

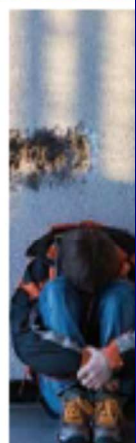


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria di Ferrara

Rapporto 2016

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

# CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZE PATOLOGICHE



# Rapporto 2016

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

# CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZE PATOLOGICHE

## Redazione a cura di

**Cristina Sorio** - Responsabile M.O. Osservatorio Epidemiologico  
Dipendenze Patologiche

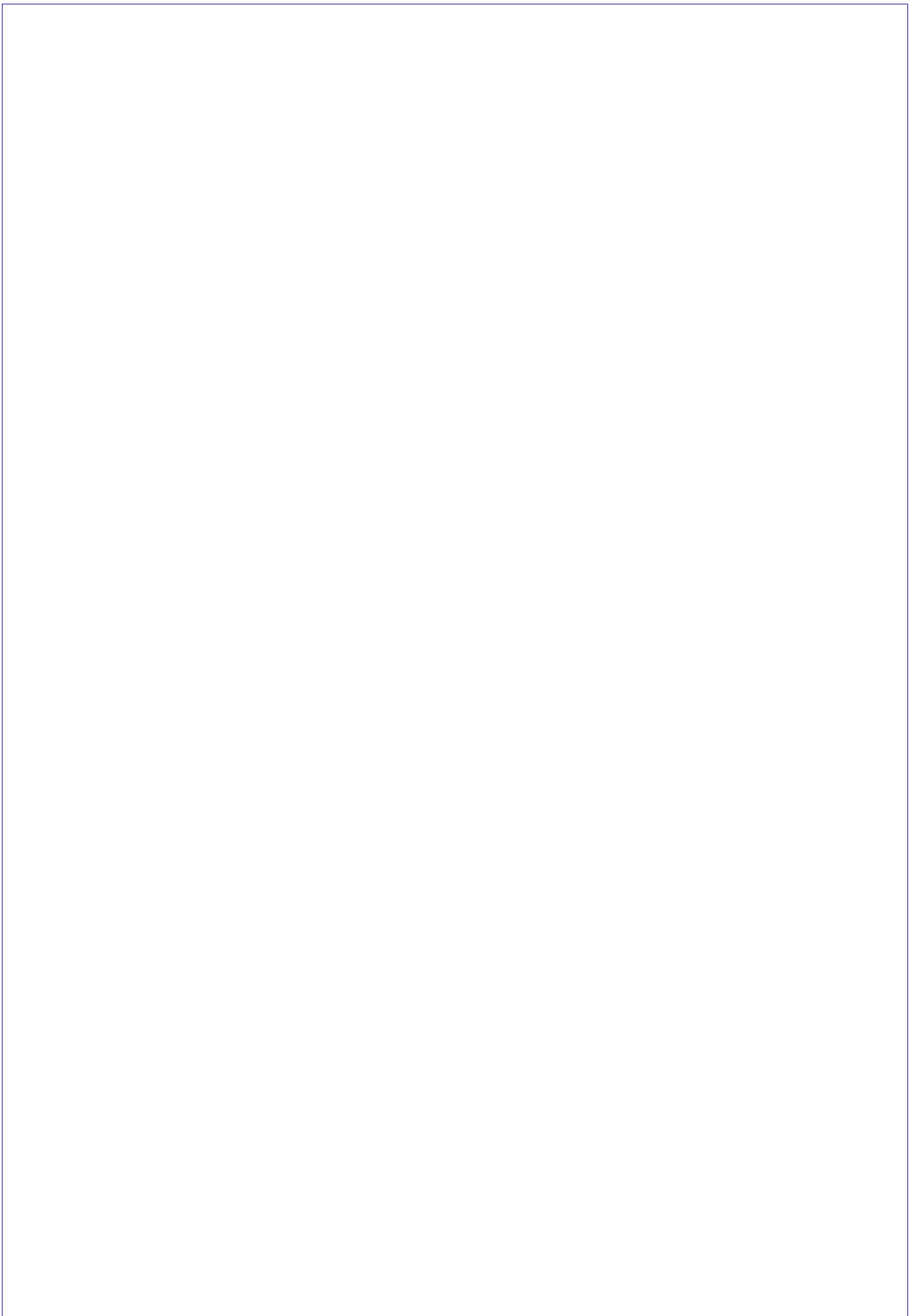
**Cecilia Cenacchi** - Borsista Osservatorio Epidemiologico Dipendenze  
Patologiche

## Si ringraziano per la collaborazione:

Luisa Garofani (UO SerT), Doriana Beltrami (M.O. SerT Ferrara), Paola  
Giacometti (M.O. SerT Cento), Filomena Catera (M.O. SerT Codigoro),  
Giovanna Alberghina (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](mailto:osservatorio.sert@ausl.fe.it)



# INDICE

<b>PREMESSA</b>	pag. 7
<b>1. IL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE IN EUROPA</b>	pag. 9
<b>2. RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA</b>	pag. 23
<b>3. LA DIFFUSIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA</b>	pag. 39
<b>4. IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS) NELLA PROVINCIA DI FERRARA</b>	pag. 45
<b>5. CONSUMO RISCHIOSO, DANNOSO E ALCOLDIPENDENZA NELLA PROVINCIA DI FERRARA</b>	pag. 60
<b>6. CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NELLA PROVINCIA DI FERRARA</b>	pag. 74
<b>7. ALLEGATO STATISTICO</b>	
<b>UTENTI IN CARICO PER USO DI DROGHE TREND 1991 - 2016</b>	pag. 79
<b>UTENTI IN CARICO AI CENTRI ALCOLOGICI TREND 1996 - 2016</b>	pag. 125
<b>UTENTI IN CARICO AI CENTRI ANTIFUMO TREND 2000 - 2016</b>	pag. 152
<b>UTENTI IN CARICO PER GIOCO PATOLOGICO TREND 2006 - 2016</b>	pag. 156

## INTRODUZIONE

La presente relazione offre un'istantanea della situazione delle droghe sulla base delle informazioni più recenti ottenute dalle attività di monitoraggio dell'Unione Europea, del Ministero della Sanità, della Regione Emilia-Romagna e dell'Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara.

Si compone principalmente di una panoramica del consumo di sostanze stupefacenti e delle relative risposte. Poiché sui problemi da affrontare in materia di droga incidono sempre più gli sviluppi a livello internazionale e nazionale, con i quali interagiscono, l'analisi acquista maggior valore se inserita in un più ampio contesto globale. Per due temi rilevanti, vale a dire il consumo di cannabis tra i giovani e i cambiamenti osservati nel mercato degli oppiacei, nel contesto globale l'Europa è un mercato importante per le droghe, rifornito con sostanze sia prodotte internamente sia importate illecitamente da altre regioni. America meridionale, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento delle sostanze illecite che giungono in Europa, mentre la Cina è il paese di approvvigionamento delle nuove sostanze psicoattive. Oltre a fungere da punto di transito per alcuni stupefacenti e precursori diretti verso altri continenti, l'Europa è anche una regione produttrice di cannabis e droghe sintetiche, dove la maggior parte della cannabis prodotta è destinata al consumo locale, mentre alcune droghe sintetiche sono prodotte per poi essere esportate in altre parti del mondo.

Attualmente il consumo di droga interessa una serie di sostanze più ampia che in passato. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poliassunzione e i modelli individuali di consumo vanno dall'esperienza occasionale all'assunzione abituale, fino alla dipendenza. In generale, il consumo di stupefacenti è solitamente maggiore tra i maschi e questa differenza è in genere accentuata per i modelli di consumo più assiduo e regolare. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale.

In Italia il 33% della popolazione fra i 15 e i 64 anni nel corso della propria vita ha provato almeno una sostanza psicoattiva illegale, il dato aumenta fino al 44 % se si osserva la popolazione giovanile fra i 15 e i 34 anni. La Cannabis è la sostanza più utilizzata in assoluto e la diffusione sembra essere aumentata rispetto all'ultima rilevazione. Il 33% degli studenti italiani (circa 800.000) ha provato almeno una sostanza illegale, la più utilizzata è la Cannabis (32%) seguita dalla SPICE (11% cannabis sintetica). Il 3,5% ha utilizzato almeno una New Psychoactive Substance (NPS), il 2% ha assunto una sostanza senza sapere di cosa si trattasse e il 34% di questi ha ripetuto l'esperienza 10 o più volte. Il 14% degli studenti consumatori di sostanze illecite durante l'anno è policonsumatore. Il 23% degli studenti utilizzatori di cannabis ha un consumo definibile come problematico. Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS), utili per la stima del danno associato al consumo delle sostanze psicoattive, hanno mostrato un andamento crescente tra le studentesse nell'ultimo anno. Il danno associato al consumo di sostanze tra gli studenti minorenni è in aumento. Un focus su alcuni aspetti e comportamenti dei minori riconducibili all'uso ad alto rischio di sostanze ha evidenziato che c'è un ritardo di diversi anni tra l'inizio di uso di sostanze tra i minori e la prima richiesta di terapia. Le dimissioni relative a ricoveri, correlati all'uso di sostanze, di minori sono aumentate negli ultimi anni, così come le denunce di minori alle Autorità Giudiziarie per reati droga correlati.



# 1. IL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE IN EUROPA

## RELAZIONE EUROPEA SULLA DROGA<sup>1</sup>

### **Gli sviluppi della politica internazionale in materia di cannabis hanno qualche implicazione per l'Europa?**

I recenti cambiamenti nel quadro normativo concernente la cannabis registrati in alcune regioni del continente americano hanno suscitato l'interesse dei responsabili politici e dell'opinione pubblica in Europa. Data la natura piuttosto diversificata di tali sviluppi, bisognerà attendere che siano disponibili valutazioni fondate prima di poter giudicare i relativi costi e benefici dei differenti approcci in materia di cannabis. Inoltre, resta da vedere in quale misura gli sviluppi in atto in altre parti del mondo siano direttamente trasferibili al contesto europeo.

In seno ai 28 Stati membri dell'Unione europea si rilevano atteggiamenti notevolmente diversi nei confronti della regolamentazione della cannabis e del relativo consumo, con approcci che spaziano da modelli restrittivi fino alla tolleranza di talune forme di consumo per uso personale. Ciò nondimeno è attualmente in corso un acceso dibattito che sta suscitando crescente interesse in alcuni paesi, vertente su questioni quali l'autorizzazione della produzione di cannabis per uso personale e l'utilizzo della cannabis per il trattamento di affezioni mediche.

A prescindere da eventuali effetti più ampi sulle politiche in materia di droga, l'esistenza di un mercato della cannabis regolamentato in termini commerciali in taluni paesi extra-europei sta stimolando l'innovazione e lo sviluppo di prodotti quali vaporizzatori, liquidi per sigarette elettroniche e prodotti commestibili. È possibile che alcuni di tali sviluppi abbiano ripercussioni sui modelli di consumo in Europa, il che ribadisce l'importanza di monitorare i comportamenti in questo settore e la necessità di valutare le potenziali implicazioni per la salute derivanti da qualsiasi cambiamento nei futuri modelli di consumo.

Il mercato europeo della cannabis è già notevolmente cambiato negli ultimi anni, in parte per effetto di uno spostamento verso una produzione maggiormente interna. Continuano a osservarsi i livelli storicamente elevati degli ultimi anni in termini di potenza della resina e delle foglie di cannabis disponibili in Europa. La cannabis continua inoltre a essere associata a problemi di salute, essendo responsabile di gran parte delle segnalazioni di pazienti che si sottopongono per la prima volta a trattamento della tossicodipendenza in Europa. Per tutte queste ragioni, comprendere le tendenze del consumo di cannabis e i relativi danni è importante ai fini del dibattito su quali siano le risposte strategiche più appropriate a tale sostanza.

A questo riguardo risulta utile la pubblicazione, nel 2016, di due nuove importanti indagini tra studenti (di età pari a circa 15-16 anni), in quanto consente di fare paragoni tra i modelli di consumo della cannabis e di altre sostanze tra studenti europei e americani. È incoraggiante che in entrambe le regioni i dati più recenti mostrino un calo del consumo di tabacco e, anche se in misura minore, di alcol; le tendenze riferite al consumo di cannabis sembrano invece mantenersi su livelli più stabili. Tuttavia, tra gli studenti europei e americani esistono notevoli differenze per quanto riguarda i livelli e i modelli di consumo di tali sostanze.

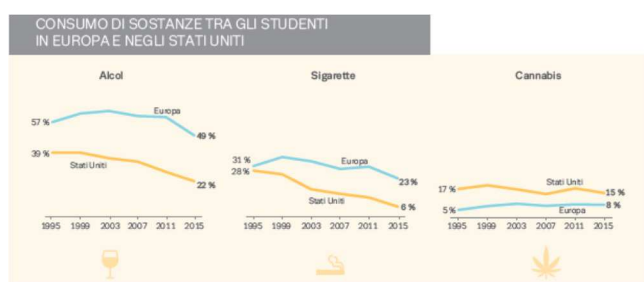
In Europa, dove i valori del consumo di cannabis sono inferiori rispetto a quelli rilevati negli Stati Uniti, il consumo di cannabis è segnalato meno frequentemente di quello del tabacco. Per contro, gli studenti statunitensi consumano più cannabis che tabacco, il cui consumo è molto limitato. Si registrano differenze anche nei livelli del consumo di alcol, riferito da un maggior numero di studenti europei, anche con maggiore intensità rispetto ai propri coetanei americani.

Per esaminare l'influsso relativo dei fattori sociali, contestuali e normativi sulle scelte fatte dai giovani, occorre condurre un'analisi

<sup>1</sup> OEDT, Relazione Europea sulla droga, Tendenze e sviluppi, 2017



più approfondita delle similitudini e differenze nel loro consumo di sostanze. Se si scoprisse, per esempio, che cosa ha determinato il calo nel fumo di sigarette osservato sia negli Stati Uniti che in Europa, ciò potrebbe offrire spunti per affrontare il problema del consumo di altre sostanze come la cannabis. Non si deve inoltre dimenticare che esistono differenze anche nelle modalità di assunzione delle sostanze. In Europa, per esempio, diversamente dagli Stati Uniti, la cannabis è spesso fumata in combinazione con il tabacco, cosa che avrà probabili implicazioni per le **politiche in materia di sanità pubblica**.



### I cannabinoidi sintetici

Sono sostanze che simulano gli effetti del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), che è ampiamente responsabile dei principali effetti psicoattivi della cannabis.

Almeno dal 2008 i produttori in Europa sfruttano tale effetto importando cannabinoidi in polvere sfusa e miscelandoli con prodotto vegetale essiccato al fine di creare centinaia di diversi prodotti «legali», che vengono poi commercializzati come sostituti legali della cannabis e venduti come «miscele di erbe da fumare» pronte all'uso.

I cannabinoidi sintetici continuano a essere il più ampio gruppo di nuove sostanze monitorate dall'EMCDDA e si stanno sempre più diversificando nella composizione chimica, con 169 nuove sostanze scoperte dal 2008, di cui 11 segnalate nel 2016, in calo rispetto alle 24 segnalate nel 2015.

La scoperta di cannabinoidi sintetici in polvere e di strutture di lavorazione in Europa indica che i prodotti sono confezionati nel continente. Con tali polveri, se trasformate in

«miscele di erbe da fumare», si sarebbero potuti produrre molti milioni di dosi.

I cannabinoidi in polvere più sequestrati nel 2015 sono stati 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) e ADB-FUBINACA (57 kg).

### Il mercato europeo degli stimolanti: la disponibilità di cocaina è in aumento?

Le sostanze stimolanti illecite maggiormente diffuse in Europa, vale a dire cocaina, MDMA e amfetamine, continuano a essere associate a vari modelli di consumo, differenziati anche sul piano geografico, con livelli di purezza segnalati superiori rispetto a dieci anni fa. Questo settore del mercato delle sostanze illecite è diventato ancor più complesso, in considerazione della pronta disponibilità di **nuovi stimolanti quali catinoni e fenetilamine**.

I catinoni sintetici sono chimicamente affini al catinone, che è uno stimolante presente in natura contenuto nella pianta di qāt (*Catha edulis* sostanza di natura anfetaminica a spiccato effetto psicotropo, euforizzante e reprimente gli stimoli di fame e fatica; ha anche un notevole effetto analgesico. I principi attivi sono delle catamine, composti fenilalchilaminici analoghi alle anfetamine: la catina ed il catinone). Tali sostanze producono effetti analoghi a quelli di sostanze stimolanti illecite quali amfetamina, cocaina e MDMA.

I catinoni sintetici sono il secondo maggior gruppo di nuove droghe monitorate dall'EMCDDA: su un totale di 118 sostanze individuate, 14 lo sono state per la prima volta nel 2016, con in calo rispetto alle 26 segnalate nel 2015.

La relazione dello scorso anno poneva in evidenza aumenti in termini di disponibilità e consumo di compresse di MDMA ad alto dosaggio, una tendenza questa che risulta confermata anche dai dati più recenti. L'elevato contenuto di MDMA rinvenuto al giorno d'oggi nelle compresse sequestrate sembrerebbe suggerire che i produttori non abbiano alcuna difficoltà ad acquistare i precursori chimici necessari per fabbricare la sostanza. I dati relativi ai sequestri indicano



inoltre che l'Europa rimane un produttore importante per il mercato globale dell'MDMA. Diversi indicatori, tra cui il monitoraggio delle acque reflue, i sequestri e i dati concernenti prezzi e purezza, fanno pensare che la disponibilità di cocaina potrebbe essere ancora una volta in crescita in talune parti d'Europa. La cocaina è storicamente lo stimolante illecito più consumato in vari paesi, soprattutto nell'Europa meridionale e occidentale. Lo confermano i nuovi dati qui riportati, che mostrano un aumento dei sequestri lungo le rotte di traffico consolidate di questa sostanza verso i principali mercati europei. Per contro, nell'Europa settentrionale e centrale, l'amfetamina e, in misura minore, la metamfetamina svolgono un ruolo più significativo nel mercato della droga rispetto alla cocaina. Per quanto riguarda le amfetamine, alcune tendenze già segnalate in passato continuano a destare preoccupazione. Fra queste si annoverano le variazioni nella disponibilità di precursori e nei procedimenti di sintesi, l'espansione del mercato della metamfetamina e alcuni elementi che confermerebbero livelli crescenti di assunzione per via parenterale e dei danni correlati.

### **L'assunzione per via parenterale è in calo ma rimane una sfida per le politiche in materia di sanità pubblica**

Le informazioni desunte dalle varie forme di trattamento della tossicodipendenza e da altre fonti indicano che la tendenza generale a lungo termine nell'assunzione di tali sostanze per via parenterale si mantiene in calo. Per esempio, tra i consumatori di eroina che per la prima volta nella vita si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza, le segnalazioni di assunzione per via parenterale sono ora ai livelli minimi toccati nell'ultimo decennio, pur essendovi notevoli differenze da paese a paese. Alcuni degli indicatori di **danni alla salute** associati a tale via di somministrazione, in particolare i tassi di nuove diagnosi di HIV imputabili al consumo di sostanze iniettabili, hanno evidenziato una

parallela flessione. Ciò non significa tuttavia che non ci sia più da preoccuparsi. Sebbene siano state il valore più basso da più di vent'anni a questa parte, le 1 233 nuove infezioni da HIV segnalate nel 2016 rappresentano comunque un serio problema di sanità pubblica. A ciò si aggiungono i recenti focolai in alcune popolazioni vulnerabili e tra i consumatori che assumono stimolanti e nuove sostanze psicoattive per via parenterale.

Vi sono inoltre riscontri oggettivi del fatto che, rispetto ad altri gruppi, le infezioni trasmissibili per via ematica sono spesso diagnosticate relativamente tardi tra i consumatori di droga per via parenterale, cosa che riduce le possibilità di un intervento efficace. La diagnosi tardiva è un elemento importante anche nell'infezione da virus dell'epatite C, che si riscontra spesso in percentuali elevate tra i consumatori di droghe iniettabili. Negli ultimi anni, le possibilità di trattamento dell'epatite virale sono enormemente migliorate grazie all'avvento di una nuova generazione di farmaci altamente efficaci. Il debellamento di questa malattia può ora essere visto come un'opportunità, oltre che una sfida, per gli operatori sanitari generici come anche per i servizi specializzati.

### **La natura mutevole del problema degli oppiacei**

Il confronto con gli sviluppi in America settentrionale è utile anche ai fini di un'analisi del problema del consumo di oppiacei in Europa. Un esame dei dati contenuti nella presente relazione suggerisce che, nonostante la situazione complessiva nell'UE rimanga diversa, si possono pur sempre tracciare alcuni parallelismi.

I dati più recenti indicano che il **consumo di eroina** rappresenta ancora la percentuale maggiore (circa l'80 %) delle nuove richieste di trattamento associate agli oppiacei in Europa. Si è inoltre interrotta la tendenza generale alla diminuzione delle richieste di trattamento associate all'eroina, in atto dal 2007. Particolarmente preoccupanti sono le

crescenti previsioni europee relative ai **decessi per overdose**, che sono aumentati per il terzo anno consecutivo, con l'eroina che ha avuto una parte in molti di tali casi.

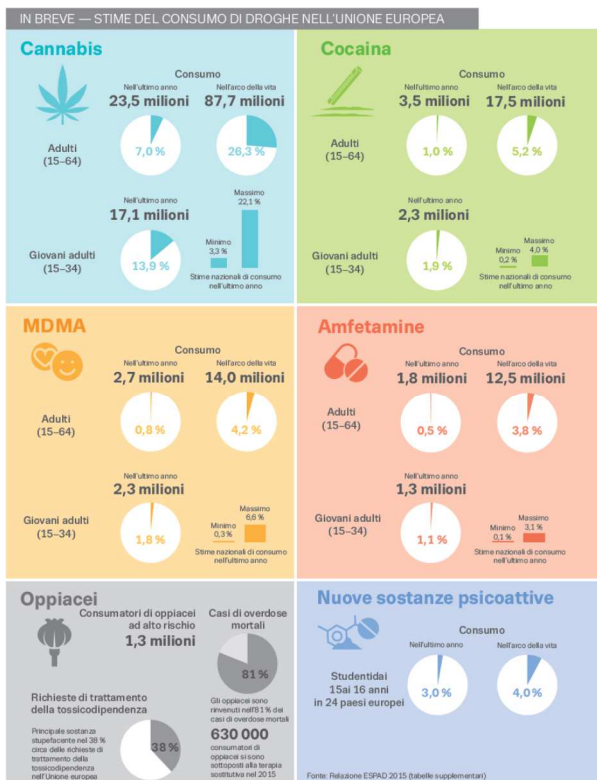
Anche in America settentrionale si sono registrati numerosi casi di morbilità e mortalità associati all'abuso di oppiacei soggetti all'obbligo di ricetta medica, livelli in crescita nel consumo di eroina e, più recentemente, la disponibilità di **oppiacei sintetici estremamente potenti**, tra cui in particolare i derivati del fentanil. Una differenza tra le due regioni è che in Europa pochissimi pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico lo fanno a causa di una dipendenza da antidolorifici oppiacei. Ciò è probabilmente dovuto ai diversi quadri normativi e approcci in materia di commercializzazione e prescrizione vigenti in Europa e in America settentrionale. Tuttavia, non si può escludere che le cifre dichiarate siano sottostimate, in quanto gli europei con problemi di dipendenza da medicinali con obbligo di ricetta medica potrebbero rivolgersi a servizi diversi da quelli a cui ricorrono i consumatori di droghe illecite. I medicinali usati per le terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, tuttavia, svolgono ora un ruolo più importante in termini di richieste di trattamento e danni alla salute in vari paesi europei. Nel complesso, gli oppiacei diversi dall'eroina rappresentano circa un quinto di tutte le richieste pervenute ai servizi specializzati per la cura della dipendenza da queste sostanze. Sebbene il ruolo svolto da oppiacei sintetici come il metadone nei decessi per overdose sia difficile da quantificare a livello di UE, tali sostanze rivestono ora una certa importanza in molti paesi e in alcuni sono addirittura predominanti. Ridurre l'abuso dei medicinali, inclusi quelli usati nella terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, rappresenta sempre più una sfida per molti operatori sanitari europei. Vi sono solidi elementi a supporto di un impiego appropriato dei medicinali usati per tali terapie, che si sono rivelati utili nel ridurre la morbilità, la mortalità e i reati tra coloro ai quali vengono

somministrati. Una buona prassi clinica, associata alla consapevolezza di come gli oppiacei con obbligo di ricetta medica siano dirottati dal loro uso legittimo e del modo in cui tale problema possa essere arginato, è dunque importante per evitare che siano compromessi i chiari benefici per la salute derivanti da tale approccio terapeutico.

### **Oppiacei sintetici estremamente potenti: una crescente minaccia per la salute**

Sia in Europa che in America settentrionale sta destando grandi preoccupazioni la recente comparsa di nuovi oppiacei sintetici estremamente potenti, per la maggior parte derivati del fentanil. Dal 2012 il sistema di allerta rapido dell'UE sta ricevendo un numero crescente di segnalazioni di tali sostanze e dei danni da esse causati. Si tratta di sostanze che vengono vendute online, ma anche sul mercato illegale, talvolta come eroina, altre sostanze illecite e persino farmaci contraffatti, o mischiate ad essi. Gli oppiacei sintetici estremamente potenti comportano gravi rischi per la salute, non solo per chi li assume ma anche per le persone coinvolte nella loro produzione nonché per i lavoratori dei servizi postali e i funzionari di polizia. Poiché bastano piccoli volumi per produrre molte migliaia di dosi, queste sostanze sono facili da nascondere e da trasportare, il che pone notevoli difficoltà per le agenzie antidroga. Nel contempo, rappresentano un prodotto potenzialmente interessante e redditizio per la criminalità organizzata.

In Europa i problemi legati agli oppiacei sintetici estremamente potenti sembrano essere in aumento, come indicano le crescenti segnalazioni di intossicazioni non letali e decessi pervenute al sistema di allerta rapido. All'inizio del 2017, l'EMCDDA ha condotto esercizi di **valutazione dei rischi sui derivati del fentanil, l'acrilioilfentanil e il furanilfentanil**. Si sta valutando se sottoporre tali sostanze a controlli a livello europeo nonché passando al vaglio diverse altre sostanze rientranti in questa categoria.



## Il volto mutevole delle nuove sostanze psicoattive

L'analisi di quest'anno suggerisce che, sebbene le risposte in Europa e in altre parti del mondo possano influire sulla comparsa di nuove sostanze, il fenomeno delle nuove sostanze psicoattive continua a rappresentare una grossa sfida per la sanità pubblica. Benché nel 2016 siano pervenute al sistema di allerta rapido dell'UE segnalazioni di nuove sostanze al ritmo di una alla settimana, la cifra complessiva delle nuove sostanze scoperte è stata inferiore rispetto agli anni precedenti. Se tale flessione dovesse continuare, si tratterebbe di un segnale positivo. Tuttavia, vi sono anche altri dati meno incoraggianti che non sembrano puntare in direzione di un calo della disponibilità generale di nuove sostanze psicoattive. Inoltre, anche se il ritmo al quale vengono introdotte nuove sostanze sta rallentando, il numero complessivo delle sostanze disponibili sul mercato continua pur sempre a crescere. Vi sono poi segnali che alcune classi di nuove sostanze psicoattive, in particolare i **catinoni sintetici** e i **cannabinoidi**

**sintetici, stanno prendendo sempre più piede nel mercato delle sostanze stupefacenti.**

Sono diversi i motivi che spiegano un possibile rallentamento nella comparsa di nuove sostanze sul mercato. Alcuni paesi europei hanno introdotto divieti assoluti, legislazioni in materia di farmaci generici e analoghi nonché altri provvedimenti indirizzati ai produttori e distributori di nuove sostanze psicoattive. Ciò ha creato un contesto giuridico maggiormente restrittivo, nel quale i produttori potrebbero sentirsi meno incentivati a ingaggiare con le autorità di regolamentazione un «gioco al gatto e al topo» in cui l'innovazione viene usata per stare sempre un passo avanti rispetto ai controlli previsti dalla legge.

Inoltre, gran parte delle forniture di nuove sostanze psicoattive che giungono in Europa proviene dalla Cina ed è possibile che i nuovi controlli introdotti in tale paese abbiano avuto un qualche impatto sulla disponibilità nell'Unione europea.

In determinate parti d'Europa, le misure di controllo mirate alla vendita in negozi sembrano aver inciso sulla disponibilità delle nuove sostanze psicoattive. Le vendite di tali sostanze sono quindi passate al canale clandestino, con l'accesso online e il mercato illegale che rivestono oggi un ruolo più importante rispetto al passato. In tale contesto, lo status giuridico delle nuove sostanze, soprattutto se vendute unitamente a sostanze illecite, potrebbe perdere rilevanza e, di riflesso, costituire un incentivo meno efficace all'innovazione del prodotto.

## Nuove sostanze psicoattive: sostanze intossicanti a basso costo per tossicodipendenti cronici o emarginati

Anche l'atteggiamento negativo dei consumatori potrebbe aver influito sulla domanda di nuove sostanze psicoattive. Sembra infatti che **le misure di prevenzione e riduzione dei danni e la segnalazione degli effetti avversi abbiano influenzato la percezione dei giovani** secondo cui le nuove sostanze sarebbero alternative legali

relativamente sicure alle sostanze illecite tradizionali. Nonostante questo, però, nelle popolazioni di consumatori più cronici ed emarginati vi sono prove oggettive di un aumento della disponibilità e del consumo di tali sostanze.

Il consumo problematico di nuove sostanze psicoattive sta diventando sempre più evidente in taluni contesti e tra alcune **popolazioni vulnerabili**. Per esempio, il consumo di catinoni per via parenterale tra i consumatori attuali e passati di oppiacei è stato collegato a un aumento dei problemi di salute fisica e mentale.

Anche i **cannabinoidi sintetici** costituiscono una crescente preoccupazione. Nonostante alcune analogie sotto il profilo farmacologico, tali sostanze non vanno tuttavia confuse con i prodotti a base di cannabis. **I cannabinoidi sintetici sono spesso sostanze estremamente potenti, che possono avere conseguenze gravi e potenzialmente letali.** Vi sono elementi a sostegno del fatto che in alcune parti d'Europa i cannabinoidi sintetici sono assunti al giorno d'oggi come sostanze intossicanti potenti e a basso costo da gruppi emarginati quali i senzatetto. Le difficoltà d'individuazione indicano che tali sostanze sono diventate un serio problema in alcune carceri europee, con gravi implicazioni per la salute e la sicurezza dei detenuti.

### **Mercati delle droghe: l'affermarsi della fornitura su Internet**

I mercati delle sostanze illecite mettono in contatto i consumatori con i produttori attraverso catene di intermediari. Tali sistemi complessi generano ingenti somme di denaro a tutti i livelli del mercato. Secondo una stima conservativa, nel 2013 il valore del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea era di 24 miliardi di EUR (intervallo probabile: 21-31 miliardi di EUR).

Nell'ultimo decennio si è assistito allo sviluppo di **mercati online, favoriti dall'emergere di nuove tecnologie basate su Internet, che esistono** parallelamente al mercato fisico delle

droghe. Alcuni venditori online utilizzano il web di superficie, su cui solitamente si vendono al dettaglio precursori chimici non controllati e nuove sostanze o medicinali psicoattivi, che possono essere falsificati e contraffatti, mentre altri operano nel deep web (web profondo), attraverso mercati della rete oscura sostenuti da tecnologie che occultano le identità di acquirente e venditore. In questi mercati, che condividono alcune caratteristiche con siti legittimi come eBay e Amazon, i clienti possono cercare e confrontare prodotti e venditori. Per occultare sia le transazioni che la collocazione fisica dei server sono messe in atto varie strategie, utilizzando ad esempio servizi di anonimizzazione come Tor e I2P, che nascondono l'indirizzo di protocollo Internet di un computer, e criptovalute come Bitcoin e Litecoin per effettuare pagamenti relativamente non tracciabili, nonché sistemi di comunicazione cifrata tra i soggetti attivi sul mercato. Anche i sistemi di passaparola svolgono un ruolo importante nella determinazione dei venditori presenti sui mercati.

La maggior parte delle vendite sui mercati della rete oscura è connessa alle droghe. Uno studio recente su 16 importanti mercati della rete oscura tra il 2011 e il 2015 ha stimato che le vendite di sostanze stupefacenti fossero all'origine di oltre il 90 % delle entrate economiche complessive di tali mercati su scala globale.

Secondo le segnalazioni, quasi la **metà (46 %) di tutte le vendite di droghe sulla rete oscura proveniva da venditori con sede in Europa**, per un volume d'affari stimato a 80 milioni di EUR nel periodo oggetto dello studio. **I principali paesi europei di provenienza, per volumi di vendita, erano Germania, Paesi Bassi e Regno Unito; gli stimolanti, in particolare MDMA e cocaina, costituivano la quota più ampia di ricavi dalle vendite.**

## Tendenze nel consumo di droghe da parte degli studenti

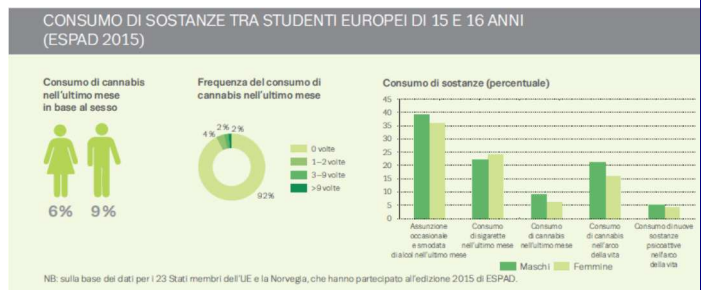
Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti consente di acquisire elementi importanti sugli attuali comportamenti a rischio dei giovani e costituisce un indicatore delle potenziali tendenze future. Nel 2015 il progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD) ha condotto la sesta raccolta di dati dal suo esordio nel 1995. Nell'ambito dell'ultima indagine sono stati raccolti dati confrontabili sul consumo di sostanze tra studenti quindicenni e sedicenni di 35 paesi europei, tra cui 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia.

**Fra gli studenti di questi 24 paesi, il 18 % in media dichiara di aver fatto uso di cannabis almeno una volta** (prevalenza nel corso della vita), con i livelli più elevati segnalati da Repubblica ceca (37 %) e Francia (31 %). Il consumo di tale sostanza negli ultimi 30 giorni spazia dal 2 % in Svezia, Finlandia e Norvegia al 17 % in Francia, con una media dell'8 % nei 24 paesi. Vi sono inoltre differenze di genere a livello europeo, in quanto il rapporto maschi/femmine tra i consumatori di cannabis nell'arco della vita passa dalla parità nella Repubblica ceca e a Malta a un rapporto di 2,5 a 1 in Norvegia.

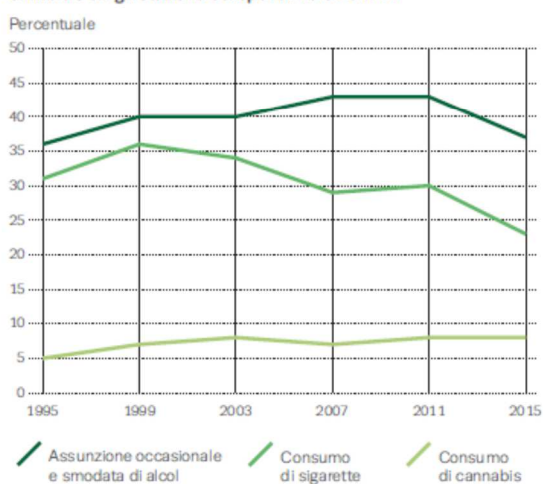
Il consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è di gran lunga inferiore, con una prevalenza complessiva nel corso della vita pari al 5 %. Le sostanze illecite maggiormente consumate dopo la cannabis sono MDMA/ecstasy, amfetamina, cocaina, metamfetamina e LSD o altri allucinogeni, ciascuna segnalata dal 2 % degli studenti. Inoltre, il consumo nell'arco della vita di nuove sostanze psicoattive viene segnalato dal 4 % degli studenti, con i tassi più elevati in Estonia e Polonia (10 % per entrambi i paesi).

Tra i 22 paesi (21 Stati membri dell'UE e Norvegia), le tendenze generali nella prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo mese hanno toccato un picco nel 2003 per poi calare leggermente nelle indagini successive. Nell'intervallo di tempo tra le indagini più

recenti, condotte nel 2011 e 2015, la prevalenza del consumo di cannabis sia nell'arco della vita sia nell'ultimo mese si è mantenuta stabile in gran parte di questi paesi. Dal 1995 la prevalenza nell'arco della vita del consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è rimasta pressoché invariata, con un lieve calo tra il 2011 e il 2015.



### Tendenze della prevalenza nell'ultimo mese di assunzione occasionale e smodata di alcol, consumo di sigarette e consumo di cannabis tra gli studenti europei di 15 e 16 anni



L'ESPAD inoltre riferisce sul consumo di alcol e tabacco: oltre quattro quinti (83%) degli studenti hanno consumato alcol almeno una volta nell'arco della vita e la metà di loro dichiara di avere bevuto alcol almeno una volta nell'ultimo mese, con il 39 % dei maschi e il 36 % delle femmine che hanno consumato cinque o più bevande alcoliche in una sola occasione nel corso dell'ultimo mese (assunzione occasionale e smodata di alcol).

Poco meno della metà (47 %) degli studenti ha fumato sigarette. Il 23 % degli studenti dichiara di aver fumato una o più sigarette al giorno e il 3 % più di dieci sigarette al giorno nel mese precedente l'indagine.



Tra i 22 paesi esaminati dall'EMCDDA che presentano dati sufficienti per l'analisi dell'andamento si può osservare un calo generalizzato nel consumo di alcol e sigarette nell'arco della vita e nell'ultimo mese tra il 1995 e il 2015. Le variazioni nell'assunzione occasionale e smodata di alcol sono meno marcate, sebbene nel periodo in esame si osservi un incremento tra le ragazze. Nell'intervallo di tempo tra le indagini condotte nel 2011 e 2015 si registra un calo sia nell'assunzione occasionale e smodata di alcol sia nel consumo di sigarette nell'ultimo mese.

### Consumo di cannabis: tendenze nazionali variabili

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalandone il fumo; in Europa di solito è mescolata a tabacco. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente.

Si stima che 87,7 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 26,3 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cannabis in qualche momento della propria vita. Di questi, una cifra stimata di 17,1 milioni di giovani europei (15-34 anni), pari al 13,9 % di questa fascia d'età, avrebbe consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 10 milioni avevano tra i 15 e i 24 anni, ossia il 17,7 % di questa fascia d'età).

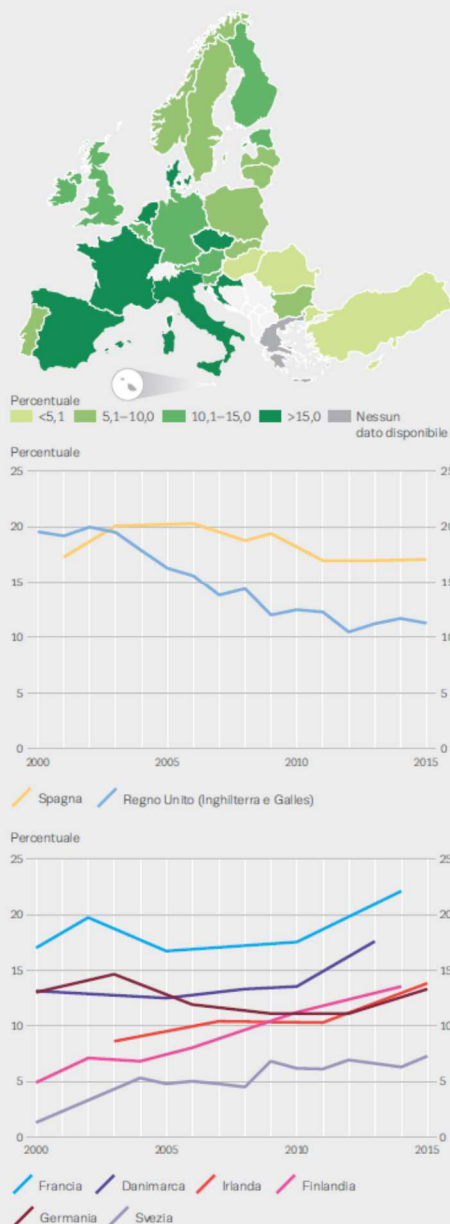
La **prevalenza nell'ultimo anno nella fascia d'età 15-34 anni** va dal 3,3 % in Romania al 22% in Francia. Fra i giovani che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno il rapporto tra maschi e femmine è di due a uno.

I risultati dell'indagine più recente mostrano che i paesi continuano a seguire percorsi divergenti per quanto riguarda il consumo di cannabis nell'ultimo anno. Dei paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2014 e segnalato intervalli di confidenza, sette hanno segnalato stime più elevate, sei le hanno dichiarate stabili e due hanno indicato stime più basse rispetto all'indagine precedente confrontabile.

Sono pochi i paesi che dispongono di dati d'indagine sufficienti per consentire un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno. Tra questi, secondo i dati più recenti, il calo nelle tendenze di lungo periodo osservato durante l'ultimo decennio in Spagna e nel Regno Unito sembra ora essersi stabilizzato.

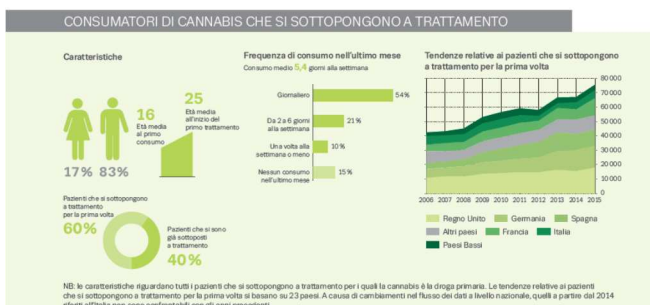
FIGURA 2.2

Prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34) nell'ultimo anno: dati più recenti (mappa) e tendenze specifiche



In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che i **consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis** siano l'1% circa degli adulti europei, nel senso che hanno fatto uso di questa droga per 20 o più giorni nell'ultimo mese. Circa il 30% di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 35 e i 64 anni e più di tre quarti sono di sesso maschile.

Considerati insieme ad altri indicatori, i dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento per problemi correlati alla cannabis possono fornire informazioni sulla natura e l'entità del consumo ad alto rischio della stessa in Europa. Complessivamente, il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta per problemi legati alla cannabis è salito da 43.000 nel 2006 a 76.000 nel 2015. Dietro a tale aumento possono celarsi diversi fattori, tra cui una maggiore prevalenza del consumo di cannabis tra la popolazione generale, gli incrementi nel numero dei consumatori assidui, la disponibilità di prodotti più potenti nonché l'aumento delle segnalazioni di trattamento e dei livelli dei servizi erogati.

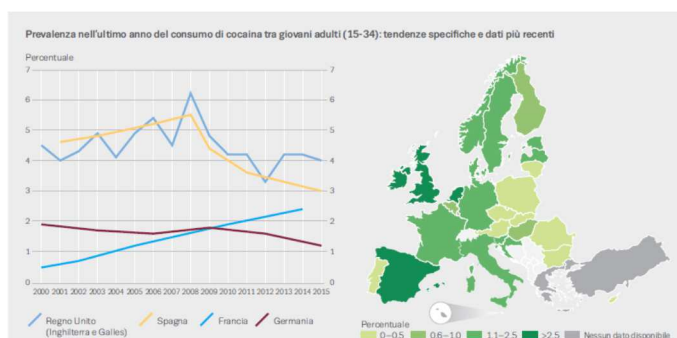


### Prevalenza della cocaina e consumo ad alto rischio

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, con una maggiore diffusione nei paesi meridionali e occidentali. Per quanto riguarda i consumatori abituali, si può operare un'ampia distinzione tra quelli socialmente più integrati, che sniffano spesso cocaina in polvere (cocaina cloridrato), e i consumatori emarginati, che la assumono per via parenterale o fumano il crack (cocaina base), talvolta insieme a oppiacei.

Si stima che 17,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 5,2 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cocaina in qualche momento della loro vita. Tra questi vi sono circa 2,3 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno.

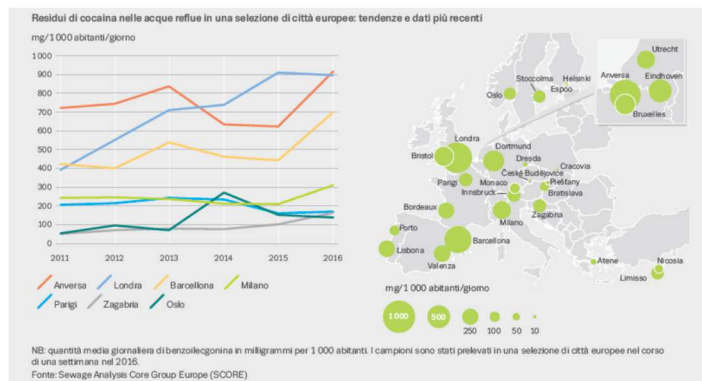
Solo Irlanda, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito hanno segnalato una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti pari o superiore al 2,5 %. A livello europeo, il calo nel consumo di cocaina segnalato negli anni precedenti non è stato osservato nelle indagini più recenti; tra i paesi che hanno presentato le indagini a partire dal 2014 e riferito livelli di confidenza, due hanno segnalato stime più alte, 11 le hanno dichiarate stabili e uno ha indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.



I risultati delle indagini sulla popolazione sono integrati dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nell'ambito di uno studio condotto in varie città allo scopo di individuare residui di cocaina. Le relazioni di analisi delle acque reflue concernenti il consumo generale di sostanze pure in una determinata area abitata, e le relative conclusioni, non sono direttamente confrontabili con le stime sulla prevalenza risultanti dalle indagini sulle popolazioni nazionali. Le conclusioni dell'analisi delle acque reflue sono presentate sotto forma di quantitativi standardizzati (carichi di massa) del residuo giornaliero di droga per 1.000 abitanti.



L'analisi del 2016 ha rinvenuto i **carichi di massa più elevati di benzoilecgonina, il principale metabolita della cocaina**, in città di Belgio, Spagna e Regno Unito e livelli molto bassi nella maggioranza delle città dell'Europa orientale. Delle 33 città che dispongono di dati per il 2015 e il 2016, 22 hanno segnalato un incremento, quattro un calo e sette una situazione stabile. Si segnalano tendenze di lungo periodo stabili o in aumento per la maggior parte delle 13 città che dispongono di dati per il 2011 e 2016.

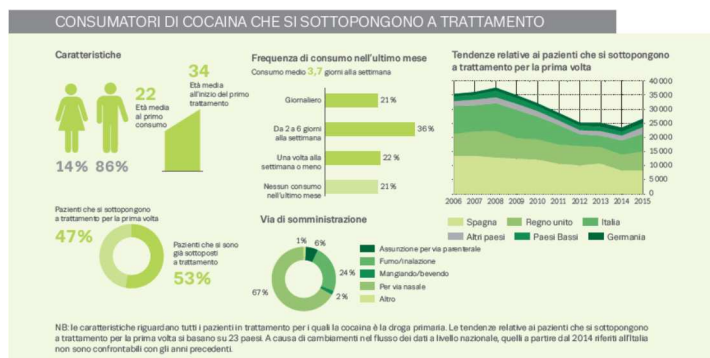


### Consumo ad alto rischio di cocaina: stabilità delle richieste di trattamento

La prevalenza di modelli di consumo ad alto rischio di cocaina in Europa è difficile da valutare perché solo quattro paesi dispongono di stime recenti; inoltre, sono state adottate definizioni e metodologie differenti. Nel 2015, sulla base della gravità dei problemi di dipendenza, la Germania ha stimato allo 0,20 % il consumo ad alto rischio di cocaina tra la popolazione adulta, mentre la Spagna ha utilizzato la frequenza di consumo per stimare il consumo ad alto rischio di cocaina allo 0,24 %. Nel 2015 **l'Italia ha presentato una stima pari allo 0,65 % per coloro che necessitano di trattamento** per consumo di cocaina. Il consumo ad alto rischio di cocaina in Portogallo è stato stimato allo 0,62 % nel 2012, sulla base del consumo segnalato nell'ultimo anno.

**A Spagna, Italia e Regno Unito sono riconducibili tre quarti (74 %) di tutte le richieste di trattamento per dipendenza da cocaina in Europa.**

Nel complesso, la cocaina è stata indicata come la droga primaria da circa 63 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2015 e da circa 28 000 di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Dopo un periodo di calo, il numero totale dei pazienti che sono entrati in trattamento per la prima volta per consumo di cocaina è relativamente stabile dal 2012.



### MDMA: consumo in continuo aumento

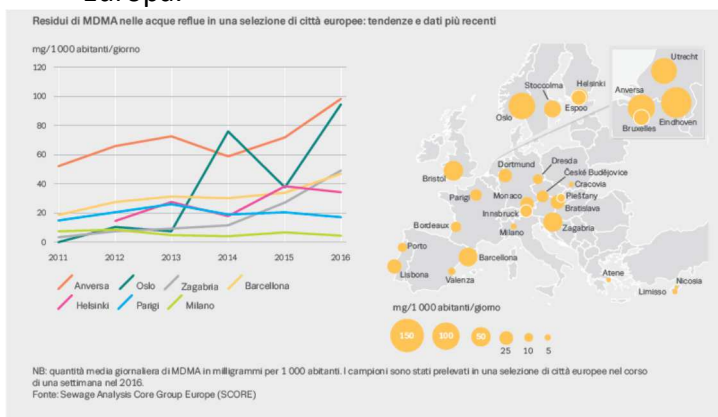
L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata in compresse (spesso denominate ecstasy), ma anche in cristalli e in polvere; le compresse vengono solitamente deglutite, mentre i cristalli e la polvere sono assunti oralmente ma possono anche essere assunti per inalazione sotto forma di polvere o vapori («dabbing»).

Si stima che 14 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 4,2 % di questa fascia d'età, abbiano provato l'MDMA/ ecstasy in qualche momento della vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si **rilevano i consumi più elevati suggeriscono che 2,3 milioni di giovani adulti (15-34 anni)** abbiano consumato MDMA nell'ultimo anno (1,8 % di questa fascia d'età), con stime nazionali che oscillano tra lo 0,3 % a Cipro, in Lituania e Romania e il 6,6 % nei Paesi Bassi. Fino a poco tempo fa, in molti paesi la prevalenza dell'MDMA era stata in calo rispetto ai livelli record raggiunti tra l'inizio e la metà degli anni 2000. Negli ultimi anni,

tuttavia, le fonti di monitoraggio indicano un consumo crescente della sostanza.

L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze, tra cui l'alcol, e per tradizione è strettamente associata a contesti di vita notturna e nella fattispecie alla musica elettronica da discoteca. Le indicazioni attuali suggeriscono che, nei paesi a più alta prevalenza, l'MDMA non sia più una droga di nicchia o circoscritta alla sottocultura delle discoteche e delle feste, ma sia utilizzata da un ampio bacino di giovani in contesti tradizionali di vita notturna, tra cui bar e feste in casa.

Il consumo di MDMA è raramente segnalato come motivo per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza. Nel 2015 la sostanza è stata segnalata da meno dell'1 % (circa 900 casi) dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa.



### Consumo di amfetamine

L'amfetamina e la metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, sono entrambe consumate in Europa, benché la prima sia di gran lunga la più diffusa.

Il consumo di metamfetamina è tradizionalmente limitato alla Repubblica ceca e, più di recente, alla Slovacchia, benché negli ultimi anni si sia registrato un aumento del consumo anche in altri paesi. Entrambe queste droghe si possono assumere per via orale o nasale; inoltre, in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale è comune tra consumatori ad alto rischio. La metamfetamina si può anche

fumare, ma questa modalità di assunzione non è segnalata frequentemente in Europa.

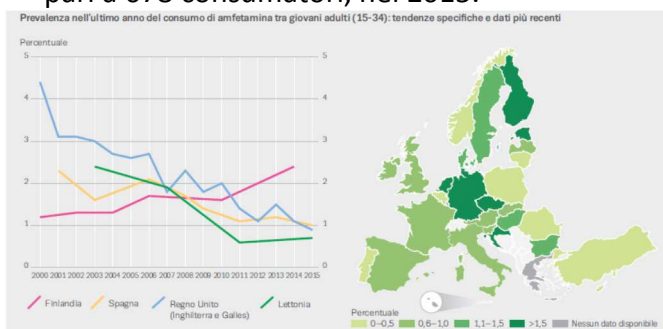
Si stima che 12,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 3,8% di questa fascia d'età, abbiano provato le metamfetamine in qualche momento della loro vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si rilevano i consumi più elevati indicano che 1,3 milioni di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato amfetamine nell'ultimo anno (1,1% di questa fascia d'età), con le stime nazionali più recenti sulla prevalenza che oscillano tra lo 0,1% a Cipro, in Portogallo e Romania e il 3,1% nei Paesi Bassi. I dati disponibili fanno pensare che, dal 2000 circa, la situazione riguardante le tendenze nel consumo si sia mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei.

Dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nel 2016 è emersa l'esistenza di variazioni considerevoli nei carichi di massa di amfetamina a livello europeo; i livelli più elevati sono stati riscontrati in città dell'Europa settentrionale. Sono stati rilevati livelli di amfetamina decisamente inferiori nelle città dell'Europa meridionale. Delle 32 città che hanno dati disponibili per il 2015 e 2016, 13 hanno segnalato un incremento, nove una situazione stabile e 10 una flessione. Nel complesso, i dati relativi al periodo 2011-2016 hanno evidenziato tendenze relativamente stabili per l'amfetamina.

Il consumo di metamfetamina, generalmente basso e tradizionalmente concentrato nella Repubblica ceca e in Slovacchia, ha fatto ora la sua comparsa anche nella Germania orientale e nell'Europa settentrionale, con particolare riguardo per le città finlandesi. Nel 2015 e 2016, delle 30 città che dispongono di dati sulla metamfetamina presente nelle acque reflue, 13 hanno segnalato un aumento, 10 una situazione stabile e sette un calo.

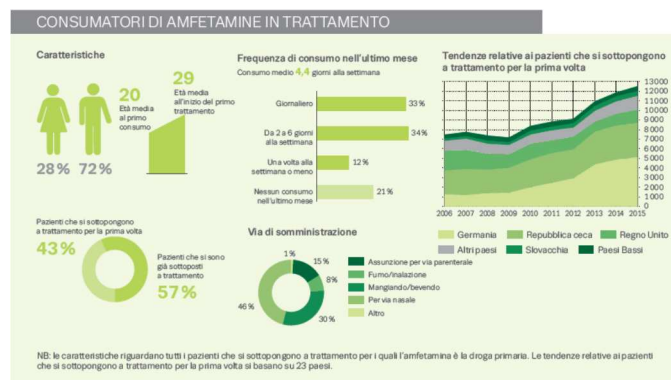
**I problemi connessi al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina** sono sempre stati più evidenti nei paesi dell'Europa settentrionale. Per contro, i problemi correlati al consumo di

metamfetamina nel lungo periodo si sono maggiormente evidenziati in Repubblica ceca e Slovacchia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di amfetamina sono disponibili per la Norvegia, dove il consumo è stimato allo 0,33%, e per la Germania con una stima di 0,19% nel 2015. I consumatori di amfetamine rappresentano probabilmente la maggioranza dei (0,17 %) consumatori di stimolanti ad alto rischio segnalati dalla Lettonia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di metamfetamina sono disponibili per la Repubblica ceca e Cipro. Nella Repubblica ceca il consumo ad alto rischio di metamfetamina tra gli adulti (15-64 anni) è stato stimato attorno allo 0,49 % nel 2015. Il consumo ad alto rischio di tale sostanza, principalmente per via parenterale, è aumentato da 20 900 consumatori nel 2007 a un picco di 36 400 nel 2014, per poi calare a 34 200 nel 2015. Per Cipro la stima è dello 0,14 %, pari a 678 consumatori, nel 2015.



Le metamfetamine sono state indicate come la droga primaria da circa 34.000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2015, circa 14.000 dei quali entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori primari di amfetamine costituiscono più del 15% dei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta solo in Bulgaria, Germania, Lettonia, Polonia e Finlandia. I pazienti in trattamento che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Repubblica ceca e Slovacchia, che insieme rappresentano il 90% dei 9.000 consumatori di metamfetamina sottoposti a trattamento specialistico in Europa. Nel complesso, la tendenza in aumento, osservata tra il 2006 e il 2014, nei pazienti sottoposti per la prima volta

a trattamento che segnalano l'amfetamina o la metamfetamina come droga primaria è continuata nella maggior parte dei paesi anche nel 2015.



### Consumatori ad alto rischio di oppiacei: l'eroina ancora predominante

L'oppiaceo illegale consumato più frequentemente in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per via nasale o parenterale. Si abusa anche di altri oppiacei sintetici, come il metadone, la buprenorfina e il fentanil.

In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale dalla metà degli anni Settanta, mentre la seconda ha interessato altri paesi, in particolare quelli dell'Europa centrale e orientale, dalla metà alla fine degli anni Novanta. Negli ultimi anni è stata rilevata l'esistenza di una coorte meno giovane di consumatori ad alto rischio di oppiacei, che si sono probabilmente già sottoposti a terapia sostitutiva.

**La prevalenza media del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2015 è stimata allo 0,4 % della popolazione dell'UE, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori ad alto rischio di oppiacei in Europa. A livello nazionale le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano da meno di uno a più di otto casi per 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Cinque paesi rappresentano tre quarti (76 %) dei consumatori stimati ad alto rischio di tali sostanze nell'Unione europea**

**(Germania, Spagna, Francia, Italia, Regno Unito).** Dei 10 paesi che hanno effettuato stime ripetute del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2007 e il 2015, la Spagna mostra un calo statisticamente rilevante.

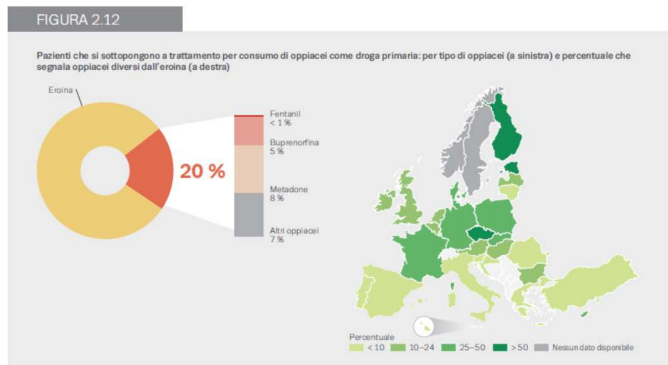
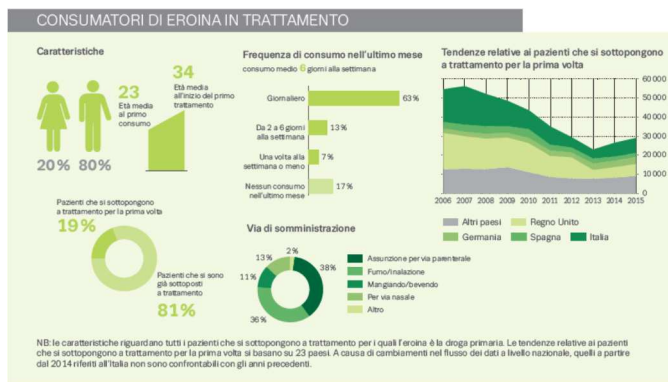
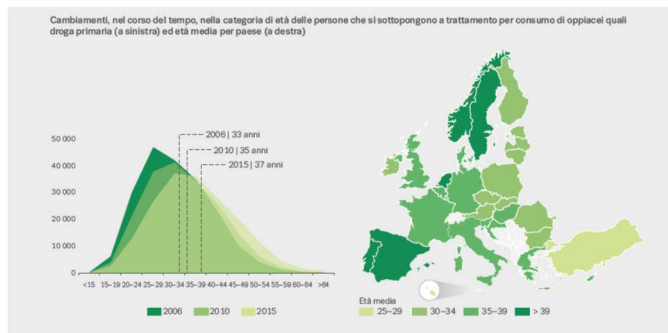
Nel 2015, dei 191.000 pazienti sottoposti a trattamento specialistico in Europa che hanno indicato gli oppiacei come la loro droga primaria, 37.000 entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori di eroina rappresentavano il 79 % dei consumatori di oppiacei quale droga primaria sottoposti a trattamento per la prima volta.

### Una popolazione di consumatori di oppiacei in invecchiamento

Il numero dei pazienti eroinomani che entravano in trattamento per la prima volta si è più che dimezzato nel 2013 (23 000), dopo aver toccato l'apice nel 2007 (56 000), per poi salire a 29 000 nel 2015. Questo recente incremento è imputabile ad alcuni paesi, ma va interpretato con cautela, in quanto le variazioni nelle segnalazioni a livello nazionale potrebbero aver influito sul totale a livello di UE.

In Europa numerosi consumatori a lungo termine di oppiacei, generalmente in un contesto di poliassunzione, hanno ora un'età compresa tra 40 e 50 anni. Tra il 2006 e il 2015 l'età media di coloro che si sono sottoposti a trattamento per problemi correlati all'uso di oppiacei è cresciuta di 4 anni. Durante lo stesso periodo, l'età media dei decessi indotti da stupefacenti (che sono principalmente correlati agli oppiacei) è aumentata di 5,5 anni. Un passato di assunzione di droga per via parenterale, combinato con una salute cagionevole, cattive condizioni di vita e il consumo di tabacco e alcol, espone questi consumatori a tutta una serie di problemi di salute cronici, tra cui malattie polmonari e cardiovascolari. I consumatori a lungo termine di oppiacei segnalano inoltre dolori cronici e l'infezione con il virus dell'epatite C li può esporre maggiormente al rischio di cirrosi o di altri problemi epatici. Gli effettivi cumulativi

della poliassunzione, dell'overdose e delle infezioni nel corso di molti anni accelerano l'invecchiamento fisico di questi consumatori, con un impatto considerevole sui servizi sociali e di trattamento, come anche sulla prevenzione dei decessi per droga.



Se l'eroina resta l'oppioide illecito più frequentemente consumato, varie fonti suggeriscono un abuso crescente di oppiacei sintetici legali (quali metadone, buprenorfina, fentanil). Nel 2015, 17 paesi europei hanno segnalato che oltre il 10% di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specialistico lo ha fatto per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina (figura 2.12). Tra gli oppiacei segnalati dai pazienti in trattamento figurano il



metadone, la buprenorfina, il fentanil, la codeina, la morfina, il tramadolo e l'ossicodone. In alcuni paesi gli oppiacei diversi dall'eroina sono le droghe più comunemente consumate tra i pazienti in trattamento. In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che hanno segnalato gli oppiacei come droga primaria faceva uso di fentanil, mentre in Finlandia l'oppiaceo di cui si abusa più frequentemente è la buprenorfina. Nella Repubblica ceca, anche se l'eroina rimane l'oppiaceo più diffuso quale droga primaria, gli altri oppiacei sono menzionati da poco più della metà di coloro che si sottopongono a trattamento per problemi correlati a tali sostanze.

### Consumo di stupefacenti per via parenterale: ai minimi storici tra i nuovi pazienti che entrano in trattamento

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale è più comunemente associata agli oppiacei, benché in alcuni paesi il consumo con tale modalità di stimolanti come le amfetamine o la cocaina costituisca un problema.

Solo 12 paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale dal 2012 a oggi, che varia da meno di 1 a 9 casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni.

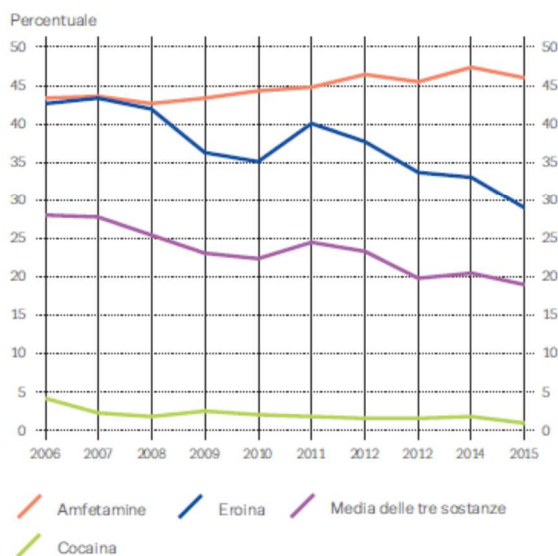
Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nel 2015 e hanno segnalato l'eroina come droga primaria, il 29% ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, contro il 43% del 2006. All'interno di questo gruppo, i livelli di assunzione per via parenterale variano a seconda del paese, dall'8% in Spagna al 90% o più in Lettonia, Lituania e Romania. Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta e hanno segnalato le amfetamine come droga primaria, il 46% ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, a fronte dell'1% dei cocainomani che sono entrati in trattamento per la prima

volta. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale dai pazienti che entrano in trattamento per la prima volta in Europa, si segnala il calo (dal 28% nel 2006 al 19% nel 2015) di questo consumo come modalità principale di assunzione.

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici è costantemente segnalata in popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale e pazienti in trattamento in alcuni paesi. In un recente studio dell'EMCDDA, 10 paesi hanno segnalato l'assunzione di catinoni sintetici per via parenterale (spesso insieme ad altri stimolanti e GHB) nel contesto di feste a sfondo sessuale tra piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

FIGURA 2.13

Tendenze nei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta che indicano la via parenterale come metodo principale di assunzione della propria droga primaria



## 2. RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA<sup>2</sup>

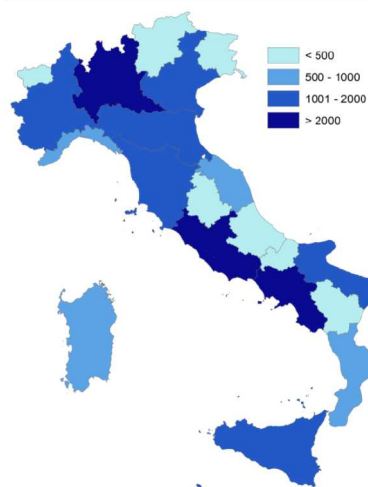
### Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta

Il contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è svolto in Italia dal personale delle Forze di Polizia - talora con il supporto degli Esperti per la Sicurezza della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga all'Estero. L'analisi dei dati rilevati dalla D.C.S.A., nell'arco dell'anno preso in esame, e riferiti principalmente alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, indicatori tenuti sotto costante monitoraggio, pone in evidenza che pur se la domanda e l'offerta di droga permangono elevate, il traffico illecito è stato incisivamente ed efficacemente contrastato dalle Forze di Polizia con risultati di rilievo.

Nel 2016 le operazioni antidroga sono state 23.734, con un aumento rispetto al 2015 del 23%, anno nel quale si era registrato il picco più basso dell'ultimo decennio. La regione Lazio, con un totale di 4.030 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, insieme alla Lombardia (3.608) e alla Campania (2.086). I valori più bassi sono stati registrati in Molise (116) e in Valle d'Aosta (47).

Rispetto al 2015 gli interventi di polizia sono aumentati principalmente in Toscana (+37,41%), nel Lazio (+36,33%), in Sardegna (+34,08%), in Emilia-Romagna (+32,12%), in Sicilia (+32,07%) e in Friuli Venezia Giulia (+31,33%).

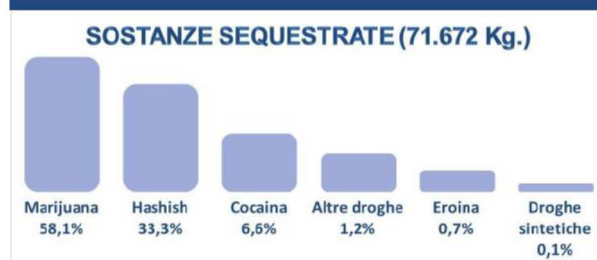
Fig.1.1.2 Distribuzione regionale delle operazioni antidroga. Anno 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Nel 2016 la marijuana è stata la sostanza maggiormente sequestrata in frontiera, (61,8%), seguita dall'hashish (22,8%), e dalla cocaina (11,1%). I sequestri di eroina (0,7%) e droghe sintetiche (0,2%) rappresentano una quota molto bassa. Il restante 3,4% è riferibile ad altre sostanze

Fig.1.2.2 Distribuzione dei quantitativi sequestrati per sostanza. Anno 2016.



Le droghe sintetiche sequestrate nel corso delle operazioni antidroga sono state rinvenute per lo più occultate all'interno di pacchi o lettere postali, nelle abitazioni, sulla persona e in auto.

<sup>2</sup> Governo Italiano, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione Annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, giugno 2017.

Anche nel 2016 il mercato olandese ha rappresentato il punto di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali. Non a caso le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel Paese, oltreché dalla Spagna, Polonia e dalla Cina.

Fra le droghe sintetiche sequestrate i quantitativi più significativi sono costituiti dall'ecstasy e dagli analoghi di sintesi che ne mimano gli effetti (ecstasy like).

Prendendo in esame le macroaree, i sequestri di droghe sintetiche (in dosi) nel 2016 risultano distribuiti per il 53,5% al Nord, per il 45,8% al Centro e per lo 0,7% al Sud Italia e isole, mentre i sequestri (in polvere) per l'85,3% al Nord, per l'8,6% e al Centro e per il 6,1% al Sud Italia e isole.

Ogni anno in Europa si segnala oltre un milione di sequestri di sostanze illecite. Per la maggior parte si tratta di piccole quantità di droga confiscate ai consumatori, benché le partite di diversi chilogrammi di droga sequestrate a trafficanti e produttori rappresentino un'ampia percentuale della quantità complessiva di stupefacenti sequestrati. La cannabis, oggetto di oltre il 70% dei sequestri effettuati in Europa è la sostanza confiscata con maggiore frequenza. La cocaina occupa il secondo posto in assoluto (9%), seguita dalle amfetamine (5%), dall'eroina (5%) e dall'MDMA (2%)<sup>3</sup>.

### **Sistema di allerta precoce**

Dal 2009 il DPA, nel rispetto delle disposizioni Europee in materia, ha centralizzato e istituzionalizzato nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe—National Early Warning System (N.E.W.S.). Il Sistema è finalizzato, da una parte, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio e, dall'altra, ad attivare segnalazioni di allerta che tempestivamente

coinvolgano le strutture deputate alla tutela della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze.

Il Sistema Nazionale di Allerta si avvale della collaborazione di strutture di diversa tipologia, sia a livello nazionale che internazionale. Rispetto al 2009 il numero di Centri Collaborativi definiti di II livello (Early Expert Network per la consultazione rapida, costituito da Forze dell'Ordine, tossicologie forensi, centri antiveleni, laboratori universitari ecc.) è passato da 30 a circa 150. Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l'operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni. Il Sistema si avvale inoltre di un network costituito da 227 strutture ospedaliere che collaborano o hanno collaborato con il Centro Antiveleni di Pavia per la raccolta dei casi tra il 2014 e il 2015.

A partire dal secondo semestre del 2015 le attività di scambio e raccolta dati sono rallentate per consentire la rimodulazione del quadro operativo del network che mette l'ISS al centro del coordinamento di tutte le attività nazionali, il quale trasmette i risultati al DPA, dove ha sede il Punto Focale Nazionale deputato a corrispondere con l'EMCDDA di Lisbona.

Il sistema Nazionale di Allerta Precoce è coordinato dall'ISSL. Le attività svolte dal Sistema Nazionale di Allerta riguardano le segnalazioni ricevute (input), relative all'identificazione di nuove sostanze o di nuovi fenomeni sul territorio italiano e internazionale: le comunicazioni trasmesse (output), differenziate per tipologia di informazione: Informative, Preallerte e Allerte di vario grado.

Il Sistema di Allerta utilizza strumenti informativi differenziati a seconda delle finalità, dei destinatari e della specificità dei contenuti e attraverso di essi aggiorna costantemente il network dei propri centri collaborativi e di altri partner sia italiani che

<sup>3</sup> EMCDDA, European Drug Report 2017



internazionali, dotandosi delle tecnologie avanzate di un Nuovo Database Istituzionale N.E.W.S., nato dall'esigenza di memorizzare, strutturare e organizzare le informazioni raccolte, per gestirle a livello interno, nazionale e internazionale. Il database istituzionale ha un duplice obiettivo: essere lo strumento attraverso il quale sistematizzare le informazioni raccolte dal Sistema al fine di renderle comprensibili, interrogabili e georeferenziate nel tempo; fornire un supporto alla gestione delle proprie attività, per comunicazioni e aggiornamenti rivolti al proprio network dei centri collaborativi e all'EMCDDA.

#### Sistema di allerta rapido: criteri e definizioni.

**INFORMATIVA:** Comunicazione non urgente inviata dal Sistema nazionale di allerta ai centri collaborativi con lo scopo di condividere le informazioni analitiche e cliniche sulle nuove sostanze psicoattive, sui nuovi modelli di consumo, sui nuovi agenti di taglio/adulteranti, al fine di facilitare l'individuazione analitica delle nuove molecole, l'identificazione dei casi clinici e il monitoraggio di fenomeni nuovi nello scenario della droga.

**PRE-ALLERTA:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Non ci sono casi clinici registrati in Europa né in Italia. Non ci sono decessi. Informazioni in attesa di conferma. Possibilità di ricevere ulteriori informazioni che potrebbero estendere in un'Allerta

**ALLERTA DI GRADO 1:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Non ci sono casi clinici, né in Europa o in Italia. Condizioni di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, allarmi sociali)

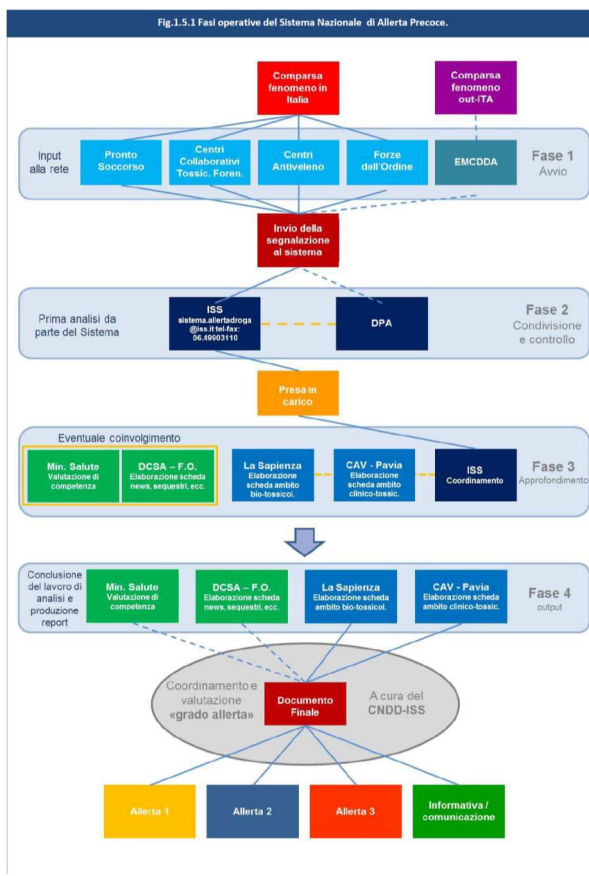
**ALLERTA DI GRADO 2:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici osservati e documentati in Europa o in Italia. Rischio di danni alla salute (disturbi temporanei, non potenzialmente letali) e rischio di diffusione di sostanze tossiche nel mercato illecito e dei consumi. Non ci sono decessi

**ALLERTA DI GRADO 3:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici osservati e documentati in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi). Successivamente all'attivazione, le allerte possono essere oggetto di aggiornamenti che riportano notizie aggiuntive a complemento di quanto inizialmente comunicato.

**COMUNICAZIONI E ALLERTE EMCDDA:** comunicazioni e/o allerte nelle quali il Sistema di Allerta raggruppa e inoltra al network dei centri collaborativi le segnalazioni e/o allerte relative all'individuazione di nuove molecole sul territorio della UE o a gravi intossicazioni e/o morti che l'EMCDDA ha trasmesso.

Il Sistema di Allerta, quando opportuno, si avvale inoltre della possibilità di inviare Note formali a specifici destinatari per informare o allertare rispetto ad un evento o un fenomeno di interesse locale e/o specifico.

Gran parte di quello che si sa sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) in Europa proviene dal Sistema di allarme rapido dell'UE. Questo sistema è la pietra angolare della risposta europea a nuove sostanze e consente agli Stati membri di riferire direttamente i dati all'EMCDDA e Europol su intossicazioni, avvelenamenti acuti e morti. Le due agenzie analizzano e valutano i dati per rilevare i segnali di pericolo, consentendo agli Stati membri di reagire tempestivamente per ridurre il danno, con avvisi di salute pubblica, e adottare misure di controllo in tutta l'UE. A fine 2016 l'EMCDDA monitorava più di 620 nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo delle droghe. Tali sostanze, che non sono sottoposte ai controlli antidroga internazionali, comprendono un vasto assortimento di droghe quali cannabinoidi sintetici, stimolanti, oppiacei e benzodiazepine. Per la maggior parte sono vendute come sostituti «legali» delle droghe illecite, mentre altre sono destinate a piccoli gruppi desiderosi di sperimentarle per conoscerne gli eventuali nuovi effetti. Nel 2016 in Italia sono state segnalate 43 nuove sostanze psicoattive. Nel 2016 i Decreti emanati dal Ministero della Salute, sentito il parere dell'ISS e del Consiglio Superiore di Sanità, per "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e s.m.i.", hanno portato all'aumento del



numero delle sostanze psicoattive con potenziale d'abuso e dipendenza.

I Decreti sono stati:

*Decreto 4 febbraio 2016* - Inserimento nella Tabella I delle sostanze 25B-NBOMe (2C-B-NBOMe) 25CNBOMe (2C-C- NBOMe) Metilone (beta-cheto-MDMA) ed esclusione dalle Tabelle dei medicinali delle sostanze Destropropossifene, Fenproporex, Mefenorex, Meprobamato, Tetrozepam (sezione B); Destropropossifene (sezione C); Meprobamato, Destropropossifene, Tetrozepam (sezione E);

*Decreto 10 febbraio 2016* - Inserimento nella Tabella I delle sostanze HHMA, HMA e HMMA;

*Decreto 1 agosto 2016* - Inserimenti e ricollocazione di sostanze stupefacenti o psicotrope nelle tabelle I e IV, nella tabella dei medicinali sezioni A-B-D e nell'allegato III bis.

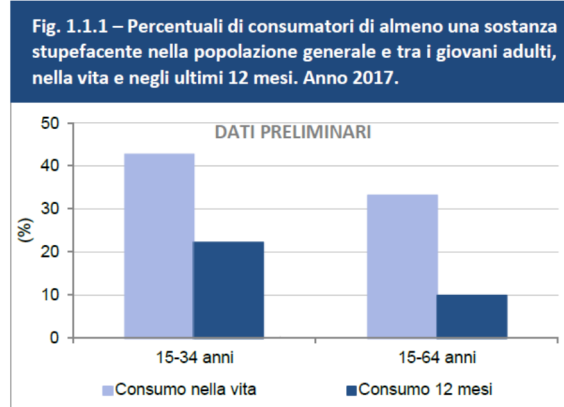
### **Prevalenza e incidenza di uso: analisi dei dati sulla popolazione italiana**

L'indagine nazionale IPSAD® (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale. Nel 2017 grazie al progetto Monitoring del Dipartimento Politiche Antidroga, l'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha potuto mettere in cantiere una nuova rilevazione a carattere nazionale, fortemente voluta anche dal EMCDDA. Lo studio è realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione casuale rappresentativo della popolazione italiana di circa 60.000 persone residenti, di età compresa tra i 15 e i 74 anni. Il campione è stato selezionato dalle liste anagrafiche di 125 comuni, a loro volta individuati in maniera casuale al fine di assicurarne la rappresentatività. Nella sua esecuzione lo studio prevede due ondate di invii di questionari: la prima indirizzata al totale delle persone campionate, la seconda indirizzata a quelle che, nel rispetto della procedura

prevista per la notifica, non abbiano risposto al primo invio.

Alla data del 15-06-2017 è da poco iniziata la prima ondata di invii e risultano spediti poco più 30.000 dei 60.000 questionari previsti. Quanto di seguito descritto si riferisce quindi ai circa 4.000 questionari archiviati nel sistema e ritenuti validi per l'elaborazione. Secondo quanto evidenziato dalle elaborazioni preliminari dell'indagine IPSAD®2017, si stima che in Italia circa una persona su tre (il 33,5%) di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella vita e circa una persona su 10 (il 10,3%) ne abbia fatto uso nell'ultimo anno. Le percentuali aumentano se si concentra l'analisi sulla popolazione giovane adulta, ovvero quella di età compresa tra i 15 e i 34 anni. In questa popolazione infatti la percentuale di coloro che hanno fatto uso nella vita di una qualsiasi sostanza illegale raggiunge il 43% (il 22,5% relativamente al consumo negli ultimi 12 mesi).

### **Stime di prevalenza del consumo almeno una sostanza illegale nell'anno nella popolazione 15-64 anni**

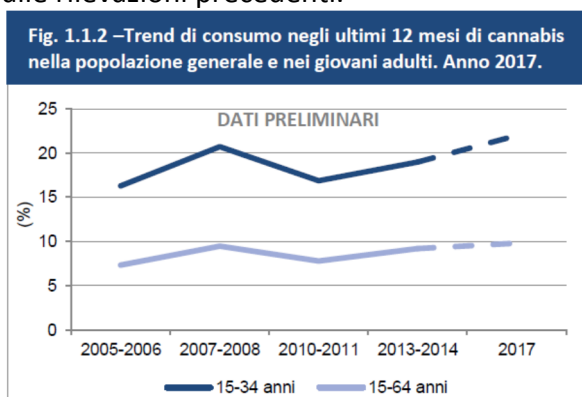


Fonte: CNR

Secondo le stime, oltre 93 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze con il consumo di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (56,8 milioni) che dalle loro controparti di sesso femminile (36,8 milioni). La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (53,8 milioni di maschi e 34,1 milioni

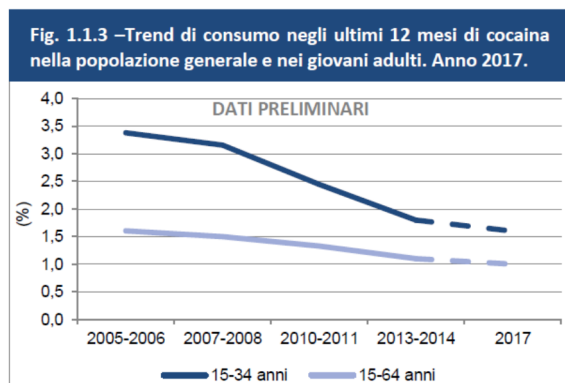
di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (12,2 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine), MDMA (9,3 milioni di maschi e 4,7 milioni di femmine) e amfetamine (8,4 milioni di maschi e 4,2 milioni di femmine).

Tra le sostanze psicoattive illecite **la cannabis** risulta la sostanza maggiormente utilizzata, sia nella popolazione generale (consumo nella vita e negli ultimi 12 mesi rispettivamente 33,1% e 9,8%) che tra i giovani adulti (consumo nella vita 42,5%, nell'ultimo anno 22%). Il dato si presenta in crescita rispetto alle rilevazioni precedenti.



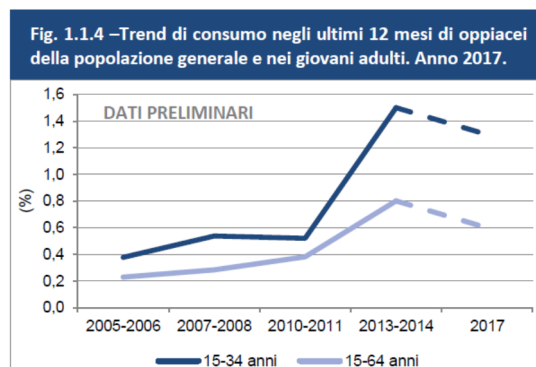
Fonte: CNR

Percentuali molto più basse si osservano per il **consumo di cocaina** (nella popolazione generale il 6,8% nella vita, l'1,9% nell'ultimo anno). Anche per questa sostanza si confermano valori percentuali maggiori tra i giovani adulti (8,3% nella vita, 1,6% nell'ultimo anno). L'analisi dell'andamento temporale, nelle ultime indagini sia per la popolazione generale che per quella giovane-adulta, mostra una diminuzione delle percentuali di consumatori di cocaina nell'ultimo anno.



Fonte: CNR

Anche per quanto riguarda il consumo di oppiacei si confermano valori percentuali maggiori tra i giovani adulti (2,6% nella vita, 1,3% nell'ultimo anno) rispetto alla popolazione generale (1,9% nella vita, 0,6% nell'ultimo anno). La diminuzione osservata nel dato preliminare dell'indagine 2017 è in contro tendenza rispetto a quanto rilevato nelle indagini precedenti e quindi da rivalutare in sede di elaborazioni definitive.



Fonte: CNR

Un dato, seppur preliminare, rilevato per la prima volta nello studio in atto, descrive la diffusione di sostanze psicoattive che imitano gli effetti delle sostanze illegali (le cosiddette NPS). L'1,4% di popolazione generale ne riferisce un utilizzo nell'ultimo anno. Tale percentuale sale al 2,5% nella popolazione giovane-adulta. Tra queste sostanze la più utilizzata è **la cannabis sintetica (SPICE)** con una quota, nella popolazione generale nell'ultimo anno, pari allo 0,7% (tale percentuale raddoppia tra i giovani adulti

## Consumi nella popolazione studentesca

Le informazioni relative ai consumi di sostanze illegali tra gli studenti sono fornite dallo studio ESPAD®Italia, che analizza i comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli **studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni**, anche in relazione ad altri fattori di rischio personali o sociali. Questo studio non solo rappresenta un solido standard per il monitoraggio a livello Europeo ma, essendo condotto da circa 20 anni, permette di osservare i cambiamenti nel tempo.

Nel 2016, il 32,9% dei partecipanti allo studio, per una stima di circa 800.000 studenti, ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M:37,7%; F:28%), mentre il 25,9% (M:30,9%; F:20,7%) ha riferito di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno (circa 650.000 ragazzi).

Una buona parte di questi ultimi, circa l'86%, ha fatto uso di una sola tipologia di sostanza, mentre il 14% è identificabile come "policonsumatore" avendo usato 2 o più sostanze illegali. Il 16,5% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese in cui è stato condotto lo studio (M:20,8%; F:12,1%) e il 4,2% ne ha fatto un uso frequente (M:6,3%; F:2,1%) utilizzando 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina). Il 2% degli studenti, quasi 50.000 ragazzi, ha riferito di aver assunto una o più volte sostanze senza conoscerne la tipologia; il 42% ha assunto sostanze sconosciute per non più di 2 volte, il 34% ha ripetuto l'esperienza oltre 10 volte.

Come negli anni precedenti, la sostanza illegale maggiormente utilizzata è la cannabis, a cui seguono la SPICE, la cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa. Così come a livello europeo, anche in Italia si riscontrano differenze di genere: sono i ragazzi ad avere percentuali più alte per i consumi di sostanze psicoattive, con consumi doppi rispetto alle coetanee per tutte le sostanze eccetto la cannabis, dove il rapporto

è 1,5. Per quanto riguarda invece le differenze a livello nazionale, in generale nel Sud Italia si registrano consumi leggermente inferiori (24% vs 27% delle altre zone) rispetto al resto del Paese.

## Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato sostanze nella vita. ESPAD®Italia 2016



## CANNABIS: la sostanza psicoattiva illegale più diffusa

Quasi un terzo della popolazione studentesca (32,4%), circa 804.000 15-19enni, ha utilizzato cannabis almeno una volta nella vita, il 25,8% (circa 640.000) ne ha fatto uso nell'ultimo anno (consumo recente) e il 16,1%, 400.000 studenti, ha riferito di averla consumata nel corso del mese in cui ha partecipato allo studio (consumo corrente). Dopo una ripresa dei consumi di cannabis osservata fra il 2011 e il 2014, negli ultimi anni se ne osserva una sostanziale stabilizzazione.

Gli studenti che riferiscono di aver usato cannabis nel 2016 sono poco più del 30% dei ragazzi e quasi il 21% delle ragazze. Le percentuali aumentano con l'età: per il genere maschile vanno dal 14,4% tra i 15enni al 43,7% tra i 19enni, mentre per il genere femminile dal 10,3% al 28%.

Nel 2016 si sono osservate percentuali leggermente inferiori per quanto riguarda i consumatori occasionali, mentre si mantengono stabili (3,5%) le quote relative ai consumatori frequenti (20 o più volte nell'ultimo mese).

Rispetto al 2015, non si osservano differenze



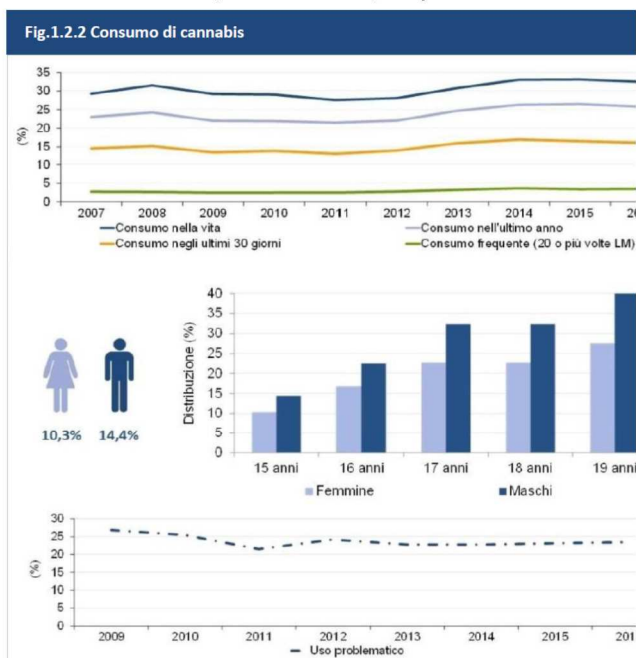
sostanziali nei pattern di consumo per genere e classe di età. Al Sud le percentuali di consumatori sono inferiori rispetto a quelle nazionali (24% vs 27% delle macro-aree).

### Modelli di consumo tra gli studenti

Il 58,5% degli studenti che ha fatto uso di cannabis nel 2016, riferisce di averla consumata meno di 10 volte durante l'anno, il 13,9% di averla usata fra 11 e 19 volte, mentre il 27,6% 20 o più volte (M:34%; F:19%). In merito alla possibilità di reperimento di questa sostanza, oltre il 42% degli studenti riferisce di potersi procurare cannabis facilmente (M:46,9%; F:37,8%).

Queste percentuali aumentano al crescere dell'età, e si differenziano per genere, con i ragazzi in vantaggio rispetto alle coetanee.

Per quanto riguarda la percezione del rischio, il 31,1% degli studenti reputa pericoloso fare uso di cannabis anche solo occasionalmente, mentre il 40,4% ritiene pericoloso farne un uso regolare. Sono le studentesse a mostrare una maggiore consapevolezza rispetto ai coetanei indipendentemente dalla frequenza di uso (uso regolare: F:45,3% vs M:35,6%; uso occasionale: F:33,4% vs M:28,8%).



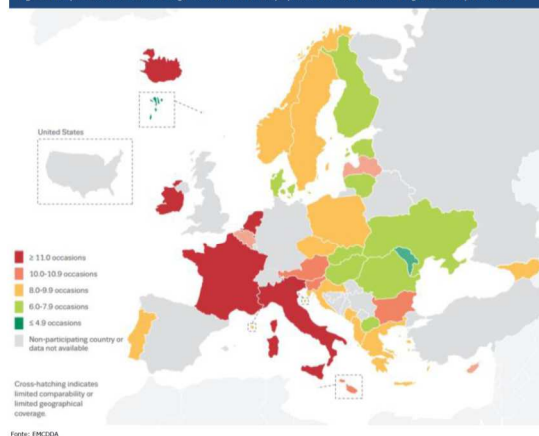
Fonte: CNR

Per quanto riguarda il possibile uso associato di altre sostanze, si registrano percentuali relativamente basse. Tra i consumatori di

cannabis l'86% riporta di farne un consumo esclusivo, mentre il 9% vi associa cocaina, il 7% allucinogeni e l'8% stimolanti.

L'ultimo studio campionario (2016) ha rilevato che per il 23,4% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l'anno, pari a quasi 150.000 studenti, il consumo di cannabis si connota come "problematico", senza mostrare differenze fra soggetti minorenni e maggiorenni, ma con differenze di genere dovute alla maggiore frequenza rilevata fra i ragazzi (27,3%; F: 17,7%). Fra 2009 e il 2011 la quota di consumatori problematici diminuisce, passando dal 26,8% al 21,5%, per aumentare nel 2012 (24,2%), stabilizzandosi al 23%.

Fig.1.2.3 Frequenza d'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi in Europa (numero medio di occasioni fra gli utilizzatori). Anno 2015

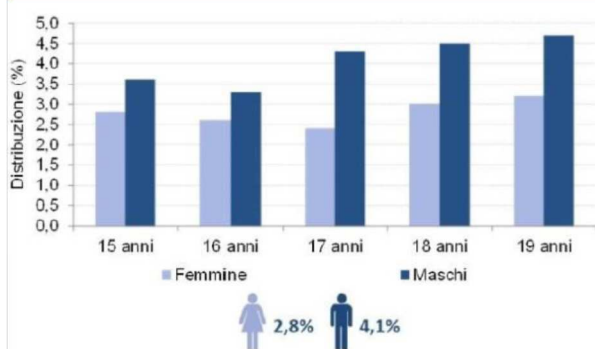


### NPS-New Psychoactive Substance: la SPICE è la sostanza più diffusa

Le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) sono sostanze che imitano gli effetti delle droghe illecite, come cannabis, ecstasy o allucinogeni, che possono avere aspetti differenti (ad esempio miscele di erbe, polveri, cristalli o pasticche). Dietro alla loro larga diffusione l'utilizzo di internet svolge un ruolo importante: nel 2013 l'EMCDDA ha individuato 651 siti web (spesso nel deep web, ossia quella parte del web che si trova in Internet ma non viene indicizzata dai motori di ricerca) che vendevano "droghe legali".

Questi siti offrono spesso anche forum per uno scambio di informazioni per l'assunzione delle NPS.

Fig.1.2.7 Consumo di NPS



Fonte: CNR

Nota: NPS = ketamina+catinoni+salvia+painkillers

### I consumi di cannabinoidi sintetici (SPICE)

I Cannabinoidi sintetici conosciuti genericamente come “Spice” rappresentano il più largo gruppo di sostanze monitorate in Europa dai Sistemi di Allerta, questi prodotti totalmente chimici si presentano come misture di erbe, non contengono cannabis, ma quando vengono fumati ne producono effetti simili, rappresentano una nuova frontiera per il mercato delle sostanze illecite e sono facilmente reperibili sul WEB. La grande variabilità di cannabinoidi sintetici e le differenti composizioni chimiche rendono queste sostanze potenzialmente molto pericolose, inoltre non appena uno di questi composti sta per essere messo al bando come sostanza illegale c’è già pronto per il Mercato un prodotto sostitutivo con una composizione chimica differente. Poiché non si sa ancora molto di come queste sostanze funzionino e dei loro effetti tossici a livello di salute esse rappresentano un grosso rischio per chi ne fa uso.

L’11% degli studenti, pari a circa 275.000 15-19enni, ha utilizzato almeno una volta cannabinoidi sintetici, soprattutto tra i maschi (13%; F:9,2%). Un terzo l’ha consumata al massimo 2 volte, il 35,4% lo ha fatto per 10 volte o più e il restante 31,6% tra le 3 e le 9 volte.

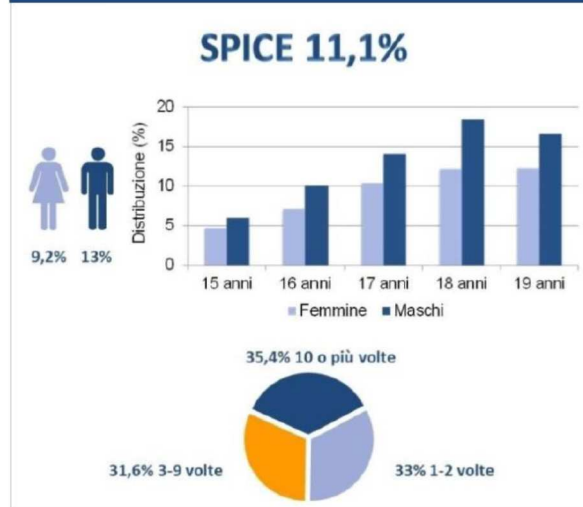
Sono circa 86.000 gli studenti hanno utilizzato almeno una volta nella vita NPS

(comprendendo catinoni sintetici, ketamina e/o painkillers), pari al 3,5% di tutti gli studenti italiani 15-19enni.

Se a questi si aggiungono gli studenti che hanno fatto uso di cannabinoidi sintetici (SPICE) si raggiunge l’11,9% quasi 300.000 studenti a testimonianza del fatto che queste ultime sostanze rappresentano le più diffuse fra le “nuove sostanze psicoattive”.

I maschi consumano una volta e mezzo più delle coetanee.

Fig.1.2.4 Consumo di spice

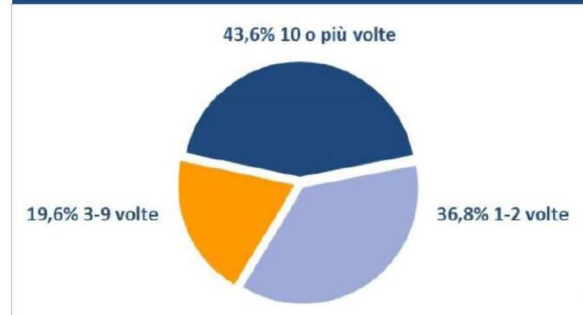


Fonte: CNR

### I consumi di catinoni sintetici

Quasi l’1,2% degli studenti, ossia quasi 30.000 15-19enni, e soprattutto di genere maschile (1,4%; F:0,9%) ha assunto sostanze quali il mefedrone almeno una volta nella vita.

Fig.1.2.5 Consumo di catinoni



Fonte: CNR

### I consumi di farmaci antidolorifici usati per sballare (painkillers)

Sono circa 60.000 (pari a 2,5%) gli studenti che hanno utilizzato, almeno una volta nella vita, farmaci antidolorifici (cosiddetti painkillers) con la finalità di sballare: tra i maschi la quota si attesta al 2,9%, mentre tra le femmine è del 2,2%.

Tra chi ha sperimentato painkillers nella vita, la maggior parte lo ha fatto 1-2 volte (38,8%), il 35,5% per 10 o più volte, in particolar modo i maschi (39,1%; F:30,9%); il restante 25,8% ne ha fatto uso tra le 3 e le 9 volte.

### I consumi di Salvia Divinorum

Questa sostanza è stata utilizzata almeno una volta nella vita da circa 52.000 studenti, che corrispondono al 2,1% di tutti gli studenti: il consumo risulta più diffuso tra i maschi (sono il 2,6% i maschi che hanno utilizzato Salvia Divinorum contro l'1,7% delle coetanee).

### I consumi di ketamina

Sono 37.000 gli studenti che hanno utilizzato ketamina almeno una volta nel corso della propria vita (1,5%) soprattutto i maschi (M:2,1%; vs F:1,0%). Per entrambi i generi le quote dei consumatori aumentano al crescere dell'età. Tra i consumatori, il 35,2% ha utilizzato ketamina per non più di 2 volte, il 24,5% tra le 3 e le 9 volte, mentre il 40,3% in 10 o più occasioni.

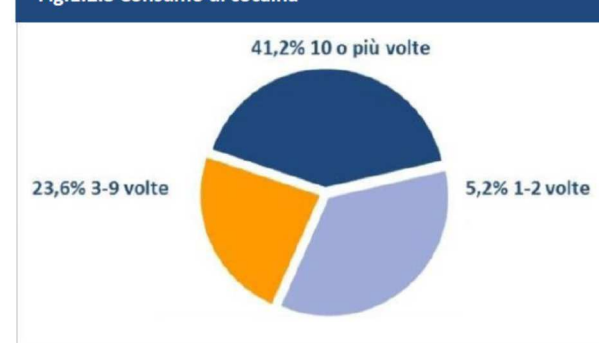
## COCAINA

Per tutti i modelli di consumo, la cocaina ha mantenuto tendenze stabili nell'ultimo quinquennio: sono poco più di 89.000 gli studenti che riportano di averla sperimentata almeno una volta nella vita (3,6%), 61.000 quelli che ne hanno fatto uso nel corso del 2016 (2,5%) e quasi 39.000 quelli che l'hanno usata nel mese antecedente la compilazione del questionario (1,6%). Rimane costante anche il dato relativo al consumo frequente (10 o più volte nell'arco dell'ultimo mese) che se fino al 2006 si è mantenuto attorno allo

0,3%, dal 2009 oscilla tra lo 0,6% e lo 0,8%, facendo registrare una quota percentuale dello 0,7% nell'ultima rilevazione, pari a circa 17.000 ragazzi.

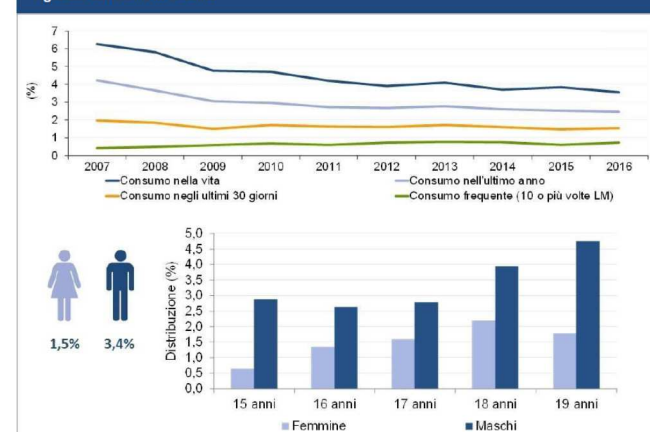
Anche in questo caso sono riscontrabili differenze di genere, con consumi più elevati tra i ragazzi: il rapporto maschi/femmine tra coloro che hanno fatto uso di cocaina nell'ultimo anno è di 2,3.

Fig.1.2.8 Consumo di cocaina



Fonte: CNR

Fig.1.2.9 Consumo di cocaina



Fonte: CNR

### Modelli di consumo tra gli studenti

La maggior parte degli studenti ha fatto un uso occasionale della sostanza, al massimo 5 volte nell'arco dell'anno (47,4%), il restante 52,6% ha invece riferito un consumo più assiduo e di questi, quasi il 29% l'ha consumata almeno 20 volte. Per quanto riguarda la disponibilità della cocaina, il 13,4% degli studenti ritiene di avere facile accesso a questa sostanza e, tale percezione, aumenta al crescere dell'età (il massimo è raggiunto da i maschi 19enni: 22,1%).



## Luoghi di reperimento e poliuso

Il 42% di coloro che hanno fatto uso di cocaina nel 2016 si è procurato la sostanza a casa di uno spacciatore e il 38% per strada. Circa un terzo riporta di avervi avuto accesso in discoteca (36%) o durante concerti e rave (32%). Oltre il 71% degli studenti ritiene molto rischioso provare la sostanza, percezione che tra le ragazze sale al 74,1%, contro il 68,7% dei maschi. Tra tutti gli studenti che fanno uso di sostanze psicoattive illegali, solo l'1% consuma esclusivamente cocaina e tra i policonsumatori il 95% consuma anche cannabis.

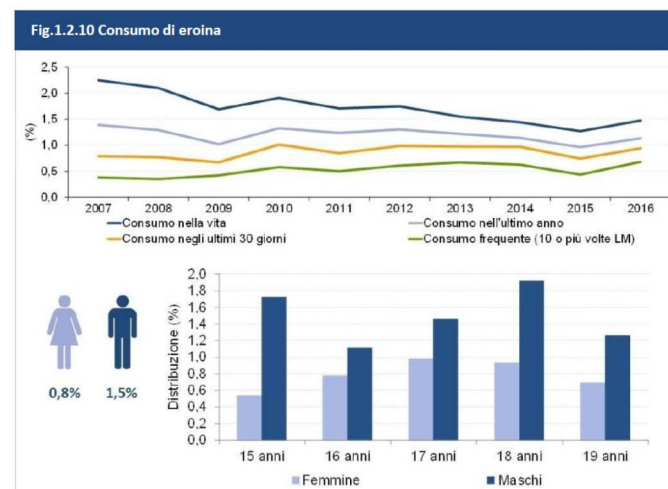
## EROINA

Pur rimanendo la sostanza meno utilizzata dagli studenti italiani, l'eroina segna un leggero incremento tra chi riferisce di averla provata almeno una volta nella vita. Tale percentuale, dopo essere diminuita dal 2,5% all'1,3% fra il 2006 e il 2015, torna a risalire nel 2016 (1,5%, pari a quasi 37.000 studenti). Per quanto riguarda il consumo recente, invece, dopo il lieve aumento registrato a partire dal 2010, la tendenza è rimasta stabile negli ultimi 3 anni, assestandosi all'1,1% dell'ultima indagine (circa 28.000 studenti).

Resta stabile anche la quota di coloro che riferiscono l'uso nei trenta giorni precedenti la compilazione del questionario (0,9%, pari a oltre 23.000 ragazzi). Il consumo frequente, invece, dopo la tendenza negativa che ha caratterizzato il periodo 2013-2015 (da 0,7% a 0,4%), nell'ultima rilevazione torna ai livelli del 2013, lo 0,7%.

Per quanto riguarda le differenze di genere, il consumo di eroina negli ultimi dodici mesi ha coinvolto più gli studenti maschi rispetto alle studentesse, in un rapporto quasi doppio tra i generi (1,5% contro 0,8%). La distribuzione per età non sembra seguire alcun trend: tra i maschi 18enni si raggiunge la quota massima di consumatori recenti (1,9%) seguiti dai 15enni (1,7%); tra le femmine sono le 17enni ad avere i consumi più elevati (1%),

pari al doppio di quelli rilevati fra le 15enni (0,5%); le altre fasce d'età oscillano tra 0,7% e 0,9%.



Fonte: CNR

## Modelli di consumo tra gli studenti

Il 50,1% degli studenti che ha riferito uso di eroina nel 2016 dice di averla assunta 20 o più volte, il 28,1% tra le 6 e le 19 volte, mentre il 21,8% meno di 5 volte.

Poco più del 5% degli studenti ritiene di potersi procurare facilmente l'eroina, soprattutto fra i ragazzi (6% in totale; 7,6% tra i 18enni) rispetto alle ragazze (4,3%). Quasi il 72% degli studenti ritiene rischioso utilizzare eroina: questa percezione è più alta tra le studentesse (74,8%), rispetto ai coetanei di genere maschile (68,3%).

## Luoghi di reperimento

La maggior parte dei consumatori si rifornisce direttamente dallo spacciatore (29%), per strada (27%), in casa di amici (25%) e a scuola (23%).

## STIMOLANTI

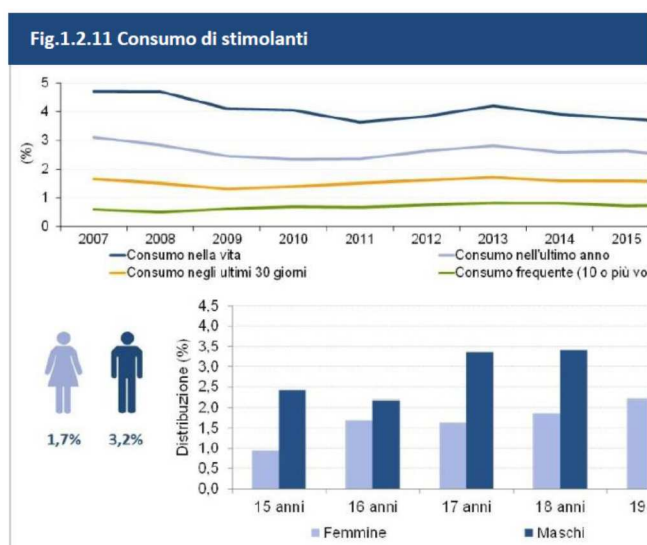
La percentuale dei soggetti che riferiscono consumo delle più "classiche" sostanze stimolanti (quali amfetamine, ecstasy, GHB e MDMA) ha subito una costante diminuzione passando dal 4,7% del 2008 al 3,6% dell'ultima rilevazione (pari a 89.000 studenti): il solo valore disomogeneo di questo trend in questi anni è relativo all'anno 2013.

Anche il consumo recente ha subito un trend

molto simile passando dal 2,8% del 2008 e del 2013 a un 2,4% nel 2016 (quasi 60.000 studenti).

Il consumo corrente ha invece subito una lieve crescita fino al 2013, raggiungendo l'1,7%, per poi stabilizzarsi nelle ultime rilevazioni fino all'1,5% registrato nel 2016, corrispondente a circa 37.000 ragazzi. Per quanto riguarda il consumo frequente di stimolanti, nel 2016 è lo 0,7% degli studenti ad averli assunti 10 o più volte nell'ultimo mese (circa 17.000 ragazzi), quota in linea con le rilevazioni a partire dal 2010.

Nel 2016, il consumo di stimolanti nel corso dell'ultimo anno ha riguardato maggiormente il genere maschile che mostra una quota percentuale quasi doppia rispetto alle ragazze, (rispettivamente 3,2% e 1,7%); tendenzialmente il consumo aumenta al crescere dell'età con i maschi che tra i 19enni doppiano le coetanee (4,4% vs 2,2%).



Fonte: CNR

### Modelli di consumo tra gli studenti

Oltre il 48% degli utilizzatori del 2016 ha manifestato una frequenza d'uso di almeno 5 occasioni/anno, mentre il 31% ha sperimentato un uso decisamente più frequente (20 o più volte) e il 20,6% un uso intermedio (da 6 a 19 occasioni/anno). Oltre l'11% degli studenti ritiene sia facile potersi

procurare stimolanti, con uno scarto di quasi 3 punti tra il genere maschile (12,5%) e quello femminile (9,6%), scarto che aumenta al crescere dell'età raggiungendo il

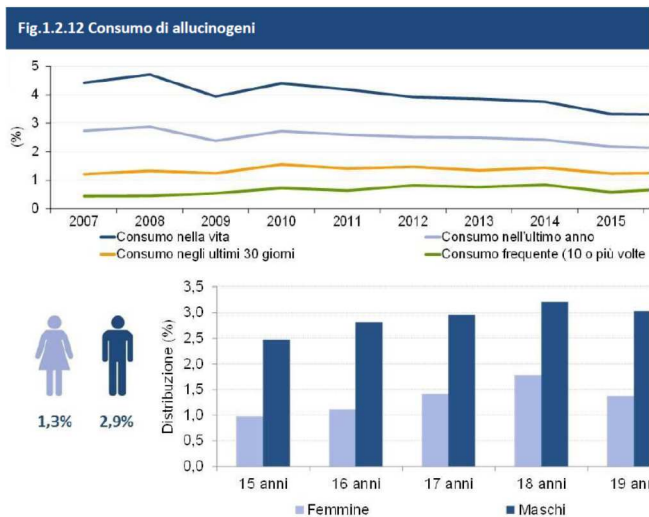
17,1% tra i ragazzi 19enni e il 12,2% tra le coetanee. Le studentesse attribuiscono all'uso di stimolanti un rischio maggiore rispetto ai maschi (70,4% vs 64,5%), nel complesso li ritengono molto rischiosi quasi il 68% degli studenti italiani.

Luoghi di reperimento I luoghi di approvvigionamento più frequentemente utilizzati sono la discoteca (39%), i concerti o rave (31%), la strada (30%) e la casa dello spacciatore (30%).

### ALLUCINOGENI

Per i consumi di allucinogeni, quali ad esempio LSD e funghi allucinogeni, fino al 2008 si è assistito a un aumento delle percentuali di utilizzatori, tanto del consumo almeno una volta nella vita quanto di quello nell'ultimo anno, che hanno raggiunto rispettivamente il 4,7% e il 2,9%.

Negli anni successivi sia la percentuale di utilizzatori nella vita, sia i consumatori di più breve periodo (nell'ultimo anno) hanno subito un lieve ma costante decremento fino al 2016 (rispettivamente 3,3%, pari a quasi 82.000 studenti e 2,1%, pari a oltre 52.000 studenti). Le quote percentuali relative al consumo corrente, dopo aver sperimentato un aumento fino al 2010 (1,6%), si sono stabilizzate negli anni successivi all'1,3% dell'ultima indagine (31.000 15-19enni che riferiscono di aver assunto allucinogeni nel mese antecedente la compilazione del questionario). Anche l'uso frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni), in aumento sino al 2012 (0,8%), si stabilizza facendo registrare nell'ultima rilevazione uno 0,7%, pari a circa 17.000 studenti.



Per i consumi di allucinogeni, quali ad esempio LSD e funghi allucinogeni, fino al 2008 si è assistito a un aumento delle percentuali di utilizzatori, tanto del consumo almeno una volta nella vita quanto di quello nell'ultimo anno, che hanno raggiunto rispettivamente il 4,7% e il 2,9%.

Negli anni successivi sia la percentuale di utilizzatori nella vita, sia i consumatori di più breve periodo (nell'ultimo anno) hanno subito un lieve ma costante decremento fino al 2016 (rispettivamente 3,3%, pari a quasi 82.000 studenti e 2,1%, pari a oltre 52.000 studenti).

Le quote percentuali relative al consumo corrente, dopo aver sperimentato un aumento fino al 2010 (1,6%), si sono stabilizzate negli anni successivi all'1,3% dell'ultima indagine (31.000 15-19enni che riferiscono di aver assunto allucinogeni nel mese antecedente la compilazione del questionario). Anche l'uso frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni), in aumento sino al 2012 (0,8%), si stabilizza facendo registrare nell'ultima rilevazione uno 0,7%, pari a circa 17.000 studenti.

Il consumo recente di allucinogeni ha coinvolto quasi il 3% degli studenti e poco più dell'1% delle studentesse, con un rapporto maschi/femmine di 2,2; il consumo aumenta al crescere dell'età per raggiungere i livelli massimi tra i 18enni (3,2% tra i ragazzi e 1,8% tra le ragazze), mentre non si riscontrano differenze tra i 19enni e i 17enni. Tra i

minorenni sono quasi il 2% ad aver consumato allucinogeni nell'ultimo anno, mentre tra i 18-19enni i consumi arrivano al 2,3%.

### Modelli di consumo tra gli studenti

Se è vero che tra consumatori recenti oltre la metà ha assunto allucinogeni al massimo 5 volte, il 33% riferisce di averlo fatto 20 o più volte nell'anno e il 16,3% tra le 6 e le 19 volte. Rispetto alla disponibilità, l'11,3% dei maschi e l'8,6% delle femmine ritengono sia facile procurarsi allucinogeni: tra i maschi la percezione aumenta al crescere dell'età raggiungendo il 15,1% tra i 19enni mentre tra le femmine l'andamento è meno regolare ma raggiunge comunque il valore massimo tra le ragazze più grandi (11,6%).

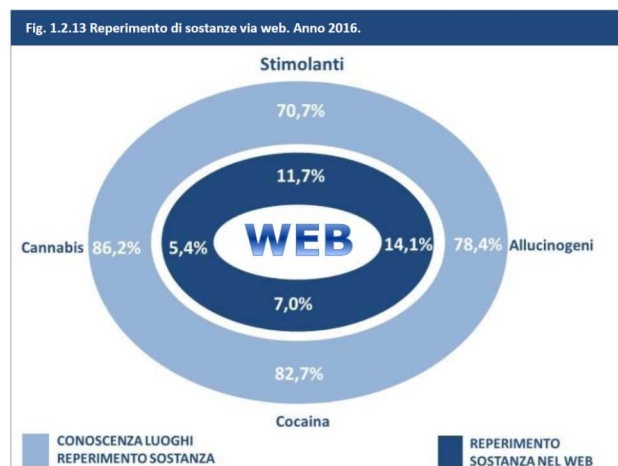
La maggior parte degli studenti, il 66,3%, attribuisce un elevato rischio all'uso di allucinogeni, soprattutto tra le femmine (70,5%; maschi 61,9%).

Luoghi di reperimento. Per recuperare la sostanza, gli studenti ricorrono più frequentemente allo spacciatore (36%), la cercano in strada (33%), nei concerti o ai rave (31%) e in discoteca (30%).

## REPERIMENTO NEL WEB

Circa il 9% degli studenti che ha fatto uso di almeno una sostanza illegale nel 2016 (cannabis, allucinogeni, stimolanti, cocaina), riferisce di poterla reperire facilmente via Web.

Allucinogeni e stimolanti vengono percepite come le più facilmente reperibili in rete, sembra più difficile acquistare cannabis e cocaina on-line.



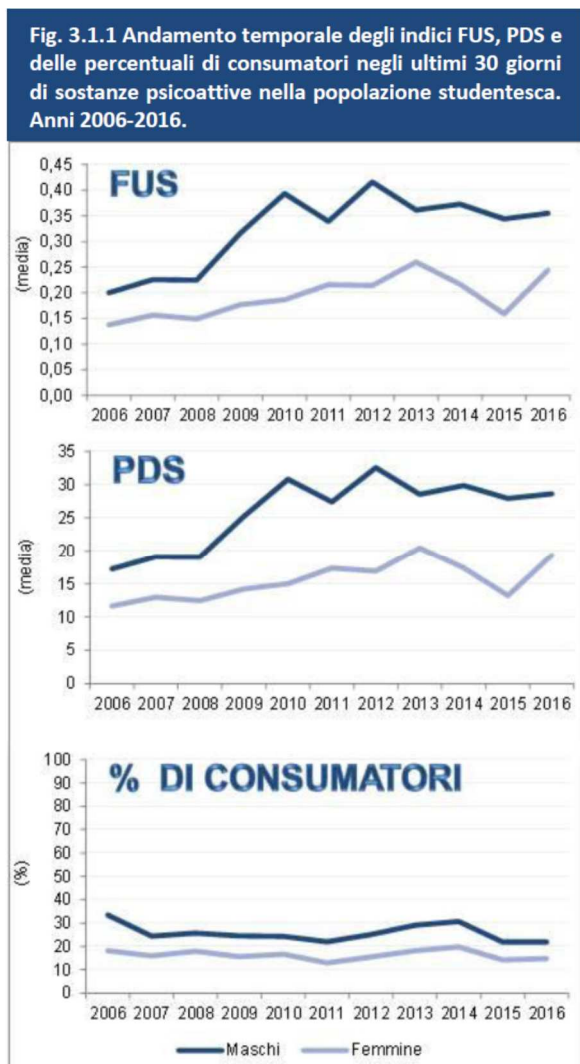
## DANNO ASSOCIATO AL CONSUMO DELLE SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

Per valutare l'impatto del consumo delle sostanze psicoattive sullo stato di salute dei consumatori è necessario disporre di informazioni relative sia alla tipologia delle sostanze assunte sia alla frequenza di assunzione delle stesse, considerando anche gli aspetti legati al policonsumo. Attraverso l'analisi della frequenza d'uso e dell'utilizzo congiunto di sostanze è possibile calcolare gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS), utili per la stima del danno associato al consumo delle sostanze psicoattive.

I trend 2006-2016 degli indicatori FUS e PDS, calcolati nella popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nell'ultimo mese (dati ESPAD®Italia), è illustrato nella figura insieme alle percentuali di consumatori negli ultimi 30 giorni.

Fino al 2012-2013 si è registrato un aumento degli indici FUS e PDS, e quindi dell'uso dannoso, nonostante la diffusione del consumo sia rimasta sostanzialmente invariata.

Dal 2013, tra gli studenti di genere maschile si è osservato un andamento decrescente sia degli indici FUS e PDS, che della percentuale di consumatori. Tra le studentesse, invece, nell'ultimo anno sono aumentati gli indici, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope.



Fonte: CNR



Nel 2010, Van Amsterdam e colleghi hanno definito a livello internazionale un sistema di attribuzione di un punteggio di danno, un "peso", valutando per ciascuna sostanza gli elementi relativi alla tossicità acuta, a quella cronica e alla dipendenza. Tali punteggi permettevano di misurare la gravità dell'uso di ciascuna sostanza, non considerando però il policonsumo.

A partire dai punteggi di Van Amsterdam è stata impostata una metodologia per stimare gli effetti e le conseguenze globali negative che sostanze diverse hanno sulla salute: questi possono essere quantificati attraverso gli indici FUS - Frequency of Use Score e PDS-Poly-Drug Score, che definiscono, rispettivamente, la frequenza globale del consumo delle sostanze e la misura del danno globale che l'assunzione di queste provoca allo stato di salute. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS è dato dalla somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze consumate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam.

**CONSEGUENZE SOCIO SANITARIE RICONDUCEBILI AL CONSUMO DI SOSTANZE AD ALTO RISCHIO TRA I MINORI E I GIOVANI: UN FOCUS SU ALCUNI ASPETTI SPECIFICI**

Per "uso di sostanze ad alto rischio", così come definito dall'Osservatorio Europeo EMCDDA, si intende l'uso ricorrente di droga che provoca danni reali (conseguenze negative) alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi sanitari, psicologici o sociali) o che espone la persona al rischio di riportare con alta probabilità tali danni.

Si tratta quindi di utilizzatori di droghe con problemi di salute causati del consumo frequente di droghe e dal poliuso, ma anche di coloro che, per finanziare il proprio uso, commettono azioni criminali.

In questo paragrafo viene presentato un focus su alcuni aspetti e comportamenti dei minori riconducibili all'uso ad alto rischio di sostanze,

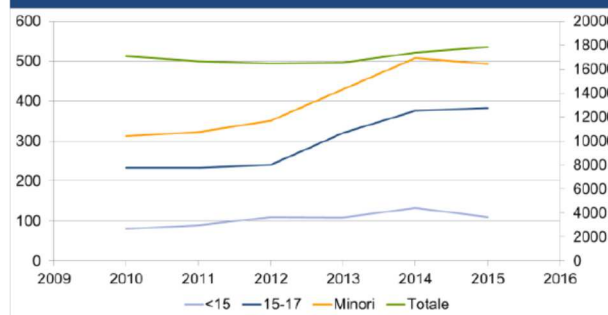
soprattutto per quanto riguarda le tendenze negli ultimi anni.

**Ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie droga-correlate**

I dati forniti dall'ISTAT sulle dimissioni ospedaliere relative a ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie droga-correlate forniscono altre informazioni importanti in merito alle conseguenze sanitarie dell'uso ad alto rischio di sostanze. Di seguito viene analizzato il dato più recente messo a disposizione dall'ISTAT.

La figura mostra sull'asse destro il totale dei ricoveri di qualunque età e sull'asse sinistro i ricoveri riguardanti i minori. L'andamento dei ricoveri globali è poco crescente nel periodo considerato (+4%), mentre gli andamenti relativi ai minori mostrano un aumento considerevole (<15 anni: +37,5%; 15-17anni: +65%; Minori: +58%). L'aumento percentuale dei minori dal 2013 al 2015 è del 24%.

Fig. 3.2.1 Dimissioni relative a ricoveri correlati con l'uso di sostanze (minori sull'asse sinistro, totale sull'asse destro). Anni 2009 - 2015



Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

La tabella mostra un aumento della percentuale di ricoveri per ogni sostanza tra il 2010 e il 2015, soprattutto per gli oppiacei e la cocaina.

Tab. 3.2.1 Percentuali di ricoveri di minori per sostanza ed età. Anni 2010 e 2015

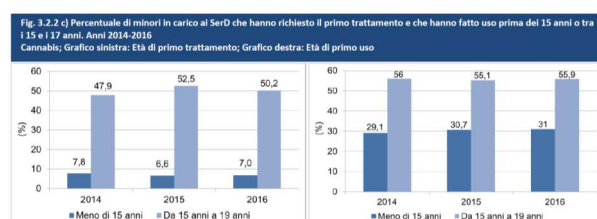
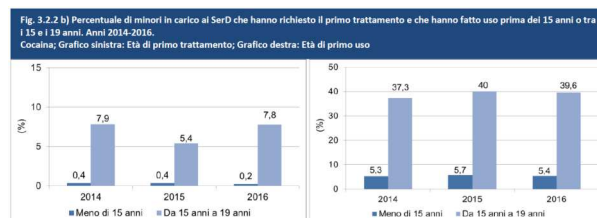
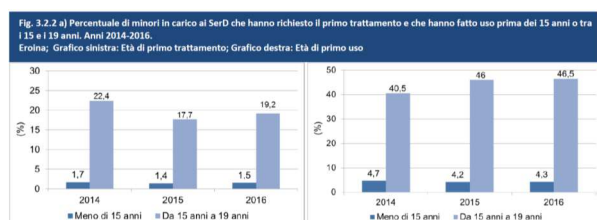
Anni	2010		2015	
	Età			
	<15	15-17	<15	15-17
<b>Cannabis</b>	0,43	5,06	0,83	6,06
<b>Cocaina</b>	0,11	0,74	0,23	0,86
<b>Oppiacei</b>	0,12	0,53	0,28	0,54

Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

## I minori in carico ai SerD

Dai dati forniti dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome sui soggetti tossicodipendenti in carico ai SerD è possibile dedurre il coinvolgimento dei minori nell'uso a rischio di sostanze con danni per la salute tanto gravi da ricorrere alla terapia. La figura mostra l'andamento negli ultimi 3 anni dell'età di primo uso di sostanze e dell'età di primo trattamento.

Gli andamenti sono sostanzialmente costanti negli ultimi 3 anni considerati e mostrano come ci sia un ritardo tra l'inizio di uso di sostanze e l'inizio di terapia di diversi anni. Le percentuali di minori relative all'inizio di terapia sono, infatti, più basse di quelle relative al primo uso.



## Denunce per reati droga correlati

I dati del Ministero dell'Interno - DCSA riguardanti i minori denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga correlati sono riportati nella tabella che segue.

I dati mostrano un andamento crescente delle denunce di minori per 100 operazioni.

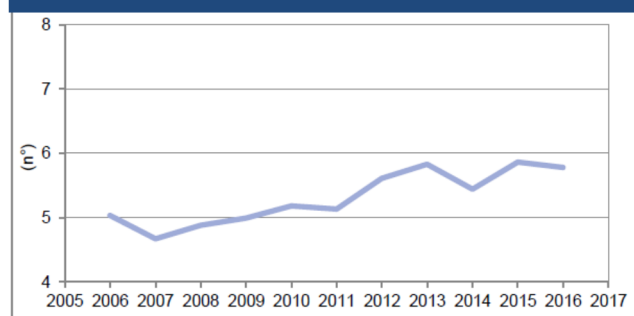
L'aumento sul periodo considerato è pari al 16%.

**Tab. 3.2.2 Numero di operazioni, numero di denunce di minori e numero di denunce per 100 operazioni. Anni 2006 - 2016**

Anno	Numero di operazioni	Denunce di minori	Denunce di minori per 100 operazioni
2006	20.776	1.046	5,03
2007	22.166	1.036	4,67
2008	23.179	1.132	4,88
2009	23.316	1.164	4,99
2010	22.193	1.149	5,18
2011	23.272	1.193	5,13
2012	22.826	1.281	5,61
2013	21.864	1.275	5,83
2014	19.449	1.058	5,44
2015	19.290	1.131	5,86
2016	23.734	1.372	5,78

Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

**Fig. 3.2.3 Numero di denunce di minori per 100 operazioni. Anni 2006 - 2016**



Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

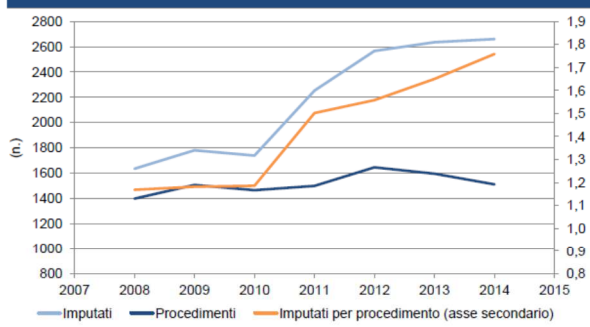
## Procedimenti giudiziari per art. 73 del DPR 309/90

Il Ministero della Giustizia è in possesso di informazioni relative ai procedimenti giudiziari aperti ogni anno per art. 73 DPR 309/90. Per questo paragrafo sono stati utilizzati i dati forniti dall'ISTAT sui procedimenti giudiziari a carico dei minori, aggiornati fino al 2014.

Nella Figura 3.2.4 sono riportati gli andamenti dal 2008 al 2014 del numero di procedimenti a carico di minori per art. 73 DPR 309/90 aperti nell'anno, del numero di imputati coinvolti e del numero medio di imputati per procedimento (scala riportata sull'asse secondario del grafico, a destra).

Il numero di procedimenti dal 2008 al 2014 è aumentato di oltre l'8%, il numero di imputati del 63% e il numero di imputati per procedimento del 50%.

**Fig.3.2.4** Numero di procedimenti aperti a carico di minori per art. 73 del DPR 309/90, numero di minori imputati e numero di imputati minori per procedimento (asse secondario a destra)



Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

**Art. 73 DPR 309/90**

Punisce il reato di "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope".

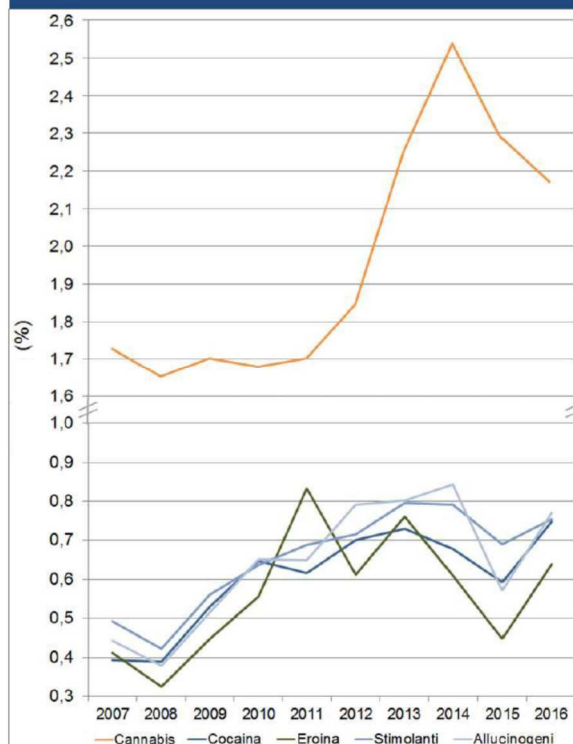
**L'uso frequente di sostanze nella popolazione studentesca**

Attraverso lo studio ESPAD®, condotto dall'istituto di Fisiologia Clinica del CNR, sono stati rilevati dati sulla popolazione studentesca di 15-19 anni che ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio ed è stata rilevata la percentuale di utilizzatori frequenti di sostanze, definiti come consumatori di cannabis che hanno consumato almeno 20 volte nei 30 giorni antecedenti lo studio e, per le altre sostanze, almeno 10 volte.

La Figura 3.2.5 riporta l'andamento delle percentuali di utilizzatori per sostanza.

Come si può osservare, tutte le curve sono mediamente crescenti nel periodo considerato soprattutto per le sostanze come la cocaina e l'eroina, ma anche per gli stimolanti e gli allucinogeni.

**Fig. 3.2.5** Percentuali di consumo frequente nei minori (15-17 anni) negli ultimi 30 giorni per sostanza. Anni 2007 - 2016



Fonte: CNR



### 3. LA DIFFUSIONE DEI CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

#### I Consumi di sostanze psicoattive nella Popolazione generale (IP SAD®Italia) <sup>4</sup>

In Emilia-Romagna la cannabis è stata la sostanza psicoattiva illegale maggiormente sperimentata dalla popolazione 15-65enne.

Il 33,6% dei soggetti l'ha utilizzata almeno una volta nella vita (*Lifetime*), contro l'8,1% che ha utilizzato cocaina, il 4,5% stimolanti, il 3,9% allucinogeni e il 2,2% oppiacei.

Più alti risultano i valori del consumo Lifetime delle sostanze lecite, quali alcol (92,3%) e tabacco (62,8%). In generale risulta che i cittadini emiliano-romagnoli sono lievemente più esposti all'uso di sostanze rispetto alla media nazionale, soprattutto per i cannabinoidi, gli allucinogeni e i stimolanti.

Tab. 1. Prevalenza nella vita (*Lifetime*) popolazione 15-64enne, confronto Italia-Emilia Romagna

Sostanza/comportamenti	Italia			Emilia-Romagna		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Alcol	96,0	87,3	91,6	96,6	88,0	92,3
Sigarette	64,8	59,6	62,2	65,1	60,6	62,8
Cannabinoidi	38,6	25,4	31,9	40,1	27,1	33,6
Cocaina (totale, incluso crack)	10,5	4,6	7,6	10,3	6,0	8,1
Oppiacei (totale)	2,8	1,3	2,0	2,7	1,7	2,2
Allucinogeni (totale)	5,5	1,8	3,7	5,3	2,5	3,9
Stimolanti (totale)	5,4	3,0	4,2	5,0	4,1	4,5
Azzardo	55,7	30,3	42,9	52,5	24,1	36,2

Fonte: IP SAD®Italia 2013-2014

Relativamente all'uso di sostanze negli ultimi 12 mesi in Emilia-Romagna (*prevalenza Last Year*), si rileva una diminuzione del consumo delle sostanze legali tra il periodo 2007-2008 e 2013-2014: l'alcol passa dall'84,3% all'83,5%, il tabacco dal 35,3% al 30,7%.

Il calo riguarda prevalentemente le femmine; un calo rilevante (-5,4% nei due periodi) del consumo di cannabis, sia per le femmine sia per i maschi, mentre meno evidenti sono i cali delle altre sostanze illegali; non vi sono

sostanziali differenze con i valori medi nazionali.

I valori cambiano in modo significativo considerando la sola popolazione 15-34enne: diminuisce il consumo di sostanze nel corso degli ultimi 12 mesi, soprattutto per le sostanze legali come alcol (-1,3%) e tabacco (-6,2%); diminuisce anche il consumo di alcune sostanze illegali, quali cannabinoidi (-1,1%) e cocaina (-1,2%). In base ai dati sopra riportati, è possibile stimare il numero di persone che ha sperimentato negli ultimi 12 mesi per almeno una volta l'uso di sostanze: più di 800 mila hanno fumato tabacco, 26 mila hanno consumato cannabis, 50 mila cocaina, 25 mila oppiacei, 29 mila stimolanti e 19 mila allucinogeni. Buona parte di questo uso lo si deve attribuire a giovani di età compresa tra ai 15 e i 34 anni.

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo si rileva che il 22,7% dei cittadini emiliano-romagnoli è coinvolto nel fenomeno; sono prevalentemente maschi (33,2% del totale dei maschi residenti), mentre le femmine sono il 15% del totale delle residenti. In questo ambito i cittadini emiliano-romagnoli sono meno coinvolti rispetto al dato nazionale (-4,1%). Il 3,3% ha un comportamento di gioco definito come a rischio moderato e un altro 1,1% presenta le caratteristiche della dipendenza.

#### I Consumi di sostanze psicoattive nella Popolazione studentesca (ESPAD®Italia)

Tra i giovani studenti (15-19 anni) vi è un'ampia diffusione di sostanze psicotrope. Il 26,6% di essi ha sperimentato almeno una volta nella vita cannabis, con una prevalenza molto simile negli ultimi 12 mesi (24,0%), il 58,4% ha fumato tabacco. Per molte sostanze

<sup>4</sup> DGR 2307/2016, Programma Regionale Dipendenze Patologiche. Obiettivi per il triennio 2017-2019

vi è un uso elevato almeno una volta nella vita: 4,0% per la cocaina, 4,0% allucinogeni e 4,4% per gli stimolanti. Permane una quota elevata di giovani che ha usato cocaina nell'ultimo anno (2,8%) o negli ultimi 30 giorni (1,7%).

Tab. 2. Prevalenza dell'uso/comportamento nella vita (Lifetime), negli ultimi 12 mesi (Last year) e 30 giorni nella popolazione 15-19enne dell'Emilia-Romagna (%)

	Prevalenza nella vita (%)	Prevalenza ultimi 12 mesi (%)	Prevalenza ultimi 30 giorni (%)
1. cannabis	31,6	25,7	16,2
2. cocaina (totale)	3,8	2,6	1,7
3. eroina (totale)	1,5	1,2	1,1
4. allucinogeni (totale)	4,1	2,8	1,7
5. stimolanti (totale)	4,1	2,8	1,9
6. alcol	87,7	80,4	63,8
7. tabacco	58,9	22,5	
8. psicofarmaci	18,4	10,0	5,9
9. binge drinking (30gg)		32,4	
9. Gioco azzardo		32,2	

Fonte: ESPAD\*Italia 2014

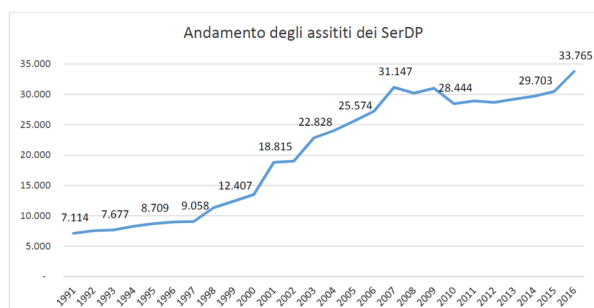
## La domanda di trattamento per Disturbo da Uso di Sostanze

L'utenza complessiva che ha avuto accesso ai servizi per le dipendenze della regione Emilia-Romagna nel corso degli anni è aumentata passando da **26.201 del 2010 a 31.922 del 2016 con un incremento di periodo del 22%**. Le motivazioni dell'incremento sono perlopiù attribuibili all'oggettivo aumento degli accessi dei giovani consumatori e per le aree problematiche gioco d'azzardo.

Tab. 3 Trend Utenti totali

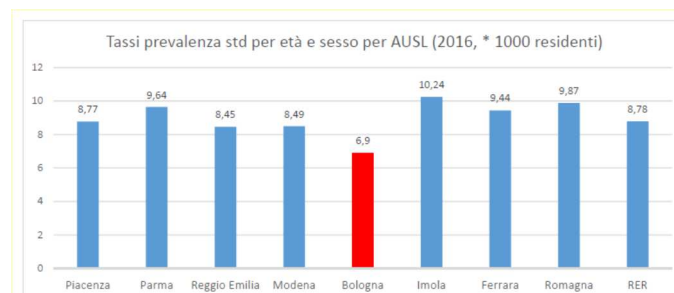
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piacenza	1.733	1.922	1.930	1.835	2.012	2.052	2.352
Parma	2.730	2.701	2.836	2.900	2.881	3.012	3.370
Reggio Emilia	2.622	2.591	2.397	2.698	2.757	3.052	3.481
Modena	3.915	3.871	3.908	4.054	4.115	4.044	4.863
Bologna	4.742	4.833	4.847	5.077	5.349	5.424	5.413
Imola	999	1.077	922	979	961	936	1.074
Ferrara	2.325	2.313	2.281	2.114	2.095	2.132	2.421
Romagna	7.988	8.150	8.012	8.026	7.849	7.840	8.511
RER	27.054	27.458	27.133	27.683	28.019	28.492	31.485

Tab. 4 Trend degli assistiti nel periodo 1991 - 2016



Tab. 5 Tassi di prevalenza standardizzati

AUSL residenza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piacenza	7,33	7,63	7,84	7,21	7,70	7,82	8,77
Parma	7,45	7,34	8,04	8,53	8,07	8,46	9,64
Reggio Emilia	6,21	5,90	5,83	6,70	6,75	7,13	8,45
Modena	7,25	7,05	7,35	7,37	7,32	7,14	8,49
Bologna	6,14	6,10	6,19	6,55	6,39	6,85	6,9
Imola	9,85	10,09	9,76	10,09	9,83	8,58	10,24
Ferrara	8,52	8,39	8,45	8,16	7,83	8,22	9,44
Romagna	8,55	8,76	8,95	9,11	9,02	9,04	9,87
RER	7,45	7,43	7,61	7,83	7,72	7,87	8,78



L'utenza dei SerD è caratterizzata da una forte mobilità intra-regionale ed extra regionale. Nel 2016, 5710 assistiti (pari al 16,2%) è costituita da **non residenti**, provenienti sia da SerD extra regionali, per continuità terapeutica o attività lavorativa, sia soprattutto dal carcere. La popolazione detenuta costituisce una parte rilevante dell'utenza complessiva. In particolare i non residenti hanno un impatto molto rilevante su alcuni servizi.

Allo stesso modo varia la **prevalenza** nei Servizi per le dipendenze, a prescindere dalla problematica presentata. Nel 2016 l'8,78‰ dei residenti ha avuto accesso ai SerD, mantenendo sostanzialmente lo stesso livello degli anni precedenti, ma con consistenti differenze tra AUSL. Le prevalenze maggiori si riscontrano a Imola (10,24‰) e nell'AUSL della Romagna (9,87‰), le più basse a Bologna (6,9‰). Il dato bolognese è in parte da attribuire al forte impatto dei non residenti.

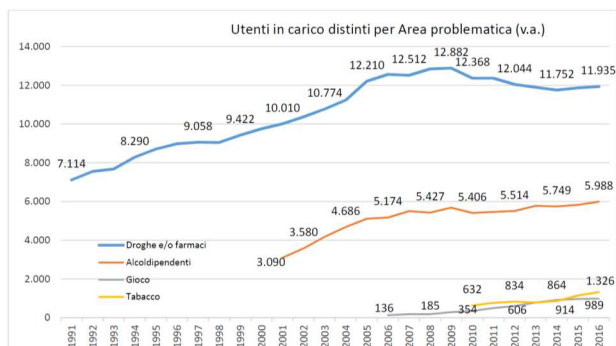
Nel corso degli anni l'utenza dei SerD si è sostanzialmente modificata. Da servizi prevalentemente impostati alla cura delle dipendenze da eroina negli anni '90 i SerD sono diventati servizi attuali che trattano le dipendenze da sostanze legali ed illegali e le

dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico.

Le differenze si riscontrano sia nella tipologia di utenza, sia soprattutto dal punto di vista quantitativo. Alle problematiche di dipendenza da oppiacei se ne sono aggiunte altre. Nel 1991 l'utenza complessiva dei SerT era di 7.112 persone, di cui 6.918 (pari a 90,3%) con dipendenza primaria da eroina; nel 2016 gli eroinomani in carico nei SerD sono stati 8.322, pari al 66% del totale dell'utenza in trattamento.

Nel **2016 l'utenza in carico** ai SerD con un programma terapeutico è composta da:

- 11.935 utenti dell'area problematica **droghe**, pari al 59% del totale dell'utenza;
- 5.988 utenti dell'area problematica **alcol**, pari al 10% del totale;
- 1.326 utenti dell'area problematica **tabacco**, pari al 6,6% del totale;
- 989 utenti dell'area problematica **gioco d'azzardo**, pari al 4,9% del totale.

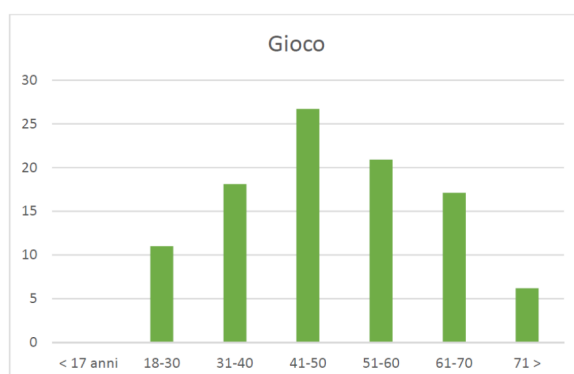
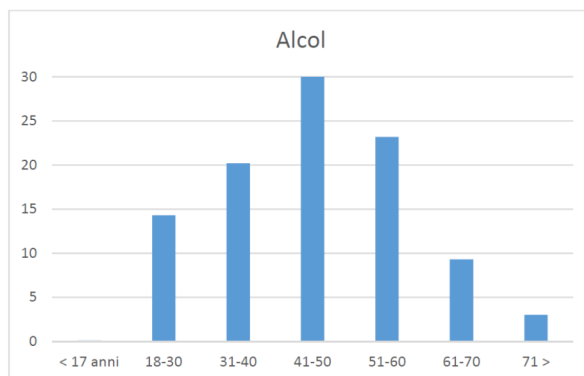
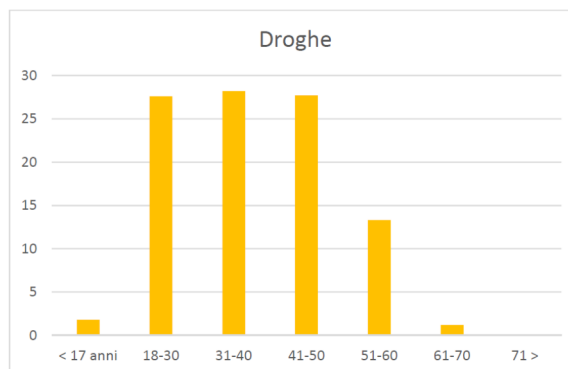


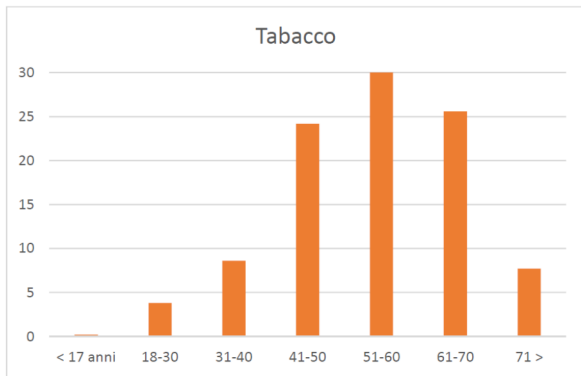
### Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza

L'uso di sostanze psicotrope o le dipendenze in generale hanno effetti rilevanti sul deterioramento/modificazione delle condizioni sociali, sanitarie, relazionali, familiari, lavorative o personali degli utenti dei servizi. Aumenta sempre più l'età media: considerando solo gli utenti in carico con oltre

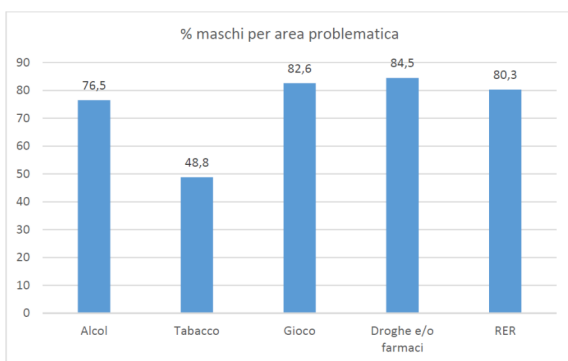
51 anni emerge che rappresenta il 25% del totale.

Le età medie sono elevata: 47,7 anni per l'alcol, 52,4 anni per il tabacco, il 47,7 anni per il gioco e 36,1 anni per le droghe.





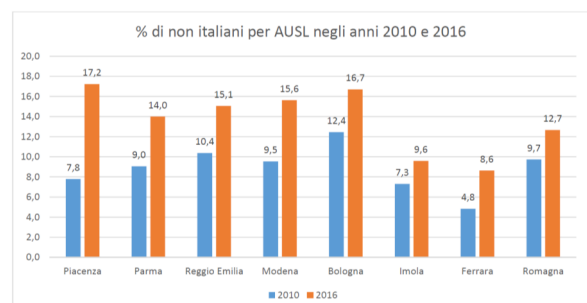
I dati epidemiologici relativi agli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze per uso di droghe mostrano che i maschi rappresentano in media i  $\frac{3}{4}$  dell'utenza complessiva, proprio perché in generale consumano più sostanze rispetto alle femmine. Nel corso degli anni si è progressivamente assistito ad un calo della quota di donne che accedono ai SerD, con un progressivo allineamento alle tendenze del quadro epidemiologico nazionale. La quota di maschi sul totale varia a seconda dell'area problematica: 76,5% per l'alcol, 82,6% per il gioco, l'84,5% per le droghe e il valore più basso per il tabacco: 48,8%.



La scarsa attrattività nei confronti della popolazione femminile va affrontata con nuove strategie che tengano conto delle differenze di genere. I percorsi ambulatoriali presso i SerD sono ben strutturati per affrontare i temi della dipendenza tossicologica, del sostegno psico-educativo ed anche del sostegno alla maternità e alla

genitorialità, ma sono carenti i percorsi ambulatoriali di sostegno psicologico e psicoterapico di genere. La dipendenza femminile infatti è spesso nascosta, il quadro psicopatologico è spesso più grave di quello maschile, c'è molta contiguità tra abuso di sostanza e disturbi del comportamento alimentare, i disturbi gravi di personalità hanno caratteristiche specifiche, le donne soffrono spesso a causa di traumi subiti a seguito di abusi, violenze psicologiche e/o fisiche.

Le persone con nazionalità straniera sono divenute una realtà significativa non solo nella popolazione generale, ma anche tra l'utenza che accede ai Servizi per le dipendenze della regione: il fenomeno risulta essere in costante e rilevante crescita. L'accesso dei cittadini non italiani nel periodo 2010-2016 è cresciuto del 76%, passando da 2.665 soggetti del 2010 a 4.706 del 2016. I dati mostrano un trend in crescita che non avrà soluzione di continuità negli anni futuri.

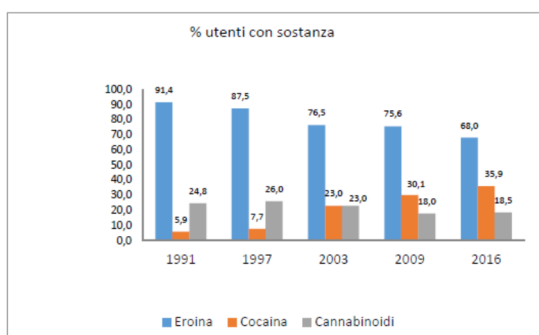


### Accesso ai Servizi

Seguono le segnalazioni da parte della Prefettura per l'art. 121 e l'art. 75 (7,5% e 4,1%). L'invio è fortemente mediato dalla tipologia di area problematica. Per l'area droghe sono prevalenti gli accessi autonomi (16,7%), gli invii da altri SerD (12,1%) per la continuità terapeutica o dal carcere (10,7%), dalla Commissione medica legale per violazione dell'art. 187 (1,2%) e dalle unità di strada (0,2%), per l'area alcool sono prevalenti gli invii dalla Commissione medica legale per violazione dell'art. 186 (27,3%), dai Servizi di salute mentale adulti (2,9%) o dai Servizi ospedalieri (3%), mentre per il gioco è significativo l'accesso mediato da un familiare (1,7%) e per il tabacco è molto rilevante l'invio da parte dei medici di famiglia (4,3%).

### Le sostanze d'abuso

Le sostanze d'abuso tra gli utenti tossicodipendenti in carico si sono modificate nel corso del tempo sia in termini di tipologia, sia nelle modalità d'uso. La maggior parte degli utenti SerD sono persone con un consumo di stupefacenti per via parenterale oppure un consumo regolare di oppiacei e cocaina. La maggior parte delle dipendenze è dovuta al consumo di tre sostanze: eroina, cocaina e cannabis. Gli utenti dei SerD sono spesso policonsumatori. Nel 2016 il 68% dei pazienti ha utilizzato l'eroina, il 35% la cocaina e il 18% i cannabinoidi.

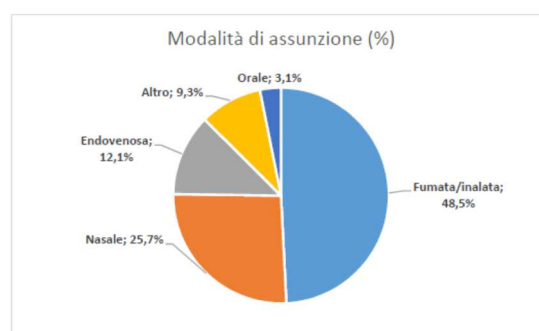


Nel corso del tempo l'eroina ha visto un progressivo calo in termini relativi (dal 91,4% del 1991 al 68%), ma non in termini assoluti

dove invece si individua un aumento dell'utenza con questa forma di dipendenza; al contrario vi è stato un incremento della cocaina: gli utenti erano il 5,9% nel 1991, il 23% nel 2003 e sono stati il 35% nel 2016.

Per i nuovi utenti lo scenario è molto differente:

- la dipendenza da cocaina riguarda il 33% dei nuovi utenti assunta per lo più per via nasale (ma qualcuno la fuma o la inietta);
- l'eroina segue a breve distanza con il 34%, principalmente fumata (circa il 50%); l'assunzione per via iniettiva è la seconda modalità più frequente tra i nuovi casi con circa il 35%;
- il 23% dei nuovi utenti ha un consumo problematico di cannabis.



### Le Unità di strada e le strutture a bassa soglia

Gli interventi di riduzione dei rischi legati al consumo di sostanze vengono svolti da 25 Unità di Strada nei luoghi del divertimento della regione. Gli interventi di riduzione del danno rivolte ai tossicodipendenti attivi sono svolti da 5 Unità di strada, da 3 Strutture a bassa soglia di accesso (Drop In) di Parma, Reggio Emilia e Modena e dall'Unità Mobile di Bologna. Nel 2016 le Unità di strada hanno contattato 78.101 persone con un aumento di oltre 10.000 contatti rispetto all'anno precedente. I contatti nell'ambito della riduzione del danno sono stati 24.454, con un aumento del 95% rispetto all'anno precedente. Sempre nel 2016 sono stati effettuati 16.632 alcoltest; e distribuiti 37.121



profilattici. Continua ad essere in aumento il numero di siringhe distribuite (39.136) in gran parte dovuto all'Unità mobile di Bologna e ritirate 35.452. Sono state consegnate 376 fiale di Narcan. Gli utenti dei Drop-in sono stati 682 con una media giornaliera di accessi di 38 persone.

### **Il Sistema dei Servizi**

Le sostanze illegali continuano ad essere facilmente reperibili ed accessibili, e questo contribuisce alla considerazione del consumo di sostanze come consumo "normale" e le sostanze illegali sono considerate beni di consumo al pari degli altri. I giovani, in particolare, spesso non percepiscono i rischi legati agli stili di consumo.

Il consumo di alcol e di altre sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti da stupefacenti) sia indirettamente in seguito a problemi sanitari, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo.

Le caratteristiche degli stili di consumo confermano la necessità di organizzare un sistema di interventi prossimi alla domanda, flessibili e destigmatizzanti.

Il sistema della cura deve avere un approccio pro-attivo, sensibile ai bisogni del paziente e disponibile all'intervento sulla rete sociale, in grado di favorire uno scambio ed un confronto tra i professionisti, privilegiando le competenze e di pratiche riabilitative basate sulle evidenze scientifiche.

Il SerD è collettore dei fabbisogni di promozione della salute e di cura nei diversi contesti. A tali bisogni risponde attraverso percorsi integrati con i servizi del DSM-DP, con i Servizi Sociali e con il Privato sociale.

Le soluzioni organizzative da adottare per l'attuazione dei percorsi di cura devono superare la logica del servizio a favore della trasversalità, dell'integrazione delle competenze e della condivisione degli interventi, prevedendo specifiche modalità di collaborazione tra i diversi servizi e soggetti che fanno parte del sistema e che concorrono alla realizzazione degli interventi. La promozione della salute dei consumatori e la cura delle dipendenze competono al sistema dei servizi composto dai Servizi per le Dipendenze Patologiche, in quanto servizi specialistici, dagli altri servizi sanitari coinvolti, dai Comuni e dai loro servizi territoriali, dai servizi di strada e a bassa soglia, dagli Enti accreditati e dal Volontariato che collaborano all'attuazione degli interventi di cura. La collaborazione con gli Enti Accreditati si è arricchita e modificata negli anni, ha superato la logica stretta della fornitura e si è diretta verso la possibilità di discutere sui bisogni territoriali e sulle necessità di rimodulazione delle offerte.

## 4. IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS) NELLA PROVINCIA DI FERRARA

### Disturbo da uso di sostanze (DUS)<sup>5</sup>

Il DSM V raggruppa 11 classi di disturbi correlati a sostanze: alcool, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi/ipnotici/ansiolitici, stimolanti, tabacco, altre sostanze, non correlati a sostanze (gambling)<sup>6</sup>.

Alla lista dei sintomi è stato aggiunto il **craving** (forte desiderio di utilizzare la droga), mentre è stato eliminato il criterio riguardante i problemi legali ricorrenti, a causa della difficile applicazione a livello internazionale. Nel complesso, è stata aumentata la soglia del numero di criteri da soddisfare per porre diagnosi di disturbo da uso di sostanze: mentre nella versione precedente era richiesto un solo sintomo per la diagnosi di abuso, nel DSM-V per un disturbo da uso di sostanze è richiesta la presenza, per un periodo di 12 mesi, di almeno due sintomi. Nel manuale sono stati inoltre aggiunti il disturbo da uso di tabacco ed i criteri per l'astinenza da cannabis e da caffeina. Infine, nella stessa categoria dei disturbi da uso di sostanze, compare per la prima volta, il disturbo da gioco d'azzardo (gambling), indicato come unica condizione di una nuova categoria di dipendenze comportamentali, classificato nelle precedenti edizioni del DSM, come disturbo del controllo degli impulsi. Questo cambiamento riflette la crescente e consistente evidenza che alcuni comportamenti, come il gambling, attivano il sistema di ricompensa del cervello, con effetti simili a quelli delle droghe e che i sintomi del disturbo da gioco d'azzardo assomigliano in una certa misura a quelli dei disturbi da uso di sostanze<sup>7</sup>.

I criteri diagnostici per effettuare la diagnosi di disturbo da uso di tabacco prevedono un pattern problematico dell'uso di tabacco che determina un distress o un danno significativo dal punto di vista clinico e che sia caratterizzato da almeno 2 sintomi per un periodo di 12 mesi. I sintomi di riferimento sono: assunzione in quantità o in durata maggiori di quanto previsto; desiderio persistente o incapacità di cessare; una grande quantità di tempo viene spesa per procurarsi il tabacco; presenza di craving; l'uso di tabacco fa sì che non si riesca a funzionare

in modo adeguato sul lavoro, a casa o a scuola; l'uso del tabacco viene perpetrato nonostante provochi problemi sociali o interpersonali; importanti attività sociali, lavorative o ricreative sono state cessate o ridotte a causa dell'uso del tabacco; si ha un utilizzo ricorrente del tabacco in situazioni a rischio; l'uso del tabacco viene perpetrato nonostante la consapevolezza che stia creando o esacerbando problemi fisici o psicologici; presenza di tolleranza; presenza di segni e sintomi astinenziali.

L'abuso si configura quando la sostanza viene utilizzata attraverso una modalità patologica, caratterizzata da segni di intossicazione, dall'incapacità a interrompere l'uso nonostante la presenza di problemi sociali, interpersonali o legali causati dagli effetti della sostanza con conseguente compromissione delle attività sociali e professionali. Il disturbo deve essere presente periodicamente durante un periodo di dodici mesi. L'intossicazione si ha per esposizione o ingestione recente di una sostanza, è reversibile ed è specifica per ogni composto e correlata al dosaggio, alla durata dell'esposizione alla sostanza e alla tolleranza del soggetto. Si caratterizza per la comparsa di modificazioni comportamentali quali alterazioni dell'umore, del pensiero, delle percezioni, della vigilanza, dell'attenzione, dell'attività psicomotoria, della capacità critica e del funzionamento sociale e lavorativo.

I quadri di vera e propria dipendenza sono condizionati, invece, dalla presenza dei fenomeni di tolleranza, astinenza, comportamento compulsivo di assunzione della sostanza di abuso (craving) e comportamento recidivante (ricaduta nell'uso della sostanza).

Per **tolleranza** si intende la necessità di aumentare le dosi per ottenere lo stesso effetto farmacologico. Gli esatti meccanismi con cui la tolleranza si instaura non sono completamente conosciuti e differiscono da sostanza a sostanza, ma certamente la tolleranza riflette gli adattamenti omeostatici che l'organismo mette in atto per contrastare gli effetti della sostanza.

Mentre la tolleranza riflette i meccanismi di compenso dell'organismo nei confronti degli effetti della sostanza, l'**astinenza** riflette questi stessi

<sup>5</sup> Azienda Usl di Ferrara, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Relazione annuale

<sup>6</sup> Al Leshner, Drug abuse and addiction treatment research: the next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

<sup>7</sup> DSM IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005.

processi adattivi nel momento in cui non sono contrastati dalla presenza della sostanza. I depressori del SNC, come alcool, oppiacei, barbiturici, determinano sintomi fisici d'astinenza che riflettono l'ipersensibilità compensatoria del SNC. L'astinenza da stimolanti del SNC, come nicotina, cocaina e amfetamine, riflette la generale ipoeccitabilità del SNC secondaria all'iperstimolazione cronica da parte di queste sostanze.

Si definisce **dipendenza** l'assunzione persistente di sostanze allo scopo di prevenire o diminuire i sintomi d'astinenza fisici o psichici. La definizione di dipendenza include i fenomeni della tolleranza e dell'astinenza, ma contiene una ulteriore componente comportamentale (craving). La dipendenza fisica si riferisce alla tolleranza fisica e ai sintomi astinenziali. Sono stati scoperti alcuni meccanismi molecolari che permettono ai neuroni un adattamento intracellulare che induce dipendenza.

Il concetto di dipendenza psicologica si riferisce a quei sintomi "non fisici" che si manifestano alla sospensione dell'uso di sostanze, incluso il craving, l'agitazione, l'ansia e la depressione. L'assunzione della sostanza allevia i sintomi astinenziali, sia fisici che psichici e produce un innalzamento dell'umore, a meno che l'individuo non sia molto tollerante. L'introduzione del concetto di dipendenza psicologica permette di attribuire anche a quelle classi di sostanze prive di una pronunciata astinenza fisica, come la cocaina, il fenomeno della dipendenza. Comunque, sia la dipendenza fisica che psicologica sono sostenute da meccanismi biologici. Si definisce addiction una modalità compulsiva e incontrollata di assunzione di una sostanza nonostante le sue conseguenze sfavorevoli. La definizione di addiction comprende i concetti di tolleranza e dipendenza ma altri importanti aspetti la caratterizzano: preoccupazione per l'acquisizione della sostanza, uso compulsivo, perdita di controllo, forte rischio di ricaduta e diniego della condizione di dipendenza.

#### **Criteri diagnostici per il Disturbo da Uso da Sostanze nel DSM-5**

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;

2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;

3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;

4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;

5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;

6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;

7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;

8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;

9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;

10) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;

11) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche); b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

#### **Il DSM V: verso un migliore approccio dimensionale alla diagnosi**

Per far fronte alla condizione di "eterogeneità" dei sintomi contemporanei e al conseguente alto livello di comorbidità diagnostica il DSM V pone molta attenzione alla valutazione dimensionale del sintomo. Come? Attraverso una più attenta focalizzazione su determinati indicatori clinici:

Condivisione di substrati neurali, Caratteristiche familiari, Fattori di rischio genetici, Specifici fattori di rischio ambientali comorbidità, Marker biologici Antecedenti temperamentali risposta al trattamento, Similarità dei sintomi, Decorso della malattia.

## Utenti che si sono rivolti ai Servizi Dipendenze Patologiche

Negli ultimi 4 anni, nella provincia di Ferrara, le persone che si sono rivolte ai servizi sanitari per problemi legati al consumo problematico o alla dipendenza da stupefacenti o sostanze psicoattive sono passate da 2.114 a **2.421 con un incremento di periodo del 14,5%**.

Il fenomeno del consumo problematico e della dipendenza da sostanze 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.

Utenti totali che si sono rivolti ai SerD distinti per Ausl

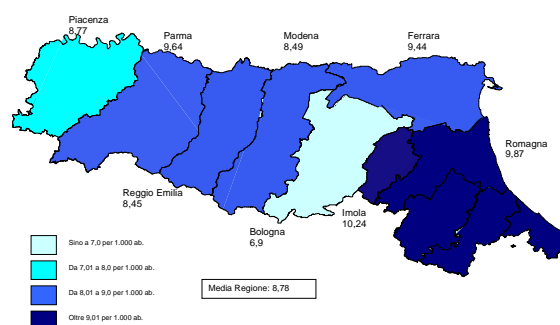
	2013	2014	2015	2016	Variazione % 2016/2015
Piacenza	1.835	2.022	2.069	2.352	+13,7%
Parma	2.900	2.898	3.029	3.370	+11,3%
Reggio Emilia	2.698	2.768	3.070	3.481	+13,4%
Modena	4.054	4.147	4.076	4.863	+19,3%
Bologna	5.077	5.435	5.520	5.413	-1,9%
Imola	979	962	936	1.074	+14,7%
<b>Ferrara</b>	<b>2.114</b>	<b>2.102</b>	<b>2.140</b>	<b>2.421</b>	<b>+13,1%</b>
Area Vasta Romagna	8.026	7.903	7.887	8.511	+7,9
<b>Regione Emilia-Romagna</b>	<b>27.683</b>	<b>28.237</b>	<b>28.737</b>	<b>31.485</b>	<b>+9,6%</b>

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

Tassi di prevalenza standardizzato distinti per Ausl \*1.000 abitanti 15-64 anni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piacenza	7,33	7,63	7,84	7,21	7,70	7,82	8,77
Parma	7,45	7,34	8,04	8,53	8,07	8,46	9,64
Reggio Emilia	6,21	5,90	5,83	6,70	6,75	7,13	8,45
Modena	7,25	7,05	7,35	7,37	7,32	7,14	8,49
Bologna	6,14	6,10	6,19	6,55	6,39	6,85	6,9
Imola	9,85	10,09	9,76	10,09	9,83	8,58	10,24
<b>Ferrara</b>	<b>8,52</b>	<b>8,39</b>	<b>8,45</b>	<b>8,16</b>	<b>7,74</b>	<b>8,13</b>	<b>9,44</b>
Area Vasta Romagna	8,55	8,76	8,95	9,11	9,00	9,01	9,87
<b>Regione E-R</b>	<b>7,45</b>	<b>7,43</b>	<b>7,61</b>	<b>7,83</b>	<b>7,72</b>	<b>7,87</b>	<b>8,78</b>

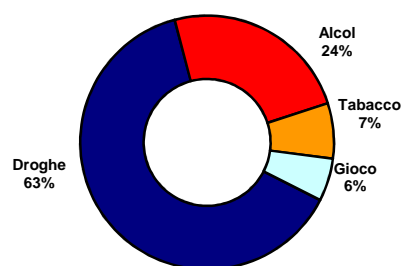
Tassi di prevalenza standardizzati per età e sesso (\*1.000 target 15-64 anni) - Utenza complessiva - Anno 2016



La comparazione tassi di utenza complessiva colloca il territorio ferrarese al di sopra della media regionale, con un tasso standardizzato per età e sesso di 9,44 soggetti con dipendenza patologica ogni 1.000 abitanti contro l'8,78/1.000 della media regionale.

La composizione dell'utenza complessiva che si è rivolta ai servizi per le dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara nell'anno 2016 è la seguente: il 64% presenta un consumo problematico di droghe, il 24% ha un problema legato ad un uso rischioso di alcol, il 7% si è rivolto ai Centri Antifumo per richiedere un trattamento di disassuefazione dal fumo di sigaretta e il 5,5% ha un accesso ai servizi per un problema legato al gioco d'azzardo patologico.

Utenti Totali distinti per area problematica (%)



## 5.1 DROGA – UTENTI IN TRATTAMENTO

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 24 Comuni della provincia di Ferrara<sup>8</sup>.

La **prevalenza** della dipendenza patologica da droga nella popolazione generale vede ai primi posti il distretto **Centro Nord** con un tasso di 4,13 per 1.000 e il distretto **Sud Est** con 3,97 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 2,90 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 3,80 casi ogni 1.000 residenti.

**Tassi di prevalenza dipendenza da droghe (\*1.000 target 15-64 anni) distinti per distretto**

Distretti	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centro Nord	4,39	4,13	4,00	3,89	3,79	3,88	4,13
Sud Est	4,35	4,11	3,98	4,06	3,98	4,28	3,97
Ovest	2,89	2,77	2,84	2,65	2,51	2,74	2,90
<b>Provincia</b>	<b>4,05</b>	<b>3,82</b>	<b>3,74</b>	<b>3,61</b>	<b>3,55</b>	<b>3,74</b>	<b>3,80</b>

I Comuni che nel 2016 registrano un tasso di **prevalenza** del fenomeno nella popolazione residente al di sopra della **media provinciale (3,80/1.000)** sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Berra (5,63/1.000); Tresigallo (6,22/1.000); Copparo (5,14/1.000); Ro (4,73/1.000); Ferrara (4,06/1.000).
- nel **Distretto Sud Est**: Portomaggiore (5,19/1.000); Lagosanto (4,84/1.000); Ostellato (4,57); Fiscaglia (4,68/1.000); Comacchio (4,85/1.000).

**Tassi di prevalenza dipendenza da droghe (\*1.000 target 15-64 anni) distinti per comune di residenza**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ferrara</b>	<b>3,82</b>	<b>3,65</b>	<b>3,61</b>	<b>3,81</b>	<b>4,06</b>
Masi Torello	0,67	0,68	0,00	0,69	0,70
Voghiera	2,56	2,15	2,17	2,21	3,12
<b>Copparo</b>	<b>5,33</b>	<b>5,55</b>	<b>5,36</b>	4,64	<b>5,14</b>
<b>Ro</b>	<b>5,24</b>	<b>4,85</b>	<b>5,54</b>	4,64	<b>4,73</b>
<b>Berra</b>	<b>6,35</b>	<b>4,89</b>	<b>6,71</b>	<b>6,86</b>	<b>5,63</b>
Jolanda di Savoia	3,65	1,59	2,16	2,20	1,13
Formignana	1,14	1,73	2,88	1,17	2,39
<b>Tresigallo</b>	<b>5,97</b>	<b>4,95</b>	<b>4,32</b>	<b>5,43</b>	<b>6,22</b>
<b>Centro Nord</b>	<b>4,00</b>	<b>3,89</b>	<b>3,79</b>	<b>3,88</b>	<b>4,13</b>
<b>Argenta</b>	2,30	2,90	3,32	<b>4,11</b>	2,79
<b>Portomaggiore</b>	<b>5,24</b>	<b>5,78</b>	<b>5,78</b>	<b>5,23</b>	<b>5,19</b>
<b>Ostellato</b>	<b>5,17</b>	<b>4,25</b>	<b>4,35</b>	<b>4,95</b>	<b>4,57</b>
<b>Fiscaglia</b>	<b>4,49</b>	<b>3,74</b>	<b>4,34</b>	<b>4,91</b>	<b>4,68</b>
<b>Comacchio</b>	<b>4,64</b>	<b>4,84</b>	<b>4,60</b>	<b>4,84</b>	<b>4,85</b>
<b>Lagosanto</b>	<b>4,88</b>	<b>4,04</b>	3,44	3,48	<b>4,84</b>
Codigoro	3,69	<b>4,04</b>	2,92	2,71	2,34
Mesola	3,36	3,42	3,00	2,57	3,33
Goro	2,70	2,37	2,82	<b>5,33</b>	3,77
<b>Sud Est</b>	<b>3,98</b>	<b>4,06</b>	<b>3,98</b>	<b>4,28</b>	<b>3,97</b>
<b>Cento</b>	3,1	2,72	2,48	3,06	3,52
S. Agostino	1,28	1,31	1,54	1,13	1,83
Mirabello	2,30	1,91	3,47	3,55	3,08
<b>Bondeno</b>	<b>4,16</b>	<b>4,33</b>	<b>4,00</b>	<b>3,94</b>	2,84
Poggio Renatico	1,28	1,27	1,60	1,43	1,43
Vigarano Mainarda	2,85	2,45	1,64	1,85	2,89
<b>Ovest</b>	<b>2,84</b>	<b>2,65</b>	<b>2,51</b>	<b>2,74</b>	<b>2,90</b>

Per quanto riguarda i **tassi di incidenza** (nuovi utilizzatori) dell'uso di droghe nella popolazione dei tre distretti socio-sanitari, il **Distretto Centro Nord** supera la media provinciale registrando 0,77 soggetti ogni 1.000 residenti; il **Distretto Ovest** si colloca al di sotto dei valori medi con 0,65 tossicodipendenti per 1.000 così come il **Distretto Sud Est** con 0,61 nuovi utenti ogni 1.000 abitanti.



**Tassi di incidenza dipendenza da droghe (\*1.000 target 15-64 anni) distinti per distretto**

Distretti	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centro Nord	0,60	0,51	0,40	0,33	0,58	0,60	0,77
Sud Est	0,71	0,62	0,45	0,56	0,54	0,71	0,61
Ovest	0,54	0,37	0,53	0,38	0,60	0,59	0,65
<b>Provincia</b>	<b>0,62</b>	<b>0,51</b>	<b>0,44</b>	<b>0,40</b>	<b>0,58</b>	<b>0,63</b>	<b>0,70</b>

I Comuni che presentano un tasso di incidenza di uso di droghe che supera la media provinciale (**0,70/1.000**) sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Berra (1,41/1.000); Formignana (1,20/1.000); Tresigallo (1,10/1.000); Ferrara (0,79/1.000); Copparo (0,72/1.000).
- nel **Distretto Sud Est**: Goro (1,26/1.000); Portomaggiore (1,12/1.000); Lagosanto (0,97/1000); Mesola (0,95/1000); Fiscaglia (0,90/1.000).
- nel **Distretto Ovest**: Vigarano Mainarda (1,03/1.000); Cento (1,01/1.000).

**Tassi di incidenza dipendenza da droghe (\*1000 target 15-64 anni) distinti per comune di residenza**

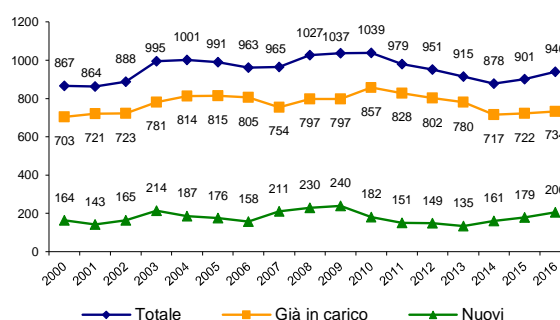
	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ferrara</b>	0,39	0,34	0,47	0,60	<b>0,79</b>
Masi Torello	0,00	<b>0,68</b>	0,00	0,00	0,00
Voghiera	0,43	0,00	0,43	0,44	0,45
<b>Copparo</b>	0,19	0,29	<b>0,89</b>	0,50	<b>0,72</b>
Ro	<b>0,48</b>	0,00	0,50	0,00	0,00
<b>Berra</b>	0,32	0,00	<b>2,69</b>	0,34	<b>1,41</b>
Jolanda di Savoia	<b>0,52</b>	0,00	<b>1,62</b>	<b>1,10</b>	0,00
<b>Formignana</b>	<b>0,57</b>	<b>0,58</b>	0,58	0,00	<b>1,20</b>
<b>Tresigallo</b>	<b>1,05</b>	<b>0,71</b>	<b>0,36</b>	<b>2,17</b>	<b>1,10</b>
<b>Centro Nord</b>	<b>0,40</b>	<b>0,33</b>	<b>0,58</b>	<b>0,60</b>	<b>0,77</b>
Argenta	<b>0,50</b>	<b>0,80</b>	<b>0,66</b>	<b>1,20</b>	0,23
<b>Portomaggiore</b>	0,27	0,40	0,54	0,28	<b>1,12</b>
Ostellato	<b>0,49</b>	<b>0,50</b>	<b>0,77</b>	0,52	0,54
<b>Fiscaglia</b>	<b>0,66</b>	0,34	<b>0,69</b>	0,70	<b>0,90</b>
<b>Comacchio</b>	0,39	<b>0,40</b>	<b>0,27</b>	<b>0,82</b>	0,48
<b>Lagosanto</b>	0,31	0,31	0,00	0,00	<b>0,97</b>
Codigoro	<b>0,51</b>	<b>0,91</b>	0,53	0,14	0,28
<b>Mesola</b>	0,22	0,23	0,46	0,23	<b>0,95</b>
<b>Goro</b>	<b>0,77</b>	<b>0,79</b>	<b>1,61</b>	<b>2,46</b>	<b>1,26</b>
<b>Sud Est</b>	<b>0,45</b>	<b>0,56</b>	<b>0,54</b>	<b>0,71</b>	<b>0,61</b>
<b>Cento</b>	<b>0,65</b>	0,39	0,48	<b>0,70</b>	<b>1,01</b>
S. Agostino	<b>0,85</b>	<b>0,65</b>	<b>0,88</b>	0,45	0,23
Mirabello	<b>0,46</b>	0,00	<b>0,99</b>	0,51	0,51
Bondeno	0,32	<b>0,43</b>	<b>0,67</b>	<b>0,90</b>	0,00
Poggio Renatico	<b>0,48</b>	0,32	<b>0,64</b>	0,16	0,32
<b>Vigarano Mainarda</b>	0,2	0,20	<b>0,62</b>	0,21	<b>1,03</b>
<b>Ovest</b>	<b>0,53</b>	<b>0,38</b>	<b>0,60</b>	<b>0,59</b>	<b>0,65</b>

**Pazienti in trattamento terapeutico**

Nella provincia di Ferrara, nel periodo che va dal 2000 al 2016 si assiste ad un forte incremento della **domanda di trattamento per problemi legati all'uso di droghe** fino al 2010 (n.1039), seguito da un tasso medio decrementale del 4% fino al 2014 (n.878) e una ripresa a partire dal 2015 che si incrementa nel 2016 con 940 pazienti in carico (maschi 84,5%; femmine 15,5%; età media di 38 anni).

Va rilevato che negli ultimi tre anni si registra un forte incremento dei nuovi pazienti uso di droghe, che passano da 135 nel 2013 a 206 nel 2016 con un incremento del 52,6%.

**Pazienti in trattamento per dipendenza patologica da droghe. Periodo 2000-2016**



Le sostanze primarie maggiormente consumate continua ad essere: l'eroina utilizzata da 628 pazienti pari al 73,3%, per il 96,4% con la modalità d'uso endovenoso; la cocaina utilizzata da 123 pazienti pari al 14,4% (3,6% con uso endovenoso); la cannabis utilizzata da 90 pazienti pari al 10,5%.

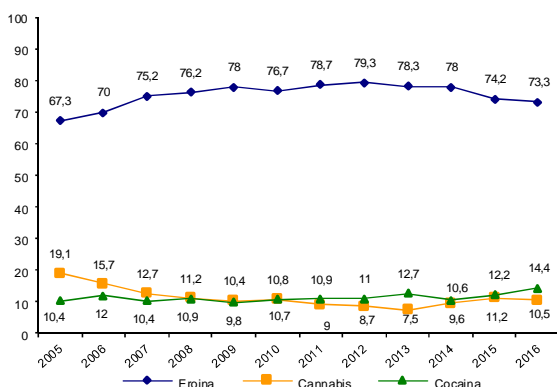
L'analisi temporale del rapporto tra utenti distinti per sostanza primaria e popolazione target segue un trend in leggera decrescita per gli oppioidi (2,90/1.000, associato ad un incremento dei pazienti in trattamento per consumo problematico di cocaina (0,90/1.000) e di cannabinoidi (0,57/1.000).

Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: gli utenti in carico ai SerD sono in prevalenza maschi (M=84,5%; F=15,5%), con un rapporto di 5,4 maschi ogni femmina.

Gli utenti di nazionalità straniera in carico ai Servizi rappresentano il 6,3% dell'utenza complessiva: per la quasi totalità sono maschi con un'età media di 30 anni e provengono

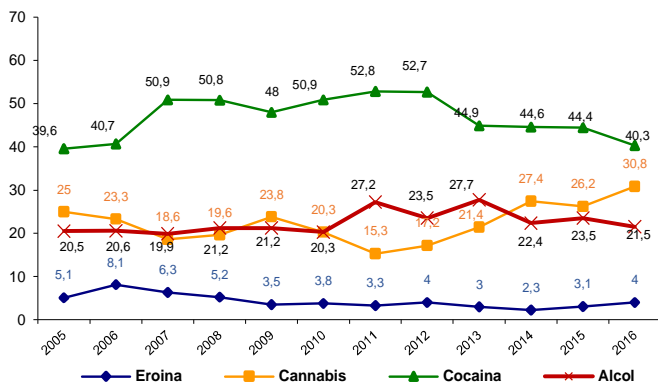
soprattutto dall'area Africana e dall'Europa dell'Est.

**Pazienti SerD distinti per sostanza primaria (%). Periodo 2005-2016**

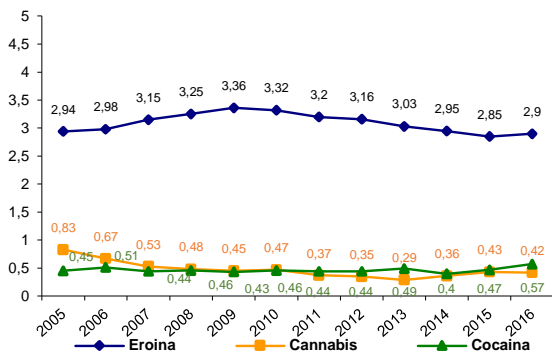


Il 34,6% degli utenti utilizza una sostanza secondaria associata alla primaria: principalmente cocaina (40,3% dei soggetti con uso secondario; n.131), seguono i cannabinoidi (30,8% dei soggetti con uso secondario; n.100) e l'alcol (21,5%; n.70).

**Pazienti SerD distinti per sostanza secondaria. (%) Anno 2016**



**Rapporto tra pazienti per sostanza primaria e popolazione target (15-64 anni) \*1.000. Periodo 2005-2016**



## Adolescenti e giovani

A partire dal 2000 si è assistito all'incremento costante dell'accesso ai servizi di **adolescenti e giovani adulti** (15-24 anni), che passano da 64 pazienti nel 2000 a 162 nel 2016, con un tasso di crescita di periodo del 153%.

**Il tasso di prevalenza età specifico passa da 4,6 per 1.000 nel 2007 a 6,2 per 1.000 nel 2016.**

**Adolescenti e giovani adulti (15-24 anni) in trattamento per dipendenza da droghe**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ferrara</b>	49	78	74	74	58	62	54	60	55	77
<b>Copparo</b>	18	14	10	18	15	12	12	18	24	20
<b>Portom.</b>	16	18	14	14	11	9	16	24	28	19
<b>Codigoro</b>	25	27	27	35	24	20	16	14	21	18
<b>Cento</b>	22	21	40	33	30	30	19	18	29	28
<b>Provincia</b>	<b>130</b>	<b>158</b>	<b>165</b>	<b>174</b>	<b>138</b>	<b>133</b>	<b>117</b>	<b>134</b>	<b>157</b>	<b>162</b>
<b>Diff. %</b>	16%	22%	4%	5%	-21%	-4%	-12%	15%	17%	3%

**Utenti inviati o segnalati dalla Prefettura.**

Anno 2016	Invio Art. 75	Segnalazione Art. 121	TOTALE
<b>Ferrara</b>	37	44	<b>81</b>
<b>Copparo</b>	10	5	<b>15</b>
<b>Portom.</b>	13	10	<b>23</b>
<b>Codigoro</b>	5	36	<b>41</b>
<b>Cento</b>	25	25	<b>50</b>
<b>Provincia</b>	<b>90</b>	<b>120</b>	<b>210</b>

L'età di accesso ai servizi si abbassa. Infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 19 anni di 31 utenti del 2007 raddoppia raggiungendo nel 2016 i 66 pazienti in trattamento. Questa nuova utenza assume comportamenti di consumo diversi rispetto al passato, infatti si incrementano le richieste di trattamento per abuso di eroina 23,5% (fumata quotidianamente o per più giorni la settimana), di cocaina 2,5% e per consumo problematico di cannabinoidi (37,0%). 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.

Tra le sostanze concomitanti all'uso primario va messa in luce la percentuale di consumo di cocaina che arriva al 35,6%.

Si rilevano due nuovi comportamenti di dipendenza tra o giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni: l'alcol come sostanza primaria

interessa il 1,8% (n.3) e il gioco patologico il 1,8% (n.3) dei pazienti totali in trattamento con età 15-24 anni per tutte le sostanze.

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.

Nel 2016 sono stati 37 i minori (14-17 anni) che hanno seguito un percorso terapeutico dedicato; di questi 12 oltre al consumo di sostanze presentavano problematiche multidimensionali (sanitarie, familiari e sociali) e sono stati inseriti in team di co-progettazione socio-sanitaria che ha visto la collaborazione tra più servizi coinvolti sul caso (SerD, Uonpia, Psichiatria adulti, Asp).

In risposta all'aumento del consumo di sostanze tra la popolazione giovanile, per facilitare gli accessi al sistema di cura, i servizi hanno attivato percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti attivando un'équipe multidisciplinare dedicata, al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale

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 giudizio di realtà; la difficoltà nella previsione delle conseguenze del proprio comportamento e conseguente possibilità di commettere atti antisociali; 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 oppiacei<sup>9</sup>. 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 bio-psico-sociali e le

<sup>9</sup> World Health Organization, Istituto superiore di sanità, Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei, Roma, ottobre 2010.

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.

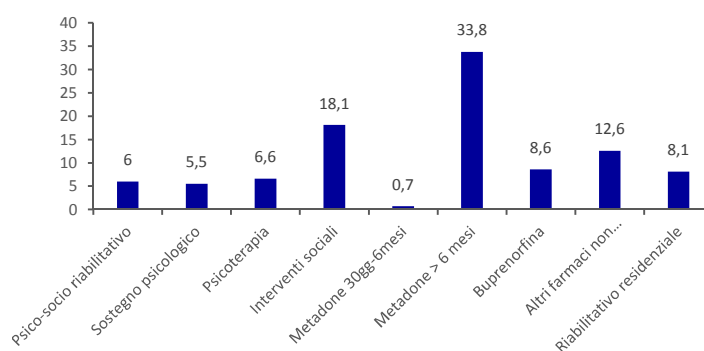
L'approccio di cura che si è consolidato negli ultimi dieci anni nei Servizi dell'Azienda UsI di Ferrara, è basato sulla integrazione dei trattamenti (farmacologico, psicologico, sociale, educativo) al fine di perseguire obiettivi differenziati ma fortemente correlati.

Si tratta di obiettivi terapeutici che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della salute, allo sviluppo delle abilità individuali e relazionali del paziente, fino all'integrazione sociale nel proprio ambiente di vita e alla riconquista di un ruolo lavorativo.

In specifico, per quanto riguarda il trattamento della dipendenza da eroina, i SerD 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).

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).

**Trattamenti seguiti dagli utenti in carico ai SerD. (%) Anno 2016**



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 bio-psico-sociale 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 all'uso 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 SerD 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.

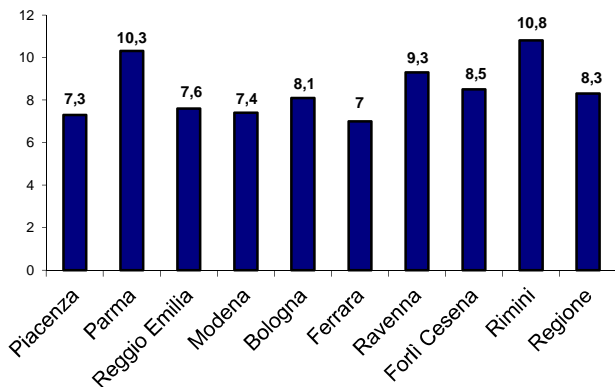
### **Lo stato dell'infezione Hiv**

Nel periodo 2006-2016 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 **8,4 casi per 100.000 abitanti** se si limita



l'osservazione ai soli cittadini residenti, mentre tale valore sale a **9,5 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.

**Tassi di incidenza di infezione da Hiv per 100.000 abitanti**



\*Incidenza media annuale calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2016

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.

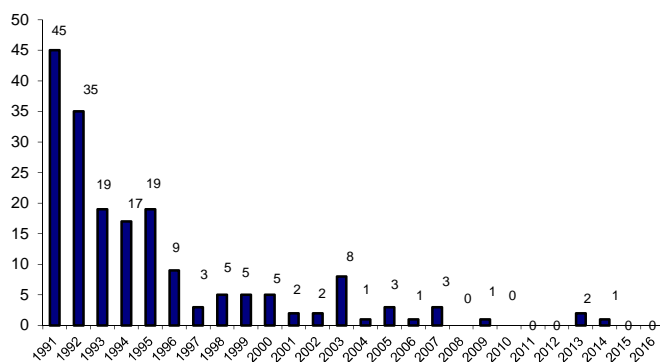
Da metà degli anni '80 a oggi, le modalità di trasmissione prevalenti hanno subito un notevole cambiamento: i dati nazionali evidenziano come la proporzione di nuove diagnosi legate all'utilizzo di droghe iniettive, storicamente fattore di rischio preponderante per questa infezione, sia calata drasticamente 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.

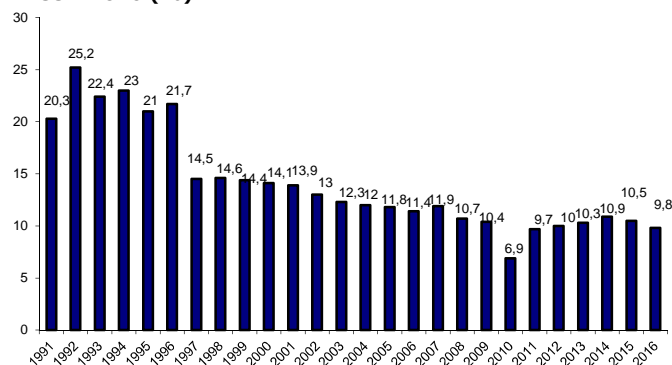
La stessa tendenza osservata in regione si osserva anche nella provincia di Ferrara, infatti su 233 nuovi casi segnalati nel periodo 2006-2014 nella popolazione generale (83,3% italiani; 16,7% stranieri), il 9,4% (n.22) a causa dell'uso di droghe iniettive, il 32% (n.74) come conseguenza di rapporti omo-bisessuali non protetti e il 45% (n.105) in persone che hanno avuto rapporti eterosessuali non protetti<sup>10</sup>.

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.

**Totale dei casi di infezione Hiv tra i nuovi utenti dei SerD. Periodo 1991-2016**



**Positività all'Hiv degli utenti già in carico ai SerD. Periodo 1991-2016 (%)**



<sup>10</sup> Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la salute, Lo stato dell'infezione da Hiv/Aids in Emilia-Romagna

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%.

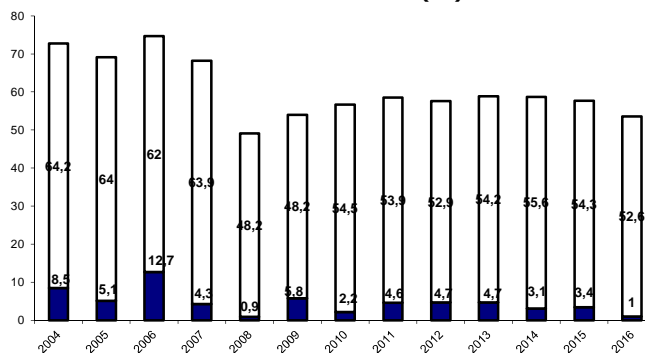
I fattori di esposizione alla malattia sono gli stessi già descritti per l'infezione Hiv e riguardano l'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa e i rapporti sessuali con soggetti affetti da Hcv. Tuttavia negli ultimi anni, in seguito alla sensibilizzazione ottenuta con le campagne anti-Aids, 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 cancro<sup>11</sup>.

È 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 antiretrovirali<sup>12</sup>.

Positività all'Epatite C dei nuovi utenti e degli utenti già in carico ai SerD. Periodo 2004-2016 (%)



### Il monitoraggio della Salute

Il SerD 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 alcol-tossicodipendenti dei Servizi per le dipendenze e del relativo monitoraggio<sup>13</sup>.

Nel documento vengono individuati i modelli e gli strumenti utili per tutelare la salute dei pazienti con dipendenza patologica attraverso

<sup>11</sup> Medicina delle Tossicodipendenze, Droga. Epatite C, anno XIV, n. 52/53, 2006.

<sup>12</sup> J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

<sup>13</sup> Regione Emilia-Romagna, Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD10 nei servizi per le dipendenze, 2010

il potenziamento delle attività di screening della salute con particolare riferimento ai test Hiv, Hcv e Hbv.

Come ribadito anche dalle linee di indirizzo ministeriali<sup>14</sup>, 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 SerD 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 SerD 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 2016 le azioni messe in campo dai servizi sono state 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.

### **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 1999-2016.

<sup>14</sup> Ministero della Salute, Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Linee di indirizzo, gennaio 2001.

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 europee<sup>15</sup>: 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.

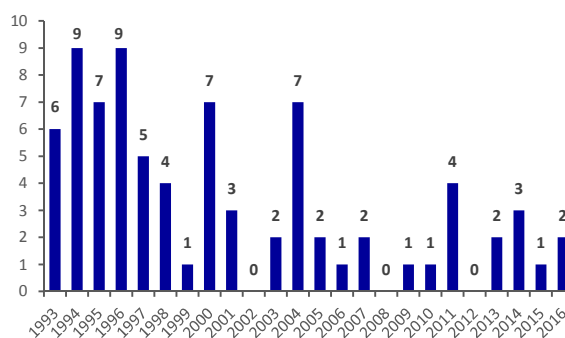
I decessi riconducibili al consumo di ecstasy continuano a essere episodi rari. La presenza del metadone in una percentuale non trascurabile di decessi correlati agli stupefacenti è riferita da alcuni paesi, sebbene il ruolo svolto dal metadone, in mancanza di standard di segnalazione comuni, non sia 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 2016 sono stati complessivamente 39. 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 perché questo gruppo di soggetti contribuisce in modo consistente alla mortalità nelle classi di età giovanili di entrambi i sessi.

**Trend dei decessi per overdose avvenuti sul territorio della provincia di Ferrara. Periodo 1993-2016 – Valori assoluti**



Osservando l'andamento nel tempo dei decessi legati all'assunzione di oppioidi, nel periodo che va dal 1999 al 2016, 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)

<sup>15</sup> La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

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 39 decessi nel periodo che va dal 1999 al 2016 (2 decessi nel 2016). 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.

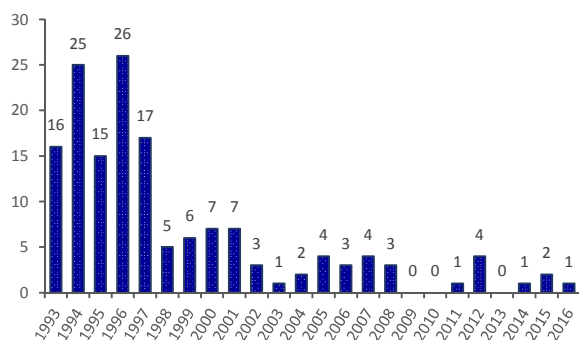
**Studi condotti in Europa** hanno messo in luce il fatto che, soprattutto nei consumatori con condizioni predisponenti o con fattori di rischio, i decessi per cocaina sono correlati al consumo cronico di questa sostanza e sono spesso la conseguenza di problemi cardiovascolari e neurologici provocati 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 mortalità<sup>16</sup> condotto nella provincia di Ferrara sui tossicodipendenti da eroina in carico ai SerD, 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 tra i tossicodipendenti mostra un significativo ridimensionamento.

**Trend dei decessi per Aids tra la popolazione conosciuta ai SerD della provincia di Ferrara. Periodo 1993-2016. 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.

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 richieda 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

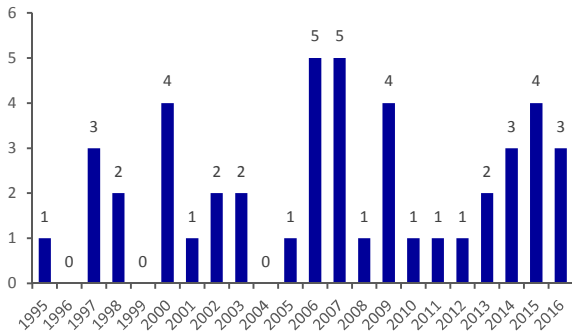
<sup>16</sup> G. Antolini, M. Pirani, G. Morandi, C. Sorio, Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999, *Epidemiologia e Prevenzione*, 30,2,2006.



dell'immunodeficienza umana (Hiv) e il consumo anche moderato di alcol.

gestione di questi pazienti rappresenta un obiettivo importante<sup>17</sup>.

**Trend dei decessi per Epatopatie tra la popolazione conosciuta ai SerD della provincia di Ferrara. Periodo 1995-2016. 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

<sup>17</sup> JK. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, 4, 2004.

## 5. CONSUMO RISCHIOSO, DANNOSO E ALCOLDIPENENZA NELLA PROVINCIA DI FERRARA

### 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 zero<sup>18</sup>.

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.

Questo lo scenario entro cui si colloca il consumo di alcol in particolare nelle

<sup>18</sup> Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2016

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)<sup>19</sup>.

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 sociali<sup>20</sup>. 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.

<sup>19</sup> Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008, EMCDDA, Lisbona, 2016

<sup>20</sup> Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2016

**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 assumono una qualsiasi quantità di alcol;
- 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 patologiche<sup>21</sup>.

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 2016.

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 2016** evidenzia che il 64,7% degli italiani di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,3%) rispetto alle femmine (52,9%), con un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente.

Il 21,4% dei consumatori beve quotidianamente (32,4% tra i maschi e 11,2% 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 passano dal 22,2% a 21,4%.

Aumentano i consumatori occasionali (che passano dal 42,2% al 43,3%) e i consumatori fuori pasto (da 27,9% a 29,2%).

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.

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino ai 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo alcolico giornaliero; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Tra gli adolescenti fino a 17 anni diminuiscono i consumi di tutte le bevande alcoliche. Tra i giovani maschi da 18 a 24 anni si nota invece un aumento apprezzabile del consumo esclusivo di vino mentre per le coetanee c'è, in questo, una netta diminuzione ma un quasi equivalente aumento di altri alcolici, che si mantiene, intensificandosi, in tutte le età successive. Solo a partire dai 45 anni anche per gli uomini si stima un robusto aumento nel consumo di altri alcolici. Nel 2016, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve vino il 51,7% di cui 64,9% maschi e 39,3% femmine. Nella

<sup>21</sup> Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS.

stessa popolazione considerata beve birra il 47,8%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (62,5%) doppia rispetto a quella femminile (34%). Gli aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono consumati nel 2016 dal 43,2% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,0%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,1). Nell'anno 2016 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 19,4% (29,1% maschi e 10,3% femmine), mentre hanno bevuto birra il 4,3% (7,4% maschi e 1,5% femmine) ed infine hanno bevuto aperitivi, amari, superalcolici 0,5% (0,9% maschi e 0,2% femmine).

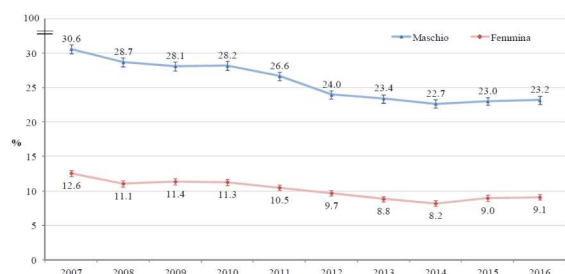


Figura 1.3 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2016)  
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Resta allarmante il fenomeno del **binge drinking**, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo: nel 2016 è stato pari al 17% dei giovani tra i 18 e i 24 anni di età, di questi il 21,8% maschi e l'11,7% femmine.

La **prevalenza dei consumatori a rischio**, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi (esprime la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale e quotidiano eccedentario ed il binge drinking), è stata nel 2016 del 23,2% per uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di circa 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2016 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi e quelle dei 16-17enni (M=49,3%, F=40,0%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-75 anni). Pertanto, verosimilmente a causa di una scarsa conoscenza o di consapevolezza dei

rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che necessiterebbero di essere identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica. Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica.

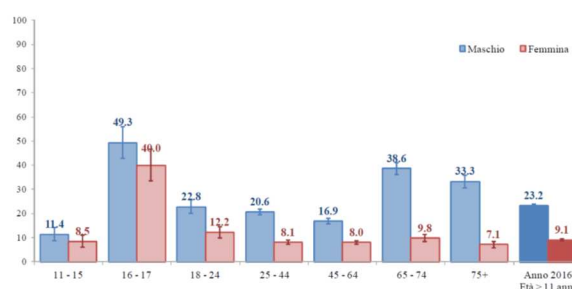


Figura 1.2 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2016)  
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto agli anni 2007-2011, dal 2012 la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Tra gli adolescenti fino a 17 anni diminuiscono i consumi di tutte le bevande alcoliche. Tra i giovani maschi da 18 a 24 anni si nota invece un aumento apprezzabile del consumo esclusivo di vino mentre per le coetanee c'è, in questo, una netta diminuzione ma un quasi equivalente aumento di altri alcolici, che si mantiene, intensificandosi, in tutte le età successive. Solo a partire dai 45 anni anche per gli uomini si stima un robusto aumento nel consumo di altri alcolici.

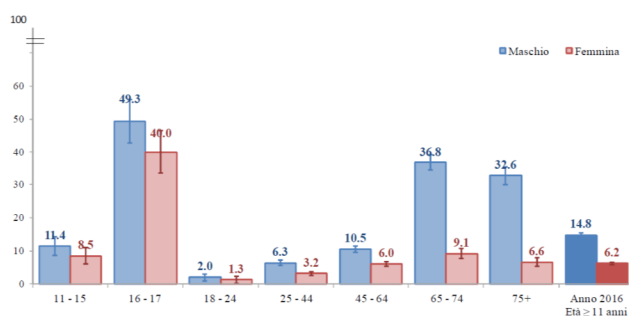
Nel 2016, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve vino il 51,7% di cui 64,9% maschi e 39,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve birra il 47,8%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (62,5%) doppia rispetto a quella



femminile (34%). Gli aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono consumati nel 2016 dal 43,2% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,0%) e circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,1).

Nell'anno 2016 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 19,4% (29,1% maschi e 10,3% femmine), mentre hanno bevuto birra il 4,3% (7,4% maschi e 1,5% femmine) ed infine hanno bevuto aperitivi, amari, superalcolici lo 0,5% (0,9% maschi e 0,2% femmine).

L'alcoldipendenza è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. La stima puntuale del numero di alcolodipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Per una valutazione del fenomeno e comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nei Servizi di alcolologia pubblici, nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni no profit che operano in collaborazione con gli stessi Servizi pubblici o in maniera autonoma.

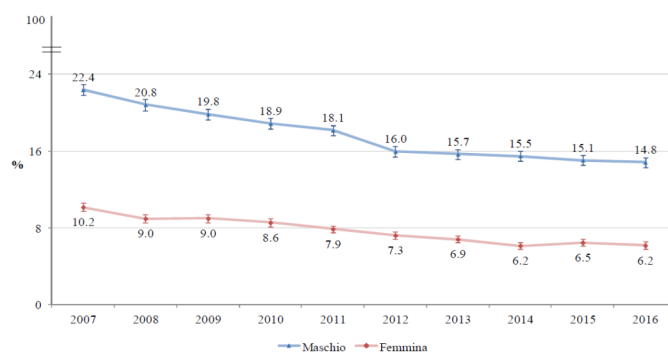


**Figura I.4** Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso e età (2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nel 2016 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=496) 71.219 soggetti. Il 27,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,5 per il totale degli

utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati). L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa il 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,9%. Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati. Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 26,5% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 43,4% nei maschi e al 48,7% nelle femmine. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza che ha riguardato tutte le categorie di utenti.



**Figura I.5** Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2016)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2016 il 28,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,0% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli

alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero e rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Il buon funzionamento dei Servizi alcolologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale ed espressamente prevista dalla legge 125/2001. I Gruppi di auto-mutuo aiuto svolgono attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcol dipendenti, ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale. Si osserva che nel 2016 il 50,0% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcolologici Territoriali (CAT), il 38,7% con gli Alcolisti anonimi (A.A.) e il 13,1% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 43,8% e il 23,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio e pari al 35,7%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (21,0%) o private (0,8%).

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcolcorrelata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante l'incidentalità stradale. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. Per la guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis) la Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni

capoluogo hanno contestato, complessivamente nel 2016, 40.466 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol. Per la guida in stato di ebbrezza diminuiscono in modo consistente le sanzioni elevate dai Carabinieri (-12% rispetto al 2015) e diminuiscono in modo lieve le sanzioni della Polizia Stradale e della Polizia locale (entrambe -2%). Nel 2016, sono stati 2.579 gli incidenti stradali con lesioni a persone, rilevati dai Carabinieri, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari all'8,1% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati sempre dall'Arma dei Carabinieri.

Rispetto al 2015 si registra, però, una diminuzione degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati, tale proporzione era, infatti, pari a 8,6 per cento nell'anno precedente. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2016, sono state 58 (4,6% sul totale) e i feriti 4.257 (8,6% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,2% e 9,2% nel 2015. Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel 2016 a 1.179 e nel 2015 a 1.161.

Le proporzioni calcolate approssimano, comunque, per difetto la reale portata del fenomeno; occorre infatti considerare che i Carabinieri intervengono per circa il 32% degli incidenti su strade extraurbane (escluse le autostrade) e solo in circa il 14% per quelli in ambito urbano. Per un conteggio esaustivo occorrerà quindi, proseguire la già proficua collaborazione anche con la Polizia Stradale e le Polizie Locali, per completare il quadro informativo sul fenomeno.

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il quinquennio 2014-2018 individua, principalmente le strategie di prevenzione del consumo dannoso e rischioso di alcol da attuare per la fascia di popolazione giovanile e per le età successive: macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità e) macro obiettivo "Prevenire la dipendenza da sostanze". Le strategie da attuare prevedono azioni svolte in setting specifici per giungere ad incidere sulla popolazione giovanile (scuole, famiglie, luoghi

di svago). Le strategie individuali sono essenzialmente focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi "life skills education" e "peer education". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell'abuso di alcol hanno apprezzabili prove di efficacia.

Proprio in virtù di quanto suggerito dal PNP, i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA - DPCM del 12 gennaio 2017) hanno inserito l'offerta di counseling individuale, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del consumo rischioso di alcol. E' di fondamentale importanza l'inserimento di tali prestazioni individuali finalizzate alla promozione della salute in una area che aveva sinora escluso tale tipologia di interventi.

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4), al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale, volte alla prevenzione dei danni alcol correlati e risorse destinate alle Regioni, al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo. Le Campagne di Comunicazione del Ministero hanno l'obiettivo di motivare al cambiamento, diffondere empowerment, far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari, negli ultimi anni tali

campagne di comunicazione si sono focalizzate in modo particolare sui giovani.

In particolare si annoverano le iniziative di seguito riportate: 1) La campagna di comunicazione "In ogni serata c'è chi beve e chi si diverte. E tu?", avviata nel corso del 2016 in collaborazione con l'ISS-ONA, finalizzata a contrastare l'abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del binge drinking). 2) Alcohol Prevention Day, finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia, l'Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT) ed EURO CARE. 3) Gara podistica non competitiva "Alcohol Prevention Race".

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** 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. 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.

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.

### 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**.

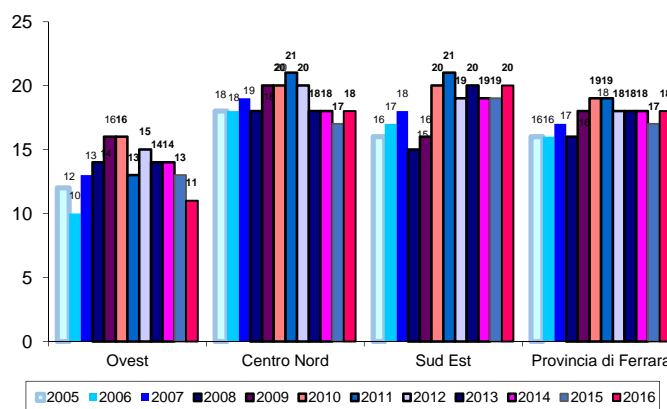
Dallo studio è stato possibile stimare la dimensione del fenomeno del consumo problematico e della dipendenza da alcol nella

popolazione residente nella provincia di Ferrara.

Il **tasso di prevalenza nel 2016** 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 si colloca al di sopra della media provinciale con 20 soggetti alcolodipendenti ogni 10.000 abitanti, segue il Distretto Centro Nord con 18/10.000 e il Distretto Ovest con 11/10.000.

**Tassi di prevalenza di soggetti con problemi alcol-correlati per 10.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2005-2016**

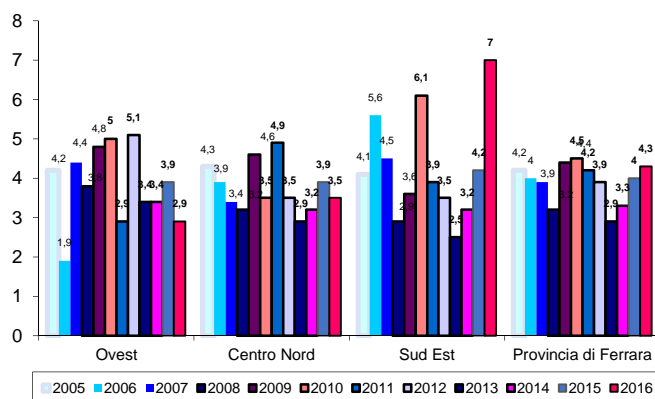


Il **tasso di incidenza** nel 2016 è risultato pari a 0,43 soggetti con problemi alcolcorrelati ogni 1.000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore nei maschi rispetto alle femmine. Dall'analisi geografica dei tassi di incidenza i distretti **Sud Est** si colloca al di sopra della media provinciale con 0,70 soggetti alcolodipendenti ogni 1.000 abitanti, segue il **Distretto Centro Nord** con 0,35/1.000, e il **Distretto Ovest** con 0,29/1.000.

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.

**Tassi di incidenza di soggetti con problemi alcol-correlati per 10.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2005-2016**



Nel confronto territoriale i Comuni con i **tassi di prevalenza** di alcol dipendenti che si collocano al di sopra della **media provinciale (1,78/1.000)** sono: nel **Distretto Centro Nord**: Copparo (2,98/1.000), Voghiera (2,68/1.000), Berra (2,46/1.000), Tresigallo (1,83); nel **Distretto Sud Est**: Fiscaglia (3,78/1.000), Portomaggiore (3,23/1.000), Goro (2,51/1.000), Ostellato (2,96/1.000), Argenta (2,27/1.000), Codigoro (2,20/1.000), Comacchio (1,94); nel **Distretto Ovest**: Poggio Renatico (2,23/1.000).

**Tassi di prevalenza alcol dipendenza distinti per Comune**

*1.000 target 15-64 anni	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	1,71	1,61	1,75	1,59	1,62
Masi Torello	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00
<b>Voghiera</b>	<b>1,71</b>	<b>1,72</b>	<b>1,74</b>	<b>2,65</b>	<b>2,68</b>
<b>Copparo</b>	<b>3,52</b>	<b>3,12</b>	<b>2,58</b>	<b>2,82</b>	<b>2,98</b>
Ro	<b>2,38</b>	<b>2,42</b>	<b>3,02</b>	<b>2,06</b>	1,58
<b>Berra</b>	<b>2,86</b>	<b>2,93</b>	<b>2,35</b>	<b>2,40</b>	<b>2,46</b>
Jolanda di Savoia	<b>2,08</b>	1,59	1,08	0,55	0,57
Formignana	<b>4,01</b>	<b>2,31</b>	1,73	0,59	1,20
<b>Tresigallo</b>	<b>3,51</b>	<b>3,54</b>	<b>2,16</b>	1,09	<b>1,83</b>
<b>Centro Nord</b>	<b>1,99</b>	<b>1,85</b>	<b>1,85</b>	<b>1,69</b>	<b>1,75</b>
<b>Argenta</b>	<b>2,37</b>	<b>2,32</b>	<b>2,21</b>	<b>1,94</b>	<b>2,27</b>
<b>Portomaggiore</b>	<b>1,99</b>	<b>2,42</b>	<b>3,09</b>	<b>2,48</b>	<b>3,23</b>
Ostellato	<b>2,22</b>	<b>2,25</b>	<b>2,05</b>	<b>1,83</b>	<b>2,96</b>
<b>Fiscaglia</b>	<b>2,33</b>	<b>2,55</b>	<b>2,26</b>	<b>2,98</b>	<b>3,78</b>
<b>Comacchio</b>	1,37	1,46	1,15	1,57	<b>1,94</b>
Lagosanto	<b>1,83</b>	<b>1,86</b>	<b>1,25</b>	<b>1,90</b>	1,61
<b>Codigoro</b>	<b>1,65</b>	<b>1,70</b>	<b>1,86</b>	<b>1,76</b>	<b>2,20</b>
Mesola	1,12	0,68	0,69	1,40	1,19
<b>Goro</b>	<b>1,93</b>	<b>3,96</b>	<b>4,03</b>	<b>2,05</b>	<b>2,51</b>
<b>Sud Est</b>	<b>1,86</b>	<b>2,00</b>	<b>1,94</b>	<b>1,95</b>	<b>2,38</b>
Cento	1,46	1,25	1,30	1,01	0,79
S. Agostino	1,07	1,09	1,32	1,58	1,37

Mirabello	<b>2,30</b>	<b>2,39</b>	<b>1,98</b>	<b>3,55</b>	1,03
Bondeno	<b>2,24</b>	2,06	1,33	1,13	1,14
<b>Poggio Renatico</b>	1,44	1,27	1,76	1,43	<b>2,23</b>
Vigarano Mainarda	0,41	0,61	1,23	1,64	1,03
<b>Ovest</b>	<b>1,50</b>	<b>1,37</b>	<b>1,39</b>	<b>1,30</b>	<b>1,12</b>
<b>Provincia</b>	<b>1,84</b>	<b>1,79</b>	<b>1,77</b>	<b>1,67</b>	<b>1,78</b>

I Comuni con i **tassi di incidenza** di alcol dipendenti che si collocano al di sopra della **media provinciale (0,43/1.000)** sono: nel **Distretto Centro Nord**: Tresigallo (0,73/1.000), Berra (0,70/1.000), Jolanda di Savoia (0,57/1.000), Copparo (0,51/1.000), Voghiera (0,45/1.000); nel **Distretto Sud Est**: Goro (1,67/1.000), Portomaggiore (0,98/1.000), Ostellato (0,81/1.000), Fiscaglia (1,08/1.000), Codigoro (0,69/1.000), Lagosanto 0,65/1.000), Argenta (0,60/1000), Comacchio (0,48/1.000); nel **Distretto Ovest**: Poggio Renatico (0,64/1.000), S. Agostino (0,46/1.000).

**Tassi di incidenza alcol dipendenza distinti per Comune**

*1.000 target 15-64 anni	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	0,33	0,24	<b>0,34</b>	0,34	0,32
Masi Torello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Voghiera</b>	<b>0,43</b>	<b>0,43</b>	0,00	<b>0,88</b>	<b>0,45</b>
<b>Copparo</b>	<b>0,38</b>	<b>0,39</b>	<b>0,40</b>	<b>0,71</b>	<b>0,51</b>
Ro	0,00	<b>0,97</b>	0,00	<b>1,03</b>	0,00
<b>Berra</b>	<b>0,63</b>	0,00	<b>0,34</b>	<b>1,03</b>	<b>0,70</b>
<b>Jolanda di Savoia</b>	<b>1,04</b>	0,53	0,00	0,00	<b>0,57</b>
Formignana	<b>0,57</b>	0,00	<b>0,58</b>	0,00	0,00
<b>Tresigallo</b>	0,35	<b>1,42</b>	<b>0,36</b>	0,00	<b>0,73</b>
<b>Centro Nord</b>	<b>0,35</b>	<b>0,29</b>	<b>0,32</b>	<b>0,39</b>	<b>0,35</b>
<b>Argenta</b>	<b>0,43</b>	<b>0,29</b>	0,22	0,37	<b>0,60</b>
<b>Portomaggiore</b>	0,13	0,27	<b>1,08</b>	<b>0,41</b>	<b>0,98</b>
<b>Ostellato</b>	<b>0,49</b>	0,25	<b>0,51</b>	<b>0,52</b>	<b>0,81</b>
<b>Fiscaglia</b>	<b>0,50</b>	0,17	<b>0,00</b>	<b>0,70</b>	<b>1,08</b>
<b>Comacchio</b>	<b>0,46</b>	<b>0,27</b>	<b>0,14</b>	<b>0,48</b>	<b>0,48</b>
<b>Lagosanto</b>	0,31	0,00	0,00	0,32	<b>0,65</b>
<b>Codigoro</b>	0,38	0,13	0,27	0,27	<b>0,69</b>
Mesola	0,00	0,00	<b>0,23</b>	<b>0,47</b>	0,24
<b>Goro</b>	0,00	<b>1,19</b>	<b>0,81</b>	0,00	<b>1,67</b>
<b>Sud Est</b>	<b>0,35</b>	<b>0,25</b>	<b>0,32</b>	<b>0,42</b>	<b>0,70</b>
Cento	0,34	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>	0,17	0,22
<b>S. Agostino</b>	<b>0,43</b>	0,00	<b>0,66</b>	<b>0,45</b>	<b>0,46</b>
Mirabello	<b>0,92</b>	0,00	0,00	<b>1,52</b>	0,00
Bondeno	<b>0,96</b>	<b>0,43</b>	0,22	<b>0,56</b>	0,23
<b>Poggio Renatico</b>	<b>0,64</b>	<b>0,64</b>	<b>0,32</b>	<b>0,48</b>	<b>0,64</b>
Vigarano Mainarda	0,20	0,20	<b>0,41</b>	<b>0,41</b>	0,21
<b>Ovest</b>	<b>0,51</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,39</b>	<b>0,29</b>
<b>Provincia</b>	<b>0,39</b>	<b>0,29</b>	<b>0,33</b>	<b>0,40</b>	<b>0,43</b>

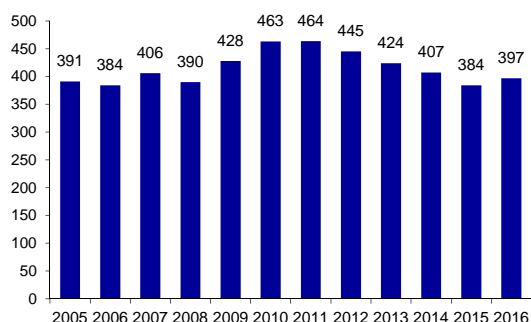


## Caratteristiche dei soggetti con problemi alcol-correlati

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 di periodo del 14% passando da 464 utenti in carico nel 2011 ai 397 nel 2016. I tassi di prevalenza dei pazienti residenti sulla popolazione target passano da 19/10.000 abitanti nel 2011, a 18/10.000 nel 2016.

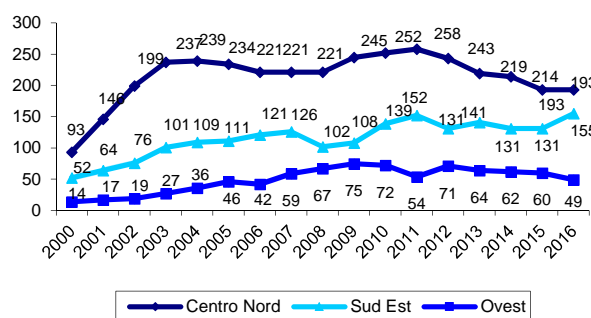
**Distribuzione annuale degli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Periodo 2005-2016. Valori assoluti**



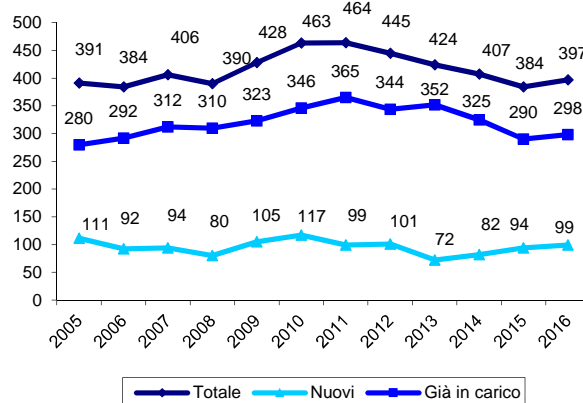
Nel corso del 2016 nella provincia di Ferrara i soggetti che si sono rivolti ai servizi pubblici per problemi alcol correlati sono stati 397, con un'età media di 48,1 anni (min18-max78).

In prevalenza si tratta di italiani (80,8%), (stranieri 19,2%), celibi o nubili (47,5%), con un livello di istruzione basso (58,6% licenza elementare/media inferiore/diploma professionale). Il 48,5% ha un lavoro regolare ma il 26,3% versa in condizioni di precarietà economica (18,2% disoccupato; 8,1% lavoro precario), mentre il 16,2% è pensionato; in prevalenza sono incensurati (68,7%), il 12,1% ha avuto delle denunce e il 4,0% delle carcerazioni.

**Distribuzione dell'utenza totale distinta per distretto. Periodo 2000-2016. Valori assoluti**



**Distribuzione dell'utenza totale distinta in nuovi utenti e già in carico. Periodo 2005-2016. Valori assoluti**

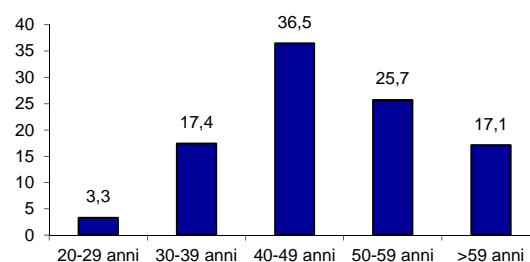


Dall'analisi delle caratteristiche della popolazione che si è rivolta ai servizi emerge come i problemi alcolcorrelati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (72,0%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,6 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=47,5; F=49,6).

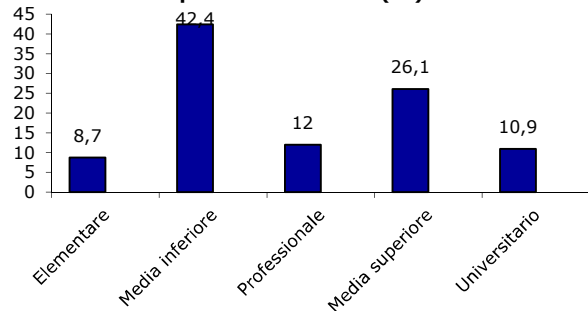
Le fasce di età più numerose sono quelle che vanno dai 40 ai 49 anni (36,5%) e dai 50 ai 59 anni (25,7%).

Agli estremi della curva troviamo gli anziani ultra 60enni che rappresentano il 17,1% dell'utenza e i giovani con età compresa tra i 20 e i 29 anni che raggiungono il 3,0% del totale dell'utenza in carico e tra i 17 ai 19 anni il 0,3%.

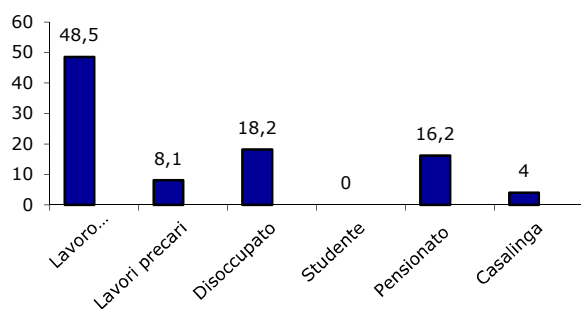
**Pazienti distinti per classi di età (%)**



**Pazienti distinti per titolo di studio (%)**



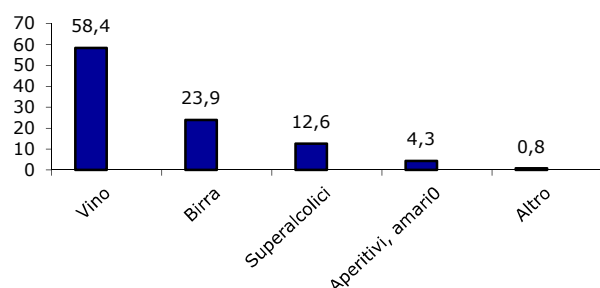
**Pazienti distinti per condizione lavorativa (%)**



Nei pazienti seguiti dai Centri Alcolici 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 (58,4%), seguito dalla birra (23,9%), dai superalcolici (12,6%) e aperitivi, amari, digestivi (4,3%).

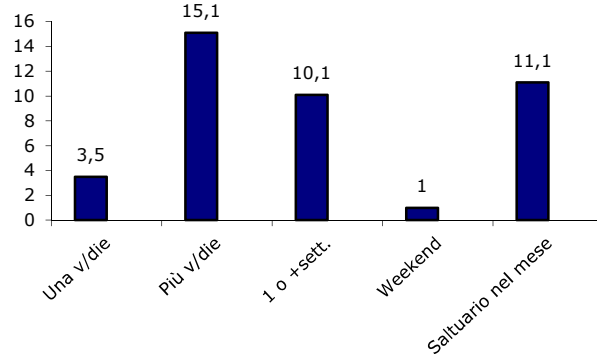
In linea con i dati nazionali, tra l'utenza complessiva il 7,3% (n. 29) presenta un abuso di alcol associato ad un uso concomitante di sostanze stupefacenti.

**Pazienti distinti per sostanza d'abuso (%)**



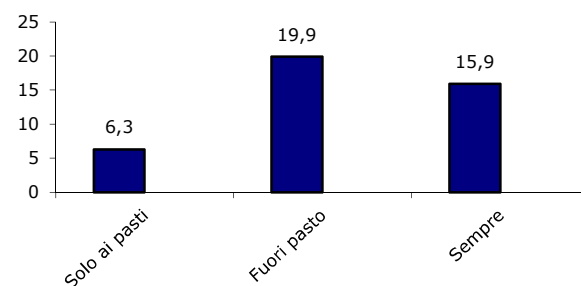
Il 18,6% dei pazienti ha un consumo quotidiano contro l'12,4% che presenta una frequenza di assunzione nel fine settimana o saltuaria nel mese.

**Pazienti distinti per frequenza d'uso della sostanza (%)**



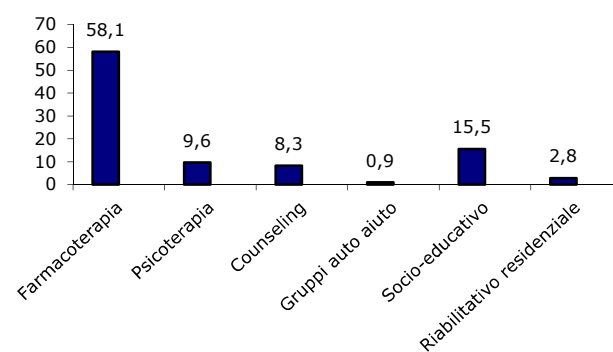
Il 26,2% dei pazienti assume alcol sia ai pasti che fuori dei pasti, il 19,9% solo fuori pasto e il 6,3% solo durante i pasti.

**Pazienti distinti per modalità di consumo (%)**



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

**Pazienti distinti per tipo di trattamento terapeutico (%)**



Nel 2016 le terapie farmacologiche ambulatoriali hanno riguardato il 58,1% dei pazienti, i trattamenti socio-educativi il 15,5% e i trattamenti di psicoterapia individuale e familiare il 9,6%. L'8,3% è sottoposto a counseling e l'0,9% 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, blackout<sup>22</sup>, epatopatie ecc.).<sup>23</sup>

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 macchinari); ricorrenti problemi legali (arresti per condotta molesta, guida in stato di ebbrezza); problemi sociali o interpersonali (discussioni, scontri fisici, abusi contro i bambini)<sup>24</sup>.

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, catatonia).

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'alcol<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> Deficit transitorio della coscienza e della memoria

<sup>23</sup> 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, FarncoAngeli, 2006

<sup>24</sup> DSM IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005

<sup>25</sup> F. Magnolfi, Fattori di rischio dell'epatite alcolica, in D. Agiolini, P.E. Di Mauro (a cura di), Manuale di alcolologia, Le Balze, Siena, 2000

## La mortalità alcolcorrelata

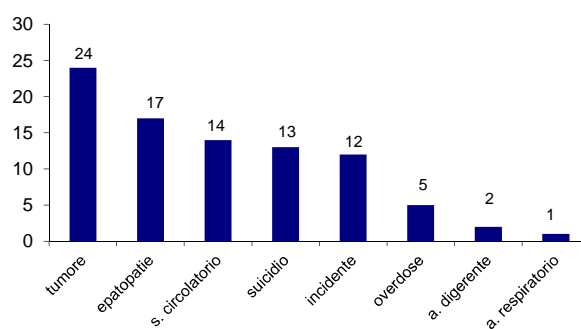
Relativamente alla mortalità alcol correlata i trend nazionali<sup>26</sup> dimostrano un andamento decrescente a partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), ma meno evidente per le patologie acute (incidenti 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.

Sul territorio della provincia di Ferrara nel 2016 sono stati osservati 9 decessi alcolcorrelati (5 a Ferrara, 2 a Copparo, 2 a Portomaggiore), che si sono verificati interessando esclusivamente il sesso maschile. L'età media alla morte è di 55,3 anni (min 46 – max 73).

Se osserviamo tutti i casi di decesso nel periodo che va dal 2005 al 2016 tra le cause di morte si colloca al primo posto il tumore (24 casi), seguito dalle epatopatie (17 casi), dalle malattie del sistema circolatorio (14 casi), dal suicidio (13 casi). Tra le altre cause di morte si rilevano 12 casi di incidente stradale, 5 overdose, 2 casi di malattie dell'apparato digerente e 1 caso di malattia dell'apparato respiratorio.

**Decessi per patologie alcolcorrelate osservati nella popolazione in trattamento presso i Centri Alcologici. Valori cumulativi 2005- 2016**



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.

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.

<sup>26</sup> Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità

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.



## 6. CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

### La risposta dei Servizi Sanitari

Il gioco per essere definito d'azzardo (Ladouceur et al., 2000) deve presentare contemporaneamente tre condizioni:

- il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore;
- una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata;
- il risultato si basa essenzialmente sull'imprevedibilità, sul caso.

Il gioco d'azzardo da una fase ricreativa può evolvere verso un comportamento problematico fino allo sviluppo di una vera e propria dipendenza con conseguenze familiari, sociali, sanitarie ed economiche che necessitano di diagnosi, cura e riabilitazione. Come ogni forma di dipendenza non è imputabile ad un'unica causa, ma trae origine dalla complessa interazione di diversi fattori biologici, relazionali, sociali, psicologici e contestuali. Tra i fattori ambientali sicuramente contribuisce allo sviluppo di tale disturbo l'offerta pervasiva di gioco legale e le caratteristiche strutturali incentivanti dei giochi. Le conseguenze di tale disturbo del comportamento implicano una grave compromissione dei vari aspetti della vita dei pazienti e dei loro famigliari.

Le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre:

**Giocatore sociale:** giocare denaro costituisce un comportamento tutt'altro che raro. Per la maggior parte delle persone il gioco rappresenta un passatempo gratificante o un'occasione di socializzazione, distrazione e di piacere. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo.

**Giocatore "eccessivo/problematico":** sebbene per la maggior parte delle persone il gioco riguardi le modalità di fruizione sopra descritte, esiste una minoranza per la quale il gioco costituisce un comportamento problematico. Questo tipo di giocatore prova eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile

giocare d'azzardo e sente la necessità di fare puntate sempre più alte per vincere e/o recuperare il denaro perduto; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato. Si conferma, dunque, il rischio che il gioco problematico possa evolvere in gioco patologico.

**Giocatore patologico:** il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che induce il soggetto ad avvertire una necessità imperante di giocare e il desiderio irrefrenabile nel voler recuperare il denaro perduto, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato nel gioco. Giocare denaro diventa il centro di interesse esclusivo della propria esistenza.

La dipendenza da gioco comporta dei costi non solo relativi alla salute del giocatore, ma anche al coinvolgimento dell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Una crescente quantità di evidenze scientifiche sottolinea il rischio che la pratica del gioco d'azzardo possa evolvere in forme problematiche o in una vera e propria dipendenza patologica.

Il GAP, riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1980 e inserito nell'ICD 10 (WHO,2007), è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" nel DSM IV (Manuale Statistico Diagnostico, APA, 1994).

Con il nuovo DSM-5 (APA,2013), visti i numerosi aspetti in comune con le dipendenze da sostanze, il GAP è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction" (Substance-Related and Addictive Disorders) e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo". Anche nel DSM-5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce a un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.

Il GAP rappresenta una forma di dipendenza in cui non è implicato un oggetto esterno (sostanza), ma riguarda un comportamento lecito e socialmente incentivato.

La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche dell'*addiction*: l'intenso e

persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (*craving*), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, ecc. quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

### 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 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 edizione<sup>27</sup>. In quella successiva, il DSM-IV<sup>28</sup> 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)<sup>29</sup> 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 Norvegia<sup>30</sup> e l'1.91% in Australia<sup>31</sup> e negli USA<sup>32</sup>, mentre altre in cui è stato utilizzato il

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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

<sup>30</sup> I. Lund, S. Nordlund, Gambling and problem gambling in Norway, Oslo, SIRUS, 2003.

<sup>31</sup> 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

<sup>32</sup> J. Welte, G.M. Barnes, W.F. Wieczorek, M.C. Tidwell, J. Parker, Gambling participation in the U.S. Results from a national survey, Journal of Gambling Studies, 18(4), 2002

DSM-IV le percentuali variano tra l'1,1% dell'Islanda<sup>33</sup> e l'1,6% del Belgio<sup>34</sup>.

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%<sup>35</sup>.

Tra i soggetti affetti da GAP l'incidenza dell'uso di alcol e/o di sostanze è elevata. Zimmerman<sup>36</sup> 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 argentino<sup>37</sup> il 12,6% dei gamblers presentava problemi con l'alcol; Kruedelbach<sup>38</sup> in un campione di gamblers 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'alcol<sup>39</sup>.

### L'utenza seguita dai Centri GAP

L'utenza in trattamento presso i Centri di prevenzione e cura del gioco patologico dell'Azienda UsI di Ferrara nel periodo 2006-2016 si è incrementata passando da 26 a 125 utenti in carico, con un tasso di prevalenza della ludopatia di 5,8 gamblers ogni 10.000 residenti.

#### Utenti totali in trattamento per problemi legati al gioco d'azzardo patologico

Anni	Totale Utenti	Δ% Totale
<b>2006</b>	<b>26</b>	-
<b>2007</b>	<b>29</b>	+11,5%
<b>2008</b>	<b>31</b>	+6,9%
<b>2009</b>	<b>40</b>	+29,0%
<b>2010</b>	<b>44</b>	+10,0%
<b>2011</b>	<b>56</b>	+27,3%
<b>2012</b>	<b>63</b>	+12,5%
<b>2013</b>	<b>84</b>	+33,3%
<b>2014</b>	<b>109</b>	+29,8%
<b>2015</b>	<b>126</b>	+15,6%
<b>2016</b>	<b>125</b>	-0,8%

Nel 2016 sono stati seguiti 125 pazienti (99 maschi (79,2%), 26 femmine (20,8%); M/F=3,8:1) di cui 34 nuovi utenti (27,2%) presi in carico nel 2016, 13 in osservazione e diagnosi (10,4%), 78 già in trattamento dal 2016 (62,4%). L'età media all'accesso al servizio è di 60 anni (49 per i maschi e 58 per le femmine).

#### Età media degli utenti totali

Età media	Maschi	Femmine	Totale
<b>2006</b>	49,7	50,4	<b>47,7</b>
<b>2007</b>	46,2	53,8	<b>47,5</b>
<b>2008</b>	48,6	52,5	<b>49,1</b>
<b>2009</b>	48,3	53,6	<b>49,6</b>
<b>2010</b>	50,1	54,0	<b>51,0</b>
<b>2011</b>	46,8	55,0	<b>47,9</b>
<b>2012</b>	48,9	57,1	<b>50,8</b>
<b>2013</b>	48,0	57,5	<b>50,1</b>
<b>2014</b>	46,8	57,9	<b>49,4</b>
<b>2015</b>	47,5	58,3	<b>50,4</b>
<b>2016</b>	48,7	58,3	<b>50,7</b>

Considerando i giochi che vengono utilizzati una o più volte a settimana, i giocatori problematici si concentrano maggiormente su slot machines, videopoker, roulette e dadi (74,5%). In misura minore lotto, super enalotto, lotterie istantanee e Gratta&Vinci (17,3%).

#### Utenti totali distinti per tipo di gioco

Tipo di Gioco	N.	%
Slot Machine, Videopoker, Roulette, dadi	<b>73</b>	74,5
Lotto, Super Enalotto, Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	<b>17</b>	17,3
Giochi /scommesse su Animali	<b>4</b>	4,1
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	<b>3</b>	3,1
Giochi d'azzardo su internet	<b>1</b>	1,0

I pazienti seguiti dal Centro Gambling di Ferrara sono in prevalenza maschi (79,2%), per il 47,2% coniugati, contro il 29,2% che è celibe/nubile e il 13% separato o divorziato

<sup>33</sup> 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

<sup>34</sup> S. Fisher, Developing the DSM-IV-MR-J criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations, Journal of Gambling Studies, 16, 2000

<sup>35</sup> 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

<sup>36</sup> M. Zimmerman, I. Chelminski, D. Young, Prevalence and Diagnostic Correlates of DSM-IV Pathological Gambling in Psychiatric Outpatients, Journal of Gambling Studies, 22, 2006

<sup>37</sup> P.E. Abait, J.O. Folino, Characteristics of pathological gamblers in Argentina, Vertex, 18(75), 2007

<sup>38</sup> N. Kruedelbach, 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 Psiquiatr., 34(2), 2006

<sup>39</sup> Review a cura di Ciro Garuti, Psicologo DAISMSP

e il 4,9% che è vedovo, il 91,1% italiani e il 8,9% stranieri.

L'area lavorativa o dello studio presenta indicatori legati ad un basso livello di status, infatti il 48,0% ha il diploma di scuola secondaria di primo grado, il 9,8% una qualifica professionale e il 8,9% la licenza elementare. Solo il 21,1% ha il diploma di scuola media superiore e il 5,7% la laurea.

Il 45,5% è occupato stabilmente contro il 22,7% che è pensionato, il 15,4% è disoccupato e il 6,5% svolge lavori precari; 1,6% casalinghe e 1,6% studente.

I risultati confermano la presenza nei soggetti affetti da GAP di un forte presenza di un uso dannoso di alcol (95%) una bassa concomitanza di dipendenza da sostanze (1 usa cannabinoidi) con il gioco patologico.

Da un approfondimento del disturbo GAP life-time si rilevano 6 casi di pazienti con diagnosi legate a problematiche emotive e di personalità: 2 disturbo degli impulsi, 1 disturbo ossessivo compulsivo, 1 casi di depressione grave, 1 casi con disturbi dell'umore (affettivi), e 1 sindrome d'ansia.

### **Il percorso terapeutico integrato**

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.

#### **Problematicità legate al gioco d'azzardo**

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

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. A partire dal 2014 è attiva una collaborazione con le associazioni presenti sul territorio al fine di promuovere una rete competente di trattamento integrato sanitario e sociale.

In particolare con l'Associazione FUORIDALGIOCO è in grado 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 di Ferrara. 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 nell'ambito del **Progetto Punto d'ascolto Grattacielo**.

L'obiettivo è quello di creare una rete di collaborazione tra Associazioni del Volontariato Sociale che si occupano di dipendenza, Terzo Settore, Servizi Dipendenze Patologiche 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.



## 7. ALLEGATO STATISTICO

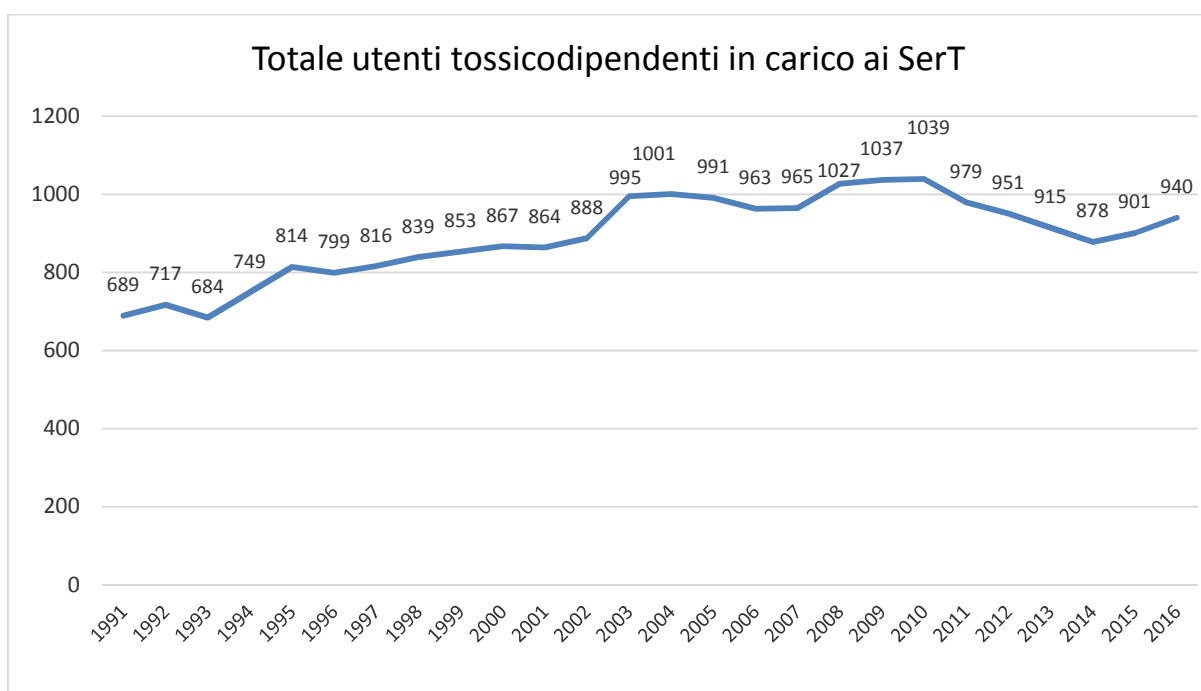
### UTENTI IN CARICO AI SERT PER USO DI DROGHE TREND 1991 - 2016

Tab.1 TOTALE UTENTI IN CARICO AL SERD

Anni	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale Utenti	Δ% Nuovi utenti	Δ% Già in carico	Δ% Totale
<b>1991</b>	199	490	<b>689</b>	-	-	-
<b>1992</b>	220	497	<b>717</b>	+10,6%	+1,4%	<b>+4,1%</b>
<b>1993</b>	186	498	<b>684</b>	-15,5%	+0,2%	<b>-4,6%</b>
<b>1994</b>	148	601	<b>749</b>	-20,4%	+20,7%	<b>+9,5%</b>
<b>1995</b>	167	647	<b>814</b>	+12,8%	+7,7%	<b>+8,7%</b>
<b>1996</b>	145	654	<b>799</b>	-13,2%	+1,1%	<b>-1,8%</b>
<b>1997</b>	157	659	<b>816</b>	+8,3%	+0,8%	<b>+2,1%</b>
<b>1998</b>	163	676	<b>839</b>	+3,8%	+2,6%	<b>+2,8%</b>
<b>1999</b>	174	679	<b>853</b>	+6,7%	+0,4%	<b>+1,7%</b>
<b>2000</b>	164	703	<b>867</b>	-5,7%	+3,5%	<b>+1,6%</b>
<b>2001</b>	143	721	<b>864</b>	-12,8%	+2,6%	<b>-0,3%</b>
<b>2002</b>	165	723	<b>888</b>	+15,4%	+0,3%	<b>+2,8%</b>
<b>2003</b>	214	781	<b>995</b>	+29,7%	+8,0%	<b>+12,0%</b>
<b>2004</b>	187	814	<b>1001</b>	-12,6%	+4,2%	<b>+0,6%</b>
<b>2005</b>	176	815	<b>991</b>	-5,9%	+0,1%	<b>-1,0%</b>
<b>2006</b>	158	805	<b>963</b>	-10,2%	-1,2%	<b>-2,8%</b>
<b>2007</b>	211	754	<b>965</b>	+33,5%	-6,3%	<b>+0,2%</b>
<b>2008</b>	230	797	<b>1027</b>	+9,0%	+5,7%	<b>+6,4%</b>
<b>2009</b>	240	797	<b>1037</b>	+4,3%	0,0%	<b>+1,0%</b>
<b>2010</b>	182	857	<b>1039</b>	-24,2%	+7,5%	<b>+0,2%</b>
<b>2011</b>	151	828	<b>979</b>	-20,5%	-3,4%	<b>-5,8%</b>
<b>2012</b>	149	802	<b>951</b>	-1,3%	-3,1%	<b>-2,9%</b>
<b>2013</b>	135	780	<b>915</b>	-9,4%	-2,7%	<b>-3,8%</b>
<b>2014</b>	161	717	<b>878</b>	+19,3%	-8,1%	<b>-4,0%</b>
<b>2015</b>	179	722	<b>901</b>	+11,2%	+0,7%	<b>+2,6%</b>
<b>2016</b>	206	734	<b>940</b>	+15,1%	+1,7%	<b>+4,3%</b>

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

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>1991</b>	303	107	48	197	34	<b>689</b>
<b>1992</b>	316	108	54	209	30	<b>717</b>
<b>1993</b>	321	93	57	170	43	<b>684</b>
<b>1994</b>	358	94	77	165	55	<b>749</b>
<b>1995</b>	339	105	90	204	76	<b>814</b>
<b>1996</b>	344	113	75	192	75	<b>799</b>
<b>1997</b>	348	134	85	183	66	<b>816</b>
<b>1998</b>	368	121	114	177	59	<b>839</b>
<b>1999</b>	374	112	108	198	61	<b>853</b>
<b>2000</b>	374	96	104	225	68	<b>867</b>
<b>2001</b>	386	105	82	227	64	<b>864</b>
<b>2002</b>	375	124	110	230	49	<b>888</b>
<b>2003</b>	461	125	119	223	67	<b>995</b>
<b>2004</b>	431	133	109	247	81	<b>1001</b>
<b>2005</b>	427	134	109	226	95	<b>991</b>
<b>2006</b>	428	132	112	187	104	<b>963</b>
<b>2007</b>	419	133	110	201	102	<b>965</b>
<b>2008</b>	487	120	121	192	107	<b>1027</b>
<b>2009</b>	480	116	114	187	140	<b>1037</b>
<b>2010</b>	479	128	90	198	144	<b>1039</b>
<b>2011</b>	451	127	87	181	133	<b>979</b>
<b>2012</b>	441	120	93	163	134	<b>951</b>
<b>2013</b>	427	107	102	157	122	<b>915</b>
<b>2014</b>	398	104	112	141	123	<b>878</b>
<b>2015</b>	400	104	124	144	129	<b>901</b>
<b>2016</b>	455	102	104	145	134	<b>940</b>

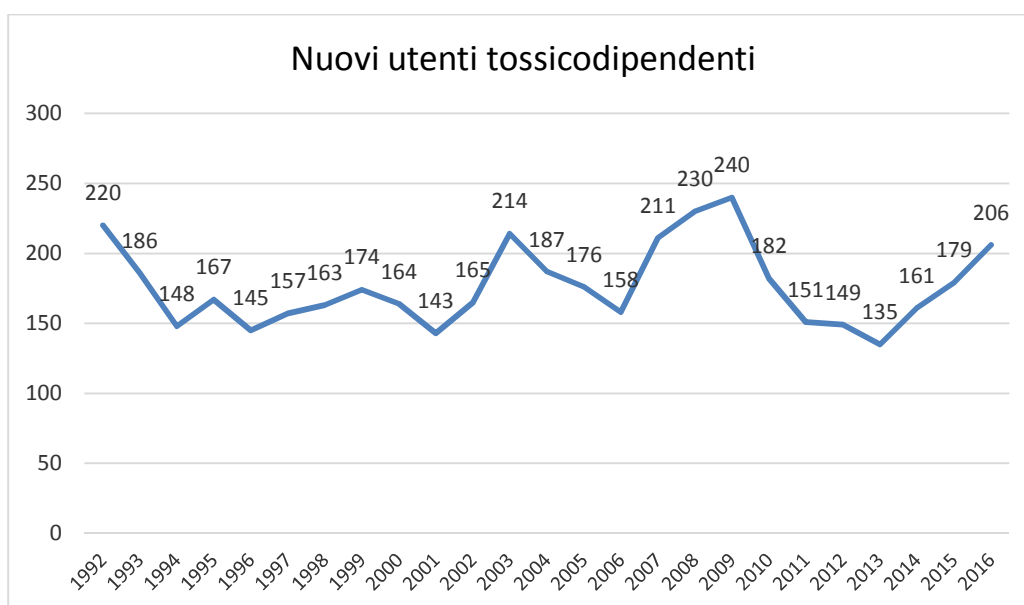


**Tab.3 TASSI INCREMENTALI DEGLI UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT (%)**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Centò</b>	<b>Totale</b>
<b>1991</b>	-	-	-	-	-	-
<b>1992</b>	+4,3	+0,9	+12,5	+6,1	-11,8	<b>+4,1</b>
<b>1993</b>	+1,6	-13,9	+5,6	-18,7	+43,3	<b>-4,6</b>
<b>1994</b>	+11,5	+1,1	+35,1	-2,9	+27,9	<b>+9,5</b>
<b>1995</b>	-5,3	+11,7	+16,9	+23,6	+38,2	<b>+8,7</b>
<b>1996</b>	+1,5	+7,6	-16,7	-5,9	-1,3	<b>-1,8</b>
<b>1997</b>	+1,2	+18,6	+13,3	-4,7	-12,0	<b>+2,1</b>
<b>1998</b>	+5,7	-9,7	+34,1	-3,3	-10,6	<b>+2,8</b>
<b>1999</b>	+1,6	-7,4	-5,3	+11,9	+3,4	<b>+1,7</b>
<b>2000</b>	0,0	-14,3	-3,7	+13,6	+8,2	<b>+1,6</b>
<b>2001</b>	+3,2	+9,4	-21,2	+0,9	-3,0	<b>-0,3</b>
<b>2002</b>	-2,8	+18,1	+34,1	+1,3	-23,4	<b>+2,8</b>
<b>2003</b>	+22,9	+0,8	+8,2	-3,0	+36,7	<b>+12,0</b>
<b>2004</b>	-6,5	+6,4	-8,4	+10,8	+20,9	<b>+0,6</b>
<b>2005</b>	-0,9	+0,8	0,0	-8,5	+17,3	<b>-1,0</b>
<b>2006</b>	+0,2	-1,5	+2,8	-17,3	+9,5	<b>-2,8</b>
<b>2007</b>	-2,1	+0,8	-1,8	+7,5	-1,9	<b>+0,2</b>
<b>2008</b>	+16,2	-9,8	+10,0	-4,5	+4,9	<b>+6,4</b>
<b>2009</b>	-1,4	-3,3	-5,8	-2,6	+30,8	<b>+1,0</b>
<b>2010</b>	-0,2	+10,3	-21,1	+5,9	+2,9	<b>+0,2</b>
<b>2011</b>	-5,8	-0,8	-3,3	-8,6	-7,6	<b>-5,8</b>
<b>2012</b>	-2,2	-5,5	+6,9	-9,9	+0,8	<b>-2,9</b>
<b>2013</b>	-3,2	-10,8	+9,7	-3,7	-9,0	<b>-3,8</b>
<b>2014</b>	-6,8	-2,8	9,8	-10,2	+0,8	<b>-4,0</b>
<b>2015</b>	+0,5	0,0	+10,7	+2,1	+4,9	<b>+2,6</b>
<b>2016</b>	+13,8	-1,9	-16,1	+0,7	+3,9	<b>+4,3</b>

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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
<b>1991</b>	70	23	10	88	8	<b>199</b>
<b>1992</b>	77	35	12	80	16	<b>220</b>
<b>1993</b>	72	18	13	70	13	<b>186</b>
<b>1994</b>	59	10	41	29	9	<b>148</b>
<b>1995</b>	39	13	40	38	37	<b>167</b>
<b>1996</b>	52	18	22	28	25	<b>145</b>
<b>1997</b>	57	22	26	34	18	<b>157</b>
<b>1998</b>	52	20	43	33	15	<b>163</b>
<b>1999</b>	48	15	41	51	19	<b>174</b>
<b>2000</b>	61	6	33	44	20	<b>164</b>
<b>2001</b>	54	15	22	40	12	<b>143</b>
<b>2002</b>	58	20	29	46	12	<b>165</b>
<b>2003</b>	112	14	26	40	22	<b>214</b>
<b>2004</b>	66	20	16	49	36	<b>187</b>
<b>2005</b>	71	14	22	38	31	<b>176</b>
<b>2006</b>	62	17	17	34	28	<b>158</b>
<b>2007</b>	89	25	18	51	28	<b>211</b>
<b>2008</b>	129	18	23	33	27	<b>230</b>
<b>2009</b>	103	12	18	56	51	<b>240</b>
<b>2010</b>	85	20	10	37	30	<b>182</b>
<b>2011</b>	72	19	13	28	19	<b>151</b>
<b>2012</b>	83	10	14	15	27	<b>149</b>
<b>2013</b>	73	8	16	19	19	<b>135</b>
<b>2014</b>	73	20	21	18	29	<b>161</b>
<b>2015</b>	86	20	25	17	31	<b>179</b>
<b>2016</b>	123	18	14	22	29	<b>206</b>



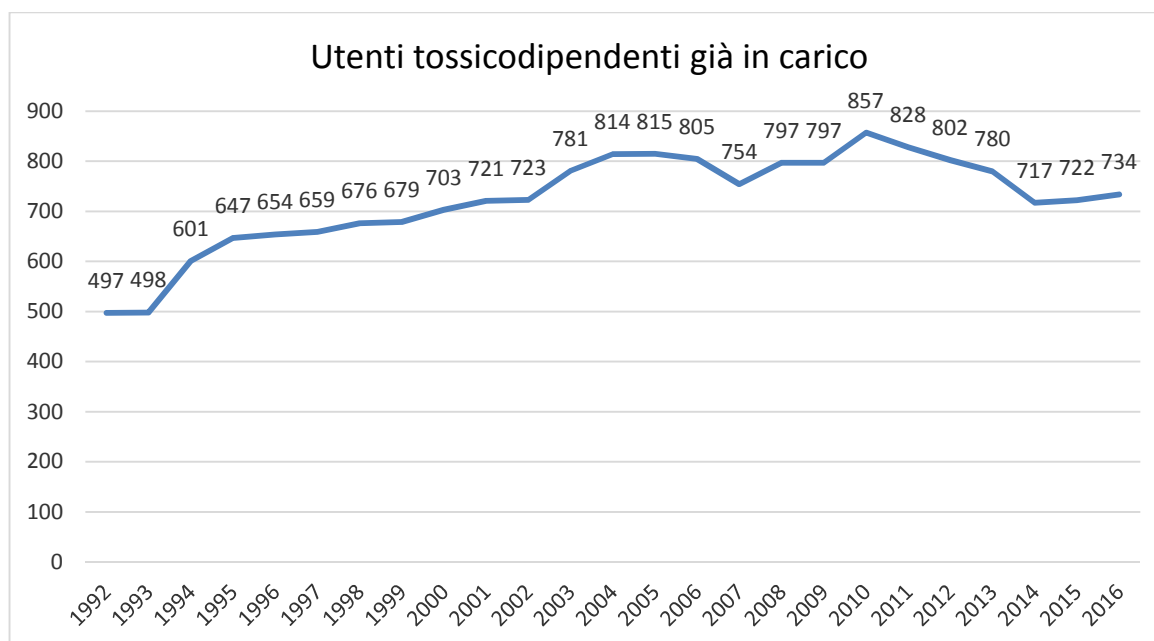
**Tab.5 TASSI INCREMENTALI DEI NUOVI UTENTI PER SEDE DI TRATTAMENTO (%)**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>1991</b>	-	-	-	-	-	-
<b>1992</b>	+10,0	+52,2	+20,0	-9,1	+100,0	<b>+10,6</b>
<b>1993</b>	-6,5	-48,6	+8,3	-12,5	-18,8	<b>-15,5</b>
<b>1994</b>	-18,1	-44,4	+215,4	-58,6	-30,8	<b>-20,4</b>
<b>1995</b>	-33,9	+30,0	-2,4	+31,0	311,1	<b>+12,8</b>
<b>1996</b>	+33,3	+38,5	-45,0	-26,3	-32,4	<b>-13,2</b>
<b>1997</b>	+9,6	+22,2	+18,2	+21,4	-28,0	<b>+8,3</b>
<b>1998</b>	-8,8	-9,1	+65,4	-2,9	-16,7	<b>+3,87</b>
<b>1999</b>	-7,7	-25,0	-4,7	+54,5	26,7	<b>+6,7</b>
<b>2000</b>	+21,7	-60,0	-19,5	-13,7	+5,3	<b>-5,7</b>
<b>2001</b>	-11,5	+150,0	-33,3	-9,1	-40,0	<b>-12,8</b>
<b>2002</b>	+7,4	+33,3	+31,8	+15,0	0,0	<b>+15,4</b>
<b>2003</b>	+93,1	-30,0	-10,3	-13,0	+83,3	<b>+29,7</b>
<b>2004</b>	-41,1	+42,9	-38,5	+22,5	+63,6	<b>-12,6</b>
<b>2005</b>	+7,6	-30,0	+37,5	-22,4	-13,9	<b>-5,9</b>
<b>2006</b>	-12,7	+21,4	-22,7	-10,5	-9,7	<b>-10,2</b>
<b>2007</b>	+43,5	+47,1	+5,9	+50,0	0,0	<b>+33,5</b>
<b>2008</b>	+44,9	-28,0	+27,8	-35,3	-3,6	<b>+9,0</b>
<b>2009</b>	-20,2	-33,3	-21,7	+69,7	+88,9	<b>+4,3</b>
<b>2010</b>	-17,5	+66,7	-44,4	-33,9	-41,2	<b>-24,2</b>
<b>2011</b>	-15,3	-5,0	+30,0	-24,0	-36,7	<b>-20,5</b>
<b>2012</b>	+15,3	-47,4	+7,7	-46,4	+42,1	<b>-1,3</b>
<b>2013</b>	-12,0	-20,0	+14,3	+26,7	-29,6	<b>-9,4</b>
<b>2014</b>	0,0	+150,0	+31,3	-5,3	+52,6	<b>+19,3</b>
<b>2015</b>	+17,8	0,0	+19,0	-5,6	+6,9	<b>+11,2</b>
<b>2016</b>	+43,0	-10,0	-44,0	+29,4	-6,5	<b>+15,1</b>



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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	233	84	38	109	26	<b>490</b>
1992	239	73	42	129	14	<b>497</b>
1993	249	75	44	100	30	<b>498</b>
1994	299	84	36	136	46	<b>601</b>
1995	300	92	50	166	39	<b>647</b>
1996	292	95	53	164	50	<b>654</b>
1997	291	112	59	149	48	<b>659</b>
1998	316	101	71	144	44	<b>676</b>
1999	326	97	67	147	42	<b>679</b>
2000	313	90	71	181	48	<b>703</b>
2001	332	90	60	187	52	<b>721</b>
2002	317	104	81	184	37	<b>723</b>
2003	349	111	93	183	45	<b>781</b>
2004	365	113	93	198	45	<b>814</b>
2005	356	120	87	188	64	<b>815</b>
2006	366	115	95	153	76	<b>805</b>
2007	330	108	92	150	74	<b>754</b>
2008	358	102	98	159	80	<b>797</b>
2009	377	104	96	131	89	<b>797</b>
2010	394	108	80	161	114	<b>857</b>
2011	379	108	74	153	114	<b>828</b>
2012	358	110	79	148	107	<b>802</b>
2013	354	99	86	138	103	<b>780</b>
2014	325	84	91	123	94	<b>717</b>
2015	314	84	99	127	98	<b>722</b>
2016	332	84	90	123	105	<b>734</b>



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

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>1991</b>	-	-	-	-	-	-
<b>1992</b>	+2,6	-13,1	+10,5	+18,3	-46,2	<b>+1,4</b>
<b>1993</b>	+4,2	+2,7	+4,8	-22,5	+114,3	<b>+0,2</b>
<b>1994</b>	+20,1	+12,0	-18,2	+36,0	+53,3	<b>+20,7</b>
<b>1995</b>	+0,3	+9,5	+28,9	+22,1	-15,2	<b>+7,7</b>
<b>1996</b>	-2,7	+3,3	+6,0	-1,2	+28,2	<b>+1,1</b>
<b>1997</b>	-0,3	+17,9	+11,3	-9,1	-4,0	<b>+0,8</b>
<b>1998</b>	+8,6	-9,8	+20,3	-3,4	-8,3	<b>+2,6</b>
<b>1999</b>	+3,2	-4,0	-5,6	+2,1	-4,5	<b>+0,4</b>
<b>2000</b>	-4,0	-7,2	+6,0	+23,1	+14,3	<b>+3,5</b>
<b>2001</b>	+6,1	+0,0	-15,5	+3,3	+8,3	<b>+2,6</b>
<b>2002</b>	-4,5	+15,6	+35,0	-1,6	-28,8	<b>+0,3</b>
<b>2003</b>	+10,1	+6,7	+14,8	-0,5	+21,6	<b>+8,0</b>
<b>2004</b>	+4,6	+1,8	0,0	+8,2	0,0	<b>+4,2</b>
<b>2005</b>	-2,5	+6,2	-6,5	-5,1	+42,2	<b>+0,1</b>
<b>2006</b>	+2,8	-4,2	+9,2	-18,6	+18,8	<b>-1,2</b>
<b>2007</b>	-9,8	-6,1	-3,2	-2,0	-2,6	<b>-6,3</b>
<b>2008</b>	+8,5	-5,6	+6,5	+6,0	+8,1	<b>+5,7</b>
<b>2009</b>	+5,3	+2,0	-2,0	-17,6	+11,3	<b>0,0</b>
<b>2010</b>	+4,5	+3,8	-16,7	+22,9	+28,1	<b>+7,5</b>
<b>2011</b>	-3,8	0,0	-7,5	-5,0	0,0	<b>-3,4</b>
<b>2012</b>	-5,5	+1,9	+6,8	-3,3	-6,1	<b>-3,1</b>
<b>2013</b>	-1,1	-10,0	+8,9	-6,8	-3,7	<b>-2,7</b>
<b>2014</b>	-8,2	-15,2	+5,8	-10,9	-8,7	<b>-8,1</b>
<b>2015</b>	-3,4	0,0	+8,8	+3,3	+4,3	<b>+0,7</b>
<b>2016</b>	+5,7	0,0	-9,1	-3,1	+7,1	<b>+1,7</b>

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

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>1991</b>	23,1	21,5	20,8	44,7	23,5	<b>28,9</b>
<b>1992</b>	24,4	32,4	22,2	38,3	53,3	<b>30,7</b>
<b>1993</b>	22,4	19,4	22,8	41,2	30,2	<b>27,2</b>
<b>1994</b>	16,5	10,6	53,2	17,6	16,4	<b>19,8</b>
<b>1995</b>	11,5	12,4	44,4	18,6	48,7	<b>20,5</b>
<b>1996</b>	15,1	15,9	29,3	14,6	33,3	<b>18,1</b>
<b>1997</b>	16,4	16,4	30,6	18,6	27,3	<b>19,5</b>
<b>1998</b>	14,1	16,5	37,7	18,6	25,4	<b>19,4</b>
<b>1999</b>	12,8	13,4	38,0	25,8	31,1	<b>20,4</b>
<b>2000</b>	16,3	6,3	31,7	19,6	30,3	<b>18,9</b>
<b>2001</b>	14,0	14,3	26,8	17,6	18,8	<b>16,6</b>
<b>2002</b>	15,5	16,1	26,4	20,0	24,5	<b>18,6</b>
<b>2003</b>	24,3	11,2	21,8	17,9	32,8	<b>21,5</b>
<b>2004</b>	15,3	15,0	14,7	19,8	44,4	<b>18,7</b>
<b>2005</b>	16,6	10,4	20,2	16,8	32,6	<b>17,8</b>
<b>2006</b>	14,5	12,9	15,2	18,2	26,9	<b>16,4</b>
<b>2007</b>	21,2	18,8	16,4	25,4	27,5	<b>21,2</b>
<b>2008</b>	26,5	15,0	19,0	17,2	25,2	<b>22,4</b>
<b>2009</b>	27,3	11,5	18,8	47,2	53,3	<b>30,1</b>
<b>2010</b>	17,7	15,6	11,1	18,7	20,8	<b>17,5</b>
<b>2011</b>	16,0	15,0	14,9	15,5	14,3	<b>15,4</b>
<b>2012</b>	18,8	8,3	15,1	9,2	20,1	<b>15,7</b>
<b>2013</b>	17,1	7,5	15,7	12,1	15,6	<b>14,8</b>
<b>2014</b>	18,3	19,2	18,8	12,8	23,6	<b>18,3</b>
<b>2015</b>	21,5	19,2	20,2	11,8	24,0	<b>19,9</b>
<b>2016</b>	27,0	17,6	13,5	15,2	21,6	<b>21,9</b>

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

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>1991</b>	3,3	3,7	3,8	1,2	3,3	<b>2,5</b>
<b>1992</b>	3,1	2,1	3,5	1,6	0,9	<b>2,3</b>
<b>1993</b>	3,5	4,2	3,4	1,4	2,3	<b>2,7</b>
<b>1994</b>	5,1	8,4	0,9	4,7	5,1	<b>4,1</b>
<b>1995</b>	7,7	7,1	1,3	4,4	1,1	<b>3,9</b>
<b>1996</b>	5,6	5,3	2,4	5,9	2,0	<b>4,5</b>
<b>1997</b>	5,1	5,1	2,3	4,4	2,7	<b>4,1</b>
<b>1998</b>	6,1	5,1	1,7	4,4	2,9	<b>4,1</b>
<b>1999</b>	6,8	6,5	1,6	2,9	2,2	<b>3,9</b>
<b>2000</b>	5,1	15,0	2,2	4,1	2,4	<b>4,3</b>
<b>2001</b>	6,1	6,0	2,7	4,7	4,3	<b>5,0</b>
<b>2002</b>	5,5	5,2	2,8	4,0	3,1	<b>4,4</b>
<b>2003</b>	3,1	7,9	3,6	4,6	2,0	<b>3,6</b>
<b>2004</b>	5,5	5,7	5,8	4,0	1,3	<b>4,4</b>
<b>2005</b>	5,0	8,6	4,0	4,9	2,1	<b>4,6</b>
<b>2006</b>	5,9	6,8	5,6	4,5	2,7	<b>5,1</b>
<b>2007</b>	3,7	4,3	5,1	2,9	2,6	<b>3,7</b>
<b>2008</b>	2,8	5,7	4,3	4,8	3,0	<b>3,5</b>
<b>2009</b>	3,7	8,7	5,3	2,3	1,7	<b>3,3</b>
<b>2010</b>	4,6	5,4	8,0	4,4	3,8	<b>4,7</b>
<b>2011</b>	5,3	5,7	5,7	5,5	6,0	<b>5,5</b>
<b>2012</b>	4,3	11	5,6	9,9	4	<b>5,4</b>
<b>2013</b>	4,8	12,4	5,4	7,3	5,4	<b>5,8</b>
<b>2014</b>	4,5	4,2	4,3	6,8	3,2	<b>4,5</b>
<b>2015</b>	3,7	4,2	4,0	7,5	3,2	<b>4,0</b>
<b>2016</b>	2,7	4,7	6,4	5,6	3,6	<b>3,6</b>

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

<b>Anni</b>	<b>Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000</b>		<b>Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000</b>	
	<b>FERRARA</b>	<b>EMILIA- ROMAGNA</b>	<b>FERRARA</b>	<b>EMILIA- ROMAGNA</b>
<b>1991</b>	7,9	8,6	27,2	26,2
<b>1992</b>	8,7	8,5	28,3	27,9
<b>1993</b>	7,4	7,6	27,3	28,4
<b>1994</b>	6,0	8,0	30,2	30,8
<b>1995</b>	6,8	7,6	33,1	32,5
<b>1996</b>	6,0	8,2	32,9	33,7
<b>1997</b>	6,5	7,3	33,5	34,0
<b>1998</b>	6,8	6,9	35,2	34,0
<b>1999</b>	7,4	7,4	36,2	35,5
<b>2000</b>	7,0	7,2	37,2	36,7
<b>2001</b>	6,2	7,6	37,4	37,6
<b>2002</b>	7,2	7,3	38,7	38,9
<b>2003</b>	9,4	7,8	43,7	40,4
<b>2004</b>	8,2	8,5	44,1	41,8
<b>2005</b>	7,8	10,1	43,6	45,1
<b>2006</b>	7,0	9,2	42,5	46,3
<b>2007</b>	9,3	8,5	42,5	45,9
<b>2008</b>	10,1	8,9	44,9	46,5
<b>2009</b>	10,5	9,0	45,3	46,0
<b>2010</b>	8,0	7,6	45,4	45,3
<b>2011</b>	6,6	-	42,6	-
<b>2012</b>	6,6	-	41,9	-
<b>2013</b>	6,0	-	40,8	-
<b>2014</b>	7,3	-	39,8	-
<b>2015</b>	8,2	-	41,1	-
<b>2016</b>	9,5	-	43,4	-



**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	2015	2016
Ferrara	344	375	366	370	337	326	308	298	316	334
Masi Torello	4	2	1	1	2	1	1	0	1	1
Voghiera	6	7	6	6	5	6	5	5	5	7
Copparo	66	61	61	61	63	56	57	54	46	50
Ro	14	13	13	14	12	11	10	11	9	9
Berra	26	22	19	19	22	20	15	20	20	16
Jolanda di Savoia	2	4	6	3	7	7	3	4	4	2
Formignana	8	3	3	3	4	2	3	5	2	4
Tresigallo	12	11	10	17	14	17	14	12	15	17
<b>Centro Nord</b>	<b>482</b>	<b>498</b>	<b>485</b>	<b>494</b>	<b>466</b>	<b>446</b>	<b>416</b>	<b>409</b>	<b>418</b>	<b>440</b>
Argenta	46	54	36	33	35	32	40	45	55	37
Portomaggiore	39	43	49	38	39	41	43	43	38	37
Ostellato	15	14	21	19	20	21	17	17	19	17
Fiscaglia	26	29	29	26	28	27	22	25	28	26
Comacchio	103	96	92	97	80	71	73	68	71	70
Lagosanto	17	21	16	13	12	16	13	11	11	15
Codigoro	30	26	31	36	34	29	31	22	20	17
Mesola	16	13	12	16	15	15	15	13	11	14
Goro	9	10	5	8	8	7	6	7	13	9
<b>Sud Est</b>	<b>301</b>	<b>306</b>	<b>291</b>	<b>286</b>	<b>271</b>	<b>259</b>	<b>260</b>	<b>251</b>	<b>266</b>	<b>242</b>
Cento	46	52	69	67	61	72	63	57	70	80
S. Agostino	5	4	7	5	5	6	6	7	5	8
Mirabello	3	3	4	4	5	5	4	7	7	6
Bondeno	36	37	39	48	44	39	40	36	35	25
Poggio Renatico	10	11	10	9	12	8	8	10	9	9
Vigarano Mainarda	13	14	18	13	14	14	12	8	9	14
<b>Ovest</b>	<b>113</b>	<b>121</b>	<b>147</b>	<b>146</b>	<b>141</b>	<b>144</b>	<b>133</b>	<b>125</b>	<b>135</b>	<b>142</b>
<b>TOTALE</b>	<b>896</b>	<b>925</b>	<b>923</b>	<b>926</b>	<b>878</b>	<b>849</b>	<b>809</b>	<b>783</b>	<b>819</b>	<b>824</b>
Non residenti	69	102	114	113	101	102	106	95	82	116

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

Comuni di residenza	Tassi di prevalenza <sup>40</sup> *1.000 pop. target 15-64 anni									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	4,04	4,38	4,28	4,32	3,92	3,82	3,65	3,61	3,81	4,06
Masi Torello	2,64	1,28	0,64	0,65	1,32	0,67	0,68	0,00	0,69	0,70
Voghiera	2,45	2,90	2,48	2,52	2,08	2,56	2,15	2,17	2,21	3,12
Copparo	5,96	5,60	5,60	5,64	5,88	5,33	5,55	5,36	4,64	5,14
Ro	6,21	5,97	5,97	6,53	5,54	5,24	4,85	5,54	4,64	4,73
Berra	7,57	6,59	5,69	5,84	6,73	6,35	4,89	6,71	6,86	5,63
Jolanda di Savoia	0,99	2,02	3,03	1,53	3,60	3,65	1,59	2,16	2,20	1,13
Formignana	4,38	1,68	1,68	1,69	2,28	1,14	1,73	2,88	1,17	2,39
Tresigallo	4,03	3,71	3,37	5,80	4,75	5,97	4,95	4,32	5,43	6,22
<b>Centro Nord</b>	<b>4,28</b>	<b>4,42</b>	<b>4,30</b>	<b>4,39</b>	<b>4,13</b>	<b>4,00</b>	<b>3,89</b>	<b>3,79</b>	<b>3,88</b>	<b>4,13</b>
Argenta	3,32	3,85	2,57	2,35	2,49	2,3	2,9	3,32	4,11	2,79
Portomaggiore	5,12	5,63	6,41	4,98	5,10	5,24	5,78	5,78	5,23	5,19
Ostellato	3,48	3,33	5,00	4,54	4,81	5,17	4,25	4,35	4,95	4,57
Fiscaglia	4,16	4,66	4,71	4,26	4,60	4,49	3,74	4,34	4,91	4,68
Comacchio	6,61	6,13	5,88	6,28	5,17	4,64	4,84	4,60	4,84	4,85
Lagosanto	5,68	6,67	5,08	4,08	3,68	4,88	4,04	3,44	3,48	4,84
Codigoro	3,68	3,21	3,83	4,52	4,24	3,69	4,04	2,92	2,71	2,34
Mesola	3,45	2,82	2,60	3,51	3,30	3,36	3,42	3,00	2,57	3,33
Goro	3,28	3,69	1,85	2,97	3,01	2,7	2,37	2,82	5,33	3,77
<b>Sud Est</b>	<b>4,55</b>	<b>4,62</b>	<b>4,39</b>	<b>4,35</b>	<b>4,11</b>	<b>3,98</b>	<b>4,06</b>	<b>3,98</b>	<b>4,28</b>	<b>3,97</b>
Cento	2,11	2,28	3,02	2,90	2,61	3,1	2,72	2,48	3,06	3,52
S. Agostino	1,14	0,86	1,51	1,08	1,07	1,28	1,31	1,54	1,13	1,83
Mirabello	1,36	1,34	1,79	1,80	2,24	2,3	1,91	3,47	3,55	3,08
Bondeno	3,73	3,86	4,07	5,01	4,62	4,16	4,33	4,00	3,94	2,84
Poggio Renatico	1,80	1,85	1,68	1,48	1,93	1,28	1,27	1,60	1,43	1,43
Vigarano Mainarda	2,88	2,97	3,82	2,70	2,86	2,85	2,45	1,64	1,85	2,89
<b>Ovest</b>	<b>2,35</b>	<b>2,42</b>	<b>2,94</b>	<b>2,89</b>	<b>2,77</b>	<b>2,84</b>	<b>2,65</b>	<b>2,51</b>	<b>2,74</b>	<b>2,90</b>
<b>TOTALE</b>	<b>3,95</b>	<b>4,04</b>	<b>4,03</b>	<b>4,05</b>	<b>3,82</b>	<b>3,74</b>	<b>3,61</b>	<b>3,55</b>	<b>3,74</b>	<b>3,80</b>

<sup>40</sup> 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	2015	2016
Ferrara	62	77	64	49	36	33	29	39	50	65
Masi Torello	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Voghiera	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Copparo	12	8	4	5	5	2	3	9	5	7
Ro	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0
Berra	4	3	1	2	4	1	0	8	1	4
Jolanda di Savoia	1	2	3	1	5	1	0	3	2	0
Formignana	2	2	0	1	2	1	1	1	0	2
Tresigallo	5	2	2	8	3	3	2	1	6	3
<b>Centro Nord</b>	<b>92</b>	<b>96</b>	<b>76</b>	<b>68</b>	<b>57</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>63</b>	<b>65</b>	<b>82</b>
Argenta	10	13	9	9	8	7	11	9	16	3
Portomaggiore	6	8	6	1	3	2	3	4	2	8
Ostellato	2	1	7	2	1	2	2	3	2	2
Fiscaglia	6	4	5	2	4	4	2	4	4	5
Comacchio	19	12	24	12	11	6	6	4	12	7
Lagosanto	5	7	2	1	2	1	1	0	0	3
Codigoro	12	5	14	12	4	4	7	4	1	2
Mesola	4	2	3	4	4	1	1	2	1	4
Goro	3	2	3	4	4	2	2	4	6	3
<b>Sud Est</b>	<b>67</b>	<b>54</b>	<b>73</b>	<b>47</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>44</b>	<b>37</b>
Cento	13	16	25	14	10	15	9	11	16	23
S. Agostino	2	0	5	0	1	4	3	4	2	1
Mirabello	0	0	2	0	0	1	0	2	1	1
Bondeno	5	6	10	11	4	3	4	6	8	0
Poggio Renatico	4	3	1	2	2	3	2	4	1	2
Vigarano Mainarda	3	1	7	0	2	1	1	3	1	5
<b>Ovest</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>32</b>
<b>TOTALE</b>	<b>186</b>	<b>176</b>	<b>199</b>	<b>142</b>	<b>117</b>	<b>99</b>	<b>90</b>	<b>127</b>	<b>138</b>	<b>151</b>
Non residenti	25	54	41	40	34	50	45	34	41	55

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

Comuni di residenza	Tassi di Incidenza <sup>41</sup> * 1.000 pop. target 15-64 anni									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	0,73	0,90	0,75	0,57	0,42	0,39	0,34	0,47	0,60	0,79
Masi Torello	2,64	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00
Voghiera	0,82	0,41	0,41	0,42	0,42	0,43	0,00	0,43	0,44	0,45
Copparo	1,08	0,73	0,37	0,46	0,47	0,19	0,29	0,89	0,50	0,72
Ro	0,00	0,46	0,46	0,47	0,00	0,48	0,00	0,50	0,00	0,00
Berra	1,16	0,90	0,30	0,62	1,22	0,32	0,00	2,69	0,34	1,41
Jolanda di Savoia	0,49	1,01	1,51	0,51	2,57	0,52	0,00	1,62	1,10	0,00
Formignana	1,10	1,12	0,00	0,56	1,14	0,57	0,58	0,58	0,00	1,20
Tresigallo	1,68	0,67	0,67	2,73	1,02	1,05	0,71	0,36	2,17	1,10
<b>Centro Nord</b>	<b>0,82</b>	<b>0,85</b>	<b>0,67</b>	<b>0,60</b>	<b>0,51</b>	<b>0,40</b>	<b>0,33</b>	<b>0,58</b>	<b>0,60</b>	<b>0,77</b>
Argenta	0,72	0,93	0,64	0,64	0,57	0,50	0,80	0,66	1,20	0,23
Portomaggiore	0,79	1,05	0,79	0,13	0,39	0,27	0,40	0,54	0,28	1,12
Ostellato	0,46	0,24	1,67	0,48	0,24	0,49	0,50	0,77	0,52	0,54
Fiscaglia				0,33	0,65	0,66	0,34	0,69	0,70	0,90
Comacchio	1,22	0,77	1,53	0,78	0,71	0,39	0,40	0,27	0,82	0,48
Lagosanto	1,67	2,22	0,64	0,31	0,61	0,31	0,31	0,00	0,00	0,97
Codigoro	1,47	0,62	1,73	1,51	0,50	0,51	0,91	0,53	0,14	0,28
Mesola	0,86	0,43	0,65	0,88	0,88	0,22	0,23	0,46	0,23	0,95
Goro	1,09	0,74	1,11	1,48	1,51	0,77	0,79	1,61	2,46	1,26
<b>Sud Est</b>	<b>1,01</b>	<b>0,82</b>	<b>1,10</b>	<b>0,71</b>	<b>0,62</b>	<b>0,45</b>	<b>0,56</b>	<b>0,54</b>	<b>0,71</b>	<b>0,61</b>
Cento	0,60	0,70	1,10	0,61	0,43	0,65	0,39	0,48	0,70	1,01
S. Agostino	0,45	0,00	1,08	0,00	0,21	0,85	0,65	0,88	0,45	0,23
Mirabello	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,46	0,00	0,99	0,51	0,51
Bondeno	0,52	0,63	1,04	1,15	0,42	0,32	0,43	0,67	0,90	0,00
Poggio Renatico	0,72	0,50	0,17	0,33	0,32	0,48	0,32	0,64	0,16	0,32
Vigarano Mainarda	0,66	0,21	1,48	0,00	0,41	0,2	0,20	0,62	0,21	1,03
<b>Ovest</b>	<b>0,56</b>	<b>0,52</b>	<b>1,00</b>	<b>0,54</b>	<b>0,37</b>	<b>0,53</b>	<b>0,38</b>	<b>0,60</b>	<b>0,59</b>	<b>0,65</b>
<b>TOTALE</b>	<b>0,82</b>	<b>0,77</b>	<b>0,87</b>	<b>0,62</b>	<b>0,51</b>	<b>0,44</b>	<b>0,40</b>	<b>0,58</b>	<b>0,63</b>	<b>0,70</b>

<sup>41</sup> 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**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Totale utenti</b>	<b>455</b>	<b>102</b>	<b>104</b>	<b>145</b>	<b>134</b>	<b>940</b>	
Maschi	383	87	87	126	111	794	84,5%
Femmine	72	15	17	19	23	146	15,5%
% Maschi	84,2	85,3	83,7	86,9	82,8	84,5	
% Femmine	15,8	14,7	16,3	13,1	17,2	15,5	
<b>Maschi/Femmine</b>	5,3	5,8	5,1	6,6	4,8	5,4	
<b>Età media</b>	38,15 (15-65)	38,3 (17-59)	37,6 (15-62)	40,9 (15-68)	34,5 (16-61)	38,0 (15-68)	
<b>Classi di età:</b>							
15-19 anni	33	8	6	8	11	66	7,0%
20-24 anni	44	12	13	10	17	96	10,2%
25-29 anni	43	11	5	8	19	86	9,1%
30-34 anni	40	6	17	11	20	94	10,0%
35-39 anni	68	9	16	18	18	129	13,7%
>39 anni	227	56	47	90	49	469	49,9%
<b>Cittadinanza:</b>							
Italiani	408	100	101	144	128	881	93,7%
Extracomunitari	43	2	3	1	6	55	5,9%
Comunitari	4	0	0	0	0	4	0,4%
% stranieri/ totale	10,3%	2,0%	2,9%	0,7%	4,5%	6,3%	
<b>Nuovi utenti</b>	<b>123</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>206</b>	
Maschi	109	15	12	20	26	182	88,3%
Femmine	14	3	2	2	3	24	11,7%
<b>Maschi/Femmine</b>	7,8	5,0	6,0	10,0	8,7	7,6	
<b>Età media</b>	30 (15-62)	25,6 (18-53)	25,6 (15-44)	28,4 (15-59)	28,7 (16-61)	28,9 (15-62)	
<b>Classi di età:</b>							
15-19 anni	24	4	3	8	8	47	22,8%
20-24 anni	26	7	6	5	5	49	23,8%
25-29 anni	16	4	2	1	3	26	12,6%
30-34 anni	17	0	0	3	3	23	11,2%
35-39 anni	16	2	1	0	4	23	11,2%
>39 anni	24	1	2	5	6	38	18,4%
<b>Canale d'invio:</b>							
N. segnalati art. 121	43	5	8	36	26	118	57,3%
N. inviati art. 75	38	10	12	4	25	89	43,2%
<b>Totale</b>	<b>81</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>51</b>	<b>207</b>	
<b>Utenti già in carico</b>	<b>332</b>	<b>84</b>	<b>90</b>	<b>123</b>	<b>105</b>	<b>734</b>	
Maschi	274	72	75	106	85	612	83,4%
Femmine	58	12	15	17	20	122	16,6%
<b>Maschi/Femmine</b>	4,7	6,0	5,0	6,2	4,3	5,0	
<b>Età media</b>	41,2 (17-65)	41,0 (17-59)	39,4 (16-62)	43,1 (20-68)	36,1 (18-57)	40,5 (16-68)	
<b>Classi di età:</b>							
15-19 anni	9	4	3	0	3	19	2,6%
20-24 anni	18	5	7	5	12	47	6,4%
25-29 anni	27	7	3	7	16	60	8,2%
30-34 anni	23	6	17	8	17	71	9,7%
35-39 anni	52	7	15	18	14	106	14,4%
>39 anni	203	55	45	85	43	431	58,7%



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

<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Totale utenti</b>	<b>400</b>	<b>104</b>	<b>124</b>	<b>144</b>	<b>129</b>	<b>901</b>	
Maschi	333	90	104	123	106	756	83,9%
Femmine	67	14	20	21	23	145	16,1%
% Maschi	83,3	86,5	83,9	85,4	82,2	83,9	
% Femmine	16,7	13,5	16,1	14,6	17,8	16,1	
<b>Maschi/Femmine</b>	5,0	6,4	5,2	5,9	4,6	5,2	
<b>Età media</b>	39,1 (16-64)	37,6 (16-58)	36,2 (15-68)	40,2 (18-67)	34,7 (17-62)	38,0 (15-68)	
<b>Classi di età:</b>							
15-19 anni	24	10	17	3	10	64	7,1%
20-24 anni	31	14	11	18	19	93	10,3%
25-29 anni	28	7	6	10	16	67	7,4%
30-34 anni	40	7	18	8	20	93	10,3%
35-39 anni	59	12	25	19	20	135	15,0%
>39 anni	218	54	47	86	44	449	49,8%
<b>Cittadinanza:</b>							
Italiani	361	101	122	143	121	848	94,1%
Extracomunitari	38	3	2	1	8	52	5,8%
Comunitari	1	0	0	0	0	1	0,1%
% stranieri/ totale	9,8%	2,9%	1,6%	0,7%	6,2%	5,8%	
<b>Nuovi utenti</b>	<b>86</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>179</b>	<b>19,9%</b>
Maschi	74	19	19	16	26	154	86,0%
Femmine	12	1	6	1	5	25	14,0%
<b>Maschi/Femmine</b>	6,2	19	3,2	16	5,2	6,16	
<b>Età media</b>	33,7 (16-59)	24,1 (16-44)	29,5 (15-51)	26,9 (18-48)	27,4 (17-48)	30,3 (15-59)	
<b>Classi di età:</b>							
15-19 anni	12	7	8	2	7	36	20,1%
20-24 anni	9	8	4	8	11	40	22,3%
25-29 anni	12	1	2	4	3	22	12,3%
30-34 anni	12	1	2	0	2	17	9,5%
35-39 anni	11	1	3	1	2	18	10,1%
>39 anni	30	2	6	2	6	46	25,7%
<b>Canale d'invio:</b>							
N. segnalati art. 121	44	7	20	42	26	139	77,7%
N. inviati art. 75	32	13	17	6	21	89	49,7%
<b>Totale</b>	76	20	37	48	47	228	
<b>Utenti già in carico</b>	<b>314</b>	<b>84</b>	<b>99</b>	<b>127</b>	<b>98</b>	<b>722</b>	<b>80,1%</b>
Maschi	259	71	85	107	80	602	83,4%
Femmine	55	13	14	20	18	120	16,6%
<b>Maschi/Femmine</b>	4,7	5,4	6,1	5,4	4,4	5,0	
<b>Età media</b>	40,5 (17-64)	40,8 (17-58)	37,8 (19-68)	42,0 (18-67)	36,8 (17-62)	39,9 (17-68)	
<b>Classi di età:</b>							
15-19 anni	12	3	9	1	3	28	3,9%
20-24 anni	22	6	7	10	8	53	7,3%
25-29 anni	16	6	4	6	13	45	6,2%
30-34 anni	28	6	16	8	18	76	10,5%
35-39 anni	48	11	22	18	18	117	16,2%
>39 anni	188	52	41	84	38	403	55,8%

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

<b>ANNO</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Totale utenti</b>	<b>963</b>	<b>965</b>	<b>1027</b>	<b>1037</b>	<b>1039</b>	<b>979</b>	<b>951</b>	<b>915</b>	<b>877</b>	<b>901</b>	<b>940</b>
Maschi	818	826	878	879	878	835	802	777	738	756	794
Femmine	145	139	149	158	161	144	149	138	139	145	146
% Maschi	84,9%	85,6%	85,5%	84,8%	84,5%	85,3	84,3	84,9	84,1	83,9%	84,5
% Femmine	15,1%	14,4%	14,5%	15,2%	15,5%	14,7	15,7	15,1	15,9	16,1%	15,5
Maschi/Femmine	5,6	5,9	5,9	5,6	5,6	5,8	5,38	5,6	5,3	5,2	5,4
Età media	33,2	33,2	32,9	35,0	35,2	36,0	36,7	37,7	37,8	38,0	38,0
<b>Classi di età:</b>											
15-19 anni	17	31	37	51	51	37	40	29	43	64	66
20-24 anni	95	98	121	114	123	101	93	88	91	93	96
25-29 anni	162	141	151	147	145	126	104	88	77	67	86
30-34 anni	178	171	179	174	169	146	147	135	103	93	94
35-39 anni	217	198	188	174	160	168	163	157	137	135	129
>39 anni	294	326	351	377	391	401	404	418	427	449	469
<b>Nuovi utenti</b>	<b>158</b>	<b>211</b>	<b>230</b>	<b>240</b>	<b>182</b>	<b>151</b>	<b>149</b>	<b>135</b>	<b>161</b>	<b>179</b>	<b>206</b>
Maschi	131	188	196	213	157	132	130	125	134	154	182
Femmine	27	23	34	27	25	19	19	10	27	25	24
Maschi/Femmine	4,8	8,2	5,8	7,8	6,3	6,9	6,84	12,5	5,0	6,16	7,6
Età media	28,7	27,7	28,3	28,9	27,8	28,6	30,3	30,2	28,3	30,3	28,9
<b>Classi di età:</b>											
15-19 anni	12	24	22	36	27	23	20	19	33	36	47
20-24 anni	39	66	60	63	57	34	33	35	46	40	49
25-29 anni	41	44	50	46	31	24	20	13	21	22	26
30-34 anni	25	23	43	33	33	24	25	18	19	17	23
35-39 anni	18	27	26	26	15	20	28	13	13	18	23
>39 anni	23	27	29	36	19	26	23	37	29	46	38
<b>Canale d'invio:</b>											
N. segnalati art. 121	157	205	289	186	175	154	229	178	102	139	118
N. inviati art. 75	107	51	32	42	31	54	41	36	114	89	89
<b>Totale</b>	<b>264</b>	<b>256</b>	<b>321</b>	<b>228</b>	<b>206</b>	<b>208</b>	<b>270</b>	<b>214</b>	<b>216</b>	<b>228</b>	<b>207</b>
<b>Utenti già in carico</b>	<b>805</b>	<b>754</b>	<b>797</b>	<b>797</b>	<b>857</b>	<b>828</b>	<b>802</b>	<b>780</b>	<b>717</b>	<b>722</b>	<b>734</b>
Maschi	687	638	682	666	721	703	672	652	604	602	612
Femmine	118	116	115	131	136	125	130	128	113	120	122
Maschi/Femmine	5,8	5,5	5,9	5,1	5,3	5,6	5,16	5,1	5,3	5,0	5,0
Età media	34,0	34,7	34,2	36,5	36,8	37,3	37,9	38,8	40,0	39,9	40,5
<b>Classi di età:</b>											
15-19 anni	5	7	15	15	24	14	20	10	10	28	19
20-24 anni	56	32	61	51	66	67	60	53	45	53	47
25-29 anni	121	97	101	101	114	102	84	75	56	45	60
30-34 anni	153	148	136	141	136	122	122	117	84	76	71
35-39 anni	201	171	162	148	145	148	135	144	124	117	106
>39 anni	269	299	322	341	372	375	381	381	398	403	431

**Tab.16.1 ADOLESCENTI E GIOVANI (15-24 ANNI) IN CARICO AI SERD**

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Ferrara</b>	55	39	49	78	74	74	58	62	54	60	55	77
<b>Copparo</b>	15	10	18	14	10	18	15	12	12	18	24	20
<b>Portom.</b>	21	18	16	18	14	14	11	9	16	24	28	19
<b>Codigoro</b>	29	23	25	27	27	35	24	20	16	14	21	18
<b>Cento</b>	18	22	22	21	40	33	30	30	19	18	29	28
<b>Provincia</b>	<b>138</b>	<b>112</b>	<b>130</b>	<b>158</b>	<b>165</b>	<b>174</b>	<b>138</b>	<b>133</b>	<b>117</b>	<b>134</b>	<b>157</b>	<b>162</b>
<b>Diff. %</b>		-19%	16%	22%	4%	5%	-21%	-4%	-12%	+15%	+17%	+3,1%

**Tab.17 CASI TOTALI SEGNALATI O INVIATI DALLA PREFETTURA**

<b>Anni</b>	<b>Segnalati Art. 121</b>	<b>Inviati Art. 75</b>	<b>Totale</b>	<b>Δ% annuo</b>
<b>1991</b>	112	158	270	-
<b>1992</b>	288	153	441	+63,3%
<b>1993</b>	278	118	396	-10,2%
<b>1994</b>	213	69	282	-28,8%
<b>1995</b>	239	59	298	+5,7%
<b>1996</b>	233	67	300	+0,7%
<b>1997</b>	148	119	267	-11,0%
<b>1998</b>	271	88	359	+34,5%
<b>1999</b>	250	108	258	-28,1%
<b>2000</b>	210	112	322	+24,8%
<b>2001</b>	221	137	358	+11,2%
<b>2002</b>	221	120	341	-4,7%
<b>2003</b>	147	127	274	-19,6%
<b>2004</b>	198	172	370	+35,0%
<b>2005</b>	143	164	307	-17,0%
<b>2006</b>	157	107	264	-14,0%
<b>2007</b>	205	51	256	-3,0%
<b>2008</b>	289	32	321	+25,4%
<b>2009</b>	186	42	228	-29,0%
<b>2010</b>	175	31	206	-9,6%
<b>2011</b>	154	54	208	+1,0%
<b>2012</b>	229	41	270	+29,8%
<b>2013</b>	178	36	214	-20,7%
<b>2014</b>	102	114	216	+0,9%
<b>2015</b>	139	89	228	+5,6%
<b>2016</b>	118	89	207	-9,2%

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

Anni	Maschi		Femmine		Maschi/ Femmine	Età media
	Freq.	%	Freq.	%		
<b>1991</b>	565	82,0	124	18,0	4,6	27,0
<b>1992</b>	574	80,1	143	19,9	4,0	27,5
<b>1993</b>	557	81,6	127	18,6	4,4	27,5
<b>1994</b>	611	81,6	138	18,4	4,4	28,9
<b>1995</b>	662	81,3	152	18,7	4,4	30,0
<b>1996</b>	669	83,7	130	16,3	5,1	28,5
<b>1997</b>	677	84,0	129	16,0	5,2	28,0
<b>1998</b>	704	83,9	135	16,1	5,2	29,0
<b>1999</b>	725	85,0	128	15,0	5,7	29,5
<b>2000</b>	742	85,6	125	14,4	5,9	31,8
<b>2001</b>	734	85,0	130	15,0	5,6	31,9
<b>2002</b>	756	85,1	132	14,9	5,7	32,5
<b>2003</b>	844	84,8	151	15,2	5,6	32,8
<b>2004</b>	865	86,4	136	13,6	6,4	33,2
<b>2005</b>	848	85,6	143	14,4	5,9	32,5
<b>2006</b>	818	84,9	145	15,1	5,6	33,5
<b>2007</b>	826	85,6	139	14,4	5,9	33,2
<b>2008</b>	878	85,5	149	14,5	5,9	32,9
<b>2009</b>	879	84,8	158	15,2	5,6	35,0
<b>2010</b>	878	84,5	161	15,5	5,6	35,2
<b>2011</b>	835	85,3	144	14,7	5,8	34,3
<b>2012</b>	802	84,3	149	15,7	5,4	36,7
<b>2013</b>	777	84,8	138	15,2	5,6	37,6
<b>2014</b>	738	84,1	139	15,9	5,3	37,7
<b>2015</b>	756	83,9	145	16,1	5,2	38,0
<b>2016</b>	794	84,5	146	15,5	5,4	38,0

**Tab.19 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2016**

<b>Sostanza primaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Allucinogeni	1	1	0	0	0	<b>2</b>	<b>0,2</b>
Amfetamine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Ecstasy	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,1</b>
Barbiturici	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Benzodiazepine	3	0	2	0	0	<b>5</b>	<b>0,6</b>
Cannabinoidi	38	15	16	12	9	<b>90</b>	<b>10,5</b>
Cocaina	69	12	16	12	14	<b>123</b>	<b>14,4</b>
Crack	3	0	0	0	0	<b>3</b>	<b>0,4</b>
Eroina	302	69	69	104	84	<b>628</b>	<b>73,3</b>
Metadone	0	0	0	1	0	<b>1</b>	<b>0,1</b>
Morfina	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,1</b>
Inalati	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altro	1	0	0	0	2	<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>Sostanza secondaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Allucinogeni	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Amfetamine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Ecstasy	1	0	0	1	0	<b>2</b>	<b>0,6</b>
Barbiturici	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Benzodiazepine	0	2	0	1	0	<b>3</b>	<b>0,9</b>
Cannabinoidi	44	21	13	20	2	<b>100</b>	<b>30,8</b>
Cocaina	74	26	13	12	6	<b>131</b>	<b>40,3</b>
Crack	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Eroina	12	0	0	0	1	<b>13</b>	<b>4,0</b>
Metadone	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Morfina	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altri oppiacei	2	1	0	0	0	<b>3</b>	<b>0,9</b>
Inalati	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Alcol	35	11	14	8	2	<b>70</b>	<b>21,5</b>
Altro	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Uso endovenoso</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Cocaina	12	2	0	1	0	<b>15</b>	<b>3,6</b>
Eroina	207	54	17	85	39	<b>402</b>	<b>96,4</b>
<b>Totale</b>	<b>219</b>	<b>56</b>	<b>17</b>	<b>86</b>	<b>39</b>	<b>417</b>	
<b>Età media sostanza primaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>Min. Max</b>
Ecstasy	-	-	30	-	-	<b>30</b>	30
Cannabinoidi	24,4	20,8	24,2	32,3	22,1	<b>24,6</b>	15-59
Cocaina	41,6	33,2	38,5	37,4	37,6	<b>39,5</b>	18-61
Eroina	40,9	44,1	40,3	44,9	38	<b>41,5</b>	17-68
Benzodiazepine	45	-	46	-	-	<b>45,4</b>	40-48
Altro <sup>42</sup>	41,6	-	-	-	30,5	<b>34,3</b>	20-48
Nessuna	21,6	25,4	-	23,5	25,8	<b>23,5</b>	15-59

<sup>42</sup> Metadone, buprenorfina, morfina, tramadolo



**Tab.19.1 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2015**

<b>Sostanza primaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Allucinogeni	0	1	0	1	0	<b>2</b>	<b>0,2</b>
Amfetamine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Ecstasy	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,1</b>
Barbiturici	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Benzodiazepine	4	0	3	0	1	<b>8</b>	<b>1,0</b>
Cannabinoidi	25	19	26	13	11	<b>94</b>	<b>11,2</b>
Cocaina	56	9	17	8	13	<b>103</b>	<b>12,2</b>
Crack	2	3	0	0	0	<b>5</b>	<b>0,6</b>
Eroina	289	68	76	107	85	<b>625</b>	<b>74,2</b>
Metadone	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Morfina	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,1</b>
Inalati	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altro	1	0	1	1	0	<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>Totale</b>	<b>378</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>130</b>	<b>110</b>	<b>842</b>	<b>100,0</b>
<b>Sostanza secondaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Allucinogeni	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Amfetamine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Ecstasy	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Barbiturici	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Benzodiazepine	0	2	2	0	0	<b>4</b>	<b>1,2</b>
Cannabinoidi	37	19	10	16	3	<b>85</b>	<b>26,2</b>
Cocaina	72	29	15	20	8	<b>144</b>	<b>44,4</b>
Crack	1	0	1	0	0	<b>2</b>	<b>0,6</b>
Eroina	9	0	0	1	0	<b>10</b>	<b>3,1</b>
Metadone	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Morfina	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altri oppiacei	2	0	0	0	0	<b>2</b>	<b>0,6</b>
Inalati	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Alcol	36	9	15	9	7	<b>76</b>	<b>23,5</b>
Altro	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Totale</b>	<b>158</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>46</b>	<b>18</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Usò endovenoso</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Cocaina	8	2	0	0	0	<b>10</b>	<b>2,4</b>
Eroina	207	55	15	92	41	<b>410</b>	<b>97,6</b>
<b>Totale</b>	<b>215</b>	<b>57</b>	<b>15</b>	<b>92</b>	<b>41</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>
<b>Età media sostanza primaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>Min. Max</b>
Ecstasy	-	-	29	-	-	<b>29</b>	29
Cannabinoidi	25,3	21,6	23,2	25,7	25,6	<b>24,0</b>	15-48
Cocaina	41,3	35	35,5	36,2	37,8	<b>38,9</b>	21-59
Eroina	40,8	43,4	40,6	44,0	37,0	<b>41,1</b>	18-68
Benzodiazepine	45,2	-	41,6	-	62	<b>43,8</b>	35-62
Altro <sup>43</sup>	47	-	41	43	-	<b>43,6</b>	41-47
Nessuna	21,7	22	-	26,5	25,4	<b>24,1</b>	16-48

<sup>43</sup> Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

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

<b>Anni</b>	<b>Eroina</b>	<b>Canna- binoidi</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Crack</b>	<b>Ecstasy</b>	<b>Benzodi- azepine</b>	<b>Amfeta- mine</b>	<b>Allucino- geni</b>	<b>Altri oppiacei</b>
<b>1991</b>	630	21	7	-	-	4	0	2	0
<b>1992</b>	635	22	15	-	-	5	2	3	0
<b>1993</b>	620	24	15	-	-	8	0	0	0
<b>1994</b>	612	35	20	-	-	5	0	2	0
<b>1995</b>	673	44	12	-	-	7	3	10	1
<b>1996</b>	687	43	7	-	-	23	7	1	2
<b>1997</b>	644	97	17	-	-	14	4	0	3
<b>1998</b>	690	98	13	-	7	10	3	2	1
<b>1999</b>	680	129	18	-	5	4	1	2	2
<b>2000</b>	693	126	19	-	7	6	1	1	1
<b>2001</b>	681	128	23	-	4	6	3	0	1
<b>2002</b>	679	139	40	-	5	6	1	0	1
<b>2003</b>	725	161	79	-	10	5	0	0	1
<b>2004</b>	685	194	88	-	5	6	1	0	3
<b>2005</b>	667	189	103	-	8	3	0	0	3
<b>2006</b>	674	151	116	-	5	2	1	0	2
<b>2007</b>	716	121	99	-	4	3	0	0	1
<b>2008</b>	741	109	106	-	2	3	3	1	3
<b>2009</b>	769	103	99	-	4	2	2	1	3
<b>2010</b>	759	107	106	3	4	5	0	1	4
<b>2011</b>	734	84	102	3	2	1	0	2	5
<b>2012</b>	717	79	99	-	1	2	0	0	4
<b>2013</b>	680	65	110	2	2	2	0	0	4
<b>2014</b>	650	80	88	0	1	4	0	4	2
<b>2015</b>	625	94	103	5	1	8	0	2	1
<b>2016</b>	628	90	123	3	1	5	0	1	1

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

<b>Anni</b>	<b>Eroina</b>	<b>Canna- binoidi</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Crack</b>	<b>Ecstasy</b>	<b>Benzodia zepine</b>	<b>Amfe tamine</b>	<b>Alluci nogeni</b>	<b>Altri oppia cei</b>
<b>1991</b>	91,4	3,0	1,0	-	-	0,6	0,0	0,3	0,0
<b>1992</b>	88,6	3,1	2,1	-	-	0,7	0,3	0,4	0,0
<b>1993</b>	90,9	3,5	2,2	-	-	1,2	0,0	0,0	0,0
<b>1994</b>	81,7	4,7	2,7	-	-	0,7	0,0	0,1	0,0
<b>1995</b>	83,3	5,2	1,5	-	-	0,9	0,4	0,0	0,1
<b>1996</b>	86,0	5,4	0,9	-	-	2,9	0,9	0,0	0,3
<b>1997</b>	78,9	11,9	2,1	-	-	1,7	0,5	0,0	0,4
<b>1998</b>	82,2	11,7	1,5	-	0,8	1,2	0,4	0,0	0,1
<b>1999</b>	79,7	15,1	2,1	-	0,6	0,5	0,1	0,0	0,2
<b>2000</b>	79,9	14,5	2,2	-	0,8	0,7	0,1	0,0	0,1
<b>2001</b>	78,8	14,8	2,7	-	0,5	0,7	0,3	0,0	0,1
<b>2002</b>	76,5	15,7	4,5	-	0,6	0,7	0,1	0,0	0,1
<b>2003</b>	72,9	16,2	7,9	-	1,0	0,5	0,0	0,0	0,1
<b>2004</b>	68,4	19,4	8,8	-	0,5	0,6	0,1	0,0	0,3
<b>2005</b>	67,3	19,1	10,4	-	0,8	0,3	0,0	0,0	0,3
<b>2006</b>	70,0	15,7	12,0	-	0,5	0,2	0,1	0,0	0,2
<b>2007</b>	75,2	12,7	10,4	-	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1
<b>2008</b>	76,2	11,2	10,9	-	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
<b>2009</b>	78,0	10,4	9,8	-	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2
<b>2010</b>	76,7	10,8	10,7	0,3	0,4	0,5	0,0	0,1	0,4
<b>2011</b>	78,7	9,0	10,9	0,3	0,2	0,1	0,0	0,2	0,5
<b>2012</b>	79,3	8,7	11,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4
<b>2013</b>	78,3	7,5	12,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,5
<b>2014</b>	78,0	9,6	10,6	0,0	0,1	0,5	0,0	0,5	0,2
<b>2015</b>	74,2	11,2	12,2	0,6	0,1	1,0	0,0	0,2	0,1
<b>2016</b>	73,3	10,5	14,4	0,4	0,1	0,6	0,0	0,2	0,1

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

<b>Anni</b>	<b>Eroina</b>	<b>Canna- binoidi</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Ecstasy</b>	<b>Benzodia zepine</b>	<b>Amfe tamine</b>	<b>Allucino geni</b>	<b>Alcol</b>
<b>1991</b>	19	86	21	-	56	0	15	23
<b>1992</b>	22	178	27	-	62	1	10	14
<b>1993</b>	10	169	27	-	50	1	22	15
<b>1994</b>	11	88	21	-	61	2	2	56
<b>1995</b>	11	67	22	-	91	3	1	107
<b>1996</b>	10	186	30	-	14	19	3	79
<b>1997</b>	11	82	31	-	23	5	4	75
<b>1998</b>	19	86	50	4	38	4	3	72
<b>1999</b>	8	82	87	12	31	4	1	61
<b>2000</b>	46	72	86	6	26	1	2	55
<b>2001</b>	8	86	103	4	20	2	2	63
<b>2002</b>	10	95	115	9	20	3	4	81
<b>2003</b>	27	100	135	10	20	4	4	89
<b>2004</b>	23	88	155	1	20	5	3	77
<b>2005</b>	19	94	149	1	19	8	1	77
<b>2006</b>	33	95	166	3	16	6	1	84
<b>2007</b>	24	71	194	3	8	2	0	76
<b>2008</b>	23	86	223	1	11	0	0	93
<b>2009</b>	13	88	178	0	11	0	0	80
<b>2010</b>	13	69	173	0	11	0	0	69
<b>2011</b>	10	46	159	0	2	0	0	82
<b>2012</b>	14	60	184	2	3	0	0	82
<b>2013</b>	9	72	151	2	5	0	0	93
<b>2014</b>	7	83	135	0	7	0	1	68
<b>2015</b>	10	85	144	0	4	0	0	76
<b>2016</b>	13	100	131	2	3	0	1	70

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

<b>Anni</b>	<b>Eroina</b>	<b>Canna- binoidi</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Ecstasy</b>	<b>Benzodia zepine</b>	<b>Amfe tamine</b>	<b>Allucino geni</b>	<b>Alcol</b>
<b>1991</b>	8,6	39,1	9,5	-	25,5	0,0	6,8	10,5
<b>1992</b>	7,0	56,7	8,6	-	19,7	0,3	3,2	4,5
<b>1993</b>	3,4	57,5	9,2	-	17,0	0,3	7,5	5,1
<b>1994</b>	4,6	36,5	8,7	-	25,3	0,8	0,8	23,2
<b>1995</b>	3,6	22,2	7,3	-	30,1	1,0	0,3	35,4
<b>1996</b>	2,9	54,5	8,8	-	4,1	5,6	0,9	23,2
<b>1997</b>	4,8	35,5	13,4	-	10,0	2,2	1,7	32,5
<b>1998</b>	6,9	31,2	18,1	1,4	13,8	1,4	1,1	26,1
<b>1999</b>	2,8	28,7	30,4	4,2	10,8	1,4	0,3	21,3
<b>2000</b>	15,3	23,9	28,6	2,0	8,6	0,3	0,7	18,3
<b>2001</b>	2,7	28,9	34,6	1,3	6,7	0,7	0,7	21,1
<b>2002</b>	2,9	27,2	33,0	2,6	5,7	0,9	1,1	23,2
<b>2003</b>	6,7	24,9	33,7	2,5	5,0	1,0	1,0	22,2
<b>2004</b>	6,0	23,1	40,7	0,3	5,2	1,3	0,8	20,2
<b>2005</b>	5,1	25,0	39,6	0,3	5,1	2,1	0,3	20,5
<b>2006</b>	8,1	23,3	40,7	0,7	3,9	1,5	0,2	20,6
<b>2007</b>	6,3	18,6	50,9	0,8	2,1	0,5	0,0	19,9
<b>2008</b>	5,2	19,6	50,8	0,2	2,5	0,0	0,0	21,2
<b>2009</b>	3,5	23,8	48,0	0,0	3,0	0,0	0,0	21,1
<b>2010</b>	3,8	20,3	50,9	0,0	3,2	0,0	0,0	20,3
<b>2011</b>	3,3	15,3	52,8	0,0	0,7	0,0	0,0	27,2
<b>2012</b>	4,0	17,2	52,7	0,6	0,9	0,0	0,0	23,5
<b>2013</b>	3,0	21,4	44,9	0,6	1,5	0,0	0,0	27,7
<b>2014</b>	2,3	27,4	44,6	0,0	2,3	0,0	0,3	22,4
<b>2015</b>	3,1	26,2	44,4	0,0	1,2	0,0	0,0	23,5
<b>2016</b>	4,0	30,8	40,3	0,6	0,9	0,0	0,3	21,5

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

<b>Anni</b>	<b>FERRARA</b>		<b>REGIONE EMILIA-ROMAGNA</b>
	<b>Utenti</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>1991</b>	258	37,4	41,9
<b>1992</b>	346	48,2	45,8
<b>1993</b>	323	47,2	45,7
<b>1994</b>	260	34,7	46,8
<b>1995</b>	323	39,7	48,6
<b>1996</b>	356	44,5	50,9
<b>1997</b>	223	27,7	43,5
<b>1998</b>	289	34,4	43,3
<b>1999</b>	292	34,2	44,1
<b>2000</b>	301	34,7	42,9
<b>2001</b>	298	34,5	43,8
<b>2002</b>	349	39,3	47,4
<b>2003</b>	401	40,3	40,7
<b>2004</b>	381	38,1	49,5
<b>2005</b>	376	37,9	48,6
<b>2006</b>	408	42,4	43,4
<b>2007</b>	381	39,5	49,7
<b>2008</b>	439	42,7	44,5
<b>2009</b>	372	37,7	33,2
<b>2010</b>	340	34,2	-
<b>2011</b>	301	32,3	-
<b>2012</b>	354	37,2	-
<b>2013</b>	336	38,7	-
<b>2014</b>	303	34,5	-
<b>2015</b>	324	36,0	-
<b>2016</b>	325	34,6	-



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

<b>Anni</b>	<b>Eroina</b>	<b>Canna binoidi</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Ecstasy</b>	<b>Benzodi azepine</b>	<b>Amfeta- mine</b>	<b>Alluci- nogeni</b>	<b>Altri oppiacei</b>	<b>Totale</b>
<b>2000</b>	29,7	5,4	0,8	0,3	0,3	0,04	0,04	0,04	<b>37,2</b>
<b>2001</b>	29,5	5,5	1,0	0,2	0,3	0,13	0,00	0,04	<b>37,4</b>
<b>2002</b>	29,6	6,1	1,7	0,2	0,3	0,04	0,00	0,04	<b>38,7</b>
<b>2003</b>	31,9	7,1	3,5	0,4	0,2	0,00	0,00	0,04	<b>43,7</b>
<b>2004</b>	30,2	8,6	3,9	0,2	0,3	0,04	0,00	0,13	<b>44,1</b>
<b>2005</b>	29,4	8,3	4,5	0,4	0,1	0,00	0,00	0,13	<b>43,6</b>
<b>2006</b>	29,8	6,7	5,1	0,2	0,1	0,04	0,00	0,09	<b>42,5</b>
<b>2007</b>	31,5	5,3	4,4	0,2	0,1	0,00	0,00	0,04	<b>42,5</b>
<b>2008</b>	32,5	4,8	4,6	0,1	0,1	0,13	0,04	0,13	<b>44,9</b>
<b>2009</b>	33,6	4,5	4,3	0,2	0,1	0,09	0,04	0,13	<b>45,3</b>
<b>2010</b>	33,2	4,7	4,6	0,2	0,2	0,00	0,04	0,17	<b>45,4</b>
<b>2011</b>	32,0	3,7	4,4	0,1	0,0	0,00	0,09	0,22	<b>42,6</b>
<b>2012</b>	31,6	3,5	4,4	0,0	0,1	0,00	0,00	0,18	<b>41,9</b>
<b>2013</b>	30,3	2,9	4,9	0,1	0,1	0,00	0,00	0,18	<b>40,8</b>
<b>2014</b>	29,5	3,6	4,0	0,0	0,2	0,00	0,18	0,09	<b>39,8</b>
<b>2015</b>	28,5	4,3	4,7	0,05	0,4	0,00	0,09	0,05	<b>38,4</b>
<b>2016</b>	29,0	4,2	5,7	0,05	0,2	0,00	0,09	0,05	<b>39,6</b>

**Tab. 26 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2016**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Nuovi utenti</b>	<b>123</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>206</b>	
<b>Cittadinanza</b>							<b>%</b>
Italiani	98	18	12	21	26	<b>175</b>	<b>85,0</b>
Extracomunitari	22	0	2	1	3	<b>28</b>	<b>13,6</b>
Comunitari	3	0	0	0	0	<b>3</b>	<b>1,5</b>
<b>Stato civile</b>							<b>%</b>
Celibi/nubili	102	16	10	19	24	<b>171</b>	<b>83,0</b>
Coniugati	13	2	2	1	3	<b>21</b>	<b>10,2</b>
Separati/divorziati	7	0	0	2	1	<b>10</b>	<b>4,9</b>
Vedovi	0	0	0	0	1	<b>1</b>	<b>0,5</b>
Non indicato	1	0	2	0	0	<b>3</b>	<b>1,5</b>
<b>Titolo di studio</b>							<b>%</b>
Elementare	8	0	0	1	0	<b>9</b>	<b>4,4</b>
Media Inferiore	73	10	6	12	23	<b>124</b>	<b>60,2</b>
Professionale	6	2	0	3	1	<b>12</b>	<b>5,8</b>
Media superiore	30	5	6	4	5	<b>50</b>	<b>24,3</b>
Universitario	4	1	1	1	0	<b>7</b>	<b>3,4</b>
Nessuno	2	0	1	1	0	<b>4</b>	<b>1,9</b>
<b>Attività lavorativa</b>							<b>%</b>
Disoccupato	23	7	4	3	5	<b>42</b>	<b>20,4</b>
Lavori saltuari	7	1	0	2	2	<b>12</b>	<b>5,8</b>
Lavoro regolare	16	5	3	9	9	<b>42</b>	<b>20,4</b>
Studente	31	2	5	8	10	<b>56</b>	<b>27,2</b>
In cerca prima occupazione	2	2	0	0	1	<b>5</b>	<b>2,4</b>
Sospeso forza maggiore	44	1	0	0	2	<b>47</b>	<b>22,8</b>
Pensionato	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,5</b>
Casalinga	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Non indicato	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Situazione abitativa</b>							<b>%</b>
Vive con genitori	50	12	8	15	16	<b>101</b>	<b>49,0</b>
Vive con il partner	10	2	1	1	2	<b>16</b>	<b>7,8</b>
Vive con partner e figli	2	1	2	1	3	<b>9</b>	<b>4,4</b>
Solo	5	1	0	0	6	<b>12</b>	<b>5,8</b>
In carcere	45	1	1	0	1	<b>48</b>	<b>23,3</b>
In struttura accoglienza	3	0	1	0	0	<b>4</b>	<b>1,9</b>
Senza fissa dimora	1	0	0	2	0	<b>3</b>	<b>1,5</b>
Non noto/Altro	7	1	1	3	1	<b>13</b>	<b>6,3</b>
<b>Situazione giuridica</b>							<b>%</b>
Incensurato	59	14	10	14	20	<b>117</b>	<b>56,8</b>
Denunce	7	1	2	3	5	<b>18</b>	<b>8,7</b>
Condanne	8	2	0	1	1	<b>12</b>	<b>5,8</b>
Carcerazioni	41	0	0	1	1	<b>43</b>	<b>20,9</b>
Forme alternative	2	0	0	1	1	<b>4</b>	<b>1,9</b>
Non noto	6	1	2	2	1	<b>12</b>	<b>5,8</b>

**Tab. 26.1 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2015**

<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Nuovi utenti</b>	<b>86</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>179</b>	
<b>Cittadinanza</b>							
Italiani	68	18	24	16	26	<b>152</b>	<b>84,9</b>
Extracomunitari	17	2	1	1	5	<b>26</b>	<b>14,5</b>
Comunitari	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>Stato civile</b>							<b>%</b>
Celibi/nubili	60	18	21	15	25	<b>139</b>	<b>77,7</b>
Coniugati	17	0	0	1	3	<b>21</b>	<b>11,7</b>
Separati/divorziati	9	2	2	1	3	<b>17</b>	<b>9,5</b>
Vedovi	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Non indicato	0	0	2	0	0	<b>2</b>	<b>1,1</b>
<b>Titolo di studio</b>							<b>%</b>
Elementare	6	1	0	0	2	<b>9</b>	<b>5,0</b>
Media Inferiore	51	12	15	10	19	<b>107</b>	<b>59,8</b>
Professionale	9	2	1	1	1	<b>14</b>	<b>7,8</b>
Media superiore	15	5	7	5	8	<b>40</b>	<b>22,3</b>
Universitario	4	0	0	0	0	<b>4</b>	<b>2,2</b>
Nessuno	1	0	2	1	1	<b>5</b>	<b>2,8</b>
<b>Attività lavorativa</b>							<b>%</b>
Disoccupato	11	4	4	3	3	<b>25</b>	<b>14,0</b>
Lavori saltuari	4	1	2	4	4	<b>15</b>	<b>8,4</b>
Lavoro regolare	13	5	8	6	12	<b>44</b>	<b>24,6</b>
Studente	14	10	7	2	8	<b>41</b>	<b>22,9</b>
In cerca prima occupazione	1	0	1	2	2	<b>6</b>	<b>3,4</b>
Sospeso forza maggiore	43	0	0	0	2	<b>45</b>	<b>25,1</b>
Pensionato	0	0	2	0	0	<b>2</b>	<b>1,1</b>
Casalinga	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Non indicato	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>Situazione abitativa</b>							<b>%</b>
Vive con genitori	23	14	11	12	18	<b>78</b>	<b>43,6</b>
Vive con il partner	5	1	4	1	0	<b>11</b>	<b>6,1</b>
Vive con partner e figli	2	1	1	1	6	<b>11</b>	<b>6,1</b>
Solo	6	1	3	1	2	<b>13</b>	<b>7,3</b>
In carcere	43	0	0	0	2	<b>45</b>	<b>25,1</b>
In struttura accoglienza	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Senza fissa dimora	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,6</b>
Non noto/Altro	6	3	6	2	3	<b>20</b>	<b>11,2</b>
<b>Situazione giuridica</b>							<b>%</b>
Incensurato	31	18	18	13	23	<b>103</b>	<b>57,5</b>
Denunce	8	2	2	1	3	<b>16</b>	<b>8,9</b>
Condanne	4	0	2	1	4	<b>11</b>	<b>6,1</b>
Carcerazioni	41	0	0	1	0	<b>42</b>	<b>23,5</b>
Forme alternative	0	0	0	1	1	<b>2</b>	<b>1,1</b>
Non noto	2	0	3	0	0	<b>5</b>	<b>2,8</b>

**Tab. 27 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.  
Anno 2016**

<b>Sostanza primaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Eroina	48	2	3	4	5	<b>62</b>	<b>30,1</b>
Cannabinoidi	47	8	9	15	15	<b>94</b>	<b>45,6</b>
Cocaina	24	7	2	2	6	<b>41</b>	<b>19,9</b>
Ecstasy	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
LSD	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altro	2	0	0	0	1	<b>3</b>	<b>1,5</b>
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Metadone	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Nessuna	2	1	0	1	2	<b>6</b>	<b>2,9</b>
<b>Sostanza secondaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Cannabinoidi	11	1	0	0	0	<b>12</b>	<b>21,4</b>
Cocaina	15	2	1	1	0	<b>19</b>	<b>33,9</b>
Alcol	3	2	3	1	0	<b>9</b>	<b>16,1</b>
Eroina	6	0	0	0	0	<b>6</b>	<b>10,7</b>
Ecstasy	1	0	0	1	0	<b>2</b>	<b>3,6</b>
Metadone	1	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>1,8</b>
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altro	2	0	1	0	0	<b>3</b>	<b>5,4</b>
Tabacco	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>1,8</b>
Gioco d'azzardo	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Nessuna	1	1	0	1	0	<b>3</b>	<b>5,4</b>

**Tab. 27.1 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.  
Anno 2015**

<b>Sostanza primaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Eroina	36	0	6	5	3	<b>50</b>	<b>27,9</b>
Cannabinoidi	7	16	12	4	7	<b>46</b>	<b>25,7</b>
Cocaina	26	3	3	0	6	<b>38</b>	<b>21,2</b>
Ecstasy	0	0	1	0	0	<b>1</b>	<b>0,6</b>
LSD	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Altro	0	0	1	0	1	<b>2</b>	<b>1,1</b>
Benzodiazepine	1	0	2	0	0	<b>3</b>	<b>1,7</b>
Metadone	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Nessuna	16	1	0	8	14	<b>39</b>	<b>21,8</b>
<b>Sostanza secondaria</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Cannabinoidi	10	0	1	0	0	<b>11</b>	<b>24,4</b>
Cocaina	10	1	2	3	0	<b>16</b>	<b>35,6</b>
Alcol	9	1	3	1	2	<b>16</b>	<b>35,6</b>
Eroina	0	0	0	1	0	<b>1</b>	<b>2,2</b>
Ecstasy	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Metadone	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Benzodiazepine	0	1	0	0	0	<b>1</b>	<b>2,2</b>
Altro	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Tabacco	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Gioco d'azzardo	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Nessuna	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>

**Tab. 28 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria**

<b>Sostanza primaria</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Eroina	93	93	98	64	62	65	49	44	50	62
Cannabinoidi	66	60	58	51	34	28	30	55	46	94
Cocaina	33	35	44	36	27	26	25	21	38	41
Ecstasy	4	1	2	0	1	0	1	0	1	0
Allucinogeni	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	0	1	0	1	1	1	3	0
Metadone	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0
Altri oppiacei	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Inalanti	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro	0	1	2	0	2	0	2	5	2	3
Nessuna	0	36	35	27	25	28	27	33	39	6
<b>Sostanza secondaria</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Cocaina	29	36	11	21	22	33	15	13	16	19
Cannabinoidi	28	20	35	14	9	10	18	11	11	12
Alcol	7	11	9	3	12	12	9	5	16	9
Eroina	2	4	4	3	0	2	1	2	1	6
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Benzodiazepine	0	0	5	0	0	0	0	2	1	0
Metadone	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1
Tabacco	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
Altro	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3



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

<b>Sostanza primaria</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Eroina	47,0	40,4	40,8	35,2	41,1	43,6	36,3	27,5	27,9	30,1
Cannabinoidi	33,3	26,1	24,2	28,0	22,5	18,8	22,2	34,4	25,7	45,6
Cocaina	16,7	15,2	18,3	19,8	17,9	17,4	18,5	13,1	21,2	19,9
Ecstasy	2,0	0,4	0,8	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0
Allucinogeni	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamine	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,7	0,7	0,6	1,7	0,0
Metadone	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,0
Altri oppiacei	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inalanti	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	0,0	0,4	0,8	0,0	1,3	0,0	1,4	3,1	1,1	1,5
Nessuna	0,0	15,7	14,6	14,8	16,6	18,8	20,0	20,6	21,8	2,9
<b>Sostanza secondaria</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Cocaina	43,3	49,3	16,4	50,0	51,2	55,0	34,1	38,2	34,0	33,9
Cannabinoidi	41,8	27,4	52,2	33,3	20,9	16,7	40,9	32,4	23,4	21,4
Alcol	10,4	15,1	13,4	7,1	27,9	20,0	20,5	14,7	34,0	16,1
Eroina	3,0	5,5	6,0	7,1	0,0	3,3	2,3	5,9	2,1	10,7
Amfetamine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	2,1	0,0
Metadone	0,0	2,7	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Tabacco	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Altro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,9	0,0	5,4

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

<b>HIV anno 2009</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Utenti già in carico Hiv+	40	9	8	17	9	<b>83</b>
Totale utenti Hiv+	40	9	8	17	10	<b>84</b>
% Hiv+ / Utenti totali	8,3%	7,7%	7,0%	9,0%	7,1%	<b>8,1%</b>
<b>HIV anno 2010</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Utenti già in carico Hiv+	39	9	8	18	10	<b>84</b>
Totale utenti Hiv+	39	9	8	18	10	<b>84</b>
% Hiv+ / Utenti totali	8,1%	7,0%	8,9%	9,1%	6,9%	<b>8,1%</b>
<b>HIV anno 2011</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Utenti già in carico Hiv+	35	8	8	17	12	<b>80</b>
Totale utenti Hiv+	35	8	8	17	12	<b>80</b>
% Hiv+ / Utenti totali	7,8%	6,3%	9,2%	9,4%	9%	<b>8,2%</b>
<b>HIV anno 2012</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Utenti già in carico Hiv+	34	8	7	20	11	<b>80</b>
Totale utenti Hiv+	34	8	7	20	11	<b>80</b>
% Hiv+ / Utenti totali	7,7%	6,6%	7,5%	12,3%	8,2%	<b>8,4%</b>
<b>HIV anno 2013</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	2	0	<b>2</b>
Utenti già in carico Hiv+	35	9	6	19	11	<b>80</b>
Totale utenti Hiv+	35	9	6	21	11	<b>82</b>
% Hiv+ / Utenti totali	8,2%	8,4%	5,8%	13,3%	9,0	<b>9,0%</b>
<b>HIV anno 2014</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Utenti già in carico Hiv+	34	6	7	21	10	<b>78</b>
Totale utenti Hiv+	34	7	7	21	10	<b>79</b>
% Hiv+ /Utenti totali	8,5%	6,7%	6,3%	14,9%	8,1%	<b>9,0%</b>
<b>HIV anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Utenti già in carico Hiv+	34	6	7	19	10	<b>76</b>
Totale utenti Hiv+	34	6	7	19	10	<b>76</b>
% Hiv+ /Utenti totali	8,5%	5,8%	5,6%	13,2%	7,8%	<b>8,4%</b>
<b>HIV anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Utenti già in carico Hiv+	31	6	7	18	10	<b>72</b>
Totale utenti Hiv+	31	6	7	18	10	<b>72</b>
% Hiv+ /Utenti totali	6,8%	5,9%	6,7%	12,4%	7,5%	<b>7,7%</b>

**Tab. 31 Positività al test HIV degli utenti dei SerT**

<b>Anni</b>	<b>Totale Hiv+</b>	<b>Nuovi Hiv+</b>	<b>Già in carico Hiv+</b>	<b>% Totale Hiv+</b>	<b>% Nuovi Hiv+</b>	<b>% Già in carico Hiv+</b>
<b>1991</b>	198	45	153	43,3	11,1	20,3
<b>1992</b>	194	35	163	34,3	20,0	25,2
<b>1993</b>	153	19	134	29,8	31,6	22,4
<b>1994</b>	152	17	135	28,2	23,5	23,0
<b>1995</b>	155	19	136	19,0	11,4	21,0
<b>1996</b>	151	9	142	18,9	6,2	21,7
<b>1997</b>	97	3	94	12,0	1,9	14,5
<b>1998</b>	104	5	99	12,4	3,1	14,6
<b>1999</b>	103	5	98	12,1	2,9	14,4
<b>2000</b>	104	5	99	12,0	3,0	14,1
<b>2001</b>	102	2	100	11,8	1,4	13,9
<b>2002</b>	96	2	94	10,8	1,2	13,0
<b>2003</b>	104	8	96	10,5	3,7	12,3
<b>2004</b>	99	1	98	9,9	0,5	12,0
<b>2005</b>	99	3	96	10,0	1,7	11,8
<b>2006</b>	93	1	92	9,7	0,6	11,4
<b>2007</b>	93	3	90	9,6	1,4	11,9
<b>2008</b>	85	0	85	8,3	0,0	10,7
<b>2009</b>	84	1	83	8,1	0,4	10,4
<b>2010</b>	84	0	84	8,1	0,0	6,9
<b>2011</b>	80	0	80	8,2	0,0	9,7
<b>2012</b>	80	0	80	8,4	0,0	10,0
<b>2013</b>	82	2	81	9,0	1,5	10,3
<b>2014</b>	79	1	78	9,0	0,7	10,9
<b>2015</b>	76	0	76	8,4	0,0	10,5
<b>2016</b>	72	0	72	7,7	0,0	9,8

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

<b>Epatite C anno 2009</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	7	1	0	2	4	<b>14</b>
Utenti già in carico Hcv+	207	78	54	83	51	<b>473</b>
Totale utenti Hcv+	214	79	54	85	55	<b>487</b>
% Hcv+/ Utenti totali	44,6%	69,3%	47,4%	45,4%	39,3%	<b>46,9%</b>
<b>Epatite C anno 2010</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	2	<b>4</b>
Utenti già in carico Hcv+	210	78	44	82	53	<b>467</b>
Totale utenti Hcv+	212	78	44	82	55	<b>471</b>
% Hcv+/ Utenti totali	44,3%	60,9%	48,9%	41,4%	38,2%	<b>45,3%</b>
<b>Epatite C anno 2011</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	4	0	0	2	1	<b>7</b>
Utenti già in carico Hcv+	199	73	41	78	55	<b>446</b>
Totale utenti Hcv+	203	73	41	80	56	<b>453</b>
% Hcv+ / Utenti totali	45,0%	57,5%	47,1%	44,2%	42,1%	<b>46,3%</b>
<b>Epatite C anno 2012</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	2	2	1	1	1	<b>7</b>
Utenti già in carico Hcv+	195	66	40	69	54	<b>424</b>
Totale utenti Hcv+	197	68	41	70	55	<b>431</b>
% Hcv+ / Utenti totali	44,7%	56,7%	44,1%	42,9%	41,0%	<b>45,3%</b>
<b>Epatite C anno 2013</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	3	1	0	2	0	<b>6</b>
Utenti già in carico Hcv+	195	66	40	69	52	<b>421</b>
Totale utenti Hcv+	198	67	40	71	52	<b>427</b>
% Hcv+ / Utenti totali	46,4%	62,6%	39,2%	45,2%	42,6%	<b>47,1%</b>
<b>Epatite C anno 2014</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	0	2	0	2	1	<b>5</b>
Utenti già in carico Hcv+	179	60	38	74	48	<b>399</b>
Totale utenti Hcv+	179	62	38	76	49	<b>404</b>
% Hcv+ / Utenti totali	45,0%	59,6%	33,9%	53,9%	39,8%	<b>46,0%</b>
<b>Epatite C anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	2	0	2	2	0	<b>6</b>
Utenti già in carico Hcv+	170	60	39	77	46	<b>392</b>
Totale utenti Hcv+	172	60	41	79	46	<b>398</b>
% Hcv+ / Utenti totali	43,0%	57,7%	33,1%	54,9%	35,7%	<b>44,2%</b>
<b>Epatite C anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	0	<b>2</b>
Utenti già in carico Hcv+	169	57	38	78	44	<b>386</b>
Totale utenti Hcv+	171	57	38	78	44	<b>388</b>
% Hcv+ / Utenti totali	37,6%	55,9%	36,5%	53,8%	32,8%	<b>41,3%</b>

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

<b>Anni</b>	<b>Totale HCV+</b>	<b>Nuovi HCV+</b>	<b>Già in carico HCV+</b>	<b>% Totale HCV+</b>	<b>% Nuovi HCV+</b>	<b>% Già in carico HCV+</b>
<b>1998</b>	382	-	-	45,5	-	-
<b>1999</b>	443	-	-	51,9	-	-
<b>2000</b>	457	-	-	52,7	-	-
<b>2001</b>	443	-	-	51,3	-	-
<b>2002</b>	468	-	-	52,7	-	-
<b>2003*</b>	513	-	-	51,5	-	-
<b>2004</b>	539	16	523	53,8	8,5	64,2
<b>2005</b>	531	9	522	53,6	5,1	64,0
<b>2006</b>	519	20	499	54,0	12,7	62,0
<b>2007</b>	491	9	482	50,9	4,3	63,9
<b>2008</b>	386	2	384	37,6	0,9	48,2
<b>2009</b>	487	14	473	46,9	5,8	59,3
<b>2010</b>	471	4	467	45,3	2,2	54,5
<b>2011</b>	453	7	446	46,3	4,6	53,9
<b>2012</b>	431	7	424	45,3	4,7	52,9
<b>2013</b>	427	6	421	47,1	4,7	54,2
<b>2014</b>	404	5	399	46,0	3,1	55,6
<b>2015</b>	398	6	392	44,2	3,4	54,3
<b>2016</b>	388	2	386	41,3	1,0	52,6

\* 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**

<b>Epatite B anno 2010</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	<b>3</b>
Utenti già in carico Hbv+	100	5	12	37	16	<b>170</b>
Totale utenti Hbv+	101	5	12	37	16	<b>171</b>
% Hbv+ / Utenti totali	21,1%	3,9%	13,3%	18,7%	11,1%	<b>16,5%</b>
Utenti vaccinati Hbv	23	56	30	27	59	<b>195</b>
<b>Epatite B anno 2011</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	4	0	0	1	0	<b>5</b>
Utenti già in carico Hbv+	93	3	8	29	20	<b>153</b>
Totale utenti Hbv+	97	3	8	30	20	<b>158</b>
% Hbv+ / Utenti totali	21,5%	2,4%	9,2%	16,6%	15,0%	<b>16,1%</b>
Utenti vaccinati Hbv	111	52	31	31	49	<b>274</b>
<b>Epatite B anno 2012</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	<b>3</b>
Utenti già in carico Hbv+	84	1	4	31	17	<b>137</b>
Totale utenti Hbv+	85	1	4	32	17	<b>139</b>
% Utenti totali Hbv+	19,3%	0,8%	4,3%	19,6%	12,7%	<b>14,6%</b>
Utenti vaccinati Hbv	105	49	34	34	49	<b>271</b>
<b>Epatite B anno 2013</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Utenti già in carico Hbv+	88	2	2	31	15	<b>138</b>
Totale utenti Hbv+	89	2	2	31	15	<b>139</b>
% Hbv+ / Utenti totali	21,3%	1,9%	2%	19,7	12,3	<b>15,3%</b>
Utenti vaccinati Hbv	94	46	31	29	45	<b>245</b>
<b>Epatite B anno 2014</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	0	0	0	1	1	<b>2</b>
Utenti già in carico Hbv+	73	6	1	31	14	<b>125</b>
Totale utenti Hbv+	73	6	1	32	15	<b>127</b>
% Hbv+ / Utenti totali	18,4%	5,8%	0,9%	22,7%	12,2%	<b>14,5%</b>
Utenti vaccinati Hbv	93	43	25	25	42	<b>228</b>
<b>Epatite B anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	1	<b>2</b>
Utenti già in carico Hbv+	55	5	1	28	12	<b>101</b>
Totale utenti Hbv+	56	5	1	28	13	<b>103</b>
% Hbv+ / Utenti totali	14,0%	4,8%	0,8%	19,4%	10,1%	<b>11,4%</b>
Utenti vaccinati Hbv	96	38	24	21	37	<b>216</b>
<b>Epatite B anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	1	0	<b>2</b>
Utenti già in carico Hbv+	59	3	2	24	8	<b>96</b>
Totale utenti Hbv+	60	3	2	25	8	<b>98</b>
% Hbv+ / Utenti totali	13,2%	2,9%	1,9%	17,2%	6,0%	<b>10,4%</b>
Utenti vaccinati Hbv	107	43	18	23	33	<b>224</b>



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

<b>Anni</b>	<b>Totale HBV+</b>	<b>Nuovi HBV+</b>	<b>Già in Carico HBV+</b>	<b>Vaccinati</b>	<b>% Totale HBV+</b>	<b>% Nuovi HBV+</b>	<b>% Già in carico HBV+</b>
<b>1991</b>	201	49	152		29,2	24,6	31,0
<b>1992</b>	276	73	203		38,5	33,2	40,8
<b>1993</b>	294	56	238		43,0	30,1	47,8
<b>1994</b>	322	51	271		43,0	34,5	45,1
<b>1995</b>	364	30	173		44,7	18,0	26,7
<b>1996</b>	335	17	318		41,9	11,7	48,6
<b>1997</b>	271	11	260		33,2	7,0	39,5
<b>1998</b>	253	15	238	4	30,2	9,2	35,2
<b>1999</b>	278	28	250	4	32,6	16,1	36,8
<b>2000</b>	293	16	277	7	33,8	9,8	39,4
<b>2001</b>	265	3	262	6	30,7	2,1	36,3
<b>2002</b>	270	9	261	17	30,4	5,5	36,1
<b>2003</b>	298	14	284	26	29,9	6,5	36,4
<b>2004</b>	303	11	292	30	30,3	5,9	35,9
<b>2005</b>	306	6	300	77	30,9	3,4	36,8
<b>2006</b>	287	5	282	64	29,8	3,2	35,0
<b>2007</b>	275	2	273	95	28,5	0,9	36,2
<b>2008</b>	178	2	176	97	17,3	0,9	22,1
<b>2009</b>	341	34	307	113	32,9	14,2	38,5
<b>2010</b>	171	3	170	195	16,5	1,6	20,0
<b>2011</b>	158	5	153	274	16,1	3,3	18,5
<b>2012</b>	139	3	137	271	14,6	3,1	17,1
<b>2013</b>	139	1	138	245	15,3	0,8	17,8
<b>2014</b>	127	2	125	228	14,5	1,3	17,4
<b>2015</b>	103	2	101	216	11,4	1,1	14,0
<b>2016</b>	98	2	96	224	10,4	1,0	13,1

**Tab. 36 UTENTI IN CARICO DISTINTI PER DIAGNOSI PRIMARIA DI DIPENDENZA.  
Anno 2016**

<b>DIAGNOSI PRIMARIA DISTINTA</b>	<b>Codice ICD X</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	F11	416	52,3
Sindrome di dipendenza in F11 oppioidi	F11.2	183	23,0
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	F14	59	7,4
Uso dannoso in F14 cocaina	F14.1	27	3,4
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	F12	17	2,1
Sindrome di dipendenza in f14 cocaina	F14.2	15	1,9
Uso dannoso in F12 cannabinoidi	F12.1	12	1,5
Uso dannoso in F11 oppioidi	F11.1	11	1,4
Uso dannoso in F10 alcool	F10.1	7	0,9
Sindrome di dipendenza in F10 alcool	F10.2	7	0,9
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive	F19	7	0,9
Sindrome di dipendenza in F19 sostanze multiple	F19.2	7	0,9
Sindrome di dipendenza in F13 sedativi o ipnotici	F13.2	3	0,4
Uso dannoso in F19 sostanze multiple	F19.1	3	0,4
Sindrome e disturbo psichico e comportamentale non specificati in F10	F10.9	2	0,3
Stato di astinenza in F11oppioidi	F11.3	2	0,3
Sindrome di dipendenza in F12 cannabinoidi	F12.2	2	0,3
Sindrome psicotica in F12	F12.5	2	0,3
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	F10	1	0,1
Sindrome psicotica in F11	F11.5	1	0,1
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	F13	1	0,1
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali non specificati in F13	F13.9	1	0,1
Stato di astinenza in F14	F14.3	1	0,1
Uso dannoso in F16	F16.1	1	0,1
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco	F17	1	0,1
Stato di astinenza in f19	F19.3	1	0,1
Disturbi persistenti dell'umore (affettivi)	F34	1	0,1
Disturbo ossessivo-compulsivo	F42	1	0,1
Disturbo di personalità dipendente	F60.7	1	0,1
Disturbi di personalità specifici di altro tipo	F60.8	1	0,1
Gioco d'azzardo patologico	F63.0	1	0,1
<b>TOTALE</b>		<b>795</b>	<b>100,0</b>

**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**

<b>Anni</b>	<b>Overdose</b>	<b>Aids</b>	<b>Incidente</b>	<b>Epatopatie</b>	<b>Suicidio</b>	<b>Tumore</b>	<b>Tutte le cause</b>
<b>1993</b>	6	16	3	1	2	1	<b>29</b>
<b>1994</b>	9	25	6	0	2	0	<b>43</b>
<b>1995</b>	7	15	3	1	3	2	<b>32</b>
<b>1996</b>	9	26	2	0	0	0	<b>39</b>
<b>1997</b>	5	17	3	3	3	0	<b>34</b>
<b>1998</b>	4	5	8	2	2	0	<b>21</b>
<b>1999</b>	1	6	0	0	1	0	<b>10</b>
<b>2000</b>	7	7	4	4	1	0	<b>25</b>
<b>2001</b>	3	7	2	1	2	0	<b>16</b>
<b>2002</b>	0	3	2	2	2	0	<b>9</b>
<b>2003</b>	2	1	2	2	1	0	<b>12</b>
<b>2004</b>	7	2	6	0	0	0	<b>16</b>
<b>2005</b>	2	4	0	1	0	2	<b>13</b>
<b>2006</b>	1	3	3	5	1	0	<b>16</b>
<b>2007</b>	2	4	1	5	1	1	<b>20</b>
<b>2008</b>	0	3	3	1	0	1	<b>11</b>
<b>2009</b>	1	0	0	4	1	3	<b>10</b>
<b>2010</b>	1	0	0	1	1	2	<b>9</b>
<b>2011</b>	4	1	1	1	0	3	<b>16</b>
<b>2012</b>	0	4	0	1	0	0	<b>9</b>
<b>2013</b>	2	0	1	2	0	0	<b>9</b>
<b>2014</b>	3	1	0	3	0	0	<b>10</b>
<b>2015</b>	1	2	0	3	0	2	<b>10</b>
<b>2016</b>	2	1	0	3	0	4	<b>14</b>

**Tab. 38 Tassi grezzi di mortalità per 10.000 residenti.**

<b>Anni</b>	<b>Tasso grezzo (target 15-54)</b>	<b>Tasso grezzo (target 15-64)</b>
<b>1993</b>	1,4	1,2
<b>1994</b>	2,2	1,7
<b>1995</b>	1,7	1,3
<b>1996</b>	2,0	1,6
<b>1997</b>	1,7	1,4
<b>1998</b>	1,1	0,9
<b>1999</b>	0,5	0,4
<b>2000</b>	1,4	1,1
<b>2001</b>	0,9	0,7
<b>2002</b>	0,5	0,4
<b>2003</b>	0,7	0,5
<b>2004</b>	0,9	0,7
<b>2005</b>	0,7	0,6
<b>2006</b>	0,9	0,7
<b>2007</b>	1,1	0,8
<b>2008</b>	0,6	0,5
<b>2009</b>	0,6	0,4
<b>2010</b>	0,4	0,3
<b>2011</b>	0,9	0,7
<b>2012</b>	0,5	0,4
<b>2013</b>	0,5	0,4
<b>2014</b>	0,6	0,5
<b>2015</b>	0,6	0,5
<b>2016</b>	0,8	0,6

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

<b>Anni</b>	<b>Overdose</b>	<b>Aids</b>	<b>Incidente</b>	<b>Epatopatie</b>	<b>Suicidio</b>	<b>Tumore</b>	<b>Tutte le cause</b>
<b>1993</b>	27	33	31	32	31	33	31,2
<b>1994</b>	29	32	26	0	29	0	29,0
<b>1995</b>	32	35	28	30	29	38	32,0
<b>1996</b>	31	36	26	0	0	0	31,0
<b>1997</b>	27	35	28	41	35	0	33,2
<b>1998</b>	31	36	34	34	23	0	31,6
<b>1999</b>	22	38	0	0	39	0	33,0
<b>2000</b>	36	40	30	39	35	0	36,8
<b>2001</b>	28	40	37	39	32	0	35,3
<b>2002</b>	0	39	30	41	36	0	36,5
<b>2003</b>	26	43	47	45	40	0	40,3
<b>2004</b>	32	41	35	39	0	0	37,6
<b>2005</b>	40	42	0	40	0	46	40,0
<b>2006</b>	38	49,3	35	45	34	0	40,6
<b>2007</b>	45,5	46,7	40	40,4	30	36	40,7
<b>2008</b>	36	33,5	32	45	0	43	38,7
<b>2009</b>	41	0	0	44,6	36	0	42,1
<b>2010</b>	25	0	0	50	48	45	41,9
<b>2011</b>	41,2	45	43	45	0	48,7	42,2
<b>2012</b>	42	47,7	0	46,5	0	0	45,1
<b>2013</b>	28	0	48	53,5	0	0	43,0
<b>2014</b>	45,3	49	0	54,6	0	0	48,0
<b>2015</b>	35	49,5	0	51	0	46,5	47,0
<b>2016</b>	41	33	0	51	0	52,5	47,0

**Tab. 40 UTENTI TOTALI in carico ai SerT PER TIPO DI TRATTAMENTO TERAPEUTICO e sede**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Psicosociale e riabilitativo	26	0	7	16	2	<b>51</b>	<b>6,0</b>
Sostegno psicologico	7	0	13	13	13	<b>46</b>	<b>5,5</b>
Psicoterapia	37	0	7	12	0	<b>56</b>	<b>6,6</b>
Interventi di servizio sociale	63	0	12	62	16	<b>153</b>	<b>18,1</b>
Metadone a breve termine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Metadone a medio termine	5	0	0	0	1	<b>6</b>	<b>0,7</b>
Metadone a lungo termine	108	43	32	64	38	<b>285</b>	<b>33,8</b>
Buprenorfina	39	13	10	0	11	<b>73</b>	<b>8,6</b>
Altri farmaci non sostitutivi	41	21	10	15	19	<b>106</b>	<b>12,6</b>
Riabilitativo residenziale	36	7	7	10	8	<b>68</b>	<b>8,1</b>
<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Psicosociale e riabilitativo	27	3	11	19	8	<b>68</b>	<b>6,7</b>
Sostegno psicologico	13	3	22	20	20	<b>78</b>	<b>7,7</b>
Psicoterapia	42	1	16	9	2	<b>70</b>	<b>6,9</b>
Interventi di servizio sociale	69	15	20	70	21	<b>195</b>	<b>19,3</b>
Metadone a breve termine	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Metadone a medio termine	5	0	0	0	1	<b>6</b>	<b>0,6</b>
Metadone a lungo termine	114	49	36	69	43	<b>311</b>	<b>30,7</b>
Buprenorfina	52	15	10	0	12	<b>89</b>	<b>8,8</b>
Altri farmaci non sostitutivi	47	25	14	16	25	<b>127</b>	<b>12,5</b>
Riabilitativo residenziale	34	9	8	13	4	<b>68</b>	<b>6,7</b>

\* 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**

<b>ANNO</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Psicosociale e riabilitativo	303	287	240	257	251	251	209	215	186	133	68	51
Sostegno psicologico	252	248	216	228	232	250	201	177	160	126	78	46
Psicoterapia	119	93	80	97	96	100	92	95	116	97	70	56
Interventi sociali	502	486	421	435	458	433	408	428	400	308	195	153
Metadone ≤ 30gg	0	0	3	2	3	1	2	4	2	0	0	0
Metadone 30gg-6mesi	30	25	36	32	42	33	20	28	19	15	6	6
Metadone > 6 mesi	409	423	456	451	455	437	425	425	407	368	311	285
Altri farmaci sostitutivi	137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buprenorfina	-	142	166	157	152	137	135	133	137	112	127	73
Altri farmaci non sostitutivi	106	103	102	112	100	110	149	172	235	196	89	106
Riabilitativo residenziale	105	95	85	81	66	75	79	71	70	68	68	68
<b>%</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Psicosociale e riabilitativo	15,4	15,1	13,3	13,9	13,5	13,7	12,2	12,3	10,7	9,3	6,7	6
Sostegno psicologico	12,8	13,0	12,0	12,3	12,5	13,7	11,7	10,1	9,2	8,9	7,7	5,5
Psicoterapia	6,1	4,9	4,4	5,2	5,2	5,5	5,3	5,4	6,7	6,8	6,9	6,6
Interventi sociali	25,6	25,6	23,3	23,5	24,7	23,7	23,7	24,5	23,1	21,6	19,3	18,1
Metadone ≤ 30gg	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0
Metadone 30gg-6mesi	1,5	1,3	2,0	1,7	2,3	1,8	1,2	1,6	1,1	1,1	0,6	0,7
Metadone > 6 mesi	20,8	22,2	25,3	24,4	24,5	23,9	24,7	24,3	23,5	25,9	30,7	33,8
Altri farmaci sostitutivi	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	8,8	8,6
Altri farmaci non sostitutivi	5,4	5,4	5,7	6,0	5,4	6,0	8,7	9,8	13,6	13,8	12,5	12,6
Riabilitativo residenziale	5,3	5,0	4,7	4,4	3,6	4,1	4,6	4,1	4,0	4,8	6,7	8,1

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



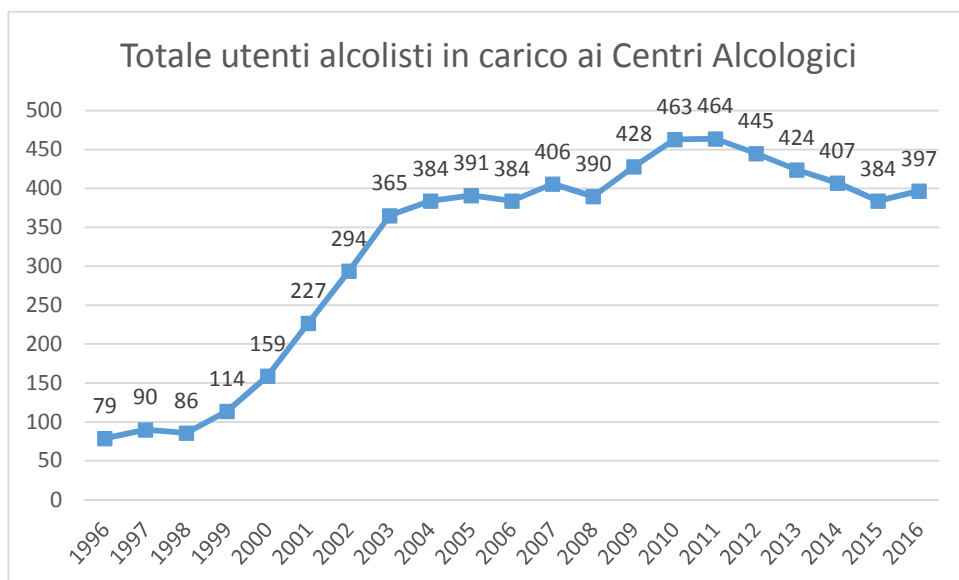
## UTENTI IN CARICO AI CENTRI ALCOLOGICI PER USO DI ALCOL – TREND 1996 - 2016

**Tab.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici**

<b>Anni</b>	<b>Totale utenti</b>	<b>Δ% annuo</b>	<b>Nuovi utenti</b>	<b>Δ% annuo</b>	<b>Utenti già in carico</b>	<b>Δ% annuo</b>
<b>1996</b>	79	-	32	-	47	-
<b>1997</b>	90	+13,9	38	18,8	52	+10,6
<b>1998</b>	86	-4,4	37	-2,6	49	-5,8
<b>1999</b>	114	+32,6	51	37,8	63	+28,6
<b>2000</b>	159	+39,5	72	41,2	87	+38,1
<b>2001</b>	227	+42,8	99	+37,5	128	+47,1
<b>2002</b>	294	+29,5	101	+2,0	193	+50,8
<b>2003</b>	365	+24,1	103	+2,0	262	+35,8
<b>2004</b>	384	+5,2	112	+8,7	272	+3,8
<b>2005</b>	391	+1,8	111	-0,9	280	+2,9
<b>2006</b>	384	-1,8	92	-17,1	292	+4,3
<b>2007</b>	406	+5,7	94	+2,2	312	+6,8
<b>2008</b>	390	-3,9	80	-14,9	310	-0,6
<b>2009</b>	428	+ 9,7	105	+ 31,3	323	+ 4,2
<b>2010</b>	463	+8,2	117	+11,4	346	+7,1
<b>2011</b>	464	+0,2	99	-15,4	365	+5,5
<b>2012</b>	445	-4,1	101	+2,0	344	-5,8
<b>2013</b>	424	-4,7	72	-28,7	352	+2,3
<b>2014</b>	407	-4,0	82	+13,9	325	-7,7
<b>2015</b>	384	-5,7	94	+14,6	290	-10,8
<b>2016</b>	397	+3,4	99	+5,3	298	+2,7

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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
<b>1996</b>	12	34	27	6		<b>79</b>
<b>1997</b>	12	42	30	6		<b>90</b>
<b>1998</b>	15	43	21	7		<b>86</b>
<b>1999</b>	37	39	23	12	3	<b>114</b>
<b>2000</b>	60	33	30	22	14	<b>159</b>
<b>2001</b>	102	44	35	29	17	<b>227</b>
<b>2002</b>	149	50	43	33	19	<b>294</b>
<b>2003</b>	188	49	55	46	27	<b>365</b>
<b>2004</b>	184	55	56	53	36	<b>384</b>
<b>2005</b>	179	55	54	57	46	<b>391</b>
<b>2006</b>	170	51	59	62	42	<b>384</b>
<b>2007</b>	161	60	58	68	59	<b>406</b>
<b>2008</b>	163	58	55	47	67	<b>390</b>
<b>2009</b>	174	71	59	49	75	<b>428</b>
<b>2010</b>	175	77	65	74	72	<b>463</b>
<b>2011</b>	177	81	71	81	54	<b>464</b>
<b>2012</b>	167	76	69	62	71	<b>445</b>
<b>2013</b>	154	65	69	72	64	<b>424</b>
<b>2014</b>	160	54	73	58	62	<b>407</b>
<b>2015</b>	148	45	68	63	60	<b>384</b>
<b>2016</b>	146	47	77	78	49	<b>397</b>



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

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>1996</b>						
<b>1997</b>	0,0	+23,5	+11,1	0,0		<b>+13,9</b>
<b>1998</b>	+25,0	+2,4	-30,0	+16,7		<b>-4,4</b>
<b>1999</b>	+146,7	-9,3	+9,5	+71,4		<b>+32,6</b>
<b>2000</b>	+62,2	-15,4	+30,4	+83,3	+21,4	<b>+39,5</b>
<b>2001</b>	+70,0	33,3	+16,7	+31,8	+11,8	<b>+42,8</b>
<b>2002</b>	+46,1	+13,6	+22,9	+13,8	+42,1	<b>+29,5</b>
<b>2003</b>	+26,2	-2,0	+27,9	+39,4	+33,3	<b>+24,1</b>
<b>2004</b>	-2,1	+12,2	+1,8	+15,2	+27,8	<b>+5,2</b>
<b>2005</b>	-2,7	0,0	-3,6	+7,5	-8,7	<b>+1,8</b>
<b>2006</b>	-5,0	-7,3	+9,3	+8,8	+40,5	<b>-1,8</b>
<b>2007</b>	-5,3	+17,6	-1,7	+9,7	+13,6	<b>+5,7</b>
<b>2008</b>	+1,2	-3,3	-5,2	-30,9	+11,9	<b>-3,9</b>
<b>2009</b>	+6,7	+22,4	+7,3	+4,3	+11,9	<b>+9,7</b>
<b>2010</b>	+2,9	+8,5	+10,2	+51,0	-4,0	<b>+9,1</b>
<b>2011</b>	+1,1	+5,2	+9,2	+9,5	-25,0	<b>+0,2</b>
<b>2012</b>	-5,6	-6,2	-2,8	-23,5	+36,5	<b>-3,7</b>
<b>2013</b>	-7,8	-14,5	0,0	-16,1	-9,9	<b>-4,7</b>
<b>2014</b>	+3,9	-16,9	+5,8	-19,4	-3,1	<b>-4,0</b>
<b>2015</b>	-7,5	-16,7	-6,8	8,6	-3,2	<b>-5,7</b>
<b>2016</b>	-1,4	+4,4	+13,2	+23,8	-18,3	<b>+3,4</b>

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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
<b>1996</b>	5	13	8	6		<b>32</b>
<b>1997</b>	7	16	9	6		<b>38</b>
<b>1998</b>	6	16	9	6		<b>37</b>
<b>1999</b>	21	10	11	7	2	<b>51</b>
<b>2000</b>	31	8	14	8	11	<b>72</b>
<b>2001</b>	46	20	15	13	5	<b>99</b>
<b>2002</b>	52	13	10	13	13	<b>101</b>
<b>2003</b>	46	12	17	16	12	<b>103</b>
<b>2004</b>	48	18	13	16	17	<b>112</b>
<b>2005</b>	49	10	15	16	21	<b>111</b>
<b>2006</b>	35	10	19	18	10	<b>92</b>
<b>2007</b>	29	10	13	17	25	<b>94</b>
<b>2008</b>	33	9	14	4	20	<b>80</b>
<b>2009</b>	38	19	8	17	23	<b>105</b>
<b>2010</b>	33	18	22	21	23	<b>117</b>
<b>2011</b>	40	19	17	10	13	<b>99</b>
<b>2012</b>	38	12	13	12	26	<b>101</b>
<b>2013</b>	24	10	9	11	18	<b>72</b>
<b>2014</b>	33	7	15	6	21	<b>82</b>
<b>2015</b>	35	11	14	14	20	<b>94</b>
<b>2016</b>	32	9	22	24	12	<b>99</b>

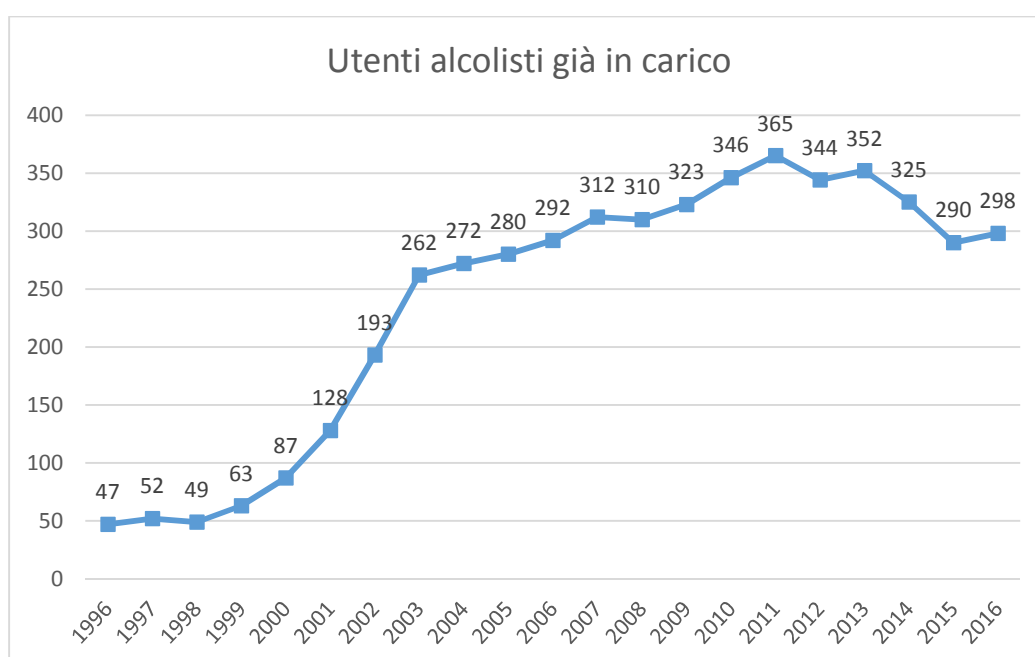


**Tab.5 Tassi incrementali annuali dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento.**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Centò</b>	<b>Totale</b>
<b>1997</b>	+40,0	+23,1	+12,5	0,0		<b>18,8</b>
<b>1998</b>	-14,3	0,0	0,0	0,0		<b>-2,6</b>
<b>1999</b>	+250,0	-37,5	+22,2	+16,7		<b>37,8</b>
<b>2000</b>	+47,6	-20,0	+27,3	+14,3	+450,0	<b>41,2</b>
<b>2001</b>	+48,4	+150,0	+7,1	+62,5	-54,5	<b>+37,5</b>
<b>2002</b>	+13,0	-35,0	-33,3	0,0	+160,0	<b>+2,0</b>
<b>2003</b>	-11,5	-7,7	+70,0	+23,1	-7,7	<b>+2,0</b>
<b>2004</b>	+4,3	+50,0	-23,5	0,0	+41,7	<b>+8,7</b>
<b>2005</b>	+2,1	-44,4	+15,4	0,0	+23,5	<b>-0,9</b>
<b>2006</b>	-28,6	0,0	+26,7	+12,5	-52,4	<b>-17,1</b>
<b>2007</b>	-17,1	0,0	-31,6	-5,6	+150,0	<b>+2,2</b>
<b>2008</b>	+13,8	-10,0	+7,7	-76,5	-20,0	<b>-14,9</b>
<b>2009</b>	+15,2	+111,1	-42,9	+325,0	+15,0	<b>+ 31,3</b>
<b>2010</b>	-23,7	-5,3	+ 175	+2,3	0,0	<b>+7,6</b>
<b>2011</b>	+21,2	+5,6	-22,7	-52,4	-43,5	<b>-15,4</b>
<b>2012</b>	-5,0	-36,8	-23,5	+20,0	+100,0	<b>+2,0</b>
<b>2013</b>	-36,8	-16,7	-30,8	-8,3	-30,8	<b>-28,7</b>
<b>2014</b>	+37,5	-30,0	+66,7	-45,5	+16,7	<b>+13,9</b>
<b>2015</b>	+6,1	+57,1	-6,7	+133,3	-4,8	<b>+14,6</b>
<b>2016</b>	-8,6	-18,2	+57,1	+71,4	-40,0	<b>+5,3</b>

**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				<b>47</b>
1997	5	26				<b>52</b>
1998	9	27	1	1		<b>49</b>
1999	16	29	3	5	1	<b>63</b>
2000	29	25	12	14	3	<b>87</b>
2001	56	24	6	16	12	<b>128</b>
2002	97	37	15	20	6	<b>193</b>
2003	142	37	19	30	15	<b>262</b>
2004	136	37	25	37	19	<b>272</b>
2005	130	45	39	41	25	<b>280</b>
2006	135	41	40	44	32	<b>292</b>
2007	132	50	45	51	34	<b>312</b>
2008	130	49	41	43	47	<b>310</b>
2009	136	52	51	32	52	<b>323</b>
2010	142	59	43	53	49	<b>346</b>
2011	137	62	54	71	41	<b>365</b>
2012	129	63	57	50	45	<b>344</b>
2013	130	55	60	61	46	<b>352</b>
2014	127	47	58	52	41	<b>325</b>
2015	113	34	54	49	40	<b>290</b>
2016	114	38	55	54	37	<b>298</b>



**Tab.7 Tassi incrementali annuali degli UTENTI GIÀ IN CARICO per sede di trattamento**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>2000</b>	+81,3	-13,8	+300,0	+180,0	+200,0	<b>+38,1</b>
<b>2001</b>	+93,1	-4,0	-50,0	+14,3	+300,0	<b>+47,1</b>
<b>2002</b>	+73,2	+54,2	+150,0	+25,0	-50,0	<b>+50,8</b>
<b>2003</b>	+46,4	0,0	+26,7	+50,0	+150,0	<b>+35,8</b>
<b>2004</b>	-4,2	0,0	+31,6	+23,3	+26,7	<b>+3,8</b>
<b>2005</b>	-4,4	+21,6	+56,0	+10,8	+31,6	<b>+2,9</b>
<b>2006</b>	+3,8	-8,9	+2,6	+7,3	+28,0	<b>+4,3</b>
<b>2007</b>	-2,2	+22,0	+12,5	+15,9	+6,3	<b>+6,8</b>
<b>2008</b>	-1,5	-2,0	-8,9	-15,7	+38,2	<b>-0,6</b>
<b>2009</b>	+4,6	+6,1	+24,4	-25,6	+10,6	<b>+ 4,2</b>
<b>2010</b>	+10,3	+13,5	-15,7	+65,6	-5,7	<b>+9,6</b>
<b>2011</b>	-3,5	+5,1	+25,6	+34,0	-16,3	<b>+5,5</b>
<b>2012</b>	-5,8	+1,6	+5,6	-29,6	+9,8	<b>-5,8</b>
<b>2013</b>	-0,8	-12,7	+5,3	+22,0	+2,2	<b>+2,3</b>
<b>2014</b>	-2,3	-14,5	-3,3	-14,8	-10,9	<b>-7,7</b>
<b>2015</b>	-11,0	-27,7	-6,9	-5,8	-2,4	<b>-10,8</b>
<b>2016</b>	+0,9	+11,8	+1,9	+10,2	-7,5	<b>+2,8</b>

**Tab.8 Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico per sede di trattamento**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>2000</b>	51,7%	24,2%	46,7%	36,4%	78,6%	<b>45,3%</b>
<b>2001</b>	45,1%	45,5%	42,9%	44,8%	29,4%	<b>43,6%</b>
<b>2002</b>	34,9%	26,0%	23,3%	39,4%	68,4%	<b>34,4%</b>
<b>2003</b>	24,5%	24,5%	30,9%	34,8%	44,4%	<b>28,2%</b>
<b>2004</b>	26,1%	32,7%	23,2%	30,2%	47,2%	<b>29,2%</b>
<b>2005</b>	27,4%	18,2%	27,8%	28,1%	45,7%	<b>28,4%</b>
<b>2006</b>	20,3%	19,6%	32,2%	30,0%	23,8%	<b>24,0%</b>
<b>2007</b>	18,0%	16,7%	22,4%	25,0%	42,4%	<b>23,2%</b>
<b>2008</b>	20,2%	15,5%	25,5%	8,5%	29,9%	<b>20,5%</b>
<b>2009</b>	21,8%	26,8%	13,6%	34,7%	30,7%	<b>24,5%</b>
<b>2010</b>	18,9%	23,4%	33,8%	28,4%	31,9%	<b>25,3%</b>
<b>2011</b>	22,6%	23,5%	23,9%	12,3%	24,1%	<b>21,3%</b>
<b>2012</b>	22,8%	16,0%	18,8%	19,4%	36,6%	<b>22,5%</b>
<b>2013</b>	15,6%	15,4%	13,0%	15,3%	28,1%	<b>17,0%</b>
<b>2014</b>	20,6%	12,9%	20,5%	10,3%	33,9%	<b>20,1%</b>
<b>2015</b>	23,6%	24,4%	20,6%	22,2%	33,3%	<b>24,5%</b>
<b>2016</b>	21,9%	19,1%	28,6%	30,8%	24,5%	<b>24,9%</b>

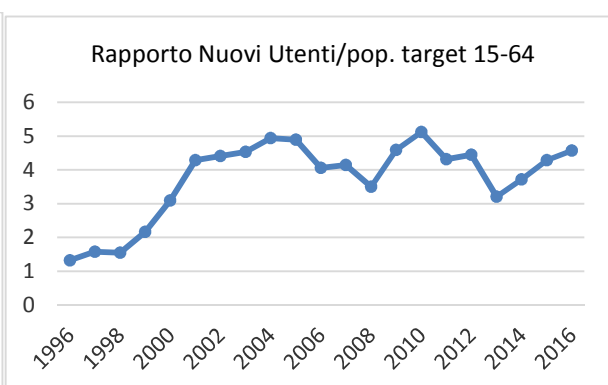
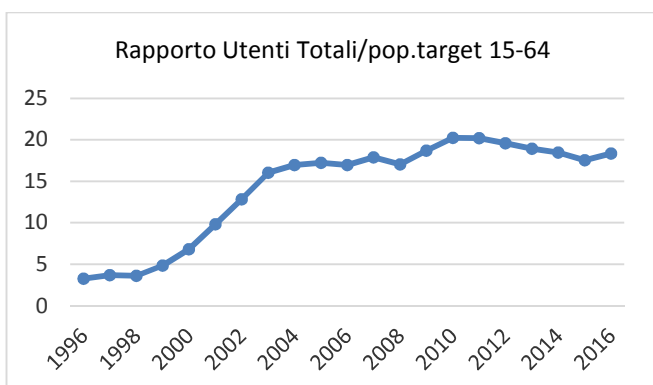


**Tab.9 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti per sede di trattamento**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Centò</b>	<b>Totale</b>
<b>1996</b>	1,4	1,6	2,4			<b>1,5</b>
<b>1997</b>	0,7	1,6	2,3			<b>1,3</b>
<b>1998</b>	1,5	1,7	1,3	0,2		<b>1,3</b>
<b>1999</b>	0,8	2,9	1,1	0,7	0,5	<b>1,2</b>
<b>2000</b>	0,9	3,1	1,1	1,8	0,3	<b>1,2</b>
<b>2001</b>	1,2	1,2	1,3	1,2	2,4	<b>1,3</b>
<b>2002</b>	1,9	2,8	3,3	1,5	0,5	<b>1,9</b>
<b>2003</b>	3,1	3,1	2,2	1,9	1,3	<b>2,5</b>
<b>2004</b>	2,8	2,1	3,3	2,3	1,1	<b>2,4</b>
<b>2005</b>	2,7	4,5	2,6	2,6	1,2	<b>2,5</b>
<b>2006</b>	3,9	4,1	2,1	2,4	3,2	<b>3,2</b>
<b>2007</b>	4,6	5,0	3,5	3,0	1,4	<b>3,3</b>
<b>2008</b>	3,9	5,4	2,9	10,8	2,4	<b>3,9</b>
<b>2009</b>	3,6	2,7	6,4	1,9	2,3	<b>3,1</b>
<b>2010</b>	4,3	3,3	1,9	2,5	2,1	<b>3,0</b>
<b>2011</b>	3,4	3,3	3,2	7,1	3,2	<b>3,7</b>
<b>2012</b>	3,4	5,3	4,3	4,2	1,7	<b>3,4</b>
<b>2013</b>	5,4	5,5	6,7	5,5	2,6	<b>4,9</b>
<b>2014</b>	3,8	6,7	3,8	8,6	1,9	<b>3,9</b>
<b>2015</b>	3,2	3,1	3,9	3,5	2,0	<b>3,1</b>
<b>2016</b>	3,6	4,2	2,5	2,3	3,1	<b>3,0</b>

**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 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
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	-
2015	4,29	-	17,52	-
2016	4,57	-	18,33	-



**Tab.11 Utenti Totali in carico ai Centri Alcolologici dell'Azienda Usl di Ferrara distinti per Comune di residenza**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	143	142	145	154	147	158	146	136	145	132	133
Masi Torello	1	1	1	2	3	1	0	1	0	0	0
Voghiera	7	8	4	4	4	4	4	4	4	6	6
Copparo	34	41	37	38	38	40	37	32	26	28	29
Ro	3	4	3	4	6	5	5	5	6	4	3
Berra	6	5	4	9	9	11	9	9	7	7	7
Jolanda Savoia	0	0	0	3	3	4	4	3	2	1	1
Formignana	3	3	4	6	5	6	7	4	3	1	2
Tresigallo	4	6	5	7	10	9	10	10	6	3	5
<b>Centro Nord</b>	<b>201</b>	<b>210</b>	<b>203</b>	<b>227</b>	<b>225</b>	<b>238</b>	<b>222</b>	<b>204</b>	<b>199</b>	<b>182</b>	<b>186</b>
Argenta	24	27	30	27	31	33	33	32	30	26	30
Portomaggiore	16	19	17	15	17	18	15	18	23	18	23
Ostellato	6	7	9	14	13	10	9	9	8	7	11
Fiscaglia	18	17	13	12	13	17	14	15	13	17	21
Comacchio	22	24	17	15	20	18	21	22	17	23	28
Lagosanto	3	3	3	5	7	7	6	6	4	6	5
Codigoro	16	13	10	14	17	20	13	13	14	13	16
Mesola	7	5	2	1	7	9	5	3	3	6	5
Goro	3	2	2	1	4	8	5	10	10	5	6
<b>Sud Est</b>	<b>115</b>	<b>117</b>	<b>103</b>	<b>104</b>	<b>129</b>	<b>140</b>	<b>121</b>	<b>128</b>	<b>122</b>	<b>121</b>	<b>145</b>
Cento	25	33	28	31	35	31	34	29	30	23	18
S. Agostino	8	7	9	8	6	6	5	5	6	7	6
Mirabello	3	1	2	4	2	2	5	5	4	7	2
Bondeno	3	11	17	20	19	14	21	19	12	10	10
Poggio Renatico	2	2	4	11	11	7	9	8	11	9	14
Vigarano M.	7	7	8	6	7	5	2	3	6	8	5
<b>Ovest</b>	<b>48</b>	<b>61</b>	<b>68</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>65</b>	<b>76</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>64</b>	<b>55</b>
<b>Provincia di Ferrara</b>	<b>364</b>	<b>388</b>	<b>374</b>	<b>411</b>	<b>434</b>	<b>443</b>	<b>419</b>	<b>401</b>	<b>390</b>	<b>367</b>	<b>386</b>
Non residenti	20	18	16	17	29	19	26	23	17	17	11

**Tab.12 Tassi di prevalenza di Alcoldependenti rapportati alla popolazione target residente (15-64 anni) distinti per Comune di residenza. (\*1.000)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	1,68	1,67	1,69	1,80	1,72	1,84	1,71	1,61	1,75	1,59	1,62
Masi Torello	0,66	0,66	0,64	1,28	1,97	0,66	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00
Voghiera	2,86	3,27	1,66	1,66	1,68	1,66	1,71	1,72	1,74	2,65	2,68
Copparo	3,07	3,70	3,39	3,49	3,52	3,73	3,52	3,12	2,58	2,82	2,98
Ro	1,33	1,77	1,38	1,84	2,80	2,31	2,38	2,42	3,02	2,06	1,58
Berra	1,75	1,46	1,20	2,69	2,77	3,37	2,86	2,93	2,35	2,40	2,46
Jolanda Savoia	0,00	0,00	0,00	1,51	1,53	2,05	2,08	1,59	1,08	0,55	0,57
Formignana	1,64	1,64	2,25	3,37	2,81	3,41	4,01	2,31	1,73	0,59	1,20
Tresigallo	1,34	2,02	1,69	2,36	3,41	3,06	3,51	3,54	2,16	1,09	1,83
<b>Centro Nord</b>	<b>1,78</b>	<b>1,86</b>	<b>1,80</b>	<b>2,01</b>	<b>2,00</b>	<b>2,11</b>	<b>1,99</b>	<b>1,85</b>	<b>1,85</b>	<b>1,69</b>	<b>1,75</b>
Argenta	1,73	1,95	2,14	1,92	2,21	2,35	2,37	2,32	2,21	1,94	2,27
Portomaggiore	2,10	2,50	2,22	1,96	2,23	2,36	1,99	2,42	3,09	2,48	3,23
Ostellato	1,39	1,63	2,14	3,33	3,10	2,41	2,22	2,25	2,05	1,83	2,96
Fiscaglia	2,87	2,72	2,09	1,95	2,13	2,79	2,33	2,55	2,26	2,98	3,78
Comacchio	1,41	1,54	1,09	0,96	1,29	1,16	1,37	1,46	1,15	1,57	1,94
Lagosanto	1,00	1,00	0,95	1,59	2,20	2,15	1,83	1,86	1,25	1,90	1,61
Codigoro	1,96	1,59	1,24	1,73	2,13	2,50	1,65	1,70	1,86	1,76	2,20
Mesola	1,51	1,08	0,43	0,22	1,54	1,98	1,12	0,68	0,69	1,40	1,19
Goro	1,09	0,73	0,74	0,37	1,48	3,01	1,93	3,96	4,03	2,05	2,51
<b>Sud Est</b>	<b>1,74</b>	<b>1,77</b>	<b>1,55</b>	<b>1,57</b>	<b>1,96</b>	<b>2,12</b>	<b>1,86</b>	<b>2,00</b>	<b>1,94</b>	<b>1,95</b>	<b>2,38</b>
Cento	1,15	1,51	1,23	1,36	1,52	1,33	1,46	1,25	1,30	1,01	0,79
S.Agostino	1,82	1,59	1,95	1,73	1,29	1,28	1,07	1,09	1,32	1,58	1,37
Mirabello	1,36	0,45	0,90	1,79	0,89	0,90	2,30	2,39	1,98	3,55	1,03
Bondeno	0,31	1,14	1,77	2,09	1,98	1,47	2,24	2,06	1,33	1,13	1,14
Poggio Renatico	0,36	0,36	0,67	1,85	1,81	1,13	1,44	1,27	1,76	1,43	2,23
Vigarano M.	1,55	1,55	1,70	1,27	1,45	1,02	0,41	0,61	1,23	1,64	1,03
<b>Ovest</b>	<b>1,00</b>	<b>1,27</b>	<b>1,36</b>	<b>1,60</b>	<b>1,59</b>	<b>1,28</b>	<b>1,50</b>	<b>1,37</b>	<b>1,39</b>	<b>1,30</b>	<b>1,12</b>
<b>Provincia di Ferrara</b>	<b>1,60</b>	<b>1,71</b>	<b>1,63</b>	<b>1,80</b>	<b>1,90</b>	<b>1,93</b>	<b>1,84</b>	<b>1,79</b>	<b>1,77</b>	<b>1,67</b>	<b>1,78</b>

**Tab.13 Nuovi Utenti in carico ai Centri Alcolologici dell'Azienda Usi di Ferrara distinti per Comune di residenza**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	34	25	30	34	22	37	28	20	28	28	26
Masi Torello	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Voghiera	3	2	0	1	0	1	1	1	0	2	1
Copparo	4	9	3	6	6	8	4	4	4	7	5
Ro	0	1	1	1	2	1	0	2	0	2	0
Berra	1	0	1	5	3	3	2	0	1	3	2
Jolanda Savoia	0	0	0	2	0	3	2	1	0	0	1
Formignana	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0
Tresigallo	1	1	0	2	5	1	1	4	1	0	2
<b>Centro Nord</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>39</b>	<b>55</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>37</b>
Argenta	10	9	8	3	13	9	6	4	3	5	8
Portomaggiore	3	4	4	1	5	5	1	2	8	3	7
Ostellato	3	2	2	4	3	1	2	1	2	2	3
Fiscaglia	5	6	1	2	1	2	3	1	0	4	6
Comacchio	9	5	0	6	7	2	7	4	2	7	7
Lagosanto	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1	2
Codigoro	3	1	3	5	1	2	3	1	2	2	5
Mesola	3	1	1	0	6	2	0	0	1	2	1
Goro	0	1	0	0	2	2	0	3	2	0	4
<b>Sud Est</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>43</b>
Cento	2	12	5	10	11	7	8	8	8	4	5
S. Agostino	3	1	2	3	1	0	2	0	3	2	2
Mirabello	0	0	0	2	2	1	2	0	0	3	0
Bondeno	1	7	9	4	4	2	9	4	2	5	2
Poggio Renatico	1	1	2	5	3	3	4	4	2	3	4
Vigarano M.	2	0	1	0	4	2	1	1	2	2	1
<b>Ovest</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>14</b>
<b>TOTALE</b>	<b>90</b>	<b>89</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>96</b>	<b>88</b>	<b>65</b>	<b>72</b>	<b>87</b>	<b>94</b>
Non residenti	2	5	6	5	13	3	13	7	10	7	5

**Tab.14 Tassi di incidenza di Alcoldependenti rapportati alla popolazione target residente (15-64 anni) distinti per Comune di residenza. (\*1.000)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ferrara	0,40	0,29	0,35	0,40	0,26	0,43	0,33	0,24	0,34	0,34	0,32
Masi Torello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Voghiera	1,23	0,82	0,00	0,41	0,00	0,42	0,43	0,43	0,00	0,88	0,45
Copparo	0,36	0,81	0,28	0,55	0,56	0,75	0,38	0,39	0,40	0,71	0,51
Ro	0,00	0,44	0,46	0,46	0,93	0,46	0,00	0,97	0,00	1,03	0,00
Berra	0,29	0,00	0,30	1,50	0,92	0,92	0,63	0,00	0,34	1,03	0,70
Jolanda Savoia	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	1,54	1,04	0,53	0,00	0,00	0,57
Formignana	0,55	0,00	0,56	0,56	0,00	0,57	0,57	0,00	0,58	0,00	0,00
Tresigallo	0,34	0,34	0,00	0,67	1,71	0,34	0,35	1,42	0,36	0,00	0,73
<b>Centro Nord</b>	<b>0,39</b>	<b>0,34</b>	<b>0,32</b>	<b>0,46</b>	<b>0,35</b>	<b>0,49</b>	<b>0,35</b>	<b>0,29</b>	<b>0,32</b>	<b>0,39</b>	<b>0,35</b>
Argenta	0,72	0,65	0,57	0,21	0,93	0,64	0,43	0,29	0,22	0,37	0,60
Portomaggiore	0,39	0,53	0,52	0,13	0,65	0,65	0,13	0,27	1,08	0,41	0,98
Ostellato	0,70	0,46	0,48	0,95	0,72	0,24	0,49	0,25	0,51	0,52	0,81
Fiscaglia	0,80	0,96	0,16	0,32	0,16	0,33	0,50	0,17	0,00	0,70	1,08
Comacchio	0,58	0,32	0,00	0,38	0,45	0,13	0,46	0,27	0,14	0,48	0,48
Lagosanto	0,33	0,33	0,00	0,95	0,63	0,31	0,31	0,00	0,00	0,32	0,65
Codigoro	0,37	0,12	0,37	0,62	0,13	0,25	0,38	0,13	0,27	0,27	0,69
Mesola	0,65	0,22	0,22	0,00	1,32	0,44	0,00	0,00	0,23	0,47	0,24
Goro	0,00	0,36	0,00	0,00	0,74	0,75	0,00	1,19	0,81	0,00	1,67
<b>Sud Est</b>	<b>0,56</b>	<b>0,45</b>	<b>0,29</b>	<b>0,36</b>	<b>0,61</b>	<b>0,39</b>	<b>0,35</b>	<b>0,25</b>	<b>0,32</b>	<b>0,42</b>	<b>0,70</b>
Cento	0,09	0,55	0,22	0,44	0,48	0,30	0,34	0,35	0,35	0,17	0,22
S. Agostino	0,68	0,23	0,43	0,65	0,22	0,00	0,43	0,00	0,66	0,45	0,46
Mirabello	0,00	0,00	0,00	0,90	0,89	0,45	0,92	0,00	0,00	1,52	0,00
Bondeno	0,10	0,73	0,94	0,42	0,42	0,21	0,96	0,43	0,22	0,56	0,23
Poggio Renatico	0,18	0,18	0,34	0,84	0,49	0,48	0,64	0,64	0,32	0,48	0,64
Vigarano M.	0,44	0,00	0,21	0,00	0,83	0,41	0,20	0,20	0,41	0,41	0,21
<b>Ovest</b>	<b>0,19</b>	<b>0,44</b>	<b>0,38</b>	<b>0,48</b>	<b>0,50</b>	<b>0,29</b>	<b>0,51</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,39</b>	<b>0,29</b>
<b>TOTALE</b>	<b>0,40</b>	<b>0,39</b>	<b>0,32</b>	<b>0,44</b>	<b>0,45</b>	<b>0,42</b>	<b>0,39</b>	<b>0,29</b>	<b>0,33</b>	<b>0,40</b>	<b>0,43</b>

**Tab.15 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Totale utenti</b>	<b>146</b>	<b>47</b>	<b>77</b>	<b>78</b>	<b>49</b>	<b>397</b>	
<b>Sesso</b>							
Maschi	105	40	57	50	34	<b>286</b>	72,0%
Femmine	41	7	20	28	15	<b>111</b>	28,0%
Maschi/Femmine	2,6	5,7	2,9	1,8	2,3	<b>2,6</b>	
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	1	0	0	0	0	<b>1</b>	0,3%
20-29 anni	6	0	2	1	3	<b>12</b>	3,0%
30-39 anni	22	8	10	18	11	<b>69</b>	17,4%
40-49 anni	54	20	28	29	14	<b>145</b>	36,5%
50-59 anni	36	14	21	16	15	<b>102</b>	25,7%
>59 anni	27	5	16	14	6	<b>68</b>	17,1%
Età media (min-max)	48,4 (18-76)	47,6 (32-78)	49,7 (23-76)	47,3 (25-73)	46,4 (26-69)	48,1 (18-78)	
Età media M (min-max)	48,1 (18-76)	46,3 (32-64)	49,4 (23-76)	46,2 (25-73)	46,3 (26-69)	47,5 (18-76)	
Età media F (min-max)	49,4 (28-72)	54,7 (44-78)	50,7 (26-71)	49,4 (30-70)	46,6 (31-60)	49,6 (26-78)	
<b>Nuovi utenti</b>	<b>32</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>99</b>	
<b>Sesso</b>							
Maschi	23	8	15	15	9	<b>70</b>	70,7%
Femmine	9	1	7	9	3	<b>29</b>	29,3%
Maschi/Femmine						<b>2,4</b>	
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
20-29 anni	3	0	2	0	0	<b>5</b>	5,1%
30-39 anni	10	2	4	10	4	<b>30</b>	30,3%
40-49 anni	11	2	10	7	4	<b>34</b>	34,3%
50-59 anni	5	3	2	5	3	<b>18</b>	18,2%
>59 anni	3	2	4	2	1	<b>12</b>	12,1%
Età media (min-max)	43,4 (25-68)	50,5 (32-78)	44,9 (23-70)	43,8 (30-68)	44,4 (34-61)	44,6 (23-78)	
Età media M (min-max)	41,6 (25-68)	47,1 (32-61)	42,9 (23-70)	42,7 (34-56)	45,4 (34-61)	43,2 (23-70)	
Età media F (min-max)	48,1 (34-67)	1 (78)	49,3 (26-65)	45,7 (30-68)	41,3 (37-50)	48 (26-78)	
<b>Utenti già in carico</b>	<b>114</b>	<b>38</b>	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>37</b>	<b>298</b>	
<b>Sesso</b>							
Maschi	82	32	42	35	25	<b>216</b>	72,5%
Femmine	32	6	13	19	12	<b>82</b>	27,5%
Maschi/Femmine						<b>2,6</b>	
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	1	0	0	0	0	<b>1</b>	0,3%
20-29 anni	3	0	0	1	3	<b>7</b>	2,3%
30-39 anni	12	6	6	8	7	<b>39</b>	13,1%
40-49 anni	43	18	18	22	10	<b>111</b>	37,2%
50-59 anni	31	11	19	11	12	<b>84</b>	28,2%
>59 anni	24	3	12	12	5	<b>56</b>	18,8%
Età media (min-max)	49,8 (18-76)	46,9 (32-64)	51,6 (34-76)	48,9 (25-73)	47,1 (26-69)	49,3 (18-76)	
Età media M (min-max)	49,9 (18-76)	46,2 (32-64)	51,7 (34-76)	47,7 (25-73)	46,6 (26-69)	48,9 (18-76)	
Età media F (min-max)	49,7 (28-72)	50,8 (44-60)	51,5 (35-71)	51,1 (31-70)	48 (31-60)	50,2 (28-72)	



**Tab.16.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede**

<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Totale utenti</b>	<b>148</b>	<b>45</b>	<b>68</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>384</b>	
<b>Sesso</b>							
Maschi	98	36	53	42	39	<b>268</b>	69,8%
Femmine	50	9	15	21	21	<b>116</b>	30,2%
Maschi/Femmine	2,0	4,0	3,5	2,0	1,9	<b>2,3</b>	
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	1	0	0	0	1	<b>2</b>	0,5%
20-29 anni	7	1	1	1	6	<b>16</b>	4,2%
30-39 anni	20	9	10	10	7	<b>56</b>	14,6%
40-49 anni	55	16	26	26	25	<b>148</b>	38,5%
50-59 anni	42	13	19	14	12	<b>100</b>	26,0%
>59 anni	23	6	12	12	9	<b>62</b>	16,1%
Età media (min-max)	48,5 (17-77)	47,5 (23-74)	49,1 (24-75)	48,1 (29-72)	46,8 (19-78)	48,2 (17-78)	
Età media M (min-max)	47,0 (17-75)	45,1 (23-70)	49 (24-75)	47,4 (29-72)	46,0 (19-78)	47,1 (17-78)	
Età media F (min-max)	51,4 (21-77)	57,1 (45-74)	49,8 (30-70)	49,5 (30-69)	48,2 (23-68)	50,7 (21-77)	
<b>Nuovi utenti</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>94</b>	<b>24,5%</b>
<b>Sesso</b>							
Maschi	21	9	13	11	13	<b>67</b>	71,3%
Femmine	14	2	1	3	7	<b>27</b>	28,7%
Maschi/Femmine	1,5	4,5	13,0	3,7	1,9	<b>2,5</b>	
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	1	0	0	0	1	<b>2</b>	2,1%
20-29 anni	2	1	1	1	4	<b>9</b>	9,6%
30-39 anni	7	3	2	4	1	<b>17</b>	18,1%
40-49 anni	13	2	7	6	8	<b>36</b>	38,3%
50-59 anni	9	3	2	0	3	<b>17</b>	18,1%
>59 anni	3	2	2	3	3	<b>13</b>	13,8%
Età media (min-max)	45,9 (17-77)	47,5 (23-74)	46,9 (24-72)	44,8 (29-72)	43,8 (19-68)	45,6 (17-77)	
Età media M (min-max)	43,2 (17-58)	44,1 (23-70)	47,3 (24-72)	43,9 (29-72)	41,6 (19-60)	43,9 (17-72)	
Età media F (min-max)	49,8 (32-77)	63 (52-74)	42 (42)	48,3 (30-67)	47,7 (23-68)	49,8 (23-77)	
<b>Utenti già in carico</b>	<b>113</b>	<b>34</b>	<b>54</b>	<b>49</b>	<b>40</b>	<b>290</b>	<b>75,5%</b>
<b>Sesso</b>							
Maschi	77	27	40	31	26	<b>201</b>	69,3%
Femmine	36	7	14	18	14	<b>89</b>	30,7%
Maschi/Femmine	2,1	3,9	2,9	1,7	1,9	<b>2,3</b>	
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
20-29 anni	5	0	0	0	2	<b>7</b>	2,4%
30-39 anni	13	6	8	6	6	<b>39</b>	13,4%
40-49 anni	42	14	19	20	17	<b>112</b>	38,6%
50-59 anni	33	10	17	14	9	<b>83</b>	28,6%
>59 anni	20	4	10	9	6	<b>49</b>	16,9%
Età media (min-max)	49,3 (21-75)	47,5 (31-68)	49,7 (30-75)	49,1 (33-69)	48,3 (25-78)	49,0 (21-78)	
Età media M (min-max)	48,1 (22-75)	45,8 (31-63)	49,5 (31-75)	48,7 (33-68)	48,2 (25-78)	48,1 (22-78)	
Età media F (min-max)	52,1 (21-73)	55,4 (45-68)	50,4 (30-70)	49,7 (38-69)	48,5 (30-67)	51,0 (21-73)	

**Tab. 17 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici**

<b>Anno 2016</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Totale utenti</b>	<b>467</b>	<b>464</b>	<b>445</b>	<b>424</b>	<b>407</b>	<b>384</b>	<b>397</b>
<b>Sesso</b>							
Maschi	344	335	316	304	295	268	286
Femmine	123	129	129	120	112	116	111
Maschi/Femmine	2,8	2,6	2,4	2,5	2,6	2,3	2,6
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	0	0	0	2	0	2	1
20-29 anni	23	22	24	18	15	16	12
30-39 anni	87	101	91	78	70	56	69
40-49 anni	169	156	153	142	148	148	145
50-59 anni	114	111	103	111	106	100	102
>59 anni	74	74	74	73	68	62	68
Età media (min.-max)	47,5 (21-77)	47,0 (21-77)	47,4 (22-78)	47,9 (19-74)	48,1 (20-77)	48,2 (17-78)	48,1 (18-78)
Età media Maschi	46,6 (21-77)	46,0 (21-77)	46,9 (22-78)	47,6 (22-71)	47,7 (23-77)	47,1 (17-78)	47,5 (18-76)
Età media Femmine	50,2 (22-78)	48,8 (22-78)	48,6 (24-73)	48,6 (19-74)	49,1 (20-75)	50,7 (21-77)	49,6 (26-78)
<b>Nuovi utenti</b>	<b>113</b>	<b>99</b>	<b>101</b>	<b>72</b>	<b>82</b>	<b>94</b>	<b>99</b>
<b>Sesso</b>			<b>0</b>				
Maschi	<b>88</b>	<b>69</b>	<b>67</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>67</b>	<b>70</b>
Femmine	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>29</b>
Maschi/Femmine	<b>3,5</b>		<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
20-29 anni	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
30-39 anni	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>30</b>
40-49 anni	<b>45</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>34</b>
50-59 anni	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
>59 anni	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>12</b>
Età media (min.-max)	44,8 (21-76)	44,2 (21-71)	45,4 (23-77)	44,5 (19-73)	46,4 (21-74)	45,6 (17-77)	44,6 (23-78)
Età media Maschi	43,9 (21-71)	44,6 (21-71)	44 (23-77)	44,8 (22-71)	46,1 (21-74)	43,9 (17-72)	43,2 (23-70)
Età media Femmine	48,2 (23-65)	43,5 (23-65)	48,2 (25-73)	44 (19-73)	46,8 (24-71)	49,8 (23-77)	48 (26-78)
<b>Utenti già in carico</b>	<b>354</b>	<b>365</b>	<b>344</b>	<b>352</b>	<b>325</b>	<b>290</b>	<b>298</b>
<b>Sesso</b>							
Maschi	<b>256</b>	<b>266</b>	<b>249</b>	<b>255</b>	<b>242</b>	<b>201</b>	<b>216</b>
Femmine	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>95</b>	<b>97</b>	<b>83</b>	<b>89</b>	<b>82</b>
Maschi/Femmine	<b>2,6</b>		<b>2,62</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,3</b>	2,6
<b>Età</b>							
≤ 19 anni	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
20-29 anni	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
30-39 anni	<b>62</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>39</b>	<b>39</b>
40-49 anni	<b>124</b>	<b>125</b>	<b>123</b>	<b>117</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>111</b>
50-59 anni	<b>93</b>	<b>89</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>83</b>	<b>84</b>
>59 anni	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>63</b>	<b>58</b>	<b>49</b>	<b>56</b>
Età media (min.-max)	48,4 (24-77)	47,9 (22-78)	48 (22-78)	48,6 (24-74)	48,5 (20-77)	49,0 (21-78)	49,3 (18-76)
Età media Maschi	47,5 (23-77)	46,9 (23-77)	47,7 (22-78)	48,1 (24-73)	48,1 (24-77)	48,1 (22-78)	48,9 (18-76)
Età media Femmine	50,7 (22-78)	50,7 (22-78)	48,8 (24-73)	49,7 (26-74)	49,9 (20-75)	51,0 (21-73)	50,2 (28-72)

**Tab. 17.1 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici**

<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Nuovi utenti</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>94</b>	
<b>Cittadinanza</b>							
Italiani	29	10	12	14	14	<b>79</b>	84,0%
Extracomunitari	6	1	2	0	6	<b>15</b>	16,0%
Comunitari	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
<b>Stato civile</b>							
Celibi/nubili	17	5	5	6	5	<b>38</b>	40,4%
Coniugati	7	3	6	6	6	<b>28</b>	29,8%
Separati/divorziati	10	2	3	1	7	<b>23</b>	24,5%
Vedovi	1	1	0	1	2	<b>5</b>	5,3%
<b>Titolo di studio</b>							
Elementare	0	2	3	2	1	<b>8</b>	8,5%
Media Inferiore	15	5	5	10	10	<b>45</b>	47,9%
Professionale	2	2	1	0	3	<b>8</b>	8,5%
Media superiore	11	5	2	1	6	<b>25</b>	26,6%
Universitario	7	0	2	0	0	<b>9</b>	9,6%
Non conosciuto	0	0	1	1	0	<b>2</b>	2,1%
Nessuno	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
<b>Attività lavorativa</b>							
Disoccupato	10	3	3	5	7	<b>28</b>	29,8%
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	3	0	1	0	3	<b>7</b>	7,4%
Lavoro regolare	15	3	5	6	7	<b>36</b>	38,3%
Studente	1	1	0	0	1	<b>3</b>	3,2%
Pensionato	3	4	3	3	1	<b>14</b>	14,9%
Casalinga	0	0	0	0	1	<b>1</b>	1,1%
Sospeso forza maggiore	3	0	2	0	0	<b>5</b>	5,3%
Non noto	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
<b>Situazione abitativa</b>							
Solo	4	1	0	4	5	<b>14</b>	14,9%
Vive con genitori	8	4	5	3	5	<b>25</b>	26,6%
Solo con figlio	1	0	0	1	0	<b>2</b>	2,1%
Vive con il partner	9	2	0	2	1	<b>14</b>	14,9%
Vive con partner e figlio/i	4	1	5	2	5	<b>17</b>	18,1%
Pensionato/albergo	0	0	0	1	0	<b>1</b>	1,1%
Con amici		0	1	0	1	<b>2</b>	2,1%
Senza fissa dimora	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
Comunità alloggio	2	0	0	0	2	<b>4</b>	4,3%
Non noto/Altro	7	3	3	1	1	<b>15</b>	16,0%
<b>Situazione giuridica</b>							
Incensurato	26	7	6	11	14	<b>64</b>	68,1%
Denunce	2	1	2	1	4	<b>10</b>	10,6%
Condanne	2	0	5	2	0	<b>9</b>	9,6%
Carcerazioni	3	0	1	0	0	<b>4</b>	4,3%
Forme alternative	1	0	0	0	0	<b>1</b>	1,1%
Non noto	1	1	0	0	2	<b>4</b>	4,3%

**Tab.18 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Sostanza d'abuso</b>							
Vino	91	23	35	51	32	<b>232</b>	58,4%
Birra	36	21	14	13	11	<b>95</b>	23,9%
Superalcolici	13	2	26	7	2	<b>50</b>	12,6%
Aperitivi, amari ...	6	1	2	4	4	<b>17</b>	4,3%
Altro	0	0	0	3	0	<b>3</b>	0,8%
<b>Totale utenti</b>	<b>146</b>	<b>47</b>	<b>77</b>	<b>78</b>	<b>49</b>	<b>397</b>	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	6	2	10	1	<b>29</b>	
Abuso o uso improprio di farmaci	3	0	1	0	0	<b>4</b>	
<b>Frequenza di assunzione</b>							
Astinente	99	21	41	38	28	<b>227</b>	57,2%
Una volta al giorno	5	1	1	2	5	<b>14</b>	3,5%
Più volte al giorno	20	10	10	16	4	<b>60</b>	15,1%
1° + volte sett.	13	3	13	9	2	<b>40</b>	10,1%
Spesso Weekend	2	1	1	0	0	<b>4</b>	1,0%
Qualche fine settimana	0	4	1	0	0	<b>5</b>	1,3%
Saltuario nel mese	7	7	10	10	10	<b>44</b>	11,1%
Non noto	0	0	0	3	0	<b>3</b>	0,8%
<b>Modalità di assunzione</b>							
Solo ai pasti	7	4	6	5	3	<b>25</b>	6,3%
Fuori pasto	26	13	11	16	13	<b>79</b>	19,9%
Sempre	14	9	19	16	5	<b>63</b>	15,9%
Astinenti	99	21	41	41	28	<b>230</b>	57,9%

**Tab.18.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede**

<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Centò</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
<b>Sostanza d'abuso</b>							
Vino	96	27	43	48	36	<b>250</b>	65,1%
Birra	31	11	12	6	15	<b>75</b>	19,5%
Superalcolici	19	5	6	5	5	<b>40</b>	10,4%
Aperitivi, amari ...	2	2	6	4	4	<b>18</b>	4,7%
Altro	0	0	1	0	0	<b>1</b>	0,3%
<b>Totale utenti</b>	<b>148</b>	<b>45</b>	<b>68</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>384</b>	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	5	4	4	7	2	<b>22</b>	
Abuso o uso improprio di farmaci	2	0	0	0	0	<b>2</b>	
<b>Frequenza di assunzione</b>							
Astinente	102	24	32	35	36	<b>229</b>	59,6%
Una volta al giorno	3	2	4	3	4	<b>16</b>	4,2%
Più volte al giorno	21	7	11	11	5	<b>55</b>	14,3%
1° + volte sett.	8	3	8	4	5	<b>28</b>	7,3%
Spesso Weekend	4	1	1	2	3	<b>11</b>	2,9%
Qualche fine settimana	1	3	2	0	2	<b>8</b>	2,1%
Saltuario nel mese	9	5	10	8	5	<b>37</b>	9,6%
Non noto	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0,0%
<b>Modalità di assunzione</b>							
Solo ai pasti	6	3	2	2	0	<b>13</b>	3,4%
Fuori pasto	24	14	7	15	20	<b>80</b>	20,8%
Sempre	16	4	27	11	4	<b>62</b>	16,1%
Astinenti	102	24	32	35	36	<b>229</b>	59,6%

**Tab.19 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso ed età**

<b>Anni</b>	<b>Maschi</b>		<b>Femmine</b>		<b>Maschi/ Femmine</b>	<b>Età media</b>
	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>		
<b>1996</b>	62	78,5	17	21,5	3,6	46,6
<b>1997</b>	64	71,1	26	28,9	2,5	46,9
<b>1998</b>	64	74,4	22	25,6	2,9	46,9
<b>1999</b>	77	67,5	37	32,5	2,1	47,2
<b>2000</b>	110	69,2	49	30,8	2,2	46,9
<b>2001</b>	159	70,0	68	30,0	2,3	47,7
<b>2002</b>	211	71,8	83	28,2	2,5	47,5
<b>2003</b>	263	72,1	102	27,9	2,6	47,4
<b>2004</b>	267	69,5	117	30,5	2,3	47,2
<b>2005</b>	263	67,3	128	32,7	2,1	46,1
<b>2006</b>	261	68,0	123	32,0	2,1	46,2
<b>2007</b>	278	68,5	128	31,5	2,2	46,7
<b>2008</b>	271	69,5	119	30,5	2,3	45,8
<b>2009</b>	300	70,1	128	29,9	2,3	48,5
<b>2010</b>	344	73,7	123	26,3	2,8	47,5
<b>2011</b>	335	72,2	129	27,8	2,6	47,0
<b>2012</b>	316	71,0	129	29,0	2,4	47,4
<b>2013</b>	304	71,7	120	28,3	2,5	47,9
<b>2014</b>	295	72,5	112	27,5	2,6	48,1
<b>2015</b>	268	69,8	116	30,2	2,3	48,2
<b>2016</b>	286	72,0	111	28,0	2,6	48,1

**Tab.20 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti tipo di sostanza. Valori %**

<b>Anni</b>	<b>Vino</b>	<b>Birra</b>	<b>Superalco lici</b>	<b>Aperitivi, amari</b>	<b>Altro</b>
<b>1996</b>	79,7	6,3	7,6	6,3	0,0
<b>1997</b>	75,5	7,8	8,9	2,2	0,0
<b>1998</b>	76,7	10,5	9,3	0,0	0,0
<b>1999</b>	75,5	15,7	4,4	0,0	4,4
<b>2000</b>	79,2	12,6	2,5	0,0	5,7
<b>2001</b>	74,9	11,9	4,8	1,8	6,6
<b>2002</b>	73,8	13,9	7,5	3,4	1,4
<b>2003</b>	72,6	12,9	9,3	4,1	1,1
<b>2004</b>	71,1	13,5	10,7	4,4	0,3
<b>2005</b>	68,3	15,9	10,0	5,1	0,8
<b>2006</b>	70,1	16,1	9,6	3,9	0,3
<b>2007</b>	68,0	16,5	10,8	4,4	0,2
<b>2008</b>	66,7	18,2	11,0	4,1	0,0
<b>2009</b>	68,3	17,4	9,1	4,9	0,2
<b>2010</b>	66,4	18,4	9,0	5,8	0,4
<b>2011</b>	61,0	19,8	10,1	6,9	2,2
<b>2012</b>	62,5	20,2	9,7	6,5	1,1
<b>2013</b>	61,6	23,1	8,0	5,7	1,2
<b>2014</b>	59,7	22,6	12,5	3,7	1,5
<b>2015</b>	65,1	19,5	10,4	4,7	0,3
<b>2016</b>	58,4	23,9	12,6	4,3	0,8



**Tab. 21 UTENTI IN CARICO DISTINTI CON DIAGNOSI PRIMARIA DI DIPENDENZA**

<b>Anno 2016</b>	<b>Codice ICD X</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	F10	156	42,6
Uso dannoso in F10 alcool	F10.1	100	27,3
Sindrome di dipendenza in F10 alcool	F10.2	97	26,5
Sindrome di dipendenza in F19 sostanze multiple	F19.2	2	0,5
Stato di astinenza in F10 alcool	F10.3	1	0,3
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	F13	1	0,3
Disturbo schizotipico	F21	1	0,3
Disturbi deliranti persistenti	F22	1	0,3
Disturbi psicotici acuti e transitori	F23	1	0,3
Disturbo affettivo bipolare	F31	1	0,3
Disturbi persistenti dell'umore (affettivi)	F34	1	0,3
Sindromi ansiose non specificate	F41.9	1	0,3
Abuso di sostanze che non provocano dipendenza	F55	1	0,3
Disturbo di personalita' emotivamente instabile	F60.3	1	0,3
Ritardo mentale lieve	F70	1	0,3
<b>TOTALE</b>		<b>366</b>	<b>100,0%</b>

<b>Anno 2015</b>	<b>Codice ICD X</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	F10	145	40,4
Uso dannoso in F10 alcool	F10.1	106	29,5
Sindrome di dipendenza in F10 alcool	F10.2	98	27,3
Sindrome di dipendenza in F19 sostanze multiple	F19.2	2	0,6
Abuso di sostanze che non provocano dipendenza	F55	2	0,6
Stato di astinenza in F10 alcool	F10.3	1	0,3
Sindrome o disturbo psichico residuo o ad esordio tardivo in F10	F10.7	1	0,3
Disturbi psicotici acuti e transitori	F23	1	0,3
Fobie sociali	F40.1	1	0,3
Sindromi ansiose non specificate	F41.9	1	0,3
Disturbo di personalita' emotivamente instabile	F60.3	1	0,3
<b>TOTALE</b>		<b>359</b>	<b>100,0</b>

**Tab.22 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte e sede**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Overdose	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Suicidio	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Incidente stradale	2	0	1	0	0	<b>3</b>
Epatopatie	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Malattia infettiva	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Tumore	1	0	1	0	0	<b>2</b>
Altro	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Causa sconosciuta	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
Età media alla morte (min-max)	51,4 (46-59)	53 (46-60)	67,5 (62-73)	-	-	55,3 (46-73)
<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Overdose	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Suicidio	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Incidente stradale	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Epatopatie	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Malattie sistema circolatorio	1	2	0	0	1	<b>4</b>
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Malattia infettiva	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Tumore	0	1	2	0	0	<b>3</b>
Altro	1	1	0	0	1	<b>3</b>
Causa sconosciuta	2	0	0	0	1	<b>3</b>
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
Età media alla morte (min-max)	52 (40-77)	51,8 (34-85)	54 (43-65)	-	46,6 (41-51)	51,2 (34-85)

**Tab.23 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte. Periodo 2006-2015**

Cause di morte	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Overdose	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0
Suicidio	1	1	0	0	2	0	3	1	3	0	1
Incidente stradale	1	1	1	0	1	0	1	2	0	1	3
Epatopatie	1	0	2	1	1	2	4	0	0	1	1
Malattie sistema circolatorio	1	1	0	2	1	0	2	0	2	4	0
Malattie apparato respiratorio	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Malattie infettive	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Tumore	1	2	2	1	5	2	0	0	5	3	2
Altro	0	2	2	0	0	0	0	1	3	3	1
Causa sconosciuta	2	1	2	3	3	0	1	2	1	3	1
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>9</b>
Età media alla morte (min-max)	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)	51,2 (34-85)	55,3 (46-73)

**Tab.24 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per tipo di TRATTAMENTO E SEDE**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Medico-farmacologico	111	40	64	70	40	<b>325</b>
Psicoterapia individuale	32	2	4	2	0	<b>40</b>
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	24	6	22	1	1	<b>54</b>
Counseling all'utente o alla famiglia	20	7	26	17	10	<b>80</b>
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	0	9	0	0	<b>9</b>
Socio-educativo	21	26	19	61	15	<b>142</b>
Riabilitativo residenziale	6	1	5	3	6	<b>21</b>
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Altro	15	10	15	8	0	<b>48</b>
<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Medico-farmacologico	106	40	62	61	54	<b>323</b>
Psicoterapia individuale	34	5	2	2	0	<b>43</b>
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	26	5	20	4	1	<b>56</b>
Counseling all'utente o alla famiglia	15	13	20	19	10	<b>77</b>
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	0	14	0	0	<b>14</b>
Socio-educativo	25	17	22	54	22	<b>140</b>
Riabilitativo residenziale	9	2	7	2	5	<b>25</b>
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Altro	14	11	9	8	0	<b>42</b>

**Tab.25 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo e numero di Trattamenti**

<b>Anno 2016</b>	<b>Utenti</b>	<b>%</b>	<b>Trattamenti</b>	<b>%</b>
Medico-farmacologico	325	45,2	590	58,1
Psicoterapia individuale	40	5,6	40	3,9
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	54	7,5	58	5,7
Counseling all'utente o alla famiglia	80	11,1	84	8,3
Gruppi di Mutuo Aiuto	9	1,3	9	0,9
Socio-educativo	142	19,7	157	15,5
Riabilitativo residenziale	21	2,9	28	2,8
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	48	6,7	49	4,8
<b>Anno 2015</b>	<b>Utenti</b>	<b>%</b>	<b>Trattamenti</b>	<b>%</b>
Medico-farmacologico	323	44,9	563	59,5
Psicoterapia individuale	43	6,0	38	4,0
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	56	7,8	57	6,0
Counseling all'utente o alla famiglia	77	10,7	66	7,0
Gruppi di Mutuo Aiuto	14	1,9	15	1,6
Socio-educativo	140	19,4	135	14,3
Riabilitativo residenziale	25	3,5	26	2,7
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	42	5,8	46	4,9

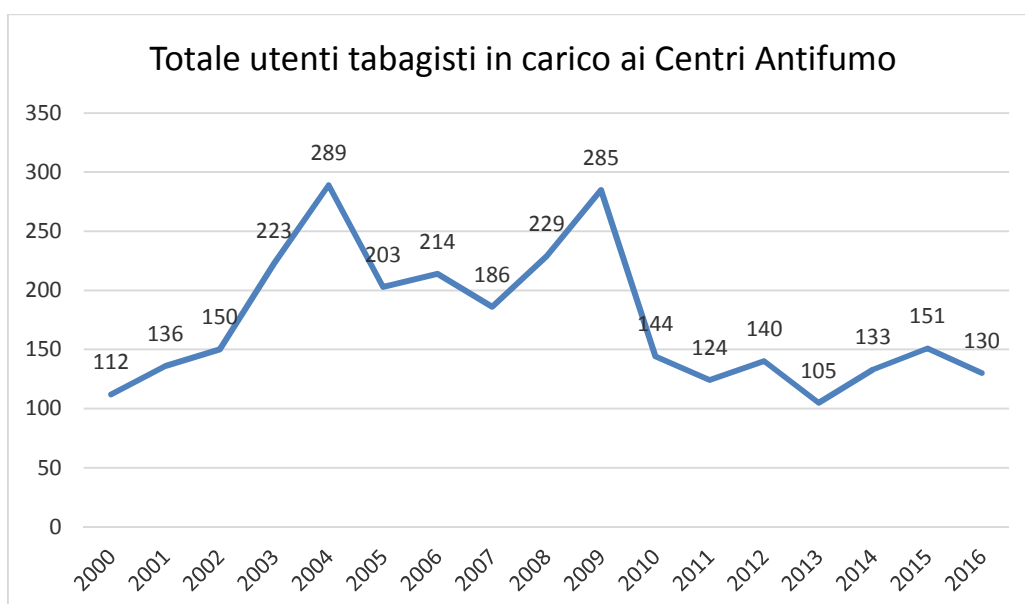
**Tab.26 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Valori %**

<b>Anni</b>	<b>Medico-farmacol</b>	<b>Psico-terapia</b>	<b>Counseling</b>	<b>Auto aiuto</b>	<b>Socio-educativo</b>	<b>Riabilitati vo res.</b>	<b>Ricovero</b>
<b>2000</b>	38,9	17,0	22,7	7,1	9,1	1,1	3,9
<b>2001</b>	38,0	17,0	22,6	7,3	12,1	1,2	1,8
<b>2002</b>	38,6	16,8	19,8	6,0	13,7	1,4	2,7
<b>2003</b>	37,6	17,9	19,5	4,4	16,4	1,6	1,3
<b>2004</b>	39,7	14,8	20,7	4,9	16,1	1,6	0,9
<b>2005</b>	55,0	11,9	11,5	5,4	13,0	2,0	0,8
<b>2006</b>	59,6	9,4	9,6	3,2	15,6	1,7	0,4
<b>2007</b>	62,7	8,3	8,5	3,1	14,4	2,1	0,5
<b>2008</b>	62,2	8,3	9,1	3,1	13,9	1,9	0,1
<b>2009</b>	58,6	7,4	12,4	2,2	14,8	2,7	0,3
<b>2010</b>	60,1	7,1	11,2	0,2	16,3	2,7	0,0
<b>2011</b>	58,7	7,9	8,4	0,4	20,4	2,2	0,0
<b>2012</b>	60,0	7,7	6,9	0,7	19,9	2,6	0,0
<b>2013</b>	55,8	8,2	7,6	1,8	17,7	2,9	0,0
<b>2014</b>	56,8	9,6	7,3	1,8	16,4	3,4	0,0
<b>2015</b>	56,5	10,0	7,0	1,6	14,3	2,7	0,0
<b>2016</b>	58,1	9,7	8,3	0,9	15,5	2,8	0,0

## UTENTI IN CARICO AI CENTRI ANTIFUMO TREND 2000 - 2016

**Tab.1 UTENTI che hanno seguito i Corsi per smettere di fumare presso i Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara. Trend 2000-2016**

Anni	Corsi per smettere di fumare	Δ %
2000	112	
2001	136	+21%
2002	150	+10%
2003	223	+49%
2004	289	+30%
2005	203	-30%
2006	214	+5%
2007	186	-13%
2008	229	+23%
2009	285	+24%
2010	144	-49%
2011	124	-14%
2012	140	+13%
2013	105	-25%
2014	133	+27%
2015	151	+14%
2016	130	-14%





**Tab.2 UTENTI in carico distinti per sede del Centro Antifumo**

<b>Anni</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>2000</b>	112*					<b>112</b>
<b>2001</b>	101	35*				<b>136</b>
<b>2002</b>	95	55				<b>150</b>
<b>2003</b>	92	58	25*	32*	16*	<b>223</b>
<b>2004</b>	115	48	36	46	44	<b>289</b>
<b>2005</b>	66	59	24	27	27	<b>203</b>
<b>2006</b>	67	63	30	38	16	<b>214</b>
<b>2007</b>	68	55	30	20	13	<b>186</b>
<b>2008</b>	76	70	26	38	19	<b>229</b>
<b>2009</b>	106	66	30	59	24	<b>285</b>
<b>2010</b>	65	35	14	27	3	<b>144</b>
<b>2011</b>	72	30	18	4	0	<b>124</b>
<b>2012</b>	88	38	14	0	0	<b>140</b>
<b>2013</b>	77	23	5	0	0	<b>105</b>
<b>2014</b>	94	13	26	0	0	<b>133</b>
<b>2015</b>	109	14	28	0	0	<b>151</b>
<b>2016</b>	102	28	0	0	0	<b>130</b>

\* Anno di apertura del primo Centro Antifumo

**Tab.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>Totale utenti:</b>	<b>102</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>130</b>
Nuovi	49	20	0	0	0	69
Già in carico	53	8	0	0	0	61
<b>Sesso</b>						
Maschi	56	15	0	0	0	71
Femmine	46	13	0	0	0	59
<b>Età</b>						
<=19	1	0	0	0	0	1
20-29	3	1	0	0	0	4
30-39	3	3	0	0	0	6
40-49	29	8	0	0	0	37
50-59	32	7	0	0	0	39
>=60	34	9	0	0	0	43
<b>Titolo di studio</b>						
Non conosciuto	0	0	0	0	0	0
Elementare	2	7	0	0	0	9
Media inferiore	41	12	0	0	0	53
Qualifica prof.le	10	3	0	0	0	13
Media superiore	37	6	0	0	0	43
Livello universitario	12	0	0	0	0	12
<b>%</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>Totale utenti</b>						
Nuovi	48,0	71,4	0,0	0,0	0,0	53,1
Già in carico	2,0	28,6	0,0	0,0	0,0	46,9
<b>Sesso</b>						
Maschi	4,9	3,6	0,0	0,0	0,0	4,6
Femmine	4,1	46,4	0,0	0,0	0,0	4,4
<b>Età</b>						
<=19	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
20-29	2,9	3,6	0,0	0,0	0,0	3,1
30-39	2,9	10,7	0,0	0,0	0,0	4,6
40-49	28,4	28,6	0,0	0,0	0,0	28,
50-59	31,4	2,0	0,0	0,0	0,0	30,0
>=60	33,3	32,1	0,0	0,0	0,0	33,1
<b>Titolo di studio</b>						
Non conosciuto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Elementare	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0	6,9
Media inferiore	40,2	42,9	0,0	0,0	0,0	40,8
Qualifica prof.le	9,8	10,7	0,0	0,0	0,0	10,0
Media superiore	36,3	21,4	0,0	0,0	0,0	33,1
Livello universitario	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2

**Tab.3.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede**

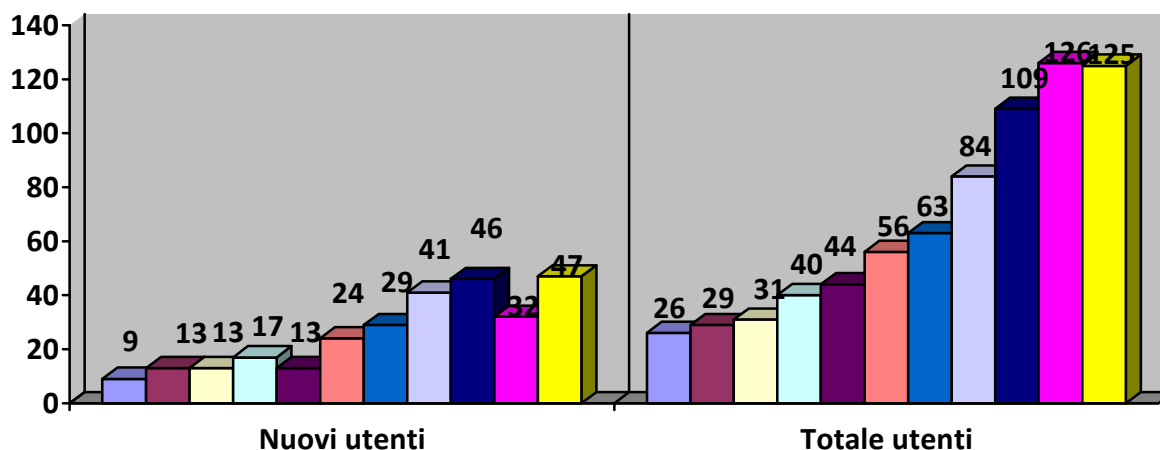
<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>Totale utenti:</b>	<b>109</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>151</b>
Nuovi	59	7	5	0	0	71
Già in carico	50	7	23	0	0	80
<b>Sesso</b>						
Maschi	54	5	15	0	0	74
Femmine	55	9	13	0	0	77
<b>Età</b>						
<=19	0	0	0	0	0	0
20-29	4	0	0	0	0	4
30-39	8	0	1	0	0	9
40-49	21	4	6	0	0	31
50-59	33	5	10	0	0	48
>=60	43	5	11	0	0	59
<b>Titolo di studio</b>						
Non conosciuto	3	0	0	0	0	3
Elementare	0	4	5	0	0	9
Media inferiore	35	7	9	0	0	51
Qualifica prof.le	10	1	1	0	0	12
Media superiore	45	2	13	0	0	60
Livello universitario	16	0	0	0	0	16
<b>%</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom.</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>Totale utenti</b>						
Nuovi	54,1	50,0	17,9	0,0	0,0	47,0
Già in carico	45,9	50,0	82,1	0,0	0,0	53,0
<b>Sesso</b>						
Maschi	49,5	35,7	53,6	0,0	0,0	49,0
Femmine	50,5	64,3	46,4	0,0	0,0	51,0
<b>Età</b>						
<=19	0	0	0	0,0	0,0	0,0
20-29	3,7	0	0	0,0	0,0	2,6
30-39	7,3	0	3,6	0,0	0,0	6,0
40-49	19,3	28,6	21,4	0,0	0,0	20,5
50-59	30,3	35,7	35,7	0,0	0,0	31,8
>=60	39,4	35,7	39,3	0,0	0,0	39,1
<b>Titolo di studio</b>						
Non conosciuto	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
Elementare	0,0	28,6	17,9	0,0	0,0	6,0
Media inferiore	32,1	50,0	32,1	0,0	0,0	33,8
Qualifica prof.le	9,2	7,1	3,6	0,0	0,0	7,9
Media superiore	41,3	14,3	46,4	0,0	0,0	39,7
Livello universitario	14,7	9,9	0,7	0,0	0,0	10,6

## UTENTI IN CARICO PER GIOCO PATOLOGICO TREND 2006-2016

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

Anni	Nuovi utenti	Δ% Nuovi utenti	Utenti già in carico	Δ% Già in carico	Totale Utenti	Δ% Totale
<b>2006</b>	9	-	17	-	<b>26</b>	-
<b>2007</b>	13	44,4%	16	-5,9%	<b>29</b>	11,5%
<b>2008</b>	13	0,0%	18	12,5%	<b>31</b>	6,9%
<b>2009</b>	17	30,8%	23	27,8%	<b>40</b>	29,0%
<b>2010</b>	13	-23,5%	31	34,8%	<b>44</b>	10,0%
<b>2011</b>	24	84,6%	32	3,2%	<b>56</b>	27,3%
<b>2012</b>	29	20,8%	34	6,3%	<b>63</b>	12,5%
<b>2013</b>	41	46,4%	43	26,5%	<b>84</b>	33,3%
<b>2014</b>	46	12,2%	63	46,5%	<b>109</b>	29,8%
<b>2015</b>	32	-30,4%	94	49,2%	<b>126</b>	15,6%
<b>2016</b>	47	46,9%	78	-17,0%	<b>125</b>	-0,8%

### 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
<b>2006</b>	23	0	1	1	1	<b>26</b>
<b>2007</b>	28	0	0	0	1	<b>29</b>
<b>2008</b>	29	0	1	1	0	<b>31</b>
<b>2009</b>	35	0	2	2	1	<b>40</b>
<b>2010</b>	40	0	2	2	0	<b>44</b>
<b>2011</b>	49	0	3	3	1	<b>56</b>
<b>2012</b>	57	0	2	2	2	<b>63</b>
<b>2013</b>	63	4	7	3	7	<b>84</b>
<b>2014</b>	65	7	13	8	16	<b>109</b>
<b>2015</b>	73	9	17	13	14	<b>126</b>
<b>2016</b>	69	6	20	18	12	<b>125</b>

**Tab.3 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sesso**

Anni	Maschi	%	Femmine	%	Totale	Maschi/ Femmine
<b>2006</b>	21	80,8	5	19,2	<b>26</b>	4,2
<b>2007</b>	24	82,8	5	17,2	<b>29</b>	4,8
<b>2008</b>	27	87,1	4	12,9	<b>31</b>	6,8
<b>2009</b>	30	75,0	10	25,0	<b>40</b>	3,0
<b>2010</b>	33	75,0	11	25,0	<b>44</b>	3,0
<b>2011</b>	43	76,8	13	23,2	<b>56</b>	3,3
<b>2012</b>	48	76,2	15	23,8	<b>63</b>	3,2
<b>2013</b>	65	77,4	19	22,6	<b>84</b>	3,4
<b>2014</b>	84	77,1	25	22,9	<b>109</b>	3,3
<b>2015</b>	92	73,0	34	27,0	<b>126</b>	2,7
<b>2016</b>	99	79,2	26	20,8	<b>125</b>	3,8

**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
<b>2006</b>	0	2	5	6	8	5
<b>2007</b>	0	3	5	8	8	5
<b>2008</b>	0	3	5	7	10	6
<b>2009</b>	0	3	4	11	12	10
<b>2010</b>	0	2	3	12	18	9
<b>2011</b>	0	4	6	17	19	10
<b>2012</b>	0	2	9	16	20	16
<b>2013</b>	0	3	15	22	26	18
<b>2014</b>	1	8	17	28	30	25
<b>2015</b>	0	12	14	27	40	33
<b>2016</b>	0	8	17	32	34	34

**Tab.4.1 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per classi di età**

<b>%</b>	<b>&lt; 20</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>&gt;=60</b>
<b>2006</b>	0,0	7,7	19,2	23,1	30,8	19,2
<b>2007</b>	0,0	10,3	17,2	27,6	27,6	17,2
<b>2008</b>	0,0	9,7	16,1	22,6	32,3	19,4
<b>2009</b>	0,0	7,5	10,0	27,5	30,0	25,0
<b>2010</b>	0,0	4,5	6,8	27,3	40,9	20,5
<b>2011</b>	0,0	7,1	10,7	30,4	33,9	17,9
<b>2012</b>	0,0	3,2	14,3	25,4	31,7	25,4
<b>2013</b>	0,0	3,6	17,9	26,2	31,0	21,4
<b>2014</b>	0,9	7,3	15,6	25,7	27,5	22,9
<b>2015</b>	0	9,5	11,1	21,4	31,7	26,2
<b>2016</b>	0,0	6,4	13,6	25,6	27,2	27,2

**Tab.5 Utenti distinti sesso ed età media**

<b>Età media</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>
<b>2006</b>	49,7	50,4	<b>47,7</b>
<b>2007</b>	46,2	53,8	<b>47,5</b>
<b>2008</b>	48,6	52,5	<b>49,1</b>
<b>2009</b>	48,3	53,6	<b>49,6</b>
<b>2010</b>	50,1	54,0	<b>51,0</b>
<b>2011</b>	46,8	55,0	<b>47,9</b>
<b>2012</b>	48,9	57,1	<b>50,8</b>
<b>2013</b>	48,0	57,5	<b>50,1</b>
<b>2014</b>	49,7	56,2	<b>49,3</b>
<b>2015</b>	47,5	58,3	<b>50,4</b>
<b>2016</b>	48,7	58,3	<b>50,7</b>

**Tab.6 Indicatori**

<b>Anni</b>	<b>Nuovi / Totale (%)</b>	<b>Gia in carico / Nuovi</b>	<b>Nuovi utenti / pop. target 15-64 *10.000</b>	<b>Utenti totali / pop. target 15-64 *10.000</b>
<b>2006</b>	34,6%	1,9	0,4	1,1
<b>2007</b>	44,8%	1,2	0,6	1,3
<b>2008</b>	41,9%	1,4	0,6	1,4
<b>2009</b>	42,5%	1,4	0,7	1,7
<b>2010</b>	29,5%	2,4	0,6	1,9
<b>2011</b>	42,9%	1,3	1,0	2,4
<b>2012</b>	46,0%	1,2	1,3	2,8
<b>2013</b>	48,8%	1,0	1,8	3,7
<b>2014</b>	42,2%	1,4	2,1	4,9
<b>2015</b>	25,4%	2,9	1,5	5,8
<b>2016</b>	37,5%	1,7	2,2	5,8

**Tab.7 Utenti distinti per tipo di gioco patologico**

<b>Tipo di Gioco</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Giochi e/o scommesse su Animali	7	5	0	0	0	0	1	3	3	4
Slot-Machine, Video Poker, Roulette, dadi	20	26	28	38	49	57	70	82	77	73
Lotto, SuperEnalotto, Lotterie istatantane, gratta e vinci	2	0	2	5	5	2	7	14	13	17
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	0	0	0	0	2	1	2	2	2	3
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0
Giochi d'azzardo su internet	-	-	-	-	-	2	2	2	1	1
Bingo, Totocalcio	0	0	5	0	0	1	2	6	0	0
<b>%</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Giochi e/o scommesse su Animali	24,1%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,8%	3,1%	4,1%
Slot-Machine, Video Poker, Roulette, dadi	69,0%	83,9%	70,0%	86,4%	87,5%	90,5%	83,3%	75,2%	80,2%	74,5%
Lotto, SuperEnalotto, Lotterie istatantane, gratta e vinci	6,9%	0,0%	5,0%	11,4%	8,9%	3,2%	8,3%	12,8%	13,5%	17,3%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	1,6%	2,4%	1,8%	2,1%	3,1%
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0,0%	0,0%	12,5%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Giochi d'azzardo su internet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	2,4%	1,8%	1,0%	1,0%
Bingo, Totocalcio	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	1,6%	2,4%	5,5%	0,0%	0,0%

**Tab.8 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sede**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
<b>TOTALE</b>	<b>69</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>125</b>
Nuovi	22	2	6	11	6	<b>47</b>
Già in carico	47	4	14	7	6	<b>78</b>
<b>Sesso</b>						
Maschi	58	3	15	14	9	<b>99</b>
Femmine	11	3	5	4	3	<b>26</b>
<b>Classi di età</b>						
< =19 anni	0	0	0	0	0	<b>0</b>
20-29 anni	4	1	1	1	1	<b>8</b>
30-39 anni	12	0	2	1	2	<b>17</b>
40-49 anni	16	2	6	6	2	<b>32</b>
50-59 anni	19	1	4	7	3	<b>34</b>
>=60 anni	18	2	7	3	4	<b>34</b>
<b>Tipo di Gioco</b>						
Giochi e/o scommesse su Animali	3	0	1	0	0	<b>4</b>
Roulette, dadi	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Slot Machine, Videopoker	37	4	13	10	6	<b>70</b>
Video Lottery	3	0	0	0	0	<b>3</b>
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	6	0	1	1	1	<b>9</b>
Lotto, Super Enalotto	5	0	0	0	0	<b>5</b>
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	2	0	0	1	0	<b>3</b>
Giochi d'azzardo su internet	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Altro	0	0	2	1	0	<b>3</b>



**Tab.8.1 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sede**

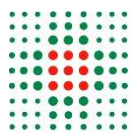
<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Centò</b>	<b>Totale</b>
<b>TOTALE</b>	<b>73</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>126</b>
Nuovi	17	3	5	3	4	<b>32</b>
Già in carico	56	6	12	10	10	<b>94</b>
<b>Sesso</b>						
Maschi	58	7	11	6	10	<b>92</b>
Femmine	15	2	6	7	4	<b>34</b>
<b>Classi di età</b>						
< =19 anni	0	0	0	0	0	<b>0</b>
20-29 anni	6	3	2	1	0	<b>12</b>
30-39 anni	10	1	2	0	1	<b>14</b>
40-49 anni	17	2	3	2	3	<b>27</b>
50-59 anni	21	1	5	7	6	<b>40</b>
>=60 anni	19	2	5	3	4	<b>33</b>
<b>Tipo di Gioco</b>						
Giochi e/o scommesse su Animali	3	0	0	0	0	<b>3</b>
Roulette, dadi	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Slot Machine, Videopoker	44	4	11	4	9	<b>72</b>
Video Lottery	2	0	0	2	0	<b>4</b>
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	3	0	1	2	1	<b>5</b>
Lotto, Super Enalotto	5	0	0	1	0	<b>6</b>
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	1	0	1	0	0	<b>2</b>
Giochi d'azzardo su internet	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bingo, Totocalcio	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Video giochi tipo bar o sale gioco	0	0	0	1	1	<b>2</b>

**Tab.9 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sede (%)**

<b>Anno 2016</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi	46,8%	4,3%	12,8%	23,4%	12,8%	37,6%
Già in carico	60,3%	5,1%	17,9%	9,0%	7,7%	62,4%
<b>Sesso</b>						
Maschi	58,6%	3,0%	15,2%	14,1%	9,1%	79,2%
Femmine	42,3%	11,5%	19,2%	15,4%	11,5%	55,3%
<b>Classi di età</b>						
< =19 anni	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20-29 anni	50,0%	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%	6,4%
30-39 anni	70,6%	0,0%	11,8%	5,9%	11,8%	13,6%
40-49 anni	50,0%	6,3%	18,8%	18,8%	6,3%	25,6%
50-59 anni	55,9%	2,9%	11,8%	20,6%	8,8%	27,2%
>=60 anni	52,9%	5,9%	20,6%	8,8%	11,8%	27,2%
<b>Tipo di Gioco</b>						
Giochi e/o scommesse su Animali	5,3%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	4,1%
Roulette, dadi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Slot Machine, Videopoker	64,9%	100,0%	76,5%	76,9%	85,7%	71,4%
Video Lottery	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	10,5%	0,0%	5,9%	7,7%	14,3%	9,2%
Lotto, Super Enalotto	8,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	3,5%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	3,1%
Giochi d'azzardo su internet	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altro	0,0%	0,0%	11,8%	7,7%	0,0%	3,1%

**Tab.9.1 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per sede (%)**

<b>Anno 2015</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Copparo</b>	<b>Portom</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Cento</b>	<b>Totale</b>
Nuovi	53,1%	9,4%	15,6%	9,4%	12,5%	25,4%
Già in carico	59,6%	6,4%	12,8%	10,6%	10,6%	74,6%
<b>Sesso</b>						
Maschi	63,0%	7,6%	12,0%	6,5%	10,9%	73,0%
Femmine	44,1%	5,9%	17,6%	20,6%	11,8%	27,0%
<b>Classi di età</b>						
< =19 anni	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20-29 anni	50,0%	25,0%	16,7%	8,3%	0,0%	9,5%
30-39 anni	71,4%	7,1%	14,3%	0,0%	7,1%	11,1%
40-49 anni	63,0%	7,4%	11,1%	7,4%	11,1%	21,4%
50-59 anni	52,5%	2,5%	12,5%	17,5%	15,0%	31,7%
>=60 anni	57,6%	6,1%	15,2%	9,1%	12,1%	26,2%
<b>Tipo di Gioco</b>						
Giochi e/o scommesse su Animali	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
Roulette, dadi	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Slot Machine, Videopoker	73,3%	100,0%	84,6%	44,4%	90,0%	75,0%
Video Lottery	3,3%	0,0%	0,0%	22,2%	0,0%	4,2%
Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	5,0%	0,0%	7,7%	11,1%	0,0%	5,2%
Lotto, Super Enalotto	8,3%	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	6,3%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	1,7%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	2,1%
Giochi d'azzardo su internet	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bingo, Totocalcio	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Video giochi tipo bar o sale gioco	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	10,0%	2,1%



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche



università di ferrara  
DÀ 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](mailto:osservatorio.sert@ausl.fe.it)**

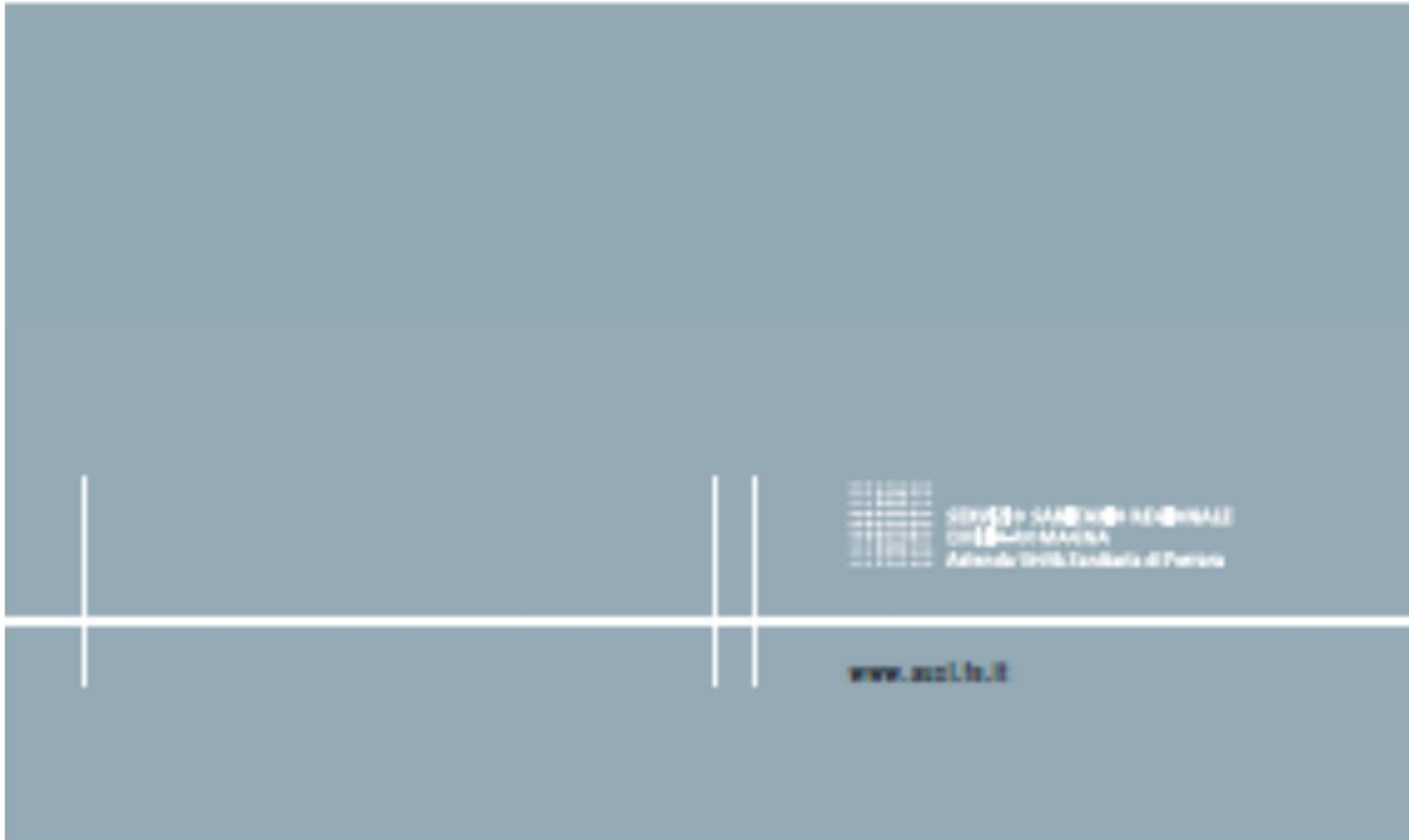
Azienda USL di Ferrara  
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche  
M.O. Osservatorio Epidemiologico e Accreditamento  
Via Francesco del Cossa, 18 (44121) Ferrara

---

Chiuso nel mese di Settembre 2016

---

La riproduzione di questo documento è autorizzata con citazione della fonte



SERVIZIO CLIENTI REGIONALE  
COMUNE DI MASSA  
Azienda Unita Territoriale di Promozione

[www.azul.it](http://www.azul.it)