

**ANALISI DELLE DINAMICHE DI INVIO,  
EFFICACIA E VALUTAZIONI COSTI-UTILITA'  
DEL TRATTAMENTO IN COMUNITA' SOCIO-RIABILITATIVA  
DEGLI UTENTI TOSSICO-DIPENDENTI IN CARICO PRESSO I  
SER.T. DELL'AZIENDA USL FG2,  
NEGLI ANNI 2001-2004.**

**a cura di :**

*dr. Oronzo A. Furio – Direttore U.O. Epidemiologia – Az. USL FG 2*

*dr. Matteo Giordano – Direttore Dipartimento Dipendenze Pat. Az. USL FG 2*

*dr.ssa Rita Masi - U.O. Epidemiologia – Az. USL FG 2*

## Introduzione

I contributi contenuti nelle precedenti due edizioni della ricerca epidemiologica sul fenomeno delle dipendenze patologiche (progetti Robagi 1 e 2, I<sup>a</sup> annualità ) sono stati prevalentemente orientati dalla necessità di fotografare dinamicamente i dati della prevalenza e dell'incidenza della tipologia del consumo di sostanze d'abuso degli utenti dei Ser.T. della ASL FG 2, nonché delle caratteristiche anagrafiche di questa popolazione di assistiti e delle correlazioni con la diffusione delle malattie più direttamente collegabili all'abuso stesso e dei loro tipici markers.

I dati ricavati e offerti hanno permesso di evidenziare alcuni fenomeni nuovi, già registrabili negli anni 95-97 e confermati per il triennio 2000-2002, riassumibili in:

- 1. sensibile modificazione delle percentuali di consumo delle sostanze d'abuso tra gli utenti, con progressiva riduzione dell'eroina, a favore della cocaina e delle altre droghe sintetiche di più recente introduzione nei canali illegali.**
- 2. progressivo invecchiamento e riduzione numerica della popolazione di assistiti in carico.**
- 3. relativa stabilità degli indici di sieropositività per HIV, HBV e HCV nei due trienni esaminati.**
- 4. incremento dei casi di segnalazione per l'alcool in quanto sostanza di abuso primaria.**

Per i dettagli e per le dimostrazioni delle precedenti asserzioni si rimanda, naturalmente, alla consultazione delle precedenti relazioni pubblicate; si ritiene opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che le ricerche effettuate, nell'ambito della ASL FG2, hanno trovato riscontro e sono confrontabili con i dati più generali riportati nelle recenti relazioni annuali (2003 – 2004) al Parlamento, prodotte dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sullo stato delle tossico-dipendenze in Italia.

L'incremento dei casi di segnalazione per l'alcool dipendenza ha determinato l'implementazione e il compimento di un complesso progetto ove hanno preso parte il Dipartimento D.P.- l'U.O. Epidemiologia, i Medici di medicina generale del S.S.R., l'Amministrazione Comunale e una associazioni di volontariato, sulla diffusione del consumo di alcool nella popolazione del comune di Manfredonia, sulla sua informazione e prevenzione soprattutto in ambito scolastico e lavorativo (progetto Alcoolfree).

Il consumo di alcool è risultato essere la più diffusa e sottostimata forma di abuso occasionale (soprattutto in adolescenti e giovani) con livelli preoccupanti di vera e propria tossico-dipendenza, in particolare, nella popolazione di mezza età, poco prima e nell'immediato periodo del post-pensionamento.

E' sufficientemente provato che, da dieci anni a questa parte, sono in atto cambiamenti sostanziali nell'universo delle tossico-dipendenze e le stesse caratteristiche del soggetto abusatore o tossico-dipendente (TD) risultano modificarsi piuttosto rapidamente: l'immagine cristallizzata del "tossico" sopravvive ai margini delle strade e delle piazze cittadine, riconoscibile a prima vista per lo stile di vita, per l'habitus e per le modalità, spesso illegali, di procurarsi risorse economiche non è più esaustiva delle sue reali caratteristiche.

Esistono soggetti abusatori assolutamente ben inseriti nel contesto sociale e lavorativo, talvolta di elevata estrazione culturale e con identica classe di reddito (affermazione suffragata da alcuni recenti fatti di cronaca nazionale) che utilizzano le sostanze stupefacenti, più o meno assiduamente, nelle serate e nei fine settimana dedicati allo svago collettivo, agli incontri di gruppo, per rafforzare le sensazioni di estroversione, disinvolture comunicativa e potenza fisica, e per interrompere bruscamente il circuito quotidiano vissuto come noioso e poco gratificante.

Solo una parte di questi casi accedono ai SER.T. per il supporto e l'assistenza necessaria, la cospicua base dell'iceberg ha frequentazioni con i servizi dipartimentali estremamente occasionali, una tantum, senza che venga avviato un serio programma di disintossicazione e recupero.

E' registrabile l'esigenza di una rivisitazione delle consuetudini e della prassi assistenziale per tali nuovi fenomeni, evidentemente diventati insufficienti a corrispondere alle mutate esigenze della popolazione di potenziali assistiti; accanto a questa esiste la necessità di iniziare un percorso di valutazione dei costi e dell'efficacia di alcuni aspetti dell'iter riabilitativo e, pertanto, l'attenzione di questa ricerca si è rivolta verso il prodotto dell'attività delle comunità terapeutiche per le dipendenze patologiche, ritenute attualmente una delle più valide risorse disponibili per questi problemi e che da tempo sono da considerarsi "risposte istituzionalizzate" a carico delle pubbliche amministrazioni.

## Le tipologie di trattamento dei Ser.T. e le strutture socio-riabilitative.

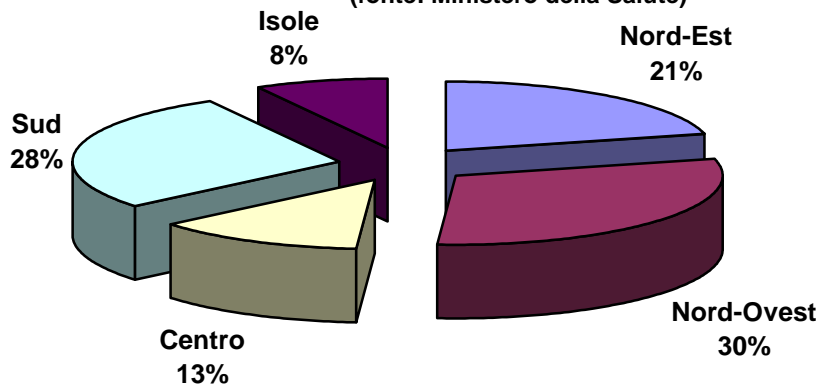
Le relazioni ministeriali prima segnalate hanno rilevato le tendenze nazionali dal 1999 al 2003 delle varie tipologie di trattamento praticate nei SER.T. classificandole come segue:

- sostegno psicologico
- psicoterapia
- interventi di servizio sociale
- trattamenti farmacologici (integrati con metadone e altri farmaci)

registrando in tale periodo una percentuale di applicazione relativamente stabile per il sostegno psicologico (circa il 15%) e per la psicoterapia (circa 5%), e un netto incremento per i trattamenti integrati con metadone (dal 44 al 48%) accompagnati da un apprezzabile aumento degli interventi di servizio sociale (dal 22 al 24%), si segnala un abbandono pressoché completo di trattamenti farmacologici alternativi (naltrexone e clonidina) scesi al di sotto della soglia di applicazione del 2% . Tali dati possono essere, naturalmente, diversamente distribuiti a seconda della regione considerata.

L'invio di una quota dei soggetti in carico presso i Ser.T. alle strutture socio-riabilitative rappresenta una soluzione di trattamento abbastanza diffusa in tutto il territorio nazionale seppur con significative differenze per regione e per macro-area, con punte massime nel Nord-ovest e nel Sud (isole escluse) ove raggiungono valori di circa il 30 % di tutte le presenze nazionali e che ammontano a 14.284 utenti. (fig. 1)

fig. 1-Distribuzione percentuale, su totale nazionale, dei soggetti in carico ai Ser.T. in trattamento nelle strutture socio-riabilitative . Suddivisione per macro-aree, anno 2003.  
(fonte: Ministero della Salute)



Principale scopo del presente studio è l'esecuzione di una dettagliata analisi della fenomenologia connessa all'ausilio delle strutture socio-riabilitative da parte del D.D.P. ASL FG 2 ovvero del flusso, delle modalità di invio, delle percentuali di ritenzione e dei costi economici al fine di trarre qualche conclusione utilizzabile dagli operatori del settore. Saranno studiati e proposti taluni indicatori di costo-beneficio nonché trattati alcuni aspetti di efficienza ed efficacia del trattamento in questione, utili a chi opera scelte strategiche di trattamento e di allocazione di risorse. E' da sottolineare che non risultano a tutt'oggi studi italiani molto aggiornati e rilevanti sulle attività delle strutture socio-riabilitative.

### **Alcune note storiche sulle comunità socio-riabilitative (CSR).**

*Dalla fine degli anni '50 le CSR hanno cominciato a rappresentare uno strumento di intervento disponibile per il trattamento di giovani "devianti" con problematiche di tossico-dipendenza da oppiacei.*

*Nel 1958 in California e precisamente a S. Monica, nasceva, con il nome di Synanon, la prima comunità per TD fondata da C. Dederich, ex-alcolista; tale comunità rispecchiava la convinzione del fondatore che non fosse possibile un recupero definitivo degli ospiti e pertanto non prevedeva nel programma riabilitativo un forte impegno per il reinserimento nella società dei soggetti trattati. Si proponeva un modello di soggiorno nella struttura a tempo indeterminato e dalla quale era possibile uscire solo per brevi permessi.*

*La comunità prevedeva un'organizzazione alternativa alla vita esterna con scuole, ospedali e università, esplicitamente dedicate al recupero del TD (micro-società transitoria che poteva durare per moltissimi anni).*

*La rieducazione e la risocializzazione erano raggiunte con un modello basato su premi e punizioni e con l'ausilio di una struttura gerarchica interna molto rigida.*

*Nel 1962 a New York nasceva la comunità Dayton, ponendosi principalmente il problema del reinserimento sociale dei suoi ospiti e che ancora oggi si rivela come l'aspetto più problematico del recupero, una volta terminato il programma di rieducazione in comunità.*

Anche in Italia, a partire dagli anni '70, sono sorte CSR ai margini delle istituzioni e spesso in netto contrasto con queste; si sono moltiplicate più per iniziativa privata che pubblica e generalmente sotto la spinta e la gestione di leader laici "carismatici" o di personale religioso, in prevalenza appartenente alla Chiesa Cattolica.

Le comunità hanno sviluppato esperienze molto eterogenee circa i modelli teorici e i programmi terapeutici adottati ma, generalmente, il loro comune denominatore è il farsi carico dell'individuo nella sua globalità, inserendolo in un contesto rigidamente organizzato per distoglierlo dal suo comportamento deviante e autodistruttivo.

I risultati della ricerca scientifica internazionale hanno evidenziato l'esistenza di una correlazione positiva, abbastanza netta, tra durata della permanenza in trattamento in CSR e successo terapeutico; tali dati sono riferiti soprattutto alla dipendenza da oppiacei e i risultati ottenuti sarebbero più brillanti rispetto a quelli conseguenti al trattamento ambulatoriale di vario tipo e con metadone.

I programmi comunitari richiedono una permanenza media di almeno 12-24 mesi, con fasi e progetti terapeutici diversificati a seconda dei modelli utilizzati.

#### **Bibliografia minima:**

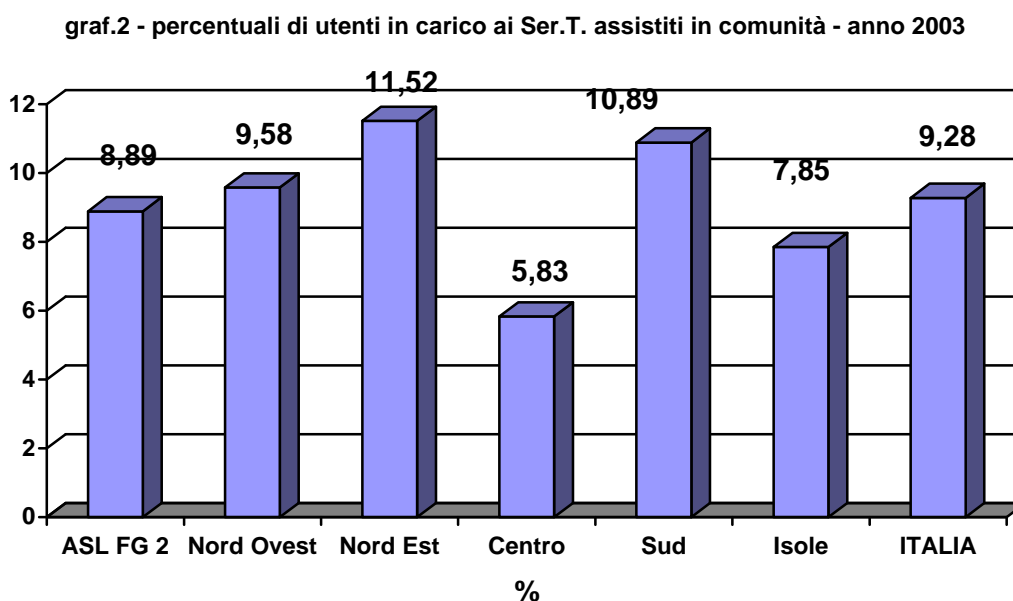
1. Cagossi M. – Comunità terapeutiche e non – 1988 – Borla – Roma
2. Clerici M. – Tossicodipendenza e psicopatologia – Implicazioni diagnostiche e valutazione degli interventi terapeutici – 1993 – Franco Angeli – Milano.

## Le dimensioni e le tipologie dell'invio alle strutture socio-riabilitative.

Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche della ASL FG 2 ha avuto in carico attraverso i tre Ser.T. di sua pertinenza (Cerignola, Manfredonia e Margherita di Savoia) nell'anno 2005 n° 512 assistiti, dei quali sono in trattamento presso le comunità socio-riabilitative regionali ed extra-regionali n° 59 soggetti ovvero il 10,93% di tutti gli assistiti.

Mediamente nel quinquennio 2001-2005 sono stati in carico presso i suddetti Ser.T. n° 422 utenti all'anno.

La comparazione dei dati rilevabili per l'anno 2003 a livello nazionale e per la ASL FG 2, permette di poter asserire che la percentuale di utenti in carico presso i Ser.T. ASL FG 2, ospitati nelle strutture socio-riabilitative, è molto vicino al valore medio nazionale e simile al dato rilevabile per la macro-area del Nord-Ovest ma un po' lontano dai valori attribuibili al Nord-Est e al Sud del Paese. (graf.2)



Sono stati analizzate le caratteristiche degli utenti tossico-dipendenti (UTD) inviati in comunità socio-riabilitative (CSR) durante il quadriennio 2001-2004 per un totale complessivo di 165 casi, pari a una media annuale di 41 UTD inviati di cui nessuno di sesso femminile, equivalente ad una percentuale del 9,8% dei soggetti in carico, con età media di 33,38 anni e con dev.st. pari a 6,90.

La modalità d'invio dei soggetti ospitati nelle comunità può essere differenziata in tre tipologie in base alla presenza o meno di provvedimenti dell'autorità giudiziaria e quindi in: - a) ammissione volontaria - b) arresti in comunità -c) per sospensione di pena.

Circa il 29% dei soggetti sono assoggettati ad una misura giudiziaria ed in particolar modo il soggiorno in comunità surroga, per sospensione di pena, la detenzione in carcere; hanno un'età media relativamente più bassa rispetto ai volontari, particolarmente evidente il predominio tra loro della cocaina in quanto sostanza di abuso primaria (29/40 equivalente al 70% circa).

Il gruppo più numeroso è costituito dai soggetti che hanno aderito volontariamente alla proposta di trattamento in struttura riabilitativa (117 casi, pari al 71% di tutto l'insieme degli utenti ospitati in comunità), e che peraltro presenta una età media (33,9 anni) più alta rispetto agli altri gruppi di suddivisione e in particolar modo se classificati tra gli abusatori di alcool ed eroina (36,8 anni).

Prevalente tra i volontari l'abuso di sostanze miste con una percentuale superiore al 30%.

Relativamente più giovani i soggetti dediti al consumo-dipendenza di cocaina in special modo tra coloro che sono gravati da un provvedimento giudiziario alla base dell'invio in CSR.

tab. 1 – utenti inviati in strutture socio-riabilitative dal 2001 al 2004 dai Ser.T. ASL FG 2 suddivisi secondo la sostanza di abuso primaria e la modalità di invio, valori assoluti.

modalità d'invio	sostanza d'abuso primaria				
	ALCOOL	COCAINA	EROINA	MISTE	totale
ARRESTI	3	5	0	0	8
SOSPENSIONE PENA	2	29	9	0	40
VOLONTARI	28	27	26	36	117
totale complessivo	33	61	35	36	165

tab. 2 – utenti inviati in strutture socio-riabilitative dal 2001 al 2004 dai Ser.T. ASL FG 2 suddivisi secondo la sostanza di abuso primaria e la modalità di invio, valori percentuali.

modalità d'invio	sostanza d'abuso primaria				
	ALCOOL	COCAINA	EROINA	MISTE	totale
ARRESTI	1,82	3,03	0,00	0,00	4,85
SOSPENSIONE PENA	1,21	17,58	5,45	0,00	24,24
VOLONTARI	16,97	16,36	15,76	21,82	70,91
totale complessivo	20,00	36,97	21,21	21,82	100,00

tab.3 – età media degli utenti inviati in strutture socio-riabilitative dal 2001 al 2004 dai Ser.T. ASL FG 2 suddivisi secondo la sostanza di abuso primaria e la modalità di invio.

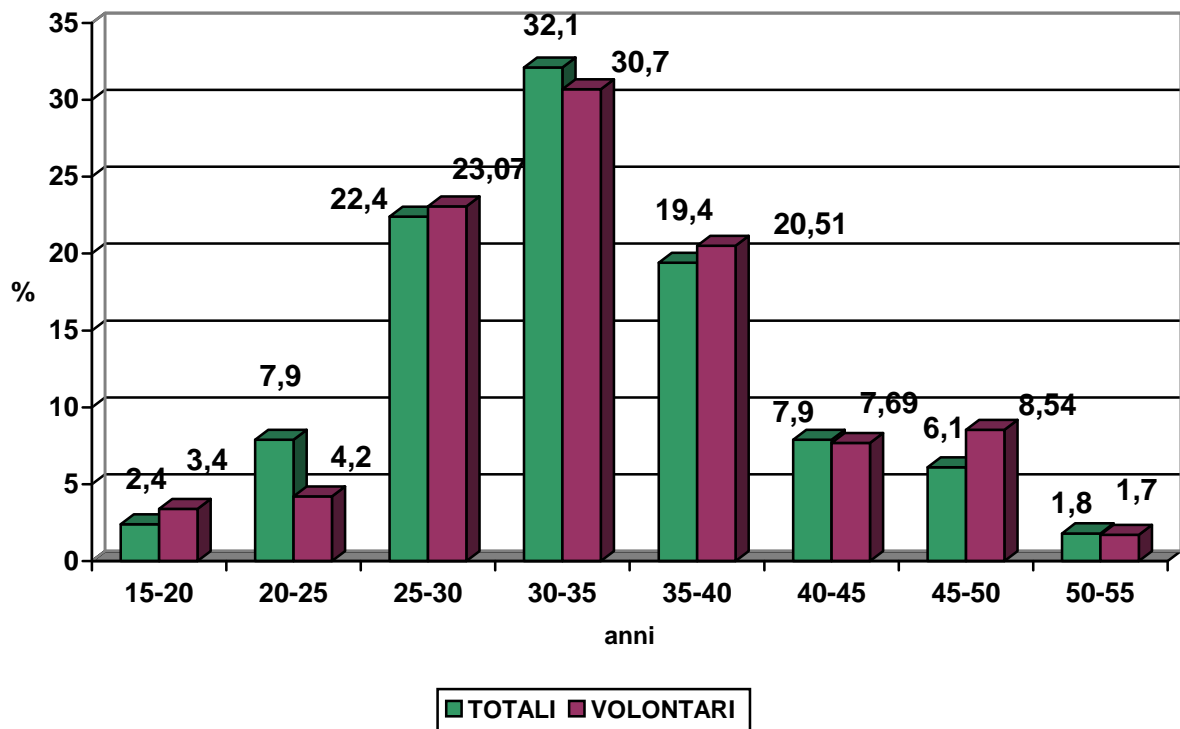
modalità d'invio	sostanza d'abuso primaria				
	ALCOOL	COCAINA	EROINA	MISTE	totale
ARRESTI	32,42	29,58	0	0	30,65
SOSPENSIONE PENA	30,04	31,34	36,34	0	32,40
VOLONTARI	36,83	33,87	36,86	29,51	33,90
totale complessivo	36,02	32,31	36,73	29,51	33,38

La significatività di tali differenze sarà valutata e riportata successivamente nel presente lavoro, ma può essere nel frattempo utile valutare la distribuzione per fascia d'età di tutto l'insieme in esame. E' possibile notare che più del 50% dei soggetti in trattamento volontario presso le CSR è concentrato nella fascia d'età tra 30 e 40 anni, piuttosto modesta è la quota rappresentata dalle fasce al di sotto dei 25 anni (circa il 10%) e significativa la presenza di UTD piuttosto "anziani" con età comprese tra 40 e 55 anni (oltre il 15 %).

Le osservazioni effettuate inducono a porsi alcuni generici interrogativi ovvero se:

- 1- l'efficacia del trattamento in comunità dipende dall'età dei soggetti trattati;
- 2- è utile l'invio in comunità di soggetti con età piuttosto avanzata quando la struttura della personalità è fortemente cristallizzata e meno ricettiva a motivazioni di cambiamento.
- 3- occorra mettere in atto maggiori strumenti per la tempestiva ricezione degli abusatori più giovani e il rapido invio in comunità riabilitativa.

graf.3 - utenti tossico-dipendenti inviati in comunità s.r. dal 2001 al 2004 dai Ser.t ASL FG 2 suddivisi per fasce d'età.



tab.4 – utenti inviati in strutture socio-riabilitative dal 2001 al 2004 dai Ser.T. ASL FG 2 suddivisi per fascia d'età e per modalità di invio.

FASCIA D'ETA'	AMMISSIONI IN AFFIDAMENTO VOLONTARIO	VALORE %	AMMISSIONI CON PROVVEDIMENTO GIUDIZIARIO	VALORE %	AMMISSIONI TOTALI	VALORE %
15-20	4	3,4	0,0	0,0	4	2,4
20-25	5	4,2	8	16,6	13	7,9
25-30	27	23,0	10	20,83	37	22,4
30-35	36	30,7	17	35,41	53	32,1
35-40	24	20,5	8	16,6	32	19,4
40-45	9	7,7	4	8,3	13	7,9
45-50	10	8,5	0	0,0	10	6,0
50-55	2	1,7	1	2,0	3	1,8
<b>TOTALE</b>	<b>117</b>		<b>48</b>		<b>165</b>	

Una risposta ai quesiti prospettati, insieme ad alcuni altri interrogativi, sarà tentata nel paragrafo relativo alle conclusioni del presente studio, anche alla luce di ulteriori dati e osservazioni che verranno descritti e proposti in seguito.

## **Il prodromo all'efficacia: la durata del soggiorno nelle strutture socio-riabilitative.**

Esiste generalmente, tra gli operatori del settore, il convincimento che qualsiasi programma riabilitativo adoperato per il recupero di soggetti alcool o droga-dipendenti abbia bisogno di un tempo di applicazione minimale compreso, almeno, tra 12-24 mesi per sortire l'effetto sperato (tale affermazione non sembra peraltro suffragata da dati epidemiologici recenti e metodologicamente validati), ma non sappiamo, esattamente, quale sia il tempo ottimale di permanenza che garantisca il miglior risultato possibile al fine della rieducazione e risocializzazione.

E' comprovato invece che esiste una netta correlazione tra durata della permanenza in CSR e successo terapeutico.

A tal proposito e per stabilire alcuni presupposti all'efficacia e all'efficienza tecnica, si sono esaminati i tempi di permanenza dei 117 utenti che, con assenso volontario (non condizionato da provvedimenti giudiziari), sono stati inviati dai Ser.T. ASL FG2 presso strutture riabilitative, appartenenti a qualsiasi fascia d'età e con qualsiasi sostanza primaria di abuso dichiarata, che sono stati ospiti delle comunità per più di un giorno a partire da gennaio 2001.

Sono stati inclusi nello studio anche i pazienti inviati nel 2004 che a rigorosa applicazione dei criteri non avrebbero dovuto, in considerazione del fatto che sono tutti usciti, comunque, entro dicembre 2005 o che protraendo l'osservazione fino a giugno 2006 hanno compiuto i 2 anni di permanenza.

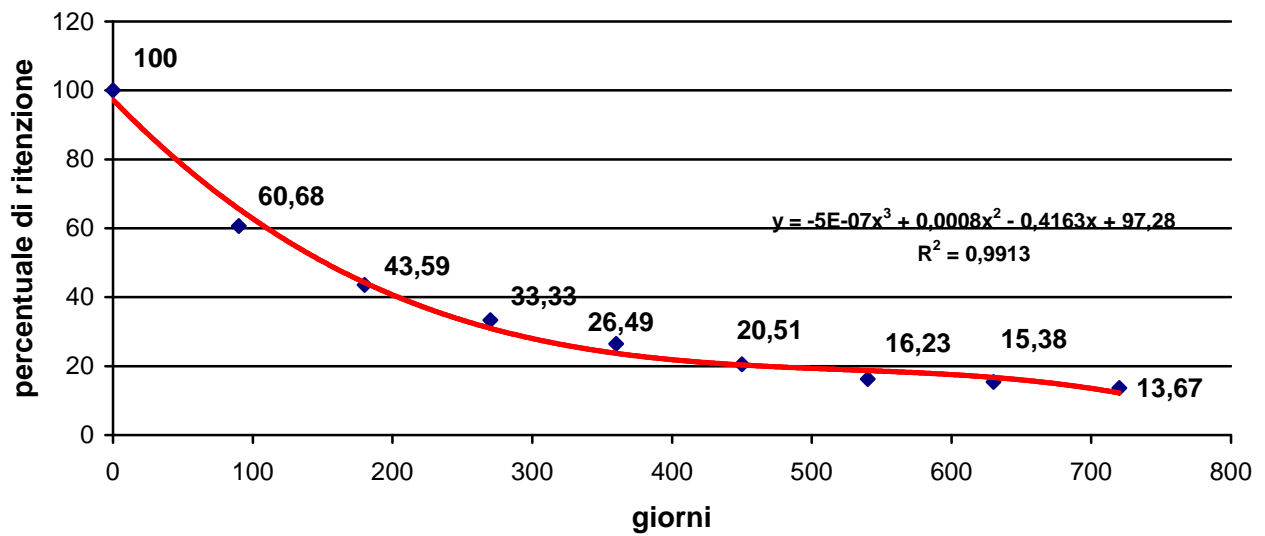
*tab. 5 – movimentazione di 117 soggetti TD con affido volontario inviati in comunità terapeutiche dai Ser.T. ASL FG2 nel periodo 2001-2004.*

<b>periodo dall'ingresso</b>	<b>UTD usciti volontari</b>	<b>UTD usciti con provv. giudiziario</b>	<b>totale usciti</b>	<b>%</b>	<b>UTD totali presenti</b>	<b>%</b>	<b>UTD presenti volontari</b>	<b>%</b>
ingresso	0	0	0	0,00	165	100,00	<b>117</b>	<b>100,00</b>
fino a 90 gg	46	17	63	38,18	102	61,81	<b>71</b>	<b>60,68</b>
a 180 gg	20	6	26	15,76	76	46,06	<b>51</b>	<b>43,59</b>
a 270 gg	12	10	22	13,33	54	32,72	<b>39</b>	<b>33,33</b>
a 360 gg	8	6	14	8,48	40	24,24	<b>31</b>	<b>26,49</b>
a 450 gg	7	8	15	9,09	25	15,14	<b>24</b>	<b>20,51</b>
a 540 gg	5	1	6	3,64	19	11,51	<b>19</b>	<b>16,23</b>
a 630 gg	1	0	1	0,61	18	10,90	<b>18</b>	<b>15,38</b>
a 720 gg	2	0	2	1,21	16	9,69	<b>16</b>	<b>13,67</b>
totale	101	48	149					

L'insieme delle percentuali di ritenzione calcolati trimestralmente e riportati nell'ultima colonna della tab. ha permesso di estrapolare - con una approssimata polinomiale di 3° grado - una curva di ritenzione decumulata, simile ad una curva di sopravvivenza e riportata nel grafico 4 (con un ottimo coefficiente di approssimazione  $R = 0,99$ ).



graf. 4 - curva di ritenzione estrapolata di 117 utenti Ser.T. ASL FG 2, inviati in strutture socio-riabilitative dal 2001 al 2004



Risulta evidente che dopo 180 giorni dall'invio in comunità più della metà (57%) degli utenti hanno rinunciato al programma terapeutico e ne sono usciti, di tali soggetti è legittimo presupporre l'assoluta insufficienza, per gli scopi riabilitativi, del breve soggiorno in comunità, anche in considerazione del fatto che ben più della metà di questi casi sono in realtà usciti dopo neanche 3 mesi.

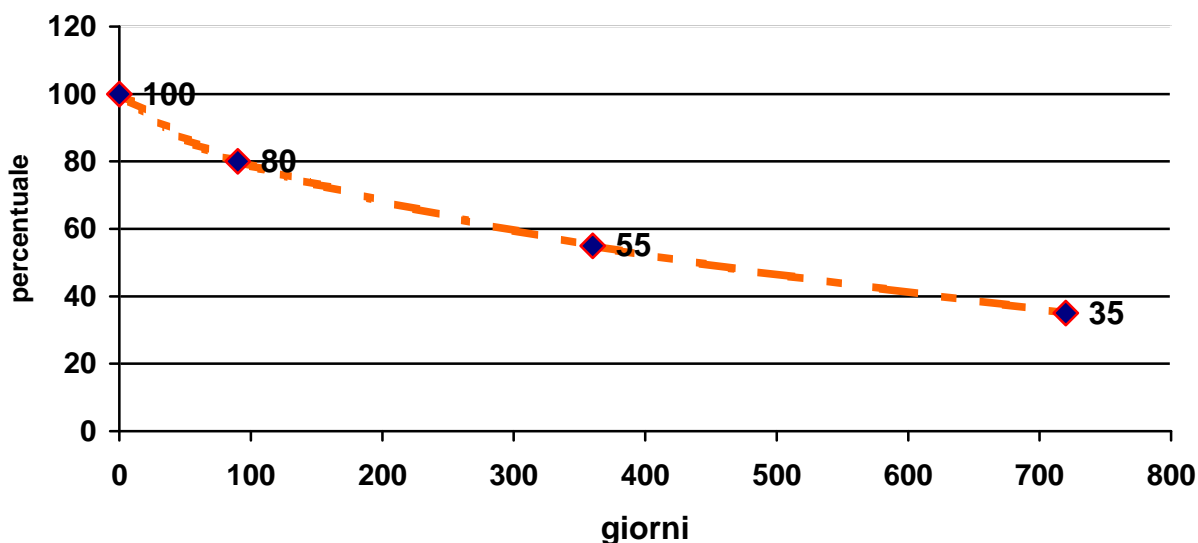
Il giudizio di insufficienza può essere esteso anche ai casi con durata di permanenza da 180 a 360 giorni seppur variegato con qualche possibilità di successo del programma riabilitativo.

Una vera zona d'ombra potrebbe invece essere comprensiva dell'intervallo da 1 anno a 2 anni di soggiorno in comunità con qualche probabile successo e per questo periodo sarà tentato un approccio metodologico per determinare un indice quantitativo in grado di stimare l'efficacia del soggiorno.

Vale la pena di sottolineare il relativo peggioramento delle percentuali di ritenzione del 2001-2004 rispetto a quelle rilevate per il periodo 1995-1997 e calcolate durante la revisione di alcuni dati e la stesura della relazione della prima annualità del progetto Robagi2 come riportate nel grafico 5.

Occorre comunque chiarire che si trattava di una popolazione di UTD sotto molti aspetti differente, soprattutto per la tipologia di abuso della sostanza primaria, costituita prevalentemente da eroina in più del 70% dei casi.

graf. 5- curva di ritenzione estrapolata di 62 UTD inviati in comunità terapeutica dai Ser.T. FG2 nel periodo 1995-1997



Al fine di ricercare l'esistenza di causalità per il fenomeno dell'interruzione prematura del trattamento in comunità e ricavarne qualche utile criterio operativo per migliorare la selezione da applicare all'invio dei soggetti T.D. al soggiorno riabilitativo, è possibile eseguire alcuni confronti sui tempi di permanenza, corredati da tests di significatività statistica sulle percentuali di ritenzione tra gruppi suddivisi per sostanza di abuso primaria oppure in base all'età dei soggetti inviati.

Riguardo alla prima non si è evidenziata alcuna differenza statisticamente significativa tra i vari gruppi suddivisi per sostanza di abuso circa la durata del soggiorno volontario in comunità; le percentuali calcolate a un anno (tab. 6), a un anno e mezzo (tab. 7) e a più di due anni (tab. 8) possono considerarsi sovrapponibili ad eccezione dei soggetti abusatori di cocaina ove la presenza di un solo caso con durata maggiore o uguale a un anno e mezzo è valutabile significativamente come la peggiore rispetto a tutti gli altri gruppi (test esatto di Fisher - cocaina versus eroina -  $p < 0,05$ ).

La valutazione statistica confermerebbe l'impressione che i soggetti abusatori di cocaina siano i più difficili da riabilitare con gli strumenti oggi in dotazione, comprendendo in tale novero di metodologie anche le comunità socio-riabilitative.

tab. 6 – confronto multiplo tra gruppi di TD Ser.T. ASL FG/2 con diversa sostanza primaria d'abuso in rapporto alla durata di permanenza in comunità maggiore o minore di 1 anno.

sostanza di abuso	alcool	eroina	cocaina	miste
soggetti con durata > di 360 gg	8	10	7	6
soggetti con durata < di 360 gg	21	16	20	30
totale	28	26	27	36

test Chi quadrato 3 gradi di libertà non significativo per tutti i gruppi.

tab.7 – confronto multiplo tra gruppi di TD Ser.T. ASL FG/2 con diversa sostanza primaria d'abuso in rapporto alla durata di permanenza in comunità maggiore o minore di 1 anno e mezzo.

sostanza di abuso	alcool	eroina***	cocaina***	miste
soggetti con durata > di 540 gg	4	9	1	5
soggetti con durata < di 540 gg	24	17	26	31
totale	28	26	27	36

\*\*\* test esatto di Fisher con  $p < 0,05$  – non significativo il confronto tra gli altri gruppi

Il confronto per la durata di permanenza in struttura S.R. tra il gruppo con età minore di 30, il gruppo con età compresa tra 30-40 anni e quello con età maggiore di 40, ha determinato un livello di significatività meritevole di attenzione solo tra il primo e il secondo gruppo.

E' quindi possibile ritenere che esista una maggior percentuale di successi tra la popolazione di abusatori inviati in comunità con età comprese tra 30 e 40 anni.

tab.8 – confronto multiplo tra gruppi di TD Ser.T. ASL FG/2 con diversa sostanza primaria d'abuso in rapporto alla durata di permanenza in comunità maggiore o minore di 2 anni.

sostanza di abuso	alcool	eroina***	cocaina***	miste
soggetti con durata > di 720 gg	3	9	0	4
soggetti con durata < di 720 gg	25	17	27	32
totale	28	26	27	36

\*\*\* test esatto di Fisher con  $p < 0,05$  – non significativo il confronto tra gli altri gruppi

tab.9 - confronto multiplo tra gruppi di TD Ser.T. ASL FG/2 appartenenti a fasce d'età diverse in rapporto alla durata di permanenza in comunità maggiore o minore di 2 anni.

soggiorno in comunità	utenti con età minore di 30 anni	utenti con età da 30 a 40 anni	utenti con età maggiore di 40 anni	totali
durata $\geq$ di 720 gg	1 **	13 **	2	16
durata < di 720 gg	35**	47**	19	101
totali	36	60	21	117

\*\* Chi-quadrato pari a 4,817 con 1 grado di libertà,  $p = 0,028$  (significativo) - non significativo il confronto tra gli altri gruppi.

**E' assolutamente meritevole di segnalazione il dato che tra i 48 casi di invio in comunità mediante provvedimento giudiziario, un solo caso ha raggiunto una permanenza maggiore di un anno e mezzo e appena 9 ( 18,7 %) sono i casi con durata di almeno 1 anno.**

## Valutazioni di costo-utilità sul trattamento in strutture socio-riabilitative.

### Premessa

Specificando che le analisi e le considerazioni espresse qui di seguito non hanno pretesa alcuna di essere complete, definitive o generalizzabili, bensì possono costituire solo un insieme di spunti per indurre chiunque si interessi del problema a vario titolo, una riflessione più approfondita e senza pregiudizi sul trattamento dei soggetti tossico-dipendenti in strutture socio-riabilitative e sui risultati conseguibili, riteniamo utile pur con i pochi dati ricavabili dall'attività dei Ser.T. nel quadriennio 2001-2004, procedere ad un parziale approccio alla valutazione dei **costi** e dell' **utilità** del trattamento in questione.

Il processo di valutazione costo-utilità si accompagna, e spesso coincide, con due concetti cardine principali ovvero con l'**efficacia** e l'**efficienza**, entrambe contenute nell'ampissimo costrutto della **qualità** dell'assistenza sanitaria erogata; occorre comunque esplicitare che con il termine efficacia intenderemo quella che gli autori anglo-sassoni definiscono come "**effectiveness**" e cioè *l'attitudine di una determinata procedura a produrre modificazioni positive dell'andamento naturale di una malattia o di un disagio in una situazione reale*, mentre con il termine efficienza intenderemo quella micro-economica di tipo tecnico ovvero *il massimo risultato ottenibile dalle risorse disponibili*.

Nel decreto del Ministero della Sanità del 24 luglio 1995 – Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del S.S.N. - erano già contenuti alcuni importanti indicatori di accessibilità, di risultato, di attività e risorse riguardanti il settore delle dipendenze patologiche, alcuni segnatamente per il trattamento in comunità terapeutica di cui i primi due, peraltro, già ampiamente utilizzati nella parte 1A:

$$\frac{1) \text{ N° utenti dei Ser.T. inviati in comunità terapeutiche}}{\text{N° utenti dei Ser.T.}} \times 100$$

$$\frac{2) \text{ N° utenti che hanno interrotto il trattamento in comunità terapeutiche}}{\text{N° utenti inviati in comunità terapeutiche}} \times 100$$

$$\frac{3) \text{ costo della assistenza ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche}}{\text{Popolazione residente di età tra 14 e 44 anni}}$$

$$\frac{4) \text{ N° posti in comunità terapeutiche per tossicodipendenti}}{\text{Popolazione residente di età tra 14 e 44 anni}} \times 1000$$

$$\frac{5) \text{ N° utenti della comunità che hanno interrotto il trattamento}}{\text{N° utenti della comunità terapeutica}} \times 100$$

$$\frac{6) \text{ N° giornate di assistenza nella comunità terap. per TD}}{\text{N° utenti della comunità terapeutica}}$$

Risulta evidente che i primi tre indicatori possono essere applicati anche nell'ambito di una generica ASL e forniscono una semplice misurazione dell'appropriato utilizzo delle risorse disponibili; il quarto è applicabile su scala nazionale e macro-regionale; gli ultimi due possono essere considerati come indici di attività della singola comunità socio-riabilitativa presa in esame oppure possono essere applicate con finalità simili ai precedenti indicatori.

***In sostanza potrebbe essere utile poter disporre, da parte delle strutture pubbliche in generale e specificamente per i dipartimenti per le dipendenze patologiche, per ognuna delle comunità esistenti e operanti il corrispondente valore calcolato con gli indicatori n° 5 e 6 allo scopo di avere una indicazione seppur grossolana dell'affidabilità della struttura a cui affidare gli UTD.***

## L'efficacia

Esistono difficoltà enormi nello stabilire criteri di efficacia oggettivi e condivisi per i trattamenti in CSR a causa soprattutto della molteplicità di principi, sistemi e fasi utilizzati da queste e degli obiettivi e tempi preventivabili. Non è comunque proibito tentare un approccio molto generale e scevro da ogni velleità classificatoria e di giudizio sulle metodologie utilizzate dalle CSR.

E' stata pertanto effettuata una selezione nel pool degli utenti inviati con assenso volontario in strutture socio-riabilitative dal 2001 al 2004 raggruppando i soggetti in due gruppi distinti dal criterio di durata del soggiorno:

gruppo A pari a 18 casi con durata maggiore o uguale a 360 giorni ma minore di 720 giorni;

gruppo B pari a 84 casi con durata minore di 360 giorni.

Sono stati conteggiati per entrambi i gruppi il numero dei soggetti che dopo due anni sono rientrati in comunità terapeutica in data successiva a quella di uscita ma con intervallo libero maggiore di un mese; tale accortezza è stata necessaria per eliminare i casi ove hanno giuocato un ruolo rilevante l'insorgere di disguidi amministrativi-burocratici o eventi occasionali di ordine familiare, sanitario o giudiziario per la registrazione dell'assenza dalla comunità e quindi la soluzione di continuo dal programma riabilitativo. I risultati riassunti nella tab.10, sono stati sottoposti a valutazione inferenziale, mediante test del Chi-quadrato, risultando  $p = 0,578$  che quindi non ha dimostrato livelli di significatività statistica delle differenze percentuali riscontrate.

tab.10 - gruppo A >360 gg versus gruppo B con durata tra 360 e 720 gg

Chi-quadrato pari a 0,309 con 1 grado di libertà,  $p = 0,578$  (non significativo).

	casi rientrati	casi non rientrati	totale
gruppo A con durata minore di 360 giorni	32 (38,09%)	52	84
gruppo B con durata compresa tra 360 e 720 gg	5 (27,77%)	10	15

Non si è pertanto autorizzati a credere, con certezza, che la permanenza in comunità per più di un anno ma meno di due, sortisca effetti sicuramente migliori, in termini riabilitativi, rispetto a coloro che sono ospitati per meno di un anno, seppur è apprezzabile una sensibile differenza percentuale dei rientri ovvero 38,09% versus 27,77%.

Risultati contrari ottiene invece l'esecuzione del confronto tra il gruppo A versus il gruppo C e tra il gruppo B versus il gruppo C caratterizzato da durata maggiore di 720 giorni e che ha mostrato l'assenza di rientro in comunità in quest'ultimo (pur avendo scartato i casi ancora aperti ma superiori a 2 anni e anche con tutte le riserve matematiche esprimibili per la comparsa di una percentuale uguale a zero in una casella della tabella), è una differenza che pare macroscopica per non investirvi una buona dose di affidabilità.

tab.11 - gruppo A < 360 gg versus gruppo C > 720 gg

Chi-quadrato pari a 4,729 con 1 grado di libertà,  $p = 0,030$  (significativo)

test esatto di Fisher con  $p = 0,014$  (altamente significativo)

	casi rientrati	casi non rientrati	totale
gruppo C con durata maggiore di 720 giorni	0 (00,00%)	16	16
gruppo A con durata minore di 360 giorni	32 (38,09%)	52	84

Può essere senz'altro criticabile la scelta del rientro in comunità riabilitativa come criterio per valutare la possibilità di successo del programma ma è, a nostro avviso, da ritenersi utile in quanto più omogeneo di altri rispetto alla metodologia di rilevamento indiretto, identica nella fonte e meno soggetta a errori poiché collegato al flusso controllato di risorse economiche attivato per il pagamento delle rette di degenza e, se si vuole, non soggetta a falsi positivi in quanto è indiscutibile che il rientro in comunità a carico dei Ser.T. coincide con la ripresa della tossicodipendenza.

Cause di bias potrebbero essere connessi al cambio di provincia o regione di residenza e quindi di Ser.T. titolare dell'assistenza oppure la non volontà dell' UTD a ripercorrere la strada della comunità, ritenendola non più adeguata alla soluzione dei problemi vissuti o al contrario troppo impegnativa rispetto ad una motivazione molto effimera.

In ogni caso questi fattori dovrebbero essere egualmente agenti in tutti i gruppi esaminati e non sfavorirne alcuno nella valutazione probabilistica.

Le considerazioni adattabili all'effectiveness e deducibili dalle percentuali e curve di ritenzione descritte nella parte 1C sono costituite da:

- la probabilità che ognuno dei soggetti inviati completi almeno un anno di soggiorno in struttura socio-riabilitativa è pari a 40/165 ovvero  $p = 0,2424$  (24% di ritenuti); per i soggetti volontari tale probabilità ammonta a  $p = 0,2649$  derivante dalla frazione (31/117), per i soggetti inviati mediante provvedimenti giudiziari è  $p = 0,1875$  derivante da (9/48).
- la probabilità che ognuno dei soggetti inviati completi almeno due anni di soggiorno in struttura socio-riabilitativa è pari a 16/165 ovvero  $p = 0,096$  (9,6%), tra questi non c'è nessun soggetto inviato con provvedimento giudiziario e pertanto utilizzando al denominatore i soggetti volontari (16/117) avremo che  $p = 0,136$ .
- la probabilità di abbandono del programma terapeutico entro un anno ( $1 - p$ ) saranno quindi pari a 0,74 per tutti i soggetti e rispettivamente 0,76 e 0,71 per i soggetti volontari e con provvedimenti giudiziari.
- la probabilità di abbandono prima del raggiungimento della soglia di efficacia di 2 anni è invece di 0,9 per tutti i soggetti e di 0,86 per i soggetti volontari.

Risulta evidente che le percentuali di probabile abbandono del trattamento riabilitativo, e quindi di insuccesso, sono abbastanza elevate e non confrontabili, in generale, con altre metodiche adottate attualmente in altri campi della medicina per la terapia e la riabilitazione ad eccezione forse del settore psichiatrico, in qualche situazione pertinente all'oncologia e alla chirurgia "eroica".

Qualche elemento di incoraggiamento è possibile ottenerlo con una impostazione valutativa che tenga conto non solo della probabilità di completa riabilitazione ma anche dei rischi a cui è sottoposto il soggetto tossicodipendente. Prima di esprimere un qualsiasi giudizio nel merito vale la pena di approfondire qualche aspetto non trascurabile.

Esiste uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1991, ove è stata arruolata e seguita fino al 31/12/92 una coorte multicentrica di tossicodipendenti afferenti tra il 1980 ed il 1992 ad alcuni servizi pubblici (SerT) di alcune grandi città italiane. Si utilizzeranno per le valutazioni di questo studio i risultati relativi alla città di Napoli, poiché geograficamente e culturalmente più simile alla realtà locale della ASL FG 2, che ha coinvolto 3.785 tossicodipendenti. I tassi di mortalità per tutte le cause si sono attestati sul valore di 11,0/1000 anni persona con un picco massimo nel biennio 1983/84. Le principali cause di morte sono state l'overdose, le cause violente, l'AIDS e gli stati morbosi mal definiti. E' stato osservato un eccesso di mortalità dei tossicodipendenti rispetto alla popolazione italiana dello stesso sesso ed età: **l'SMR per tutte le cause è di 8,2 (I.C.= 7,1 - 9,5)** che è tuttavia il più basso tra le città incluse nello studio (lavoro effettuato dall'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università "Federico II" di Napoli, dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania e con la partecipazione di vari Ser.T. della Campania).

L'applicazione del Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) che è pari a 8,2 volte il tasso della popolazione generale deve prevedere dapprima il calcolo delle morti normalmente attese per le fasce d'età dei soggetti tossico-dipendenti utilizzando le tabelle di mortalità ISTAT della Regione Puglia redatte per l'anno 1991:

tab. 12 – morti attese tra UTD in carico presso i Ser.T. ASL FG 2, inviati in comunità socio-riabilitativa, suddivisi per fascia d'età, anno 2001-2004.

<i>FASCIA D'ETA'</i>	<i>A</i> <i>tasso di mortalità</i> <i>specifico</i> <i>per 1.000 ab. all'anno</i>	<i>B</i> <i>N° soggetti</i> <i>T.D.</i>	<i>morti attese</i> <i>(AxB/1000)</i> <i>all'anno</i>
15-20	0,7	4	0,0028
20-25	1	13	0,013
25-30	1,1	37	0,0407
30-35	1,3	53	0,0689
35-40	1,3	32	0,0416
40-45	1,8	13	0,0234
45-50	2,8	10	0,028
50-55	4,9	3	0,0147
<b>TOTALE</b>		<b>165</b>	<b>0,2331</b>

Le morti teoriche in base alle tabelle ISTAT per 165 persone di pari fascia d'età sono calcolabili in 0,2331 all'anno ovvero un decesso ogni 4 anni, poiché trattasi di soggetti tossicodipendenti maschi tale stima va corretta con il SMR = 7,6 trovato dallo studio sopra citato e pertanto le morti attese saranno pari a 1,77 all'anno ovvero 7 decessi in 4 anni.

Si può affermare con un certo grado di approssimazione che ogni 36.000 giorni di degenza in comunità (equivalenti a 100 utenti che si trattengono per un anno) si sottrae una vita a morte prematura in quanto presumibilmente per un anno su tali pazienti non si esercitano i fattori di rischio e le cause di morte riscontrate (soprattutto overdose, morti violente, infezioni etc.).

Nel caso specifico della ASL FG2 che totalizza 38.000 giorni di degenza in comunità dal 2001 al 2004 è possibile sostenere che si guadagna una vita ogni 4 anni insieme alle possibili sequele invalidanti e alle spese sanitarie connesse all'assenza di alcuni gravi fattori di rischio.

Questa stima è da considerarsi aggiuntiva agli aspetti positivi legati alla percentuale di soggetti che raggiungono il probabile successo nel programma di rieducazione comunitaria, infatti per questi, se consideriamo la loro età media intorno a 34 anni, è lecito attendersi una speranza di vita approssimativamente calcolabile in circa 40 anni libera dall'assillo della tossico dipendenza e quindi da considerare probabilmente vivibili in buona qualità di salute. **Tale dato è anche calcolabile in anni e risulta essere pari a 16 soggetti X 40 anni = 640 anni complessivi.**

### Qualche considerazione sull'efficienza.

Una misura approssimativa dell'efficienza è data dal rapporto tra costi ( C ) ed efficacia ( E ) secondo la formula C/E , e indica il costo medio di un certo risultato anche se in realtà si dovrebbero calcolare i “costi marginali” e i “benefici marginali” che in questa particolare situazione sono decisamente difficili da valutare con esattezza.

Nella tabella 13 , si riassumono alcuni dati già trattati e si riportano altri disponibili o ricavabili di natura finanziaria-gestionale per l'attività di recupero svolta attraverso le comunità da parte della ASL FG2:

tab. 13 - parametri finanziari-gestionali dell'attività in CSR svolta per gli assistiti in carico ai Ser.T. ASL FG 2 negli anni 2001-2004.

<i>N° utenti totali Ser.T. inviati in comunità terap. dal 2001 al 2004</i>	<i>165</i>
<i>N° utenti volontari Ser.T. inviati in comunità terap. dal 2001 al 2004</i>	<i>117</i>
<i>N° utenti con provv. giudiziari inviati in comunità terap. dal 2001 al 2004</i>	<i>48</i>
<i>N° giorni totali di permanenza in comunità da 2001 al 2004</i>	<i>38.798</i>
<i>N° giorni di permanenza volontari in comunità da 2001 al 2004</i>	<i>27.804</i>
<i>N° giorni di permanenza con provv. giudiziari in comunità da 2001 al 2004</i>	<i>10.994</i>
<i>Costo totale trattamento nelle comunità da 2001 al 2004 in €</i>	<i>1.395.176</i>
<i>Costo trattamento nelle comunità da 2001 al 2004 con provv. giudiziari (€)</i>	<i>395.344</i>
<i>Costo trattamento nelle comunità da 2001 al 2004 soggetti volontari (€)</i>	<i>999.832</i>
<i>Retta media giornaliera delle comunità in €</i>	<i>35,96</i>
<i>Costo medio di trattamento procapite da 2001 al 2004 in €</i>	<i>8.404,68</i>
<i>N° di soggetti con almeno 1 anno di soggiorno continuativo in comunità</i>	<i>40</i>
<i>N° di soggetti con 2 anni di soggiorno continuativo in comunità</i>	<i>16</i>

E' possibile calcolare alcuni altri indici di facile e intuitiva comprensione:

**1 -costo per ogni soggetto T.D. probabilmente recuperato:**

(costo medio giornaliero) € 35,96 X 720 gg = € 25891

**2 – investimento per ottenere almeno un soggetto probabilmente recuperato:**

(investimento complessivo nei 4 anni) € 999.832/16(soggetti che hanno superato i 2 anni di permanenza in comunità = € 62.489

**3 – differenziale di chance: (investimento per offrire a tutti i soggetti inviati l'identica chance di recupero in comunità socio-riabilitativa) ottenuto con investimento 2 – costo 1 = € 36.598 (58,5% dell'investimento)**



**Risulta evidente che il miglioramento dell'efficienza passa attraverso una riduzione del differenziale descritto al punto 3 precedente e potrebbe essere sufficiente l'eliminazione del fattore di spesa connesso a coloro che abbandonano la comunità entro i primi 3 mesi pari a circa 1.550 giorni di degenza x 35,96 = € 55.738 per determinare un abbattimento del differenziale di chance pro-capite di circa € 3.488 pari ad una riduzione del 6,5%.**

## **Valutazioni di costo – utilità**

I dati approssimativi dell'efficacia e dell'efficienza precedentemente ricavati e considerati possono essere utilizzati per una grossolana valutazione del costo-utilità del trattamento in CSS ed esplicitamente verrà attribuito un valore di utilità 1 equivalente ad uno stato di buona salute ad ogni anno di aspettativa di vita guadagnato per ogni soggetto TD che completa il recupero in comunità; la metodica è mutuata dal concetto di QALYs (Quality Adjusted Life Years) e PYLG (Potenzial Yars of Life Gained) utilizzati in economia sanitaria dagli autori anglosassoni (Weinstein e Stanson – New England Journal of Medicine del 1977) per la comparazione omogenea tra costi e utilità di metodiche diagnostiche e terapeutiche anche molto diverse tra loro.

Nel caso in esame trattandosi di soggetti giovani in età produttiva persino la correzione dell'incremento di utilità è pari all'unità e pertanto è possibile procedere al calcolo del costo per ogni anno di probabile buona salute guadagnato che comprendendo anche il differenziale di chance risulta quindi essere determinata dalle formule:

$$PYLG = \Sigma (\text{morti evitate all'età } i\text{-esima}) \times (\text{speranza di vita all'età } i\text{-esima})$$

$$QALYs = \Sigma (PYLG) \times (\text{incremento di utilità})$$

**che applicate per l'unica classe di età di 30-35 anni daranno:**

**16 soggetti x 6,0/1000 morti risparmiate x 40 aspettativa vita x 1 incremento di utilità = 3,84**

**da cui si può calcolare il costo per punto QALYs guadagnato € 62.489 / 3,84 = € 16.273**

**E' interessante notare che confrontando quest'ultimo dato con le graduatorie di costo per taluni interventi sanitari, stilate dagli autori inglesi e apportando le necessarie correzioni di valuta sterlina-euro, il costo per punto descritto è simile a quello calcolato per l'emodialisi ospedaliera (17.000) , per il trapianto cardiaco (14.000) e per alcuni casi di bypass coronarico in angina molto grave (16.000).**

La metodica prende comunque in esame solo gli anni di vita guadagnati tralasciando il carico di sofferenza dei soggetti, delle famiglie e della collettività che è connesso anche ai soggetti che comunque sarebbero sopravvissuti anche in condizioni di tossico-dipendenza e che pur rappresentano un peso sociale (anche economico !) assolutamente gravoso ma non quantizzabile.

## Considerazioni conclusive.

Al termine di questa escursione condotta nell'universo delle comunità socio-riabilitative dovrebbe apparire chiaro che gli obiettivi e i principi che hanno ispirato le pagine precedenti, non sono altro che dei tentativi di misurazione della quantità della relazione esistente tra i Ser.T. della ASL FG 2 e le comunità di riferimento, è tratteggiata una proposta per un metodo di valutazione qualitativa dell'intervento riabilitativo che è svolto dalle stesse verso gli utenti del nostro Dipartimento dipendenze patologiche.

Lo scopo è quello di poter individuare i fattori, prevenire e quindi migliorare le situazioni che, in qualche modo, possono essere collegate a risultati non soddisfacenti dell'assistenza sanitaria esaminata, da un punto di vista esclusivamente epidemiologico e organizzativo-gestionale, tralasciando l'esame delle specifiche metodologie impiegate.

Non sfugge a nessuno la considerazione che la qualità è un concetto astratto e che pertanto molte delle valutazioni proposte possono essere, tautologicamente, gravate dal vizio di misurare se stesse non essendo possibile (soprattutto in questo caso) una verifica indipendente dalla performance delle prestazioni esaminate; ciò nonostante si è voluto prospettare una sorta di canovaccio teorico, utilizzabile anche da altre realtà territoriali (soprattutto della Regione Puglia) per favorire il confronto di metodi di indagine e la comparazione dei dati e di alcuni risultati ottenuti.

Pare opportuno in conclusione riassumere brevemente i punti critici riscontrati:

1. La popolazione di utenti TD, inviati in comunità, ha un'età media forse eccessivamente avanzata (33 anni circa) e tale dato riproduce in pieno la situazione generale degli assistiti dai Ser.T. della Az.USL FG2.
2. Occorre intercettare più efficacemente il bisogno inespresso di aiuto delle fasce d'età più giovanili (15-25 anni).
3. Pare opportuno perfezionare e affinare i criteri di ammissione alla comunità, per evitare dispersione di risorse (evitare almeno i soggiorni con durata al di sotto di 3-6 mesi), da impiegare invece in diverse modalità riabilitative.
4. E' avvertito il bisogno di nuovi approcci diagnostici, organizzativi e riabilitativi per i soggetti affetti da tossico-dipendenza verso sostanze di più recente immissione all'abuso, poiché diversi sono i modelli di consumo, i problemi comportamentali e la compliance terapeutica.
5. E' utile incrementare le risorse per rafforzare il sostegno psicologico e gli interventi sociali prodotti dai Ser.T. e non lasciare questa prerogativa solamente alle comunità socio-riabilitative.
6. Deve essere attivato un monitoraggio continuo per la valutazione di alcuni parametri connessi all'universo cangiante della tossico-dipendenza, ivi incluso una banca dati almeno regionale di tipo individuale, protetto da codici anonimi.
7. I costi relativi all'assistenza del T.D. a carico del S.S.R. sono sicuramente elevati ma paragonabili a quelli di altre forme morbose sulle quali non si è mai levata una voce critica.
8. Tali costi (investimenti) possono essere utilizzati in modo più efficiente se, anche in questo settore, si avviano circuiti virtuosi di consapevolezza della qualità dell'assistenza erogata.

Ogni critica e/o suggerimento al presente lavoro è assolutamente ricercata e benvenuta.

dr. Oronzo A. Furio – Direttore U.O. Epidemiologia – Az. USL FG 2

dr. Matteo Giordano – Direttore Dipartimento Dipendenze Pat. Az. USL FG 2

dr.ssa Rita Masi - U.O. Epidemiologia – Az. USL FG 2