



Dipartimento Nazionale
per le Politiche Antidroga



Università di Milano



Università di Pavia



Università di Chieti



Società Italiana Psichiatria
delle Dipendenze SIP-DIP

PADDI Study - Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy

Studio epidemiologico sulla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani – Anno 2005

REPORT FINALE

Responsabile: Prof. Massimo Clerici, Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico AO San Paolo.

Unità Società Italiana Psichiatria delle Dipendenze SIP.Dip. Sezione Speciale Società Italiana di Psichiatria : Responsabile: Dr. Giuseppe Carrà, Via Ciro Menotti 11 20129 Milano.

Unità di Pavia: Responsabile: Prof. Cristina Montomoli, Laboratorio di indagini epidemiologiche e genetiche di popolazione, Sezione di Statistica Medica e Epidemiologia, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università degli Studi di Pavia.

Unità di Chieti: Responsabile: Prof. Massimo di Giannantonio - Dipartimento di Scienze Biomediche, Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara, Via dei Vestini, Campus Universitario, 66013 Chieti Scalo.

<i>INTRODUZIONE</i>	3
Motivazioni dello studio	4
<i>OBIETTIVI DELLO STUDIO</i>	4
<i>METODI</i>	4
<i>RISULTATI</i>	6
Tasso di risposta	6
A. Rilevazione e valutazione su dati aggregati per DSM.....	7
Modello di presa in carico	7
B. Rilevazione e valutazione su dati aggregati per operatore	8
Utenti in carico.....	8
Utenti in carico in comorbilità per diagnosi	8
C. Rilevazione e valutazione su dati per singolo utente	8
Variabili sociodemografiche.....	8
Condizione medico-internistica	11
Condizione legale	11
Familiarità per disturbi psichici e disturbi da uso di sostanze	11
Uso di sostanze	12
Trattamento per uso di sostanze	14
Disturbi psichici	17
Trattamento per disturbi psichici	20
<i>DISCUSSIONE</i>	24
Prevalenza	25
Caratteristiche associate alla “doppia diagnosi”	25
Variabili sociodemografiche.....	25
Situazione medica e legale.....	26
Familiarità	26
Uso di sostanze	26
Sostanze d’abuso e distribuzione geografica.....	27
Sottogruppi diagnostici psichiatrici	27
I trattamenti per il disturbo da uso di sostanze	27
<i>CONCLUSIONI</i>	28
ATTIVITÀ DI MAINSTREAMING	28
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	29
<i>ALLEGATI</i>	30

INTRODUZIONE

La pratica assistenziale svolta nell'ambito delle problematiche di tossicodipendenza ha evidenziato, a livello internazionale (Kessler, 2004; Corbobbese, 2005; Demyttenaere, 2004) e, da ormai 15 anni anche in Italia (Carrà e Clerici, 2006), la rilevanza del fenomeno della “doppia diagnosi”, altresì identificata come comorbidità tra disturbi correlati all'uso di sostanze e altri disturbi mentali.

Non esiste una definizione unitaria di “doppia diagnosi”. Krausz (1996) ha suggerito quattro categorie di “doppia diagnosi”: (i) diagnosi di disturbi mentali primari con conseguente diagnosi secondaria di abuso di sostanze con effetti avversi sulla salute mentale; (ii) diagnosi primaria di abuso di sostanze con complicazioni psichiatriche che portano a malattia mentale; (iii) contemporaneo abuso di sostanze e malattia mentale; (iv) esperienza traumatica sottostante che porta sia ad abuso di sostanze che a disturbi dell'umore, per esempio, disturbo da stress post-traumatico (Abdulrahim, 2001).

In Italia, nonostante l'organizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze prima - e dei Servizi per le Dipendenze (SerD) poi - abbia fatto riferimento, negli anni, ad un assetto normativo autonomo e separato dalla psichiatria, proprio recentemente il fenomeno della comorbidità si è rivelato sempre più pressante su entrambi i versanti trovandosi ad impegnare ora i SerD, sulla base dell'identificazione e del riconoscimento di nuove esigenze terapeutico-assistenziali, ora i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sulla base dell'accesso di utenze fino a quel momento decisamente misconosciute. *A latere*, anche molte delle Comunità Terapeutiche (CT) tradizionali stanno verificando la difficoltà di lavorare con nuove tipologie di pazienti e, non di rado, hanno iniziato un processo di riconversione in grado di migliorare le capacità di accoglienza di utenti più problematici dal punto di vista psicopatologico.

I Servizi – DSM e SerD - sono pertanto chiamati sempre più spesso ad adottare "linee-guida e procedure di intervento" maggiormente professionalizzate che possano rispondere, oltre che alle esigenze di buona pratica clinica, anche alla necessità di interventi integrati, multi dimensionali e rivolti a problematiche che si caratterizzano soprattutto per gli aspetti di cronicità o, quantomeno, per la lunga durata dei trattamenti richiesti e l'impiego di molteplici risorse.

Tali conoscenze e tali verifiche avrebbero il vantaggio, inoltre, di permettere una più puntuale osservazione prospettica del fenomeno attraverso osservatori privilegiati quali sono i Servizi esistenti e operanti sul tema “doppia diagnosi”, che filtrano bisogni assistenziali e terapeutici oggi già reali, ma soprattutto che anticipano esigenze future.

Una ricerca-intervento con tali finalità può, infine promuovere, tra le diverse attività di valutazione e di sperimentazione sul campo, la messa a punto e la diffusione tra gli operatori di protocolli terapeutico - organizzativi, nonché di modalità di collaborazione il più possibile definite e

standardizzate fra i differenti Servizi impegnati sul problema (DSM, SerD, CT, Agenzie del privato sociale, Servizi per l'Alcoologia, etc.) che oggi tendono ad operare in modo ancora separato e, non di rado, inutilmente concorrenziale.

Motivazioni dello studio

- assenza – a tutt'oggi – di ricerche con queste specificità nella realtà italiana;
- riconosciuto incremento progressivo – sia a livello quantitativo che qualitativo - dei bisogni terapeutici e assistenziali di questa utenza, in relazione alle risorse effettive dei servizi attualmente esistenti;
- sperimentazione di nuovi interventi specialistici, terapeutico - riabilitativi e assistenziali, sulla base dei bisogni rilevati;
- riconoscimento della necessità di incrementare le risorse informative, formative e di supervisione a favore degli operatori delle strutture coinvolte.

In linea generale, quindi, risulta necessario:

- da un lato, promuovere una migliore conoscenza epidemiologica del fenomeno e dei trattamenti erogati dai servizi già operanti nel vasto settore della “doppia diagnosi”;
- dall'altro, attivare una verifica progressiva dell'organizzazione del lavoro e delle strategie terapeutiche impiegate ad opera dei molteplici servizi già coinvolti in quest'area.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Primario: Una migliore conoscenza epidemiologica e organizzativa delle realtà terapeutico - assistenziali per soggetti affetti da comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e altri disturbi mentali (“doppia diagnosi”) nei DSM, in Italia nell'anno 2005.

In particolare gli *obiettivi specifici* dello studio saranno:

1. la stima della prevalenza della “doppia diagnosi” in Italia nel corso dell'anno solare 2005 (01.01.2005-31.12.2005) tra gli utenti dei DSM;
2. la mappatura dei servizi e delle risorse professionali esistenti dedicate agli utenti con “doppia diagnosi”;
3. la valutazione delle tipologie e dei volumi delle prestazioni a tutt'oggi erogate per questa utenza;
4. la costruzione di uno strumento per la raccolta e il trasferimento delle informazioni sul sistema di intervento “doppia diagnosi”.

METODI

I dati sono stati raccolti tramite la costruzione di tre schede riguardanti:

A. Rilevazione dei dati aggregati per referente DSM

B. Rilevazione dei dati aggregati per operatore

C. Rilevazione dei dati individuali per singoli utenti con “doppia diagnosi”

Risulta infatti dalle evidenze correnti la necessità di non affidarsi ad un'unica fonte di dati per operare uno screening sensibile dei disturbi da uso di sostanze da parte dei soggetti affetti da un disturbo mentale (Drake et al, 1993). Per tale ragione la valutazione della prevalenza dei casi in “doppia diagnosi” è stata basata sia sulle rilevazioni da sistemi informativi (punto A), sia su quelle degli operatori di riferimento (Punto B).

A. Rilevazione e valutazione su dati aggregati per DSM

Per ogni DSM le variabili raccolte sono state le seguenti:

- Identificazione del DSM (regione e città di appartenenza, istituzione di riferimento, direttore responsabile, recapito e referente per lo studio);
- Sistema di archivio e gestione dati (utilizzo di un sistema informativo per la raccolta dei dati);
- Modello di presa in carico per utente (numero): psichiatri, psicologi, altro;
- Risorse professionali esistenti, operatori di riferimento (numero): psichiatri, psicologi, altri operatori.

B. Rilevazione e valutazione su dati aggregati per operatore

In tutti i DSM italiani ciascuno dei referenti per lo studio, sulla base dei pazienti in carico ad ogni operatore nel corso dell'anno solare 2005, si è occupato della distribuzione delle schede, della loro raccolta e dell'invio al centro di raccolta dati.

Per ogni operatore le variabili raccolte sono state:

- Identificazione dell'operatore di riferimento;
- Indicazione del tipo di servizio a cui afferisce l'operatore;
- Utenti in carico all'operatore;
- Utenti in carico con “doppia diagnosi” (per diagnosi psichiatrica).

C. Rilevazione e valutazione su dati per singolo utente

Per ogni paziente con “doppia diagnosi” sono state raccolte le seguenti variabili:

- dati socio demografici;
- condizione medico-internistica;
- sostanze d'abuso;
- condizione legale e tipi di reato;
- familiarità per abuso di sostanze e per disturbi psichiatrici;
- disturbi psichiatrici;
- trattamento per l'abuso di sostanze;
- trattamento per disturbi psichiatrici.

RISULTATI

I risultati saranno presentati in base alle variabili raccolte con le schede A, B, C precedentemente descritte.

Tasso di risposta

In Italia esistono 216 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM): tutti sono stati contattati in sette ondate di posta elettronica e/o cartacea successive. Il tasso di risposta generale è stato pari al 55% (118/216): tra i DSM che hanno risposto, 77 hanno aderito alla ricerca, mentre 41 hanno rifiutato per eccessivo carico di lavoro richiesto dallo studio (34%), assenza di fonte dati adeguata (17%) o per mancanza di personale con competenze (11%).

Specificità organizzative dei singoli DSM hanno, tuttavia, reso possibile al 20 novembre 2006 la disponibilità della scheda di rilevazione dei dati aggregati per referente DSM (A) per 28 DSM, della scheda di rilevazione dei dati aggregati per operatore (B) e dei dati individuali per singoli utenti con “doppia diagnosi” (C) per 31 DSM.

A. Rilevazione e valutazione su dati aggregati per DSM.

Al 20 novembre 2006 la popolazione generale di riferimento dei DSM aderenti è risultata pari a **6609927**. Gli utenti in carico (popolazione clinica di riferimento) sono **86070** e gli utenti affetti da comorbilità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) sono risultati complessivamente **1511**.

La Tabella 1 riporta la distribuzione dei DSM aderenti che hanno inviato i dati e la relativa prevalenza degli utenti che presentano comorbilità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze per 100 utenti per area geografica.

Il denominatore utilizzato per il calcolo della prevalenza è rappresentato da tutti gli utenti affetti da qualunque patologia in carico presso il DSM.

Tabella 1. Distribuzione DSM e prevalenza utenti in comorbilità per area geografica

Area	n° DSM aderenti	Utenti DD per 100 utenti	IC 95%
Nord	19	2.81	2.66-2.97
Centro	3	0.81	0.66-0.96
Sud	6	0.56	0.48-0.65
Totale	28	1.75	1.67-1.84

L'ente di appartenenza per il 71% dei DSM è l'ASL, mentre per i rimanenti 29% si tratta dell'Azienda Ospedaliera. Per quanto riguarda il sistema di archivio e gestione dati, il 96.8% dei DSM possiede un sistema informativo per la raccolta delle informazioni sugli utenti in carico. Si tratta, per l'82.1% dei DSM di un sistema ufficiale, il 69% di tali sistemi informativi registra solo la diagnosi principale. Il 78.3% dei DSM raccoglie il consenso dagli utenti per il trattamento dei dati.

Modello di presa in carico

Si è chiesto al referente del DSM di specificare il modello di presa in carico dell'utente, intendendo chi fosse l'operatore che coordina l'assistenza (presa in carico) al paziente anche se questo può ricevere trattamenti da altri operatori. Nell'organizzazione prevalente si tratta di uno psichiatra del servizio, ma altri modelli organizzativi prevedono come operatori di riferimento psicologi, assistenti sociali, etc. Il risultato ottenuto è che per il 75% dei DSM ciascun utente risulta in carico ad uno psichiatra; per il 25% dei DSM l'utente ha come operatore di riferimento uno psicologo e uno psichiatra.

B. Rilevazione e valutazione su dati aggregati per operatore

Utenti in carico

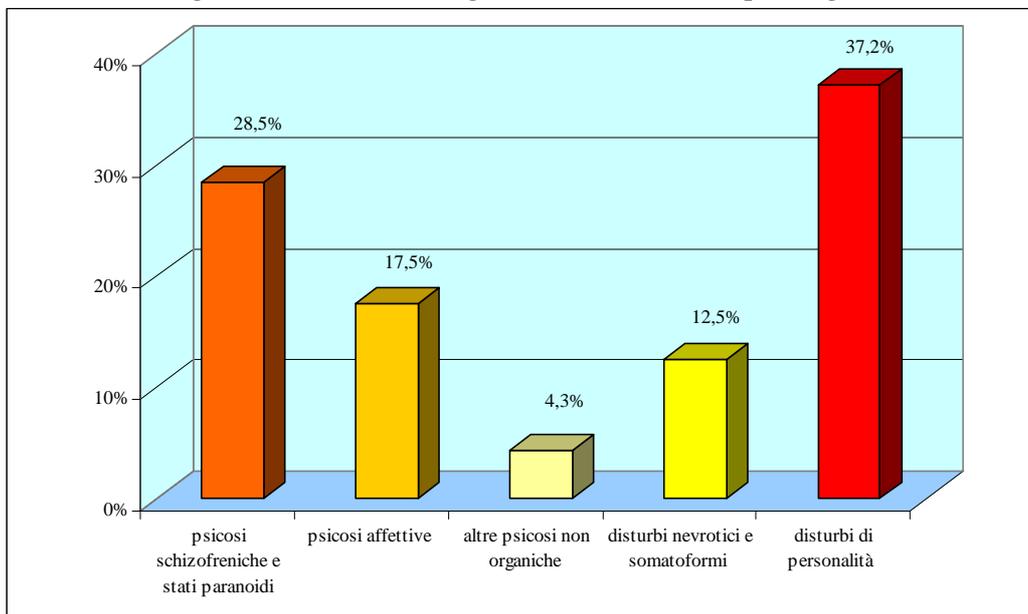
Sono pervenuti questionari per un totale di 211 operatori di riferimento. Questi operatori hanno avuto in carico, nell'anno solare 2005, 56294 utenti. Il 91.4% degli operatori lavorano nei servizi territoriali (CIM,CSM,CPS,...).

Utenti in carico in comorbilità per diagnosi

Il numero totale degli utenti in comorbilità per i 211 operatori è stato di 2143. I 2/3 di tali utenti presentano Disturbi di Personalità o Psicosi Schizofreniche e Stati Paranoidi .

La Figura 1 mostra la distribuzione degli utenti in comorbilità per diagnosi psichiatrica.

Figura 1. Distribuzione degli utenti in comorbilità per diagnosi



La Tabella 2 riporta il numero di soggetti in comorbilità per 100 utenti in carico ai servizi psichiatrici, pari a 3.8. Il dato risulta superiore e certo più affidabile di quello derivato dai sistemi informativi (1.75%), ed adeguate riflessioni verranno proposte in merito nel paragrafo conclusivo.

Tabella 2. Prevalenza utenti in comorbilità	
Soggetti DD per 100 utenti IC 95%	
3.80	3.65-3.96

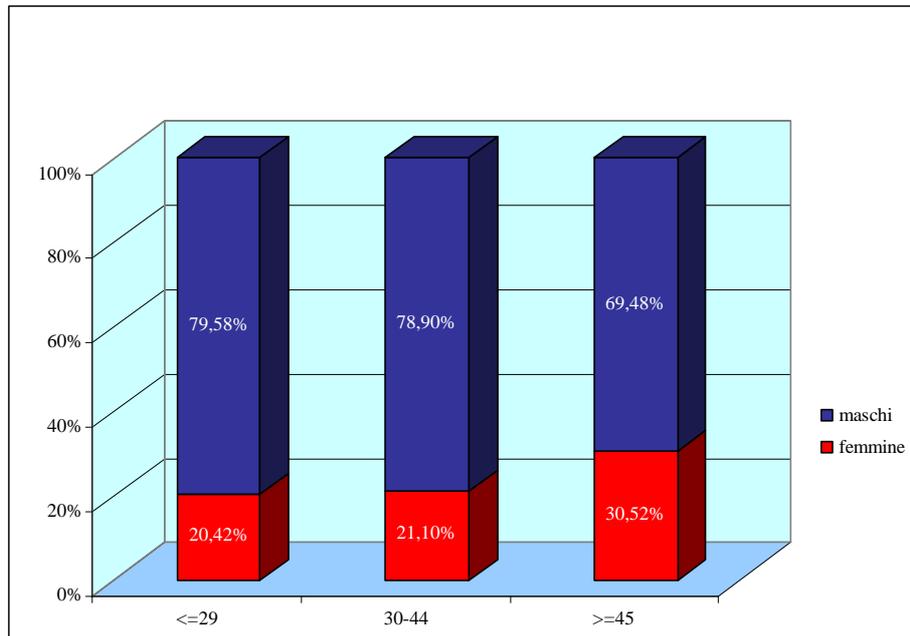
C. Rilevazione e valutazione su dati per singolo utente

Variabili sociodemografiche

La Figura 2 riporta la distribuzione per sesso e classe d'età dei soggetti in comorbilità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze dei DSM analizzati. Il rapporto maschi:femmine nel campione in esame è 3:1; le donne sono significativamente più anziane con

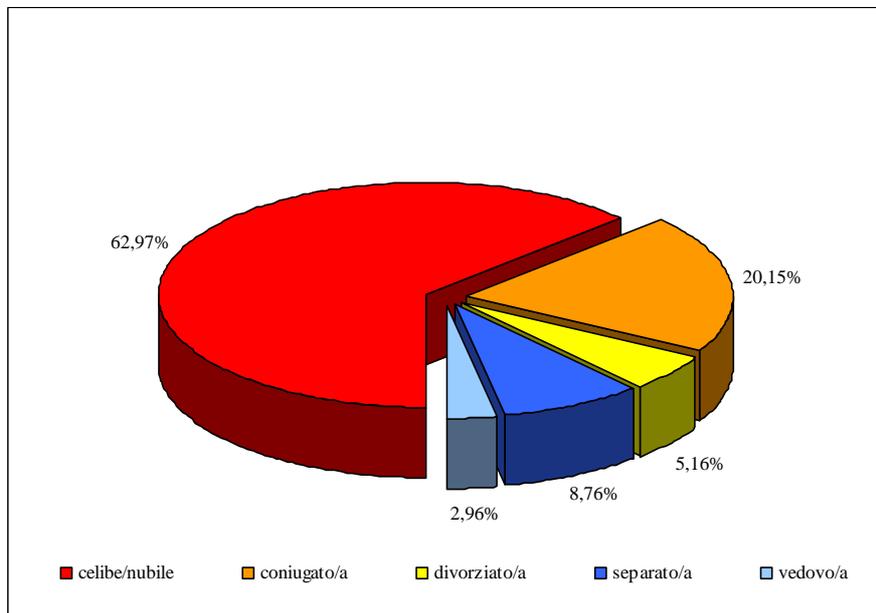
un'età media di 43 anni (S.D.= 13), rispetto all'età media maschile di 40 anni (S.D.= 12) (t-test=3.69, p<0,0001).

Figura 2. Distribuzione degli utenti in comorbidità per sesso e classe d'età



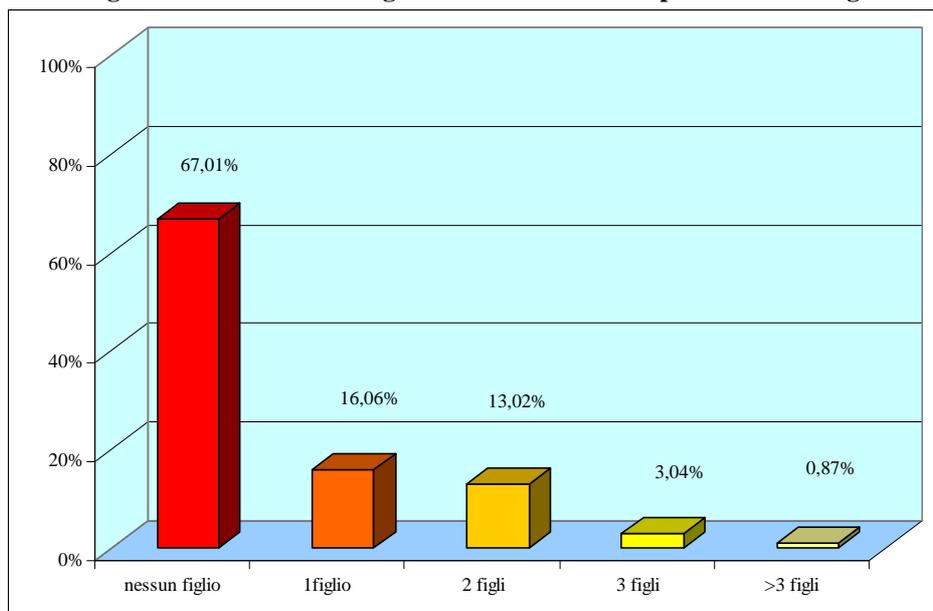
La maggior parte degli utenti è celibe o nubile (62.97%), seguita dai coniugati (20.15%) (Figura 3).

Figura 3. Distribuzione degli utenti in comorbidità per stato civile



Il 33% degli utenti risulta avere uno o più figli (Figura 4). Tale dato è valido per entrambi i sessi.

Figura 4. Distribuzione degli utenti in comorbidità per numero di figli



La distribuzione del campione in base alla situazione abitativa, il titolo di studio e la condizione lavorativa sono rappresentate rispettivamente nei grafici in Figura 5, 6 e 7.

Figura 5. Distribuzione degli utenti in comorbidità per situazione abitativa

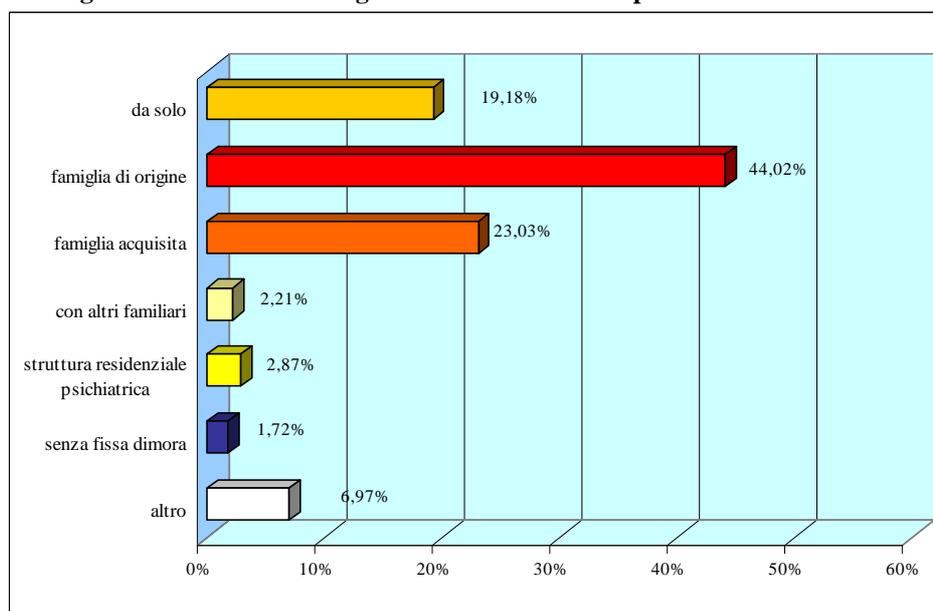


Figura 6. Distribuzione degli utenti in comorbidità per titolo di studio

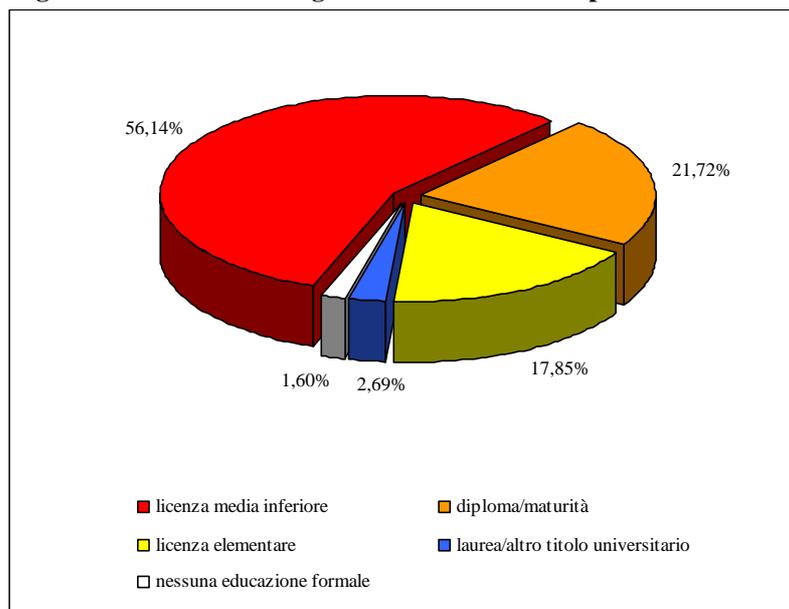
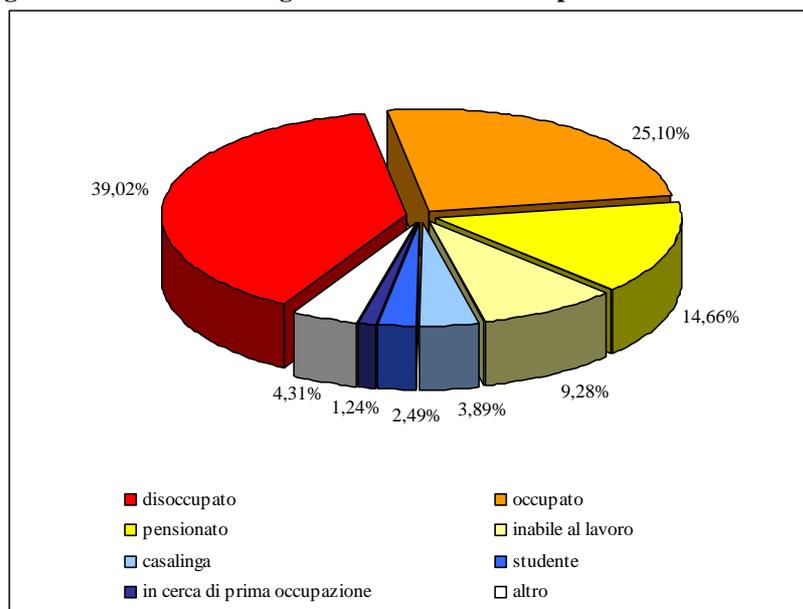


Figura 7. Distribuzione degli utenti in comorbidità per condizione lavorativa



Condizione medico-internistica

Il 31.3% degli utenti risulta affetto da epatopatia e circa il 4% è sieropositivo.

Condizione legale

Per quanto riguarda la condizione legale, il 78% dei soggetti non ha alcuna pendenza, il 5% è in attesa di giudizio, il 9% è stato condannato; per il rimanente 8% il dato è mancante. Il tipo di reato commesso più frequentemente è quello contro il patrimonio (furto, borseggio, truffa, falsificazione, estorsione, ricettazione).

Familiarità per disturbi psichici e disturbi da uso di sostanze

Il 33% circa degli utenti ha una anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici ed il 18.5% per disturbi da uso di sostanze.

Uso di sostanze

Per le definizioni di uso/abuso/dipendenza è stata usata la definizione di Drake et al. (1996) di seguito riportata:

Uso: il soggetto ha usato alcool e/o altre sostanze ma non c'è evidenza di problemi - persistenti o ricorrenti - sociali, lavorativi, psicologici o fisici né di uso pericoloso ricorrente;

Abuso: il soggetto ha usato alcool e/o altre sostanze e c'è evidenza di problemi - persistenti o ricorrenti - sociali, lavorativi, psicologici o fisici, nonché di uso pericoloso ricorrente;

Dipendenza: il soggetto soddisfa i criteri per una compromissione di grado moderato, con almeno tre tra i seguenti:

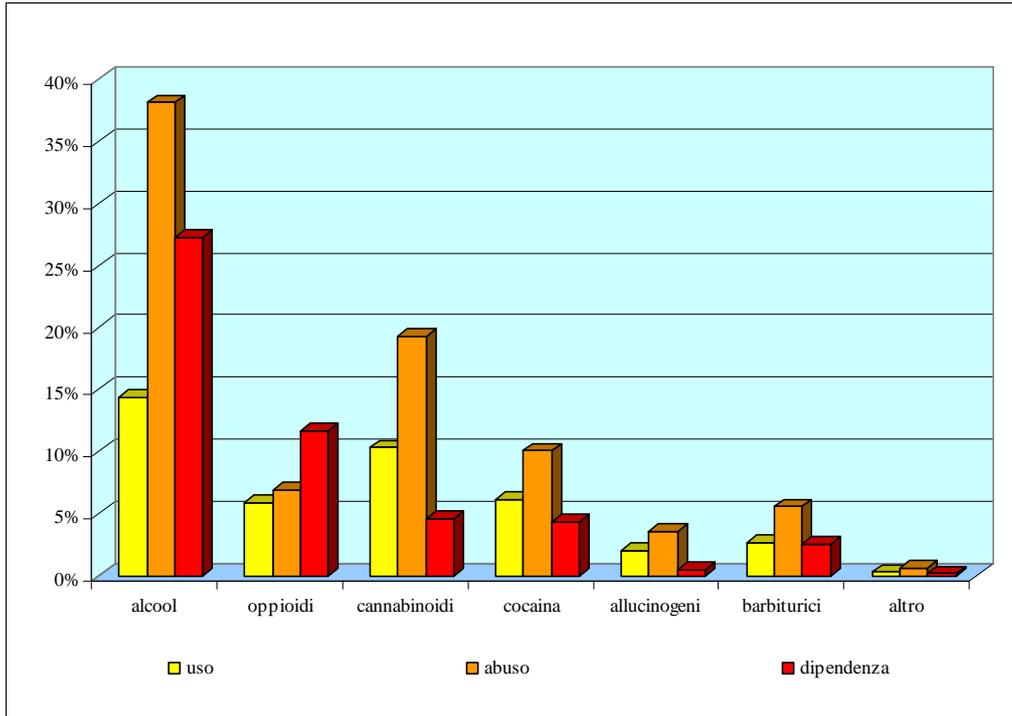
- Molto tempo impiegato per procurarsi o usare alcool o altre sostanze
- Frequenti intossicazioni o astinenze interferiscono con le altre attività
- Attività importanti sono interrotte a causa dell'uso di alcool o sostanze
- Uso continuativo nonostante si conoscano i problemi correlati all'uso di alcool o sostanze
- Tolleranza marcata
- Sintomi caratteristici di astinenza
- L'alcool o le altre sostanze sono utilizzate per alleviare o evitare i problemi di astinenza

È perciò possibile che un soggetto sia dipendente per una sostanza e abusi di una sostanza di tipo diverso. Dal punto di vista dei profili di utilizzo, il 41% del campione risulta essere dipendente da sostanze e il 54% abusa di almeno una sostanza.

La percentuale dei soggetti con poliabuso/polidipendenza (per poliabuso/polidipendenza si intende l'uso contemporaneo di almeno 3 sostanze escluse caffeina e nicotina) è del 37% (465/1255).

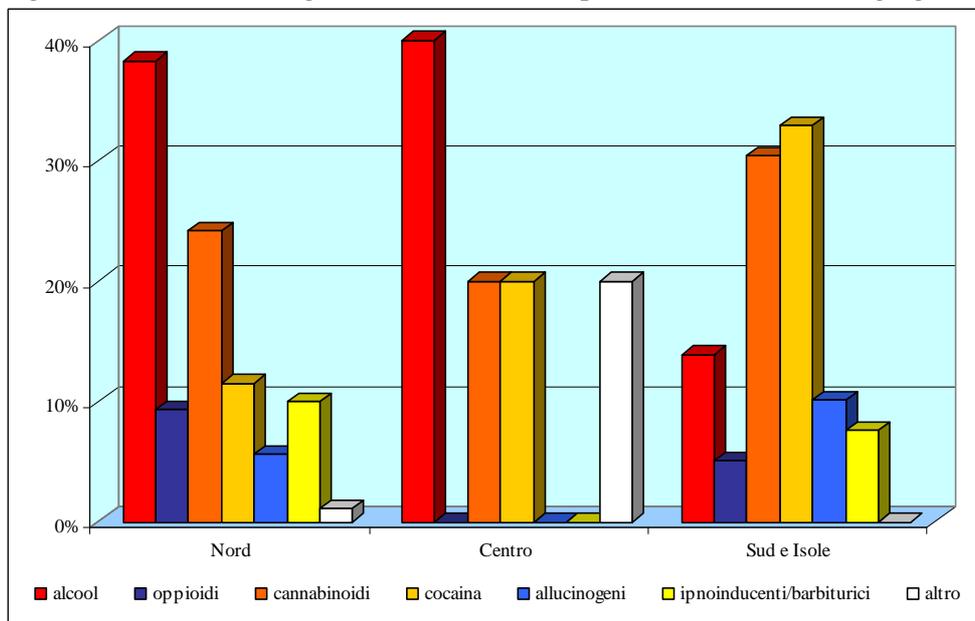
La Figura 8 rappresenta, per ogni singola sostanza, il relativo profilo di utilizzo in termini di uso, abuso e dipendenza. L'alcool è la sostanza più utilizzata per i tre profili; più nello specifico, rispetto all'abuso, l'alcool (38.17%) è seguito da cannabinoidi (19.28%) e cocaina (10.12%); rispetto alla dipendenza, invece, sempre in ordine di prevalenza, da oppioidi (11.71%) e cannabinoidi (4.62%).

Figura 8. Distribuzione degli utenti in comorbidità per profili di utilizzo delle sostanze



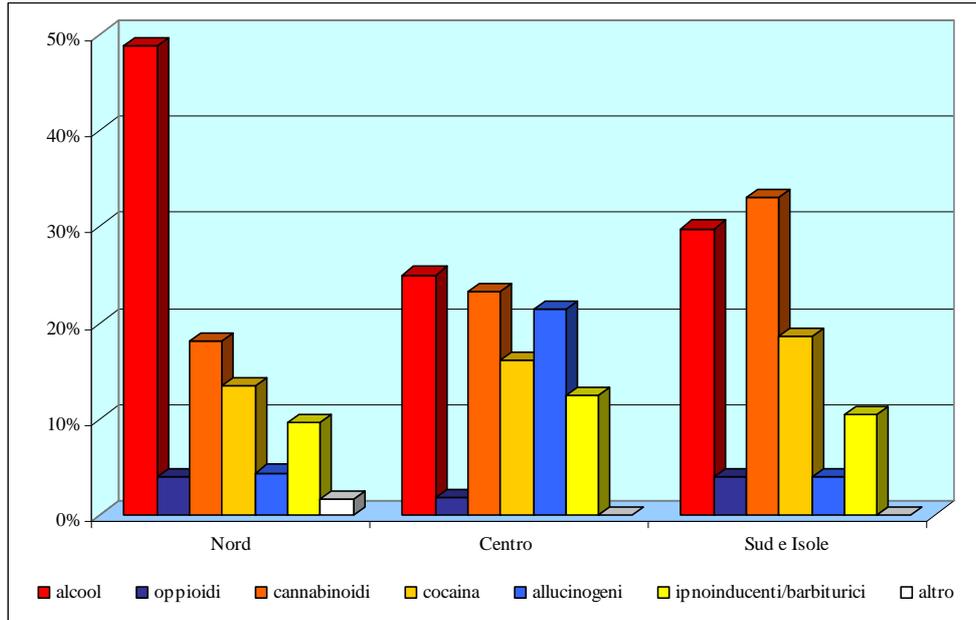
La Figura 9 mostra la distribuzione percentuale dell'uso di sostanze per area geografica. La sostanza più utilizzata risulta essere l'alcool per gli utenti dei DSM del Nord e del Centro, mentre è la cocaina per gli utenti del Sud.

Figura 9. Distribuzione degli utenti in comorbidità per sostanze d'uso e area geografica



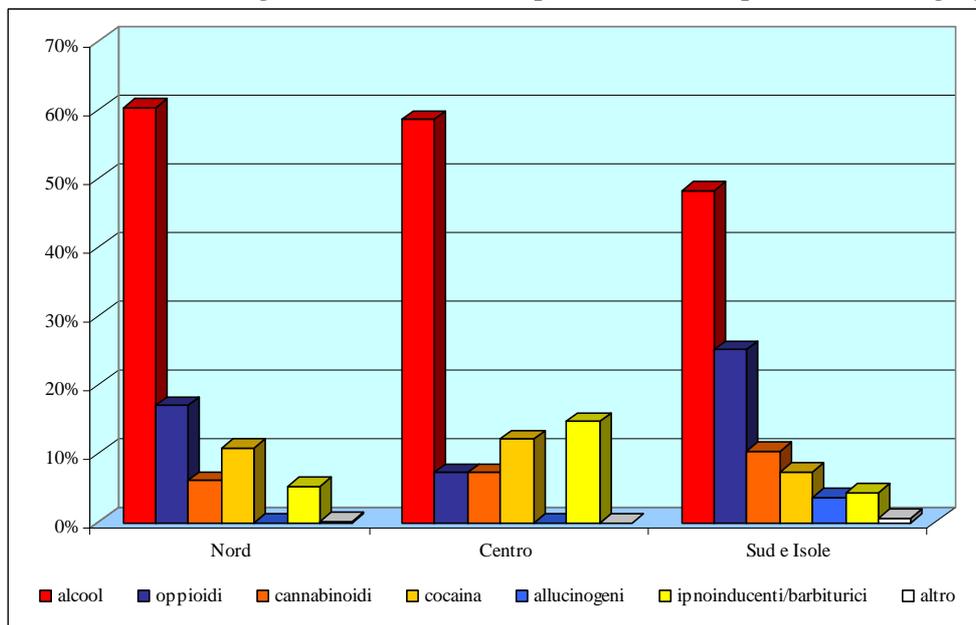
La Figura 10 mostra la distribuzione percentuale dell'abuso di sostanze per area geografica. Mentre per gli utenti dei DSM del Nord e del Centro l'alcool è anche la sostanza principale di abuso, per gli utenti del Sud sono i cannabinoidi a rappresentare la sostanza più abusata, seguiti dall'alcool e dalla cocaina.

Figura 10. Distribuzione degli utenti in comorbilità per sostanza d'abuso e area geografica



Per quanto riguarda la **dipendenza**, l'alcool ne risulta essere la causa principale su tutto il territorio italiano (Figura 11). Tra gli utenti in "doppia diagnosi" dei DSM dell'Italia Centrale, si osserva una importante prevalenza di dipendenza da ipnoinducenti/barbiturici.

Figura 11. Distribuzione degli utenti in comorbilità per sostanza da dipendenza e area geografica



Trattamento per uso di sostanze

Più del 50% degli utenti si sono rivolti ad un servizio, oltre a quello psichiatrico ambulatoriale, per problemi legati all'uso di sostanze nel 2005. Tra questi la distribuzione del tipo di servizio utilizzato è mostrata in Tabella 3, mentre la Tabella 4 mostra la distribuzione del tipo di trattamento ricevuto in tale servizio. Ciascun utente può aver usufruito di più di un servizio e/o può

aver ricevuto più di un tipo di trattamento. I totali della Tabella 3 e della Tabella 4 rappresentano, quindi, rispettivamente il numero totale di servizi e di trattamenti forniti.

Tabella 3. Distribuzione del tipo di servizio utilizzato oltre a quello psichiatrico ambulatoriale

Tipo di servizio	Totale	%
Servizi per le dipendenze	503	53.00
Servizio psichiatrico diagnosi e cura	199	20.97
Ospedali o servizi di degenza	58	6.11
Strutture semi-residenziali	32	3.37
Strutture residenziali	83	8.75
Altro	74	7.80
Totale	949	100

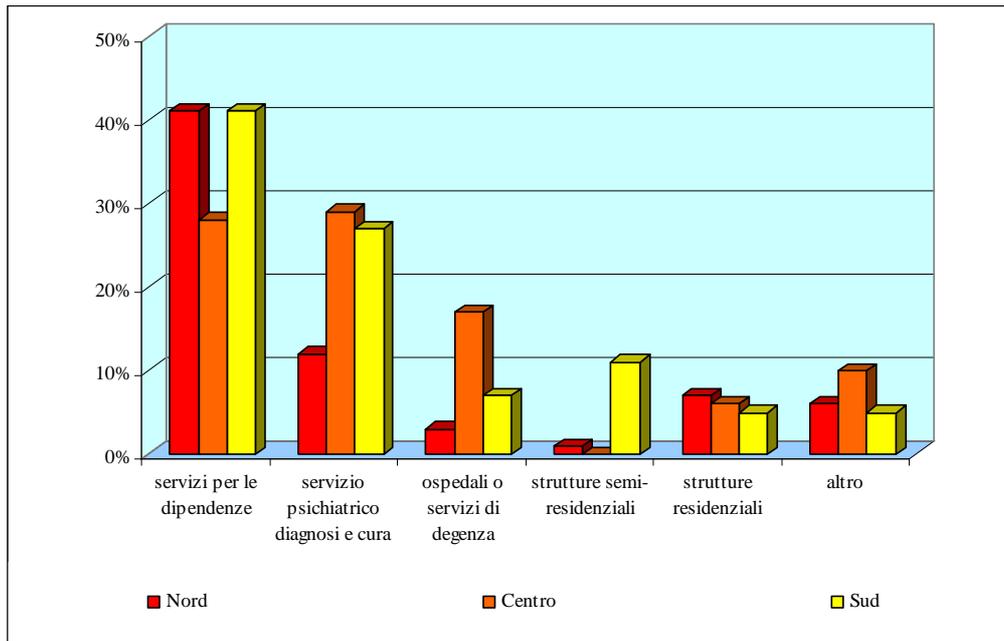
Tabella 4. Distribuzione del tipo di trattamento ricevuto in altri servizi

Tipo di trattamento	Totale	%
Ambulatoriale di disintossicazione	278	36.6
Residenziale di disintossicazione	93	12.30
Ambulatoriale sostitutivo	78	10.30
Ambulatoriale drug-free	49	6.48
Residenziale drug-free	20	2.64
Semiresidenziale drug-free	25	3.30
Strutture di degenza psichiatriche	145	19.15
Altro	70	9.23
Totale	758	100

La Figura 12 riporta la distribuzione dei tipi di servizi a cui l'utente si è rivolto per problemi legati all'uso di sostanze nel 2005 per area geografica.

Se al Nord le strutture residenziali e i servizi per le dipendenze rappresentano il tipo di servizio più utilizzato, al Sud lo sono le strutture semi-residenziali. Risultano differenze statisticamente significative tra le diverse macroaree geografiche in termini di utilizzo di: servizi psichiatrici di diagnosi e cura ($X^2=42.3$; g.l.=2; $p<0.0001$) ed ospedali o servizi di degenza ($X^2=41.13$; g.l.=2; $p<0.0001$), meno al Nord rispetto al Centro-Sud, e strutture semi-residenziali ($X^2=77.22$; g.l.=2; $p<0.0001$), più frequentemente utilizzate al Sud. Non esiste una differenza statisticamente significativa per l'utilizzo dei servizi per le dipendenze e le strutture residenziali nelle tre macroaree.

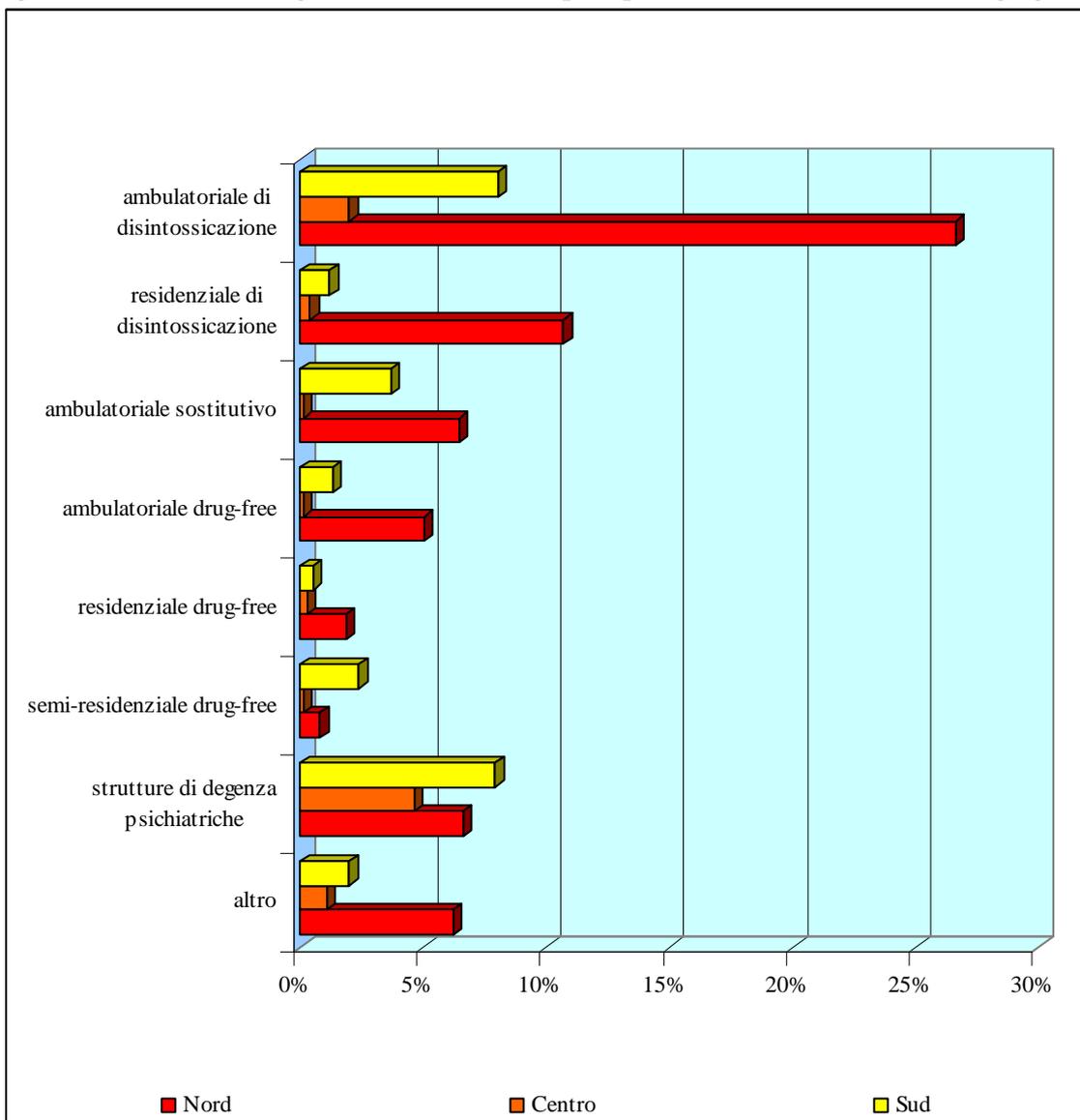
Figura 12. Distribuzione degli utenti in comorbidità per tipo di servizio utilizzato e area geografica



La Figura 13 riporta la distribuzione del tipo di trattamento ricevuto dall'utente che si è rivolto ad un altro servizio, oltre all'ambulatoriale psichiatrico, per il trattamento dell'uso di sostanze nel 2005 per area geografica.

Anche in questo caso si osserva un'ampia eterogeneità per area geografica, in particolare per quanto riguarda il trattamento ambulatoriale sostitutivo ($X^2=18.76$; g.l.=2; $p<0.0001$) e quello semiresidenziale drug-free ($X^2=48.28$; g.l.=2; $p<0.0001$), più frequentemente utilizzati al Sud, e quello in strutture di degenza psichiatriche ($X^2=152.3$; g.l.=2; $p<0.0001$), più spesso offerto dai DSM del Centro. Non si osserva una differenza statisticamente significativa per i trattamenti ambulatoriali e residenziali di disintossicazione, quelli ambulatoriali e residenziali drug-free, quelli somministrati da altri ospedali/reparti e per nessun provvedimento terapeutico per macroaree.

Figura 13. Distribuzione degli utenti in comorbidità per tipo di trattamento ricevuto e area geografica



Disturbi psichici

Le diagnosi psichiatriche prese in considerazione ed i relativi codici ICD 9 sono riportati in Tabella 5 insieme alla distribuzione degli utenti che presentano tali comorbidità.

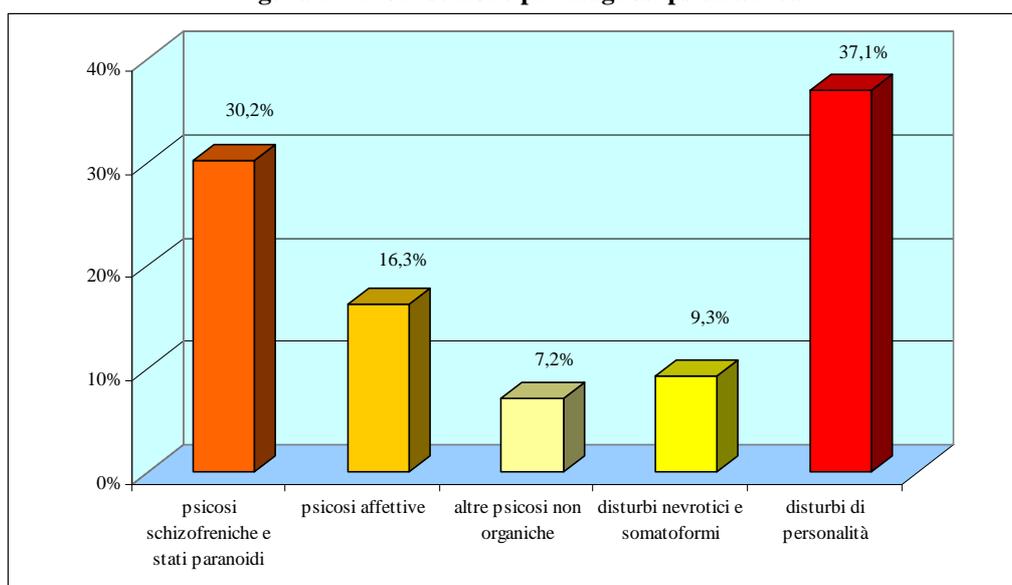
Le categorie diagnostiche più rappresentate sono i disturbi di personalità (37.1%) e il gruppo delle psicosi schizofreniche e degli stati paranoidi (30.2%), seguiti da psicosi affettive (16.2%).

Tabella 5: Distribuzione degli utenti in comorbidità per diagnosi psichiatriche

Diagnosi	Totale	%
Psicosi schizofreniche (295.0-295.9) e stati paranoidi (297.0-297.9)	379	30.2
Psicosi affettive (296.0-296.9)	204	16.2
Disturbi nevrotici e somatoformi (300.0-300.9, 307)	117	9.3
Disturbi di personalità (301.0-301.9)	465	37.1
Altre psicosi non organiche (298.0-298.9)	90	7.2
Totale	1255	100.0

Lo stesso risultato viene evidenziato graficamente nella Figura 14.

Figura 14. Distribuzione per diagnosi psichiatrica



La Tabella 6 riporta, tra i soggetti che presentano comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze, la distribuzione delle diagnosi psichiatriche in base al tipo di sostanza principale utilizzata (abuso o dipendenza).

La categoria diagnostica Disturbi di Personalità si distingue in modo statisticamente significativo dalle altre per consumo di cocaina ($X^2=19.53$; g.l.=4; $p=0.001$), ipnoinducanti/barbiturici ($X^2=33.42$; g.l.=4; $p=0.000$) e cannabinoidi ($X^2=47.19$; g.l.=4; $p=0.000$), mentre per la categoria diagnostica Psicosi Schizofreniche risulta significativo, rispetto alle altre sostanze, il consumo di cannabinoidi ($X^2=47.19$; g.l.=4; $p=0.000$). Per tutte le altre categorie diagnostiche non emergono differenze statisticamente significative nella distribuzione della sostanza utilizzata.

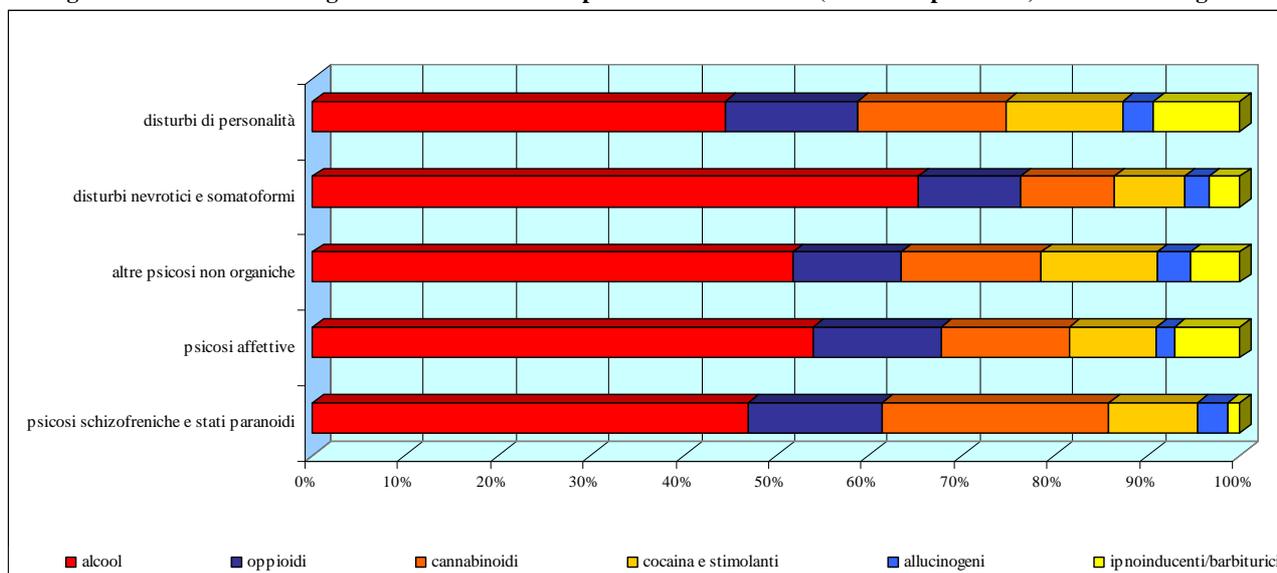
Tabella 6: Distribuzione per sostanza utilizzata (abuso o dipendenza) in base alla diagnosi*

	Psicosi schizofreniche e stati paranoidi (295.0-295.9) (297.0-297.9) n=379	Psicosi affettive (296.0-296.9) n=204	Disturbi nevrotici e somatoformi (300.0-300.9, 307) n=117	Disturbi di personalità (301.0-301.9) n=465	Altre psicosi non organiche (298.0-298.9) n=90
Alcool	246 (64.9)	144 (70.6)	77 (65.8)	296 (63.7)	58 (64.4)
Oppioidi	76 (20.0)	37 (18.1)	13 (11.1)	95 (20.4)	13 (14.4)
Cannabinoidi	128 (33.7)	37 (18.1)	12 (10.2)	106 (22.8)	17 (18.9)
Cocaina e Stimolanti	50 (13.2)	25 (12.2)	9 (7.6)	84 (18.0)	14 (15.6)
Allucinogeni	17 (4.5)	5 (2.4)	3 (2.6)	22 (4.7)	4 (4.4)
Ipnoinducenti/barbiturici	11 (2.9)	19 (9.3)	4 (3.4)	62 (13.3)	6 (6.7)
Altro	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (1.7)	6 (1.3)	1 (1.1)

*Tra parentesi è riportata la percentuale del profilo di utilizzo calcolato sul totale del sottogruppo diagnostico (è possibile che tale percentuale sia maggiore del 100% nei casi in cui il soggetto abusi contemporaneamente di più di una sostanza o sia dipendente da altre sostanze, poliabuso, vedi sopra paragrafo metodi).

La distribuzione degli utenti in comorbidità per tipo di sostanza utilizzata e categorie diagnostiche è rappresentata anche in forma grafica nella Figura 15.

Figura 15. Distribuzione degli utenti in comorbidità per sostanza utilizzata (abuso o dipendenza) in base alla diagnosi



La Tabella 7 riporta la distribuzione dei profili di utilizzo delle sostanze (uso/abuso/dipendenza) tra i sottogruppi diagnostici psichiatrici. Ciascun utente può presentare contemporaneamente uso/abuso/dipendenza per sostanze diverse.

Esiste una distribuzione differente della categoria diagnostica tra gli utenti che fanno uso ($X^2=10.27$; g.l.=4; $p=0.036$) e tra coloro che abusano ($X^2=10.98$; g.l.=4; $p=0.027$), mentre non esiste una differenza statisticamente significativa nella distribuzione delle diagnosi per gli utenti con

dipendenza. L'uso occasionale è caratteristico dei Disturbi di Personalità, mentre il più severo abuso vede pari probabilità per le Psicosi Schizofreniche e, ancora, i Disturbi di Personalità.

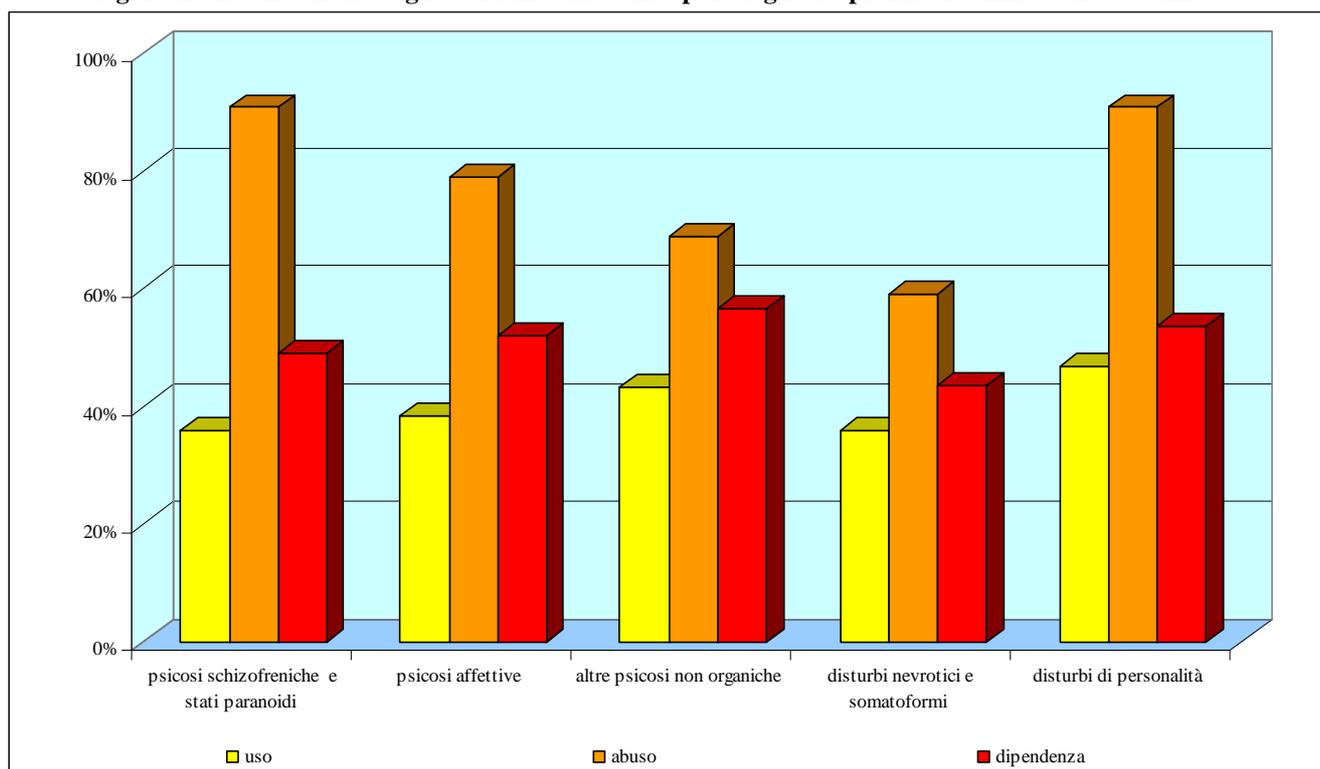
Tabella 7: Distribuzione per diagnosi e profili di utilizzo delle sostanze*

Profilo di utilizzo	Psicosi schizofreniche e stati paranoidi (295.0-295.9) (297.0-297.9) n=379	Psicosi affettive (296.0-296.9) n=204	Disturbi nevrotici e somatoformi (300.0-300.9, 307) n=117	Disturbi di personalità (301.0-301.9) n=465	Altre psicosi non organiche (298.0-298.9) n=90
Uso	136 (35.9)	78 (38.2)	42 (35.9)	231 (46.7)	39 (43.3)
Abuso	344 (90.7)	161 (78.9)	69 (58.9)	422 (90.7)	62 (68.8)
Dipendenza	185 (48.8)	106 (51.9)	51 (43.5)	249 (53.5)	51 (56.6)

* Tra parentesi è riportata la percentuale di uso della specifica sostanza all'interno di ciascun sottogruppo diagnostico

Lo stesso risultato viene presentato in forma grafica in Figura 16.

Figura 16. Distribuzione degli utenti in comorbidità per diagnosi e profili di utilizzo delle sostanze



Trattamento per disturbi psichici

La Tabella 8 riporta la distribuzione del tipo di servizio a cui l'utente si è rivolto per problemi di salute mentale. Il totale della Tabella 8 rappresenta i trattamenti complessivi erogati e non il numero totale di utenti in comorbidità; ciascun utente può infatti utilizzare più di un servizio.

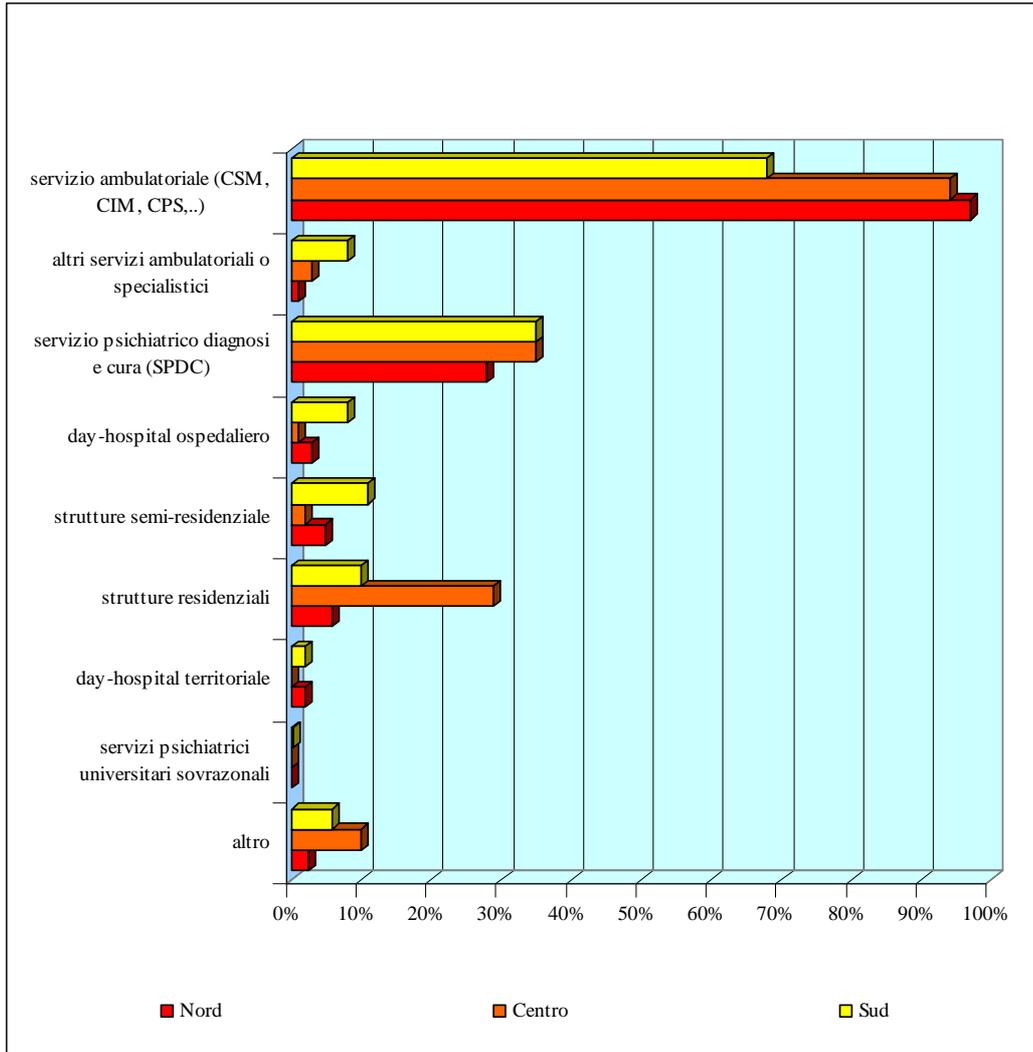
Tabella 8: Distribuzione degli utenti in comorbidità per tipo di servizio

Tipo di servizio	Totale	%
Servizio ambulatoriale (CSM, CPS, CIM)	1150	62.06
SPDC	371	20.02
Strutture residenziali	108	5.84
Strutture semi-residenziali	71	3.83
Day-hospital ospedalieri	47	2.54
Servizi psichiatrici universitari sovrazonali	2	0.10
Day-hospital territoriali	25	1.35
Altri servizi ambulatoriali o specialistici	32	1.73
Altro	47	2.53
Totale	1853	100

La Figura 17 riporta la distribuzione dell'utilizzo dei diversi tipi di servizi per area geografica.

Anche per quanto riguarda il servizio a cui l'utente si è rivolto per problemi di salute mentale osserviamo un'ampia variabilità geografica: emergono differenze statisticamente significative nell'utilizzo dei servizi ambulatoriali (CIM, CSM, CPS, etc.) con una prevalenza di utilizzo al Nord che sfiora l'80% ($X^2=205.2$; g.l.=2; $p<0.0001$), nonché dei day-hospital ospedalieri, più utilizzati al Nord e al Sud ($X^2=13.5$; g.l.=2; $p=0.001$) rispetto al Centro.

Figura 17: Distribuzione degli utenti in comorbidità per utilizzo del servizio e area geografica



La Tabella 9 riporta la distribuzione del tipo di prestazione ricevuta per problemi di salute mentale nel 2005. Anche in questo caso il totale si riferisce alle prestazioni ricevute e non al numero di utenti.

Tabella 9: Distribuzione degli utenti in comorbidità per tipo di prestazione ricevuta

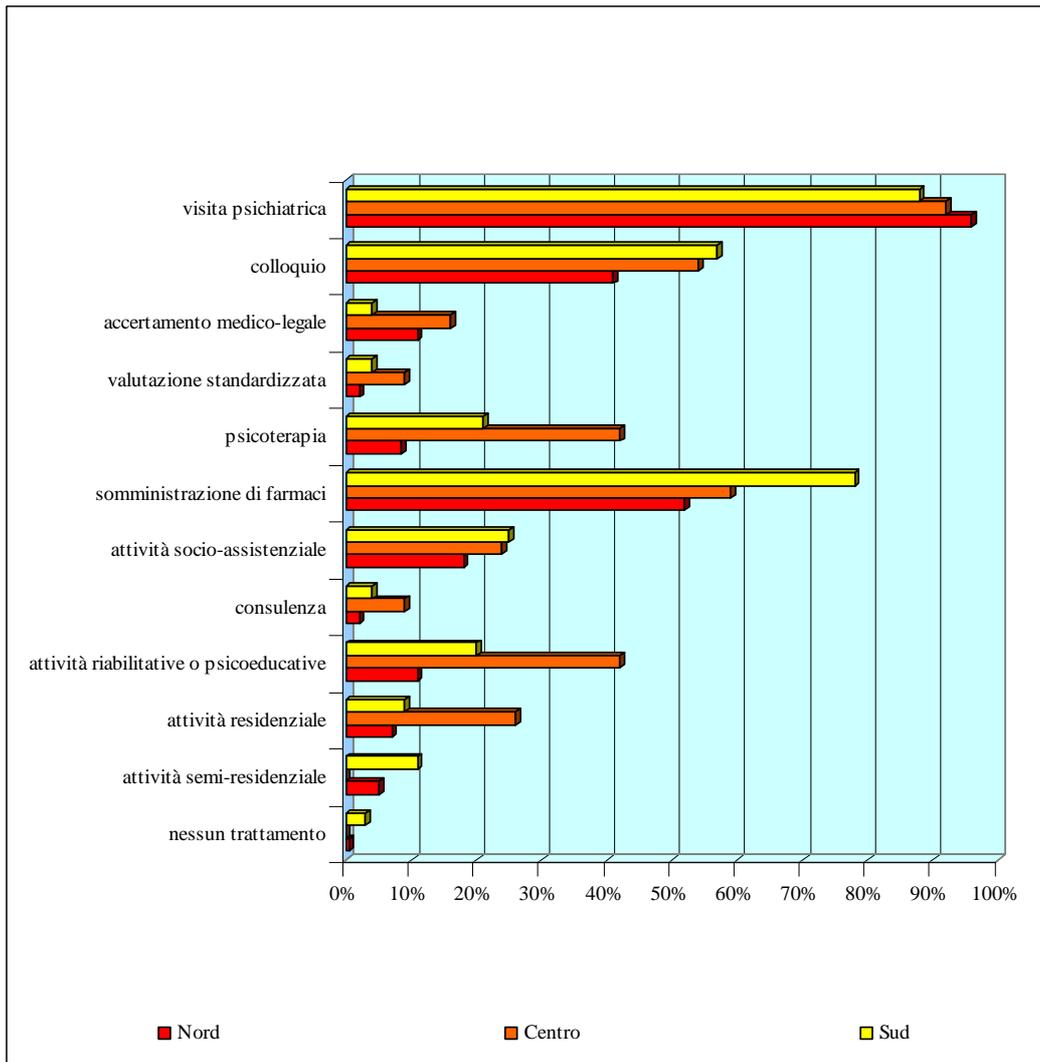
Tipo di servizio	Totale	%
Visita psichiatrica	1179	35.43
Colloquio	568	17.07
Valutazione standardizzata	35	1.05
Psicoterapia	164	4.93
Somministrazione di farmaci	724	21.77
Attività socio-assistenziale	250	7.52
Consulenza	39	1.17
Attività riabilitative o psicoeducative	189	5.68
Attività residenziale	105	3.15
Attività semiresidenziale	74	2.23
Totale	3327	100

La Figura 18 riporta la distribuzione del tipo di prestazione ricevuta per area geografica.

Esiste un'estrema variabilità nella frequenza delle prestazioni offerte nelle tre macroaree geografiche italiane: visita psichiatrica ($X^2=19.82$; g.l.=2; $p<0.0001$), colloquio ($X^2=20.66$; g.l.=2; $p<0.0001$), valutazione standardizzata ($X^2=18.66$; g.l.=2; $p<0.0001$), psicoterapia ($X^2=91.23$; g.l.=2; $p<0.0001$), somministrazione di farmaci ($X^2=52.52$; g.l.=2; $p<0.0001$), accertamento medico-legale ($X^2=13.54$; g.l.=2; $p=0.001$), consulenza ($X^2=14.36$; g.l.=2; $p=0.001$), attività riabilitative o psicoeducative ($X^2=61.91$; g.l.=2; $p<0.0001$), attività residenziale ($X^2=36.52$; g.l.=2; $p<0.0001$), attività semiresidenziale ($X^2=15.93$; g.l.=2; $p<0.0001$), nessun provvedimento terapeutico ($X^2=15.07$; g.l.=2; $p=0.001$).

Al Nord sono più frequentemente offerte le visite psichiatriche; al Centro gli accertamenti medico-legali, le valutazioni standardizzate, la psicoterapia, le consulenze, le attività riabilitative o psicoeducative e le attività residenziali; al Sud i colloqui, la somministrazione di farmaci, le attività semi-residenziali nonché l'opzione nessun trattamento. Non esistono differenze geografiche nell'utilizzo dell'attività socio-assistenziale come prestazione per un problema di salute mentale.

Figura 18: Distribuzione degli utenti in comorbidità per prestazione ricevuta e area geografica



DISCUSSIONE

Il tasso di risposta del 55% tra i DSM italiani è da considerarsi estremamente soddisfacente. Tuttavia un'estensione della ricerca ad un'ulteriore proporzione di DSM non aderenti per mere difficoltà logistiche, potrebbe migliorare significativamente la generalizzabilità dei risultati.

Il disegno dello studio, *cross-sectional*, ha consentito la raccolta di un'importante base dati riguardo: a) prevalenza del fenomeno; b) caratteristiche sociodemografiche e cliniche associate alla condizione di "doppia diagnosi".

Prevalenza

Il dato grezzo della prevalenza pari a 1.75% tra gli utenti dei DSM merita alcune considerazioni:

- Il denominatore riguarda il totale della popolazione clinica in carico ai DSM, ivi comprese patologie mentali estremamente comuni in termini di prevalenza nella popolazione generale e che hanno facile accesso ai servizi specialistici per la tradizionale peculiarità del carattere universalistico del SSN. Si fornisce in tal modo un'indicazione utile anche in termini di salute pubblica, poiché il contesto organizzativo descritto difficilmente risente dell'effetto inflativo, sulla prevalenza, delle popolazioni cliniche (Berkson, 1946).
- Il maggior carico assistenziale dei DSM riguarda tuttavia gli utenti affetti da *Severe Mental Illness* (SMI) (Disturbi Psicotici e gravi Disturbi di Personalità). Ulteriori ricerche dovrebbero essere dedicate a tale sottopopolazione clinica.
- I tassi di prevalenza nella macroarea del Nord sono oltre 4 volte superiori a quelli del Sud e del Centro, fornendo importanti indicazioni circa il ruolo delle variabili socioambientali nel determinare la condizione di “doppia diagnosi”, spesso vista riduttivamente come un fattore semplicemente inerente la malattia mentale.

Tali risultati si riferiscono, tuttavia, alla fonte dati dei sistemi informativi. Allorché, invece, lo screening viene affidato agli operatori di riferimento, i tassi di prevalenza salgono di oltre il 100% (da 1.75 a 3.80%). Le indicazioni sui sistemi di screening per i disturbi da uso di sostanze in persone affette da malattie mentali attribuiscono, peraltro, allo screening da parte degli operatori una sensibilità superiore rispetto a quella dei sistemi informatizzati, ma solo moderata rispetto a valutazioni diagnostiche standardizzate (Drake et al, 1993). E' dunque altamente probabile che la reale prevalenza si collochi su livelli ancor superiori rispetto al 3.8% rilevato dai *key-workers*.

Caratteristiche associate alla “doppia diagnosi”

Variabili sociodemografiche

Prevalentemente maschio, celibe e di giovane età come da letteratura (ad es. Crawford et al, 2003), l'utente in DD raramente vive in condizioni autonome (20%) od ha dei figli (33%). Nei $\frac{3}{4}$ dei casi ha completato solo la scuola dell'obbligo, mentre solo il 25% ha un'occupazione stabile.

Situazione medica e legale

Il dato pur grezzo di una epatopatia presente in 1/3 degli utenti, mentre solo il 4% sarebbe sieropositivo, indica una comorbilità organica considerevole. Il dato sulla prevalenza di patologie HIV correlate, richiederebbe approfondimenti vista la discrepanza con le evidenze correnti ben più preoccupanti (Susser et al., 1996).

Circa 1/5 dei pazienti in DD ha avuto problemi penali in genere per reati contro il patrimonio. A tal proposito è ipotizzabile che la condizione di “doppia diagnosi” sia associata con un buon funzionamento cognitivo e sociale, che consenta di mantenere l’uso di sostanze senza andare incontro di frequente a problemi legali (Joyal et al., 2003).

Familiarità

L’associazione, nel 33% circa degli utenti, con una anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici e, nel 18,5%, per disturbi da uso di sostanze, non può trovare nel presente studio conferma per alcuna ipotesi causale; viene tuttavia rilanciato il tema del rapporto tra suscettibilità genetica e fattori di rischio ambientali. Interventi preventivi mirati vedono probabilmente i beneficiari nella prole e nei congiunti dei soggetti affetti da DD per il sommarsi delle potenziali sensibilità di entrambi gli ordini di disturbi.

Uso di sostanze

Aver utilizzato una misura dell’uso di sostanze ampiamente riconosciuta a livello internazionale (Drake et al., 1996), consente di paragonare i tassi dei vari livelli di compromissione da uso di sostanze. Infatti, una sindrome da abuso e dipendenza viene descritta nel 27 e 38%, e nel 12 e 7%, rispettivamente per alcool e oppioidi. Degne di nota sono anche le percentuali cumulative di abuso/dipendenza del 15% per la cocaina e del 19% per i cannabinoidi. Il livello di gravità di una sindrome da dipendenza non rivela distribuzioni differenti tra i diversi sottogruppi diagnostici, indicando quasi il prevalere della compromissione da sostanze sulla sottostante patologia psichiatrica. Tuttavia, se vengono considerati i livelli meno gravi di compromissione, si osserva che l’uso occasionale è caratteristico dei Disturbi di personalità, mentre il più severo abuso vede pari probabilità per le psicosi schizofreniche e, ancora, i Disturbi di Personalità, enfatizzando i rischi correlati in termini di outcome negativo (Margolese et al, 2004). Indicazioni interessanti provengono anche dalle sostanze d’elezione verso cui si orientano specifici sottogruppi diagnostici. I disturbi di personalità si distinguono per consumo di cocaina, ipnoinducenti/barbiturici e cannabinoidi, mentre per la categoria diagnostica psicosi schizofreniche risulta significativo il consumo di cannabinoidi. Senza nulla poter inferire circa i meccanismi sottostanti che portano a tali

scelte in termini o meno d'automedicazione (Khantzian, 1997), tali evidenze andrebbero utilizzate in termini di programmazione dei trattamenti dedicati a queste categorie di utenti.

Sostanze d'abuso e distribuzione geografica

La analisi per macroaree geografiche indica, tuttavia, ancora una volta che la disponibilità locale gioca un ruolo importante nella scelta della sostanza poi responsabile dell'abuso/dipendenza (RachBeisel et al., 1999).

Per gli utenti dei DSM del Nord e del Centro l'alcool è la sostanza principale di abuso, mentre per gli utenti del Sud sono i cannabinoidi a rappresentare la sostanza più abusata, seguiti dall'alcool e dalla cocaina. Per quanto riguarda la dipendenza, l'alcool ne risulta essere la causa principale su tutto il territorio italiano.

Sottogruppi diagnostici psichiatrici

Psicosi di varia natura rappresentano oltre il 50% dei volumi di utenti in "doppia diagnosi" in carico ai DSM italiani. Se a questi si aggiunge, con la complessità gestionale ben nota, il 37% di Disturbi di Personalità, si evince un quadro di notevole severità in termini psichiatrici del campione in oggetto.

Inoltre la più severa tra le compromissioni dovute a sostanze, la dipendenza conclamata, si riscontra tra il 49 e il 57% di tali utenti, evidenziandone i bisogni di trattamento pur non soddisfatti come sopra descritto.

I trattamenti per il disturbo da uso di sostanze

Solo il 50% degli utenti in "doppia diagnosi" ha usufruito di un trattamento da parte dei Servizi per le Dipendenze e il tasso aggiuntivo del 9% inviato in una comunità terapeutica mostra comunque che almeno il 40% di tali utenti, non ha ricevuto alcun trattamento specialistico per l'uso di sostanze. Nello specifico, tra coloro che hanno usufruito di un programma terapeutico i trattamenti ambulatoriali di disintossicazione, sostitutivi o drug-free rappresentano la stragrande maggioranza. Ad enfatizzare il bisogno di programmi ospedalieri dedicati, spicca il dato che per il 12% degli utenti il trattamento di disintossicazione è stato fornito presso un servizio psichiatrico ospedaliero.

Nel complesso la varietà di trattamenti disponibili ed utilizzati appare estremamente più ampia al Nord rispetto al Centro e al Sud, macroarea nella quale l'elevato utilizzo di servizi semiresidenziali meriterebbe una valutazione dedicata degli esiti, estremamente interessante in termini di costi benefici.

CONCLUSIONI

Il tasso di risposta e la qualità delle informazioni raccolte sono da ritenersi un successo correlato all'intenso lavoro di sollecitazione nei confronti dei DSM da parte del gruppo di lavoro della ricerca. Le difficoltà di fondo cui il progetto è andato incontro nelle fasi iniziali si possono racchiudere nel fatto che l'indirizzario nazionale dei DSM era scarsamente affidabile. La costruzione dello stesso ad opera dell'equipe di ricerca ed i contatti instaurati con una notevole quota dei DSM italiani, ha poi consentito di rilevare l'assoluta disomogeneità nella raccolta dati inerenti l'attività clinico-amministrativa tra le diverse regioni, ma, spesso, anche all'interno delle medesime regioni.

I dati che stanno cominciando ad affluire tuttavia indicano due elementi di carattere strutturale:

- ove posti in condizione di operare in modo metodologicamente corretto e comparabile, i DSM italiani forniscono dati di carattere psichiatrico-epidemiologico di buona qualità;
- la rilevanza del problema della “doppia diagnosi” si colloca in linea con le correnti evidenze in ambito europeo. Tuttavia, la distribuzione della prevalenza e le caratteristiche di gravità degli utenti si distribuiscono in modo disomogeneo sul territorio nazionale.

La fase successiva, incrementando numerosità e potenza del campione, mira a consentire l'individuazione delle caratteristiche demografiche e di organizzazione dei servizi ove si concentrano i tassi di prevalenza e i profili di gravità più elevati. Tale indicazione risulterà preziosa in termini di programmazione dei servizi sanitari e di allocamento delle relative risorse.

Le prime evidenze supportano l'ipotesi dell'influenza del contesto socioculturale, oltre che di fattori inerenti la malattia, sui tassi di prevalenza dei disturbi da uso di sostanze in comorbilità tra gli utenti dei servizi psichiatrici (Carrà e Clerici., 2003; Weaver et al., 2003; Carrà et al., in press).

ATTIVITÀ DI MAINSTREAMING

Risultati preliminari sono in stampa su QIP (Quaderni Italiani di Psichiatria), Rivista Ufficiale della Società Italiana di Psichiatria e sono stati presentati al congresso della Società Italiana di Psichiatria (Chieti, 15-20 ottobre, 2006) e dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (Palermo, 4-6 ottobre 2006) (vedi Allegato).

BIBLIOGRAFIA

Abdulrahim D. (2001). Substance Misuse and Mental Health Co-Morbidity (Dual Diagnosis) Standard Health Services. The Health Advisory.

Berkson, J. (1946). Limitations of the application of the fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics*, 2: 47-53.

Carrà G., Clerici M. (2003). The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours. *Addiction*, 98:1039-42.

Carrà G., Clerici M. (2006). Dual diagnosis-policy and practice in Italy. *American Journal of Addictions*, 15: 125-30.

Carrà G., Johnson S. Prevalence rates, geographical and ethnic variations of co-occurring Substance Abuse and Severe Mental Illness across UK Mental Health Settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, in press.

Corbobbese E. (2005). Difficulté de la prise en charge des comorbidités psychiatriques chez le toxicomane. *L'Information Psychiatrique*, 81: 445-50.

Crawford V., Crome I.B., Clancy C. (2003). Co-existing problems of mental health and substance misuse (Dual Diagnosis): a literature review. *Drugs: education, prevention and policy*, 10: 1-74.

Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J., Gasquet I. et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291: 2581-90.

Drake R.E., Alterman A.I., Rosenberg, S.R. (1993). Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. *Community Mental Health Journal*, 29: 175-92.

Drake R.E., Mueser K.T., McHugo G.J. (1996). Clinician Rating Scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS) and Substance Abuse Treatment Scale (SATS). In L. Sederer and B. Dickey (Eds), *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Baltimore, MD, Williams and Wilkins.

Joyal C.C., Halle P., Lapierre D. et al. (2003). Drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63: 297-9.

Kessler R. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 10: 730-7.

Khantzian E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4: 231-44.

Krausz M. (1996). Old problems-new perspectives. *European Addiction Research*, 2: 1-2.

Margolese HC, Malchy L, Negrete JC et al (2004) Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research* 67:157–166.

RachBeisel J., Scott J., Dixon L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, 50: 1427-34.

Susser E., Miller M., Valencia E., Colson P., Roche B., Conover S. (1996). Injection drug use and risk of HIV transmission among homeless men with mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 153: 794-8.

Weaver T., Madden P., Charles V. et al (2003). Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183: 304-13.

ALLEGATI

Abstract presentato al XLVIII Congresso della Società Italiana di Psichiatria
Metamorfosi nella Psichiatria Contemporanea.
PALACONGRESSI d'ABRUZZO
15 - 20 OTTOBRE 2006

Comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani (Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy- PADDI)

Massimo Clerici¹, Giuseppe Carrà², Giovanni Segagni³, Paola Sciarini⁴, Paola Borrelli³, Ioana Popa³, Massimo Di Giannantonio⁵, Andrea Fantoma⁶, Cristina Montomoli³

¹ Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico AO San Paolo, Università degli Studi di Milano

² Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School London, UK

³ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia, Università di Pavia

⁴ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate, Sezione di Psichiatria, Università di Pavia

⁵ Facoltà di Psicologia, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti

⁶ Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

Background La pratica assistenziale in ambito di tossicodipendenza ha evidenziato, a livello internazionale e nazionale, la rilevanza della comorbidità tra disturbi correlati all'uso di sostanze/altri disturbi mentali ("doppia diagnosi").

Lo scopo dello studio è una migliore conoscenza epidemiologica della realtà terapeutico-assistenziale dei soggetti con "doppia diagnosi" nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani.

Metodi Studio trasversale sugli utenti con "doppia diagnosi" dei DSM italiani nell'anno 2005. Le caratteristiche analizzate dei DSM sono state: gestione dati, territorio di riferimento, utenti in carico, modello di presa in carico; quelle degli utenti "doppia diagnosi": socio demografiche, mediche, legali, familiarità, tipo di sostanze. Fonti dei dati: registri, cartacei e/o elettronici, dei DSM.

Risultati Al 30/06/2006 il tasso di risposta dei DSM è del 55%. La prevalenza di doppia diagnosi risulta 1,3/100 utenti. L'età media dei pazienti è 42 anni (range 19-75), il 73% di essi è maschio; le diagnosi psichiatriche principali sono disturbo di personalità (37%), psicosi schizofrenica (31%), psicosi affettiva (17%). La sostanza principale di abuso è risultata l'alcool; il 63 % dei pazienti è inoltre dipendente da almeno un'altra sostanza.

Conclusioni I DSM italiani sono in grado di fornire informazioni di carattere psichiatrico-epidemiologico di buona qualità e la rilevanza del problema degli utenti con "doppia diagnosi" è in linea con le correnti evidenze in ambito europeo.

Abstract presentato al XXX Congresso della Associazione **Italiana di Epidemiologia**
Palermo, 4-6 OTTOBRE 2006

Studio epidemiologico sulla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani

Massimo Clerici¹, Giuseppe Carrà², Giovanni Segagni Lusignani³, Paola Sciarini⁴, Paola Borrelli³, Ioana Popa³,
Massimo Di Giannantonio⁵, Andrea Fantoma⁶, Cristina Montomoli³

¹ Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico AO San Paolo, Università degli Studi di Milano

² Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School London, UK

³ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia, Università di Pavia

⁴ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate, Sezione di Psichiatria, Università di Pavia

⁵ Facoltà di Psicologia, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti

⁶ Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

Background. La pratica assistenziale in ambito di tossicodipendenza ha evidenziato, a livello internazionale e nazionale, la rilevanza del fenomeno “doppia diagnosi”, ovvero la comorbidità tra disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) e altri disturbi mentali.

Nella seconda metà del secolo scorso l'Italia è stata testimone di significativi cambiamenti riguardo l'assistenza per la malattia mentale: sino agli anni '70 i grandi ospedali psichiatrici hanno fornito assistenza anche per l'area delle dipendenze patologiche, l'utilizzo di sostanze era meno diffuso di quanto non lo sia oggi e i disturbi psichiatrici acuti e cronici correlati all'utilizzo di alcool erano trattati all'interno degli ospedali psichiatrici. Dal 1978 si è assistito alla progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici, sostituiti da servizi territoriali (Legge 180, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", poi incorporata nella Legge 833/78). Negli stessi anni, mentre il crescente utilizzo di oppiacei veniva ricondotto a ragioni di ordine morale e sociale, il modello pedagogico portò alla virtuale esclusione delle scienze mediche e della psichiatria dal campo delle dipendenze: il SSN istituì servizi territoriali per le dipendenze con personale medico ridotto (Legge n. 685/75 “Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope”). La diffusione dell'AIDS, alla fine degli anni '80, ha condotto alla creazione di una rete assistenziale per le dipendenze all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (D.P.R. 309/90) che si è mantenuta sostanzialmente intatta sino ad oggi.

Scopo della ricerca è una migliore conoscenza epidemiologica e organizzativa della realtà terapeutico - assistenziale dei soggetti affetti da comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e altri disturbi mentali nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) in Italia.

Metodi. È in corso uno studio trasversale sugli utenti dei DSM italiani affetti da doppia diagnosi nell'anno 2005. Le variabili analizzate riguardano le caratteristiche generali del DSM (gestione dati, territorio di riferimento, utenti in carico, modello di presa in carico e tipo di operatori) e quelle degli utenti affetti da doppia diagnosi (variabili socio demografiche, mediche, legali, familiarità, tipo di sostanze). Le fonti dei dati sono i registri, cartacei e/o elettronici, dei singoli DSM.

Risultati. Allo stato attuale il tasso di risposta dei DSM è del 55%. La prevalenza di doppia diagnosi è 2,4 per 100 utenti. L'età media dei pazienti è 42 anni (range 19-75), l'80% di essi è maschio; la diagnosi psichiatrica principale più frequente è il disturbo di personalità (37%), seguito da psicosi schizofrenica (31%), psicosi affettiva (17%), disturbo nevrotico (9%) e altre diagnosi (6%). La sostanza principale di abuso è l'alcool; il 63 % dei pazienti è inoltre dipendente da almeno un'altra sostanza.

Conclusioni. Il tasso di risposta e la qualità delle informazioni raccolte finora sono da ritenersi un successo correlato al lavoro di sollecitazione nei confronti dei DSM.

I dati preliminari indicano due elementi di carattere strutturale: i) i DSM italiani sono in grado di fornire informazioni di carattere psichiatrico - epidemiologico di buona qualità; ii) la rilevanza del problema degli utenti che presentano comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze si colloca in linea con le correnti evidenze in ambito europeo.

Studio epidemiologico sulla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani

Risultati Preliminari

Massimo Clerici¹, Giuseppe Carrà², Giovanni Segagni Lusignani³, Paola Sciarini⁴, Paola Borrelli³, Ioana Popa³, Massimo Di Giannantonio⁵, Andrea Fantoma⁶, Cristina Montomoli³

¹ Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico AO San Paolo, Università degli Studi di Milano

² Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School London, UK

³ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia, Università degli Studi di Pavia

⁴ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia

⁵ Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti

⁶ Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

BACKGROUND

La pratica assistenziale in ambito di tossicodipendenza ha evidenziato, a livello internazionale (1) e nazionale (2), la rilevanza del fenomeno "doppia diagnosi" (DD), ovvero la comorbidità tra disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) e altri disturbi mentali.

SCOPO

Approfondire la conoscenza epidemiologica e organizzativa della realtà terapeutico-assistenziale dedicata ai soggetti affetti da comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e altri disturbi mentali nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) in Italia.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio: studio osservazionale trasversale sugli utenti dei DSM italiani affetti da doppia diagnosi nell'anno 2005

Fonti dei dati: registri, cartacei e/o elettronici dei singoli DSM, strumenti di screening da parte degli operatori di riferimento (3)

Variabili analizzate: (i) caratteristiche generali del DSM (gestione dati, utenti in carico, modello di presa in carico e tipo di operatori territorio di riferimento); (ii) caratteristiche degli utenti affetti da DD (dati socio demografici, condizione medica/internistica, legale, sostanze d'abuso, familiarità, disturbi psichiatrici, trattamento per disturbi psichiatrici)

Prevalenza della "doppia diagnosi" tra gli utenti dei DSM in Italia nel 2005

RISULTATI

118 dei 216 DSM italiani hanno risposto alla richiesta di partecipazione allo studio: tra questi 77 hanno aderito alla ricerca. Al 30 luglio 2006, 22 DSM hanno inviato i questionari compilati:

Il 95,5% dei DSM utilizzano un sistema informatico per la raccolta dei dati e per il 3/4 si tratta di un sistema ufficiale

Per il 73% l'operatore che ha in carico gli utenti è lo psichiatra

La popolazione generale di riferimento è di 3.658.403

Gli utenti in carico sono 64.367 e gli utenti DD sono risultati 846 (217 femmine e 629 maschi).

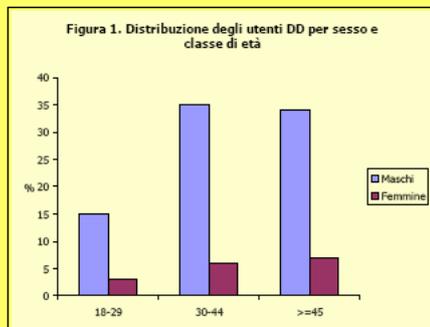
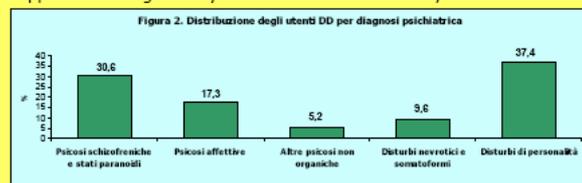


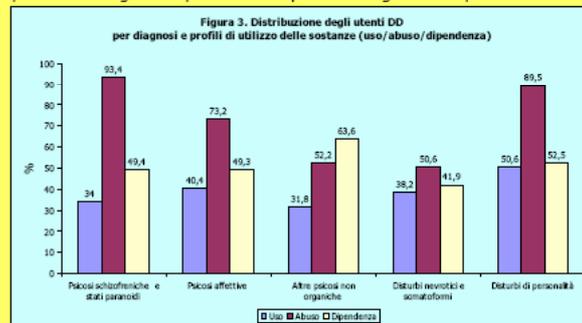
Tabella 1. Prevalenza degli utenti DD

Area	n° DSM	Prevalenza (per 100 utenti)	IC 95%
Nord	13	2.41	2.18 - 2.65
Centro	4	0.81	0.67 - 0.97
Sud	5	0.34	0.23 - 0.44
Totale	22	1.31	1.20 - 1.42

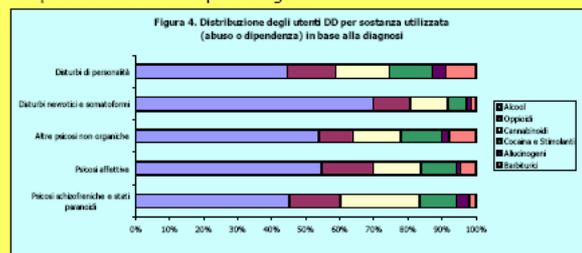
La diagnosi psichiatrica *disturbi di personalità* è quella maggiormente rappresentata seguita da *psicosi schizofreniche e stati paranoici*



Gli utenti affetti da disturbi di personalità utilizzano maggiormente droghe e/o alcool; gli affetti da psicosi schizofreniche e stati paranoici sono quelli che abusano maggiormente, mentre gli utenti affetti da altre psicosi non organiche presentano il più elevato grado di dipendenza.



La sostanza di abuso/dipendenza più frequente è sempre l'alcool indipendentemente dal tipo di diagnosi



CONCLUSIONI

La prevalenza degli utenti DD nei DSM italiani è pari a 1,31% con una grande variabilità geografica

La frequenza dell'alcool quale sostanza di abuso/dipendenza più diffusa è in linea con le evidenze in ambito europeo ed internazionale (1,4)

BIBLIOGRAFIA

- Regier DA, Farmer ME, Rae DS. (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Carrà G, Clerici M. (2006) Dual diagnosis-policy and practice in Italy. *American Journal of Addictions*, 15:125-30.
- Drake, RE, Mueser KT and McHugo GJ. 1996 Clinician Rating Scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS) and Substance Abuse Treatment Scale (SATS). In L. Sederer and B. Dickey (Eds), *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Baltimore, MD, Williams and Wilkins).
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., et al (2003) Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *International Review of Psychiatry*, 15, 43-49.