



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria di Ferrara

Rapporto 2014

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZE PATOLOGICHE



Rapporto 2014

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Redazione a cura di

Cristina Sorio

Responsabile Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Cecilia Cenacchi

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Si ringraziano per la collaborazione:

Luisa Garofani (Psichiatra Resp. UO SerT), Doriana Beltrami (Medico Resp. M.O. SerT Ferrara), Paola Giacometti (Psicologa, Respp. M.O. SerT Cento), Filomena Catera (Psichiatra, Resp. M.O. SerT Codigoro), Giovanna Alberghina (Psicologa, Resp. M.O. SerT Portomaggiore), Rosella Occhiali (Psicologa, SerT Copparo), Cinzia Veronesi (Psicologa, SerT Ferrara), Ciro Garuti (Psicologo, SerT Cento)

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

Azienda Usl di Ferrara – Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Via Francesco del Cossa 18 - 44121 Ferrara
osservatorio.sert@ausl.fe.it

INDICE

PREMESSA

1. CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE TRA I GIOVANI	pag. 7
2. CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZA PATOLOGICA	pag. 19
2.1 DROGA: DIPENDENZA PATOLOGICA E PROBLEMI CORRELATI	pag. 21
2.2 ALCOL: CONSUMO RISCHIOSO, DANNOSO E ALCOLDIPENDENZA	pag. 33
3. GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	pag. 42
3.1 IMPLICAZIONI SOCIALI	pag. 42
3.2 CURA E RIABILITAZIONE	pag. 42
4. VALUTAZIONE DI ESITO	
FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL TRATTAMENTO IN STRUTTURE TERAPEUTICHE RESIDENZIALI IN PAZIENTI CON DISTURBO DA SOSTANZE PSICOATTIVE	pag. 48
5. ALLEGATO STATISTICO	pag. 57
5.1 DROGHE	pag. 58
5.2 ALCOL	pag.111
5.3 TABACCO	pag.149
5.4 GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	pag.154

PREMESSA

Il Rapporto Annuale dell'Osservatorio Dipendenze Patologiche dell'Azienda UsI di Ferrara presenta un'analisi della situazione del consumo problematico e della dipendenza da sostanze psicoattive seguita da una panoramica degli sviluppi riguardanti gli interventi e le politiche.

Basato su un esame completo di dati provenienti dai sistemi informativi dei SerT, il rapporto offre una panoramica approfondita sulle tendenze emergenti correlate al consumo di sostanze psicoattive e sugli sviluppi dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

Adottando un approccio multidimensionale, si presenta un'analisi approfondita di temi chiave in una prospettiva che permette di comprendere le diverse esperienze territoriali nel contesto più ampio offerto dai dati di livello regionale.

I cambiamenti compiuti nell'elaborazione di una risposta socio-sanitaria al problema delle dipendenze patologiche nella provincia di Ferrara rappresentano un messaggio importante, desunto dall'analisi di quest'anno.

1. IL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE TRA I GIOVANI

Vulnerabilità individuale e uso sperimentale di sostanze

L'uso sperimentale di droghe risulta essere un comportamento socialmente accettato dagli adolescenti, rispetto al quale non viene associata la giusta percezione di rischio. Anche se va ricordato che non tutti coloro che iniziano ad assumere stupefacenti passano dall'uso sperimentale alla dipendenza, tuttavia la vulnerabilità individuale, dovuta a suscettibilità neurologica o psicologica, può portare da un "consumo occasionale di sostanze stupefacenti alla dipendenza"¹.

L'im maturità evolutiva del cervello adolescenziale costituisce una vulnerabilità ai cambiamenti neurobiologici che avvengono come conseguenza di un uso cronico di droga. I cambiamenti neuro-psicologici in un periodo così sensibile evolutivamente possono ridurre le capacità cognitive dell'individuo di superare la dipendenza. Questo potrebbe spiegare il perché studi epidemiologici mostrano che le persone che praticano l'abuso di sostanze nella prima adolescenza abbiano maggiori probabilità di sviluppare la dipendenza rispetto a coloro che ritardano l'uso di droghe fino alla prima età adulta.

L'uso precoce di sostanze comporta una forte interferenza con i processi di maturazione e sviluppo cerebrale, perché proprio nel periodo adolescenziale si vanno consolidando numerose funzioni neuropsichiche in relazione sia ai meccanismi di apprendimento e di memorizzazione, sia alla motivazione, al coordinamento e ai sistemi di gratificazione. Inoltre si sviluppano e definiscono importanti aspetti della personalità, l'autostima, la *self efficacy*, i processi *problem analysis*, di *decision making*.

In questo quadro le sostanze psicoattive possono interferire con questo già complesso sviluppo e provocare deviazioni e compromissioni importanti del fisiologico sviluppo cerebrale e del suo funzionamento. Le conseguenze neuropsichiche derivanti dalla sollecitazione che sostanze quali il THC, la cocaina e l'alcol possono dare ai

sistemi degli endocannabinoidi endogeni, della dopamina, del GABA, delle catecolamine, sono preoccupanti se avvengono in età adolescenziale in quanto sono in grado di attivare e indurre processi negativi di neuro plasticità anomale, con conseguenze importanti sulla regolare e fisiologica maturazione cerebrale.

Un altro aspetto messo in luce dalla ricerca scientifica è la forte correlazione tra disturbi comportamentali e maggiore vulnerabilità all'*addiction* negli adolescenti.

I comportamenti che in adolescenza sono associati con il più alto tasso di malattia e mortalità hanno un comune denominatore: nascono dalla tendenza dell'adolescente a correre rischi.

I comportamenti a rischio sono azioni intenzionali dagli esiti incerti, che implicano la possibilità di conseguenze negative per la salute². In questa definizione rientrano per eccellenza comportamenti quali il consumo di sostanze (droghe, alcol), gli incidenti provocati dalla guida imprudente di veicoli e l'attività sessuale non protetta.

La familiarità con le droghe illegali e con l'abuso di alcol, così estesa tra gli adolescenti e i giovani, non mostrava sino a qualche decennio fa l'incidenza che è rilevabile attualmente. L'estensione del fenomeno del consumo di droghe illegali e dell'abuso di alcol che oggi interessa i giovanissimi a partire dalla scuola media inferiore, produce la "selezione" di soggetti vulnerabili, individui per i quali l'esperienza del consumo si traduce in un disturbo da uso di sostanze con dipendenza e abuso, anche per quelle droghe considerate gateway o ricreazionali e incapaci di creare dipendenza³.

Inoltre va considerata l'ipotesi *stepping-stone* che alcuni autori suggeriscono, secondo la quale il consumo di droghe segue passi predeterminati a livello culturale, per esempio il consumo di superalcolici e tabacco vengono definiti passi intermedi tra bere birra o vino e fumare marijuana. A sua volta il consumo di marijuana, in giovani che presentano condizioni di vulnerabilità,

¹A.I. Leshner, *Science-based views of drug addiction and its treatment*, Jama, 282, pp. 1314-1316, 1999.

² N.J. Bell, R.W. Bell., *Adolescent risk taking*, Sage, London, 1993.

³ G. Gerra, G. Moi, A. Zaimovic, M. Bussandri, C. Bubici, Nuove sostanze e condizioni di rischio nell'adolescenza, in M. Martoni, A. Putton, *Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio*, FrancoAngeli, 2006, Milano.

può rappresentare un passo ulteriore verso altri tipi di droga.

Per contro l'uso di cannabinoidi in soggetti che non presentano condizioni di vulnerabilità può essere contenuto in un uso occasionale che si autoestingue nel tempo. È altrettanto vero che sono proprio le persone più vulnerabili ad essere più attratte dalla sperimentazione e dalla continuazione dell'uso di cannabis e dei suoi derivati.

Un altro aspetto che emerge da alcuni studi condotti in questi ultimi anni a livello nazionale e locale⁴ è l'associazione tra consumo di sostanze, ricerca di autogrificazione immediata e incapacità a portare a termine attività intraprese.

La maggiore propensione alla ricerca di sensazioni forti ed eccitanti (*novelty seeking*), sembra portare ad intraprendere azioni rischiose, accettando sfide sempre più alte e costruendo il limite in base alla propria esperienza personale (provare per capire).

Infine dall'analisi retrospettiva della percezione delle cure da parte dei genitori, emerge una relazione tra difficoltà nell'adattamento sociale e la propensione all'aggressività (considerate come fattori di rischio per l'uso di sostanze), con una bassa qualità del *parenting*⁵.

Ma è possibile individuare elementi predittivi del consumo problematico precoce di alcol e sostanze psicoattive?

Molti studi assegnano un peso essenziale alla precoce comparsa del comportamento antisociale e alle difficoltà della condotta scolastica. Si tratta di forme già precocemente sintomatiche che persistono stabilizzandosi nel tempo (14-16 anni). Gli elementi del carattere che a partire dall'infanzia prescolare sembrano precedere l'esordio dell'abuso di alcol in età precoce comprendono la mancanza di adattamento alle convenzioni, uno scarso autocontrollo, un sostanziale anticonformismo.

Inoltre l'atteggiamento *novelty-sensation-seeking*, che porta ad un elevato livello di impulsività e di aggressività, sembra essere accompagnato ad una ridotta propensione all'evitamento del pericolo, ad un maggior

senso di autonomia e all'incapacità a dilazionare le gratificazioni nel tempo⁶.

Infine elevati livelli di stress, difficoltà di adattamento, scarsa percezione del supporto del gruppo classe, scarsa percezione del supporto dei genitori, sembrano caratterizzare i ragazzi che hanno già fatto esperienza di consumo⁷.

Dalle numerose osservazioni epidemiologiche e dagli studi sociologici è ormai chiaro che non tutti gli individui hanno lo stesso rischio di sviluppare uno stato di addiction nel momento in cui entrano in contatto con sostanze stupefacenti. Esistono gruppi di popolazione che per le loro caratteristiche individuali, ma anche per quelle del loro ambiente familiare e sociale, possono sviluppare una condizione di maggiore vulnerabilità.

Questa breve analisi della letteratura ci porta, tuttavia, a formulare l'ipotesi di una eziologia multifattoriale in cui si ha una forte correlazione tra fattori interni (biogenetici) e fattori esterni (ambiente relazionale e sociale).

Questi presupposti fanno in modo che si possano sviluppare delle condizioni di base quali una bassa risposta alle gratificazioni, un temperamento deviante, uno scarso senso di efficacia, una bassa autostima. La risultante di questi fattori porta ad osservare dei sintomi, o espressioni fenomeniche dei disturbi, quali ad esempio disordini alimentari, aggressività, disordini della condotta, anaffettività. Se in queste condizioni il soggetto incontra le sostanze può iniziare a farne uso per cercare di compensare questo stato di disequilibrio percepito come non gradito, o per formulare degli interventi di compenso al fine di correggere situazioni non abbastanza gratificanti, per ottenere stati funzionali ai propri bisogni⁸.

⁴ C. Sorio, Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Comune di Ferrara, 2004; P. Frignani, Il disagio adolescenziale, Università degli studi di Ferrara, 2009.

⁵ Misura dell'accudimento del padre e della madre entro le dimensioni della cura e della protezione, in G. Parker, H. Tupling, L. Brown, *Parental Bonding Instrument*, British Journal Medical Psychology, n. 53, pp. 1-10, 1978.

⁶ J. Block, J.H. Block, S. Keyes, *Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors*, Child. Dev., 59, 96-107, 1988.

⁷ K. Poikolainen, *Antecedents of substance use in adolescence*, in Current Opinion, Psychiatry, 15, 2002, 3:241-245.

⁸ G. Serpelloni, G. Gerra, A. Zaimovic, M.E. Bertani, Modellistica interpretativa della "vulnerabilità all'addiction", in G. Serpelloni, G. Gerra, *Vulnerabilità all'addiction*, 1, 72, 2002.

L'uso di sostanze psicoattive tra i giovani: risultati di uno studio condotto sugli studenti delle scuole secondarie di secondo grado

Nell'analisi che segue verranno esposti i dati risultati emersi dallo studio condotto su un campione di 792 studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni frequentanti gli istituti secondari di secondo grado di Ferrara e provincia, confrontandoli con i dati estrapolati dallo studio Espad Italia.

Tabacco: A causa della sua ampia diffusione non solo tra gli adolescenti ma anche tra gli adulti, il consumo di tabacco viene spesso percepito come il comportamento meno rischioso, e per questo socialmente accettato. Nonostante gli studi epidemiologici sulla correlazione tra fumo di tabacco e tumore al polmone, che dimostrano su basi scientifiche come questo comportamento sia dannoso per la salute, il consumo di sigarette rimane ancora molto diffuso tra gli adolescenti.

Anche se il fumo di sigarette non è associato a processi psicopatologici, possiamo affermare che la nicotina, al pari di altre sostanze psicoattive, svolge un'azione sul sistema nervoso centrale alterandone parzialmente l'equilibrio biochimico e agendo sui centri della ricompensa⁹.

Partendo da queste considerazioni e dal fatto che l'uso di tabacco è il più importante fattore di rischio prevenibile, si può affermare l'importanza della prevenzione e degli interventi di educazione alla salute nella scuola.

Dallo studio emerge che nella provincia di Ferrara il fumo di sigarette continua ad essere largamente diffuso.

Il 66,7% degli studenti con età compresa tra i 15 e i 19 anni ha provato almeno una volta a fumare sigarette; il 22,7% ha fumato più sigarette nell'ultima settimana (Regione: 59,3% e 24,4%; Italia: 61,0% e 26,4%).

Il consumo di tabacco interessa entrambi i generi, infatti il consumo di più sigarette nel corso dell'ultima settimana, ha riguardato il 20,7% della popolazione studentesca maschile ed il 24,7% di quella femminile (Regione: m24,5%; f24,2%); è direttamente correlato all'età, raggiungendo tra i 19enni le prevalenze superiori (m=40%; f=32,7%). Se tra i maschi il

passaggio dai 15 ai 16 anni è segnato dall'incremento maggiore di fumatori (dal

9,3% al 16,9%), tra le femmine si osserva dai 16 ai 17 anni (dal 19,2% al 26,7%). Tra gli studenti le prevalenze totali femminili risultano superiori a quelle dei coetanei, mentre tra i diciannovenni risultano più elevate quelle maschili.

Fig.1 Consumo di tabacco nella popolazione studentesca (%)

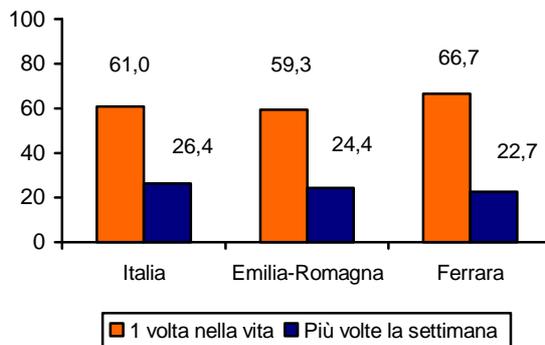
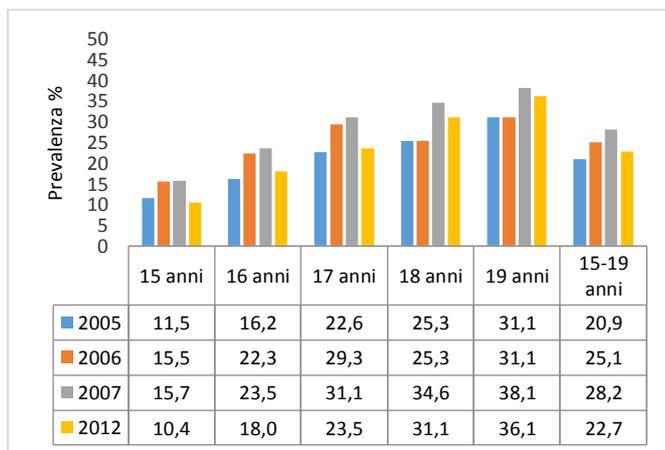


Fig.2 Studenti che hanno fumato più sigarette nell'ultima settimana



Il trend legato al consumo di tabacco nel periodo considerato (confronto dati ESPAD-Italia) nelle prevalenze riferite al consumo settimanale evidenzia un decremento complessivo e per tutte le età.

Gli studenti che dichiarano di fumare abitualmente, la prima sigaretta se la sono accesa a 14 anni (min10 - max 18; m13,5; f13,9), nel periodo dell'intervista fumavano mediamente 9,3 sigarette al giorno (m9,4; f9,2), e 16.5 nel week end (mf 16,5).

Pur confermando l'accettazione di un comportamento che può essere dannoso per la salute a breve e a lungo termine, i ragazzi del territorio di Ferrara (22,7%) fumano leggermente meno dei coetanei della Regione Emilia-Romagna (24,3%) e degli adolescenti italiani (26,4%).

⁹ R.M. Julien, A Primer of Drug Action, W.H. Freeman and

Le differenze negli stili di consumo degli adolescenti non sono condizionate dal tipo di scuola, né da variabili socio-economiche.

Emergono tuttavia differenze associate al sesso (fumano di più le ragazze 24%) e al gradiente per età, cioè si fuma di più mano a mano che si diventa grandi (a 15 anni fuma il 10% a 19 anni il 36%).

Questo dato è importante nella scelta dei programmi di promozione della salute e del benessere per questo specifico target. Infatti si va affermando l'importanza di sviluppare interventi di prevenzione in grado di aiutare a superare le difficoltà all'esposizione a comportamenti rischiosi stimolando le potenzialità del ragazzo e potenziando la percezione soggettiva dell'importanza di adottare stili di vita sani.

Alcol: I dati sui consumi alcolici e i modelli di consumo rilevati nel nostro Paese nell'ultimo decennio sembrano confermare l'avvenuto passaggio a nuovi comportamenti e abitudini che segnano un allontanamento dal tradizionale modello di consumo mediterraneo.

Mentre resta stabile la quota dei consumatori di bevande alcoliche diminuisce infatti tra essi la quota di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto tra i giovani e gli adulti più giovani; e aumenta contestualmente quella delle persone che oltre a vino e birra bevono anche altre bevande alcoliche, aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti e con frequenza occasionale.

In Italia il binge drinking, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, sembra ormai diffuso stabilmente e riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne. È molto cresciuta nell'ultimo decennio la quota di consumatori che bevono alcol al di fuori dei pasti, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%). Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di quasi 9 milioni di persone, e in particolare il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475.000 minori per i quali il consumo dovrebbe essere pari a zero¹⁰.

Questa popolazione di giovani consumatori si caratterizza per un uso spesso contemporaneo, talora anche importante, di

sostanze diverse più che per una vera e propria dipendenza da una ben definita sostanza.

La modalità d'uso prevede a scadenze fisse ritualità particolari e, all'interno di queste, assunzioni finalizzate non solo a provare gli effetti delle sostanze, ma anche a permettere un diverso e più gradito utilizzo del tempo libero.

Nella maggioranza dei casi l'esperienza è condivisa in gruppo. Questa numerosa popolazione giovanile di consumatori di sostanze tende comunque ad adottare stili di vita caratterizzati dalla ricerca di sensazioni forti. Anche se solo una piccola parte di loro svilupperà una vera e propria dipendenza da sostanze, è pur vero che durante questa fase dell'esistenza questi giovani sperimentatori/utilizzatori di sostanze sono assai esposti al rischio non soltanto di un danno biologico a lungo termine, ma soprattutto di danno immediato dovuto a comportamenti inadeguati conseguenti alle alterazioni percettive e cognitive prodotte da queste sostanze.

In più occasioni si è fatto cenno alla assai rilevante frequenza con cui si verificano gravi incidenti stradali tra i giovani al di sotto dei 25 anni durante i fine settimana.

La tendenza agli eccessi e le alterazioni della capacità critica e discriminatoria possono tradursi anche in altri comportamenti ugualmente rischiosi, come il discontrollo dell'aggressività o condotte sessuali irresponsabili, solo per citare i più comuni.

L'alcol occupa un posto di primo piano tra le sostanze preferite dai giovani: consumato da solo o in associazione con altre sostanze e comunque nella stragrande maggioranza dei casi minimo comune denominatore di serate "spericolate" in quanto efficace "farmaco" al contempo disinibente e sedativo.

Se prendiamo in considerazione la realtà italiana la cultura del bere "mediterranea" detta "bagnata", caratterizzata soprattutto dal consumo di vino con prevalenti valori d'uso alimentare e comunque conviviale, ha lasciato il posto a quella "anglosassone" definita "asciutta", con consumi prevalenti di birra e superalcolici, concentrati per lo più nel fine settimana e con valore d'uso intossicante.

Nuovi aspetti permettono di cogliere alcuni elementi di evoluzione del modello

¹⁰ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2010.

“bagnato” verso un modello “umido”, caratterizzato dall’affiancarsi al modello tradizionale di alcuni aspetti del bere nordico.

Innanzitutto la drastica riduzione dei consumi di vino e la rilevanza assunta da bevande alcoliche come birra e superalcolici; la crescente rilevanza del valore d’uso intossicante, attribuito in particolare a nuove bevande alcoliche; l’uso dell’alcol come *gateway* o in frequente abbinamento con altre sostanze illegali; la crescente rilevanza di nuove categorie di bevitori, quali i giovani e le donne; il cambiamento delle caratteristiche del bere smodato: meno frequente ma più visibile e più fastidioso; il cambiamento nell’immaginario collettivo dell’immagine del bevitore e della relativa emarginazione. Questo nuovo modello del bere “umido” è caratterizzato quindi da una parte dalla persistente prevalenza dei valori d’uso tipici del modello bagnato, alimentare e socializzante, e dall’altra dall’introduzione di nuove bevande alcoliche, in particolare della birra, tipiche del modello asciutto. Tuttavia il bere “umido” si distingue dal quello “asciutto” per la scarsa rilevanza del bere solitario, che assume importanza solo a livello di patologia. Questo lo scenario entro cui si colloca il consumo di alcol in particolare nelle popolazioni giovanili, e nel quale, purtroppo, prendono forma i problemi alcolcorrelati, spesso sottovalutati come problemi sanitari, se non addirittura considerati incidenti di un percorso del tutto “normale”.

Dai dati emersi dallo studio il 91,2% della popolazione studentesca riferisce di aver bevuto alcolici almeno una volta nella vita (Regione: 88,5%; Italia 88,7%); l’81,3% lo ha fatto nell’ultimo anno (Regione: 81,1%; Italia 81,1%); il 60,9% nell’ultimo mese (Regione: 65,9%; Italia 65,2%). Il 28,9% ha dichiarato un consumo di alcolici più volte la settimana.

Fig.3 Consumo di alcol nella popolazione studentesca. (%)

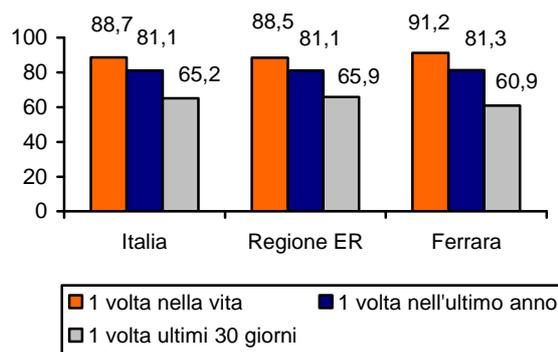
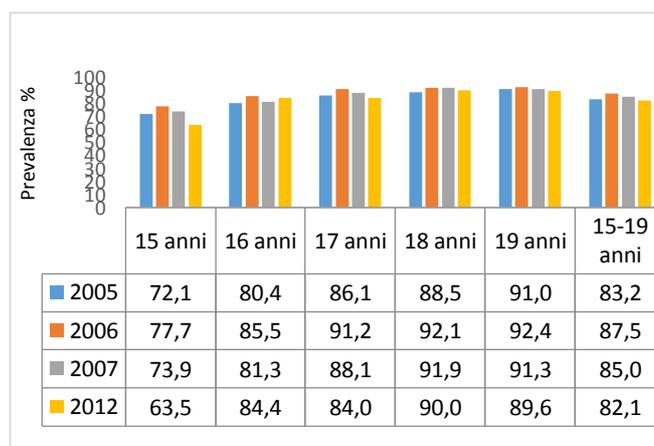


Fig.4 Studenti che hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi



Dall’indagine emerge che il 39% degli studenti ferraresi ha praticato il *binge drinking*, una o più volte negli ultimi 30 giorni, ha cioè assunto 5 o più bevande alcoliche in un’unica occasione. Tra i maschi i *binge drinkers* risultano in quota superiore (41% contro il 37,9% delle femmine; Emilia-Romagna: 35% m 40,7%; f 29,2%); tuttavia se analizziamo il dato disaggregato per età notiamo che in entrambi i generi sono i 18enni e 19enni a praticare maggiormente questo comportamento (18 anni: m=52,7%; f=48,3%; 19 anni: m=66,7%; f=32,7%); anche se le femmine lo praticano in misura maggiore più precocemente (16 anni 42,9%; 17 anni 46%).

In provincia di Ferrara i *binge drinkers* maschi di 15 e 17 anni risultano in quota inferiore rispetto a quanto rilevato tra i coetanei italiani e della regione (Ferrara 20,2% e 38,7%; Italia 26,8% e 46,7%; Emilia-Romagna 24,5% e 43,3%), mentre tra le femmine di 16, 17 e 18 anni le quote risultano superiori (Ferrara: 42,9% e 46% e 48,3%; Italia: 37,9% e 30,5% e 32,3%; Emilia-Romagna: 37,2 e 32,8% e 35,1%).

Tab.1 Prevalenza della pratica del binge drinking
(una o più volte negli ultimi 30 giorni) (%)

	Italia	Emilia-Romagna	Ferrara
15 anni	22,8	22,1	18,9
16 anni	32,2	32,1	40,1
17 anni	38,5	37,8	42,6
18 anni	41,3	42,3	50,6
19 anni	40,5	41,2	48,5
15-19 anni	35,5	34,9	39,5

Italia-Emilia Romagna: Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Gli studenti intervistati che riferiscono di essersi ubriacati, una volta nella vita, tanto da non riuscire a stare in piedi, non riuscire a parlare, da vomitare o dimenticare l'accaduto sono risultati il 35,7% del totale (m35,3%; f36,2%).

Tra coloro che hanno sperimentato l'ubriacatura il 41% l'ha fatto una sola volta, il 38,6% due tra volte e il 13,4% da 4 a dieci volte e il 7,2% più di dieci volte.

Si conferma la pratica del bere secondo il modello "umido", un ibrido fra i tradizionali "bagnato" e "asciutto". Le statistiche, Istat 2011, Passi 2011, ci informano che è in aumento la quantità di alcol ingerita dai giovani, soprattutto fuori pasto, che mischia e trasforma a proprio uso e consumo i due modelli tradizionali della cultura bagnata e di quella asciutta.

Tale stile risulta dunque globalizzato, coinvolgendo trasversalmente giovanissimi, giovani e meno giovani, a prescindere dall'area e cultura bagnata o asciutta in cui si trovano. Non va sottovalutato il consumo di alcol fuori pasto tra gli adolescenti, infatti è una fascia d'età particolarmente a rischio perché non ancora in grado di metabolizzare adeguatamente l'alcol, considerato lo sviluppo fisico connesso alla loro età. Nonostante vi sia un indubbio avvicinamento fra gli stili di consumo nella varie parti d'Europa, le differenze però sono ancora presenti, sia rispetto alle quantità di alcol assunte, sia riguardo al tipo prevalente di bevanda consumata e ai contesti di consumo.

Gli episodi di ubriachezza sono più frequenti di un tempo, soprattutto in relazione a una maggiore frequenza delle occasioni di consumo, ma la forbice dei livelli di consumo rispetto ai paesi anglosassoni o scandinavi è ancora molto ampia, così come la diffusione del *binge drinking*.

Le motivazioni che spingono gli adolescenti a consumare alcol sono diverse, possono esserci ragioni collegate agli stili di vita;

curiosità e motivazione al bere; l'attribuzione di valori edonistici; noia; pressioni da parte del gruppo dei pari; difficile rapporto con i genitori; pressioni esercitate dai mass-media; frequentazione di discoteche ed altri locali notturni; disponibilità di denaro; fattori sociali e culturali tipici dell'area geografica. La percezione di questi elementi cambia da persona a persona ed è proprio dal loro intreccio che si possono determinare condotte devianti e pericolose.

Per alcuni ragazzi il cominciare a bere può rappresentare un vero e proprio rito di passaggio, dal mondo adolescenziale verso un periodo di vita caratterizzato da una maggiore libertà ed indipendenza dalla famiglia; per altri viene visto come un'occasione per sperimentare i propri limiti¹¹.

L'adolescente si trova a convivere con il rischio, un rischio che non è possibile considerare né in termini positivi, né negativi, quanto piuttosto come necessario poiché consente al giovane di mettere alla prova le proprie abilità per raggiungere autonomia e indipendenza. Se da un lato, dunque, è possibile considerare le condotte a rischio dell'adolescente come un elemento di sperimentazione da concepirsi come parte del cammino verso l'età adulta, dall'alto è necessario che tale sperimentazione non comporti eventi dannosi (per sé e per gli altri) irreversibili e che non assuma caratteristiche patologiche e di cronicità (rischio come stile di vita)¹².

Nell'epoca attuale è difficile pensare che la messa in atto di condotte rischiose siano determinate dalla mancanza di informazioni. Beck¹³ sostiene che i rischi dell'epoca attuale siano rischi del sapere e non più il frutto dell'ignoranza.

A fronte di questi cambiamenti negli stili di vita dei giovani, i Servizi hanno messo in campo nuove strategie di prevenzione e promozione della salute nei confronti dei giovani "bevitori contestuali", cioè che consumano alcol allo scopo di raggiungere l'effetto intossicante in particolari situazioni, ad esempio di tipo sociale, come al sabato

¹¹ A. De Kot, B. Monica, Gli adolescenti e l'alcol, Vallardi Editore, Milano, 2007.

¹² L. Lombi, Le ambivalenze della società del rischio, in M. Martoni, A. Putton (a cura di), Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio, Franco Angeli, Milano, 2006.

¹³ U. Beck, La società del rischio. Verso una seconda modernità, Carrocci Editore, Roma, 2000.

sera con gli amici. Per il bevitore contestuale al centro dell'esperienza non c'è solo l'alcol, ma soprattutto l'effetto sociale,

il divertimento, la conformità alle aspettative di un gruppo di riferimento, i significati attribuiti ad un particolare contesto e alla congruenza dei propri comportamenti rispetto a quei particolari significati. Perciò il perno centrale intorno al quale tutto ruota l'adolescente è il gruppo sociale di riferimento, la cui pressione determina le scelte del soggetto.

Negli ultimi anni sono cambiati anche gli orientamenti strategici per gli interventi di prevenzione che a partire dalla lettura dei contesti di uso/consumo/abuso/di sostanze psicoattive hanno adeguato gli interventi ai

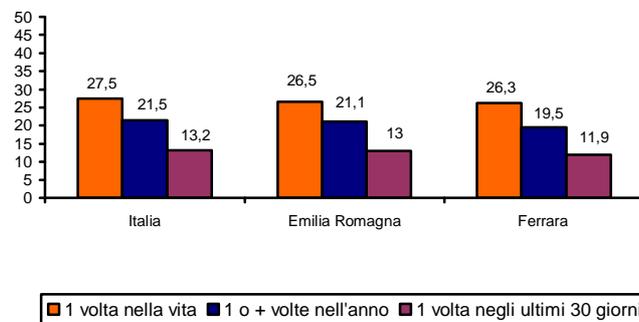
bisogni del territorio. Gli interventi di prossimità hanno permesso ai servizi di incontrare i giovani nei loro luoghi e creare nei contesti di aggregazione una modalità di comunicazione adeguata dove far transitare informazioni corrette ed eventualmente indicazioni precise sulle possibili soluzioni ai problemi connessi all'uso delle sostanze e dell'alcol in particolare. Questi "nuovi luoghi" sono tali da poter tollerare anche l'ambivalenza tipica del processo di crescita, rispettare le differenze individuali, sopportare le approssimazioni graduali caratteristiche dell'età adolescenziale, dimostrando un'attenzione e un interesse genuini. Costituiscono quindi l'occasione per tentare di aumentare i fattori di protezione attraverso l'interazione tra operatori adeguatamente formati e giovani generazioni¹⁴.

Cannabinoidi: Il consumo di sostanze illecite durante l'adolescenza è divenuto un fenomeno talmente diffuso da essere incluso tra le problematiche tipiche di questo periodo dello sviluppo. Nonostante l'etichetta di illegalità attribuita, che dovrebbe riflettere una valutazione negativa in relazione al grado di pericolosità ad essa associata, la cannabis rimane la sostanza maggiormente consumata in età adolescenziale, con il livello di percezione della pericolosità fortemente attenuato. I modelli di consumo sono diversificati, si passa dal consumo occasionale o sperimentale a quello abituale e/o frequente con problemi di aumento delle quantità usate. Dal punto di vista

farmacologico il principio attivo THC agisce sui centri della ricompensa, mentre dal punto di vista cognitivo gli effetti immediati

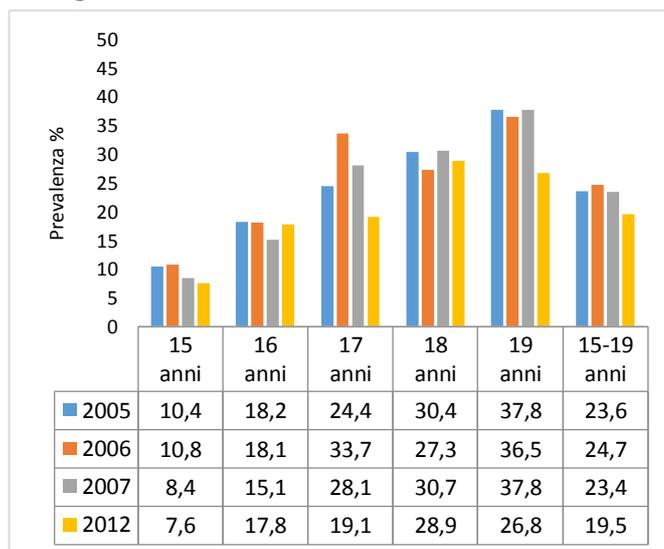
riguardano soprattutto l'incapacità di compiere compiti complessi che richiedono attenzione e coordinazione. Tra gli effetti a lungo termine sulla salute ricordiamo i problemi respiratori e i disturbi dell'umore (ansia e depressione).

Fig.5 Consumo di cannabinoidi nella popolazione studentesca. (%)



Così come rilevato a livello nazionale e regionale, la cannabis è la sostanza illegale maggiormente utilizzata tra gli studenti della provincia di Ferrara, infatti più di 1 su 4 l'ha utilizzata almeno una volta nella vita (n. 205, 26,3%; m29,5%; f23,2%) e 1 su 5 nel corso dell'ultimo anno (n. 152, 19,5%; m20,7%; f18,4%), l'11,9% (n. 93; m13,4%; f10,5%) nell'ultimo mese e il 7,6% (n. 59; m8,8%; f6,4%) nell'ultima settimana. Il consumo di cannabis aumenta al crescere dell'età, infatti si passa dal 7,6% a 15 anni al 28,9% a 18 anni. L'età media dichiarata di prima assunzione di cannabis è 15,3 anni (m15,2; f15,5).

Fig.6 Studenti che hanno usato cannabinoidi negli ultimi 12 mesi



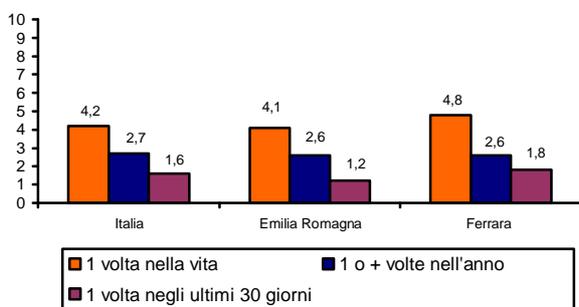
¹⁴ A. Mosti, E. Tosca, A. Geziani et al., Alcol e Giovani, Il SERTINQUARTIERE, in B. Sanfilippo, G.L. Galimberti, A. Lucchini (a cura di), Alcol, alcolismi: cosa cambia?, Franco Angeli, Milano, 2004.

Cocaina

La sperimentazione dell'uso della cocaina una volta nella vita ha interessato il 4,8% (m6%; f3,6%) degli studenti delle scuole medie di secondo grado intervistati; questo contatto con la sostanza è avvenuto una volta nell'ultimo anno per il 2,6% (m3,4%; f1,8%) del campione, mentre l'1,8% (m2,3%; f1,3%) l'ha usata nell'ultimo mese. I ragazzi e le ragazze che hanno usato cocaina nell'ultima settimana sono l'1,5% (n.12; m2,1%; f1%). Il maggior consumo di cocaina si concentra tra i 19enni con l'8,2% (n.8).

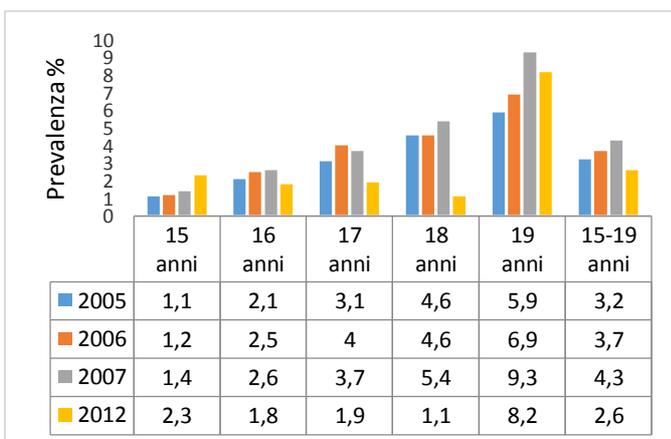
Nel tempo si registra un incremento di consumi tra i quindicenni 2,3% (n.4 su 172), ma trattandosi di numeri così bassi non si può trarre alcuna considerazione.

Fig.7 Consumo di cocaina nella popolazione studentesca (%)



Tra i 37 studenti che hanno dichiarato di aver fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita il 21,6% (n.8) lo ha fatto 1-2 volte e il 18,9% (n.7) più di 40 volte; nell'ultimo anno il 10,8% da 3 a 5 volte e il 13,5% più di 40 volte; nell'ultimo mese il 10,8% da 3 a 5 volte e il 10,8% più di 40 volte.

Fig.8 Studenti che hanno usato cocaina negli ultimi 12 mesi



Complessivamente il fenomeno del consumo occasionale di cocaina, come già rilevato anche negli studi nazionali e regionali, è in leggero ma progressivo calo

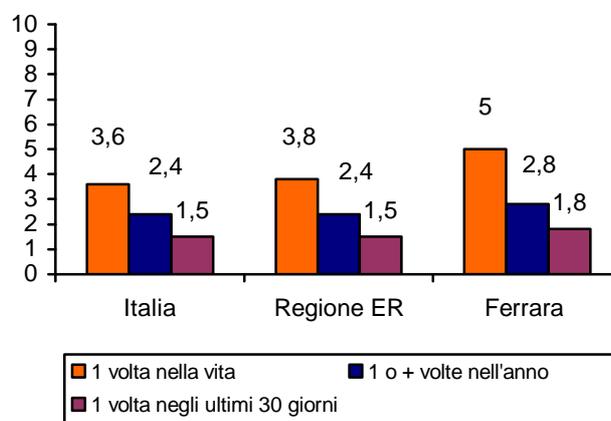
a partire dal 2007. Infatti si passa dal 4,3% di prevalenza rilevato negli studi Espad del 2007 al 2,6% emerso dall'indagine di popolazione condotta nell'anno scolastico 2011-2012. Al contrario però la percentuale di consumatori frequenti risulta in leggera crescita.

Sostanze stimolanti: La sperimentazione di sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, Ghb/Mdma) almeno una volta nella vita ha riguardato il 5% degli studenti intervistati (m7%; f3,1%) e ha interessato soprattutto i ragazzi di 17 (6,8%) e 19 anni (5%).

Le prevalenze si riducono in relazione al consumo di stimolanti nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni, allineandosi alla media regionale e nazionale, rispettivamente con il 2,8%, (m4,2%; f1,5%) e l'1,8% (m2,9%; f0,8%) nell'ultimo mese.

Tra i 39 studenti che hanno dichiarato di aver fatto uso di stimolanti almeno una volta nella vita, 8 lo hanno fatto 1-2 volte, 6 più di 40 volte; nell'ultimo anno 6 studenti hanno usati stimolanti 1-2 volte e 5 più di 40 volte; negli ultimi 30 giorni 5 ragazzi hanno usato stimolanti 1-2 volte e 5 più di 40 volte.

Fig.9 Consumo di sostanze stimolanti nella popolazione studentesca (%)



Per quanto riguarda la percezione del rischio associato al consumo settimanale di 1 pastiglia di stimolanti (ecstasy, amfetamine) il 69,3% degli intervistati lo considera pericoloso per la salute (più alto nei maschi 75,6% che nelle femmine 63,1%); il 10% considera rischioso usarne due a settimana, il 20% pensa che sia un rischio superare le tre pastiglie a settimana. Se confrontiamo questo dato con la percezione del rischio associato al consumo di cocaina si rileva una minore pericolosità percepita verso le sostanze stimolanti.

Allucinogeni: Per quanto riguarda il consumo di sostanze allucinogene (LSD, Ketamina) il 4,6% degli studenti intervistati dichiara di averle usate una volta nella vita (n.36; m6,5%; f2,8%), il 3% una o più volte nell'ultimo anno (n.23; m4,4%; f1,5%), il 2,1% almeno una volta negli ultimi 30 giorni (n.16; m2,9); f1,3%).

La prevalenza della sperimentazione di allucinogeni una sola volta aumenta con l'età passando da 3,5% a 15 anni a 10,3% a 19 anni. Tuttavia va segnalato un incremento dell'uso tra i quindicenni nel corso del tempo che passano da una prevalenza di 1,8% nel 2005 al 3,5% nel 2012.

Fig.10 Consumo di allucinogeni nella popolazione studentesca (%)

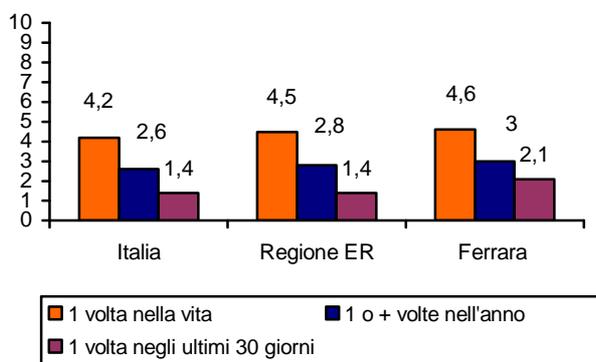
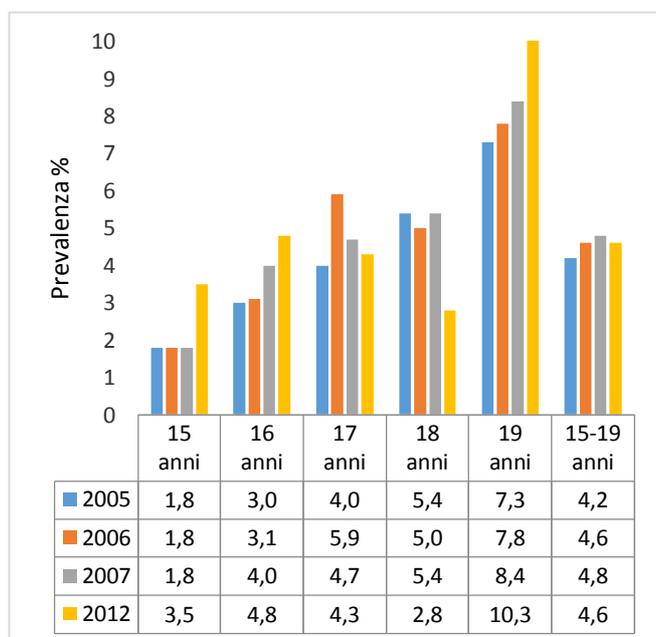


Fig.11 Studenti che hanno usato allucinogeni una volta nella vita



Eroina: Nello studio condotto sui giovani alla domanda "Hai avuto la possibilità di provare o usare eroina?" il 3,4% (m5,2%; f1,5%) degli studenti ferraresi ha risposto di averla provata una volta nella vita, il 2,1% di averla usata 1 o più volte nell'ultimo anno (m3,4%; f0,8%), e l'1,4% di averla usata una volta negli ultimi 30 giorni (m2,3%; f0,5).

Fig.12 Consumo di eroina nella popolazione studentesca. (%)

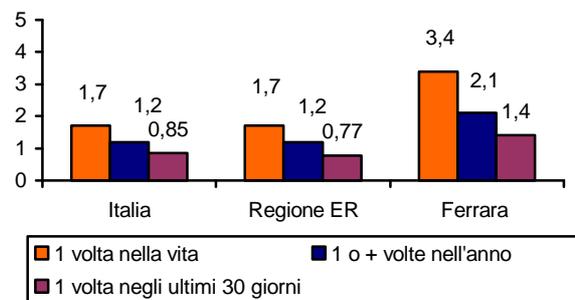
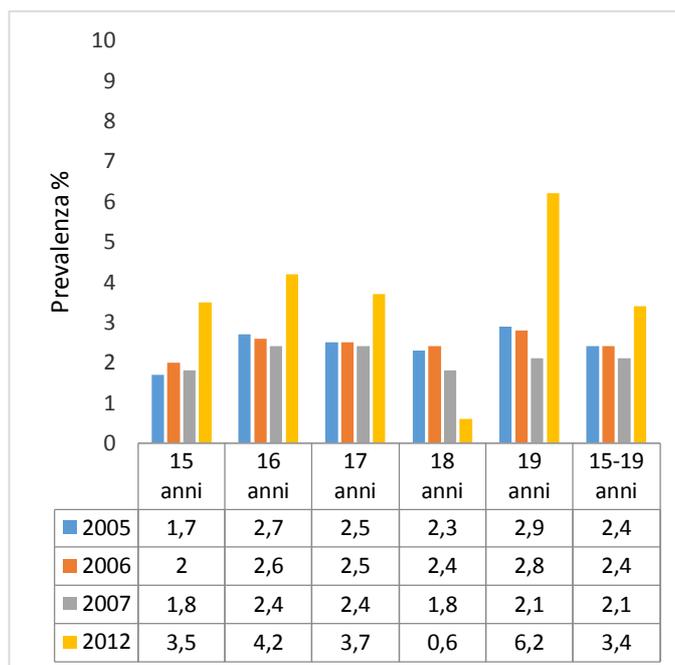


Fig.13 Studenti che hanno usato eroina una volta nella vita

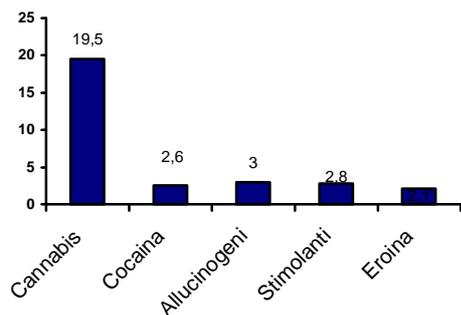


Nella popolazione indagata il dato relativo alla sperimentazione dell'eroina fumata supera i valori rilevati nella sezione relativa al consumo di cocaina. Questa maggiore prevalenza di rileva in tutte le coorti di età collocando Ferrara, pur con valori assoluti contenuti, al di sopra della media nazionale e regionale.

La percezione del rischio associato alla sperimentazione, anche una sola volta, l'eroina è maggiore rispetto ai valori rilevati per le tutte le altre sostanze.

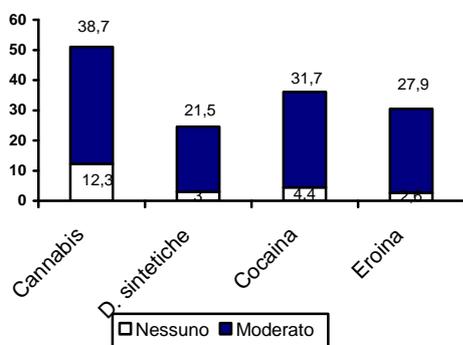
L'uso sperimentale di droghe sta diventando un aspetto sempre più comune nei comportamenti degli adolescenti come si evince dalla prevalenza di studenti che hanno provato sostanze illegali almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico.

Fig.14 Studenti che hanno provato sostanze illegali almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico. (%)



Provare droghe sintetiche è accettabile come rischio per il 24,5% degli studenti, provare cocaina dal 36,1% e provare eroina è considerato un rischio moderato dal 30,5%.

Fig.15 Studenti che considerano poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (%)



L'abuso di alcol e droghe illecite nel periodo adolescenziale costituisce un problema perché il cervello dell'adolescente non ha ancora completato il suo sviluppo, e quindi l'assunzione di sostanze in dosi adeguate e in tempi prolungati può influenzare lo sviluppo neurobiologico del cervello e dei suoi correlati funzionali: cognitivi, emotivi, comportamentali.

Conclusioni

La ricerca più recente ha prestato attenzione al fatto che non tutti i giovani che sperimentano sostanze sviluppano poi un consumo problematico, mentre tra gli sperimentatori ci sono particolari gruppi che presentano un rischio crescente di sviluppare problematicità e dipendenza.

L'osservazione che solo una minoranza dei giovani che entrano in contatto con le sostanze diventano abusatori sperimentando seri problemi correlati alle droghe è stata attribuita ad un diverso grado di vulnerabilità soggettiva o alla rilevanza dei fattori di rischio¹⁵.

Recentemente una review europea¹⁶ ha contribuito alla riflessione, aggiungendo ulteriori aspetti che confermano ampiamente le conoscenze già esistenti. I risultati di specifiche ricerche europee hanno segnalato che i fattori di rischio non implicano una progressione lineare e obbligatoria da un certo comportamento a rischio o da una condizione di rischio a seri problemi con le sostanze. In questo senso anche i giovani senza alcuna condizione di vulnerabilità possono trovarsi coinvolti in un uso problematico di droga.

I modelli legati ai fattori di vulnerabilità (e di protezione) sono risultati utili nel guidare gli interventi laddove è alta la probabilità di incontrare dei problemi, ma ciò non significa che siano in grado di predire se i giovani appartenenti a gruppi a rischio svilupperanno problemi legati alle droghe.

D'altro canto l'interazione tra alcuni fattori di rischio e alcuni livelli di consumo di sostanze possono essere visti come circolari, per esempio una sperimentazione precoce e intensa di sostanze può essere sia la causa, sia la conseguenza del "marinare la scuola". Questo stesso discorso vale per molti fattori di rischio di tipo psico-sociale.

Per questi motivi è importante essere cauti nell'utilizzo di concetti "fattori di rischio", "vulnerabilità", "gruppi a rischio" attenersi al loro uso solo per gli interventi pratici, in modo tale da evitare il sospetto di un etichettamento sociale e di semplicistiche teorie "gateway" (cancello).

¹⁵ M.W. Arthur, J. D. Hawkins, J.A. Pollard, R. F. Catalano, A. J. Baglioni jr., *Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. The Communities That Care, Evaluation Review*, 26: 6, 575-601, December 2002.

¹⁶ T. Rhodes, R. Lilly, C. Fernández et al., *Risk factors associated with drug use: the importance of «risk environment»*, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 303-29, 2003.

Rhodes e altri¹⁷ segnalano l'importanza pratica della ricerca sui fattori di rischio e sostengono che "abbiamo bisogno di concentrare la nostra attenzione sugli aspetti pratici piuttosto che sulle causalità. Concentrandoci sul problema del consumo di droga, che è pragmatico e basato sul concetto di costo-efficacia, si rileva che i fattori di vulnerabilità, associati con lo sviluppo giovanile (per esempio l'abbandono scolastico, marinare la scuola, la trasgressione, la pressione dei pari ad utilizzare sostanze) indicano sia potenziali target, sia contesti in cui realizzare gli interventi".

Secondo le evidenze scientifiche e le esperienze disponibili, alcuni gruppi a rischio, alcune condizioni e alcuni contesti possono essere identificati come spazi di attivazione degli interventi di prevenzione selettiva. In questa direzione diventa importante elaborare strumenti in grado di valutare il rischio nei giovani nella fase iniziale di consumo.

I fattori di vulnerabilità vanno considerati alla stregua di strumenti di ricerca e di pratica per gli interventi. Tuttavia se l'uso di droga da parte dei giovanissimi rappresenta l'unico criterio usato per prendere decisioni, c'è il grosso pericolo di classificarli (e stigmatizzarli) erroneamente come appartenenti ad un gruppo ad alto rischio, anche se manifestano un fisiologico (per quell'età) e transitorio uso sperimentale delle sostanze¹⁸.

Di fatto, come indicato da Sloboda¹⁹, ci potrebbe essere il rischio di una stigmatizzazione rispetto agli approcci centrati sui fattori di vulnerabilità e sui gruppi a rischio, sia che consideriamo a rischio tutti i giovani sperimentatori, sia che si intervenga solo quando i giovani entrano in contatto (di fatto molto tardi) con i servizi di trattamento o di giustizia.

Le politiche di prevenzione pianificate secondo i modelli di vulnerabilità e gli interventi per i giovani²⁰ sono ormai

preparate a rispondere ai ragazzi, con un approccio che tenga conto dei percorsi individuali di sviluppo dei comportamenti a rischio.

Il coinvolgimento nel disagio riguarda una minoranza di adolescenti; fortunatamente la maggioranza dei ragazzi transitano dall'adolescenza all'età adulta senza mettere a repentaglio in modo grave la propria vita.

Certamente l'adolescenza è un importante momento di transizione che presenta, accanto a continuità, anche forti discontinuità con il passato. Sono spesso gli elementi di discontinuità che attraggono maggiormente l'attenzione dei genitori, degli insegnanti e degli adulti, dando l'impressione che gli adolescenti vivano una generalizzata condizione di disagio o di pericolo.

Oggi è chiaro tra gli studiosi che non è possibile spiegare i percorsi di sviluppo di tutti gli adolescenti partendo dalla sola analisi delle traiettorie di sviluppo che hanno condotto ad un fallimento, poiché i processi implicati sono differenti²¹.

La sfida evolutiva viene vissuta in adolescenza insieme ai propri genitori, ai coetanei, agli insegnanti, agli adulti di riferimento all'interno di una precisa comunità. Si tratta di una impresa di sviluppo che vede impegnati non solo gli adolescenti, ma molte altre persone e contesti sociali che costituiscono il tessuto nel quale la loro crescita si realizza.

In questo senso l'adolescenza è un'impresa non solo per la famiglia, ma anche per la scuola e per la comunità sociale. Ed è proprio alla relazione tra l'adolescente e il suo contesto che occorre fare riferimento per comprendere i comportamenti a rischio, che possono mettere a repentaglio il benessere psicologico e sociale, così come la salute fisica²².

La loro diffusione nella nostra cultura indica che non è possibile interpretarli in termini di psicopatologia individuale e nemmeno come espressione di psicopatologia sociale, così come non possono essere spiegati meccanicisticamente come il risultato della ripetizione di modelli ambientali offerti dai pari.

¹⁷ T. Rothes, R. Lilly, C. Fernandez, E. Giorgino, U.E. Kemmesis, H.C. Osserbaard, N. Lalam, I. Fassen, K.E. Spannow, *Risk factors associated with drug use: the importance of "risch environment"*, *Drugs: education, prevention and policy*, 10:4; 303-329, 2003.

¹⁸ B. Schmidt, *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen: suchtpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit*, Juventa Verlag Weinheim und München, 2001.

¹⁹ Z. Sloboda, *Problem for the future? Drug use among vulnerable groups of young people*, *Drugs: education, prevention and policy*, 6:2, 195-201, 1999.

²⁰ S. Haas, C. Vorderwinkler, M. Weigl, *Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen*, 1-29, 2001; S. Haas, L. Horvath, M. Weigl, *Die Rolle der außerschulischen*

Jugendarbeit in Hinblick auf suchtfahrdete Jugendliche, 1-34, Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien, 2002.

²¹ J. E. Donovan, R. Jessor, F. M. Costa, *Adolescent health behavior and conventionally-uncontentionality: an extension of problem-behavior theory*, *Health Psychology*, 10:1, 52-61, 1991.

²² R. Jessor, M. S. Turbin, F. M. Costa, *Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents*, *Applied Developmental Science*, 2:4, 194-208, 1998.

Si tratta allora di considerare queste azioni di rischio come modalità dotate di senso, utilizzate da numerosi adolescenti, in uno specifico momento della loro vita e in un particolare contesto, per raggiungere scopi personali e socialmente significativi.

Il modello dello sviluppo come azione nel contesto consente di comprendere questi comportamenti come azioni che esprimono il tentativo di padroneggiare le difficoltà.

Gli adolescenti agiscono dunque all'interno di un certo contesto, non in modo casuale, ma al fine di raggiungere degli scopi personalmente significativi, che sono in relazione con i compiti di sviluppo di una certa cultura. Svolgono quindi un ruolo centrale i processi cognitivi di valutazione, mediati dai sistemi simbolici messi a disposizione dalla cultura; sono infatti le rappresentazioni dell'individuo a guidare la sua azione e a dare senso alle esperienze emotive ed affettive.

La novità delle situazioni che oggi si presentano, per chi lavora con un target giovanile sta nella loro diversità rispetto a quelle che hanno caratterizzato i decenni passati, molti comportamenti problematici attuali si rifanno a consumi (di sostanze e/o di eventi) che non presentano caratteristiche di trasgressione o di illegalità, ma risiedono in stili di vita e aspetti di vissuto quotidiano: il modo di trascorrere il tempo libero, alcune modalità ludiche, come il gioco d'azzardo, che hanno origini lontane nel tempo; lo shopping, indotto e auspicato dal contesto sociale e infine, l'utilizzo di strumenti utili e spesso indispensabili come la navigazione sul web.

In questo ultimo caso abbiamo assistito, in un lasso di tempo relativamente breve, al dispiegamento di tutte le ambiguità possibili di un mezzo di comunicazione di massa: la maggiore facilità della vita quotidiana prodotta dal suo uso, ma anche la pericolosità di un uso distorto e/o non consapevole. Ci riferiamo ad esempio a tutte le situazioni in cui si diffonde una visione distorta della realtà, rendendo plausibile ogni commento ai fatti.

Molti di questi comportamenti possono anche configurarsi come dipendenze sociali, per la loro contiguità con abitudini perfettamente inserite nelle norme accettate, a fianco di altri consumi problematici. Diventano di interesse, pertanto, proprio gli aspetti sociali del consumo e quindi la ricerca si sposta verso l'analisi di come la situazione in cui si inserisce possa modularne la frequenza e l'intensità.

La sostanza in quanto tale sembra quindi aver perso la centralità, mentre aumenta la rilevanza del significato individuale e sociale del consumo, del giudizio che gli viene attribuito e dei contesti di vita in cui si situa. E assumono una maggiore importanza gli attori sociali, i pari che condividono le esperienze, gli atteggiamenti e i comportamenti del gruppo di riferimento.

Non si tratta di negare l'esistenza di possibili problematicità individuali, quanto di sottolineare gli aspetti di scelta negli stili di vita.

Questo approccio diventa basilare in un'ottica di comunità, in quanto contiene una doppia valenza: la valutazione del modo di condurre la vita quotidiana e la valorizzazione delle scelte possibili e attuate da ogni individuo sono importanti sia come variabile in grado di spiegare un fenomeno, ma anche come mezzo per incrementare una possibilità-azione, una tappa del processo di *empowerment*, in definitiva un possibile incentivo alla sperimentazione di comportamenti orientati alla promozione della salute.

In questa prospettiva attivare azioni preventive dirette agli adolescenti, significa andare oltre al sintomo rappresentato dal comportamento problematico, per cogliere il significato evolutivo insito nel comportamento rischioso, per offrire maggiori possibilità di autoregolazione, di riflessione, per rendere il contesto in cui i giovani vivono un'opportunità per sviluppare la propria identità e autonomia.

2. CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZA PATOLOGICA

La tossicodipendenza è generalmente descritta, secondo la prospettiva medica e sociale, come una patologia cronica, recidivante, caratterizzata dagli effetti dell'uso prolungato di sostanze stupefacenti e dai disturbi dovuti alla sua dipendenza²³.

La "sindrome da dipendenza" (o addiction) è una "modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, con manifestazione negli ultimi 12 mesi di almeno tre delle seguenti condizioni: tolleranza, astinenza, desiderio persistente della sostanza, incremento del tempo dedicato per procurarsela, interruzione o riduzione di attività sociali o lavorative, uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente fisico o psicologico"²⁴.

Si tratta di una patologia complessa ad eziologia multifattoriale, nel senso che a generare l'evidenza fenomenica dell'assunzione reiterata di sostanze concorrono molteplici fattori, con forti interdipendenze e variamente rappresentati da individuo a individuo, in relazione alle sue caratteristiche neuro-biologiche, psichiche e socio-ambientali²⁵.

Le cause primarie di sviluppo dell'addiction sono da annoverarsi nella disponibilità delle sostanze psicotrope da una parte e da un comportamento di assunzione dall'altra. L'incontro di questi due fattori può portare a comportamenti reiterati nel tempo che legano l'individuo alla sostanza ("addictive power" o potere-capacità legante) per arrivare ad uno stato di dipendenza che può essere considerata una vera e propria malattia.

Il comportamento di assunzione che porta alla dipendenza è sostenuto da uno stato che viene definito di vulnerabilità che a sua volta viene condizionato da fattori biologici, sociali e psichici²⁶.

La disponibilità delle sostanze dipende invece da fattori ambientali (mercato-offerta), ma

anche dalla cultura e dai rituali sociali più o meno propensi all'uso.

Il rischio di dipendenza viene sostenuto da tre cluster di fattori che interagiscono: l'individuo e le sue caratteristiche (congenite e acquisite) che lo rendono più o meno vulnerabile, le caratteristiche ambientali (disponibilità delle sostanze, incentivazione all'uso), le caratteristiche farmacologiche della sostanza con le sue capacità leganti²⁷.

Risulta utile ricordare che le sostanze una volta assunte producono effetti che vengono memorizzati ed interpretati dal soggetto mediante complesse elaborazioni cognitive, e sono in grado di condizionare i comportamenti futuri²⁸.

La prima fase di utilizzo delle sostanze quindi risulta importantissima nel fissare nella memoria dell'individuo gli effetti percepiti come gratificanti che potranno essere successivamente evocati dalla memoria del soggetto attivando un meccanismo di desiderio e ricerca di varia intensità e forza. È facilmente comprensibile l'importanza che ha in soggetti vulnerabili, notoriamente più sensibili alla percezione degli effetti delle sostanze, il "primo contatto" con le droghe in particolare e quanto questo sia importante in termini di prevenzione dello sviluppo dell'addiction.

In altre parole l'intensità dello "starter" nel far partire il percorso psico-comportamentale verso l'addiction, che può avere un primo uso di sostanze in un soggetto vulnerabile, può essere molto superiore rispetto a quella di un soggetto non vulnerabile, da cui si comprende l'importanza che un soggetto vulnerabile debba essere soprattutto protetto dal "primo contatto" con la droga o con altre sostanze psicoattive.

È stato ampiamente provato che la memorizzazione degli effetti delle sostanze e l'impulso alla loro ricerca è strettamente correlato con l'effetto gratificante che queste provocano sull'individuo e alla loro azione sui sistemi del piacere²⁹.

²³ Al Leshner, Drug abuse and addiction treatment research: the next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

²⁴ DSM IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005.

²⁵ J. Baron, S. Leshner How serious are expressions of protected values? J Exp Psychol Appl, 6, 183-94, 2000.

²⁶ J. Bergeret, La Personalità Normale e Patologica, Raffaello Cortina, Milano, 1984.

²⁷ G. Serpelloni, G. Gerra, A. Zaimovic, M. E. Bertani, Modellistica interpretativa della vulnerabilità all'addiction, in G. Serpelloni, G. Gerra, Vulnerabilità all'addiction, 1, 72, 2002.

²⁸ G. Benedetti, Neuropsicologia, Feltrinelli, Milano, 1969.

²⁹ K.J. Brower, G.A. Eliopoulos, F.C. Blow, D.H. Catlin, T.P. Beresford, Evidence for physical and psychological dependence on Anabolic androgenic steroids in eightweight lifters, Am. J. Psychiatry, 147, 510-512, 1990.

Partendo dal principio che l'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive costituisce un problema di natura sanitaria e sociale, bisogna però ricordare che vi possono essere casi di rapida evoluzione verso la dipendenza e altri che non evolvono e si autoestingono. Tra coloro che possono evolvere verso una dipendenza, il numero di soggetti che si rivolgono ai servizi sanitari per richiedere un trattamento terapeutico costituisce un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi dinamica del fenomeno.

In particolare la domanda di trattamento³⁰ che proviene ai servizi da parte di persone che usano sostanze permette di stimare l'andamento del consumo problematico di stupefacenti e di sostanze psicoattive nella popolazione.

Tra i soggetti che si rivolgono ai servizi troviamo diverse modalità di assunzione delle sostanze³¹: un uso gestito senza addiction (*managed user*); un uso a basso potenziale di addiction (*excalator*); la dipendenza con perdita del controllo (*addicted*).

Pazienti in trattamento terapeutico presso i Servizi Dipendenze Patologiche

Negli ultimi 5 anni, nella provincia di Ferrara, le persone che si sono rivolte ai servizi sanitari per iniziare o proseguire un percorso terapeutico per problemi legati al consumo problematico o alla dipendenza da stupefacenti o sostanze psicoattive sono passati da 1694 a 1527 con un tasso incrementale negativo che si assesta su un valore -9,8%.

Il fenomeno della dipendenza da sostanze tuttavia ha subito importanti trasformazioni, in primo luogo la predominanza della poliassunzione, l'associazione dell'assunzione di sostanze psicoattive con la presenza di patologie psichiatriche, il forte incremento della richiesta di trattamento da parte di soggetti con esperienza di gioco d'azzardo patologico.

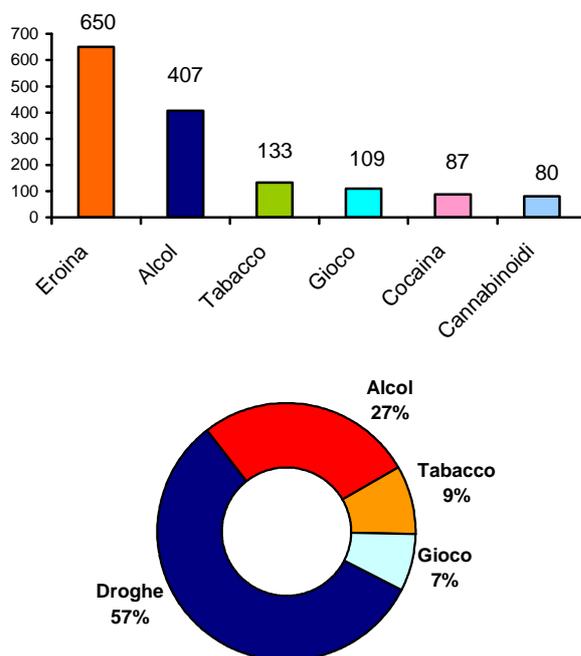
Osservando la composizione dell'utenza complessiva che si è rivolta ai servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Ferrara nell'anno 2014, si rileva che il 57,5% (n=878) ha un problema di consumo

problematico di droghe, il 26,7% (n=407) presenta un problema legato ad un uso rischioso di alcol, l'8,7% (n=133) si è rivolto ai Centri Antifumo per richiedere un trattamento di disassuefazione dal fumo di sigaretta e il 7,1% (n=109) ha seguito un trattamento terapeutico per un problema di gioco d'azzardo patologico.

Tab.1 UTENTI TOTALI in trattamento terapeutico presso i Servizi Dipendenze Patologiche

Area Problematica	2010	2011	2012	2013	2014
Droghe	1039	979	951	915	878
Alcol	467	464	445	424	407
Tabacco	144	124	140	105	133
Gambling	44	56	57	86	109
Totale	1694	1623	1593	1530	1527

Fig.1 UTENTI TOTALI in trattamento terapeutico ai SerT distinti per area problematica – Anno 2014
Valori assoluti

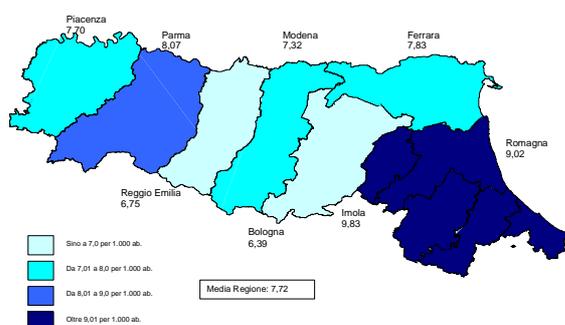


³⁰ Treatment Demand Indicator -TDI

³¹ A.I. Leshner, Drug abuse and addiction treatment research. The next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

Per confrontare geograficamente la dimensione del fenomeno tra i diversi territori della Regione Emilia-Romagna sono stati utilizzati i tassi standardizzati di prevalenza sulla popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Fig.2 Tassi di prevalenza dell'UTENZA TOTALE standardizzati per età e sesso (*1.000 target 15-64 anni) - Anno 2014



Tab.2 Tassi di prevalenza dell'UTENZA TOTALE standardizzati per età e sesso (*1.000 target 15-64 anni). Periodo 2010 - 2014

Ausi	2010	2011	2012	2013	2014
Piacenza	7,33	7,63	7,84	7,21	7,70
Parma	7,45	7,34	8,04	8,53	8,07
Reggio Emilia	6,21	5,90	5,83	6,70	6,75
Modena	7,25	7,05	7,35	7,37	7,32
Bologna	6,14	6,10	6,19	6,55	6,39
Imola	9,85	10,09	9,76	10,09	9,83
Ferrara	8,52	8,39	8,45	8,16	7,83
Romagna	8,55	8,76	8,95	9,11	9,02
Regione	7,45	7,43	7,61	7,83	7,72

Fonte Regione Emilia-Romagna

La comparazione dei dati colloca il territorio ferrarese in linea con la media regionale, con un tasso di 7,83 soggetti con dipendenza patologica ogni 1.000 abitanti contro i 7,72/1.000 della media regionale.

2.1 DROGA

Dipendenza Patologica e problemi correlati

In Europa, dalla **Relazione dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze**³² i consumatori di oppiacei (soprattutto di eroina) come droga primaria rappresentano il 40% di tutti i consumatori di stupefacenti che nel 2014 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza e il 19% di quelli che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Il numero dei nuovi pazienti eroinomani si è più che dimezzato nel 2013 dopo aver toccato l'apice nel 2007 quando i pazienti nuovi eroinomani rappresentavano il 36% di tutti i nuovi pazienti. Nel 2013 le nuove iniziazioni al consumo di eroina sono diminuite, tuttavia nel 2014 si assiste ad una stabilizzazione del consumo. La prevalenza media annuale del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) in Europa nel 2014 è stimata in 4 casi per 1.000 abitanti, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori problematici di oppiacei.

La cannabis è la droga segnalata più frequentemente come motivo principale per sottoporsi per la prima volta al trattamento della tossicodipendenza in Europa, anche se il concetto di trattamento per i consumatori di cannabis varia considerevolmente da un paese all'altro. Il totale dei pazienti segnalati sottoposti a trattamento per la prima volta è salito da 45.000 a 61.000 tra il 2006 e il 2013. La cocaina è lo stimolante illecito consumato più frequentemente in Europa; è stata indicata come la droga primaria dal 13% di tutti i pazienti segnalati che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2013 e dal 16% di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta.

In **Italia**, dalla **Relazione al Parlamento del 2014**³³ i soggetti con dipendenza da sostanze psicotrope risultano circa 461.000 (contro i 461.500 del 2012) e rappresentano l'11,9 per 1.000 residenti italiani di età compresa tra i 15 e i 64 anni e si suddividono in circa 50.000 dipendenti da oppiacei (1,3 per 1.000 residenti), circa 62.000 da cocaina (1,6 per 1.000 residenti)

³² Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione europea sulla droga 2015 con dati 2013.

³³ Ministero della Salute, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2014.

e circa 170.000 da cannabis (4,4 per 1.000 residenti). I soggetti in trattamento risultano essere 164.993, di questi il 71,5% per dipendenza da oppiacei, il 16,9% per cocaina e il 10% per consumo problematico di cannabis.

L'Italia è tra i paesi con la prevalenza più alta di cocaina tra i giovani maschi della fascia di età tra i 15 e i 34 anni (3,1% l'ha usata nell'ultimo anno; 1,2% l'ha usata nell'ultimo mese)³⁴.

Nella **Regione Emilia-Romagna** nel 2014 emerge che i soggetti con dipendenza da sostanze psicotrope risultano 19.404.

Le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere: l'eroina per il 71,6%, la cocaina per il 30,1% e i cannabinoidi per il 18,8%.

In regione si stima che l'8,7% della popolazione di 15-64 anni abbia fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita (contro il 7,1% dell'Italia e il 3,9% dell'Europa)³⁵, mentre il 2,2% l'ha consumata nel corso dell'ultimo anno.

Nella **provincia di Ferrara**, per capire il condizionamento del contesto sociale sul comportamento individuale legato alla dipendenza da sostanze psicotrope si è ricorsi al confronto dei tassi di prevalenza e di incidenza dell'uso di sostanze stupefacenti tra la popolazione residente nei 26 Comuni della provincia di Ferrara³⁶.

La **prevalenza** del fenomeno del consumo problematico e della dipendenza da droga nella popolazione generale vede ai primi posti il distretto Sud Est con un tasso di 3,98 per 1.000 e il distretto Centro Nord con 3,79 tossicodipendenti ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Il fenomeno del consumo di droga nel distretto Ovest continua negli anni ad avere un impatto minore rispetto alle altre realtà territoriali, infatti si rileva un tasso di 2,51 tossicodipendenti ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, collocandosi così al di sotto della prevalenza media provinciale che è di 3,55 casi ogni 1.000 residenti.

Tab.3 Tassi di prevalenza grezzi degli UTENTI TOSSICODIPENDENTI (*1.000 target 15-64 anni) distinti per distretto. Periodo 2010-2014

Distretti	2010	2011	2012	2013	2014
Centro Nord	4,39	4,13	4,00	3,89	3,79
Sud Est	4,35	4,11	3,98	4,06	3,98
Ovest	2,89	2,77	2,84	2,65	2,51
Provincia	4,05	3,82	3,74	3,61	3,55

I Comuni che nel 2014 registrano una prevalenza del fenomeno nella popolazione residente al di sopra della media provinciale sono nel distretto Centro Nord: Berra (6,71/1.000); Ro (5,54/1.000); Copparo (5,36/1.000); Tresigallo (4,32/1.000); Ferrara (3,61/1.000).

Nel distretto Sud Est: Portomaggiore (5,78/1.000); Comacchio (4,60/1.000); Ostellato (4,35); Fiscaglia (4,34/1.000).

Nel distretto Ovest: Bondeno (4,00/1.000) e Mirabello (3,47/1.000).

Per quanto riguarda i **tassi di incidenza** (nuovi utilizzatori) dell'uso di droghe nella popolazione dei tre distretti socio-sanitari, il distretto Centro Nord si allinea alla media provinciale registrando 0,58 soggetti ogni 1000 residenti; il distretto Sud Est si colloca al di sotto dei valori medi con 0,54 per 1.000 mentre il distretto Ovest presenta un tasso di poco sopra la media con 0,60 per 1.000.

Tab.4 Tassi di incidenza sulla popolazione target 15-64 anni per 1.000, distinti per distretto. Periodo 2010 - 2014

Distretti	2010	2011	2012	2013	2014
Centro Nord	0,60	0,51	0,40	0,33	0,58
Sud Est	0,71	0,62	0,45	0,56	0,54
Ovest	0,54	0,37	0,53	0,38	0,60
Provincia	0,62	0,51	0,44	0,40	0,58

I Comuni che presentano un'incidenza di soggetti con uso di droghe che superano la media provinciale nel distretto Centro Nord sono: Berra (2,69/1.000); Jolanda di Savoia (1,62/1.000) e Copparo (0,89/1.000).

Nel distretto Sud Est: Goro (1,61/1.000); Ostellato (0,77/1.000); Fiscaglia (0,69/1.000); Argenta (0,66/1.000).

Nel distretto Ovest: Mirabello (0,99/1.000); S.Agostino (0,88/1.000); Bondeno (0,67/1.000); Poggio Renatico (0,64/1.000); e Vigarano Mainarda (0,62/1.000).

³⁴ Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), Relazione Annuale 2009, Evoluzione del fenomeno in Europa.

³⁵ Consiglio Nazionale della Ricerca, Italian Population Survey on Alcohol and other drug, IPSAD, Italia 2007-2008.

³⁶ Tasso di prevalenza: utenti totali residenti/ popolazione target residente; Tasso di incidenza: nuovi utenti residenti/ popolazione target residente.

Nella provincia di Ferrara, nel periodo che va dal 2000 al 2010 si assiste ad un forte incremento della domanda di trattamento che passa da 867 utenti in carico a 1039, con un tasso incrementale di periodo del 20%.

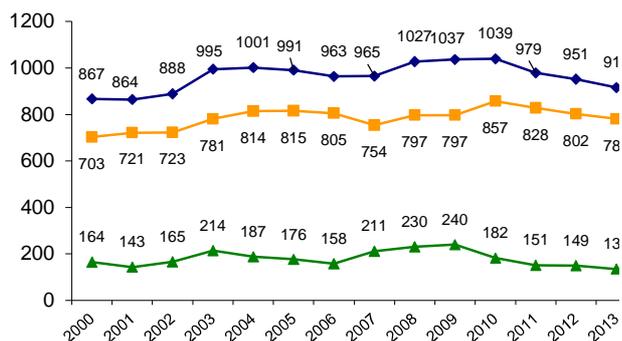
A partire dal 2011 l'utenza con dipendenza da sostanze stupefacenti che hanno seguito un percorso terapeutico presso i SerT decresce mediamente del 4% fino al 2014 con 878 utenti che seguono un programma terapeutico presso i SerT. Va rilevato che nel 2014 si registra un incremento dei nuovi pazienti in trattamento presso i SerT, che passano da 135 nel 2013 a 161 nel 2014.

Le sostanze primarie maggiormente consumate continua ad essere: l'eroina utilizzata da 650 pazienti pari al 78% (per la quasi totalità con la modalità d'uso endovenoso: 98,4%); la cocaina utilizzata da 88 pazienti pari al 10,6% (1,6% ev); la cannabis utilizzata da 80 pazienti pari al 9,6%.

L'analisi temporale del rapporto tra utenti distinti per sostanza primaria e popolazione target segue un trend in leggera decrescita per gli oppioidi e in lieve rialzo per i cannabinoidi per assestarsi nel 2014 attorno al 2,9/1.000 per l'eroina, allo 0,4/1.000 e allo 0,36/1.000 per i cannabinoidi.

La cocaina mantiene nel tempo un rapporto di circa lo 0,4/1.000 senza grandi fluttuazioni.

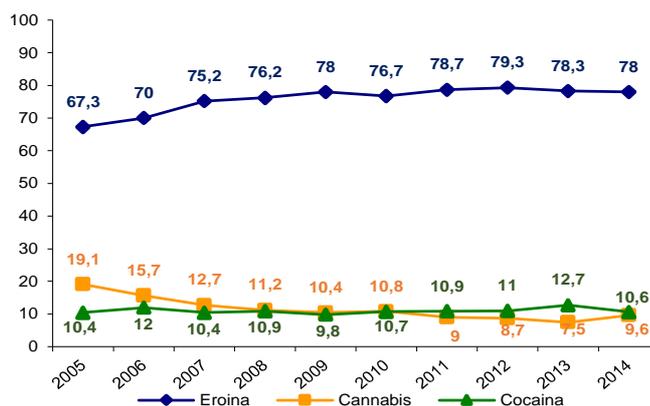
Fig.3 Utenti in trattamento nei SerT della Provincia di Ferrara per uso di droga. Periodo 2000-2014



Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=84%; F=16%), con un rapporto di 5,3 maschi ogni femmina, valore superiore rispetto al dato regionale (3,9:1).

Gli utenti di nazionalità straniera in carico ai SerT rappresentano il 6% dell'utenza complessiva: per la quasi totalità sono maschi con un'età media di 30 anni e provengono soprattutto dall'area Africana (53,8%) e dall'Europa dell'Est (26,9%).

Fig.4 Utenti SerT distinti per sostanza primaria (%). Periodo 2005-2014



Il 36% degli utenti utilizza una sostanza secondaria associata alla primaria: principalmente cocaina (44,6% dei soggetti con uso secondario; n=135), seguono i cannabinoidi (27,4% dei soggetti con uso secondario; n=83) e l'alcol (22,4%; n=68).

Fig.5 Utenti SerT distinti per sostanza secondaria (%). Periodo 2005-2014

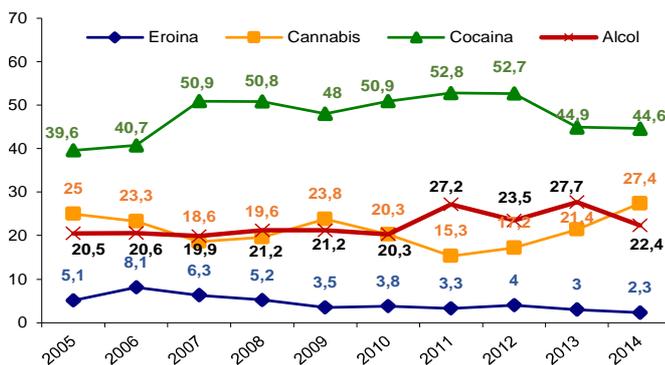


Fig.6 Rapporto tra utenti per sostanza primaria e popolazione target (15-64 anni) *1.000



A partire dal 2000 si è assistito all'incremento costante dell'accesso ai servizi di **adolescenti e giovani adulti** (15-24 anni), che passano dai 64 pazienti del 2000 a 99 nel 2009, a 124 nel 2014 con un tasso di crescita di periodo pari al 93,7%.

L'età di accesso ai servizi si abbassa infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 19 anni passa dai 17 nel 2006 ai 43 nel 2014.

Il tasso di incidenza età specifico passa dallo 0,7 per 1.000 nel 2007 al 3 per 1.000 nel 2014.

Questa nuova utenza assume comportamenti di consumo diversi rispetto al passato, infatti si incrementano le richieste di trattamento per abuso di eroina che passano dal 43,6%, e di cocaina con un balzo 7%, i cannabinoidi rimangono stabili al 34%. Si rilevano due nuovi comportamenti di dipendenza tra o giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni: l'alcol che interessa il 9% dei pazienti e il gioco patologico (1,6%).

Tra le sostanze concomitanti all'uso primario va messa in luce la percentuale di consumo di cocaina che arriva al 35,4%.

La crescita della domanda di trattamento da parte di giovani si accompagna ad un aumento dei fattori di rischio. Il 64% ha interrotto gli studi; il 32% fa lavori precari e il 35% ha avuto problemi con la giustizia.

Gli adolescenti che si rivolgono ai SerT hanno in grande maggioranza come prima sostanza d'abuso l'eroina, fumata quotidianamente o per più giorni la settimana. Solo una minima percentuale di utenti assume l'eroina per via endovenosa. Cocaina e cannabinoidi sono le principali sostanze d'abuso secondarie.

In generale gli adolescenti riferiscono di avere sperimentato molte sostanze (eroina, cocaina, amfetamine, ketamina, extasy, ice, sostanze allucinogene, ecc.) e di proseguire nel tempo nel poliabuso delle stesse.

L'età di prima assunzione delle sostanze riferita dalla maggior parte degli adolescenti si colloca perlopiù tra i 16 e i 18 anni; il primo uso inizia e prosegue all'interno del gruppo dei pari. Il tempo che intercorre tra le prime esperienze con le sostanze e la dipendenza è mediamente di 6 mesi/1 anno. L'accesso al servizio viene richiesto nelle fasi iniziali della dipendenza.

Gli adolescenti che si rivolgono ai servizi presentano spesso problematiche di tipo scolastico, (abbandono scolastico o hanno ripetuto uno o più anni scolastici). La grande maggioranza ha conseguito la sola licenza media inferiore e mostra scarsa motivazione a proseguire gli studi.

Pochi sono gli studenti o regolarmente occupati, mentre la maggioranza è disoccupato, alla ricerca di un lavoro o svolge lavori precari e saltuari. Vi è una generale assenza di interessi e hobby e nessun impegno in attività sportive.

Per quanto riguarda il nucleo familiare di origine oltre la metà degli adolescenti ha genitori separati/divorziati. Significativo è il numero di adolescenti tossicodipendenti in famiglie con problemi di tipo psicologico e di dipendenza.

Si evidenzia la presenza di diagnosi di Disturbo di personalità (borderline e antisociale) e in generale di disturbi emotivo-comportamentali rilevanti con deboli o inesistenti capacità di controllo e di difesa.

Significativa la prevalenza del tono dell'umore tendenzialmente elevato e labile oppure l'abbassamento del tono dell'umore con presenza di ansia e astenia; la tendenza all'azione, piuttosto che alla riflessione e conseguente maggiore facilità di mettere in atto comportamenti finalizzati al soddisfacimento delle proprie pulsioni istintuali; la tendenza ad una acritica sopravvalutazione delle proprie capacità e/o sottovalutazione (minimizzazione) delle problematiche; possibile compromissione della capacità di effettuare un corretto

Fig.7 Caratteristiche anagrafiche dei nuovi utenti (%)

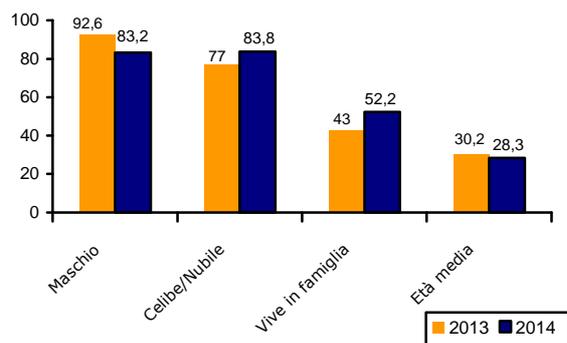
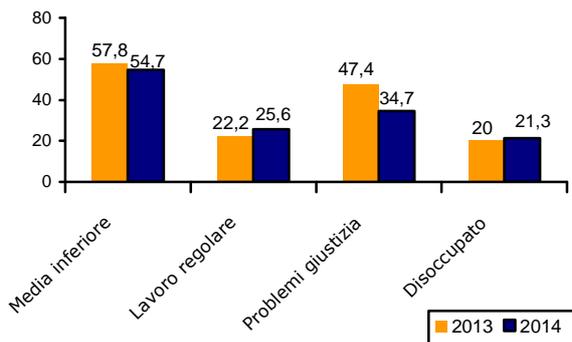


Fig.8 Caratteristiche sociali dei nuovi utenti. (%)



giudizio di realtà; la difficoltà nella previsione delle conseguenze del proprio comportamento e conseguente possibilità di commettere atti anti-sociali; la scarsa tolleranza alla frustrazione e tendenze oppositive nei confronti dell'ambiente; elementi di insofferenza o difficoltà di accettazione per le norme e convenzioni sociali; difficoltà a riconoscere e accettare l'autorità; generali difficoltà a instaurare adeguate relazioni interpersonali spesso caratterizzate dalla liberazione di valenze aggressive e comportamenti ostili a livello sociale

I percorsi terapeutici

L'Organizzazione mondiale della sanità nel 2009 ha pubblicato un documento che illustra i requisiti minimi e le linee guida internazionali sul trattamento farmacologico, con supporto psicosociale, di soggetti dipendenti da oppiacei³⁷.

Nel documento viene ribadito che nella fase di pianificazione dei programmi di trattamento personalizzati è consigliata una completa valutazione dell'individuo, che sia in grado di identificazione i bisogni psicosociali e le motivazioni del paziente, di definire la diagnosi e la eventuale risposta a trattamenti pregressi.

Laddove possibile, gli interventi tesi a soddisfare particolari bisogni devono essere basati sulle prove scientifiche e tenere conto delle preferenze individuali e delle precedenti esperienze terapeutiche.

Per trattamento farmacologico associato a trattamenti psicosociale si indica il trattamento della dipendenza con il ricorso a farmaci specifici associato ad interventi tesi a migliorare la qualità della vita del paziente.

Fra le opzioni terapeutiche disponibili il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei, associato a trattamenti psicosociale, è stato riconosciuto il più efficace.

Il metadone liquido per uso orale e le compresse sublinguali di buprenorfina sono i farmaci utilizzati nel trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei.

Purché assunti nell'ambito di servizi terapeutici, questi farmaci interrompono il ciclo di intossicazione e astinenza e contribuiscono a ridurre notevolmente

l'assunzione di eroina e di altri oppiacei per uso illecito.

Il trattamento disintossicante mirato all'astinenza dà scarsi risultati nel lungo termine; i pazienti comunque devono essere assistiti e sostenuti nella fase astinenziale della disintossicazione.

Il naltrexone può contribuire alla prevenzione delle ricadute nei pazienti che abbiano superato l'astinenza da oppiacei.

Gli interventi psicosociali, che comprendono approcci cognitivi e comportamentali, possono aumentare l'efficacia terapeutica del trattamento se associati ad un trattamento di mantenimento a base di agonisti.

La terapia cognitivo comportamentale nella dipendenza da sostanze si basa sul principio secondo cui le dipendenze sono comportamenti appresi che possono essere modificati. Gli approcci cognitivi sono tesi primariamente a modificare i comportamenti di dipendenza, modificando i costrutti cognitivi che sono alla base del comportamento dipendente e promuovendo i costrutti positivi o la motivazione al cambiamento (terapia cognitiva, terapia motivazionale).

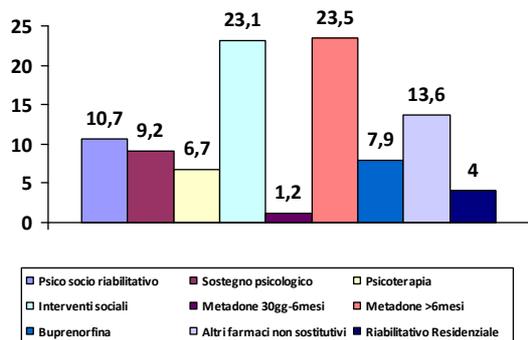
Gli approcci comportamentali sono volti principalmente a modificare i comportamenti sostenuti da apprendimento condizionato.

L'approccio di cura che si è consolidato negli ultimi dieci anni nei Servizi dell'Azienda Usl di Ferrara, è basato sulla integrazione dei trattamenti (farmacologico, psicologico, sociale, educativo) al fine di perseguire obiettivi differenziati ma fortemente correlati. Si tratta di obiettivi terapeutici che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della salute, fino all'integrazione sociale e lavorativa dell'utente.

In specifico, per quanto riguarda il trattamento della dipendenza da eroina, i SerT hanno puntato sull'integrazione della terapia farmacologica con agonisti a medio lungo termine con gli interventi psico-sociali, al fine di garantire una migliore ritenzione in trattamento e una protezione dalla mortalità acuta da overdose, come indicato dalle evidenze scientifiche (revisione sistematica del Gruppo Cochrane su droghe e alcol).

³⁷ World Health Organization, Istituto superiore di sanità, Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei, Roma, ottobre 2010.

Fig.9 Trattamenti seguiti dagli utenti in carico ai SerT nel 2014 (%)



Per il trattamento della dipendenza da cocaina, il servizio ha fatto proprio il modello psicoterapico di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale che mira ad aiutare i pazienti a riconoscere, evitare e fronteggiare le loro difficoltà. Si tratta di un approccio che prevede l'applicazione di tecniche brevi, flessibili, compatibili con altri trattamenti (es. terapia farmacologica).

Negli ultimi anni sono stati sviluppati percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti (16-24 anni) attivando équipes multidisciplinari dedicate e punti di consulenza e counselling sulla prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti in setting di gruppo ad approccio psico-corporeo.

A tali scopi i servizi hanno individuato una équipe dedicata all'accoglienza degli adolescenti, costituita da medico, psicologo ed educatore. Il primo colloquio avviene sempre con la psicologa, che si fa carico di agevolare i successivi colloqui con gli altri operatori dell'équipe.

Nella fase di accoglienza si procede ad un'analisi della domanda e alla anamnesi personale, familiare e di contesto. La valutazione psicodiagnostica si avvale del test MMPI-2 (test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali della personalità e disturbi emozionali).

La presa in carico degli adolescenti consumatori di sostanze è organizzata con lo specifico obiettivo di valorizzare al massimo l'approccio multidisciplinare.

Il nuovo paradigma di riferimento dei trattamenti è basato sul modello "vulnerabilità, stress, strategia di cura", ad approccio biopsicosociale e multidimensionale.

In questa prospettiva risulta fondamentale attivare interventi orientati al

raggiungimento di esiti multidimensionali di recovery basati sulle evidenze scientifiche, attraverso la definizione di obiettivi misurabili. La metodologia prevede l'attivazione di piani di trattamento multidimensionali sostenibili nel tempo, che mirano al miglioramento clinico (remissione prolungata dei sintomi), funzionale (miglioramento delle funzioni cognitive e socio-lavorative), psicologica soggettiva (ripresa di una prospettiva, aumento autostima, autoefficacia), sociale (inclusione sociale).

Le patologie infettive correlate al consumo di droga

L'analisi degli effetti morbosi legati all'assunzione di sostanze psicotrope costituisce un importante elemento per delineare la dimensione della gravità e della capacità invalidante della tossicodipendenza. In particolare le patologie infettive HIV, Hcv e Hbv costituiscono un fenomeno ricorrente nelle popolazioni in studio.

Infatti la tossicodipendenza comporta lo sviluppo di patologie connesse alle pratiche iniettive di sostanze, che rappresentano la chiave per valutare i risultati ottenuti dall'adozione di differenti strategie preventive ed eventualmente per pianificarne ed adottarne di nuove.

Il sistema di sorveglianza delle malattie infettive correlate alla droga a livello nazionale si incentra sulla rilevazione dei casi di positività al test sierologico HIV e ai test per la rilevazione dell'Epatite B e C sui nuovi utenti in trattamento presso i SerT e sulle sier conversionsi che si verificano nel corso degli anni sull'utenza già in carico.

I maggiori fattori di rischio per le popolazioni tossicodipendenti, legati al diffondersi delle infezioni opportunistiche, sono l'uso promiscuo di strumenti di iniezione delle sostanze e i rapporti sessuali non protetti.

In Emilia-Romagna sono ormai consolidate risposte di prevenzione articolate che vanno dai programmi di informazione e distribuzione di strumenti sterili, all'educazione sulla riduzione dei rischi veicolata tra pari, fino alla consulenza volontaria ed esami non obbligatori per la diagnosi e a programmi di screening e cura delle malattie infettive.

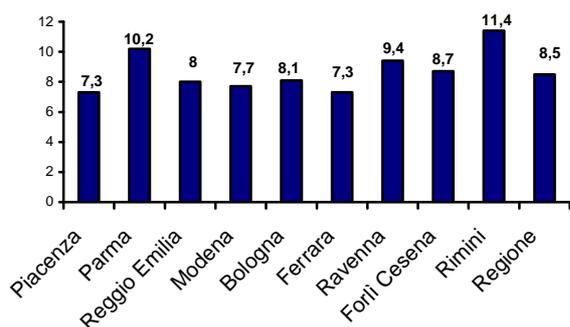
Particolarmente importante è la disponibilità di un numero sufficiente di terapie sostitutive, per i consumatori di oppioidi che

si iniettano la sostanza, dal momento che questo fattore riduce in maniera significativa il comportamento a elevato rischio di trasmissione delle malattie infettive collegate alla droga.

Lo stato dell'infezione Hiv

Nel periodo 2006-2014 sono state notificate in Emilia-Romagna 3.850 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 3.348 (87,0%) relative a cittadini residenti in regione. Tali numerosità determinano un'incidenza media annua pari a 8,5 casi per 100.000 abitanti se si limita l'osservazione ai soli cittadini residenti, mentre tale valore sale a 9,8 se si considerano tutte le segnalazioni. Nell'ultimo anno l'incidenza tra i residenti è pari a 7,6, dato superiore a quello del 2013, ma ancora inferiore a quelli osservati nel periodo 2006-2012.

Fig.10 Tassi di incidenza di infezione da Hiv per 100.000 abitanti. Periodo 2006-2014



L'analisi per genere evidenzia che le incidenze medie annuali con valori più elevati nei maschi si riscontrano soprattutto nelle province della Romagna, con Rimini che presenta un tasso medio annuo notevolmente superiore alla media regionale (18,3 casi per 100.000 abitanti). Per quanto riguarda le femmine, che si ricorda hanno un'incidenza di 2-3 volte inferiore a quella dei maschi, la provincia con valori più alti risulta essere Parma.

La rilevazione della modalità di trasmissione dell'infezione, riferita dal paziente al momento della diagnosi, riveste molta importanza per ottimizzare gli interventi di prevenzione e agire con azioni specifiche su precisi sottogruppi di popolazione o su particolari stili di vita.

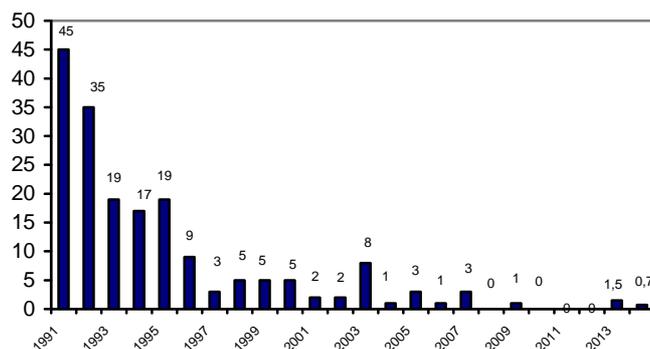
Da metà degli anni '80 a oggi, le modalità di trasmissione prevalenti hanno subito un notevole cambiamento: i dati nazionali evidenziano come la proporzione di nuove

diagnosi legate all'utilizzo di droghe iniettive, storicamente fattore di rischio preponderante per questa infezione, sia calata drasticamente dal 76,2% registrato nel 1985, fino ad un valore pari al 3,8% nel 2014. In Emilia-Romagna, nei nove anni di osservazione, tale percentuale non è mai superiore al 7% (4% nel 2014). D'altro canto, la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale è invece aumentata: si è passati dall'84% nel 2006 al 92% nel 2014. Si precisa che quando ci si riferisce alla trasmissione sessuale, questa viene intesa come infezione acquisita attraverso rapporti sessuali a rischio non protetti.

La stessa tendenza osservata in regione si osserva anche nella provincia di Ferrara, infatti su 233 nuovi casi segnalati nel periodo 2006-2014 nella popolazione generale (83,3% italiani; 16,7% stranieri), il 9,4% (n.22) a causa dell'uso di droghe iniettive, il 32% (n.74) come conseguenza di rapporti omo-bisessuali non protetti e il 45% (n.105) in persone che hanno avuto rapporti eterosessuali non protetti³⁸.

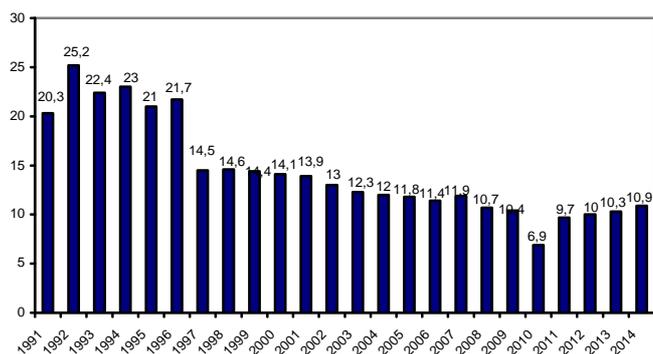
Come è stato descritto l'infezione da HIV è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale: il concetto di gruppo a rischio è pertanto superato e sostituito dalla definizione di comportamento a rischio.

Fig.11 Totale dei casi di infezione Hiv tra i nuovi utenti dei SerT. Periodo 1991-2014



³⁸ Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la salute, Lo stato dell'infezione da Hiv/Aids in Emilia-Romagna, Aggiornamento sull'epidemia al 21/12/2014

Fig.12 Positività all'Hiv degli utenti già in carico ai SerT. Periodo 1991-2014. (%)



Sul totale delle segnalazioni solo il 4,3% riguardano persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive (IDU, Injection Drug Users). Di queste, la maggior parte sono di sesso maschile (85,3%), determinando un rapporto maschi/femmine (5,8:1) doppio rispetto a quanto rilevato sul totale dei casi.

Per quanto riguarda l'età alla diagnosi, il 73,6% si è infettato tra i 30 e i 49 anni, mentre si registra un solo caso al di sotto dei 20 anni. Questo aspetto rispecchia la situazione attuale relativa all'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione generale, che vede, tra i giovanissimi, un utilizzo più frequente di sostanze stupefacenti assunte con modalità diverse da quella per via iniettiva endovenosa.

Le infezioni da epatite virale C

La tossicodipendenza, soprattutto legata alla pratica di assunzione di sostanze per via endovenosa, rappresenta oggi uno dei maggiori fattori di rischio per l'acquisizione dell'infezione Hcv. Ne consegue che la prevalenza dell'infezione causata dal virus dell'Epatite C (Hcv) nelle coorti di tossicodipendenti raggiunge percentuali oltre il 60%.

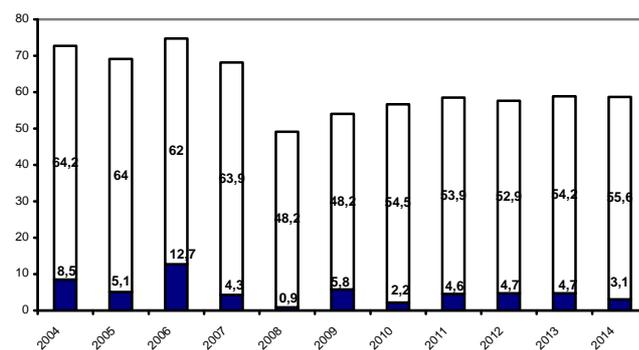
I fattori di esposizione alla malattia sono gli stessi già descritti per l'infezione Hiv e riguardano l'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa e i rapporti sessuali con soggetti affetti da Hcv. Tuttavia negli ultimi anni, in seguito alla sensibilizzazione ottenuta con le campagne anti-Aids, si assiste alla comparsa di una modalità di contagio per via parenterale "inapparente". Infatti, pur rilevando misure di precauzione efficaci nei confronti del virus Hiv, persistono comportamenti responsabili di infezioni da virus epatitici.

Oggi, anche in considerazione dell'efficacia ottenuta con la vaccinazione contro il virus

dell'Epatite B e al decremento delle infezioni da Hiv, la vera emergenza è rappresentata dall'infezione dell'Epatite C, per la sua caratteristica tendenza ad evolvere verso la cronicizzazione, fino alla cirrosi e al cancro³⁹. E' possibile che l'andamento in forte crescita dell'infezione Hcv tra gli eroinomani sia imputabile da una lato alle caratteristiche del virus e dall'altro ai differenti stili di vita dei soggetti.

Infine, problema di particolare rilievo è quello della co-infezione Hiv-Hcv, che si è iniziato ad osservare in seguito alla migliorata sopravvivenza conseguita con la terapia antiretrovirale altamente attiva. Va peraltro tenuto presente che l'Hiv nei confronti dell'Hcv aumenta il rischio di trasmissione sessuale o perinatale e di evolutività della malattia. L'Hcv, invece, nei confronti dell'Hiv incrementa il rischio di progressione in Aids e la potenziale tossicità dei farmaci antiretrovirali⁴⁰.

Fig.13 Positività all'Epatite C dei nuovi utenti e degli utenti già in carico ai SerT. Periodo 2004-2014 (%)



Il monitoraggio della Salute

Il SerT è un luogo privilegiato di osservazione dei propri utenti anche dal punto di vista infettivologico. Un buon rapporto tra utente ed operatore associato ad una funzionale organizzazione del servizio possono condizionare fortemente l'aderenza ai programmi di diagnosi e terapia delle patologie secondarie all'uso di droga e in questo modo condizionare le attese di vita questa popolazione.

Da questa prospettiva la Regione Emilia-Romagna ha adottato le linee guida per i percorsi di tutela della salute degli utenti

³⁹ Medicina delle Tossicodipendenze, Droga. Epatite C, anno XIV, n. 52/53, 2006.

⁴⁰ J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

alcol-tossicodipendenti dei Servizi per le dipendenze e del relativo monitoraggio⁴¹.

Nel documento vengono individuati i modelli e gli strumenti utili per tutelare la salute dei pazienti con dipendenza patologica attraverso il potenziamento delle attività di screening della salute con particolare riferimento ai test Hiv, Hcv e Hbv.

Come ribadito anche dalle linee di indirizzo ministeriali⁴², lo scopo dello screening è quello di identificare le malattie presenti nella popolazione tossicodipendente al fine di attivare interventi terapeutici tempestivi e alla gestione della terapia secondo le evidenze scientifiche. Questa strategia di indagini diagnostiche può portare alla riduzione della morbilità e della mortalità derivate dalle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

L'invecchiamento della popolazione già in carico al SerT e l'arrivo di nuova utenza con problematiche complesse, ha imposto un ripensamento sul monitoraggio della salute e delle malattie infettive per procedere ad interventi precoci e più efficaci.

L'Unità Operativa SerT ha definito una procedura per il monitoraggio della salute degli utenti tossicodipendenti e alcolisti afferenti al servizio con diagnosi ICD 10 (Capitolo V, gruppo F10-19, sindromi e disturbi comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive, codici F10, F11, F12, F13, F14, F16, F18, F19).

Lo screening proposto prevede, ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata, un percorso di valutazione sanitaria e monitoraggio dello stato di salute, che comprende routine degli esami ematochimici e routine Hiv, Hbv, Hcv, Hav.

Ai pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 100 pro/die viene proposta una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Ai pazienti con diagnosi in F14, eventuale valutazione ORL, elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e visita cardiologia. La routine di base è ripetuta annualmente.

Il programma mira al coinvolgimento del maggiore numero di pazienti in un percorso finalizzato alla prevenzione delle malattie infettive e sessualmente trasmesse e alla

diagnosi precoce delle patologie correlate all'uso di alcol e di sostanze psicotrope.

Nel 2014 sono stati sottoposti a screening 875 pazienti in carico ai SerT dell'Azienda UsI di Ferrara, di questi 86 erano nuovi ingressi e 824 erano già in trattamento. E' stato raggiunto un tasso di copertura pari al 71,5% al di sopra dello standard atteso del 50%.

Tab.5 Utenti sottoposti al monitoraggio della salute

	Utenti da screenare	Utenti screenati	Nuovi utenti già in carico	Utenti già in carico	% screenati
Ferrara	554	396	24	372	71,5%
Copparo	105	70	20	85	67%
Portomaggiore	185	132	12	120	71%
Codigoro	184	142	19	123	77%
Cento	196	135	11	124	69%
TOTALE	1.224	875	86	824	71,5%

Le azioni messe in campo dai servizi sono le seguenti:

- colloqui specifici incentrati sulla cura di sé, sui timori relativi alla salute, sui comportamenti a rischio, su pregresse problematiche di salute e relativi vissuti psicologici;
- interventi informativi e di counseling sulle patologie infettive (epatiti, Hiv), le modalità di trasmissione ed gli eventuali interventi terapeutici;
- interventi di collaborazione sia con i medici di medicina generale sia con l'U.O. Malattie Infettive, effettuati insieme all'utente finalizzati al supporto e all'adesione alle cure;
- interventi di supporto pratico in ambulatorio;
- accompagnamento nei casi in cui l'autonomia dell'utente è ridotta da parte del personale infermieristico e degli educatori professionali.

⁴¹ Regione Emilia-Romagna, Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD10 nei servizi per le dipendenze, 2010

⁴² Ministero della Salute, Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Linee di indirizzo, gennaio 2001.

La Mortalità Droga-Correlata

La mortalità connessa all'assunzione di sostanze psicotrope è uno degli indicatori che l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT), ha definito come strategici e rilevanti ai fini della valutazione delle politiche di prevenzione degli Stati europei.

Questa indicazione trova fondamento negli studi italiani ed europei che hanno dimostrato quanto il rischio di decesso nei tossicodipendenti sia elevatissimo rispetto alla popolazione generale. In particolare il gruppo di soggetti tossicodipendenti da eroina per via endovenosa contribuisce in modo consistente alla mortalità nella popolazione giovanile.

L'importanza della sorveglianza della mortalità ha motivato la scelta metodologica che sta alla base delle riflessioni del presente paragrafo, nel quale si analizzeranno i decessi direttamente riconducibile all'uso e abuso di sostanze psicotrope rilevati nella popolazione generale dai sistemi di registrazione ufficiali della mortalità nel periodo 1999-2014.

In particolare per decessi direttamente indotti da stupefacenti si intendono quelli direttamente provocati da un uso di sostanze e verificatisi poco dopo l'assunzione, identificati nelle seguenti cause indicate dalle linee guida europee⁴³: psicosi da farmaci, farmacodipendenza, abuso di droghe senza dipendenza, avvelenamento accidentale, suicidio e autolesione per avvelenamento, avvelenamento non specificato se accidentale o intenzionale.

Dai dati pubblicati dall'OEDT la mortalità direttamente correlata all'uso di stupefacenti è una delle principali cause di morte tra i giovani **in Europa**, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile, con età media attorno ai 35 anni, nelle zone urbane. Negli esami tossicologici sui decessi attribuiti all'eroina si riscontrano spesso anche altre sostanze potenzialmente implicate, in particolare l'alcol, le benzodiazepine o altri oppiacei e, in alcuni paesi, la cocaina. Secondo una recente iniziativa dell'OEDT, cui hanno partecipato nove paesi, solitamente vengono menzionate più sostanze nel 60-90% dei casi di overdose da oppiacei, per cui una parte considerevole di tutti i decessi correlati al consumo di

stupefacenti potrebbe essere dovuta alla poliassunzione.

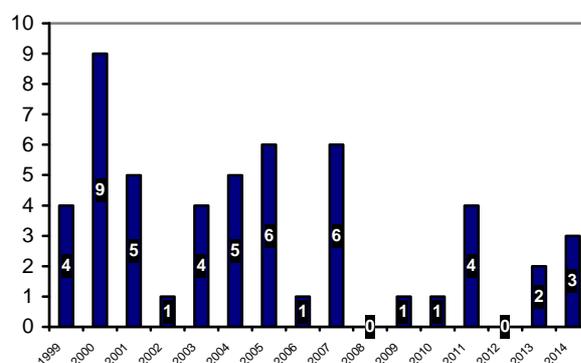
I decessi per overdose da cocaina risultano più subdoli rispetto ai decessi provocati dagli oppiacei, infatti quelli direttamente imputabili a un'overdose farmacologica sembrano poco comuni e, in genere, sono collegati all'assunzione di dosi massicce di cocaina.

I decessi riconducibili al consumo di ecstasy continuano a essere episodi rari. La presenza del metadone in una percentuale non trascurabile di decessi correlati agli stupefacenti è riferita da alcuni paesi, sebbene il ruolo svolto dal metadone, in mancanza di standard di segnalazione comuni, non sia sempre chiaro.

La definizione di decessi correlati agli stupefacenti data dall'OEDT riguarda i decessi provocati direttamente dal consumo di una o più sostanze stupefacenti, che si verificano poco dopo il consumo, usata generalmente per descrivere l'overdose e l'intossicazione.

Nella **provincia di Ferrara** i decessi droga-correlati per overdose e avvelenamenti da sostanze stupefacenti dal 1999 al 2014 sono stati complessivamente 52. Descrivendo le caratteristiche socio-anagrafiche delle persone decedute il rapporto maschi/femmine è di 7:1 con un'età media alla morte di 33,6 anni (33,5 Maschi, 34 Femmine). Come descritto in molti studi italiani il rischio di decesso tra i tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale rimane elevatissimo proprio perchè questo gruppo di soggetti contribuisce in modo consistente alla mortalità nelle classi di età giovanili di entrambi i sessi.

Fig.14 Trend dei decessi per overdose avvenuti sul territorio della provincia di Ferrara o. Periodo 1999-2014 – Valori assoluti



⁴³ La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: www.emcdda.europa.eu

Osservando l'andamento nel tempo dei decessi legati all'assunzione di oppioidi, nel periodo che va dal 1999 al 2014, l'analisi dei trend temporali della mortalità mostrano un andamento complesso.

I decessi acuti possono essere correlati all'assunzione di una particolare sostanza oppure dovuti alla poliassunzione. Inoltre ci sono altri fattori che possono influire, anche in maniera determinante, sull'evenienza di decesso per overdose, per esempio la tolleranza individuale nei confronti della sostanza, la purezza e i contaminanti tossici della sostanza nella miscela di strada, le associazioni di sostanze che possono indurre condizioni che rallentano o ostacolano il metabolismo di una di esse con l'effetto di aumentarne la concentrazione (sopra-soglia) per via della maggiore disponibilità e più lunga permanenza.

Dai dati resi disponibili l'abuso di oppioidi (per la maggior parte eroina) è risultata la causa principale di morte acuta (overdose e avvelenamenti), interessando un numero complessivo di 52 decessi nel periodo che va dal 1999 al 2014.

Analizzando i decessi acuti correlati all'utilizzo di cocaina si può ipotizzare di trovarci di fronte ad una sottostima epidemiologica del fenomeno (0 per cocaina). Questo può essere spiegato dalla difficoltà degli attuali sistemi di registrazione nel rilevare la cocaina come causa di decesso, perché meno immediatamente "attribuibile" e spesso esito di una concomitanza di cause, piuttosto che della sola azione tossica della sostanza stessa.

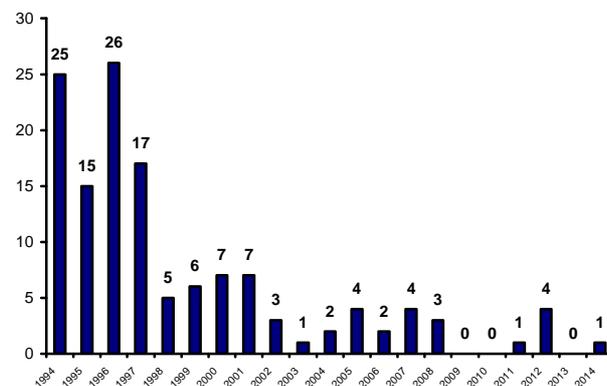
Studi condotti in Europa hanno messo in luce il fatto che, soprattutto nei consumatori con condizioni predisponenti o con fattori di rischio, i decessi per cocaina sono correlati al consumo cronico di questa sostanza e sono spesso la conseguenza di problemi cardiovascolari e neurologici provocati dal consumo nel lungo periodo. Inoltre va considerato che nelle segnalazioni di decessi in cui sia implicata la cocaina viene spesso rilevata anche la presenza di altre sostanze tra cui alcol e oppiacei, un fatto questo che rivela l'abitudine di consumare cocaina in associazione ad altre sostanze psicoattive.

Alla luce dei risultati emersi da studi nazionali ed europei non si può ignorare che i poliassuntori sono sempre più frequenti nelle abitudini di consumo e, a fronte di una riduzione dei decessi correlati all'uso di oppiacei, la diffusione nell'uso della cocaina e

delle combinazioni cocaina-morfina, eroina-benzodiazepine contribuisce a far presagire a breve un'inversione di tendenza nelle morti acute per droga. È noto che sia eroina che benzodiazepine causano una depressione respiratoria, quindi la loro co-assunzione potenzia questo effetto con maggiore possibilità di portare a decesso rispetto a ciascuna delle due sostanze prese singolarmente. Inoltre il rischio di overdose è incrementato dall'uso associato di alcol.

Uno **studio di coorte** sulla mortalità⁴⁴ condotto nella provincia di Ferrara sui tossicodipendenti da eroina in carico ai SerT, ha messo in luce un rischio di mortalità generale elevatissimo per entrambi i sessi. Infatti la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento era dell'80%; dei soggetti seguiti per 15 anni, il 35% era deceduto alla fine del follow-up. Dal punto di vista del peso delle singole cause, si confermano Aids e overdose come principali componenti dell'eccesso di mortalità osservato. Tuttavia negli ultimi anni l'epidemia di mortalità per Aids mostra una tendenza al ridimensionamento.

Fig.15 Trend dei decessi per Aids tra la popolazione conosciuta ai SerT della provincia di Ferrara. Periodo 2000-2014. Valori assoluti



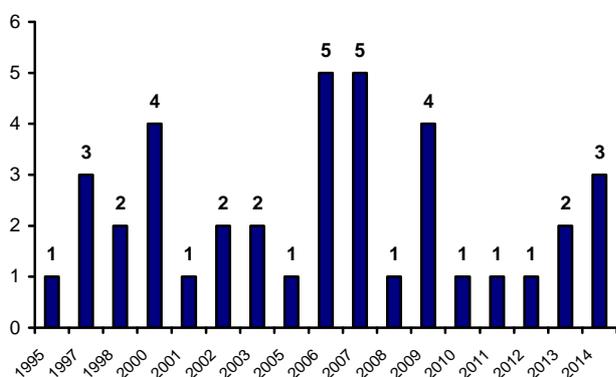
Dalla letteratura emerge che l'epidemiologia della infezione da Hcv tra i tossicodipendenti stia dimostrando un progressivo incremento delle nuove infezioni. Nella popolazione generale il 10% di chi si infetta con epatite C è destinato a sviluppare cirrosi e tumore del fegato nel corso della propria vita.

⁴⁴ G. Antolini, M. Pirani, G. Morandi, C. Sorio, Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999, *Epidemiologia e Prevenzione*, 30,2,2006.

Studi nazionali ed internazionali evidenziano che le epatopatie costituiscono la seconda causa di morte tra i pazienti con infezione da Hiv. La coinfezione da Hcv rappresenta infatti la più frequente causa di danno al fegato nel paziente con infezione da Hiv.

Quanto tempo richiede tale evoluzione non è determinato, ma dipende dall'intervento di co-fattori di danno tra i quali la presenza di concomitanti infezioni (co-infezioni), quali infezioni da virus dell'epatite B o da virus dell'immunodeficienza umana (Hiv) e il consumo anche moderato di alcol.

Fig.16 Trend dei decessi per Epatopatie tra la popolazione conosciuta ai SerT della provincia di Ferrara. Periodo 1994-2014. Valori assoluti



In considerazione dell'elevata incidenza della coinfezione Hiv e Hcv in tutto il mondo, lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche più efficaci e l'applicazione di linee guida per la gestione di questi pazienti rappresenta un obiettivo importante⁴⁵.

⁴⁵ JK. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, 4, 2004.

2.2 ALCOL

Consumo Rischioso, Dannoso, Alcoldipendenza

Consumo Rischioso

I dati sui consumi alcolici e i modelli di consumo rilevati nel nostro Paese nell'ultimo decennio sembrano confermare l'avvenuto passaggio a nuovi comportamenti e abitudini che segnano un allontanamento dal tradizionale modello di consumo mediterraneo.

Mentre resta stabile la quota dei consumatori di bevande alcoliche diminuisce infatti tra essi la quota di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto tra i giovani e gli adulti più giovani; e aumenta contestualmente quella delle persone che oltre a vino e birra bevono anche altre bevande alcoliche, aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti e con frequenza occasionale.

In Italia il *binge drinking*, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, sembra ormai diffuso stabilmente e riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne. È molto cresciuta nell'ultimo decennio la quota di consumatori che bevono alcol al di fuori dei pasti, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%). Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di quasi 9 milioni di persone, e in particolare il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475.000 minori per i quali il consumo dovrebbe essere pari a zero⁴⁶.

Questa popolazione di giovani consumatori si caratterizza per un uso spesso contemporaneo, talora anche importante, di sostanze diverse più che per una vera e propria dipendenza da una ben definita sostanza.

Il Consumo Rischioso (*hazardous*), o modalità del bere che può determinare un rischio in caso di persistenza, si attiva all'interno di ritualità particolari con assunzioni finalizzate non solo a provare gli effetti delle sostanze, ma anche ad adottare stili di vita caratterizzati dalla ricerca di sensazioni forti. Anche se solo una piccola parte di loro svilupperà una vera e propria

dipendenza da sostanze, è pur vero che durante questa fase dell'esistenza i giovani sperimentatori di sostanze sono esposti al rischio, non soltanto di un danno biologico a lungo termine, ma soprattutto di un danno immediato dovuto a comportamenti inadeguati conseguenti alle alterazioni percettive e cognitive prodotte da queste sostanze.

In più occasioni si è fatto cenno alla assai rilevante frequenza con cui si verificano gravi incidenti stradali tra i giovani al di sotto dei 25 anni durante i fine settimana.

La tendenza agli eccessi e le alterazione della capacità critica e discriminatoria possono tradursi anche in altri comportamenti ugualmente rischiosi, come il discontrollo dell'aggressività o le condotte sessuali irresponsabili, solo per citare i più comuni.

L'alcol occupa un posto di primo piano tra le sostanze preferite dai giovani: consumato da solo o in associazione con altre sostanze e comunque nella stragrande maggioranza dei casi minimo comune denominatore di serate "spericolate" in quanto efficace "farmaco" al contempo disinibente e sedativo.

Se prendiamo in considerazione la realtà italiana, la cultura del bere "mediterranea" (bagnata), caratterizzata dal consumo di vino con prevalenti valori d'uso alimentare e comunque conviviale, ha lasciato il posto a quella "anglosassone" (asciutta), con consumi prevalenti di birra e superalcolici, concentrati per lo più nel fine settimana e con valore d'uso intossicante.

Nuovi aspetti permettono di cogliere alcuni elementi di evoluzione del modello "bagnato" verso un modello "umido", caratterizzato dall'affiancarsi al modello tradizionale di alcuni aspetti del bere nordico. Innanzitutto la drastica riduzione dei consumi di vino e la rilevanza assunta da bevande alcoliche come birra e superalcolici; la crescente rilevanza del valore d'uso intossicante, attribuito in particolare a nuove bevande alcoliche; l'uso dell'alcol in frequente abbinamento con altre sostanze illegali; la crescente rilevanza di nuove categorie di bevitori, quali i giovani e le donne; il cambiamento delle caratteristiche del bere smodato, meno frequente ma più visibile; il cambiamento dell'immagine del bevitore e della relativa emarginazione.

Questo nuovo modello del bere "umido" è caratterizzato quindi da una parte dalla persistente prevalenza dei valori d'uso tipici del modello bagnato, alimentare e socializzante, e dall'altra dall'introduzione di

⁴⁶ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2010

nuove bevande alcoliche, in particolare della birra, tipiche del modello asciutto. Questo lo scenario entro cui si colloca il consumo di alcol in particolare nelle popolazioni giovanili, nel quale prendono forma i problemi alcolcorrelati, spesso sottovalutati come problemi sanitari, se non addirittura considerati incidenti di un percorso del tutto "normale".

A fronte dei cambiamenti nello scenario sociale i Servizi hanno messo in campo nuove strategie di promozione di stili di vita salutari nei confronti dei giovani bevitori definiti "contestuali", che bevono fino a raggiungere l'effetto intossicante, solo in particolari situazioni di tipo sociale.

Per il bevitore contestuale al centro dell'esperienza non c'è solo l'alcol, ovvero il rapporto con una sostanza specifica, ma soprattutto l'effetto sociale, il divertimento, la conformità alle aspettative di un gruppo di riferimento, i significati attribuiti ad un particolare contesto che condiziona i comportamenti individuali.

Per il bevitore contestuale perciò il perno centrale intorno al quale tutto ruota è il gruppo sociale di riferimento, la cui pressione determina le scelte del soggetto: per questo motivo l'esempio più facile e chiaro di bevitore contestuale è quello dell'adolescente.

Gli interventi di prossimità hanno permesso ai servizi di incontrare i giovani nei loro luoghi di incontro, al fine di creare una comunicazione adeguata alla loro cultura e in cui possano ricevere informazioni corrette sulle conseguenze dell'uso di sostanze psicoattive.

Queste nuove strategie di intervento costituiscono l'occasione per attivare approcci differenziati di intervento incentrate sul potenziamento dei fattori di protezione attraverso.

Consumo Dannoso e Alcoldipendenza

Il consumo di alcol rappresenta indubbiamente un problema rilevante che spesso si traduce in gravi conseguenze sulla salute dei soggetti. È ritenuto uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, soprattutto in relazione ad alcuni fenomeni che interessano le giovani generazioni, quali l'aumento dei consumatori in età precoce e il passaggio ad una cultura del bere "binge" concentrata nel fine settimana e finalizzata

all'effetto inebriante dato da quantità eccessive di bevande alcoliche.

Oltre alle patologie correlate, l'abuso di alcol è associato ad una elevata mortalità soprattutto tra i giovani di sesso maschile di età compresa tra i 15-29 (1 su 4) e tra le giovani donne (1 su 10)⁴⁷.

Le evidenze epidemiologiche di importanti studi nazionali e internazionali confermano la correlazione tra il consumo di alcol e il rischio di malattie croniche, incidentalità stradale, domestica, lavorativa, danni sanitari e sociali⁴⁸.

Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

I target maggiormente vulnerabili sono i giovani e gli anziani.

La sezione europea delle politiche per l'alcol **dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, in questi anni ha posto l'attenzione sulle Alcohol Free Situations, ossia quelle circostanze, occasioni, periodi della vita in cui è appropriato evitare l'uso di alcol: in età infantile e adolescenziale, in gravidanza, nei luoghi deputati allo sport, nel corso di eventi musicali, nei luoghi di aggregazione giovanile, sui luoghi di lavoro, alla guida di veicoli. Essa ha anche formulato una classificazione (ICD-10) relativa ai differenti livelli di rischio alcolcorrelato:

Consumo Rischioso (hazardous): modalità del bere che può determinare un rischio in caso di persistenza;

Consumo dannoso (harmfull): modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale;

Alcoldipendenza: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere.

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, considera a maggior rischio tutti gli individui che soddisfino uno dei seguenti criteri specifici:

- donne che eccedono i 20 g. di alcol/die;
- giovani <15 anni che assumo una qualsiasi quantità di alcol;

⁴⁷ Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008, EMCDDA, Lisbona, 2008

⁴⁸ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2014

- giovani tra i 16 e i 18 anni che consumano più di una unità al giorno;
- ultra 65enni che eccedono il consumo di una unità/die;
- gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 unità di alcol (binge drinking).

In **Europa** l'alcol è responsabile di 195.000 morti l'anno, è la terza causa di mortalità prematura ed è causa di circa 60 malattie e condizioni patologiche⁴⁹.

Gli effetti dell'alcol portano ad un carico di mortalità prematura, disabilità e malattie croniche evitabili a fronte di una maggiore responsabilità da parte di chi beve, di chi è deputato a tutelare la salute e di chi propone le bevande alcoliche per il consumo. Il dato italiano del 2003 sul consumo medio pro capite è di 10,45 litri ed è decisamente al di sopra di quello di 6 litri da raggiungere per il 2015.

Negli ultimi 30 anni il calo dei consumi di vino ha portato ad una diminuzione del consumo pro capite, sebbene sia stata evidenziata un'inversione di tendenza per i superalcolici e la birra che registrano un lieve aumento.

Per quanto riguarda **l'Italia**, dalla Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati 2014 evidenzia che il 63,9% degli italiani di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,5%) rispetto alle femmine (51,2%).

Il 22,7% dei consumatori beve quotidianamente (34,4% tra i maschi e 11,7% tra le femmine). La quota complessiva dei consumatori si presenta in lieve calo rispetto a quella dell'anno precedente, mentre più marcato appare il calo dei consumatori giornalieri, che nel passano dal 23,6% al 22,7%.

Aumentano i consumatori occasionali (che passano dal 37,6% al 41,2%) e i consumatori fuori pasto (dal 24,8% al 25,8%).

L'assunzione di alcol a stomaco vuoto produce, a parità di quantità assunte, livelli di alcolemia più elevati, esponendo dunque a un maggiore rischio di conseguenze negative a livello sanitario e sociale.

Tra i nuovi comportamenti che hanno modificato il tradizionale modello di consumo

alcolico del nostro Paese, rendendo sempre meno frequente il consumo quotidiano e moderato di vino ai pasti, il consumo fuori pasto e sicuramente tra quelli a maggiore diffusione, soprattutto tra i giovani e i giovani adulti, che lo adottano spesso nell'ambito di occasioni e contesti legati al divertimento e alla socializzazione.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra i maschi nella fascia di età 18-44 anni con circa un maschio su due che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=50,5% e 25-44=48,4% rispettivamente) e tra le femmine nella classe di età 18-24 anni (37,1%); oltre tali età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente.

Le classi di età con percentuali più basse risultano essere quella al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi a cui si aggiunge quella delle ultra75enni per le femmine. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle femmine per tutte le classi di età ad eccezione di quella degli 11-15 anni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative.

I giovani italiani di 17-18 anni si distinguono per una prevalenza di consumi di alcolici frequenti tra le più basse in Europa; l'aspetto di maggiore debolezza nella popolazione giovanile è la bassa età del primo contatto con le bevande alcoliche, 12,2 anni di età contro i 14,6 della media europea (primato negativo nei 25 dell'U.E.) e l'alta prevalenza di consumatori di bevande alcoliche in età al di sotto di quella legale pari al 17,6% dei giovani tra gli 11 ed i 15 anni.

Binge drinking: fra le persone di 11 anni e più il 6,3% ha dichiarato di aver consumato almeno una volta 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione. Il *binge drinking* riguarda il 10,4% dei maschi ed il 2,5% delle femmine, la percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età.

Il *binge drinking* è diffuso maggiormente tra i giovani di 18-24 anni, rappresentando la quasi totalità del consumo a rischio in questa fascia di età. Nel 2014 il 15,1% dei giovani fra i 18 e i 24 anni ha dichiarato comportamenti *binge drinking*, il 21,9% tra i maschi e l'8,1% tra le femmine. I giovani lo praticano soprattutto nei contesti della

⁴⁹ Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS.

socializzazione e del divertimento collettivo, spesso bevendo volontariamente fino ad arrivare all'ubriachezza e all'intossicazione alcolica. I luoghi dove si eccede di più sono: il bar, pub o birreria (40,5%), la propria casa o quella di amici o parenti (38%), la discoteca o night (16,2%), il ristorante, la pizzeria, osteria (7,3%), luoghi all'aperto o per strada (6,8%), altri luoghi come i punti per la degustazione o i vinoforum (7,4%).

Sulla base delle nuove indicazioni scientifiche sono quindi considerati a rischio gli adolescenti al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica, gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di 2 UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di 1 UA standard e tutte le persone indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso il nuovo indicatore di sintesi, nel 2014 è stata pari al 23,4% dei maschi e al 8,8% delle femmine di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che non si attengono alle nuove indicazioni di sanità pubblica.

L'analisi per genere e classi di età mostra che le fasce di popolazioni più a rischio sono quelle dei 16-17enni (M=51,1%, F=34,8%) che non dovrebbero mai consumare bevande alcoliche e quelle di giovani anziani 65-74enni (M=42,1%, F=10,6%).

Verosimilmente per la mancata conoscenza dei rischi che possono causare alla loro salute adottando uno stile di vita non corretto sono a rischio circa 500.000 adolescenti e 1.600.000 anziani, individui per i quali è fondamentale sviluppare delle politiche di sensibilizzazione al problema del consumo oltre i limiti raccomandati.

Le percentuali più basse si registrano tra i maschi nelle fasce di età dei ragazzi degli 11-15enni e degli adulti 45-64enni mentre tra le femmine nelle fasce di età giovanili e molto anziane (ultra 75enni).

Le percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle di sesso femminile per tutte le classi di età ad eccezione di quella degli 11-15enni, dove invece non si registrano differenze statisticamente significative.

In **Emilia-Romagna** su un campione di 2.446 soggetti intervistati nello Studio PASSI, emerge che l'83,1% degli uomini e il

55,7% delle donne riferisce di aver bevuto almeno una unità alcolica (birra, vino, liquore) nell'ultimo mese.

Il 57% ha dichiarato di consumare alcol durante la settimana e il 43% durante il fine settimana.

Complessivamente i bevitori a rischio in Emilia-Romagna sono circa il 23% degli intervistati (1/4); questa stima corrisponde a 690.000 persone di cui 57.000 nella fascia di età 18-24 anni. Il 14% è classificabile come forte bevitore, l'8% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto, il 7% è classificabile come bevitore binge.

Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente nei giovani di 18-24 anni (47%), negli uomini, nelle persone con difficoltà economiche.

I bevitori *binge* rappresentano il 7% degli intervistati, e sono maggiormente diffusi nella fascia 18-34 anni, negli uomini e nelle persone con istruzione medio-alta.

In Emilia-Romagna solo un sesto degli intervistati (16%) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Solo il 3% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno, tra i bevitori a rischio questa percentuale è dell'8%, tra i bevitori *binge* dell'11%.

Lo studio conclude sottolineando che in regione si stima che circa ¼ della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcolici che possono essere definite a rischio per quantità e modalità di assunzione. Sotto i 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio.

Nella **provincia di Ferrara**, dall'indagine nazionale ESPAD-Emilia-Romagna del 2014 risulta che l'86,7% (M89,3%;F84,1%) degli studenti di scuola secondaria di secondo grado (15-19 anni) ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita, il 78,9% (M 82,9%; F 75,0%) nel corso dell'ultimo anno.

Dallo studio emerge che il consumo di bevande alcoliche caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i sessi, di tutte le classi di età e aumenta al crescere dell'età: nei maschi passa dal 77,2% dei 15enni al 93,6% dei 19enni. Tra le femmine passa dal 73,6% al 92,7%. In entrambi i sessi il passaggio dai 15 ai 16 anni è contraddistinto da un rilevante incremento dei consumatori, raggiungendo tra i 16enni una quota pari a 87,9% nei maschi e 85,5% nelle femmine.

Rispetto alla pratica del *binge drinking* a Ferrara emerge che il 37,3% dei maschi e il 26,1% delle femmine ha assunto in un'unica occasione 5 o più bevande alcoliche di fila negli ultimi 30 giorni.

Dai dati regionali si rileva che le quote di studenti che praticano questa abitudine del bere tendono ad aumentare al crescere dell'età: infatti se a 15 anni il 19,2% dei maschi e il 16,3% delle femmine ha adottato questo comportamento nell'ultimo mese, a 19 anni è la metà dei ragazzi (47,5%) e il 31,8% delle femmine a praticarlo.

In entrambi i generi nel passaggio dai 15 ai 16 anni i *binge drinkers* aumentano in modo considerevole raggiungendo il 32,5% tra i maschi e il 27,7% tra le femmine.

Il fenomeno dell'alcolismo nella popolazione della provincia di Ferrara

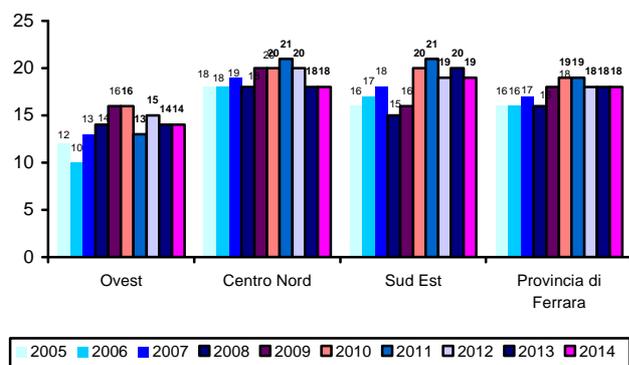
Per stimare il fenomeno dell'alcolismo nella provincia di Ferrara sono stati analizzati i dati relativi ai **sogetti in carico ai Centri Alcolologici dell'Azienda Usl di Ferrara**.

Dallo studio è stato possibile stimare la dimensione del fenomeno del consumo problematico e della dipendenza da alcol nella popolazione residente nella provincia di Ferrara.

Il **tasso di prevalenza** nel 2014 è risultato pari a 18 soggetti con problemi alcolcorrelati ogni 10.000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore nei maschi rispetto alle femmine (M=41; F=17).

Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza i distretti Sud Est e Centro Nord si collocano al di sopra della media provinciale con 19 e 18 soggetti con problemi alcolcorrelati ogni 10.000 abitanti, segue il Distretto Ovest con 14/10.000.

Fig.1 Tassi di prevalenza di soggetti con problemi alcol-correlati per 10.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2005-2014



Come si può osservare esiste una discreta variabilità territoriale nell'abuso di alcolici. Queste differenze legate all'origine del bere possono essere influenzate da fattori culturali, ambientali e sociali profondamente radicati nel costume del territorio.

In particolare per la realtà di Ferrara i distretti socio-sanitari si differenziano sia per specifiche caratteristiche di territorio, sia di struttura della popolazione.

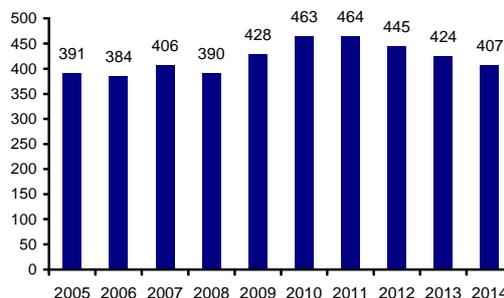
Nel confronto territoriale si collocano al di sopra della media provinciale (18/10.000) i Comuni di Copparo (26/10.000), Ro (30/10.000), Jolanda (23/10.000), Tresigallo (22/10.000); Fiscaglia (23/10.000), Ostellato (20/10.000), Portomaggiore (31/10.000) e Argenta (22/10.000), Goro (40/10.000).

Caratteristiche dei soggetti con problemi alcol-correlati

La domanda di trattamento pervenuta ai Centri Alcolologici della **Regione Emilia-Romagna** ha registrato un significativo incremento nei primi anni di apertura dei Centri, così come è accaduto nella maggior parte delle regioni italiane e negli altri paesi europei.

A partire dal 2011 nei Centri Alcolologici dell'Azienda Usl di Ferrara si è assistito ad un decremento medio di -4% annuo passando da 464 utenti in carico nel 2011 ai 407 nel 2014. I tassi di prevalenza dei pazienti residenti sulla popolazione target passano da 19/10.000 abitanti nel 2011, a 18 nel 2014.

Fig.2 Distribuzione annuale degli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Periodo 2005-2014. Valori assoluti



Nel corso del 2014 nella provincia di Ferrara i soggetti che si sono rivolti ai servizi pubblici e privati per problemi alcol correlati sono stati 407, con un'età media di 48 anni.

In prevalenza si tratta di italiani (84,1%), residenti sul territorio ferrarese (95,8%), celibi o nubili (46,3%), un livello di istruzione basso (64,6% licenza elementare/media inferiore/diploma professionale), il 42,7% ha

un lavoro regolare ma il 35,4% in condizioni di precarietà economica (25,6% disoccupato; 9,8% lavoro precario), il 13,4% è pensionato; in prevalenza sono incensurati (79,3%), il 9,3% ha avuto delle denunce e il 4,9% delle carcerazioni.

Fig.3 Distribuzione dell'utenza totale distinta per distretto. Periodo 2000-2014. Valori assoluti

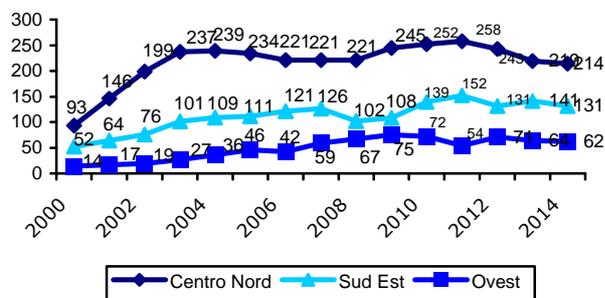
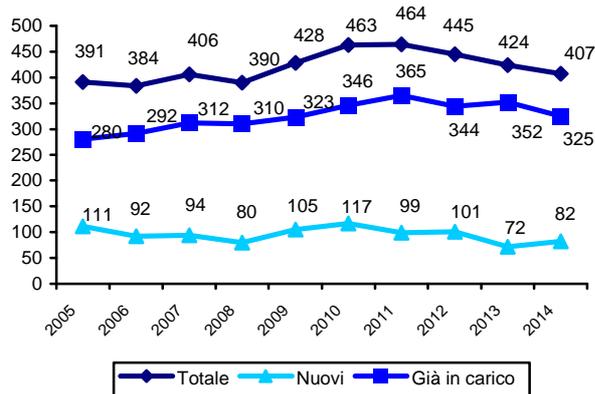


Fig.4 Distribuzione dell'utenza totale distinta in nuovi utenti e già in carico. Periodo 2005-2014. Valori assoluti



Dall'analisi delle caratteristiche della popolazione che si è rivolta ai servizi emerge come i problemi alcolcorrelati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (72,5%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,5 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=48; F=49) (min20- max77).

Le fasce di età più numerose sono quelle che vanno dai 40 ai 49 anni (36,4%) e dai 50 ai 59 anni (26%).

Agli estremi della curva troviamo gli anziani ultra 60enni che rappresentano il 16,7% dell'utenza e i giovani con età compresa tra i 20 e i 29 anni che raggiungono il 3,7% del totale dell'utenza in carico.

Fig.5 Utenti distinti per classi di età (%)

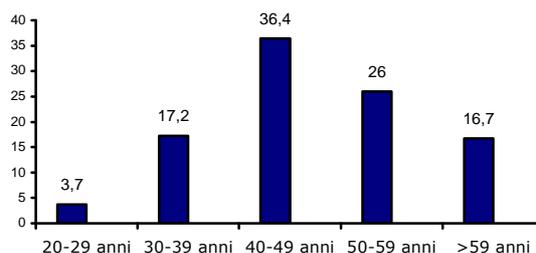


Fig.6 Utenti distinti per titolo di studio (%)

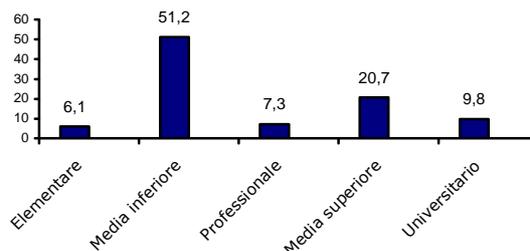
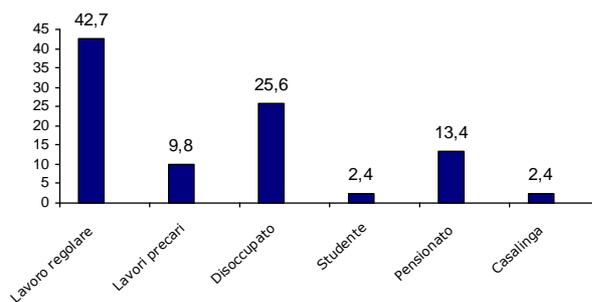


Fig.7 Utenti distinti per condizione lavorativa (%)



Nei pazienti seguiti dai Centri Alcolologici spesso si registra un consumo concomitante di più tipi di alcolici legati in genere ai diversi momenti della giornata, tuttavia la sostanza primaria più consumata è rimasta il vino (62,2%), seguito dalla birra (23,6%), dai superalcolici (8,8%) e aperitivi, amari, digestivi (3,7%).

In linea con i dati nazionali, tra l'utenza complessiva il 7,3% presenta un abuso di alcol associato ad un uso concomitante di sostanze stupefacenti.

Il 22,9% dei pazienti ha un consumo quotidiano contro l'8,6% che presenta una frequenza di assunzione nel fine settimana o saltuaria nel mese.

Il 13% dei pazienti assume alcol sia ai pasti che fuori dei pasti, il 15,5% solo fuori pasto e il 2,9% solo durante i pasti.

Fig.8 Utenti distinti per sostanza d'abuso (%)

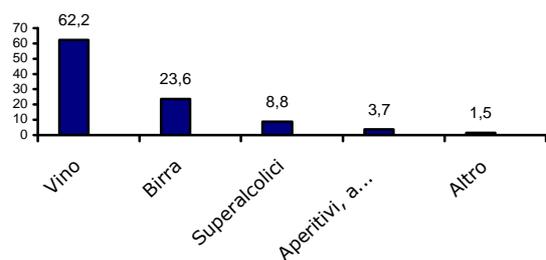


Fig.9 Utenti distinti per frequenza d'uso della sostanza (%)

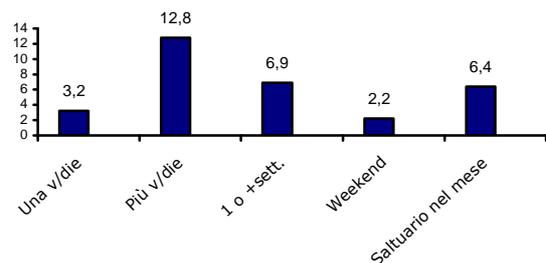
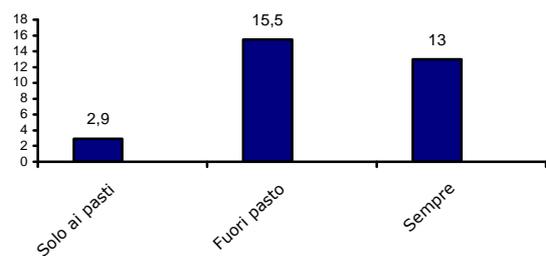
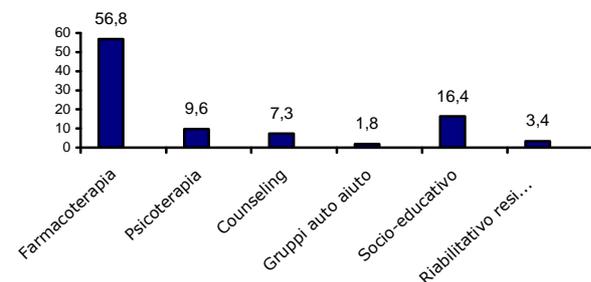


Fig.10 Utenti distinti per modalità di consumo (%)



Nelle persone alcol dipendenti di frequente si riscontrano problematiche sanitarie, psicologiche e sociali gravi che richiedono specifici trattamenti terapeutici.

Fig.11 Utenti distinti per tipo di terapia (%)



Nel 2014 le terapie farmacologiche ambulatoriali hanno riguardato il 56,8% dei pazienti, i trattamenti socio-educativi il 16,4% e i trattamenti di psicoterapia individuale e familiare il 9,6%. Il 7,3% è sottoposto a counselling e l'1,8% ha seguito gruppi di mutuo aiuto.

La **dipendenza da alcol** è il disturbo cronico derivato dal consumo di bevande alcoliche con *modalità compulsiva* (perdita del controllo) e *continuativa* (recidivante) con la *comparsa di tolleranza* (bisogno di dosi sempre più elevate), *astinenza*, *desiderio persistente*, *interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative*, *uso continuativo della sostanze nonostante la comparsa di danni fisici, psichici e sociali* (depressione, blackout⁵⁰, epatopatie ecc.).⁵¹ Dall'analisi delle SDO, un ricovero su tre avviene per problemi legati alla dipendenza da alcol, di questi circa il 20% dovuto ad intossicazione acuta.

L'intossicazione acuta si caratterizza per la presenza di comportamenti maladattivi o modificazioni psicologiche (comportamento sessuale o aggressivo inappropriato, labilità d'umore, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo).

Queste modificazioni sono accompagnate da manifestazioni evidenti di pronuncia indistinta, in coordinazione, marcia instabile, nistagmo, deficit dell'attenzione o della memoria, stupor o coma.

La dipendenza da alcol non si differenzia concettualmente da quella che si può sviluppare verso altre sostanze psicoattive. Infatti giocano un ruolo determinante fattori quali la gradevolezza della sostanza e le forti spinte sociali ed economiche al consumo, la sua legalità ed amplissima disponibilità, la vulnerabilità biologica individuale su base genetica. Tali fattori portano ad un processo di "hooking" (uncinamento) del soggetto assuntore con conseguente ripetizione compulsiva della condotta.

Diversamente **l'abuso** è una modalità patologica d'uso di una sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate, che si verificano ripetutamente in un periodo indicativo di 12 mesi, oppure essere persistenti. L'abuso porta al manifestarsi di una delle seguenti condizioni: incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (ripetute assenze, scarse prestazioni, sospensioni, trascuratezza); uso della sostanza in situazioni rischiose (guida di un'auto, uso di

⁵⁰ Deficit transitorio della coscienza e della memoria

⁵¹ F. Fantozzi, "Diagnosi e trattamento dei disturbi correlati all'alcol", in C. Annovi, R. Biolcati, R. Di Rico (a cura di), Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, FrancoAngeli, 2006

macchinari); ricorrenti problemi legali (arresti per condotta molesta, guida in stato di ebbrezza); problemi sociali o interpersonali (discussioni, scontri fisici, abusi contro i bambini)⁵².

Possono manifestarsi in associazione ad intossicazione (intossicazione alcolica idiosincrasia) o ad astinenza (delirium da astinenza da alcol, e sindrome da astinenza da alcol) le sindromi psicotiche che comprendono le demenze da alcol e le psicosi alcoliche non specificate (deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzati, catatonìa).

Oltre al **consumo medio giornaliero** di alcol, pare molto importante anche la durata dell'abuso, infatti nessun soggetto che assuma più di 160 grammi di alcol/die sviluppa cirrosi se la durata è inferiore a cinque anni. Se invece tale consumo si mantiene per più di venti anni circa il 50% dei pazienti tende a sviluppare questa patologia. Non vi è correlazione col tipo di bevanda assunta, ma solo con il suo contenuto alcolico, in quanto gli altri numerosi costituenti non risultano essere epatotossici. Da rilevare inoltre che il consumo quotidiano protratto risulta più dannoso di quello saltuario, e che il rischio di epatopatia è legato principalmente al consumo continuativo di grandi quantità di alcolici per molti anni.

Per quanto riguarda il genere, è ormai accertato che quello femminile è più suscettibile all'epatopatia alcolica rispetto al maschile, ritenendosi tossiche per le donne dosi alcoliche del 30% inferiori a quelle indicate per gli uomini. Infine nelle donne si osserva un rischio maggiore di progressione della epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol⁵³.

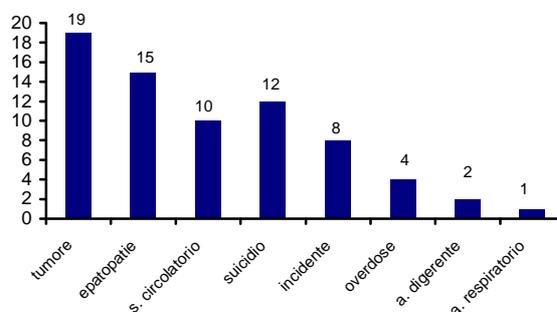
La mortalità alcolcorrelata

Relativamente alla mortalità alcol correlata i trend nazionali⁵⁴ dimostrano un andamento decrescente a partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), ma meno evidente per le patologie acute (incidenti stradali e domestici, intossicazione etilica, cadute

accidentali), che sembrano essere poco influenzate dalla riduzione complessiva dei consumi.

L'analisi delle recenti evidenze scientifiche internazionali mette in risalto la riduzione della mortalità per la cardiopatia ischemica a livello di popolazione, conseguente al consumo di quantità limitate di alcol, con vantaggi per la salute che comunque non si verificano al di sotto dei 35-45 anni di età. In termini di salute pubblica ciò significa che risulta opportuno incoraggiare la moderazione e informare la popolazione sui rischi derivanti dal consumo di alcol che ha ripercussioni negative su decine di patologie e sul rischio cardiocoronarico.

Fig.12 Decessi per patologie alcolcorrelate osservati nella popolazione in trattamento presso i Centri Alcolgici. Valori cumulativi 2005- 2014



Sul territorio della provincia di Ferrara nel 2014 sono stati osservati 17 decessi alcolcorrelati (8 a Ferrara, 4 a Copparo, 2 a Cento, 2 a Codigoro e 1 a Portomaggiore), che si sono verificati per il 72,7% nei maschi e per il 27,3% nelle femmine. L'età media alla morte è di 54 anni (min 42 - max 74).

Se osserviamo tutti i casi di decesso nel periodo che va dal 2005 al 2014 tra le cause di morte si colloca al primo posto il tumore (19 casi), seguito dalle epatopatie (15 casi), dal suicidio (13 casi) e dalle malattie del sistema circolatorio (10 casi). In misura minore si rilevano 8 casi di incidente stradale, 4 overdose, 2 casi di malattie dell'apparato digerente e 1 caso di malattia dell'apparato respiratorio.

I danni epatici includono, in ordine di frequenza, le cirrosi epatiche ossia lo stadio finale della lesione epatica da alcol irreversibile; la steatosi epatica alcolica, che si manifesta nella maggior parte dei forti bevitori, ma è reversibile con la sospensione del consumo di alcol; le epatiti acute alcoliche derivanti dall'assunzione di grosse quantità di alcol, che nei casi più severi può determinare un rischio di morte.

⁵² DSM IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005

⁵³ F. Magnolfi, Fattori di rischio dell'epatite alcolica, in D. Agiolini, P.E. Di Mauro (a cura di), Manuale di alcologia, Le Balze, Siena, 2000

⁵⁴ Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità

L'epatopatia è la conseguenza più attesa dell'abuso alcolico dal momento che il fegato è la sede dove avviene prevalentemente la metabolizzazione dell'alcol. Certamente l'entità del consumo medio delle bevande alcoliche è il fattore di rischio principale per la genesi del danno epatico.

Conclusioni

Gli alcolisti con problemi legati ad abuso protratto nel tempo e quindi con situazioni di cronicizzazione e dipendenza che sono seguiti dai Centri Alcologici e i tossicodipendenti da sostanze psicotrope con consumo/abuso concomitante di alcol sono seguiti dai Centri Alcologici dell'Azienda Usl di Ferrara

In questo panorama i Centri Alcologici confermano il loro ruolo di centralità nella risposta territoriale alle problematiche di abuso di alcol in termini di diagnosi, cura e riabilitazione specializzandosi su un target di utenza prevalentemente adulta, con una cultura tradizionale del bere e un consumo protratto negli anni.

Ora tenendo conto che anche in Italia si è andata affermando una cultura del bere

definita "umida", che accanto ai tradizionali stili di consumo, associati al cibo e alla convivialità, associa un incremento dei consumi di birra e superalcolici concentrato nel fine settimana e finalizzato all'effetto intossicante (*binge drinking*), si rende necessario prestare molta attenzione a queste nuove tipologie di giovani abusatori occasionali, che associano spesso l'alcol alle sostanze stupefacenti.

Tenuto conto che l'alcol continua a rappresentare una delle principali cause di morbilità in termini di rischio attribuibile e che il numero di alcolodipendenti afferenti ai servizi pubblici rappresenta solo la punta di un iceberg, in questi ultimi dieci anni il sistema dei servizi si è trovato a dover rispondere alla richiesta di interventi specifici e mirati, che hanno coinvolto professionisti di discipline diverse con una specifica preparazione. Inoltre la diffusione di comportamenti a rischio correlati all'uso di bevande alcoliche in tutte le fasce di età nella popolazione generale ha richiesto azioni di prevenzione selettiva e interventi di prossimità mirati ed estesi su tutto il territorio.

3. GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

3.1 Implicazioni Sociali

Il gioco d'azzardo si presenta come una categoria altamente complessa, poiché coinvolge l'aspetto culturale, sociale, politico ed economico di una realtà nazionale e risulta essere caratterizzato da molteplici possibilità di attuazione, sia nel gioco lecito che in quello illecito.

Tra gli effetti più pericolosi sicuramente al primo posto va collocato il rischio legato alle perdite a livello economico del privato cittadino, che determina l'insorgere di debiti che avranno un impatto rilevante sullo status, sul sistema delle relazioni sociali e sulla condizione psicologica-patologica soggettiva del giocatore.

Negli ultimi anni a livello nazionale si è notevolmente investito nel gioco d'azzardo come dimostrano la moltitudine di nuovi giochi presenti sul mercato, le manovre di legalizzazione, l'esplosione del fenomeno delle scommesse e dei giochi online velatamente accompagnate da campagne pubblicitarie.

L'Italia si classifica al terzo posto tra i paesi che giocano più al mondo e al primo posto in Europa⁵⁵, e presenta un grado di diffusione tale da destare preoccupazione e allarme sociale, sia dal punto di vista delle istituzioni adibite al controllo, sia per la popolazione generale.

La propensione al gioco, accompagnata da un periodo critico per l'economia nazionale, incrementa la speranza di poter cambiare la propria esistenza attraverso il gioco, assumendo la dimensione di fenomeno di massa, visto che il suo giro d'affari rappresenta la terza impresa per fatturato del nostro Paese.

In questo contesto non si può non considerare la posizione contraddittoria dello Stato che, da una parte amplia a dismisura l'offerta di gioco e dall'altra si erge quale principale organo di tutela delle nuove generazioni dal rischio di ludopatie. Esiste infatti una netta contrapposizione di interessi poiché il gioco è un settore rilevante in termini di entrate, che lo Stato non è in grado di rinunciare, nonostante

debba poi tener conto delle forme di dipendenza e di altri costi sociali.

La scelta di affidare allo Stato la gestione del comparto giochi trova la sua ragione d'essere nel garantire che gli introiti erariali corrispondano ad un livello compatibile con i maggiori interessi pubblici, come la tutela dei consumatori, delle fasce deboli sensibili a fenomeni di dipendenza ed il contrasto alla illegalità.

Nonostante l'originaria intenzione, in realtà il gioco ha assunto i contorni di una forma di mercato equiparabile a molte altre, favorendo un sensibile incremento della sua offerta (aumento dei luoghi adibiti al gioco, dilatazione dei tempi di gioco) ed estendendo l'accesso al gioco anche a quelle fasce della popolazione precedentemente non dedite a tale pratica (minori, donne, disoccupati, anziani).

Le innovazioni tecnologiche hanno aperto la strada al gioco online aumentando la disponibilità e gli spazi per giocare, legittimando socialmente questo tipo di attività con un processo di liberalizzazione politica e sociale che ha coinvolto condotte precedentemente stigmatizzate considerate ora lecite espressioni del proprio stile di vita.

3.2 Cura e riabilitazione

I giochi d'azzardo sono tutti quelli nei quali si gioca per vincere denaro e nei quali il risultato del gioco dipende, del tutto o in parte, dalla fortuna piuttosto che dall'abilità del giocatore. (art.721 del Codice Penale). I giochi d'azzardo più diffusi sono: le videolottery e le slot machine (chiamate anche videopoker), i gratta e vinci, il lotto e il superenalotto, i giochi al casinò, il win for life, le scommesse sportive o ippiche, il bingo, i giochi on line con vincite in denaro (come il poker online).

L'Italia è uno dei Paesi al mondo in cui si gioca di più a livello pro-capite. La maggior parte delle persone gioca in modo responsabile, ma il gioco d'azzardo può diventare un rischio, a volte una vera patologia.

In Italia le persone con un gioco d'azzardo problematico sono 700 mila; tra questi 300 mila hanno instaurato una vera e propria dipendenza.

Quando un giocatore diventa dipendente il gioco non è più un passatempo, ma diviene un pensiero fisso che l'accompagna per tutta la giornata, la persona non riesce a

⁵⁵ Il gioco d'azzardo patologico in Italia, in Italian Journal on Addiction, 2,3-4, 2012

smettere di giocare e sviluppa un desiderio irresistibile di continuare, nella speranza di vincere o di riguadagnare i soldi spesi. Investe così nel gioco più denaro di quanto si potrebbe permettere, spesso contrae debiti, trascurando per il gioco impegni familiari, sociali o lavorativi. Quando il gioco d'azzardo diventa un problema, ha conseguenze pesanti non solo per il giocatore, ma anche per la famiglia e il futuro dei figli, sul piano economico e psicologico.

Se il gioco anziché essere un passatempo crea sofferenza, se la mancanza di soldi a causa del gioco condiziona sempre di più la vita quotidiana, se i familiari e gli amici vengono ingannati, è molto importante chiedere aiuto ai Servizi pubblici per le dipendenze patologiche.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP), o gambling patologico, può essere definito come un comportamento ricorrente nel giocare d'azzardo non considerando le conseguenze negative legate a tale attività. Un primo tentativo di inserire il gambling nella classificazione ufficiale del DSM è stato con la terza edizione⁵⁶. In quella successiva, il DSM-IV⁵⁷ esso viene inserito tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" assieme ad altre patologie quali piromania o cleptomania. Il "Disturbo da gioco d'azzardo", così come definito attualmente nel DSM 5, è ormai riconosciuto come una forma di dipendenza che, a differenza delle altre trattate sino a poco tempo fa dai SerT in modo esclusivo, si presenta come una forma di dipendenza comportamentale e non da sostanze psicoattive (es. eroina, alcol, etc). La peculiarità di questo tipo di dipendenza richiede di riadattare e organizzare in forme diverse il percorso di accesso e presa in carico dei soggetti che ne presentano le caratteristiche.

La diffusione di soggetti con GAP nella popolazione generale è stata valutata con strumenti diversi e in contesti spesso ristretti rispetto ad un ambito nazionale. In letteratura risulta che gli strumenti

maggiormente utilizzati per la valutazione sono stati il South Oaks Gambling Screen (SOGS)⁵⁸ ed il DSM-IV (APA, 1994).

Ricerche sulla popolazione generale che hanno utilizzato il SOGS hanno rilevato percentuali che variano tra lo 0,2% in Norvegia⁵⁹ e l'1,91% in Australia⁶⁰ e negli USA⁶¹, mentre altre in cui è stato utilizzato il DSM-IV le percentuali variano tra l'1,1% dell'Islanda⁶² e l'1,6% del Belgio⁶³.

In **Italia** non sono state svolte ricerche a livello nazionale per valutare l'incidenza del GAP utilizzando i due strumenti sopracitati nella popolazione generale, ma sono state rilevate presenze di giocatori patologici in popolazioni limitate, ad esempio a Pavia con una percentuale dello 0,4%⁶⁴.

Tra i soggetti affetti da GAP l'incidenza dell'uso di alcol e/o di sostanze è elevata. Zimmerman⁶⁵ ha individuato una percentuale di uso di sostanze e/o di alcol tra gamblers del 67,5% (il 62,5% di abuso/dipendenza da alcol e 37,5% di abuso/dipendenza da sostanze).

In uno studio argentino⁶⁶ il 12,6% dei gamblers presentava problemi con l'alcol; Kruegelbach⁶⁷ in un campione di gamblers

⁵⁸ H.R. Lesieur, S.B. Blume, The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers, *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1987

⁵⁹ I. Lund, S. Nordlund, Gambling and problem gambling in Norway, Oslo, SIRUS, 2003.

⁶⁰ Australian Institute for Gambling Research, Survey of the nature and extent of gambling and problem gambling in the ACT, The ACT Gambling and Racing Commission, 2001

⁶¹ J. Welte, G.M. Barnes, W.F. Wiczorek, M.C. Tidwell, J. Parker, Gambling participation in the U.S. Results from a national survey, *Journal of Gambling Studies*, 18(4), 2002

⁶² D.T. Olason, S.K. Barudottir, S.J. Gretarsson, Prevalence of Gambling Participation and Pathological Gambling among adults in Iceland: Results from a National Survey, 13th International Conference on Gambling & Risk Taking, Lake Tahoe, Nevada, 2006

⁶³ S. Fisher, Developing the DSM-IV-MR-J criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations, *Journal of Gambling Studies*, 16, 2000

⁶⁴ A. Biganzoli, M. Capelli, D. Capitanucci, R. Smaniotto, M. Alippi, Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo in provincia di Pavia. Il gioco nel territorio, Casa Editrice DREAM, 2004

⁶⁵ M. Zimmerman, I. Chelminski, D. Young, Prevalence and Diagnostic Correlates of DSM-IV Pathological Gambling in Psychiatric Outpatients, *Journal of Gambling Studies*, 22, 2006

⁶⁶ P.E. Abait, J.O. Folino, Characteristics of pathological gamblers in Argentina, *Vertex*, 18(75), 2007

⁶⁷ N. Kruegelbach, H.I. Walker, H.A. Chapman, G. Haro, C. Mateu, C. Leal, Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders, *Actas Esp Siquiatr.*, 34(2), 2006

⁵⁶ APA 1980, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III, APA, Washington D.C., trad. it. DSM-III Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. 3a ed., Masson, 1987.

⁵⁷ APA 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association; trad. it. DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, 1995.

ha rilevato la presenza di un 63% di soggetti che life-time avevano avuto problemi di dipendenza da sostanze, con una prevalenza di problemi con l'alcol⁶⁸.

L'utenza in carico ai Servizi

L'utenza in trattamento presso i Centri di prevenzione e cura del gioco patologico dell'Azienda Usl di Ferrara nel periodo 2006-2014 si è incrementata del 300% passando da 26 a 109 utenti in carico, con un rapporto di 4,9 gamblers ogni 10.000 residenti.

Tab.1 Utenti totali in carico per problemi legati al gioco d'azzardo patologico

Anni	Totale Utenti	Δ% Totale
2006	26	-
2007	29	+11,5%
2008	31	+6,9%
2009	40	+29,0%
2010	44	+10,0%
2011	56	+27,3%
2012	63	+12,5%
2013	84	+33,3%
2014	109	+29,8%

Nel 2014 sono stati trattati terapeuticamente 109 pazienti (84 maschi, 25 femmine; M/F=3,3:1). L'età media all'accesso al servizio è di 49 anni (47 per i maschi e 58 per le femmine).

Tab.2 Età media degli utenti totali in carico per problemi legati al gioco d'azzardo patologico

Età media	Maschi	Femmine	Totale
2006	49,7	50,4	47,7
2007	46,2	53,8	47,5
2008	48,6	52,5	49,1
2009	48,3	53,6	49,6
2010	50,1	54,0	51,0
2011	46,8	55,0	47,9
2012	48,9	57,1	50,8
2013	48,0	57,5	50,1
2014	46,8	57,9	49,4

Considerando i giochi che vengono utilizzati una o più volte a settimana, i giocatori problematici si concentrano maggiormente su slot machines e videopoker (68,8%).

In misura minore Roulette, dadi, Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci, Bingo e Totocalcio.

Tab.3 Utenti totali distinti per tipo di gioco

Tipo di Gioco	N.	%
Slot Machine, Videopoker	75	68,8
Roulette, dadi	7	6,4
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	7	6,4
Bingo, Totocalcio	6	5,5
Lotto, Super Enalotto	5	4,6
Giochi /scommesse su Animali	3	2,8
Video Lottery	2	1,8
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	2	1,8
Giochi d'azzardo su internet	2	1,8

I pazienti seguiti dal Centro Gambling di Ferrara sono per il 50% coniugati, contro il 29% che è celibe/nubile e il 12% separato o divorziato.

L'area lavorativa o dello studio presenta indicatori legati ad un basso livello di status, infatti il 52% ha il diploma di scuola secondaria di primo grado, il 12% una qualifica professionale e il 10% la licenza elementare. Solo il 18% ha il diploma di scuola media superiore e il 3,2% la laurea triennale.

Il 48% è occupato stabilmente contro il 20% che è pensionato, il 13,7% è disoccupato e il 5,6% svolge lavori precari.

I risultati confermano la presenza nei soggetti affetti da GAP di consumo problematico di alcol e una bassa concomitanza di dipendenza da sostanze (3 usano cannabinoidi e 2 eroina) con il gioco patologico.

Per il futuro si suggerisce un approfondimento dei soggetti che presentano comorbilità tra uso di sostanze, alcol e GAP. Particolarmente utile sarebbe l'approfondimento delle caratteristiche emotive e di personalità, la verifica della presenza del disturbo GAP life-time e l'eventuale familiarità del disturbo, sul decorso della dipendenza da sostanze/alcol.

⁶⁸ Review a cura di Ciro Garuti, Psicologo DAISMSP

Il percorso terapeutico pubblico

Elemento fondamentale per poter affrontare un lavoro su di sé per quanto riguarda il gambling è il riconoscimento da parte di un soggetto di avere un problema con il gioco d'azzardo. La tabella che segue sintetizza le problematiche legate al gioco patologico.

Tab.4 Problematicità legate al gioco d'azzardo

Perdita del Controllo
Giocare più del previsto
Inseguire le perdite
Desiderare di smettere, ma pensare di non riuscirci
Area Emotiva
Percepire il gioco come problema
Provare sensi di colpa
Area Familiare/Sociale
Discutere in famiglia a causa del gioco
Ricevere critiche
Mentire sulle vincite
Nascondere prove del gioco
Area Lavorativa
Fare assenze/ritardi al lavoro/scuola
Area Legale e Finanziaria
Non restituire prestiti

Nell'area della perdita di controllo, giocare più del previsto è il comportamento che identifica la totalità dei giocatori patologici assieme al desiderio di smettere avendo la sensazione di non riuscire a farlo e al rincorrere le perdite.

Nell'area emotiva è interessante notare che il provare sensi di colpa è l'aspetto del gioco che vede la totalità dei giocatori patologici coinvolti.

Nell'area sociale e familiare si aggiungono ulteriori difficoltà relazionali che si concretizzano in discussioni e critiche ricevute da persone vicine affettivamente o da altri ed il nascondere evidenze del gioco d'azzardo.

L'area legale e finanziaria rileva nei soggetti gamblers la richiesta di prestiti senza la restituzione del denaro.

L'accesso al servizio pubblico può essere autonomo o mediato dai Servizi territoriali, dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai reparti ospedalieri o dalle associazioni di volontariato sociale.

Il primo colloquio di accoglienza si svolge con l'operatore preposto, che valuta il bisogno espresso dall'utente e dai familiari e le risorse attivabili. E' previsto il supporto di altre figure professionali in relazione alle risorse disponibili.

In questa fase si può suggerire il contatto con le Associazioni di volontariato presenti sul territorio che coinvolgono i GAP.

La fase di osservazione e diagnosi è finalizzata all'inquadramento diagnostico sul tipo e il grado di dipendenza. Può prevedere, a seconda della complessità del caso, l'attivazione di colloqui di approfondimento, colloqui e visite psichiatriche, la somministrazione di test e una valutazione multidimensionale abilità soggettive, interpersonali e sociali.

Il progetto terapeutico viene articolato tenendo conto anche dei bisogni psichiatrici e/o socioassistenziali.

La messa in atto del progetto terapeutico può prevedere: counselling familiare o individuale; psicoterapia individuale, familiare, o di gruppo; interventi di sostegno individuale, familiare o di gruppo; interventi socio-riabilitativi; consulenza nell'elaborazione di un piano di risanamento economico.

Il privato sociale

Progetto Punto d'ascolto

Il Punto d'Ascolto nasce dall'idea di creare una rete di collaborazione tra associazioni del volontariato sociale che si occupano di dipendenza, terzo settore, SerT e Centro Servizi per il Volontariato in un'ottica di sinergia tra pubblico e privato sociale mettendo insieme le esperienze, competenze e professionalità dei soggetti che ne fanno parte. Il punto d'ascolto si propone come un tentativo di risposta "innovativa" alle problematiche legate alle dipendenze patologiche, partendo dal presupposto che di fronte alla complessità del fenomeno sia necessario unire le forze presenti sul territorio valorizzandone le specificità, le diversità e le risorse. L'intento è di garantire ad ogni persona in difficoltà la possibilità di scegliere il percorso di cura più adatto alle proprie esigenze ed ai propri bisogni offrendo differenziate possibilità di aiuto e sostegno.

E' un luogo che accoglie persone e famiglie che vivono disagi e sofferenze legate a problemi di dipendenza o disturbi del

comportamento.

E' uno strumento di aiuto e punto di riferimento per persone che presentano difficoltà legate alle dipendenze

E' un servizio di bassa soglia al quale si accede liberamente senza alcun obbligo di presa in carico. E' un attività concreta di volontariato in cui persone accuratamente formate svolgono un azione di ascolto, prima accoglienza orientamento e accompagnamento verso i Servizi presenti sul territorio.

Associazione FUORIDALGIOCO

Il 14 gennaio 2010 si è costituita a Ferrara l'Associazione "FUORIDALGIOCO", un'associazione senza fini di lucro che ha lo scopo di offrire un'opportunità di ascolto e di aiuto a persone che manifestano una dipendenza dal gioco d'azzardo.

L'associazione garantisce supporto ai giocatori e ai familiari attraverso colloqui e informazioni, consulenze sul gioco d'azzardo patologico e possibili invii e contatti con i servizi presenti sul territorio. Collabora attivamente con il Centro Gambling dell'Azienda Usl di Ferrara al fine di arricchire le possibilità di aiuto alle persone che contatteranno l'associazione.

CAPITOLO IV

La valutazione degli interventi



4. FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL TRATTAMENTO IN STRUTTURE TERAPEUTICHE RESIDENZIALI IN PAZIENTI CON DISTURBO DA SOSTANZE PSICOATTIVE

Background

Dalla revisione della letteratura e dalle ultime pubblicazioni del Gruppo Cochrane sui trattamenti in comunità terapeutiche per disturbi correlati all'uso di sostanze, emergono deboli evidenze di efficacia degli interventi residenziali confrontati con tipi di comunità diverse, in termini di esiti legati all'uso di sostanze ed alla ritenzione in trattamento (Amato et al., 2009).

Tuttavia nonostante l'assenza di prove disponibili in grado di identificare l'elettività di un singolo percorso, la comunità scientifica concorda nel ritenere auspicabile affrontare la complessità del disturbo da dipendenza da sostanze associando le terapie farmacologiche a interventi psicosociali (Camposeragna, 2005; De Angeli, 2001).

Di fatto l'eterogeneità culturale delle persone che si rivolgono ai servizi e le caratteristiche delle modalità di assunzione delle sostanze (eroina primaria, cocaina primaria, secondaria associata all'eroina, poliassunzione, alcolismo), richiedono trattamenti orientati ai bisogni di salute del paziente e operatori professionali con competenze specifiche.

Di fronte a questi nuovi scenari nasce l'esigenza di ripensare complessivamente l'assessment della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi offrendo percorsi residenziali sufficientemente differenziati, flessibili, accoglienti e prossimi alla domanda (EMCDDA, 2007).

A partire dallo stato attuale delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica, lo studio sull'esito dei percorsi terapeutici residenziali seguiti dai pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara, si pone l'obiettivo di descrivere e valutare l'esperienza maturata dal sistema dei servizi pubblici e privati accreditati della provincia di Ferrara nella risposta ai problemi di dipendenza (eroina, cocaina, alcol, altre sostanze) nel periodo che va dal 1/1/2005 al 31/5/2012.

L'analisi dell'appropriatezza delle risposte terapeutiche offerte dagli Enti Ausiliari Accreditati permetterà di focalizzare la riflessione sui determinanti della pratica terapeutico-riabilitativa per la scelta delle strategie terapeutiche messe in campo dalle équipes multiprofessionali e del loro impatto sull'esito finale del percorso terapeutico.

L'appropriatezza dei percorsi terapeutici è stata misurata confrontando i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi definiti, in un circolo di coerenza tra problemi di dipendenza, obiettivi generali, obiettivi specifici ed esiti.

Alcuni sistemi di valutazione delle performance in sanità utilizzano indicatori di *outcome* rilevati longitudinalmente nei pazienti e inseriti come variabili dipendenti in modelli multivariati (Vittadini, 2000). Le

banche dati sanitarie, che raccolgono le informazioni anamnestiche e sui trattamenti dei pazienti, possono costituire quindi una fonte importante dalla quale far scaturire disegni di ricerca sugli esiti degli interventi socio-sanitari.

Lo studio che viene presentato cerca di analizzare un problema complesso quale quello legato all'*addiction* cercando soluzioni metodologiche congruenti con la qualità e l'eshaustività dei dati disponibili, con la complessità dell'approccio alla dipendenza e con le esigenze conoscitive dei servizi.

L'obiettivo dello studio è pertanto la valutazione di esito dei programmi terapeutici residenziali attivati sui pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope, nella direzione della valutazione dell'efficacia pratica (*effectiveness*), analizzando il livello di *compliance* al trattamento raggiunta nel tempo.

In altre parole tenuto conto che la motivazione risulta essere la pre-condizione per l'efficacia del trattamento, per ciascun programma terapeutico vanno considerati obiettivi e indicatori di esito intermedi (Curzio et al., 2006).

La conclusione positiva del programma terapeutico si ipotizza sia correlata, come ampiamente dimostrato, ad una sospensione dell'uso di sostanze e al miglioramento della qualità della vita dopo il trattamento. Specularmente l'interruzione del programma viene letta come una mancata appropriatezza nel *matching* tra paziente, trattamento, terapeuta e *setting*.

Un assunto importante, condiviso dalla comunità scientifica, è che non vi è un trattamento universalmente valido per la cura della tossicodipendenza ma sono spesso necessari diversi trattamenti variamente combinati nel corso del tempo (Prendergast et al., 2002).

L'obiettivo dello studio è pertanto quello di valutare i differenti programmi terapeutici offerti dalle diverse tipologie di strutture residenziali accreditate in base ai bisogni assistenziali dei pazienti.

La durata del trattamento è stata considerata un indicatore indiretto che è stato saggiato per verificare una ipotetica relazione tra ritenzione in trattamento e miglioramento clinico, rilevata in alcuni studi.

Lo studio non mira alla ricostruzione del rapporto di causalità trattamento-esito, che abbisognerebbe di disegni di studio sperimentali randomizzati e controllati (RCT).

Inoltre non si tratta di una *outcome research* perché il sistema concettuale di riferimento allo stato attuale non è in grado di fornire parametri condivisi capaci di misurare le differenze delle condizioni del paziente prima e dopo la terapia.

Con il termine “esito” si è voluto intendere la conseguenza dell’azione dei trattamenti seguiti dai pazienti, sintetizzata nella valutazione data dagli operatori di riferimento dei casi, rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati nel programma terapeutico.

Materiali e Metodi

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale, in quanto utilizza dati sugli utenti con dipendenza da sostanze psicoattive (eroina, cocaina, alcol, altre) e sui trattamenti terapeutici provenienti da canali di raccolta già esistenti, nella fattispecie dal sistema informativo della Regione Emilia-Romagna (SistER), basato sulla cartella socio-sanitaria informatizzata dei pazienti dei servizi pubblici per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze.

Si tratta di uno studio di coorte di tipo retrospettivo, effettuato su una coorte dinamica: i soggetti vengono osservati retrospettivamente per un determinato periodo, dal momento della presa in carico del paziente fino alla conclusione del rapporto con il servizio.

In particolare, lo studio consente di osservare i bisogni di salute della popolazione arruolata in un periodo di oltre sette anni e di valutare la combinazione dei percorsi riabilitativi residenziali che raccolgono la migliore compliance.

La disponibilità di archivi storici informatizzati sulle dipendenze ha permesso di disegnare lo studio osservazionale sulla base delle informazioni disponibili nel dataset dei pazienti in carico ai SerT dell’Azienda USL di Ferrara, controllate da sistemi informativi paralleli di tipo amministrativo e dalle équipes di riferimento, raggiungendo un livello elevato di omogeneità e confrontabilità dei dati.

Il disegno dello studio è di tipo *osservazionale*, nel senso che si limita ad osservare l’andamento dei fenomeni e non interviene sperimentalmente applicando strategie terapeutiche per saggiarne i risultati; *descrittivo*, perché si basa sull’utilizzo di dati già esistenti e non mira ad analizzare i legami tra esposizione ed effetto; *longitudinale*, perché la popolazione viene seguita per un determinato periodo (follow-up) al fine di rilevare la comparsa dell’evento esito oggetto dello studio; *retrospettivo*, perché la valutazione dell’evento oggetto di studio viene eseguita al momento dell’impostazione dello studio.

Per prevenire i *bias* di informazione in fase di disegno dello studio, sono stati esclusi i pazienti di cui non si disponeva del dato relativo alla diagnosi classificata con il sistema internazionale ICD10.

La dipendenza patologica viene intesa come il prodotto di una moltitudine di determinanti: individuali, socioeconomici, ambientali, legati allo stile di vita, per questo viene valutato il rischio di abbandono del trattamento in relazione a potenziali predittori di carattere socioeconomico (età, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione giudiziaria), stimando il contributo delle diverse cause

e del suo andamento temporale attraverso l’associazione tra alcuni predittori socio-demografici e l’adesione al trattamento.

Popolazione in studio

È costituita da tutti i pazienti in carico ai SerT dell’Azienda USL di Ferrara, che hanno seguito un percorso terapeutico residenziale nelle strutture accreditate, che presentavano al momento della presa in carico una diagnosi primaria di dipendenza, abuso o consumo problematico (anche in compresenza di altre sostanze in posizione di secondo piano per rilevanza clinica), classificata con il sistema internazionale ICD10 (WHO, 2010) e con un programma terapeutico residenziale terminato.

Criteri di inclusione e di esclusione: sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti con la data di termine del percorso terapeutico (qualsiasi fosse l’esito del percorso stesso) compresa tra il 1/1/2005 e il 31/5/2012. Da questo contingente iniziale, formato da 335 soggetti, sono stati successivamente esclusi i pazienti il cui percorso era ancora in corso alla data del 31/5/2012 (38 soggetti), mentre sono stati inclusi tutti coloro il cui percorso era terminato, qualsiasi ne fosse l’esito. Dal contingente così ottenuto, sono stati infine esclusi coloro il cui percorso è stato interrotto per cause “esterne”: il decesso (4 soggetti sono deceduti durante il percorso) e l’arresto (è questo il caso di 1 soggetto). Dopo quest’ultima selezione, i soggetti inclusi in via definitiva nello studio sono 292 (pari all’87,2% del contingente iniziale).

Follow-up: il periodo di osservazione della coorte è ampio (oltre sette anni di follow-up). L’esito del trattamento è stato accertato al 31/5/2012 utilizzando la banca dati SistER, la banca dati amministrativa del Programma Dipendenze Patologiche e la valutazione degli operatori di riferimento del caso.

I percorsi multipli nelle stesse strutture terapeutiche residenziali sono stati valutati dalle équipes multiprofessionali dei SerT e, se compatibili con obiettivi terapeutici congruenti, ricondotti in un unico percorso terapeutico.

Le variabili investigate sono le seguenti:

- *variabili demografiche* (sesso, età all’ingresso nel primo percorso terapeutico, età al termine dell’ultimo percorso terapeutico);
- *variabili socioeconomiche* (titolo di studio conseguito, condizione lavorativa, situazione giudiziaria);
- *variabili relative al contesto terapeutico* (periodo di calendario di permanenza in struttura terapeutica, SerT di provenienza, tipologia di comunità terapeutica, numero di percorsi terapeutici intrapresi nella/nelle struttura/e, esito osservato dell’ultimo percorso terapeutico, durata dell’ultimo percorso terapeutico, durata totale del complesso dei percorsi terapeutici osservati ovvero somma della durata dei singoli percorsi, anche quando intervallati da interruzioni);
- *variabili tossicologiche e psicologiche* (sostanza primaria d’abuso, presenza o assenza di sostanza secondaria di poliassunzione, sostanza secondaria

d'abuso quando presente, presenza o assenza di doppia diagnosi).

Per quanto riguarda le variabili "titolo di studio", "condizione lavorativa", "situazione giudiziaria", "sostanza primaria d'abuso", "presenza o assenza di sostanza secondaria di poliassunzione", "sostanza secondaria d'abuso", "presenza o assenza di doppia diagnosi", si fa riferimento alla condizione registrata dai pazienti al momento dell'ultimo contatto in ordine di tempo con il SerT di riferimento. Per quanto riguarda la tipologia di struttura terapeutica, si fa riferimento alla struttura nella quale il paziente ha effettuato l'ultimo percorso terapeutico.

I soggetti arruolati sono pazienti con diagnosi ICD10 di dipendenza patologica, residenti nelle aree geografiche di riferimento al momento della presa in carico da parte dei SerT.

Analisi dei dati

Si articola su diversi livelli: 1) descrittiva dei programmi terapeutici residenziali; 2) valutativa della durata del programma terapeutico attraverso l'analisi delle curve di sopravvivenza; 3) valutativa dei fattori predittivi di rischio di interruzione associati all'esito del programma terapeutico residenziale, mediante l'applicazione di un modello di regressione logistica multivariata.

Tutte le analisi statistiche sono state condotte con i pacchetti statistici STATA (versione 11.0) e SPSS (versione 15.0).

Analisi descrittiva dei programmi terapeutici residenziali

Il programma terapeutico residenziale è stato assunto come l'insieme dei trattamenti farmacologici, medici, psicologici, sociali, educativi e riabilitativi pianificati nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura formalizzati e formulati, in accordo con il paziente, dopo l'analisi dei bisogni e la valutazione diagnostica. Nella fase di disegno dello studio si è proceduto alla individuazione di alcune tipologie di programma terapeutico residenziale sulla base della classificazione utilizzata dalla Regione Emilia-Romagna (LR 34/1998), per l'autorizzazione al funzionamento degli Enti Ausiliari.

In specifico sono state applicate analisi descrittive e multivariate utilizzando le tipologie di struttura di seguito elencate: *Strutture residenziali a tipologia pedagogico-riabilitativa*: sono strutture il cui obiettivo è recuperare l'autonomia e le capacità di integrazione sociale attraverso la condivisione della vita comunitaria e lo svolgimento dell'attività lavorativa. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico che non assumono sostanze d'abuso.

Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativa: sono strutture il cui intervento è personalizzato ed articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare

dell'utente. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e comunque in assenza di controindicazioni, la struttura può accogliere utenti sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso.

Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza): in queste strutture è svolto un programma di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. Sono accolti figli minori che, di norma, hanno un'età compresa tra 0 e 6 anni.

Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche: il programma terapeutico è congruente con le caratteristiche dell'utente e deve essere preceduto da formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio Salute Mentale di residenza. La congruenza è valutata caso per caso congiuntamente tra SerT, Servizio Salute Mentale e struttura che accoglie l'utente.

Strutture residenziali per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica: sono strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso per le quali sono necessarie l'osservazione terapeutica e la diagnosi effettuate in ambiente protetto, al fine della individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo. Possono essere svolti interventi di disintossicazione e di riduzione del danno finalizzati al compenso psicofisico.

Analisi della durata dei programmi terapeutici: curve di sopravvivenza di Kaplan- Meier

La durata del trattamento è stata considerata uno dei fattori in grado di predire un esito post-cura favorevole. Dall'analisi della letteratura emerge che i tempi del trattamento hanno dimostrato di essere correlati ad esiti positivi. Infatti i pazienti che rimangono in cura più a lungo e che completano un programma terapeutico hanno dimostrato di avere più probabilità di ottenere i risultati migliori a prescindere da come viene misurato l'esito (Gossop, 2006).

Da questa prospettiva la ritenzione in trattamento costituisce un predittore importante di esito soprattutto per i pazienti più gravi, per i quali si è riscontrato che rimanere in trattamento almeno per 90 giorni porta a risultati favorevoli (Bertoncelli et al., 2006).

Moos ed altri in uno studio su 21.000 pazienti con disturbo da uso di sostanze confermano la relazione significativa tra durata del trattamento e migliori esiti anche in pazienti con dipendenza da cocaina (Moos et al., 2000).

Il tempo di trattamento è una misura complessa, considerata un indicatore di altri fattori e non è in sé sufficiente per un miglioramento clinico, in particolare se non è associato alla partecipazione attiva al programma da parte del paziente ed alla

modificazione di aspetti cognitivi e comportamentali durante il trattamento (McLellan et al., 1993; Simpson et al., 1995).

Inoltre in letteratura viene evidenziato come la ritenzione in trattamento sia diventata il *gold standard* dei programmi per i tossicodipendenti, pertanto si rende necessario approfondire l'influenza che su questa dimensione hanno le caratteristiche di personalità del paziente e dall'ambiente in cui si è sviluppato il trattamento (Walker, 2009).

Infine va sottolineata l'importanza di analizzare il tempo di ritenzione in relazione alla tipologia di trattamento considerato che sono risultati maggiormente incisivi, sulla tossicodipendenza e sulla ritenzione in trattamento, modelli di intervento che utilizzano la terapia cognitivo comportamentale (McLellan, 1997).

La conclusione del programma, se da un lato si correla ai migliori *outcomes* dopo il trattamento, dall'altro indica, nel caso di interruzione, una mancata appropriatezza nel *matching* tra paziente, trattamento, terapeuta e *setting*. Molti pazienti che abbandonano il programma richiedono un nuovo trattamento con caratteristiche diverse. Il fatto che i trattamenti terapeutici siano efficaci nel ridurre l'uso di sostanze e i reati è ampiamente dimostrato, per cui l'obiettivo è quello di mettere a punto dei programmi in base alle necessità assistenziali dei diversi pazienti (Prendergast et al., 2002).

Un assunto importante, condiviso dalla comunità scientifica, è che non vi è un trattamento universalmente valido per la cura della tossicodipendenza ma sono spesso necessari diversi trattamenti variamente combinati nel corso del tempo.

Nello studio che qui presentiamo, la durata del programma terapeutico è stata analizzata attraverso il metodo delle curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier, tenendo conto dei tempi di sopravvivenza troncati, quelli per i quali non si è verificato l'evento di interesse (completamento del primo programma terapeutico).

La variabile di interesse è in questo caso rappresentata dal numero di giorni effettivi di trattamento, ottenuto sommando le durate di tutti i programmi attivati dalla data di inizio fino al momento della conclusione dello stesso o fino alla data di uscita dallo studio per motivi diversi dal completamento della terapia.

Nello studio le categorie utilizzate sono costruite sulla base della durata mediana che in letteratura viene identificata in tre mesi, *cut off* in grado di identificare il rischio di interruzione del trattamento.

Valutazione dei fattori predittivi di esito dei percorsi terapeutici

La disponibilità dei dati provenienti dai sistemi informativi ci ha permesso di identificare alcuni fattori eziologici e di processo in grado di influenzare l'esito del trattamento, che possono essere così classificati:

fattori anagrafici: sono stati considerati il sesso e l'età all'ingresso nel primo percorso terapeutico;

quest'ultima variabile è stata dicotomizzata sulla base dell'età mediana (≥ 35 anni vs < 35 anni);

fattori socio-ambientali: il livello di istruzione è stato suddiviso dicotomicamente in "scolarità bassa" (nessun titolo di studio, elementare, media inferiore) versus "scolarità alta" (diploma professionale, media superiore, laurea); per quanto riguarda la situazione giudiziaria sono state utilizzate le categorie "aver avuto problemi con la giustizia (denunce, condanne, carcerazioni o alternativa al carcere)" versus "essere incensurati";

fattori comportamentali legati al consumo: eroinomani versus altre sostanze; sulla base del numero di sostanze assunte i pazienti sono differenziati in monoconsumatori versus policonsumatori (utilizzatori di almeno un'altra sostanza oltre alla sostanza primaria);

fattori di gravità: presenza di doppia diagnosi versus solo dipendenza patologica;

fattori legati al processo di trattamento: trattamento residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (Centro osservazione e diagnosi, COD) versus trattamenti pedagogico e terapeutico riabilitativi.

Tenuto conto che nei pazienti più gravi il rischio di ricaduta nell'anno successivo al trattamento risulta avere un'alta probabilità, è stata utilizzata la variabile relativa al *numero dei programmi terapeutici* seguiti dai pazienti nel periodo di osservazione per verificare in che misura sia predittiva di esito sfavorevole.

Per valutare la durata dei programmi terapeutici, intesa come ritenzione in trattamento, è stata applicata l'analisi delle curve di sopravvivenza, sia relativamente ai programmi terapeutici interrotti, sia relativamente ai programmi completati. Successivamente, si è effettuata l'analisi delle curve di sopravvivenza stratificando la coorte in studio secondo la tipologia della struttura terapeutica residenziale (relativamente all'ultimo percorso terapeutico seguito dai soggetti). Successivamente sulla base dei risultati la curva di sopravvivenza è stata stratificata per tipologia di struttura terapeutica residenziale.

Per individuare i predittori di rischio di interruzione del percorso terapeutico residenziale, è stato applicato un modello di regressione logistica multivariato dicotomico. Questo modello consente di ottenere una stima del rischio di interruzione del trattamento, associata a tutti i possibili predittori di esito inseriti nel modello stesso.

Risultati

La coorte dinamica complessiva è costituita da 292 soggetti, 227 maschi (77,7%) e 65 femmine (22,3%), con un rapporto maschi/femmine osservato di 3,5:1. Il 24% è entrato in struttura prima dei 29 anni, il 41% ha iniziato un percorso residenziale tra i 30 e i 40 anni, il 34% è entrato in comunità tra i 40 e i 50 anni, il 10% dopo i 50 anni.

L'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico è pari a 36,4 anni (DS=9,1); l'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico,

relativamente a coloro che hanno completato l'ultimo percorso terapeutico è pari a 36,8 anni (DS=9,7); l'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico, relativamente a coloro che hanno interrotto l'ultimo percorso terapeutico è pari a 35,9 anni (DS=8,7). L'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato è pari a 37,9 anni (DS=9,0); l'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato, relativamente a coloro che hanno completato l'ultimo percorso terapeutico, è pari a 38,7 anni (DS=9,5); l'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato, relativamente a coloro che hanno interrotto l'ultimo percorso terapeutico, è pari a 37,1 anni (DS=8,6).

T1 Profilo dei pazienti che hanno seguito percorsi terapeutici residenziali		
	N.	%
Sesso		
M	227	77,7
F	65	22,3
Età di ingresso in struttura		
16-17 anni	2	0,7
18-24	26	8,9
25-29	41	14,0
30-34	57	19,5
35-39	63	21,6
40-44	50	17,1
45-49	29	9,9
50-54	19	4,5
55-59	10	3,4
>60	1	0,3
Grado di istruzione		
Nessuno	1	0,3
Elementari	49	16,9
Media inferiore	162	55,9
Formazione professionale	28	9,7
Media superiore	45	15,4
Laurea	5	1,7
Condizione lavorativa		
Lavoro regolare	57	23,7
Saltuario	31	12,9
Disoccupato	107	44,4
Pensionato	33	13,6
Sospesa causa forza maggiore	9	3,7
Non professionale	4	1,6
Situazione giuridica		
Incensurato	133	48,2
Denunce	82	29,7
Condanne	19	6,9
Carcerazione	36	13,0
Misure alternative alla detenzione	6	2,1
Sostanza primaria di abuso		
Eroina	187	64,3
Alcol	72	24,7
Cocaina	24	8,2
Cannabinoidi	5	1,7
Benzodiazepine	2	0,7
Altre sostanze	1	0,3
Sostanza secondaria		
Sì	148	50,7
No	144	49,3
Doppia diagnosi		
Sì	40	13,7
No	252	86,3

Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 72,8% della coorte ha un titolo di studio elementare o di media inferiore, solo il 15,4% ha un diploma di media superiore.

La condizione prevalente è quella di disoccupato (44,4%), seguita dagli occupati stabilmente (23,7%), con lavori saltuari (12,9%) e con pensione di invalidità (13,6%). Il 3,7% ha un lavoro sospeso per ragioni legate alla condizione giuridica.

Nel quadro della situazione giudiziaria il 48,2% è incensurato, il 29,7% ha avuto delle denunce, il 6,9% è stato condannato, il 13% ha già avuto carcerazioni e il 2,1% misure alternative alla detenzione.

La sostanza primaria di abuso è per il 64,3% l'eroina, per il 24,7% l'alcol, per l'8,2% la cocaina e per il 2,7% altre sostanze (benzodiazepine, cannabinoidi, etc.).

Il 50,7% ha un consumo concomitante di due sostanze, mentre il 49,3% ha una sola sostanza d'abuso.

Sotto il profilo sanitario il 13,7% presenta una doppia diagnosi (Tabella 1).

Se osserviamo i percorsi terapeutici si può rilevare che il 65,4% ha seguito un solo percorso in comunità, il 21,2% due percorsi, il 6,8% tre percorsi e il 6,5% da quattro a nove percorsi.

L'ultimo percorso terapeutico registrato prima dell'esito finale ha riguardato per il 47,3% dei pazienti un trattamento in comunità a tipologia terapeutico-riabilitativa, per il 16,1% una permanenza in struttura a tipologia pedagogico-riabilitativa e per il 2,7% in comunità di vita.

Per quanto riguarda i percorsi in strutture specialistiche il 20,5% ha seguito un percorso terapeutico nel Centro di osservazione e diagnosi, il 4,8% è stato inserito nella struttura specialistica madre-bambino, il 4,8% ha seguito un trattamento presso strutture per pazienti con doppia diagnosi, e il 3,8% ha seguito un percorso in strutture per alcolisti (Tabella 2).

T2 I percorsi terapeutici residenziali		
	N.	%
Tipologia di trattamento		
Pedagogico-riabilitativa	47	16,1
Terapeutico-riabilitativa	138	47,3
Specialistica madre-bambino	14	4,8
Specialistica osservazione e diagnosi	60	20,5
Specialistica per alcolisti	11	3,8
Specialistica doppia diagnosi	14	4,8
Altre	8	2,7
Numero percorsi residenziali		
Un solo percorso	191	65,4
Due percorsi	62	21,2
Tre percorsi	20	6,8
Quattro percorsi	10	3,4
Da cinque a nove percorsi	9	3,1
Durata totale dei percorsi residenziali		
1-29 giorni	27	9,2
30-89 giorni	46	15,8
90-179 giorni	61	20,9
180-364 giorni	54	18,5
365-729 giorni	63	21,6
730-1094 giorni	23	7,9
>1095 giorni	18	6,2
Durata ultimo percorso residenziale		
1-29 giorni	49	16,8
30-89 giorni	60	20,5
90-179 giorni	64	21,9
180-364 giorni	42	14,4
365-729 giorni	53	18,2
730-1094 giorni	16	5,5
>1095 giorni	8	2,7

La valutazione dell'esito dei trattamenti rileva che il 51% dei pazienti ha interrotto il percorso contro il 46,9% che ha portato a termine positivamente tutti gli

obiettivi terapeutico-riabilitativi pianificati in fase di definizione del progetto terapeutico (Tabella 3).

T3 Esito dei percorsi terapeutici residenziali		
	N.	%
Esito totale		
Completato	137	46,9
Interrotto	149	51,0
Altro	6	2,1
Esito completato e tipologia struttura		
Pedagogico-riabilitativa	24	51,1
Terapeutico-riabilitativa	69	50,0
Madre-bambino	9	64,3
Centro osservazione e diagnosi	20	33,3
Alcolisti	9	81,8
Doppia diagnosi	9	64,3
Altre	3	37,5
Esito interrotto e tipologia struttura		
Pedagogico-riabilitativa	23	48,9
Terapeutico-riabilitativa	69	50,0
Madre-bambino	5	37,5
Centro osservazione e diagnosi	40	66,7
Alcolisti	2	18,2
Doppia diagnosi	5	35,7
Altre	5	62,5
Esito completato e sostanza primaria d'abuso		
Alcol	43	59,7
Eroina	87	46,5
Cocaina	12	50,0
Altre sostanze	1	12,5
Esito interrotto e sostanza primaria d'abuso		
Alcol	29	40,3
Eroina	100	53,5
Cocaina	12	50,0
Altre sostanze	7	87,5
Età di uscita dalla struttura		
16-17 anni	1	0,3
18-24	17	5,8
25-29	35	12,0
30-34	50	17,1
35-39	61	20,9
40-44	59	20,2
45-49	39	13,4
50-54	17	5,8
55-59	9	3,1
>60	4	1,4

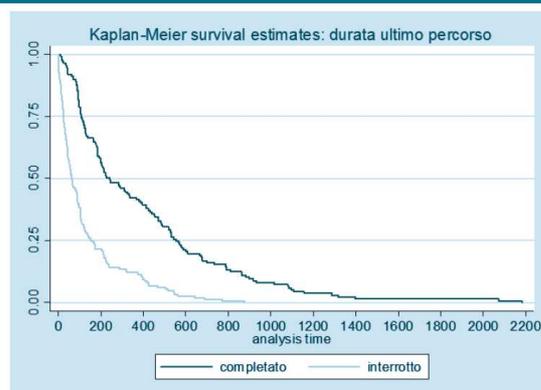
Se ci riferiamo alla durata totale (sommata) del complesso dei percorsi, il 45,9% ha avuto percorsi di durata inferiore ai 180 giorni, il 18,5% dai sei mesi a 1 anno, il 21,6% da un anno a due anni e il 14,1% due anni e più.

La durata media totale dei percorsi con ultimo esito di raggiungimento degli obiettivi terapeutici è pari a 506,3 giorni (DS=455,2; minimo 10 giorni; massimo 2182 giorni); la durata media totale dei percorsi con ultimo esito di interruzione è pari a 216,7 giorni (DS=247,3; minimo 2 giorni; massimo 1612 giorni).

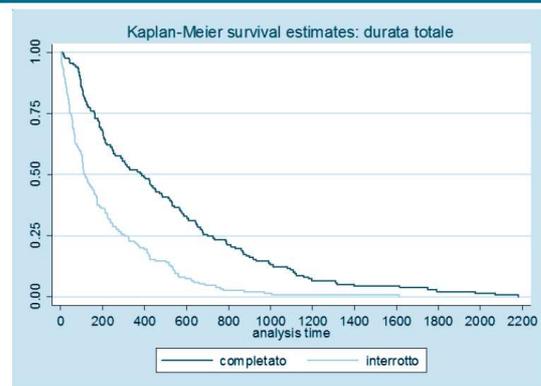
Diversamente, se ci riferiamo alla durata del solo ultimo percorso terapeutico effettuato, la durata media dei percorsi completati è pari a 395,1 giorni (DS=385,2; minimo 10 giorni; massimo 2182 giorni); la durata media dei percorsi interrotti è pari a 129,5 giorni (DS=167,5; minimo 1 giorno; massimo 874 giorni) (Tabella 4).

T4 Analisi della permanenza in trattamento				
Durata ultimo percorso	Completato		Interrotto	
	N. cumulato	% cumulata	N. cumulato	% cumulata
15° giorno	3	2,2	27	18,1
30° giorno	5	3,6	45	30,2
60° giorno	12	8,8	74	49,7
90° giorno	20	14,6	89	59,7
180° giorno	51	37,2	117	78,5
1 anno	79	57,7	131	87,9
2 anni	115	83,9	147	98,7
874 giorni (durata massima percorsi interrotti)	122	89,1	149	100,0
2182 giorni (durata massima percorsi completati)	137	100,0	-	-

F1 Curva di sopravvivenza relativa alla durata dell'ultimo percorso terapeutico completato o interrotto



F2 Curva di sopravvivenza relativa alla durata complessiva di tutti i percorsi terapeutici completato o interrotto



Le due curve si riferiscono, rispettivamente, alla durata dell'ultimo percorso terapeutico, alla durata complessiva (sommata) di tutti i percorsi terapeutici (funzioni di sopravvivenza Kaplan-Meier) (Figure 1 e 2).

La Tabella 5 e la Figura 3 fanno riferimento all'andamento cumulativo delle interruzioni nel tempo, mettendo in rilievo le differenze tra le diverse tipologie di struttura.

T5 Analisi della permanenza in trattamento dei percorsi interrotti distinti per tipologia di struttura terapeutica										
Durata ultimo percorso	Pedagogica		Terapeutica		Altre specialistiche		Specialistica osservazione e diagnosi		Totale percorsi interrotti	
	N. cum	% cum	N. cum	% cum	N. cum	% cum	N. cum	% cum	N. cum	% cum
15° giorno	5	17,9	9	13,0	2	16,7	11	27,5	27	18,1
30° giorno	9	32,1	13	18,8	3	25,0	20	50,0	45	30,2
60° giorno	12	42,9	27	39,1	5	41,7	30	75,0	74	49,7
90° giorno	14	50,0	36	52,2	6	50,0	33	82,5	89	59,7
180° giorno	18	64,3	51	73,9	10	83,3	38	95,0	117	78,5
1 anno	22	78,6	59	85,5	11	91,7	39	97,5	131	87,9
2 anni	26	92,9	69	100,0	12	100,0	40	100,0	147	98,7
874 giorni (durata massima percorsi interrotti)	28	100,0	69	100,0	12	100,0	40	100,0	149	100,0

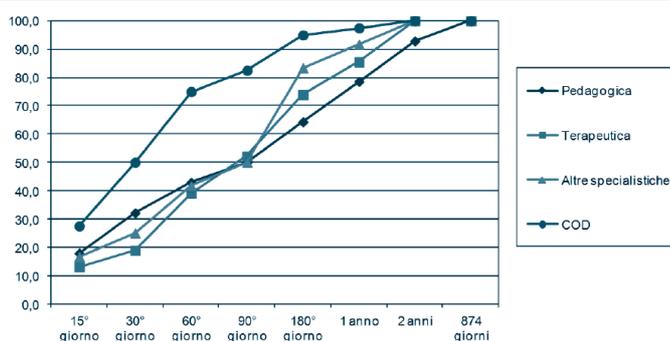
(riferimento: titolo superiore alla licenza di scuola media inferiore); situazione giudiziaria (riferimento: incensurato); tipologia di comunità terapeutica (riferimento: tutte le tipologie esclusa la specialistica osservazione e diagnosi); numero di percorsi terapeutici intrapresi (riferimento: 1 solo percorso); presenza di doppia diagnosi (riferimento: presenza di doppia diagnosi); sostanza primaria d'abuso (riferimento: eroina); presenza di sostanza secondaria di poliassunzione (riferimento: assenza di sostanza secondaria).

Le variabili appena elencate, con l'eccezione dell'età all'ingresso nel primo percorso, della tipologia di comunità e del numero di percorsi, fanno tutte riferimento alla condizione registrata dai pazienti al momento dell'ultimo contatto in ordine di tempo con il SerT di riferimento.

Per quanto riguarda la tipologia di struttura residenziale, si fa riferimento alla tipologia di comunità nella quale il paziente ha effettuato l'ultimo percorso terapeutico.

Infine va precisato che le variabili età, sesso e titolo di studio, oltre ad essere valutate per il loro ruolo intrinseco, svolgono nel modello anche la funzione di controllo del confondimento: pertanto, tutte le rimanenti variabili, vanno considerate corrette, cioè al netto del (almeno potenziale) confondimento rispetto a sesso, età, titolo di studio (Tabella 6).

F3 Andamento cumulativo delle interruzioni nel tempo per tipologia di struttura (% interruzioni sul totale dei soggetti che hanno interrotto)



La valutazione del rischio di interruzione del trattamento. Modello di Regressione Logistica Multivariato

Al fine di valutare il peso delle diverse variabili investigate di natura demografica (sesso, età al primo ingresso in trattamento), di natura socioeconomica (titolo di studio conseguito, condizione giudiziaria), legate direttamente alla tipologia del servizio offerto (tipologia della comunità), o ad aspetti di carattere sanitario e tossicologico (tipo di sostanza d'abuso primaria, presenza/assenza di due sostanze, presenza/assenza di doppia diagnosi), è stato applicato ai dati un modello di regressione logistica multivariato, con variabili esplicative dicotomiche.

Quale variabile di *outcome* del modello è stata scelta la condizione di interruzione dell'ultimo percorso terapeutico svolto dal paziente (Y=1), contrapposta a tutte le altre condizioni (completamento del percorso o altro esito), sempre relativamente all'ultimo percorso terapeutico (Y=0). Rispetto a questa variabile di esito, verranno valutati, con riferimento alle diverse variabili esplicative, tutte dicotomiche, i rispettivi OR (*Odds Ratio*) di rischio, i quali permetteranno di stabilire quali delle variabili incluse nel modello possano essere ritenute buoni predittori del rischio di interruzione del trattamento terapeutico.

Le variabili esplicative sono le seguenti: sesso (riferimento: maschi); età all'ingresso nel primo percorso terapeutico (riferimento: età maggiore o uguale a 35 anni); titolo di studio conseguito

T6 Risultati dell'applicazione del modello di regressione logistica multivariato dicotomico. Predittori del rischio di interruzione del percorso terapeutico			
Variabile esplicativa	OR	IC 95%	P
Sesso			
M	1		
F	1,09	0,58-2,04	0,783
Età all'ingresso in coorte nel primo percorso			
>= 35 anni	1		
< 35 anni	0,92	0,54-1,55	0,741
Titolo di studio			
Licenza media superiore, laurea	1		
Licenza media inferiore, elementare	1,42	0,77-2,61	0,257
Situazione giudiziaria			
Incensurato	1		
Problemi con la giustizia	1,96*	1,15-3,33	0,013
Tipologia struttura residenziale			
Terapeutica riabilitativa e pedagogica	1		
Specialistica osservazione e diagnosi	2,23*	1,18-4,20	0,013
Numero di percorsi terapeutici			
Un solo percorso	1		
Più di un percorso	1,28	0,75-2,17	0,365
Doppia diagnosi			
Doppia diagnosi presente	1		
Doppia diagnosi non presente	2,03	0,95-4,30	0,067
Sostanza primaria d'abuso			
Eroina	1		
Alcol, cocaina, cannabis, altro	1,37	0,74-2,54	0,315
Sostanza secondaria di assunzione			
Una sola sostanza d'abuso	1		
Sostanza primaria e sostanza secondaria	1,91*	1,10-3,32	0,021

Conclusioni

Questo studio sull'esito dei programmi terapeutici residenziali attivati in una coorte di pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope, in carico ai SerT dell'Azienda USL di Ferrara, si caratterizza per la lunga durata del follow-up (oltre sette anni), che permette di valutare l'efficacia pratica (*effectiveness*) analizzando il livello di *compliance* al trattamento raggiunta nel tempo.

In termini descrittivi, la popolazione inserita in programmi terapeutici residenziali è in prevalenza maschile (77,7%), ha un grado di istruzione basso (73,1% fino alla media inferiore), è in larga misura disoccupata (44,4%), ha avuto nel corso della vita problemi giudiziari (51,8%), è arrivata al servizio prevalentemente con dipendenza da eroina (64,3%) o

alcol (24,7%) e un'età media all'ingresso nel primo percorso di 36,4 anni.

Complessivamente, nella coorte si configura un rischio di interruzione del programma terapeutico elevatissimo, in linea con quanto pubblicato da altri studi, senza distinzioni significative tra maschi e femmine. In termini di ritenzione, la probabilità di essere ancora in trattamento dopo 60 giorni dall'ingresso risulta circa del 50%. Dopo i due mesi il ritmo di interruzione del trattamento si riduce, infatti a 180 giorni risulta ancora in trattamento oltre il 20% del contingente iniziale.

Il 34,5% dei pazienti ha avuto un *revolving door*: il 21,2% con due percorsi e il 13,3% con tre percorsi e più. L'ambito omogeneo di una sola provincia conferma una bassa variabilità territoriale dell'esito dei percorsi terapeutici.

Tra coloro che hanno avuto un esito positivo nell'ultimo trattamento (46,9% del totale) si registra che a due anni dall'ingresso in struttura l'83,9% ha raggiunto tutti gli obiettivi clinico-riabilitativi.

Il percorso terapeutico che ha maggiore probabilità di avere un esito negativo è quello di osservazione e diagnosi.

Passando ad analizzare i risultati dell'analisi multivariata (modello di regressione logistica dicotomica), una serie di variabili sembrano essere correlate alla ritenzione nel programma di trattamento residenziale. L'età all'ingresso nel primo percorso, il sesso e il titolo di studio non sembrano influenzare in modo rilevante la probabilità di ricaduta (OR non statisticamente significativi). Un'età di ingresso nella coorte inferiore ai 35 anni, rispetto è risultata fattore predittivo negativo di ricaduta durante il trattamento. Tale dato indica che probabilmente più alti gradi di gravità della malattia non aumentano il tasso di resistenza al trattamento.

Come confermato dai dati di letteratura, l'aver avuto problemi con la giustizia (denunce, condanne) è un forte predittore negativo di ritenzione in trattamento (OR=1,96, statisticamente significativo).

Il tipo di sostanza primaria d'abuso e la modalità di assunzione sembrano influenzare il rischio di ricaduta, con un impatto negativo sul risultato del trattamento, seppure non statisticamente significativo. In particolare, le sostanze primarie cocaina o alcol associate a sostanze d'abuso secondarie sono risultate fattori predittivi negativi (OR=1,37, non significativo).

Il confronto tra utenti con una storia di fallimenti nel trattamento rispetto a coloro che hanno avuto un solo percorso terapeutico riabilitativo ha dato risultati di modesta entità quale predittore di ricaduta (OR=1,28, non statisticamente significativo). Risulta forte il ruolo della tipologia di struttura: il rischio di ricaduta è notevolmente più forte (OR=2,23, statisticamente significativo) per gli utenti dei COD rispetto alle altre tipologie di struttura.

I risultati dell'analisi multivariata mostrano, infine, che la doppia diagnosi, definita da concomitanti disturbi psichiatrici in evidenza prima della comparsa del consumo di eroina, è risultata essere un più forte

predittore della ritenzione in trattamento per tutto il periodo di osservazione indipendentemente da altre variabili demografiche, cliniche e sociali (OR=2,03 per chi non ha la doppia diagnosi; non statisticamente significativo, seppure per poco, $p=0,067$).

Per quanto riguarda il ruolo della doppia diagnosi come fattore predittivo, il presente studio rileva pertanto un impatto *positivo* della doppia diagnosi sul rischio di recidiva.

Tale constatazione non è di facile interpretazione; la migliore risposta terapeutica dei soggetti con doppia diagnosi può essere dovuta, oltre all'uso di alti dosaggi di metadone per il trattamento della dipendenza da sostanze psicotrope, anche al *setting* del percorso terapeutico in strutture specialistiche per doppia diagnosi che risulta particolarmente strutturato, monitorato *step by step* e valutato, tanto da determinare un esito finale positivo, indipendentemente dal tipo di sostanza d'abuso.

Come rilevato da altri autori (Maremmani et al., 2008) i soggetti con determinate condizioni di comorbidità tendono a rispondere meglio al percorso terapeutico residenziale. In un programma riabilitativo residenziale la presenza di doppia diagnosi, definita come comorbidità psichiatrica associata al consumo regolare e alla dipendenza da sostanze psicotrope, risulta essere il miglior predittore di sopravvivenza libera da recidive in trattamento, indipendentemente da altre caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Bibliografia

Amato L, Davoli M, Vecchi S, Perucci CA; Osservatorio Fumo Alcol e Droga. *Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica*. Cochrane Drugs and Alcohol Group. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2009

Bertoncelli S, Serpelloni G. Revisione della letteratura scientifica inerente i progetti di ricerca internazionali sulla valutazione dell'outcome nell'ambito delle tossicodipendenze. In Serpelloni G, Macchia T, Mariani F (Eds): *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*. National Outcome Project. Ministero della Solidarietà Sociale, 115-136, 2006

Camposeragna A (Ed). *Revisione della letteratura*. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2005

Curzio O, Gori M, Mariani F. La valutazione dei risultati dei trattamenti dal punto di vista epidemiologico. In Serpelloni G, Macchia T, Mariani F (Eds): *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*. National Outcome Project. Ministero della Solidarietà Sociale, 2006

De Angeli M. *Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome nelle tossicodipendenze*. Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, Roma, 2001

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use*. EMCDDA, Lisbona, 2007

Gossop M. L'efficacia del trattamento nei problemi correlati alla cocaina. In Serpelloni G, Macchia T, Gerra G (Eds): *Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico*. Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, Verona, 2006

Maremmani I, Pacini M, Lamanna F, Pani PP, Trogu M, Perugi G, Deltito J, Gerra G. Predictors for non-relapsing status in methadone-maintained heroin addicts. A long-term perspective study. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*. 10(4): 19-28, 2008

McLellan AT, Arndt I, Metzger D, Woody G, O'Brien C. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*. 269(15): 1953-1959, 1993

McLellan AT, Wood GE, Metzger DS, McKay J, Alterman AI. Evaluating the effectiveness of addiction treatment: reasonable expectations, appropriate comparisons. In Egerton JA, Fox DM, Leshner AI (Eds):

Treating drug abusers effectively. Blackwell, Oxford, 1997

Moos RH, Finney JW, Federman E, Suchinsky R. Specialty mental health care improves patients' outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders. *J Stud Alcohol*. 61(5): 704-713, 2000

Prendergast M, Podus D, Chang E, Urada D. The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend*. 67(1): 53-72, 2002

Simpson DD, Joe G, Rowan-Szal G, Greener J. Client engagement and change during drug abuse treatment. *J Subst Abuse*. 7(1): 117-134, 1995

Vittadini G. *Sistemi di valutazione delle performance in sanità*. Dipartimento di Statistica, Università di Milano-Bicocca, Milano, 2000

Walker R. Retention in treatment - indicator or illusion: an essay. *Subs Use Misuse*. 44(1): 18-27, 2009

WHO (World Health Organization). ICD-10 International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th Revision. WHO, Geneva, 2010

CAPITOLO V

Allegato statistico



5.1 UTENTI IN CARICO AI SERT PER CONSUMO PROBLEMATICO O DIPENDENZA DA DROGHE

Tab.1 TOTALE UTENTI IN CARICO AL SERT

Anni	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale Utenti	Δ% Nuovi utenti	Δ% Già in carico	Δ% Totale
1991	199	490	689	-	-	-
1992	220	497	717	+10,6%	+1,4%	+4,1%
1993	186	498	684	-15,5%	+0,2%	-4,6%
1994	148	601	749	-20,4%	+20,7%	+9,5%
1995	167	647	814	+12,8%	+7,7%	+8,7%
1996	145	654	799	-13,2%	+1,1%	-1,8%
1997	157	659	816	+8,3%	+0,8%	+2,1%
1998	163	676	839	+3,8%	+2,6%	+2,8%
1999	174	679	853	+6,7%	+0,4%	+1,7%
2000	164	703	867	-5,7%	+3,5%	+1,6%
2001	143	721	864	-12,8%	+2,6%	-0,3%
2002	165	723	888	+15,4%	+0,3%	+2,8%
2003	214	781	995	+29,7%	+8,0%	+12,0%
2004	187	814	1001	-12,6%	+4,2%	+0,6%
2005	176	815	991	-5,9%	+0,1%	-1,0%
2006	158	805	963	-10,2%	-1,2%	-2,8%
2007	211	754	965	+33,5%	-6,3%	+0,2%
2008	230	797	1027	+9,0%	+5,7%	+6,4%
2009	240	797	1037	+4,3%	0,0%	+1,0%
2010	182	857	1039	-24,2%	+7,5%	+0,2%
2011	151	828	979	-20,5%	-3,4%	-5,8%
2012	149	802	951	-1,3%	-3,1%	-2,9%
2013	135	780	915	-9,4%	-2,7%	-3,8%
2014	161	717	878	+19,3%	-8,1%	-4,0%

Tab.2 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	303	107	48	197	34	689
1992	316	108	54	209	30	717
1993	321	93	57	170	43	684
1994	358	94	77	165	55	749
1995	339	105	90	204	76	814
1996	344	113	75	192	75	799
1997	348	134	85	183	66	816
1998	368	121	114	177	59	839
1999	374	112	108	198	61	853
2000	374	96	104	225	68	867
2001	386	105	82	227	64	864
2002	375	124	110	230	49	888
2003	461	125	119	223	67	995
2004	431	133	109	247	81	1001
2005	427	134	109	226	95	991
2006	428	132	112	187	104	963
2007	419	133	110	201	102	965
2008	487	120	121	192	107	1027
2009	480	116	114	187	140	1037
2010	479	128	90	198	144	1039
2011	451	127	87	181	133	979
2012	441	120	93	163	134	951
2013	427	107	102	157	122	915
2014	398	104	112	141	123	878

Tab.3 TASSI INCREMENTALI DEGLI UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	-	-	-	-	-	-
1992	+4,3	+0,9	+12,5	+6,1	-11,8	+4,1
1993	+1,6	-13,9	+5,6	-18,7	+43,3	-4,6
1994	+11,5	+1,1	+35,1	-2,9	+27,9	+9,5
1995	-5,3	+11,7	+16,9	+23,6	+38,2	+8,7
1996	+1,5	+7,6	-16,7	-5,9	-1,3	-1,8
1997	+1,2	+18,6	+13,3	-4,7	-12,0	+2,1
1998	+5,7	-9,7	+34,1	-3,3	-10,6	+2,8
1999	+1,6	-7,4	-5,3	+11,9	+3,4	+1,7
2000	0,0	-14,3	-3,7	+13,6	+8,2	+1,6
2001	+3,2	+9,4	-21,2	+0,9	-3,0	-0,3
2002	-2,8	+18,1	+34,1	+1,3	-23,4	+2,8
2003	+22,9	+0,8	+8,2	-3,0	+36,7	+12,0
2004	-6,5	+6,4	-8,4	+10,8	+20,9	+0,6
2005	-0,9	+0,8	0,0	-8,5	+17,3	-1,0
2006	+0,2	-1,5	+2,8	-17,3	+9,5	-2,8
2007	-2,1	+0,8	-1,8	+7,5	-1,9	+0,2
2008	+16,2	-9,8	+10,0	-4,5	+4,9	+6,4
2009	-1,4	-3,3	-5,8	-2,6	+30,8	+1,0
2010	-0,2	+10,3	-21,1	+5,9	+2,9	+0,2
2011	-5,8	-0,8	-3,3	-8,6	-7,6	-5,8
2012	-2,2	-5,5	+6,9	-9,9	+0,8	-2,9
2013	-3,2	-10,8	+9,7	-3,7	-9,0	-3,8
2014	-6,8	-2,8	9,8	-10,2	+0,8	-4,0

Tab.4 NUOVI UTENTI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	70	23	10	88	8	199
1992	77	35	12	80	16	220
1993	72	18	13	70	13	186
1994	59	10	41	29	9	148
1995	39	13	40	38	37	167
1996	52	18	22	28	25	145
1997	57	22	26	34	18	157
1998	52	20	43	33	15	163
1999	48	15	41	51	19	174
2000	61	6	33	44	20	164
2001	54	15	22	40	12	143
2002	58	20	29	46	12	165
2003	112	14	26	40	22	214
2004	66	20	16	49	36	187
2005	71	14	22	38	31	176
2006	62	17	17	34	28	158
2007	89	25	18	51	28	211
2008	129	18	23	33	27	230
2009	103	12	18	56	51	240
2010	85	20	10	37	30	182
2011	72	19	13	28	19	151
2012	83	10	14	15	27	149
2013	73	8	16	19	19	135
2014	73	20	21	18	29	161

Tab.5 TASSI INCREMENTALI DEI NUOVI UTENTI PER SEDE DI TRATTAMENTO (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	-	-	-	-	-	-
1992	+10,0	+52,2	+20,0	-9,1	+100,0	+10,6
1993	-6,5	-48,6	+8,3	-12,5	-18,8	-15,5
1994	-18,1	-44,4	+215,4	-58,6	-30,8	-20,4
1995	-33,9	+30,0	-2,4	+31,0	311,1	+12,8
1996	+33,3	+38,5	-45,0	-26,3	-32,4	-13,2
1997	+9,6	+22,2	+18,2	+21,4	-28,0	+8,3
1998	-8,8	-9,1	+65,4	-2,9	-16,7	+3,8
1999	-7,7	-25,0	-4,7	+54,5	26,7	+6,7
2000	+21,7	-60,0	-19,5	-13,7	+5,3	-5,7
2001	-11,5	+150,0	-33,3	-9,1	-40,0	-12,8
2002	+7,4	+33,3	+31,8	+15,0	0,0	+15,4
2003	+93,1	-30,0	-10,3	-13,0	+83,3	+29,7
2004	-41,1	+42,9	-38,5	+22,5	+63,6	-12,6
2005	+7,6	-30,0	+37,5	-22,4	-13,9	-5,9
2006	-12,7	+21,4	-22,7	-10,5	-9,7	-10,2
2007	+43,5	+47,1	+5,9	+50,0	0,0	+33,5
2008	+44,9	-28,0	+27,8	-35,3	-3,6	+9,0
2009	-20,2	-33,3	-21,7	+69,7	+88,9	+4,3
2010	-17,5	+66,7	-44,4	-33,9	-41,2	-24,2
2011	-15,3	-5,0	+30,0	-24,0	-36,7	-20,5
2012	+15,3	-47,4	+7,7	-46,4	+42,1	-1,3
2013	-12,0	-20,0	+14,3	+26,7	-29,6	-9,4
2014	0,0	+150,0	+31,3	-5,3	+52,6	+19,3

Tab.6 UTENTI GIÀ IN CARICO DISTINTI PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	233	84	38	109	26	490
1992	239	73	42	129	14	497
1993	249	75	44	100	30	498
1994	299	84	36	136	46	601
1995	300	92	50	166	39	647
1996	292	95	53	164	50	654
1997	291	112	59	149	48	659
1998	316	101	71	144	44	676
1999	326	97	67	147	42	679
2000	313	90	71	181	48	703
2001	332	90	60	187	52	721
2002	317	104	81	184	37	723
2003	349	111	93	183	45	781
2004	365	113	93	198	45	814
2005	356	120	87	188	64	815
2006	366	115	95	153	76	805
2007	330	108	92	150	74	754
2008	358	102	98	159	80	797
2009	377	104	96	131	89	797
2010	394	108	80	161	114	857
2011	379	108	74	153	114	828
2012	358	110	79	148	107	802
2013	354	99	86	138	103	780
2014	325	84	91	123	94	717

Tab.7 TASSI INCREMENTALI DEGLI UTENTI GIÀ IN CARICO (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	-	-	-	-	-	-
1992	+2,6	-13,1	+10,5	+18,3	-46,2	+1,4
1993	+4,2	+2,7	+4,8	-22,5	+114,3	+0,2
1994	+20,1	+12,0	-18,2	+36,0	+53,3	+20,7
1995	+0,3	+9,5	+28,9	+22,1	-15,2	+7,7
1996	-2,7	+3,3	+6,0	-1,2	+28,2	+1,1
1997	-0,3	+17,9	+11,3	-9,1	-4,0	+0,8
1998	+8,6	-9,8	+20,3	-3,4	-8,3	+2,6
1999	+3,2	-4,0	-5,6	+2,1	-4,5	+0,4
2000	-4,0	-7,2	+6,0	+23,1	+14,3	+3,5
2001	+6,1	+0,0	-15,5	+3,3	+8,3	+2,6
2002	-4,5	+15,6	+35,0	-1,6	-28,8	+0,3
2003	+10,1	+6,7	+14,8	-0,5	+21,6	+8,0
2004	+4,6	+1,8	0,0	+8,2	0,0	+4,2
2005	-2,5	+6,2	-6,5	-5,1	+42,2	+0,1
2006	+2,8	-4,2	+9,2	-18,6	+18,8	-1,2
2007	-9,8	-6,1	-3,2	-2,0	-2,6	-6,3
2008	+8,5	-5,6	+6,5	+6,0	+8,1	+5,7
2009	+5,3	+2,0	-2,0	-17,6	+11,3	0,0
2010	+4,5	+3,8	-16,7	+22,9	+28,1	+7,5
2011	-3,8	0,0	-7,5	-5,0	0,0	-3,4
2012	-5,5	+1,9	+6,8	-3,3	-6,1	-3,1
2013	-1,1	-10,0	+8,9	-6,8	-3,7	-2,7
2014	-8,2	-15,2	+5,8	-10,9	-8,7	-8,1

Tab.8 NUOVI UTENTI SUL TOTALE DEGLI UTENTI IN CARICO (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	23,1	21,5	20,8	44,7	23,5	28,9
1992	24,4	32,4	22,2	38,3	53,3	30,7
1993	22,4	19,4	22,8	41,2	30,2	27,2
1994	16,5	10,6	53,2	17,6	16,4	19,8
1995	11,5	12,4	44,4	18,6	48,7	20,5
1996	15,1	15,9	29,3	14,6	33,3	18,1
1997	16,4	16,4	30,6	18,6	27,3	19,5
1998	14,1	16,5	37,7	18,6	25,4	19,4
1999	12,8	13,4	38,0	25,8	31,1	20,4
2000	16,3	6,3	31,7	19,6	30,3	18,9
2001	14,0	14,3	26,8	17,6	18,8	16,6
2002	15,5	16,1	26,4	20,0	24,5	18,6
2003	24,3	11,2	21,8	17,9	32,8	21,5
2004	15,3	15,0	14,7	19,8	44,4	18,7
2005	16,6	10,4	20,2	16,8	32,6	17,8
2006	14,5	12,9	15,2	18,2	26,9	16,4
2007	21,2	18,8	16,4	25,4	27,5	21,2
2008	26,5	15,0	19,0	17,2	25,2	22,4
2009	27,3	11,5	18,8	47,2	53,3	30,1
2010	17,7	15,6	11,1	18,7	20,8	17,5
2011	16,0	15,0	14,9	15,5	14,3	15,4
2012	18,8	8,3	15,1	9,2	20,1	15,7
2013	17,1	7,5	15,7	12,1	15,6	14,8
2014	18,3	19,2	18,8	12,8	23,6	18,3

Tab.9 UTENTI GIÀ IN CARICO/NUOVI UTENTI PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	3,3	3,7	3,8	1,2	3,3	2,5
1992	3,1	2,1	3,5	1,6	0,9	2,3
1993	3,5	4,2	3,4	1,4	2,3	2,7
1994	5,1	8,4	0,9	4,7	5,1	4,1
1995	7,7	7,1	1,3	4,4	1,1	3,9
1996	5,6	5,3	2,4	5,9	2,0	4,5
1997	5,1	5,1	2,3	4,4	2,7	4,1
1998	6,1	5,1	1,7	4,4	2,9	4,1
1999	6,8	6,5	1,6	2,9	2,2	3,9
2000	5,1	15,0	2,2	4,1	2,4	4,3
2001	6,1	6,0	2,7	4,7	4,3	5,0
2002	5,5	5,2	2,8	4,0	3,1	4,4
2003	3,1	7,9	3,6	4,6	2,0	3,6
2004	5,5	5,7	5,8	4,0	1,3	4,4
2005	5,0	8,6	4,0	4,9	2,1	4,6
2006	5,9	6,8	5,6	4,5	2,7	5,1
2007	3,7	4,3	5,1	2,9	2,6	3,7
2008	2,8	5,7	4,3	4,8	3,0	3,5
2009	3,7	8,7	5,3	2,3	1,7	3,3
2010	4,6	5,4	8,0	4,4	3,8	4,7
2011	5,3	5,7	5,7	5,5	6,0	5,5
2012	4,3	11	5,6	9,9	4	5,4
2013	4,8	12,4	5,4	7,3	5,4	5,8
2014	4,5	4,2	4,3	6,8	3,2	4,5

Tab.10 UTENTI IN CARICO AI SERT RAPPORATI ALLA POPOLAZIONE TARGET

Anni	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000		Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000	
	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA
1991	7,9	8,6	27,2	26,2
1992	8,7	8,5	28,3	27,9
1993	7,4	7,6	27,3	28,4
1994	6,0	8,0	30,2	30,8
1995	6,8	7,6	33,1	32,5
1996	6,0	8,2	32,9	33,7
1997	6,5	7,3	33,5	34,0
1998	6,8	6,9	35,2	34,0
1999	7,4	7,4	36,2	35,5
2000	7,0	7,2	37,2	36,7
2001	6,2	7,6	37,4	37,6
2002	7,2	7,3	38,7	38,9
2003	9,4	7,8	43,7	40,4
2004	8,2	8,5	44,1	41,8
2005	7,8	10,1	43,6	45,1
2006	7,0	9,2	42,5	46,3
2007	9,3	8,5	42,5	45,9
2008	10,1	8,9	44,9	46,5
2009	10,5	9,0	45,3	46,0
2010	8,0	7,6	45,4	45,3
2011	6,6	-	42,6	-
2012	6,6	-	41,9	-
2013	6,0	-	40,8	-
2014	7,3	-	39,8	-

Tab.11 Utenti Totali in carico ai SerT distinti per Comune di residenza

Comuni di residenza	Utenti totali							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	344	375	366	370	337	326	308	298
Masi Torello	4	2	1	1	2	1	1	0
Voghiera	6	7	6	6	5	6	5	5
Copparo	66	61	61	61	63	56	57	54
Ro	14	13	13	14	12	11	10	11
Berra	26	22	19	19	22	20	15	20
Jolanda di Savoia	2	4	6	3	7	7	3	4
Formignana	8	3	3	3	4	2	3	5
Tresigallo	12	11	10	17	14	17	14	12
Centro Nord	482	498	485	494	466	446	416	409
Argenta	46	54	36	33	35	32	40	45
Portomaggiore	39	43	49	38	39	41	43	43
Ostellato	15	14	21	19	20	21	17	17
Fiscaglia	26	29	29	26	28	27	22	25
Comacchio	103	96	92	97	80	71	73	68
Lagosanto	17	21	16	13	12	16	13	11
Codigoro	30	26	31	36	34	29	31	22
Mesola	16	13	12	16	15	15	15	13
Goro	9	10	5	8	8	7	6	7
Sud Est	301	306	291	286	271	259	260	251
Cento	46	52	69	67	61	72	63	57
S. Agostino	5	4	7	5	5	6	6	7
Mirabello	3	3	4	4	5	5	4	7
Bondeno	36	37	39	48	44	39	40	36
Poggio Renatico	10	11	10	9	12	8	8	10
Vigarano Mainarda	13	14	18	13	14	14	12	8
Ovest	113	121	147	146	141	144	133	125
TOTALE	896	925	923	926	878	849	809	783
Non residenti	69	102	114	113	101	102	106	95

Tab.12 TASSI DI PREVALENZA PER COMUNE DI RESIDENZA PER 1.000 TARGET

Comuni di residenza	Tassi di prevalenza ⁶⁹ *1.000 pop. target 15-64 anni							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	4,04	4,38	4,28	4,32	3,92	3,82	3,65	3,61
Masi Torello	2,64	1,28	0,64	0,65	1,32	0,67	0,68	0,00
Voghiera	2,45	2,90	2,48	2,52	2,08	2,56	2,15	2,17
Copparo	5,96	5,60	5,60	5,64	5,88	5,33	5,55	5,36
Ro	6,21	5,97	5,97	6,53	5,54	5,24	4,85	5,54
Berra	7,57	6,59	5,69	5,84	6,73	6,35	4,89	6,71
Jolanda di Savoia	0,99	2,02	3,03	1,53	3,60	3,65	1,59	2,16
Formignana	4,38	1,68	1,68	1,69	2,28	1,14	1,73	2,88
Tresigallo	4,03	3,71	3,37	5,80	4,75	5,97	4,95	4,32
Centro Nord	4,28	4,42	4,30	4,39	4,13	4,00	3,89	3,79
Argenta	3,32	3,85	2,57	2,35	2,49	2,3	2,9	3,32
Portomaggiore	5,12	5,63	6,41	4,98	5,10	5,24	5,78	5,78
Ostellato	3,48	3,33	5,00	4,54	4,81	5,17	4,25	4,35
Fiscaglia	4,16	4,66	4,71	4,26	4,60	4,49	3,74	4,34
Comacchio	6,61	6,13	5,88	6,28	5,17	4,64	4,84	4,60
Lagosanto	5,68	6,67	5,08	4,08	3,68	4,88	4,04	3,44
Codigoro	3,68	3,21	3,83	4,52	4,24	3,69	4,04	2,92
Mesola	3,45	2,82	2,60	3,51	3,30	3,36	3,42	3,00
Goro	3,28	3,69	1,85	2,97	3,01	2,7	2,37	2,82
Sud Est	4,55	4,62	4,39	4,35	4,11	3,98	4,06	3,98
Cento	2,11	2,28	3,02	2,90	2,61	3,1	2,72	2,48
S. Agostino	1,14	0,86	1,51	1,08	1,07	1,28	1,31	1,54
Mirabello	1,36	1,34	1,79	1,80	2,24	2,3	1,91	3,47
Bondeno	3,73	3,86	4,07	5,01	4,62	4,16	4,33	4,00
Poggio Renatico	1,80	1,85	1,68	1,48	1,93	1,28	1,27	1,60
Vigarano Mainarda	2,88	2,97	3,82	2,70	2,86	2,85	2,45	1,64
Ovest	2,35	2,42	2,94	2,89	2,77	2,84	2,65	2,51
TOTALE	3,95	4,04	4,03	4,05	3,82	3,74	3,61	3,55

⁶⁹ Tasso di prevalenza = (Utenti totali residenti/popolazione target 15-64) * 1.000

Tab.13 NUOVI UTENTI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER COMUNE DI RESIDENZA

Comuni di residenza	Nuovi Utenti							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	62	77	64	49	36	33	29	39
Masi Torello	4	0	0	0	1	0	1	0
Voghiera	2	1	1	1	1	1	0	1
Copparo	12	8	4	5	5	2	3	9
Ro	0	1	1	1	0	1	0	1
Berra	4	3	1	2	4	1	0	8
Jolanda di Savoia	1	2	3	1	5	1	0	3
Formignana	2	2	0	1	2	1	1	1
Tresigallo	5	2	2	8	3	3	2	1
Centro Nord	92	96	76	68	57	43	36	63
Argenta	10	13	9	9	8	7	11	9
Portomaggiore	6	8	6	1	3	2	3	4
Ostellato	2	1	7	2	1	2	2	3
Fiscaglia	6	4	5	2	4	4	2	4
Comacchio	19	12	24	12	11	6	6	4
Lagosanto	5	7	2	1	2	1	1	0
Codigoro	12	5	14	12	4	4	7	4
Mesola	4	2	3	4	4	1	1	2
Goro	3	2	3	4	4	2	2	4
Sud Est	67	54	73	47	41	29	35	34
Cento	13	16	25	14	10	15	9	11
S. Agostino	2	0	5	0	1	4	3	4
Mirabello	0	0	2	0	0	1	0	2
Bondeno	5	6	10	11	4	3	4	6
Poggio Renatico	4	3	1	2	2	3	2	4
Vigarano Mainarda	3	1	7	0	2	1	1	3
Ovest	27	26	50	27	19	27	19	30
TOTALE	186	176	199	142	117	99	90	127
Non residenti	25	54	41	40	34	50	45	34

Tab.14 TASSI DI INCIDENZA PER COMUNE DI RESIDENZA PER 1.000 TARGET

Comuni di residenza	Tassi di Incidenza ⁷⁰ *1.000 pop. target 15-64 anni							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	0,73	0,90	0,75	0,57	0,42	0,39	0,34	0,47
Masi Torello	2,64	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,68	0,00
Voghiera	0,82	0,41	0,41	0,42	0,42	0,43	0,00	0,43
Copparo	1,08	0,73	0,37	0,46	0,47	0,19	0,29	0,89
Ro	0,00	0,46	0,46	0,47	0,00	0,48	0,00	0,50
Berra	1,16	0,90	0,30	0,62	1,22	0,32	0,00	2,69
Jolanda di Savoia	0,49	1,01	1,51	0,51	2,57	0,52	0,00	1,62
Formignana	1,10	1,12	0,00	0,56	1,14	0,57	0,58	0,58
Tresigallo	1,68	0,67	0,67	2,73	1,02	1,05	0,71	0,36
Centro Nord	0,82	0,85	0,67	0,60	0,51	0,40	0,33	0,58
Argenta	0,72	0,93	0,64	0,64	0,57	0,50	0,80	0,66
Portomaggiore	0,79	1,05	0,79	0,13	0,39	0,27	0,40	0,54
Ostellato	0,46	0,24	1,67	0,48	0,24	0,49	0,50	0,77
Fiscaglia				0,33	0,65	0,66	0,34	0,69
Comacchio	1,22	0,77	1,53	0,78	0,71	0,39	0,40	0,27
Lagosanto	1,67	2,22	0,64	0,31	0,61	0,31	0,31	0,00
Codigoro	1,47	0,62	1,73	1,51	0,50	0,51	0,91	0,53
Mesola	0,86	0,43	0,65	0,88	0,88	0,22	0,23	0,46
Goro	1,09	0,74	1,11	1,48	1,51	0,77	0,79	1,61
Sud Est	1,01	0,82	1,10	0,71	0,62	0,45	0,56	0,54
Cento	0,60	0,70	1,10	0,61	0,43	0,65	0,39	0,48
S. Agostino	0,45	0,00	1,08	0,00	0,21	0,85	0,65	0,88
Mirabello	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,46	0,00	0,99
Bondeno	0,52	0,63	1,04	1,15	0,42	0,32	0,43	0,67
Poggio Renatico	0,72	0,50	0,17	0,33	0,32	0,48	0,32	0,64
Vigarano Mainarda	0,66	0,21	1,48	0,00	0,41	0,2	0,20	0,62
Ovest	0,56	0,52	1,00	0,54	0,37	0,53	0,38	0,60
TOTALE	0,82	0,77	0,87	0,62	0,51	0,44	0,40	0,58

⁷⁰ Tasso di incidenza = (Nuovi utenti residenti/popolazione target 15-64) * 1.000

Tab.15 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2014

	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	398	104	112	141	123	878	
Maschi	334	87	96	119	102	738	84,1%
Femmine	64	17	16	22	21	139	15,9%
% Maschi	83,9	83,7	85,7	84,4	82,9	84,1	
% Femmine	16,1	16,3	14,3	15,6	17,1	15,9	
Maschi/Femmine	5,2	5,1	6	5,2	4,8	5,3	
Età media	38,2 (16-63)	38,2 (16-57)	36,2 (16-67)	41,04 (19-66)	35,2 (16-63)	37,8 (16-67)	
Classi di età:							
15-19 anni	23	5	10	2	3	43	4,9%
20-24 anni	37	13	14	12	15	91	10,4%
25-29 anni	30	9	8	7	23	77	8,8%
30-34 anni	46	9	17	10	21	103	11,7%
35-39 anni	64	12	20	24	17	137	15,6%
>39 anni	198	56	43	86	44	427	48,6%
Cittadinanza:							
Italiani	355	102	111	140	118	826	94,1%
Extracomunitari	43	2	1	1	5	52	5,9%
Comunitari	0	0	0	0	0	0	
% stranieri/ totale	11%	2%	1%	1%	4%	6%	
Nuovi utenti	73	20	21	18	29	161	18,3%
Maschi	63	16	17	14	24	134	83,2%
Femmine	10	4	4	4	5	27	16,8%
Maschi/Femmine	6,3	4	4,2	3,5	4,8	5,0	
Età media	29,8 (16-61)	24,3 (16-47)	22,5 (16-43)	29,7 (19-45)	30,6 (16-63)	28,3 (16-63)	
Classi di età:							
15-19 anni	16	5	7	2	3	33	20,5%
20-24 anni	12	9	9	7	9	46	28,6%
25-29 anni	9	2	2	1	7	21	13,0%
30-34 anni	13	1	1	2	2	19	11,8%
35-39 anni	8	1	1	2	1	13	8,1%
>39 anni	15	2	1	4	7	29	18,0%
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	19	6	9	48	20	102	47,2%
N. inviati art. 75	36	16	21	6	35	114	52,8%
Totale	55	22	30	54	55	216	
Utenti già in carico	325	84	91	123	94	717	81,7%
Maschi	271	71	79	105	78	604	84,2%
Femmine	54	13	12	18	16	113	15,8%
Maschi/Femmine	5,01	5,4	6,5	5,8	4,8	5,3	
Età media	40,04 (17-63)	41,5 (20-57)	39,3 (17-67)	42,7 (22-66)	36,6 (22-61)	40,02 (17-67)	
Classi di età:							
15-19 anni	7	0	3	0	0	10	1,4%
20-24 anni	25	4	5	5	6	45	6,3%
25-29 anni	21	7	6	6	16	56	7,8%
30-34 anni	33	8	16	8	19	84	11,7%
35-39 anni	56	11	19	22	16	124	17,3%
>39 anni	183	54	42	82	37	398	55,5%

Tab.15.1 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2013

	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	427	107	102	157	122	915	
Maschi	362	90	89	135	101	777	84,9%
Femmine	65	17	13	22	21	138	15,1%
% Maschi	84,8	84,1	87,3	86,0	82,8	84,9	
% Femmine	15,2	15,9	12,7	14,0	17,2	15,1	
Maschi/Femmine	5,6	5,3	6,8	6,1	4,8	5,6	
Età media	38,0 (15-62)	38,9 (19-56)	36,5 (15-66)	39,1 (16-44)	34,4 (19-56)	37,6 (15-66)	
Classi di età:							
15-19 anni	14	3	5	6	1	29	3,2%
20-24 anni	40	9	11	10	18	88	9,6%
25-29 anni	40	8	12	11	17	88	9,6%
30-34 anni	57	13	18	18	29	135	14,8%
35-39 anni	73	17	17	30	20	157	17,2%
>39 anni	203	57	39	82	37	418	45,7%
Cittadinanza:							
Italiani	381	105	100	156	118	860	94,0%
Extracomunitari	45	2	2	1	4	54	5,9%
Comunitari	1	0	0	0	0	1	0,1%
% stranieri/ totale	12,1%	1,9%	2,0%	0,6%	3,4%	6,4%	
Nuovi utenti	73	8	16	19	19	135	14,8%
Maschi	67	7	15	18	18	125	92,6%
Femmine	6	1	1	1	1	10	7,4%
Maschi/Femmine	11,2	7,0	15,0	18,0	18,0	12,5	
Età media	32,6 (15-60)	23,5 (19-34)	26,1 (15-46)	26,7 (16-44)	30,5 (20-48)	30,2 (15-48)	
Classi di età:							
15-19 anni	8	2	4	5	0	19	14,1%
20-24 anni	14	2	6	4	9	35	25,9%
25-29 anni	9	1	1	2	0	13	9,6%
30-34 anni	11	1	1	2	3	18	13,3%
35-39 anni	8	0	1	1	3	13	9,6%
>39 anni	23	2	3	5	4	37	27,4%
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	40	6	16	89	28	179	83,3%
N. inviati art. 75	6	3	2	3	22	36	16,7%
Totale	46	9	18	92	50	215	
Utenti già in carico	354	99	86	138	103	780	85,2%
Maschi	295	83	74	117	83	652	83,6%
Femmine	59	16	12	21	20	128	16,4%
Maschi/Femmine	4,9	5,2	6,2	5,6	4,2	5,1	
Età media	39,0 (16-62)	39,8 (19-56)	38,5 (19-66)	40,7 (18-65)	35,1 (19-56)	38,8 (16-66)	
Classi di età:							
15-19 anni	6	1	1	1	1	10	1,3%
20-24 anni	26	7	5	6	9	53	6,8%
25-29 anni	31	7	11	9	17	75	9,6%
30-34 anni	46	12	17	16	26	117	15,0%
35-39 anni	65	17	16	29	17	144	18,5%
>39 anni	180	55	36	77	33	381	48,8%

Tab.15.2 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2012

	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	441	120	93	163	134	951	
Maschi	373	100	79	137	113	802	84,3%
Femmine	68	20	14	26	21	149	15,7%
% Maschi	84,6	83,3	84,9	84,0	84,3	84,3	
% Femmine	15,4	16,7	15,1	16,0	15,7	15,7	
Maschi/Femmine	5,5	5	5,6	5,3	5,4	5,4	
Età media	36,7	38,5	37,1	39,2	32,8	36,7	
Classi di età:							
15-19 anni	22	2	2	7	7	40	4,2%
20-24 anni	40	10	7	13	23	93	9,8%
25-29 anni	44	9	17	11	23	104	10,9%
30-34 anni	73	13	16	19	26	147	15,5%
35-39 anni	76	22	14	32	19	163	17,1%
>39 anni	186	64	37	81	36	404	42,5%
Cittadinanza:							
Italiani	387	118	92	161	126	884	93,1%
Extracomunitari	52	2	1	1	8	64	6,7%
Comunitari	1	0	0	1	0	2	0,2%
% stranieri/ totale	13,7%	1,7%	1,9%	1,2%	6,3%	7,4%	
Nuovi utenti	83	10	14	15	27	149	%
Maschi	72	8	14	12	24	130	87,3%
Femmine	11	2	0	3	3	19	12,7%
Maschi/Femmine	6,5	4	-	4	8	6,8	
Età media	30,8	33,3	29,3	33,1	27,6	30,3	
Classi di età:							
15-19 anni	11	1	1	1	6	20	13,4%
20-24 anni	14	3	4	5	7	33	22,2%
25-29 anni	13	1	2	0	4	20	13,4%
30-34 anni	17	0	3	0	5	25	16,8%
35-39 anni	17	2	3	5	1	28	18,8%
>39 anni	11	3	1	4	4	23	15,4%
Canale d'invio:							
N. segnalati art.121	42	24	26	96	41	229	84,8%
N. inviati art.75	1	8	6	4	22	41	15,2%
Totale	43	32	32	100	63	270	
Utenti già in carico	358	110	79	148	107	802	%
Maschi	301	92	65	125	89	672	83,8%
Femmine	57	18	14	23	18	130	16,2%
Maschi/Femmine	5,3	5,1	4,6	5,4	4,9	5,2	
Età media	38,1	39,2	38,6	39,0	33,9	37,9	
Classi di età:							
15-19 anni	11	1	1	6	1	20	2,5%
20-24 anni	26	7	3	8	16	60	7,5%
25-29 anni	31	8	15	11	19	84	10,5%
30-34 anni	56	13	13	19	21	122	15,2%
35-39 anni	59	20	11	27	18	135	16,8%
>39 anni	175	61	36	77	32	381	47,5%

Tab.16 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE

ANNO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totale utenti	963	965	1027	1037	1039	979	951	915	877
Maschi	818	826	878	879	878	835	802	777	738
Femmine	145	139	149	158	161	144	149	138	139
% Maschi	84,9%	85,6%	85,5%	84,8%	84,5%	85,3	84,3	84,9	84,1
% Femmine	15,1%	14,4%	14,5%	15,2%	15,5%	14,7	15,7	15,1	15,9
Maschi/Femmine	5,6	5,9	5,9	5,6	5,6	5,8	5,38	5,6	5,3
Età media	33,2	33,2	32,9	35,0	35,2	36,0	36,7	37,7	37,8
Classi di età:									
15-19 anni	17	31	37	51	51	37	40	29	43
20-24 anni	95	98	121	114	123	101	93	88	91
25-29 anni	162	141	151	147	145	126	104	88	77
30-34 anni	178	171	179	174	169	146	147	135	103
35-39 anni	217	198	188	174	160	168	163	157	137
>39 anni	294	326	351	377	391	401	404	418	427
Nuovi utenti	158	211	230	240	182	151	149	135	161
Maschi	131	188	196	213	157	132	130	125	134
Femmine	27	23	34	27	25	19	19	10	27
Maschi/Femmine	4,8	8,2	5,8	7,8	6,3	6,9	6,84	12,5	5,0
Età media	28,7	27,7	28,3	28,9	27,8	28,6	30,3	30,2	28,3
Classi di età:									
15-19 anni	12	24	22	36	27	23	20	19	33
20-24 anni	39	66	60	63	57	34	33	35	46
25-29 anni	41	44	50	46	31	24	20	13	21
30-34 anni	25	23	43	33	33	24	25	18	19
35-39 anni	18	27	26	26	15	20	28	13	13
>39 anni	23	27	29	36	19	26	23	37	29
Canale d'invio:									
N. segnalati art. 121	157	205	289	186	175	154	229	178	102
N. inviati art. 75	107	51	32	42	31	54	41	36	114
Totale	264	256	321	228	206	208	270	214	216
Utenti già in carico	805	754	797	797	857	828	802	780	717
Maschi	687	638	682	666	721	703	672	652	604
Femmine	118	116	115	131	136	125	130	128	113
Maschi/Femmine	5,8	5,5	5,9	5,1	5,3	5,6	5,16	5,1	5,3
Età media	34,0	34,7	34,2	36,5	36,8	37,3	37,9	38,8	40,0
Classi di età:									
15-19 anni	5	7	15	15	24	14	20	10	10
20-24 anni	56	32	61	51	66	67	60	53	45
25-29 anni	121	97	101	101	114	102	84	75	56
30-34 anni	153	148	136	141	136	122	122	117	84
35-39 anni	201	171	162	148	145	148	135	144	124
>39 anni	269	299	322	341	372	375	381	381	398

Tab.17 CASI TOTALI SEGNALATI O INVIATI DALLA PREFETTURA

Anni	Segnalati Art. 121	Inviati Art. 75	Totale	Δ% annuo
1991	112	158	270	-
1992	288	153	441	+63,3%
1993	278	118	396	-10,2%
1994	213	69	282	-28,8%
1995	239	59	298	+5,7%
1996	233	67	300	+0,7%
1997	148	119	267	-11,0%
1998	271	88	359	+34,5%
1999	250	108	258	-28,1%
2000	210	112	322	+24,8%
2001	221	137	358	+11,2%
2002	221	120	341	-4,7%
2003	147	127	274	-19,6%
2004	198	172	370	+35,0%
2005	143	164	307	-17,0%
2006	157	107	264	-14,0%
2007	205	51	256	-3,0%
2008	289	32	321	+25,4%
2009	186	42	228	-29,0%
2010	175	31	206	-9,6%
2011	154	54	208	+1,0%
2012	229	41	270	+29,8%
2013	178	36	214	-20,7%
2014	102	114	216	+0,9%

Tab.18 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER SESSO ED ETÀ MEDIA

Anni	Maschi		Femmine		Maschi/ Femmine	Età media
	Freq.	%	Freq.	%		
1991	565	82,0	124	18,0	4,6	27,0
1992	574	80,1	143	19,9	4,0	27,5
1993	557	81,6	127	18,6	4,4	27,5
1994	611	81,6	138	18,4	4,4	28,9
1995	662	81,3	152	18,7	4,4	30,0
1996	669	83,7	130	16,3	5,1	28,5
1997	677	84,0	129	16,0	5,2	28,0
1998	704	83,9	135	16,1	5,2	29,0
1999	725	85,0	128	15,0	5,7	29,5
2000	742	85,6	125	14,4	5,9	31,8
2001	734	85,0	130	15,0	5,6	31,9
2002	756	85,1	132	14,9	5,7	32,5
2003	844	84,8	151	15,2	5,6	32,8
2004	865	86,4	136	13,6	6,4	33,2
2005	848	85,6	143	14,4	5,9	32,5
2006	818	84,9	145	15,1	5,6	33,5
2007	826	85,6	139	14,4	5,9	33,2
2008	878	85,5	149	14,5	5,9	32,9
2009	879	84,8	158	15,2	5,6	35,0
2010	878	84,5	161	15,5	5,6	35,2
2011	835	85,3	144	14,7	5,8	34,3
2012	802	84,3	149	15,7	5,4	36,7
2013	777	84,8	138	15,2	5,6	37,6
2014	738	84,1	139	15,9	5,3	37,7

Tab.19 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2014

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	1	1	0	1	1	4	0,5
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	0	1	0	1	4	0,5
Cannabinoidi	22	14	20	12	12	80	9,6
Cocaina	45	7	17	12	7	88	10,6
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	304	77	70	109	90	650	78,0
Metadone	1	1	0	0	0	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	1	0	0	0	2	0,2
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	0	0	1	2	0,2
Totale	377	101	109	134	112	833	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	1	0	0	1	0,3
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	3	3	0	0	1	7	2,3
Cannabinoidi	26	18	16	19	4	83	27,4
Cocaina	72	25	12	20	6	135	44,6
Crack	1	0	1	0	0	2	0,7
Eroina	6	0	1	0	0	7	2,3
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0	0,0
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	26	13	13	14	2	68	22,4
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Totale	134	59	44	53	13	303	100,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	5	1	0	1	0	7	1,6
Eroina	216	62	11	87	47	423	98,4
Totale	221	63	11	88	47	430	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	21	-	-	21	21
Cannabinoidi	24,0	22,3	24,05	26,3	24,5	24,2	16-61
Cocaina	40,3	34,1	35,3	37,5	34,1	36,2	21-56
Eroina	39,9	42,4	40,1	43,7	37,1	40,1	18-63
Benzodiazepine	45,5	-	43,0	-	61,0	49,8	45-61
Altro ⁷¹	51,0	41,5	-	38,0	36,5	40,07	20-51
Nessuna	21,4	19,2	36,7	31,7	30,4	27,9	16-37

⁷¹ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.1 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2013

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	2	0	0	2	0,2
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	0	0	0	0	2	0,2
Cannabinoidi	15	11	14	16	9	65	7,5
Cocaina	57	8	20	18	7	110	12,7
Crack	1	0	0	0	0	1	0,1
Eroina	335	81	63	108	93	680	78,3
Metadone	0	1	0	0	1	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	1	0	0	1	4	0,5
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	1	0	0	2	0,2
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	1	0	0	2	0,6
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	3	0	0	1	5	1,5
Cannabinoidi	26	13	12	18	3	72	21,4
Cocaina	89	29	15	12	6	151	44,9
Crack	2	0	0	0	0	2	0,6
Eroina	7	0	2	1	0	9	3,0
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,3
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	35	22	19	15	2	93	27,7
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	9	1	0	1	0	11	2,4
Eroina	246	66	10	80	50	452	97,6
Totale	255	67	10	81	50	463	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	25,0	-	-	25,0	20-30
Cannabinoidi	26,3	26,0	24,4	32,1	26,2	27,2	15-60
Cocaina/crack	39,5	35,2	37,2	37,1	36,0	37,1	20-58
Eroina	38,9	41,6	39,5	42,2	35,4	39,5	17-66
Benzodiazepine	38,5	-	-	-	-	38,5	32-45
Altro ⁷²	33,5	38,6	29,5	-	43,0	36,4	20-48
Nessuna	23,1	32,7	40,0	28,0	29,9	30,7	15-56

⁷² Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.2 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2012

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	0	0	1	0	2	0,2
Cannabinoidi	16	9	13	27	14	79	8,7
Cocaina	51	14	10	18	6	99	11,0
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	355	87	66	109	100	717	79,3
Metadone	0	1	0	0	1	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	3	0	0	0	4	0,4
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	1	0	0	2	0,6
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	3	0	0	0	3	0,9
Cannabinoidi	18	17	5	18	2	60	17,2
Cocaina	109	29	16	21	9	184	52,7
Crack	1	0	0	0	0	1	0,3
Eroina	10	0	0	3	1	14	4,0
Metadone	2	0	0	0	0	2	0,6
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	1	0	0	0	1	0,3
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	31	24	13	11	3	82	23,5
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	11	1	0	0	0	12	2,5
Eroina	258	71	9	67	56	461	97,5
Totale	269	72	9	67	56	473	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	29,0	-	-	29,0	29
Cannabinoidi	23,7	30,4	30,1	28,5	28,2	28,0	15-50
Cocaina	38,7	37,8	33,0	38,7	36,3	37,9	19-55
Eroina	37,4	40,3	39,6	41,6	33,6	38,1	16-65
Benzodiazepine	31,0	-	-	43,0	-	37,0	31-43
Altro ⁷³	44,0	42,0	-	-	40	42,0	23-55
Nessuna	26,3	27,5	32,6	35,5	26,0	27,2	17-55

⁷³ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.3 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2011

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	1	1	0	0	2	0,2
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	0	1	0	2	0,2
Benzodiazepine	1	0	0	0	0	1	0,1
Cannabinoidi	11	15	10	35	13	84	9,0
Cocaina	59	14	4	19	6	102	10,9
Crack	2	0	1	0	0	3	0,3
Eroina	358	92	62	118	104	734	78,7
Metadone	0	0	0	0	1	1	0,1
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	2	0	0	0	4	0,4
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	2	0	0	0	2	0,7
Cannabinoidi	16	11	5	10	4	46	15,3
Cocaina	91	26	12	23	7	159	52,8
Eroina	6	0	0	3	1	10	3,3
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,3
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	1	0	0	0	1	0,3
Alcol	33	25	11	10	3	82	27,2
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	11	3	0	0	0	14	2,5
Eroina	350	76	12	47	60	545	97,5
Totale	361	79	12	47	60	559	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	42,0	-	-	28,0	-	35,0	28-42
Cannabinoidi	24,7	27,1	27,1	28,0	31,9	27,8	16-49
Cocaina/crack	38,6	33,4	37,8	36,1	34,5	36,1	18-64
Eroina	37,3	40,3	38,7	40,6	32,9	38,0	17-63
Benzodiazepine	30,0	-	-	-	-	30,0	30
Altro ⁷⁴	52,0	50,0	-	-	39	47,0	39-52
Nessuna	28,1	29,0	26,1	25,0	24,2	26,5	19-48

⁷⁴ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.20 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Crack	Ecstasy	Benzodi azepine	Amfeta mine	Allucino geni	Altri oppiacei
1991	630	21	7	-	-	4	0	2	0
1992	635	22	15	-	-	5	2	3	0
1993	620	24	15	-	-	8	0	0	0
1994	612	35	20	-	-	5	0	2	0
1995	673	44	12	-	-	7	3	10	1
1996	687	43	7	-	-	23	7	1	2
1997	644	97	17	-	-	14	4	0	3
1998	690	98	13	-	7	10	3	2	1
1999	680	129	18	-	5	4	1	2	2
2000	693	126	19	-	7	6	1	1	1
2001	681	128	23	-	4	6	3	0	1
2002	679	139	40	-	5	6	1	0	1
2003	725	161	79	-	10	5	0	0	1
2004	685	194	88	-	5	6	1	0	3
2005	667	189	103	-	8	3	0	0	3
2006	674	151	116	-	5	2	1	0	2
2007	716	121	99	-	4	3	0	0	1
2008	741	109	106	-	2	3	3	1	3
2009	769	103	99	-	4	2	2	1	3
2010	759	107	106	3	4	5	0	1	4
2011	734	84	102	3	2	1	0	2	5
2012	717	79	99	-	1	2	0	0	4
2013	680	65	110	2	2	2	0	0	4
2014	650	80	88	0	1	4	0	4	2

Tab.21 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA. Valori %

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Crack	Ecstasy	Benzodia zepine	Amfe tamine	Alluci nogeni	Altri oppia cei
1991	91,4	3,0	1,0	-	-	0,6	0,0	0,3	0,0
1992	88,6	3,1	2,1	-	-	0,7	0,3	0,4	0,0
1993	90,9	3,5	2,2	-	-	1,2	0,0	0,0	0,0
1994	81,7	4,7	2,7	-	-	0,7	0,0	0,1	0,0
19954	83,3	5,2	1,5	-	-	0,9	0,4	0,0	0,1
1996	86,0	5,4	0,9	-	-	2,9	0,9	0,0	0,3
1997	78,9	11,9	2,1	-	-	1,7	0,5	0,0	0,4
1998	82,2	11,7	1,5	-	0,8	1,2	0,4	0,0	0,1
1999	79,7	15,1	2,1	-	0,6	0,5	0,1	0,0	0,2
2000	79,9	14,5	2,2	-	0,8	0,7	0,1	0,0	0,1
2001	78,8	14,8	2,7	-	0,5	0,7	0,3	0,0	0,1
2002	76,5	15,7	4,5	-	0,6	0,7	0,1	0,0	0,1
2003	72,9	16,2	7,9	-	1,0	0,5	0,0	0,0	0,1
2004	68,4	19,4	8,8	-	0,5	0,6	0,1	0,0	0,3
2005	67,3	19,1	10,4	-	0,8	0,3	0,0	0,0	0,3
2006	70,0	15,7	12,0	-	0,5	0,2	0,1	0,0	0,2
2007	75,2	12,7	10,4	-	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1
2008	76,2	11,2	10,9	-	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
2009	78,0	10,4	9,8	-	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2
2010	76,7	10,8	10,7	0,3	0,4	0,5	0,0	0,1	0,4
2011	78,7	9,0	10,9	0,3	0,2	0,1	0,0	0,2	0,5
2012	79,3	8,7	11,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4
2013	78,3	7,5	12,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,5
2014	78,0	9,6	10,6	0,0	0,1	0,5	0,0	0,5	0,2

Tab.22 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA. Valori assoluti

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Ecstasy	Benzodia zepine	Amfe tamine	Allucino geni	Alcol
1991	19	86	21	-	56	0	15	23
1992	22	178	27	-	62	1	10	14
1993	10	169	27	-	50	1	22	15
1994	11	88	21	-	61	2	2	56
1995	11	67	22	-	91	3	1	107
1996	10	186	30	-	14	19	3	79
1997	11	82	31	-	23	5	4	75
1998	19	86	50	4	38	4	3	72
1999	8	82	87	12	31	4	1	61
2000	46	72	86	6	26	1	2	55
2001	8	86	103	4	20	2	2	63
2002	10	95	115	9	20	3	4	81
2003	27	100	135	10	20	4	4	89
2004	23	88	155	1	20	5	3	77
2005	19	94	149	1	19	8	1	77
2006	33	95	166	3	16	6	1	84
2007	24	71	194	3	8	2	0	76
2008	23	86	223	1	11	0	0	93
2009	13	88	178	0	11	0	0	80
2010	13	69	173	0	11	0	0	69
2011	10	46	159	0	2	0	0	82
2012	14	60	184	2	3	0	0	82
2013	9	72	151	2	5	0	0	93
2014	7	83	135	0	7	0	1	68

Tab.23 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA. Valori %

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Ecstasy	Benzodia zepine	Amfe tamine	Allucino geni	Alcol
1991	8,6	39,1	9,5	-	25,5	0,0	6,8	10,5
1992	7,0	56,7	8,6	-	19,7	0,3	3,2	4,5
1993	3,4	57,5	9,2	-	17,0	0,3	7,5	5,1
1994	4,6	36,5	8,7	-	25,3	0,8	0,8	23,2
1995	3,6	22,2	7,3	-	30,1	1,0	0,3	35,4
1996	2,9	54,5	8,8	-	4,1	5,6	0,9	23,2
1997	4,8	35,5	13,4	-	10,0	2,2	1,7	32,5
1998	6,9	31,2	18,1	1,4	13,8	1,4	1,1	26,1
1999	2,8	28,7	30,4	4,2	10,8	1,4	0,3	21,3
2000	15,3	23,9	28,6	2,0	8,6	0,3	0,7	18,3
2001	2,7	28,9	34,6	1,3	6,7	0,7	0,7	21,1
2002	2,9	27,2	33,0	2,6	5,7	0,9	1,1	23,2
2003	6,7	24,9	33,7	2,5	5,0	1,0	1,0	22,2
2004	6,0	23,1	40,7	0,3	5,2	1,3	0,8	20,2
2005	5,1	25,0	39,6	0,3	5,1	2,1	0,3	20,5
2006	8,1	23,3	40,7	0,7	3,9	1,5	0,2	20,6
2007	6,3	18,6	50,9	0,8	2,1	0,5	0,0	19,9
2008	5,2	19,6	50,8	0,2	2,5	0,0	0,0	21,2
2009	3,5	23,8	48,0	0,0	3,0	0,0	0,0	21,1
2010	3,8	20,3	50,9	0,0	3,2	0,0	0,0	20,3
2011	3,3	15,3	52,8	0,0	0,7	0,0	0,0	27,2
2012	4,0	17,2	52,7	0,6	0,9	0,0	0,0	23,5
2013	3,0	21,4	44,9	0,6	1,5	0,0	0,0	27,7
2014	2,3	27,4	44,6	0,0	2,3	0,0	0,3	22,4

Tab.24 UTENTI CON ALMENO UNA SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA

Anni	FERRARA		REGIONE EMILIA-ROMAGNA
	Utenti	%	%
1991	258	37,4	41,9
1992	346	48,2	45,8
1993	323	47,2	45,7
1994	260	34,7	46,8
1995	323	39,7	48,6
1996	356	44,5	50,9
1997	223	27,7	43,5
1998	289	34,4	43,3
1999	292	34,2	44,1
2000	301	34,7	42,9
2001	298	34,5	43,8
2002	349	39,3	47,4
2003	401	40,3	40,7
2004	381	38,1	49,5
2005	376	37,9	48,6
2006	408	42,4	43,4
2007	381	39,5	49,7
2008	439	42,7	44,5
2009	372	37,7	33,2
2010	340	34,2	-
2011	301	32,3	-
2012	354	37,2	-
2013	336	38,7	-
2014	303	34,5	-

Tab.25 Rapporto utenti totali distinti per sostanza primaria d'abuso / 10.000 popolazione target 15-64 anni

Anni	Eroina	Canna binoidi	Cocaina	Ecstasy	Benzodi azepine	Amfeta- mine	Alluci- nojeni	Altri oppiacei	Totale
2000	29,7	5,4	0,8	0,3	0,3	0,04	0,04	0,04	37,2
2001	29,5	5,5	1,0	0,2	0,3	0,13	0,00	0,04	37,4
2002	29,6	6,1	1,7	0,2	0,3	0,04	0,00	0,04	38,7
2003	31,9	7,1	3,5	0,4	0,2	0,00	0,00	0,04	43,7
2004	30,2	8,6	3,9	0,2	0,3	0,04	0,00	0,13	44,1
2005	29,4	8,3	4,5	0,4	0,1	0,00	0,00	0,13	43,6
2006	29,8	6,7	5,1	0,2	0,1	0,04	0,00	0,09	42,5
2007	31,5	5,3	4,4	0,2	0,1	0,00	0,00	0,04	42,5
2008	32,5	4,8	4,6	0,1	0,1	0,13	0,04	0,13	44,9
2009	33,6	4,5	4,3	0,2	0,1	0,09	0,04	0,13	45,3
2010	33,2	4,7	4,6	0,2	0,2	0,00	0,04	0,17	45,4
2011	32,0	3,7	4,4	0,1	0,0	0,00	0,09	0,22	42,6
2012	31,6	3,5	4,4	0,0	0,1	0,00	0,00	0,18	41,9
2013	30,3	2,9	4,9	0,1	0,1	0,00	0,00	0,18	40,8
2014	29,5	3,6	4,0	0,0	0,2	0,00	0,18	0,09	39,8

Tab. 26 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	73	20	21	18	29	161	
Cittadinanza							
Italiani	56	19	21	17	27	140	87,0
Extracomunitari	17	1	0	1	2	21	13,0
Comunitari	0	0	0	0	0	0	0,0
Stato civile							%
Celibi/nubili	59	19	20	14	22	134	83,8
Coniugati	9	0	0	1	3	13	8,1
Separati/divorziati	3	1	0	2	2	8	5,0
Vedovi	1	0	0	0	2	3	1,9
Non indicato	1	0	1	0	0	2	1,3
Titolo di studio							%
Elementare	6	1	0	1	0	8	5,0
Media Inferiore	40	11	11	9	17	88	54,7
Professionale	8	3	1	2	6	20	12,4
Media superiore	15	4	8	5	5	37	23,0
Universitario	2	0	1	0	1	4	2,5
Nessuno	2	1	0	1	0	4	2,5
Attività lavorativa							%
Disoccupato	10	7	5	6	6	34	21,3
Lavori saltuari	3	5	1	2	3	14	8,8
Lavoro regolare	12	3	6	7	13	41	25,6
Studente	19	5	8	3	6	41	25,6
Sospeso forza maggiore	28	0	0	0	0	28	17,5
Pensionato	0	0	0	0	1	1	0,6
Casalinga	0	0	0	0	0	0	0,0
Non indicato	1	0	0	0	0	1	0,6
Situazione abitativa							%
Vive con genitori	23	14	13	14	18	82	52,2
Vive con il partner	7	0	3	2	2	14	8,9
Vive con partner e figli	5	2	1	0	3	11	7,0
Solo	3	2	0	0	3	8	5,1
In carcere	29	0	0	1	0	30	19,1
In struttura accoglienza	0	0	0	0	0	0	0,0
Senza fissa dimora	1	0	0	0	0	1	0,6
Non noto/Altro	4	2	1	1	3	11	7,0
Situazione giuridica							%
Incensurato	36	17	10	10	23	96	59,6
Denunce	3	0	6	3	3	15	9,3
Condanne	3	0	0	3	1	7	4,3
Carcerazioni	30	0	0	1	1	32	19,9
Forme alternative	0	1	0	0	1	2	1,2
Non noto	1	2	5	1	0	9	5,6

Tab. 26.1 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	73	8	16	19	19	135	14,8
Cittadinanza							
Italiani	49	8	15	19	18	109	80,7
Extracomunitari	24	0	1	0	1	26	19,3
Comunitari	0	0	0	0	0	0	0,0
Stato civile							%
Celibi/nubili	54	5	13	16	16	104	77,0
Coniugati	11	1	1	1	1	15	11,1
Separati/divorziati	8	2	2	2	2	16	11,9
Vedovi	0	0	0	0	0	0	0,0
Titolo di studio							%
Elementare	10	0	1	3	1	15	11,1
Media Inferiore	43	3	9	13	10	78	57,8
Professionale	4	1	2	2	0	9	6,7
Media superiore	14	4	4	1	6	29	21,5
Universitario	2	0	0	0	2	4	3,0
Attività lavorativa							%
Disoccupato	10	3	4	3	7	27	20,0
Lavori saltuari	8	1	3	3	2	17	12,6
Lavoro regolare	8	2	6	5	9	30	22,2
Studente	14	1	3	6	1	25	18,5
Sospeso forza maggiore	31	0	0	0	0	31	23,0
Pensionato	2	1	0	2	0	5	3,7
Casalinga	0	0	0	0	0	0	0,0
Situazione abitativa							%
Vive con genitori	22	4	9	12	11	58	43,0
Vive con il partner	2	0	0	0	2	4	3,0
Vive con partner e figli	6	2	1	2	3	14	10,4
Solo	7	2	0	1	1	11	8,1
In carcere	30	0	0	0	0	30	22,2
In struttura accoglienza	0	0	0	0	0	0	0,0
Senza fissa dimora	3	0	0	0	0	3	2,2
Non noto/Altro	3	0	6	4	2	15	11,1
Situazione giuridica							%
Incensurato	23	5	11	11	18	68	50,4
Denunce	2	1	2	3	1	9	6,7
Condanne	12	2	2	4	0	20	14,8
Carcerazioni	32	0	0	1	0	33	24,4
Forme alternative	1	0	1	0	0	2	1,5
Non noto	3	0	0	0	0	3	2,2

Tab. 26.2 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	83	10	14	15	27	149	15,7
Cittadinanza							
Italiani	61	9	14	15	21	120	81,1
Extracomunitari	21	1	0	0	6	28	18,9
Comunitari	0	0	0	0	0	0	0,0
Stato civile							%
Celibi/nubili	64	5	13	14	24	120	81,1
Coniugati	9	2	1	1	3	16	10,8
Separati/divorziati	9	3	0	0	0	12	8,1
Vedovi	0	0	0	0	0	0	0,0
Titolo di studio							%
Elementare	11	2	0	3	4	20	14,0
Media Inferiore	40	3	11	9	16	79	55,2
Professionale	5	2	2	0	2	11	7,7
Media superiore	20	3	1	2	2	28	19,6
Universitario	4	0	0	0	1	5	3,5
Attività lavorativa							%
Disoccupato	13	2	5	8	8	36	24,8
Lavori saltuari	3	3	1	1	5	13	9,0
Lavoro regolare	13	3	7	4	9	36	24,8
Studente	11	0	0	2	3	16	11,0
Sospeso forza maggiore	41	1	1	0	0	43	29,7
Pensionato	0	0	0	0	0	0	0,0
Casalinga	0	1	0	0	0	1	0,7
Situazione abitativa							%
Vive con genitori	23	3	6	9	18	59	40,4
Vive con il partner	11	1	2	0	2	16	11,0
Vive con partner e figli	6	3	2	2	2	15	10,3
Solo	7	3	4	1	1	16	11,0
In carcere	4	0	0	0	1	5	3,4
In struttura accoglienza	2	0	0	0	0	2	1,4
Senza fissa dimora	0	0	0	0	0	0	0,0
Non noto/Altro	28	0	0	2	3	33	22,6
Situazione giuridica							%
Incensurato	31	9	5	12	17	74	49,7
Denunce	7	0	3	0	2	12	8,1
Condanne	14	0	2	2	4	22	14,8
Carcerazioni	26	1	3	0	4	34	22,8
Forme alternative	0	0	0	0	0	0	0,0
Non noto	5	0	1	1	0	7	4,7

Tab. 26.3 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	72	19	13	28	19	151	15,4
Cittadinanza							
Italiani	54	18	12	25	17	126	83,4
Extracomunitari	17	1	1	1	2	22	14,6
Comunitari	1	0	0	2	0	3	2,0
Stato civile							%
Celibi/nubili	63	16	9	23	16	127	84,1
Coniugati	6	3	2	2	1	14	9,3
Separati/divorziati	3	0	2	2	2	9	6,0
Vedovi	0	0	0	1	0	1	0,7
Titolo di studio							%
Elementare	4	0	0	1	0	5	3,4
Media Inferiore	48	12	7	22	13	102	68,5
Professionale	6	2	2	0	0	10	6,7
Media superiore	9	3	4	4	5	25	16,8
Universitario	3	2	0	1	1	7	4,7
Attività lavorativa							%
Disoccupato	9	6	2	8	7	32	21,3
Lavori saltuari	7	4	3	5	4	23	15,3
Lavoro regolare	17	6	7	8	6	44	29,3
Studente	8	3	1	4	1	17	11,3
Sospeso forza maggiore	30	0	0	2	1	33	22,0
Pensionato	0	0	0	1	0	1	0,7
Situazione abitativa							%
Vive con genitori	30	11	9	19	10	79	53,0
Vive con il partner	2	4	0	0	3	9	6,0
Vive con partner e figli	7	0	4	2	1	14	9,4
Solo	7	2	0	3	4	16	10,7
In carcere	0	0	0	0	0	0	0,0
In struttura accoglienza	0	0	0	0	0	0	0,0
Senza fissa dimora	0	0	0	0	0	0	0,0
Non noto/Altro	24	2	0	4	1	31	20,8
Situazione giuridica							%
Incensurato	33	13	9	12	5	72	47,7
Denunce	7	1	2	6	6	22	14,6
Condanne	10	2	2	7	1	22	14,6
Carcerazioni	19	1	0	1	1	22	14,6
Forme alternative	0	2	0	1	0	3	2,0
Non noto	9	0	0	1	0	10	6,6

**Tab.27 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2014**

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	28	3	2	4	8	45	28,0
Cannabinoidi	13	11	13	7	11	55	34,2
Cocaina	10	2	4	2	3	21	13,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
LSD	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	1	1	2	5	3,1
Benzodiazepine	1	0	0	0	0	1	0,6
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,6
Nessuna	19	4	1	4	5	33	20,5
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	5	2	2	1	1	11	31,4
Cocaina	9	2	1	1	1	14	40,0
Alcol	2	0	1	2	0	5	14,3
Eroina	2	0	0	0	0	2	5,7
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	0	0	0	1	2	5,7
Altro	0	0	1	0	0	1	2,9
Tabacco	0	0	0	0	0	0	0,0
Gioco d'azzardo	0	0	0	0	0	0	0,0

**Tab.27.1 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2013**

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	37	2	2	4	4	49	36,3
Cannabinoidi	10	5	7	3	5	30	22,2
Cocaina	15	0	4	2	4	25	18,5
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,7
LSD	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	0	0	0	1	0,7
Benzodiazepine	1	0	0	0	0	1	0,7
Buprenorfina	1	0	0	0	0	1	0,7
Nessuna	8	1	2	10	6	27	20,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	11	0	3	1	0	15	34,1
Cocaina	16	1	0	1	0	18	40,9
Alcol	3	1	3	2	0	9	20,5
Eroina	1	0	0	0	0	1	2,3
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0,0
Tabacco	0	0	0	0	0	0	0,0
Gioco d'azzardo	0	0	0	0	1	1	2,3

**Tab.27.2 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2012**

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	49	2	2	5	7	65	43,6
Cannabinoidi	8	1	6	4	9	28	18,8
Cocaina/crack	14	2	6	3	1	26	17,4
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
LSD	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0	0	1	0	1	0,7
Metadone	0	1	0	0	0	1	0,7
Nessuna	12	4	0	2	10	28	18,8
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	5	3	0	2	0	10	16,7
Cocaina	29	0	2	2	0	33	55,0
Alcol	5	2	4	1	0	12	20,0
Eroina	2	0	0	0	0	2	3,3
Ecstasy	1	0	1	0	0	2	3,3
Metadone	1	0	0	0	0	1	1,7
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0,0
Tabacco	0	0	0	0	0	0	0,0

Tab.28 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria

Sostanza primaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Eroina	75	66	93	93	98	64	62	65	49	44
Cannabinoidi	86	62	66	60	58	51	34	28	30	55
Cocaina	44	26	33	35	44	36	27	26	25	21
Ecstasy	5	0	4	1	2	0	1	0	1	0
Allucinogeni	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1
Metadone	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1
Altri oppiacei	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Inalanti	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Altro	2	2	0	1	2	0	2	0	2	5
Nessuna	4	0	0	36	35	27	25	28	27	33
Sostanza secondaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cocaina	29	25	29	36	11	21	22	33	15	13
Cannabinoidi	18	19	28	20	35	14	9	10	18	11
Alcol	10	7	7	11	9	3	12	12	9	5
Eroina	1	8	2	4	4	3	0	2	1	2
Amfetamine	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0
Benzodiazepine	1	0	0	0	5	0	0	0	0	2
Metadone	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0
Tabacco	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Altro	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Tab.29 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria. Valori %

Sostanza primaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Eroina	34,4	41,8	47,0	40,4	40,8	35,2	41,1	43,6	36,3	27,5
Cannabinoidi	39,4	39,2	33,3	26,1	24,2	28,0	22,5	18,8	22,2	34,4
Cocaina	20,2	16,5	16,7	15,2	18,3	19,8	17,9	17,4	18,5	13,1
Ecstasy	2,3	0,0	2,0	0,4	0,8	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0
Allucinogeni	0,5	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamine	0,0	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,7	0,7	0,6
Metadone	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,7	0,0	0,6
Altri oppiacei	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Inalanti	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	0,9	1,3	0,0	0,4	0,8	0,0	1,3	0,0	1,4	3,1
Nessuna	1,8	0,0	0,0	15,7	14,6	14,8	16,6	18,8	20,0	20,6
Sostanza secondaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cocaina	46,8	41,0	43,3	49,3	16,4	50,0	51,2	55,0	34,1	38,2
Cannabinoidi	29,0	31,1	41,8	27,4	52,2	33,3	20,9	16,7	40,9	32,4
Alcol	16,1	11,5	10,4	15,1	13,4	7,1	27,9	20,0	20,5	14,7
Eroina	1,6	13,1	3,0	5,5	6,0	7,1	0,0	3,3	2,3	5,9
Amfetamine	3,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,0	1,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0
Benzodiazepine	1,6	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9
Metadone	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Tabacco	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,9

Tab.30 Positività al test Hiv degli utenti distinti per sede SerT

HIV anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	1	1
Utenti già in carico Hiv+	40	9	8	17	9	83
Totale utenti Hiv+	40	9	8	17	10	84
% Hiv+ / Utenti totali	8,3%	7,7%	7,0%	9,0%	7,1%	8,1%
HIV anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	39	9	8	18	10	84
Totale utenti Hiv+	39	9	8	18	10	84
% Hiv+ / Utenti totali	8,1%	7,0%	8,9%	9,1%	6,9%	8,1%
HIV anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	35	8	8	17	12	80
Totale utenti Hiv+	35	8	8	17	12	80
% Hiv+ / Utenti totali	7,8%	6,3%	9,2%	9,4%	9%	8,2%
HIV anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	34	8	7	20	11	80
Totale utenti Hiv+	34	8	7	20	11	80
% Hiv+ / Utenti totali	7,7%	6,6%	7,5%	12,3%	8,2%	8,4%
HIV anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	2	0	2
Utenti già in carico Hiv+	35	9	6	19	11	80
Totale utenti Hiv+	35	9	6	21	11	82
% Hiv+ / Utenti totali	8,2%	8,4%	5,8%	13,3%	9,0	9,0%
HIV anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	1	0	0	0	1
Utenti già in carico Hiv+	34	6	7	21	10	78
Totale utenti Hiv+	34	7	7	21	10	79
% Hiv+ /Utenti totali	8,5%	6,7%	6,3	14,9%	8,1	9,0%

Tab.31 Positività al test HIV degli utenti distinti per sede SerT

Anni	Totale Hiv+	Nuovi Hiv+	Già in carico Hiv+	% Totale Hiv+	% Nuovi Hiv+	% Già in carico Hiv+
1991	198	45	153	43,3	11,1	20,3
1992	194	35	163	34,3	20,0	25,2
1993	153	19	134	29,8	31,6	22,4
1994	152	17	135	28,2	23,5	23,0
1995	155	19	136	19,0	11,4	21,0
1996	151	9	142	18,9	6,2	21,7
1997	97	3	94	12,0	1,9	14,5
1998	104	5	99	12,4	3,1	14,6
1999	103	5	98	12,1	2,9	14,4
2000	104	5	99	12,0	3,0	14,1
2001	102	2	100	11,8	1,4	13,9
2002	96	2	94	10,8	1,2	13,0
2003	104	8	96	10,5	3,7	12,3
2004	99	1	98	9,9	0,5	12,0
2005	99	3	96	10,0	1,7	11,8
2006	93	1	92	9,7	0,6	11,4
2007	93	3	90	9,6	1,4	11,9
2008	85	0	85	8,3	0,0	10,7
2009	84	1	83	8,1	0,4	10,4
2010	84	0	84	8,1	0,0	6,9
2011	80	0	80	8,2	0,0	9,7
2012	80	0	80	8,4	0,0	10,0
2013	82	2	81	9,0	1,5	10,3
2014	79	1	78	9,0	0,7	10,9

Tab. 32 Positività all'Epatite C (Hcv) degli utenti in carico distinti per sede SerT

Epatite C anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	7	1	0	2	4	14
Utenti già in carico Hcv+	207	78	54	83	51	473
Totale utenti Hcv+	214	79	54	85	55	487
% Hcv+/ Utenti totali	44,6%	69,3%	47,4%	45,4%	39,3%	46,9%
Epatite C anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	2	4
Utenti già in carico Hcv+	210	78	44	82	53	467
Totale utenti Hcv+	212	78	44	82	55	471
% Hcv+/ Utenti totali	44,3%	60,9%	48,9%	41,4%	38,2%	45,3%
Epatite C anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	4	0	0	2	1	7
Utenti già in carico Hcv+	199	73	41	78	55	446
Totale utenti Hcv+	203	73	41	80	56	453
% Hcv+ / Utenti totali	45,0%	57,5%	47,1%	44,2%	42,1%	46,3%
Epatite C anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	2	1	1	1	7
Utenti già in carico Hcv+	195	66	40	69	54	424
Totale utenti Hcv+	197	68	41	70	55	431
% Hcv+ / Utenti totali	44,7%	56,7%	44,1%	42,9%	41,0%	45,3%
Epatite C anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	3	1	0	2	0	6
Utenti già in carico Hcv+	195	66	40	69	52	421
Totale utenti Hcv+	198	67	40	71	52	427
% Hcv+ / Utenti totali	46,4%	62,6%	39,2%	45,2%	42,6%	47,1%
Epatite C anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	0	2	0	2	1	5
Utenti già in carico Hcv+	179	60	38	74	48	399
Totale utenti Hcv+	179	62	38	76	49	404
% Hcv+ / Utenti totali	45,0%	59,6%	33,9%	53,9%	39,8%	46,0%

Tab.33 Positività all'Epatite C (Hcv) degli utenti in carico ai SerT

Anni	Totale HCV+	Nuovi HCV+	Già in carico HCV+	% Totale HCV+	% Nuovi HCV+	% Già in carico HCV+
1998	382	-	-	45,5	-	-
1999	443	-	-	51,9	-	-
2000	457	-	-	52,7	-	-
2001	443	-	-	51,3	-	-
2002	468	-	-	52,7	-	-
2003*	513	-	-	51,5	-	-
2004	539	16	523	53,8	8,5	64,2
2005	531	9	522	53,6	5,1	64,0
2006	519	20	499	54,0	12,7	62,0
2007	491	9	482	50,9	4,3	63,9
2008	386	2	384	37,6	0,9	48,2
2009	487	14	473	46,9	5,8	59,3
2010	471	4	467	45,3	2,2	54,5
2011	453	7	446	46,3	4,6	53,9
2012	431	7	424	45,3	4,7	52,9
2013	427	6	421	47,1	4,7	54,2
2014	404	5	399	46,0	3,1	55,6

* I dati sui positivi all'Epatite C distinti tra i nuovi utenti e già in carico sono disponibili dal 2003

Tab.34 Positività all'Epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerT

Epatite B anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	9	1	2	7	15	34
Utenti già in carico Hbv+	157	26	31	46	47	307
Totale utenti Hbv+	166	27	33	53	62	341
% Hbv+ / Utenti totali	34,6%	23,3%	28,9%	28,3%	44,3%	32,9%
Utenti vaccinati Hbv	36	40	26	4	7	113
Epatite B anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
Utenti già in carico Hbv+	100	5	12	37	16	170
Totale utenti Hbv+	101	5	12	37	16	171
% Hbv+ / Utenti totali	21,1%	3,9%	13,3%	18,7%	11,1%	16,5%
Utenti vaccinati Hbv	23	56	30	27	59	195
Epatite B anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	4	0	0	1	0	5
Utenti già in carico Hbv+	93	3	8	29	20	153
Totale utenti Hbv+	97	3	8	30	20	158
% Hbv+ / Utenti totali	21,5%	2,4%	9,2%	16,6%	15,0%	16,1%
Utenti vaccinati Hbv	111	52	31	31	49	274
Epatite B anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
Utenti già in carico Hbv+	84	1	4	31	17	137
Totale utenti Hbv+	85	1	4	32	17	139
% Utenti totali Hbv+	19,3%	0,8%	4,3%	19,6%	12,7%	14,6%
Utenti vaccinati Hbv	105	49	34	34	49	271
Epatite B anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	0	1
Utenti già in carico Hbv+	88	2	2	31	15	138
Totale utenti Hbv+	89	2	2	31	15	139
% Hbv+ / Utenti totali	21,3%	1,9%	2%	19,7	12,3	15,3%
Utenti vaccinati Hbv	94	46	31	29	45	245
Epatite B anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	0	0	0	1	1	2
Utenti già in carico Hbv+	73	6	1	31	14	125
Totale utenti Hbv+	73	6	1	32	15	127
% Hbv+ / Utenti totali	18,4%	5,8%	0,9%	22,7%	12,2%	14,5%
Utenti vaccinati Hbv	93	43	25	25	42	228

Tab.35 Positività all'Epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerT

Anni	Totale HBV+	Nuovi HBV+	Già in Carico HBV+	Vaccinati	% Totale HBV+	% Nuovi HBV+	% Già in carico HBV+
1991	201	49	152		29,2	24,6	31,0
1992	276	73	203		38,5	33,2	40,8
1993	294	56	238		43,0	30,1	47,8
1994	322	51	271		43,0	34,5	45,1
1995	364	30	173		44,7	18,0	26,7
1996	335	17	318		41,9	11,7	48,6
1997	271	11	260		33,2	7,0	39,5
1998	253	15	238	4	30,2	9,2	35,2
1999	278	28	250	4	32,6	16,1	36,8
2000	293	16	277	7	33,8	9,8	39,4
2001	265	3	262	6	30,7	2,1	36,3
2002	270	9	261	17	30,4	5,5	36,1
2003	298	14	284	26	29,9	6,5	36,4
2004	303	11	292	30	30,3	5,9	35,9
2005	306	6	300	77	30,9	3,4	36,8
2006	287	5	282	64	29,8	3,2	35,0
2007	275	2	273	95	28,5	0,9	36,2
2008	178	2	176	97	17,3	0,9	22,1
2009	341	34	307	113	32,9	14,2	38,5
2010	171	3	170	195	16,5	1,6	20,0
2011	158	5	153	274	16,1	3,3	18,5
2012	139	3	137	271	14,6	3,1	17,1
2013	139	1	138	245	15,3	0,8	17,8
2014	127	2	125	228	14,5	1,3	17,4

Tab.36 Decessi osservati tra gli utenti distinti per causa di morte e sede SerT

Anno 2008	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	2	0	0	0	1	3
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	1	1	1	0	3
Epatopatie	1	0	0	0	0	1
Tumore	1	0	0	0	0	1
Stato morboso mal definito	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	1	0	0	1	0	2
Totale	6	1	1	2	1	11
Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	4	0	0	0	0	4
Tumore	2	0	1	0	0	3
Omicidio	1	0	0	0	0	1
Totale	9	0	1	0	0	10
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	0	0	0	0	1	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	0	0	0	0	1	1
Tumore	2	0	0	0	0	2
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	2	0	0	0	4
Totale	5	2	0	0	2	9
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	1	0	0	0	0	1
Overdose	2	0	0	0	2	4
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	1	0	1
Epatopatie	0	0	0	0	1	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	1	0	0	1	0	2
Tumore	0	3	0	0	0	3
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	1	0	0	1	4
Totale	6	4	0	2	4	16

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	4	0	1	0	0	5
Overdose	0	0	0	0	0	1
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	1	1	0	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	0	0	0
Tumore	0	0	0	0	0	0
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	0	0	0	0	1
Totale	7	1	1	0	0	9
Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	2	0	0	0	0	2
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	2	0	0	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	0	0	0	0
Omicidio	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	1	1	0	0	0	2
Totale	7	2	0	0	0	9
Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	1	0	1	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	0	0	0
Malattie infettive	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	0	0	0	0
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	3	0	0	0	0	3
Totale	6	0	1	0	0	7

Tab.37 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento al SerT distinti per le principali cause di morte e per tutte le cause

Anni	Overdose	Aids	Incidente	Epatopatie	Suicidio	Tumore	Tutte le cause
1993	6	16	3	1	2	1	29
1994	9	25	6	0	2	0	43
1995	7	15	3	1	3	2	32
1996	9	26	2	0	0	0	39
1997	5	17	3	3	3	0	34
1998	4	5	8	2	2	0	21
1999	1	6	0	0	1	0	10
2000	7	7	4	4	1	0	25
2001	3	7	2	1	2	0	16
2002	0	3	2	2	2	0	9
2003	2	1	2	2	1	0	12
2004	7	2	6	0	0	0	16
2005	2	4	0	1	0	2	13
2006	1	3	3	5	1	0	16
2007	2	4	1	5	1	1	20
2008	0	3	3	1	0	1	11
2009	1	0	0	4	1	3	10
2010	1	0	0	1	1	2	9
2011	4	1	1	1	0	3	16
2012	0	4	0	1	0	0	9
2013	2	0	1	1	0	0	8
2014	1	0	0	2	0	0	5

Tab.38 Tassi grezzi di mortalità per 10.000 residenti.

Anni	Tasso grezzo (target 15-54)	Tasso grezzo (target 15-64)
1993	1,4	1,2
1994	2,2	1,7
1995	1,7	1,3
1996	2,0	1,6
1997	1,7	1,4
1998	1,1	0,9
1999	0,5	0,4
2000	1,4	1,1
2001	0,9	0,7
2002	0,5	0,4
2003	0,7	0,5
2004	0,9	0,7
2005	0,7	0,6
2006	0,9	0,7
2007	1,1	0,8
2008	0,6	0,5
2009	0,6	0,4
2010	0,4	0,3
2011	0,9	0,7
2012	0,5	0,4
2013	0,5	0,4
2014	0,4	0,2

Tab.39 Età media alla morte per le principali cause di morte

Anni	Overdose	Aids	Incidente	Epatopatie	Suicidio	Tumore	Tutte le cause
1993	27	33	31	32	31	33	31,2
1994	29	32	26	0	29	0	29,0
1995	32	35	28	30	29	38	32,0
1996	31	36	26	0	0	0	31,0
1997	27	35	28	41	35	0	33,2
1998	31	36	34	34	23	0	31,6
1999	22	38	0	0	39	0	33,0
2000	36	40	30	39	35	0	36,8
2001	28	40	37	39	32	0	35,3
2002	0	39	30	41	36	0	36,5
2003	26	43	47	45	40	0	40,3
2004	32	41	35	39	0	0	37,6
2005	40	42	0	40	0	46	40,0
2006	38	49,3	35	45	34	0	40,6
2007	45,5	46,7	40	40,4	30	36	40,7
2008	36	33,5	32	45	0	43	38,7
2009	41	0	0	44,6	36	0	42,1
2010	25	0	0	50	48	45	41,9
2011	41,2	45	43	45	0	48,7	42,2
2012	42	47,7	0	46,5	0	0	45,1
2013	28	0	48	53,5	0	0	43,0
2014	41	0	0	54,5	0	0	49,8

Tab.40 UTENTI TOTALI in carico ai SerT per tipo di trattamento terapeutico e sede

TRATTAMENTI 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	54	27	27	73	28	209	12,2
Sostegno psicologico	50	14	32	81	24	201	11,7
Psicoterapia	60	14	7	9	2	92	5,3
Interventi di servizio sociale	107	54	40	144	63	408	23,7
Metadone a breve termine	0	2	0	0	0	2	0,1
Metadone a medio termine	7	0	2	3	8	20	1,2
Metadone a lungo termine	171	59	41	92	62	425	24,7
Buprenorfina	78	31	8	3	15	135	7,8
Altri farmaci non sostitutivi	57	36	13	15	28	149	8,7
Riabilitativo residenziale	33	15	5	15	11	79	4,6
TRATTAMENTI 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	62	28	20	66	39	215	12,3
Sostegno psicologico	52	16	21	60	28	177	10,1
Psicoterapia	61	8	16	8	2	95	5,4
Interventi di servizio sociale	106	60	35	154	73	428	24,5
Metadone a breve termine	3	0	0	0	1	4	0,2
Metadone a medio termine	9	0	0	6	13	28	1,6
Metadone a lungo termine	161	60	42	94	68	425	24,3
Buprenorfina	79	26	11	3	14	133	7,6
Altri farmaci non sostitutivi	68	30	15	30	29	172	9,8
Riabilitativo residenziale	41	13	2	10	5	71	4,1

* Ogni soggetto può essere inserito in più di un trattamento nel corso dell'anno

Tab.40 UTENTI TOTALI in carico ai SerT per tipo di trattamento terapeutico e sede (segue)

TRATTAMENTI 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	57	20	22	56	31	186	10,7
Sostegno psicologico	35	16	21	59	29	160	9,2
Psicoterapia	79	5	21	8	3	116	6,7
Interventi di servizio sociale	125	53	38	133	51	400	23,1
Metadone a breve termine	2	0	0	0	0	2	0,1
Metadone a medio termine	10	0	0	1	8	19	1,1
Metadone a lungo termine	150	58	43	94	62	407	23,5
Buprenorfina	85	24	12	4	12	137	7,9
Altri farmaci non sostitutivi	126	27	17	25	40	235	13,6
Riabilitativo residenziale	39	9	9	6	7	70	4,0
TRATTAMENTI 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	39	13	21	43	17	133	9,3
Sostegno psicologico	24	8	25	44	25	126	8,9
Psicoterapia	64	2	17	11	3	97	6,8
Interventi di servizio sociale	95	52	31	98	32	308	21,6
Metadone a breve termine	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone a medio termine	12	0	0	0	3	15	1,1
Metadone a lungo termine	132	57	40	81	58	368	25,9
Buprenorfina	70	16	11	3	12	112	7,9
Altri farmaci non sostitutivi	82	32	17	21	44	196	13,8
Riabilitativo residenziale	31	7	11	12	7	68	4,8

* Ogni soggetto può essere inserito in più di un trattamento nel corso dell'anno

Tab. 41 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per tipo di trattamento terapeutico

ANNO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Psicosociale e riabilitativo	332	336	303	287	240	257	251	251	209	215	186	133
Sostegno psicologico	366	316	252	248	216	228	232	250	201	177	160	126
Psicoterapia	179	152	119	93	80	97	96	100	92	95	116	97
Interventi sociali	520	564	502	486	421	435	458	433	408	428	400	308
Metadone ≤ 30gg	8	4	0	0	3	2	3	1	2	4	2	0
Metadone 30gg-6mesi	174	70	30	25	36	32	42	33	20	28	19	15
Metadone > 6 mesi	364	450	409	423	456	451	455	437	425	425	407	368
Altri farmaci sostitutivi	97	136	137	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Buprenorfina	-	-	-	142	166	157	152	137	135	133	137	112
Altri farmaci non sostitutivi	109	104	106	103	102	112	100	110	149	172	235	196
Riabilitativo residenziale	113	93	105	95	85	81	66	75	79	71	70	68
%	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Psicosociale e riabilitativo	14,7	15,1	15,4	15,1	13,3	13,9	13,5	13,7	12,2	12,3	10,7	9,3
Sostegno psicologico	16,2	14,2	12,8	13,0	12,0	12,3	12,5	13,7	11,7	10,1	9,2	8,9
Psicoterapia	7,9	6,8	6,1	4,9	4,4	5,2	5,2	5,5	5,3	5,4	6,7	6,8
Interventi sociali	23,0	25,3	25,6	25,6	23,3	23,5	24,7	23,7	23,7	24,5	23,1	21,6
Metadone ≤ 30gg	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0
Metadone 30gg-6mesi	7,7	3,1	1,5	1,3	2,0	1,7	2,3	1,8	1,2	1,6	1,1	1,1
Metadone > 6 mesi	16,1	20,2	20,8	22,2	25,3	24,4	24,5	23,9	24,7	24,3	23,5	25,9
Altri farmaci sostitutivi	4,3	6,1	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Buprenorfina	-	-	-	7,5	9,2	8,5	8,2	7,5	7,8	7,6	7,9	7,9
Altri farmaci non sostitutivi	4,8	4,7	5,4	5,4	5,7	6,0	5,4	6,0	8,7	9,8	13,6	13,8
Riabilitativo residenziale	5,0	4,2	5,3	5,0	4,7	4,4	3,6	4,1	4,6	4,1	4,0	4,8

*Ogni soggetto può essere inserito in più di un trattamento nel corso dell'anno

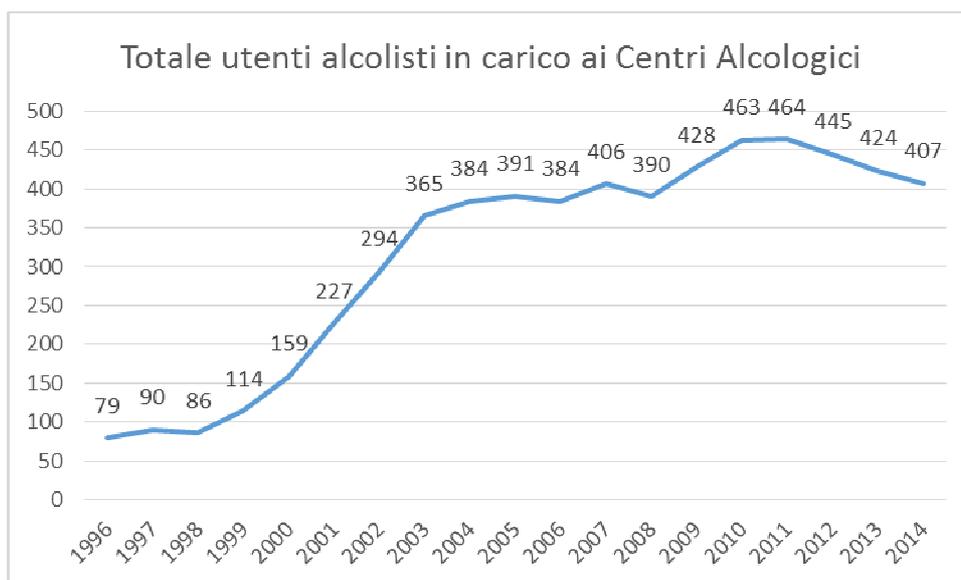
5.2 UTENTI IN CARICO AI CENTRI ALCOLOGICI PER CONSUMO PROBLEMATICO O DIPENDENZA DA ALCOL

Tab.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici

Anni	Totale utenti	Δ% annuo	Nuovi utenti	Δ% annuo	Utenti già in carico	Δ% annuo
1996	79	-	32	-	47	-
1997	90	+13,9	38	18,8	52	+10,6
1998	86	-4,4	37	-2,6	49	-5,8
1999	114	+32,6	51	37,8	63	+28,6
2000	159	+39,5	72	41,2	87	+38,1
2001	227	+42,8	99	+37,5	128	+47,1
2002	294	+29,5	101	+2,0	193	+50,8
2003	365	+24,1	103	+2,0	262	+35,8
2004	384	+5,2	112	+8,7	272	+3,8
2005	391	+1,8	111	-0,9	280	+2,9
2006	384	-1,8	92	-17,1	292	+4,3
2007	406	+5,7	94	+2,2	312	+6,8
2008	390	-3,9	80	-14,9	310	-0,6
2009	428	+ 9,7	105	+ 31,3	323	+ 4,2
2010	463	+8,2	117	+11,4	346	+7,1
2011	464	+0,2	99	-15,4	365	+5,5
2012	445	-4,1	101	+2,0	344	-5,8
2013	424	-4,7	72	-28,7	352	+2,3
2014	407	-4,0	82	+13,9	325	-7,7

Tab.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	12	34	27	6		79
1997	12	42	30	6		90
1998	15	43	21	7		86
1999	37	39	23	12	3	114
2000	60	33	30	22	14	159
2001	102	44	35	29	17	227
2002	149	50	43	33	19	294
2003	188	49	55	46	27	365
2004	184	55	56	53	36	384
2005	179	55	54	57	46	391
2006	170	51	59	62	42	384
2007	161	60	58	68	59	406
2008	163	58	55	47	67	390
2009	174	71	59	49	75	428
2010	175	77	65	74	72	463
2011	177	81	71	81	54	464
2012	167	76	69	62	71	445
2013	154	65	69	72	64	424
2014	160	54	73	58	62	407



Tab.3 Tassi incrementali annuali degli UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento. Δ% annuo

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996						
1997	0,0	+23,5	+11,1	0,0		+13,9
1998	+25,0	+2,4	-30,0	+16,7		-4,4
1999	+146,7	-9,3	+9,5	+71,4		+32,6
2000	+62,2	-15,4	+30,4	+83,3	+21,4	+39,5
2001	+70,0	33,3	+16,7	+31,8	+11,8	+42,8
2002	+46,1	+13,6	+22,9	+13,8	+42,1	+29,5
2003	+26,2	-2,0	+27,9	+39,4	+33,3	+24,1
2004	-2,1	+12,2	+1,8	+15,2	+27,8	+5,2
2005	-2,7	0,0	-3,6	+7,5	-8,7	+1,8
2006	-5,0	-7,3	+9,3	+8,8	+40,5	-1,8
2007	-5,3	+17,6	-1,7	+9,7	+13,6	+5,7
2008	+1,2	-3,3	-5,2	-30,9	+11,9	-3,9
2009	+6,7	+22,4	+7,3	+4,3	+11,9	+9,7
2010	+2,9	+8,5	+10,2	+51,0	-4,0	+9,1
2011	+1,1	+5,2	+9,2	+9,5	-25,0	+0,2
2012	-5,6	-6,2	-2,8	-23,5	+36,5	-3,7
2013	-7,8	-14,5	0,0	-16,1	-9,9	-4,7
2014	+3,9	-16,9	+5,8	-19,4	-3,1	-4,0

Tab.4 NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	5	13	8	6		32
1997	7	16	9	6		38
1998	6	16	9	6		37
1999	21	10	11	7	2	51
2000	31	8	14	8	11	72
2001	46	20	15	13	5	99
2002	52	13	10	13	13	101
2003	46	12	17	16	12	103
2004	48	18	13	16	17	112
2005	49	10	15	16	21	111
2006	35	10	19	18	10	92
2007	29	10	13	17	25	94
2008	33	9	14	4	20	80
2009	38	19	8	17	23	105
2010	33	18	22	21	23	117
2011	40	19	17	10	13	99
2012	38	12	13	12	26	101
2013	24	10	9	11	18	72
2014	33	7	15	6	21	82

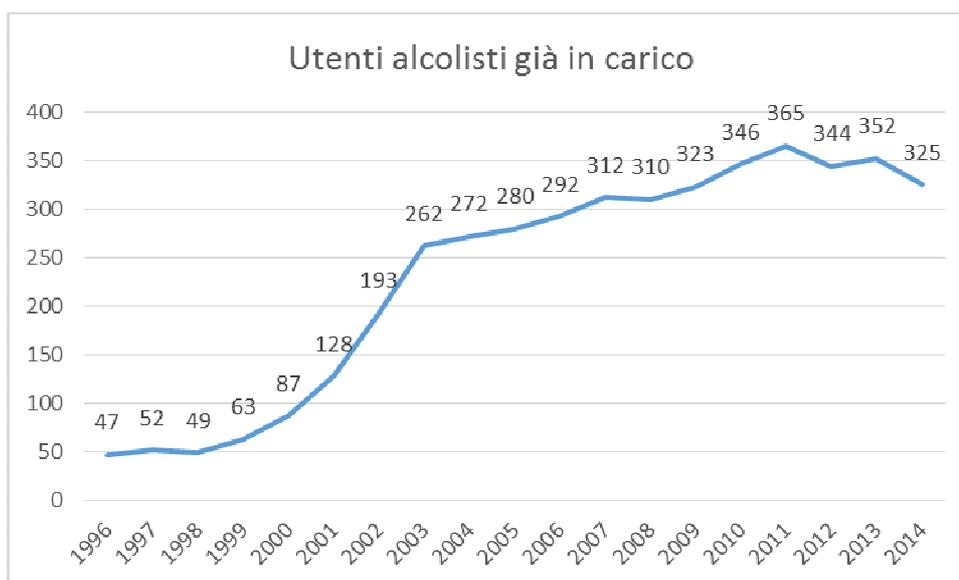


Tab.5 Tassi incrementali annuali dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento.
Δ% annuo

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1997	+40,0	+23,1	+12,5	0,0		18,8
1998	-14,3	0,0	0,0	0,0		-2,6
1999	+250,0	-37,5	+22,2	+16,7		37,8
2000	+47,6	-20,0	+27,3	+14,3	+450,0	41,2
2001	+48,4	+150,0	+7,1	+62,5	-54,5	+37,5
2002	+13,0	-35,0	-33,3	0,0	+160,0	+2,0
2003	-11,5	-7,7	+70,0	+23,1	-7,7	+2,0
2004	+4,3	+50,0	-23,5	0,0	+41,7	+8,7
2005	+2,1	-44,4	+15,4	0,0	+23,5	-0,9
2006	-28,6	0,0	+26,7	+12,5	-52,4	-17,1
2007	-17,1	0,0	-31,6	-5,6	+150,0	+2,2
2008	+13,8	-10,0	+7,7	-76,5	-20,0	-14,9
2009	+15,2	+111,1	-42,9	+325,0	+15,0	+ 31,3
2010	-23,7	-5,3	+ 175	+2,3	0,0	+7,6
2011	+21,2	+5,6	-22,7	-52,4	-43,5	-15,4
2012	-5,0	-36,8	-23,5	+20,0	+100,0	+2,0
2013	-36,8	-16,7	-30,8	-8,3	-30,8	-28,7
2014	+37,5	-30,0	+66,7	-45,5	+16,7	+13,9

Tab.6 UTENTI GIÀ IN CARICO ai Centri Alcolologici da anni precedenti distinti per sede di trattamento

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	7	21				47
1997	5	26				52
1998	9	27	1	1		49
1999	16	29	3	5	1	63
2000	29	25	12	14	3	87
2001	56	24	6	16	12	128
2002	97	37	15	20	6	193
2003	142	37	19	30	15	262
2004	136	37	25	37	19	272
2005	130	45	39	41	25	280
2006	135	41	40	44	32	292
2007	132	50	45	51	34	312
2008	130	49	41	43	47	310
2009	136	52	51	32	52	323
2010	142	59	43	53	49	346
2011	137	62	54	71	41	365
2012	129	63	57	50	45	344
2013	130	55	60	61	46	352
2014	127	47	58	52	41	325



Tab.7 Tassi incrementali annuali degli UTENTI GIÀ IN CARICO distinti per sede di trattamento

Anni/Δ% annuo	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1997	-28,6	+23,8				+10,6
1998	+80,0	+3,8				-5,8
1999	+77,8	+7,4	+200,0	+400,0		+28,6
2000	+81,3	-13,8	+300,0	+180,0	+200,0	+38,1
2001	+93,1	-4,0	-50,0	+14,3	+300,0	+47,1
2002	+73,2	+54,2	+150,0	+25,0	-50,0	+50,8
2003	+46,4	0,0	+26,7	+50,0	+150,0	+35,8
2004	-4,2	0,0	+31,6	+23,3	+26,7	+3,8
2005	-4,4	+21,6	+56,0	+10,8	+31,6	+2,9
2006	+3,8	-8,9	+2,6	+7,3	+28,0	+4,3
2007	-2,2	+22,0	+12,5	+15,9	+6,3	+6,8
2008	-1,5	-2,0	-8,9	-15,7	+38,2	-0,6
2009	+4,6	+6,1	+24,4	-25,6	+10,6	+ 4,2
2010	+10,3	+13,5	-15,7	+65,6	-5,7	+9,6
2011	-3,5	+5,1	+25,6	+34,0	-16,3	+5,5
2012	-5,8	+1,6	+5,6	-29,6	+9,8	-5,8
2013	-0,8	-12,7	+5,3	+22,0	+2,2	+2,3
2014	-2,3	-14,5	-3,3	-14,8	-10,9	-7,7

Tab.8 Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per sede di trattamento

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	41,7%	38,2%	29,6%			40,5%
1997	58,3%	38,1%	30,0%			42,2%
1998	40,0%	37,2%	42,9%	14,3%		38,4%
1999	56,8%	25,6%	47,8%	58,3%	66,7%	44,7%
2000	51,7%	24,2%	46,7%	36,4%	78,6%	45,3%
2001	45,1%	45,5%	42,9%	44,8%	29,4%	43,6%
2002	34,9%	26,0%	23,3%	39,4%	68,4%	34,4%
2003	24,5%	24,5%	30,9%	34,8%	44,4%	28,2%
2004	26,1%	32,7%	23,2%	30,2%	47,2%	29,2%
2005	27,4%	18,2%	27,8%	28,1%	45,7%	28,4%
2006	20,3%	19,6%	32,2%	30,0%	23,8%	24,0%
2007	18,0%	16,7%	22,4%	25,0%	42,4%	23,2%
2008	20,2%	15,5%	25,5%	8,5%	29,9%	20,5%
2009	21,8%	26,8%	13,6%	34,7%	30,7%	24,5%
2010	18,9%	23,4%	33,8%	28,4%	31,9%	25,3%
2011	22,6%	23,5%	23,9%	12,3%	24,1%	21,3%
2012	22,8%	16,0%	18,8%	19,4%	36,6%	22,5%
2013	15,6%	15,4%	13,0%	15,3%	28,1%	17,0%
2014	20,6%	12,9%	20,5%	10,3%	33,9%	20,1%

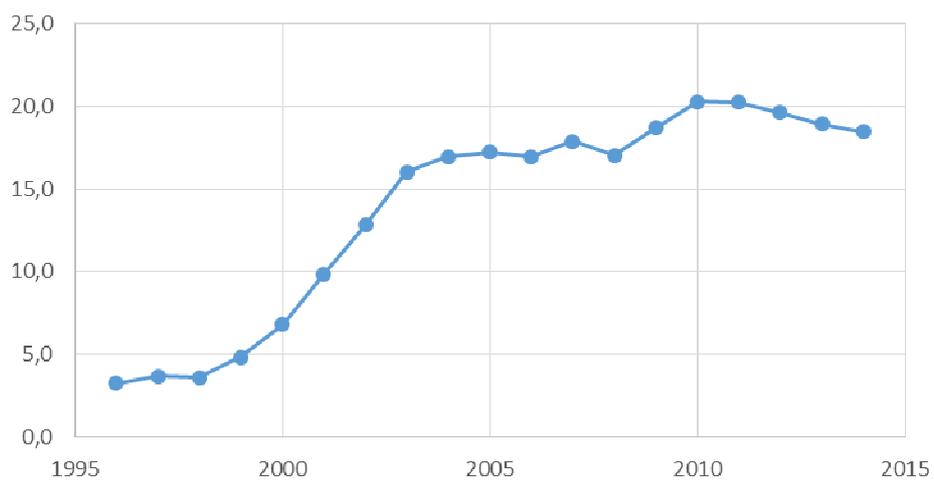
Tab.9 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per sede di trattamento

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	1,4	1,6	2,4			1,5
1997	0,7	1,6	2,3			1,3
1998	1,5	1,7	1,3	0,2		1,3
1999	0,8	2,9	1,1	0,7	0,5	1,2
2000	0,9	3,1	1,1	1,8	0,3	1,2
2001	1,2	1,2	1,3	1,2	2,4	1,3
2002	1,9	2,8	3,3	1,5	0,5	1,9
2003	3,1	3,1	2,2	1,9	1,3	2,5
2004	2,8	2,1	3,3	2,3	1,1	2,4
2005	2,7	4,5	2,6	2,6	1,2	2,5
2006	3,9	4,1	2,1	2,4	3,2	3,2
2007	4,6	5,0	3,5	3,0	1,4	3,3
2008	3,9	5,4	2,9	10,8	2,4	3,9
2009	3,6	2,7	6,4	1,9	2,3	3,1
2010	4,3	3,3	1,9	2,5	2,1	3,0
2011	3,4	3,3	3,2	7,1	3,2	3,7
2012	3,4	5,3	4,3	4,2	1,7	3,4
2013	5,4	5,5	6,7	5,5	2,6	4,9
2014	3,8	6,7	3,8	8,6	1,9	3,9

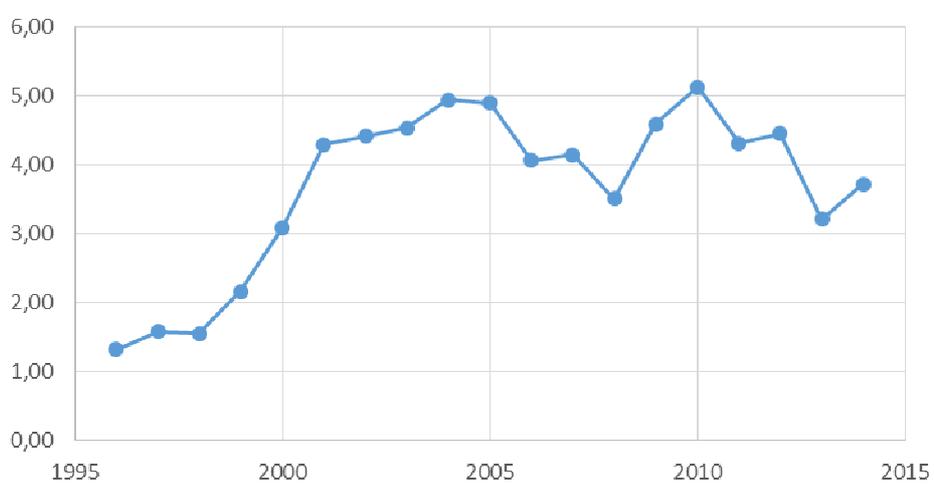
Tab.10 Utenti in carico ai Centri Alcolologici rapportati alla target per 10.000. Confronto tra Azienda Usl di Ferrara e Regione Emilia-Romagna

Utenti Alcolodipendenti	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000		Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000	
Anni	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA
1996	1,32	2,50	3,25	5,88
1997	1,58	2,75	3,70	6,64
1998	1,55	3,09	3,61	8,14
1999	2,16	3,19	4,84	9,15
2000	3,09	3,44	6,82	10,23
2001	4,29	3,73	9,84	11,60
2002	4,41	4,18	12,82	13,41
2003	4,53	4,46	16,04	15,65
2004	4,94	4,98	16,94	17,45
2005	4,89	4,69	17,22	18,89
2006	4,06	4,23	16,95	19,06
2007	4,14	4,12	17,89	20,15
2008	3,50	4,18	17,04	19,39
2009	4,59	4,75	18,70	20,32
2010	5,12	4,50	20,25	20,26
2011	4,31	-	20,21	-
2012	4,45	-	19,59	-
2013	3,21	-	18,91	-
2014	3,72	-	18,46	-

Rapporto utenti totali /pop. target 15-64



Rapporto Nuovi Utenti / pop. target 15-64



Tab.11 Utenti Totali in carico ai Centri Alcolologici dell'Azienda Usl di Ferrara distinti per Comune di residenza

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	136	143	142	145	154	147	158	146	136	145
Masi Torello	1	1	1	1	2	3	1	0	1	0
Voghiera	7	7	8	4	4	4	4	4	4	4
Copparo	38	34	41	37	38	38	40	37	32	26
Ro	3	3	4	3	4	6	5	5	5	6
Berra	7	6	5	4	9	9	11	9	9	7
Jolanda Savoia	3	0	0	0	3	3	4	4	3	2
Formignana	3	3	3	4	6	5	6	7	4	3
Tresigallo	5	4	6	5	7	10	9	10	10	6
Centro Nord	203	201	210	203	227	225	238	222	204	199
Argenta	17	24	27	30	27	31	33	33	32	30
Portomaggiore	18	16	19	17	15	17	18	15	18	23
Ostellato	7	6	7	9	14	13	10	9	9	8
Fiscaglia	17	18	17	13	12	13	17	14	15	13
Comacchio	14	22	24	17	15	20	18	21	22	17
Lagosanto	4	3	3	3	5	7	7	6	6	4
Codigoro	16	16	13	10	14	17	20	13	13	14
Mesola	5	7	5	2	1	7	9	5	3	3
Goro	5	3	2	2	1	4	8	5	10	10
Sud Est	103	115	117	103	104	129	140	121	128	122
Cento	29	25	33	28	31	35	31	34	29	30
S. Agostino	6	8	7	9	8	6	6	5	5	6
Mirabello	4	3	1	2	4	2	2	5	5	4
Bondeno	7	3	11	17	20	19	14	21	19	12
Poggio Renatico	4	2	2	4	11	11	7	9	8	11
Vigarano M.	8	7	7	8	6	7	5	2	3	6
Ovest	58	48	61	68	80	80	65	76	69	69
Provincia di Ferrara	364	364	388	374	411	434	443	419	401	390
Non residenti	27	20	18	16	17	29	19	26	23	17

Tab.12 assi di prevalenza di Alcoldependenti rapportati alla popolazione target residente (15-64 anni) distinti per Comune di residenza. (*1.000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	1,60	1,68	1,67	1,69	1,80	1,72	1,84	1,71	1,61	1,75
Masi Torello	0,65	0,66	0,66	0,64	1,28	1,97	0,66	0,00	0,68	0,00
Voghiera	2,84	2,86	3,27	1,66	1,66	1,68	1,66	1,71	1,72	1,74
Copparo	3,38	3,07	3,70	3,39	3,49	3,52	3,73	3,52	3,12	2,58
Ro	1,30	1,33	1,77	1,38	1,84	2,80	2,31	2,38	2,42	3,02
Berra	2,00	1,75	1,46	1,20	2,69	2,77	3,37	2,86	2,93	2,35
Jolanda Savoia	1,47	0,00	0,00	0,00	1,51	1,53	2,05	2,08	1,59	1,08
Formignana	1,62	1,64	1,64	2,25	3,37	2,81	3,41	4,01	2,31	1,73
Tresigallo	1,67	1,34	2,02	1,69	2,36	3,41	3,06	3,51	3,54	2,16
Centro Nord	1,80	1,78	1,86	1,80	2,01	2,00	2,11	1,99	1,85	1,85
Argenta	1,23	1,73	1,95	2,14	1,92	2,21	2,35	2,37	2,32	2,21
Portomaggiore	2,38	2,10	2,50	2,22	1,96	2,23	2,36	1,99	2,42	3,09
Ostellato	1,60	1,39	1,63	2,14	3,33	3,10	2,41	2,22	2,25	2,05
Fiscaglia	2,68	2,87	2,72	2,09	1,95	2,13	2,79	2,33	2,55	2,26
Comacchio	0,90	1,41	1,54	1,09	0,96	1,29	1,16	1,37	1,46	1,15
Lagosanto	1,33	1,00	1,00	0,95	1,59	2,20	2,15	1,83	1,86	1,25
Codigoro	1,95	1,96	1,59	1,24	1,73	2,13	2,50	1,65	1,70	1,86
Mesola	1,07	1,51	1,08	0,43	0,22	1,54	1,98	1,12	0,68	0,69
Goro	1,79	1,09	0,73	0,74	0,37	1,48	3,01	1,93	3,96	4,03
Sud Est	1,56	1,74	1,77	1,55	1,57	1,96	2,12	1,86	2,00	1,94
Cento	1,35	1,15	1,51	1,23	1,36	1,52	1,33	1,46	1,25	1,30
S.Agostino	1,41	1,82	1,59	1,95	1,73	1,29	1,28	1,07	1,09	1,32
Mirabello	1,79	1,36	0,45	0,90	1,79	0,89	0,90	2,30	2,39	1,98
Bondeno	0,72	0,31	1,14	1,77	2,09	1,98	1,47	2,24	2,06	1,33
Poggio Renatico	0,75	0,36	0,36	0,67	1,85	1,81	1,13	1,44	1,27	1,76
Vigarano M.	1,77	1,55	1,55	1,70	1,27	1,45	1,02	0,41	0,61	1,23
Ovest	1,22	1,00	1,27	1,36	1,60	1,59	1,28	1,50	1,37	1,39
Provincia di Ferrara	1,61	1,60	1,71	1,63	1,80	1,90	1,93	1,84	1,79	1,77

Tab.13 Nuovi Utenti in carico ai Centri Alcolici dell'Azienda Usl di Ferrara distinti per Comune di residenza

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	37	34	25	30	34	22	37	28	20	28
Masi Torello	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Voghiera	0	3	2	0	1	0	1	1	1	0
Copparo	9	4	9	3	6	6	8	4	4	4
Ro	1	0	1	1	1	2	1	0	2	0
Berra	0	1	0	1	5	3	3	2	0	1
Jolanda Savoia	1	0	0	0	2	0	3	2	1	0
Formignana	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Tresigallo	0	1	1	0	2	5	1	1	4	1
Centro Nord	49	44	38	36	52	39	55	39	32	35
Argenta	4	10	9	8	3	13	9	6	4	3
Portomaggiore	3	3	4	4	1	5	5	1	2	8
Ostellato	2	3	2	2	4	3	1	2	1	2
Fiscaglia	7	5	6	1	2	1	2	3	1	0
Comacchio	4	9	5	0	6	7	2	7	4	2
Lagosanto	1	1	1	0	3	2	1	1	0	0
Codigoro	4	3	1	3	5	1	2	3	1	2
Mesola	0	3	1	1	0	6	2	0	0	1
Goro	2	0	1	0	0	2	2	0	3	2
Sud Est	27	37	30	19	24	40	26	23	16	20
Cento	9	2	12	5	10	11	7	8	8	8
S. Agostino	1	3	1	2	3	1	0	2	0	3
Mirabello	4	0	0	0	2	2	1	2	0	0
Bondeno	2	1	7	9	4	4	2	9	4	2
Poggio Renatico	2	1	1	2	5	3	3	4	4	2
Vigarano M.	2	2	0	1	0	4	2	1	1	2
Ovest	20	9	21	19	24	25	15	26	17	17
TOTALE	96	90	89	74	100	104	96	88	65	72
Non residenti	15	2	5	6	5	13	3	13	7	10

Tab.14 Tassi di incidenza di Alcoldependenti rapportati alla popolazione target residente (15-64 anni) distinti per Comune di residenza. (*1.000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	0,44	0,40	0,29	0,35	0,40	0,26	0,43	0,33	0,24	0,34
Masi Torello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00
Voghiera	0,00	1,23	0,82	0,00	0,41	0,00	0,42	0,43	0,43	0,00
Copparo	0,80	0,36	0,81	0,28	0,55	0,56	0,75	0,38	0,39	0,40
Ro	0,43	0,00	0,44	0,46	0,46	0,93	0,46	0,00	0,97	0,00
Berra	0,00	0,29	0,00	0,30	1,50	0,92	0,92	0,63	0,00	0,34
Jolanda Savoia	0,49	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	1,54	1,04	0,53	0,00
Formignana	0,54	0,55	0,00	0,56	0,56	0,00	0,57	0,57	0,00	0,58
Tresigallo	0,00	0,34	0,34	0,00	0,67	1,71	0,34	0,35	1,42	0,36
Centro Nord	0,43	0,39	0,34	0,32	0,46	0,35	0,49	0,35	0,29	0,32
Argenta	0,29	0,72	0,65	0,57	0,21	0,93	0,64	0,43	0,29	0,22
Portomaggiore	0,40	0,39	0,53	0,52	0,13	0,65	0,65	0,13	0,27	1,08
Ostellato	0,46	0,70	0,46	0,48	0,95	0,72	0,24	0,49	0,25	0,51
Fiscaglia	1,10	0,80	0,96	0,16	0,32	0,16	0,33	0,50	0,17	0,00
Comacchio	0,26	0,58	0,32	0,00	0,38	0,45	0,13	0,46	0,27	0,14
Lagosanto	0,33	0,33	0,33	0,00	0,95	0,63	0,31	0,31	0,00	0,00
Codigoro	0,49	0,37	0,12	0,37	0,62	0,13	0,25	0,38	0,13	0,27
Mesola	0,00	0,65	0,22	0,22	0,00	1,32	0,44	0,00	0,00	0,23
Goro	0,72	0,00	0,36	0,00	0,00	0,74	0,75	0,00	1,19	0,81
Sud Est	0,41	0,56	0,45	0,29	0,36	0,61	0,39	0,35	0,25	0,32
Cento	0,42	0,09	0,55	0,22	0,44	0,48	0,30	0,34	0,35	0,35
S. Agostino	0,23	0,68	0,23	0,43	0,65	0,22	0,00	0,43	0,00	0,66
Mirabello	1,79	0,00	0,00	0,00	0,90	0,89	0,45	0,92	0,00	0,00
Bondeno	0,21	0,10	0,73	0,94	0,42	0,42	0,21	0,96	0,43	0,22
Poggio Renatico	0,37	0,18	0,18	0,34	0,84	0,49	0,48	0,64	0,64	0,32
Vigarano M.	0,44	0,44	0,00	0,21	0,00	0,83	0,41	0,20	0,20	0,41
Ovest	0,42	0,19	0,44	0,38	0,48	0,50	0,29	0,51	0,34	0,34
TOTALE	0,42	0,40	0,39	0,32	0,44	0,45	0,42	0,39	0,29	0,33

Tab.15 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	160	54	73	58	62	407	
Sesso							
Maschi	111	44	56	40	44	295	72,5%
Femmine	49	10	17	18	18	112	27,5%
Maschi/Femmine	2,3	4,4	3,3	2,2	2,4	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	6	1	3	0	5	15	3,7%
30-39 anni	23	10	15	12	10	70	17,2%
40-49 anni	61	21	22	22	22	148	36,4%
50-59 anni	43	14	20	15	14	106	26,0%
>59 anni	27	8	13	9	11	68	16,7%
Età media (min-max)	48,5 (20-68)	47,3 (24-74)	47,6 (24-70)	48,6 (32-75)	47,6 (24-77)	48,1 (20-77)	
Età media M (min-max)	48,1 (23-68)	45,6 (24-74)	48,1 (28-70)	48,1 (32-70)	47,6 (25-77)	47,7 (23-77)	
Età media F (min-max)	49,2 (20-68)	55 (44-67)	46,2 (24-69)	49,7 (37-75)	47,7 (24-71)	49,1 (20-75)	
Nuovi utenti	33	7	15	6	21	82	%
Sesso							
Maschi	19	4	13	3	14	53	64,6%
Femmine	14	3	2	3	7	29	35,4%
Maschi/Femmine	1,3	1,3	6,5	1	2	1,8	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	2	0	3	0	3	8	9,8%
30-39 anni	3	2	2	1	1	9	11,0%
40-49 anni	20	1	4	4	7	36	43,9%
50-59 anni	4	2	5	1	7	19	23,2%
>59 anni	4	2	1	0	3	10	12,2%
Età media (min-max)	46,2 (21-68)	51,1 (33-74)	43,8 (24-69)	45,1 (37-57)	47,4 (24-71)	46,4 (21-74)	
Età media M (min-max)	45,4 (21-68)	48,2 (33-74)	46,4 (28-69)	48,6 (44-57)	45,8 (26-65)	46,1 (21-74)	
Età media F (min-max)	47,2 (34-68)	55 (46-61)	26,5 (24-29)	41,6 (37-44)	50,5 (24-71)	46,8 (24-71)	
Utenti già in carico	127	47	58	52	41	325	%
Sesso							
Maschi	92	40	43	37	30	242	74,5%
Femmine	35	7	15	15	11	83	25,5%
Maschi/Femmine	2,6	5,7	3,0	2,4	2,7	2,9	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	4	1	0	0	2	7	2,2%
30-39 anni	20	8	13	11	9	61	18,8%
40-49 anni	41	20	18	18	15	112	34,5%
50-59 anni	39	12	15	14	7	87	26,8%
>59 anni	23	6	12	9	8	58	17,8%
Età media (min-max)	49,1 (20-72)	46,7 (24-67)	48,6 (30-70)	49 (32-75)	47,7 (25-77)	48,5 (20-77)	
Età media M (min-max)	48,7 (28-74)	45,3 (24-62)	48,6 (30-70)	48 (32-70)	48,4 (25-77)	48,1 (24-77)	
Età media F (min-max)	50 (20-72)	55 (44-67)	48,8 (33-69)	51,3 (37-75)	45,9 (29-66)	49,9 (20-75)	

Tab.15.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	154	65	69	72	64	424	
Sesso							
Maschi	105	52	50	52	44	304	71,7%
Femmine	49	13	19	20	20	120	28,3%
Maschi/Femmine	2,1	4,0	2,6	2,6	2,1	2,5	
Età							
≤ 19 anni	1	1	0	0	0	2	0,5%
20-29 anni	9	1	1	3	4	18	4,2%
30-39 anni	24	10	13	16	15	78	18,4%
40-49 anni	51	22	24	22	23	142	33,5%
50-59 anni	44	22	14	19	12	111	26,2%
>59 anni	25	9	17	12	10	73	17,2%
Età media (min-max)	47,9 (19-74)	47,9 (19-66)	48,9 (29-69)	48,2 (22-74)	46,6 (24-64)	47,9 (19-74)	
Età media M (min-max)	47,1 (22-73)	47,1 (29-66)	48,7 (29-69)	47,4 (22-71)	48,8 (24-71)	47,6 (22-71)	
Età media F (min-max)	49,6 (19-74)	51,4 (19-66)	49,6 (32-68)	50,2 (29-74)	41,7 (26-65)	48,6 (19-74)	
Nuovi utenti	24	10	9	11	18	72	%
Sesso							
Maschi	14	8	8	6	13	49	68,1%
Femmine	10	2	1	5	5	23	31,9%
Maschi/Femmine	1,4	4	8	1,2	2,6	2,1	
Età							
≤ 19 anni	1	1	0	0	0	2	2,8%
20-29 anni	3	0	0	2	1	6	8,3%
30-39 anni	7	3	2	2	4	18	25,0%
40-49 anni	7	4	1	4	9	25	34,7%
50-59 anni	4	0	3	2	2	11	15,3%
>59 anni	2	2	3	1	2	10	13,9%
Età media (min-max)	41,7 (41,7)	43 (19-61)	52,8 (38-69)	42,9 (22-73)	46,1 (24-71)	44,5 (19-73)	
Età media M (min-max)	41,1 (22-63)	43,9 (34-61)	53,2(38- 69)	36,8 (22-54)	48 (24-71)	44,8 (22-71)	
Età media F (min-max)	42,7 (19-58)	39,5 (19-60)	50 (1)	50,2 (36-73)	41 (26-48)	44 (19-73)	
Utenti già in carico	130	55	60	61	46	352	%
Sesso							
Maschi	91	44	42	46	31	255	72,4%
Femmine	39	11	18	15	15	97	27,6%
Maschi/Femmine	2,3	4	2,3	3,1	2,1	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	6	1	1	1	3	12	3,4%
30-39 anni	17	7	11	14	11	60	17,0%
40-49 anni	44	18	23	18	14	117	33,2%
50-59 anni	40	22	11	17	10	100	28,4%
>59 anni	23	7	14	11	8	63	17,9%
Età media (min-max)	49,1 (24-74)	48,8 (29-66)	48,4 (29-68)	49,1 (29-74)	46,8 (26-67)	48,6 (24-74)	
Età media M (min-max)	48,8 (24-73)	47,7 (29-66)	47,9 (29-66)	48,8 (32-71)	49,2 (30-67)	48,1 (24-73)	
Età media F (min-max)	51,4 (31-74)	53,5 (43-66)	49,6 (32-68)	50,1 (29-74)	41,9 (26-65)	49,7 (26-74)	

Tab.15.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	167	76	69	62	71	445	
Sesso							
Maschi	110	60	51	46	49	316	71,0%
Femmine	57	16	18	16	22	129	29,0%
Maschi/Femmine	1,92	3,75	2,83	2,88	2,23	2,4	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	11	4	2	1	6	24	5,4%
30-39 anni	26	13	18	20	14	91	20,4%
40-49 anni	61	27	23	16	26	153	34,4%
50-59 anni	42	18	12	15	16	103	23,1%
>59 anni	27	14	14	10	9	74	16,6%
Età media (min-max)	47,8 (23-77)	47,9 (22-78)	46,4 (24-67)	47,6 (28-73)	46,8 (25-73)	47,4 (22-78)	
Età media Maschi (min-max)	46,6 (23-77)	46,7 (22-78)	46,4 (28-66)	47,5 (32-70)	47,9 (48-73)	46,9 (22-78)	
Età media Femmine (min-max)	50,1 (24-73)	52,4 (42-65)	46,3 (24-67)	48,1 (28-73)	44,2 (39-64)	48,6 (24-73)	
Nuovi utenti	38	12	13	12	26	101	%
Sesso						0	
Maschi	24	8	8	10	17	67	66,3%
Femmine	14	4	5	2	9	34	33,7%
Maschi/Femmine	1,7	2,0	1,6	5,0	1,9	1,9	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	5	1	1	0	5	12	11,9%
30-39 anni	7	0	2	5	6	20	19,8%
40-49 anni	11	2	8	2	8	31	30,7%
50-59 anni	9	7	1	2	7	26	25,7%
>59 anni	6	2	1	3	0	12	11,9%
Età media (min-max)	46,5 (23-77)	50,7 (28-65)	42,5 (28-64)	47,3 (32-68)	41,9 (25-59)	45,4 (23-77)	
Età media Maschi (min-max)	42,2 (23-77)	49 (28-65)	40,5 (28-48)	47,6 (33-68)	43,6 (30-59)	44 (23-77)	
Età media Femmine (min-max)	53,7 (35-73)	54,2 (50-64)	45,6 (31-64)	46 (32-60)	38,6 (31-56)	48,2 (25-73)	
Utenti già in carico	129	63	57	50	45	344	%
Sesso							
Maschi	86	51	44	36	32	249	72,4%
Femmine	43	12	13	14	13	95	27,6%
Maschi/Femmine	2,0	4,2	3,38	2,57	2,46	2,62	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	6	3	1	1	1	12	3,5%
30-39 anni	19	12	16	15	8	70	20,3%
40-49 anni	50	25	16	14	18	123	35,8%
50-59 anni	33	11	11	13	9	77	22,4%
>59 anni	21	12	13	7	9	62	18,0%
Età media (min-max)	48,2 (24-72)	47,5 (22-78)	47,2 (24-67)	47,7 (28-73)	49,6 (25-73)	48 (22-78)	
Età media Maschi (min-max)	47,8 (25-72)	46,4 (22-78)	47,3 (30-66)	47,4 (32-70)	50,2 (48-73)	47,7 (22-78)	
Età media Femmine (min-max)	48,9 (24-66)	51,8 (42-65)	46,7 (24-67)	48,3 (28-73)	48,0 (31-64)	48,8 (24-73)	

Tab.15.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	177	81	71	81	54	464	
Sesso							
Maschi	123	64	54	58	36	335	72,2%
Femmine	54	17	17	23	18	129	27,8%
Maschi/Femmine	2,3	3,3	3,2	2,5	2,0	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0%
20-29 anni	9	4	3	2	4	22	4,7%
30-39 anni	33	16	16	22	14	101	21,8%
40-49 anni	59	32	26	21	18	156	33,6%
50-59 anni	49	17	13	21	11	111	23,9%
>59 anni	27	12	13	15	7	74	15,9%
Età media (min-max)	47,5 (23-72)	47,0 (21-77)	47,2 (23-76)	48,6 (27-78)	44,8 (22-71)	47,0 (21-77)	
Età media Maschi (min-max)	46,9 (24-72)	46,0 (21-77)	47,2 (29-70)	46,6 (29-73)	43,2 (23-71)	46,0 (21-77)	
Età media Femmine (min-max)	48,8 (23-71)	50,8 (33-71)	47,1 (23-76)	49,7 (27-78)	47,6 (22-63)	48,8 (22-78)	
Nuovi utenti	40	19	17	10	13	99	%
Sesso							
Maschi	27	14	12	7	9	69	69,7%
Femmine	13	5	5	3	4	30	30,3%
Maschi/Femmine	1,8	2,8	2,4	2,3	2,2		
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	2	3	3	1	1	10	10,1%
30-39 anni	9	5	5	2	5	26	26,3%
40-49 anni	14	6	5	2	4	31	31,3%
50-59 anni	11	5	3	3	0	22	22,2%
>59 anni	4	0	1	2	3	10	10,1%
Età media (min-max)	46,1 (23-65)	41,3 (21-57)	41,5 (23-70)	49,6 (27-69)	42,4 (24-71)	44,2 (21-71)	
Età media Maschi (min-max)	47,2 (28-63)	38,3 (21-59)	45,1 (29-70)	50,9 (39-69)	41,6 (24-71)	44,6 (21-71)	
Età media Femmine (min-max)	44,2 (23-65)	49,8 (42-57)	32,8 (23-41)	46,7 (27-57)	43,8 (32-60)	43,5 (23-65)	
Utenti già in carico	137	62	54	71	41	365	%
Sesso							
Maschi	96	50	42	51	27	266	72,9%
Femmine	41	12	12	20	14	99	27,1%
Maschi/Femmine	2,4	4,2	3,5	2,5	1,9		
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	7	1	0	1	3	12	3,3%
30-39 anni	24	11	11	20	9	75	20,5%
40-49 anni	45	26	21	19	14	125	34,2%
50-59 anni	38	12	10	18	11	89	24,4%
>59 anni	23	12	12	13	4	64	17,5%
Età media (min-max)	47,9 (24-72)	48,8 (27-77)	49,0 (30-76)	48,5 (29-78)	45,4 (22-62)	47,9 (22-78)	
Età media Maschi (min-max)	46,9 (24-72)	48,2 (27-77)	47,9 (30-69)	47,8 (29-73)	43,7 (23-64)	46,9 (23-77)	
Età media Femmine (min-max)	50,3 (29-71)	51,3 (33-71)	53,0 (31-76)	50,1 (32-78)	48,7 (22-63)	50,7 (22-78)	

Tab.15.4 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	179	77	65	74	72	467	
Sesso							
Maschi	125	58	50	54	57	344	73,7%
Femmine	54	19	15	20	15	123	26,3%
Maschi/Femmine	2,3	3,0	3,3	2,7	3,8	2,8	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	10	3	3	2	5	23	4,9%
30-39 anni	34	11	10	18	14	87	18,6%
40-49 anni	61	33	25	19	31	169	36,2%
50-59 anni	50	15	11	22	16	114	24,4%
>59 anni	24	15	16	13	6	74	15,8%
Età media (minimo-massimo)	47,1 (23-71)	48,4 (29-76)	49,6 (28-76)	48,6 (28-72)	44,9 (21-69)	47,5 (21-77)	
Età media Maschi	46,1	47,2	48,9	47,9	43,8	46,6	
Età media Femmine	49,2	52,3	51,8	50,7	49,1	50,2	
Nuovi utenti	29	18	22	21	23	113	%
Sesso							
Maschi	19	15	15	17	22	88	74,3%
Femmine	10	3	7	4	1	25	25,7%
Maschi/Femmine	1,9	5,0	2,1	4,2	-	3,5	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	3	1	1	0	4	9	8,0%
30-39 anni	5	2	5	7	6	25	22,1%
40-49 anni	11	10	9	8	7	45	39,8%
50-59 anni	7	2	3	4	5	21	18,6%
>59 anni	3	3	4	2	1	13	11,5%
Età media (minimo-massimo)	45,3 (23-68)	46,7 (29-76)	46,9 (28-72)	44,4 (30-72)	41,1 (16-51)	44,8 (21-76)	
Età media Maschi	42,9	48,1	46,0	43,6	40,5	43,9	
Età media Femmine	50,0	39,7	49,0	47,5	54	48,2	
Utenti già in carico	150	59	43	53	49	354	%
Sesso							
Maschi	106	43	35	37	35	256	72,3%
Femmine	44	16	8	16	14	98	27,7%
Maschi/Femmine	2,4	2,7	4,4	2,3	2,5	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	7	2	2	2	1	14	4,0%
30-39 anni	29	9	5	11	8	62	17,5%
40-49 anni	50	23	16	11	24	124	35,0%
50-59 anni	43	13	8	18	11	93	26,3%
>59 anni	21	12	12	11	5	61	17,2%
Età media (minimo-massimo)	47,4 (23-71)	48,9 (29-70)	50,9 (28-76)	50,3 (28-77)	46,7 (18-50)	48,4 (24-77)	
Età media Maschi	46,7	46,8	50,2	49,8	45,9	47,5	
Età media Femmine	49,0	54,6	54,2	51,4	48,7	50,7	

Tab.16 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	33	7	15	6	21	82	
Cittadinanza							
Italiani	29	7	10	6	17	69	84,1%
Extracomunitari	4	0	1	0	4	9	11,0%
Comunitari	0	0	4	0	0	4	4,9%
Stato civile							
Celibi/nubili	15	5	8	3	7	38	46,3%
Coniugati	7	1	6	2	11	27	32,9%
Separati/divorziati	9	0	1	1	3	14	17,1%
Vedovi	2	1	0	0	0	3	3,7%
Titolo di studio							
Elementare	0	1	1	1	2	5	6,1%
Media Inferiore	17	2	9	3	11	42	51,2%
Professionale	4	0	1	0	1	6	7,3%
Media superiore	7	1	1	1	7	17	20,7%
Universitario	5	1	2	0	0	8	9,8%
Non conosciuto	0	2	1	1	0	4	4,9%
Nessuno	0	0	0	0	0	0	0,0%
Attività lavorativa							
Disoccupato	10	1	4	1	5	21	25,6
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	4	1	1	0	2	8	9,8%
Lavoro regolare	13	2	7	4	9	35	42,7%
Studente	1	0	0	0	1	2	2,4%
Pensionato	3	2	2	1	3	11	13,4%
Casalinga	0	1		0	1	2	2,4%
Sospeso forza maggiore	2	0	1	0	0	3	3,7%
Non noto	0	0	0	0	0	0	0,0%
Situazione abitativa							
Solo	8	1	1	1	2	13	15,9%
Vive con genitori	4	3	3	2	4	16	19,5%
Solo con figlio	3	0	1	0	3	7	8,5%
Vive con il partner	7	2	2	0	4	15	18,3%
Vive con partner e figlio/i	3	1	7	3	7	21	25,6%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	1	0	0	0	0	1	1,2%
Senza fissa dimora	1	0	0	0	1	2	2,4%
Comunità alloggio	1	0	0	0	0	1	1,2%
Non noto/Altro	5	0	2	0	0	7	8,5%
Situazione giuridica							
Incensurato	24	6	9	5	21	65	79,3%
Denunce	4	0	3	1	0	8	9,8%
Condanne	1	0	0	0	0	1	1,2%
Carcerazioni	4	0	0	0	0	4	4,9%
Forme alternative	0	0	1	0	0	1	1,2%
Non noto	0	1	2	0	0	3	3,7%

Tab.16.1 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	24	10	9	11	18	72	
Cittadinanza							
Italiani	21	8	8	10	15	62	86,1%
Extracomunitari	2	2	1	0	2	7	9,7%
Comunitari	1	0	0	1	1	3	4,2%
Stato civile							
Celibi/nubili	14	2	3	6	6	31	43,1%
Coniugati	4	5	3	3	7	22	30,6%
Separati/divorziati	4	2	3	2	3	14	19,4%
Vedovi	1	1	0	0	2	4	5,6%
Non noto	1	0	0			1	1,4%
Titolo di studio							
Elementare	1	2	1	2	2	8	11,1%
Media Inferiore	7	7	5	6	11	36	50,0%
Professionale	4	0	0	2	1	7	9,7%
Media superiore	7	0	1	1	4	13	18,1%
Universitario	4	0	0	0	0	4	5,6%
Non conosciuto	1	0	1	0	0	2	2,8%
Nessuno	0	1	1	0	0	2	2,8%
Attività lavorativa							
Disoccupato	3	4	1	4	5	17	23,6%
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	3	1	0	3	0	7	9,7%
Lavoro regolare	11	3	3	3	11	31	43,1%
Studente	2	1	0	0	0	3	4,2%
Pensionato	1	1	5	0	2	9	12,5%
Casalinga	1	0	0	1	0	2	2,8%
Sospeso forza maggiore	2	0	0	0	0	2	2,8%
Non noto	0	0	0	0	0	0	0,0%
Situazione abitativa							
Solo	7	2	3	1	4	17	23,6%
Vive con genitori	5	2	1	4	5	17	23,6%
Solo con figlio	1	0	0	1	0	2	2,8%
Vive con il partner	1	1	1	2	2	7	9,7%
Vive con partner e figlio/i	5	2	4	0	5	16	22,2%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	0	1	0	0	0	1	1,4%
Senza fissa dimora	1	0	0	0	0	1	1,4%
Comunità alloggio	1	1	0	0	0	2	2,8%
Non noto/Altro	3	1	0	3	2	9	12,5%
Situazione giuridica							
Incensurato	18	8	6	6	16	54	75,0%
Denunce	3	1	1	1	0	6	8,3%
Condanne	1	0	0	2	2	5	6,9%
Carcerazioni	1	0	0	1	0	2	2,8%
Forme alternative	0	0	0	0	0	0	0,0%
Non noto	1	1	2	1	0	5	6,9%

Tab.16.2 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	38	12	13	12	26	101	
Cittadinanza						0	
Italiani	33	12	11	12	23	91	90,1%
Extracomunitari	4	0	1	0	3	8	7,9%
Comunitari	1	0	1	0	0	2	2,0%
Stato civile							
Celibi/nubili	23	4	3	6	14	50	49,5%
Coniugati	12	6	4	4	5	31	30,7%
Separati/divorziati	3	2	6	2	6	19	18,8%
Vedovi	0	0	0	0	1	1	1,0%
Titolo di studio							
Elementare	8	2	2	3	0	15	14,9%
Media Inferiore	15	4	6	7	13	45	44,6%
Professionale	4	2	2	0	3	11	10,9%
Media superiore	6	2	1	1	7	17	16,8%
Universitario	4	1	2	0	2	9	8,9%
Non conosciuto	1	1	0	1	1	4	4,0%
Attività lavorativa							
Disoccupato	10	1	7	3	6	27	26,7%
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	5	0	1	2	2	10	9,9%
Lavoro regolare	9	8	5	4	13	39	38,6%
Studente	0	0	0	0	0	0	0,0%
Pensionato	4	3	0	2	3	12	11,9%
Casalinga	2	0	0	0	1	3	3,0%
Sospeso forza maggiore	8	0	0	0	1	9	8,9%
Non noto	0	0	0	1	0	1	1,0%
Situazione abitativa							
Solo	14	3	3	1	6	27	26,7%
Vive con genitori	4	2	3	3	10	22	21,8%
Solo con figlio	1	0	0	1	2	4	4,0%
Vive con il partner	5	3	4	3	2	17	16,8%
Vive con partner e figlio/i	9	4	1	2	4	20	19,8%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	0	0	0	0	0	0	0,0%
Senza fissa dimora	0	0	0	0	0	0	0,0%
Comunità alloggio	1	0	0	0	0	1	1,0%
Non noto/Altro	4	0	2	2	2	10	9,9%
Situazione giuridica							
Incensurato	26	12	7	8	24	77	76,2%
Denunce	1	0	3	2	0	6	5,9%
Condanne	4	0	1	0	1	6	5,9%
Carcerazioni	5	0	0	1	0	6	5,9%
Forme alternative	0	0	0	0	1	1	1,0%
Non noto	2	0	2	1	0	5	5,0%

Tab.16.3 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	40	19	17	10	13	99	
Cittadinanza							
Italiani	37	18	15	10	11	91	91,9%
Extracomunitari	2	1	1	0	2	6	6,1%
Comunitari	1	0	1	0	0	2	2,0%
Stato civile							
Celibi/nubili	20	7	9	4	3	43	43,4%
Coniugati	10	6	6	4	5	31	31,3%
Separati/divorziati	7	6	2	2	4	21	21,2%
Vedovi	3	0	0	0	1	4	4,0%
Titolo di studio							
Elementare	6	2	0	4	2	14	14,1%
Media Inferiore	10	9	10	4	6	39	39,4%
Professionale	9	1	2	1	0	13	13,1%
Media superiore	9	6	4	1	4	24	24,2%
Universitario	6	0	1	0	0	7	7,1%
Non conosciuto	0	1	0	0	1	2	2,0%
Attività lavorativa							
Disoccupato	9	4	6	3	5	27	27,3%
Lavori precari/saltuari	5	1	2	1	0	9	9,1%
Lavoro regolare	19	14	8	4	5	50	50,5%
Studente	0	0	1	0	0	1	1,0%
Pensionato	3	0	0	2	3	8	8,1%
Casalinga	2	0	0	0	0	2	2,0%
Sospeso forza maggiore	2	0	0	0	0	2	2,0%
Non noto	0	0	0	0	0	0	0,0%
Situazione abitativa							
Solo	8	4	5	3	1	21	21,2%
Vive con genitori	6	7	2	2	3	20	20,2%
Solo con figlio	2	1	0	0	2	5	5,1%
Vive con il partner	10	3	3	2	4	22	22,2%
Vive con partner e figlio/i	7	2	3	3	2	17	17,2%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	1	0	1	0	1	3	3,0%
Senza fissa dimora	0	1	0	0	0	1	1,0%
Comunità alloggio	0	1	0	0	0	1	1,0%
Altro	5	0	3	0	0	8	8,1%
Non noto	1	0	0	0	0	1	1,0%
Situazione giuridica							
Incensurato	38	18	12	9	11	88	88,9%
Denunce	1	0	3	0	1	5	5,1%
Condanne	0	0	2	0	1	3	3,0%
Carcerazioni	0	0	0	0	0	0	0,0%
Forme alternative	0	1	0	0	0	1	1,0%
Non noto	1	0	0	1	0	2	2,0%

Tab.16.4 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	29	18	22	21	23	113	
Cittadinanza							
Italiani	23	18	20	21	22	104	92,0%
Extracomunitari	6	0	2	0	1	9	8,0%
Comunitari	0	0	0	0	0	0	0,0%
Stato civile							
Celibi/nubili	10	7	8	10	11	46	40,7%
Coniugati	9	6	10	7	7	39	34,5%
Separati/divorziati	8	4	4	4	5	25	22,1%
Vedovi	1	0	0	0	0	1	0,9%
Non conosciuto	1	1	0	0	0	2	1,8%
Titolo di studio							
Elementare	5	3	4	3	2	17	15,0%
Media Inferiore	8	6	12	14	14	54	47,8%
Professionale	1	3	3	3	1	11	9,7%
Media superiore	8	3	3	1	6	21	18,6%
Universitario	4	1	0	0	0	5	4,4%
Non conosciuto	3	2	0	0	0	5	3,6%
Attività lavorativa							
Disoccupato	7	3	4	4	7	25	22,1%
Lavori precari/saltuari	3	3	4	3	0	13	11,5%
Lavoro regolare	11	7	9	11	15	53	46,9%
Studente	0	0	0	0	0	0	0,0%
Pensionato	3	2	4	2	1	12	10,6%
Casalinga	1	1	0	1	0	3	2,7%
Sospeso forza maggiore	4	0	0	0	0	4	3,5%
Non noto	0	2	1	0	0	3	2,7%
Situazione abitativa							
Solo	5	4	3	6	2	20	17,7%
Vive con genitori	3	3	4	6	8	24	21,2%
Solo con figlio	1	1	0	0	0	2	1,8%
Vive con il partner	8	5	4	4	5	26	23,0%
Vive con partner e figlio/i	5	5	9	4	6	29	25,7%
Comunità alloggio	1	0	1	1	0	3	2,7%
Con amici	1	0	0	0	0	1	0,9%
Carcere	1	0	0	0	0	1	0,9%
Altro	4	0	1	0	2	7	6,2%
Situazione giuridica							
Incensurato	22	18	12	16	20	88	77,9%
Denunce	0	0	6	1	3	10	8,8%
Condanne	0	0	3	1	0	4	3,5%
Carcerazioni	4	0	0	0	0	4	3,5%
Forme alternative	1	0	1	0	0	2	1,8%
Non noto	2	0	0	3	0	5	4,4%

Tab.17 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	92	34	44	42	41	253	62,2%
Birra	42	14	20	5	15	96	23,6%
Superalcolici	20	3	2	7	4	36	8,8%
Aperitivi, amari ...	4	3	4	2	2	15	3,7%
Altro	2	0	3	2	0	7	1,5%
Totale utenti	160	54	73	58	62	407	100,0
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	8	7	10	5	0	30	7,4%
Abuso o uso improprio di farmaci	3	1	4	2	0	10	2,5%
Frequenza di assunzione							
Astinente	115	36	39	40	48	278	68,3%
Una volta al giorno	2	1	4	2	4	13	3,2%
Più volte al giorno	19	9	15	8	1	52	12,8%
1° + volte sett.	12	1	6	5	4	28	6,9%
Spesso Weekend	3	3	0	0	0	6	1,5%
Qualche fine settimana	2	0	1	0	0	3	0,7%
Saltuario nel mese	7	4	7	3	5	26	6,4%
Non noto	0	0	1	0	0	1	0,2%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	3	2	4	1	12	2,9%
Fuori pasto	34	4	6	8	11	63	15,5%
Sempre	9	11	25	6	2	53	13,0%
Astinenti	115	36	39	40	48	278	68,3%
Non noto	0	0	1	0	0	1	0,2%

Tab.17.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	88	41	41	52	39	261	61,6%
Birra	39	15	19	8	17	98	23,1%
Superalcolici	20	4	3	5	2	34	8,0%
Aperitivi, amari ...	5	5	4	6	4	24	5,7%
Altro	2	0	2	1	2	7	1,2%
Totale utenti	154	65	69	72	64	424	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	7	8	8	6	0	31	7,3%
Abuso o uso improprio di farmaci	3	0	0	0	0	10	2,4%
Frequenza di assunzione							
Astinente	99	38	30	41	45	253	59,7%
Una volta al giorno	4	1	4	1	4	14	3,3%
Più volte al giorno	23	9	11	9	4	56	13,2%
1° + volte sett.	12	3	12	9	2	38	9,0%
Spesso Weekend	3	2	0	1	1	7	1,7%
Qualche fine settimana	0	0	2	1	1	4	0,9%
Saltuario nel mese	11	7	9	8	4	39	9,2%
Non noto	2	5	1	2	3	13	3,1%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	3	3	7	10	3	26	6,1%
Fuori pasto	39	9	5	13	10	76	17,9%
Sempre	11	10	26	6	3	56	13,2%
Astinente	99	38	30	41	45	253	59,7%
Non noto	2	5	1	2	3	13	3,1%

Tab.17.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	110	49	38	41	40	278	62,5%
Birra	34	16	12	6	22	90	20,2%
Superalcolici	17	8	10	6	2	43	9,7%
Aperitivi, amari ...	5	3	9	9	3	29	6,5%
Altro	1	0	0	0	4	5	1,1%
Totale utenti	167	76	69	62	71	445	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	7	8	3	1	36	8,1%
Abuso o uso improprio di farmaci	4	4	4	5	0	21	4,7%
Frequenza di assunzione							
Astinente	107	43	29	32	46	257	57,8%
Una volta al giorno	4	4	6	3	6	23	5,2%
Più volte al giorno	30	15	15	17	6	83	18,7%
1° + volte sett.	8	5	8	2	-	23	5,2%
Spesso Weekend	2	1	1	1	-	5	1,1%
Qualche fine settimana	1	3	1	0	1	6	1,3%
Saltuario nel mese	8	5	9	7	8	37	8,3%
Non noto	7	0	0	0	4	11	2,5%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	1	7	7	2	19	4,3%
Fuori pasto	36	10	10	10	11	77	17,3%
Sempre	15	18	23	13	6	75	16,9%
Astinenti	107	43	29	32	46	257	57,8%
Non noto	7	4	0	0	6	17	3,8%

Tab.17.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	106	54	41	48	34	283	61,0%
Birra	38	16	13	11	14	92	19,8%
Superalcolici	21	3	11	11	1	47	10,1%
Aperitivi, amari ...	4	8	6	11	3	32	6,9%
Altro	8	0	0	0	2	10	2,2%
Totale utenti	177	81	71	81	54	464	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	9	8	6	6	4	33	7,3%
Abuso o uso improprio di farmaci	11	3	5	4	0	23	5,1%
Frequenza di assunzione							
Astinente	98	50	32	41	33	254	54,7%
Una volta al giorno	12	1	6	7	1	27	5,8%
Più volte al giorno	41	15	15	18	9	98	21,1%
1° + volte sett.	7	2	7	6	4	26	5,6%
Spesso Weekend	0	2	0	1	1	4	0,9%
Qualche fine settimana	3	2	1	0	1	7	1,5%
Saltuario nel mese	8	9	10	8	5	40	8,6%
Non noto	8	0	0	0	0	8	1,7%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	7	4	12	8	1	2	6,9%
Fuori pasto	44	7	7	20	12	90	19,4%
Sempre	22	20	20	12	8	82	17,0%
Astinente	98	50	32	41	33	254	54,7%
Non noto	6	0	0	0	0	6	1,3%

Tab.17.4 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	120	54	43	45	48	310	66,4%
Birra	38	13	9	11	15	86	18,4%
Superalcolici	18	5	8	7	4	42	9,0%
Aperitivi, amari ...	3	5	4	10	5	27	5,8%
Altro	0	0	1	1	0	2	0,4%
Totale utenti	179	77	65	74	72	467	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	9	4	9	6	38	8,1%
Abuso o uso improprio di farmaci	11	5	1	4	3	24	5,1%
Frequenza di assunzione							
Astinente	81	45	36	30	50	242	51,8%
Una volta al giorno	32	4	2	10	3	51	10,9%
Più volte al giorno	46	18	15	22	11	112	24,0%
1° + volte sett.	9	3	1	5	2	20	4,3%
Weekend	2	1	2	1	1	7	1,5%
Saltuario nel mese	9	5	8	4	5	31	6,6%
Non noto	0	1	1	2	0	4	0,9%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	4	6	12	2	26	5,6%
Fuori pasto	45	10	8	18	13	94	20,1%
Sempre	53	19	14	12	7	105	22,5%
Non noto	79	44	37	32	50	242	51,8%

Tab.18 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso ed età

Anni	Maschi		Femmine		Maschi/ Femmine	Età media
	Freq.	%	Freq.	%		
1996	62	78,5	17	21,5	3,6	46,6
1997	64	71,1	26	28,9	2,5	46,9
1998	64	74,4	22	25,6	2,9	46,9
1999	77	67,5	37	32,5	2,1	47,2
2000	110	69,2	49	30,8	2,2	46,9
2001	159	70,0	68	30,0	2,3	47,7
2002	211	71,8	83	28,2	2,5	47,5
2003	263	72,1	102	27,9	2,6	47,4
2004	267	69,5	117	30,5	2,3	47,2
2005	263	67,3	128	32,7	2,1	46,1
2006	261	68,0	123	32,0	2,1	46,2
2007	278	68,5	128	31,5	2,2	46,7
2008	271	69,5	119	30,5	2,3	45,8
2009	300	70,1	128	29,9	2,3	48,5
2010	344	73,7	123	26,3	2,8	47,5
2011	335	72,2	129	27,8	2,6	47,0
2012	316	71,0	129	29,0	2,4	47,4
2013	304	71,7	120	28,3	2,5	47,9
2014	295	72,5	112	27,5	2,6	48,1

Tab.19 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti tipo di sostanza. Valori %

Anni	Vino	Birra	Superalco lici	Aperitivi, amari	Altro
1996	79,7	6,3	7,6	6,3	0,0
1997	75,5	7,8	8,9	2,2	0,0
1998	76,7	10,5	9,3	0,0	0,0
1999	75,5	15,7	4,4	0,0	4,4
2000	79,2	12,6	2,5	0,0	5,7
2001	74,9	11,9	4,8	1,8	6,6
2002	73,8	13,9	7,5	3,4	1,4
2003	72,6	12,9	9,3	4,1	1,1
2004	71,1	13,5	10,7	4,4	0,3
2005	68,3	15,9	10,0	5,1	0,8
2006	70,1	16,1	9,6	3,9	0,3
2007	68,0	16,5	10,8	4,4	0,2
2008	66,7	18,2	11,0	4,1	0,0
2009	68,3	17,4	9,1	4,9	0,2
2010	66,4	18,4	9,0	5,8	0,4
2011	61,0	19,8	10,1	6,9	2,2
2012	62,5	20,2	9,7	6,5	1,1
2013	61,6	23,1	8,0	5,7	1,2
2014	59,7	22,6	12,5	3,7	1,5

Tab.20 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte e sede di trattamento

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	1	1	0	0	0	2
Suicidio	3	0	0	0	0	3
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	0	0	0	0	0	0
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	1	1	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	1	0	0	0	0	1
Tumore	1	2	1	1	0	5
Altro	2	0	0	0	1	3
Causa sconosciuta	0	1	0	0	0	1
Totale	8	4	1	2	2	17
Età media alla morte (min-max)	47,8 (42-55)	58,8 (50-64)	52	61,5 (49-74)	49,5 (48-51)	53,9 (42-74)
Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	0	1	0	1	0	2
Epatopatie	0	0	0	0	0	0
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Tumore	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0	1	1
Causa sconosciuta	0	1	0	0	1	2
Totale	1	2	0	1	2	6
Età media alla morte (min-max)	53	55,5 (49-62)	-	49	40,0 (28-52)	49,4 (28-62)

Tab.20 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte e sede di trattamento (segue)

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	2	0	0	1	3
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	1	2	0	0	1	4
Malattie sistema circolatorio	0	2	0	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Tumore	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	1	0	0	0	0	1
Totale	2	7	0	0	2	11
Età media alla morte (min-max)	42,5 (42-43)	55,8 (34-68)	-	-	62 (53-71)	54,5 (34-71)
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	1	1	1	0	0	3
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Tumore	1	1	0	0	0	2
Altro	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	0	0	0	0	0	0
Totale	2	2	1	0	0	5
Età media alla morte (min-max)	50,3 (36-56)	69,5 (60-79)	59	-	-	58 (36-79)
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	1	1	0	0	0	2
Incidente stradale	0	0	0	0	1	1
Epatopatie	1	0	0	0	0	1
Malattie sistema circolatorio	0	0	1	0	0	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Malattia infettiva	0	0	0	0	1	1
Tumore	1	3	1	0	0	5
Altro	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	1	0	0	0	3
Totale	5	5	2	0	2	14
Età media alla morte (min-max)	50,8 (36-68)	54,8 (47-69)	49,5 (44-55)	-	45 (41-49)	51,2 (36-69)

Tab.21 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcologici distinti per causa di morte. Periodo 2005-2014

Cause di morte	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Overdose	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Suicidio	1	1	1	0	0	2	0	3	1	3
Incidente stradale	0	1	1	1	0	1	0	1	2	0
Epatopatie	1	1	0	2	1	1	2	4	0	0
Malattie sistema circolatorio	2	1	1	0	2	1	0	2	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Malattie infettive	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tumore	4	1	2	2	1	5	2	0	0	5
Altro	0	0	2	2	0	0	0	0	1	3
Causa sconosciuta	0	2	1	2	3	3	0	1	2	1
Totale	9	7	9	11	7	14	5	11	6	17
Età media alla morte (minimo-massimo)	56 (36-83)	60 (51-77)	56 (42-77)	52 (21-83)	52 (32-72)	51,2 (36-69)	58 (36-79)	54,5 (34-71)	49,4 (28-62)	53,9 (42-74)

Tab.22 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo di trattamento e sede

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	105	48	68	58	54	333
Psicoterapia individuale	30	3	2	2	0	37
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	33	3	22	4	0	62
Counseling all'utente o alla famiglia	15	5	20	23	13	76
Gruppi di Mutuo Aiuto	1	7	18	0	0	19
Socio-educativo	26	25	27	46	25	149
Riabilitativo residenziale	6	5	9	2	5	27
Ricovero ospedaliero	0	2	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	7	22	8	9	0	46
Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	108	56	64	72	61	361
Psicoterapia individuale	33	0	1	2	0	36
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	28	1	21	2	0	52
Counseling all'utente o alla famiglia	15	8	21	32	10	86
Gruppi di Mutuo Aiuto	2	2	16	0	0	20
Socio-educativo	23	28	26	59	25	161
Riabilitativo residenziale	8	4	7	6	4	29
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	6	29	7	13	0	55
Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	123	72	65	61	59	380
Psicoterapia individuale	31	7	1	1	3	43
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	27	1	10	2	0	40
Counseling all'utente o alla famiglia	20	2	21	19	14	76
Gruppi di Mutuo Aiuto	3	3	1	0	1	8
Socio-educativo	23	39	32	59	29	182
Riabilitativo residenziale	8	2	5	6	3	24
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	4	25	10	11	1	51

Tab.22 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo di trattamento e sede

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	132	73	66	63	48	382
Psicoterapia individuale	27	9	1	1	2	40
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	33	6	3	2	0	44
Counseling all'utente o alla famiglia	17	10	25	23	11	86
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	3	1	0	1	5
Socio-educativo	24	32	48	70	18	192
Riabilitativo residenziale	8	2	4	7	3	24
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	4	10	8	0	0	22
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	155	73	53	66	59	406
Psicoterapia individuale	23	9	1	1	2	36
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	29	8	4	1	1	43
Counseling all'utente o alla famiglia	21	14	27	44	14	120
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	0	0	1	1	2
Socio-educativo	25	27	29	63	24	168
Riabilitativo residenziale	7	3	2	8	8	28
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	7	4	14	0	3	28

Tab.23 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo e numero di trattamenti

Anno 2014	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	333	44,5	626	56,8
Psicoterapia individuale	37	4,9	37	3,4
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	62	8,3	68	6,2
Counseling all'utente o alla famiglia	76	10,1	80	7,3
Gruppi di Mutuo Aiuto	19	2,5	20	1,8
Socio-educativo	149	19,9	181	16,4
Riabilitativo residenziale	27	3,6	38	3,4
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	46	6,1	53	4,8
Anno 2013	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	361	45,1	651	55,8
Psicoterapia individuale	36	4,5	36	3,1
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	52	6,5	59	5,1
Counseling all'utente o alla famiglia	86	10,8	89	7,6
Gruppi di Mutuo Aiuto	20	2,5	21	1,8
Socio-educativo	161	20,1	206	17,7
Riabilitativo residenziale	29	3,6	34	2,9
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	55	6,9	70	6,0
Anno 2012	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	380	48,8	680	60,0
Psicoterapia individuale	43	5,5	43	3,8
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	40	5,1	44	3,9
Counseling all'utente o alla famiglia	76	9,8	78	6,9
Gruppi di Mutuo Aiuto	8	1,0	8	0,7
Socio-educativo	182	23,4	225	19,9
Riabilitativo residenziale	24	3,1	30	2,6
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	25	3,2	25	2,2

Tab.23 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo e numero di trattamenti

2011	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	382	48,1	661	58,7
Psicoterapia individuale	40	5,0	40	3,6
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	44	5,5	48	4,3
Counseling all'utente o alla famiglia	86	10,8	95	8,4
Gruppi di Mutuo Aiuto	5	0,6	5	0,4
Socio-educativo	192	24,2	230	20,4
Riabilitativo residenziale	24	3,0	25	2,2
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	22	2,8	22	2,0
Anno 2010	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	406	48,9	696	60,1
Psicoterapia individuale	36	4,3	36	3,1
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	43	5,2	46	4,0
Counseling all'utente o alla famiglia	120	14,4	130	11,2
Gruppi di Mutuo Aiuto	2	0,2	2	0,2
Socio-educativo	168	20,2	189	16,3
Riabilitativo residenziale	28	3,4	31	2,7
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	28	3,4	28	2,4

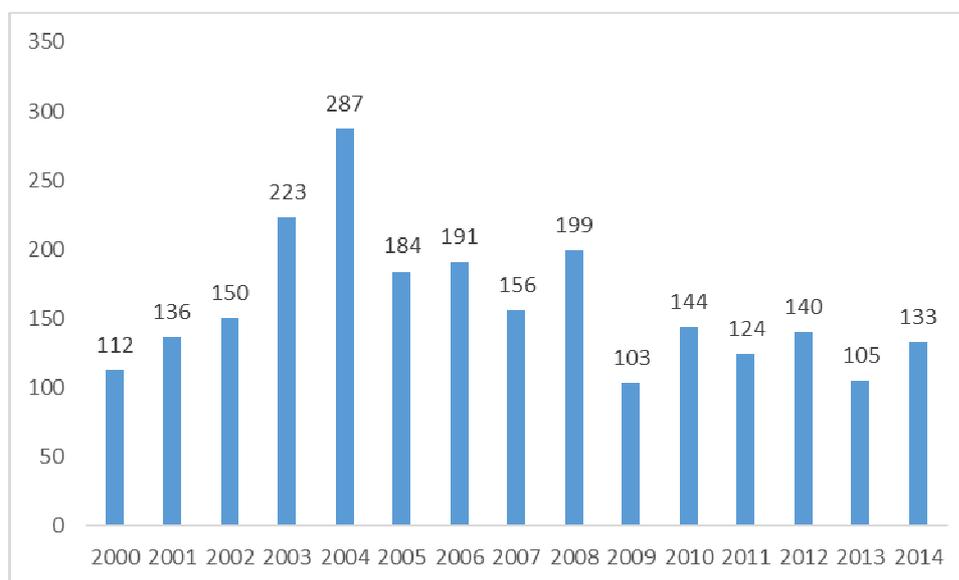
Tab.24 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Valori %

Anni	Medico-farmacol	Psico-terapia	Counseling	Auto aiuto	Socio-educativo	Riabilitati vo res.	Ricovero
2000	38,9	17,0	22,7	7,1	9,1	1,1	3,9
2001	38,0	17,0	22,6	7,3	12,1	1,2	1,8
2002	38,6	16,8	19,8	6,0	13,7	1,4	2,7
2003	37,6	17,9	19,5	4,4	16,4	1,6	1,3
2004	39,7	14,8	20,7	4,9	16,1	1,6	0,9
2005	55,0	11,9	11,5	5,4	13,0	2,0	0,8
2006	59,6	9,4	9,6	3,2	15,6	1,7	0,4
2007	62,7	8,3	8,5	3,1	14,4	2,1	0,5
2008	62,2	8,3	9,1	3,1	13,9	1,9	0,1
2009	58,6	7,4	12,4	2,2	14,8	2,7	0,3
2010	60,1	7,1	11,2	0,2	16,3	2,7	0,0
2011	58,7	7,9	8,4	0,4	20,4	2,2	0,0
2012	60,0	7,7	6,9	0,7	19,9	2,6	0,0
2013	55,8	8,2	7,6	1,8	17,7	2,9	0,0
2014	56,8	9,6	7,3	1,8	16,4	3,4	0,0

5.3 UTENTI IN CARICO AI CENTRI ANTIFUMO PER PROBLEMI CORRELATI AL CONSUMO DI TABACCO

Tab.1 UTENTI in carico ai Centri Antifumo

Anni	Corsi per smettere	Trattamenti Individuali	Totale	Δ % totale annuo
2000	112	-	112	
2001	136	-	136	+21,4%
2002	150	-	150	+10,3%
2003	223	-	223	+48,7%
2004	287	2	289	+29,6%
2005	184	19	203	-29,7%
2006	191	23	214	+5,4%
2007	156	27	183	-14,5%
2008	199	30	229	+25,1%
2009	103	8	111	-51,5%
2010	144	-	144	+29,7%
2011	124	-	124	-13,9%
2012	140	-	140	+13%
2013	105	-	105	-25%
2014	133	-	133	+27%



Tab.2 UTENTI in carico distinti per sede del Centro Antifumo

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Δ % totale annuo
2000	112*					112	
2001	101	35*				136	+21,4
2002	95	55				150	+10,3
2003	92	58	25*	32*	16*	223	+48,7
2004	115	48	36	46	44	289	+29,6
2005	66	59	24	27	27	203	-29,8
2006	67	63	30	38	16	214	+5,4
2007	68	55	30	20	13	186	-13,1
2008	76	70	26	38	19	229	+23,1
2009	43	28	9	22	9	111	-51,5
2010	32	10	3	3	0	48	-56,8
2011	39	17	14	0	0	70	+45,8
2012	46	18	0	0	0	64	-8,6%
2013	34	19	0	0	0	52	-8,5
2014	47	6	21	0	0	74	+42,3

* Anno di apertura del primo Centro Antifumo

Tab.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti:	94	13	26	0	0	133
Nuovi	47	6	21	0	0	74
Già in carico	47	7	5	0	0	59
Sesso						
Maschi	39	7	17	0	0	63
Femmine	55	6	9	0	0	70
Età						
<=19	0	0	0	0	0	0
20-29	2	1	0	0	0	3
30-39	10	2	1	0	0	13
40-49	17	2	5	0	0	24
50-59	31	4	10	0	0	45
>=60	34	4	10	0	0	48
Titolo di studio						
Non conosciuto	0	0	0	0	0	0
Nessuno	0	0	0	0	0	0
Elementare	1	4	5	0	0	10
Media inferiore	30	6	9	0	0	45
Qualifica form.ne professionale	9	0	1	0	0	10
Media superiore	33	3	11	0	0	47
Livello universitario (laurea ecc...)	20	0	0	0	0	20
Laurea magistrale	1	0	0	0	0	1
%	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti						
Nuovi	50,0	46,2	80,8	0,0	0,0	55,6
Già in carico	50,0	53,8	19,2	0,0	0,0	44,4
Sesso						
Maschi	41,5	53,8	65,4	0,0	0,0	47,4
Femmine	58,5	46,2	34,6	0,0	0,0	52,6
Età						
<=19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-29	2,1	7,7	0,0	0,0	0,0	2,3
30-39	10,6	15,4	3,8	0,0	0,0	9,8
40-49	18,1	15,4	19,2	0,0	0,0	18,0
50-59	33,0	30,8	38,5	0,0	0,0	33,8
>=60	36,2	30,8	38,5	0,0	0,0	36,1
Titolo di studio						
Non conosciuto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessuno	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Elementare	1,1	30,8	19,2	0,0	0,0	7,5
Media inferiore	31,9	46,2	34,6	0,0	0,0	33,8
Qualifica form.ne professionale	9,6	0,0	3,8	0,0	0,0	7,5
Media superiore	35,1	23,1	42,3	0,0	0,0	35,3
Livello universitario (laurea ecc...)	21,3	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0
Laurea magistrale	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8

Tab.3.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	77	23	5	0	0	105	
Nuovi	43	4	5	0	0	52	49,5
Già in carico	34	19	0	0	0	53	50,5
Sesso							
Maschi	26	11	4	0	0	41	19,7
Femmine	51	12	1	0	0	64	30,8
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	0	2	0	0	0	2	1,9
30-39	11	4	0	0	0	15	14,3
40-49	12	1	0	0	0	13	12,4
50-59	29	9	3	0	0	41	39,0
>=60	25	7	2	0	0	34	32,4
Titolo di studio							
Elementare	3	5	2	0	0	10	9,5
Media inferiore	33	13	1	0	0	47	44,8
Qualifica prof.le	1	0	1	0	0	2	1,9
Media superiore	29	4	1	0	0	34	32,4
Livello universitario	11	1	0	0	0	12	11,4
Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	88	38	14	0	0	140	
Nuovi	46	18	0	0	0	64	45,7
Già in carico	42	20	14	0	0	76	54,3
Sesso							
Maschi	32	20	9	0	0	61	43,6
Femmine	56	18	5	0	0	79	56,4
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	1	1	0	0	0	2	1,4
30-39	15	9	0	0	0	24	17,1
40-49	26	7	0	0	0	33	23,6
50-59	24	9	5	0	0	38	27,1
>=60	22	12	9	0	0	43	30,7
Titolo di studio							
Elementare	6	7	1	0	0	14	10,0
Media inferiore	29	20	9	0	0	58	41,4
Qualifica prof.le	1	0	0	0	0	1	0,7
Media superiore	39	8	4	0	0	51	36,4
Livello universitario	13	3	0	0	0	16	11,4

Tab.3.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede

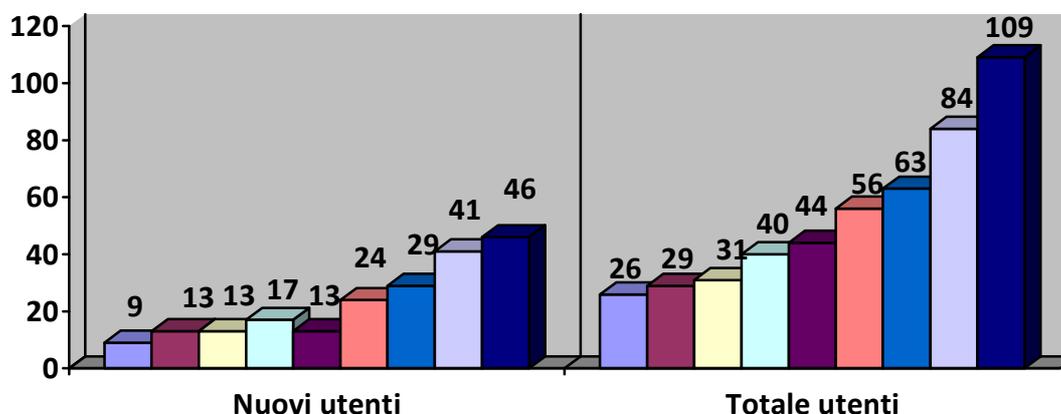
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	72	30	18	4	0	124	
Nuovi	39	17	14	0	0	70	56,5
Già in carico	33	13	4	4	0	54	43,5
Sesso							
Maschi	35	15	10	2	0	62	50
Femmine	37	15	8	2	0	62	50
Età							
<=19	1	0	0	0	0	1	0,8
20-29	1	1	0	0	0	2	1,6
30-39	10	6	0	1	0	17	13,7
40-49	17	6	1	0	0	24	19,4
50-59	22	6	9	1	0	38	30,6
>=60	21	11	8	2	0	42	33,9
Titolo di studio							
Elementare	0	4	1	1	0	6	5,3
Media inferiore	5	16	11	2	0	34	29,8
Qualifica prof.	20	0	0	0	0	20	17,5
Media superiore	5	9	6	1	0	21	18,4
Livello universitario	32	1	0	0	0	33	28,9
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	65	35	14	27	3	144	
Nuovi	32	10	3	3	0	48	33,3
Già in carico	33	25	11	24	3	96	66,7
Sesso							
Maschi	29	16	8	14	1	68	47,2
Femmine	36	19	6	13	2	76	52,8
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	1	3	0	0	0	4	2,8
30-39	6	1	2	7	0	16	11,1
40-49	21	7	2	8	0	38	26,4
50-59	17	6	5	8	2	38	26,4
>=60	20	18	5	4	1	48	33,3
Titolo di studio							
Elementare	3	9	2	3	1	18	12,5
Media inferiore	21	15	7	12	1	56	38,9
Qualifica prof.	6	0	3	0	0	9	6,3
Media superiore	30	9	2	10	0	51	35,4
Livello universitario	5	2	0	2	1	10	6,9

5.4 UTENTI IN CARICO PER PROBLEMI CORRELATI AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Tab.1 Utenti totali in carico per problemi legati al gioco d'azzardo patologico

Anni	Nuovi utenti	$\Delta\%$ Nuovi utenti	Utenti già in carico	$\Delta\%$ Già in carico	Totale Utenti	$\Delta\%$ Totale
2006	9		17		26	
2007	13	44,4%	16	-5,9%	29	11,5%
2008	13	0,0%	18	12,5%	31	6,9%
2009	17	30,8%	23	27,8%	40	29,0%
2010	13	-23,5%	31	34,8%	44	10,0%
2011	24	84,6%	32	3,2%	56	27,3%
2012	29	20,8%	34	6,3%	63	12,5%
2013	41	46,4%	43	26,5%	84	33,3%
2014	46	12,2%	63	46,5%	109	29,8%

Utenti con Gioco d'azzardo patologico



Tab.2 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
2006	23	0	1	1	1	26
2007	28	0	0	0	1	29
2008	29	0	1	1	0	31
2009	35	0	2	2	1	40
2010	40	0	2	2	0	44
2011	49	0	3	3	1	56
2012	57	0	2	2	2	63
2013	63	4	7	3	7	84
2014	65	7	13	8	16	109

Tab.3 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sesso

Anni	Maschi	%	Femmine	%	Totale	Maschi/ Femmine
2006	21	80,8	5	19,2	26	4,2
2007	24	82,8	5	17,2	29	4,8
2008	27	87,1	4	12,9	31	6,8
2009	30	75,0	10	25,0	40	3,0
2010	33	75,0	11	25,0	44	3,0
2011	43	76,8	13	23,2	56	3,3
2012	48	76,2	15	23,8	63	3,2
2013	65	77,4	19	22,6	84	3,4
2014	84	77,1	25	22,9	109	3,3

Tab.4 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per classi di età

Anni	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60
2006	0	2	5	6	8	5
2007	0	3	5	8	8	5
2008	0	3	5	7	10	6
2009	0	3	4	11	12	10
2010	0	2	3	12	18	9
2011	0	4	6	17	19	10
2012	0	2	9	16	20	16
2013	0	3	15	22	26	18
2014	1	8	17	28	30	25
%	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60
2006	0,0	7,7	19,2	23,1	30,8	19,2
2007	0,0	10,3	17,2	27,6	27,6	17,2
2008	0,0	9,7	16,1	22,6	32,3	19,4
2009	0,0	7,5	10,0	27,5	30,0	25,0
2010	0,0	4,5	6,8	27,3	40,9	20,5
2011	0,0	7,1	10,7	30,4	33,9	17,9
2012	0,0	3,2	14,3	25,4	31,7	25,4
2013	0,0	3,6	17,9	26,2	31,0	21,4
2014	0,9	7,3	15,6	25,7	27,5	22,9

Tab.5 Utenti distinti sesso ed età media

Età media	Maschi	Femmine	Totale
2006	49,7	50,4	47,7
2007	46,2	53,8	47,5
2008	48,6	52,5	49,1
2009	48,3	53,6	49,6
2010	50,1	54,0	51,0
2011	46,8	55,0	47,9
2012	48,9	57,1	50,8
2013	48,0	57,5	50,1
2014	46,8	57,9	49,4

Tab.6 Indicatori

Anni	Nuovi / Totale (%)	Gia in carico / Nuovi	Nuovi utenti / pop. target 15-64 *10.000	Utenti totali / pop. target 15-64 *10.000
2006	34,6%	1,9	0,4	1,1
2007	44,8%	1,2	0,6	1,3
2008	41,9%	1,4	0,6	1,4
2009	42,5%	1,4	0,7	1,7
2010	29,5%	2,4	0,6	1,9
2011	42,9%	1,3	1,0	2,4
2012	46,0%	1,2	1,3	2,8
2013	48,8%	1,0	1,8	3,7
2014	42,2%	1,4	2,1	4,9

Tab.7 Utenti distinti per tipo di gioco patologico

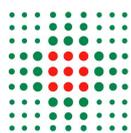
Tipo di Gioco	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Giochi e/o scommesse su Animali	6	7	5	0	0	0	0	1	3
Slot-Machine, Video Poker, Roulette, dadi	13	20	26	28	38	49	57	70	82
Lotto, SuperEnalotto, Lotterie istantanee, gratta e vinci	3	2	0	2	5	5	2	7	14
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	0	0	0	0	0	2	1	2	2
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0	0	0	5	1	0	0	0	0
Giochi d'azzardo su internet	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Bingo, Totocalcio	4	0	0	5	0	0	1	2	6
%	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Giochi e/o scommesse su Animali	23,1%	24,1%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,8%
Slot-Machine, Video Poker, Roulette, dadi	50,0%	69,0%	83,9%	70,0%	86,4%	87,5%	90,5%	83,3%	75,2%
Lotto, SuperEnalotto, Lotterie istantanee, gratta e vinci	11,5%	6,9%	0,0%	5,0%	11,4%	8,9%	3,2%	8,3%	12,8%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	1,6%	2,4%	1,8%
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Giochi d'azzardo su internet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	2,4%	1,8%
Bingo, Totocalcio	15,4%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	1,6%	2,4%	5,5%

Tab.8 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sede

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom	Codigoro	Cento	Totale
TOTALE	65	7	13	8	16	109
Nuovi	19	4	6	5	12	46
Già in carico	46	3	7	3	4	63
Sesso						
Maschi	52	6	8	4	14	84
Femmine	13	1	5	4	2	25
Classi di età						
< =19 anni	1	0	0	0	0	1
20-29 anni	4	2	2	0	0	8
30-39 anni	12	2	1	0	2	17
40-49 anni	16	1	3	4	4	28
50-59 anni	18	1	2	3	6	30
>=60 anni	14	1	5	1	4	25
Tipo di Gioco						
Giochi e/o scommesse su Animali	3	0	0	0	0	3
Roulette, dadi	4	1	0	0	2	7
Slot Machine, Videopoker	41	5	12	7	10	75
Video Lottery	2	0	0	0	0	2
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	5	0	1	1	0	7
Lotto, Super Enalotto	4	0	0	0	1	5
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	1	0	0	0	1	2
Giochi d'azzardo su internet	1	1	0	0	0	2
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0	0	0	0	0	0
Bingo, Totocalcio	4	0	0	0	2	6

Tab.9 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sede (%)

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi	29,2%	57,1%	46,2%	62,5%	75,0%	42,2%
Già in carico	70,8%	42,9%	53,8%	37,5%	25,0%	57,8%
Sesso						
Maschi	80,0%	85,7%	61,5%	50,0%	87,5%	77,1%
Femmine	20,0%	14,3%	38,5%	50,0%	12,5%	22,9%
Classi di età						
< =19 anni	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
20-29 anni	6,2%	28,6%	15,4%	0,0%	0,0%	7,3%
30-39 anni	18,5%	28,6%	7,7%	0,0%	12,5%	15,6%
40-49 anni	24,6%	14,3%	23,1%	50,0%	25,0%	25,7%
50-59 anni	27,7%	14,3%	15,4%	37,5%	37,5%	27,5%
>=60 anni	21,5%	14,3%	38,5%	12,5%	25,0%	22,9%
Tipo di Gioco						
Giochi e/o scommesse su Animali	4,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Roulette, dadi	6,2%	14,3%	0,0%	0,0%	12,5%	6,4%
Slot Machine, Videopoker	63,1%	71,4%	92,3%	87,5%	62,5%	68,8%
Video Lottery	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	7,7%	0,0%	7,7%	12,5%	0,0%	6,4%
Lotto, Super Enalotto	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	4,6%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	1,8%
Giochi d'azzardo su internet	1,5%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bingo, Totocalcio	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	5,5%



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

<http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/staff/osservatorio-epidemiologico/osservatorio-epidemiologico-sulle-dipendenze-patologiche>

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: **osservatorio.sert@ausl.fe.it**

Azienda USL di Ferrara
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
M.O. Osservatorio Epidemiologico e Accreditamento
Via Francesco del Cossa, 18 (44121) Ferrara

Chiuso nel mese di Settembre 2015

La riproduzione di questo documento è autorizzata con citazione della fonte

