

DIPENDENZE PATOLOGICHE: ANALISI DELLA SITUAZIONE LOCALE NELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA

Caterina De Stefano (a), Annamaria Caterina Caridi (a), Antonella Cernuzio (b), Giuseppina Fava (a), Valeria Surace (a), Giuseppe Cristiano (a), Giovanni De Foresta (a), Filomena Zappia (a), Emanuele Scafato (c), Angela Giusti (d)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, Reggio Calabria

(b) Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, Crotone

(c) Centro nazionale Dipendenze e doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Il concetto di dipendenza patologica così come descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è “quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, caratterizzata da risposte comportamentali” (1). Al di là della definizione sopracitata, essa viene utilizzata per spiegare anche sintomatologie che non implicano l'assunzione di alcuna sostanza (2, 3).

Dai dati del *World Drug Report* 2014, il 5% della popolazione mondiale di età tra 15-64 anni ha usato almeno una sostanza stupefacente nel corso del 2012; il numero dei tossicodipendenti considerati nelle statistiche epidemiologiche come “soggetti problematici” si attesta sui 27 milioni (circa lo 0,6% della popolazione adulta del mondo), ovvero 1 persona su 200 (4). In base a delle regole sociali è stata proposta una classificazione generale delle dipendenze in: dipendenze sociali o legali, dipendenze antisociali o illegali (5). Ulteriori studi riportano un'elevata frequenza di condizioni di polidipendenza ossia la compresenza di una o più dipendenze comportamentali o da sostanze nella stessa persona e di cross-dipendenza. Tali risultati portano molti autori a postulare una vera Sindrome da Dipendenza o Dipendenza Patologica (6, 7).

Lo studio “Dipendenze patologiche: analisi della situazione locale” ha lo scopo di acquisire informazioni nei Distretti Aziendali Reggio 1, Reggio 2, Tirrenica e Ionica, in merito a:

1. diffusione del consumo e tipologia del rischio (tipizzazione consumatori: chi sono, quanto consumano, dove lo fanno, come lo fanno)
2. percezione e conseguenze sull'individuo e sulla società.

Materiali e metodi

Lo studio è quali-quantitativo: alla prima fase di tipo descrittivo retrospettivo, basata su dati aziendali, è stata associata una indagine esplorativa tramite *focus group*, per raccogliere le opinioni da alcuni gruppi sociali di età compresa 15-64 anni, che vivono il fenomeno nel territorio oggetto di studio (8-13).

Fase quantitativa

La popolazione oggetto dello studio quantitativo è composta, nell'anno 2014, da 996 schede con inizio trattamento, divise tra i seguenti Servizi per le Tossicodipendenze (SerT):

1. 253 al SerT Polistena;
2. 718 al SerT Reggio Calabria;
3. 25 al SerT Siderno.

Sono stati utilizzati gli archivi aziendali, regionali, relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), al flusso dati Sistema informativo nazionale delle dipendenze (SIND) e al registro cause di morte per l'anno 2014. In queste elaborazioni non sono stati utilizzati i soggetti assistiti dal Pronto Soccorso, poiché tale flusso di dati è di recente istituzione.

I dati sono elaborati utilizzando software di database relazionali, collegando le SDO, l'archivio SIND con i codici delle diagnosi ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*), considerando le diagnosi delle dipendenze distinte per tipo di ciclo (Tossicodipendenza, Alcolismo, Tabagismo, ecc.).

Le schede dei decessi hanno come codifica di diagnosi di cause di morte i codici ICD-10-CM che, correlati alle diagnosi di dipendenza, individuano sia i casi presenti nel registro decessi sia i casi presenti nell'archivio Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze (SIND).

Sono stati individuati i ricoveri ospedalieri (incrociando il flusso SIND con le SDO), i decessi dei pazienti in trattamento (registro cause di morte) nel corso dell'anno 2014; inoltre, si ricavano potenziali utenti non presenti nell'archivio SIND, considerando le diagnosi di Dipendenza relative sia ai ricoveri ospedalieri sia alle cause di morte.

Fase qualitativa

Tra settembre e maggio 2014 sono stati organizzati i *focus group*, coinvolgendo i seguenti gruppi sociali: 1) Avvocati dell'Ordine degli Avvocati di Palmi, 2) Polizia Municipale del Comune di Palmi, 3) Studenti della scuola media superiore, 4) Genitori degli alunni, 5) Insegnanti della scuola secondaria, 6) Utenti di Comunità Terapeutica (CT), 7) Operatori di CT.

La partecipazione ai *focus group* è stata volontaria; i partecipanti sono stati informati preventivamente sull'obiettivo dell'indagine, a tutti è stato somministrato il consenso informato e una scheda anonima di raccolta dei dati socio-demografici. Ogni incontro, è stato registrato su supporto audio per poi essere trascritto integralmente dagli stessi ricercatori per effettuare l'analisi dei contenuti.

L'analisi qualitativa ha seguito un processo di scomposizione e segmentazione delle interviste riducendole a brani ai quali sono stati attribuiti codici che ne definiscono il significato. L'analisi è stata effettuata con il software NVivo 10, finalizzato all'analisi qualitativa computer assistita.

Risultati

Il contesto dell'indagine quantitativa è la provincia di Reggio Calabria che coincide con l'Azienda Sanitaria Provinciale territoriale, la quale al 31/12/2013 è composta da 559.759 residenti, il 14% appartenente alla fascia di età pediatrica (0-14), il 66% riferita alla fascia di età della popolazione attiva (15-64 anni) e il 20% alla fascia di età *over* 64 anni; l'età media dei residenti in provincia è di 42 anni.

I dati quantitativi, in riferimento al flusso SIND, sono parziali poiché è in corso un riallineamento territoriale degli ex archivi distribuiti sul territorio della provincia.

I pazienti afferiti ai SerT della provincia di Reggio Calabria che hanno iniziato un ciclo di trattamento nel corso dell'anno 2014 sono stati 996 (0,18% della popolazione residente), di cui l'87,45% maschi, di età media pari a 44 anni.

L'elaborazione dei dati ci ha permesso di identificare i seguenti aspetti: l'uso di droghe ad alto rischio (*Problem Drug Users*, PDU), tale indicatore è utilizzato per stimare la popolazione totale di utilizzatori di oppiacei, comprendente anche la quota di utilizzatori di oppiacei non nota ai servizi, tale valore è stimato in 3.280 pazienti; la domanda di trattamento (*Treatment Demand Indicator*, TDI), descrive la popolazione di consumatori problematici di stupefacenti che entrano in terapia, dai dati disponibili, otteniamo che il 19% degli utenti trattati sono entrati in comunità (192 su 996 utenti che hanno iniziato un ciclo di trattamento nel corso dell'anno 2014); i decessi correlati agli stupefacenti (*Drug-Related Death*, DRD), permette di calcolare la mortalità correlata al consumo di droga, che nel 2014, a fronte di una mortalità totale pari al 12,2% di residenti, il 2,5% è correlata al consumo di droga, mentre l'1,1% è causato da epatotossicità; infine con le malattie infettive correlate alla droga (*Drug-Related Infectious Diseases*, DRID), emerge che:

- *Hepatitis B Virus* (HBV) su 191 esami ematoclinici, 45 hanno esito positivo (4,5% sul totale della popolazione in esame)
- *Hepatitis C Virus* (HCV) su 209 esami ematoclinici, 125 hanno esito positivo (12,6% sul totale della popolazione in esame)
- *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) su 193 esami ematoclinici, 11 hanno esito positivo (1,1% sul totale della popolazione in esame), di cui 9 (82%) risulta anche positivo all'HCV.

Tutti questi pazienti hanno una età media di 43 anni.

Per la fase qualitativa sono stati realizzati otto *focus group*, nella provincia di Reggio Calabria, con un totale di 70 partecipanti, di cui 46 M e 24 F, età media 35 anni. Il 39% dei partecipanti possedeva diploma di scuola secondaria di I° grado, il 32% diploma di scuola secondaria di II° grado, il 29% diploma di laurea. Il 4% dei partecipanti era costituito da persone in condizione di fragilità sociale, il 6% da disabili e con patologie croniche, il 6% da pensionati e 4% da immigrati.

Dall'analisi delle trascrizioni sono emersi i grandi temi sui quali i partecipanti ai *focus group* hanno posto maggiormente l'attenzione. La dipendenza patologica è stata definita come "uno ha un vizio e non riesce a smettere, oppure se smette in modo forzato e poi sta male". Le variabili ambientali, sociali ed economiche sono percepite come le cause più frequenti delle dipendenze in tutti i *focus group* realizzati:

"Eh... la mancanza di lavoro, quindi una grande disoccupazione, la povertà, sono tutti problemi che noi abbiamo fin da sempre, no?"

"Le famiglie talvolta sono latitanti ma neanche mi sento di condannarle, perché a volte non è che non vogliono, è che proprio non sanno, perché molte non sanno nemmeno che i figli hanno bisogno di bere 15 birre per divertirsi"

"Sarebbe bello che ogni quartiere avesse delle auto organizzazioni rappresentative, no? E si aggregano sul bisogno, voglio dire"

Dal nostro studio è emerso che la dipendenza non viene ancora percepita come una malattia, ma come un "vizio", con scarsa consapevolezza di chi lo vive causando gravi ricadute sociali e relazionali. La facilità nel reperire qualsiasi tipo di sostanza crea uno status di maggiore vulnerabilità nell'approcciarsi alla dipendenza, pertanto sarà necessario coinvolgere i giovani all'informazione e ad attività di prevenzione.

Conclusioni

Lo studio ha consentito di raccogliere molti dati sulla percezione che i diversi gruppi sociali hanno sul problema della dipendenza patologica, sui fattori che ne influenzano l'uso e sulle strategie d'intervento che possono essere effettuate.

Dall'analisi effettuata è emerso un punto di criticità, in relazione alla nuova gestione informatizzata degli accessi ai Pronto Soccorso Aziendali e all'ottimizzazione e riallineamento dei database dislocati nei servizi territoriali, relativi alla presa in carico dei pazienti, al fine di ottenere un dato informativo uniforme sul territorio provinciale.

Sarebbe opportuna una maggiore cooperazione a livello sociale, estendendo il problema e portando l'informazione al massimo livello per migliorare la situazione in ambito provinciale.

Bibliografia

1. Pigatto A. La condizione di dipendenza patologica. In: Nizzoli U, Pissacroia M (Ed.) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Padova: Piccin Nuova Libreria SpA; 2003. Vol. 1. p. 1029-38.
2. Del Miglio C, Corbelli S. Le nuove dipendenze. *Attualità in Psicologia* 2003;18 (1-2):9-36.
3. Shaffer H J, Kidman R. Shifting perspectives on gambling and addiction. *J Gambl Stud* 2003;19(1):1-6.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2014*. New York: United Nations publication; 2014. Disponibile all'indirizzo: www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf; ultima consultazione 19/01/18.
5. Alonso-Fernández F. *Le altre droghe. Cibo, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*. Roma: Edizioni Univ. Romane; 1999.
6. Grosseohme DH. Research methodology overview of qualitative research. *J Health Care Chaplain* 2014;20(3):109-122.
7. Waters EA, Ball L, Carter K, Gehlert S. Smokers' beliefs about the tobacco control potential of "a gene for smoking": a focus group study. *BMC Public Health* 2014;14:1218.
8. Tomlinson J, Wright D. Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study. *BMJ* 2004;328(7447):1037.
9. Hoddinott P, Pill R. Qualitative research interviewing by general practitioners. A personal view of the opportunities and pitfalls. *Fam Pract* 1997;14(4):307-12.
10. Perra A. Gli studi qualitativi e il loro ruolo nel promuovere il progresso della salute pubblica. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(5):i-ii.
11. Ferrari L, Fateh-Moghadam P, Betta A. Profili di comunità e piani di salute a livello di distretto sanitario. L'esperienza in provincia di Trento, 2006-09. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(6):i-ii.
12. Ramigni M, Bartolini S, Bertoncetto L, Girlando G, Piovesan G, Scattolin MC, Stocco F, Mazzetto M, e il Gruppo di lavoro per la costruzione dei piani di salute comunali. I Focus group nell'avvio di un percorso partecipativo per la costruzione di un piano di salute per un comune, ULSS Treviso, 2008-09. *Not Ist Super Sanità* 2009;22 (6):ii-iv.
13. Cohen D, Crabtree B. *Qualitative Research Guidelines Project*. Somerset (NJ): Robert Wood Johnson Foundation; 2006. Disponibile all'indirizzo: www.qualres.org; ultima consultazione 19/01/18.