	1,0	1,0	1,0	1,0

La prima overdose è avvenuta ad un'età media di 24 anni (D.S. 5,24) e ad una distanza di 4,3 anni in media (D.S. 4,12) dall'inizio di uso di eroina. L'ultima overdose è avvenuta ad un'età media di 27,6 anni (D.S. 5,84) e ad una distanza media di 7,9 anni (D.S. 5,55) dall'inizio di uso di eroina.

Il 30% (369) dei soggetti dichiara che all'epoca dell'ultima overdose era in trattamento: il 34% tra i prevalenti, il 18% tra i reingressi ed il 15% tra gli incidenti; in particolare il 45% di essi dichiara un trattamento metadonico (disassuefazione, mantenimento, o non meglio specificato); il 23% un trattamento psicosociale, il 7% un trattamento in comunità terapeutica e il 6% un trattamento con naltrexone. Tra coloro che non erano in trattamento al momento dell'ultima overdose, il tempo trascorso tra l'ultimo trattamento effettuato e l'overdose è stato mediamente di 494,9 giorni (D.S. 738,93) (Tabella 12). Nella coorte nazionale il 27% dei soggetti ha dichiarato di essere in trattamento al momento dell'ultima overdose: il 58% di essi in trattamento metadonico, il 12% in trattamento psicosociale, il 4,5%

in comunità terapeutica e il 5% in trattamento con naltrexone; il tempo di latenza per chi ha dichiarato di non essere in trattamento è stato di 486,8 giorni in media.

Tabella 12								
EPISODI DI OVERDOSE PER TRATTAMENTO IN CORSO ALL'ULTIMA OVERDOSE E TIPOLOGIA DI UTENTE								
	Incidenti		Reingressi		Prevalenti		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Trattamento all'ultima overdose</b>								
Si	16	15,2	32	18,5	321	34,3	369	30,4
No	85	81,0	135	78,0	581	62,1	801	66,0
<b>Se Sì, quale</b>								
Metadone	7	43,9	14	43,8	147	45,8	168	45,5
Psicosociale	3	18,8	9	28,1	73	22,7	85	23,0
Comunità Terapeutica	3	18,8	2	6,3	20	6,2	25	6,8
Naltrexone			3	9,4	20	6,2	23	6,2
<b>Se No, latenza dall'ultimo trattamento* (giorni)</b>								
N°	24	--	72	--	260	--	356	--
Media	552,4	--	552,1	--	473,8	--	494,9	--
D.S.	623,39	--	666,46	--	768,43	--	738,93	--

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

La distribuzione dei soggetti che hanno avuto almeno un episodio di overdose nella vita per titolo di studio ricalca quella della coorte. I soggetti che hanno avuto almeno un episodio di overdose nella vita sono più numerosi (49%) tra coloro che hanno un basso livello di istruzione (nessun titolo o titolo elementare), mentre sono il 45% tra coloro che hanno un titolo di scuola media inferiore, ed il 41% tra i possessori di licenza di scuola media superiore o laurea. L'età media alla prima overdose è minore per quelli con titolo basso/ medio (23,9 e 23,8 rispettivamente) ed è più alta per quelli con titolo superiore (25,3); risulta più bassa anche l'età all'ultima overdose per quelli con titolo basso (27,4 e 27,4 vs. 29,1), così come questi ultimi hanno avuto più episodi di overdose soccorsa nella vita (in media 3 e 4 vs. 3) (Tabella 13). Tra gli individui arruolati nella coorte nazionale i soggetti che hanno avuto almeno un episodio di overdose sono il 40% tra quelli con titolo elementare, il 41% tra quelli con titolo di scuola media inferiore e il 38% tra quelli con titolo superiore, con una latenza media dall'ultimo trattamento di 393,5 giorni per quelli con titolo di studio superiore, 499,1 giorni per il titolo di scuola media inferiore e 522,5 per il titolo elementare.

Tabella 13								
EPISODI DI OVERDOSE PER TITOLO DI STUDIO								
	Utenti arruolati	Utenti con episodi di overdose		Età prima overdose*	Età ultima overdose*	Episodi soccorsi*	Latenza dall'inizio uso di eroina (anni)*	Latenza dall'ultimo trattamento (giorni)*
	N	N	%	Media	Media	Media	Media	Media
Nessuno/elementare	286	139	48,6	23,9	27,4	3,3	5	494,6
Media inferiore	2057	919	44,7	23,8	27,4	3,8	4,1	490,1
Superiore/laurea	372	154	41,4	25,3	29,1	2,7	4,6	523,4

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

Il 40% (300) dei soggetti più giovani (18-27 anni), quindi presumibilmente con una storia di tossicodipendenza più breve, riferisce di aver avuto episodi di overdose, contro il 45% dei soggetti di 28-37 anni ed il 48% di quelli con più di 38 anni. L'età media al primo episodio di overdose aumenta con l'età anagrafica (da 20,5 per i 18-27 anni a 28,4 per i soggetti con più di 38 anni). Con l'età anagrafica aumentano anche il numero di episodi soccorsi (da 3 a 4), la latenza media, ovvero la media del tempo trascorso tra l'inizio di uso di eroina e il primo episodio di overdose (da 2,7 a 6,5 anni) e la latenza media dall'ultimo trattamento (da 250,4 a 904,1 giorni) (Tabella 14).

Tabella 14 EPISODI DI OVERDOSE PER CLASSI D'ETÀ											
Età	Utenti N	Utenti con episodi di overdose		Età prima overdose*		Episodi soccorsi*		Latenza dall'inizio uso di eroina*		Latenza dall'ultimo trattamento*	
		N	%	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
18-27	742	300	40,4	284	20,5	278	2,7	263	2,4	74	250,4
28-37	1521	691	45,4	646	24,2	660	3,6	623	4,3	210	440,8
38 +	457	223	48,8	211	28,4	208	4,8	201	6,5	72	904,1

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

Coloro che hanno cominciato ad usare eroina prima del 1979 riferiscono in maggior numero episodi di overdose (61% contro il 47% di quelli che hanno cominciato tra il 1980 e il 1989, e il 33% di quelli del 1990-1999), ma, rispetto ai soggetti che hanno iniziato ad usare eroina negli anni successivi, presentano un'età media maggiore al primo episodio (25,4 vs 24,1 e 22,7 rispettivamente), nonché una maggiore latenza tra la prima overdose e l'inizio di uso (6,7 anni vs 4,4 e 1,7) ed anche dall'ultimo trattamento (886,7 giorni vs 449,5 e 224,2) (Tabella 15).

Tabella 15 EPISODI DI OVERDOSE PER ANNO DI INIZIO D'USO DI EROINA											
	Utenti N	Utenti con episodi di overdose		Età prima overdose*		Episodi soccorsi*		Latenza dall'inizio uso di eroina*		Latenza dall'ultimo trattamento*	
		N	%	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
<= 1979	378	229	60,6	217	25,4	216	5,7	213	6,7	76	886,7
1980-1989	1497	705	47,1	662	24,1	678	3,4	642	4,4	202	449,5
1990-1999	825	275	33,3	259	22,7	248	2,2	231	1,7	77	224,2

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

Rispetto alle donne, più uomini hanno avuto episodi di overdose nella vita (45% vs. 43%); gli uomini sia al primo episodio (24,2 vs. 23,1) sia all'ultimo (27,9 vs. 26,2) avevano un'età maggiore, presentano una maggiore latenza tra la prima overdose e l'inizio d'uso (4,5 anni vs. 3,3) e una minore latenza dall'ultimo trattamento (489,9 giorni vs. 522,2) (Tabella 16).

Tabella 16 EPISODI DI OVERDOSE PER SESSO													
	Utenti N	Utenti con episodi di overdose		Età prima overdose*		Età ultima overdose*		Episodi soccorsi*		Latenza dall'inizio uso di eroina*		Latenza dall'ultimo trattamento*	
		N	%	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
Uomini	2220	997	44,9	936	24,2	878	27,9	945	3,6	893	4,5	291	488,8
Donne	500	217	43,4	205	23,1	197	26,2	201	3,5	194	3,3	65	522,2

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

Il 39% degli occupati stabili, il 47% tra gli occupati saltuari e gli studenti ed il 49% tra i disoccupati ed i soggetti in condizione non professionale riferiscono episodi di overdose nel passato. Per quanto riguarda l'età alla prima overdose gli occupati stabili e gli occupati saltuari erano più anziani (24,4 e 24,5), per tutti gli altri l'età decresce fino ai 21,6 anni degli studenti. Anche l'età all'ultima overdose è maggiore per gli occupati (27,4 per gli stabili e 28,2 per i saltuari) e scende a 22,4 anni per gli studenti. I disoccupati riferiscono più episodi soccorsi (mediamente 4 contro 3 e 2 degli occupati stabili e saltuari). La latenza tra la prima overdose e l'inizio d'uso è per tutti poco superiore ai 4 anni, tranne che per gli studenti (2,4), e la latenza dall'ultimo trattamento è per tutti oltre i 400 giorni tranne ancora per gli studenti (364,8) (Tabella 17).

	Utenti		Utenti con episodi di overdose		Età prima overdose*		Età ultima overdose*		Episodi soccorsi*		Latenza dall'inizio uso di eroina*		Latenza dall'ultimo trattamento*	
	N	%	N	%	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
Stabile	1044		404	38,7	383	24,4	364	27,4	380	2,7	366	4,3	119	479,0
Saltuario	518		246	47,5	232	24,6	223	28,2	237	3,4	219	4,6	77	565,3
Studente	19		9	47,4	7	21,6	7	22,4	8	1,3	7	2,4	1	364,8
Condizione non prof.	51		25	49,0	23	23,6	23	28,9	21	3,5	22	4,6	8	438,3
Disoccupato	1061		524	49,4	492	23,5	456	27,6	494	4,4	469	4,1	150	477,8

\* Calcoli effettuati sul numero di utenti che hanno risposto alla domanda

### 3.1.7 Comportamenti a rischio e caratteristiche di salute

Tra tutti gli utenti arruolati, nei sei mesi precedenti l'intervista il 17% (pari a 451 soggetti) ha utilizzato siringhe e/o strumenti per la preparazione della dose non sterili, perché già usati da altri. Sempre negli ultimi sei mesi, il 13% degli arruolati (pari a 358 soggetti) ha avuto rapporti sessuali non protetti con partner occasionali, il 49% (1.324 soggetti) ha avuto rapporti non protetti con un partner fisso e il 17% (454 soggetti) aveva un partner fisso tossicodipendente. Infine il 7% (200 soggetti) risulta essere HIV positivo, il 38% (1.046 soggetti) HBV positivo, il 57% (1.551 soggetti) HCV positivo ed il 12% (341 soggetti) ha una comorbilità psichiatrica (Tabella 18).

	Uso Siringhe/Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ASL1	108	17,1	92	14,6	295	46,7	99	15,7	56	8,9	213	33,7	295	46,7	64	10,1
ASL2	62	14,9	45	10,8	212	50,8	73	17,5	20	4,8	149	35,7	214	51,3	93	22,3
ASL3	62	14,6	60	14,1	231	54,2	79	18,5	39	9,2	197	46,2	292	68,5	52	12,2
ASL4	61	14,6	44	10,6	183	43,9	57	13,7	41	9,8	166	39,8	257	61,6	50	12,0
ASL5	118	18,5	92	14,4	327	51,3	113	17,7	37	5,8	241	37,8	377	59,1	49	7,7
ASL15	40	21,1	25	13,2	76	40,0	33	17,4	7	3,7	80	42,1	116	61,1	33	17,4
Totale	451	16,6	358	13,2	1324	48,7	454	16,7	200	7,4	1046	38,5	1551	57,0	341	12,5

N.B.: numero totale di utenti per ASL come illustrato nella Tabella 5

I comportamenti a rischio sono più frequenti nei soggetti con nessun titolo di studio o con titolo di studio elementare: il 18% di essi ha utilizzato siringhe e/o strumenti usati (il 17% tra coloro che hanno il diploma di scuola media inferiore e il 12% tra coloro che hanno un diploma superiore o laurea).

Per quanto riguarda i rapporti sessuali, tra i soggetti con il titolo di scuola media inferiore il 14% ha avuto rapporti non protetti con partner occasionali, il 48% li ha avuti con il partner fisso; il 12% di coloro che hanno il titolo elementare ha avuto rapporti con partner occasionali, il 43% con il partner fisso; il 10% di coloro che ha un titolo superiore o una laurea ha avuto rapporti non protetti con partner occasionali, il 58% con il partner fisso.

Infine, i soggetti con il titolo di studio più basso hanno una prevalenza maggiore di infezione da HIV (10% vs. 6% dei soggetti con scuola superiore o laurea), di infezione da HBV (51% vs. 25% dei soggetti con scuola superiore o laurea) e di infezione da HCV (59% vs. 49% dei soggetti con scuola superiore o laurea).

Si osserva invece una proporzione di comorbilità psichiatrica più elevata nei soggetti con titolo di scuola superiore o laurea: 14,5% vs. 13% (Tabella 19).

	Utenti N	Uso Siringhe/ Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nessuno/ elementare	286	53	18,5	34	11,9	122	42,7	31	10,8	30	10,5	146	51,0	168	58,7	36	12,6
Media inferiore	2057	353	17,2	285	13,9	987	48,0	345	16,8	146	7,1	806	39,2	1201	58,4	250	12,2
Superiore/ laurea	372	45	12,1	39	10,5	215	57,8	78	21,0	23	6,2	93	25,0	181	48,7	54	14,5

La frequenza dei comportamenti a rischio diminuisce all'aumentare dell'età al momento dell'intervista. Nella classe di età 18-27 anni il 20,5% ha utilizzato strumenti o siringhe usate da altri, contro il 17% ed il 13% delle classi più anziane; il 17% dei più giovani inoltre ha avuto rapporti sessuali a rischio, contro il 13% e il 10% dei più anziani.

Come prevedibile, la prevalenza di infezione da HIV, HBV e HCV e di comorbilità psichiatrica aumenta con l'età (Tabella 20) e con l'anno di inizio di uso di eroina (Tabella 21).

Età	Utenti N	Uso Siringhe/ Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-27	742	152	20,5	125	16,8	368	49,6	133	17,9	18	2,4	194	26,1	380	51,2	86	11,6
28-37	1521	240	15,8	186	12,2	757	49,8	247	16,2	120	7,9	624	41,0	911	59,9	184	12,1
38 +	457	59	12,9	47	10,3	199	43,5	74	16,2	62	13,6	228	49,9	260	56,9	71	15,5

Tabella 21																	
COMPORTAMENTI A RISCHIO NEGLI ULTIMI SEI MESI, MALATTIE INFETTIVE E DIAGNOSI PSICHIATRICA PER ANNO DI INIZIO D'USO DI HEROINA																	
	Utenti N	Uso Siringhe/ Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 1979	378	70	18,5	40	10,6	169	44,7	69	18,3	77	20,4	227	60,1	252	66,7	65	17,2
1980-1989	1497	234	15,6	194	13,0	738	49,3	235	15,7	105	7,0	639	42,7	926	61,9	171	11,4
1990-1999	825	143	17,3	123	14,9	414	50,2	147	17,8	18	2,2	174	21,1	361	43,8	103	12,5

La frequenza dei comportamenti a rischio è maggiore tra le donne: il 19% vs. 16% degli uomini ha utilizzato strumenti o siringhe usate da altri. Tra le donne inoltre c'è una maggiore prevalenza di infezione da HIV (11% vs. 5%) e di comorbilità psichiatrica (15% vs. 12%), mentre la prevalenza dell'infezione da HBV è maggiore tra gli uomini (39% vs. 34%) (Tabella 22).

Tabella 22																	
COMPORTAMENTI A RISCHIO NEGLI ULTIMI SEI MESI, MALATTIE INFETTIVE E DIAGNOSI PSICHIATRICA PER SESSO																	
	Utenti N	Uso Siringhe/ Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uomini	2220	358	16,1	306	13,8	1023	46,1	250	11,3	144	6,5	876	39,5	1269	57,2	268	12,1
Donne	500	93	18,6	52	10,4	301	60,2	204	40,8	56	11,2	170	34,0	282	56,4	73	14,6

Rispetto alla distribuzione per attività lavorativa, i disoccupati sono quelli che presentano in maggior percentuale comportamenti a rischio: il 21,5% di essi utilizza siringhe e/o strumenti usati da altri e il 14% ha comportamenti sessuali a rischio. Analogamente, le patologie indagate sono maggiormente prevalenti fra i soggetti disoccupati o in condizione lavorativa non professionale: l'HIV è presente nel 4% degli occupati stabili, nel 7% degli occupati saltuari, nel 25% dei soggetti in condizione non professionale e nel 10% dei disoccupati; la prevalenza di HBV è rispettivamente 35%, 42%, 47% e 42%; di HCV è 52%, 99%, 61% e 63%; infine la comorbilità psichiatrica riguarda il 9% degli occupati stabili, il 14% degli occupati saltuari, il 26% di coloro che sono in condizione non professionale ed il 15% dei disoccupati (Tabella 23).

Tabella 23																	
COMPORTAMENTI A RISCHIO NEGLI ULTIMI SEI MESI, MALATTIE INFETTIVE E DIAGNOSI PSICHIATRICA PER SITUAZIONE OCCUPAZIONALE																	
	Utenti N	Uso Siringhe/ Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stabile	1044	118	11,3	132	12,6	567	54,3	157	15,0	41	3,9	349	33,4	542	51,9	92	8,8
Saltuario	518	96	18,5	70	13,5	280	54,1	94	18,1	37	7,1	219	42,3	310	59,8	71	13,7
Studente	19	3	15,8	1	5,3	11	57,9	3	15,8	1	5,3	0	0,0	4	21,1	3	15,8
Condizione non prof.	51	3	5,9	5	9,8	19	37,3	9	17,6	13	25,5	24	47,1	31	60,8	13	25,5
Disoccupato	1061	228	21,5	150	14,1	440	41,5	189	17,8	107	10,1	447	42,1	654	61,6	161	15,2

I comportamenti a rischio sono più diffusi tra i soggetti incidenti, e decrescono tra i reingressi e i prevalenti: l'utilizzo di strumenti o siringhe usate da altri è del 23% tra gli incidenti e del 15% tra i prevalenti.

La prevalenza delle infezioni da HIV, HBV e HCV è, invece, maggiore tra i prevalenti, e decresce tra i reingressi e gli incidenti: l'8% dei prevalenti è HIV positivo, il 5% dei reingressi ed il 3% degli incidenti; il 42% dei prevalenti, il 36% dei reingressi ed il 22% degli incidenti è HBV positivo; il 61% dei prevalenti, il 57% dei reingressi ed il 33% degli incidenti è HCV positivo (Tabella 24).

**Tabella 24**
**COMPORTAMENTI A RISCHIO NEGLI ULTIMI SEI MESI,  
MALATTIE INFETTIVE E DIAGNOSI PSICHIATRICA PER TIPOLOGIA DI UTENTI**

	Utenti N	Uso Siringhe/ Strumenti Usati		Rapporti con partner occasionali		Rapporti con partner fisso		Rapporti con partner fisso TD		Prevalenza HIV		Prevalenza HBV		Prevalenza HCV		Comorbilità Psichiatrica	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Incidenti	339	77	22,7	46	13,6	176	51,9	59	17,4	12	3,5	74	21,8	113	33,3	33	9,7
Reingressi	388	78	20,1	55	14,2	194	50,0	56	14,4	18	4,6	140	36,1	221	57,0	49	12,6
Prevalenti	1993	296	14,9	257	12,9	954	47,9	339	17,0	170	8,5	832	41,7	1217	61,1	259	13,0

### 3.1.8 Stratificazione per ASL

Dalla comparazione tra ASL emergono alcune differenze che meritano di essere segnalate. La proporzione di utenti arruolati sugli eleggibili varia dal 37% delle ASL 3 e 4 al 72% dell'ASL 5. (Tabella 4). La proporzione di utenti incidenti varia dall'8% dell'ASL 3 al 15% dell'ASL 2 (Tabella 5). Per quanto riguarda l'età media il valore minimo si registra nell'ASL 5 con 29,9 anni (D.S. 5,39) e il valore massimo è nell'ASL 2 con 32,3 anni (D.S. 5,83).

### Caratteristiche demografiche

La maggior percentuale di celibi/nubili, il 72%, è tra gli arruolati dell'ASL 5, con solo l'11% di coniugati; nell'ASL 2 e 3 a fronte di una minor percentuale di soggetti celibi/nubili (63% e 64% rispettivamente), una quota maggiore è coniugata (13% e 10%) e convivente (12% e 16% rispettivamente). Nelle diverse ASL la distribuzione della situazione abitativa ricalca grosso modo quella generale della coorte, con una forte eccezione nell'ASL 5 in cui il 58% dei soggetti vive con la famiglia d'origine, il 14% è in comunità terapeutica, ed il 19% con la famiglia acquisita. Nell'ASL 1 e 3, invece, solo il 41% dei soggetti vive con la famiglia d'origine, mentre il 16% vive da solo e il 21% degli arruolati nell'ASL 1 ed il 28% nell'ASL 3 vive con la famiglia acquisita. Nelle ASL 5 e 15 gli occupati sono di più che nella coorte: nell'ASL 15 sono il 68% (46% stabili e 22% saltuari) ed il 28% è disoccupato; nell'ASL 5 sono il 65% (42% stabili e 23% saltuari) ed il 31% è disoccupato.

### Caratteristiche della Dipendenza

Nelle ASL 2, 5 e 15 la percentuale di coloro che dichiarano di non aver usato eroina nell'ultimo mese è al di sotto del 50%, e precisamente nell'ASL 2 sono 187 soggetti pari al 45%, nella 5 sono 316 soggetti pari al 49%, e nella 15 sono 83 soggetti pari al 44%.

### Complicazioni legali

La quota più alta di soggetti che negano di aver avuto problemi legali negli ultimi dodici mesi (70%) è nell'ASL 1, in cui si osserva anche la media di episodi più bassa (1,8). L'ASL con la minore percentuale di soggetti che negano di aver avuto carcerazioni è di nuovo la ASL 1, con il 77%, mentre il 18% ha avuto delle carcerazioni per una durata media di 6,2 mesi.



**Episodi di overdose**

L'ASL 15 è quella con la minor quota di soggetti che riferiscono almeno un episodio di overdose nella vita (39% pari a 74 soggetti; 42% tra i prevalenti, 37% tra i reingressi e 12% tra gli incidenti), mentre nell'ASL 2 c'è la quota maggiore (49% pari a 206 soggetti, 53% tra i prevalenti, 55% tra i reingressi e 29% tra gli incidenti).

L'età media all'epoca degli episodi di overdose è simile per tutte le ASL; nella 1 e nella 2 sono lievemente più alte l'età media all'ultima overdose (28,2 e 28,1 rispettivamente) e la latenza dell'ultima overdose dall'inizio di uso di eroina (8,3 e 8,6 rispettivamente). Nell'ASL 2 coloro che non erano in trattamento all'ultima overdose sono il 59% contro il 35% che lo era, e nell'ASL 4 il 52% non era in trattamento contro il 40% che era in trattamento; all'estremo opposto si pongono le ASL 1 e 5, nelle quali il 75% ed il 74%, rispettivamente, non erano in trattamento all'ultima overdose, mentre il 23% e 25% erano in trattamento.

**Comportamenti a rischio e caratteristiche di salute**

Nell'ASL 15 si ha il maggiore scostamento dai dati complessivi della coorte: i soggetti con comportamenti d'uso a rischio sono il 21% (40 soggetti). Sempre nell'ASL 15 sono i soggetti con titolo di studio più alto ed il 37% quelli che utilizzano con maggiore frequenza che in altre ASL siringhe/strumenti usati da altri.

Per quanto riguarda l'andamento per fasce d'età, nell'ASL 2 i più giovani hanno la percentuale più bassa (11%) di utilizzatori di strumenti usati da altri, mentre nell'ASL 15 la percentuale maggiore di soggetti con comportamenti d'uso a rischio è fra i soggetti più anziani (32%).

Si osserva una notevole variazione nella prevalenza di comorbidità psichiatrica tra ASL dall'8% dell'ASL 5 al 22% dell'ASL 2.

Nell'ASL 3 sono gli uomini ad avere in percentuale maggiore i comportamenti d'uso a rischio (il 15,5% vs. il 10% delle donne). In tutte le altre ASL i comportamenti a rischio si riscontrano maggiormente tra le donne.

**3.1.9 Stratificazione per Comune di residenza**

È stata anche approfondita l'analisi dei dati aggregati per Comune di residenza, che sono stati suddivisi in tre categorie: la Città di Torino, i Comuni con più di 20.000 abitanti (Grugliasco, Orbassano, Collegno, Rivoli e Cuneo) ed i Comuni con meno di 20.000 abitanti.

La distribuzione dei soggetti è maggiore nella città di Torino, con 1.893 soggetti, pari al 70% degli arruolati, mentre 430 soggetti, pari al 16%, sono residenti in Comuni con più di 20.000 abitanti, e 385 soggetti, pari al 14%, risiedono in Comuni con meno di 20.000 abitanti.

Nella Città di Torino si osserva una distribuzione delle tipologie di utenti paragonabile ai dati generali della coorte, con il 74% di prevalenti, il 14% di reingressi ed il 12% di incidenti; i Comuni con meno di 20.000 abitanti hanno una maggior percentuale di incidenti (19%), mentre quelli con più di 20.000 abitanti hanno il 76% di prevalenti, il 17% di reingressi, solo il 7% di incidenti.

Nei Comuni con più di 20.000 abitanti sono stati arruolati più uomini (360 soggetti pari all'84%) che donne (70 soggetti pari al 16%).

L'età media più bassa si registra nei Comuni con meno di 20.000 abitanti, ed è pari a 30 anni (D.S. 5,08); l'età media più alta si registra a Torino ed è pari a 32 anni (D.S. 6,19).

**Caratteristiche demografiche**

Nei Comuni con più di 20.000 abitanti è stato arruolato un maggior numero di soggetti celibi/nubili (72%); a Torino i coniugati sono l'11%, i conviventi l'11% e i divorziati/separati sono il 10%.

La maggior quota di persone che vivono con la famiglia d'origine (56%) è stata arruolata nei Comuni con meno di 20.000 abitanti, mentre a Torino coloro che vivono con la famiglia d'origine sono il 42%, il 24% vive con la famiglia acquisita ed il 15% vive da solo. I possessori di un titolo di studio elevato sono in maggior numero a Torino, e cioè 276 soggetti pari al 15%.

Nei Comuni con meno di 20.000 abitanti la percentuale di occupati è maggiore, il 71% (44% stabili e 27% saltuari), e il 24% è disoccupata; a Torino invece il 53% è occupato (36% stabili e 17% saltuari) e il 43% è disoccupato.

#### **Caratteristiche della Dipendenza**

Nei Comuni con meno di 20.000 abitanti c'è la quota minore di soggetti che negano di avere usato eroina nel mese precedente l'intervista, e cioè 173 soggetti, pari al 45%, mentre il 39% l'ha usata per via endovenosa mediamente 28 volte al mese.

#### **Complicazioni legali**

I soggetti residenti a Torino hanno mediamente meno complicazioni legali (2 episodi), ed i Comuni con più di 20.000 abitanti hanno la media di episodi più alta (2,4). I Comuni con più di 20.000 abitanti, invece, sono quelli con la maggior quota di soggetti che negano di aver avuto carcerazioni (84%), con una durata media della carcerazione di 6,1 mesi.

#### **Episodi di overdose**

Il 39% (152 soggetti) degli utenti residenti nei Comuni con meno di 20.000 abitanti e il 47% (203 soggetti) di quelli residenti in Comuni con più di 20.000 abitanti riferiscono episodi di overdose nel passato.

Tra i Comuni con più di 20.000 abitanti l'età media della prima overdose è di 23,3 anni con una latenza di 3,4 anni, e l'età media dell'ultima overdose è di 26,7 con una latenza di 6,7 anni; a Torino la latenza dell'ultima overdose dall'inizio di uso di eroina è di 8,2 anni. Nei Comuni con più di 20.000 abitanti il 25% dei soggetti era in trattamento al momento dell'ultima overdose.

#### **Comportamenti a rischio e caratteristiche di salute**

Nei Comuni con meno di 20.000 abitanti nella fascia d'età più anziana la prevalenza di comorbilità psichiatrica è del 5%.

Tra i soggetti trattati a Torino sono meno diffusi i comportamenti a rischio infettivo: l'utilizzo di siringhe e/o strumenti usati da altri riguarda rispettivamente il 15% dei residenti a Torino contro il 20% ed il 18% dei residenti rispettivamente nei Comuni con più e con meno di 20.000 abitanti. La comorbilità psichiatrica è del 14% fra i soggetti di Torino contro il 10% tra i soggetti arruolati fuori Torino.

Nei Comuni con meno di 20.000 abitanti i reingressi hanno comportamenti a rischio in proporzione più elevata, ad esempio l'utilizzo di siringhe/strumenti usati da altri riguarda il 29% di essi, contro il 19% degli incidenti ed il 16% dei prevalenti. Nei Comuni con più di 20.000 abitanti l'utilizzo di siringhe/strumenti usati è del 30% tra gli incidenti, del 20% tra i prevalenti ed del 17% tra i reingressi.

**3.2 EPISODI DI TRATTAMENTO**

A cura di Claudio Martini

Per "episodio di trattamento" s'intende l'erogazione di un singolo trattamento - farmacologico, psicologico, sociale, educativo - ad un paziente nei diciotto mesi dello studio. Gli episodi di trattamento sono stati analizzati per i 2697 utenti piemontesi che presentano dati sufficientemente completi per questa analisi.

**3.2.1 Tipologia dei trattamenti**

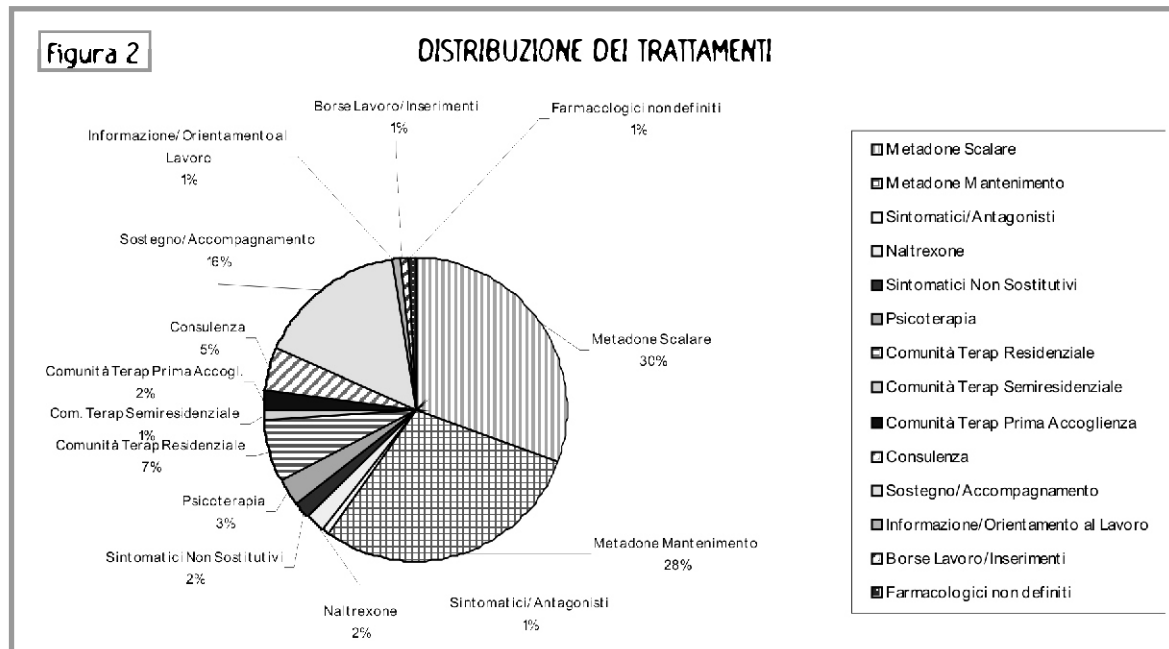
Le tipologie di trattamento più rappresentate sono il trattamento metadonico a mantenimento (1.780 pazienti, pari al 66% degli utenti arruolati, rapporto trattamenti/utenti di 1,9), il trattamento metadonico a scalare, rivolto a 1.436 pazienti (il 53% degli utenti arruolati, con un rapporto trattamenti/utenti di 2,5 trattamenti per utente nel periodo di osservazione) il sostegno/accompagnamento (trattamento che coinvolge 1.574 pazienti, il 58,4% della coorte) e l'inserimento in comunità terapeutica residenziale (rivolto al 24,6% dei pazienti arruolati). Anche la consulenza e la psicoterapia costituiscono trattamenti frequenti: coinvolgono rispettivamente il 18,2% ed il 10,6% dell'utenza arruolata. I trattamenti naltrexonici riguardano il 7,3% dei pazienti, mentre le terapie sintomatiche non sostitutive interessano il 7,2% dell'utenza (Tabella 25). Nelle altre regioni italiane aderenti allo studio, si nota una distribuzione dei trattamenti tra gli utenti arruolati pressoché identica per quanto riguarda le terapie metadoniche a mantenimento (66,2%), inferiore per quanto concerne i trattamenti metadonici a scalare (44,0%), gli inserimenti in comunità terapeutica residenziale (11,8%) e il sostegno/accompagnamento (44,1), superiore rispetto alla psicoterapia (15,7%), le terapie con naltrexone (8,3%) e la consulenza (31,4%).

TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO	Piemonte		Resto d'Italia	
	% UTENTI (N=2697)	TRT/UTENTI (n trt=11692)	% UTENTI (N=7679)	TRT/UTENTI (n trt=28065)
Metadone Scalare	53,2	2,5	44,0	2,1
Metadone Mantenimento	66,0	1,9	66,2	1,6
Sintomatici/Antagonisti	3,1	1,2	5,0	1,3
Naltrexone	7,3	1,2	8,3	1,2
Sintomatici Non Sostitutivi	7,2	1,2	10,0	1,3
Psicoterapia	10,6	1,1	15,7	1,1
Comunità Terap Residenziale	24,6	1,2	11,8	1,2
Comunità Terap Semiresidenziale	4,5	1,1	2,3	1,1
Comunità Terap Prima Accoglienza	7,2	1,2	2,4	1,3
Consulenza	18,2	1,1	31,4	1,2
Sostegno/Accompagnamento	58,4	1,2	44,1	1,2
Informazione/Orientamento al Lavoro	3,0	1,0	3,5	1,0
Borse Lavoro/Inserimenti	3,9	1,1	4,0	1,1
Farmacologici non definiti	3,2	1,0	3,5	1,0
Totale	100	4,3	100	3,7

**3.2.2 Distribuzione dei trattamenti**

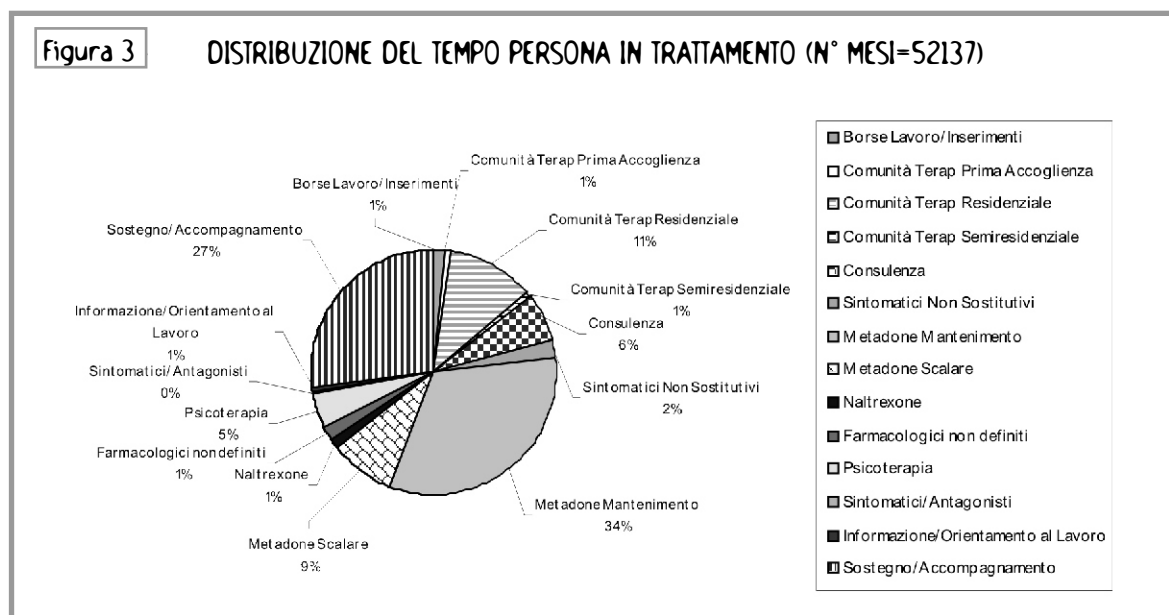
Nella coorte piemontese sono stati erogati complessivamente 11.692 trattamenti, con una media di 4.3 trattamenti per utente nei 18 mesi di osservazione. Il 30% degli episodi complessivi riguarda le terapie

metadoniche "a scalare", il 28% le terapie metadoniche a mantenimento, il 16% il sostegno/accompagnamento psicologico e sociale, il 7% gli inserimenti in comunità terapeutica residenziale (a cui occorre aggiungere un 3% di inserimenti in centri di prima accoglienza e comunità semiresidenziali), il 5% di consulenze, il 3% di psicoterapia (Figura 2).



### 3.2.3 Distribuzione del tempo persona in trattamento

Se consideriamo il tempo effettivo di permanenza in trattamento (il numero di mesi complessivi in cui i pazienti hanno ricevuto un trattamento, 52.137 mesi in totale), la distribuzione si modifica in questo modo: il trattamento metadonico a dosaggio costante rappresenta il 34% del tempo persona complessivo, il sostegno/accompagnamento psicologico e sociale il 27%, gli inserimenti in comunità terapeutica residenziale l'11%, il trattamento metadonico a scalare il 9%, la consulenza il 6% e la psicoterapia il 5% (Figura 3). Le terapie metadoniche sostitutive, i percorsi di inserimento in strutture terapeutiche residenziali e il sostegno psico-sociale, sommati insieme, rappresentano l'81% dei trattamenti complessivamente erogati e l'81% del tempo persona in trattamento totale.



**3.2.4** Tipologia trattamenti per tipologie utenti

La percentuale di utenti incidenti e di reingressi che ricevono almeno un trattamento metadonico a scalare è maggiore rispetto ai pazienti già in carico (65,7 e 64,5% vs il 49,0% dei prevalenti). Anche per quanto riguarda le terapie antagoniste, si osserva una percentuale maggiore di utenti incidenti (10,1 %) nei confronti dei prevalenti (6,5%) e dei reingressi (9,0%). Il pattern si modifica per quanto riguarda il metadone a mantenimento, con differenze minime tra le tipologie dell'utenza. Infatti il 67,2% degli incidenti riceve un trattamento metadonico a mantenimento nel periodo di osservazione, contro il 66,4% dei prevalenti ed il 62,9% dei reingressi.

Gli altri trattamenti prolungati, a eccezione del sostegno, fanno registrare differenze sensibili: infatti la psicoterapia, l'inserimento in comunità terapeutica residenziale e gli inserimenti lavorativi vengono erogati tra i prevalenti in percentuali sensibilmente superiori a quelle degli incidenti.

Incidono su una differenza così marcata sia la lunghezza del trattamento che presuppone tempi di rapporto col servizio non brevi, sia le modalità di reclutamento che hanno facilitato l'arruolamento dei prevalenti in trattamenti prolungati.

In sintesi: gli utenti incidenti ricevono più metadone a scalare e più naltrexone rispetto agli utenti già in carico, mentre questi ultimi ricevono più psicoterapia, sostegno e inserimento in strutture riabilitative. Il trattamento metadonico a mantenimento non fa registrare differenze di rilievo tra nuovi utenti e utenti seguiti da tempo (Tabella 26).

Trattamento	Incidenti		Reingressi		Prevalenti		Totale	
	% UTENTI (N=338)	TRT/UTENTI (n trt=1478)	% UTENTI (N=377)	TRT/UTENTI (n trt=1608)	% UTENTI (N=1982)	TRT/UTENTI (n trt=8606)	% UTENTI (N=2697)	TRT/UTENTI (n trt=11692)
Metadone Scalare	65,7	2,4	64,5	2,4	49,0	2,6	53,2	2,5
Metadone Mantenimento	67,2	1,9	62,9	1,8	66,4	1,9	66,0	1,9
Sintomatici/Antagonisti	2,7	1,2	3,5	1,2	3,1	1,1	3,1	1,2
Naltrexone	10,1	1,2	9,0	1,1	6,5	1,2	7,3	1,2
Sintomatici Non Sostitutivi	6,2	1,2	5,3	1,1	7,8	1,2	7,2	1,2
Psicoterapia	6,5	1,1	4,8	1,2	12,5	1,2	10,6	1,1
Comunità Terap Residenziale	13,9	1,2	21,2	1,2	27,1	1,2	24,6	1,2
Comunità Terap Semiresidenziale	4,4	1,0	4,2	1,1	4,6	1,1	4,5	1,1
Comunità Terap Prima Accoglienza	5,9	1,2	8,0	1,2	7,3	1,2	7,2	1,2
Consulenza	26,9	1,1	16,2	1,1	17,1	1,1	18,2	1,1
Sostegno/Accompagnamento	56,5	1,1	58,6	1,2	58,6	1,2	58,4	1,2
Informazione/Orientamento al Lavoro	1,8	1,0	2,1	1,0	3,4	1,1	3,0	1,0
Borse Lavoro/Inserimenti	0,9	1,0	1,3	1,0	4,8	1,1	3,9	1,1
Farmacologici non definiti	1,8	1,0	4,0	1,0	3,3	1,0	3,2	1,0
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>4,4</b>	<b>100</b>	<b>4,3</b>	<b>100</b>	<b>4,3</b>	<b>100</b>	<b>4,3</b>

Il confronto tra i dati piemontesi e quelli delle altre regioni d'Italia che hanno aderito allo studio mostra differenze rilevanti in tutte le tipologie di utenti, tra cui spiccano gli incidenti.

In Piemonte il metadone a mantenimento è prescritto a più dei due terzi complessivi della popolazione degli incidenti, contro il 42,9% nelle altre regioni.

Anche la comunità terapeutica residenziale e il centro crisi fanno registrare una marcata differenza (13,9% e 5,9% degli incidenti piemontesi contro il 9,5% e l'1,5% nelle altre regioni), mentre la

psicoterapia denota una tendenza opposta (6,5% vs 17,4% nel resto d'Italia).

I trattamenti metadonici a scalare e il sostegno/accompagnamento, infine, sono più frequenti tra la popolazione incidente piemontese rispetto alle altre regioni, ma in modo meno netto (65,7% vs 53,7% e 56,5% vs 45,4%, rispettivamente).

I reingressi mostrano un andamento più omogeneo per quanto riguarda i trattamenti metadonici, sia "a scalare", sia di mantenimento (con lieve prevalenza tra gli utenti piemontesi) e confermano il pattern prima individuato: più comunità residenziale, centro crisi e sostegno tra gli utenti piemontesi, più psicoterapia tra gli utenti delle altre regioni italiane.

Infine, i prevalenti hanno un profilo peculiare, rispetto alle prime due tipologie: una maggiore proporzione di trattamenti a mantenimento tra i prevalenti delle altre regioni italiane rispetto alla coorte piemontese (mentre tra incidenti e reingressi, lo ricordiamo, la tendenza era rovesciata), una maggiore proporzione di trattamenti metadonici a scalare dei prevalenti piemontesi (49,0% vs 37,7%), una proporzione di psicoterapie vicina (mentre tra incidenti e reingressi piemontesi questo trattamento veniva erogato in misura nettamente inferiore rispetto alle altre regioni).

Si conferma, infine, tra i prevalenti piemontesi, la maggiore proporzione di trattamenti comunitari residenziali, di comunità di prima accoglienza e di sostegno nei confronti dei prevalenti delle altre regioni aderenti allo studio. In particolare, è molto evidente la differenza relativa agli inserimenti in comunità residenziale, che rappresenta il 7,3% dei trattamenti complessivamente ricevuti ed il 27,1% dei prevalenti piemontesi contro il 4% dei trattamenti ed il 12,5% della popolazione dei prevalenti nel resto d'Italia (Tabella 27).

Trattamento	Incidenti		Reingressi		Prevalenti		Totale	
	% UTENTI (N=892)	TRT/UTENTI (n trt=2894)	% UTENTI (N=1566)	TRT/UTENTI (n trt=6038)	% UTENTI (N=5221)	TRT/UTENTI (n trt=19133)	% UTENTI (N=7679)	TRT/UTENTI (n trt=28065)
	Metadone Scalare	53,7	1,8	59,8	2,3	37,7	2,2	44,0
Metadone Mantenimento	42,9	1,5	55,7	1,6	73,3	1,6	66,2	1,6
Sintomatici/Antagonisti	9,5	1,2	7,2	1,5	3,6	1,2	5,0	1,3
Naltrexone	11,7	1,1	9,3	1,1	7,4	1,2	8,3	1,2
Sintomatici Non Sostitutivi	10,1	1,2	8,9	1,3	10,4	1,3	10,0	1,3
Psicoterapia	17,4	1,1	12,7	1,1	16,4	1,1	15,7	1,1
Comunità Terap Residenziale	9,5	1,1	10,7	1,1	12,5	1,2	11,8	1,2
Comunità Terap Semiresidenziale	1,9	1,0	1,6	1,1	2,5	1,1	2,3	1,1
Comunità Terap Prima Accoglienza	1,5	1,0	2,4	1,6	2,6	1,2	2,4	1,3
Consulenza	31,4	1,2	28,7	1,3	32,1	1,2	31,4	1,2
Sostegno/Accompagnamento	45,4	1,1	44,2	1,2	43,9	1,2	44,1	1,2
Informazione/Orientamento al Lavoro	1,9	1,0	1,5	1,0	4,4	1,0	3,5	1,0
Borse Lavoro/Inserimenti	1,0	1,1	1,1	1,0	5,4	1,1	4,0	1,1
Farmacologici non definiti	3,3	1,0	2,6	1,0	3,8	1,0	3,5	1,0
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>3,2</b>	<b>100</b>	<b>3,9</b>	<b>100</b>	<b>3,7</b>	<b>100</b>	<b>3,7</b>

### 3.2.5 Tipologia trattamenti per sesso

Le donne ricevono meno metadone a scalare (52%) e più metadone a mantenimento (68,1%) degli uomini (rispettivamente 53,5 e 65,5%), anche se le differenze appaiono lievi.

Agli uomini, invece, vengono erogati in misura percentualmente maggiore i trattamenti naltrexonici (7,7% contro il 5,2% delle donne) e l'inserimento in comunità terapeutica residenziale (25,2% vs il 21,9% delle donne). Il dato si capovolge per quanto riguarda la psicoterapia (14,7% delle donne verso il 9,7% degli uomini) e le comunità terapeutiche di prima accoglienza (9,4% di donne inserite, 6,7% per gli uomini).

Il sostegno fa registrare una leggera preminenza nelle donne, come pure gli inserimenti lavorativi (Tabella 28).

Nelle altre regioni italiane, gli uomini ricevono una proporzione leggermente più bassa di trattamenti metadonici, sia a scalare, sia a mantenimento.

Il naltrexone è maggiormente rappresentato tra gli uomini, la psicoterapia vede una netta predominanza tra le donne (23,6 vs 14,6% degli uomini).

L'inserimento in comunità non fa registrare variazioni di rilievo tra i sessi (al contrario della coorte piemontese), come pure il sostegno/accompagnamento.

TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO	Uomini		Donne	
	% UTENTI (N=2199)	TRT/UTENTI (n trt=9426)	% UTENTI (N=498)	TRT/UTENTI (n trt=2266)
Metadone Scalare	53,5	2,5	52,0	2,4
Metadone Mantenimento	65,5	1,9	68,1	2,1
Sintomatici/Antagonisti	3,1	1,2	3,0	1,1
Naltrexone	7,7	1,2	5,2	1,3
Sintomatici Non Sostitutivi	6,6	1,2	9,8	1,2
Psicoterapia	9,7	1,1	14,7	1,1
Comunità Terap Residenziale	25,2	1,2	21,9	1,1
Comunità Terap Semiresidenziale	4,7	1,1	3,8	1,1
Comunità Terap Prima Accoglienza	6,7	1,2	9,4	1,3
Consulenza	18,0	1,1	18,9	1,2
Sostegno/Accompagnamento	57,7	1,2	61,4	1,2
Informazione/Orientamento al Lavoro	2,7	1,0	4,2	1,1
Borse Lavoro/Inserimenti	3,7	1,0	4,6	1,1
Farmacologici non definiti	3,3	1,0	2,8	1,0
Totale	100	4,3	100	4,6

### 3.2.6 Tipologia trattamenti e precocità d'uso

Le terapie di mantenimento con metadone si distribuiscono in modo uniforme tra le varie classi di precocità d'uso.

Le terapie metadoniche a scalare, invece, fanno registrare una lieve preminenza degli assuntori più tardivi (dai 25 anni in su).

L'inserimento in comunità terapeutica residenziale vede la prevalenza degli assuntori più precoci (7,5% vs 4,7% degli utenti meno precoci).

Le altre tipologie di trattamento non fanno registrare variazioni di rilievo (Tabella 29). La dinamica è affine anche nelle altre regioni italiane.

	<17 anni		17-19 anni		20-24 anni		>24 anni		Missing	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Metadone Scalare	745	28,0	1338	30,6	1045	31,8	429	33,2	27	39,1
Metadone Mantenimento	797	29,9	1250	28,5	939	28,6	388	30,0	23	33,3
Sintomatici/Antagonisti	26	1,0	35	0,8	20	0,6	15	1,2	2	2,9
Naltrexone	45	1,7	86	2,0	78	2,4	28	2,2	0	0,0
Sintomatici Non Sostitutivi	41	1,5	86	2,0	68	2,1	31	2,4	1	1,5
Psicoterapia	66	2,5	116	2,7	104	3,2	28	2,2	1	1,5
Comunità Terap Residenziale	199	7,5	297	6,8	213	6,5	61	4,7	7	10,1
Comunità Terap Semiresidenziale	35	1,3	60	1,4	33	1,0	6	0,5	0	0,0
Comunità Terap Prima Accoglienza	61	2,3	94	2,2	59	1,8	21	1,6	0	0,0
Consulenza	117	4,4	211	4,8	155	4,7	63	4,9	4	5,8
Sostegno/Accompagnamento	454	17,0	703	16,1	506	15,4	190	14,7	3	4,4
Informazione/Orientamento al Lavoro	20	0,8	32	0,7	20	0,6	13	1,0	0	0,0
Borse Lavoro/Inserimenti	35	1,3	44	1,0	22	0,7	9	0,7	0	0,0
Farmacologici non definiti	24	0,9	28	0,6	23	0,7	11	0,9	1	1,5
Totale	2665	100	4380	100	3285	100	1293	100	69	100

### 3.2.7 Sistemazione abitativa e tipologia trattamenti

La sistemazione abitativa è stata codificata in quattro tipologie principali: pazienti in famiglia d'origine, residenza autonoma (che comprende chi vive da solo, con partner e/o figli o con amici), comunità e nessuna dimora stabile. Le terapie metadoniche si distribuiscono uniformemente tra le varie tipologie di sistemazione abitativa, ad eccezione, come è ovvio, dei pazienti inseriti in comunità, che pure ricevono un 11,2% di terapie scalari e, elemento ancora più significativo, l'11,1% di terapie di mantenimento (116 terapie su 1.048 episodi di trattamento complessivi per 73 pazienti). I pazienti senza dimora stabile non ricevono alcuna terapia con sintomatici ed antagonisti ambulatoriale, in struttura intermedia o in comunità, mentre vengono inseriti più di altri utenti in comunità terapeutiche semiresidenziali o inseriti al lavoro mediante percorsi d'integrazione. I pazienti residenti in comunità vengono trattati mediante sostegno/accompagnamento e psicoterapia in modo sensibilmente più alto delle altre tipologie. Infine, coloro che vivono presso la famiglia d'origine o in residenza autonoma (e che costituiscono la grande maggioranza degli arruolati) presentano una distribuzione dei trattamenti pressoché identica a quella dell'universo della coorte.

### 3.2.8 Tipologia trattamenti ed esito

Nel descrivere gli esiti dei trattamenti, è opportuno osservare che le tre categorie di esito individuate (trattamento completato o interruzione concordata, interruzione non concordata, trattamento che prosegue alla fine del periodo della rilevazione) costituiscono indicazioni relative alla compliance con il trattamento da parte dei pazienti piuttosto che veri indicatori di esito. Vale a dire, ci si trova davanti a giudizi di tipo clinico formulati dagli operatori piuttosto che a dati sull'andamento dei trattamenti. Occorre notare, inoltre, che trattamenti lunghi hanno una probabilità molto maggiore di essere ancora in corso allo scadere del periodo di osservazione rispetto ad altri trattamenti con un ciclo temporale più breve. Va segnalato, infine, che alcuni trattamenti vengono considerati propedeutici ad altre modalità d'intervento (il trattamento a scalare che precede un mantenimento, la comunità semiresidenziale o il centro crisi come fase preliminare alla comunità residenziale) e ciò influisce sulla valutazione dell'esito. Fatte queste precisazioni, emerge dai dati una prevalenza dell'interruzione concordata su quella non concordata, decisa unilateralmente dal paziente: infatti su 11.692 episodi di trattamento



complessivamente erogati, 5.589 (pari al 47,8%) vengono portati a termine o interrotti in modo consensuale tra operatori e pazienti, mentre le interruzioni non concordate, che comportano un ritiro del paziente dal trattamento, sono complessivamente 2.895, pari al 24,8% degli episodi complessivi. Le tipologie di trattamento che fanno registrare la maggiore compliance sono il trattamento metadonico a scalare (70,3% di interruzioni concordate), le terapie sintomatiche o antagoniste (67,3 % di interruzioni consensuali) e la comunità terapeutica semiresidenziale (61,2% di esito concordato). Incidono su una percentuale così elevata di conclusioni "positive" le caratteristiche dei trattamenti in oggetto, considerati spesso preparatori verso un trattamento successivo (mantenimento, comunità residenziale). Viceversa i trattamenti che presentano percentuali di interruzione non concordata più elevata sono il Naltrexone (45,6%), la comunità terapeutica di prima accoglienza (45,1%) e la comunità residenziale (37,7%). Sul Naltrexone incide probabilmente la percezione del farmaco come elemento che sterilizza il piacere provocato dalla sostanza, sulla comunità di prima accoglienza e sulla comunità residenziale le difficoltà del percorso intrapreso. Le terapie di mantenimento si situano in un abito intermedio: 47% di interruzione concordata a fronte di un 21% di interruzione decisa dal paziente, ma sulle terapie di metadone prolungate incide la percentuale di coloro che sono ancora in trattamento (30%). Escludendo quella quota di pazienti, gli esiti concordati costituiscono una percentuale più che doppia a quella delle interruzioni non concordate. Anche per quanto riguarda le psicoterapie, esiste una quota consistente (pari quasi alla metà dei pazienti) ancora in trattamento. Tuttavia, gli esiti concordati e non concordati si equivalgono e costituiscono circa un quarto degli esiti relativi ai pazienti in trattamento. Un andamento pressoché identico si registra per quanto concerne il sostegno/accompagnamento: un quarto di interruzioni decise di comune accordo, un quarto di interruzioni unilaterali e circa metà ancora in corso. Infine gli interventi rivolti alla preparazione o all'inserimento al lavoro fanno registrare una buona compliance. Circa la metà di pazienti "completa" il trattamento, a fronte di un quinto che lo interrompe ed un quarto che continua a riceverlo (Tabella 30).

Tabella 30 TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO ED ESITO TRATTAMENTO (N=11692)						
TIPOLOGIA TRATTAMENTO	INTERRUZ. CONCORDATA		INTERRUZ NON CONC.		TRATT. PROSEGUE	
	N	%	N	%	N	%
Metadone Scalare	2519	70,3	778	21,7	259	7,2
Metadone Mantenimento	1597	47,0	721	21,2	1018	30,0
Sintomatici/ Antagonisti	66	67,3	27	27,6	4	4,1
Naltrexone	86	36,3	108	45,6	42	17,7
Sintomatici Non Sostitutivi	95	41,9	51	22,5	79	34,8
Psicoterapia	83	26,3	83	26,3	146	46,3
Comunità Terap Residenziale	146	18,8	293	37,7	334	43,0
Comunità Terap Semiresidenziale	82	61,2	27	20,1	25	18,7
Comunità Terap Prima Accoglienza	105	44,7	106	45,1	24	10,2
Consulenza	232	42,2	152	27,6	157	28,5
Sostegno/ Accompagnamento	483	26,0	505	27,2	842	45,4
Informazione/Orientamento al Lavoro	45	52,9	20	23,5	20	23,5
Borse Lavoro/Inserimenti	50	45,5	24	21,8	33	30,0
<b>Totale</b>	<b>5589</b>	<b>47,8</b>	<b>2895</b>	<b>24,8</b>	<b>2983</b>	<b>25,5</b>

Rispetto alla coorte piemontese, nel resto d'Italia si osserva una percentuale minore di trattamenti interrotti in modo consensuale (35,7% degli episodi complessivamente registrati, a fronte del 47,8% del Piemonte) e una percentuale maggiore di interruzioni non concordate e trattamenti ancora in corso

(29,3% e 31,2%, rispettivamente). Nel dettaglio delle tipologie trattamentali, registrano percentuali sensibilmente minori di interruzione concordata il metadone a scalare (55,1% vs il 70,3% del Piemonte), il metadone a mantenimento (26,2% vs 47%), la comunità terapeutica residenziale (13,6% vs 18,8%), la comunità terapeutica semiresidenziale (28,7% vs 61,2%), la consulenza (29,3% vs 42,2%). Fanno registrare una tendenza inversa alcuni interventi psicologici e riabilitativi: la psicoterapia (32,2% di interruzioni concordate contro il 26,3% del Piemonte), e i trattamenti di orientamento al lavoro nonché di inserimento lavorativo (54,3% e 46,2%, rispettivamente, a fronte di percentuali poco inferiori del Piemonte).

### 3.2.9 Durata trattamenti

La durata media dei trattamenti presenta una grande variabilità in funzione del tipo di trattamento. In Piemonte, a fronte di una durata di 24 giorni per quanto concerne il venticiquantesimo percentile, 71 giorni per il cinquantesimo e 225 al settacinquesimo, si osserva una differenza molto marcata tra trattamenti lunghi e complessi e trattamenti brevi e puntuali. Ad esempio, la psicoterapia ha una distribuzione della sua durata di 125, 276 e 618 giorni in funzione del percentile considerato.

Colpisce che un quarto delle psicoterapie abbiano ormai una durata media superiore ai due anni, anche se probabilmente si tratta di un'utenza selezionata.

Specularmente, osserviamo che un quarto dei mantenimenti metadonici durano non più di 35 giorni, segno di interruzione precoce o di passaggio ad altro trattamento. Gli scalari, invece, hanno una distribuzione più congrua con l'esperienza clinica: 14 giorni al 25° percentile, una mediana di 24 giorni e 48 giorni al 75° percentile. Per quanto concerne il naltrexone, solo il 25% dei trattamenti completa un ciclo di sei mesi, con una media di 121,7 giorni. Il dato è congruo con l'alto numero di interruzioni non concordate rilevato in precedenza. La mediana per quanto riguarda i "centri crisi" è di 48 giorni, a riprova di un utilizzo di queste strutture per gestire momenti di difficoltà personali in previsione di nuove modalità trattamentali, mentre per le comunità residenziali è di 245 giorni, un periodo sufficientemente ampio per considerare il percorso avviato in modo non episodico. Infine, le consulenze, pur essendo in teoria un intervento che si attiva in momenti particolari, tendono a prolungarsi considerevolmente nel tempo: 47, 144, 388 giorni sono le risultanze dei percentili considerati (Tabella 31).

Tabella 31 TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO E DURATA DEL TRATTAMENTO (N=11692)				
TIPOLOGIA TRATTAMENTO	Durata (giorni)			Media
	25%	50%	75%	
Metadone Scalare	14,0	24,0	48,0	40,1
Metadone Mantenimento	35,0	100,0	252,0	200,0
Sintomatici/Antagonisti	5,0	8,0	15,0	31,5
Naltrexone	26,0	80,0	184,0	121,7
Sintomatici Non Sostitutivi	22,0	79,0	253,0	196,4
Psicoterapia	125,0	276,0	618,0	446,0
Comunità Terap Residenziale	75,0	245,0	584,0	347,7
Comunità Terap Semiresidenziale	47,0	107,0	214,0	172,3
Comunità Terap Prima Accoglienza	26,0	48,0	76,0	62,3
Consulenza	47,0	144,0	388,0	309,7
Sostegno/Accompagnamento	84,0	210,5	485,0	371,3
Informazione/Orientamento al Lavoro	31,0	98,0	198,0	195,7
Borse Lavoro/Inserimenti	114,0	183,0	325,0	254,7
Farmacologici non definiti	132,0	300,0	448,0	345,8
Totale	24,0	71,0	225,0	195,2

La durata media dei trattamenti nel resto delle regioni italiane è maggiore rispetto al Piemonte. Le durate fanno registrare la seguente distribuzione: 31 giorni al venticinquesimo percentile, 105 giorni al cinquantesimo e 305 al settantacinquesimo (24, 71 e 225, rispettivamente in Piemonte). Più in dettaglio, si osservano le seguenti differenze: una durata del mantenimento metadonico sensibilmente più lungo (50 giorni al percentile 25, 167 giorni al percentile 50, 440 al percentile 75), una maggiore durata del trattamento metadonico a scalare (14, 34 e 82 giorni vs 14, 24 e 48 giorni del Piemonte). La psicoterapia ed il sostegno, invece, fanno registrare classi di durata minori, come anche la comunità terapeutica residenziale (50, 165 e 427 giorni vs 75, 245 e 584 della coorte piemontese). La durata media più lunga è dunque ascrivibile ai trattamenti metadonici che rappresentano da soli più della metà dei trattamenti complessivamente erogati

### 3.3 PRIMO EPISODIO DI TRATTAMENTO

*A cura di Roberto Diecidue*

Il trattamento più utilizzato come primo trattamento è la disassuefazione con metadone: ne usufruisce il 35% degli incidenti e il 41% dei reingressi. Il mantenimento con metadone è utilizzato dal 27% degli incidenti e dal 23% dei reingressi. Il 27% degli incidenti e il 25% dei reingressi hanno usufruito in prima battuta di un trattamento psicosociale (15% e 18% sostegno individuale; 9% e 6% consulenza; 2% e 0,5% psicoterapia individuale; il rimanente ha usufruito di sostegno di gruppo o di coppia). Il 3% degli incidenti e il 4% dei reingressi vengono inviati in comunità residenziale o semi residenziale come primo trattamento (Tabella 32).

Tabella 32 ARRUOLATI PER TIPOLOGIA UTENTE E PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO								
Primo Trattamento	Tipologia Utente							
	Incidenti		Reingressi		Prevalenti		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Metadone Scalare	120	35,5	154	40,8	218	11,0	492	18,2
Metadone Mantenimento	93	27,5	88	23,3	696	35,1	877	32,5
Sint/Antag Ambulator./Domicil.	3	0,9	4	1,1	6	0,3	13	0,5
Naltrexone	9	2,7	9	2,4	31	1,6	49	1,8
Sintomatici Non Sostitutivi	5	1,5	2	0,5	17	0,9	24	0,9
Psicoterapia Individuale	6	1,8	2	0,5	103	5,2	111	4,1
Psicoterapia Familiare/Di Coppia	--	--	--	--	5	0,3	5	0,2
Psicoterapia Di Gruppo	--	--	--	--	2	0,1	2	0,1
Comunità Terap Residenziale	8	2,4	15	4,0	221	11,2	244	9,0
Comunità Terap Semiresidenziale	3	0,9	2	0,5	18	0,9	23	0,9
Comunità Terap Prima Accoglienza	1	0,3	--	--	13	0,7	14	0,5
Consulenza	29	8,6	22	5,8	121	6,1	172	6,4
Sost/Acc Individuale	52	15,4	67	17,8	437	22,0	556	20,6
Sost/Acc Familiare/Di Coppia	4	1,2	2	0,5	33	1,7	39	1,4
Sost/Acc Di Gruppo	1	0,3	1	0,3	14	0,7	16	0,6
Informazione/Orientam. al Lavoro	1	0,3	3	0,8	6	0,3	10	0,4
Borse Lavoro/Inserimenti	--	--	--	--	12	0,6	12	0,4
Farmacologici non definibili	3	0,9	6	1,6	29	1,5	38	1,4
<b>Totale</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	<b>377</b>	<b>100</b>	<b>1982</b>	<b>100</b>	<b>2697</b>	<b>100</b>

### **3.3.1** Caratteristiche degli utenti al primo trattamento

Vengono descritti i trattamenti che hanno coinvolto almeno il 4% dei soggetti per controllare l'instabilità delle stime legate ai piccoli numeri.

Per lo stesso motivo i risultati vengono discussi unicamente per il totale dei pazienti senza distinzione di tipologia: per i prevalenti si utilizza il trattamento in corso al momento dell'arruolamento.

Vengono presentate due tipi di analisi descrittive:

- l'utilizzo delle diverse tipologie di intervento come primo episodio di trattamento secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche;
- la distribuzione degli utenti secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche all'interno delle diverse tipologie di intervento come primo episodio di trattamento.

Analizzando l'utilizzo delle diverse tipologie di intervento come primo episodio di trattamento secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche si osserva quanto segue (Tabella 33).

Primo trattamento di disassuefazione con metadone:

- viene progressivamente meno usato all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT;
- viene usato in minore proporzione in chi ha usato cocaina, in chi ha una diagnosi psichiatrica, in chi ha avuto overdose e in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni;
- viene usato in maggiore proporzione in chi ha scambiato siringhe o parafernalia negli ultimi sei mesi rispetto a chi non si trova in questa condizione;
- viene progressivamente più usato all'aumentare dell'età di primo uso di eroina.

Primo trattamento di mantenimento con metadone:

- viene progressivamente più usato all'aumentare dell'età di primo uso di eroina, all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT;
- viene usato in minore proporzione in chi ha usato cocaina, in chi ha una diagnosi psichiatrica, e in chi è stato in carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi dodici mesi rispetto a chi non si trova in queste condizioni;
- viene usato in maggiore proporzione in chi ha avuto overdose, in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni.

Primo trattamento di psicoterapia individuale:

- viene progressivamente più usato all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'elevarsi del titolo di studio;
- viene usato in minore proporzione in chi ha usato cocaina e in chi è stato in carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi dodici mesi rispetto a chi non si trova in queste condizioni;
- viene usato in maggiore proporzione in chi ha una diagnosi psichiatrica rispetto a chi non si trova in questa condizione.

Primo trattamento di comunità terapeutica residenziale:

- viene progressivamente più usato all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT fino ai 4 anni quindi viene progressivamente meno usato;
- viene progressivamente meno usato all'aumentare dell'età di primo uso di eroina ed all'elevarsi del titolo di studio;
- viene usato in maggiore proporzione in chi ha usato cocaina, in chi è stato in carcere o ha avuto

problemi legali negli ultimi dodici mesi, in chi ha avuto overdose e in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni;

- viene usato in minore proporzione in chi ha scambiato siringhe o parafernalia negli ultimi sei mesi rispetto a chi non si trova in questa condizione: questo è probabilmente dovuto al fatto che l'intervista è stata effettuata a trattamento già iniziato.

Primo trattamento di consulenza:

- viene progressivamente meno usato all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT;
- viene usato in minore proporzione in chi ha una diagnosi psichiatrica e in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni.

Primo trattamento di sostegno o accompagnamento individuale:

- viene progressivamente meno usato all'aumentare della durata della tossicodipendenza, all'aumentare dell'età di primo uso di eroina e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT;
- viene usato in maggiore proporzione in chi è stato in carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi dodici mesi, in chi ha una diagnosi psichiatrica, in chi ha avuto overdose e in chi ha scambiato siringhe o parafernalia negli ultimi sei mesi rispetto a chi non si trova in queste condizioni;
- viene usato in minore proporzione in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in questa condizione.

Tabella 33

## ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER ALCUNE CARATTERISTICHE SOCIALI E CLINICHE

		Metadonico Scalare	Metadonico Mantenimento	Psicoterapia Individuale	Comunità Terap Residenziale	Consulenza	Sost/Acc Individuale	Totale
		%	%	%	%	%	%	N
<b>Titolo di studio</b>	Nessuno/Elementare	21,4	34,7	1,4	9,8	7,0	16,8	285
	Media Inferiore	17,9	31,8	4,0	9,7	6,0	21,6	2037
	Media Sup/Laurea	17,3	34,6	6,8	4,9	7,8	17,8	370
<b>Condizione lavorativa</b>	Occupato	17,6	36,0	5,3	5,0	6,6	19,1	1547
	Disoccupato	19,7	27,3	2,6	14,9	5,7	22,7	1054
	Non Professionale	11,4	31,4	2,9	8,6	11,4	24,3	70
<b>Durata tossicodipendenza</b>	≤ 2	30,2	17,9	1,9	0,0	10,4	24,5	106
	3-4	20,6	28,1	2,5	6,9	5,6	23,1	160
	≥ 5	17,5	33,4	4,4	9,5	6,2	20,4	2412
<b>Età primo uso</b>	≤ 16	16,5	29,6	4,1	10,6	7,1	23,5	605
	17-19	17,6	32,7	3,3	9,2	6,1	21,5	1001
	20-24	19,0	34,0	5,2	9,0	5,7	18,6	789
	≥ 25	21,9	33,9	4,2	4,9	7,1	18,0	283
<b>Intervallo dal primo accesso al SerT</b>	0 anni	22,3	23,6	5,0	5,0	10,5	26,8	220
	1-2 anni	20,6	24,4	2,9	9,1	7,8	23,9	451
	3-4 anni	16,2	29,1	4,2	12,9	8,0	20,6	402
	5-6 anni	15,8	33,8	5,7	9,5	5,2	21,8	349
	≥ 7 anni	17,8	39,3	3,7	8,3	4,8	17,9	1000
<b>Carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi</b>	Sì	17,0	28,9	2,1	13,5	6,4	24,0	886
	No	18,8	34,3	5,1	6,8	6,4	18,9	1811
<b>Cocaina</b>	Sì	16,0	30,9	3,3	12,3	6,8	21,3	1034
	No	19,9	33,1	4,8	7,2	5,8	20,5	1579
<b>Diagnosi psichiatrica</b>	Sì	14,0	26,6	9,8	9,8	3,5	24,5	143
	No	18,3	32,3	3,7	9,1	6,4	20,8	2123
<b>Overdose</b>	Sì	15,4	33,5	4,8	10,4	5,9	21,6	1207
	No	20,4	31,7	3,5	7,9	6,8	19,8	1434
<b>Siringhe/strumenti usati da altri negli ultimi 6 mesi</b>	Sì	22,3	33,2	3,3	4,0	6,0	22,3	449
	No	17,4	32,4	4,3	10,1	6,5	20,3	2248
<b>HIV</b>	Sì	11,5	44,5	3,0	10,5	3,5	19,0	200
	No	16,8	29,7	4,8	8,2	7,4	22,3	1671
<b>HBV</b>	Sì	15,7	35,1	4,5	9,6	5,6	20,0	1037
	No	19,1	26,5	4,4	7,7	8,2	23,4	928
<b>HCV</b>	Sì	16,0	31,8	4,7	10,1	6,0	21,4	1541
	No	20,1	29,7	3,3	5,2	8,8	21,5	478
<b>Totale</b>	%	18,2	32,5	4,1	9,1	6,4	20,6	--
	N	492	876	111	244	172	556	2696

Dalla Tabella 34 alla Tabella 46 si descrive invece la distribuzione degli utenti secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche all'interno delle diverse tipologie di intervento come primo episodio di trattamento.

**Titolo di studio:** il 13,0% dei soggetti in disassuefazione con metadone, il 22,5% dei soggetti indirizzato alla psicoterapia individuale, il 16,9% degli utenti in consulenza, l'11,9% degli utenti in sostegno/accompagnamento individuale, il 14,6% degli utenti in mantenimento e il 7,2% di quelli inviati in comunità terapeutica residenziale ha un titolo di studio di scuola media superiore o laurea (Tabella 34).

**Occupazione:** il 55,3% dei soggetti in disassuefazione con metadone, il 73,9% dei soggetti indirizzato alla psicoterapia individuale, il 59,3% degli utenti in consulenza, il 53,2% degli utenti in sostegno/accompagnamento individuale, il 63,5% degli utenti in mantenimento e il 32% di quelli inviati in comunità terapeutica residenziale è occupato (Tabella 35).

**Convivenza:** non emergono differenze rilevanti (Tabella 36). Nota: il 70% dei CT sono residenti in CT anche tra incidenti e reingressi: l'ipotesi più probabile è che l'intervista sia stata fatta a trattamento iniziato, questo spiegherebbe anche la bassa proporzione di scambio di siringhe nei 6 mesi precedenti tra i CT.

**Durata della tossicodipendenza:** tra gli utenti con una storia di tossicodipendenza inferiore ai 3 anni nessuno è stato inserito in comunità residenziale come primo trattamento (Tabella 37).

**Età primo uso eroina:** il 5,7% dei soggetti in comunità residenziale contro il 10-12% circa degli altri trattamenti ha una età di primo uso di eroina superiore ai 25 anni (Tabella 38).

**Durata dell'intervallo tra la prima presa in carico ad un SerT e l'inizio del primo episodio di trattamento osservato:** con l'aumentare della durata dell'intervallo dal primo trattamento al SerT, si osserva un maggiore utilizzo del MM e della CT residenziale come primo trattamento ed una diminuzione dell'utilizzo come primo trattamento del metadone scalare, della consulenza e del sostegno/accompagnamento. Non si osservano modifiche nell'uso della psicoterapia (Tabella 39).

**Almeno un carcere/ problemi legali nei 12 mesi precedenti:** il 30,7% dei soggetti in disassuefazione con metadone, il 17,1% dei soggetti indirizzato alla psicoterapia individuale, il 33,1% degli utenti in consulenza, il 38,3% degli utenti in sostegno/accompagnamento individuale, il 29,2% degli utenti in mantenimento e il 49,2% di quelli inviati in comunità terapeutica residenziale ha avuto almeno un episodio di carcerazione o un problema legale nei 12 mesi precedenti l'intervista (Tabella 40).

**Diagnosi psichiatrica:** al 12,6% dei soggetti indirizzato alla psicoterapia individuale è stata formulata una diagnosi psichiatrica contro il 3-6% dei soggetti inviati ad altri trattamenti. Questo potrebbe essere un effetto dell'essere in psicoterapia: a questi più facilmente viene posta una diagnosi prima dell'inizio o durante il percorso terapeutico (Tabella 41).

**Overdose:** il 37,8% dei soggetti in disassuefazione con metadone, il 52,3% dei soggetti indirizzato alla psicoterapia individuale, il 41,3% degli utenti in consulenza, il 46,9% degli utenti in sostegno/accompagnamento individuale, il 46,1% degli utenti in mantenimento e il 51,6% di quelli inviati in comunità terapeutica residenziale ha avuto almeno un episodio di overdose da eroina nella vita (Tabella 42).

**Avere avuto almeno un uso di siringhe o strumenti già usati da altri nei 6 mesi precedenti:** i soggetti inviati in comunità terapeutica hanno scambiato siringhe o strumenti in proporzione inferiore (7,4%) rispetto ai soggetti inviati agli altri trattamenti (13,5%-20,3%) (Tabella 43). Questo potrebbe essere dovuto all'essere il 70% dei trattati in comunità ivi residente, quindi l'intervista è stata fatta a trattamento iniziato.

**HIV:** il 10,1% degli utenti in mantenimento, l'8,6% di quelli comunità terapeutica, il 4,7% dei soggetti in disassuefazione con metadone, il 5,4% dei soggetti indirizzato alla psicoterapia individuale, il 4,1% degli utenti in consulenza, il 6,8% degli utenti in sostegno/accompagnamento individuale, è positivo al test anti HIV (Tabella 44).

Tabella 34

## ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER TITOLO DI STUDIO

Primo Trattamento	Titolo di studio						Missing	Totale
	Nessuno/ Elementare		Media Inferiore		Sup/ Laurea			
	N	%	N	%	N	%	N	N
<b>Incidenti</b>								
Metadone Scalare	21	17,5	78	65,0	19	15,8	2	120
Metadone Mantenimento	6	6,5	68	73,1	18	19,4	1	93
Psicoterapia Individuale		0,0	5	83,3	1	16,7		6
Comunità Terap Residenziale	2	25,0	5	62,5	1	12,5		8
Consulenza	2	6,9	18	62,1	9	31,0		29
Sost/Acc Individuale	4	7,7	36	69,2	12	23,1		52
<b>Totale</b>	<b>35</b>	<b>10,4</b>	<b>230</b>	<b>68,0</b>	<b>70</b>	<b>20,7</b>	<b>3</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>								
Metadone Scalare	18	11,7	125	81,2	11	7,1		154
Metadone Mantenimento	7	8,0	69	78,4	12	13,6		88
Psicoterapia Individuale		0,0	1	50,0	1	50,0		2
Comunità Terap Residenziale	3	20,0	11	73,3	1	6,7		15
Consulenza	5	22,7	14	63,6	3	13,6		22
Sost/Acc Individuale	7	10,4	55	82,1	5	7,5		67
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>11,9</b>	<b>292</b>	<b>77,5</b>	<b>40</b>	<b>10,6</b>		<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>								
Metadone Scalare	22	10,1	162	74,3	34	15,6		218
Metadone Mantenimento	86	12,4	511	73,4	98	14,1	1	696
Psicoterapia Individuale	4	3,9	76	73,8	23	22,3		103
Comunità Terap Residenziale	23	10,4	182	82,4	16	7,2		221
Consulenza	13	10,7	91	75,2	17	14,0		121
Sost/Acc Individuale	37	8,5	350	80,1	49	11,2	1	437
<b>Totale</b>	<b>205</b>	<b>10,3</b>	<b>1515</b>	<b>76,5</b>	<b>260</b>	<b>13,1</b>	<b>1</b>	<b>1981</b>
<b>Totale</b>								
Metadone Scalare	61	12,4	365	74,2	64	13,0	2	492
Metadone Mantenimento	99	11,3	648	74,0	128	14,6	1	876
Psicoterapia Individuale	4	3,6	82	73,9	25	22,5		111
Comunità Terap Residenziale	28	11,5	198	81,1	18	7,4		244
Consulenza	20	11,6	123	71,5	29	16,9	-	172
Sost/Acc Individuale	48	8,6	441	79,3	66	11,9	1	556
<b>Totale</b>	<b>285</b>	<b>10,6</b>	<b>2037</b>	<b>75,6</b>	<b>370</b>	<b>13,7</b>	<b>4</b>	<b>2696</b>



Tabella 35

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO  
E PER CONDIZIONE LAVORATIVA**

Primo Trattamento	Condizione lavorativa							Totale
	Occupato		Disoccupato		Non Professionale		Missing	
	N	%	N	%	N	%	N	
<b>Incidenti</b>								
Metadone Scalare	68	56,7	47	39,2	2	1,7	3	120
Metadone Mantenimento	61	65,6	26	28,0	3	3,2	3	93
Psicoterapia Individuale	6	100,0		0,0		0,0	0	6
Comunità Terap Residenziale	2	25,0	6	75,0		0,0	0	8
Consulenza	16	55,2	11	37,9	1	3,4	1	29
Sost/Acc Individuale	28	53,8	21	40,4	3	5,8	0	52
<b>Totale</b>	<b>205</b>	<b>60,7</b>	<b>116</b>	<b>34,3</b>	<b>10</b>	<b>3,0</b>	<b>7</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>								
Metadone Scalare	78	50,6	72	46,8	3	1,9	1	154
Metadone Mantenimento	39	44,3	46	52,3	3	3,4	0	88
Psicoterapia Individuale	1	50,0	1	50,0		0,0	0	2
Comunità Terap Residenziale	3	20,0	11	73,3	1	6,7	0	15
Consulenza	10	45,5	9	40,9	2	9,1	1	22
Sost/Acc Individuale	34	50,7	29	43,3	3	4,5	1	67
<b>Totale</b>	<b>180</b>	<b>47,7</b>	<b>179</b>	<b>47,5</b>	<b>15</b>	<b>4,0</b>	<b>3</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>								
Metadone Scalare	126	57,8	89	40,8	3	1,4	0	218
Metadone Mantenimento	457	65,7	216	31,0	16	2,3	7	696
Psicoterapia Individuale	75	72,8	26	25,2	2	1,9	0	103
Comunità Terap Residenziale	73	33,0	140	63,3	5	2,3	3	221
Consulenza	76	62,8	40	33,1	5	4,1	0	121
Sost/Acc Individuale	234	53,5	189	43,2	11	2,5	3	437
<b>Totale</b>	<b>1162</b>	<b>58,6</b>	<b>759</b>	<b>38,3</b>	<b>45</b>	<b>2,3</b>	<b>16</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>								
Metadone Scalare	272	55,3	208	42,3	8	1,6	4	492
Metadone Mantenimento	557	63,5	288	32,8	22	2,5	10	877
Psicoterapia Individuale	82	73,9	27	24,3	2	1,8	0	111
Comunità Terap Residenziale	78	32,0	157	64,3	6	2,5	3	244
Consulenza	102	59,3	60	34,9	8	4,7	2	172
Sost/Acc Individuale	296	53,2	239	43,0	17	3,1	4	556
<b>Totale</b>	<b>1547</b>	<b>57,4</b>	<b>1054</b>	<b>39,1</b>	<b>70</b>	<b>2,6</b>	<b>26</b>	<b>2697</b>

Tabella 36

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER SISTEMAZIONE ABITATIVA**

Primo Trattamento	Sistemazione abitativa									
	Famiglia Origine		Residenza Autonoma*		Comunità		Nessuna Dimora Stabile		Missing	Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
<b>Incidenti</b>										
Metadone Scalare	60	50,0	49	40,8	2	1,7	7	5,8	2	120
Metadone Mantenimento	48	51,6	39	41,9		0,0	5	5,4	1	93
Psicoterapia Individuale	4	66,7	2	33,3		0,0		0,0	0	6
Comunità Terap Residenziale	2	25,0		0,0	5	62,5	1	12,5	0	8
Consulenza	20	69,0	8	27,6	1	3,4		0,0	0	29
Sost/Acc Individuale	27	51,9	17	32,7	5	9,6	3	5,8	0	52
<b>Totale</b>	<b>180</b>	<b>53,3</b>	<b>123</b>	<b>36,4</b>	<b>16</b>	<b>4,7</b>	<b>16</b>	<b>4,7</b>	<b>3</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>										
Metadone Scalare	86	55,8	56	36,4	6	3,9	5	3,2	1	154
Metadone Mantenimento	39	44,3	35	39,8	6	6,8	8	9,1	0	88
Psicoterapia Individuale		0,0	2	100,0		0,0		0,0	0	2
Comunità Terap Residenziale	4	26,7		0,0	11	73,3		0,0	0	15
Consulenza	12	54,5	9	40,9	1	4,5		0,0	0	22
Sost/Acc Individuale	36	53,7	17	25,4	11	16,4	2	3,0	1	67
<b>Totale</b>	<b>191</b>	<b>50,7</b>	<b>131</b>	<b>34,7</b>	<b>37</b>	<b>9,8</b>	<b>16</b>	<b>4,2</b>	<b>2</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>										
Metadone Scalare	114	52,3	87	39,9	8	3,7	8	3,7	1	218
Metadone Mantenimento	335	48,1	336	48,3	10	1,4	12	1,7	3	696
Psicoterapia Individuale	43	41,7	48	46,6	11	10,7	1	1,0	0	103
Comunità Terap Residenziale	30	13,6	34	15,4	155	70,1	1	0,5	1	221
Consulenza	54	44,6	50	41,3	13	10,7	4	3,3	0	121
Sost/Acc Individuale	207	47,4	152	34,8	64	14,6	12	2,7	2	437
<b>Totale</b>	<b>873</b>	<b>44,0</b>	<b>788</b>	<b>39,8</b>	<b>271</b>	<b>13,7</b>	<b>43</b>	<b>2,2</b>	<b>7</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>										
Metadone Scalare	260	52,8	192	39,0	16	3,3	20	4,1	4	492
Metadone Mantenimento	422	48,1	410	46,8	16	1,8	25	2,9	4	877
Psicoterapia Individuale	47	42,3	52	46,8	11	9,9	1	0,9	0	111
Comunità Terap Residenziale	36	14,8	34	13,9	171	70,1	2	0,8	1	244
Consulenza	86	50,0	67	39,0	15	8,7	4	2,3	0	172
Sost/Acc Individuale	270	48,6	186	33,5	80	14,4	17	3,1	3	556
<b>Totale</b>	<b>1244</b>	<b>46,1</b>	<b>1042</b>	<b>38,6</b>	<b>324</b>	<b>12,0</b>	<b>75</b>	<b>2,8</b>	<b>12</b>	<b>2697</b>

\* Famiglia propria/ solo/ con amici

Tabella 37

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER LUNGHEZZA DELLA TOSSICODIPENDENZA**

Primo Trattamento	Lunghezza tossicodipendenza							Totale N
	≤ 2		3-4		≥ 5		Missing	
	N	%	N	%	N	%	N	
<b>Incidenti</b>								
Metadone Scalare	24	20,0	11	9,2	85	70,8		120
Metadone Mantenimento	8	8,6	9	9,7	76	81,7		93
Psicoterapia Individuale	1	16,7	1	16,7	4	66,7		6
Comunità Terap Residenziale		0,0	1	12,5	7	87,5		8
Consulenza	6	20,7	2	6,9	20	69,0	1	29
Sost/Acc Individuale	13	25,0	5	9,6	34	65,4		52
<b>Totale</b>	<b>58</b>	<b>17,2</b>	<b>36</b>	<b>10,7</b>	<b>243</b>	<b>71,9</b>	<b>1</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>								
Metadone Scalare	3	1,9	11	7,1	138	89,6	2	154
Metadone Mantenimento	1	1,1	7	8,0	79	89,8	1	88
Psicoterapia Individuale		0,0		0,0	2	100,0		2
Comunità Terap Residenziale		0,0		0,0	14	93,3	1	15
Consulenza	1	4,5	1	4,5	20	90,9		22
Sost/Acc Individuale	3	4,5	2	3,0	62	92,5		67
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>2,9</b>	<b>22</b>	<b>5,8</b>	<b>340</b>	<b>90,2</b>	<b>4</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>								
Metadone Scalare	5	2,3	11	5,0	200	91,7	2	218
Metadone Mantenimento	10	1,4	29	4,2	651	93,5	6	696
Psicoterapia Individuale	1	1,0	3	2,9	99	96,1		103
Comunità Terap Residenziale		0,0	10	4,5	209	94,6	2	221
Consulenza	4	3,3	6	5,0	109	90,1	2	121
Sost/Acc Individuale	10	2,3	30	6,9	396	90,6	1	437
<b>Totale</b>	<b>37</b>	<b>1,9</b>	<b>102</b>	<b>5,1</b>	<b>1829</b>	<b>92,3</b>	<b>14</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>								
Metadone Scalare	32	6,5	33	6,7	423	86,0	4	492
Metadone Mantenimento	19	2,2	45	5,1	806	91,9	7	877
Psicoterapia Individuale	2	1,8	4	3,6	105	94,6		111
Comunità Terap Residenziale		0,0	11	4,5	230	94,3	3	244
Consulenza	11	6,4	9	5,2	149	86,6	3	172
Sost/Acc Individuale	26	4,7	37	6,7	492	88,5	1	556
<b>Totale</b>	<b>106</b>	<b>3,9</b>	<b>160</b>	<b>5,9</b>	<b>2412</b>	<b>89,4</b>	<b>19</b>	<b>2697</b>

Tabella 38

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER ETÀ DI PRIMO USO DI HEROINA**

Primo Trattamento	Età primo uso eroina						Missing N	Totale N		
	≤ 16		17-19		20-24				≥ 25	
	N	%	N	%	N	%			N	%
<b>Incidenti</b>										
Metadone Scalare	25	20,8	41	34,2	32	26,7	22	18,3	120	
Metadone Mantenimento	17	18,3	35	37,6	28	30,1	13	14,0	93	
Psicoterapia Individuale	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7	6	
Comunità Terap Residenziale		0,0	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	
Consulenza	6	20,7	10	34,5	9	31,0	3	10,3	29	
Sost/Acc Individuale	9	17,3	20	38,5	17	32,7	6	11,5	52	
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>18,0</b>	<b>122</b>	<b>36,1</b>	<b>105</b>	<b>31,1</b>	<b>49</b>	<b>14,5</b>	<b>338</b>	
<b>Reingressi</b>										
Metadone Scalare	43	27,9	53	34,4	41	26,6	15	9,7	154	
Metadone Mantenimento	21	23,9	35	39,8	24	27,3	7	8,0	88	
Psicoterapia Individuale		0,0		0,0	1	50,0	1	50,0	2	
Comunità Terap Residenziale	4	26,7	5	33,3	4	26,7	1	6,7	15	
Consulenza	8	36,4	6	27,3	5	22,7	3	13,6	22	
Sost/Acc Individuale	18	26,9	35	52,2	10	14,9	4	6,0	67	
<b>Totale</b>	<b>101</b>	<b>26,8</b>	<b>146</b>	<b>38,7</b>	<b>92</b>	<b>24,4</b>	<b>34</b>	<b>9,0</b>	<b>377</b>	
<b>Prevalenti</b>										
Metadone Scalare	32	14,7	82	37,6	77	35,3	25	11,5	218	
Metadone Mantenimento	141	20,3	257	36,9	216	31,0	76	10,9	696	
Psicoterapia Individuale	24	23,3	31	30,1	38	36,9	10	9,7	103	
Comunità Terap Residenziale	60	27,1	86	38,9	61	27,6	12	5,4	221	
Consulenza	29	24,0	45	37,2	31	25,6	14	11,6	121	
Sost/Acc Individuale	115	26,3	160	36,6	120	27,5	41	9,4	437	
<b>Totale</b>	<b>443</b>	<b>22,4</b>	<b>733</b>	<b>37,0</b>	<b>592</b>	<b>29,9</b>	<b>200</b>	<b>10,1</b>	<b>1982</b>	
<b>Totale</b>										
Metadone Scalare	100	20,3	176	35,8	150	30,5	62	12,6	492	
Metadone Mantenimento	179	20,4	327	37,3	268	30,6	96	10,9	877	
Psicoterapia Individuale	25	22,5	33	29,7	41	36,9	12	10,8	111	
Comunità Terap Residenziale	64	26,2	92	37,7	71	29,1	14	5,7	244	
Consulenza	43	25,0	61	35,5	45	26,2	20	11,6	172	
Sost/Acc Individuale	142	25,5	215	38,7	147	26,4	51	9,2	556	
<b>Totale</b>	<b>605</b>	<b>22,4</b>	<b>1001</b>	<b>37,1</b>	<b>789</b>	<b>29,3</b>	<b>283</b>	<b>10,5</b>	<b>2697</b>	

Tabella 39

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER INTERVALLO DAL PRIMO ACCESSO AL SERT**

Primo Trattamento	Intervallo dal primo accesso al SerT											
	0 anni		1-2 anni		3-4 anni		5-6 anni		≥ 7 anni		Missing	Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
<b>Incidenti</b>												
Metadone Scalare	33	27,5	32	26,7	7	5,8	6	5,0	19	15,8	23	120
Metadone Mantenimento	21	22,6	16	17,2	14	15,1	8	8,6	22	23,7	12	93
Psicoterapia Individuale	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	6
Comunità Terap Residenziale	1	12,5	3	37,5	1	12,5	1	12,5	2	25,0	0	8
Consulenza	10	34,5	9	31,0	2	6,9	1	3,4	2	6,9	5	29
Sost/Acc Individuale	14	26,9	22	42,3	5	9,6	3	5,8	7	13,5	1	52
<b>Totale</b>	<b>89</b>	<b>26,3</b>	<b>92</b>	<b>27,2</b>	<b>33</b>	<b>9,8</b>	<b>19</b>	<b>5,6</b>	<b>57</b>	<b>16,9</b>	<b>48</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>												
Metadone Scalare	4	2,6	15	9,7	33	21,4	21	13,6	72	46,8	9	154
Metadone Mantenimento	2	2,3	12	13,6	18	20,5	12	13,6	38	43,2	6	88
Psicoterapia Individuale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	2
Comunità Terap Residenziale	1	6,7	4	26,7	2	13,3	0	0,0	6	40,0	2	15
Consulenza	0	0,0	3	13,6	6	27,3	4	18,2	8	36,4	1	22
Sost/Acc Individuale	5	7,5	8	11,9	13	19,4	8	11,9	28	41,8	5	67
<b>Totale</b>	<b>13</b>	<b>3,4</b>	<b>45</b>	<b>11,9</b>	<b>77</b>	<b>20,4</b>	<b>51</b>	<b>13,5</b>	<b>166</b>	<b>44,0</b>	<b>25</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>												
Metadone Scalare	12	5,5	46	21,1	25	11,5	28	12,8	87	39,9	20	218
Metadone Mantenimento	29	4,2	82	11,8	85	12,2	98	14,1	333	47,8	69	696
Psicoterapia Individuale	6	5,8	12	11,7	17	16,5	20	19,4	35	34,0	13	103
Comunità Terap Residenziale	9	4,1	34	15,4	49	22,2	32	14,5	75	33,9	22	221
Consulenza	13	10,7	23	19,0	24	19,8	13	10,7	38	31,4	10	121
Sost/Acc Individuale	40	9,2	78	17,8	65	14,9	65	14,9	144	33,0	45	437
<b>Totale</b>	<b>118</b>	<b>6,0</b>	<b>314</b>	<b>15,8</b>	<b>292</b>	<b>14,7</b>	<b>279</b>	<b>14,1</b>	<b>777</b>	<b>39,2</b>	<b>202</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>												
Metadone Scalare	49	10,0	93	18,9	65	13,2	55	11,2	178	36,2	52	492
Metadone Mantenimento	52	5,9	110	12,5	117	13,3	118	13,5	393	44,8	87	877
Psicoterapia Individuale	11	9,9	13	11,7	17	15,3	20	18,0	37	33,3	13	111
Comunità Terap Residenziale	11	4,5	41	16,8	52	21,3	33	13,5	83	34,0	24	244
Consulenza	23	13,4	35	20,3	32	18,6	18	10,5	48	27,9	16	172
Sost/Acc Individuale	59	10,6	108	19,4	83	14,9	76	13,7	179	32,2	51	556
<b>Totale</b>	<b>220</b>	<b>8,2</b>	<b>451</b>	<b>16,7</b>	<b>402</b>	<b>14,9</b>	<b>349</b>	<b>12,9</b>	<b>1000</b>	<b>37,1</b>	<b>275</b>	<b>2697</b>

**Tabella 40**
**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER AVER AVUTO ALMENO UN EPISODIO DI CARCERAZIONE O PROBLEMI LEGALI NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA**

Primo Trattamento	Problemi Legali / Carcere				Totale N
	Sì		No		
	N	%	N	%	
<b>Incidenti</b>					
Metadone Scalare	28	23,3	92	76,7	120
Metadone Mantenimento	31	33,3	62	66,7	93
Psicoterapia Individuale		0,0	6	100,0	6
Comunità Terap Residenziale	4	50,0	4	50,0	8
Consulenza	8	27,6	21	72,4	29
Sost/Acc Individuale	16	30,8	36	69,2	52
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>27,8</b>	<b>244</b>	<b>72,2</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>					
Metadone Scalare	50	32,5	104	67,5	154
Metadone Mantenimento	38	43,2	50	56,8	88
Psicoterapia Individuale		0,0	2	100,0	2
Comunità Terap Residenziale	10	66,7	5	33,3	15
Consulenza	9	40,9	13	59,1	22
Sost/Acc Individuale	33	49,3	34	50,7	67
<b>Totale</b>	<b>152</b>	<b>40,3</b>	<b>225</b>	<b>59,7</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>					
Metadone Scalare	73	33,5	145	66,5	218
Metadone Mantenimento	187	26,9	509	73,1	696
Psicoterapia Individuale	19	18,4	84	81,6	103
Comunità Terap Residenziale	106	48,0	115	52,0	221
Consulenza	40	33,1	81	66,9	121
Sost/Acc Individuale	164	37,5	273	62,5	437
<b>Totale</b>	<b>640</b>	<b>32,3</b>	<b>1342</b>	<b>67,7</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>					
Metadone Scalare	151	30,7	341	69,3	492
Metadone Mantenimento	256	29,2	621	70,8	877
Psicoterapia Individuale	19	17,1	92	82,9	111
Comunità Terap Residenziale	120	49,2	124	50,8	244
Consulenza	57	33,1	115	66,9	172
Sost/Acc Individuale	213	38,3	343	61,7	556
<b>Totale</b>	<b>886</b>	<b>32,9</b>	<b>1811</b>	<b>67,1</b>	<b>2697</b>

Tabella 41

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER AVERE AVUTO UNA DIAGNOSI PSICHIATRICA FORMULATA**

Primo Trattamento	Diagnosi Psichiatrica					
	Sì		No		Missing	Totale
	N	%	N	%	N	N
<b>Incidenti</b>						
Metadone Scalare	5	4,2	88	73,3	27	120
Metadone Mantenimento	5	5,4	62	66,7	26	93
Psicoterapia Individuale		0,0	3	50,0	3	6
Comunità Terap Residenziale	1	12,5	6	75,0	1	8
Consulenza	1	3,4	22	75,9	6	29
Sost/Acc Individuale	3	5,8	40	76,9	9	52
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>4,7</b>	<b>243</b>	<b>71,9</b>	<b>79</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>						
Metadone Scalare	5	3,2	128	83,1	21	154
Metadone Mantenimento	2	2,3	73	83,0	13	88
Psicoterapia Individuale		0,0	2	100,0	0	2
Comunità Terap Residenziale	1	6,7	12	80,0	2	15
Consulenza		0,0	21	95,5	1	22
Sost/Acc Individuale	3	4,5	49	73,1	15	67
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>3,7</b>	<b>308</b>	<b>81,7</b>	<b>55</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>						
Metadone Scalare	10	4,6	172	78,9	36	218
Metadone Mantenimento	31	4,5	551	79,2	114	696
Psicoterapia Individuale	14	13,6	74	71,8	15	103
Comunità Terap Residenziale	12	5,4	175	79,2	34	221
Consulenza	4	3,3	93	76,9	24	121
Sost/Acc Individuale	29	6,6	352	80,5	56	437
<b>Totale</b>	<b>113</b>	<b>5,7</b>	<b>1572</b>	<b>79,3</b>	<b>297</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>						
Metadone Scalare	20	4,1	388	78,9	84	492
Metadone Mantenimento	38	4,3	686	78,2	153	877
Psicoterapia Individuale	14	12,6	79	71,2	18	111
Comunità Terap Residenziale	14	5,7	193	79,1	37	244
Consulenza	5	2,9	136	79,1	31	172
Sost/Acc Individuale	35	6,3	441	79,3	80	556
<b>Totale</b>	<b>143</b>	<b>5,3</b>	<b>2123</b>	<b>78,7</b>	<b>431</b>	<b>2697</b>

Tabella 42

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER AVERE AVUTO ALMENO UNA OVERDOSE NELLA VITA**

Primo Trattamento	Overdose					Totale N
	Si		No		Missing N	
	N	%	N	%		
<b>Incidenti</b>						
Metadone Scalare	31	25,8	86	71,7	3	120
Metadone Mantenimento	37	39,8	55	59,1	1	93
Psicoterapia Individuale	2	33,3	4	66,7	0	6
Comunità Terap Residenziale	2	25,0	6	75,0	0	8
Consulenza	8	27,6	20	69,0	1	29
Sost/Acc Individuale	19	36,5	30	57,7	3	52
<b>Totale</b>	<b>105</b>	<b>31,1</b>	<b>225</b>	<b>66,6</b>	<b>8</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>						
Metadone Scalare	68	44,2	80	51,9	6	154
Metadone Mantenimento	40	45,5	43	48,9	5	88
Psicoterapia Individuale	2	100,0		0,0	0	2
Comunità Terap Residenziale	3	20,0	12	80,0	0	15
Consulenza	9	40,9	12	54,5	1	22
Sost/Acc Individuale	34	50,7	33	49,3	0	67
<b>Totale</b>	<b>171</b>	<b>45,4</b>	<b>194</b>	<b>51,5</b>	<b>12</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>						
Metadone Scalare	87	39,9	127	58,3	4	218
Metadone Mantenimento	327	47,0	357	51,3	12	696
Psicoterapia Individuale	54	52,4	46	44,7	3	103
Comunità Terap Residenziale	121	54,8	95	43,0	5	221
Consulenza	54	44,6	66	54,5	1	121
Sost/Acc Individuale	208	47,6	221	50,6	8	437
<b>Totale</b>	<b>931</b>	<b>47,0</b>	<b>1015</b>	<b>51,2</b>	<b>36</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>						
Metadone Scalare	186	37,8	293	59,6	13	492
Metadone Mantenimento	404	46,1	455	51,9	18	877
Psicoterapia Individuale	58	52,3	50	45,0	3	111
Comunità Terap Residenziale	126	51,6	113	46,3	5	244
Consulenza	71	41,3	98	57,0	3	172
Sost/Acc Individuale	261	46,9	284	51,1	11	556
<b>Totale</b>	<b>1207</b>	<b>44,8</b>	<b>1434</b>	<b>53,2</b>	<b>56</b>	<b>2697</b>



Tabella 43

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO  
E PER AVERE SCAMBIATO SIRINGHE/STRUMENTI NEI 6 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA**

Primo Trattamento	Almeno un Uso Siringhe/Strumenti nei 6 mesi precedenti				
	Sì		No		Totale N
	N	%	N	%	
<b>Incidenti</b>					
Metadone Scalare	25,8	31	74,2	89	120
Metadone Mantenimento	28,0	26	72,0	67	93
Psicoterapia Individuale	16,7	1	83,3	5	6
Comunità Terap Residenziale	12,5	1	87,5	7	8
Consulenza	20,7	6	79,3	23	29
Sost/Acc Individuale	17,3	9	82,7	43	52
<b>Totale</b>	<b>22,8</b>	<b>77</b>	<b>77,2</b>	<b>261</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>					
Metadone Scalare	22,1	34	77,9	120	154
Metadone Mantenimento	19,3	17	80,7	71	88
Psicoterapia Individuale	0,0		100,0	2	2
Comunità Terap Residenziale	6,7	1	93,3	14	15
Consulenza	9,1	2	90,9	20	22
Sost/Acc Individuale	23,9	16	76,1	51	67
<b>Totale</b>	<b>20,2</b>	<b>76</b>	<b>79,8</b>	<b>301</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>					
Metadone Scalare	16,1	35	83,9	183	218
Metadone Mantenimento	15,2	106	84,8	590	696
Psicoterapia Individuale	13,6	14	86,4	89	103
Comunità Terap Residenziale	7,2	16	92,8	205	221
Consulenza	15,7	19	84,3	102	121
Sost/Acc Individuale	17,2	75	82,8	362	437
<b>Totale</b>	<b>14,9</b>	<b>296</b>	<b>85,1</b>	<b>1686</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>					
Metadone Scalare	20,3	100	79,7	392	492
Metadone Mantenimento	17,0	149	83,0	728	877
Psicoterapia Individuale	13,5	15	86,5	96	111
Comunità Terap Residenziale	7,4	18	92,6	226	244
Consulenza	15,7	27	84,3	145	172
Sost/Acc Individuale	18,0	100	82,0	456	556
<b>Totale</b>	<b>16,6</b>	<b>449</b>	<b>83,4</b>	<b>2248</b>	<b>2697</b>

Tabella 44

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER POSITIVITÀ HIV**

Primo Trattamento	HIV						
	Sì		No		Missing		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
<b>Incidenti</b>							
Metadone Scalare	6	5,0	50	41,7	64	53,3	120
Metadone Mantenimento	3	3,2	50	53,8	40	43,0	93
Psicoterapia Individuale		0,0	3	50,0	3	50,0	6
Comunità Terap Residenziale		0,0	6	75,0	2	25,0	8
Consulenza		0,0	20	69,0	9	31,0	29
Sost/Acc Individuale	2	3,8	34	65,4	16	30,8	52
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>3,6</b>	<b>187</b>	<b>55,3</b>	<b>139</b>	<b>41,1</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>							
Metadone Scalare	5	3,2	95	61,7	54	35,1	154
Metadone Mantenimento	5	5,7	51	58,0	32	36,4	88
Psicoterapia Individuale		0,0	2	100,0	0	0,0	2
Comunità Terap Residenziale	1	6,7	11	73,3	3	20,0	15
Consulenza	2	9,1	13	59,1	7	31,8	22
Sost/Acc Individuale	5	7,5	43	64,2	19	28,4	67
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>4,8</b>	<b>236</b>	<b>62,6</b>	<b>123</b>	<b>32,6</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>							
Metadone Scalare	12	5,5	136	62,4	70	32,1	218
Metadone Mantenimento	81	11,6	396	56,9	219	31,5	696
Psicoterapia Individuale	6	5,8	75	72,8	22	21,4	103
Comunità Terap Residenziale	20	9,0	120	54,3	81	36,7	221
Consulenza	5	4,1	91	75,2	25	20,7	121
Sost/Acc Individuale	31	7,1	295	67,5	111	25,4	437
<b>Totale</b>	<b>170</b>	<b>8,6</b>	<b>1248</b>	<b>63,0</b>	<b>564</b>	<b>28,5</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>							
Metadone Scalare	23	4,7	281	57,1	188	38,2	492
Metadone Mantenimento	89	10,1	497	56,7	291	33,2	877
Psicoterapia Individuale	6	5,4	80	72,1	25	22,5	111
Comunità Terap Residenziale	21	8,6	137	56,1	86	35,2	244
Consulenza	7	4,1	124	72,1	41	23,8	172
Sost/Acc Individuale	38	6,8	372	66,9	146	26,3	556
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>7,4</b>	<b>1671</b>	<b>62,0</b>	<b>826</b>	<b>30,6</b>	<b>2697</b>

Tabella 45

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER POSITIVITÀ HBV**

Primo Trattamento	HBV						
	Sì		No		Missing		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
<b>Incidenti</b>							
Metadone Scalare	18	15,0	47	39,2	55	45,8	120
Metadone Mantenimento	23	24,7	32	34,4	38	40,9	93
Psicoterapia Individuale	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6
Comunità Terap Residenziale	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8
Consulenza	7	24,1	14	48,3	8	27,6	29
Sost/Acc Individuale	12	23,1	23	44,2	17	32,7	52
<b>Totale</b>	<b>74</b>	<b>21,9</b>	<b>136</b>	<b>40,2</b>	<b>128</b>	<b>37,9</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>							
Metadone Scalare	54	35,1	59	38,3	41	26,6	154
Metadone Mantenimento	31	35,2	28	31,8	29	33,0	88
Psicoterapia Individuale	2	100,0		0,0	0	0,0	2
Comunità Terap Residenziale	4	26,7	7	46,7	4	26,7	15
Consulenza	9	40,9	7	31,8	6	27,3	22
Sost/Acc Individuale	20	29,9	30	44,8	17	25,4	67
<b>Totale</b>	<b>134</b>	<b>35,5</b>	<b>139</b>	<b>36,9</b>	<b>104</b>	<b>27,6</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>							
Metadone Scalare	91	41,7	71	32,6	56	25,7	218
Metadone Mantenimento	310	44,5	186	26,7	200	28,7	696
Psicoterapia Individuale	42	40,8	40	38,8	21	20,4	103
Comunità Terap Residenziale	92	41,6	62	28,1	67	30,3	221
Consulenza	42	34,7	55	45,5	24	19,8	121
Sost/Acc Individuale	175	40,0	164	37,5	98	22,4	437
<b>Totale</b>	<b>829</b>	<b>41,8</b>	<b>653</b>	<b>32,9</b>	<b>500</b>	<b>25,2</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>							
Metadone Scalare	163	33,1	177	36,0	152	30,9	492
Metadone Mantenimento	364	41,5	246	28,1	267	30,4	877
Psicoterapia Individuale	47	42,3	41	36,9	23	20,7	111
Comunità Terap Residenziale	100	41,0	71	29,1	73	29,9	244
Consulenza	58	33,7	76	44,2	38	22,1	172
Sost/Acc Individuale	207	37,2	217	39,0	132	23,7	556
<b>Totale</b>	<b>1037</b>	<b>38,5</b>	<b>928</b>	<b>34,4</b>	<b>732</b>	<b>27,1</b>	<b>2697</b>

Tabella 46

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMO TRATTAMENTO E PER POSITIVITÀ HCV**

Primo Trattamento	HCV						Totale N
	Sì		No		Missing		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Incidenti</b>							
Metadone Scalare	35	97,2		0,0	1	2,8	36
Metadone Mantenimento	30	32,3	24	25,8	39	41,9	93
Psicoterapia Individuale	4	66,7		0,0	2	33,3	6
Comunità Terap Residenziale	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8
Consulenza	9	31,0	11	37,9	9	31,0	29
Sost/Acc Individuale	18	34,6	18	34,6	16	30,8	52
<b>Totale</b>	<b>113</b>	<b>33,4</b>	<b>95</b>	<b>28,1</b>	<b>130</b>	<b>38,5</b>	<b>338</b>
<b>Reingressi</b>							
Metadone Scalare	87	56,5	27	17,5	40	26,0	154
Metadone Mantenimento	45	51,1	19	21,6	24	27,3	88
Psicoterapia Individuale	2	100,0		0,0	0	0,0	2
Comunità Terap Residenziale	12	80,0	1	6,7	2	13,3	15
Consulenza	13	59,1	5	22,7	4	18,2	22
Sost/Acc Individuale	41	61,2	12	17,9	14	20,9	67
<b>Totale</b>	<b>216</b>	<b>57,3</b>	<b>71</b>	<b>18,8</b>	<b>90</b>	<b>23,9</b>	<b>377</b>
<b>Prevalenti</b>							
Metadone Scalare	125	57,3	40	18,3	53	24,3	218
Metadone Mantenimento	415	59,6	99	14,2	182	26,1	696
Psicoterapia Individuale	66	64,1	16	15,5	21	20,4	103
Comunità Terap Residenziale	139	62,9	22	10,0	60	27,1	221
Consulenza	71	58,7	26	21,5	24	19,8	121
Sost/Acc Individuale	271	62,0	73	16,7	93	21,3	437
<b>Totale</b>	<b>1212</b>	<b>61,2</b>	<b>312</b>	<b>15,7</b>	<b>458</b>	<b>23,1</b>	<b>1982</b>
<b>Totale</b>							
Metadone Scalare	247	50,2	96	19,5	149	30,3	492
Metadone Mantenimento	490	55,9	142	16,2	245	27,9	877
Psicoterapia Individuale	72	64,9	16	14,4	23	20,7	111
Comunità Terap Residenziale	155	63,5	25	10,2	64	26,2	244
Consulenza	93	54,1	42	24,4	37	21,5	172
Sost/Acc Individuale	330	59,4	103	18,5	123	22,1	556
<b>Totale</b>	<b>1541</b>	<b>57,1</b>	<b>478</b>	<b>17,7</b>	<b>678</b>	<b>25,1</b>	<b>2697</b>

**3.4** Prime terapie

A cura di Roberto Diecidue e G. Luca Cuomo

Sono 2687 i soggetti che hanno usufruito di trattamenti utili a costituire una terapia.

La riclassificazione degli episodi di trattamento in terapie è descritta nel paragrafo 2.6.4.

Il trattamento più utilizzato come prima terapia è il mantenimento con metadone (MM): ne usufruisce il 58% degli incidenti e il 49% dei reingressi.

La comunità residenziale (CT) è utilizzata come prima terapia dal 6% degli incidenti e dall'11% dei reingressi. Il 35% degli incidenti e il 40% dei reingressi hanno usufruito in prima battuta di una terapia orientata all'astinenza (AO).

Se teniamo conto anche delle terapie preliminari (AO che precede una terapia di MM o di CT) la proporzione di soggetti che hanno usufruito di una terapia orientata all'astinenza come primo trattamento sale al 70% per gli incidenti e al 72% per i soggetti reingressi.

La terapia in corso al momento dell'inizio dello studio nei prevalenti è stata il MM nel 59% dei casi, la CT nel 19% e la terapia AO nel 23%.

Tenendo conto delle terapie preliminari la proporzione tra i prevalenti di soggetti che hanno usufruito di una terapia orientata all'astinenza è del 53% (Tabella 47).

Tabella 47

ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PRESENZA DI TERAPIA PRELIMINARE

Tipologia utente	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Incidenti	119	35,3	21	6,2	197	58,5	337	100
<i>con preliminare</i>	--	--	13	61,9	104	52,8	117	34,7
Reingressi	149	39,7	41	10,9	185	49,3	375	100
<i>con preliminare</i>	--	--	26	63,4	97	52,4	123	32,8
Prevalenti	446	22,6	372	18,8	1157	58,6	1975	100
<i>con preliminare</i>	--	--	147	39,5	462	39,9	609	30,8
Totale	714	26,6	434	16,2	1539	57,3	2687	100
<i>con preliminare</i>	--	--	186	42,9	663	43,1	849	31,6

La durata mediana delle prime terapie di CT è stata di 543 giorni, quella delle prime terapie di MM di 411 giorni e quella delle AO 222 giorni.

Nessuna delle terapie CT contenevano un episodio di disassuefazione con metadone, mentre ne contenevano almeno uno il 51% di quelle MM e il 39% delle AO.

Contenevano almeno un episodio di psicoterapia il 10% delle prime terapie CT, il 6% di quelle MM ed il 14% delle AO.

Contenevano almeno un episodio di consulenza/sostegno/avviamento al lavoro il 47% delle prime terapie CT, il 65% di quelle MM e il 68% delle AO.

Avevano chiuso la prima ed avevano iniziato una seconda terapia il 49% dei soggetti con CT (l'11% di costoro inizia una nuova terapia CT, il 28% una MM e il 60% una AO), il 36% dei soggetti con MM (il 39% di costoro inizia una nuova terapia MM, il 34% una AO e il 27% una CT) e il 42% dei soggetti con prima terapia AO (il 47% di costoro inizia una nuova terapia AO, il 45% una MM e il 9% una CT) (Tabella 48).

Tabella 48

## PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE PRIME TERAPIE VEDETTE

Terapia	Periodo preliminare			Prima terapia							2° terapia			Totale soggetti  n		
	presente	durata mediana	MD***	durata della terapia			durante la terapia			stato terapia			AO		MM	CT
				quartili	MD***	psico terapia	altro**	in corso	chiusa	chiusa e inizia 2° terapia						
											p25	p50				
%	p50	%	p25	p50	p75	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Terapia orientata all'astinenza	--	--	--	61	222	543	38,7	13,9	68,5	26,6	31,2	42,2	19,7	18,8	3,8	714
Mantenimento con metadone	43,1	96	61,7	180	411	584	51,3	6,0	65,4	53,2	10,6	36,2	12,4	14,0	9,9	1539
Comunità terapeutica	42,9	154	17,2	265	543	730	0,0	10,4	47,5	38,7	12,2	49,1	30,0	13,6	5,5	434
Totale	31,6	*112	*51,9	150	378	608	39,7	8,8	56	43,8	16,3	39,9	17,2	15,2	7,6	2687

\* calcolata sul denominatore di 1.973 soggetti (2.687-714 soggetti trattati terapia orientata all'astinenza, senza fase preliminare per definizione)

\*\* consulenza, sostegno, avviamento al lavoro

\*\*\* Disintossicazione con metadone

### 3.4.1 Caratteristiche degli utenti alla prima terapia

Per controllare l'instabilità delle stime legate ai piccoli numeri i risultati vengono descritti unicamente per il totale dei pazienti senza distinzione di tipologia: per i prevalenti si utilizza il trattamento in corso al momento dell'arruolamento.

Vengono presentate due tipi di analisi descrittive:

- l'utilizzo delle diverse tipologie di intervento come prima terapia secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche;
- la distribuzione degli utenti secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche all'interno delle diverse tipologie di intervento come prima terapia.

Analizzando l'utilizzo delle diverse tipologie di intervento come prima terapia secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche si osserva che (Tabella 49):

Prima terapia orientata all'astinenza:

- viene progressivamente meno usata all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT;
- viene usata in minore proporzione in chi ha una diagnosi psichiatrica, in chi ha avuto overdose, in chi ha scambiato siringhe o parafernalia negli ultimi sei mesi, in chi è stato in carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi dodici mesi e in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni e in chi è occupato rispetto a chi è disoccupato;
- viene progressivamente più usata all'aumentare dell'età di primo uso di eroina.

Prima terapia in comunità terapeutica residenziale:

- viene progressivamente più usata all'aumentare della durata della tossicodipendenza e all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT fino ai 4 anni quindi viene progressivamente meno usata;
- viene progressivamente meno usata all'aumentare dell'età di primo uso di eroina e all'elevarsi del titolo di studio;
- viene usata in maggiore proporzione in chi ha una diagnosi psichiatrica, in chi è stato in carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi dodici mesi, in chi ha avuto overdose e in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni;
- viene usata in minore proporzione in chi ha scambiato siringhe o parafernalia negli ultimi sei mesi rispetto a chi non si trova in questa condizione: questo è probabilmente dovuto al fatto che l'intervista è stata effettuata a trattamento già iniziato.

Il mantenimento con metadone come prima terapia:

- viene progressivamente più usato all'aumentare della durata della tossicodipendenza, all'aumentare dell'intervallo dal primo accesso al SerT e all'elevarsi del titolo di studio;
- viene usato in maggiore proporzione in chi ha avuto overdose, in chi ha una diagnosi psichiatrica, in chi ha scambiato siringhe o parafernalia negli ultimi sei mesi e in chi è sieropositivo rispetto a chi non si trova in queste condizioni.

Tabella 49

## ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER ALCUNE CARATTERISTICHE SOCIALI E CLINICHE

		AO	CT	MM	Totale
		%	%	%	N
<b>Titolo di studio</b>	Nessuno/Elementare/Media Inferiore	26,2	17,0	56,8	2313
	Media Sup/Laurea	28,7	10,8	60,4	369
<b>Condizione lavorativa</b>	occupato	31,4	10,2	58,4	1542
	non prof.	28,6	17,1	54,3	70
	disoccupato	19,4	24,6	56,0	1049
<b>Durata tossicodipendenza (anni)</b>	≤2	47,2	2,8	50,0	106
	3-4	32,7	13,8	53,5	159
	≥5	25,2	16,8	57,9	2404
<b>Età primo uso</b>	≤ 16	24,2	17,9	57,9	603
	17-19	26,9	17,1	56,1	997
	20-24	27,2	15,1	57,6	786
	≥ 25	28,6	11,7	59,7	283
<b>Intervallo dal primo accesso al SerT (anni)</b>	0	36,9	10,1	53,1	179
	1-2	31,8	16,2	52,0	444
	3-4	26,4	21,8	51,8	394
	5-6	21,4	19,4	59,1	345
	≥ 7	23,1	13,9	63,0	1056
<b>Carcere o ha avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi</b>	Sì	22,6	21,1	56,3	882
	No	28,2	13,8	58,0	1718
<b>Diagnosi psichiatrica</b>	Sì	21,0	18,2	60,8	143
	No	27,0	16,4	56,7	2114
<b>Overdose</b>	Sì	24,2	18,4	57,4	1202
	No	28,2	14,2	57,6	1429
<b>Siringhe/strumenti usati da altri negli ultimi 6 mesi</b>	Sì	21,7	11,2	67,1	447
	No	27,2	17,5	55,3	2090
<b>HIV</b>	Sì	14,5	17,0	68,5	200
	No	28,9	15,7	55,3	1665
<b>HBV</b>	Sì	22,7	16,7	60,6	1030
	No	31,7	15,3	53,0	928
<b>HCV</b>	Sì	25,2	17,7	57,1	1533
	No	32,8	11,3	55,9	478
<b>Tipologia Utente</b>	Incidenti	35,3	6,2	58,5	337
	Reingressi	39,7	10,9	49,3	375
	Prevalenti	22,6	18,8	58,6	1975
<b>Totale</b>	%	26,6	16,2	57,3	--
	N	714	434	1539	2687



Dalla Tabella 50 alla Tabella 62 si descrive invece la distribuzione degli utenti secondo le principali caratteristiche sociali e cliniche all'interno delle diverse tipologie di intervento come prima terapia.

Il 9,2% dei soggetti inviati in CT ha un titolo di studio di scuola media superiore o laurea contro il 14,5% degli utenti in MM e il 14,9% in AO (Tabella 50).

Il 36,4% dei soggetti inviati in CT ha una occupazione stabile contro il 58,5% degli utenti in MM e il 67,8% in AO (Tabella 51).

Non emergono differenze rilevanti tra gli utenti in MM e in AO per quanto riguarda la sistemazione abitativa (Tabella 52). Il 60% dei CT sono residenti in CT anche tra incidenti e reingressi: come nel capitolo precedente, l'ipotesi più probabile è che l'intervista sia stata fatta a trattamento iniziato, questo spiegherebbe anche la bassa proporzione di scambi siringhe nei 6 mesi precedenti tra i CT (Tabella 59).

Lo 0,7% dei soggetti in CT come prima terapia, il 3,4% di quelli in MM ed il 7% dei soggetti in AO ha una storia di tossicodipendenza inferiore ai 3 anni (Tabella 53).

Il 7,6% dei soggetti in CT contro l'11% delle altre terapie ha una età di primo uso di eroina superiore ai 25 anni (Tabella 54).

Il 16,8% dei soggetti in CT come prima terapia, il 21,2% di quelli in MM ed il 25,8% dei soggetti in AO frequenta il SerT da meno di 3 anni (Tabella 55).

Il 42,9% dei soggetti in CT come prima terapia, il 32,3% di quelli in MM ed il 27,9% dei soggetti in AO ha avuto un episodio di carcerazione o problemi legali nei 12 mesi precedenti l'intervista (Tabella 56).

Al 6% dei soggetti in CT come prima terapia, al 5,7% di quelli in MM ed al 4,2% dei soggetti in AO è stata formulata una diagnosi psichiatrica (Tabella 57).

Il 50,9% dei soggetti in CT come prima terapia, il 44,8% di quelli in MM ed il 40,8% dei soggetti in AO ha avuto almeno un episodio di overdose da eroina nella vita (Tabella 58).

L'11,5% dei soggetti in CT come prima terapia, il 19,5% di quelli in MM ed il 13,6% dei soggetti in AO ha scambiato siringhe o strumenti usati nei 12 mesi precedenti l'intervista (Tabella 59).

Il 7,8% dei soggetti in CT come prima terapia, l'8,9% di quelli in MM ed il 4,1% dei soggetti in AO è positivo al test anti HIV (Tabella 60).

Per quanto riguarda la positività per HBV, non emergono sostanziali differenze tra le diverse tipologie di terapia: il 39,6% dei soggetti in CT come prima terapia, il 40,5% dei soggetti in MM ed il 32,8% di quelli in AO è positivo al test anti HBV (Tabella 61).

Il 61,48% dei soggetti in CT come prima terapia, il 56,9% dei soggetti in MM e il 54,1% di quelli in AO è positivo al test anti HCV (Tabella 62).

Tabella 50

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER TITOLO DI STUDIO**

Titolo di studio	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Nessuno/ Elementare/ Media inf.	94	79,0	16	76,2	155	78,7	265	78,6
Sup. o laurea	24	20,2	5	23,8	40	20,3	69	20,5
Missing	1	0,8		0,0	2	1,0	3	0,9
<b>Totale</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
<b>Reingressi</b>								
Nessuno/ Elementare/ Media inf.	132	88,6	38	92,7	165	89,2	335	89,3
Sup. o laurea	17	11,4	3	7,3	20	10,8	40	10,7
<b>Totale</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>
<b>Prevalenti</b>								
Nessuno/ Elementare/ Media inf.	381	85,4	339	91,1	993	85,8	1713	86,7
Sup. o laurea	65	14,6	32	8,6	163	14,1	260	13,2
Missing		0,0	1	0,3	1	0,1	2	0,1
<b>Totale</b>	<b>446</b>	<b>100</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>1157</b>	<b>100</b>	<b>1975</b>	<b>100</b>
<b>Totale</b>								
Nessuno/ Elementare/ Media inf.	607	85,0	393	90,6	1313	85,3	2313	86,1
Sup. o laurea	106	14,8	40	9,2	223	14,5	369	13,7
Missing	1	0,1	1	0,2	3	0,2	5	0,2
<b>Totale</b>	<b>714</b>	<b>100</b>	<b>434</b>	<b>100</b>	<b>1539</b>	<b>100</b>	<b>2687</b>	<b>100</b>

Tabella 51

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER CONDIZIONE LAVORATIVA**

Condizione lavorativa	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Occupato	81	68,1	7	33,3	116	58,9	204	60,5
Non professionale	5	4,2		0,0	5	2,5	10	3,0
Disoccupato	31	26,1	14	66,7	71	36,0	116	34,4
Missing	2	1,7		0,0	5	2,5	7	2,1
<b>Totale</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
<b>Reingressi</b>								
Occupato	86	57,7	9	22,0	85	45,9	180	48,0
Non professionale	5	3,4	3	7,3	7	3,8	15	4,0
Disoccupato	56	37,6	28	68,3	93	50,3	177	47,2
Missing	2	1,3	1	2,4		0,0	3	0,8
<b>Totale</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>
<b>Prevalenti</b>								
Occupato	317	71,1	142	38,2	699	60,4	1158	58,6
Non professionale	10	2,2	9	2,4	26	2,2	45	2,3
Disoccupato	117	26,2	216	58,1	423	36,6	756	38,3
Missing	2	0,4	5	1,3	9	0,8	16	0,8
<b>Totale</b>	<b>446</b>	<b>100</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>1157</b>	<b>100</b>	<b>1975</b>	<b>100</b>
<b>Totale</b>								
Occupato	484	67,8	158	36,4	900	58,5	1542	57,4
Non professionale	20	2,8	12	2,8	38	2,5	70	2,6
Disoccupato	204	28,6	258	59,4	587	38,1	1049	39,0
Missing	6	0,8	6	1,4	14	0,9	26	1,0
<b>Totale</b>	<b>714</b>	<b>100</b>	<b>434</b>	<b>100</b>	<b>1539</b>	<b>100</b>	<b>2687</b>	<b>100</b>

Tabella 52

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER SISTEMAZIONE ABITATIVA**

Sistemazione abitativa	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Fam.Propria	22	18,5	0	0,0	52	26,4	74	22,0
Fam. Origine	77	64,7	6	28,6	97	49,2	180	53,4
Solo/Amici	12	10,1	2	9,5	34	17,3	48	14,2
CT	2	1,7	12	57,1	2	1,0	16	4,7
Nessuna	5	4,2	1	4,8	10	5,1	16	4,7
Missing	1	0,8	0	0,0	2	1,0	3	0,9
<b>Totale</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
<b>Reingressi</b>								
Fam.Propria	41	27,5	0	0,0	44	23,8	85	22,7
Fam. Origine	85	57,0	14	34,1	92	49,7	191	50,9
Solo/Amici	14	9,4	5	12,2	26	14,1	45	12,0
CT	6	4,0	20	48,8	11	5,9	37	9,9
Nessuna	1	0,7	2	4,9	12	6,5	15	4,0
Missing	2	1,3	0	0,0	0	0,0	2	0,5
<b>Totale</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>
<b>Prevalenti</b>								
Fam.Propria	124	27,8	21	5,6	341	29,5	486	24,6
Fam. Origine	240	53,8	62	16,7	568	49,1	870	44,1
Solo/Amici	63	14,1	50	13,4	185	16,0	298	15,1
CT	11	2,5	229	61,6	31	2,7	271	13,7
Nessuna	7	1,6	8	2,2	28	2,4	43	2,2
Missing	1	0,2	2	0,5	4	0,3	7	0,4
<b>Totale</b>	<b>446</b>	<b>100</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>1157</b>	<b>100</b>	<b>1975</b>	<b>100</b>
<b>Totale</b>								
Fam.Propria	187	26,2	21	4,8	437	28,4	645	24,0
Fam. Origine	402	56,3	82	18,9	757	49,2	1241	46,2
Solo/Amici	89	12,5	57	13,1	245	15,9	391	14,6
CT	19	2,7	261	60,1	44	2,9	324	12,1
Nessuna	13	1,8	11	2,5	50	3,2	74	2,8
Missing	4	0,6	2	0,5	6	0,4	12	0,4
<b>Totale</b>	<b>714</b>	<b>100</b>	<b>434</b>	<b>100</b>	<b>1539</b>	<b>100</b>	<b>2687</b>	<b>100</b>

Tabella 53

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER LUNGHEZZA DELLA TOSSICODIPENDENZA**

Lunghezza TD	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
≤ 2	28	23,5	2	9,5	28	14,2	58	17,2
3-4	15	12,6	2	9,5	18	9,1	35	10,4
≥ 5	76	63,9	17	81,0	150	76,1	243	72,1
Missing		0,0		0,0	1	0,5	1	0,3
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
≤ 2	5	3,4		0,0	6	3,2	11	2,9
3-4	8	5,4	1	2,4	13	7,0	22	5,9
≥ 5	134	89,9	39	95,1	165	89,2	338	90,1
Missing	2	1,3	1	2,4	1	0,5	4	1,1
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
≤ 2	17	3,8	1	0,3	19	1,6	37	1,9
3-4	29	6,5	19	5,1	54	4,7	102	5,2
≥ 5	397	89,0	349	93,8	1077	93,1	1823	92,3
Missing	3	0,7	3	0,8	7	0,6	13	0,7
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
≤ 2	50	7,0	3	0,7	53	3,4	106	3,9
3-4	52	7,3	22	5,1	85	5,5	159	5,9
≥ 5	607	85,0	405	93,3	1392	90,4	2404	89,5
Missing	5	0,7	4	0,9	9	0,6	18	0,7
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 54

 ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
 PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER ETÀ AL PRIMO USO DI HEROINA

Età primo uso eroina	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
≤ 16	18	15,1	1	4,8	42	21,3	61	18,1
17-19	47	39,5	5	23,8	70	35,5	122	36,2
20-24	36	30,3	11	52,4	57	28,9	104	30,9
≥ 25	18	15,1	4	19,0	27	13,7	49	14,5
Missing		0,0		0,0	1	0,5	1	0,3
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
≤ 16	39	26,2	12	29,3	50	27,0	101	26,9
17-19	59	39,6	18	43,9	68	36,8	145	38,7
20-24	35	23,5	8	19,5	48	25,9	91	24,3
≥ 25	14	9,4	2	4,9	18	9,7	34	9,1
Missing	2	1,3	1	2,4	1	0,5	4	1,1
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
≤ 16	89	20,0	95	25,5	257	22,2	441	22,3
17-19	162	36,3	147	39,5	421	36,4	730	37,0
20-24	143	32,1	100	26,9	348	30,1	591	29,9
≥ 25	49	11,0	27	7,3	124	10,7	200	10,1
Missing	3	0,7	3	0,8	7	0,6	13	0,7
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
≤ 16	146	20,4	108	24,9	349	22,7	603	22,4
17-19	268	37,5	170	39,2	559	36,3	997	37,1
20-24	214	30,0	119	27,4	453	29,4	786	29,3
≥ 25	81	11,3	33	7,6	169	11,0	283	10,5
Missing	5	0,7	4	0,9	9	0,6	18	0,7
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 55

## ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER INTERVALLO DAL PRIMO ACCESSO AL SERT

Intervallo dal primo accesso al SerT	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
0	32	26,9	3	14,3	46	23,4	81	24,0
1-2	41	34,5	6	28,6	52	26,4	99	29,4
3-4	5	4,2	4	19,0	23	11,7	32	9,5
5-6	4	3,4	1	4,8	15	7,6	20	5,9
≥ 7	18	15,1	3	14,3	36	18,3	57	16,9
Missing	19	16,0	4	19,0	25	12,7	48	14,2
<b>Totale</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
<b>Reingressi</b>								
0	5	3,4	1	2,4	5	2,7	11	2,9
1-2	15	10,1	10	24,4	20	10,8	45	12,0
3-4	28	18,8	8	19,5	39	21,1	75	20,0
5-6	22	14,8	1	2,4	28	15,1	51	13,6
≥ 7	69	46,3	16	39,0	83	44,9	168	44,8
Missing	10	6,7	5	12,2	10	5,4	25	6,7
<b>Totale</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>
<b>Prevalenti</b>								
0	29	6,5	14	3,8	44	3,8	87	4,4
1-2	85	19,1	56	15,1	159	13,7	300	15,2
3-4	71	15,9	74	19,9	142	12,3	287	14,5
5-6	48	10,8	65	17,5	161	13,9	274	13,9
≥ 7	157	35,2	128	34,4	546	47,2	831	42,1
Missing	56	12,6	35	9,4	105	9,1	196	9,9
<b>Totale</b>	<b>446</b>	<b>100</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>1157</b>	<b>100</b>	<b>1975</b>	<b>100</b>
<b>Totale</b>								
0	66	9,2	18	4,1	95	6,2	179	6,7
1-2	141	19,7	72	16,6	231	15,0	444	16,5
3-4	104	14,6	86	19,8	204	13,3	394	14,7
5-6	74	10,4	67	15,4	204	13,3	345	12,8
≥ 7	244	34,2	147	33,9	665	43,2	1056	39,3
Missing	85	11,9	44	10,1	140	9,1	269	10,0
<b>Totale</b>	<b>714</b>	<b>100</b>	<b>434</b>	<b>100</b>	<b>1539</b>	<b>100</b>	<b>2687</b>	<b>100</b>

Tabella 56

ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER AVER AVUTO ALMENO UN EPISODIO DI CARCERAZIONE O PROBLEMI LEGALI NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA

Problemi legali/ carcere	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	29	24,4	9	42,9	56	28,4	94	27,9
No	83	69,7	12	57,1	135	68,5	230	68,2
Missing	7	5,9		0,0	6	3,0	13	3,9
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	52	34,9	21	51,2	78	42,2	151	40,3
No	92	61,7	20	48,8	104	56,2	216	57,6
Missing	5	3,4		0,0	3	1,6	8	2,1
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	118	26,5	156	41,9	363	31,4	637	32,3
No	310	69,5	205	55,1	757	65,4	1272	64,4
Missing	18	4,0	11	3,0	37	3,2	66	3,3
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	199	27,9	186	42,9	497	32,3	882	32,8
No	485	67,9	237	54,6	996	64,7	1718	63,9
Missing	30	4,2	11	2,5	46	3,0	87	3,2
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100



Tabella 57

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA  
E PER AVERE AVUTO UNA DIAGNOSI PSICHIATRICA FORMULATA**

Diagnosi psichiatrica	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	5	4,2	3	14,3	8	4,1	16	4,7
No	88	73,9	16	76,2	138	70,1	242	71,8
Missing	26	21,8	2	9,5	51	25,9	79	23,4
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	6	4,0	1	2,4	7	3,8	14	3,7
No	124	83,2	33	80,5	149	80,5	306	81,6
Missing	19	12,8	7	17,1	29	15,7	55	14,7
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	19	4,3	22	5,9	72	6,2	113	5,7
No	358	80,3	297	79,8	911	78,7	1566	79,3
Missing	69	15,5	53	14,2	174	15,0	296	15,0
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	30	4,2	26	6,0	87	5,7	143	5,3
No	570	79,8	346	79,7	1198	77,8	2114	78,7
Missing	114	16,0	62	14,3	254	16,5	430	16,0
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 58

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA  
E PER AVERE AVUTO ALMENO UNA OVERDOSE NELLA VITA**

Overdose	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	34	28,6	7	33,3	64	32,5	105	31,2
No	79	66,4	14	66,7	131	66,5	224	66,5
Missing	6	5,0		0,0	2	1,0	8	2,4
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	58	38,9	19	46,3	92	49,7	169	45,1
No	85	57,0	21	51,2	88	47,6	194	51,7
Missing	6	4,0	1	2,4	5	2,7	12	3,2
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	199	44,6	195	52,4	534	46,2	928	47,0
No	239	53,6	168	45,2	604	52,2	1011	51,2
Missing	8	1,8	9	2,4	19	1,6	36	1,8
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	291	40,8	221	50,9	690	44,8	1202	44,7
No	403	56,4	203	46,8	823	53,5	1429	53,2
Missing	20	2,8	10	2,3	26	1,7	56	2,1
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 59

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA  
E PER AVERE SCAMBIATO SIRINGHE/STRUMENTI NEI 6 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA**

Scambio siringhe/ strumenti	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	19	16,0	5	23,8	53	26,9	77	22,8
No	88	73,9	16	76,2	132	67,0	236	70,0
Missing	12	10,1		0,0	12	6,1	24	7,1
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	24	16,1	8	19,5	44	23,8	76	20,3
No	111	74,5	31	75,6	129	69,7	271	72,3
Missing	14	9,4	2	4,9	12	6,5	28	7,5
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	54	12,1	37	9,9	203	17,5	294	14,9
No	370	83,0	318	85,5	895	77,4	1583	80,2
Missing	22	4,9	17	4,6	59	5,1	98	5,0
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	97	13,6	50	11,5	300	19,5	447	16,6
No	569	79,7	365	84,1	1156	75,1	2090	77,8
Missing	48	6,7	19	4,4	83	5,4	150	5,6
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 60

## ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE, PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER POSITIVITÀ HIV

HIV	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	3	2,5		0,0	9	4,6	12	3,6
No	70	58,8	13	61,9	104	52,8	187	55,5
Missing	46	38,7	8	38,1	84	42,6	138	40,9
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	5	3,4	3	7,3	10	5,4	18	4,8
No	100	67,1	26	63,4	109	58,9	235	62,7
Missing	44	29,5	12	29,3	66	35,7	122	32,5
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	21	4,7	31	8,3	118	10,2	170	8,6
No	312	70,0	223	59,9	708	61,2	1243	62,9
Missing	113	25,3	118	31,7	331	28,6	562	28,5
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	29	4,1	34	7,8	137	8,9	200	7,4
No	482	67,5	262	60,4	921	59,8	1665	62,0
Missing	203	28,4	138	31,8	481	31,3	822	30,6
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 61

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER POSITIVITÀ HBV**

HBV	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	24	20,2	5	23,8	45	22,8	74	22,0
No	55	46,2	7	33,3	74	37,6	136	40,4
Missing	40	33,6	9	42,9	78	39,6	127	37,7
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	55	36,9	12	29,3	65	35,1	132	35,2
No	53	35,6	19	46,3	67	36,2	139	37,1
Missing	41	27,5	10	24,4	53	28,6	104	27,7
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	155	34,8	155	41,7	514	44,4	824	41,7
No	186	41,7	116	31,2	351	30,3	653	33,1
Missing	105	23,5	101	27,2	292	25,2	498	25,2
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	234	32,8	172	39,6	624	40,5	1030	38,3
No	294	41,2	142	32,7	492	32,0	928	34,5
Missing	186	26,1	120	27,6	423	27,5	729	27,1
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

Tabella 62

**ARRUOLATI PER TIPOLOGIA DI UTENTE,  
PER TIPOLOGIA DI PRIMA TERAPIA E PER POSITIVITÀ HCV**

HCV	AO		CT		MM		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Incidenti</b>								
Si	41	34,5	9	42,9	63	32,0	113	33,5
No	39	32,8	3	14,3	53	26,9	95	28,2
Missing	39	32,8	9	42,9	81	41,1	129	38,3
Totale	119	100	21	100	197	100	337	100
<b>Reingressi</b>								
Si	83	55,7	26	63,4	105	56,8	214	57,1
No	32	21,5	7	17,1	32	17,3	71	18,9
Missing	34	22,8	8	19,5	48	25,9	90	24,0
Totale	149	100	41	100	185	100	375	100
<b>Prevalenti</b>								
Si	262	58,7	236	63,4	708	61,2	1206	61,1
No	86	19,3	44	11,8	182	15,7	312	15,8
Missing	98	22,0	92	24,7	267	23,1	457	23,1
Totale	446	100	372	100	1157	100	1975	100
<b>Totale</b>								
Si	386	54,1	271	62,4	876	56,9	1533	57,1
No	157	22,0	54	12,4	267	17,3	478	17,8
Missing	171	23,9	109	25,1	396	25,7	676	25,2
Totale	714	100	434	100	1539	100	2687	100

**3.5 EFFICACIA DELLE TERAPIE SULLA RITENZIONE IN TRATTAMENTO IN PIEMONTE**

*A cura di Federica Vigna-Taglianti e Giuseppe Salamina*

In questo capitolo viene replicata l'analisi già effettuata sui dati nazionali<sup>17</sup>, per mettere in evidenza l'effetto delle diverse terapie nell'influenzare la ritenzione in trattamento. A tal fine sono prodotte curve di sopravvivenza con il metodo di Kaplan-Meyer, che forniscono la rappresentazione grafica del rischio di abbandonare il trattamento, valutato tramite un modello univariato. Per tener conto dei possibili fattori di confondimento si è poi costruito un modello multivariato secondo il metodo di Cox, che calcola gli Hazard Ratio aggiustati per ogni variabile in studio.

La ritenzione in trattamento è stata scelta come indicatore dell'efficacia del trattamento, secondo l'ipotesi che considera la dipendenza da eroina come una condizione cronica<sup>18</sup> per la quale sono dunque necessari trattamenti prolungati nel tempo, di almeno 2 anni<sup>19</sup>. Per questa ragione, ogni trattamento terminato durante il periodo in studio (18 mesi) è stato considerato un fallimento, benché alcune terapie potrebbero essersi concluse con successo. I trattamenti sono stati considerati conclusi quando l'interruzione è durata più di tre settimane.

Delle terapie riclassificate secondo quanto descritto nella monografia trattamenti nazionale<sup>17</sup> sono state prese in esame per questa analisi solo la prima terapia somministrata agli utenti incidenti e reingressi e la seconda terapia per i casi prevalenti. Le terapie in atto al momento dell'inizio dello studio sono state escluse perché potrebbero non essere rappresentative di tutte le terapie effettuate prima dell'inizio dello studio: i soggetti con una terapia in atto al momento dell'inizio dello studio sono infatti una popolazione selezionata in positivo di tutti coloro che hanno iniziato un trattamento nel medesimo periodo. L'inclusione di tali interventi causerebbe pertanto una sovrastima della ritenzione in trattamento. Ne è riprova il fatto che, se si considerano le terapie in atto alla data di inizio dello studio, la durata mediana del trattamento dei prevalenti risulta significativamente superiore a quella relativa agli incidenti ed ai reingressi (rispettivamente 524 giorni vs 137 e 121,  $p < 0,001$ ).

Prendendo in considerazione solo il secondo ciclo di trattamento, i prevalenti diventano equipollenti ai reingressi. Pertanto nelle analisi effettuate non si è più distinto tra queste due tipologie di utenti, ed i prevalenti sono stati inclusi nella categoria dei reingressi.

Come accennato sopra, nell'effettuare l'analisi di sopravvivenza, le terapie ancora in corso alla fine dei 18 mesi dello studio sono state considerate come interrotte (censurate a destra), mentre le terapie concluse sono state considerate come fallimenti. La significatività statistica è stata valutata con il Log-rank test. Il modello multivariato di Cox è stato utilizzato per stimare il rischio di abbandono del trattamento aggiustando per i possibili fattori di confondimento. I modelli multivariati sono stati costruiti con una procedura a ritroso, partendo da un modello saturo che includeva la maggior parte delle informazioni derivate dal Questionario di Ingresso, da cui sono state gradualmente sottratte le variabili non significative. Il sesso è stato mantenuto nel modello indipendentemente dalla sua significatività. Per valutare la bontà di adattamento dei modelli si è utilizzato il test di Likelihood-Ratio.

Dall'analisi effettuata è risultata un'interazione statisticamente significativa tra la tipologia di utente ed il tipo di terapia; l'effetto della terapia è stato dunque valutato separatamente per gli utenti incidenti e per i reingressi. L'effetto della dose è stato valutato utilizzando un ulteriore modello limitato ai soggetti sottoposti a mantenimento con metadone.

Nella Tabella 63 sono presentati i risultati della riclassificazione degli episodi di trattamento in cicli e infine in terapie, secondo la metodologia descritta nel capitolo Materiali e Metodi. I dati si riferiscono solo ai trattamenti registrati in Piemonte nel periodo in studio. Si noti che nel passaggio dagli episodi ai cicli di trattamento la riclassificazione operata ha determinato una riduzione numerica pressoché in tutti i trattamenti in studio fatta eccezione per il mantenimento con metadone e le comunità terapeutiche. Nel passaggio successivo, dai cicli alle terapie, si osserva una riduzione degli episodi di mantenimento con

metadone: questo effetto è dovuto all'accorpamento dei trattamenti di mantenimento o detossificazione che erano separati da un intervallo di tempo inferiore ai 21 giorni. Ne risultano pertanto 2.125 terapie di mantenimento con metadone, che costituiscono il 50,8% del totale delle terapie effettuate. Le terapie orientate all'astinenza sono 1.338 (32%). Le comunità terapeutiche si riducono lievemente e costituiscono il 17,2% del totale delle terapie. Secondo questa caratterizzazione, in media, durante il periodo in studio, ogni soggetto ha effettuato 1,6 trattamenti.



**Tabella 63** NUMERO E DURATA DEGLI EPISODI DI TRATTAMENTO, DEI CICLI DI TRATTAMENTO E DELLE TERAPIE. STUDIO VEDETE PIEMONTE

Tipo di intervento	Episodi di trattamento				Cicli di trattamento				Terapie				
	N	%	Durata mediana	(giorni) max	N	%	Durata mediana	(giorni) max	Tipo	N	%	Durata mediana	(giorni) max
Mantenimento con metadone	3397	29,3	100,0	3390	3397	31,1	99	3390	Mantenimento con metadone	2125	50,8	272	3390
Detossificazione con metadone	3584	30,9	24,0	862	3558	32,6	24	862					
Sostegno	1856	16,0	371,3	3690	1727	15,8	51	3299					
Consulenza	550	4,7	144,0	3136	430	3,9	30	3136					
Psicoterapia	315	2,7	276,0	2984	293	2,7	125	2577					
Trattamento con farmaci sintomatici non sostitutivi	227	2,0	79,0	2089	78	0,7	21	1246					
Naltrexone	237	2,0	80,0	1016	234	2,1	80	1016	Terapie orientate all'astinenza	1338	32,0	115	3366
Orientamento al lavoro	195	1,7	156,0	1545	45	0,4	68	1176					
Disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti	98	0,8	7,0	470	91	0,8	7	358					
Centro crisi	235	2,0	48,0	806	193	1,8	39	300					
Comunità terapeutica semiresidenziale	134	1,2	107,0	1162	98	0,9	76	1162					
Comunità terapeutica residenziale	777	6,7	245,0	2571	777	7,1	245	2571	Comunità terapeutica residenziale	724	17,2	281	2571
<b>Totale</b>	<b>11605</b>	<b>100</b>	<b>70,0</b>	<b>3690</b>	<b>10921</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>3390</b>	<b>Totale</b>	<b>4187</b>	<b>100</b>	<b>216</b>	<b>3390</b>
Numero di soggetti	2693	4,3*	-	-	2687	4,1*	-	-	Numero di soggetti	2687	1,6*	-	-

\*Rapporto trattamenti/soggetti

Le terapie fornite ai soggetti arruolati in Piemonte sono descritte nelle tabelle Tabella 64 e Tabella 65. Complessivamente, 4.187 terapie sono state effettuate da 2.687 soggetti nei primi 18 mesi dello studio. Di questi, 1.073 (39,9%) hanno ricevuto due o più terapie (Tabella 64).

La comunità terapeutica residenziale costituisce la prima terapia più frequentemente per i reingressi (17,6%) che per gli incidenti (6,2%,  $p < 0,001$ ) (Tabella 65).

Nel 43,1% dei casi il mantenimento con metadone è stato preceduto da un periodo preliminare, che nel 61,7% è consistito in uno o più episodi di detossificazione con metadone.

Il periodo preliminare che precede un mantenimento con metadone ha una durata mediana di circa 3 mesi.

Nel 42,9% dei casi la comunità terapeutica è stata preceduta da un periodo preliminare, che nel 17,2% è consistito in uno o più episodi di detossificazione con metadone.

Il periodo preliminare che precede una comunità terapeutica ha una durata mediana di circa 5 mesi.

Durante le terapie di mantenimento con metadone e comunità terapeutica, gli utenti hanno ricevuto vari trattamenti associati, quali la consulenza, il sostegno e l'orientamento al lavoro.

La psicoterapia risulta associata al 6,0% delle terapie metadoniche e al 10,4% delle comunità terapeutiche. La detossificazione con metadone non risulta effettuata durante la terapia di comunità residenziale, mentre è stata frequentemente associata alla terapia di mantenimento con metadone (51,3%), probabilmente come tentativo di terminare il mantenimento o di ridurre la dose (Tabella 65).

Il mantenimento con metadone è stato concluso e non seguito da altri trattamenti nel 10,2% dei casi, mentre è stato concluso e seguito da una seconda terapia nel 36,2% dei casi.

La comunità terapeutica è stata conclusa e non seguita da altri trattamenti nel 12,2% dei casi, mentre è stata conclusa e seguita da una seconda terapia nel 49,1% dei casi.

La ripetizione di una terapia a distanza di tempo si osserva anche per le terapie orientate all'astinenza, che sono concluse e seguite da una seconda terapia nel 42,1% dei casi.

**Tabella 64**

**TERAPIE OSSERVATE DURANTE I 18 MESI DELLO STUDIO  
TRA GLI UTENTI SELEZIONATI PER L'ANALISI DI RITENZIONE.  
STUDIO VEDETE PIEMONTE**

Terapia	Prima terapia						Terapie successive		Totale terapie	
	Incidenti		Reingressi		Totale soggetti		Totale soggetti (n=1073)		Totale soggetti (n=2687)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mantenimento con metadone	197	58,5	1342	57,1	1539	57,2	586	39,1	2125	50,8
Comunità terapeutica residenziale	21	6,2	413	17,6	434	16,2	290	19,3	724	17,2
Terapie orientate all'astinenza	119	35,3	595	25,3	714	26,6	624	41,6	1338	32,0
<b>Totale</b>	<b>337</b>	<b>100</b>	<b>2350</b>	<b>100</b>	<b>2687</b>	<b>100</b>	<b>1500</b>	<b>100</b>	<b>4187</b>	<b>100</b>

**Tabella 65** CARATTERISTICHE DELLE TERAPIE SOMMINISTRATE NEI PRIMI 18 MESI DELLO STUDIO AGLI UTENTI SELEZIONATI PER L'ANALISI DI RITENZIONE. STUDIO VEDETTE PIEMONTE

Terapia	Periodo preliminare				Prima terapia				Soggetti			
	Durata mediana		Detossificazione con metadone		Durata della terapia		Durante la terapia			Esito		
	%	p50	%		Quartili	Detossificazione con metadone	Psicoterapia	Altro**		In atto	Concluso e non iniziati altri trattamenti	Concluso e seguito da una 2° terapia
Mantenimento con metadone	43,1	96	61,7		p25 180 p50 411 p75 584	51,3	6,0	65,4	53,2	10,6	36,2	1539
Comunità terapeutica residenziale	42,9	154	17,2		265 543 730	0,0	10,4	47,5	38,7	12,2	49,1	434
Terapie orientate all'astinenza	--	--	--		61 222 543	38,7	13,9	68,5	26,6	31,2	42,1	714
Totale	31,6	112	51,9		150 378 608	39,7	8,8	56,0	43,8	16,3	39,9	2687

\* le percentuali e la durata mediana sono state calcolate su un denominatore di 1973 utenti (2687-714 utenti trattati con terapie orientate all'astinenza, che non hanno avuto una fase preliminare)

\*\* consulenza, sostegno, orientamento al lavoro

I soggetti inclusi nell'analisi di ritenzione sono descritti nella Tabella 66. Gli incidenti sono 337, i reingressi ed i prevalenti sono 1.152. I soggetti incidenti effettuano per la maggior parte terapie di mantenimento con metadone (58,5%). I reingressi effettuano un maggior numero di terapie orientate all'astinenza (42,9%) e di comunità terapeutiche residenziali (16,2%). Il 75% circa delle terapie di mantenimento con metadone è somministrato ad un dosaggio tra i 20 ed i 59 mg, e complessivamente l'84% circa a dosaggio inferiore ai 60 mg/die. Nel 30% dei casi è presente un periodo preliminare. Il 56% delle terapie è associato con un trattamento psico-sociale, e nel 6% dei casi con una psicoterapia. Le donne costituiscono il 18,2% della popolazione in studio.

Il 55% circa delle terapie è offerto a soggetti che hanno un'età superiore ai 30 anni, con alcune differenze tra incidenti e reingressi. In più dell'80% dei casi i soggetti vivono con la famiglia di origine, nel 42,6% dei casi sono disoccupati, e nell'86% dei casi hanno un livello di istruzione medio-basso. Il 18% circa dei soggetti ha esperienza di carcerazione; negli incidenti tale proporzione scende al 14%. Il 6% circa dei soggetti è HIV positivo, con una minor percentuale per i soggetti incidenti.

Tabella 66

**CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI INCLUSI NELL'ANALISI DI RITENZIONE,  
N=1489. STUDIO VEDETTE PIEMONTE.**

	Incidenti n=337		Reingressi n=1152		Totale n=1489	
	N	%	N	%	N	%
<b>Terapia</b>						
Mantenimento con metadone	197	58,5	471	40,9	668	44,9
Comunità terapeutica residenziale	21	6,2	187	16,2	208	14,0
Terapie orientate all'astinenza	119	35,3	494	42,9	613	41,2
<b>Mantenimento con metadone</b>						
>= 60 mg al giorno	26	13,2	78	16,6	104	15,6
20-59 mg al giorno	152	77,2	352	74,7	504	75,5
<20 mg al giorno	19	9,6	41	8,7	60	9,0
<b>Periodo preliminare</b>						
Si	117	34,7	353	30,6	470	31,6
No	101	30,0	305	26,5	406	27,3
<b>Trattamenti psico-sociali associati</b>						
Si	189	56,1	654	56,8	843	56,6
No	148	43,9	498	43,2	646	43,4
<b>Psicoterapia associata</b>						
Si	17	5,0	73	6,3	90	6,0
No	320	95,0	1079	93,7	1399	94,0
<b>Sesso</b>						
Donne	73	21,7	198	17,2	271	18,2
Uomini	264	78,3	954	82,8	1218	81,8
<b>Età</b>						
18-24 anni	83	24,6	147	12,8	230	15,5
25-29 anni	96	28,5	345	30,0	441	29,6
30-66 anni	158	46,9	660	57,3	818	54,9
<b>Situazione abitativa</b>						
Da solo, amici, senza fissa dimora	67	19,9	198	17,2	265	17,8
Con la famiglia di origine	270	80,1	954	82,8	1224	82,2
<b>Comorbidità psichiatrica</b>						
No	304	90,2	995	86,4	1299	87,2
Si	33	9,8	157	13,6	190	12,8
<b>Cocaina</b>						
No	258	76,6	719	62,4	977	65,6
Si	79	23,4	433	37,6	512	34,4
<b>Durata della tossicodipendenza</b>						
0-4 anni	93	27,6	106	9,2	199	13,4
5-19 anni	218	64,7	934	81,1	1152	77,4
20-33 anni	26	7,7	112	9,7	138	9,3
<b>Disoccupato</b>						
No	221	65,6	634	55,0	855	57,4
Si	116	34,4	518	45,0	634	42,6
<b>Carcerazioni</b>						
No	289	85,8	934	81,1	1223	82,1
Si	48	14,2	218	18,9	266	17,9
<b>Istruzione</b>						
Alta	69	20,5	139	12,1	208	14,0
Media/bassa	268	79,5	1013	87,9	1281	86,0
<b>Età di inizio della dipendenza</b>						
9-18 anni	155	46,0	602	52,3	757	50,8
19-55 anni	182	54,0	550	47,7	732	49,2
<b>HIV</b>						
Negativo/Non riportato	325	96,4	1069	92,8	1394	93,6
Positivo	12	3,6	83	7,2	95	6,4

I risultati dell'analisi di ritenzione univariata sono illustrati nelle figure dalla Figura 4 alla Figura 12.

Sono presentati i risultati solo per le variabili statisticamente significative. Sotto ogni figura sono riportati il numero di pazienti trattati, il numero di pazienti che hanno interrotto la terapia, la significatività complessiva della variabile, e la significatività dei confronti due a due.

La probabilità complessiva di rimanere in trattamento risulta dello 0,5 a 119 giorni, cioè dopo 119 giorni di trattamento il 50% degli utenti è ancora in terapia (Figura 4). I pazienti che hanno interrotto la terapia costituiscono complessivamente il 53,1%.

Per gli utenti incidenti, le terapie di mantenimento con metadone mostrano una miglior ritenzione in trattamento rispetto alle comunità terapeutiche ed alle terapie orientate all'astinenza, con una differenza statisticamente significativa sia per il confronto metadone-terapie orientate all'astinenza, sia per il confronto comunità-terapie orientate all'astinenza (Figura 5). Dopo 354 giorni in trattamento di mantenimento con metadone e 230 giorni in comunità terapeutica, il 50% dei soggetti incidenti risulta ancora in trattamento.

Lo stesso andamento si osserva per gli utenti reingressi, per i quali inoltre tutti i confronti hanno differenze statisticamente significative (Figura 6). Le terapie orientate all'astinenza hanno un elevato tasso di abbandono, sia per gli incidenti (69,6% dei pazienti), sia per i reingressi (63,8% dei pazienti). Nel caso dei reingressi, il 50% dei soggetti risulta ancora in trattamento dopo 273 giorni in trattamento di mantenimento con metadone e 177 giorni in comunità terapeutica, con una netta riduzione delle durate rispetto ai soggetti incidenti.

La ritenzione in trattamento sembra ridursi con il ridursi dell'età dei pazienti (Figura 7). La differenza tra i gruppi appare statisticamente significativa sia nel confronto 18-24 vs 25-29 anni sia nel confronto 18-24 vs 30-66 anni. Analogamente, la ritenzione si riduce con il ridursi della durata della tossicodipendenza (Figura 8). I soggetti con una tossicodipendenza recente abbandonano di più il trattamento; le differenze sono statisticamente significative solo per il confronto 0-4 anni vs 20-33 anni.

Aver avuto una precedente carcerazione è un fattore predittivo dell'abbandono (Figura 9).

Per quanto riguarda le variabili legate al trattamento, la dose media giornaliera di metadone ha un importante effetto sulla ritenzione: i soggetti che ricevono dosi più alte abbandonano di meno (Figura 10). Il confronto tra i gruppi è statisticamente significativo per le alte vs le basse dosi e per le medie vs le basse dosi. Dopo 174 e 165 giorni, rispettivamente il 50% dei soggetti in trattamento con alte e medie dosi è ancora in trattamento, mentre tale durata si abbassa a 78 giorni per chi è in trattamento con basse dosi.

L'associazione con trattamenti psico-sociali e con psicoterapia riduce il rischio di abbandono del trattamento (Figura 11 e Figura 12).

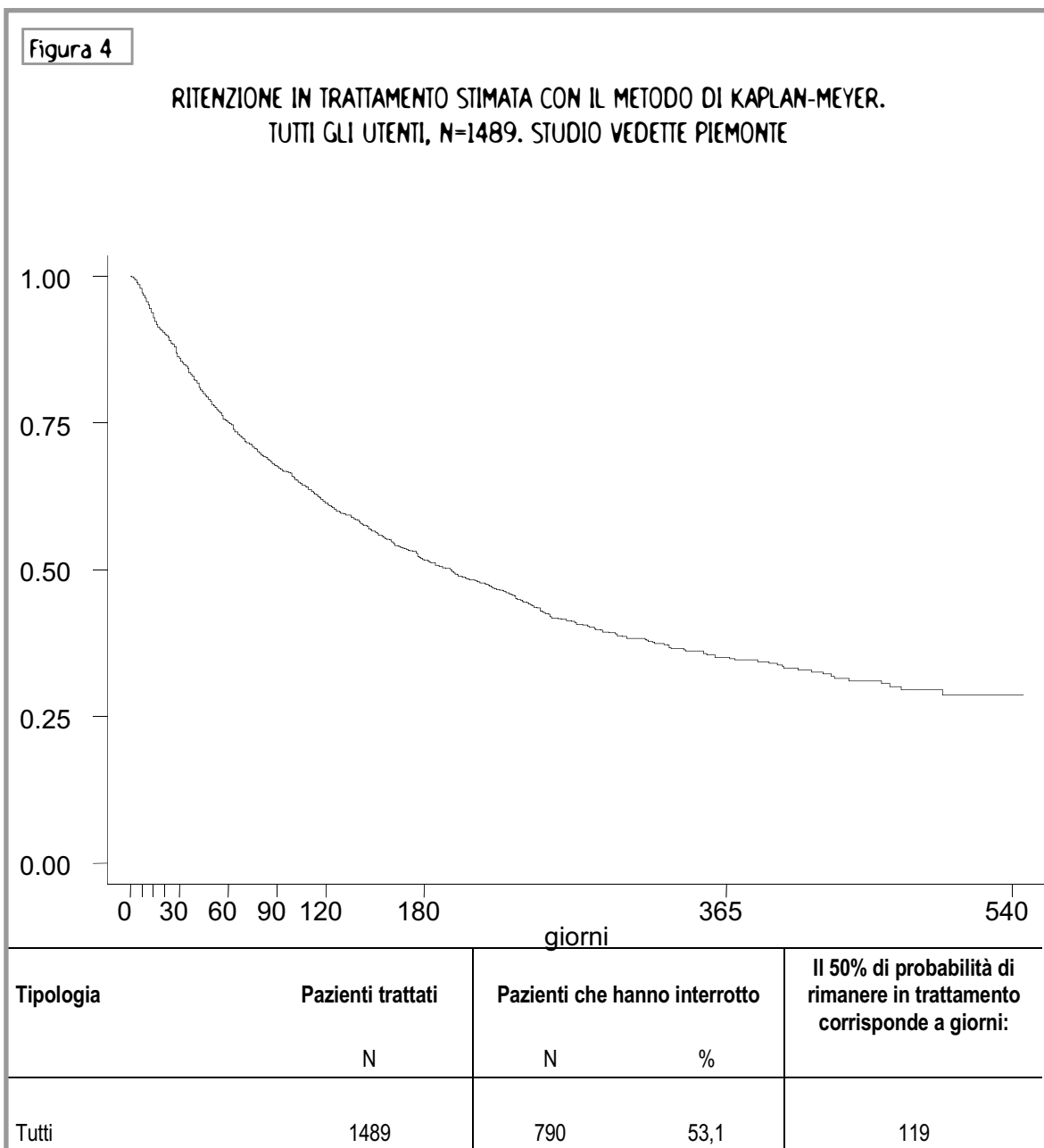
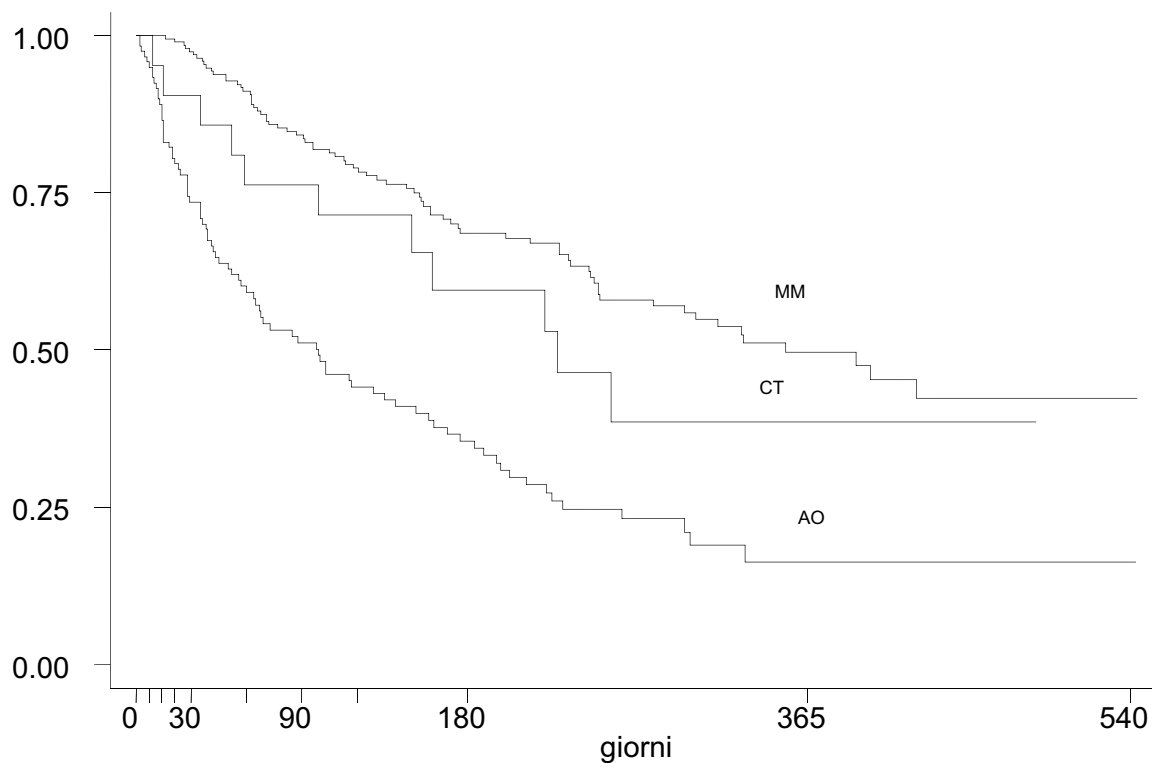


Figura 5

RITENZIONE IN TRATTAMENTO STIMATA CON IL METODO DI KAPLAN-MEYER, PER TIPO DI TERAPIA. UTENTI INCIDENTI, N=337. STUDIO VEDETTE PIEMONTE



Tipologia analizzata	Pazienti trattati	Pazienti che hanno interrotto		Il 50% di probabilità di rimanere in tratt. è pari a giorni:	p
	N	N	%		
Terapia					
1 MM	197	76	38,6	354	0,000
2 CT	21	11	52,4	230	
3 Terapie orientate all'astinenza	119	83	69,6	99	
Tutti	337	170	50,5	230	
<b>confronto due a due</b>	<b>p</b>				
1 vs. 2	0,2315				
1 vs. 3	0,0000				
2 vs. 3	0,0307				



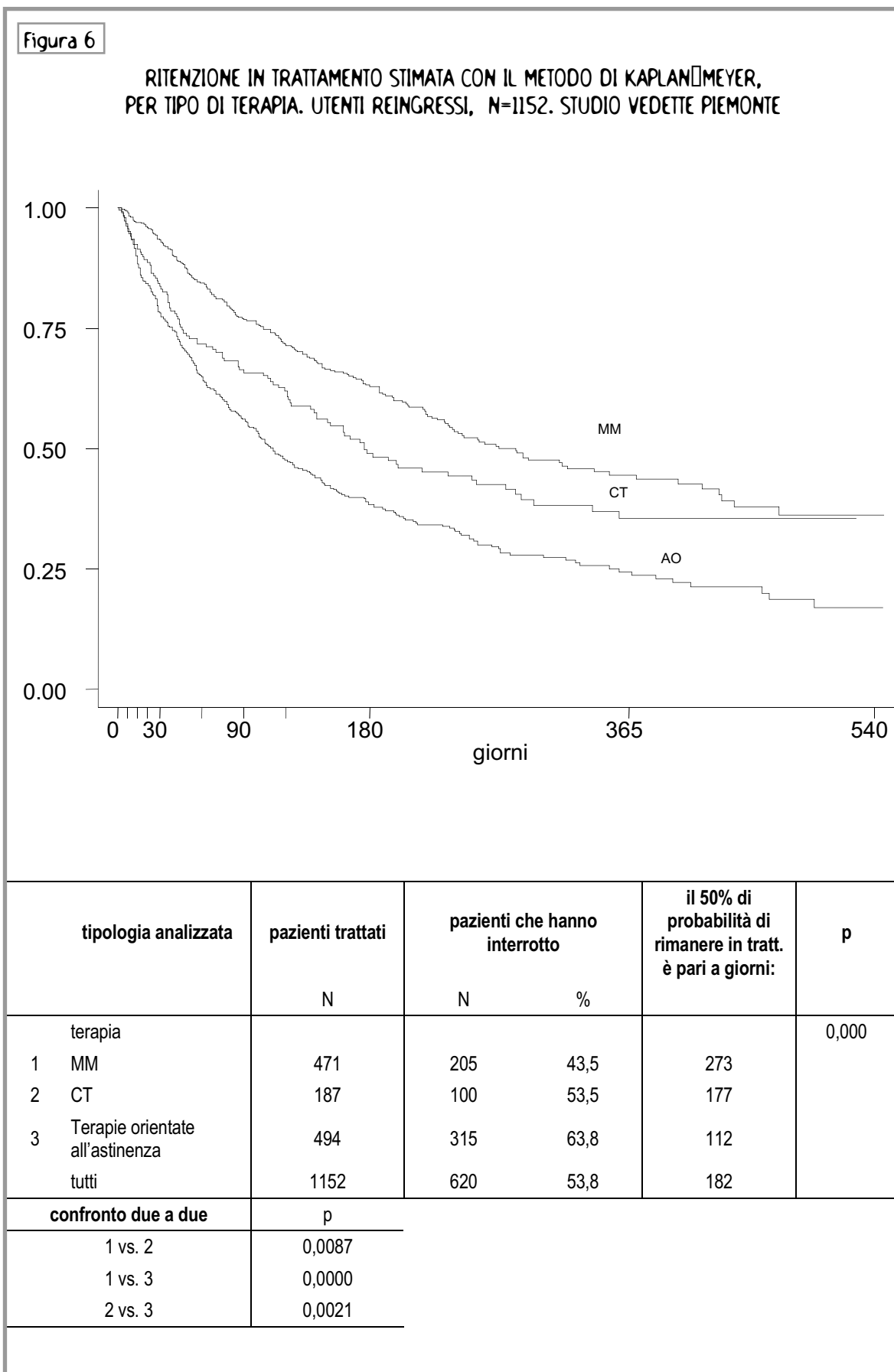
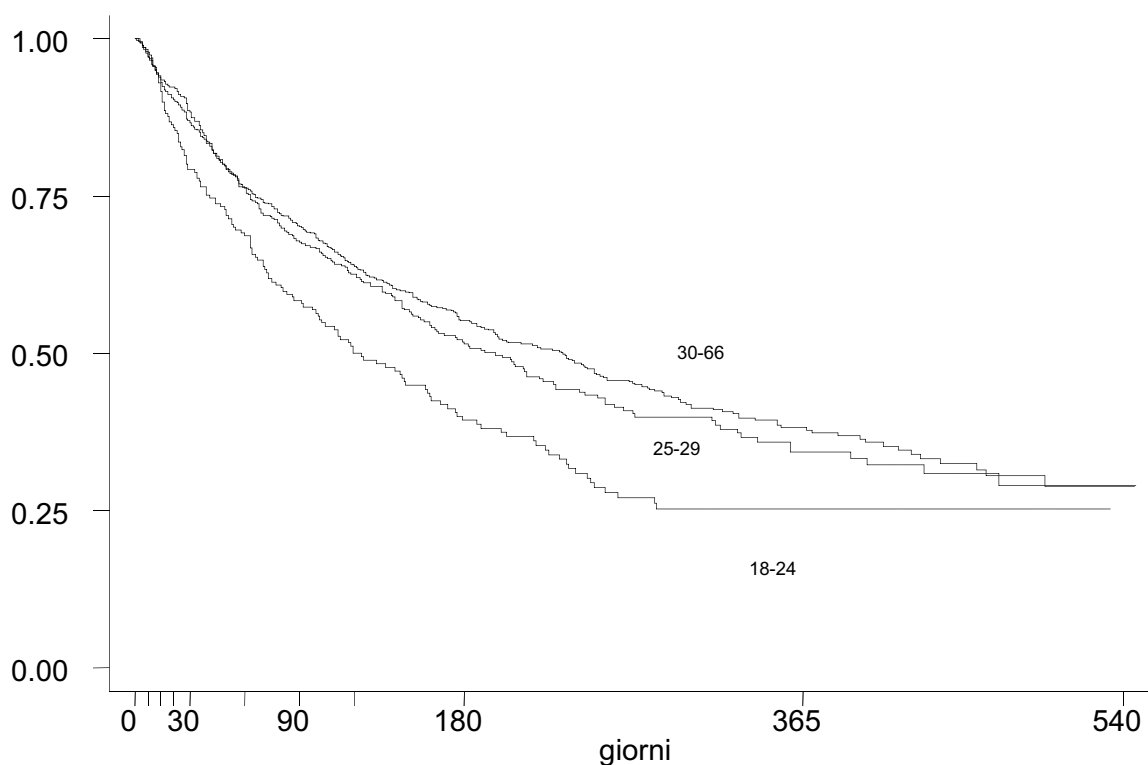


Figura 7

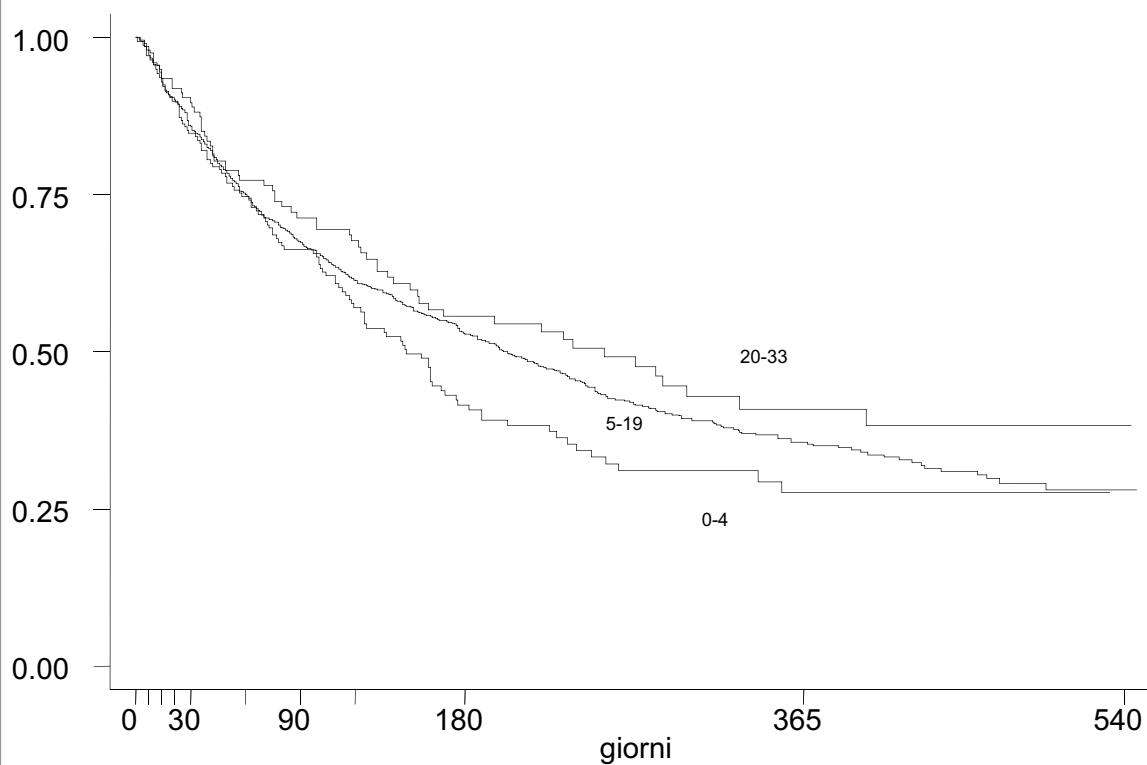
RITENZIONE IN TRATTAMENTO STIMATA CON ANALISI DI KAPLAN-MEYER,  
PER ETÀ, N=1489. STUDIO VEDETTE PIEMONTE



tipologia analizzata	pazienti trattati N	pazienti che hanno interrotto		il 50% di probabilità di rimanere in tratt. è pari a giorni:	p
		N	%		
Età all'arruolamento					0,0004
1 18-24	230	144	62,6	92	
2 25-29	441	232	52,6	124	
3 30-66	818	414	50,6	126	
tutti	1489	790	53,1	119	
<b>confronto due a due</b>	<b>p</b>				
1 vs. 2	0,0033				
1 vs. 3	0,0001				
2 vs. 3	0,3882				

**Figura 8**

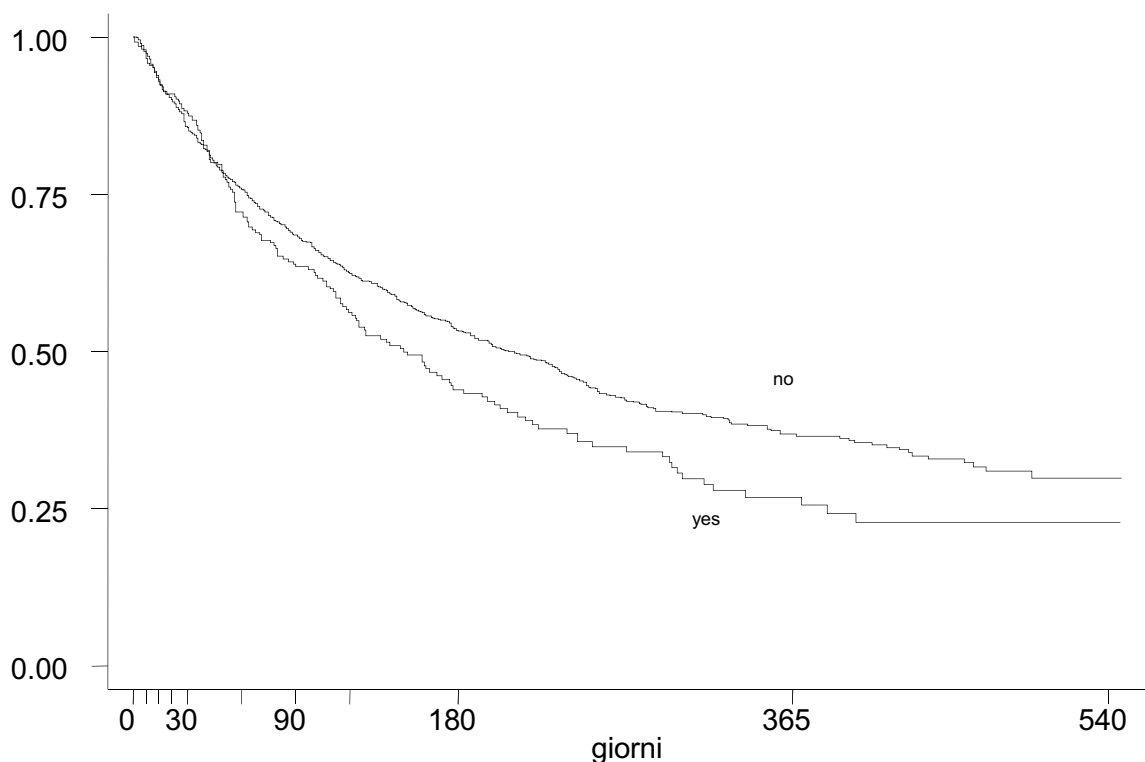
RITENZIONE IN TRATTAMENTO STIMATA CON ANALISI DI KAPLAN-MEYER, PER DURATA DELLA TOSSICODIPENDENZA, N=1489. STUDIO VEDETTE PIEMONTE



tipologia analizzata	pazienti trattati N	pazienti che hanno interrotto		il 50% di probabilità di rimanere in tratt. è pari a giorni:	p
		N	%		
Anni di tossicodipendenza					0,034
1 0-4	199	114	57,3	108	
2 5-19	1152	612	53,1	124	
3 20-33	138	64	46,4	121	
tutti	1489	790	53,1	119	
<b>confronto due a due</b>	<b>p</b>				
1 vs. 2	0,0801				
1 vs. 3	0,0356				
2 vs. 3	0,2421				

Figura 9

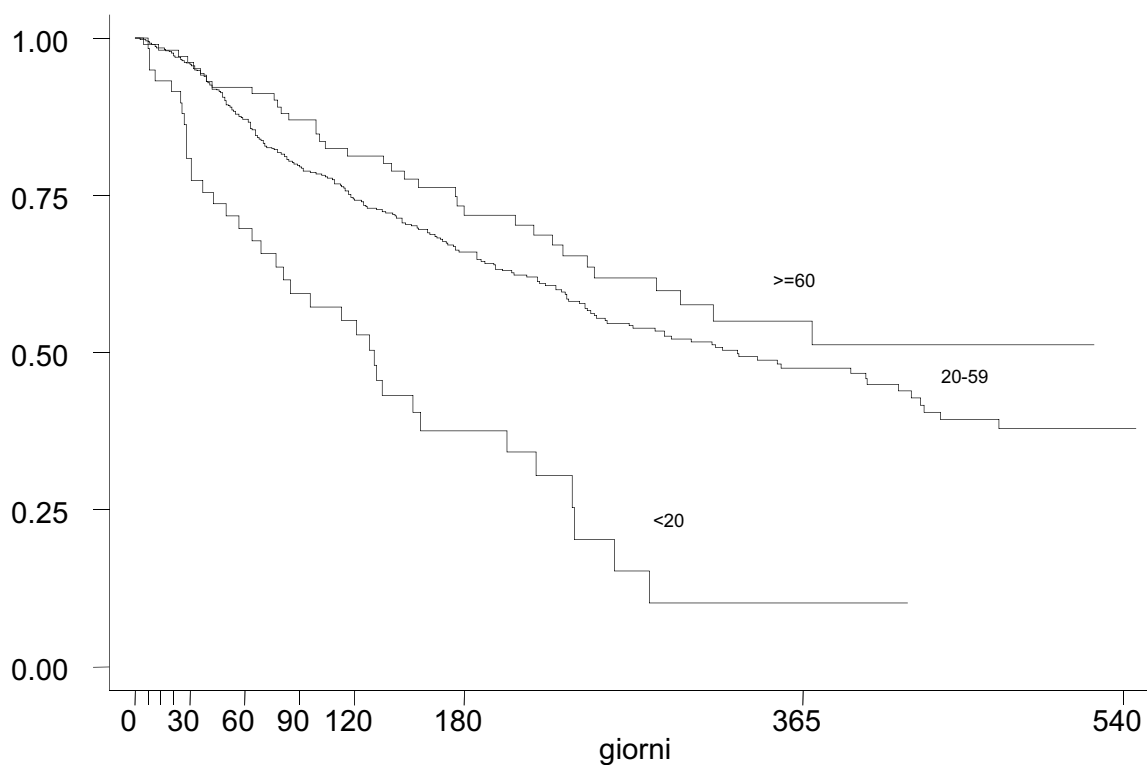
RITENZIONE IN TRATTAMENTO STIMATA CON ANALISI DI KAPLAN-MEYER,  
PER CARCERAZIONI NEGLI ULTIMI 12 MESI, N=1489. STUDIO VEDETTE PIEMONTE



tipologia analizzata	pazienti trattati N	pazienti che hanno interrotto		il 50% di probabilità di rimanere in tratt. è pari a giorni:	p
		N	%		
carcerazioni					0,0115
1 yes	266	159	59,8	122	
2 no	1223	631	51,6	108	
tutti	1489	790	53,1	119	

Figura 10

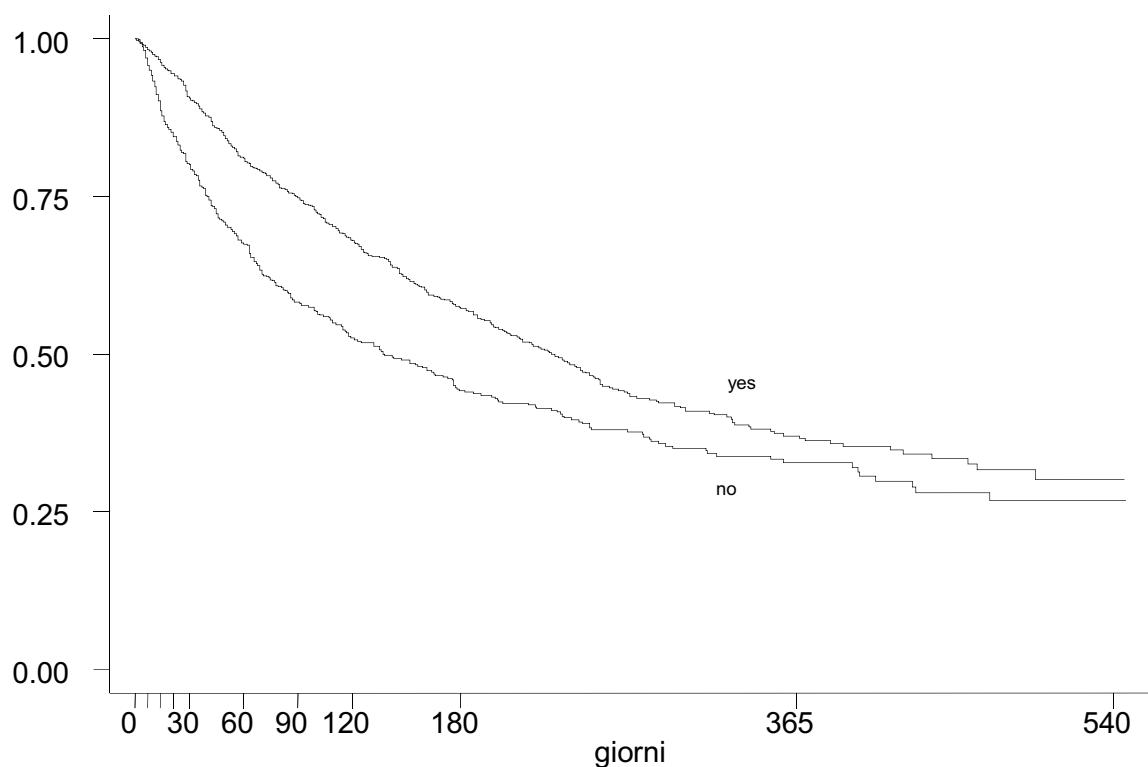
**RITENZIONE IN TRATTAMENTO STIMATA CON ANALISI DI KAPLAN-MEYER  
 PER GLI UTENTI IN MANTENIMENTO CON METADONE,  
 PER DOSE MEDIA GIORNALIERA (MG) (P<0,001), N=668.  
 STUDIO VEDETTE PIEMONTE**



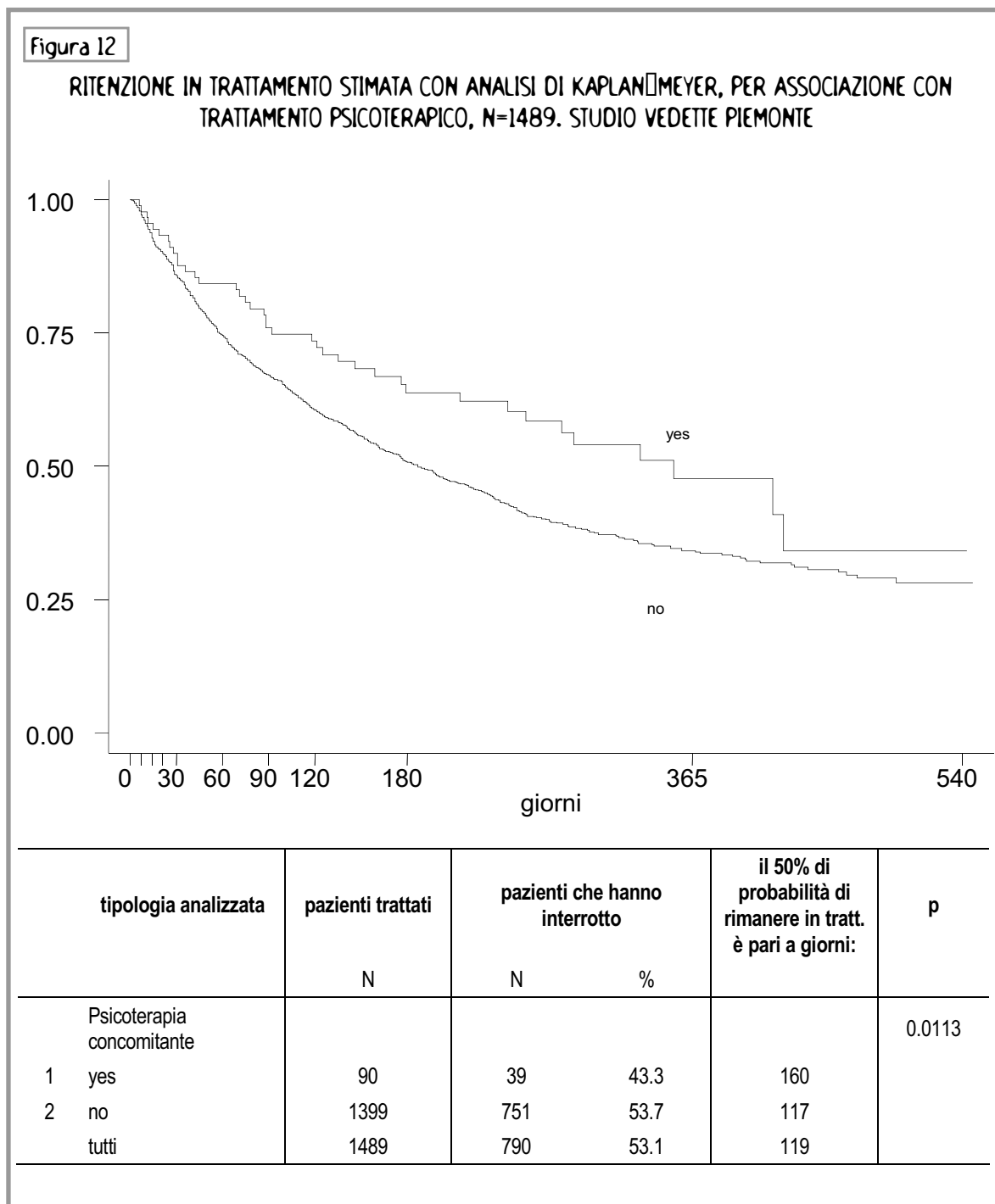
tipologia analizzata	pazienti trattati	pazienti che hanno interrotto		il 50% di probabilità di rimanere in tratt. è pari a giorni:	p
	N	N	%		
MM					0,000
1 >=60 mg	104	35	33,7	174	
2 20-59 mg	504	209	41,5	165	
3 <20 mg	60	37	61,7	78	
tutti	668	281	42,1	155	
<b>confronto due a due</b>	<b>p</b>				
1 vs. 2	0,1250				
1 vs. 3	0,0000				
2 vs. 3	0,0000				

Figura 11

RITENZIONE IN TRATTAMENTO STIMATA CON ANALISI DI KAPLAN-MEYER,  
PER ASSOCIAZIONE CON TRATTAMENTI PSICO-SOCIALI, N=1489. STUDIO VEDETTTE PIEMONTE



tipologia analizzata	pazienti trattati N	pazienti che hanno interrotto		il 50% di probabilità di rimanere in tratt. è pari a giorni:	p
		N	%		
Trattamento psicosociale concomitante					
1 yes	843	424	50,3	143	0,000
2 no	646	366	56,7	89	
tutti	1489	790	53,1	119	



Tutte le informazioni analizzate in univariata sono state introdotte e valutate nella multivariata (modello di Cox, Tabella 67). Dopo l'aggiustamento per i fattori di confondimento effettuato utilizzando il modello di Cox, risultano associate significativamente con la ritenzione il tipo di terapia, ed alcuni trattamenti concomitanti. Per i reingressi, anche l'età è un fattore di rischio indipendente per l'abbandono.

Il tipo di terapia è il più forte fattore predittivo della ritenzione in trattamento, sia per gli incidenti che per i reingressi, con un maggior rischio di abbandonare il trattamento, statisticamente significativo, per i soggetti in trattamento di mantenimento con metadone a basse dosi (HR=4,9; 95% CI: 2,0-11,0 per gli incidenti e HR=2,7; CI: 1,6-4,8 per i reingressi) e per i soggetti in trattamento con terapie orientate all'astinenza (HR=6,8; CI: 3,2-14,3 per gli incidenti e HR=3,9; CI: 2,6-6,0 per i reingressi). Anche i

soggetti reingressi in comunità terapeutica mostrano un maggior rischio di abbandonare il trattamento, statisticamente significativo (HR=2,2; CI: 1,4-3,4) rispetto a chi in trattamento di mantenimento con metadone ad alte dosi. Non avere un trattamento psico-sociale associato raddoppia il rischio di abbandonare il trattamento sia negli incidenti che nei reingressi (HR=2,4; CI: 1,7-3,5 per gli incidenti e HR=2,0; CI: 1,7-2,5 per i reingressi), così come il non essere in psicoterapia (HR=2,6; CI: 1,2-5,5 per gli incidenti e HR=2,1; CI: 1,5-3,2 per i reingressi).

Fatta eccezione per la giovane età nei reingressi, le altre variabili non appaiono essere fattori di rischio indipendenti per l'abbandono del trattamento nella popolazione degli arruolati dello studio VEDETTE in Piemonte.

**Tabella 67**
**RISULTATI DEL MODELLO DI REGRESSIONE DI COX. STUDIO VEDETTE PIEMONTE**

Fattori predittori dell'interruzione del trattamento	Utenti incidenti (n= 337)			Utenti reingressi (n= 1152)		
	Hazard ratio	95% CI	Fallimenti/ N	Hazard ratio	95% CI	Fallimenti/ N
<b>Terapia</b>						
Mantenimento con metadone >= 60 mg al giorno	1	--		1	--	
Mantenimento con metadone 20-59 mg al giorno	1,24	0,60 - 2,54	0,559	1,48	0,97 - 2,25	0,066
Mantenimento con metadone <20 mg al giorno	4,88	2,00 - 11,90	0,000	2,74	1,56 - 4,79	0,000
Comunità terapeutica residenziale	1,90	0,76 - 4,75	0,167	2,20	1,42 - 3,4	0,000
Terapie orientate all'astinenza	6,84	3,25 - 14,35	0,000	3,97	2,63 - 5,99	0,000
<b>Trattamenti psico-sociali associati</b>						
Si	1	--		1	--	
No	2,44	1,70 - 3,49	0,000	2,08	1,74 - 2,48	0,000
<b>Psicoterapia associata</b>						
Si	1	--		1	--	
No	2,62	1,25 - 5,50	0,011	2,16	1,48 - 3,16	0,000
<b>Sesso</b>						
Donna	1	--		1	--	
Uomo	1,29	0,85 - 1,95	0,236	1,08	0,87 - 1,35	0,468
<b>Età</b>						
30-66 anni	1	--		1	--	
25-29 anni	0,91	0,61 - 1,35	0,631	1,07	0,88 - 1,29	0,485
18-24 anni	1,22	0,79 - 1,86	0,370	1,62	1,27 - 2,06	0,000
<b>Sistemazione abitativa</b>						
Con la propria famiglia	1	--		1	--	
Da solo, con amici, nessuna sistemazione stabile	1,10	0,74 - 1,64	0,641	1,03	0,83 - 1,28	0,769
<b>Diagnosi di comorbidità psichiatrica</b>						
No	1	--		1	--	
Si	1,15	0,67 - 1,98	0,603	1,22	0,96 - 1,54	0,098
<b>Uso di cocaina</b>						
No	1	--		1	--	
Si	1,05	0,72 - 1,53	0,806	1,02	0,86 - 1,2	0,821
<b>Disoccupazione</b>						
No	1	--		1	--	
Si	1,05	0,74 - 1,49	0,783	1,12	0,95 - 1,33	0,180
<b>Incarcerazione</b>						
No	1	--		1	--	
Si	1,53	0,98 - 2,37	0,059	1,12	0,91 - 1,37	0,277
<b>Infezione HIV</b>						
No	1	--		1	--	
Si	1,22	0,52 - 2,83	0,651	1,23	0,9 - 1,69	0,192
<b>Età di inizio della dipendenza da eroina</b>						
19-55 anni	1	--		1	--	
9-18 anni	1,25	0,90 - 1,75	0,183	0,99	0,84 - 1,17	0,917



**3.6 MORTALITÀ**

*A cura di Federica Vigna-Taglianti, Roberto Diecidue, Anna Maria Bargagli*

Come descritto nel paragrafo 2.5, le analisi di seguito presentate si riferiscono al follow-up di mortalità effettuato con riferimento al 31 marzo 2001.

La completezza del follow-up sui dati nazionali è stata del 96,3%, per la coorte piemontese del 98,9%.

**3.6.1 Risultati**

Le caratteristiche della popolazione in studio sono descritte nella Tabella 68. In Piemonte sono stati oggetto del follow-up 2.686 pazienti, di cui 2.190 (81,5%) uomini e 496 donne (18,5%).

Gli uomini vivono prevalentemente con i genitori (49%) mentre le donne con il partner e/o i figli (39%).

Il 67,7% degli uomini e il 60,5% delle donne hanno un diploma di scuola media inferiore; un maggior numero di donne possiede un diploma di scuola media superiore (32,7% vs 20% degli uomini). Il 59,2% degli uomini e il 49,6% delle donne hanno un'attività lavorativa.

L'età media all'arruolamento è di 32 anni per gli uomini e lievemente inferiore per le donne (30,7 anni). Il 45% degli uomini e il 56,3% delle donne ha avuto un'overdose nel passato.

L'11,3% delle donne ed il 6,6% dei maschi sono HIV positivi.

Tabella 68

## CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO

Caratteristica	Uomini		Donne		Totale
	N	%	N	%	N
<b>Situazione abitativa</b>					
Solo	276	12,6	61	12,3	337
Con genitori	1079	49,3	162	32,7	1241
Con partner e/o con figli	449	20,5	195	39,3	644
Altro	375	17,1	77	15,5	452
<b>Livello di istruzione</b>					
Nessuno	5	0,2	1	0,2	6
Elementare	249	11,4	29	5,8	278
Media inferiore	1482	67,7	300	60,5	1782
Diploma	439	20,0	162	32,7	601
Laurea	12	0,5	2	0,4	14
<b>Occupazione</b>					
Occupato	1296	59,2	246	49,6	1542
Studente/casalinga	48	2,2	22	4,4	70
Disoccupato	823	37,6	225	45,4	1048
<b>Età all'arruolamento</b>					
Media (D.S.)	32,0 (6,1)		30,7 (6,4)		31,8 (6,1)
<b>Età al primo uso di eroina</b>					
Media (D.S.)	19,4 (4,2)		19,4 (4,6)		19,4 (4,3)
<b>Età al primo uso di eroina e.v.</b>					
Media (D.S.)	21,0 (4,6)		21,0 (5,3)		21,0 (4,7)
<b>Uso di eroina e.v.</b>					
Sì	1499	68,4	329	66,3	1828
No	414	18,9	101	20,4	515
<b>Carcerazioni ultimi 12 mesi</b>					
Sì	362	16,5	57	11,5	419
No	1755	80,1	421	84,9	2176
<b>Overdose nel passato</b>					
Sì	985	45,0	279	56,3	1264
No	1157	52,8	209	42,1	1366
<b>Tipologia utente</b>					
Incidenti	527	24,1	122	24,6	649
Reingressi e prevalenti	1663	75,9	374	75,4	2037
<b>Diagnosi psichiatrica nel passato</b>					
Sì	282	12,9	76	15,3	358
No	1606	73,3	348	70,2	1954
<b>HIV</b>					
Sì	144	6,6	56	11,3	200
No	1372	62,6	293	59,1	1665
<b>Morti</b>					
	36	1,6	15	3,0	51
<b>Totale</b>					
	2190	100	496	100	2686

Al follow-up del 1 marzo 2001 risultano essere deceduti, tra gli arruolati nella coorte piemontese, 51 soggetti, corrispondenti all'1,9% della popolazione in studio. Di questi, 36 erano uomini e 15 erano donne, rispettivamente l'1,6% ed il 3% della popolazione maschile e femminile arruolata per il follow-up in Piemonte.

Sono morti per causa acuta non violenta 2 soggetti, per overdose 23 soggetti, per causa acuta violenta 7 soggetti, 2 per suicidio, 2 per cirrosi, 10 per AIDS (Tabella 69). Per 5 soggetti non era indicata la causa di morte. Sia per gli uomini che per le donne la causa di morte più frequente è l'overdose, e la seconda causa più frequente è l'AIDS. I decessi per suicidio e per cirrosi si sono osservati solo tra gli uomini. Gli incidenti stradali e le cause violente sono più frequenti tra le donne che tra gli uomini (20% vs 11%).

Causa di morte	Uomini		Donne	
	N	%	N	%
Non acuta, non violenta	1	2,7	1	6,7
Overdose	15	41,7	6	40,0
Incidente stradale, trauma accidentale, violenta	4	11,1	3	20,0
Suicidio	2	5,6	0	0,0
Possibile overdose	1	2,8	1	6,7
Cirrosi	2	5,6	0	0,0
Aids	7	19,4	3	20,0
Non specificata	4	11,1	1	6,6
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Per valutarne la relazione con l'essere in trattamento o meno, si è limitata l'analisi ai 27 soggetti deceduti nei primi 18 mesi di studio (Tabella 70). Si osserva che 6 soggetti sono morti mentre erano in trattamento (tasso: 206,9 per 100.000 anni persona) e 21 al di fuori di un periodo di trattamento (tasso: 3.487,1 per 100.000 anni persona). Sono deceduti per overdose mentre erano in trattamento 2 soggetti con un tasso di 68,9 per 100.000 e 9 al di fuori di un trattamento con un tasso di 1.494,5 per 100.000 anni persona.

Causa di morte	Morti in trattamento*			Morti fuori trattamento**			Totale***		
	N	%	Tasso <sup>^</sup>	N	%	Tasso <sup>^</sup>	N	%	Tasso <sup>^</sup>
Non Acuta	2	33,3	68,9	6	28,6	996,3	8	29,6	228,5
Acuta	3	50,0	103,5	15	71,4	2490,8	18	66,7	514,1
Overdose <sup>°</sup>	2	33,3	68,9	9	42,9	1494,5	11	40,7	314,2
Non specificata	1	16,7	34,5				1	3,7	28,6
<b>Tutte</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>206,9</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>3487,1</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>771,1</b>

<sup>^</sup> tasso per 100.000 anni persona  
<sup>°</sup> overdose: fa parte delle cause di morte acute  
\*Anni persona: 2899,04  
\*\*Anni persona: 602,21  
\*\*\*Anni persona: 3501,25

Stratificando i trattamenti in due categorie (mantenimento con metadone e altro) si osserva 1 decesso in trattamento con metadone con un tasso di 71,3 per 100.000 e 5 decessi in altri tipi di trattamento, diversi dal mantenimento con metadone, con un tasso di 334,1 per 100.000 anni persona.

Nessuno dei soggetti in trattamento con mantenimento con metadone è deceduto per overdose: tutti i decessi per questa causa sono concentrati negli altri tipi di trattamento con un tasso di 133,6 per 100.000 anni persona (Tabella 71).

Causa di morte	DECEDUTI IN TRATTAMENTO PER CAUSA DI MORTE E TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO. PIEMONTE 1998-2001					
	In trattamento			Altro**		
	N	MM* %	Tasso <sup>^</sup>	N	%	Tasso <sup>^</sup>
Non Acuta				2	40,0	133,6
Acuta	1	100	71,3	2	40,0	133,6
Overdose <sup>°</sup>				2	40,0	133,6
Non specificata				1	20,0	66,8
<b>Tutte</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>71,3</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>334,1</b>

<sup>^</sup> tasso per 100.000 anni persona  
<sup>°</sup> overdose: fa parte delle cause di morte acute  
\*Anni persona: 1402,54  
\*\*Anni persona: 1496,51

Come già osservato (Tabella 70) il tasso di mortalità per overdose in trattamento è pari a 68,9 per 100.000, mentre quello fuori trattamento è pari a 1.494,5 per 100.000 anni persona.

Il RR di morire per overdose in trattamento è pari a 0,05 (Tabella 72); il RR aggiustato per i fattori di confondimento è 0,03 (95%IC: 0,01-0,18).

Si può anche dire che il RR di morire per overdose fuori trattamento è pari a 29,41 (95%IC: 6,65-153,06) volte quello di morire per overdose in trattamento.

Tabella 72						
RISCHIO RELATIVO DI MORIRE PER OVERDOSE IN TRATTAMENTO E FUORI DAL TRATTAMENTO. MODELLO DI COX.						
	N	Anni persona	Tasso per 100.000	RR grezzo	RR aggiustato*	95% IC
Fuori dal trattamento	9	602,21	1494,5	1	1	
In trattamento	2	2899,04	68,9	0,05	0,03	0,01-0,18
In trattamento	2	2899,04	68,9	1	1	
Fuori dal trattamento	9	602,21	1494,5	21,66	29,41	5,65-153,06

\* aggiustato per: età, sesso, comorbidità psichiatrica, HIV, overdose non fatali, via di somministrazione dell'eroina, durata della tossicodipendenza

I soggetti che sono morti per overdose durante il trattamento (n=2) erano entrambi in trattamento "orientato all'astinenza" al momento del decesso (Tabella 73).

Tuttavia, tra questi, il tasso di decesso per overdose è molto elevato tra i soggetti che ricevevano "altri trattamenti farmacologici" e piuttosto basso tra i soggetti che ricevevano trattamenti psicosociali.

Per quanto riguarda i soggetti che sono morti fuori trattamento, la stratificazione secondo l'ultimo trattamento ricevuto mostra un tasso elevato tra i soggetti che hanno ricevuto come ultimo trattamento un trattamento psicosociale (in questa categoria è compresa la psicoterapia) o il metadone a mantenimento.

<b>Tabella 73</b>			
<b>MORTI IN TRATTAMENTO E FUORI DAL TRATTAMENTO SECONDO IL TRATTAMENTO IN CORSO AL MOMENTO DEL DECESSO E L'ULTIMO TRATTAMENTO EFFETTUATO</b>			
	<b>N</b>	<b>Anni persona</b>	<b>Tasso per 100.000</b>
<b>In trattamento</b>			
Mantenimento metadonico	0	1402,54	
Comunità terapeutica	0	538,71	
Trattamenti orientati all'astinenza	2	957,80	208,81
<i>Detossificazione con metadone</i>	0	356,58	
<i>Altri farmacologici</i>	1	72,57	1377,89
<i>Psicosociali</i>	1	528,64	189,16
<b>Fuori trattamento</b>			
Mantenimento metadonico	3	112,77	2660,17
Comunità terapeutica	1	73,60	1358,61
Trattamenti orientati all'astinenza	5	415,62	1203,01
<i>Detossificazione con metadone</i>	2	156,43	1278,53
<i>Altri farmacologici</i>	1	216,68	461,50
<i>Psicosociali</i>	2	42,51	4704,71

Per quanto riguarda i morti fuori trattamento, è stato analizzato anche l'esito dell'ultimo trattamento effettuato.

Questa analisi (Tabella 74 nella pagina seguente) mette in evidenza che tutti i morti che hanno ricevuto come ultimo trattamento il metadone a mantenimento avevano abbandonato il trattamento.

Tabella 74

**MORTI FUORI TRATTAMENTO SECONDO ESITO  
DELL'ULTIMO TRATTAMENTO RICEVUTO**

	Esito ultimo trattamento					
	Concluso			Abbandonato		
	Morti	N	%	Morti	N	%
Mantenimento metadonico	0	72	7,9	3	406	35,9
Comunità terapeutica	1	80	8,7	0	142	12,5
Detossificazione con metadone	2	497	54,3	0	282	24,9
Altri farmacologici	1	48	5,2	0	72	6,4
Psicosociali*	0	218	23,8	1	230	20,3
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>915</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>1132</b>	<b>100</b>

*A cura di Paola Burroni e Fabrizio Faggiano*

Lo studio VEdeTTE (Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina) è nato come ricerca multicentrica, che coinvolge 13 regioni d'Italia, con l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti per la dipendenza da eroina. Nell'ambito dello studio nazionale, la coorte piemontese ha dato un contributo numericamente rilevante, contando per circa un quarto degli arruolati (2700 su 11900). Questa numerosità è sufficiente per effettuare analisi specifiche a livello regionale e ottenere risultati precisi e accurati. Compito di questa monografia è presentare i risultati di queste analisi.

Le informazioni contenute in questa monografia sono molto numerose ed è un compito arduo selezionare quelle più rilevanti. A nostro avviso ogni lettore troverà nei dati presentati materiale per riflessioni, per conferme o smentite di idee sviluppate negli anni di esperienza oltre che spunti per nuove idee.

In questa sezione della monografia cercheremo di riassumere quelli che ci appaiono i risultati più rilevanti e di discuterne la validità, le spiegazioni e le possibili ricadute nella pratica. Questi si potrebbero riassumere in 4 grandi filoni:

- il primo sono le caratteristiche della popolazione in carico ai SerT negli anni dell'arruolamento della coorte (1998-2000). I dati presentati rivelano una fotografia che potrebbe sorprendere un non addetto ai lavori; si tratta di una popolazione che presenta indicatori di disagio sociale inferiori all'atteso: il 57,4% dichiara di avere un lavoro stabile o saltuario, e il 39% è disoccupato. Per fare un confronto, nello studio NTORS inglese la proporzione di chi lavora è solamente del 12%<sup>20</sup>. Il buon livello di integrazione sociale è inoltre suggerito dalla sistemazione abitativa: la famiglia sembra mantenere un ruolo centrale nella vita di chi usa eroina; una percentuale sorprendentemente alta di genitori (46%) si prende cura dei figli tossicodipendenti, molti vivono con il loro partner e figli e solo qualche soggetto ha dichiarato di essere senza fissa dimora. Il confronto con i dati NTORS, in cui il 20% dei soggetti vive in condizioni precarie, è stridente. Inoltre, la prevalenza di incarcerazioni nell'arco della vita è molto bassa, circa il 16%, mentre nel campione NTORS il 70% dei soggetti è stato in carcere nei due anni precedenti il trattamento<sup>20</sup>.

Rispetto alla popolazione generale adulta, gli utenti dei SerT presentano una istruzione mediamente più bassa; per esempio quelli in possesso di un titolo superiore sono il 13,7% contro 24,2% della popolazione piemontese. L'istruzione inoltre è fortemente correlata con eventi significativi nella storia della tossicodipendenza: i soggetti con titolo di studio più alto presentano un'età più elevata alla prima assunzione di eroina, un numero minore di episodi di overdose, minori fattori di rischio, a suggerire almeno due ipotesi alternative: la minore severità e/o precocità della dipendenza che ha permesso il raggiungimento di una istruzione superiore, o la protezione dovuta all'istruzione, o più genericamente alla classe sociale, a mimare il consueto meccanismo di discriminazione sociale. Queste spiegazioni potrebbero convivere, e a queste potrebbe aggiungersene un'altra, visto che fra i soggetti con titoli di studio più elevati la proporzione di doppie diagnosi è più alta; lo svantaggio sociale è fattore determinante nell'avviare al consumo di eroina le classi più basse, mentre per quelle più elevate occorre un'associazione con altri fattori di rischio.

- Il secondo grande filone è l'immagine di come venivano trattati gli utenti SerT nel periodo immediatamente precedente l'anno 2000. I 2700 arruolati nella coorte piemontese, durante i 18 mesi in studio, hanno ricevuto una media di 4,3 trattamenti per utente. Il 30% degli episodi di trattamento complessivi riguarda le terapie metadoniche "a scalare", il 28% le terapie metadoniche a mantenimento, il 16% il sostegno/accompagnamento psicologico e sociale, il 7% gli inserimenti in comunità terapeutica, il 5% le consulenze, il 3% la psicoterapia. Se però valutiamo il tempo in trattamento, il 34% è rappresentato dal mantenimento con metadone, il 27% dal sostegno -

accompagnamento e l'11% dalla comunità terapeutica. L'analisi dei casi incidenti, cioè i nuovi accessi al servizio, e il raffronto con la coorte nazionale ci danno qualche indicazione qualitativa sulle strategie di trattamento in atto in Piemonte. La proporzione di mantenimenti tra gli incidenti è più alta (67%) che a livello nazionale (43%), mentre quella di psicoterapia è più bassa (6,5% vs 17,4%). Le sezioni seguenti questa discussione ci daranno qualche elemento per discutere questo profilo.

- Il terzo grande filone è rappresentato dalla valutazione della ritenzione in trattamento e quindi dell'efficacia dei trattamenti nel prevenire l'abbandono. Complessivamente il 50% dei trattamenti dura meno di 4 mesi (119 giorni). Però ci sono alcune caratteristiche della terapia che aumentano il rischio di abbandono. Il trattamento con metadone a dosaggi adeguati, secondo le più recenti evidenze scientifiche, presenta la ritenzione migliore<sup>21</sup>. Le terapie a mantenimento con dosaggi fra 20 e 59 mg comportano un rischio di abbandono del 20-50% superiore rispetto a quelle con dosaggi superiori a 60 mg. La terapia orientata all'astinenza, così come definita in questo lavoro, mostra un rischio di abbandono di almeno 4 volte superiore al metadone a mantenimento con dosaggi adeguati (60 mg). L'associazione di trattamenti psicosociali riduce il rischio di abbandono di più di due volte, così come la psicoterapia, come effetto indipendente. La comunità terapeutica ha una ritenzione simile a quella del mantenimento con metadone a dosi adeguate, tranne che per i reingressi, per i quali il rischio di abbandono è maggiore (Hazard ratio 2,20 rispetto al mantenimento con metadone con dosi di 60 mg o superiori). Fra gli altri fattori predittivi analizzati, alcuni non presentano un effetto sulla ritenzione, come la comorbilità e l'uso di cocaina, o l'infezione da HIV, mentre altri lo mostrano, come la carcerazione fra gli incidenti, e l'età giovane fra i prevalenti, entrambi fattori associati ad una minore ritenzione in trattamento.
- Il quarto filone è la relazione fra trattamenti e mortalità. Durante i 18 mesi di studio, 51 persone sono morte nella coorte piemontese, l'1,9% della coorte iniziale, di cui 21 per overdose. Il rischio di morte fuori trattamento rispetto a quello in trattamento è più alto di 16,8 volte per tutte le cause, 21,77 per overdose, e 24,2 per tutte le cause acute. Se il rischio relativo viene aggiustato per le principali variabili di confondimento come età, sesso, comorbilità psichiatrica, il rischio di morte per overdose fuori trattamento diviene 29,4 volte quello in trattamento. Per motivi di potenza statistica non è possibile aumentare il dettaglio dell'osservazione, per cui dobbiamo rifarci ai risultati della coorte nazionale per valutare l'effetto di protezione del singolo trattamento. Questi indicano come non si osservino differenze significative fra trattamenti nella capacità di protezione, tranne che per trattamenti *abstinence oriented* con l'uso di farmaci non metadonici, che mostrano minore effetto protettivo. Invece l'uscita dal trattamento espone ad un rischio diverso a seconda del tipo di trattamento e del tipo di esito (trattamento concluso o abbandonato); il trattamento metadonico a dosi adeguate sembra essere quello che produce il minor rischio di decesso per overdose alla fine del trattamento. Ma questo vale solo nel caso in cui sia terminato in modo concordato, perché il *drop-out* presenta rischi più elevati di decesso per overdose. A questo dobbiamo aggiungere che gran parte del rischio si concentra nei giorni e nelle settimane a ridosso del termine del trattamento.

Prima di approfondire la discussioni dei risultati dello studio, è opportuno descriverne i limiti metodologici. Innanzitutto si tratta di uno studio osservazionale, che quindi soffre del rischio di confondimento, cioè di una distorsione dell'osservazione dovuta a concause dell'evento. Durante la fase di progettazione metodologica della ricerca questo limite è stato a lungo discusso. Era stato proposto uno studio di tipo sperimentale, che prevedesse cioè l'assegnazione casuale di trattamenti diversi ad una popolazione ben definita. Ma questa opzione ha sollevato numerose perplessità da parte degli operatori coinvolti in quella fase; non sembrava possibile che un clinico potesse accettare di randomizzare una terapia ad uno specifico paziente, perché vi erano profonde convinzioni sulle differenti indicazioni dei diversi trattamenti. Il disegno di studio scelto è stato quindi quello di coorte, come d'altra parte tutti i grandi studi sulle tossicodipendenze condotti fino ad ora, lo studio DARP, il



DATOS, lo studio NTORS<sup>20, 22, 23</sup>. Per operare un adeguato controllo del confondimento, tutti i principali confondenti sono stati raccolti con il Questionario di Ingresso e sono stati inclusi nei modelli di analisi multivariata relativi alla ritenzione e alla mortalità. I risultati presentati possono quindi ragionevolmente essere considerati esenti da distorsioni.

L'altro aspetto della validità da approfondire è quello della generalizzabilità. La dimensione del campione e la sua distribuzione in territori cittadini e di campagna permettono di confermare la generalizzabilità dei risultati, tanto più che il confronto effettuato a livello nazionale fra i soggetti inclusi nello studio e la popolazione di utenti sembra suggerire un sostanziale rappresentatività della popolazione di VEdeTTE, senza che peraltro questo fosse un obiettivo dello studio.

A questo punto dobbiamo porci le domande seguenti: quali sono i risultati più rilevanti dello studio VEdeTTE in Piemonte? Quali le possibili ricadute sull'attività di cura?

Un primo elemento che ci pare emerga in modo robusto dai risultati è che la ritenzione, come già segnalato dalla letteratura, debba diventare un obiettivo primario del trattamento. Stare in trattamento, indipendentemente dalla gravità e dalle variabili socio-demografiche inserite nel modello di analisi, ha un ruolo protettivo molto forte rispetto alla mortalità. Ma la prevenzione del decesso è un obiettivo rilevante nella cura della dipendenza? Questo interrogativo non ci sembra retorico e richiede un approfondimento. Se noi consideriamo l'insieme degli obiettivi del trattamento delle dipendenze<sup>24</sup>, possiamo considerare la riduzione della mortalità per overdose come un proxy sintetico dell'insieme degli altri obiettivi. Tenuto conto dei suoi vantaggi in termini di misurabilità e assenza di errori di classificazione, possiamo dire che si tratta di un indicatore valido e sintetico dell'efficacia complessiva dei trattamenti.

Dunque la ritenzione è un obiettivo perseguibile e misurabile del trattamento, attraverso il quale gli altri obiettivi possono essere raggiunti.

E allora quale trattamento è il più appropriato a raggiungere questo obiettivo? Come abbiamo visto, i trattamenti che sono maggiormente in grado di ritenere i soggetti in trattamento sono il mantenimento con metadone a dosaggi adeguati e, per i nuovi utenti, la comunità terapeutica. Inoltre l'associazione con un trattamento psicosociale e, in particolare, con un trattamento psicoterapico, riduce ulteriormente il rischio di abbandono.

Quest'ultima osservazione potrebbe essere un tipico effetto di confondimento: la psicoterapia viene prescritta più frequentemente ai soggetti meno gravi, con migliori probabilità di esito positivo, per cui il risultato potrebbe semplicemente riflettere la diversa popolazione per la quale viene indicato (*bias* di indicazione). In realtà questo risultato è ottenuto da un modello di analisi di regressione, in cui i principali indicatori di gravità sono stati inclusi per controllare il *bias*, senza che l'associazione scomparisse. Tenendo conto anche della dimensione dell'associazione (RR>2 di abbandono), si può ritenere che almeno una parte dell'effetto visto sia realmente dovuto al trattamento. Invece l'insieme di trattamenti che costituiscono le terapie orientate all'astinenza mostrano peggiori risultati, sia in termini di ritenzione che di mortalità al termine del trattamento.

I risultati discussi fino ad ora sono coerenti con quelli degli studi randomizzati con simili obiettivi.

Recenti revisioni sistematiche hanno infatti evidenziato sia la maggiore protezione dei trattamenti metadonici a mantenimento rispetto a quelli *drug free*, sia il ruolo dei trattamenti psicosociali nel migliorarne gli esiti<sup>21, 25, 26</sup>. E allora cosa possono aggiungere questi risultati alle evidenze pre-esistenti?

Lo studio VEdeTTE aggiunge un'altra dimensione, cioè la conferma che i trattamenti funzionano anche nella pratica, non solo negli studi sperimentali. Si tratta della differenza fra *efficacy* ed *effectiveness*, che per gli anglosassoni definiscono l'efficacia teorica, e misurata in situazioni sperimentali, e quella pratica, cioè in situazioni non standardizzate.

Studi come VEdeTTE hanno poi il vantaggio, grazie alla numerosità, di permettere di misurare anche l'effetto dei trattamenti sugli esiti rari, come la mortalità, non misurata negli studi sperimentali per limiti di potenza statistica e di fattibilità metodologica.

Noi crediamo che queste informazioni possano essere utilizzate per migliorare la pratica dei servizi.

Nel periodo in studio, per esempio, il 42% delle terapie erano orientate all'astinenza. Inoltre la frequenza di psicoterapie era generalmente inferiore al 14% (6,0% per il mantenimento con metadone, 10,4% per la comunità terapeutica e 13,9% per la terapia orientata all'astinenza).

Inoltre l'84% dei trattamenti a mantenimento con metadone erano a dosaggi inferiori a 60 mg, ma ben il 56% era associato ad un trattamento psicosociale. La disponibilità di questi risultati sarà un'occasione per ripensare le strategie di intervento, incrementando l'appropriatezza e la qualità.

La pratica in realtà si sta già adeguando: in anni più recenti il profilo dei trattamenti dei servizi piemontesi si è spostato verso l'appropriatezza, seppure esistano ancora margini di miglioramento. Intanto la ricerca potrebbe fare altri passi avanti, per rispondere a quesiti sul trattamento della eroinopatia ancora senza adeguate risposte: per esempio quali elementi possono permettere un migliore *patient-treatment matching*?

Quanto devono durare i trattamenti a lungo termine per assicurare i migliori esiti, e in quali condizioni è possibile passare a trattamenti mirati unicamente alla prevenzione della recidiva?

Mentre si prospettano sullo scenario del fenomeno della patologia delle dipendenze nuove sfide, pare ancora rilevante segnalare che il paradigma della ricerca scientifica applicata a questo settore non è compiutamente accettato.

Riteniamo che i risultati dello studio VEdeTTE debbano essere valorizzati anche in questo senso.

Esso è di grande aiuto per i pazienti, che possono giovare di trattamenti appropriati per migliorare la loro salute, e ridurre i loro rischi, primo fra tutti il rischio di morte.

Ma è anche di grande aiuto per gli operatori del settore che devono poter operare nell'interesse dei pazienti con piena legittimità.



*Dal giuramento di Ippocrate: "...Giuro: ... di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento; ... di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale; ... di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente; ... di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona non utilizzerò mai le mie conoscenze; ... di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza ed osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione; ... di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica ..."*



**BIBLIOGRAFIA**

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga (DNPA). Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004. Roma 2005.
2. Diecidue R. Utenza dei servizi per le dipendenze in Piemonte. Bollettino OED 2005. Torino, 2005.
3. Davoli M, Perucci CA, Rapiti E, Bargagli AM, D'Ippoliti D, Forastiere F, Abeni D. A persistent rise in mortality among injection drug users in Rome, 1980 through 1992. *Am J Public Health* 1997; 87(5): 851-3.
4. Ciccolallo L, Morandi G, Pavarin R, Sorio C, Buiatti E. Mortality risk in intravenous drug users in Emilia Romagna Region and its socio-demographic determinants. *Epidemiol Prev* 2000; 2: 75-80.
5. Ministero della Sanità. Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale Divisione V Sezione III. Circolare n. 87 del 20 novembre 1984. Problemi di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti trattamenti protratti con metadone.
6. Decreto 19 dicembre 1990, n.445 (G.U. n. 25 del 30 gennaio 1991). Regolamento concernente la determinazione dei limiti e delle modalità di impiego dei farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza.
7. Ferri M, Davoli M, Ali R, Auriacombe M, Faggiano F, Farrell M, Ling W, Mattick R. Il gruppo Cochrane su Droga ed Alcool. Bollettino delle Tossicodipendenze e l'alcoolismo 2001;2.
8. Gruppo ESEDRA. Mortalità tra i tossicodipendenti: studio multicentrico italiano. *Epidemiologia e Prevenzione* 1997; 21: 265-271.
9. Bargagli AM, Piras G, Cuomo L, Faggiano F, Versino E. Studio VEdeTTE - Monografia N° 1 Protocollo e stato dell'arte Ottobre 2000. Novembre 2000.
10. Fletcher BW, Tims FM & Brown BS. Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS): treatment evaluation research in the United States. *Psychological Addictive Behaviours*. 1997; 4: 216-229.
11. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Edwards C, Lehmann P, Wilson A & Segar G. The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes. *Psychological Addictive Behaviours*. 1997; 11: 324-337.
12. Gossop M, Marsden J & Stewart D. The UK National Treatment Outcome Research Study and its implications. *Drug & Alcohol Dependence*. 2000; 19: 5-7.
13. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction* 2003; 98(5): 673-84.
14. Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2002.
15. Britton A, McKee M, Black N, McPherson K, Sanderson C, Bain C. Choosing between randomised and non-randomised studie: a systematic review. *Health Technology Assessment* 1998; 2: 13.
16. Mathis F, Bargagli AM, Scarmozzino A, Davoli M, Versino E, Piras G, Faggiano F, Pani PP, Martini C, Cauda V. Studio VEdeTTE - Monografia N° 2 Studio Pilota VEdeTTE 1. AGAT editrice, Maggio 2005.
17. Vigna-Taglianti F, Bargagli AM, Mathis F, Schifano P, Diecidue R, Amato L, Salamina G, Piras G, Cuomo L, Davoli M, Faggiano F, Belleudi V. Studio VEdeTTE - Monografia N° 5 Analisi dei trattamenti dei primi 18 mesi dello studio. Maggio 2005.
18. Leshner AI. Drug abuse and addiction treatment research: the next generation. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (8): 691-694.
19. McLellan AT, O'Brien CP, Lewis D, Kleber HD. Drug addiction as a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689-1695.
20. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Edwards C, Wilson A & Segar G. Substances use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of psychiatry*. 1998; 173: 166-171.
21. Faggiano F, Versino E, Vigna-Taglianti F, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
22. Simpson DD. National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) followup research. *NIDA Res Monogr*. 1984;51:29-41.
23. Broome KM, Simpson DD, Joe GW. Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug Alcohol Depend*. 1999 Dec 1;57(2):127-35.
24. Ruschena M e il Gruppo Piemontese per l'elaborazione di linee-guida di trattamento delle dipendenze patologiche. Obiettivi del trattamento nella patologia da dipendenza. *Dal Fare Al Dire* 2002; 1 (Inserto): VI-IX.
25. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
26. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2.

## HANNO COLLABORATO ALLA REALIZZAZIONE DELLO STUDIO:

### Coordinamento Nazionale

#### Responsabili scientifici

Anna Maria Bargagli  
Fabrizio Faggiano

Dipartimento di Epidemiologia ASL RME  
Dipartimento di Scienze Mediche  
Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

#### Comitato Scientifico

Carlo A. Perucci  
Marina Davoli  
Giovanni Nicoletti  
Giovanni Renga  
Paola Burroni

Dipartimento di Epidemiologia ASL RME  
Dipartimento di Epidemiologia ASL RME  
Dipartimento per la Prevenzione - Ministero della Salute  
Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Torino  
SerTASL 1 Torino

#### Gruppo di Coordinamento Nazionale

Laura Amato, Clara Baldassarre, Anna Maria Bargagli, Valeria Belleudi, Roberto Boccalon, Lucia Carlomagno, Alessandra Carobene, Piero Casella, Francesco Cipriani, Rosa Conforti, Luca Cuomo, Marina Davoli, Salvatore Della Bona, Roberto Diecidue, Fabrizio Faggiano, Gabriella Filippazzo, Bernardo Grande, Gian Paolo Guelfi, Raffaele Lovaste, Claudio Martini, Federica Mathis, Laura Montina, Pier Paolo Pani, Raimondo Maria Pavarin, Giovanna Piras, Giuseppe Salamina, Roberto Sbrana, Patrizia Schifano, Patrizia Sgarzini, Cristina Sorio, Maria Triassi, Elisabetta Versino, Federica Vigna-Taglianti, Giovanni Villani.

#### Comitato Etico (Regione Piemonte)

Paolo Jarre, Emanuele Bignamini, Pier Maria Furlan, Leopoldo Grosso, Vito Mitola, Maria Teresa Ninni, Maria Renata Ranieri, Maurizio Ruschena, Paolo Vineis.

#### Collaboratori alla progettazione dello studio ed alla stesura del protocollo:

Gruppo di coordinamento Regione Piemonte: Paola Burroni, Luca Cuomo, Roberto Diecidue, Fabrizio Faggiano, Egle Fergonzi, Silvio Geninatti, Sabrina Giglio, Antonio Iannaccone, Fabio Lampis, Paolo Jarre, Pier Paola Manassero, Claudio Martini, Federica Mathis, Giuseppe Salamina, Antonio Scarmozzino, Elisabetta Versino.

Gruppo di Coordinamento Regione Lazio: Laura Amato, Anna Maria Bargagli, Valeria Belleudi Marina Davoli, Giovanna Piras, Patrizia Schifano.

Gruppi di Conduzione degli Studi Pilota: Daniela Antonelli, Clara Baladassarre, Stefano Berti, Lucia Carlomagno, Piero Casella, Francesco Cipriani, Rosa Conforti, Salvatore Della Bona, Egle Fergonzi, Gabriella Filippazzo (coordinatrice Fattibilità), Sabrina Giglio, Gian Paolo Guelfi, Raffaele Lovaste, Maria Maisto, Pier Paola Manassero, Claudio Martini (coordinatore Validazione Scheda Trattamenti), Laura Montina, Pier Paolo Pani (coordinatore Riproducibilità Questionario di Ingresso), Raimondo Pavarin, Rosolino Vico Ricci, Corrado Risino, Paola Sanna, Patrizia Sgarzini, Cristina Sorio, Maria Triassi, Giovanni Villani.

I partecipanti al Master di Epidemiologia delle Tossicodipendenze, coorte 1996-1998.

**STUDIO VEDETTA REGIONE PIEMONTE****Referenti regionali**

Antonio Iannaccone, Fabio Lampis

**Borsisti**

Stefano Bartoli, Paola Bertolini, Maria Grazia Bresciano, Gianluca Cerutti, Daniela Calcagno, Tiziana Campagna, Elena Comba, Raffaella Dalmasso, Simona D'Andrea, Barbara Ghignone, Luca Giordanengo, Federica Sementini, Nicola Marongiu, Mara Romaniello, Brunella Ruffa, Nicoletta Serraino, Barbara Simonelli, Valentina Surgo, Stefano Verona.

**SerT e Operatori****■ SerT Via Bertola**

Paola Burrioni, Ruggero Gatti, Anna Bertin, Gabriella Bianco, Luisella Boggio, Gianbattista Bosco, Antonella Bruatto, Silveria Calì, Luciano Cittadino, Barbara De Stefani, Giulio Di Francia, Alessandra Francescato, Anna Maria Gagliano, Grazia Gallo, Simonetta Novarino, Carla Giubolini, Valeria Grasso, Antonio Pistonina, Silvia Romanisio Mara Rotelli, Paola Russo, Marta Saponaro, Paola Savio.

**■ SerT Via Lombroso**

Antonio Iannaccone, Stefania Boglio, Maria Cedrola, Raffaella Dalmasso, Daniela Dutto, Marina Garneri, Aldo Gentile, Daniele Giuliadori, Antonio La Valle, Sonia Lio, Maria Grazia Minetti, Roberto Pezzano, Giuseppe Pugliese, Michelangelo Rainone, Marina Siddi, Ornella Testa.

**■ SerT Via Montevideo.**

Egle Fergonzi, Antonio Amodio, Nadia Biancotti, Cinzia Bordoni, Chiara Bottino, Valerio Ceolato Caliaro, Monica Chirieleison, Francesco Gallo, Cecilia Iacomuzzi, Francesca Imbraguglio, Maria Lucia Maielli, Bernardina Odennino, Romeo Specchia.

**■ SerT Via Nergaville**

Marina Podio, Pierluigi Allosio, Natalina Brussino, Fiorenza Camilli Meletani, Vanda Casali, Gloria Castagno, Guido Gavioli, Nadia Gennari, Anna Giuliano, Antonella Griffa, Fulvia Ivaldi, Alessandra Mazzoleni, Sabrina Orlandella, Chiara Revelli, Vittorio Nicola.

**■ SerT Via Nomis di Cossilla**

Antonino Matarozzo, Felicia Vero, Lucia Alessi, Paola Abbate, Maria Grazia Barbaro, Stefania Barsanti, Antonella Detta, Guido Fulcheri, Patrizia Gaido, M. Rosalia Lipera, Paolo Marasà, Dorella Marini, Paola Meloni, Raffaella Mezzani, Alessandro Rossi, Paolo Semeraro, Mariella Trifolò, Cristina Zerbini.

**■ SerT Via Monte Ortigara**

Concetta Amore, Jeanine Bottero, Tiziana Campagna, Claudia Carnino, Tiziana Casalicchio, Roberto Diecidue, Tina Ferraro, Angelina Fioretti, Enrica Galvani, Rossella Lai, Piero Lavarino, Sandra Levi, Maria Rosaria Lipera, Jolanda Nazzari, Enrica Palladino, Anna Pasquinio, Luisella Pianarosa, Anna Romano, Maria Russo, Monica Stara, Filomena Taffuri, Sergio Tedesco, Lucia Triolo, Eva Vignolo.

**■ SerT Via Pacchiotti**

Emanuele Bignamini, Paolo Barchi, Anna Maria Bornacin, Domenica Corradino, Vittorio Cutraro, Nicoletta Fubini, Clara Garesio, Paolo Guerci, Caterina Mammoliti, Maria Minniti, Armando Monaco, Daniela Ostano, Bruno Scutteri, Bruno Tortia, Rocco Silipigni, Mascia Veziò.

**■ SerT Corso Lombardia**

Luigi Arceri, Alberico Bennardo, Paola Bogliaccino, Giovanna Bonadonna, Eleonora Buganè, Carolina Cappa, Domenico Cardea, Barbara Carli, Giorgio Cerrato, Marina Cortese, Paola Coscio, Michela Damiani, Enrico De Vivo, Manuela Dorella, Luciana Gaudino, Luca Giordanengo, Michela Gnavi, Maria Girdinazzo, Elena Giuliano, Rosanna Giulio, Alice Martinelli, Claudio Martini, Paola Meloni, Valeria Moschese, Giorgio Nespoli, Antonio Notarbartolo, Valter Pellegrini, Pelloni Luciana, Franca Pisarra, Caterina Plateroti, Maria

Rina Porta, Margherita Ricciuti, Emanuela Rivela, Maria Rosa Scafidi, Angelo Scano, Cristina Tebaldi, Maria Grazia Terzi, Enrico Teta, Sara Zazza.

■ SerT Via Ghedini

Silvio Geninatti, Francesca Amore, Marcellina Bianco, Gabriella Brachet Sergent, Antonietta Bruatto, Antonella D'amico, Paola D'Amore, Daniela De Rossi, Emanuela Destino, Daniela Fenoglio, Siria Fuggetta, Angelina Fusco, Michela Giannuzzi, Angelo Giglio, Franca Mangatia, Tania Palmatè, Paolo Perretti, Paolo Pesce, Fabrizio Piuma, Nicoletta Ponasso, Lucia Portis, Nicoletta Robotti, Gabriella Rocca, Andrea Rossi, Cinzia Rubbioli, Margherita Scarafiotti, Maria Senatore, Carmen Silvan, Silvana Sinopoli, Daniela Toaldo, Elena Vigna.

■ SerT Corso Vercelli

Augusto Consoli, Nunzia Adduci, Franco Aimone, Lucia Alessi, Caterina Ambrogio, Daniele Bagni, Antonella Baietto, Paolo Massimo Baruchello, Maria Bellante, Paolo Bracco, Cristina Dalena, Paola Damiano, A. Maria De Chiara, Maura De Macchi, Paola Faraon, Maria Foti, Antonia Maria Gaita, Pierangela Gallo, Rita Gonella, Elsa Marcaccini, Teresio Minetti, Nicoletta Paccò, Raffaella Pellegrino, Filomena Spagnuolo, Elisabetta Todisco, Marzia Villata, Fabrizio Zucca.

■ SerT Collegno

Paolo Jarre, Maria Elena Aimò, Silvana Aliberti, Bruna Audino, Susan Bicheler, Fabio Cerone, Paola Dughera, Elvira Garrone, Elvira Giorcelli, Galdino Le Foche, Giovanna Marletta, Vezio Mascia, Donatella Mondino, Simonetta Momo, Sergio Neirotti, Clara Pansa, Erica Policardi, Silvia Rosina, Antonella Scarpinato, Marzia Spagnolo, Sabrina Zamparini, Claudia Zuffellato.

■ SerT Rivoli

Rocco Mercuri, Maria Paola Abbate, Cristiana Avalor, Vilma Buttolo, Bruno De Fazio, Paola Dughera, Marina Fiorido, Nino Flesia, Simona Frantone, Cristina Garriga, Elvira Garrone, Ornella Guido, Luciana Lagotto, Maria Marangon, Rita Meotto, Marina Pitasi, Rosa Recchia, Samantha Siviero, Massimo Sorce, Sebastiano M. Spicuglia, Sabrina Zamparini.

■ Sert Orbassano

Pino Faro, Sabrina Anzillotti, Angela Bono, Carmen Cavalleri, Ernestina Cigala, Barbara Corbella, Cristina Ceruti, Katia Chianello, Sergio De Rienzi, Stefano Garbolino, Giorgia Gorla, Beatrice Irico, Daniela Lapio, Giuseppe Laurato, Carla Lombardini, Maria Marangon, Paola Monaci, Daniele Pini, Marilena Ruiu, Mariangela Santoro, Angelo Vaccaro.

■ Sert Avigliana

Sergio Neirotti, Raffaella Collesei, Tiziana Cuomo, Francesco Greco, Simona Fassone, Marina Ielasi, Mauro Martinasso, Laura Moiso, Antonia Nico, Alessandra Novelli, Ivo Peroglia, Silvana Pitrolo, Francesca Santisi, Maurizio Spicuglia, Rosanna Taberna.

■ SerT Giaveno

Andrea Bugnone, Barbara Battistini, Rosanna Bosio, Barbara Corbella, Massimo Gozzelino, Silvia Mismetti, Nadia Mola.

■ ASL 15

Alberto Arnaudo, Tiziana Alessandria, Guido Armando, Pierpaolo Bellino, Valeria Bellone, Mariella Bonello, Franca Campio, Gabriella Caselli, Deanna Castelletti, Laura Chiappello, Michele Consoli, Carlo Contaldi, Francesca Deidda, Linda Dutto, Sabrina Giglio, Luisa Giorda, Brunella Giordanengo, Laura Leinardi, Maria Lovera, Pierpaola Manassero, Carlo Mandrile, Vilma Massucco, Giuseppe Moschella, Mirella Perasso, Luigia Pollani, Silvia Re, Ottaviano Ruberto, Michele Sirchia, Vanessa Viale, Cristina Vignotto.



