



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria di Ferrara

Rapporto 2015

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZE PATOLOGICHE



Rapporto 2015

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Redazione a cura di

Cristina Sorio

Sociologa

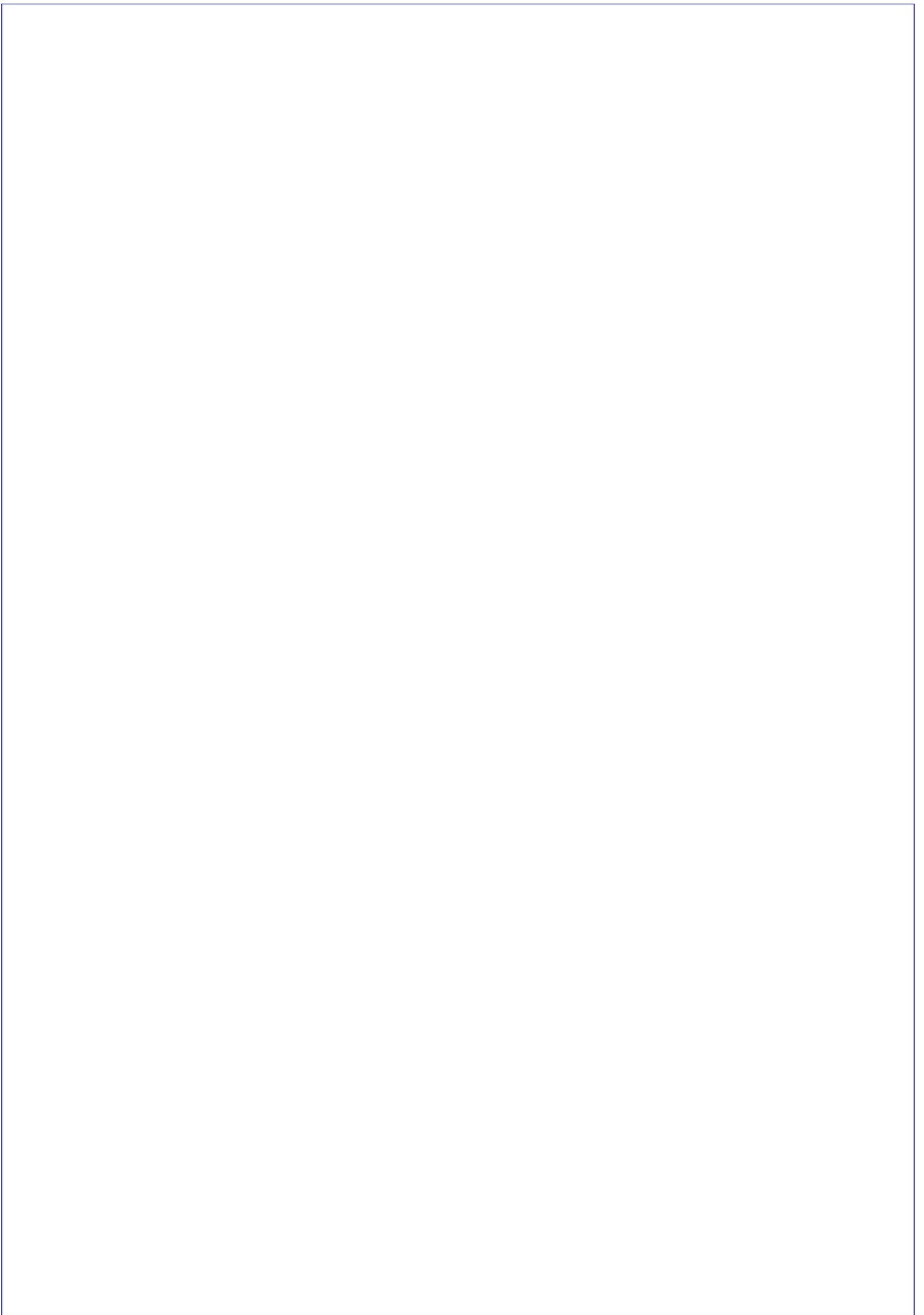
Responsabile Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Si ringraziano per la collaborazione:

Luisa Garofani (Psichiatra Resp. UO SerT), Doriana Beltrami (Medico Resp. SerT Ferrara), Paola Giacometti (Psicologa Resp. SerT Cento), Filomena CATERA (Psichiatra Resp. SerT Codigoro), Giovanna Alberghina (Psicologa Resp. SerT Portomaggiore), Rosella Occhiali (Psicologa SerT Copparo), Cinzia Veronesi (Psicologa SerT Ferrara), Ciro Garuti (Psicologo SerT Cento), Cecilia Cenacchi (Assistente Sociale Borsista)

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

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



INDICE

PREMESSA	pag. 6
1. IL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE IN EUROPA	pag. 8
2. RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA	pag. 24
3. LA DIFFUSIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA	pag. 39
4. IL PROFILO DI SALUTE DELLA COMUNITA' FERRARESE	pag. 46
5. IL CONSUMO PROBLEMATICO E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA	pag. 52
6. CONSUMO RISCHIOSO, DANNOSO E ALCOLDIPENDENZA NELLA PROVINCIA DI FERRARA	pag. 67
7. CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NELLA PROVINCIA DI FERRARA	pag. 80
8. ALLEGATO STATISTICO	
UTENTI IN CARICO PER USO DI DROGHE TREND 1991 - 2015	pag. 85
UTENTI IN CARICO AI CENTRI ALCOLOGICI TREND 1996 - 2015	pag. 144
UTENTI IN CARICO AI CENTRI ANTIFUMO TREND 2000 - 2015	pag. 186
UTENTI IN CARICO PER GIOCO PATOLOGICO TREND 2006 - 2015	pag. 192

PREMESSA

Gli interventi e la mission dei Servizi per le Dipendenze Patologiche sono definiti a partire dalle caratteristiche attuali del fenomeno e dei bisogni. I Servizi Dipendenze Patologiche e i servizi del privato sociale hanno consolidato negli anni un bagaglio di competenze specifiche e un modello di relazione con l'utenza, che si è tradotto in modalità di contatto e tecniche di relazione caratterizzate da una forte penetrazione sociale e dalla proposta dell'offerta di cura su di un piano di negoziabilità con l'utenza.

L'offerta di cura, organizzata secondo percorsi differenziati per popolazioni target, profili di abuso di sostanze e dipendenze comportamentali (gioco patologico e internet), ha come modello comune l'approccio bio-psico-sociale basato sulle evidenze, nel rispetto della posizione attiva dell'utente che deve essere aiutato a sviluppare il più possibile le sue capacità e risorse ambientali, nonostante le limitazioni dovute alla patologia.

Nell'ottica bio-psico-sociale la condizione di dipendenza viene collocata entro una relazione disarmonica, sregolata tra la persona e il suo ambiente. Di conseguenza il processo di cura e riabilitazione passa attraverso u riequilibrio relazionale, con interventi non soltanto sul soggetto ma anche e necessariamente su una serie di fattori esterni, allo scopo di sostenere l'attività e la partecipazione sociale.

Il modello dei **servizi centrati sull'autonomia dell'utente e sullo sviluppo di pratiche di autoefficacia, si basa su trattamenti psicosociali**, attraverso i quali i pazienti imparano a proteggersi dalla vulnerabilità e dalle ricadute. Essi sono articolati in programmi per lo sviluppo delle competenze, utili per affrontare situazioni di vita che richiedono comportamenti adattivi e un accettabile livello di indipendenza, come quello promosso dai modelli di intervento "ambienti supportati" (lavoro, abitazione e istruzione).

L'esperienza indica che tutti i **trattamenti psicosociali EB** debbano fondarsi sui seguenti principi: Trattamento individualizzato, Focus sull'ambiente, Focus sulle risorse personali, la speranza, Focus su validi ruoli sociali, Supporto offerto in molteplici ambienti di vita, Continuità delle cure, Alleanza terapeutica, Coinvolgimento del paziente.

Gli obiettivi dei trattamenti EB sono fortemente correlati agli **esiti di recovery clinico e di recovery funzionale** e si riferisce ad esiti generali, quali ridurre l'intensità e la frequenza dei sintomi e delle ricadute, migliorare i livelli di funzionamento, incoraggiare la partecipazione alle principali aree di vita (lavoro, famiglia, amicizia, tempo libero, abitazione, salute fisica), incoraggiare la partecipazione del paziente alla definizione degli obiettivi personali e alla pianificazione del trattamento; sia agli esiti specifici quali apprendere abilità e comportamenti funzionali, migliorare le funzioni cognitive, migliorare la cognizione sociale, sviluppare motivazione al cambiamento, apprendere strategie di coping, riconnettere emozioni, comportamenti ed eventi, comprendere la dipendenza e modificare i convincimenti distorti.

La vulnerabilità a fattori stressanti può essere modificata da interventi psicosociali somministrati tempestivamente, anticipando i fattori che generano ricadute. Grazie ai trattamenti psicosociali EB di provata efficacia sviluppati negli ultimi decenni il focus di ogni intervento deve essere la qualità di vita della persona, la sua possibilità di svolgere attività positive e di integrarsi efficacemente nei contesti sociali e lavorativi, anche in presenza di una condizione di dipendenza da sostanze psicotrope, dall'alcol o dal gioco d'azzardo.

Per arrivare a questi obiettivi occorre riconoscere che non è più sufficiente inquadrare correttamente la dipendenza sul piano nosografico, ma è necessario essere in grado di valutare il funzionamento complessivo della persona secondo criteri attendibili, fornendo evidenze scientificamente fondate in ordine all'efficacia dei trattamenti.

1. IL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE IN EUROPA

RELAZIONE EUROPEA SULLA DROGA¹

Dinamica del mercato della droga in Europa

Mentre le iniziative in atto nel continente americano per regolamentare la vendita della cannabis e dei prodotti a base di cannabis stanno generando interesse e dibattiti a livello internazionale, in Europa la discussione sulla cannabis rimane ampiamente concentrata sui potenziali costi sanitari associati a questa droga. I nuovi dati sottolineano l'importanza del ruolo svolto dalla cannabis nelle statistiche sulla criminalità correlata alla droga, in cui l'80 % dei sequestri riguarda la cannabis, mentre il suo consumo o possesso per uso personale è all'origine di più del 60 % di tutte le segnalazioni di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti in Europa (cfr. figura). Inoltre, essendo aumentato il coinvolgimento della criminalità organizzata, la produzione e il traffico di questa droga sono considerati un settore di importanza crescente per le attività di contrasto. Esiste tuttavia una notevole differenza tra i paesi per quanto riguarda le prassi giudiziarie per i reati legati all'offerta di cannabis: gli esperti nazionali segnalano che un reato commesso per la prima volta e che sia legato all'offerta di un chilogrammo di cannabis può comportare pene che variano da meno di un anno fino a 10 anni di reclusione. I nuovi dati indicano inoltre l'importanza crescente della cannabis nell'ambito dei sistemi di trattamento della tossicodipendenza, con un aumento del numero delle richieste di trattamento per problemi relativi a questa droga; aumento che deve essere compreso nel contesto dell'erogazione del servizio e della prassi di segnalazione. Per esempio, in alcuni paesi le segnalazioni da parte del sistema giudiziario penale riguardano un'elevata percentuale dei pazienti in trattamento. I dati sono altresì influenzati dalle diverse definizioni e prassi nazionali relative a ciò che s'intende per trattamento di disturbi correlati alla cannabis, che possono variare da una breve seduta

online fino all'assistenza residenziale. Anche la disponibilità di trattamento per i consumatori di cannabis sembra essere in via di mutamento, probabilmente a fronte di una maggiore sensibilizzazione sulla necessità dei servizi e, in alcuni paesi, di una capacità di trattamento che si sta rendendo disponibile grazie a un calo della domanda di servizi per altri tipi di stupefacenti. Per quanto riguarda i problemi legati alla cannabis, indipendentemente dal genere di trattamento gli elementi disponibili evidenziano l'utilità degli interventi psicosociali. Inoltre, dagli studi condotti negli ambienti di pronto soccorso emerge che sono in aumento i casi di gravi problemi di salute associati ai prodotti a base di cannabis ad alta potenza. Alla luce della maggiore disponibilità di tali prodotti, è chiaramente necessario migliorare il monitoraggio dei gravi problemi sanitari legati al consumo di questa droga.

La concorrenza sul mercato determina la presenza di prodotti più forti?

Il ciclo di raccolta di dati di quest'anno ha riscontrato, nel medio e nel breve termine, un aumento della purezza e della potenza di tutte le sostanze stupefacenti più consumate in Europa. Ciò è probabilmente dovuto a motivi complessi, che sembrano comprendere sia l'innovazione tecnica sia la concorrenza sul mercato. Nel caso della cannabis, laddove viene prodotta internamente, negli ultimi anni i prodotti in foglie ad alto tenore di THC hanno acquisito una crescente quota di mercato e, attualmente, i dati indicano un aumento della potenza della resina importata, probabilmente perché le prassi di produzione sono cambiate. L'innovazione nel mercato e l'aumento della purezza sono evidenti anche nel caso dell'MDMA. Dopo un periodo in cui le compresse vendute come "ecstasy" erano considerate dai consumatori prodotti di scarsa qualità e adulterati, come confermano le prove forensi, ora l'MDMA in polvere e in compresse ad alta purezza è più diffusa.

¹ OEDT, Relazione Europea sulla droga, Tendenze e sviluppi, 2015

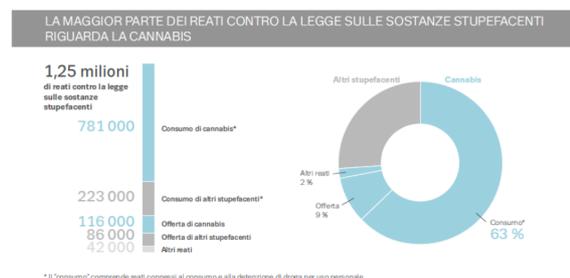
L'introduzione di MDMA ad alta purezza in polvere o in cristalli sembra una strategia deliberata per differenziare questa forma di MDMA e renderla più allettante per i consumatori. Analogamente, stanno comparando sul mercato compresse ad alto dosaggio con forme e loghi distinti, presumibilmente con lo stesso obiettivo. Lo scorso anno, l'EMCDDA e l'Europol hanno lanciato un allarme per denunciare i rischi sanitari legati al consumo di MDMA ad altissima purezza. Inoltre, sono stati lanciati allarmi anche per quanto riguarda le compresse vendute come ecstasy che invece contenevano PMMA, talvolta in combinazione con MDMA. Le caratteristiche farmacologiche di questa droga la rendono particolarmente preoccupante dal punto di vista della salute pubblica.

Per quanto concerne l'MDMA e le sostanze sintetiche in generale, la qualità e l'offerta del prodotto dipendono in gran parte dalla disponibilità dei precursori chimici. L'innovazione è evidente anche in questo settore, specialmente per quanto riguarda le prassi di produzione, e lo si può constatare in relazione ai processi di sintesi chimica e all'elevata capacità di alcuni siti di produzione recentemente individuati. Si è anche ipotizzato che, in alcuni paesi, la disponibilità di nuove sostanze psicoattive possa avere una certa influenza. Per esempio, la disponibilità di catinoni e cannabinoidi sintetici di alta qualità è stata talvolta segnalata in concorrenza diretta agli stupefacenti noti di scarsa qualità e relativamente più costosi.

I Cambiamenti nel mercato europeo dell'eroina

I problemi relativi all'eroina sono tuttora all'origine di una vasta quota dei costi sanitari e sociali legati alla droga in Europa, nonostante le recenti tendenze in questo settore siano relativamente positive. I dati recenti continuano a mostrare un calo della richiesta di trattamento e dei danni correlati all'eroina, ma alcuni indicatori di mercato

destano preoccupazione. Le stime dell'ONU indicano un incremento sostanziale della produzione di oppio in Afghanistan, il paese da cui proviene la maggior parte dell'eroina consumata in Europa. È dunque possibile che si verifichi un potenziale effetto domino in merito alla disponibilità ed è preoccupante che, secondo le stime, sia in aumento la purezza di eroina disponibile in Europa. Secondo dati recenti, in alcuni paesi in cui è stato riscontrato un aumento della purezza è cresciuto anche il numero di decessi per overdose. Non è chiaro se questi aumenti siano collegati tra loro, ma la questione giustifica l'attenzione della ricerca. La natura clandestina del mercato delle droghe implica un'estrema cautela nell'analisi delle sue dinamiche. Nondimeno, emergono segnali di innovazione nell'offerta di eroina sui mercati europei e non è da escludere una ripresa di questa droga. Tra questi segnali di cambiamento figurano l'individuazione di laboratori di eroina in Europa (che in precedenza non erano stati rilevati) e le prove di un adeguamento delle rotte del traffico di eroina e del modus operandi dei gruppi criminali. Il transito di eroina dal Pakistan e dall'Afghanistan in Europa, attraverso l'Africa, continua a destare preoccupazione. I dati relativi ai sequestri evidenziano nettamente il ruolo svolto dalla Turchia come "porta" geografica per le droghe provenienti dall'Unione europea e ad essa dirette, mentre i sequestri di eroina avvenuti in tale paese si sono parzialmente ripresi rispetto al dato minimo registrato nel 2011. Questi temi vengono trattati in un'analisi sul traffico di eroina che accompagna la presente relazione.



I clienti più anziani comportano nuove sfide per i servizi

Ogni potenziale aumento della disponibilità di eroina va considerato nel contesto del ristagno generale della domanda di questa tipologia di droga, dovuto in gran parte a un declino delle iniziazioni al consumo di eroina e al fatto che molte persone con problemi di eroina si sono sottoposte a trattamento. Oltre ai vantaggi terapeutici offerti dal trattamento, è probabile che il tasso generalmente elevato di copertura in Europa, stimato al 50 % dei casi o più, renda l'Unione europea un mercato più piccolo e potenzialmente meno interessante per chi fornisce questa droga. La dipendenza da eroina è una condizione cronica e le precedenti previsioni, secondo cui i servizi avrebbero dovuto adeguarsi alle esigenze di una coorte di consumatori meno giovane, sono suffragate dall'analisi riportata nella presente relazione. Pertanto, fornire una risposta adeguata a questo gruppo in termini sociali e sanitari rappresenta una sfida crescente per i servizi riguardanti le tossicodipendenze. Le risposte in tal senso sono ostacolate dai problemi incontrati da questa coorte in relazione al consumo prolungato di altre sostanze, tra cui il tabacco e l'alcol. Benché sia meno documentato, l'abuso di benzodiazepine presso i consumatori di stupefacenti ad alto rischio viene trattato in una nuova analisi che accompagna la presente relazione. L'abuso di benzodiazepine in combinazione con oppiacei è associato a un rischio elevato di overdose. L'elaborazione di risposte efficaci per ridurre i decessi per overdose resta una sfida politica fondamentale in Europa. Gli sviluppi del settore comprendono l'introduzione di strategie mirate, la realizzazione di programmi di distribuzione di naloxone e di iniziative di prevenzione per gruppi ad alto rischio. Alcuni paesi dispongono di una prassi consolidata che prevede "camere di consumo controllato", con l'intenzione di occuparsi dei consumatori di droga difficili da raggiungere e di ridurre i danni correlati agli stupefacenti,

compresi i decessi per overdose. Un'analisi dei servizi offerti in queste strutture accompagna la presente relazione.

Storicamente, uno dei fattori determinanti delle politiche e delle risposte in materia di droga per quanto riguarda l'eroina, in particolare per l'assunzione per via parenterale, è stata l'esigenza di ridurre i comportamenti a rischio e la trasmissione dell'HIV. Le recenti epidemie e la situazione in alcuni paesi europei sottolineano la necessità di vigilare costantemente e garantire che i livelli dei servizi siano adeguati. Nondimeno, il quadro a lungo termine mostra un chiaro miglioramento generale e illustra l'impatto che può produrre l'erogazione di servizi di qualità elevata, un aspetto attinente agli sforzi profusi per far fronte ai tassi relativamente alti di epatite C tuttora riscontrati presso i consumatori di stupefacenti per via parenterale. In questo ambito si stanno rendendo disponibili trattamenti nuovi ed efficaci, benché i costi siano elevati. Tuttavia, l'EMCDDA osserva che in alcuni paesi, anche grazie al sostegno a livello europeo, si sta cercando di migliorare la situazione.

La combinazione di comportamenti a rischio relativi alle abitudini sessuali e al consumo di droga

Spesso le analisi situazionali qui presentate si concentrano sui confronti tra diversi paesi. È importante ricordare, tuttavia, che alcuni comportamenti rischiosi relativi al consumo di droga sono legati a fattori socio-culturali che non sono necessariamente caratteristici di un determinato paese. Ne sono un esempio alcune grandi città europee, dove ci si preoccupa per la diffusione del consumo di stimolanti per via parenterale presso piccoli gruppi di uomini omosessuali. Le pratiche che prevedono il cosiddetto "slamming" (ossia l'assunzione per via parenterale) di metamfetamina, catinoni e altre sostanze nel contesto dei "chem sex party" comportano conseguenze per la trasmissione dell'HIV e per i servizi di salute sessuale ed evidenziano la necessità di fornire risposte sistematiche in

questo settore. Il fenomeno contrasta con la generale tendenza europea del consumo di droga per via parenterale, in calo presso la maggior parte delle popolazioni, e sottolinea l'esigenza generale di rivolgere maggiore attenzione al nesso tra le droghe e i comportamenti sessuali a rischio.

I mercati emergenti delle droghe virtuali

Per quanto riguarda gli sviluppi in altri ambiti, emerge una tendenza crescente per i servizi relativi alle droghe e alla salute sessuale ad utilizzare Internet e le app come piattaforme per l'erogazione delle prestazioni. La fornitura di informazioni su droghe, programmi di prevenzione e servizi di assistenza si stanno trasferendo, in varia misura, da spazi fisici ad ambienti virtuali. Su questa falsariga, oggi molti programmi di trattamento della tossicodipendenza vengono messi a disposizione online, in modo da aumentarne l'accessibilità sia per i gruppi di nuovi destinatari sia per quelli già esistenti.

Sta aumentando anche la sensibilizzazione sul ruolo potenziale di Internet nell'offerta e nel commercio della droga. Sia le nuove sostanze psicoattive sia le droghe tradizionali vengono vendute sul web e nel deep web, benché non sia noto in che misura ciò avvenga. Considerando che nella maggior parte degli altri ambiti commerciali l'attività dei consumatori si sta spostando dai mercati fisici a quelli online, i mercati virtuali delle droghe possono diventare un settore importante su cui concentrare in futuro la nostra attività di monitoraggio, oltre ad essere probabilmente anche un settore decisivo per le politiche di controllo degli stupefacenti, dal momento che possono verificarsi rapidamente dei cambiamenti quali l'introduzione di nuovi mercati e criptovalute. Sarà necessario adeguare i modelli normativi esistenti a un contesto globale e virtuale.

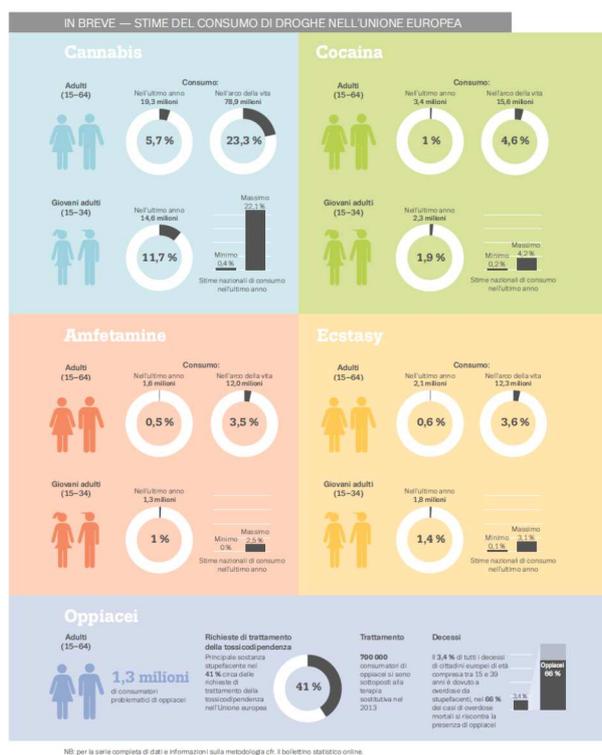
Prevalenza di nuove sostanze psicoattive

Internet è stata anche un importante fattore di traino per lo sviluppo del mercato delle nuove sostanze psicoattive, sia direttamente

(attraverso i negozi online), sia indirettamente (consentendo ai produttori di accedere facilmente ai dati farmaceutici e di ricerca, e offrendo ai potenziali consumatori un forum per lo scambio d'informazioni). In breve tempo la preoccupazione da parte del pubblico e della politica per il consumo di nuove sostanze psicoattive è cresciuta considerevolmente, ma le nostre conoscenze sul livello di consumo e sui relativi danni non hanno tenuto il passo con gli sviluppi. Questa situazione sta cominciando a cambiare, perché più di un paese sta cercando di valutare la prevalenza del consumo di tali sostanze. Effettuare stime in questo campo è impegnativo per ragioni metodologiche; finora le stime nazionali sono risultate difficili da confrontare. Tuttavia sono disponibili alcuni dati comparabili. Il recente Eurobarometro Flash sui giovani e le droghe, pur presentando limiti metodologici come strumento di stima della prevalenza, fornisce dati provenienti da tutti gli Stati membri dell'UE servendosi di un questionario standardizzato. Gli esiti dello studio indicherebbero che, nella maggior parte dei paesi, il consumo delle nuove sostanze psicoattive nell'arco della vita è rimasto a livelli bassi tra i giovani.

Altri studi che oggi si stanno rendendo disponibili forniscono informazioni su modalità particolari di consumo delle nuove sostanze psicoattive. Benché non si possano considerare rappresentativi, questi studi mostrano che il consumo delle nuove sostanze psicoattive avviene presso gruppi diversificati quali studenti, frequentatori di feste, psiconauti detenuti e consumatori di droghe per via parenterale. Si dispone di conoscenze sempre maggiori sui motivi alla base di tale consumo, che anche in questo caso sono vari e comprendono fattori quali lo status giuridico, la disponibilità e i costi, nonché il desiderio di non essere scoperti e le preferenze del consumatore per particolari proprietà farmacologiche. Vi è inoltre ragione di pensare che le nuove sostanze psicoattive

siano servite come sostituti sul mercato in tempi di bassa disponibilità e scarsa qualità delle sostanze illecite note. Per esempio, la popolarità del mefedrone in alcuni paesi all'inizio di questo decennio è stata attribuita in parte alla scarsa qualità di stimolanti illeciti quali l'MDMA e la cocaina. Sarà interessante vedere se gli aumenti attualmente osservati della potenza e del grado di purezza degli stupefacenti noti avranno o meno delle conseguenze per il consumo delle nuove sostanze psicoattive.



Le nuove sostanze psicoattive

Mentre il consumo delle nuove sostanze psicoattive sembra complessivamente limitato, il ritmo con cui compaiono nuove droghe non si è ridotto. Le relazioni inviate al sistema di allerta rapido dell'UE indicano che la varietà e la quantità delle nuove sostanze psicoattive introdotte sul mercato europeo continuano ad aumentare. Nel 2014 sono state individuate per la prima volta 101 nuove sostanze psicoattive, ed è interessante notare come le nuove droghe immesse sul mercato, principalmente cannabinoidi sintetici,

stimolanti, allucinogeni e oppiacei, rispecchino le sostanze note. Nella presente relazione, inoltre, l'EMCDDA fornisce nuovi dati sui sequestri di queste sostanze. È importante chiarire in questa sede che il metodo di raccolta dei dati differisce da quello impiegato per il regolare monitoraggio dei sequestri di droga e che le due serie di dati non sono direttamente comparabili.

Nel 2014 sono state condotte sei valutazioni di rischi, un numero senza precedenti che conferma quanto sia importante mantenere i riflettori puntati sulle sostanze che causano particolari danni. A ciò ha contribuito la maggiore disponibilità delle informazioni sia sui casi di ricoveri ospedalieri d'urgenza che in materia di tossicologia. Nonostante i miglioramenti registrati nel monitoraggio dei danni gravi correlati agli stupefacenti, la capacità ridotta in questo settore continua a limitare la nostra visione delle conseguenze per la salute pubblica legate non solo alle nuove sostanze psicoattive ma, più in generale, ai modelli contemporanei di consumo delle droghe.

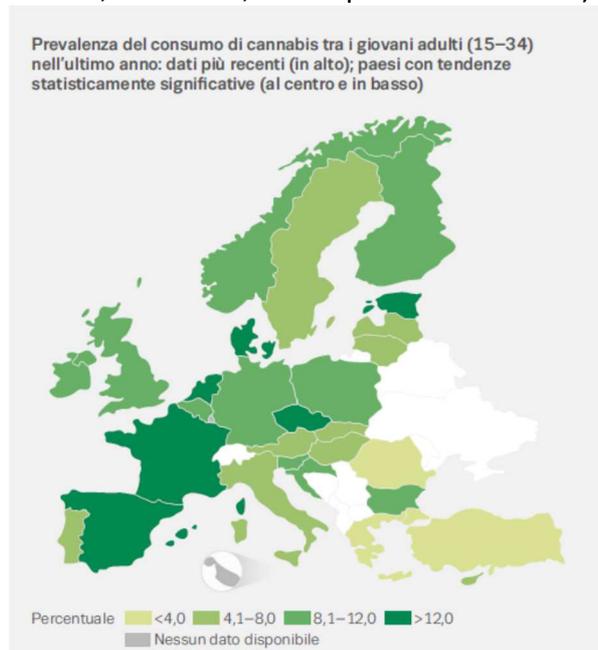
La risposta sociale e sanitaria alle sfide poste dalle nuove droghe è emersa lentamente e in maniera frammentaria, ma ormai sta acquistando slancio. Questa risposta comprende una vasta gamma di iniziative che riflettono tutte le reazioni alle sostanze illecite note, dall'istruzione in materia di droghe alle attività di formazione, dagli interventi condotti da utenti su Internet a tutela dei consumatori ai programmi di scambio di aghi e siringhe basati su servizi di bassa soglia.

La stima del consumo di sostanze illecite

Secondo le stime, oltre 80 milioni di adulti (ossia almeno un quarto della popolazione adulta nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. La sostanza stupefacente più consumata è la cannabis (75,1 milioni), mentre le stime sono inferiori per il consumo di altre droghe nell'arco della vita: 14,9 milioni per la cocaina, 11,7 milioni per le amfetamine e 11,5 milioni

per l'MDMA. I livelli di consumo dichiarati variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa un terzo degli adulti in Danimarca, Francia e Regno Unito all'8% o meno di uno su dieci in Bulgaria, Romania e Turchia.

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalando il fumo e, in Europa, miscelandola con il tabacco, e i modelli di consumo vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente. Si stima che 14,6 milioni di giovani europei (15–34 anni), pari all'11,7 % di questa fascia d'età, abbiano consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 8,8 milioni di età compresa tra i 15 e i 24 anni, ossia il 15,2 % di questa fascia d'età).



Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti offre una visione importante degli attuali comportamenti a rischio dei giovani. In Europa, lo studio del progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD) permette di analizzare le tendenze nel corso del tempo relative al consumo di droghe tra gli studenti di 15-16 anni. Secondo l'ultimo ciclo di raccolta dei dati (2011), la maggior parte del consumo di sostanze illecite in questo gruppo riguarda la cannabis: circa il 24 % dichiara di averla consumata una volta nella vita, un dato che oscilla dal 5 % della

Norvegia al 42 % della Repubblica ceca. La prevalenza del consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis era di gran lunga inferiore.

Una minoranza di consumatori di cannabis consuma questa sostanza in modo intensivo. Con l'espressione consumo quotidiano o quasi quotidiano di cannabis s'intende un consumo su 20 o più giorni nell'ultimo mese. In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che quasi l'1% degli adulti europei sono consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis. Circa tre quarti di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 15 e i 34 anni e più di tre quarti sono di sesso maschile.

Benché il consumo quotidiano di cannabis sia raro presso la popolazione generale, del 3 % circa di adulti fra i 15 e i 64 anni che ha fatto uso di cannabis nell'ultimo mese, circa un quarto ha consumato la sostanza quotidianamente o quasi quotidianamente. Questa proporzione varia sensibilmente da paese a paese.

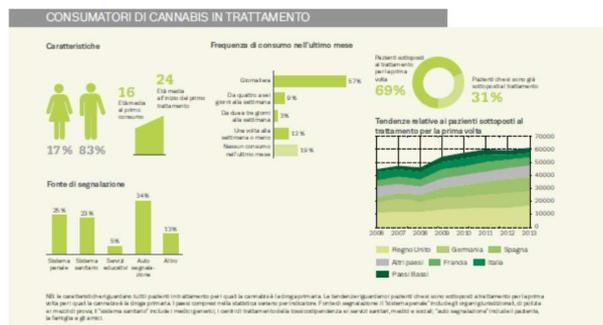
La cannabis è la droga segnalata più frequentemente come motivo principale per sottoporsi per la prima volta al trattamento della tossicodipendenza in Europa, anche se il concetto di trattamento per i consumatori di cannabis varia considerevolmente da un paese all'altro. Il totale dei pazienti segnalati sottoposti a trattamento per la prima volta è salito da 45.000 a 61.000 tra il 2006 e il 2013. Considerando i pazienti recidivi, nel 2013 la cannabis era la seconda droga segnalata più frequentemente da tutti i pazienti in trattamento (123.000, ossia il 29%).

Emergenze ospedaliere associate al consumo di cannabis

Benché siano rare, possono insorgere emergenze acute dopo il consumo di cannabis, specie in dosi elevate. Nei paesi a più alta prevalenza, tali emergenze rappresentano una percentuale considerevole di quelle correlate alle droghe. Uno studio recente ha individuato un aumento del

numero di emergenze associate alla cannabis tra il 2008 e il 2012 in 11 dei 13 paesi europei analizzati. In Spagna, per esempio, il dato relativo a queste emergenze è aumentato da 1 589 (pari al 25 % di tutte le emergenze correlate alle droghe) nel 2008 a 1 980 (pari al 33 %) nel 2011.

European Drug Emergencies Network (EuroDEN), che monitora l'insorgere delle emergenze correlate alle droghe in 16 strutture di 10 paesi europei, ha segnalato che una percentuale compresa tra il 10 % e il 48 % (in media il 16 %) di tutte le insorgenze riguardava la cannabis, benché altre sostanze fossero presenti nel 90 % di questi casi. Più frequentemente, oltre alla cannabis venivano rilevati alcol, benzodiazepine e stimolanti. Tra i problemi segnalati più spesso figuravano quelli neuro-comportamentali (agitazione, aggressività, psicosi e ansia) e il vomito. Nella maggior parte dei casi, i pazienti sono stati dimessi senza che fosse necessario ricoverarli.

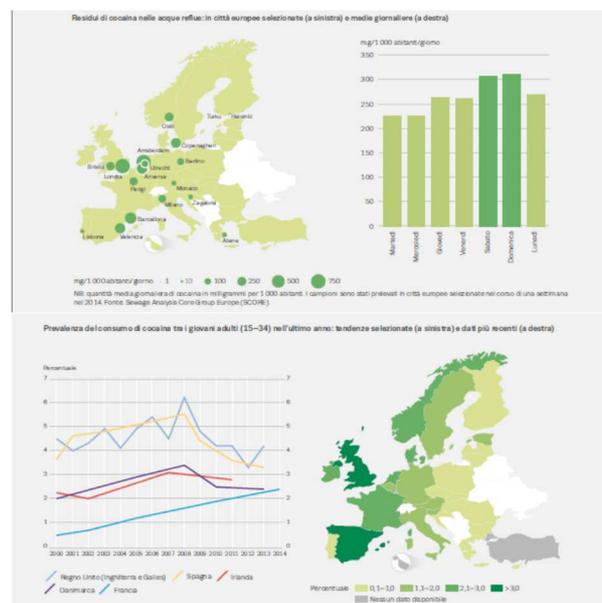


Cocaina: lo stimolante più diffuso in Europa

La polvere di cocaina viene soprattutto sniffata o assunta per inalazione, ma talvolta viene assunta anche per via parenterale, mentre il crack solitamente si fuma. Tra i consumatori abituali si può fare un'ampia distinzione tra i consumatori socialmente più integrati, che spesso sniffano la polvere di cocaina in contesti ricreativi, e i consumatori emarginati, che assumono la cocaina per via parenterale o fumano il crack, spesso insieme ad oppiacei. Il consumo abituale di cocaina è stato associato a dipendenza e a problemi cardiovascolari, neurologici e mentali, nonché

a un alto rischio di incidenti. I rischi sanitari maggiori, tra cui la trasmissione di malattie infettive, sono associati all'assunzione di cocaina per via parenterale e al consumo di crack.

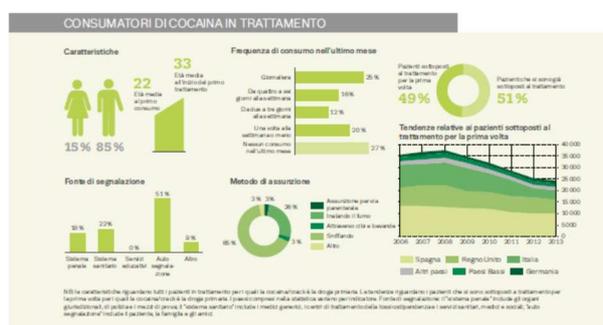
La cocaina è lo stimolante illecito consumato più frequentemente in Europa, benché la maggior parte dei consumatori si trovi in un numero relativamente ridotto di paesi, come dimostrano i dati delle indagini, in base a cui il consumo di cocaina è più diffuso nei paesi meridionali e occidentali d'Europa. Si stima che circa 2,3 milioni di giovani di età compresa tra 15 e 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) abbiano consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno. Molti consumatori di cocaina fanno uso di questa droga in contesti ricreativi, con picchi di consumo nei fine settimana e nei periodi di vacanza. I dati delle analisi delle acque di scarico nell'ambito di uno studio condotto nel 2014 in diverse città europee confermano che vi sono differenze nei modelli di consumo quotidiano. Maggiori concentrazioni di benzoilecgonina, il principale metabolita della cocaina, sono state rinvenute in campioni raccolti durante il fine settimana.



La cocaina è stata indicata come la droga primaria dal 13% di tutti i pazienti segnalati che si sono sottoposti a trattamento

specialistico della tossicodipendenza nel 2013 (55.000) e dal 16% di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (25.000). Si osservano variazioni tra i diversi paesi, con più del 70 % di tutti i consumatori di cocaina segnalati soltanto da tre paesi (Spagna, Italia, Regno Unito). Secondo i dati più recenti, il numero di consumatori di cocaina che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta si è stabilizzato intorno a 24.000; questo numero è calato dopo aver raggiunto un picco di 38.000 nel 2008. Nel 2013, 6.000 consumatori che si sono sottoposti a trattamento in Europa hanno dichiarato il crack come droga primaria, di cui oltre la metà nel Regno Unito (3.500) e la maggior parte dei rimanenti (2.200) in Spagna, Francia e Paesi Bassi.

Interpretare i dati disponibili sulla mortalità associata alla cocaina è impegnativo, in parte perché è probabile che questa droga influisca su alcuni decessi attribuiti a problemi cardiovascolari. Nondimeno, nel 2013 sono stati segnalati oltre 800 decessi associati al consumo di cocaina (dati di 27 paesi). La maggior parte di questi decessi sono stati attribuiti a overdose, mentre in molti casi sono state individuate anche altre sostanze, in particolare oppiacei. Tra il 2012 e il 2013 il numero dei decessi in occasione dei quali è stata rilevata la presenza di cocaina è aumentato da 174 a 215 nel Regno Unito e da 19 a 29 in Turchia.

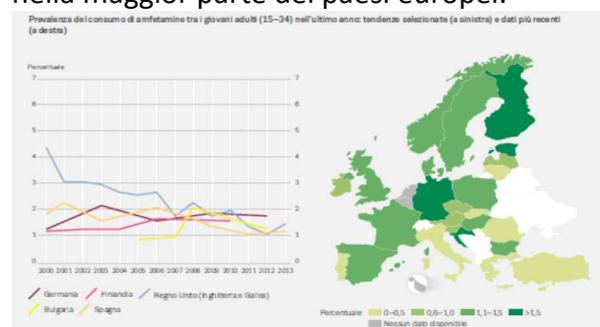


Amfetamine: il consumo è stabile
L'amfetamina e la metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, sono

entrambe consumate in Europa, benché l'amfetamina sia di gran lunga la più diffusa. 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.

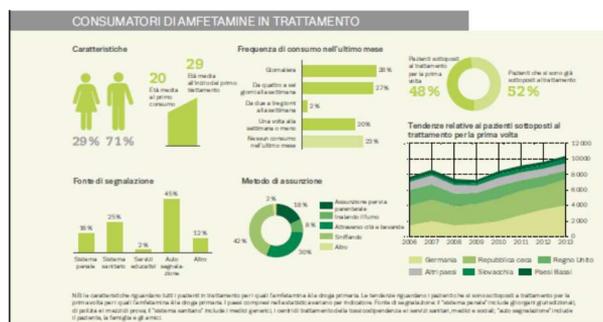
Gli effetti avversi per la salute correlati alle amfetamine comprendono problemi cardiovascolari, polmonari, neurologici e mentali, mentre come nel caso di altre droghe l'assunzione per via parenterale rappresenta un fattore di rischio per le malattie infettive. Come per altri stimolanti, i decessi correlati alle amfetamine possono essere difficili da individuare. Tuttavia, ogni anno ne viene segnalato un piccolo numero.

Si stima che nell'ultimo anno 1,3 milioni (1,0%) di giovani adulti (15-34) abbiano consumato amfetamine. Le stime più recenti della prevalenza a livello nazionale vanno dallo 0,1 % all'1,8%. I dati disponibili indicano che la situazione riguardante le tendenze nel consumo si è mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei.



In merito al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina, sono stati riscontrati dei problemi nei paesi dell'Europa del Nord. Per contro, i problemi correlati al consumo di metamfetamina nel lungo periodo sono risultati più evidenti in Repubblica ceca e Slovacchia. Le stime del consumo problematico segnalate da questi paesi presso gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni sono

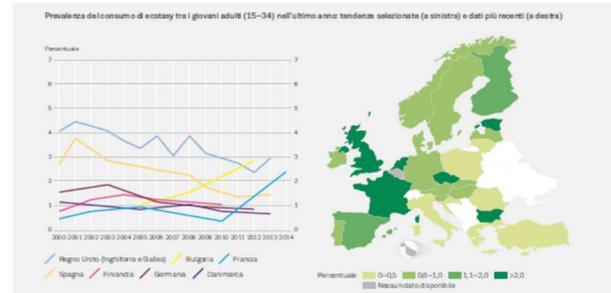
pari allo 0,48% circa per la Repubblica ceca (2013) e allo 0,21% per la Slovacchia (2007). In Repubblica ceca, tra il 2007 e 2013, è stato rilevato un aumento sensibile (da circa 20.000 a più di 34.000 casi) del consumo problematico o ad alto rischio di metamfetamina, in particolare assunta per via parenterale. Secondo indicazioni recenti, il consumo di metamfetamina si sta diffondendo in altri paesi: il consumo di questa sostanza è stato segnalato in paesi che confinano con la Repubblica ceca (Germania, Austria), in alcune zone dell'Europa meridionale (Grecia, Cipro, Turchia) e in paesi dell'Europa settentrionale (Lettonia, Norvegia). Un nuovo modello di consumo di metamfetamina viene costantemente segnalato in alcuni paesi europei, dove la droga viene assunta per via parenterale, spesso insieme ad altri stimolanti, tra piccoli gruppi di uomini omosessuali. I cosiddetti "slamming party" rappresentano un problema a causa della combinazione di comportamenti a rischio relativi sia alle abitudini sessuali sia al consumo di droga. In Europa il 7 % circa dei pazienti che si sono sottoposti a un trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2013 segnala le amfetamine (amfetamina e metamfetamina) come droga primaria; si tratta approssimativamente di 29.000 pazienti, 12.000 dei quali sono entrati in trattamento per la prima volta nella vita.



Consumo di MDMA/ecstasy

L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata soprattutto in compresse, ma ora è sempre più diffusa anche in cristalli

e in polvere; le compresse vengono solitamente deglutite ma, sotto forma di polvere, la droga viene anche assunta per inalazione. I problemi che si associano al consumo di questo stupefacente comprendono ipertermia acuta, aumento del battito cardiaco e insufficienza multiorgano, mentre il consumo prolungato è stato correlato a problemi epatici e cardiaci. I decessi associati a questa droga rimangono relativamente modesti e sono talvolta causati da altre sostanze vendute come MDMA. Sono sorte recentemente preoccupazioni per via di gravi problemi legati a dosi elevate di MDMA in compresse e in polvere. Inoltre, nel 2014 sono stati lanciati allarmi per la presenza di compresse d'ecstasy che contenevano alte concentrazioni di PMMA, una droga con un profilo di sicurezza preoccupante. Storicamente, la maggior parte delle indagini europee raccoglie dati sul consumo di ecstasy anziché su quello di MDMA. Si stima che 1,8 milioni di giovani di età compresa tra 15 e 34 anni (l'1,4% di questa fascia di età) abbiano consumato ecstasy nell'ultimo anno, con stime nazionali che variano dallo 0,1% al 3,1%.



GHB, chetamina e allucinogeni suscitano tuttora preoccupazioni in alcuni paesi

In Europa vengono consumate alcune altre sostanze psicoattive con proprietà allucinogene, anestetiche e depressive, tra cui LSD (dietilammide dell'acido lisergico), chetamina, GHB (gamma-idrossibutirrato) e funghi allucinogeni. Negli ultimi due decenni, presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa, è stato segnalato l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e GHB (compreso il suo precursore GBL, gammabutirrolattone). Vi è una crescente

consapevolezza dei problemi sanitari correlati a queste sostanze, ad esempio i danni alla vescica associati a un consumo prolungato di chetamina. La perdita di conoscenza, la sindrome da astinenza e la dipendenza sono rischi legati al consumo di GHB, con alcune richieste di trattamento segnalate in Belgio, Paesi Bassi e Regno Unito. Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e chetamina negli adulti e nella popolazione scolastica rimangono basse. Nelle sue indagini più recenti, la Norvegia ha segnalato una prevalenza del consumo di GHB dello 0,1% tra gli adulti (15-64) nell'ultimo anno, mentre in Danimarca e in Spagna tale prevalenza è stata dichiarata dallo 0,3% dei giovani di età compresa tra 15 e 34 anni, e nel Regno Unito l'1,8% dei giovani tra 16 e 24 anni ha dichiarato di aver consumato chetamina nell'ultimo anno, una tendenza che si mantiene stabile dal 2008.

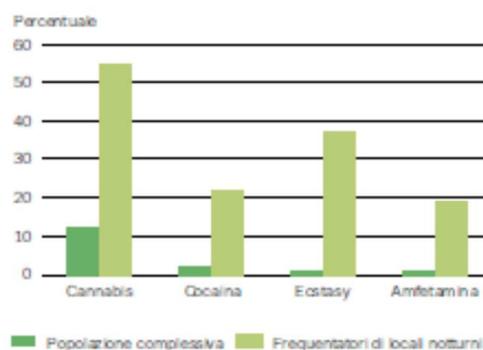
I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (15-34), le stime d'indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1% per entrambe le sostanze.

Si riscontrano livelli più alti di consumo di stupefacenti tra i frequentatori di locali notturni

Com'è noto, vi sono alcuni contesti sociali particolarmente associati a livelli elevati di consumo di droga e alcol. Solitamente, le indagini riguardanti i giovani frequentatori di eventi notturni mostrano livelli di consumo di stupefacenti più elevati rispetto alla popolazione generale. Ciò si può ricavare dalle informazioni tratte dal Global Drug Survey (indagine globale sulle droghe svolta su Internet), nell'ambito di cui l'EMCDDA ha commissionato una speciale analisi sul consumo di stupefacenti presso i giovani adulti che si sono autodefiniti frequentatori assidui di locali notturni (ovvero persone che vi si recano almeno una volta ogni tre mesi).

L'analisi è stata effettuata su un campione di 25.790 giovani di 10 paesi europei e di età compresa tra 15 e 34 anni. Occorre osservare che il campione che ha risposto a un'indagine online sulle droghe è autoselezionato e non è rappresentativo e, pertanto, i risultati vanno interpretati con cautela. In questo campione, a seconda della sostanza, la prevalenza nell'ultimo anno è risultata da 4 a circa 25 volte superiore a quella riscontrata presso il gruppo della stessa fascia d'età nella popolazione generale dell'Unione europea. Raggruppando i paesi disponibili per ogni sostanza stupefacente e confrontando la media ponderata ricavata dalle indagini sulla popolazione generale (IPG), circa il 55% dei frequentatori assidui di locali ha dichiarato di aver consumato cannabis nell'ultimo anno (contro una media ponderata delle IPG del 12,9%), con cifre elevate per altre sostanze illecite: 22 % per la cocaina (IPG 2,4%); 19 % per le amfetamine (IPG 1,2%); 37% per l'ecstasy (IPG 1,5%). Sono stati segnalati i livelli di prevalenza nell'ultimo anno presso i frequentatori di locali anche per altre droghe, tra cui la chetamina (11%), il mefedrone (3%), i cannabinoidi sintetici (3%) e il GHB (2%). Un numero limitato di frequentatori di locali ha dichiarato di aver avuto problemi legati al consumo di stupefacenti: in tali casi, la cannabis e l'ecstasy sono state le droghe più frequentemente associate all'insorgenza di emergenze acute per questo gruppo.

Prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34): popolazione generale e frequentatori di locali notturni (10 paesi)



Fonte: Global Drug Survey 2014 (indagine globale sulle droghe) e le più recenti indagini sulla popolazione generale per i seguenti paesi: Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Ungheria, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Regno Unito. Amfetamine: tranne Belgio e Paesi Bassi. Ecstasy: tranne Paesi Bassi.

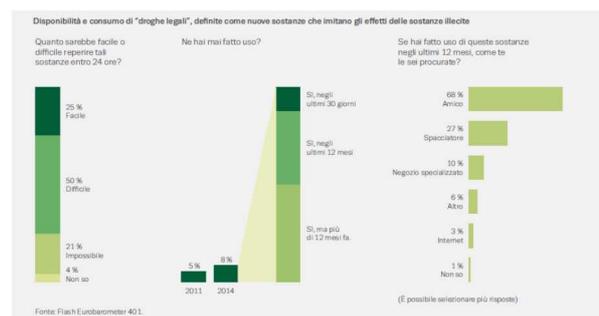
Il consumo di “droghe legali” tra i giovani

Nel complesso, l'8% degli intervistati ha segnalato di aver consumato “droghe legali” nell'arco della vita e il 3% ha dichiarato di averne fatto uso nell'ultimo anno. Questo dato rappresenta un aumento rispetto al 5% che ne ha segnalato il consumo nell'arco della vita in un'indagine analoga del 2011. Il 68% degli intervistati che hanno affermato di averle consumate nell'ultimo anno ha ricevuto la sostanza da un amico.

Dal 2011 nove paesi europei segnalano stime a livello nazionale sul consumo delle nuove sostanze psicoattive o “droghe legali” (esclusi GHB e chetamina). La prevalenza nell'ultimo anno del consumo di queste sostanze tra i giovani adulti (di età compresa tra 15 e 24 anni) varia dal 9,7% in Irlanda allo 0,2% in Portogallo. Occorre osservare che in entrambi i paesi sono state introdotte misure per limitare la disponibilità diretta delle “droghe legali” tramite la chiusura dei negozi che vendevano questi prodotti. Nell'ambito di queste indagini, sono disponibili dati per il Regno Unito (Inghilterra e Galles) sul consumo di mefedrone. Nell'indagine più recente (2013-2014), il consumo di questa droga nell'ultimo anno tra i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni era stimato all'1,9%; questo dato si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente, ma è inferiore in confronto al 4,4% del 2010-2011, prima che venissero introdotte misure di controllo.

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici viene costantemente segnalata in alcune popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale, pazienti in trattamento in alcuni paesi e piccoli gruppi di uomini omosessuali. In Ungheria, in Romania e nel Regno Unito è stato segnalato un aumento delle richieste di trattamento per problemi associati al consumo di catinoni sintetici. Nel Regno Unito, il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta che dichiarano di fare uso di mefedrone è salito da 900 a 1.630 tra il 2011-2012 e il

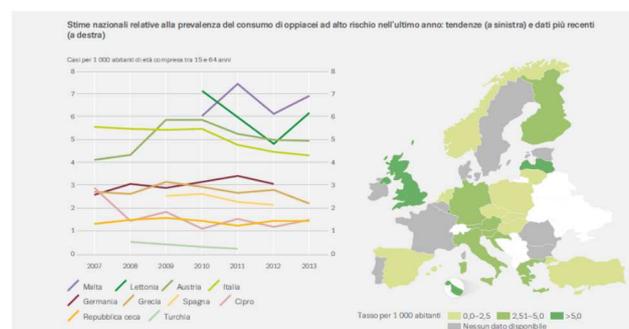
2012-2013; il dato si è stabilizzato a 1.641 nel 2013-2014.



Oppiacei: 1,3 milioni di consumatori problematici

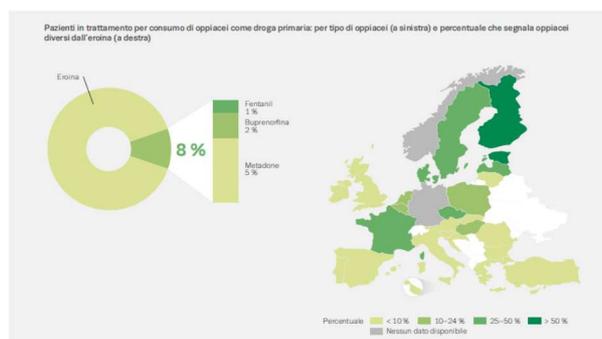
Il consumo illecito di oppiacei è ancora responsabile di una percentuale sproporzionatamente alta della mortalità e della morbidità dovuta al consumo di droga in Europa. Il principale oppiaceo consumato in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per inalazione o per via parenterale. Si fa abuso anche di altri oppiacei sintetici, come la buprenorfina, il metadone e il fentanil.

La prevalenza media annuale del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2013 è stimata all'incirca allo 0,4% (4 casi per 1.000 abitanti), l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori problematici di oppiacei in Europa. Le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano, a seconda del paese, da meno di uno a circa otto casi per 1.000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni. Tra il 2006 e il 2013 dieci Paesi hanno effettuato stime ripetute relativamente al consumo ad alto rischio di oppiacei, che indicano tendenze relativamente stabili.



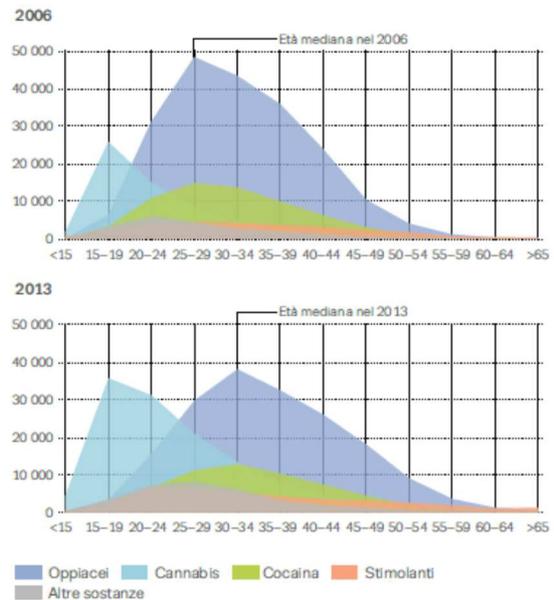
I consumatori di oppiacei (soprattutto di eroina) come droga primaria rappresentano il 41% di tutti i consumatori di stupefacenti che nel 2013 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa (175.000 pazienti) e il 20% di quelli che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (31.000 pazienti). Il numero dei nuovi pazienti eroinomani si è più che dimezzato nel 2013 (23.000) dopo aver toccato l'apice nel 2007 (59.000). Nel complesso, sembra probabile che le nuove iniziazioni al consumo di eroina siano diminuite e che questo cominci ora a influire sulla richiesta di trattamento.

In poco più di un terzo (11) dei paesi europei, nel 2013 oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specializzato lo ha fatto per problemi correlati principalmente ad oppiacei diversi dell'eroina. Queste sostanze includono il metadone, la buprenorfina e il fentanil. In generale, il metadone è l'oppiaceo diverso dall'eroina il cui abuso è dichiarato più frequentemente, seguito dalla buprenorfina queste sostanze riguardano rispettivamente il 60 % e il 30 % di tutte le richieste di trattamento dei consumatori che segnalano oppiacei diversi dall'eroina come droga primaria. In alcuni paesi queste droghe sono ormai gli oppiacei più comuni oggetto di consumo problematico. In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che segnalano gli oppiacei come droga primaria faceva uso illecito di fentanil, mentre in Finlandia è noto che la maggior parte dei consumatori di oppiacei assume la buprenorfina come droga primaria.



Tra i consumatori di oppiacei che si sottopongono a trattamento spiccano due tendenze: il calo del loro numero e l'aumento dell'età media.

Tendenze nella struttura dell'età di pazienti in trattamento per droga primaria, 2006 e 2013



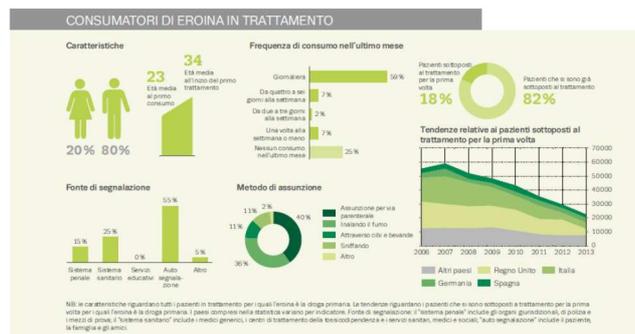
Tra il 2006 e il 2013, l'età media dei consumatori che si sono sottoposti a trattamento per problemi correlati all'uso di oppiacei è cresciuta di 5 anni. Durante lo stesso periodo, l'età media dei decessi indotti da stupefacenti (che sono principalmente correlati agli oppiacei) è aumentata da 33 a 37 anni. In Europa un numero rilevante di consumatori problematici di oppiacei in un contesto di poliassunzione prolungata ha ora un'età compresa tra 40 e 50 anni.

Problemi sanitari

Cattive condizioni di vita e di salute, il consumo di tabacco e alcol e il deterioramento legato all'età del sistema immunitario fanno sì che questi consumatori siano esposti a una serie di problemi sanitari cronici, tra cui si annoverano problemi cardiovascolari e polmonari dovuti al consumo cronico di tabacco e all'assunzione di droga per via parenterale. I consumatori a lungo termine di eroina segnalano inoltre dolori cronici e l'infezione con il virus

dell'epatite 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 crescente sui servizi di trattamento e di sostegno sociale.

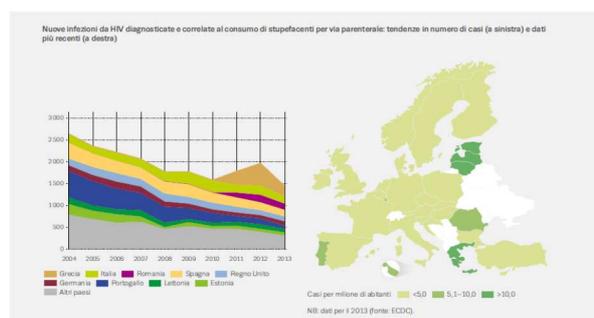
I consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale figurano fra i soggetti che corrono il rischio più elevato di andare incontro a problemi di salute, tra cui infezioni trasmissibili per via ematica oppure overdose da stupefacenti. L'assunzione per via parenterale è comunemente associata al consumo di oppiacei, benché in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale di amfetamine costituisca un grave problema. Quattordici paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, che varia da meno di uno a circa nove casi per 1 000 abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. Tra coloro che si sottopongono a trattamento specialistico per la prima volta segnalando le amfetamine come droga primaria, il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione è dichiarato nel 46 % dei casi, con una tendenza generale stabile. Ogni anno più del 70% di questi casi viene segnalato dalla Repubblica ceca, dove la tendenza è in aumento. Per quanto riguarda gli altri Paesi europei, il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione per i nuovi consumatori di amfetamina è in calo. Tra i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico per la prima volta e segnalano l'eroina come droga primaria, si registra un calo del consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione (33% contro il 43% del 2006). Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale, presso i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico per la prima volta si segnala il calo (dal 28% nel 2006 al 20% nel 2013) di questo consumo come modalità principale di assunzione.



Calano i nuovi casi di HIV tra i consumatori per via parenterale

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a svolgere un ruolo centrale nella diffusione delle infezioni trasmissibili per via ematica, tra cui l'epatite C (HCV) e, in alcuni paesi, il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Fra tutti i casi di HIV identificati in Europa di cui si conosce il veicolo di trasmissione, la percentuale attribuibile al consumo di stupefacenti per via parenterale si è mantenuta bassa e stabile (meno dell'8% nell'ultimo decennio).

Secondo i dati più recenti, l'aumento delle nuove diagnosi di HIV in Europa in seguito alle epidemie scoppiate in Grecia e in Romania si è arrestato e il totale dei casi nell'UE è sceso tornando ai livelli pre-epidemici. I dati provvisori del 2013 indicano 1.458 nuovi casi segnalati rispetto ai 1.974 del 2012, registrando un'inversione della tendenza all'aumento osservata a partire dal 2010. Questa diminuzione si spiega ampiamente con i cali registrati in Grecia (dove il numero di nuovi casi si è più che dimezzato dal 2012 al 2013) e, in misura minore, con quelli registrati in Romania.



Benché le epidemie sembrano aver raggiunto l'apice in questi due paesi, il numero delle nuove diagnosi nel 2013 rimane almeno 10 volte superiore ai livelli pre-epidemici del 2010. Nel 2013 il tasso medio delle nuove diagnosi di HIV segnalate e attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale è stato pari a 2,5 per milione di abitanti, con tassi che nei tre Stati baltici presentano valori da 8 a 22 volte superiori alla media dell'UE. In altri paesi, come Spagna e Portogallo, che in passato hanno sperimentato periodi con tassi d'infezione elevati, le tendenze nei tassi di nuove diagnosi segnalate sono in costante calo. Una diagnosi precoce e una cura tempestiva e adeguata sono importanti per prevenire la progressione dall'infezione da HIV all'AIDS.

Nel 2013 sono stati denunciati in Europa 769 nuovi casi di AIDS attribuibili al consumo di stupefacenti per via parenterale. I numeri relativamente elevati di nuove diagnosi registrate in Bulgaria, Lettonia, Grecia e Romania inducono a ipotizzare che in questi paesi occorra potenziare le iniziative di prevenzione dell'AIDS e i trattamenti dell'HIV. La mortalità correlata all'HIV è una delle cause di morte indirette più documentate fra i consumatori di stupefacenti. Secondo la stima più recente, nel 2010 in Europa circa 1.700 persone sono morte a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti per via parenterale, e la tendenza è al ribasso.

Epatite e altre infezioni associate al consumo di stupefacenti

L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata nei consumatori di droga per via parenterale in tutta Europa. Ciò può comportare gravi conseguenze nel lungo termine, perché l'infezione da HCV, spesso aggravata dal forte consumo di alcol, potrebbe essere responsabile di un numero crescente di casi di cirrosi, di cancro al fegato

e di decessi tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. I livelli di anticorpi anti-HCV fra i campioni nazionali di consumatori di droga per via parenterale esaminati nel 2012–2013 variano dal 14% all'84%; cinque dei dieci paesi che dispongono di dati nazionali segnalano un tasso di prevalenza superiore al 50%. Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2006–2013, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale è stato segnalato soltanto in Norvegia, mentre in altri sei paesi si è osservato un incremento. Il consumo di droga può rappresentare un fattore di rischio per altre malattie infettive tra cui l'epatite A e B, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano e il botulismo. In Europa sono stati segnalati casi sporadici di botulismo da ferita tra i consumatori di droga per via parenterale.

Decessi correlati alle sostanze stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani europei, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti da stupefacenti) sia indirettamente in seguito a malattie, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo di stupefacenti. La maggior parte degli studi di coorte sui consumatori problematici di stupefacenti evidenzia tassi di mortalità che oscillano tra l'1% e il 2% l'anno e, secondo le stime, ogni anno in Europa muoiono circa 10.000–20.000 consumatori di oppiacei. In generale, i consumatori di oppiacei hanno una probabilità 10 volte superiore di morire rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. Un recente studio multicentrico dell'EMCDDA basato su dati di nove paesi europei ha riscontrato che la maggior parte dei decessi tra i consumatori problematici di stupefacenti è prematura ed evitabile. Lo studio ha registrato 2 886 decessi su un campione di oltre 31 000 partecipanti, con un tasso annuo di mortalità generale pari a 14,2 casi per 1.000 abitanti. La causa del decesso è stata identificata nel 71% dei casi e metà di questi decessi è stata attribuita a

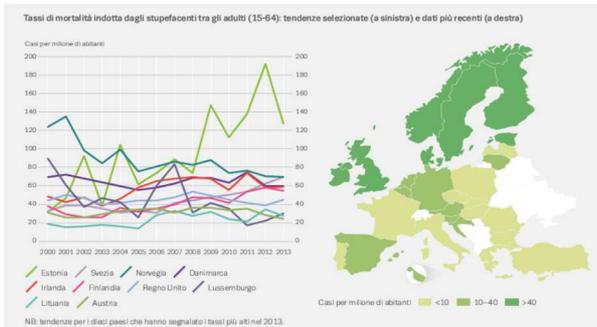
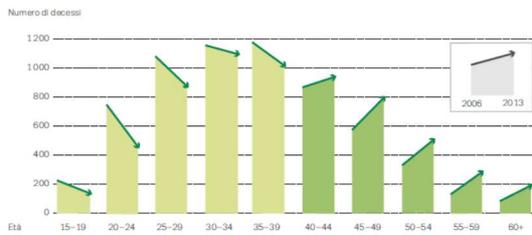
cause esterne, soprattutto all'overdose e, in misura minore, al suicidio, mentre l'altra metà è stata attribuita a cause somatiche tra cui l'infezione da HIV/AIDS e patologie circolatorie e respiratorie. In generale, l'overdose continua ad essere la principale causa di morte tra i consumatori problematici di stupefacenti e più di tre quarti delle vittime di overdose sono di sesso maschile (78%). Spesso sono i decessi correlati al consumo di stupefacenti tra gli individui molto giovani a essere motivo di preoccupazione, ma solo l'8% dei decessi per overdose segnalati in Europa nel 2013 riguarda soggetti di età inferiore ai 25 anni. Tra il 2006 e il 2013 si può individuare un modello in cui al calo dei decessi per overdose tra i consumatori più giovani di stupefacenti fa riscontro l'aumento dei decessi tra i consumatori più anziani. Ciò riflette l'invecchiamento della popolazione europea dei consumatori di oppiacei, che sono i più esposti al rischio di decesso per overdose. La maggior parte dei paesi ha segnalato un tendenziale aumento dei decessi per overdose dal 2003 al 2008-2009 circa, quando i livelli generali si sono dapprima stabilizzati per poi cominciare a scendere. Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, e in particolare il totale cumulativo dell'UE, per diversi motivi, tra cui la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione, per quanto riguarda il numero dei casi e i valori complessivi a livello nazionale. Per via di questi ritardi, il totale dei casi nell'UE per l'anno in corso è un valore provvisorio che viene riveduto quando si rendono disponibili nuovi dati. La stima a livello di UE per il 2013 è di almeno 6.100 decessi, una cifra in leggero aumento rispetto al dato rivisto del 2012. Sono particolarmente preoccupanti i netti aumenti indicati dai dati più recenti di alcuni paesi che dispongono di sistemi di segnalazione relativamente solidi, tra cui Germania, Svezia e Regno Unito. Anche la Turchia sta registrando valori in aumento,

ma ciò può essere dovuto in parte a un miglioramento delle segnalazioni.

L'eroina o i suoi metaboliti sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose mortali in Europa, spesso in associazione con altre sostanze. Nel Regno Unito (Inghilterra) e in Turchia l'aumento dei decessi segnalati è da attribuirsi in ampia misura a quelli correlati al consumo di eroina. Oltre a quest'ultima, nelle relazioni tossicologiche di solito sono presenti altri oppiacei, quali metadone, buprenorfina, fentanil e tramadol, sostanze che, in alcuni paesi, sono responsabili di una quota consistente dei decessi per overdose.

Per il 2013, in Europa il tasso medio di mortalità per overdose è stimato in 16 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. I tassi di mortalità nazionali variano notevolmente e sono influenzati da fattori quali la prevalenza e i modelli di consumo di stupefacenti, in particolare l'assunzione per via parenterale e il consumo di oppiacei, le caratteristiche della popolazione dei consumatori di droghe, la disponibilità e la purezza degli stupefacenti, le prassi di segnalazione e l'erogazione dei servizi. Sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti in sette paesi, con i tassi più alti dichiarati in Estonia (127 per milione), Norvegia (70 per milione) e Svezia (70 per milione). Benché sia difficile eseguire confronti tra i vari Stati a causa delle differenze a livello nazionale nelle pratiche di codifica e di segnalazione, oltre che per via dell'omissione delle segnalazioni, l'analisi delle tendenze nei singoli paesi è una risorsa preziosa. Il tasso medio di mortalità per overdose ha registrato recenti miglioramenti in Estonia, anche se i valori rimangono otto volte superiori alla media UE. I decessi per overdose sono soprattutto correlati all'assunzione per via parenterale di fentanil, un oppiaceo estremamente potente.

Numero di decessi indotti da stupefacenti per gruppo di età nel 2006 e nel 2013

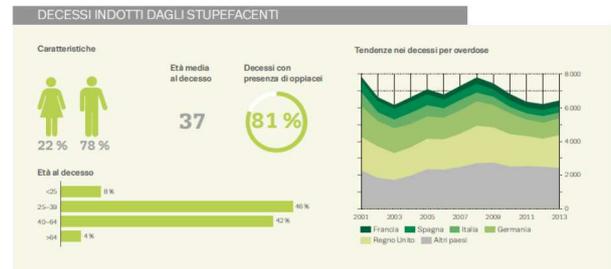


Le nuove droghe: danni e decessi correlati

In generale, in Europa emerge in modo sempre più chiaro il ruolo svolto dalle nuove sostanze psicoattive nelle emergenze ospedaliere e in taluni decessi indotti da stupefacenti. Nel 2014 il sistema di allerta rapido dell'UE ha lanciato 16 allarmi in relazione alle nuove sostanze monitorate dal meccanismo, molti dei quali riguardavano gravi episodi avversi quali decessi. Una recente analisi a cura dell'*European Drug Emergencies Network*, che monitora l'insorgere delle emergenze in 10 paesi europei, ha rilevato che il 9% di tutte le emergenze correlate alle droghe riguardava nuove sostanze psicoattive, principalmente catinoni. Inoltre, il 12% di tutte le insorgenze aveva che fare con il GHB o il GBL, mentre il 2% riguardava la chetamina.

Recenti segnalazioni di effetti avversi acuti associati ai cannabinoidi sintetici indicano che, in alcuni casi, il consumo di queste sostanze può causare gravi conseguenze per

la salute, tra cui la morte. Un'analisi del 2015 ha indicato che gli effetti avversi più comuni per la salute associati ai cannabinoidi sintetici sono tachicardia, estrema agitazione e allucinazioni.



Valutare la rilevanza tossicologica di tutte le sostanze nell'ambito di un decesso è spesso complicato, soprattutto se si considera che nella maggior parte dei decessi indotti da stupefacenti le sostanze consumate sono molteplici. Questi problemi sono aggravati dalle nuove droghe, che possono essere difficili da individuare ed essere escluse dagli strumenti di screening comunemente utilizzati. Nonostante queste limitazioni vi sono alcuni dati disponibili. In Ungheria, per esempio, sono state individuate nuove sostanze psicoattive in circa la metà dei decessi indotti da stupefacenti che sono stati segnalati nel 2013 (14 casi su 31), sempre in presenza di altre sostanze. Vengono raccolte segnalazioni di casi anche dal sistema di allerta rapido, nel quadro della valutazione dei rischi condotta sulle nuove droghe. Questi dati indicano il ruolo svolto da alcune nuove sostanze psicoattive nella morbilità e nella mortalità correlate agli stupefacenti: per esempio, il catinone sintetico MDPV, individuato per la prima volta nel 2008, era stato riscontrato in 99 decessi all'epoca della sua valutazione di rischi, nel 2014.

2. RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta²

L'analisi dei dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nel 2015 con riferimento alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, consente di affermare che la domanda e l'offerta di droga comunque permangono elevate con un incremento marcato per gli amfetaminici, malgrado il traffico illecito sia stato incisivamente contrastato dalle Forze di Polizia.

L'andamento dei sequestri, raffrontato all'anno precedente, registra:

- per la cocaina un incremento del 4,2%;
- per l'eroina un decremento del 18,1%;
- per la marijuana un decremento del 73,9%;
- per l'hashish un decremento del 40,1%;
- per gli amfetaminici un incremento del 175,5% dei sequestri "in dosi", mentre l'incremento per i rinvenimenti di "polvere" pari al 161,7%;
- un decremento pari al 2,5% dei decessi per abuso di stupefacenti.

L'azione di contrasto si è mantenuta su livelli importanti ed ha portato:

- al sequestro di kg 84.066,38 (-45,6%) complessivi di droga, dato che, nonostante la marcata flessione rispetto all'anno precedente, è comunque leggermente superiore al quantitativo medio di droga sequestrato negli ultimi cinque anni (kg 80.000);
- alla denuncia all'Autorità Giudiziaria, a vario titolo, di 27.718 soggetti responsabili (-7,4%), di cui 10.136 stranieri (-5,6%) e 1.125 minori (+6,33%).

DATO IN AMBITO NAZIONALE		2015	% sul 2014	
Sostanze sequestrate		(kg)	84.066,38	-45,59
<i>di cui:</i>				
Cocaina		(kg)	4.047,68	4,16
Eroina		(kg)	767,50	-18,12
Cannabis	Hashish	(kg)	67.829,49	-40,06
	Marijuana	(kg)	9.313,01	-73,95
	Piante di cannabis	(nr)	138.015	13,42
Amfetaminici	in dosi	(nr)	18.177	175,53
	in polvere	(kg)	29,17	161,73
L.S.D.		(nr)	8.395	441,96
Operazioni		(nr)	19.091	-2,87
Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria	arresto		19.524	-6,80
	in stato di:			
	libertà		7.979	-7,52
	irreperibilità		215	-38,04
	dei quali:			
stranieri		10.136	-5,65	
minori		1.125	6,33	
Totale		(nr)	27.718	-7,37
Decessi per abuso di sostanze stupefacenti		(nr)	305	-2,55

Nel 2015 sono stati registrati, rispetto all'anno precedente, incrementi nei sequestri di cocaina (+4,16%), L.S.D. (+441,96%) e di droghe sintetiche in dosi (+185,63%) e in polvere (+140,08%).

Sono risultati, invece, in diminuzione, nonostante un aumento del rinvenimento di piante (+13,42%), i sequestri di marijuana (-73,95%), di hashish (-40,06%) e di eroina (-18,12%).

Il sequestro più rilevante, pari a kg 22.406 di hashish, è stato effettuato nel mese di ottobre nel Porto di Cagliari.

Meritevoli di menzione sono anche i dati relativi ai maggiori sequestri di sostanze psicoattive il cui uso non è tradizionalmente diffuso nel nostro Paese: kg 768,60 di khat, kg

² Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione Annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Doc. XXX, n.4, Anno 2015, Presentata alla Presidenza il 6 dicembre 2016

23 di ketamina, kg 6,80 di bulbi di papavero, kg 3,35 di metadone e kg 1,97 di oppio.

I narcotrafficienti di cocaina operanti in Italia si sono riforniti per lo più presso il mercato colombiano, trasportando la sostanza attraverso l'Ecuador, Panama, Venezuela, Brasile e Repubblica Dominicana e, una volta in Europa, attraverso la Spagna e l'Olanda.

L'eroina venduta nel nostro Paese è prevalentemente di produzione afghana e giunge sul mercato illecito nazionale attraverso la rotta balcanica, dalla Turchia via mare e per mezzo di corrieri impiegati dalle organizzazioni criminali nigeriane e tanzaniane.

Queste ultime approvvigionano lo stupefacente principalmente dal Pakistan sulla rotta marittima.

Per l'hashish i sodalizi criminali utilizzano le rotte che transitano dal Marocco, Spagna e Francia. Il mercato olandese riveste tuttora un ruolo significativo per l'Italia per quanto concerne in particolare le droghe sintetiche. Per la marijuana la maggior parte dei carichi viaggia lungo le rotte che partono dall'Albania e dalla Grecia.

I gruppi criminali maggiormente coinvolti nei traffici che attengono il territorio nazionale sono stati:

- per la cocaina la 'ndrangheta, la camorra e le organizzazioni balcaniche e sud americane;
- per l'eroina la criminalità campana e pugliese in stretto contatto con le organizzazioni albanesi e balcaniche;
- per i derivati della cannabis la criminalità laziale, pugliese e siciliana, insieme a gruppi maghrebini, spagnoli e albanesi.

I dati analitici delle sostanze stupefacenti esaminate presso i laboratori chimici degli Uffici della Polizia Scientifica, contiene le diverse tipologie di droghe e le relative concentrazioni in purezza di principio attivo.

Per quanto riguarda i campioni analizzati di derivati della Cannabis, il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) si mantiene praticamente costante al 9-10% confrontato

con il valore riscontrato negli anni precedenti (2014 e 2013). Ciò che emerge osservando i valori massimi percentuali è la presenza di alcuni campioni di Cannabis con concentrazioni elevate in THC (massimo 35% per hashish e 26% per marijuana).

I valori del contenuto in principio attivo per le sostanze stupefacenti, eroina e cocaina, non mostrano negli ultimi tre anni sensibili variazioni (eroina 20%, cocaina 55%). Un analogo andamento è osservato per quanto concerne i valori percentuali in principio attivo delle droghe sintetiche anfetamina, metanfetamina e MDMA (anfetamina 15%, metanfetamina 25% ed MDMA 64%).

Al fine di comprendere ancora meglio i suddetti dati riportati nella tabella bisogna innanzitutto considerare il cambiamento del campione statistico utilizzato nel corso del tempo. Infatti, fino al 2013 e per metà anno 2014, i dati forniti riguardavano oltre che le analisi di campioni su strada anche le percentuali di purezza ottenute dalle analisi delle sostanze stupefacenti poste in sequestro dalle Forze di Polizia su tutto il territorio nazionale. Queste ultime analisi erano effettuate su richiesta della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) sui medi e grandi sequestri. I valori soglia delle quantità che erano sottoposte ad analisi si riferivano a campionature di sequestri di almeno 10 kg per Hashish e Marijuana, 2 kg per eroina e cocaina, 20 grammi per droghe sintetiche in polvere e n. 50 pasticche per droghe sintetiche.

Negli ultimi anni è stata riscontrata una notevole riduzione della presenza di compresse contenenti MDMA a favore di un incremento di MDMA in forma di polvere cristallina. L'ecstasy (MDMA) in polvere è caratterizzata da una percentuale di purezza superiore rispetto alle compresse che circolavano negli anni precedenti.

Stima utilizzatori sostanze psicoattive

Nel 2013 il numero di utilizzatori di cannabis stimati dall'Istat è di 6,1 milioni mentre 1,1 milioni sono gli utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina risultano 218 mila e 591 mila sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, anfetamine). La somma degli utilizzatori per sostanza non consente di stimare il numero dei consumatori di droga in quanto nelle stime una stessa persona può essere conteggiata una o più volte essendo misurato anche il policonsumo.

Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori. I comportamenti di consumo della popolazione, che riguardano sia la frequenza di consumo in un anno sia le dosi giornaliere, si basano su ipotesi condivise in ambito Europeo e su indicazioni di esperti (Direzione Centrale Servizi Antidroga).

Il consumo in termini di valore è individuato moltiplicando le quantità consumate per i prezzi al dettaglio. I dati relativi al numero di consumatori ed alle quantità assunte richiedono un lavoro di raccordo tra fonti diverse, nonché la formulazione di ipotesi sui comportamenti di consumo, mentre le informazioni sui prezzi appaiono più univoche e affidabili, e dunque l'elemento meno controverso tra quelli che concorrono alla determinazione della spesa.

Le stime effettuate rilevano che nel 2013 le attività connesse agli stupefacenti rappresentano quasi il 70% del complesso delle attività illegali stimate dalla contabilità nazionale e pesano per circa lo 0,9% sul Pil. In particolare, il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 14,0 miliardi di euro, di cui circa la metà attribuibile al consumo di cocaina e un quarto all'utilizzo di derivati della cannabis (Eroina

1,9, Cocaina 6,5, Cannabis 4,0, Altro 1,7). Stimare il valore economico delle attività illegali è un compito molto complesso e numerose sono le difficoltà che si incontrano: le informazioni disponibili da fonti ufficiali sono limitate e i metodi di stima comportano necessariamente l'utilizzo di ipotesi che presentano un carattere di discrezionalità. Nel complesso, l'Istat ritiene che le stime presentino un livello di fondatezza accettabile e tale da migliorare l'eshaustività delle misure di contabilità nazionale.

Prevalenza e incidenza di uso: Analisi sui dati sulla popolazione studentesca

Il 34% degli studenti italiani di 15-19 anni ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (maschi: 39%; femmine: 28%) e il 27% circa (maschi: 31%; femmine: 22%) nel corso dell'anno antecedente lo svolgimento dello studio campionario, l'85% di questi ultimi è "monoconsumatore", ne ha cioè utilizzata una sola, mentre per il 15% si tratta di "policonsumatori", in quanto hanno usato 2 o più sostanze illegali. Il 17% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese precedente la survey (maschi: 21%; femmine: 12%) e il 4% ne ha fatto un uso frequente (maschi: 6%; femmine: 2%), ha cioè utilizzato nel corso dell'ultimo mese cannabis 20 o più volte e/o altre illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) 10 o più volte. Tra gli studenti di genere maschile e tra i maggiorenni le prevalenze di consumo risultano superiori, differenze che tendono a ridursi passando dal consumo nella vita a quello corrente (riferito cioè al mese antecedente lo studio) a quello frequente.

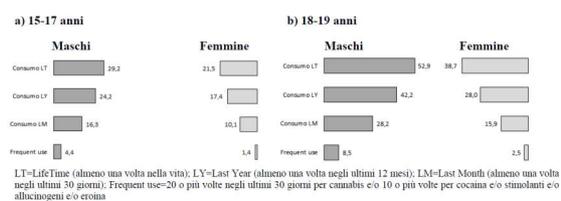
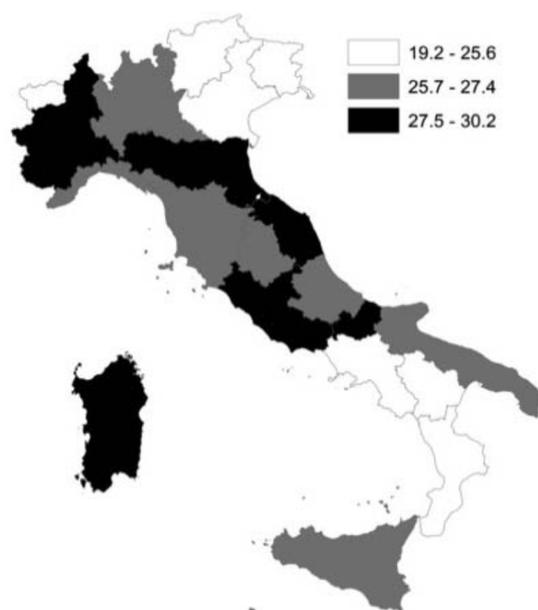


Figura 23 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale. ESPAD®Italia 2015

Tra le sostanze illegali, quella maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita da cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa. Il rapporto di genere mostra la maggior attrazione del genere maschile per il consumo delle sostanze psicoattive: rispetto al consumo durante l'anno, il rapporto di genere varia da 1,5 per la cannabis a poco più di 2 per stimolanti e cocaina e a circa 3 per le altre sostanze illegali. Sono Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise e Sardegna a far registrare le prevalenze superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27,5% e 30,2%), mentre nelle regioni del nord-est, in Valle d'Aosta, Campania, Basilicata e Calabria sono inferiori (19,2-25,6%).

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato almeno una sostanza illegale nell'anno. ESPAD®Italia 2015



L'1% degli studenti italiani, almeno una volta nella propria vita, ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva e lo 0,7% lo ha fatto nel corso dell'anno, in particolar modo gli studenti di genere maschile (rispettivamente 1,4% e 1,1%; femmine: 0,6% e 0,4%). Prevalenza del tutto simile a quella annuale si osserva rispetto all'ultimo mese: lo 0,6% degli studenti italiani ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva, che corrisponde

all'84% di chi, durante l'anno, ha utilizzato questa modalità di assunzione.

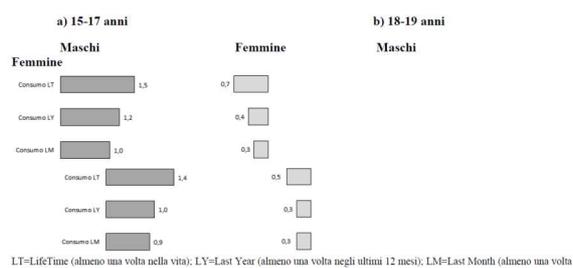


Figura 25 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno utilizzato sostanze psicoattive per via iniettiva. ESPAD®Italia 2015

Il 2,8% degli studenti italiani (maschi: 3%; femmine: 2%) almeno una volta nella vita ha utilizzato farmaci antidolorifici (*painkillers*) con lo specifico scopo di sballare: tra coloro che ne hanno fatto uso, per la maggior parte (41%) si è trattato di un uso molto contenuto (non più di 2 volte: maschi: 38%; femmine: 44%), mentre per il 25% l'assunzione è stata più frequente (20 o più volte: maschi: 30%; femmine: 19%).

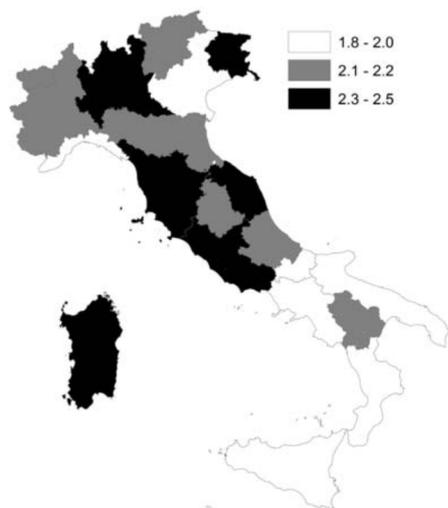
Si stima che il 2,1% degli studenti italiani (maschi: 2,5%; femmine: 1,6%) abbia utilizzato sostanze psicoattive "sconosciute" almeno una volta nella vita, senza sapere cioè cosa stesse assumendo. Il 52% circa di questi studenti le ha assunte per non più di 2 volte, ma per il 26% si è trattato di ripetere l'esperienza oltre 10 volte. Per il 56% di questi studenti le sostanze sconosciute assunte si presentavano in forma liquida, per il 54% come un miscuglio di erbe, per il 52% sotto forma di pasticche/pillole, per il 47% erano in polvere e nel 38% dei casi sotto forma di cristalli.

Gli utilizzatori di sostanze psicoattive "sconosciute" si osservano soprattutto tra coloro che durante l'anno hanno utilizzato sostanze diverse dalla cannabis: tra gli utilizzatori di eroina sono il 58%, tra chi ha utilizzato cocaina, stimolanti e/o allucinogeni rappresentano il 35% circa e sono il 2% tra i monoconsumatori di cannabis.

Le prevalenze superiori alla media nazionale riferite agli studenti che hanno consumato nella vita almeno una sostanza a loro

sconosciuta, si concentrano nelle regioni centrali della penisola (Toscana, Marche, Lazio), in Sardegna, Lombardia e Friuli Venezia Giulia con valori compresi tra 2,3% e 2,5%. Al sud (ad esclusione della Basilicata), in Liguria e Veneto, invece, si rilevano prevalenze al di sotto della media nazionale.

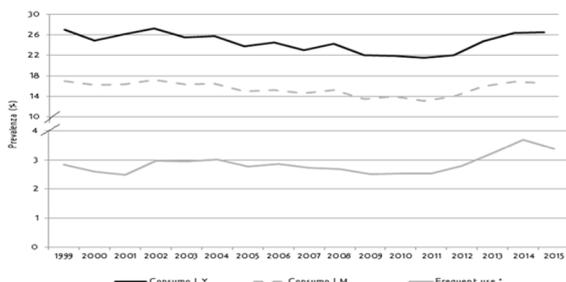
Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato sostanze sconosciute nella vita. ESPAD®Italia 2015



Il consumo di cannabis

Dopo un decennio di andamento decrescente, si registra una ripresa dei consumi di cannabis dal 2011 al 2014, per mostrare nell'ultimo studio campionario una stabilizzazione delle prevalenze, fatta eccezione per quella riferita al consumo frequente, per la quale si osserva un decremento, passando da poco meno del 4% all'attuale 3%.

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. ESPAD®Italia trend anni 1999-2015



Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita (maschi: 38%; femmine: 28%), mentre quasi il 27% l'ha utilizzata recentemente (maschi:

31%; femmine: 22%), prevalenze che si riducono quando si fa riferimento al consumo corrente e a quello frequente. Sono, infatti, il 17% gli studenti italiani che hanno usato cannabis nel corso del mese precedente alla somministrazione del questionario (i cosiddetti *current users*) e il 3% è chi ne ha fatto un uso frequente (20 o più volte nel corso dell'ultimo mese), con prevalenze che risultano superiori nel genere maschile (21% e 5%; femmine: 12% e 2% rispettivamente).

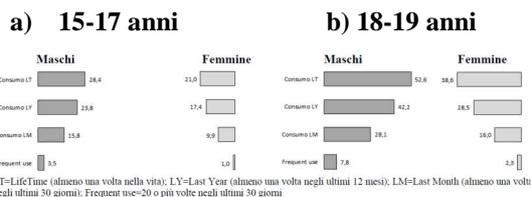


Figura 28 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. ESPAD®Italia 2015

Il 60% circa dei consumatori recenti ha utilizzato cannabis meno di 10 volte durante l'anno, soprattutto le ragazze (69%; maschi: 53%), mentre sono il 27% coloro che l'hanno utilizzata 20 o più volte, in particolar modo i maschi (33%; femmine: 18%).

Tra tutti gli studenti italiani, il 43% ritiene che sia facile potersi procurare cannabis, percezione che aumenta in corrispondenza del consumo stesso di cannabis: si passa, infatti, dal 28% di chi non ha utilizzato la sostanza durante l'anno, al 77% circa dei consumatori occasionali, al 95% dei *frequent users*.

È nei luoghi all'aperto, come strada/giardini/parchi, quelli peraltro maggiormente frequentati dai giovani, che il 35% degli studenti italiani ritiene di poter facilmente reperire cannabis; ma sono soprattutto coloro che utilizzano la sostanza a definire questi stessi luoghi come privilegiati per il reperimento (75% dei *frequent users* e 56% di chi l'ha utilizzata poche volte durante l'anno contro 25% dei non consumatori).

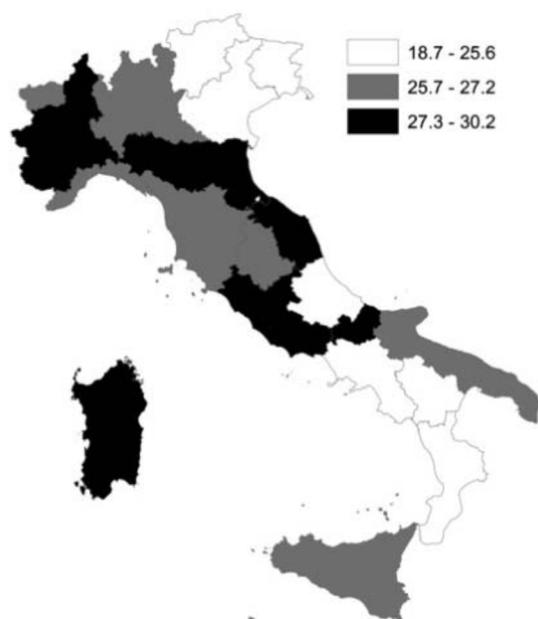
Soffermando l'attenzione sui *current users* il 14% di questi, nell'ultimo mese, ha speso oltre 50 euro per acquistare cannabis, il 27% circa non ne ha spesi più di 10 e il 34% non ha

sostenuto alcuna spesa, percentuali che tra i *frequent users* raggiungono rispettivamente il 49%, 6% e 13%. Il 10% degli studenti italiani ha utilizzato almeno una volta cannabis sintetica, conosciuta come *spice*, in particolar modo i maschi (13% circa; femmine: 8%) e i maggiorenni (14%; minorenni: 8%).

Tra chi ha provato questa sostanza, il 36% circa l'ha utilizzata non più di 2 volte, soprattutto le femmine (41%; maschi: 32%), ma il 26% l'ha consumata 20 o più volte, frequenza per la quale si riducono le differenze di genere (maschi: 28%; femmine: 21%). È interessante rilevare che tra i *frequent users* di cannabis il 57% ha utilizzato anche *spice*, quota che risulta pari al 23% tra i consumatori occasionali.

Rispetto alla distribuzione regionale delle prevalenze di consumo di cannabis durante l'anno, sono Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Lazio e Sardegna a far registrare i valori superiori alla media nazionale, risultando compresi tra 27% e 30%. Nel nord-est (Veneto, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), in Abruzzo e nelle regioni del sud (Campania, Basilicata e Calabria) si concentrano le prevalenze che si pongono al di sotto di quella nazionale, con valori che vanno da 19% a 26% circa.

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis nell'anno. ESPAD®Italia 2015



Il consumo problematico di cannabis

Allo scopo di rilevare il grado di problematicità correlato al consumo recente di cannabis e poterlo monitorare nel corso del tempo, nello studio ESPAD®Italia si è provveduto a inserire il test di screening CAST–Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al., 2007), opportunamente validato a livello nazionale (Bastiani et al., 2013). L'ultimo studio campionario ha rilevato che per il 6% di tutti gli studenti italiani il consumo di cannabis è definibile "problematico", prevalenza che corrisponde al 23% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l'anno, in egual misura tra minorenni e maggiorenni, mentre risulta superiore nel genere maschile (27% contro 18% delle coetanee). È interessante sottolineare che per il 28% dei *frequent users* il consumo di cannabis non risulta problematico, così come il 62% dei consumatori con uso problematico non è un *frequent user*.

I consumatori problematici di cannabis si caratterizzano per la tendenza a utilizzare anche altre sostanze psicoattive, che vanno dal consumare regolarmente sostanze legali, quali alcol e tabacco, all'essere un *frequent users* di psicofarmaci non prescritti (10 o più volte nel mese), aver usato nell'anno altre sostanze psicoattive illegali o, ancora, all'aver provato almeno una volta nella vita sostanze psicoattive "sconosciute".

Ma i consumatori problematici di cannabis sono maggiormente attratti anche dall'intraprendere altri comportamenti a rischio, come danneggiare volontariamente beni pubblici o altrui, avere rapporti sessuali non protetti o ancora avere incidenti stradali alla guida di un veicolo.

La quasi totalità dei consumatori problematici ha amici che utilizzano cannabis e il 79% la fuma abitualmente quando si ritrova con gli amici, pratica che per quasi la metà di questi è quotidiana o quasi.

Quasi tutti i consumatori problematici ritengono che la cannabis sia possibile recuperarla facilmente e circa 1 su 4 per

acquistarla ha speso oltre 50 euro nel corso dell'ultimo mese.

Rispetto alla percezione del rischio associato al consumo di cannabis si osserva che sono coloro che la consumano, in particolare quelli che lo fanno occasionalmente, ad attribuire al consumo regolare della sostanza un elevato grado di rischio per lo stato di salute (58% e 52% dei consumatori rispettivamente occasionali e problematici contro il 46% dei non consumatori).

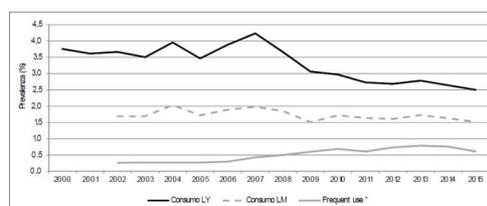
I consumatori problematici di cannabis, in quota superiore rispetto agli occasionali e ai non consumatori, si ritengono insoddisfatti del rapporto con i propri genitori, con gli amici e, in misura inferiore, con se stessi, mentre 1 su 4 ritiene di aver conseguito buoni risultati scolastici (contro oltre la metà dei non consumatori e il 42% di chi ha utilizzato cannabis occasionalmente). È tra i problematici che si osserva, inoltre, la quota superiore di studenti che, nel mese antecedente la rilevazione, ha fatto 7 o più giorni di assenza per mancanza di motivazione, ma anche di coloro che riferiscono di avere genitori che non sanno dove e come trascorrono il sabato sera.

	Non consumatori (%)	Consumatori di cannabis (%)	
		Occasionali (≤10 volte annue)	Problematici
Comportamenti a rischio			
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	2,4	6,0	14,1
Aver fatto binge drinking nell'ultimo mese	24,4	58,2	75,2
Essere un forte fumatore quotidiano (≥10 sigarette/die)	2,0	8,5	27,5
Aver usato droghe sconosciute	0,8	2,1	13,6
Aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa cannabis)	0,8	2,1	13,6
Essere un frequent users di psicofarmaci non prescritti	1,5	2,4	6,5
Aver danneggiato di proposito beni pubblici	3,4	7,9	24,9
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	7,6	23,1	39,8
Aver avuto incidenti alla guida di veicoli	6,4	11,3	20,2
Aver perso 7 o più giorni di scuola senza motivo	1,4	3,1	7,4
Contiguità e percezione del rischio			
Avere amici che consumano cannabis	58,4	95,0	97,1
Consumare cannabis in gruppo	0,9	19,8	78,6
Consumare cannabis con gli amici tutti i giorni o quasi	0,8	1,3	36,8
Aver speso oltre 50 euro per acquistare cannabis nell'ultimo mese	0,3	0,8	27,6
Ritenere che la cannabis sia possibile recuperarla facilmente	27,7	76,3	91,3
Ritenere che chi consuma cannabis regolarmente rischi in grado moderato/elevato di danneggiarsi	45,7	57,9	51,5
Percezione di sé e rapporto familiare			
Il mio rendimento scolastico è stato buono/ottimo	54,6	41,5	25,0
Sono soddisfatto/a del rapporto con i miei genitori	85,3	75,8	66,0
Sono soddisfatto/a del rapporto con i miei amici	86,3	86,8	79,8
Sono soddisfatto/a di me stesso/a	67,1	57,8	54,8
I miei genitori sanno (spesso/sempr) con chi esco e cosa faccio il sabato sera	91,7	83,3	66,8

Tabella 21 Distribuzione percentuale delle caratteristiche relative agli studenti non consumatori e ai consumatori di cannabis durante l'anno (occasionali e quelli con profilo di consumo problematico). ESPAD®Italia 2015

Il consumo di cocaina

Tra gli studenti italiani il consumo recente di cocaina, avvenuto cioè nell'anno antecedente lo svolgimento della rilevazione, mostra un andamento sostanzialmente stabile fino al 2005, con prevalenze comprese tra 3,5% e 4%, per raggiungere il valore massimo nel 2007 (4,2%), decrescere negli anni successivi e rimanere sostanzialmente invariate nell'ultimo quinquennio, con valori che oscillano tra 2,5% e 2,8%. Un andamento del tutto simile si osserva per il consumo nell'ultimo mese che risulta attestato dal 2009 intorno a prevalenze pari a 1,5-1,7%. È altresì per il consumo frequente (10 o più volte nell'ultimo mese) che si registra una tendenza all'aumento, passando da 0,3% degli anni 2002-2006 a 0,6-0,8% dal 2009 in avanti.



LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 30 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. ESPAD®Italia trend anni 2000-2015

Lo studio campionario condotto nel 2015 ha rilevato che il 4% circa degli studenti italiani ha provato cocaina almeno una volta nella vita e quasi il 3% lo ha fatto nel corso dell'anno di rilevazione, con le prevalenze maschili che risultano superiori (rispettivamente 5% e quasi 4%; femmine: quasi 3% e 2%).

I *current users*, coloro cioè che hanno consumato la sostanza nel mese antecedente la somministrazione del questionario, rappresentano poco meno del 2% di tutti gli studenti italiani, mentre corrispondono allo 0,6% i *frequent users*, ossia quelli che hanno utilizzato la sostanza almeno 10 volte nel corso dell'ultimo mese. Anche in questo caso, è per il genere maschile che si osservano le prevalenze superiori (rispettivamente 2% e 1% contro 0,8% e 0,2% di quelle femminili) così come quelle riferite ai maggiorenni.

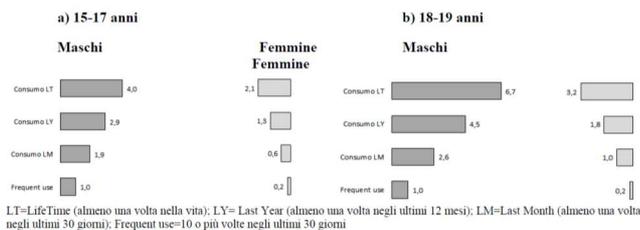


Figura 31 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell'anno. ESPAD@Italia 2015

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina nell'anno, il 55% ne ha fatto un uso occasionale, limitato a non più di 5 volte, mentre il 24% l'ha utilizzata almeno 20 volte: se il consumo occasionale riguarda in particolar modo il genere femminile (64%; maschi: 51%), è quello più assiduo a caratterizzare il genere maschile (28%; femmine: 15%).

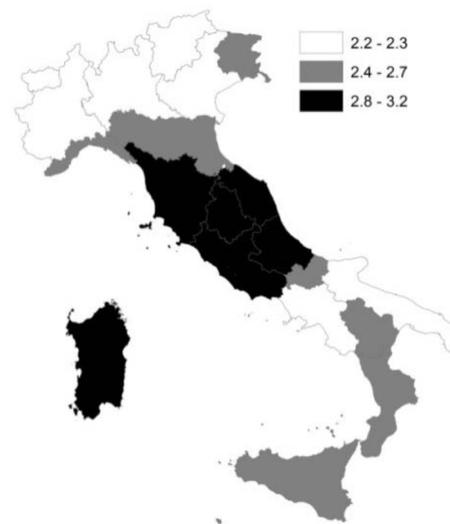
La facilità di reperimento della cocaina è riferita dal 14% di tutti gli studenti italiani, senza particolari differenze di genere (maschi: 15%; femmine: 12%), con prevalenze che aumentano in corrispondenza dell'età: da 11% dei minorenni a 18% dei maggiorenni. La percentuale di chi ritiene che la cocaina sia facilmente reperibile aumenta in corrispondenza dell'utilizzo della sostanza stessa: se tra chi non ha utilizzato la sostanza durante l'anno tale percentuale risulta pari a 12%, raggiunge l'80% tra coloro che ne hanno fatto un uso occasionale (non più di 5 volte annue) e il 73% tra i *frequent users*.

Il 12% degli studenti italiani ritiene che i luoghi privilegiati per il reperimento della cocaina siano gli spazi aperti, come strada o giardini pubblici/parchi, seguiti da discoteca e spacciatore (11% e 9% rispettivamente), senza particolari differenze di genere, bensì sull'aver utilizzato o meno la sostanza durante l'anno.

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina negli ultimi 30 giorni, il 31% riferisce di aver speso nel mese oltre 90 euro per acquistare la sostanza, mentre il 36% non ha sostenuto alcuna spesa e l'8% non ha superato i 10 euro, percentuali che raggiungono rispettivamente il 54%, 23% e 6% tra i *frequent users*.

Sono concentrate tutte nel Centro-Italia le regioni che riportano prevalenze di consumatori nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori tra il 2,8% e il 3,2%), mentre si collocano al Nord (a esclusione del Friuli Venezia Giulia), con l'aggiunta di Campania e Puglia, le regioni che fanno registrare prevalenze al di sotto del dato nazionale (con valori compresi tra 2,2% e 2,3%).

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell'anno. ESPAD@Italia 2015



Il consumo di stimolanti e allucinogeni

I consumi di sostanze stimolanti (es. amfetamine, ecstasy) e di allucinogeni (es. LSD e funghi allucinogeni) seguono andamenti del tutto simili: per entrambe le sostanze, dopo l'aumento delle prevalenze annuali registrato negli anni 2003-2008 (da 1,9% a 2,8% per gli stimolanti e da 2,2% a 2,9% per gli allucinogeni), dal 2012 al 2014 si osserva una invariabilità dei consumi (per gli stimolanti intorno a 2,6-2,8% e per gli allucinogeni al 2,5%). Nel caso degli stimolanti la stabilizzazione prosegue anche nell'ultimo anno, mentre per gli allucinogeni si registra un leggero decremento.

Le prevalenze riferite al consumo corrente (ultimi 30 giorni) fanno registrare una tendenza all'aumento fino al 2011 per stabilizzarsi negli anni successivi (gli stimolanti passano da 0,9% del 2003 a 1,3% nel 2009 a

1,6-1,7% nelle ultime quattro rilevazioni; gli allucinogeni da 0,8% del 2005 passano a 1,6% nel 2010, per mantenersi intorno a 1,2-1,4% nelle ultime tre rilevazioni). Stessa tendenza si osserva per il *frequent use* (10 o più volte negli ultimi 30 giorni): nel caso del consumo di stimolanti le prevalenze passano da 0,2% degli anni 2003-2005 a 0,6% nel 2009 e si mantengono intorno a 0,7-0,8% negli anni successivi; per gli allucinogeni le prevalenze passano da 0,2% del 2003 a 0,5% nel 2008-2009 a 0,8% negli anni 2012-2014 a 0,6% nell'ultima rilevazione.

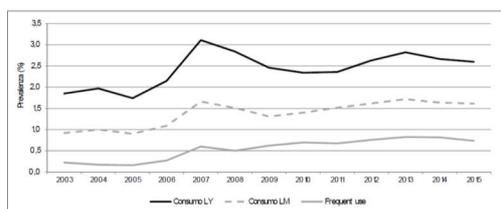


Figura 33 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato sostanze stimolanti. ESPAD®Italia trend anni 2003-2015

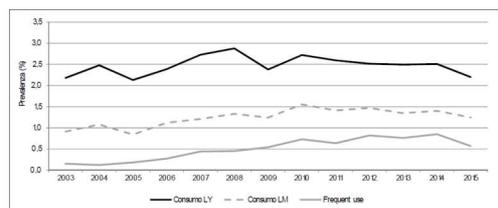


Figura 34 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. ESPAD®Italia trend anni 2003-2015

Il 4% e 3% degli studenti italiani almeno una volta nella vita hanno provato ad assumere rispettivamente sostanze stimolanti e/o allucinogeni, circa il 3% e 2% l'hanno fatto nel corso dell'ultimo anno e per quasi il 2% e 1% si è trattato di ripetere il consumo nel mese antecedente a quello di somministrazione. I frequent users di sostanze stimolanti (10 o più volte nell'ultimo mese) corrispondono allo 0,7% di tutti gli studenti italiani e un'altrettanta quota risulta essere *frequent user* di allucinogeni (0,6%).

Anche per queste sostanze psicoattive è il genere maschile a esserne maggiormente attratto, così come i maggiorenni.

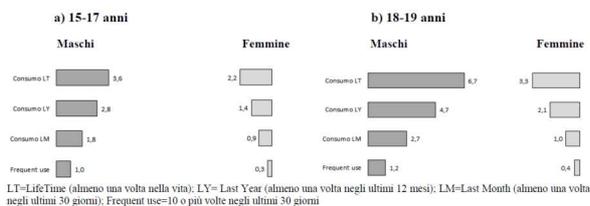


Figura 35 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. ESPAD®Italia 2015

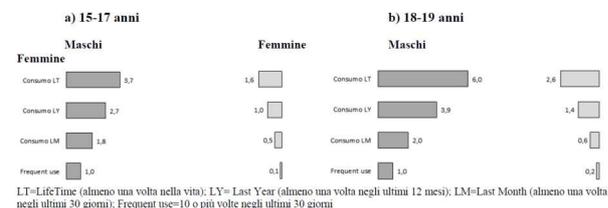


Figura 36 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. ESPAD®Italia 2015

Circa la metà degli studenti che ha utilizzato sostanze stimolanti durante l'anno ne ha fatto un uso occasionale (non più di 5 volte annue: 54%), mentre sono poco meno di un terzo coloro che le hanno assunte più assiduamente (20 o più volte nell'anno: 29%).

Distribuzioni percentuali del tutto simili si osservano tra gli studenti che hanno riferito di aver utilizzato allucinogeni durante l'anno: il 57% li ha utilizzati non più di 5 volte, mentre il 28% lo ha fatto per 20 o più volte.

Il 13% degli studenti italiani ritiene sia facile poter reperire sostanze stimolanti, soprattutto coloro che ne hanno fatto un consumo frequente nell'ultimo mese (10 o più volte: 75% contro il 58% di coloro che le hanno utilizzate non più di 5 volte annue e il 10% dei non consumatori). Se a livello di genere non si evidenziano sostanziali differenze, sono i maggiorenni a percepire la maggiore facilità di accesso (15% contro il 10% dei minorenni), del tutto in linea con le prevalenze di consumo. Generalmente gli studenti ritengono che in discoteca e per strada/parchi sia possibile reperire facilmente le sostanze stimolanti illegali (rispettivamente 10% e 9%), percentuali che raggiungono rispettivamente il 36% e 33% tra i *frequent users*, i quali individuano anche lo spacciatore (35%) e le manifestazioni pubbliche (30%) i contesti privilegiati per il reperimento delle sostanze (nell'ordine 10%, 8%, 6% e 7% tra coloro che non hanno utilizzato sostanze stimolanti

durante l'anno; 39%, 36%, 33% e 35% tra chi le ha consumate non più di 5 volte annue).

Lo stesso quadro si presenta quando si considerano gli allucinogeni: il 10% degli studenti italiani ritiene che sia facile poterli reperire, soprattutto presso discoteche e spazi aperti (circa 7% per entrambe le opzioni). Come per le altre sostanze, la percezione della facilità di reperimento varia in funzione della tipologia di consumo: se tra chi non ha utilizzato allucinogeni durante l'anno il 9% ritiene sia facile poterseli procurare, la percentuale raggiunge il 77% tra coloro che li hanno utilizzati occasionalmente e il 71% tra i *frequent users*.

Anche i luoghi dove si ritiene che gli allucinogeni si possano trovare facilmente variano in base alla tipologia di consumo: se tra coloro che non hanno utilizzato queste sostanze durante l'anno il 6% ritiene sia la discoteca e il 7% gli spazi aperti, tra i *frequent users*, oltre a quelli già citati (rispettivamente 31% e 30%), è tramite lo spacciatore che si recuperano queste sostanze (47%; tra i consumatori occasionali queste percentuali risultano rispettivamente pari a 30%, 39% e 36%).

La distribuzione delle prevalenze regionali non risulta completamente sovrapponibile per le due tipologie di sostanze. Per entrambe si osservano prevalenze superiori alle medie nazionali nell'area centro-settentrionale della penisola ma con differenze sulle regioni specifiche. Se Friuli

Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna e Toscana sono comuni a entrambe le sostanze, per quanto riguarda gli stimolanti si aggiungono Umbria e Marche (con valori che vanno da 2,9% a 3,2%), mentre per gli allucinogeni sono Valle d'Aosta e Veneto (2,5-2,7%).

Se per gli stimolanti le regioni che si pongono al di sotto della media nazionale sono Valle d'Aosta, Lombardia e tutte le regioni del sud-Italia (con valori tra 2,2% e 2,5%), per gli allucinogeni alle regioni meridionali si

aggiungono Sardegna e Abruzzo, con prevalenze da 1,9% a 2,1%.

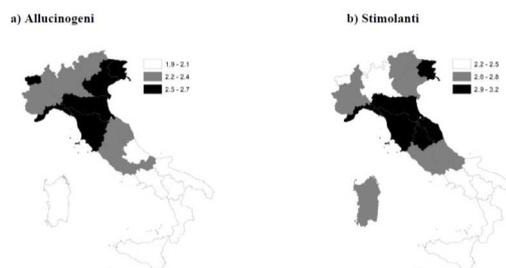
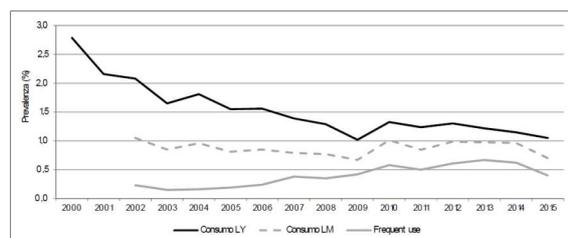


Figura 37 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni e stimolanti nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Il consumo di eroina

L'eroina, da sempre la sostanza psicoattiva illegale meno utilizzata, dopo una progressiva diminuzione dei consumi recenti dal 2000 al 2009, nei quali è passata da 2,8% a 1%, e di quelli correnti (da 1,1% nel 2002 a 0,7% nel 2009), dal 2010 al 2014 ha registrato una leggera ripresa dei consumi arrivando a prevalenze tra 1,1% e 1,3% per il consumo nell'anno e all'1% per quelle riferite al *current use*. Rispetto al *frequent use* (10 o più volte nell'ultimo mese) si è osservato un lieve incremento da 0,2% del 2002 a 0,6-0,7% nelle rilevazioni sino al 2014. L'ultimo studio del 2015 segna per tutte le tipologie di consumo una lieve flessione rispetto all'indagine dell'anno precedente.



LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 38 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. ESPAD®Italia trend anni 2000-2015

L'1% degli studenti ha assunto eroina nei dodici mesi precedenti lo studio e lo 0,7% ha consumato anche nel corso degli ultimi trenta giorni, di questi ultimi il 57% ne ha fatto un uso frequente (10 o più volte nell'ultimo mese), corrispondente a 0,4% di tutti gli studenti italiani. Per tutte le tipologie di consumo le prevalenze maschili risultano superiori a

quelle femminili e, a differenza di quanto rilevato per le altre sostanze illegali, le prevalenze per genere risultano del tutto simili tra minorenni e maggiorenni.

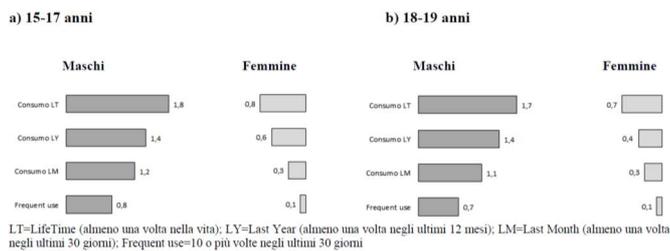


Figura 39 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. ESPAD@Italia 2015

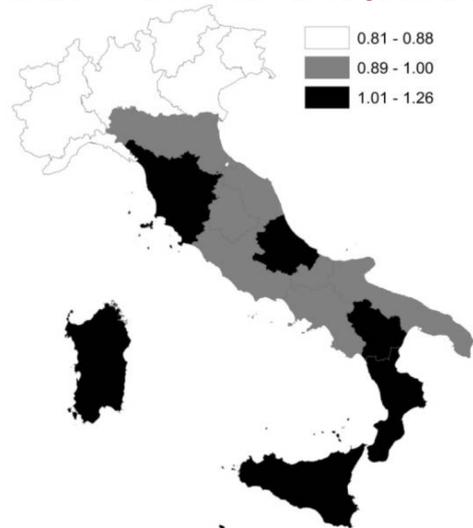
Il 29% degli studenti che hanno riferito di aver utilizzato eroina durante l'anno ne ha fatto un uso limitato (non più di 5 volte), soprattutto il genere femminile (41%; maschi: 26%); sono, invece, la metà coloro che l'hanno assunta più assiduamente (20 o più volte annue) e in questo caso sono soprattutto i maschi (55%; femmine: 32%).

Sono il 6% gli studenti italiani che ritengono sia facile poter reperire eroina, con prevalenze che aumentano in corrispondenza della tipologia di consumo: se tale percezione è espressa dal 65% dei consumatori occasionali, tra i *frequent users* la percentuale raggiunge il 76% (6% tra coloro che non l'hanno utilizzata). I contesti dove gli studenti italiani ritengono sia possibile trovare facilmente eroina sono strada (7%), discoteca e spacciatore (6% in entrambi i contesti) e, anche in questo caso, è tra chi ne ha fatto un uso frequente nell'ultimo mese (10 o più volte) che si registrano le quote più consistenti (ad esempio spacciatore il 35% dei *frequent users* contro il 29% dei consumatori occasionali e il 6% dei non consumatori). Rispetto alla spesa, il 29% dei consumatori correnti riferisce di non aver speso denaro nell'ultimo mese e il 39% di aver speso 90 euro e più, quote che raggiungono rispettivamente il 25% e 49% tra i *frequent users*.

Le regioni che registrano le prevalenze più elevate, rispetto alla media nazionale, si collocano tra centro e sud Italia: sono Toscana, Abruzzo, Sardegna, Basilicata,

Calabria e Sicilia con valori che oscillano tra 1% e 1,3%. Sono invece le regioni settentrionali, a esclusione di Emilia Romagna, a porsi al di sotto del valore nazionale (0,8%-0,9%), con la regione Lombardia che presenta la prevalenza inferiore.

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina nell'anno. ESPAD@Italia 2015



Caratteristiche dei frequent users

Le caratteristiche che contraddistinguono i frequent users, di cannabis e/o di altre sostanze illegali (rispettivamente 20 o più volte e 10 o più volte nell'ultimo mese), sono state individuate utilizzando dei modelli statistici di regressione logistica che stimano le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") con alcune delle variabili presenti nel questionario.

Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e sono state riportate in tabella come ORadj (IC=intervallo di confidenza 95%). Se l'OR assume un valore superiore a 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento in studio (ha cioè una maggiore probabilità di associarsi); se l'OR risulta inferiore a 1 la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio (minore probabilità di associarsi). La significatività

statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq 0.05$.

I frequent users di cannabis

Gli studenti che hanno assunto frequentemente cannabis nell'ultimo mese, 20 o più volte, evidenziano un'associazione fortemente positiva con l'intraprendere altri comportamenti a rischio, quali fumare quotidianamente sigarette, aver assunto sostanze psicoattive "sconosciute", bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto (praticare cioè il binge drinking), ma anche giocare d'azzardo e avere un comportamento di gioco definibile problematico.

I frequent users di cannabis evidenziano, inoltre, associazioni fortemente positive anche con alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, come vivere in una famiglia "non tradizionale" (ad esempio famiglia monogenitoriale o allargata), avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e/o genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli.

Dall'altra parte gli studenti che riferiscono di avere una condizione economica familiare medio-alta, di essere monitorati dai genitori nelle attività del sabato sera o ancora di essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i fratelli evidenziano una minore probabilità di essere un frequent users di cannabis.

Caratteristica	ORadj (IC 95%)	Caratteristica	ORadj (IC 95%)
<i>Altri comportamenti a rischio</i>			
		Binge drinking	5,3 (4,5 – 6,2)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	1,9 (1,6 – 2,1)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	3,9 (2,7 – 5,7)
		Aver usato droghe sconosciute	13,8 (10,2 – 18,7)
		Fumare sigarette quotidianamente	17,5 (14,6 – 21,0)
<i>Famiglia</i>			
Situazione economica familiare medio-alta	0,5 (0,4 – 0,6)	Vivere in una famiglia "non tradizionale"	2,3 (2,0 – 2,6)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0,3 (0,26 – 0,35)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	5,1 (3,8 – 6,7)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0,4 (0,3 – 0,5)	Avere fratelli che consumano droghe	7,9 (6,1 – 10,2)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0,6 (0,5 – 0,8)		
<i>Scuola</i>			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0,4 (0,3 – 0,6)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4,4 (3,8 – 5,1)
<i>Amici e tempo libero</i>			
Partecipare spesso ad attività sportive	0,6 (0,5 – 0,7)	Avere amici che consumano droghe	8,2 (6,0 – 11,2)
		Andare spesso in giro con gli amici	3,0 (2,4 – 3,8)
		Uscire spesso la sera	4,2 (3,4 – 5,2)

Tabella 22 Caratteristiche dei frequent users di cannabis. ESPAD®Italia 2015

I frequent users di altre illegali

Sono l'1,1% gli studenti italiani frequent users di almeno una sostanza illegale tra cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti (ovvero ne ha fatto uso almeno 10 volte nell'ultimo mese), tra questi il 44% è anche un consumatore frequente di cannabis. Come già evidenziato per i frequent users di cannabis, anche quelli di altre illecite mostrano associazioni fortemente positive con l'intraprendere altri comportamenti a rischio (usare sostanze psicoattive "sconosciute", fare binge drinking, giocare d'azzardo, ecc) ma di intensità superiore (fatta eccezione per il consumo quotidiano di sigarette).

Anche rispetto alle caratteristiche relative al contesto familiare (come vivere in una famiglia "non tradizionale", avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e avere genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli) le associazioni per i frequent users di altre illegali risultano positive e più intense di quelle riscontrate per i consumatori frequenti di cannabis.

Infine, rispetto alla gestione del tempo libero ed al rapporto con i pari (avere amici che usano sostanze psicoattive illegali, uscire frequentemente la sera e andare in giro con gli amici senza avere uno scopo), pur mostrando una elevata probabilità di essere un frequent user di altre illegali, l'intensità dell'associazione risulta inferiore a quella evidenziata dai consumatori frequenti di cannabis.

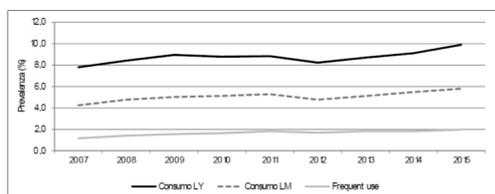
Minore probabilità		Maggiore probabilità	
Caratteristica	ORadj (IC 95%)	Caratteristica	ORadj (IC 95%)
<i>Altri comportamenti a rischio</i>			
		Binge drinking	5,3 (4,1 – 6,8)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	4,0 (3,1 – 5,3)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	2,41 (1,42 – 41,1)
		Aver usato droghe sconosciute	64,0 (45,0 – 91,1)
		Fumare sigarette quotidianamente	3,95 (3,1 – 4,9)
<i>Famiglia</i>			
Situazione economica familiare medio-alta	0,4 (0,3 – 0,5)	Vivere in una famiglia "non tradizionale"	7,1 (5,6 – 9,0)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0,2 (0,15 – 0,25)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	5,9 (3,4 – 10,3)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0,5 (0,3 – 0,7)	Avere fratelli che consumano droghe	10,5 (7,3 – 15,2)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0,6 (0,4 – 0,8)		
<i>Scuola</i>			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	non significativo	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4,2 (3,3 – 5,4)
<i>Amici e tempo libero</i>			
Partecipare spesso ad attività sportive	0,6 (0,5 – 0,8)	Avere amici che consumano droghe	1,9 (1,4 – 2,6)
		Andare spesso in giro con gli amici	1,5 (1,1 – 2,0)
		Uscire spesso la sera	1,8 (1,4 – 2,4)

Tabella 23 Caratteristiche dei consumatori frequenti di altre illegali. ESPAD®Italia 2015

Il consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica

Il consumo non prescritto (s.p.m.), sia recente che corrente, fatta eccezione per la leggera flessione registrata nel 2012, tende ad aumentare nel corso degli anni: se nel primo caso la prevalenza passa da 8% del 2007 a 9% nel 2014 a quasi il 10% nell'ultima rilevazione, rispetto al consumo nel corso del mese antecedente allo svolgimento dello studio le prevalenze passano da 4% del 2007 a valori intorno al 6% nell'ultimo biennio.

Rispetto ai *frequent users* si registra un andamento crescente fino al 2011 (da 1% del 2007 a 2%), seguito da una stabilizzazione delle prevalenze.



LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

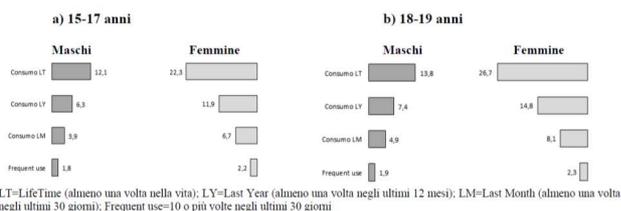
Figura 41 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. ESPAD®Italia trend anni 2007-2015

Il 18% degli studenti italiani tra i 15 e i 19 anni ha utilizzato psicofarmaci non prescritti dal medico almeno una volta nella vita e il 10% li ha assunti durante l'anno. I *current users*, coloro cioè che hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese, sono il 6% e il 2% sono *frequent users*, ossia studenti che li hanno consumati 10 o più volte nell'ultimo mese.

A differenza di quanto rilevato per le altre sostanze psicoattive, sono soprattutto le ragazze a utilizzare psicofarmaci non prescritti: le prevalenze femminili riferite ai consumi nei diversi intervalli temporali, infatti, risultano sempre superiori a quelle dei coetanei, sia minorenni che maggiorenni.

Nel complesso il 24% delle studentesse 15-19enni almeno una volta nella vita ha utilizzato psicofarmaci s.p.m., il 13% li ha utilizzati nei 12 mesi precedenti lo studio e il 7% nel mese precedente (contro il 13%, 7% e 4% dei coetanei maschi). Il 2% circa degli

studenti di entrambi i generi ha utilizzato psicofarmaci non prescritti 10 o più volte nell'ultimo mese.



LT=Life Time (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 42 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. ESPAD®Italia 2015

Per poco più della metà (52%) degli studenti che hanno utilizzato psicofarmaci durante l'anno si è trattato di un consumo circoscritto a non più di 5 volte (49% dei maschi e 54% delle femmine), mentre il 22% li ha utilizzati più frequentemente, 20 o più volte durante l'anno, in particolar modo i maschi (28% contro il 18% delle coetanee).

Il 25% degli studenti italiani, che abbiano o meno consumato psicofarmaci non prescritti, ritiene sia facile poterseli procurare e a riferire questa percezione sono soprattutto i *frequent users* (69% contro il 58% dei consumatori occasionali e il 21% di coloro che non ne ha fatto uso durante l'anno).

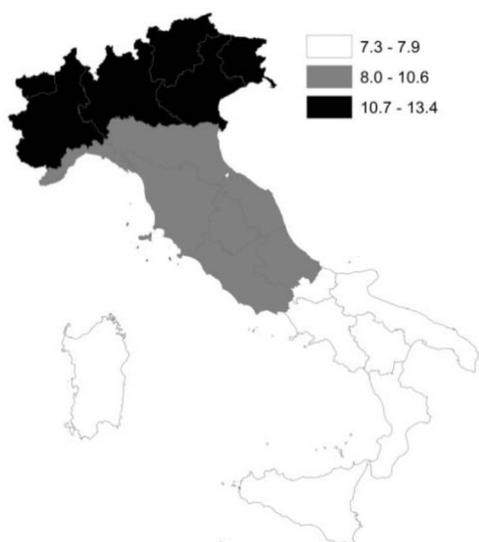
Inoltre il 4% degli studenti ritiene il mercato illegale della strada uno dei luoghi privilegiati dove poter reperire psicofarmaci, così come per il 3% è la discoteca e per un'altrettanta quota le farmacie virtuali, cioè on-line. Il quadro si modifica se si fa riferimento ai *frequent users*: per il 25% uno dei luoghi privilegiati per il reperimento è casa propria, seguono strada (14%), spacciatore (13%), casa di amici (12%) (contro rispettivamente il 7%, 8%, 3% e 5% di chi ne ha fatto un uso occasionale, non più di 5 volte annue). Sono inoltre il 12% i *frequent users* che riferiscono di poterseli procurare con una certa facilità utilizzando internet.

Tra coloro che hanno utilizzato psicofarmaci non prescritti nel mese precedente lo studio l'88% non ha sostenuto alcuna spesa per acquistarli (maschi: 78%; femmine: 93%), mentre il 5% ha speso oltre 50 euro (maschi: 13%; femmine: 1%), quote che raggiungono

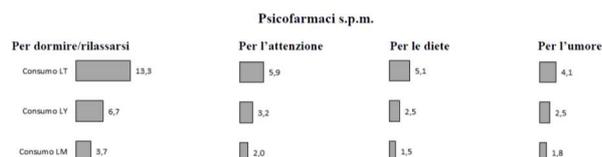
rispettivamente 74% e 13% tra i *frequent users*.

La distribuzione delle prevalenze riferite ai consumi annuali evidenzia nelle regioni settentrionali, fatta eccezione per Liguria ed Emilia-Romagna, prevalenze superiori alla media nazionale con valori compresi tra 10,7% e 13,4%; in quelle del Sud e nelle Isole maggiori i valori risultano invece inferiori (7,3% - 7,9%). Le regioni centrali mostrano prevalenze del tutto in linea con quella nazionale.

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. nell'anno. ESPAD@Italia 2015



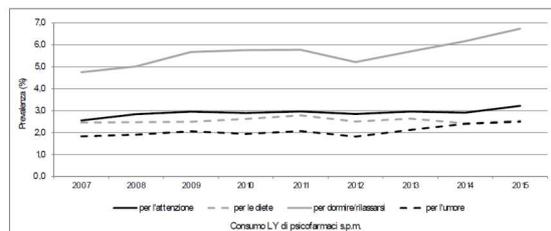
Considerando le specifiche tipologie di psicofarmaco si osserva che i più utilizzati sono quelli per dormire/rilassarsi: il 13% gli studenti italiani 15-19enni li ha utilizzati s.p.m. almeno una volta nella vita, il 7% durante l'anno e il 4% li ha assunti nel mese antecedente lo studio. Seguono, in tutti gli intervalli temporali considerati, i farmaci per l'attenzione.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Figura 44 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. ESPAD@Italia 2015

Facendo riferimento al consumo non prescritto avvenuto nel corso dell'anno antecedente lo svolgimento dello studio, si osserva che i farmaci per dormire mostrano un andamento crescente dal 2012 (anno in cui la prevalenza risultava pari a 5%). Le prevalenze riferite al consumo non prescritto degli altri farmaci si mantengono sempre al di sotto del 3%, ad esclusione di quelli per l'iperattività/attenzione che mostrano un lieve incremento.



LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Figura 45 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. durante l'anno secondo la tipologia di farmaco. ESPAD@Italia trend anni 2007-2015

Nel complesso il genere femminile risulta maggiormente coinvolto nel consumo di psicofarmaci s.p.m., sia se si considerano gli studenti minorenni sia maggiorenni. Le prevalenze femminili riferite al consumo nella vita e durante l'anno risultano ampiamente superiori a quelle maschili per tutte le tipologie di farmaco, differenze che risultano inferiori quando si fa riferimento al consumo avvenuto nel corso del mese antecedente lo svolgimento dello studio.

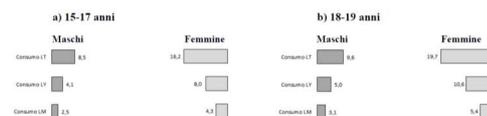


Figura 46 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per dormire s.p.m. ESPAD@Italia 2015

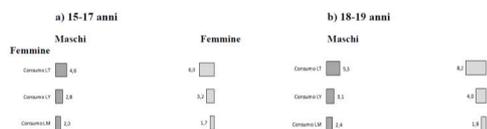


Figura 47 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per l'attenzione s.p.m. ESPAD@Italia 2015

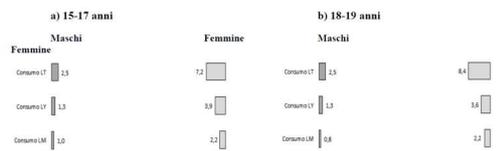


Figura 48 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per le diete s.p.m. ESPAD@Italia 2015

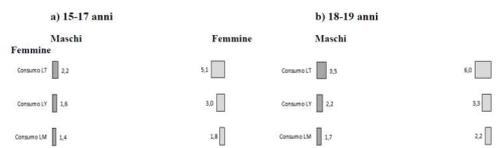


Figura 49 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per l'umore s.p.m. ESPAD@Italia 2015

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

I Consumi di sostanze psicoattive nella Popolazione³

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive o di comportamenti additivi in Italia sono stati rilevati da due diverse indagini campionarie nazionali condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa: IPSAD®Italia (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs), che ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), è realizzata utilizzando un questionario autosomministrato e anonimo, inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni; ESPAD®Italia (European Population Survey on Alcohol and other Drugs), che fornisce dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca 15-19enne.

I Consumi di sostanze psicoattive nella Popolazione generale (IPSAD®Italia)

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: IPSAD®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

³ DGR 2307/2016, Programma Regionale Dipendenze Patologiche. Obiettivi per il triennio 2017-2019

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 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 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
7. binge drinking (30gg)		32,4	
9. Gioco azzardo		32,2	

Fonte: ESPAD®Italia 2014

Consumo problematico e dipendenza patologica: la domanda di trattamento

A prescindere dalla tipologia, dal livello di intensità del trattamento e dalla provenienza, l'utenza complessiva che ha avuto accesso ai servizi per le dipendenze nel corso degli anni è aumentata passando da 26.201 del 2010 a 28.737 del 2015 (aumento del 5,8%, con un incremento del 1,3% nell'ultimo anno). Le motivazioni dell'incremento sono perlopiù attribuibili sia all'oggettivo aumento degli accessi, sia al miglioramento della qualità delle informazioni, soprattutto per le aree problematiche tabacco e gioco d'azzardo. La tabella sottostante riguarda l'utenza dei SerDP e va letta tenendo conto che non sono conteggiati i soggetti che si rivolgono al Servizio per consulenze e non sono portatori diretti del problema (es. familiari).

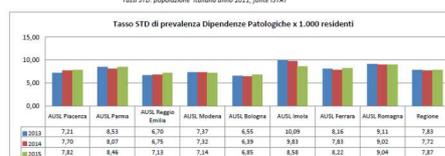
AUSL	Anno						Variazioni %	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Anno precedente	Base 2010
PIACENZA	1.743	1.932	1.930	1.835	2.022	2.069	2,3	28,7
PARMA	2.750	2.712	2.836	2.900	2.896	3.039	4,9	10,5
REGIONE EMILIA	2.652	2.608	2.397	2.698	2.768	3.070	10,9	15,8
MODENA	3.922	3.893	3.908	4.054	4.147	4.076	-1,7	-3,9
BOLOGNA	4.840	4.916	4.847	5.077	5.435	5.520	1,6	14,0
IMOLA	999	1.077	922	979	962	936	-2,7	-6,3
FERRARA	2.329	2.327	2.281	2.114	2.102	2.140	1,8	-6,1
ROMAGNA	8.007	8.168	8.012	8.026	7.903	7.887	-0,2	-1,5
REB.	27.242	27.633	27.133	27.683	28.237	28.737	1,8	5,5

Un utente presente in più SerT dello stesso Dipartimento è conteggiato una sola volta. Un utente presente in più Dipartimenti è conteggiato più volte.

Dipendenze patologiche
SIDER - Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (x 1.000 ab.)
Per abitanti USI di residenza - Anni 2010/2014 - EU 15-64 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Tasso grezzo	Tasso STD										
AUSL Piacenza	7,47	7,33	7,76	7,63	7,95	7,84	7,34	7,21	7,85	7,70	7,94	7,82
AUSL Parma	7,08	7,45	7,51	7,84	8,18	8,04	8,61	8,50	8,20	8,07	8,50	8,46
AUSL Reggio Emilia	6,44	6,21	6,07	5,90	5,95	5,83	5,83	6,70	6,89	6,75	7,43	7,13
AUSL Modena	7,39	7,25	7,17	7,05	7,43	7,35	7,45	7,37	7,44	7,32	7,27	7,14
AUSL Bologna	6,27	6,14	6,21	6,10	6,29	6,19	6,69	6,55	6,53	6,39	6,57	6,45
AUSL Imola	10,01	9,85	10,27	10,09	9,85	9,76	10,17	10,09	9,83	9,83	8,64	8,58
AUSL Ferrara	8,43	8,52	8,31	8,39	8,33	8,45	8,11	8,16	7,74	7,83	8,13	8,22
AUSL Romagna	8,05	8,55	8,82	8,76	8,96	8,95	9,09	9,11	9,00	9,02	9,01	9,04
Regione	7,57	7,45	7,52	7,41	7,67	7,61	7,88	7,81	7,79	7,72	7,93	7,87

Tassi grezzi popolazione al 31/12 dell'anno di osservazione, fonte ISTAT
Tassi STD popolazione italiana anno 2010, fonte ISTAT



Utenti SerT per AUSL di residenza, AUSL di assistenza e anno, qualsiasi area problematica (2015, va e %)

AUSL	Residenti*	Assistiti	% non residenti
Piacenza	1.581	2.069	23,6
Parma	2.568	3.039	15,5
Reggio Emilia	2.591	3.070	15,6
Modena	3.569	4.076	12,4
Bologna	4.112	5.520	25,5
Imola	825	936	11,9
Ferrara	1.916	2.140	10,5
Romagna	6.822	7.887	13,5
SFD		397	
Estero		800	
Altra Regione		2.316	
Non conosciuta		1.240	
Totale	28.737	28.737	

Utenza per area problematica e Dipartimento (2015, va)

Dipartimento	va				Totale
	Alcol	Tabacco	Gioco	Droghe e/o farmaci	
Piacenza	738	12	173	1250	2173
Parma	688	169	122	2287	3266
Reggio Emilia	698	283	132	2106	3219
Modena	1402	380	231	2327	4340
Bologna	1321	1	224	4539	6085
Imola	332	113	43	449	937
Ferrara	548	160	124	1439	2271
ex Ravenna	861	229	71	2250	3411
ex Forlì	245	89	50	667	1051
ex Cesena	319	89	75	809	1292
ex Rimini	631	157	65	1572	2425
RER	7783	1682	1310	19695	30470

Dipartimento	% riga				Totale
	Alcol	Tabacco	Gioco	Droghe e/o farmaci	
Piacenza	34,0	0,6	8,0	57,5	100,0
Parma	21,1	5,2	3,7	70,0	100,0
Reggio Emilia	21,7	8,8	4,1	65,4	100,0
Modena	32,3	8,8	5,3	53,6	100,0
Bologna	21,7	0,0	3,7	74,6	100,0
Imola	35,4	12,1	4,6	47,9	100,0
Ferrara	24,1	7,0	5,5	63,4	100,0
ex Ravenna	25,2	6,7	2,1	66,0	100,0
ex Forlì	23,3	8,5	4,8	63,5	100,0
ex Cesena	24,7	6,9	5,8	62,6	100,0
ex Rimini	25,0	6,5	2,7	64,8	100,0
RER	25,5	5,5	4,3	64,6	100,0

L'utenza dei SerDP è caratterizzata da una forte mobilità intra-regionale ed extra regionale. Nel 2015, 4.753 assistiti (pari al 16,5%) 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, quali Piacenza (23,6% dell'utenza complessiva) e Bologna (25,5%).

Allo stesso modo varia la prevalenza nei Servizi per le dipendenze, a prescindere dalla problematica presentata. Nel 2015 il 7,87% dei residenti ha avuto accesso ai SerDP, mantenendo sostanzialmente lo stesso livello degli anni precedenti, ma con consistenti differenze tra AUSL. Le prevalenze maggiori si riscontrano nell' AUSL della Romagna (9,04%), le più basse nelle AUSL di Reggio Emilia (7,13%) e Bologna (6,85%). Il dato bolognese è in parte da attribuire al forte impatto dei non residenti.

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

dipendenze da sostanze legali ed illegali e le dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico.

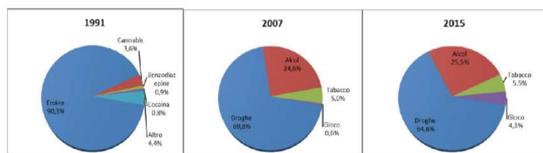
Le differenze si riscontrano sia nella tipologia di utenza, sia soprattutto dal punto di vista quantitativo. Alle problematiche di dipendenza da oppiacei se ne sono aggiunte altre. Nel 1991 l'utenza complessiva dei SerT era di 7.112 persone, di cui 6.918 (pari a 90,3%) con dipendenza primaria da eroina; nel 2015 gli eroinomani in carico nei SerDP sono stati 8.186, cioè il 33,8% in più rispetto al 1991, ma pari al 28,5% del totale dell'utenza in trattamento.

I SerDP sono quindi molto cambiati rispetto ai decenni precedenti.

Attualmente l'utenza dei SerDP è composta da:

- 19.695 utenti dell'area problematica **droghe** e/o farmaci, pari al 64,6% del totale dell'utenza. E' l'area che nel corso degli anni si è mantenuta abbastanza stabile (-0,2% nel periodo 2010-2015);
- 7.783 utenti dell'area problematica **alcol**, pari al 25,5% del totale. Dopo un periodo di grande incremento dell'utenza (1996-2000) vi è stato un assestamento del numero di utenti che annualmente si rivolgono ai servizi (7,0% nel periodo 2010-2015);
- 1.682 utenti dell'area problematica **tabacco**, pari al 5,5% del totale. Dal 2010 vi è stato un incremento dell'80,5%, frutto anche della maggiore capacità dei servizi di rilevazione delle informazioni cliniche su questa tipologia di utenti;
- 1.310 utenti dell'area problematica **gioco d'azzardo**, pari al 4,3% del totale. L'incremento nel corso degli anni (erano 512 nel 2010) è l'esito non solo della prevalenza del fenomeno nella società ma anche delle politiche sanitarie che hanno indirizzato l'utenza ai SerDP.

Figg. 1. Evoluzione della composizione dell'utenza dei SerDP nel corso degli anni

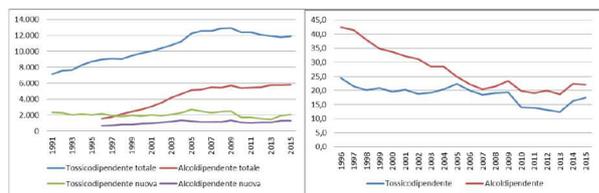


Tab. 4. Composizione utenza SerDP per aree problematiche nel 2015 e variazioni %

Aree problematiche	2015	Variazione % periodo 2015/2010
Alcol	7.783	7,0
Tabacco	1.682	80,5
Gioco	1.310	155,9
Droghe e/o farmaci	19.695	-0,2
Totale	30.470	7,1

Fonte: SIDER

Figg. 2A,B Andamento utenti SerT in carico: grafico 1: andamento totale e nuovi utenti, grafico 2: % di nuovi utenti sul 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 delle persone che si rivolgono ai servizi. Aumenta sempre più l'età media degli utenti che accedono ai SerDP emiliano-romagnoli, come tra l'altro accade su tutto il territorio nazionale.

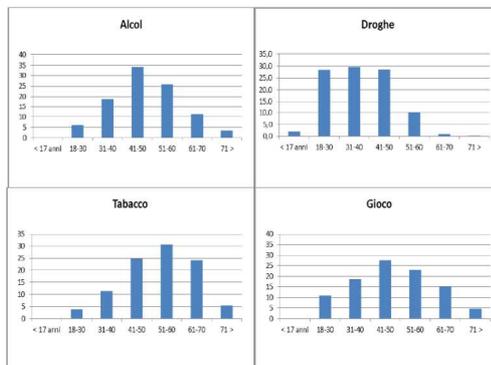
Considerando solo gli utenti in carico con oltre 39 anni emerge che nel periodo 1991-2015 questa popolazione:

- è quasi triplicata (+165,1%), passando da 2.282 utenti a 6.050;
- è passata dal 21,2% del totale del 1991, al 36,2% del 2009, a 51,2% del 2015.

L'utenza SerDP del 2015 si è presentata con età adulta, anche se con un range di età molto ampio.

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.

Figg. 3. Utenza SerDP per aree problematiche e classi di età (2015, %)



I dati epidemiologici relativi agli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze per uso di droghe mostrano che i maschi rappresentano in media il ¾ 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 SerDP, con un progressivo allineamento alle tendenze del quadro epidemiologico nazionale. La quota di maschi sul totale varia a seconda dell'area problematica: 73,5% per l'alcol, 80,2% per il gioco, l'84,4% per le droghe e il valore più basso per il tabacco: 48,9%.

La scarsa attrattività nei confronti della popolazione femminile va affrontata con nuove strategie che tengano conto delle peculiarità della dipendenza femminile. Le donne hanno una bassa prevalenza per uso di sostanze illecite e per questo sono meno considerate e avviate nei percorsi di cura del genere maschile. I percorsi ambulatoriali presso i SerDP sono ben strutturati per affrontare i temi della dipendenza tossicologica, del sostegno psicologico-educativo ed anche del sostegno alla maternità e alla genitorialità, ma sono carenti i percorsi ambulatoriali di sostegno

psicologico e psicoterapico specifico. 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 DCA, 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. Mentre l'accesso dei cittadini italiani nel periodo 2010-2015 è cresciuto del 2,4%, nello stesso periodo i cittadini non italiani sono cresciuti del 52,5%, passando da 2.665 soggetti del 2010 a 4.063 del 2015. I dati mostrano un trend in crescita che non avrà soluzione di continuità negli anni futuri.

I canali di invio ai Servizi Dipendenze Patologiche

Con il modificarsi delle tipologie, si sono modificati anche i canali di invio. Le modalità di accesso più frequenti sono l'accesso autonomo e gli invii da altri SerDP, soprattutto per la continuità dei trattamenti con sostitutivi, il carcere, la prefettura e i Servizi di salute mentale adulti.

L'invio è fortemente mediato dalla tipologia di area problematica. Per l'area droghe sono prevalenti gli accessi autonomi, gli invii da altri SerD per la continuità terapeutica o dalle carceri, per l'area alcol sono prevalenti gli accessi autonomi, dai Servizi di salute mentale adulti o dai Servizi ospedalieri, mentre per il gioco è significativo l'accesso mediato da un familiare e per il tabacco è molto rilevante l'invio da parte dei medici di famiglia.

Tab. 5. Canale di invio utenza SerDP solo per i nuovi utenti* (2015, % per tipologia di problematica*)

	Alcol	Tabacco	Gioco	Droghe e/o farmaci
Altri SerT	7,2	0,5	1,4	22,5
Prefettura art 121	0,1	0,0	0,0	21,5
Area giudiziaria penale/carcere	9,5	0,0	2,4	15,7
Autonomo	24,8	37,9	58,6	14,6
Prefettura art 75	0,0	0,0	0,0	9,4
Verifica idoneità mansioni a rischio	0,6	0,7	0,0	1,9
Servizio sociale minori	2,9	0,0	0,8	1,5
CML (art 187)	0,7	0,0	0,0	1,5
Servizi Salute mentale	9,0	1,7	8,8	1,4
Familiari	3,3	2,7	11,6	1,2
Servizio ospedaliero	11,5	10,8	2,2	1,1
Unità di strada	0,2	0,0	0,0	1,0
Enti accreditati	0,7	0,0	0,2	0,8
MMG	7,4	31,5	5,4	0,8
Altri servizi AUSL	1,8	2,3	1,0	0,7
NPIA (già Materno infantile)	0,5	0,0	0,2	0,6
Amici	0,5	7,5	2,0	0,3
CML (art 186)	12,5	0,0	0,0	0,3
Altro	6,6	4,3	5,6	3,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

* Cartelle cliniche aperte per la prima volta nel 2015.

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 SerDP sono persone con un consumo di stupefacenti per via parenterale oppure un consumo da lunga data/regolare di oppiacei e cocaina. La maggior parte delle dipendenze è dovuta al consumo di tre sostanze: eroina, cocaina e cannabis.

Gli utenti dei SerDP sono spesso policonsumatori: a prescindere dalla rilevanza dell'uso della sostanza (primaria/secondaria), nel 2015 il 71% dei tossicodipendenti ha utilizzato l'eroina, il 31,1% la cocaina e il 19,0% cannabinoidi. Nel corso del tempo l'eroina ha visto un progressivo calo in termini relativi (dal 91,4% del 1991 al 71%), 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 31,1% nel 2015. Per i nuovi utenti lo scenario è molto differente:

- la dipendenza da cocaina riguarda il 43,5% dei nuovi utenti, spesso come sostanza secondaria e assunta per lo più per via nasale (ma qualcuno la fuma o la inietta);

- l'eroina segue a breve distanza con il 39,5%, quasi sempre come sostanza primaria, 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 35,1% dei nuovi utenti ha problemi con la cannabis.

Fig. 4. % utenti tossicodipendenti per singola sostanza d'abuso negli anni

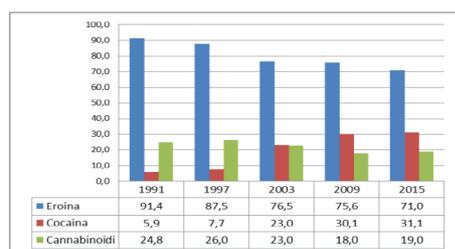
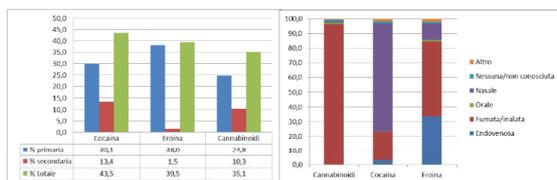


Fig. 5A.B. Utenti tossicodipendenti nuovi nel 2015: grafico 1 - % di utenti per singola sostanza, grafico 2 - modalità di assunzione della sostanza primaria (%).



Inserimenti in strutture residenziali

La domanda di trattamenti residenziali (numero di utenti) si dimostra in leggero aumento nel corso degli anni, passando da 1.850 persone inserite per almeno un giorno nel 2010 a 1.922 del 2015. In particolare, l'aumento è più consistente per gli utenti con diagnosi di alcolismo (+41,0%, da 384 a 591) e in calo tra gli utenti con diagnosi di tossicodipendenza (-9,0%, da 1.464 a 1.326), con un forte incremento delle altre tipologie di utenti/inserimenti, quali i giocatori d'azzardo (55 nel 2015, 2 inserimenti nel 2010) e gli arresti domiciliari (stabili, 141 nel 2015).

Nel periodo 2002/2015 la spesa sostenuta per gli inserimenti in strutture accreditate da parte delle AUSL si è fortemente modificata:

- la spesa totale è cresciuta dell'83,2% (da 11.429.107 a 20.941.553);
- la spesa per le strutture terapeutiche e pedagogiche cala fortemente (dal 73,2% del 2002 al 50,2% del 2015), a fronte di un aumento nelle specialistiche (dal 7,7% del 2002 al 17,3% del 2015), e in particolare di altre strutture non accreditate per le dipendenze (per la maggior parte appartamenti supportati) che passano dall'1,7% del 2002 al 14,5% del 2015;
- si riduce in termini assoluti e relativi la spesa per gli inserimenti in strutture extra Regione Emilia-Romagna (da 1.984.796 del 2002, pari al 17,4% del totale del budget, a 868.950, pari al 4,1%);
- vi sono nuovi interventi che in precedenza non esistevano: le spese per gli arresti domiciliari (6,9% nel 2015) e soprattutto per attività territoriali (7% nel 2015).

Tab. 6. Spese sostenute dalle AUSL per gli inserimenti in strutture accreditate negli anni (v.a. e variazioni %)

Tipologia/luogo intervento	2002		2008		2015		Variazione %	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	2015/2002	2015/2008
Terapeutica e Pedagogica Regionale	8.366.219	73,2	10.795.334	64,2	10.508.762	50,2	25,6	-2,7
Specialistica regionale	880.958	7,7	3.374.810	20,1	3.623.195	17,3	311,3	7,4
Attività territoriali	-	0,0	-	0,0	1.460.646	7,0	-	-
Arresti domiciliari	-	0,0	-	0,0	1.449.583	6,9	-	-
Altre strutture RER non accreditate per le dipendenze	197.133	1,7	1.167.247	6,9	3.030.417	14,5	1437,2	159,6
Extra Regione Emilia-Romagna	1.984.796	17,4	1.479.190	8,8	868.950	4,1	-56,2	-41,3
Totale	11.429.107	100,0	16.816.581	100,0	20.941.553	100,0	83,2	24,5

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 2015 le Unità di strada hanno contattato 69.164 persone con un aumento di oltre 10.000 contatti rispetto all'anno precedente. I contatti nell'ambito della riduzione del danno sono stati 12.545, con un

aumento del 50% rispetto all'anno precedente. Sempre nel 2015 sono stati effettuati 18.406 alcoltest; e distribuiti 36.501 profilattici, in entrambi i casi registrando un calo. Le siringhe distribuite sono state 24.548, quelle ritirate 21.883. Sono state consegnate 177 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 intervento e di cura flessibile, destigmatizzante, accogliente e prossimo alla domanda per tutte le tipologie di consumo.

La numerosità della popolazione utilizzatrice di sostanze e la labilità del confine tra consumo ed abuso per molte sostanze, rende auspicabile un massiccio investimento nelle attività di accoglienza e cura che andrebbero per l'appunto rese con le modalità proposte sopra.

Il sistema della cura deve avere un atteggiamento attivo, votato alla ricerca dell'utente, alla disponibilità verso di lui ed all'intervento sulla rete sociale in cui è

inserito; favorire uno scambio ed un confronto tra i professionisti, privilegiando la competenza e non l'appartenenza ad una struttura organizzativa; promuovere la formazione congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo.

Il SerDP è collettore dei fabbisogni di promozione della salute e di cura nei diversi contesti. A tali bisogni risponde attraverso percorsi di intervento interni al DSM-DP ed esterni, dentro e fuori l'Azienda USL, integrati 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 PROFILO DI SALUTE DELLA COMUNITA' FERRARESE

LO STUDIO PASSI⁴

Le Dinamiche sociali

Sebbene l'**Emilia-Romagna** sia la regione italiana che, dopo il Trentino-Alto Adige e la Lombardia, presenta il più basso livello di povertà relativa (seguita da Veneto al 4,9% e da Toscana al 5,0%), la caduta del reddito e le modificazioni intervenute nella sua distribuzione hanno avuto pesanti riflessi sulla spesa per consumi e quindi sulla povertà relativa, in particolare per le famiglie più vulnerabili.

La crisi economica ha prodotto un'ulteriore **fragilità** nelle famiglie e ha aumentato le difficoltà principalmente di quelle in cui il capofamiglia è di nazionalità straniera, o delle famiglie numerose, con presenza di minori e/o anziani. In base alla spesa per consumi, le famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa nel 2015 rappresentano il 4,8% del totale delle famiglie residenti in regione, mentre in Italia il tasso di povertà relativa supera il 10%.

La povertà materiale ed educativa nell'infanzia determina elementi di fragilità che si manifestano nell'intero arco della vita sia in termini di salute che di opportunità lavorative, sociali, relazionali. Dai dati Istat del 2014 la percentuale di minori in Emilia-Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000 minori, con un aumento del 4% dal 2012 al 2013.

Il tasso di abbandono scolastico in Emilia-Romagna è pari al 15,3%, relativo ai ragazzi/e che hanno abbandonato la scuola con la sola licenza media (i cosiddetti Early leavers), dato che è oltre l'obiettivo fissato da UE2020, evidenziando uno scenario sicuramente inquietante, anche se meno negativo del dato nazionale. Un altro indicatore preoccupante, in specifico rispetto ai bisogni formativi degli

alunni di origine straniera, riguarda i non ammessi al secondo anno di scuola superiore: il dato evidenzia un tasso dei ragazzi stranieri quadruplo di quello degli italiani.

Nella provincia di Ferrara il tasso di abbandono nella scuola secondaria di primo grado è dello 0,43% e nella scuola secondaria di secondo grado è di 1,60%.

Si registra poi nel 2014 un tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni del 21,3% (26,3 % tra le ragazze) e un'incidenza dei Neet (senza scuola e senza lavoro) nella stessa fascia pari al 21,1 % (22,8% al femminile, nel 2011 era 17,0%).

Nella provincia di Ferrara nel 2016 il tasso di disoccupazione 15-32 anni risulta del 30% (31,8% maschi, 28,4% femmine). Nel Comune di Ferrara, nel 2016, il tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni risulta del 23,8% (25,5% maschi, 21,8% femmine) e un'incidenza dei Neet nella stessa fascia di età pari al 5% (1,2% maschi, 8,7% femmine).

La crisi ha inoltre prodotto un crescente disagio abitativo: è aumentata sia l'incidenza sul reddito delle spese per l'abitazione, sia il numero di famiglie che incontrano difficoltà a pagare l'affitto (sfratti emessi da circa 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014, di cui più del 30% emessi per morosità), sia il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari. Una componente del disagio abitativo è riscontrabile anche nelle liste di attesa per l'assegnazione di una casa popolare. Da un'indagine condotta alla fine del 2014 il numero complessivo di domande inserite nelle graduatorie dell'ERP comunali ammonta a circa 35mila, a fronte di poco più di 51.000 alloggi di edilizia residenziale pubblica occupati.

⁴ Azienda Usl di Ferrara, Dipartimento Sanità Pubblica, Il profilo di salute della comunità ferrarese, marzo 2017

I cambiamenti strutturali del mercato del lavoro, gli esiti della grave congiuntura che si traducono in disoccupazione, soprattutto giovanile, o nel ricorso alla cassa integrazione per un certo numero di lavoratori acquisiscono le difficoltà di trovare alloggi a costi sostenibili e non consentono alle famiglie e, soprattutto, ai giovani di accedere a mutui agevolati per l'acquisto della casa, la cui concessione è condizionata dalla disponibilità di un reddito fisso a garanzia della solvibilità.

Si è creata così un'area "grigia" fatta di persone e famiglie che non possono contare sulla certezza di reddito nel tempo, formata soprattutto dalle fasce più deboli della forza lavoro, ma che interessa anche settori del lavoro autonomo e delle professioni che, in passato, sarebbero stati senz'altro classificati, quanto a status socio-economico, tra le classi medie. L'ampliarsi della platea di persone in condizioni di debolezza e/o precarietà economica, la crescita dei costi dei servizi abitativi e la fragilità dei legami familiari non potranno che acuire il disagio sociale, soprattutto in alcuni segmenti della popolazione quali le persone anziane e gli stranieri.

Lo stato di salute e gli stili di vita

L'aspettativa di vita alla nascita, in crescita negli anni scorsi, ha fatto registrare una flessione nel 2015, ma nel 2016 è tornata ai livelli del 2014, con un lieve aumento. Sia per gli uomini che per le donne, l'aspettativa di vita nella nostra regione è superiore alla media nazionale. Tra il 1990 e il 2013 gli anni di vita persi diminuiscono, in particolare quelli persi per gli incidenti stradali che erano la quinta causa di morte nel 1990 e diventano la quindicesima nel 2013 (-60%). Sono invece aumentati molto gli anni di vita persi per l'Alzheimer e cardiopatia ipertensiva.

Quanto all'impatto sulla salute di consumi e **stili di vita**, i principali fattori di rischio modificabili e intermedi (ipertensione, fumo di tabacco, sedentarietà, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, obesità e scarso

consumo di frutta e verdura) determinano la maggior parte (86%) degli anni di vita vissuti in condizioni di disabilità. Si stima che negli anni 2010-2013 più di 2 milioni di abitanti in Emilia-Romagna presentino un basso consumo di frutta e verdura, 1 milione sia in sovrappeso e 300 mila obesi, più di 800 mila siano fumatori, più di 600 mila siano sedentari e altrettanti presentino un consumo eccessivo di alcol.

La condizione di salute percepita dichiarata dalle persone prima e dopo la crisi (Istat) non mostra differenze sostanziali nella quota di popolazione adulta che ha dichiarato un cattivo stato di salute, né in Emilia-Romagna né nelle altre regioni italiane. Si evidenziano invece disuguaglianze socio-demografiche; la salute fisica e psicologica risulta peggiore per soggetti di genere femminile, che vivono in famiglie con risorse economiche inadeguate, con basso titolo di studio o cattive condizioni abitative.

In Italia per motivi economici, liste di attesa e ticket **rinunciano alle cure sanitarie** il 7,2% dei residenti, pari a circa 4,3 milioni di persone: il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo fa per motivi economici, la seconda causa sono le liste d'attesa. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%); al Centro il 7,4% dei residenti e al Nord il 4,1%. Da quando sono disponibili statistiche di mortalità locali, Ferrara ha registrato una mortalità generale più alta della media regionale, più evidente nei maschi. Negli ultimi anni si sta, però, assistendo a un miglioramento: gli anni di vita potenzialmente persi (PYLL) nel triennio 2013-2015 sono stati 10,34 anni per le femmine (lievemente inferiori al valore medio regionale 10,76) e 11,79 anni nei maschi (lievemente inferiori al valore medio regionale: 12). Nel corso dei 21 anni trascorsi tra il 1995 e il 2015, la mortalità generale nel territorio dell'Azienda UsI di Ferrara ha fatto registrare una netta tendenza alla diminuzione, passando da un tasso standardizzato di mortalità pari a 1094,8 per 100.000 nel 1995 a un tasso pari a 871,7 per

100.000 nel 2015: una diminuzione, pertanto, pari a oltre 200 punti.

La Mortalità

Nel 2015 la provincia di Ferrara ha registrato il tasso di mortalità standardizzato totale più alto in Regione Emilia-Romagna (1.062,18 per 100.000 abitanti, rispetto a 997,80 dell'Emilia-Romagna).

Nell'Azienda Usl di Ferrara, le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte nelle donne (38,7%), negli uomini la principale causa di morte è rappresentata dai tumori (34,5%).

Passando ad analizzare alcune cause singole di morte, dobbiamo ricordare che è il tumore del polmone, soprattutto per quanto riguarda i maschi, ad avere un ruolo di primo piano tra le cause di decesso.

Tra le cause di morte più rilevanti per quanto riguarda la popolazione femminile, va certamente annoverato il tumore della mammella. Il tasso di mortalità (femminile) per questo tumore è nel 2015 pari a 37,88, a fronte di un tasso (femminile) per tutti i tumori pari a 234,67.

La mortalità per “traumatismi e avvelenamenti”, ovvero per tutte le cause “non naturali” di morte (incidenti stradali o di altra natura, avvelenamenti, suicidi e omicidi) presenta, nel corso dei 21 anni considerati, un andamento particolare. Si ha un “picco” della mortalità nel 1998 (con un tasso pari a 73,7), particolarmente marcato per i maschi (tasso pari a 97,38; va ricordato che, tradizionalmente, la mortalità per traumatismi è più elevata per la popolazione maschile).

Se osserviamo **i dati sul suicidio** nelle province emiliano romagnole, relativamente all'anno 2013, notiamo che i tre tassi grezzi più elevati si hanno, rispettivamente, nella provincia di Ravenna (11,2 per 100.000), nella provincia di Ferrara (10,4 per 100.000) e nella provincia di Rimini (9,8%). Tutte le altre province presentano tassi inferiori. I dati delle province emiliano-romagnole, pertanto,

sembrerebbero suggerire anche in questo caso l'esistenza di un gradiente, ma si tratterebbe di un gradiente Ovest-Est, con tassi via via crescenti man mano che ci si avvicina alla costa del Mare Adriatico (Rimini, Ferrara, Ravenna).

Una caratteristica tipica del fenomeno del suicidio risulta quella di essere fortemente differenziato, nella sua frequenza, tra femmine e maschi, a netto sfavore di questi ultimi (solitamente, il rapporto è di 1:3, cioè una femmina ogni tre maschi).

Sorveglianza delle malattie infettive

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali **"Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV"** del 31.03.2008 ha consentito di attivare il sistema di monitoraggio (con raccolta anonima delle informazioni) delle infezioni da HIV. Nel periodo 2006-2015 sono state notificate in Emilia-Romagna 4.186 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 3.647 (87,1%) relative a cittadini residenti in regione. L'incidenza media annua è pari a 8,3 casi per 100.000 abitanti se si limita l'osservazione ai soli cittadini residenti, mentre sale a 9,6 se si considerano tutte le segnalazioni. **Ferrara è** tra le provincie nelle quali il fenomeno è meno diffuso (253 nuove diagnosi; incidenza annua: 7 casi per 100.000).

A livello regionale, la classe di età più rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 49 anni (61,6% dei casi); soprattutto per il contributo maschile. L'età alla notifica è passata da un'età mediana di 23 anni per gli uomini e 22 per le donne nel 1985, a 37 e 41 anni nel 2013. La proporzione di persone nate all'estero tra le nuove diagnosi di infezione è del 29,1% ed i soggetti sono sensibilmente più giovani rispetto agli italiani e prevalentemente di sesso femminile.

Per quanto riguarda **la modalità di trasmissione**, quella prevalente nel 2015 risulta essere rapporti eterosessuali non protetti (44,9% dei casi di nuove infezioni),

seguita dagli MSM (40,6%). I casi che si sono infettati per uso di droghe iniettive sono pari al 3,2%, quelli che hanno riportato una trasmissione verticale lo 0,4% dei casi. Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV (il 10,3%) non è stato possibile stabilire la modalità di trasmissione. Ancora una volta vale il richiamo a rapporti sessuali protetti e al ricorso precoce al test HIV per una diagnosi tempestiva ed eventuale successivo trattamento, per proteggere se stessi e gli altri. Sono queste le principali azioni da promuovere e incentivare, soprattutto tra i giovani, al fine di contrastare l'infezione da HIV e l'AIDS. La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento fondamentale in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio.

I *Late Presenters* (coloro che giungono tardivamente alla diagnosi di infezione da HIV con AIDS conclamato e/o con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cellule/mm³) sono una quota consistente: per il solo anno 2015 tale proporzione risulta il 51%, valore inferiore rispetto a quello nazionale che si attesta al 54,5%. Si ricorda che una diagnosi precoce permette di attivare tempestivamente cure efficaci e pertanto occorre continuare gli interventi tesi a promuovere l'uso di test e aumentare la consapevolezza dei rischi.

Consumo di alcol

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche. L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Consumo di alcol è la condizione di un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

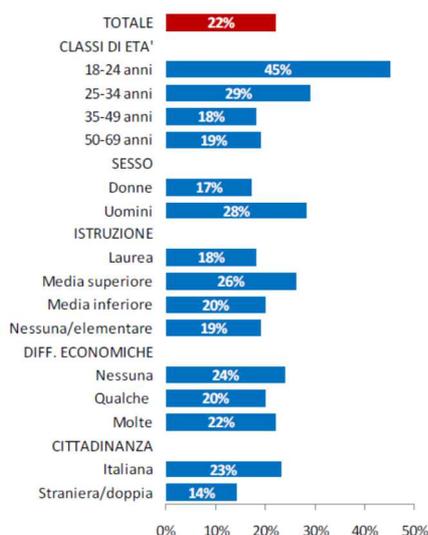
I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità cumulativa di alcol bevuta, espressa sotto forma di consumo medio giornaliero; la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità di assunzione dell'alcol. Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano.

Per definire il **consumo moderato**, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali individuano livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Il **consumo di alcol a maggior rischio** è un indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato. È definito, per ciascun sesso, in base alla quantità di alcol abitualmente ingerito e alle modalità di consumo alcolico.

Nella provincia di Ferrara il **22% delle persone di 18-69 anni presenta un consumo di alcol a maggior rischio per la salute**. Rispetto alla media regionale questo dato è solo leggermente superiore, mentre risulta considerevole la quota di forti consumatori abituali di alcol (9% contro 5% regionale). Il fenomeno del *binge drinking* rispetto alla prevalenza regionale risulta invece più contenuto.

Il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso nel sesso maschile (28% contro 17%) e nelle persone con un livello di istruzione medio-alto. Risulta molto evidente la maggiore prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio tra le persone di cittadinanza italiana (23%) rispetto ai cittadini stranieri (14%).

Consumo di alcol a maggior rischio (%)
AUSL Ferrara - PASSI 2011-2014



Il dato più allarmante risulta essere quello relativo alle classi di età più giovani: tra i 18-24enni infatti si è registrato un consumo di alcol a maggior rischio pari al 45% nel territorio ferrarese.

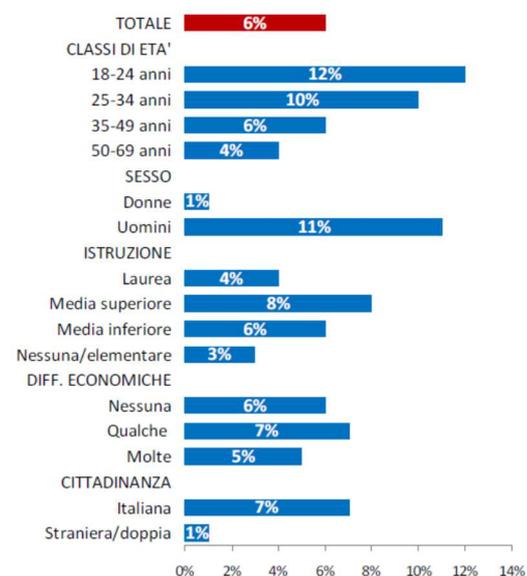
La guida sotto l'effetto dell'alcol

All'incirca il 25% degli incidenti stradali fatali in Europa è associato al consumo di alcol, nonostante la prevalenza di veicoli guidati da conducenti sotto l'effetto dell'alcol sia relativamente bassa. Il fatto è che, per un guidatore, il rischio di incidenti stradali, e ancora di più quello di un incidente grave, aumenta di pari passo all'aumento della concentrazione di alcol nel sangue (Blood Alcohol Concentration - BAC): con un BAC di 0,8 gr/litro, il rischio aumenta di 2,7 volte rispetto a quello di un conducente sobrio; con BAC di 1,5 gr/l aumenta di 22 volte, mentre quello di incidenti mortali aumenta di ben 200 volte. Nella provincia di Ferrara il 6% degli intervistati nello studio Passi hanno ammesso di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista, dato che si presenta in linea con la media regionale. Molto rilevante risulta essere la ripartizione percentuale di questo dato nelle classi d'età che mostra come nei più giovani (18-24 anni) il 12% abbia guidato sotto l'effetto dell'alcol scendendo via via fino al 4% degli intervistati più "anziani". La guida sotto l'effetto dell'alcol è inoltre molto superiore tra gli uomini rispetto alle donne (11% contro 1%), e tra

i cittadini italiani rispetto ai cittadini stranieri (7% contro 1%).

Non risultano invece essere particolarmente influenti le condizioni economiche e il livello d'istruzione.

Persone che hanno riferito di aver guidato sotto effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni (%)
AUSL Ferrara - PASSI 2011-2014



Abitudine al fumo

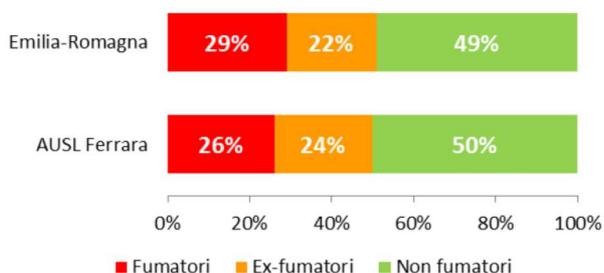
Il fumo di tabacco è un'abitudine che provoca dipendenza (legata alla nicotina) e causa l'insorgenza di numerose patologie croniche, in particolare oncologiche, cardiovascolari e respiratorie, e numerosi altri disturbi. Il tabacco ha inoltre conseguenze sulla salute delle persone esposte passivamente al fumo.

Nella provincia di Ferrara il **26% dei 18-69enni fuma sigarette**, il 24% è un ex-fumatore e il 50% non ha mai fumato. La prevalenza dei fumatori ferraresi è inferiore a quella regionale mentre è superiore la percentuale degli ex-fumatori. **L'abitudine al fumo cresce con l'età fino ai 34 anni:** infatti nella fascia d'età 25-34 anni fumano sigarette il 34% delle persone dato in crescita rispetto alla percentuale di persone appartenenti **alla fascia d'età 18-24 anni (30% di fumatori)**. La prevalenza successivamente cala all'aumentare dell'età fino al 22% dei 50-69enni. Tra gli adulti 18-69enni la percentuale di fumatori è più alta negli uomini (29% rispetto al 22% nelle donne). Il fumo di sigaretta è più diffuso tra le persone con molte difficoltà economiche e tra chi ha un titolo di

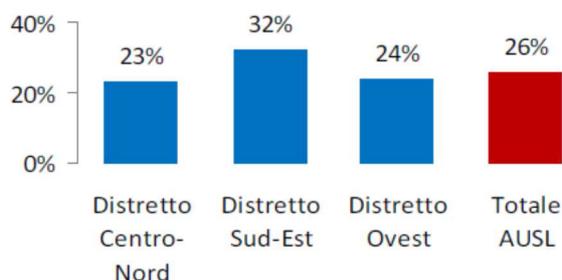
studio alto (27% tra i laureati e diplomati contro il 25% delle persone con titolo di studio di scuola media inferiore, licenza elementare o nessun titolo), dato che si contrappone a quello regionale in cui la prevalenza dei fumatori è maggiore nella popolazione con basso titolo di studio. Tra le persone con cittadinanza italiana la percentuale di fumatori è maggiore rispetto alle persone con cittadinanza doppia o straniera.

La distribuzione della prevalenza dei fumatori nei tre distretti sanitari in cui si articola l'Azienda UsI di Ferrara (Centro Nord, Sud Est, Ovest) presenta differenze significative: lo scarto percentuale di fumatori tra il distretto **Sud Est, a maggiore prevalenza di fumatori**, e quello Centro-Nord, con la minore prevalenza, è pari a 9 (32% contro il 23%).

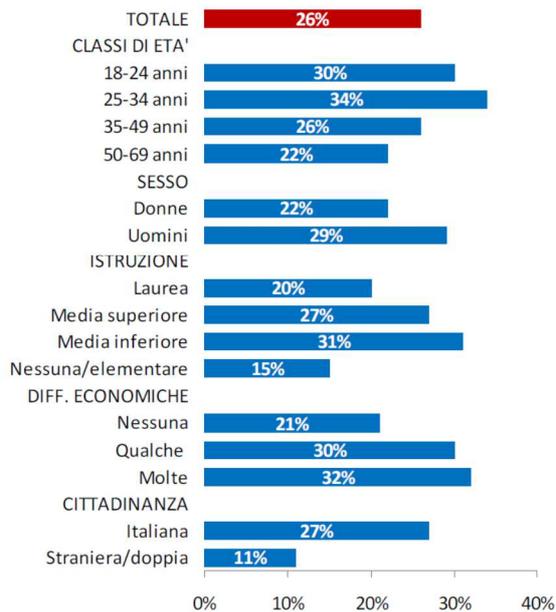
Abitudine al fumo di sigaretta (%)
AUSL Ferrara e Regione Emilia-Romagna - PASSI 2011-2014



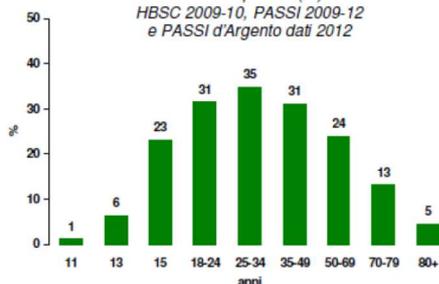
Fumatori per distretto sanitario (%)
AUSL Ferrara - PASSI 2011-2014



Fumatori (%)
AUSL Ferrara - PASSI 2011-2014



Fumatori per età (%)
HBSC 2009-10, PASSI 2009-12 e PASSI d'Argento dati 2012



5. IL CONSUMO PROBLEMATICO E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Consumo Problematico e Dipendenza Patologica⁵

La tossicodipendenza è generalmente descritta, secondo la prospettiva medica e sociale, come una patologia cronica, recidivante, caratterizzata dagli effetti dell'uso prolungato di sostanze stupefacenti e dai disturbi dovuti alla sua dipendenza⁶.

La "sindrome da dipendenza" (o addiction) è una "modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, con manifestazione negli ultimi 12 mesi di almeno tre delle seguenti condizioni: tolleranza, astinenza, desiderio persistente della sostanza, incremento del tempo dedicato per procurarsela, interruzione o riduzione di attività sociali o lavorative, uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente fisico o psicologico"⁷.

Si tratta di una patologia complessa ad eziologia multifattoriale, nel senso che a generare l'evidenza fenomenica dell'assunzione reiterata di sostanze concorrono molteplici fattori, con forti interdipendenze e variamente rappresentati da individuo a individuo, in relazione alle sue caratteristiche neuro-biologiche, psichiche e socio-ambientali⁸.

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

Il comportamento di assunzione che porta alla dipendenza è sostenuto da uno stato che viene definito di vulnerabilità che a sua volta

viene condizionato da fattori biologici, sociali e psichici⁹.

La disponibilità delle sostanze dipende invece da fattori ambientali (mercato-offerta), ma anche dalla cultura e dai rituali sociali più o meno propensi all'uso.

Il rischio di dipendenza viene sostenuto da tre cluster di fattori che interagiscono: l'individuo e le sue caratteristiche (congenite e acquisite) che lo rendono più o meno vulnerabile, le caratteristiche ambientali (disponibilità delle sostanze, incentivazione all'uso), le caratteristiche farmacologiche della sostanza con le sue capacità leganti¹⁰.

Risulta utile ricordare che le sostanze una volta assunte producono effetti che vengono memorizzati ed interpretati dal soggetto mediante complesse elaborazioni cognitive, e sono in grado di condizionare i comportamenti futuri¹¹.

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

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

È stato ampiamente provato che la memorizzazione degli effetti delle sostanze e l'impulso alla loro ricerca è strettamente correlato con l'effetto

⁵ Azienda Usl di Ferrara, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Relazione annuale

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

⁷ DSM IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005.

⁸ J. Baron, S. Leshner How serious are expressions of protected values? J Exp Psychol Appl, 6, 183-94, 2000.

⁹ J. Bergeret, La Personalità Normale e Patologica, Raffaello Cortina, Milano, 1984.

¹⁰ G. Serpelloni, G. Gerra, A. Zaimovic, M. E. Bertani, Modellistica interpretativa della vulnerabilità all'*addiction*, in G. Serpelloni, G. Gerra, Vulnerabilità all'*addiction*, 1, 72, 2002.

¹¹ G. Benedetti, Neuropsicologia, Feltrinelli, Milano, 1969.

gratificante che queste provocano sull'individuo e alla loro azione sui sistemi del piacere¹².

Partendo dal principio che l'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive costituisce un problema di natura sanitaria e sociale, bisogna però ricordare che vi possono essere casi di rapida evoluzione verso la dipendenza e altri che non evolvono e si autoestingono.

Tra coloro che possono evolvere verso una dipendenza, il numero di soggetti che si rivolgono ai servizi sanitari per richiedere un trattamento terapeutico costituisce un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi dinamica del fenomeno. In particolare la domanda di trattamento¹³ che proviene ai servizi da parte di persone che usano sostanze permette di stimare l'andamento del consumo problematico di stupefacenti e di sostanze psicoattive nella popolazione.

Tra i soggetti che si rivolgono ai servizi troviamo diverse modalità di assunzione delle sostanze¹⁴: un uso gestito senza addiction (*managed user*); un uso a basso potenziale di addiction (*excalator*); la dipendenza con perdita del controllo (*addicted*).

Utenti che si sono rivolti ai Servizi Dipendenze Patologiche

Negli ultimi 3 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 2.140 con un incremento dell'1,2%.

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.

Osservando la composizione dell'utenza complessiva che si è rivolta ai servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Ferrara nell'anno 2015, si rileva che il 63,4% (n=1.439) ha un problema di consumo problematico di droghe, il 24,1% (n=548) presenta un problema legato ad un uso rischioso di alcol, il 7% (n=160) si è rivolto ai Centri Antifumo per richiedere un trattamento di

disassuefazione dal fumo di sigaretta e il 5,5% (n=124) ha avuto almeno un accesso ai servizi per un problema di gioco d'azzardo patologico.

Utenti totali che si sono rivolti ai SerT distinti per Ausl

	2013	2014	2015	Variazione % anno prec.
Piacenza	1.835	2.022	2.069	+2,3%
Parma	2.900	2.898	3.029	+4,9%
Reggio Emilia	2.698	2.768	3.070	+10,9%
Modena	4.054	4.147	4.076	-1,7%
Bologna	5.077	5.435	5.520	+1,6%
Imola	979	962	936	-2,7%
Ferrara	2.114	2.102	2.140	+1,8%
Area Vasta Romagna	8.026	7.903	7.887	-0,2%
Regione Emilia-Romagna	27.683	28.237	28.737	+1,8%

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 utenti totali distinti per Ausl (*1.000 abitanti 15-64 anni)

	2013		2014		2015	
	Tasso Grezzo	Tasso STD	Tasso Grezzo	Tasso STD	Tasso Grezzo	Tasso STD
Piacenza	7,34	7,21	7,85	7,70	7,94	7,82
Parma	8,61	8,53	8,20	8,07	8,59	8,46
Reggio Emilia	6,38	6,70	6,89	6,75	7,23	7,13
Modena	7,45	7,37	7,44	7,32	7,27	7,14
Bologna	6,69	6,55	6,53	6,39	6,97	6,85
Imola	10,17	10,09	9,3	9,83	8,64	8,58
Ferrara	8,16	8,11	7,83	7,74	8,22	8,13
Area Vasta Romagna	9,11	9,09	9,02	9,00	9,04	9,01
Regione E-R	7,88	7,83	7,79	7,72	7,93	7,87

Utenti totali SerT distinti per residenza

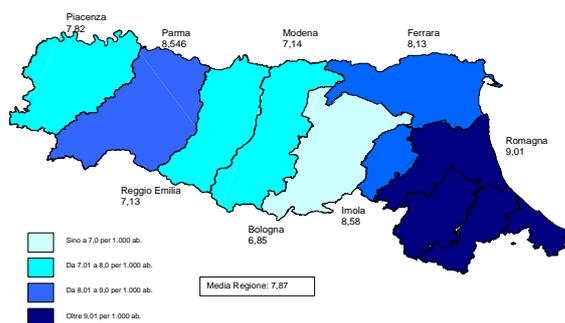
Anno 2015	Residenti	Assistiti	% non residenti
Piacenza	1.581	2.069	23,6%
Parma	2.568	3.039	15,5%
Reggio Emilia	2.591	3.070	15,6%
Modena	3.569	4.076	12,4%
Bologna	4.112	5.520	25,5%
Imola	825	936	11,9%
Ferrara	1.916	2.140	10,5%
Area Vasta Romagna	6.822	7.887	13,5%
Regione Emilia-Romagna	23.984	28.737	16,5%
Altra Regione		2.316	
Estero		800	
Senza Fissa Dimora		397	

¹² K.J. Brower, G.A. Eliopoulos, F.C. Blow, D.H. Catlin, T.P. Beresford, Evidence for physical and psychological dependence on Anabolic androgenic steroids in eightweight lifters, Am. J. Psychiatry, 147, 510-512, 1990.

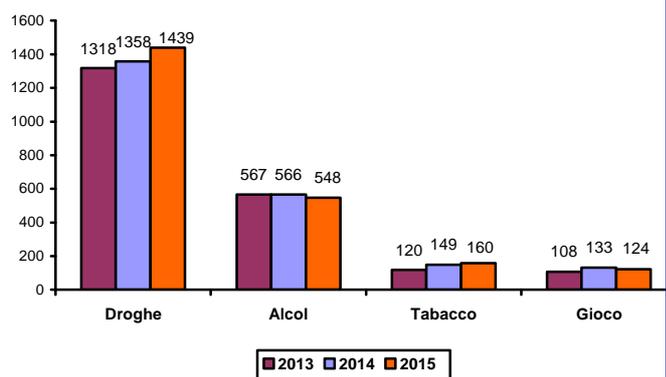
¹³ Treatment Demand Indicator -TDI

¹⁴ A.I. Leshner, Drug abuse and addiction treatment research. The next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

Tassi di prevalenza standardizzati per età e sesso (*1.000 target 15-64 anni) - Utenza complessiva – Anno 2015



Trend Utenti Totali distinti per area problematica Valori assoluti



Utenti SerT distinti per Area Problematica Valori assoluti

Anno 2015	Alcol	Tabacco	Gioco	Droghe
Piacenza	738	12	173	1.250
Parma	688	169	122	2.287
Reggio Emilia	698	283	132	2.106
Modena	1.402	380	231	2.327
Bologna	1.321	1	224	4.539
Imola	332	113	43	449
Ferrara	548	160	124	1.439
Ravenna	861	229	71	2.250
Forlì	245	89	50	667
Cesena	319	89	75	809
Rimini	631	157	65	1.572
Regione Emilia-Romagna	7.783	1.682	1.310	19.695

La comparazione dei dati colloca il territorio ferrarese al di sopra della media regionale, con un tasso standardizzato di 8,13 soggetti con dipendenza patologica ogni 1.000 abitanti contro i 7,87/1.000 della media regionale.

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 26 Comuni della provincia di Ferrara¹⁵.

La **prevalenza** della dipendenza patologica da droga nella popolazione generale vede ai primi posti il distretto **Sud Est** con un tasso di 4,28 per 1.000 e il distretto **Centro Nord** con 3,88 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 2,74 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 3,74 casi ogni 1.000 residenti.

Utenti Totali distinti per area problematica (%)



Utenti SerT distinti per Area Problematica (%)

Anno 2015	Alcol	Tabacco	Gioco	Droghe
Piacenza	34,0%	0,6%	8,0%	57,5%
Parma	21,1%	5,2%	3,7%	70,0%
Reggio Emilia	21,7%	8,8%	4,1%	65,4%
Modena	32,3%	8,8%	5,3%	53,6%
Bologna	21,7%	0,0%	3,7%	74,6%
Imola	35,4%	12,1%	4,6%	47,9%
Ferrara	24,1%	7,0%	5,5%	63,4%
Ravenna	25,2%	6,7%	2,1%	66,0%
Forlì	23,3%	8,5%	4,8%	63,5%
Cesena	24,7%	6,9%	5,8%	62,6%
Rimini	26,0%	6,5%	2,7%	64,8%
Regione Emilia-Romagna	25,5%	5,5%	4,3%	64,6%

¹⁵ Tasso di prevalenza: utenti totali residenti/ popolazione target residente; Tasso di incidenza: nuovi utenti residenti/ popolazione target residente.

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

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

I Comuni che nel 2015 registrano un tasso di **prevalenza** del fenomeno nella popolazione residente al di sopra della **media provinciale (3,74/1.000)** sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Berra (6,86/1.000); Tresigallo (5,43/1.000); Copparo (4,6/1.000); Ro (4,64/1.000); Ferrara (3,81/1.000).
- nel **Distretto Sud Est**: Portomaggiore (5,23/1.000); Goro (5,33/1.000); Ostellato (4,95); Fiscaglia (4,91/1.000); Comacchio (4,84/1.000); Argenta (4,11/1.000).
- nel **Distretto Ovest**: Bondeno (3,94/1.000).

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

	2012	2013	2014	2015
Ferrara	3,82	3,65	3,61	3,81
Masi Torello	0,67	0,68	0,00	0,69
Voghiera	2,56	2,15	2,17	2,21
Copparo	5,33	5,55	5,36	4,64
Ro	5,24	4,85	5,54	4,64
Berra	6,35	4,89	6,71	6,86
Jolanda di Savoia	3,65	1,59	2,16	2,20
Formignana	1,14	1,73	2,88	1,17
Tresigallo	5,97	4,95	4,32	5,43
Centro Nord	4,00	3,89	3,79	3,88
Argenta	2,3	2,9	3,32	4,11
Portomaggiore	5,24	5,78	5,78	5,23
Ostellato	5,17	4,25	4,35	4,95
Fiscaglia	4,49	3,74	4,34	4,91
Comacchio	4,64	4,84	4,60	4,84
Lagosanto	4,88	4,04	3,44	3,48
Codigoro	3,69	4,04	2,92	2,71
Mesola	3,36	3,42	3,00	2,57
Goro	2,7	2,37	2,82	5,33
Sud Est	3,98	4,06	3,98	4,28
Cento	3,1	2,72	2,48	3,06
S. Agostino	1,28	1,31	1,54	1,13
Mirabello	2,30	1,91	3,47	3,55
Bondeno	4,16	4,33	4,00	3,94
Poggio Renatico	1,28	1,27	1,60	1,43
Vigarano				
Mainarda	2,85	2,45	1,64	1,85
Ovest	2,84	2,65	2,51	2,74

Per quanto riguarda i **tassi di incidenza** (nuovi utilizzatori) dell'uso di droghe nella popolazione dei tre distretti socio-sanitari, il **Distretto Centro Nord** si allinea alla media provinciale registrando 0,60 soggetti ogni 1.000 residenti; il **Distretto Ovest** si colloca al di sotto dei valori medi con 0,59 tossicodipendenti per 1.000, mentre il **Distretto Sud Est** presenta un tasso al di sopra della media con 0,71 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
Centro Nord	0,60	0,51	0,40	0,33	0,58	0,60
Sud Est	0,71	0,62	0,45	0,56	0,54	0,71
Ovest	0,54	0,37	0,53	0,38	0,60	0,59
Provincia	0,62	0,51	0,44	0,40	0,58	0,63

Tassi di incidenza di soggetti con problemi di dipendenza da sostanze per 10.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2007-2015

I Comuni che presentano un tasso di incidenza di uso di droghe che supera la media provinciale (**0,63/1.000**) 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).
- nel **Distretto Sud Est**: Goro (2,46/1.000); Argenta (1,20/1.000); Comacchio (0,82/1.000).
- nel **Distretto Ovest**: Bondeno (0,90/1.000); Cento (0,90/1.000).

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

	2012	2013	2014	2015
Ferrara	0,39	0,34	0,47	0,60
Masi Torello	0,00	0,68	0,00	0,00
Voghiera	0,43	0,00	0,43	0,44
Copparo	0,19	0,29	0,89	0,50
Ro	0,48	0,00	0,50	0,00
Berra	0,32	0,00	2,69	0,34
Jolanda di Savoia	0,52	0,00	1,62	1,10
Formignana	0,57	0,58	0,58	0,00
Tresigallo	1,05	0,71	0,36	2,17
Centro Nord	0,40	0,33	0,58	0,60
Argenta	0,50	0,80	0,66	1,20
Portomaggiore	0,27	0,40	0,54	0,28
Ostellato	0,49	0,50	0,77	0,52
Fiscaglia	0,66	0,34	0,69	0,70
Comacchio	0,39	0,40	0,27	0,82
Lagosanto	0,31	0,31	0,00	0,00
Codigoro	0,51	0,91	0,53	0,14
Mesola	0,22	0,23	0,46	0,23

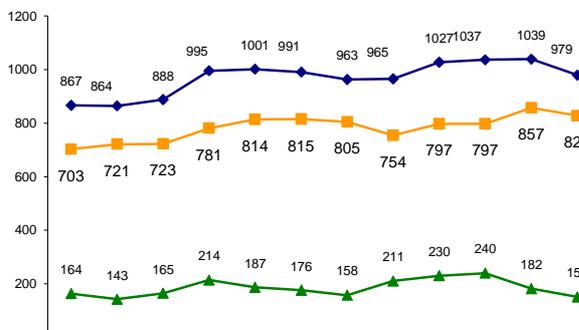
Goro	0,77	0,79	1,61	2,46
Sud Est	0,45	0,56	0,54	0,71
Cento	0,65	0,39	0,48	0,70
S. Agostino	0,85	0,65	0,88	0,45
Mirabello	0,46	0,00	0,99	0,51
Bondeno	0,32	0,43	0,67	0,90
Poggio Renatico	0,48	0,32	0,64	0,16
Vigarano Mainarda	0,2	0,20	0,62	0,21
Ovest	0,53	0,38	0,60	0,59

Pazienti in trattamento terapeutico

Nella provincia di Ferrara, nel periodo che va dal 2000 al 2015 si assiste ad un forte incremento della **domanda di trattamento** fino al 2010 (n.1039), con un tasso medio decrementale del 4% fino al 2014 (n.878) e una ripresa a partire dal 2015 con 901 pazienti in carico (maschi 83,9%; femmine 16,1%; età media di 38 anni).

Va rilevato negli ultimi anni tre anni si registra un forte incremento dei nuovi pazienti con diagnosi di dipendenza patologica che passano da 135 nel 2013 a 179 nel 2015 (+32,6%).

Pazienti in trattamento per dipendenza patologica da droghe. Periodo 2000-2015



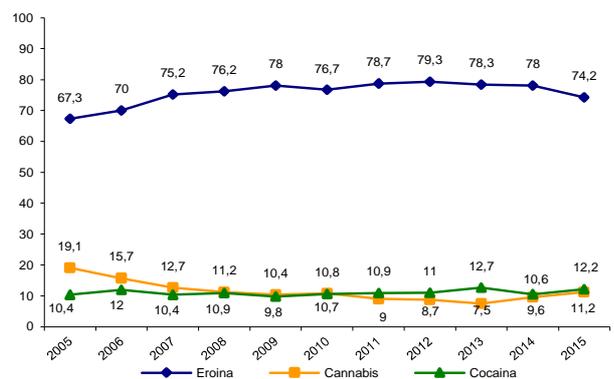
Le sostanze primarie maggiormente consumate continua ad essere: l'eroina utilizzata da 625 pazienti pari al 74,2%, per il 65,6% con la modalità d'uso endovenoso; la cocaina utilizzata da 103 pazienti pari al 12,2% (9,7% con uso endovenoso); la cannabis utilizzata da 94 pazienti pari al 11,2%.

L'analisi temporale del rapporto tra utenti distinti per sostanza primaria e popolazione target segue un trend in leggera decrescita per gli oppioidi (2,8/1.000, associato ad un incremento dei pazienti in trattamento per consumo problematico di cocaina (0,47/1.000) e di cannabinoidi (0,43/1.000).

Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=83,9%; F=16,1%), con un rap-porto di 5,2 maschi ogni femmina.

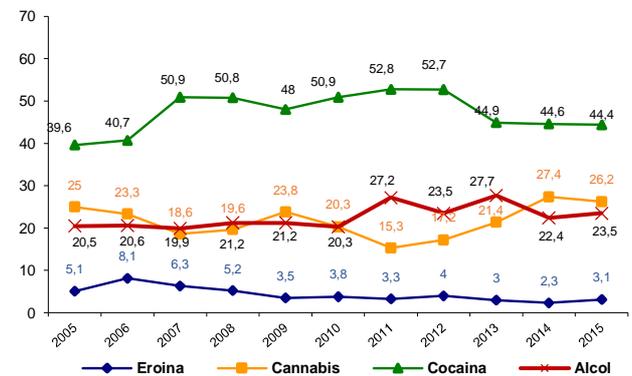
Gli utenti di nazionalità straniera in carico ai Servizi rappresentano il 5,9% dell'utenza complessiva: per la quasi totalità sono maschi con un'età media di 30 anni e provengono soprattutto dall'area Africana e dall'Europa dell'Est.

Pazienti SerT distinti per sostanza primaria (%). Periodo 2005-2015

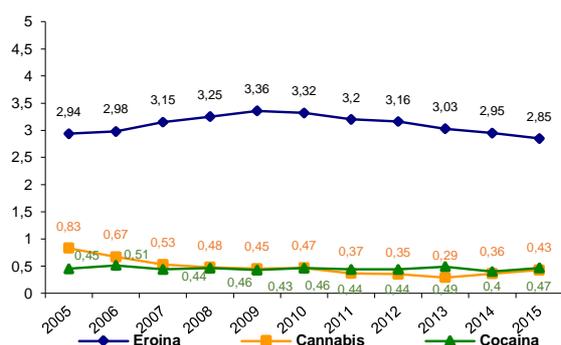


Il 36% degli utenti utilizza una sostanza secondaria associata alla primaria: principalmente cocaina (44,4% dei soggetti con uso secondario; n.144), seguono i cannabinoidi (22,4% dei soggetti con uso secondario; n.85) e l'alcol (23,5%; n.76).

Pazienti SerT distinti per sostanza secondaria (%)



Rapporto tra pazienti per sostanza primaria e popolazione target (15-64 anni) *1.000



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 157 nel 2015, con un tasso di crescita di periodo del 145%.

Il tasso di prevalenza età specifico passa da 4,6 per 1.000 nel 2007 a 5,5 per 1.000 nel 2015.

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

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

Utenti inviati o segnalati dalla Prefettura

	Invio Art. 75	Segnalazione Art. 121	TOTALE
Ferrara	35	45	80
Copparo	15	7	22
Portom.	21	14	35
Codigoro	6	45	51
Cento	25	25	50
Provincia	102	136	238

L'età di accesso ai servizi si abbassa infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 19 anni passa dai 31 utenti del 2007 raddoppiano nel 2015 raggiungendo i 64 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 27% (fumata quotidianamente o per più giorni la settimana) e di cocaina 21%,

mentre calano i trattamenti per consumo problematico di cannabinoidi (25,7%). 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 9,6% (n.18) e il gioco patologico il 6,4% (n.12) 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 2015 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 (SerT, 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 oppiacei¹⁶.

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 identificare i bisogni bio-psico-sociali e le motivazioni del paziente, di definire la diagnosi e la eventuale risposta a trattamenti pregressi.

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

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

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

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

Purché assunti nell'ambito di servizi terapeutici, questi farmaci interrompono il ciclo di intossicazione e astinenza e contribuiscono a ridurre notevolmente l'assunzione di eroina e di altri oppiacei per uso illecito.

Il trattamento disintossicante mirato all'astinenza dà scarsi risultati nel lungo termine; i pazienti comunque devono essere assistiti e sostenuti nella fase astinenziale della disintossicazione. Il naltrexone può contribuire alla prevenzione delle ricadute nei pazienti che abbiano superato l'astinenza da oppiacei.

¹⁶ World Health Organization, Istituto superiore di sanità, Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei, Roma, ottobre 2010.

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

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

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

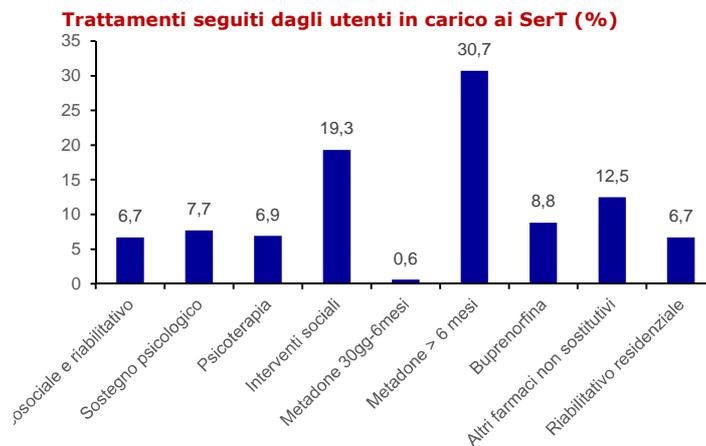
L'approccio di cura che si è consolidato negli ultimi dieci anni nei Servizi dell'Azienda Usl di Ferrara, è basato sulla integrazione dei trattamenti (farmacologico, psicologico, sociale, educativo) al fine di perseguire obiettivi differenziati ma fortemente correlati.

Si tratta di obiettivi terapeutici che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della salute, 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 SerT hanno puntato sull'integrazione della terapia farmacologica con agonisti a medio lungo termine con gli interventi psico-sociali, al fine di garantire una migliore ritenzione in trattamento e una protezione dalla mortalità acuta da overdose, come indicato dalle evidenze scientifiche (revisione sistematica del Gruppo Cochrane su droghe e alcol).

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

compatibili con altri trattamenti (es. terapia farmacologica).



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

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

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

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

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

In questa prospettiva risulta fondamentale attivare interventi orientati al raggiungimento di esiti multidimensionali di recovery basati sulle evidenze scientifiche, attraverso la

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

Le patologie infettive correlate al consumo di droga

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

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

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

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

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

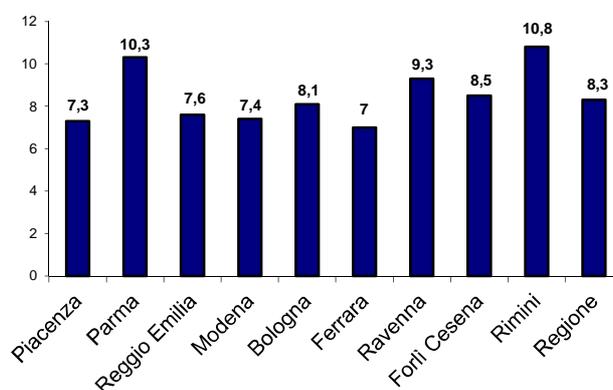
diagnosi e a programmi di screening e cura delle malattie infettive.

Particolarmente importante è la disponibilità di un numero sufficiente di terapie sostitutive, per i consumatori di oppioidi che si iniettano la sostanza, dal momento che questo fattore riduce in maniera significativa il comportamento a elevato rischio di trasmissione delle malattie infettive collegate alla droga.

Lo stato dell'infezione Hiv

Nel periodo 2006-2015 sono state notificate in Emilia-Romagna 3.850 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 3.348 (87,0%) relative a cittadini residenti in regione. Tali numerosità determinano un'incidenza media annua pari a 8,5 casi per 100.000 abitanti se si limita l'osservazione ai soli cittadini residenti, mentre tale valore sale a 9,8 se si considerano tutte le segnalazioni. Nell'ultimo anno l'incidenza tra i residenti è pari a 7,6, dato superiore a quello del 2013, ma ancora inferiore a quelli osservati nel periodo 2006-2012.

Tassi di incidenza di infezione da Hiv per 100.000 abitanti. Anno 2015



*incidenza media annuale calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2015

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.

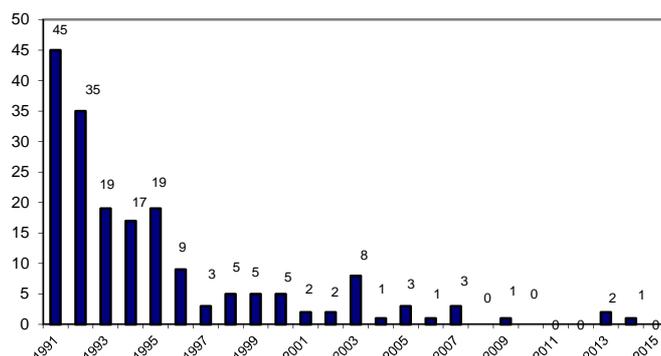
La rilevazione della modalità di trasmissione dell'infezione, riferita dal paziente al momento della diagnosi, riveste molta importanza per ottimizzare gli interventi di prevenzione e agire con azioni specifiche su precisi sottogruppi di popolazione o su particolari stili di vita.

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.

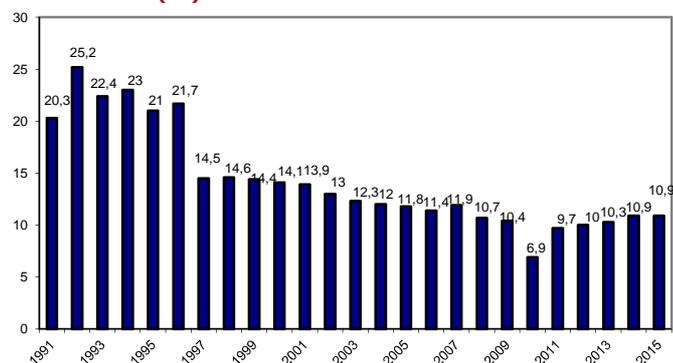
La stessa tendenza osservata in regione si osserva anche nella provincia di Ferrara, infatti su 233 nuovi casi segnalati nel periodo 2006-2014 nella popolazione generale (83,3% italiani; 16,7% stranieri), il 9,4% (n.22) a causa dell'uso di droghe iniettive, il 32% (n.74) come conseguenza di rapporti omo-bisessuali non protetti e il 45% (n.105) in persone che hanno avuto rapporti eterosessuali non protetti¹⁷.

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 SerT. Periodo 1991-2015



Positività all'Hiv degli utenti già in carico ai SerT. Periodo 1991-2015. (%)



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

¹⁷ Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la salute, Lo stato dell'infezione da Hiv/Aids in Emilia-Romagna, Aggiornamento sull'epidemia al 31/12/2015

(Hcv) nelle coorti di tossicodipendenti raggiunge percentuali oltre il 60%.

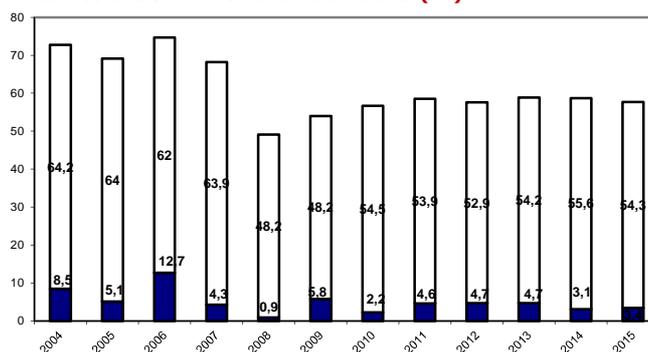
I fattori di esposizione alla malattia sono gli stessi già descritti per l'infezione Hiv e riguardano l'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa e i rapporti sessuali con soggetti affetti da Hcv. Tuttavia negli ultimi anni, in seguito alla sensibilizzazione ottenuta con le campagne anti-Aids, 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 cancro¹⁸.

E' possibile che **l'andamento in forte crescita dell'infezione Hcv** tra gli eroinomani sia imputabile da una lato alle caratteristiche del virus e dall'altro ai **differenti stili di vita dei soggetti**.

Infine, problema di particolare rilievo è quello della co-infezione Hiv-Hcv, che si è iniziato ad osservare in seguito alla migliorata sopravvivenza conseguita con la terapia antiretrovirale altamente attiva. Va peraltro tenuto presente che l'Hiv nei confronti dell'Hcv aumenta il rischio di trasmissione sessuale o perinatale e di evolutività della malattia. L'Hcv, invece, nei confronti dell'Hiv incrementa il rischio di progressione in Aids e la potenziale tossicità dei farmaci antiretrovirali¹⁹.

Positività all'Epatite C dei nuovi utenti e degli utenti già in carico ai SerT. Periodo 2004-2015 (%)



Il monitoraggio della Salute

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

Da questa prospettiva la Regione Emilia-Romagna ha adottato le linee guida per i percorsi di tutela della salute degli utenti alcol-tossicodipendenti dei Servizi per le dipendenze e del relativo monitoraggio²⁰.

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

Come ribadito anche dalle linee di indirizzo ministeriali²¹, 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.

¹⁸ Medicina delle Tossicodipendenze, Droga. Epatite C, anno XIV, n. 52/53, 2006.

¹⁹ J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

²⁰ Regione Emilia-Romagna, Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD10 nei servizi per le dipendenze, 2010

²¹ Ministero della Salute, Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Linee di indirizzo, gennaio 2001.

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

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

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

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

Pazienti sottoposti al monitoraggio della salute

2015	Utenti da screenare	Utenti screenati	Nuovi utenti già in carico	Utenti già in carico	% screenati
Ferrara	366	263	48	215	71,8%
Copparo	76	68	20	48	89,5%
Portomaggiore	172	130	25	105	75,5%
Codigoro	177	131	26	105	74,0%
Cento	123	92	20	72	74,8%
TOTALE	914	684	139	545	74,8%

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 2015 sono stati sottoposti a screening 914 pazienti in carico ai SerT dell'Azienda Usl di Ferrara, di questi 139 erano nuovi ingressi e 545 erano già in trattamento. E' stato raggiunto un tasso di copertura pari al 74,8% al di sopra dello standard atteso del 50%.

Le azioni messe in campo dai servizi sono le seguenti:

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

La Mortalità Droga-Correlata

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

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

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

In particolare per decessi direttamente indotti da stupefacenti si intendono quelli direttamente provocati da un uso di sostanze e verificatisi poco dopo l'assunzione, identificati nelle seguenti cause indicate dalle linee guida

europee²²: 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.

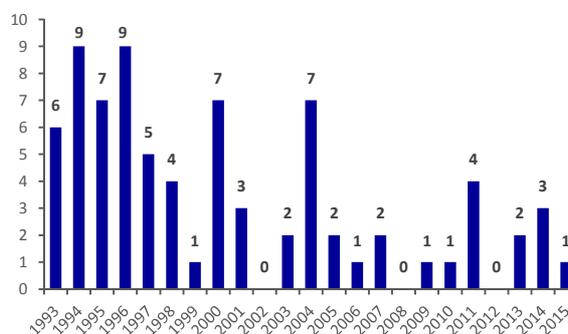
I decessi riconducibili al consumo di ecstasy continuano a essere episodi rari. La presenza del metadone in una percentuale non trascurabile di decessi correlati agli stupefacenti è riferita da alcuni paesi, sebbene il ruolo svolto dal metadone, in mancanza di standard di segnalazione comuni, non sia 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 2015 sono stati complessivamente 53. 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 1999-2015 – Valori assoluti



Osservando l'andamento nel tempo dei decessi legati all'assunzione di oppioidi, nel periodo che va dal 1999 al 2015, l'analisi dei trend temporali della mortalità mostrano un andamento complesso.

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

Dai dati resi disponibili l'abuso di oppioidi (per la maggior parte eroina) è risultata la causa

²² La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: www.emcdda.europa.eu

principale di morte acuta (overdose e avvelenamenti), interessando un numero complessivo di 53 decessi nel periodo che va dal 1999 al 2015 (1 solo decesso nel 2015).

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.

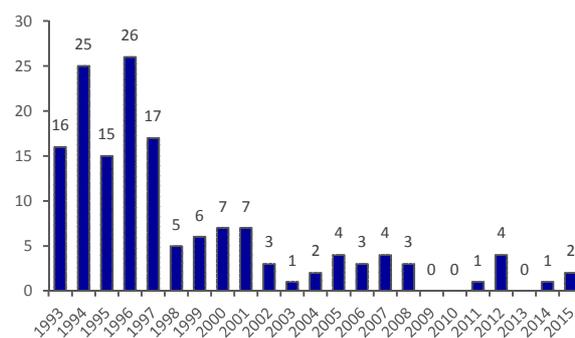
Alla luce dei risultati emersi da studi nazionali ed europei non si può ignorare che i poliassuntori sono sempre più frequenti nelle abitudini di consumo e, a fronte di una riduzione dei decessi correlati all'uso di oppiacei, la diffusione nell'uso della cocaina e delle combinazioni cocaina-morfina, 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 mortalità²³ condotto nella provincia di Ferrara sui tossicodipendenti da eroina in carico ai SerT, ha messo in luce un rischio di mortalità generale elevatissimo per entrambi i sessi. Infatti la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento era dell'80%; dei soggetti seguiti per 15 anni, il 35% era deceduto alla fine del follow-up.

Dal punto di vista del peso delle singole cause, si confermano Aids e overdose come principali componenti dell'eccesso di mortalità osservato.

Tuttavia negli ultimi anni l'epidemia di mortalità per Aids tra i tossicodipendenti mostra un significativo ridimensionamento.

Trend dei decessi per Aids tra la popolazione conosciuta ai SerT della provincia di Ferrara. Periodo 2000-2015. 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.

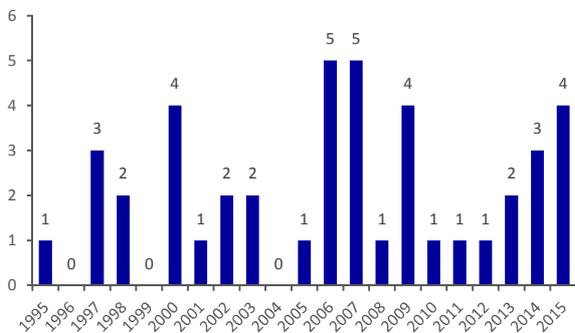
La coinfezione da Hcv rappresenta infatti la più frequente causa di danno al fegato nel paziente con infezione da Hiv.

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

²³ 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.

Trend dei decessi per Epatopatie tra la popolazione conosciuta ai SerT della provincia di Ferrara. Periodo 1994-2015. Valori assoluti



In considerazione dell'elevata incidenza della coinfezione Hiv e Hcv in tutto il mondo, lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche più efficaci e l'applicazione di linee guida per la gestione di questi pazienti rappresenta un obiettivo importante²⁴.

²⁴ JK. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, 4, 2004.

6. 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 zero²⁵.

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

²⁵ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2010

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)²⁶.

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 sociali²⁷. 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.

²⁶ Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008, EMCDDA, Lisbona, 2008

²⁷ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2014

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 patologiche²⁸.

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

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

Per quanto riguarda **l'Italia**, dalla **Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati 2015** evidenzia che il 64,5% degli italiani di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,9%) rispetto alle femmine (52%), con un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente.

Il 22,2% dei consumatori beve quotidianamente (33,3% tra i maschi e 11,8% tra le femmine). La quota complessiva dei consumatori si presenta in lieve calo rispetto a quella dell'anno precedente, mentre più

marcato appare il calo dei consumatori giornalieri, che nel passano dal 23,6% al 22,2%. Aumentano i consumatori occasionali (che passano dal 38,6% al 42,3%) e i consumatori fuori pasto (da 25,8% a 27,9%).

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

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

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra i maschi nella fascia di età 18-44 anni con circa un maschio su due che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=52,9% e 25-44=52,5% rispettivamente). Tra le femmine i valori massimi si registrano nella classe di età 18-24 anni (40,2%); oltre tali età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente.

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali invece le differenze non risultano significative. La prevalenza dei consumatori fuori pasto è aumentata rispetto al 2013; tra le donne si registra nel corso degli anni un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto, in particolare, nel corso dell'ultimo anno, la prevalenza è aumentata di 1,2 punti percentuali; tra le donne l'incremento risulta statisticamente significativo anche nella classe di età 25-44 anni.

²⁸ Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS.

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 2015 è stato pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne di età superiore a 11 anni, identificando oltre 3.700.000 binge drinker di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Le percentuali di binge drinker sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente. La percentuale di binge drinker di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età. L'analisi del trend dei consumatori binge drinker condotta, separatamente per maschi e femmine, sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori binge drinking è diminuita tra gli uomini, mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne.

Rispetto alla precedente rilevazione, tuttavia, si registra un incremento della prevalenza dei binge drinker sia tra gli uomini (+0,8 pp) che tra le donne (+0,6 pp), in particolare nella classe di età dei 25-44enni.

L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), ha costruito un indicatore di sintesi, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. **L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale e quotidiano eccedentario ed il binge drinking.** Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la

popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi: di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il binge drinking almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2015 del 23% per uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sui loro consumi non conformi 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.

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi, sebbene nel corso dell'ultimo anno tra le donne si è assistito ad un incremento delle consumatrici a rischio che sono passate da 8,2% a 9%.

Dall'analisi del **tipo di bevande** consumate si conferma la tendenza già registrata negli ultimi

dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne, e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registra nei giovani e giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e gli anziani. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici, alcolpops) oltre a vino e birra. Per tutte le altre classi di età si osserva, tra gli uomini, una diminuzione sia del numero di quanti consumano solo vino e birra sia della quota di chi beve anche altri alcolici come aperitivi, amari e superalcolici; tra le donne è stabile la quota di chi beve anche altri alcolici ed è in diminuzione il numero di coloro che bevono solo vino e birra. In ogni caso complessivamente tra le bevande consumate nel 2015 il vino resta al primo posto seguito dalla birra e quindi al terzo posto altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici).

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 è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nei Servizi alcolologici 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. Nel 2015 sono stati presi in carico presso i Servizi o gruppi di lavoro rilevati 72.377 soggetti. L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati. Circa il 26,6% 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 3,4 per il totale degli utenti. L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 76,4% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,2% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di

60 anni e oltre pari al 16,4%. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categorie di utenti.

Analizzando i programmi di trattamento, si osserva che nel 2015 il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,3% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 4,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,0% 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 12,0% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,3% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,7% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Dall'anno della loro prima costituzione, avvenuta con D.M. del 1996, il numero dei Servizi alcolologici è progressivamente aumentato, accompagnandosi a un contestuale, progressivo calo dei ricoveri ospedalieri per sindrome di dipendenza da alcol. Al 31.12.2015 sono stati rilevati circa 499 Servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'85,0% sono di tipo territoriale (Ser.D). Tuttavia resta ancora come rilevante criticità la frammentazione dell'organizzazione dei Servizi nelle varie Regioni. E' cresciuto nel contempo anche il numero complessivo delle unità di personale addette al trattamento

dell'alcoldipendenza: gran parte di tale personale tuttavia risulta addetto solo parzialmente ai Servizi alcolologici e il numero degli addetti esclusivi resta ancora troppo basso rispetto al fabbisogno, soprattutto tra i medici e gli psicologi. 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 2015 il 50,3% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcolologici Territoriali (CAT), il 39,1% con gli Alcolisti anonimi (A.A.) e il 12,4% 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 43,5% e il 20,4% dei Servizi; la percentuale dei Servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 33,3%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (20,0%) o private (1,0%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

In **Emilia-Romagna** su un campione di 2.446 soggetti intervistati nello Studio PASSI, emerge che l'83,1% degli uomini e il 55,7% delle donne riferisce di aver bevuto almeno una unità alcolica (birra, vino, liquore) nell'ultimo mese. Il 57% ha dichiarato di consumare alcol durante la settimana e il 43% durante il fine settimana.

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

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

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

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

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

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

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

quota pari a 87,9% nei maschi e 85,5% nelle femmine.

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

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

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

Il fenomeno dell'alcolismo nella popolazione della provincia di Ferrara

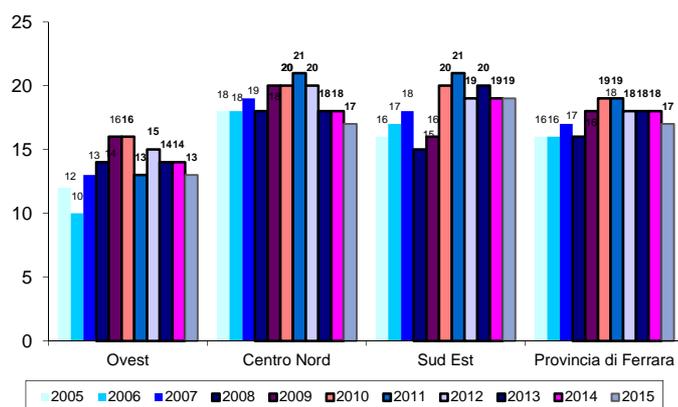
Per stimare il fenomeno dell'alcolismo nella provincia di Ferrara sono stati analizzati i dati relativi ai **sogetti in carico ai Centri Alcolologici dell'Azienda Usl di Ferrara**.

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

Il **tasso di prevalenza** nel 2015 è risultato pari a 17 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 19 soggetti alcolodipendenti ogni 10.000 abitanti, segue il Distretto Centro Nord con 17/10.000, e il Distretto Ovest con 13/10.000.

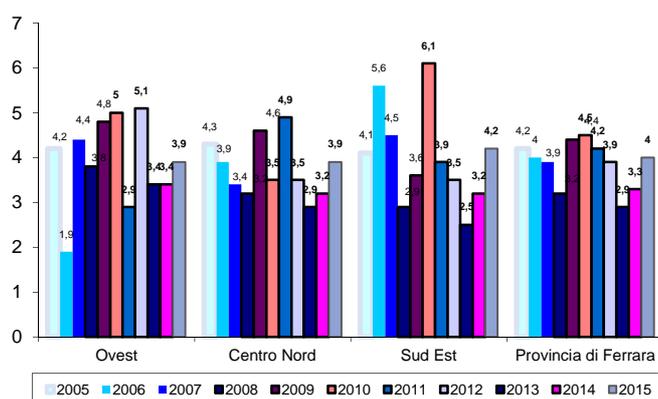
Tassi di prevalenza di soggetti con problemi alcol-correlati per 10.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2005-2015



Il **tasso di incidenza** nel 2015 è risultato pari a 0,40 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 0,42 soggetti alcolodipendenti ogni 1.000 abitanti, segue il **Distretto Centro Nord** con 0,39/1.000, e il **Distretto Ovest** con 0,39/1.000.

Tassi di incidenza di soggetti con problemi alcol-correlati per 10.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2005-2015



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

In particolare per la realtà di Ferrara i distretti socio-sanitari si differenziano sia per specifiche

caratteristiche di territorio, sia di struttura della popolazione.

Nel confronto territoriale i Comuni con i **tassi di prevalenza** di alcoldependenti che si collocano al di sopra della **media provinciale (1,67/1.000)** sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Copparo (2,82/1.000), Berra (2,40/1.000), Ro (2,06/1.000);
- nel **Distretto Sud Est**: Fiscaglia (2,98/1.000), Portomaggiore (2,48/1.000), Goro (2,05/1.000), Argenta (1,94/1.000), Lagosanto (1,90/1.000), Codigoro (1,76/1.000);
- nel **Distretto Ovest**: Mirabello (3,55/1.000).

Tassi di prevalenza alcoldipendenza (*1.000 target 15-64 anni) distinti per Comune

	2012	2013	2014	2015
Ferrara	1,71	1,61	1,75	1,59
Masi Torello	0,00	0,68	0,00	0,00
Voghiera	1,71	1,72	1,74	2,65
Copparo	3,52	3,12	2,58	2,82
Ro	2,38	2,42	3,02	2,06
Berra	2,86	2,93	2,35	2,40
Jolanda di Savoia	2,08	1,59	1,08	0,55
Formignana	4,01	2,31	1,73	0,59
Tresigallo	3,51	3,54	2,16	1,09
Centro Nord	1,99	1,85	1,85	1,69
Argenta	2,37	2,32	2,21	1,94
Portomaggiore	1,99	2,42	3,09	2,48
Ostellato	2,22	2,25	2,05	1,83
Fiscaglia	2,33	2,55	2,26	2,98
Comacchio	1,37	1,46	1,15	1,57
Lagosanto	1,83	1,86	1,25	1,90
Codigoro	1,65	1,70	1,86	1,76
Mesola	1,12	0,68	0,69	1,40
Goro	1,93	3,96	4,03	2,05
Sud Est	1,86	2,00	1,94	1,95
Cento	1,46	1,25	1,30	1,01
S. Agostino	1,07	1,09	1,32	1,58
Mirabello	2,30	2,39	1,98	3,55
Bondeno	2,24	2,06	1,33	1,13
Poggio Renatico	1,44	1,27	1,76	1,43
Vigarano Mainarda	0,41	0,61	1,23	1,64
Ovest	1,50	1,37	1,39	1,30
Provincia	1,84	1,79	1,77	1,67

I Comuni con i **tassi di incidenza** di alcoldependenti che si collocano al di sopra della **media provinciale (0,40/1.000)** sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Berra (1,03/1.000), Ro (1,03/1.000), Voghiera (0,88/1.000), Copparo (0,71/1.000);
- nel **Distretto Sud Est**: Fiscaglia (0,70/1.000), Ostellato (0,52/1.000), Comacchio (0,48/1.000), Mesola (0,47/1.000), Portomaggiore (0,41/1.000);
- nel **Distretto Ovest**: Mirabello (1,52/1.000), Bondeno (0,56), Poggio Renatico (0,48/1.000), S. Agostino (0,45/1.000), Vigarano Mainarda (0,41/1.000).

Tassi di incidenza alcoldipendenza (*1.000 target 15-64 anni) distinti per Comune

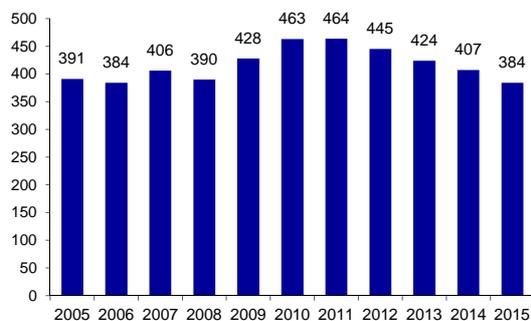
	2012	2013	2014	2015
Ferrara	0,33	0,24	0,34	0,34
Masi Torello	0,00	0,00	0,00	0,00
Voghiera	0,43	0,43	0,00	0,88
Copparo	0,38	0,39	0,40	0,71
Ro	0,00	0,97	0,00	1,03
Berra	0,63	0,00	0,34	1,03
Jolanda di Savoia	1,04	0,53	0,00	0,00
Formignana	0,57	0,00	0,58	0,00
Tresigallo	0,35	1,42	0,36	0,00
Centro Nord	0,35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

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 17% passando da 464 utenti in carico nel 2011 ai 384 nel 2015. I tassi di prevalenza dei pazienti residenti sulla popolazione target passano da 19/10.000 abitanti nel 2011, a 18,3 nel 2015.

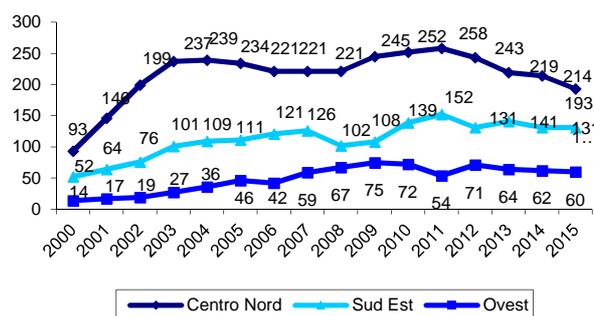
Distribuzione annuale degli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Periodo 2005-2015. Valori assoluti



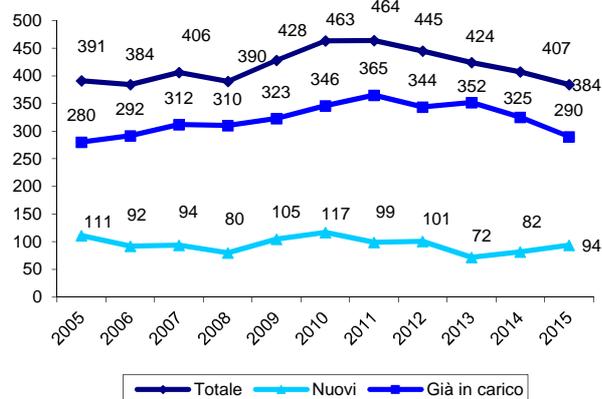
Nel corso del 2015 nella provincia di Ferrara i soggetti che si sono rivolti ai servizi pubblici per problemi alcol correlati sono stati 384, con un'età media di 48,2 anni (min17-max78).

In prevalenza si tratta di italiani (84%), (stranieri 16%), celibi o nubili (40,4%), un livello di istruzione basso (64,9% licenza elementare/media inferiore/diploma professionale), il 38,3% ha un lavoro regolare ma il 37,2% in condizioni di precarietà economica (29,8% disoccupato; 7,4% lavoro precario), il 14,9% è pensionato; in prevalenza sono incensurati (68,1%), il 10,6% ha avuto delle denunce e il 4,3% delle carcerazioni.

Distribuzione dell'utenza totale distinta per distretto. Periodo 2000-2015. Valori assoluti



Distribuzione dell'utenza totale distinta in nuovi utenti già in carico. Periodo 2005-2015. Valori assoluti

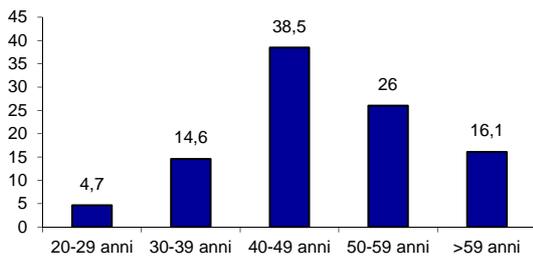


Dall'analisi delle caratteristiche della popolazione che si è rivolta ai servizi emerge come i problemi alcolcorrelati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (69,8%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,3 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=47,1; F=50,7).

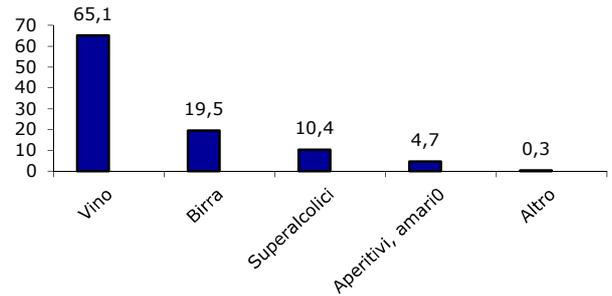
Le fasce di età più numerose sono quelle che vanno dai 40 ai 49 anni (38,5%) e dai 50 ai 59 anni (26%).

Agli estremi della curva troviamo gli anziani ultra 60enni che rappresentano il 16,1% dell'utenza e i giovani con età compresa tra i 20 e i 29 anni che raggiungono il 4,2% del totale dell'utenza in carico, dai 17 ai 19 anni 0,5%.

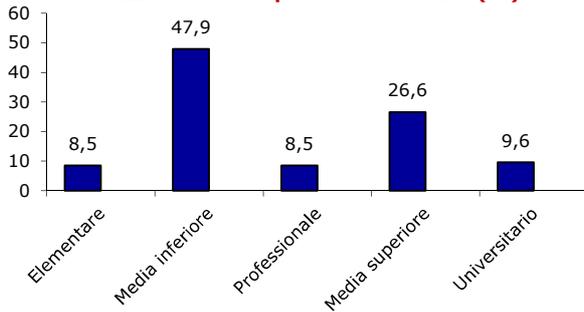
Pazienti distinti per classi di età (%)



Pazienti distinti per sostanza d'abuso (%)

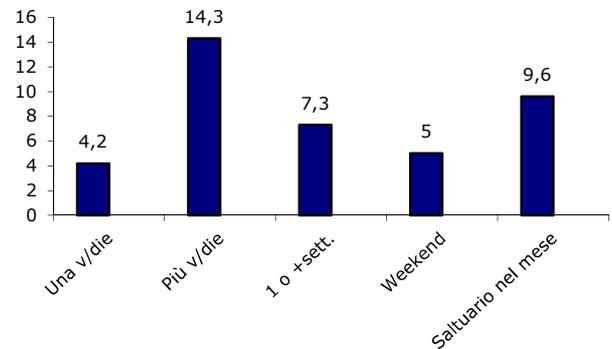


Pazienti distinti per titolo di studio (%)

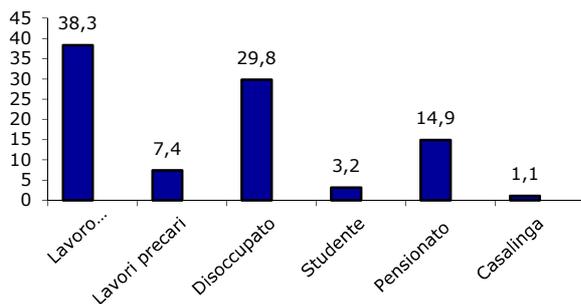


Il 18,5% dei pazienti ha un consumo quotidiano contro l'12,3% che presenta una frequenza di assunzione nel fine settimana o saltuaria nel mese.

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

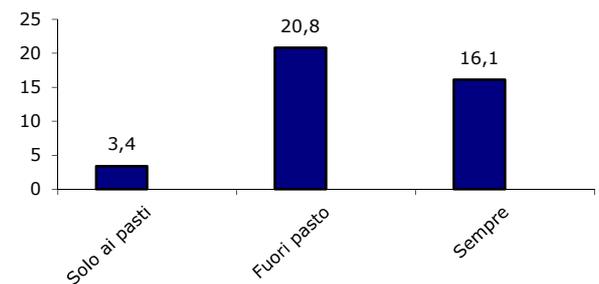


Pazienti distinti per condizione lavorativa (%)



Il 24,2% dei pazienti assume alcol sia ai pasti che fuori dei pasti, il 20,9% solo fuori pasto e il 3,4% solo durante i pasti.

Pazienti distinti per modalità di consumo (%)

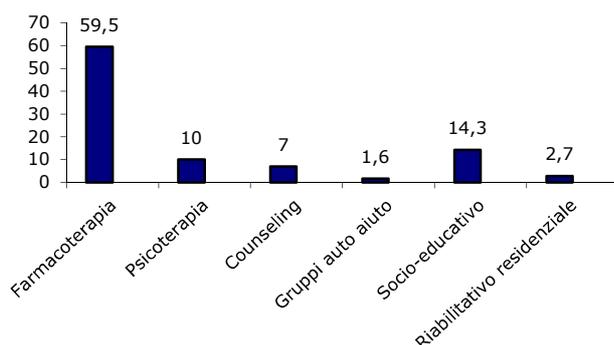


Nei pazienti seguiti dai Centri Alcolologici spesso si registra un consumo concomitante di più tipi di alcolici legati in genere ai diversi momenti della giornata, tuttavia la sostanza primaria più consumata è rimasta il vino (65,1%), seguito dalla birra (19,5%), dai superalcolici (10,4%) e aperitivi, amari, digestivi (4,7%).

In linea con i dati nazionali, tra l'utenza complessiva il 5,7% (n. 22) presenta un abuso di alcol associato ad un uso concomitante di sostanze stupefacenti.

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 2015 le terapie farmacologiche ambulatoriali hanno riguardato il 59,5% dei pazienti, i trattamenti socio-educativi il 14,3% e i trattamenti di psicoterapia individuale e familiare il 10%. Il 7% è sottoposto a counselling e l'1,6% 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, blackout²⁹, epatopatie ecc.).³⁰

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)³¹.

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

²⁹ Deficit transitorio della coscienza e della memoria

³⁰ 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

³¹ DSM IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005

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.

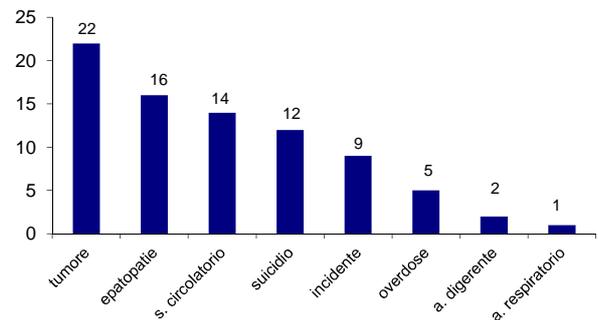
Per quanto riguarda il genere, è ormai accertato che quello femminile è più suscettibile all'epatopatia alcolica rispetto al maschile, ritenendosi tossiche per le donne dosi alcoliche del 30% inferiori a quelle indicate per gli uomini. Infine nelle donne si osserva un rischio maggiore di progressione della epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol³².

La mortalità alcolcorrelata

Relativamente alla mortalità alcol correlata i trend nazionali³³ 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.

Decessi per patologie alcolcorrelate osservati nella popolazione in trattamento presso i Centri Alcolologici. Valori cumulativi 2005- 2015



Sul territorio della provincia di Ferrara nel 2015 sono stati osservati 17 decessi alcolcorrelati (7 a Ferrara, 5 a Copparo, 3 a Cento, 2 a Portomaggiore), che si sono verificati per il 76% nei maschi (n.13) e per il 24% nelle femmine (n.4). L'età media alla morte è di 51,2 anni (min 34 – max 85).

Se osserviamo tutti i casi di decesso nel periodo che va dal 2005 al 2015 tra le cause di morte si colloca al primo posto il tumore (22 casi), seguito dalle epatopatie (16 casi), dalle malattie del sistema circolatorio (14 casi), dal suicidio (12 casi). In misura minore si rilevano 9 casi di incidente stradale, 5 overdose, 2 casi di malattie dell'apparato digerente e 1 caso di malattia dell'apparato respiratorio.

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

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.

³² 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

³³ Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità

Conclusioni

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

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

Ora tenendo conto che anche in Italia si è andata affermando una cultura del bere definita "umida", che accanto ai tradizionali stili di consumo, associati al cibo e alla convivialità, associa un incremento dei consumi di birra e superalcolici concentrato nel fine settimana e

finalizzato all'effetto intossicante (*binge drinking*), si rende necessario prestare molta attenzione a queste nuove tipologie di giovani abusatori occasionali, che associano spesso l'alcol alle sostanze stupefacenti.

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

7. 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 edizione³⁴. In quella successiva, il DSM-IV³⁵ 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)³⁶ 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 Norvegia³⁷ e l'1.91% in Australia³⁸ e negli USA³⁹, mentre altre in cui è stato utilizzato il

³⁴ 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.

³⁵ 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.

³⁶ 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

³⁷ I. Lund, S. Nordlund, Gambling and problem gambling in Norway, Oslo, SIRUS, 2003.

³⁸ 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

³⁹ 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'Islanda⁴⁰ e l'1,6% del Belgio⁴¹.

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%⁴².

Tra i soggetti affetti da GAP l'incidenza dell'uso di alcol e/o di sostanze è elevata. Zimmerman⁴³ 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 argentino⁴⁴ il 12,6% dei gamblers presentava problemi con l'alcol; Kruedelbach⁴⁵ 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'alcol⁴⁶.

L'utenza seguita dai Centri GAP

L'utenza in trattamento presso i Centri di prevenzione e cura del gioco patologico dell'Azienda Usl di Ferrara nel periodo 2006-2015 si è incrementata passando da 26 a 126 utenti in carico, con un tasso di prevalenza della ludopatia di 5,9 gamblers ogni 10.000 residenti.

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

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

Nel 2015 sono stati seguiti 126 pazienti (89 maschi (74,2%), 31 femmine (25,8%); M/F=2,8:1) di cui 20 nuovi utenti (16,7%) presi in carico nel 2015 (16,6%), 12 in osservazione e diagnosi (10%), 88 già in trattamento dal 2014 (73,4%). L'età media all'accesso al servizio è di 50 anni (47 per i maschi e 57 per le femmine).

Età media degli utenti totali

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

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 (80,2%). In misura minore lotto, super enalotto, lotterie istantanee e Gratta&Vinci (13,5%).

Utenti totali distinti per tipo di gioco

Tipo di Gioco	N.	%
Slot Machine, Videopoker, Roulette, dadi	77	80,2
Lotto, Super Enalotto, Lotterie Istantanee, Gratta&Vinci	13	13,5
Giochi /scommesse su Animali	3	3,1
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	2	2,1
Giochi d'azzardo su internet	1	1,0

I pazienti seguiti dal Centro Gambling di Ferrara sono in prevalenza maschi (73%), per il 51,7% coniugati, contro il 27,5% che è celibe/nubile e il 12,5% separato o divorziato e il 5% che è vedovo, il 90,8% italiani e il 9,2% stranieri.

⁴⁰ 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

⁴¹ S. Fisher, Developing the DSM-IV-MR-J criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations, Journal of Gambling Studies, 16, 2000

⁴² 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

⁴³ M. Zimmerman, I. Chelminski, D. Young, Prevalence and Diagnostic Correlates of DSM-IV Pathological Gambling in Psychiatric Outpatients, Journal of Gambling Studies, 22, 2006

⁴⁴ P.E. Abait, J.O. Folino, Characteristics of pathological gamblers in Argentina, Vertex, 18(75), 2007

⁴⁵ 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

⁴⁶ Review a cura di Ciro Garuti, Psicologo DAISMSP

L'area lavorativa o dello studio presenta indicatori legati ad un basso livello di status, infatti il 52,5% ha il diploma di scuola secondaria di primo grado, il 10,8% una qualifica professionale e il 10% la licenza elementare. Solo il 19,2% ha il diploma di scuola media superiore e il 4,1% la laurea.

Il 46,7% è occupato stabilmente contro il 20,8% che è pensionato, il 14,2% è disoccupato e il 8,3% svolge lavori precari; 3,3% casalinghe e 1,7% 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 (2 usano cannabinoidi e 2 eroina) con il gioco patologico.

Da un approfondimento del disturbo GAP life-time si rilevano 7 casi di pazienti con diagnosi legate a problematiche emotive e di personalità: 1 disturbo degli impulsi, 1 sindrome da disadattamento, 2 casi di depressione grave, 2 casi con disturbi dell'umore (affettivi), e 1 caso con disturbi di personalità specifici.

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

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

Nell'area della perdita di controllo, giocare più del previsto è il comportamento che identifica la totalità dei giocatori patologici assieme al desiderio di smettere avendo la sensazione di non riuscire a farlo e al rincorrere le perdite. Nell'area emotiva è interessante notare che il provare sensi di colpa è l'aspetto del gioco che vede la totalità dei giocatori patologici coinvolti.

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

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

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

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

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

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

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

8. ALLEGATO STATISTICO

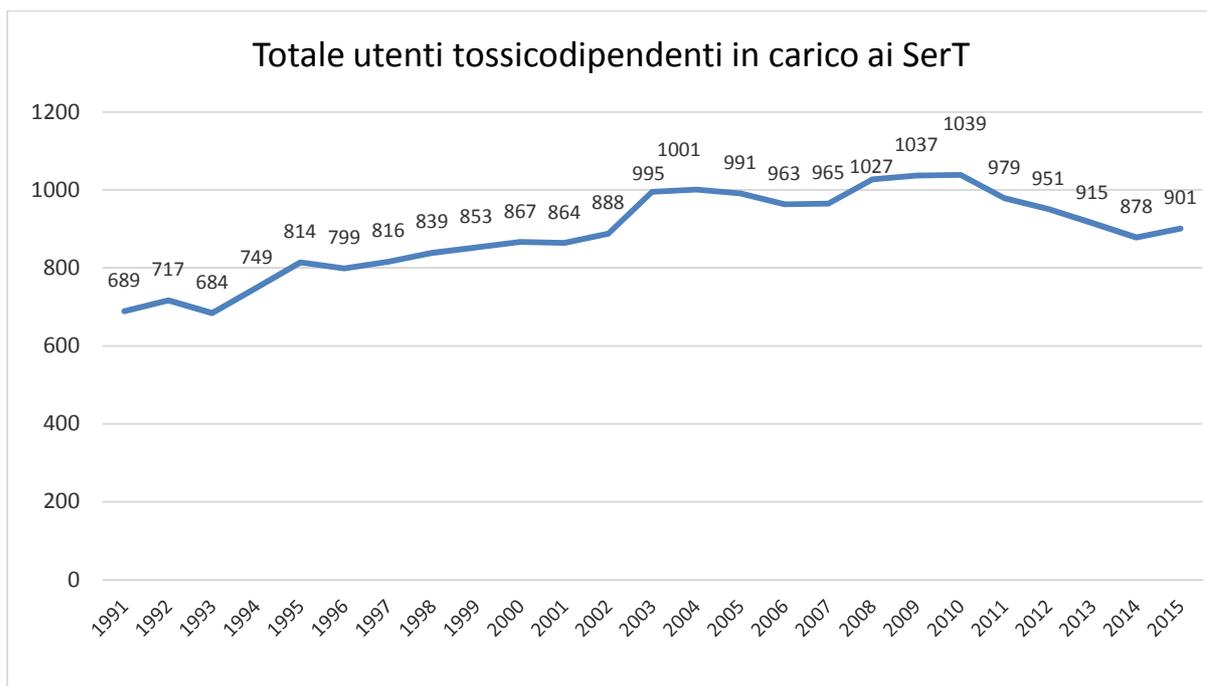
UTENTI IN CARICO AI SERT PER USO DI DROGHE TREND 1991 - 2015

Tab.1 TOTALE UTENTI IN CARICO AL SERT

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

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

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

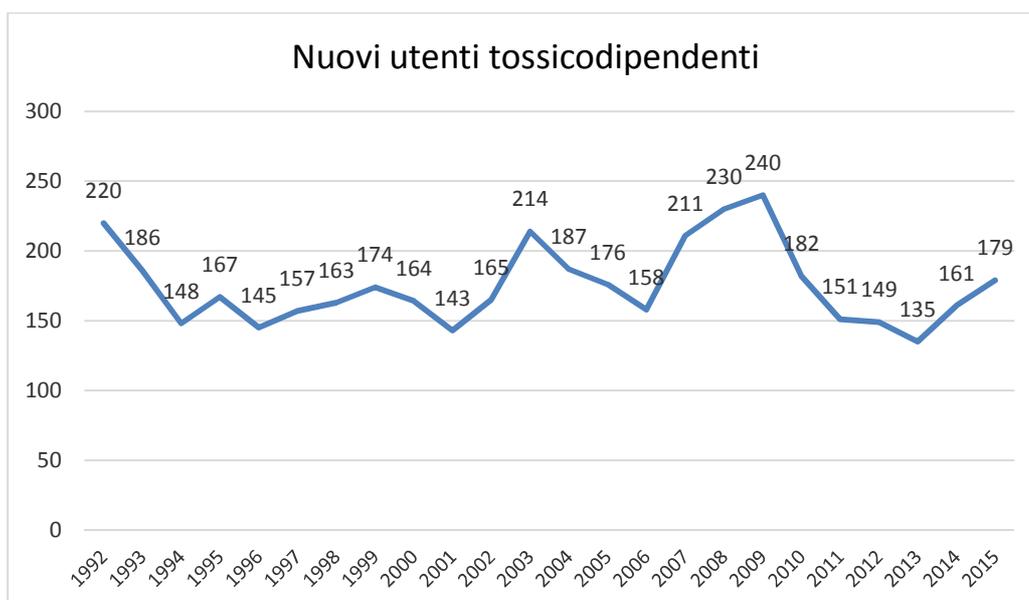


Tab.3 TASSI INCREMENTALI DEGLI UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT (%)

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

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

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

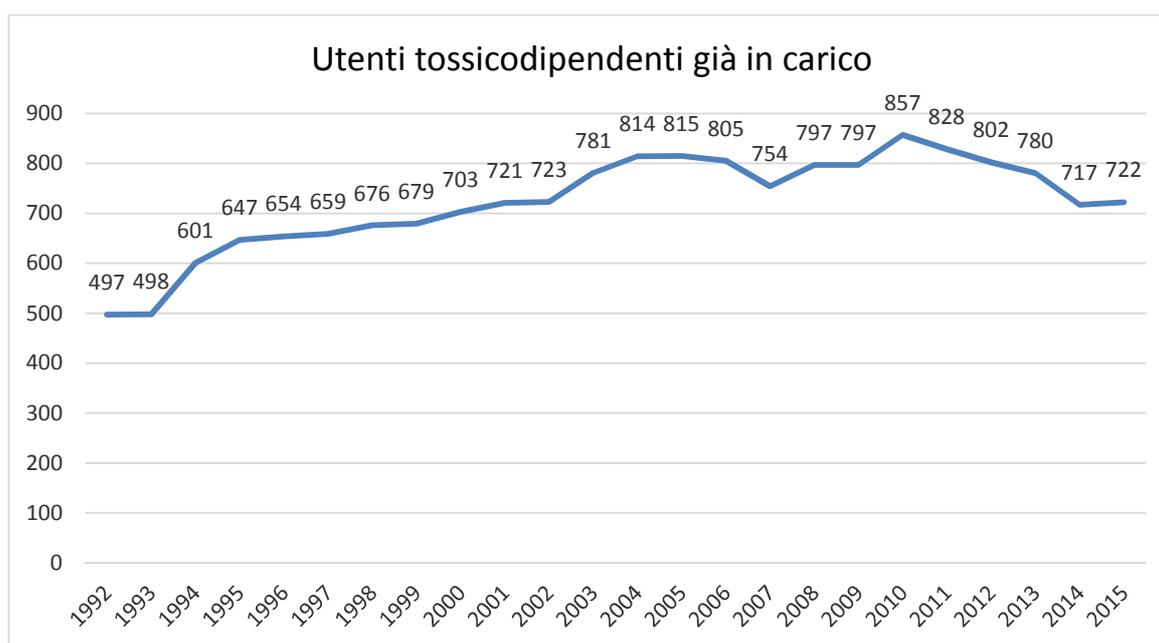


Tab.5 TASSI INCREMENTALI DEI NUOVI UTENTI PER SEDE DI TRATTAMENTO (%)

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁸ Tasso di incidenza = (Nuovi utenti residenti/popolazione target 15-64) * 1.000

Tab.15 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2015

	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	400	104	124	144	129	901	
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	
Maschi/Femmine	5,0	6,4	5,2	5,9	4,6	5,2	
Età media	39,1 (16-64)	37,6 (16-58)	36,2 (15-68)	40,2 (18-67)	34,7 (17-62)	38,0 (15-68)	
Classi di età:							
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%
Cittadinanza:							
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%	
Nuovi utenti	86	20	25	17	31	179	19,9%
Maschi	74	19	19	16	26	154	86,0%
Femmine	12	1	6	1	5	25	14,0%
Maschi/Femmine	6,2	19	3,2	16	5,2	6,16	
Età media	33,7 (16-59)	24,1 (16-44)	29,5 (15-51)	26,9 (18-48)	27,4 (17-48)	30,3 (15-59)	
Classi di età:							
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%
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	44	7	20	42	26	139	77,7%
N. inviati art. 75	32	13	17	6	21	89	49,7%
Totale	76	20	37	48	47	228	
Utenti già in carico	314	84	99	127	98	722	80,1%
Maschi	259	71	85	107	80	602	83,4%
Femmine	55	13	14	20	18	120	16,6%
Maschi/Femmine	4,7	5,4	6,1	5,4	4,4	5,0	
Età media	40,5 (17-64)	40,8 (17-58)	37,8 (19-68)	42,0 (18-67)	36,8 (17-62)	39,9 (17-68)	
Classi di età:							
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.15.1 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2014

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

Tab.15.2 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2013

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

Tab.15.3 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E SEDE DI TRATTAMENTO. Anno 2012

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

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

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

Tab.17 CASI TOTALI SEGNALATI O INVIATI DALLA PREFETTURA

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

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

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

Tab.19 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2015

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	1	0	1	0	2	0,2
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	4	0	3	0	1	8	1,0
Cannabinoidi	25	19	26	13	11	94	11,2
Cocaina	56	9	17	8	13	103	12,2
Crack	2	3	0	0	0	5	0,6
Eroina	289	68	76	107	85	625	74,2
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,1
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	1	1	0	3	0,4
Totale	378	100	124	130	110	842	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	2	2	0	0	4	1,2
Cannabinoidi	37	19	10	16	3	85	26,2
Cocaina	72	29	15	20	8	144	44,4
Crack	1	0	1	0	0	2	0,6
Eroina	9	0	0	1	0	10	3,1
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,3
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	0	0	0	0	2	0,6
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	36	9	15	9	7	76	23,5
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Totale	158	59	43	46	18	324	100,0
Usò endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	8	2	0	0	0	10	2,4
Eroina	207	55	15	92	41	410	97,6
Totale	215	57	15	92	41	420	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	29	-	-	29	29
Cannabinoidi	25,3	21,6	23,2	25,7	25,6	24,0	15-48
Cocaina	41,3	35	35,5	36,2	37,8	38,9	21-59
Eroina	40,8	43,4	40,6	44,0	37,0	41,1	18-68
Benzodiazepine	45,2	-	41,6	-	62	43,8	35-62
Altro ⁴⁹	47	-	41	43	-	43,6	41-47
Nessuna	21,7	22	-	26,5	25,4	24,1	16-48

⁴⁹ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.1 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2014

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	1	1	0	1	1	4	0,5
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	0	1	0	1	4	0,5
Cannabinoidi	22	14	20	12	12	80	9,6
Cocaina	45	7	17	12	7	88	10,6
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	304	77	70	109	90	650	78,0
Metadone	1	1	0	0	0	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	1	0	0	0	2	0,2
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	0	0	1	2	0,2
Totale	377	101	109	134	112	833	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	1	0	0	1	0,3
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	3	3	0	0	1	7	2,3
Cannabinoidi	26	18	16	19	4	83	27,4
Cocaina	72	25	12	20	6	135	44,6
Crack	1	0	1	0	0	2	0,7
Eroina	6	0	1	0	0	7	2,3
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0	0,0
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	26	13	13	14	2	68	22,4
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Totale	134	59	44	53	13	303	100,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	5	1	0	1	0	7	1,6
Eroina	216	62	11	87	47	423	98,4
Totale	221	63	11	88	47	430	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	21	-	-	21	21
Cannabinoidi	24,0	22,3	24,05	26,3	24,5	24,2	16-61
Cocaina	40,3	34,1	35,3	37,5	34,1	36,2	21-56
Eroina	39,9	42,4	40,1	43,7	37,1	40,1	18-63
Benzodiazepine	45,5	-	43,0	-	61,0	49,8	45-61
Altro ⁵⁰	51,0	41,5	-	38,0	36,5	40,07	20-51
Nessuna	21,4	19,2	36,7	31,7	30,4	27,9	16-37

⁵⁰ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.2 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2013

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	2	0	0	2	0,2
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	0	0	0	0	2	0,2
Cannabinoidi	15	11	14	16	9	65	7,5
Cocaina	57	8	20	18	7	110	12,7
Crack	1	0	0	0	0	1	0,1
Eroina	335	81	63	108	93	680	78,3
Metadone	0	1	0	0	1	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	1	0	0	1	4	0,5
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	1	0	0	2	0,2
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	1	0	0	2	0,6
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	3	0	0	1	5	1,5
Cannabinoidi	26	13	12	18	3	72	21,4
Cocaina	89	29	15	12	6	151	44,9
Crack	2	0	0	0	0	2	0,6
Eroina	7	0	2	1	0	9	3,0
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,3
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	35	22	19	15	2	93	27,7
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	9	1	0	1	0	11	2,4
Eroina	246	66	10	80	50	452	97,6
Totale	255	67	10	81	50	463	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	25,0	-	-	25,0	20-30
Cannabinoidi	26,3	26,0	24,4	32,1	26,2	27,2	15-60
Cocaina/crack	39,5	35,2	37,2	37,1	36,0	37,1	20-58
Eroina	38,9	41,6	39,5	42,2	35,4	39,5	17-66
Benzodiazepine	38,5	-	-	-	-	38,5	32-45
Altro ⁵¹	33,5	38,6	29,5	-	43,0	36,4	20-48
Nessuna	23,1	32,7	40,0	28,0	29,9	30,7	15-56

⁵¹ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.3 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2012

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

⁵² Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab.19.4 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2011

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	1	1	0	0	2	0,2
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	0	1	0	2	0,2
Benzodiazepine	1	0	0	0	0	1	0,1
Cannabinoidi	11	15	10	35	13	84	9,0
Cocaina	59	14	4	19	6	102	10,9
Crack	2	0	1	0	0	3	0,3
Eroina	358	92	62	118	104	734	78,7
Metadone	0	0	0	0	1	1	0,1
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	2	0	0	0	4	0,4
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	2	0	0	0	2	0,7
Cannabinoidi	16	11	5	10	4	46	15,3
Cocaina	91	26	12	23	7	159	52,8
Eroina	6	0	0	3	1	10	3,3
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,3
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	1	0	0	0	1	0,3
Alcol	33	25	11	10	3	82	27,2
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	11	3	0	0	0	14	2,5
Eroina	350	76	12	47	60	545	97,5
Totale	361	79	12	47	60	559	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	42,0	-	-	28,0	-	35,0	28-42
Cannabinoidi	24,7	27,1	27,1	28,0	31,9	27,8	16-49
Cocaina/crack	38,6	33,4	37,8	36,1	34,5	36,1	18-64
Eroina	37,3	40,3	38,7	40,6	32,9	38,0	17-63
Benzodiazepine	30,0	-	-	-	-	30,0	30
Altro ⁵³	52,0	50,0	-	-	39	47,0	39-52
Nessuna	28,1	29,0	26,1	25,0	24,2	26,5	19-48

⁵³ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tab. 26 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2015

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

Tab. 26.1 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2014

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

Tab. 26.2 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2013

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

Tab. 26.3 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2012

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

Tab. 26.4 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali. Anno 2011

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

**Tab. 27 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2015**

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

**Tab. 27.1 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2014**

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

**Tab. 27.2 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2013**

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

**Tab. 27.3 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria.
Anno 2012**

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

Tab. 28 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria

Sostanza primaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Eroina	75	66	93	93	98	64	62	65	49	44	50
Cannabinoidi	86	62	66	60	58	51	34	28	30	55	46
Cocaina	44	26	33	35	44	36	27	26	25	21	38
Ecstasy	5	0	4	1	2	0	1	0	1	0	1
Allucinogeni	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	3
Metadone	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0
Altri oppiacei	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Inalanti	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro	2	2	0	1	2	0	2	0	2	5	2
Nessuna	4	0	0	36	35	27	25	28	27	33	39
Sostanza secondaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cocaina	29	25	29	36	11	21	22	33	15	13	16
Cannabinoidi	18	19	28	20	35	14	9	10	18	11	11
Alcol	10	7	7	11	9	3	12	12	9	5	16
Eroina	1	8	2	4	4	3	0	2	1	2	1
Amfetamine	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	0	0	5	0	0	0	0	2	1
Metadone	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0
Tabacco	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Altro	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

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

Sostanza primaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Eroina	34,4	41,8	47,0	40,4	40,8	35,2	41,1	43,6	36,3	27,5	27,9
Cannabinoidi	39,4	39,2	33,3	26,1	24,2	28,0	22,5	18,8	22,2	34,4	25,7
Cocaina	20,2	16,5	16,7	15,2	18,3	19,8	17,9	17,4	18,5	13,1	21,2
Ecstasy	2,3	0,0	2,0	0,4	0,8	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6
Allucinogeni	0,5	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamine	0,0	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,7	0,7	0,6	1,7
Metadone	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0
Altri oppiacei	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inalanti	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	0,9	1,3	0,0	0,4	0,8	0,0	1,3	0,0	1,4	3,1	1,1
Nessuna	1,8	0,0	0,0	15,7	14,6	14,8	16,6	18,8	20,0	20,6	21,8
Sostanza secondaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cocaina	46,8	41,0	43,3	49,3	16,4	50,0	51,2	55,0	34,1	38,2	34,0
Cannabinoidi	29,0	31,1	41,8	27,4	52,2	33,3	20,9	16,7	40,9	32,4	23,4
Alcol	16,1	11,5	10,4	15,1	13,4	7,1	27,9	20,0	20,5	14,7	34,0
Eroina	1,6	13,1	3,0	5,5	6,0	7,1	0,0	3,3	2,3	5,9	2,1
Amfetamine	3,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,0	1,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	1,6	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	2,1
Metadone	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tabacco	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,9	0,0

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

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

Tab. 31 Positività al test HIV degli utenti dei SerT

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

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

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

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

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

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

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

Epatite B anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	9	1	2	7	15	34
Utenti già in carico Hbv+	157	26	31	46	47	307
Totale utenti Hbv+	166	27	33	53	62	341
% Hbv+ / Utenti totali	34,6%	23,3%	28,9%	28,3%	44,3%	32,9%
Utenti vaccinati Hbv	36	40	26	4	7	113
Epatite B anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
Utenti già in carico Hbv+	100	5	12	37	16	170
Totale utenti Hbv+	101	5	12	37	16	171
% Hbv+ / Utenti totali	21,1%	3,9%	13,3%	18,7%	11,1%	16,5%
Utenti vaccinati Hbv	23	56	30	27	59	195
Epatite B anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	4	0	0	1	0	5
Utenti già in carico Hbv+	93	3	8	29	20	153
Totale utenti Hbv+	97	3	8	30	20	158
% Hbv+ / Utenti totali	21,5%	2,4%	9,2%	16,6%	15,0%	16,1%
Utenti vaccinati Hbv	111	52	31	31	49	274
Epatite B anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
Utenti già in carico Hbv+	84	1	4	31	17	137
Totale utenti Hbv+	85	1	4	32	17	139
% Utenti totali Hbv+	19,3%	0,8%	4,3%	19,6%	12,7%	14,6%
Utenti vaccinati Hbv	105	49	34	34	49	271
Epatite B anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	0	1
Utenti già in carico Hbv+	88	2	2	31	15	138
Totale utenti Hbv+	89	2	2	31	15	139
% Hbv+ / Utenti totali	21,3%	1,9%	2%	19,7	12,3	15,3%
Utenti vaccinati Hbv	94	46	31	29	45	245
Epatite B anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	0	0	0	1	1	2
Utenti già in carico Hbv+	73	6	1	31	14	125
Totale utenti Hbv+	73	6	1	32	15	127
% Hbv+ / Utenti totali	18,4%	5,8%	0,9%	22,7%	12,2%	14,5%
Utenti vaccinati Hbv	93	43	25	25	42	228
Epatite B anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	1	2
Utenti già in carico Hbv+	55	5	1	28	12	101
Totale utenti Hbv+	56	5	1	28	13	103
% Hbv+ / Utenti totali	14,0%	4,8%	0,8%	19,4%	10,1%	11,4%
Utenti vaccinati Hbv	96	38	24	21	37	216

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

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

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

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

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

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	4	0	1	0	0	5
Overdose	0	0	0	0	1	1
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	1	1	0	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	0	0	0
Tumore	0	0	0	0	0	0
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	0	0	0	0	1
Totale	7	1	1	0	0	9
Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	2	0	0	0	0	2
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	2	0	0	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	0	0	0	0
Omicidio	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	1	1	0	0	0	2
Totale	7	2	0	0	0	9
Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	1	0	0	0	1
Overdose	2	1	0	0	0	3
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	2	0	1	0	0	3
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	1	0	0	0	1
Malattie infettive	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	0	0	0	0
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	1	0	0	0	0	1
Totale	6	3	1	0	0	10

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

Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	1	0	1	0	0	2
Overdose	0	0	1	0	0	1
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	1	0	0	1	1	3
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	1	0	0	0	1
Malattie infettive	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	1	1	0	2
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	0	0	0	0	0	0
Totale	3	1	3	2	1	10

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

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

Tab. 38 Tassi grezzi di mortalità per 10.000 residenti.

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

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

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

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

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

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

Tab. 40.1 UTENTI TOTALI in carico ai SerT per tipo di trattamento terapeutico e sede (segue)

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

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

Tab. 40.2 UTENTI TOTALI in carico ai SerT per tipo di trattamento terapeutico e sede (segue)

TRATTAMENTI 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	27	3	11	19	8	68	6,7
Sostegno psicologico	13	3	22	20	20	78	7,7
Psicoterapia	42	1	16	9	2	70	6,9
Interventi di servizio sociale	69	15	20	70	21	195	19,3
Metadone a breve termine	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone a medio termine	5	0	0	0	1	6	0,6
Metadone a lungo termine	114	49	36	69	43	311	30,7
Buprenorfina	52	15	10	0	12	89	8,8
Altri farmaci non sostitutivi	47	25	14	16	25	127	12,5
Riabilitativo residenziale	34	9	8	13	4	68	6,7

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

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

ANNO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Psicosociale e riabilitativo	332	336	303	287	240	257	251	251	209	215	186	133	68
Sostegno psicologico	366	316	252	248	216	228	232	250	201	177	160	126	78
Psicoterapia	179	152	119	93	80	97	96	100	92	95	116	97	70
Interventi sociali	520	564	502	486	421	435	458	433	408	428	400	308	195
Metadone ≤ 30gg	8	4	0	0	3	2	3	1	2	4	2	0	0
Metadone 30gg-6mesi	174	70	30	25	36	32	42	33	20	28	19	15	6
Metadone > 6 mesi	364	450	409	423	456	451	455	437	425	425	407	368	311
Altri farmaci sostitutivi	97	136	137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buprenorfina	-	-	-	142	166	157	152	137	135	133	137	112	127
Altri farmaci non sostitutivi	109	104	106	103	102	112	100	110	149	172	235	196	89
Riabilitativo residenziale	113	93	105	95	85	81	66	75	79	71	70	68	68
%	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Psicosociale e riabilitativo	14,7	15,1	15,4	15,1	13,3	13,9	13,5	13,7	12,2	12,3	10,7	9,3	6,7
Sostegno psicologico	16,2	14,2	12,8	13,0	12,0	12,3	12,5	13,7	11,7	10,1	9,2	8,9	7,7
Psicoterapia	7,9	6,8	6,1	4,9	4,4	5,2	5,2	5,5	5,3	5,4	6,7	6,8	6,9
Interventi sociali	23,0	25,3	25,6	25,6	23,3	23,5	24,7	23,7	23,7	24,5	23,1	21,6	19,3
Metadone ≤ 30gg	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0
Metadone 30gg-6mesi	7,7	3,1	1,5	1,3	2,0	1,7	2,3	1,8	1,2	1,6	1,1	1,1	0,6
Metadone > 6 mesi	16,1	20,2	20,8	22,2	25,3	24,4	24,5	23,9	24,7	24,3	23,5	25,9	30,7
Altri farmaci sostitutivi	4,3	6,1	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
Buprenorfina	-	-	-	7,5	9,2	8,5	8,2	7,5	7,8	7,6	7,9	7,9	8,8
Altri farmaci non sostitutivi	4,8	4,7	5,4	5,4	5,7	6,0	5,4	6,0	8,7	9,8	13,6	13,8	12,5
Riabilitativo residenziale	5,0	4,2	5,3	5,0	4,7	4,4	3,6	4,1	4,6	4,1	4,0	4,8	6,7

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

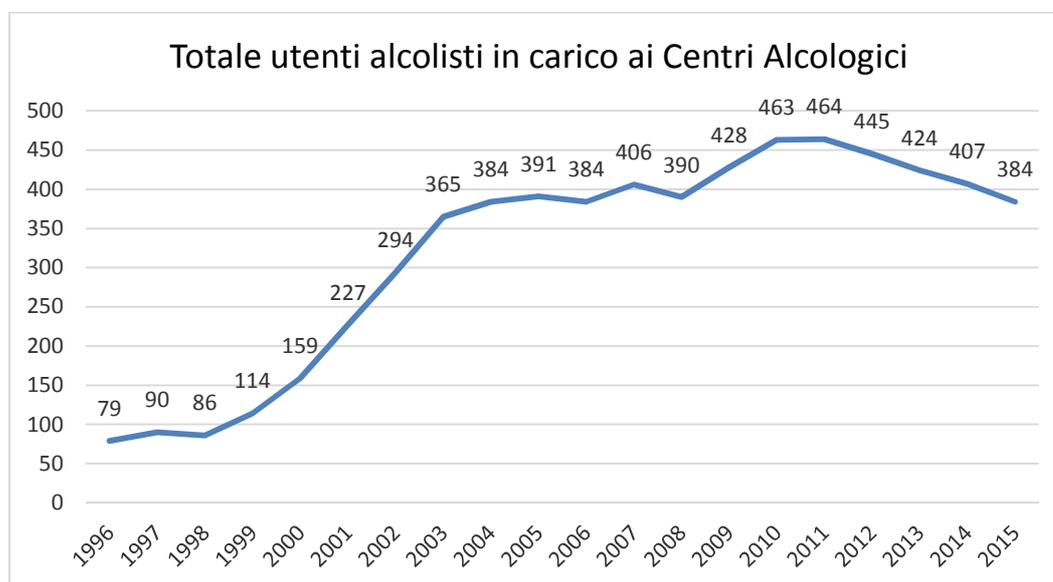
UTENTI IN CARICO AI CENTRI ALCOLOGICI PER USO DI ALCOL – TREND 1996 - 2015

Tab.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici

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

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

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

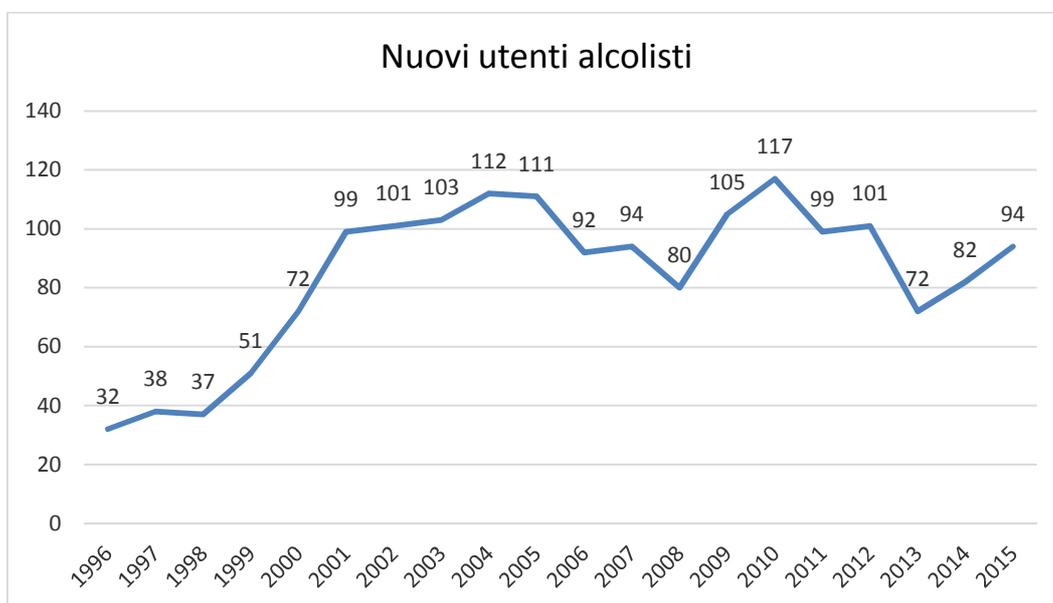


Tab.3 Tassi incrementali annuali degli UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento. Δ% annuo

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

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

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

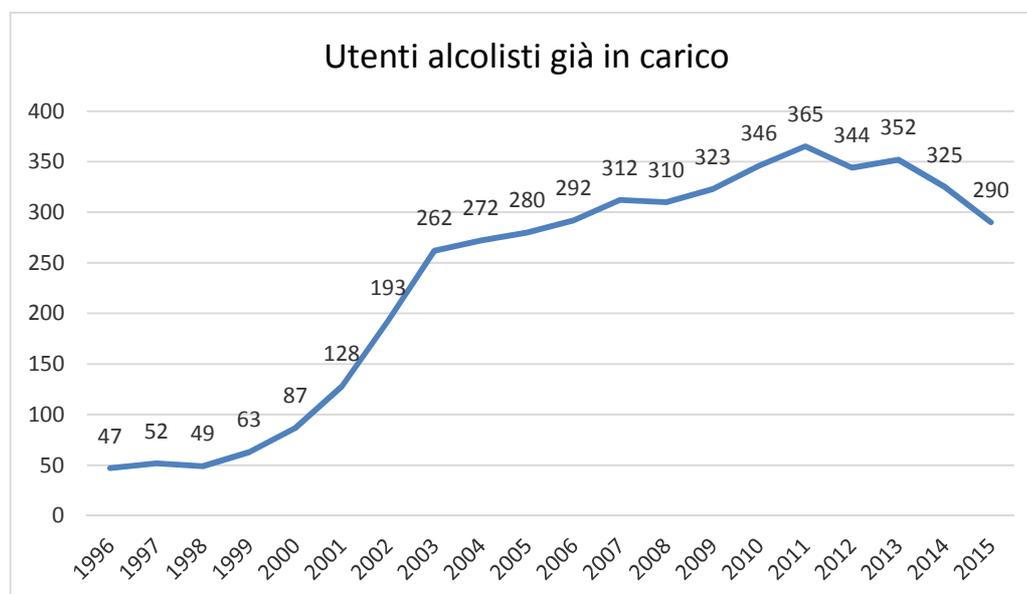


Tab.5 Tassi incrementali annuali dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento.

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

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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	7	21				47
1997	5	26				52
1998	9	27	1	1		49
1999	16	29	3	5	1	63
2000	29	25	12	14	3	87
2001	56	24	6	16	12	128
2002	97	37	15	20	6	193
2003	142	37	19	30	15	262
2004	136	37	25	37	19	272
2005	130	45	39	41	25	280
2006	135	41	40	44	32	292
2007	132	50	45	51	34	312
2008	130	49	41	43	47	310
2009	136	52	51	32	52	323
2010	142	59	43	53	49	346
2011	137	62	54	71	41	365
2012	129	63	57	50	45	344
2013	130	55	60	61	46	352
2014	127	47	58	52	41	325
2015	113	34	54	49	40	290



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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1997	-28,6	+23,8				+10,6
1998	+80,0	+3,8				-5,8
1999	+77,8	+7,4	+200,0	+400,0		+28,6
2000	+81,3	-13,8	+300,0	+180,0	+200,0	+38,1
2001	+93,1	-4,0	-50,0	+14,3	+300,0	+47,1
2002	+73,2	+54,2	+150,0	+25,0	-50,0	+50,8
2003	+46,4	0,0	+26,7	+50,0	+150,0	+35,8
2004	-4,2	0,0	+31,6	+23,3	+26,7	+3,8
2005	-4,4	+21,6	+56,0	+10,8	+31,6	+2,9
2006	+3,8	-8,9	+2,6	+7,3	+28,0	+4,3
2007	-2,2	+22,0	+12,5	+15,9	+6,3	+6,8
2008	-1,5	-2,0	-8,9	-15,7	+38,2	-0,6
2009	+4,6	+6,1	+24,4	-25,6	+10,6	+ 4,2
2010	+10,3	+13,5	-15,7	+65,6	-5,7	+9,6
2011	-3,5	+5,1	+25,6	+34,0	-16,3	+5,5
2012	-5,8	+1,6	+5,6	-29,6	+9,8	-5,8
2013	-0,8	-12,7	+5,3	+22,0	+2,2	+2,3
2014	-2,3	-14,5	-3,3	-14,8	-10,9	-7,7
2015	-11,0	-27,7	-6,9	-5,8	-2,4	-10,8

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

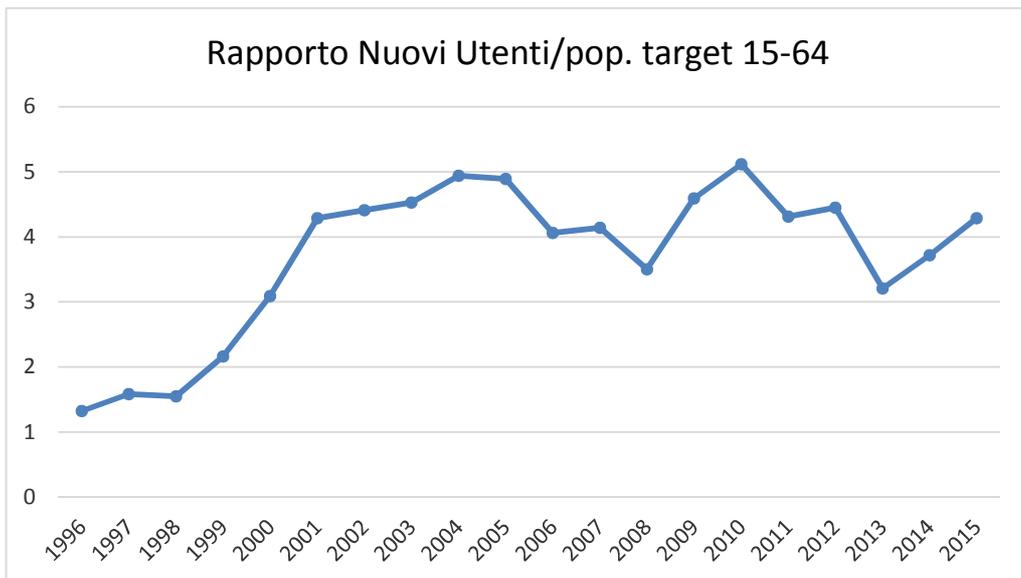
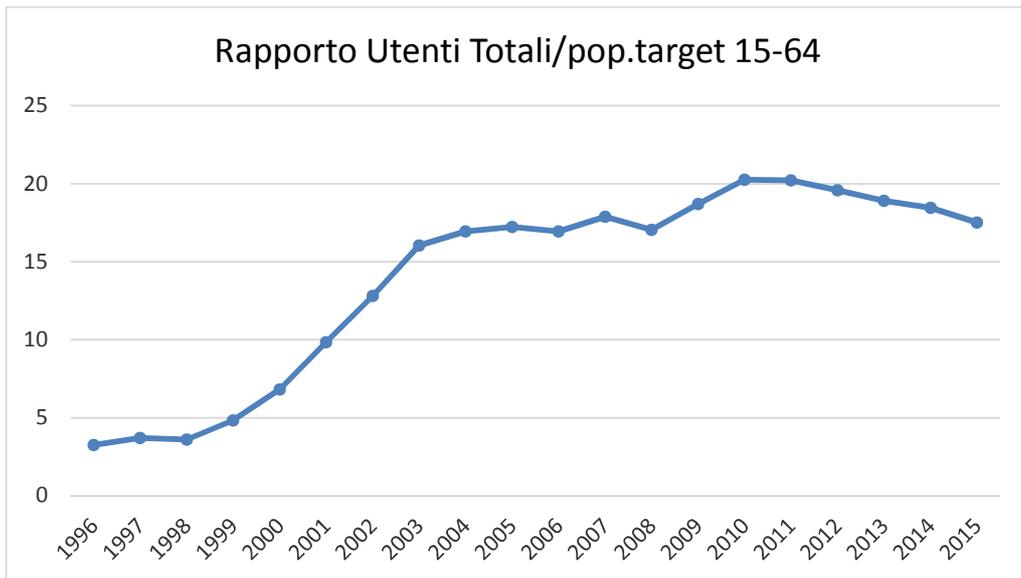
Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	41,7%	38,2%	29,6%			40,5%
1997	58,3%	38,1%	30,0%			42,2%
1998	40,0%	37,2%	42,9%	14,3%		38,4%
1999	56,8%	25,6%	47,8%	58,3%	66,7%	44,7%
2000	51,7%	24,2%	46,7%	36,4%	78,6%	45,3%
2001	45,1%	45,5%	42,9%	44,8%	29,4%	43,6%
2002	34,9%	26,0%	23,3%	39,4%	68,4%	34,4%
2003	24,5%	24,5%	30,9%	34,8%	44,4%	28,2%
2004	26,1%	32,7%	23,2%	30,2%	47,2%	29,2%
2005	27,4%	18,2%	27,8%	28,1%	45,7%	28,4%
2006	20,3%	19,6%	32,2%	30,0%	23,8%	24,0%
2007	18,0%	16,7%	22,4%	25,0%	42,4%	23,2%
2008	20,2%	15,5%	25,5%	8,5%	29,9%	20,5%
2009	21,8%	26,8%	13,6%	34,7%	30,7%	24,5%
2010	18,9%	23,4%	33,8%	28,4%	31,9%	25,3%
2011	22,6%	23,5%	23,9%	12,3%	24,1%	21,3%
2012	22,8%	16,0%	18,8%	19,4%	36,6%	22,5%
2013	15,6%	15,4%	13,0%	15,3%	28,1%	17,0%
2014	20,6%	12,9%	20,5%	10,3%	33,9%	20,1%
2015	23,6%	24,4%	20,6%	22,2%	33,3%	24,5%

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

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

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	-



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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ferrara	136	143	142	145	154	147	158	146	136	145	132
Masi Torello	1	1	1	1	2	3	1	0	1	0	0
Voghiera	7	7	8	4	4	4	4	4	4	4	6
Copparo	38	34	41	37	38	38	40	37	32	26	28
Ro	3	3	4	3	4	6	5	5	5	6	4
Berra	7	6	5	4	9	9	11	9	9	7	7
Jolanda Savoia	3	0	0	0	3	3	4	4	3	2	1
Formignana	3	3	3	4	6	5	6	7	4	3	1
Tresigallo	5	4	6	5	7	10	9	10	10	6	3
Centro Nord	203	201	210	203	227	225	238	222	204	199	182
Argenta	17	24	27	30	27	31	33	33	32	30	26
Portomaggiore	18	16	19	17	15	17	18	15	18	23	18
Ostellato	7	6	7	9	14	13	10	9	9	8	7
Fiscaglia	17	18	17	13	12	13	17	14	15	13	17
Comacchio	14	22	24	17	15	20	18	21	22	17	23
Lagosanto	4	3	3	3	5	7	7	6	6	4	6
Codigoro	16	16	13	10	14	17	20	13	13	14	13
Mesola	5	7	5	2	1	7	9	5	3	3	6
Goro	5	3	2	2	1	4	8	5	10	10	5
Sud Est	103	115	117	103	104	129	140	121	128	122	121
Cento	29	25	33	28	31	35	31	34	29	30	23
S. Agostino	6	8	7	9	8	6	6	5	5	6	7
Mirabello	4	3	1	2	4	2	2	5	5	4	7
Bondeno	7	3	11	17	20	19	14	21	19	12	10
Poggio Renatico	4	2	2	4	11	11	7	9	8	11	9
Vigarano M.	8	7	7	8	6	7	5	2	3	6	8
Ovest	58	48	61	68	80	80	65	76	69	69	64
Provincia di Ferrara	364	364	388	374	411	434	443	419	401	390	367
Non residenti	27	20	18	16	17	29	19	26	23	17	17

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ferrara	1,60	1,68	1,67	1,69	1,80	1,72	1,84	1,71	1,61	1,75	1,59
Masi Torello	0,65	0,66	0,66	0,64	1,28	1,97	0,66	0,00	0,68	0,00	0,00
Voghiera	2,84	2,86	3,27	1,66	1,66	1,68	1,66	1,71	1,72	1,74	2,65
Copparo	3,38	3,07	3,70	3,39	3,49	3,52	3,73	3,52	3,12	2,58	2,82
Ro	1,30	1,33	1,77	1,38	1,84	2,80	2,31	2,38	2,42	3,02	2,06
Berra	2,00	1,75	1,46	1,20	2,69	2,77	3,37	2,86	2,93	2,35	2,40
Jolanda Savoia	1,47	0,00	0,00	0,00	1,51	1,53	2,05	2,08	1,59	1,08	0,55
Formignana	1,62	1,64	1,64	2,25	3,37	2,81	3,41	4,01	2,31	1,73	0,59
Tresigallo	1,67	1,34	2,02	1,69	2,36	3,41	3,06	3,51	3,54	2,16	1,09
Centro Nord	1,80	1,78	1,86	1,80	2,01	2,00	2,11	1,99	1,85	1,85	1,69
Argenta	1,23	1,73	1,95	2,14	1,92	2,21	2,35	2,37	2,32	2,21	1,94
Portomaggiore	2,38	2,10	2,50	2,22	1,96	2,23	2,36	1,99	2,42	3,09	2,48
Ostellato	1,60	1,39	1,63	2,14	3,33	3,10	2,41	2,22	2,25	2,05	1,83
Fiscaglia	2,68	2,87	2,72	2,09	1,95	2,13	2,79	2,33	2,55	2,26	2,98
Comacchio	0,90	1,41	1,54	1,09	0,96	1,29	1,16	1,37	1,46	1,15	1,57
Lagosanto	1,33	1,00	1,00	0,95	1,59	2,20	2,15	1,83	1,86	1,25	1,90
Codigoro	1,95	1,96	1,59	1,24	1,73	2,13	2,50	1,65	1,70	1,86	1,76
Mesola	1,07	1,51	1,08	0,43	0,22	1,54	1,98	1,12	0,68	0,69	1,40
Goro	1,79	1,09	0,73	0,74	0,37	1,48	3,01	1,93	3,96	4,03	2,05
Sud Est	1,56	1,74	1,77	1,55	1,57	1,96	2,12	1,86	2,00	1,94	1,95
Cento	1,35	1,15	1,51	1,23	1,36	1,52	1,33	1,46	1,25	1,30	1,01
S.Agostino	1,41	1,82	1,59	1,95	1,73	1,29	1,28	1,07	1,09	1,32	1,58
Mirabello	1,79	1,36	0,45	0,90	1,79	0,89	0,90	2,30	2,39	1,98	3,55
Bondeno	0,72	0,31	1,14	1,77	2,09	1,98	1,47	2,24	2,06	1,33	1,13
Poggio Renatico	0,75	0,36	0,36	0,67	1,85	1,81	1,13	1,44	1,27	1,76	1,43
Vigarano M.	1,77	1,55	1,55	1,70	1,27	1,45	1,02	0,41	0,61	1,23	1,64
Ovest	1,22	1,00	1,27	1,36	1,60	1,59	1,28	1,50	1,37	1,39	1,30
Provincia di Ferrara	1,61	1,60	1,71	1,63	1,80	1,90	1,93	1,84	1,79	1,77	1,67

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ferrara	37	34	25	30	34	22	37	28	20	28	28
Masi Torello	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Voghiera	0	3	2	0	1	0	1	1	1	0	2
Copparo	9	4	9	3	6	6	8	4	4	4	7
Ro	1	0	1	1	1	2	1	0	2	0	2
Berra	0	1	0	1	5	3	3	2	0	1	3
Jolanda Savoia	1	0	0	0	2	0	3	2	1	0	0
Formignana	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0
Tresigallo	0	1	1	0	2	5	1	1	4	1	0
Centro Nord	49	44	38	36	52	39	55	39	32	35	42
Argenta	4	10	9	8	3	13	9	6	4	3	5
Portomaggiore	3	3	4	4	1	5	5	1	2	8	3
Ostellato	2	3	2	2	4	3	1	2	1	2	2
Fiscaglia	7	5	6	1	2	1	2	3	1	0	4
Comacchio	4	9	5	0	6	7	2	7	4	2	7
Lagosanto	1	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1
Codigoro	4	3	1	3	5	1	2	3	1	2	2
Mesola	0	3	1	1	0	6	2	0	0	1	2
Goro	2	0	1	0	0	2	2	0	3	2	0
Sud Est	27	37	30	19	24	40	26	23	16	20	26
Cento	9	2	12	5	10	11	7	8	8	8	4
S. Agostino	1	3	1	2	3	1	0	2	0	3	2
Mirabello	4	0	0	0	2	2	1	2	0	0	3
Bondeno	2	1	7	9	4	4	2	9	4	2	5
Poggio Renatico	2	1	1	2	5	3	3	4	4	2	3
Vigarano M.	2	2	0	1	0	4	2	1	1	2	2
Ovest	20	9	21	19	24	25	15	26	17	17	19
TOTALE	96	90	89	74	100	104	96	88	65	72	87
Non residenti	15	2	5	6	5	13	3	13	7	10	7

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ferrara	0,44	0,40	0,29	0,35	0,40	0,26	0,43	0,33	0,24	0,34	0,34
Masi Torello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Voghiera	0,00	1,23	0,82	0,00	0,41	0,00	0,42	0,43	0,43	0,00	0,88
Copparo	0,80	0,36	0,81	0,28	0,55	0,56	0,75	0,38	0,39	0,40	0,71
Ro	0,43	0,00	0,44	0,46	0,46	0,93	0,46	0,00	0,97	0,00	1,03
Berra	0,00	0,29	0,00	0,30	1,50	0,92	0,92	0,63	0,00	0,34	1,03
Jolanda Savoia	0,49	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	1,54	1,04	0,53	0,00	0,00
Formignana	0,54	0,55	0,00	0,56	0,56	0,00	0,57	0,57	0,00	0,58	0,00
Tresigallo	0,00	0,34	0,34	0,00	0,67	1,71	0,34	0,35	1,42	0,36	0,00
Centro Nord	0,43	0,39	0,34	0,32	0,46	0,35	0,49	0,35	0,29	0,32	0,39
Argenta	0,29	0,72	0,65	0,57	0,21	0,93	0,64	0,43	0,29	0,22	0,37
Portomaggiore	0,40	0,39	0,53	0,52	0,13	0,65	0,65	0,13	0,27	1,08	0,41
Ostellato	0,46	0,70	0,46	0,48	0,95	0,72	0,24	0,49	0,25	0,51	0,52
Fiscaglia	1,10	0,80	0,96	0,16	0,32	0,16	0,33	0,50	0,17	0,00	0,70
Comacchio	0,26	0,58	0,32	0,00	0,38	0,45	0,13	0,46	0,27	0,14	0,48
Lagosanto	0,33	0,33	0,33	0,00	0,95	0,63	0,31	0,31	0,00	0,00	0,32
Codigoro	0,49	0,37	0,12	0,37	0,62	0,13	0,25	0,38	0,13	0,27	0,27
Mesola	0,00	0,65	0,22	0,22	0,00	1,32	0,44	0,00	0,00	0,23	0,47
Goro	0,72	0,00	0,36	0,00	0,00	0,74	0,75	0,00	1,19	0,81	0,00
Sud Est	0,41	0,56	0,45	0,29	0,36	0,61	0,39	0,35	0,25	0,32	0,42
Cento	0,42	0,09	0,55	0,22	0,44	0,48	0,30	0,34	0,35	0,35	0,17
S. Agostino	0,23	0,68	0,23	0,43	0,65	0,22	0,00	0,43	0,00	0,66	0,45
Mirabello	1,79	0,00	0,00	0,00	0,90	0,89	0,45	0,92	0,00	0,00	1,52
Bondeno	0,21	0,10	0,73	0,94	0,42	0,42	0,21	0,96	0,43	0,22	0,56
Poggio Renatico	0,37	0,18	0,18	0,34	0,84	0,49	0,48	0,64	0,64	0,32	0,48
Vigarano M.	0,44	0,44	0,00	0,21	0,00	0,83	0,41	0,20	0,20	0,41	0,41
Ovest	0,42	0,19	0,44	0,38	0,48	0,50	0,29	0,51	0,34	0,34	0,39
TOTALE	0,42	0,40	0,39	0,32	0,44	0,45	0,42	0,39	0,29	0,33	0,40

Tab.15 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2015

Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	148	45	68	63	60	384	
Sesso							
Maschi	98	36	53	42	39	268	69,8%
Femmine	50	9	15	21	21	116	30,2%
Maschi/Femmine	2,0	4,0	3,5	2,0	1,9	2,3	
Età							
≤ 19 anni	1	0	0	0	1	2	0,5%
20-29 anni	7	1	1	1	6	16	4,2%
30-39 anni	20	9	10	10	7	56	14,6%
40-49 anni	55	16	26	26	25	148	38,5%
50-59 anni	42	13	19	14	12	100	26,0%
>59 anni	23	6	12	12	9	62	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)	
Nuovi utenti	35	11	14	14	20	94	24,5%
Sesso							
Maschi	21	9	13	11	13	67	71,3%
Femmine	14	2	1	3	7	27	28,7%
Maschi/Femmine	1,5	4,5	13,0	3,7	1,9	2,5	
Età							
≤ 19 anni	1	0	0	0	1	2	2,1%
20-29 anni	2	1	1	1	4	9	9,6%
30-39 anni	7	3	2	4	1	17	18,1%
40-49 anni	13	2	7	6	8	36	38,3%
50-59 anni	9	3	2	0	3	17	18,1%
>59 anni	3	2	2	3	3	13	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)	
Utenti già in carico	113	34	54	49	40	290	75,5%
Sesso							
Maschi	77	27	40	31	26	201	69,3%
Femmine	36	7	14	18	14	89	30,7%
Maschi/Femmine	2,1	3,9	2,9	1,7	1,9	2,3	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	5	0	0	0	2	7	2,4%
30-39 anni	13	6	8	6	6	39	13,4%
40-49 anni	42	14	19	20	17	112	38,6%
50-59 anni	33	10	17	14	9	83	28,6%
>59 anni	20	4	10	9	6	49	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.15.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	160	54	73	58	62	407	
Sesso							
Maschi	111	44	56	40	44	295	72,5%
Femmine	49	10	17	18	18	112	27,5%
Maschi/Femmine	2,3	4,4	3,3	2,2	2,4	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	6	1	3	0	5	15	3,7%
30-39 anni	23	10	15	12	10	70	17,2%
40-49 anni	61	21	22	22	22	148	36,4%
50-59 anni	43	14	20	15	14	106	26,0%
>59 anni	27	8	13	9	11	68	16,7%
Età media (min-max)	48,5 (20-68)	47,3 (24-74)	47,6 (24-70)	48,6 (32-75)	47,6 (24-77)	48,1 (20-77)	
Età media M (min-max)	48,1 (23-68)	45,6 (24-74)	48,1 (28-70)	48,1 (32-70)	47,6 (25-77)	47,7 (23-77)	
Età media F (min-max)	49,2 (20-68)	55 (44-67)	46,2 (24-69)	49,7 (37-75)	47,7 (24-71)	49,1 (20-75)	
Nuovi utenti	33	7	15	6	21	82	20,1%
Sesso							
Maschi	19	4	13	3	14	53	64,6%
Femmine	14	3	2	3	7	29	35,4%
Maschi/Femmine	1,3	1,3	6,5	1	2	1,8	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	2	0	3	0	3	8	9,8%
30-39 anni	3	2	2	1	1	9	11,0%
40-49 anni	20	1	4	4	7	36	43,9%
50-59 anni	4	2	5	1	7	19	23,2%
>59 anni	4	2	1	0	3	10	12,2%
Età media (min-max)	46,2 (21-68)	51,1 (33-74)	43,8 (24-69)	45,1 (37-57)	47,4 (24-71)	46,4 (21-74)	
Età media M (min-max)	45,4 (21-68)	48,2 (33-74)	46,4 (28-69)	48,6 (44-57)	45,8 (26-65)	46,1 (21-74)	
Età media F (min-max)	47,2 (34-68)	55 (46-61)	26,5 (24-29)	41,6 (37-44)	50,5 (24-71)	46,8 (24-71)	
Utenti già in carico	127	47	58	52	41	325	79,9%
Sesso							
Maschi	92	40	43	37	30	242	74,5%
Femmine	35	7	15	15	11	83	25,5%
Maschi/Femmine	2,6	5,7	3,0	2,4	2,7	2,9	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	4	1	0	0	2	7	2,2%
30-39 anni	20	8	13	11	9	61	18,8%
40-49 anni	41	20	18	18	15	112	34,5%
50-59 anni	39	12	15	14	7	87	26,8%
>59 anni	23	6	12	9	8	58	17,8%
Età media (min-max)	49,1 (20-72)	46,7 (24-67)	48,6 (30-70)	49 (32-75)	47,7 (25-77)	48,5 (20-77)	
Età media M (min-max)	48,7 (28-74)	45,3 (24-62)	48,6 (30-70)	48 (32-70)	48,4 (25-77)	48,1 (24-77)	
Età media F (min-max)	50 (20-72)	55 (44-67)	48,8 (33-69)	51,3 (37-75)	45,9 (29-66)	49,9 (20-75)	

Tab.15.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	154	65	69	72	64	424	
Sesso							
Maschi	105	52	50	52	44	304	71,7%
Femmine	49	13	19	20	20	120	28,3%
Maschi/Femmine	2,1	4,0	2,6	2,6	2,1	2,5	
Età							
≤ 19 anni	1	1	0	0	0	2	0,5%
20-29 anni	9	1	1	3	4	18	4,2%
30-39 anni	24	10	13	16	15	78	18,4%
40-49 anni	51	22	24	22	23	142	33,5%
50-59 anni	44	22	14	19	12	111	26,2%
>59 anni	25	9	17	12	10	73	17,2%
Età media (min-max)	47,9 (19-74)	47,9 (19-66)	48,9 (29-69)	48,2 (22-74)	46,6 (24-64)	47,9 (19-74)	
Età media M (min-max)	47,1 (22-73)	47,1 (29-66)	48,7 (29-69)	47,4 (22-71)	48,8 (24-71)	47,6 (22-71)	
Età media F (min-max)	49,6 (19-74)	51,4 (19-66)	49,6 (32-68)	50,2 (29-74)	41,7 (26-65)	48,6 (19-74)	
Nuovi utenti	24	10	9	11	18	72	17,0%
Sesso							
Maschi	14	8	8	6	13	49	68,1%
Femmine	10	2	1	5	5	23	31,9%
Maschi/Femmine	1,4	4	8	1,2	2,6	2,1	
Età							
≤ 19 anni	1	1	0	0	0	2	2,8%
20-29 anni	3	0	0	2	1	6	8,3%
30-39 anni	7	3	2	2	4	18	25,0%
40-49 anni	7	4	1	4	9	25	34,7%
50-59 anni	4	0	3	2	2	11	15,3%
>59 anni	2	2	3	1	2	10	13,9%
Età media (min-max)	41,7 (41,7)	43 (19-61)	52,8 (38-69)	42,9 (22-73)	46,1 (24-71)	44,5 (19-73)	
Età media M (min-max)	41,1 (22-63)	43,9 (34-61)	53,2(38-69)	36,8 (22-54)	48 (24-71)	44,8 (22-71)	
Età media F (min-max)	42,7 (19-58)	39,5 (19-60)	50 (1)	50,2 (36-73)	41 (26-48)	44 (19-73)	
Utenti già in carico	130	55	60	61	46	352	83,0%
Sesso							
Maschi	91	44	42	46	31	255	72,4%
Femmine	39	11	18	15	15	97	27,6%
Maschi/Femmine	2,3	4	2,3	3,1	2,1	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	6	1	1	1	3	12	3,4%
30-39 anni	17	7	11	14	11	60	17,0%
40-49 anni	44	18	23	18	14	117	33,2%
50-59 anni	40	22	11	17	10	100	28,4%
>59 anni	23	7	14	11	8	63	17,9%
Età media (min-max)	49,1 (24-74)	48,8 (29-66)	48,4 (29-68)	49,1 (29-74)	46,8 (26-67)	48,6 (24-74)	
Età media M (min-max)	48,8 (24-73)	47,7 (29-66)	47,9 (29-66)	48,8 (32-71)	49,2 (30-67)	48,1 (24-73)	
Età media F (min-max)	51,4 (31-74)	53,5 (43-66)	49,6 (32-68)	50,1 (29-74)	41,9 (26-65)	49,7 (26-74)	

Tab.15.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	167	76	69	62	71	445	
Sesso							
Maschi	110	60	51	46	49	316	71,0%
Femmine	57	16	18	16	22	129	29,0%
Maschi/Femmine	1,92	3,75	2,83	2,88	2,23	2,4	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	11	4	2	1	6	24	5,4%
30-39 anni	26	13	18	20	14	91	20,4%
40-49 anni	61	27	23	16	26	153	34,4%
50-59 anni	42	18	12	15	16	103	23,1%
>59 anni	27	14	14	10	9	74	16,6%
Età media (min-max)	47,8 (23-77)	47,9 (22-78)	46,4 (24-67)	47,6 (28-73)	46,8 (25-73)	47,4 (22-78)	
Età media Maschi (min-max)	46,6 (23-77)	46,7 (22-78)	46,4 (28-66)	47,5 (32-70)	47,9 (48-73)	46,9 (22-78)	
Età media Femmine (min-max)	50,1 (24-73)	52,4 (42-65)	46,3 (24-67)	48,1 (28-73)	44,2 (39-64)	48,6 (24-73)	
Nuovi utenti	38	12	13	12	26	101	22,7%
Sesso						0	
Maschi	24	8	8	10	17	67	66,3%
Femmine	14	4	5	2	9	34	33,7%
Maschi/Femmine	1,7	2,0	1,6	5,0	1,9	1,9	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	5	1	1	0	5	12	11,9%
30-39 anni	7	0	2	5	6	20	19,8%
40-49 anni	11	2	8	2	8	31	30,7%
50-59 anni	9	7	1	2	7	26	25,7%
>59 anni	6	2	1	3	0	12	11,9%
Età media (min-max)	46,5 (23-77)	50,7 (28-65)	42,5 (28-64)	47,3 (32-68)	41,9 (25-59)	45,4 (23-77)	
Età media Maschi (min-max)	42,2 (23-77)	49 (28-65)	40,5 (28-48)	47,6 (33-68)	43,6 (30-59)	44 (23-77)	
Età media Femmine (min-max)	53,7 (35-73)	54,2 (50-64)	45,6 (31-64)	46 (32-60)	38,6 (31-56)	48,2 (25-73)	
Utenti già in carico	129	63	57	50	45	344	77,3%
Sesso							
Maschi	86	51	44	36	32	249	72,4%
Femmine	43	12	13	14	13	95	27,6%
Maschi/Femmine	2,0	4,2	3,38	2,57	2,46	2,62	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	6	3	1	1	1	12	3,5%
30-39 anni	19	12	16	15	8	70	20,3%
40-49 anni	50	25	16	14	18	123	35,8%
50-59 anni	33	11	11	13	9	77	22,4%
>59 anni	21	12	13	7	9	62	18,0%
Età media (min-max)	48,2 (24-72)	47,5 (22-78)	47,2 (24-67)	47,7 (28-73)	49,6 (25-73)	48 (22-78)	
Età media Maschi (min-max)	47,8 (25-72)	46,4 (22-78)	47,3 (30-66)	47,4 (32-70)	50,2 (48-73)	47,7 (22-78)	
Età media Femmine (min-max)	48,9 (24-66)	51,8 (42-65)	46,7 (24-67)	48,3 (28-73)	48,0 (31-64)	48,8 (24-73)	

Tab.15.4 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	177	81	71	81	54	464	
Sesso							
Maschi	123	64	54	58	36	335	72,2%
Femmine	54	17	17	23	18	129	27,8%
Maschi/Femmine	2,3	3,3	3,2	2,5	2,0	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0%
20-29 anni	9	4	3	2	4	22	4,7%
30-39 anni	33	16	16	22	14	101	21,8%
40-49 anni	59	32	26	21	18	156	33,6%
50-59 anni	49	17	13	21	11	111	23,9%
>59 anni	27	12	13	15	7	74	15,9%
Età media (min-max)	47,5 (23-72)	47,0 (21-77)	47,2 (23-76)	48,6 (27-78)	44,8 (22-71)	47,0 (21-77)	
Età media Maschi (min-max)	46,9 (24-72)	46,0 (21-77)	47,2 (29-70)	46,6 (29-73)	43,2 (23-71)	46,0 (21-77)	
Età media Femmine (min-max)	48,8 (23-71)	50,8 (33-71)	47,1 (23-76)	49,7 (27-78)	47,6 (22-63)	48,8 (22-78)	
Nuovi utenti	40	19	17	10	13	99	21,3%
Sesso							
Maschi	27	14	12	7	9	69	69,7%
Femmine	13	5	5	3	4	30	30,3%
Maschi/Femmine	1,8	2,8	2,4	2,3	2,2		
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	2	3	3	1	1	10	10,1%
30-39 anni	9	5	5	2	5	26	26,3%
40-49 anni	14	6	5	2	4	31	31,3%
50-59 anni	11	5	3	3	0	22	22,2%
>59 anni	4	0	1	2	3	10	10,1%
Età media (min-max)	46,1 (23-65)	41,3 (21-57)	41,5 (23-70)	49,6 (27-69)	42,4 (24-71)	44,2 (21-71)	
Età media Maschi (min-max)	47,2 (28-63)	38,3 (21-59)	45,1 (29-70)	50,9 (39-69)	41,6 (24-71)	44,6 (21-71)	
Età media Femmine (min-max)	44,2 (23-65)	49,8 (42-57)	32,8 (23-41)	46,7 (27-57)	43,8 (32-60)	43,5 (23-65)	
Utenti già in carico	137	62	54	71	41	365	78,7%
Sesso							
Maschi	96	50	42	51	27	266	72,9%
Femmine	41	12	12	20	14	99	27,1%
Maschi/Femmine	2,4	4,2	3,5	2,5	1,9		
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	7	1	0	1	3	12	3,3%
30-39 anni	24	11	11	20	9	75	20,5%
40-49 anni	45	26	21	19	14	125	34,2%
50-59 anni	38	12	10	18	11	89	24,4%
>59 anni	23	12	12	13	4	64	17,5%
Età media (min-max)	47,9 (24-72)	48,8 (27-77)	49,0 (30-76)	48,5 (29-78)	45,4 (22-62)	47,9 (22-78)	
Età media Maschi (min-max)	46,9 (24-72)	48,2 (27-77)	47,9 (30-69)	47,8 (29-73)	43,7 (23-64)	46,9 (23-77)	
Età media Femmine (min-max)	50,3 (29-71)	51,3 (33-71)	53,0 (31-76)	50,1 (32-78)	48,7 (22-63)	50,7 (22-78)	

Tab.15.5 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	179	77	65	74	72	467	
Sesso							
Maschi	125	58	50	54	57	344	73,7%
Femmine	54	19	15	20	15	123	26,3%
Maschi/Femmine	2,3	3,0	3,3	2,7	3,8	2,8	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	10	3	3	2	5	23	4,9%
30-39 anni	34	11	10	18	14	87	18,6%
40-49 anni	61	33	25	19	31	169	36,2%
50-59 anni	50	15	11	22	16	114	24,4%
>59 anni	24	15	16	13	6	74	15,8%
Età media (minimo-massimo)	47,1 (23-71)	48,4 (29-76)	49,6 (28-76)	48,6 (28-72)	44,9 (21-69)	47,5 (21-77)	
Età media Maschi	46,1	47,2	48,9	47,9	43,8	46,6	
Età media Femmine	49,2	52,3	51,8	50,7	49,1	50,2	
Nuovi utenti	29	18	22	21	23	113	24,2%
Sesso							
Maschi	19	15	15	17	22	88	74,3%
Femmine	10	3	7	4	1	25	25,7%
Maschi/Femmine	1,9	5,0	2,1	4,2	-	3,5	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	3	1	1	0	4	9	8,0%
30-39 anni	5	2	5	7	6	25	22,1%
40-49 anni	11	10	9	8	7	45	39,8%
50-59 anni	7	2	3	4	5	21	18,6%
>59 anni	3	3	4	2	1	13	11,5%
Età media (minimo-massimo)	45,3 (23-68)	46,7 (29-76)	46,9 (28-72)	44,4 (30-72)	41,1 (16-51)	44,8 (21-76)	
Età media Maschi	42,9	48,1	46,0	43,6	40,5	43,9	
Età media Femmine	50,0	39,7	49,0	47,5	54	48,2	
Utenti già in carico	150	59	43	53	49	354	75,8%
Sesso							
Maschi	106	43	35	37	35	256	72,3%
Femmine	44	16	8	16	14	98	27,7%
Maschi/Femmine	2,4	2,7	4,4	2,3	2,5	2,6	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0%
20-29 anni	7	2	2	2	1	14	4,0%
30-39 anni	29	9	5	11	8	62	17,5%
40-49 anni	50	23	16	11	24	124	35,0%
50-59 anni	43	13	8	18	11	93	26,3%
>59 anni	21	12	12	11	5	61	17,2%
Età media (minimo-massimo)	47,4 (23-71)	48,9 (29-70)	50,9 (28-76)	50,3 (28-77)	46,7 (18-50)	48,4 (24-77)	
Età media Maschi	46,7	46,8	50,2	49,8	45,9	47,5	
Età media Femmine	49,0	54,6	54,2	51,4	48,7	50,7	

Tab. 16 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2015

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

Tab. 16.1 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	33	7	15	6	21	82	
Cittadinanza							
Italiani	29	7	10	6	17	69	84,1%
Extracomunitari	4	0	1	0	4	9	11,0%
Comunitari	0	0	4	0	0	4	4,9%
Stato civile							
Celibi/nubili	15	5	8	3	7	38	46,3%
Coniugati	7	1	6	2	11	27	32,9%
Separati/divorziati	9	0	1	1	3	14	17,1%
Vedovi	2	1	0	0	0	3	3,7%
Titolo di studio							
Elementare	0	1	1	1	2	5	6,1%
Media Inferiore	17	2	9	3	11	42	51,2%
Professionale	4	0	1	0	1	6	7,3%
Media superiore	7	1	1	1	7	17	20,7%
Universitario	5	1	2	0	0	8	9,8%
Non conosciuto	0	2	1	1	0	4	4,9%
Nessuno	0	0	0	0	0	0	0,0%
Attività lavorativa							
Disoccupato	10	1	4	1	5	21	25,6
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	4	1	1	0	2	8	9,8%
Lavoro regolare	13	2	7	4	9	35	42,7%
Studente	1	0	0	0	1	2	2,4%
Pensionato	3	2	2	1	3	11	13,4%
Casalinga	0	1		0	1	2	2,4%
Sospeso forza maggiore	2	0	1	0	0	3	3,7%
Non noto	0	0	0	0	0	0	0,0%
Situazione abitativa							
Solo	8	1	1	1	2	13	15,9%
Vive con genitori	4	3	3	2	4	16	19,5%
Solo con figlio	3	0	1	0	3	7	8,5%
Vive con il partner	7	2	2	0	4	15	18,3%
Vive con partner e figlio/i	3	1	7	3	7	21	25,6%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	1	0	0	0	0	1	1,2%
Senza fissa dimora	1	0	0	0	1	2	2,4%
Comunità alloggio	1	0	0	0	0	1	1,2%
Non noto/Altro	5	0	2	0	0	7	8,5%
Situazione giuridica							
Incensurato	24	6	9	5	21	65	79,3%
Denunce	4	0	3	1	0	8	9,8%
Condanne	1	0	0	0	0	1	1,2%
Carcerazioni	4	0	0	0	0	4	4,9%
Forme alternative	0	0	1	0	0	1	1,2%
Non noto	0	1	2	0	0	3	3,7%

Tab.16.2 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	24	10	9	11	18	72	
Cittadinanza							
Italiani	21	8	8	10	15	62	86,1%
Extracomunitari	2	2	1	0	2	7	9,7%
Comunitari	1	0	0	1	1	3	4,2%
Stato civile							
Celibi/nubili	14	2	3	6	6	31	43,1%
Coniugati	4	5	3	3	7	22	30,6%
Separati/divorziati	4	2	3	2	3	14	19,4%
Vedovi	1	1	0	0	2	4	5,6%
Non noto	1	0	0			1	1,4%
Titolo di studio							
Elementare	1	2	1	2	2	8	11,1%
Media Inferiore	7	7	5	6	11	36	50,0%
Professionale	4	0	0	2	1	7	9,7%
Media superiore	7	0	1	1	4	13	18,1%
Universitario	4	0	0	0	0	4	5,6%
Non conosciuto	1	0	1	0	0	2	2,8%
Nessuno	0	1	1	0	0	2	2,8%
Attività lavorativa							
Disoccupato	3	4	1	4	5	17	23,6%
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	3	1	0	3	0	7	9,7%
Lavoro regolare	11	3	3	3	11	31	43,1%
Studente	2	1	0	0	0	3	4,2%
Pensionato	1	1	5	0	2	9	12,5%
Casalinga	1	0	0	1	0	2	2,8%
Sospeso forza maggiore	2	0	0	0	0	2	2,8%
Non noto	0	0	0	0	0	0	0,0%
Situazione abitativa							
Solo	7	2	3	1	4	17	23,6%
Vive con genitori	5	2	1	4	5	17	23,6%
Solo con figlio	1	0	0	1	0	2	2,8%
Vive con il partner	1	1	1	2	2	7	9,7%
Vive con partner e figlio/i	5	2	4	0	5	16	22,2%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	0	1	0	0	0	1	1,4%
Senza fissa dimora	1	0	0	0	0	1	1,4%
Comunità alloggio	1	1	0	0	0	2	2,8%
Non noto/Altro	3	1	0	3	2	9	12,5%
Situazione giuridica							
Incensurato	18	8	6	6	16	54	75,0%
Denunce	3	1	1	1	0	6	8,3%
Condanne	1	0	0	2	2	5	6,9%
Carcerazioni	1	0	0	1	0	2	2,8%
Forme alternative	0	0	0	0	0	0	0,0%
Non noto	1	1	2	1	0	5	6,9%

Tab.16.3 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	38	12	13	12	26	101	
Cittadinanza							
Italiani	33	12	11	12	23	91	90,1%
Extracomunitari	4	0	1	0	3	8	7,9%
Comunitari	1	0	1	0	0	2	2,0%
Stato civile							
Celibi/nubili	23	4	3	6	14	50	49,5%
Coniugati	12	6	4	4	5	31	30,7%
Separati/divorziati	3	2	6	2	6	19	18,8%
Vedovi	0	0	0	0	1	1	1,0%
Titolo di studio							
Elementare	8	2	2	3	0	15	14,9%
Media Inferiore	15	4	6	7	13	45	44,6%
Professionale	4	2	2	0	3	11	10,9%
Media superiore	6	2	1	1	7	17	16,8%
Universitario	4	1	2	0	2	9	8,9%
Non conosciuto	1	1	0	1	1	4	4,0%
Attività lavorativa							
Disoccupato	10	1	7	3	6	27	26,7%
Lavori precari/saltuari/cassa integrazione	5	0	1	2	2	10	9,9%
Lavoro regolare	9	8	5	4	13	39	38,6%
Studente	0	0	0	0	0	0	0,0%
Pensionato	4	3	0	2	3	12	11,9%
Casalinga	2	0	0	0	1	3	3,0%
Sospeso forza maggiore	8	0	0	0	1	9	8,9%
Non noto	0	0	0	1	0	1	1,0%
Situazione abitativa							
Solo	14	3	3	1	6	27	26,7%
Vive con genitori	4	2	3	3	10	22	21,8%
Solo con figlio	1	0	0	1	2	4	4,0%
Vive con il partner	5	3	4	3	2	17	16,8%
Vive con partner e figlio/i	9	4	1	2	4	20	19,8%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	0	0	0	0	0	0	0,0%
Senza fissa dimora	0	0	0	0	0	0	0,0%
Comunità alloggio	1	0	0	0	0	1	1,0%
Non noto/Altro	4	0	2	2	2	10	9,9%
Situazione giuridica							
Incensurato	26	12	7	8	24	77	76,2%
Denunce	1	0	3	2	0	6	5,9%
Condanne	4	0	1	0	1	6	5,9%
Carcerazioni	5	0	0	1	0	6	5,9%
Forme alternative	0	0	0	0	1	1	1,0%
Non noto	2	0	2	1	0	5	5,0%

Tab.16.4 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	40	19	17	10	13	99	
Cittadinanza							
Italiani	37	18	15	10	11	91	91,9%
Extracomunitari	2	1	1	0	2	6	6,1%
Comunitari	1	0	1	0	0	2	2,0%
Stato civile							
Celibi/nubili	20	7	9	4	3	43	43,4%
Coniugati	10	6	6	4	5	31	31,3%
Separati/divorziati	7	6	2	2	4	21	21,2%
Vedovi	3	0	0	0	1	4	4,0%
Titolo di studio							
Elementare	6	2	0	4	2	14	14,1%
Media Inferiore	10	9	10	4	6	39	39,4%
Professionale	9	1	2	1	0	13	13,1%
Media superiore	9	6	4	1	4	24	24,2%
Universitario	6	0	1	0	0	7	7,1%
Non conosciuto	0	1	0	0	1	2	2,0%
Attività lavorativa							
Disoccupato	9	4	6	3	5	27	27,3%
Lavori precari/saltuari	5	1	2	1	0	9	9,1%
Lavoro regolare	19	14	8	4	5	50	50,5%
Studente	0	0	1	0	0	1	1,0%
Pensionato	3	0	0	2	3	8	8,1%
Casalinga	2	0	0	0	0	2	2,0%
Sospeso forza maggiore	2	0	0	0	0	2	2,0%
Non noto	0	0	0	0	0	0	0,0%
Situazione abitativa							
Solo	8	4	5	3	1	21	21,2%
Vive con genitori	6	7	2	2	3	20	20,2%
Solo con figlio	2	1	0	0	2	5	5,1%
Vive con il partner	10	3	3	2	4	22	22,2%
Vive con partner e figlio/i	7	2	3	3	2	17	17,2%
Pensionato/albergo	0	0	0	0	0	0	0,0%
Con amici	1	0	1	0	1	3	3,0%
Senza fissa dimora	0	1	0	0	0	1	1,0%
Comunità alloggio	0	1	0	0	0	1	1,0%
Altro	5	0	3	0	0	8	8,1%
Non noto	1	0	0	0	0	1	1,0%
Situazione giuridica							
Incensurato	38	18	12	9	11	88	88,9%
Denunce	1	0	3	0	1	5	5,1%
Condanne	0	0	2	0	1	3	3,0%
Carcerazioni	0	0	0	0	0	0	0,0%
Forme alternative	0	1	0	0	0	1	1,0%
Non noto	1	0	0	1	0	2	2,0%

Tab.16.5 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	29	18	22	21	23	113	
Cittadinanza							
Italiani	23	18	20	21	22	104	92,0%
Extracomunitari	6	0	2	0	1	9	8,0%
Comunitari	0	0	0	0	0	0	0,0%
Stato civile							
Celibi/nubili	10	7	8	10	11	46	40,7%
Coniugati	9	6	10	7	7	39	34,5%
Separati/divorziati	8	4	4	4	5	25	22,1%
Vedovi	1	0	0	0	0	1	0,9%
Non conosciuto	1	1	0	0	0	2	1,8%
Titolo di studio							
Elementare	5	3	4	3	2	17	15,0%
Media Inferiore	8	6	12	14	14	54	47,8%
Professionale	1	3	3	3	1	11	9,7%
Media superiore	8	3	3	1	6	21	18,6%
Universitario	4	1	0	0	0	5	4,4%
Non conosciuto	3	2	0	0	0	5	3,6%
Attività lavorativa							
Disoccupato	7	3	4	4	7	25	22,1%
Lavori precari/saltuari	3	3	4	3	0	13	11,5%
Lavoro regolare	11	7	9	11	15	53	46,9%
Studente	0	0	0	0	0	0	0,0%
Pensionato	3	2	4	2	1	12	10,6%
Casalinga	1	1	0	1	0	3	2,7%
Sospeso forza maggiore	4	0	0	0	0	4	3,5%
Non noto	0	2	1	0	0	3	2,7%
Situazione abitativa							
Solo	5	4	3	6	2	20	17,7%
Vive con genitori	3	3	4	6	8	24	21,2%
Solo con figlio	1	1	0	0	0	2	1,8%
Vive con il partner	8	5	4	4	5	26	23,0%
Vive con partner e figlio/i	5	5	9	4	6	29	25,7%
Comunità alloggio	1	0	1	1	0	3	2,7%
Con amici	1	0	0	0	0	1	0,9%
Carcere	1	0	0	0	0	1	0,9%
Altro	4	0	1	0	2	7	6,2%
Situazione giuridica							
Incensurato	22	18	12	16	20	88	77,9%
Denunce	0	0	6	1	3	10	8,8%
Condanne	0	0	3	1	0	4	3,5%
Carcerazioni	4	0	0	0	0	4	3,5%
Forme alternative	1	0	1	0	0	2	1,8%
Non noto	2	0	0	3	0	5	4,4%

Tab.17 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2015

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

Tab.17.1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2014

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	92	34	44	42	41	253	62,2%
Birra	42	14	20	5	15	96	23,6%
Superalcolici	20	3	2	7	4	36	8,8%
Aperitivi, amari ...	4	3	4	2	2	15	3,7%
Altro	2	0	3	2	0	7	1,5%
Totale utenti	160	54	73	58	62	407	100,0
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	8	7	10	5	0	30	7,4%
Abuso o uso improprio di farmaci	3	1	4	2	0	10	2,5%
Frequenza di assunzione							
Astinente	115	36	39	40	48	278	68,3%
Una volta al giorno	2	1	4	2	4	13	3,2%
Più volte al giorno	19	9	15	8	1	52	12,8%
1° + volte sett.	12	1	6	5	4	28	6,9%
Spesso Weekend	3	3	0	0	0	6	1,5%
Qualche fine settimana	2	0	1	0	0	3	0,7%
Saltuario nel mese	7	4	7	3	5	26	6,4%
Non noto	0	0	1	0	0	1	0,2%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	3	2	4	1	12	2,9%
Fuori pasto	34	4	6	8	11	63	15,5%
Sempre	9	11	25	6	2	53	13,0%
Astinenti	115	36	39	40	48	278	68,3%
Non noto	0	0	1	0	0	1	0,2%

Tab.17.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2013

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	88	41	41	52	39	261	61,6%
Birra	39	15	19	8	17	98	23,1%
Superalcolici	20	4	3	5	2	34	8,0%
Aperitivi, amari ...	5	5	4	6	4	24	5,7%
Altro	2	0	2	1	2	7	1,2%
Totale utenti	154	65	69	72	64	424	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	7	8	8	6	0	31	7,3%
Abuso o uso improprio di farmaci	3	0	0	0	0	10	2,4%
Frequenza di assunzione							
Astinente	99	38	30	41	45	253	59,7%
Una volta al giorno	4	1	4	1	4	14	3,3%
Più volte al giorno	23	9	11	9	4	56	13,2%
1° + volte sett.	12	3	12	9	2	38	9,0%
Spesso Weekend	3	2	0	1	1	7	1,7%
Qualche fine settimana	0	0	2	1	1	4	0,9%
Saltuario nel mese	11	7	9	8	4	39	9,2%
Non noto	2	5	1	2	3	13	3,1%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	3	3	7	10	3	26	6,1%
Fuori pasto	39	9	5	13	10	76	17,9%
Sempre	11	10	26	6	3	56	13,2%
Astinente	99	38	30	41	45	253	59,7%
Non noto	2	5	1	2	3	13	3,1%

Tab.17.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2012

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	110	49	38	41	40	278	62,5%
Birra	34	16	12	6	22	90	20,2%
Superalcolici	17	8	10	6	2	43	9,7%
Aperitivi, amari ...	5	3	9	9	3	29	6,5%
Altro	1	0	0	0	4	5	1,1%
Totale utenti	167	76	69	62	71	445	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	7	8	3	1	36	8,1%
Abuso o uso improprio di farmaci	4	4	4	5	0	21	4,7%
Frequenza di assunzione							
Astinente	107	43	29	32	46	257	57,8%
Una volta al giorno	4	4	6	3	6	23	5,2%
Più volte al giorno	30	15	15	17	6	83	18,7%
1° + volte sett.	8	5	8	2	-	23	5,2%
Spesso Weekend	2	1	1	1	-	5	1,1%
Qualche fine settimana	1	3	1	0	1	6	1,3%
Saltuario nel mese	8	5	9	7	8	37	8,3%
Non noto	7	0	0	0	4	11	2,5%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	1	7	7	2	19	4,3%
Fuori pasto	36	10	10	10	11	77	17,3%
Sempre	15	18	23	13	6	75	16,9%
Astinenti	107	43	29	32	46	257	57,8%
Non noto	7	4	0	0	6	17	3,8%

Tab.17.4 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici. Anno 2011

Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	106	54	41	48	34	283	61,0%
Birra	38	16	13	11	14	92	19,8%
Superalcolici	21	3	11	11	1	47	10,1%
Aperitivi, amari ...	4	8	6	11	3	32	6,9%
Altro	8	0	0	0	2	10	2,2%
Totale utenti	177	81	71	81	54	464	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	9	8	6	6	4	33	7,3%
Abuso o uso improprio di farmaci	11	3	5	4	0	23	5,1%
Frequenza di assunzione							
Astinente	98	50	32	41	33	254	54,7%
Una volta al giorno	12	1	6	7	1	27	5,8%
Più volte al giorno	41	15	15	18	9	98	21,1%
1° + volte sett.	7	2	7	6	4	26	5,6%
Spesso Weekend	0	2	0	1	1	4	0,9%
Qualche fine settimana	3	2	1	0	1	7	1,5%
Saltuario nel mese	8	9	10	8	5	40	8,6%
Non noto	8	0	0	0	0	8	1,7%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	7	4	12	8	1	2	6,9%
Fuori pasto	44	7	7	20	12	90	19,4%
Sempre	22	20	20	12	8	82	17,0%
Astinente	98	50	32	41	33	254	54,7%
Non noto	6	0	0	0	0	6	1,3%

Tab.17.5 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostanza d'abuso							
Vino	120	54	43	45	48	310	66,4%
Birra	38	13	9	11	15	86	18,4%
Superalcolici	18	5	8	7	4	42	9,0%
Aperitivi, amari ...	3	5	4	10	5	27	5,8%
Altro	0	0	1	1	0	2	0,4%
Totale utenti	179	77	65	74	72	467	
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	9	4	9	6	38	8,1%
Abuso o uso improprio di farmaci	11	5	1	4	3	24	5,1%
Frequenza di assunzione							
Astinente	81	45	36	30	50	242	51,8%
Una volta al giorno	32	4	2	10	3	51	10,9%
Più volte al giorno	46	18	15	22	11	112	24,0%
1° + volte sett.	9	3	1	5	2	20	4,3%
Weekend	2	1	2	1	1	7	1,5%
Saltuario nel mese	9	5	8	4	5	31	6,6%
Non noto	0	1	1	2	0	4	0,9%
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	4	6	12	2	26	5,6%
Fuori pasto	45	10	8	18	13	94	20,1%
Sempre	53	19	14	12	7	105	22,5%
Non noto	79	44	37	32	50	242	51,8%

Tab.18 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso ed età

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

Tab.19 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti tipo di sostanza. Valori %

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

Tab.20 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte e sede di trattamento

Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	1	0	0	0	0	1
Malattie sistema circolatorio	1	2	0	0	1	4
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Malattia infettiva	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	1	2	0	0	3
Altro	1	1	0	0	1	3
Causa sconosciuta	2	0	0	0	1	3
Totale	7	5	2	0	3	17
Età media alla morte (min-max)	52 (40-77)	51,8 (34-85)	54 (43-65)	-	46,6 (41-51)	51,2 (34-85)
Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	1	1	0	0	0	2
Suicidio	3	0	0	0	0	3
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	0	0	0	0	0	0
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	1	1	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	1	0	0	0	0	1
Tumore	1	2	1	1	0	5
Altro	2	0	0	0	1	3
Causa sconosciuta	0	0	0	0	0	0
Totale	8	4	1	2	2	17
Età media alla morte (min-max)	47,8 (42-55)	58,8 (50-64)	52	61,5 (49-74)	49,5 (48-51)	53,9 (42-74)
Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	0	1	0	1	0	2
Epatopatie	0	0	0	0	0	0
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Tumore	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0	1	1
Causa sconosciuta	0	1	0	0	1	2
Totale	1	2	0	1	2	6
Età media alla morte (min-max)	53	55,5 (49-62)	-	49	40,0 (28-52)	49,4 (28-62)

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	2	0	0	1	3
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	1	2	0	0	1	4
Malattie sistema circolatorio	0	2	0	0	0	2
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Tumore	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	1	0	0	0	0	1
Totale	2	7	0	0	2	11
Età media alla morte (min-max)	42,5 (42-43)	55,8 (34-68)	-	-	62 (53-71)	54,5 (34-71)
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	1	1	1	0	0	3
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Tumore	1	1	0	0	0	2
Altro	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	0	0	0	0	0	0
Totale	2	2	1	0	0	5
Età media alla morte (min-max)	50,3 (36-56)	69,5 (60-79)	59	-	-	58 (36-79)
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	1	1	0	0	0	2
Incidente stradale	0	0	0	0	1	1
Epatopatie	1	0	0	0	0	1
Malattie sistema circolatorio	0	0	1	0	0	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0	0	0
Malattia infettiva	0	0	0	0	1	1
Tumore	1	3	1	0	0	5
Altro	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	1	0	0	0	3
Totale	5	5	2	0	2	14
Età media alla morte (min-max)	50,8 (36-68)	54,8 (47-69)	49,5 (44-55)	-	45 (41-49)	51,2 (36-69)

Tab.21 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte. Periodo 2005-2015

Cause di morte	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Overdose	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Suicidio	1	1	1	0	0	2	0	3	1	3	0
Incidente stradale	0	1	1	1	0	1	0	1	2	0	1
Epatopatie	1	1	0	2	1	1	2	4	0	0	1
Malattie sistema circolatorio	2	1	1	0	2	1	0	2	0	2	4
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Malattie infettive	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tumore	4	1	2	2	1	5	2	0	0	5	3
Altro	0	0	2	2	0	0	0	0	1	3	3
Causa sconosciuta	0	2	1	2	3	3	0	1	2	1	3
Totale	9	7	9	11	7	14	5	11	6	17	17
Età media alla morte (minimo-massimo)	56 (36-83)	60 (51-77)	56 (42-77)	52 (21-83)	52 (32-72)	51,2 (36-69)	58 (36-79)	54,5 (34-71)	49,4 (28-62)	53,9 (42-74)	51,2 (34-85)

Tab.22 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per tipo di trattamento e Sede

Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	106	40	62	61	54	323
Psicoterapia individuale	34	5	2	2	0	43
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	26	5	20	4	1	56
Counseling all'utente o alla famiglia	15	13	20	19	10	77
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	0	14	0	0	14
Socio-educativo	25	17	22	54	22	140
Riabilitativo residenziale	9	2	7	2	5	25
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	14	11	9	8	0	42
Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	105	48	68	58	54	333
Psicoterapia individuale	30	3	2	2	0	37
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	33	3	22	4	0	62
Counseling all'utente o alla famiglia	15	5	20	23	13	76
Gruppi di Mutuo Aiuto	1	7	18	0	0	19
Socio-educativo	26	25	27	46	25	149
Riabilitativo residenziale	6	5	9	2	5	27
Ricovero ospedaliero	0	2	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	7	22	8	9	0	46
Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	108	56	64	72	61	361
Psicoterapia individuale	33	0	1	2	0	36
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	28	1	21	2	0	52
Counseling all'utente o alla famiglia	15	8	21	32	10	86
Gruppi di Mutuo Aiuto	2	2	16	0	0	20
Socio-educativo	23	28	26	59	25	161
Riabilitativo residenziale	8	4	7	6	4	29
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	6	29	7	13	0	55

Tab.22 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per tipo di trattamento e Sede (segue)

Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	123	72	65	61	59	380
Psicoterapia individuale	31	7	1	1	3	43
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	27	1	10	2	0	40
Counseling all'utente o alla famiglia	20	2	21	19	14	76
Gruppi di Mutuo Aiuto	3	3	1	0	1	8
Socio-educativo	23	39	32	59	29	182
Riabilitativo residenziale	8	2	5	6	3	24
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	4	25	10	11	1	51
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	132	73	66	63	48	382
Psicoterapia individuale	27	9	1	1	2	40
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	33	6	3	2	0	44
Counseling all'utente o alla famiglia	17	10	25	23	11	86
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	3	1	0	1	5
Socio-educativo	24	32	48	70	18	192
Riabilitativo residenziale	8	2	4	7	3	24
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	4	10	8	0	0	22
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	155	73	53	66	59	406
Psicoterapia individuale	23	9	1	1	2	36
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	29	8	4	1	1	43
Counseling all'utente o alla famiglia	21	14	27	44	14	120
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	0	0	1	1	2
Socio-educativo	25	27	29	63	24	168
Riabilitativo residenziale	7	3	2	8	8	28
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	7	4	14	0	3	28

Tab.23 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo e numero di trattamenti

Anno 2015	Utenti	%	Trattamenti	%
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
Anno 2014	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	333	44,5	626	56,8
Psicoterapia individuale	37	4,9	37	3,4
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	62	8,3	68	6,2
Counseling all'utente o alla famiglia	76	10,1	80	7,3
Gruppi di Mutuo Aiuto	19	2,5	20	1,8
Socio-educativo	149	19,9	181	16,4
Riabilitativo residenziale	27	3,6	38	3,4
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	46	6,1	53	4,8
Anno 2013	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	361	45,1	651	55,8
Psicoterapia individuale	36	4,5	36	3,1
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	52	6,5	59	5,1
Counseling all'utente o alla famiglia	86	10,8	89	7,6
Gruppi di Mutuo Aiuto	20	2,5	21	1,8
Socio-educativo	161	20,1	206	17,7
Riabilitativo residenziale	29	3,6	34	2,9
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	55	6,9	70	6,0

Tab.23 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo e numero di Trattamenti (segue)

Anno 2012	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	380	48,8	680	60,0
Psicoterapia individuale	43	5,5	43	3,8
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	40	5,1	44	3,9
Counseling all'utente o alla famiglia	76	9,8	78	6,9
Gruppi di Mutuo Aiuto	8	1,0	8	0,7
Socio-educativo	182	23,4	225	19,9
Riabilitativo residenziale	24	3,1	30	2,6
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	25	3,2	25	2,2
Anno 2011	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	382	48,1	661	58,7
Psicoterapia individuale	40	5,0	40	3,6
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	44	5,5	48	4,3
Counseling all'utente o alla famiglia	86	10,8	95	8,4
Gruppi di Mutuo Aiuto	5	0,6	5	0,4
Socio-educativo	192	24,2	230	20,4
Riabilitativo residenziale	24	3,0	25	2,2
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	22	2,8	22	2,0
Anno 2010	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	406	48,9	696	60,1
Psicoterapia individuale	36	4,3	36	3,1
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	43	5,2	46	4,0
Counseling all'utente o alla famiglia	120	14,4	130	11,2
Gruppi di Mutuo Aiuto	2	0,2	2	0,2
Socio-educativo	168	20,2	189	16,3
Riabilitativo residenziale	28	3,4	31	2,7
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	28	3,4	28	2,4

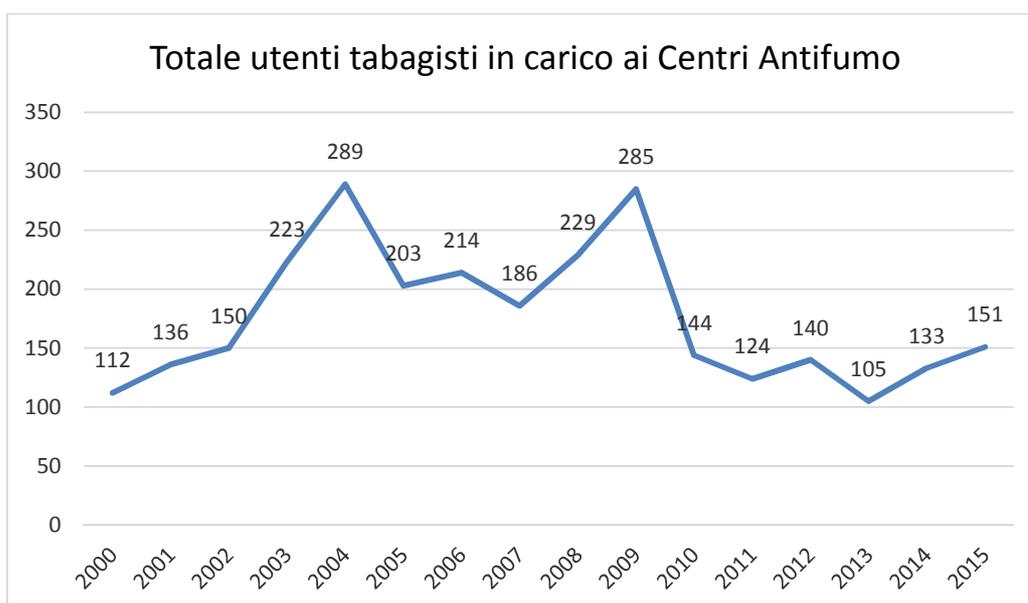
Tab.24 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Valori %

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

UTENTI IN CARICO AI CENTRI ANTIFUMO TREND 2000 - 2015

Tab.1 UTENTI che hanno seguito i Corsi per smettere di fumare presso i Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara. Trend 2000-2015

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%



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

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

* Anno di apertura del primo Centro Antifumo

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

Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti:	109	14	28	0	0	151
Nuovi	59	7	5	0	0	71
Già in carico	50	7	23	0	0	80
Sesso						
Maschi	54	5	15	0	0	74
Femmine	55	9	13	0	0	77
Età						
<=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
Titolo di studio						
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
%	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti						
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
Sesso						
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
Età						
<=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
Titolo di studio						
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

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

Anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti:	94	13	26	0	0	133
Nuovi	47	6	21	0	0	74
Già in carico	47	7	5	0	0	59
Sesso						
Maschi	39	7	17	0	0	63
Femmine	55	6	9	0	0	70
Età						
<=19	0	0	0	0	0	0
20-29	2	1	0	0	0	3
30-39	10	2	1	0	0	13
40-49	17	2	5	0	0	24
50-59	31	4	10	0	0	45
>=60	34	4	10	0	0	48
Titolo di studio						
Non conosciuto	0	0	0	0	0	0
Nessuno	0	0	0	0	0	0
Elementare	1	4	5	0	0	10
Media inferiore	30	6	9	0	0	45
Qualifica prof.le	9	0	1	0	0	10
Media superiore	33	3	11	0	0	47
Livello universitario	21	0	0	0	0	21
%	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti						
Nuovi	50,0	46,2	80,8	0,0	0,0	55,6
Già in carico	50,0	53,8	19,2	0,0	0,0	44,4
Sesso						
Maschi	41,5	53,8	65,4	0,0	0,0	47,4
Femmine	58,5	46,2	34,6	0,0	0,0	52,6
Età						
<=19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-29	2,1	7,7	0,0	0,0	0,0	2,3
30-39	10,6	15,4	3,8	0,0	0,0	9,8
40-49	18,1	15,4	19,2	0,0	0,0	18,0
50-59	33,0	30,8	38,5	0,0	0,0	33,8
>=60	36,2	30,8	38,5	0,0	0,0	36,1
Titolo di studio						
Non conosciuto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessuno	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Elementare	1,1	30,8	19,2	0,0	0,0	7,5
Media inferiore	31,9	46,2	34,6	0,0	0,0	33,8
Qualifica prof.le	9,6	0,0	3,8	0,0	0,0	7,5
Media superiore	35,1	23,1	42,3	0,0	0,0	35,3
Livello universitario	22,4	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8

Tab.3.2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede

Anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	77	23	5	0	0	105	
Nuovi	43	4	5	0	0	52	49,5
Già in carico	34	19	0	0	0	53	50,5
Sesso							
Maschi	26	11	4	0	0	41	19,7
Femmine	51	12	1	0		64	30,8
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	0	2	0	0	0	2	1,9
30-39	11	4	0	0	0	15	14,3
40-49	12	1	0	0	0	13	12,4
50-59	29	9	3	0	0	41	39,0
>=60	25	7	2	0	0	34	32,4
Titolo di studio							
Elementare	3	5	2	0	0	10	9,5
Media inferiore	33	13	1	0	0	47	44,8
Qualifica prof.le	1	0	1	0	0	2	1,9
Media superiore	29	4	1	0	0	34	32,4
Livello universitario	11	1	0	0	0	12	11,4
Anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	88	38	14	0	0	140	
Nuovi	46	18	0	0	0	64	45,7
Già in carico	42	20	14	0	0	76	54,3
Sesso							
Maschi	32	20	9	0	0	61	43,6
Femmine	56	18	5	0	0	79	56,4
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	1	1	0	0	0	2	1,4
30-39	15	9	0	0	0	24	17,1
40-49	26	7	0	0	0	33	23,6
50-59	24	9	5	0	0	38	27,1
>=60	22	12	9	0	0	43	30,7
Titolo di studio							
Elementare	6	7	1	0	0	14	10,0
Media inferiore	29	20	9	0	0	58	41,4
Qualifica prof.le	1	0	0	0	0	1	0,7
Media superiore	39	8	4	0	0	51	36,4
Livello universitario	13	3	0	0	0	16	11,4

Tab.3.3 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo distinti per sede

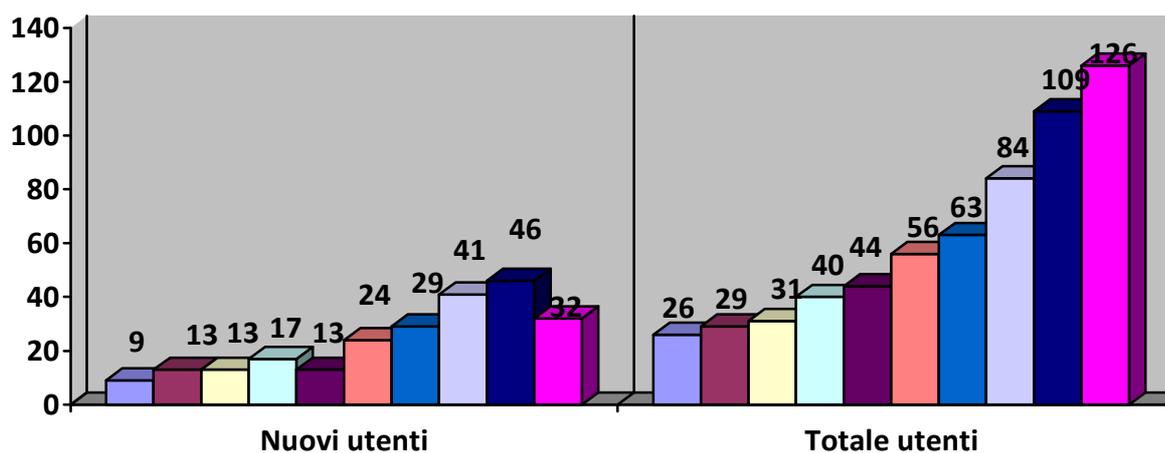
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	72	30	18	4	0	124	
Nuovi	39	17	14	0	0	70	56,5
Già in carico	33	13	4	4	0	54	43,5
Sesso							
Maschi	35	15	10	2	0	62	50
Femmine	37	15	8	2	0	62	50
Età							
<=19	1	0	0	0	0	1	0,8
20-29	1	1	0	0	0	2	1,6
30-39	10	6	0	1	0	17	13,7
40-49	17	6	1	0	0	24	19,4
50-59	22	6	9	1	0	38	30,6
>=60	21	11	8	2	0	42	33,9
Titolo di studio							
Elementare	0	4	1	1	0	6	5,3
Media inferiore	5	16	11	2	0	34	29,8
Qualifica prof.	20	0	0	0	0	20	17,5
Media superiore	5	9	6	1	0	21	18,4
Livello universitario	32	1	0	0	0	33	28,9
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	65	35	14	27	3	144	
Nuovi	32	10	3	3	0	48	33,3
Già in carico	33	25	11	24	3	96	66,7
Sesso							
Maschi	29	16	8	14	1	68	47,2
Femmine	36	19	6	13	2	76	52,8
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	1	3	0	0	0	4	2,8
30-39	6	1	2	7	0	16	11,1
40-49	21	7	2	8	0	38	26,4
50-59	17	6	5	8	2	38	26,4
>=60	20	18	5	4	1	48	33,3
Titolo di studio							
Elementare	3	9	2	3	1	18	12,5
Media inferiore	21	15	7	12	1	56	38,9
Qualifica prof.	6	0	3	0	0	9	6,3
Media superiore	30	9	2	10	0	51	35,4
Livello universitario	5	2	0	2	1	10	6,9

UTENTI IN CARICO PER GIOCO PATOLOGICO TREND 2006-2015

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
2006	9	-	17	-	26	-
2007	13	44,4%	16	-5,9%	29	11,5%
2008	13	0,0%	18	12,5%	31	6,9%
2009	17	30,8%	23	27,8%	40	29,0%
2010	13	-23,5%	31	34,8%	44	10,0%
2011	24	84,6%	32	3,2%	56	27,3%
2012	29	20,8%	34	6,3%	63	12,5%
2013	41	46,4%	43	26,5%	84	33,3%
2014	46	12,2%	63	46,5%	109	29,8%
2015	32	-30,4%	94	49,2%	126	15,6%

Utenti con Gioco d'azzardo patologico



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

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
2006	23	0	1	1	1	26
2007	28	0	0	0	1	29
2008	29	0	1	1	0	31
2009	35	0	2	2	1	40
2010	40	0	2	2	0	44
2011	49	0	3	3	1	56
2012	57	0	2	2	2	63
2013	63	4	7	3	7	84
2014	65	7	13	8	16	109
2015	73	9	17	13	14	126

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

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

Tab.4 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico distinti per classi di età

Anni	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60
2006	0	2	5	6	8	5
2007	0	3	5	8	8	5
2008	0	3	5	7	10	6
2009	0	3	4	11	12	10
2010	0	2	3	12	18	9
2011	0	4	6	17	19	10
2012	0	2	9	16	20	16
2013	0	3	15	22	26	18
2014	1	8	17	28	30	25
2015	0	12	14	27	40	33

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

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

Tab.5 Utenti distinti sesso ed età media

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

Tab.6 Indicatori

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

Tab.7 Utenti distinti per tipo di gioco patologico

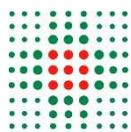
Tipo di Gioco	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Giochi e/o scommesse su Animali	6	7	5	0	0	0	0	1	3	3
Slot-Machine, Video Poker, Roulette, dadi	13	20	26	28	38	49	57	70	82	77
Lotto, SuperEnalotto, Lotterie istantanee, gratta e vinci	3	2	0	2	5	5	2	7	14	13
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	0	0	0	0	0	2	1	2	2	2
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0
Giochi d'azzardo su internet	-	-	-	-	-	-	2	2	2	1
Bingo, Totocalcio	4	0	0	5	0	0	1	2	6	0
%	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Giochi e/o scommesse su Animali	23,1%	24,1%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,8%	3,1%
Slot-Machine, Video Poker, Roulette, dadi	50,0%	69,0%	83,9%	70,0%	86,4%	87,5%	90,5%	83,3%	75,2%	80,2%
Lotto, SuperEnalotto, Lotterie istantanee, gratta e vinci	11,5%	6,9%	0,0%	5,0%	11,4%	8,9%	3,2%	8,3%	12,8%	13,5%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	1,6%	2,4%	1,8%	2,1%
Videogiochi su PC, Smartphone, Tablet	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	2,3%	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%	0,0%	3,2%	2,4%	1,8%	1,0%
Bingo, Totocalcio	15,4%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	1,6%	2,4%	5,5%	0,0%

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

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

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

Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom	Codigoro	Cento	Totale
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%
Sesso						
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%
Classi di età						
< =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%
Tipo di Gioco						
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

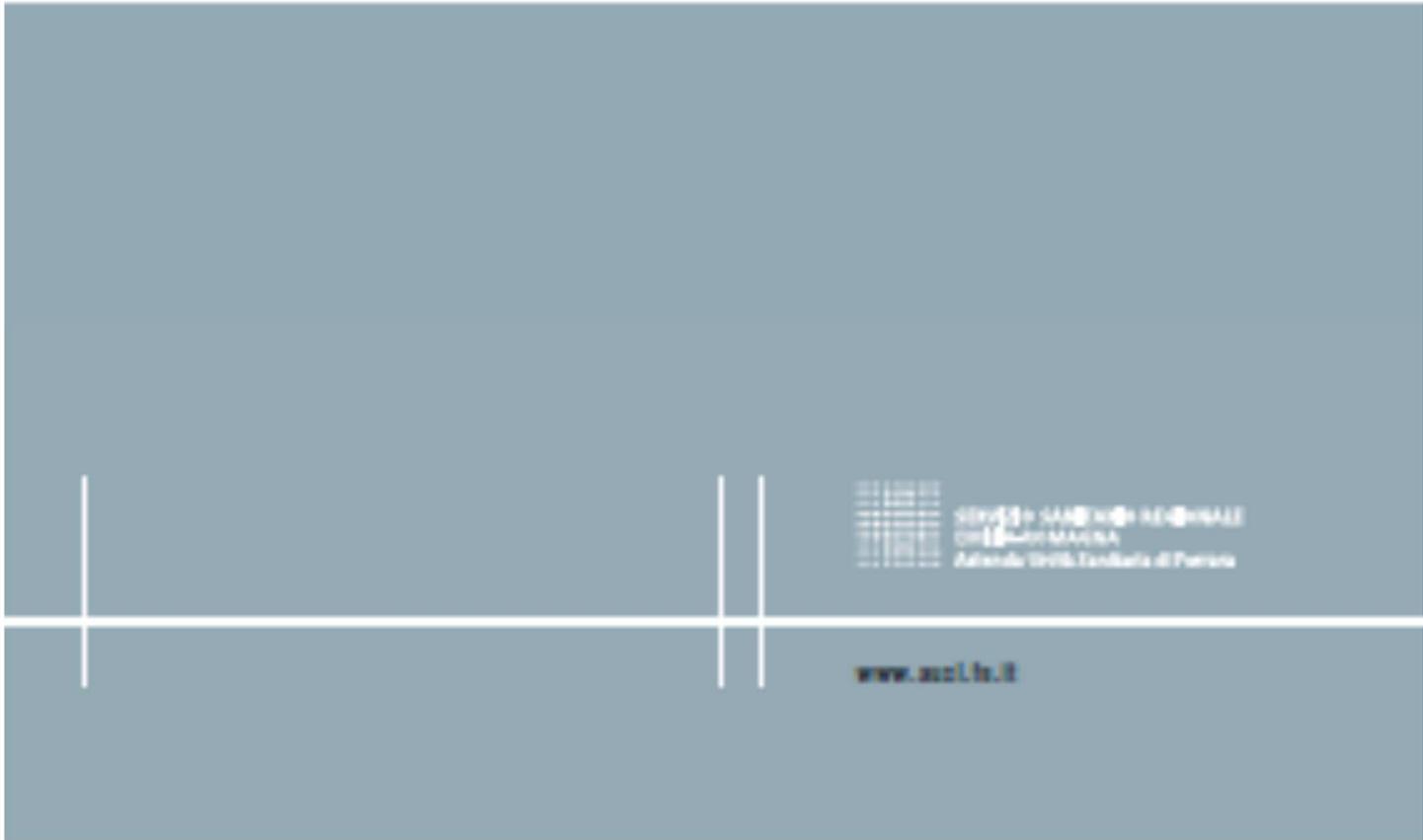
<http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/staff/osservatorio-epidemiologico/osservatorio-epidemiologico-sulle-dipendenze-patologiche>

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: **osservatorio.sert@ausl.fe.it**

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 STATISTICO REGIONALE
DEL PIEMONTE
Astrada 15/16, 10126 Torino

www.istat.it