

RAPPORTO 2009 sulle dipendenze patologiche nella provincia di Ferrara



Rapporto 2009 dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche provincia di Ferrara

I consumi e la dipendenza da sostanze Le risposte del sistema dei servizi Il ruolo del volontariato

A cura di

Cristina Sorio Responsabile M.O. Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
Alberto Tinarelli Responsabile Programma Dipendenze Patologiche
Ilaria Vaccari Agire Sociale - Centro Servizi per il Volontariato

Elaborazione dati

Gabriella Antolini Statistica, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Hanno collaborato alla redazione del Rapporto 2009

Vito Martiello, Silvia Peretto, Francesca Gallini (Agire Sociale - Centro Servizi per il Volontariato), Gabriele Castaldi, Vanna Ronchi (Associazione Famiglie contro la Droga), Maria Geltrude D'Aloya, Laura Roncagli (Coordinamento Auto-Aiuto), Paolo Giberti (Comitato Insieme per la Qualità della Vita), Roberto Simoni (Club Alcolisti in Trattamento di Argenta), Alcolisti Anonimi di Ferrara, Codigoro e Comacchio, Alanon di Ferrara e Codigoro, Alfio Fortini, Valerio Dal Fiume (CAT di Poggio Renatico), Barbara Del Gesso, Anna Brunello (CAT di Bondeno), Valeria Pastorello (CAT di Mesola), Massimo (CAT di Ferrara), Emilia Balboni (CAT di Renazzo), Don Luigi (Associazione Oasi Santa Giustina), Massimo Friani (Associazione Il Pellicano), Don Domenico, Raffaele Rinaldi (Associazione Viale K)

Luisa Garofani (SerT Distretto Centro Nord), Filomena CATERA (SerT Distretto Sud Est), Paola Giacometti (SerT Distretto Ovest), Luigi Grotti, Beatrice Rovigatti, Tanja Bettoli, Alberto Urro, Andrea Strocchi (Promeco), Rosangela Giovannini, Dorian Beltrami, Renzo Marsili, Rosella Occhiali, Giovanna Tonioli, Eleonora Ferraris, Donata Soffritti, Urbano Viviani, Sabrina Zanni, Mauro Faggioli, Angela Dicara, Barbara Cocchi (SerT Distretto Centro Nord), Giovanna Alberghina, Ciro Garuti, Roberta Sivieri, Miranda Roncagli, M. Letizia Bottoni, Laura Masi (SerT Distretto Sud Est), Marina Galletti, Roberta Bergami (SerT Distretto Ovest)

Delia Martinoli, Francesca Giovannini (Comunità Saman Le Muraglie), Mauro Orioli (Comunità Il Timoniere), Sabrina Mori (Comunità Exodus), Giovanni De Togni, Leonardo Scarpa (Comunità Il Ponte), Manuel Alleati (Comunità Papa Giovanni XXIII), Livio Cavallini (Centro Osservazione e Diagnosi)

Andrea Noventa, Membro del Coordinamento Nazionale dell'Auto-Mutuo-Aiuto,
Responsabile Area Prevenzione SerT.1, Dipartimento delle Dipendenze ASL Bergamo

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE
Azienda USL di Ferrara - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Via Francesco del Cossa, 18
44100 Ferrara
osservatorio.sert@ausl.fe.it

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie alla collaborazione ed al contributo di Agire Sociale - Centro Servizi Volontariato Ferrara, nell'ambito del progetto di rete "Da che Dipende?"

In copertina opera di **Vincenzo Balsamo** 1978/79, *Evocazioni*

INDICE

Prefazione

Fosco Foglietta, Direttore Generale dell'Azienda Usl di Ferrara

Il sistema dei servizi e il volontariato

Alberto Tinarelli, Direttore Programma Dipendenze Patologiche

Il progetto "Da che Dipende?". Percorso di un progetto di rete territoriale

Silvia Peretto, Responsabile Progettazione Centro Servizi per il Volontariato

Gabriele Castaldi, Presidente Associazione Famiglie contro la Droga

PARTE I – I CONSUMI E LA DIPENDENZA DA SOSTANZE

1. IL CONSUMO DI SOSTANZE TRA I TREDICENNI E I QUINDICENNI

T. Bettoli, C. Sorio, G. Antolini

1.1	Introduzione	pag.	13
1.2	Percezione del rischio e consumo di sostanze	pag.	13
1.3	Giovani e giovanissimi a confronto	pag.	17
1.4	Conclusioni	pag.	18

2. CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZA

C. Sorio, G. Antolini

2.1	Premessa	pag.	19
2.2	L'utenza complessiva dei servizi pubblici per la cura delle dipendenze patologiche nella provincia di Ferrara	pag.	19
2.3	La dimensione e la natura dell'uso problematico di droghe	pag.	20
2.4	Consumo di alcol e alcolismo	pag.	30
2.5	Il profilo degli utenti dei Centri Antifumo	pag.	34
2.6	Conclusioni	pag.	35

PARTE II – LE RISPOSTE DEL SISTEMA DEI SERVIZI

3. STRATEGIE ED INTERVENTI DI PREVENZIONE

3.1	Metodi e interventi di prevenzione	pag.	39
3.2	Promozione di stili di vita sani: gli interventi di Promeco	pag.	41
3.3	Profe? Posso dire una cosa?	pag.	44
	G. Tonioli		
3.4	Promozione di stili di vita liberi dal fumo	pag.	46
	D. Beltrami, R. Marsili, R. Sivieri, B. Rovigatti, U. Viviani, C. Sorio		
3.5	Progetto di prevenzione del doping sportivo	pag.	48
	P. Giacometti, R. Bergami		

4. IL GOVERNO CLINICO E LE AZIONI DELLA CURA: SAPER FARE O SAPER ESSERE?

4.1	Premessa	pag.	51
4.2	Il governo clinico e la cura	pag.	51
	L. Garofani		
4.3	I percorsi differenziati dell'accesso	pag.	56
	R. Giovannini, P. Giacometti, G. Alberghina, R. Occhiali, C. Garuti, B. Cocchi, R. Sivieri, C. Veronesi		
4.4	La terapia riabilitativa sociale	pag.	57
	L. Masi, M. Roncagli, S. Zanni, M. Faggioli, A. Dicara, M. Galletti, M.L. Bottoni		
4.5	Sostanze d'abuso e lavoro	pag.	59
	F. CATERA, E. Ferraris		

5. LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE	
5.1 Premessa	pag. 63
I. Vaccari	
5.2 Le strutture pedagogico-riabilitative	pag. 64
M. Alleati	
5.3 Le strutture terapeutico-riabilitative	pag. 66
D. Martinoli, F. Giovannini, M. Orioli, V. Pastorello, L. Scarpa.	
5.4 Le strutture specialistiche	pag. 71
L. Cavallini, S. Mori	
5.5 Le caratteristiche degli enti e il profilo dell'utenza	pag. 73
C. Sorio, G. Antolini	
5.6 La valutazione degli esiti dei trattamenti	pag. 77
C. Sorio, G. Antolini	

PARTE III – LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

6. AUTO-AIUTO, CITTADINO COMPETENTE E RETE DIFFUSA	
6.1 Lavorare in rete	pag. 81
V. Martiello	
6.2 Il lavoro di rete e community care. I gruppi di auto-mutuo-aiuto nelle dipendenze: una riflessione teorica	pag. 82
A. Noventa	
6.3 Il progetto “Da che dipende?”: azioni e strumenti per il lavoro di rete	pag. 88
I. Vaccari	
6.4 Uno sguardo del volontariato sul passato, presente e futuro	pag. 92
G. Castaldi, F. Gallini	
6.5 Caratteristiche del terzo settore nelle dipendenze in provincia di Ferrara	pag. 93
I. Vaccari	
6.6 La rete diffusa	pag. 99
R. Simoni	

PARTE IV – ALLEGATO STATISTICO

7. UTENZA SERT – ANNO 2008	
7.1 Utenti Tossicodipendenti	pag. 105
7.2 Utenti Alcolodipendenti	pag. 122
7.3 Utenti con gioco d'azzardo patologico	pag. 129
7.4 Utenti seguiti in carcere	pag. 130
7.5 Utenti Tabagisti	pag. 132
8. UTENZA COMUNITÀ TERAPEUTICHE – ANNO 2007	
8.1 Utenti totali in trattamento nelle comunità terapeutiche della provincia di Ferrara	pag. 137
8.2 Utenti dei SerT dell'Ausl di Ferrara con trattamento residenziale	pag. 139
9. ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO – ANNO 2009	
9.1 Scheda progetto “Da che dipende?”	pag. 143
9.2 Le Associazioni di volontariato del settore dipendenze presenti sul territorio della provincia di Ferrara	pag. 145

PREFAZIONE

Dell'integrazione socio sanitaria l'Azienda USL di Ferrara ha fatto un proprio punto connotativo.

In ragione di ciò è stata incaricata dalla Regione Emilia-Romagna di sviluppare sperimentalmente modalità di progettazione, monitoraggio e valutazione per presidiare, correggere e reimpostare alcuni, fondamentali, processi di integrazione quali ad esempio la continuità assistenziale.

Inoltre, anche sulla base delle esperienze maturate a Ferrara, il recente "Piano regionale sociale e sanitario" (2008/2011) conferisce al tema dell'integrazione socio sanitaria valenza strategica primaria all'interno del più generale contesto di revisione della "governance" locale. A questo punto dell'evoluzione delle "politiche" dell'integrazione avvertiamo l'esigenza di una prima riflessione critica. In larghissima misura le azioni che si sono svolte, in ragione della necessità di implementare le forme dell'integrazione, anche in un ambiente così favorevolmente predisposto quale è stato ed è quello ferrarese, hanno coinvolto servizi e operatori pubblici appartenenti all'organizzazione della "offerta" distrettuale e delle amministrazioni comunali; ospedaliera e delle attività territoriali; sanitaria, socio sanitaria e sociale.

I coordinamenti strutturati, le interconnessioni formalizzate, fra settori di organizzazione, i "protocolli" che regolano i comportamenti degli operatori e che danno sostanza alle forme della "integrazione gestionale e professionale", si sono codificati, fondamentalmente, all'interno del sistema dei pubblici servizi.

In altri termini, non c'è stata una corrispondente, puntuale attenzione nel coinvolgere all'interno di tali dinamiche anche le rappresentanze dell'utenza, attraverso le molteplici forme dell'associazionismo volontario.

Un volontariato non solo di tutela e di controllo dedicato alla funzione di "advocacy" ma anche capace di elaborare il punto di vista degli utenti e dei loro familiari in merito allo "status" del bisogno presente, e tendenzialmente futuro e di fornire un supporto concretamente operativo per conferire all'offerta di attività e servizi un "quid" di qualità in più dandole maggiore efficacia penetrativa nel tessuto sociale di riferimento.

In verità, le rappresentanze del "terzo settore" sono da tempo sedute attorno ai tavoli della programmazione locale dove si definiscono i Piani di Zona per la salute e il benessere sociale, con ciò essendo parte attiva della principale fattispecie della "integrazione istituzionale", ma da questo lavoro di elaborazione

di idee progettuali non discende successivamente un coerente impegno attuativo, quanto meno di affiancamento e di supporto, all'operare dei pubblici dipendenti.

A tale carenza intende sopperire, nell'area delle alcol-tossicodipendenze, il progetto "**Da che dipende?**" la cui premessa concettuale consiste nel dare forma e sostanza a una responsabilità condivisa che scaturisca da un nuovo paradigma delle relazioni tra cittadino competente (familiari, oltre che utenti; reti di auto mutuo aiuto e di sostegno informale, etc.) e operatori disposti ad ascoltare e a operare insieme.

In tal modo la Rete dei Servizi e delle attività di riferimento si dilata oltre i confini della "offerta" pubblica e congloba anche i molteplici riferimenti associativi, volontari e di cooperazione che sono impegnati a vario titolo nel campo della prevenzione, dell'accoglienza e della cura, sulle problematiche relative al consumo e alle dipendenze di sostanze psicoattive.

Si crea così un tessuto connettivo potenzialmente capace di accogliere la persona in tutta la sua problematicità e di sviluppare una presa in carico olistica dentro e fuori il nucleo familiare, prima e dopo l'incontro con la dipendenza, in ambiente di vita e di lavoro.

Il percorso che è stato pensato e progettato per raggiungere tale obiettivo si fonda, essenzialmente, su un originale approccio comunicativo da parte degli operatori dei Servizi diversamente articolato.

Nella capacità di **rendere consapevoli i fruitori** (attuali e potenziali; loro e le loro famiglie) di quali siano le condizioni di contesto (sociali, economiche, culturali) in cui si manifesta il fenomeno delle dipendenze e quali siano le conseguenze di natura clinica e sociale che esso genera. Premesse conoscitive, queste, per elaborare congiuntamente prospettive di intervento preventivo, di cura e di recupero; affidate ai servizi pubblici, alle comunità terapeutiche e alla galassia dell'associazionismo familiare di auto-aiuto e delle reti informali di affiancamento e supporto.

Di tutto ciò tratta il "**Rapporto 2009**" predisposto dall'**Osservatorio epidemiologico Dipendenze Patologiche** già in forma integrata; fruendo, cioè, del contributo determinante di un associazionismo volontario che se ne è fatto parte attiva.

Nella capacità dei servizi di interagire strutturalmente e non occasionalmente con tale mondo associativo, non istituzionale. Ciò consente di individuare in modo puntiforme una vera e propria "mappatura" di tutti i soggetti disponibili, di natura volontaristica e/o cooperativistica che possono – anzi, devono - collo-

carsi nella rete vasta dell'offerta assistenziale accanto ai Servizi Pubblici.

Infine coinvolgendo il "terzo settore" - in qualità di "partner" - nella progettazione di strategie di formazione e di intervento la cui attuazione non può prescindere da un altrettanto, convinto impegno da parte di tutti gli attori/protagonisti che hanno originariamente pensato e voluto tali strategie.

In ciò si connota, essenzialmente, il senso del progetto "**Da che dipende**".

Dunque, dalla comunicazione per informare e coinvolgere alla interazione per attuare insieme, si dipanano i processi che, nell'area delle alcol-tossicodipendenze, vogliono delimitare la frontiera più avanzata dell'integrazione socio sanitaria.

Fosco Foglietta

Direttore Generale Azienda Usl di Ferrara

IL SISTEMA DEI SERVIZI E IL VOLONTARIATO

Nella realtà ferrarese gli interventi di cura e riabilitazione nel settore delle tossicodipendenze sono svolti dal Sistema dei servizi: una modalità organizzativa definita nella delibera regionale istitutiva dei SerT e concretizzata a Ferrara, con un'interessante forma di integrazione fra pubblico e privato.

In anni recenti, l'accreditamento congiunto delle strutture pubbliche e private, ha dimostrato la reale possibilità di costruire un sistema non più connotato dal tratto distintivo dell'appartenenza culturale o ideologica di ognuno dei componenti, ma da obiettivi comuni al cui perseguimento si tende in modo condiviso. Il senso della sfida raccolta a Ferrara sta nel tentativo di creare un sistema integrato, qualcosa di più della rete delle collaborazioni, in modo da potersi misurare con la difficoltà di condividere le strategie da mettere in atto per rispondere ai bisogni del territorio, all'interno delle linee dettate dal governo regionale.

Pertanto una programmazione comune diventa fondante del rapporto fra i partecipanti al Sistema e in questo senso l'accordo che ogni anno viene stipulato fra Strutture del privato accreditato e SerT, ha subito nel tempo una serie successiva di modifiche che ne hanno cambiato la natura. Inizialmente questo accordo pareva risolversi semplicemente in un confronto teso all'ottimizzazione delle tariffe per i gestori delle strutture private, e di saggia amministrazione del bilancio a disposizione, per i servizi pubblici. Poi, in anni più recenti, si è connotato come contratto di fornitura con budget definiti per ogni struttura, per approdare nel 2009 alla stesura di un documento che costituisce il manifesto dell'integrazione fra pubblico e privato. In esso, infatti, i servizi prodotti da ciascuno si potenziano diventando patrimonio comune, nel quadro di una programmazione condivisa, discussa e approvata, dai componenti pubblici e privati facenti parte del Comitato di Programma. Si tratta, in altri termini, di valorizzare il ruolo di ognuno dei partecipanti nella dimensione programmatoria, facendo sfumare il confine fra i singoli interventi che si integrano in percorsi terapeutici personalizzati e multifasici in grado di garantire la continuità assistenziale.

In questo contesto organizzativo la rilevanza maggiore spetta al progetto piano terapeutico individualizzato che si compone di prodotti forniti, secondo i bisogni dell'utente, da tutti i componenti del sistema in una dimensione di sostanziale complementarietà. Su questo modello organizzativo si fonda la capacità del Sistema dei Servizi non tanto di "curare" quanto

di "prendersi cura" del paziente, facendosene carico per garantire un livello qualitativamente omogeneo delle prestazioni e la possibilità di disporre di percorsi integrati fra servizi pubblici e privati rispondenti a una logica terapeutica condivisa. Per accorgersi di quanto sia lungo il cammino fin qui percorso, vale la pena ricordare che il Sistema dei servizi è nato per garantire, da un lato, un livello omogeneo della qualità delle prestazioni professionali uniforme per servizi pubblici o privati sul territorio regionale e, dall'altro, trasparente e non contrastante per i cittadini. La decisione deliberata dalla Regione, quindi, altro non era che un'indicazione programmatica, da essere resa operativa nel medio-lungo periodo adattandola ai bisogni delle comunità locali e predisponendo piani di intervento congiunti.

A Ferrara l'obiettivo di ottimizzare il livello qualitativo delle prestazioni rese all'interno del Sistema è stato perseguito attraverso un lavoro di collaborazione basato sul rispetto dell'autonomia dei singoli partecipanti, durato molti anni e mantenuto al centro dell'attenzione da un costante confronto. Lo sviluppo originale dell'esperienza ferrarese sta nell'aver realizzato i percorsi della continuità assistenziale utilizzando tutte le risorse dei servizi pubblici e privati, attraverso la definizione di progetti terapeutici individuali condivisi. È in questa comunione di intenti, nella programmazione prima e nella predisposizione dei piani terapeutici poi, che si annullano le distanze fra i servizi e si determina l'integrazione perseguendo il risultato ultimo di soddisfare i bisogni degli utenti.

L'obiettivo dell'integrazione è stato raggiunto grazie alla volontà di creare la necessaria sintonia fra gli accordi annuali e il piano della qualità, rappresentando un terreno comune sul quale programmare le attività usando linguaggi condivisi, funzionali a rendere professionale l'intervento e valutabile il suo risultato.

È stato compiuto un percorso che ha abbattuto le diffidenze, ha saputo superare le diversità di impostazione culturale e professionale attraverso il riconoscimento delle reciproche competenze. L'uso quotidiano del linguaggio comune della qualità ha reso possibile definire dei parametri "neutri" a partire dall'approccio metodologico incentrato sulla relazione di aiuto.

In altri termini, convenire sulla necessità di disporre di competenze professionali specifiche interdisciplinari, ha permesso di superare le eventuali divisioni di tipo ideologico - compagni di viaggio indesiderati, ma sempre presenti - soprattutto quando si tratta dei

problemi della dipendenza da sostanze, e ha aperto la porta a un dialogo tecnico professionale che ha innalzato notevolmente il livello delle risposte operative.

Oggi il sistema ferrarese risponde quasi per intero ai bisogni espressi dalle persone tossicodipendenti e dai loro familiari e, attraverso i protocolli operativi e le convenzioni con altri servizi territoriali sociali e sanitari, è in grado di completare il quadro delle opportunità di cura. Forse proprio per questo motivo si è ritenuto opportuno allargare l'orizzonte, non solo quindi ai diretti interessati – utenti e famiglie - ma anche alle associazioni di volontariato che, a vario titolo e con diversi gradi di partecipazione, possono essere coinvolte.

Nel corso dei molti anni trascorsi dalla sua fondazione, i rapporti tra il SerT e l'Associazione Famiglie Contro la Droga - prima e unica sopravvissuta fra quelle nate in provincia di Ferrara - non si sono mai interrotti, talvolta discontinui o conflittuali, ma sempre centrati su un rapporto di fatto esclusivo. Oggi, invece, per la prima volta, è il Sistema dei servizi che si confronta con il volontariato inteso come struttura che sostiene le istanze dei "clienti-utenti" dei servizi.

Si cerca infatti anche in questo contesto un'interlocuzione alla pari che supera la dimensione rivendicativa contrapposta alla sostanziale incapacità di comprenderne le ragioni. Ne è scaturito un progetto di collaborazione con una finalizzazione precisa che si incardina perfettamente nell'idea che la tossicodipendenza possieda una dimensione di complessità tale che nessuno da solo può permettersi di affrontare. Per questo, accanto alla competenza professionale di alta qualità necessaria per affrontare in modo efficace la sofferenza dei singoli, occorre un livello di interesse e di mobilitazione delle coscienze che non può essere appannaggio del sistema che si occupa della cura.

È sul livello dell'impegno civile, della sensibilizzazione e della costante attenzione, che i gruppi interessati a vario titolo al problema devono convenire per sollecitare anche i servizi a rendere trasparente e visibile il proprio operato. Uno slogan vecchio ormai quanto i servizi per le tossicodipendenze di Ferrara enunciava perentorio: "La droga è un problema di tut-

ti". Lo dichiarava in un momento in cui l'isolamento e la solitudine dei tossicodipendenti, delle loro famiglie e anche dei servizi loro dedicati, era evidente e palpabile. Poi le cose si sono evolute e oggi esiste un sistema di cura che è capace di sostenere il peso del trattamento delle persone sofferenti, ma anche questo non basta più se il nemico da combattere è ancora, mi si passi la semplificazione, la "droga" con il suo corollario di problemi privati e pubblici.

La dimensione sociale del volontariato allora diventa il ponte verso la collettività di cui il nostro sistema ha bisogno e di cui deve avvalersi accettando il rischio che le sollecitazioni che verranno dal mondo dell'associazionismo volontario non saranno sempre in linea con quanto discusso, programmato e mediato dentro alla struttura che si occupa della cura.

Però se è vero che nella dialettica sorretta dalla reciproca stima si colloca la possibilità di produrre i cambiamenti, non c'è dubbio che questa apertura diventi un passaggio ineludibile.

Certo rispettare i ruoli reciproci non è così facile, l'argomento si presta a interpretazioni soggettive che possono cercare di semplificare o peggio banalizzare realtà complesse creando una certa confusione. Oggi manovre autoritarie si coniugano con goffi tentativi messi in atto da sindaci volenterosi che cercano di sterilizzare il proprio territorio a colpi di ordinanza e di contravvenzioni sanzionando un po' a casaccio bevitori e fumatori minorenni, clienti di prostitute, immigrati e altro ancora, reinterprestando nelle piccole e grandi comunità il sogno perverso e salvifico della proibizione.

Il Sistema dei Servizi di Ferrara, oggi, credo sia in grado di reggere questa sfida perché ha saputo farsi conoscere in una dimensione unitaria che dà forza e identità alla compagine terapeutica, rendendola capace di un confronto sereno con le associazioni quali potenziali rappresentanti dei fruitori dei servizi. E, citando Demostene secondo il quale le grandi imprese nascono da piccole opportunità, dal consolidamento del sistema unitario dei servizi non possono che continuare a crescere cose positive.

Alberto Tinarelli

Direttore Programma, Dipendenze Patologiche

IL PROGETTO “DA CHE DIPENDE?”

Percorso di un progetto di rete territoriale

Il progetto “**Da che dipende?**” è stato avviato su proposta dell’Associazione di volontariato Famiglie Contro la Droga in collaborazione con il SerT e il Centro Servizi per il Volontariato, con l’obiettivo di avviare un percorso progettuale che coinvolgesse in modo concreto le associazioni di Volontariato, le realtà del Terzo Settore e le Istituzioni che, sul territorio provinciale, si occupano direttamente o sono interessate a vario titolo al problema delle dipendenze patologiche.

La difficoltà del tema trattato e la complessità delle funzioni e della rete delle relazioni che coinvolge quanti operano a stretto contatto con persone tossicodipendenti, ha convinto il gruppo di promotori a sostenere la necessità di un allargamento della rete al volontariato.

L’obiettivo della proposta è il superamento della prospettiva unilaterale di approccio alle tematiche sociali che spesso genera conflitti o incomprensioni fra gruppi di volontari di diverso orientamento ideale o fra operatori con approcci professionali e scientifici diversi.

L’idea di fondo deriva dalla convinzione che l’apporto di ognuno, declinato secondo le proprie competenze e capacità e agito sul proprio settore di competenza, può essere rinforzato da una rete di rapporti positivi sulla quale fondare un sistema capace di dialogare.

In questo modo, il riconoscimento reciproco di appartenere a un progetto comune, favorirà la costruzione di proposte operative integrate più aderenti alla complessità del disagio da affrontare. Queste proposte dovranno tenere conto della partecipazione dei famigliari, dovranno promuovere attività di promozione e sensibilizzazione di tutta la cittadinanza affinché non si senta estranea alle azioni di contrasto della diffusione della droga e di recupero dei tossicodipendenti. Infine, nella dimensione composita della rete, si potranno offrire risposte più compatibili verso le specificità delle singole persone in condizioni di bisogno.

Questo progetto trova inoltre una ragione sostanziale nelle sempre più frequenti segnalazioni che giungono presso i Servizi e le Associazioni e che denunciano un aggravamento sul nostro territorio, del disagio riconducibile all’assunzione di sostanze stupefacenti legali e illegali. È visibile l’aumento dell’uso di bevande alcoliche in età sempre più precoce, mentre

non diminuiscono gli incidenti stradali, spesso mortali, causati dalla guida in stato di ebbrezza. Infine si osservano sempre più frequenti casi di dipendenza che si discostano dalle forme classiche e che richiedono nuove competenze e capacità professionali, per orientare in modo efficace le persona e i familiari coinvolti ai percorsi di cura più appropriati.

I dati dell’Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche dell’Azienda Usl di Ferrara confermano queste impressioni e portano alla luce un aumento significativo di diversi tipi di consumo problematico fra i giovani accompagnato da un uso crescente di bevande alcoliche. Oltre a queste considerazioni va ricordata la difficoltà e l’importanza di organizzare e predisporre un’informazione di buona qualità rivolta alle famiglie e ai giovani per quanto riguarda la prevenzione dei rischi.

Alla luce di queste considerazioni è stata condivisa la necessità di riprendere il filo del discorso e ravvivare la reciproca conoscenza tra i Servizi Pubblici e quelli del Privato Sociale, che intervengono nell’ambito della prevenzione della cura e della riabilitazione, allargando il campo al confronto con il mondo del Volontariato e del Terzo Settore. In questo modo si ritiene sarà possibile aumentare il livello di coinvolgimento della società civile attorno a questi temi.

Si avverte infatti il bisogno, condiviso dagli enti proponenti, di conoscere in modo più preciso come sono organizzate le risorse pubbliche e del privato sociale che operano nel nostro territorio e si sente la necessità di momenti di confronto, di informazione e formazione che possano sottendere una lettura condivisa dei bisogni della comunità. Da questa nuova conoscenza allargata possono derivare una maggiore e più corretta informazione dei cittadini attorno a questi temi, e interventi più efficaci e meglio calati nelle diverse realtà territoriali.

La complessità del tema e la molteplicità dei settori coinvolti non può prescindere da una stretta collaborazione tra Ente Pubblico e Privato Sociale, e società civile che in questo progetto è rappresentata dai gruppi del volontariato e dalla loro Organizzazione.

Silvia Peretto

*Responsabile Progettazione Centro Servizi
per il Volontariato*

PARTE I

I consumi e la dipendenza da sostanze

1. IL CONSUMO DI SOSTANZE TRA I TREDICENNI E I QUINDICENNI

1.1 INTRODUZIONE¹

Negli ultimi dieci anni il mondo della droga è cambiato in misura significativa e con esso sono cambiati anche i consumatori e gli stili di consumo. Nonostante si siano moltiplicati gli studi sul fenomeno, resta molto difficile stimare con precisione il livello di penetrazione delle sostanze stupefacenti negli universi giovanili, in quanto i dati ufficiali rappresentano solo la dimensione dell'abuso, mentre l'universo del consumo resta per la maggior parte nascosto.

In Italia dal 1999 ad oggi emerge un quadro piuttosto preoccupante relativamente alla prevalenza dei consumi di sostanze legali e illegali nei giovani. In particolare dallo studio ESPAD Italia 2005² sull'uso di droghe nelle scuole medie superiori, di età compresa tra i 15 e i 19 anni, risulta che le sostanze legali vengono utilizzate da circa un terzo degli studenti e che la cannabis è la sostanza illegale più diffusa. Circa un terzo degli studenti, infatti ha provato a fumare uno spinello almeno una volta nella propria vita. Il 27% fuma regolarmente sigarette, il 31% ha abusato di alcol.

Inoltre l'indagine campionaria nazionale ESPAD³ 2007, mette in luce un incremento dei consumi di tabacco e di alcol nella modalità di consumo binge, nei quindicenni della Regione Emilia-Romagna.

Rispetto allo specifico target dei giovanissimi, nella provincia di Ferrara, è stato possibile utilizzare due ricerche intervento condotte da Promeco nate all'interno di interventi di prevenzione e realizzate nei due anni scolastici appena trascorsi. Le ricerche messe in campo per indirizzare le attività di prevenzione in maniera specifica sulla popolazione a cui ci si rivolge, sono state condotte sui quindicenni frequentanti la seconda superiore e sui tredicenni frequentanti la terza media. Per la prima volta è stata realizzata un'indagine sui preadolescenti allo scopo di indagare il fenomeno legato all'abbassamento dell'età del primo consumo di sostanze.

Gli interventi sono stati orientati a soggetti in due fasi diverse dell'adolescenza.

La **prima adolescenza**, dai *12 ai 14 anni*, un'età ricca di cambiamenti, che presenta più difficoltà di adattamento al cambiamento del corpo e all'allargamento dell'area delle esperienze personali; il momento in

cui i ragazzi sono più fragili, più esposti a mutamenti dell'umore.

L'**adolescenza** dai *15 ai 16 anni* un periodo accompagnato da problemi di adattamento alla scuola, da difficoltà nei processi di separazione/individuazione, di ricerca della propria identità e di definizione del ruolo sociale e di una identità personale sganciata dalle figure parentali.

Le ricerche che hanno preceduto gli interventi sono servite ad identificare gli ipotetici fattori di rischio associati ad un differente sviluppo psico-corporeo tra i generi, all'anticipazione dell'età del primo consumo di sostanze psicoattive, alla prossimità ad un contesto di consumo.

Inoltre far luce sulla percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive, è considerato dalla letteratura tra i fattori protettivi in grado di aiutare i soggetti a fronteggiare efficacemente situazioni potenzialmente rischiose.

1.2 PERCEZIONE DEL RISCHIO E CONSUMO DI SOSTANZE

I dati sui quindicenni sono stati raccolti durante l'anno scolastico 2007-2008 e hanno coinvolto 553 giovani frequentanti 5 degli 11 istituti superiori di Ferrara rappresentativi di tutte le tipologie scolastiche. I tredicenni (666) sono stati contattati durante l'anno scolastico 2008-2009 in tutte le scuole medie dei comuni di Ferrara, Copparo, Berra e Ro. Il grado di copertura raggiunto risulta pari al 67% della totalità dei tredicenni residenti nei comuni indicati⁴.

Nell'indagare i comportamenti di consumo e la percezione della pericolosità delle varie sostanze, si è tenuto conto della prossimità ad esperienze d'uso in riferimento alle specifiche età target dei soggetti. Pertanto in alcuni casi i due questionari non sono perfettamente sovrapponibili.

È bene inoltre precisare che per i target analizzati, sia il fumo di sigaretta che il consumo di bevande alcoliche costituiscono in entrambi i casi, assunzione di sostanze soggette a limitazioni⁵. Partendo da questo presupposto anche la lettura dei dati raccolti assume un significato differente rispetto ad un target di popolazione giovane-adulta.

1. Il capitolo è stato redatto da T. Bettoli – Promeco, C. Sorio, G. Antolini – Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

2. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, Italia 2005.

3. ESPAD-Italia-2007.

4. Al 31 dicembre 2008, risultano 994 i tredicenni residenti nei comuni di Ferrara, Copparo, Berra e Ro.

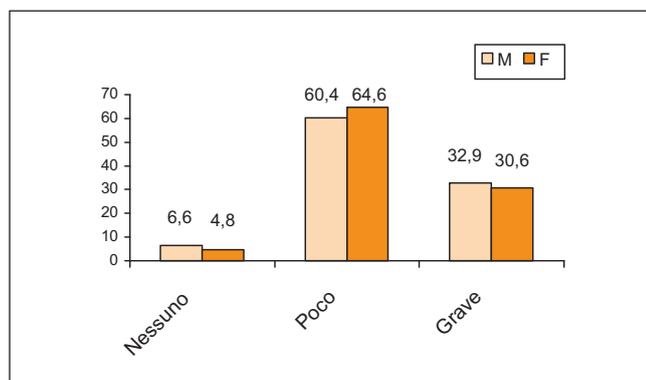
5. CP art. 689, Divieto di somministrare alcolici ai minori di 16 anni in tutti i locali pubblici.

1.2.1 I tredicenni

Lo studio ha coinvolto 333 femmine (50%) e 322 maschi (48,3%). I fattori analizzati sono stati: il sesso, il rendimento scolastico, le trasgressioni e i rischi corsi durante l'anno, la conoscenza sulle droghe, la pericolosità associata a comportamenti di consumo di sostanze legali e illegali, le esperienze vissute legate all'uso di sostanze (dall'inizio dell'anno scolastico) e la conoscenza delle campagne pubblicitarie sulla pericolosità dell'alcol.

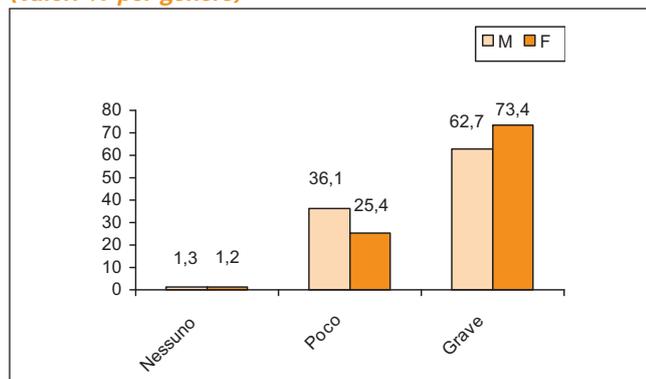
La percezione del rischio: analizzando la percezione della pericolosità di fumare sigarette, emerge come questa sia piuttosto bassa, infatti il 60,4% dei maschi e il 64,6% delle femmine ritiene poco grave fumare sigarette. Il 4,8% delle femmine e il 6,6% dei maschi pensa che non ci sia alcun rischio fumo correlato.

Fig. 1 Secondo te quanto è pericoloso fumare sigarette? (Valori % per genere)



La pericolosità del bere molti alcolici è percepita in misura maggiore rispetto al fumo di sigarette anche se il 26,6% delle femmine e il 37,4% dei maschi considera questo comportamento poco o per nulla grave. A questo dato va affiancata l'informazione che emerge e che sembra delineare un'alta tolleranza del bere piccole quantità di alcolici, il 61,2% infatti, ritiene poco pericoloso questo comportamento (il 32,2% di nessun pericolo).

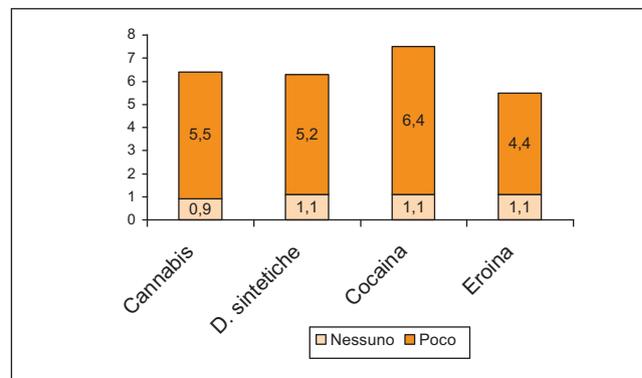
Fig. 2 Secondo te quanto è pericoloso bere troppo alcol? (Valori % per genere)



Spostandosi sulle sostanze illegali, si alza anche la percezione della pericolosità, sebbene sia presente

una proporzione di ragazzi, simile in entrambi i sessi, che non considera pericoloso provare droghe più pesanti. Ad esempio il 7,5% ritiene poco o per nulla pericoloso provare la cocaina.

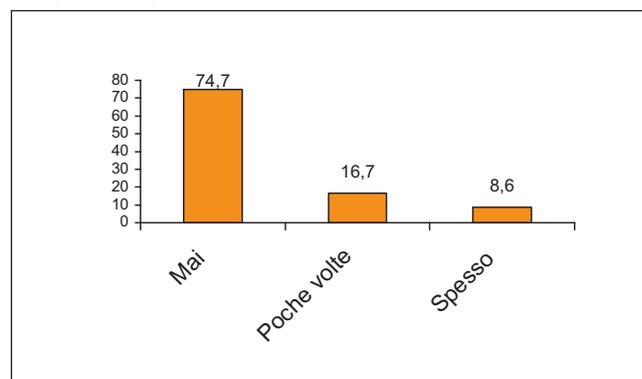
Fig. 3 Proporzioni di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (Valori %)



Sono state analizzate inoltre, le risposte che vanno ad indagare la prossimità dei tredicenni ai cannabinoidi. A tale proposito al 30,6% dei ragazzi è capitato in diverse occasioni di vedere qualcuno fumare uno spinello (al 23,7% è capitato solo 1 volta), il 13,1% frequenta più volte compagnie di amici nelle quali si fumano cannabinoidi, al 17,9% è capitato almeno una volta che venisse offerto uno spinello e l'11,1% è molto preoccupato per un amico che consuma droghe.

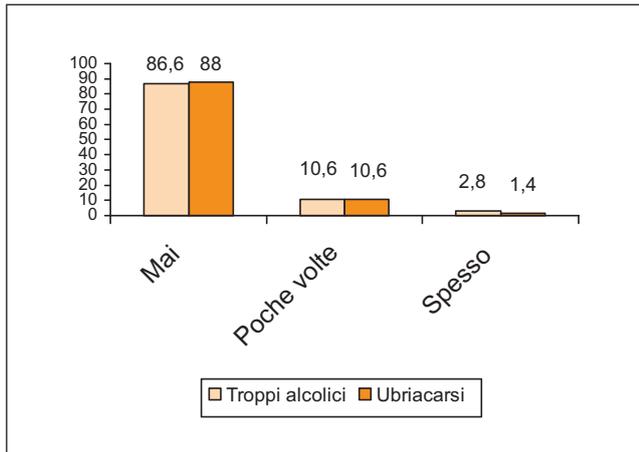
L'esperienza di consumo: passando dalla percezione all'esperienza vera e propria ("nell'ultimo anno hai fatto qualcuna delle seguenti esperienze") i valori associati ai comportamenti di consumo si abbassano rispetto al livello di tolleranza legato alla pericolosità. Va tuttavia sottolineato che l'8,6% (56 soggetti) dei ragazzi dichiara di fumare spesso, senza distinzioni di genere.

Fig. 4 Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? (Valori %)



Rispetto a comportamenti di eccesso nei consumi di alcolici, il 2,8% (18 ragazzi) dichiara di bere molti alcolici e l'1,4% (9 ragazzi) di essersi ubriacato frequentemente (nel fine settimana fino a più volte al giorno).

Fig. 5 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici o di ubriacarti? (Valori %)



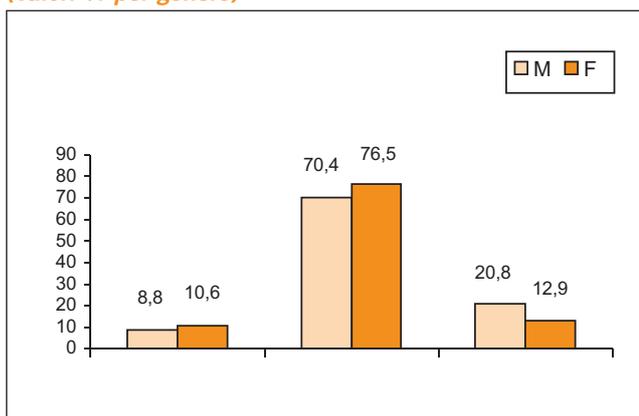
1.2.2 I quindicenni

I ragazzi intervistati, che hanno seguito un percorso sui comportamenti a rischio realizzato tramite la tecnica del focus group, sono stati 553 costituiti per il 54,6% da femmine e per il 43,4% da maschi.

I ragazzi hanno risposto a domande relative al rendimento scolastico, alle esperienze fatte legate al consumo di sostanze legali e illegali, alla pericolosità di certi comportamenti, ai rischi corsi e alla considerazione di se stessi.

La percezione del rischio: la percezione della pericolosità legata al fumare sigarette appare anche in questo caso bassa, infatti per l'84% circa dei ragazzi la pericolosità è minima se non nulla, anche se si cominciano a delineare delle differenze legate al genere: l'87,1% di femmine contro il 79,2% di maschi.

Fig. 6 Secondo te quanto è pericoloso fumare sigarette? (Valori % per genere)

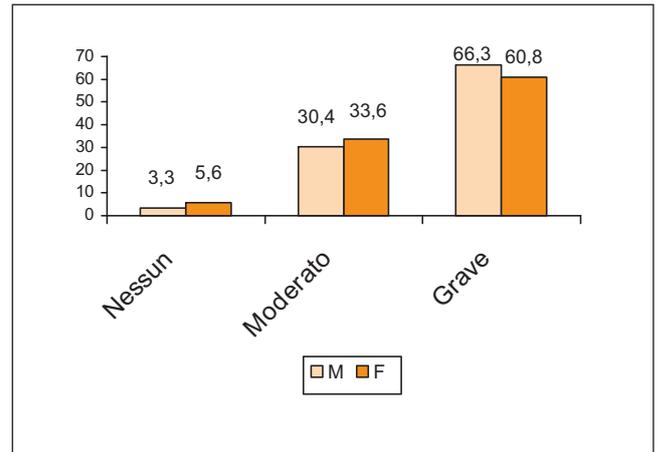


Meno evidente risulta la differenza di genere relativamente alla percezione della pericolosità del bere alcolici.

Per un 65,9% bere moderatamente alcolici diverse volte la settimana è poco pericoloso, mentre per il 15,7% il pericolo è nullo.

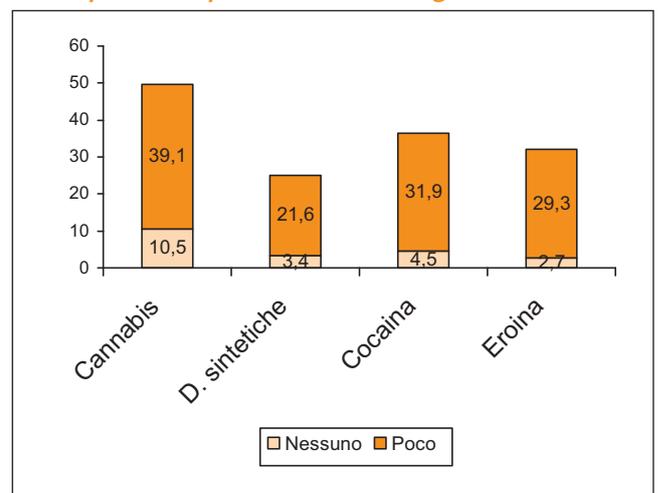
Le femmine considerano l'ubriacatura un comportamento meno grave rispetto ai coetanei maschi (39,2% contro il 33,7%).

Fig. 7 Secondo te quanto è pericoloso ubriacarsi una o più volte a settimana? (Valori % per genere)



Intervistati sulla pericolosità nel provare sostanze illegali i ragazzi mostrano una bassa percezione di quanto questa azione possa essere dannosa. Percentuali rilevanti di quindicenni ritengono poco o per nulla pericoloso provare cocaina (36,4%) o eroina (32%). Anche l'uso occasionale di marijuana o hashish è altamente tollerato (49,5%).

Fig. 8 Proporzioni di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (Valori %)

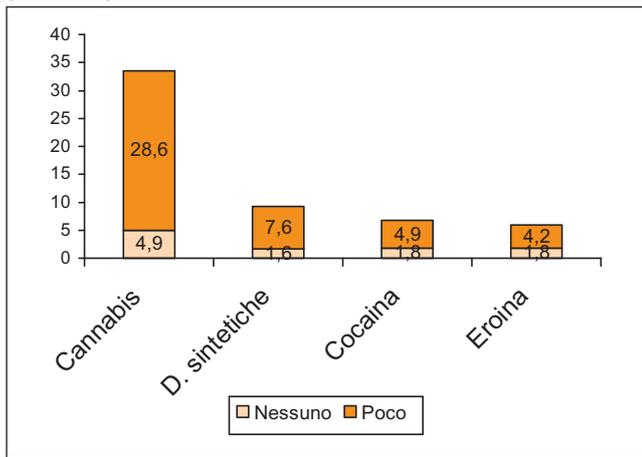


Il questionario distingueva tra la percezione del rischio associata al "provare" e all'usare. La percezione della pericolosità nell'usare sostanze illegali appare più forte relativamente al "provare", infatti si abbassano notevolmente le proporzioni dei soggetti che ritengono questa azione non pericolosa. Il 9,2% dichiara poco pericoloso o per nulla pericoloso usare settimanalmente droghe sintetiche, il 6,7% cocaina e il 6% l'eroina.

Questa riflessione non può essere estesa al consumo settimanale (1 o due volte la settimana) di cannabis, che mantiene livelli di percezione ancora molto bassi (33,5%).

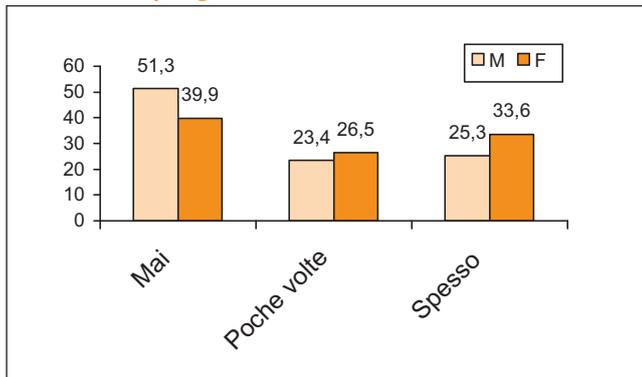
I primi segnali di una percezione di pericolosità compaiono rispetto ad un uso regolare; quasi il 90% dichiara un pericolo grave.

Fig. 9 *Proporzione di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso usare settimanalmente sostanze illegali. (Valori %)*



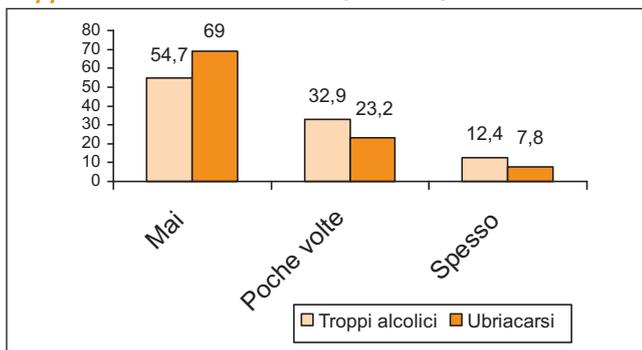
L'esperienza di consumo: i comportamenti legati all'uso di alcune sostanze evidenziano l'emergere di importanti differenze di genere, soprattutto relativamente al consumo di sigarette. Le femmine infatti, per il 60,1% dichiarano di aver già avuto almeno un'esperienza d'uso, contro il 48,7% dei maschi, dall'inizio dell'anno scolastico.

Fig. 10 *Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? (Valori % per genere)*



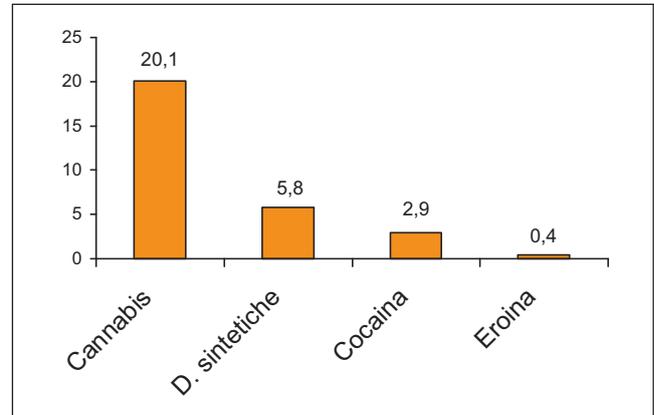
L'esperienza dell'ubriacatura è stata fatta almeno una volta dal 31% dei quindicenni intervistati, mentre il 45,3% riferisce un consumo eccessivo ("bere un po' troppo") di alcolici.

Fig. 11 *Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici o di ubriacarti? (Valori %)*



A differenza dello studio realizzato sui tredicenni, in questo caso è stata indagata anche l'eventuale esperienza d'uso di sostanze illegali come la marijuana o l'hashish, le droghe sintetiche, la cocaina e l'eroina.

Fig. 12 *Proporzione di ragazzi che ha provato sostanze illegali almeno una volta dall'inizio dell'anno. (Valori %)*



Spicca il dato che vede un quinto dei quindicenni incontrati dichiarare di aver fumato cannabis almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico.

La percentuale scende, rimanendo pur sempre preoccupante, ad un 5,8% (pari a 32 ragazzi) rispetto alle droghe sintetiche.

Confrontando il dato di consumo che emerge da questo studio, con i risultati dei principali studi condotti in passato sui quindicenni ferraresi (nel 2001 e nel 2005), di notevole impatto risultano le differenze sul consumo di tabacco. Appare evidente un netto aumento della prevalenza di consumatori di tabacco tra i quindicenni e soprattutto tra le femmine che passano da un 23,2% di uso di sigarette nel 2001 fino ad un 33,4% nel 2008. Dato stabile invece per quanto riguarda la popolazione maschile.

Fig. 13 *Prevalenza di consumatori di tabacco tra i quindicenni (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico). (% per genere)*

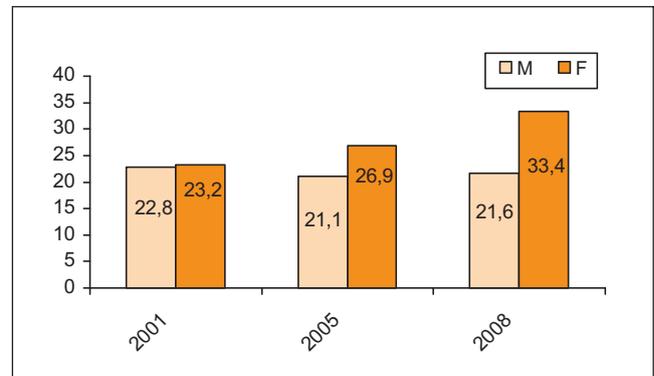
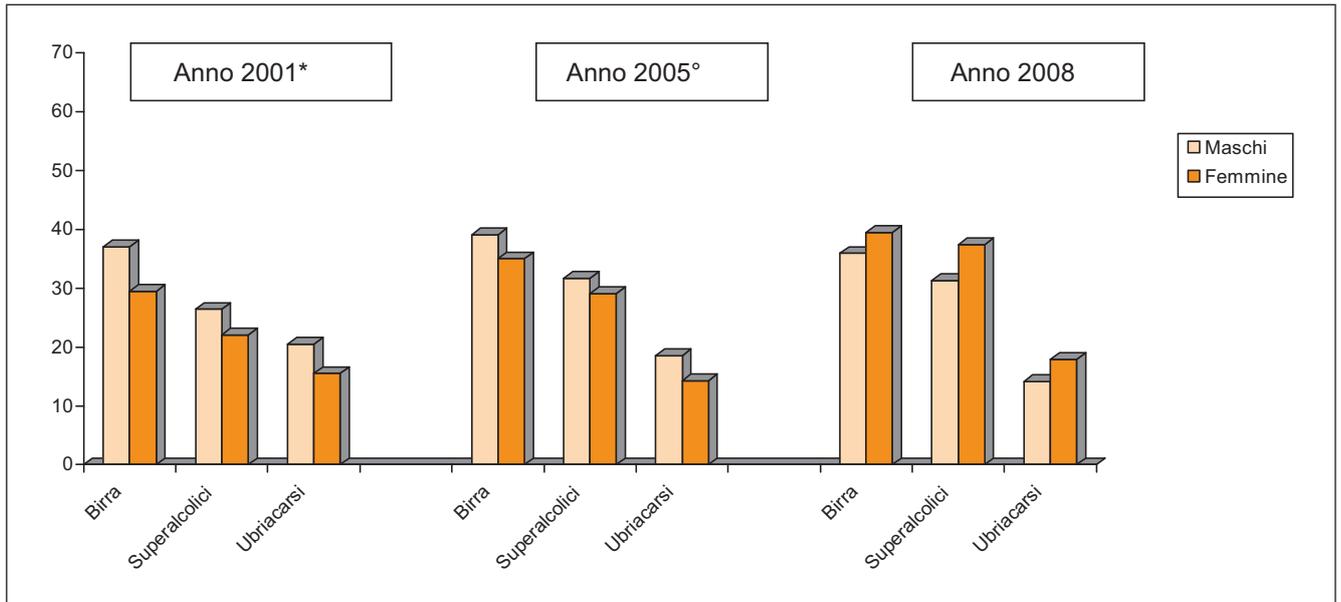


Fig. 14 Prevalenza di consumatori di alcol tra i quindicenni (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico). (% per genere)



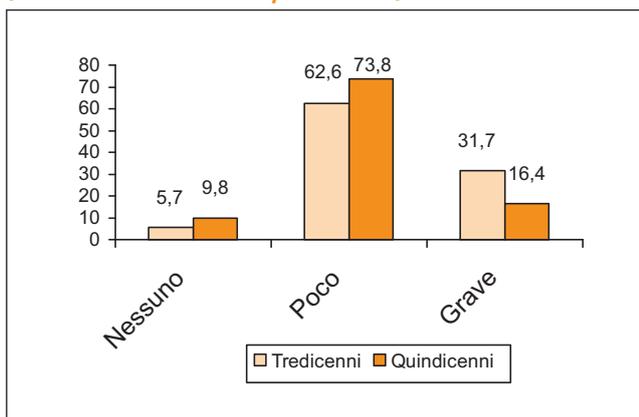
* Fonte: C. Sorio, *Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Comune di Ferrara, marzo 2004.*

° Fonte: E. Buccoliero, T. Bettoli, *Fifteen. Consumo di sostanze e percezione del rischio tra i quindicenni ferraresi, I Quaderni di Pro-meco, dicembre 2006.*

1.3 GIOVANI E GIOVANISSIMI A CONFRONTO

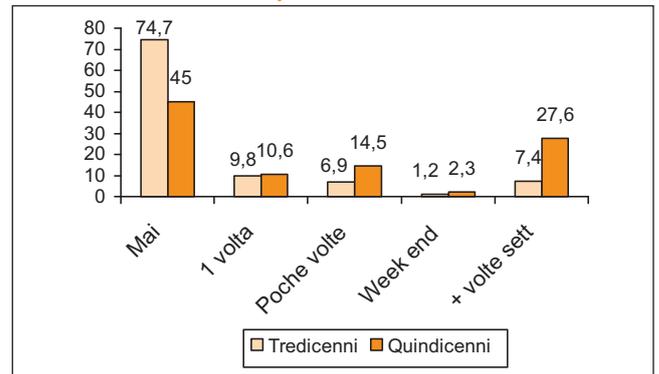
Il primo confronto tra le due popolazioni intervistate, evidenzia come la percezione della pericolosità associata al fumo di sigaretta tenda ad abbassarsi nei quindicenni. L'83,6% dei quindicenni ritiene poco o per niente pericoloso fumare, rispetto al 68,3% dei tredicenni.

Fig. 15 Secondo te quanto è pericoloso fumare sigarette? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



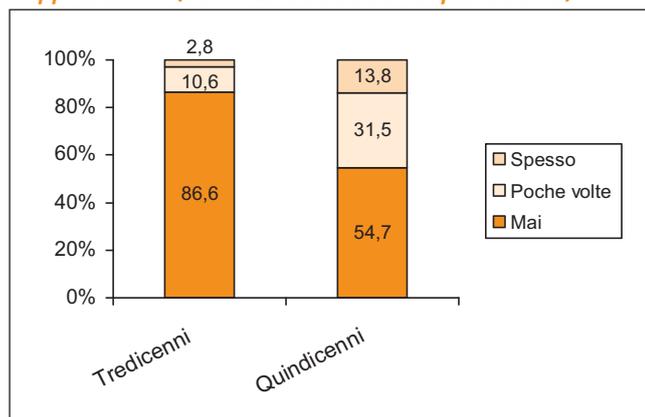
Il confronto sull'esperienza d'uso mostra ancora una volta proporzioni maggiori tra i quindicenni rispetto ai tredicenni, anche se l'esperienza una tantum (una sola volta dall'inizio dell'anno) sembra essere identica (9,8% dei tredicenni e 10,6% dei quindicenni). Anche l'uso eccessivo di alcolici si ritrova in misura maggiore nei quindicenni dove al 13,8% è capitato di eccedere spesso con l'alcol e di ubriacarsi frequentemente nell'8,1% dei casi.

Fig. 16 Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



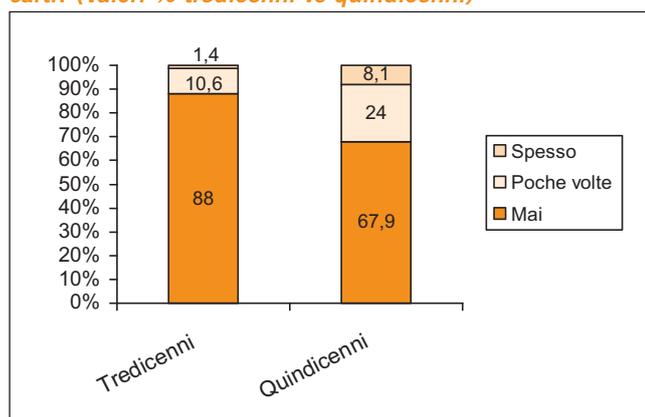
Non è da sottovalutare il fatto che a 87 tredicenni sia già capitato di bere troppi alcolici almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico. Questo dato richiama una nuova tendenza sulla quale riflettere: l'uso di alcool da fenomeno ricreazionale per favorire la socializzazione sembra assumere la connotazione "binge" ossia di un consumo smodato e concentrato in determinati momenti alla ricerca dello sballo anche tra i giovanissimi. Se poi si tiene in considerazione il fatto che a 15 anni l'esperienza dell'eccedere con alcolici raggiunge quasi la metà dei ragazzi, si può ipotizzare come nel tempo questa sperimentazione possa andare consolidandosi diventando uno stile di vita. La lettura del confine che separa il bere troppo dall'ubriacarsi è molto sottile, e questo si nota anche esaminando i dati. Non emergono, infatti, sostanziali differenze tra le due esperienze. Sull'interpretazione di questa differenza ci può venire in aiuto un dato qualitativo, raccolto nel corso degli interventi con i ragazzi: secondo le loro dichiarazioni il bere troppo è

Fig. 17 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



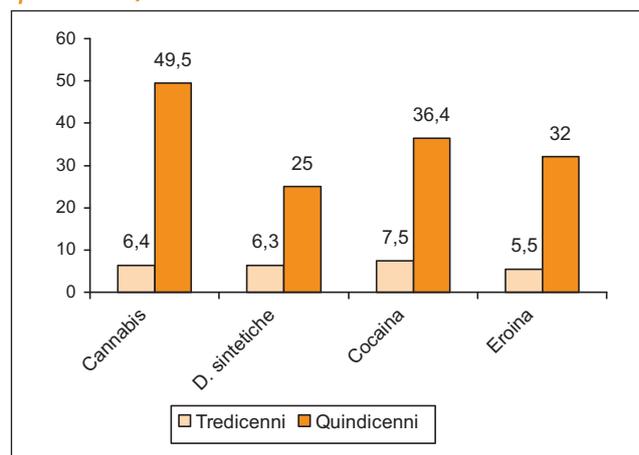
associato all'esperienza di perdita dei freni inibitori, alla sensazione di una perdita di controllo "governata"; mentre l'ubriacarsi è spesso descritto come un bere fino allo star male (vomito, estrema sonnolenza, non reggersi in piedi, non avere ricordi di quello che si è fatto o detto) con una generale perdita di controllo.

Fig. 18 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di ubriacarti? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



Se le proporzioni si differenziano su alcuni item, preoccupante è la maggiore tolleranza all'aumentare dell'età rispetto a qualsiasi tipologia di droga. Se tra i tredicenni il 7,5% considera provare la cocaina poco o per niente pericoloso, nei quindicenni la percentuale si alza fino al 36,4%. Un discorso analogo per l'eroina, le droghe sintetiche e in particolar modo per la cannabis.

Fig. 19 Proporzioni di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (Valori % tredicenni vs quindicenni)



1.4 CONCLUSIONI

La fotografia dei consumi e della percezione del rischio connessa all'utilizzo di sostanze emersa nelle ricerche-intervento a partire dal 2005, ha mosso i cambiamenti delle strategie nella prevenzione.

Il primo costrutto si è incentrato sul concetto di "eserciti" in quelle che sono le tappe importanti dello sviluppo evolutivo degli adolescenti. Il progetto "Punto di vista - operatore a scuola" ne è una prima realizzazione.

Il secondo ha declinato l'approccio di prevenzione di comunità in interventi di rete sul territorio di cui il progetto "ZeroALCOOLmeno16" ne è un esempio.

Dai dati dell'ultimo anno emerge, inoltre, la necessità di tenere in debito conto, nella progettazione futura di interventi di prevenzione, della differenza di genere. L'affacciarsi alla sperimentazione prima e al consumo poi di sostanze, risulta molto anticipato nelle femmine rispetto ai coetanei maschi, e per questo meriterebbe un percorso specifico.

2. CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZA

2.1 PREMESSA¹

Il Rapporto Annuale dell'Osservatorio Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara, giunto alla terza edizione, ha tra i diversi obiettivi quello di fornire un aggiornamento esaustivo della situazione attuale in tema di consumo di sostanze stupefacenti, di alcol e tabacco nella provincia di Ferrara. Il rapporto cerca di dare risposta ad alcune domande fondamentali: che cosa si sa sul consumo di droga nel territorio ferrarese e sui problemi ad esso connessi? Come si sta evolvendo il fenomeno del consumo smodato di alcol nelle giovani generazioni? Che cosa ci suggerisce l'esperienza per elaborare risposte efficaci ai problemi legati al consumo di droga, alla dipendenza da alcol e da tabacco? Queste domande sono importanti perché è ormai riconosciuto che il problema della droga pone una serie complessa di questioni per le quali non esiste una soluzione a portata di mano. È riconosciuto che il cammino da percorrere in futuro prevede la riflessione sui dati disponibili riguardo alla dimensione e alla natura del problema e la valutazione delle modalità di intervento.

In questo senso il Rapporto 2009 conferma l'impegno dell'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara a favore di politiche fondate non solo sulle prove di efficacia, ma anche sull'esperienza maturata nel contesto locale dal sistema dei servizi e dalle associazioni di volontariato nel cercare una risposta al problema. Questo rapporto vuole offrire spunti di riflessione sui progressi compiuti nel reagire al problema della droga sul territorio, per aprire un confronto tra i diversi attori coinvolti. La sfida è difficile sia per le politiche sociali che per le politiche per la salute e il benessere dei cittadini. In questo momento tuttavia pensiamo sia importante fare il punto sulle strategie messe in campo fino ad oggi nelle attività di prevenzione, trattamento e reinserimento sociale.

Poiché la mission dell'Osservatorio è il monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche, ci siamo impegnati a mantenere un comportamento scientificamente rigoroso basato su standard di riferimento nazionali ed europei, interpretando le informazioni disponibili senza pregiudizi e preconcetti.

Le dipendenze patologiche da sostanze psicoattive illegali e legali nella provincia di Ferrara vengono monitorate attraverso un sistema di sorveglianza

dell'utenza in carico ai SerT, ai Centri Alcolologici, ai Centri Antifumo e al Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico² dell'Azienda Usl di Ferrara e alle Comunità Terapeutiche presenti sul territorio.

In particolare i dati che presentiamo analizzano la domanda di trattamento dei centri ambulatoriali, dei centri residenziali e delle unità di trattamento delle carceri.

Sebbene il rigore scientifico sia essenziale per questo tipo di lavoro, non possiamo dimenticare che dietro ai dati sui consumi di sostanze stupefacenti, sulla domanda di trattamento, sulle malattie infettive e sui decessi, sulle condotte criminose, si nasconde una perdita di potenzialità del tessuto sociale e un incremento del senso di impotenza ed insicurezza nelle comunità locali.

La nostra convinzione, esplicitata nella struttura di questo rapporto, è che per elaborare risposte efficaci al problema delle droghe è necessario rafforzare la rete tra servizi e cittadini per immettere nel contesto sociale una spinta orientata al cambiamento culturale nelle giovani generazioni rispetto alla concezione di uno stile di vita sganciato dalle sostanze.

2.2 L'UTENZA COMPLESSIVA DEI SERVIZI PUBBLICI PER LA CURA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Nel 2008 i soggetti che hanno seguito un trattamento nelle cinque sedi SerT presenti sul territorio della provincia di Ferrara sono stati 1874 con un incremento della domanda del 5,7% (101 soggetti) rispetto al 2007.

Nel quadro complessivo dell'utenza i tossicodipendenti da droghe rappresentano il 54,8% dell'utenza complessiva raggiungendo i 1.027 utenti in carico, con un incremento del 6,4% rispetto all'anno precedente. Tale incremento è dovuto all'aumento dei nuovi utenti che si sono rivolti per la prima volta ai SerT che nel 2008 sono stati 230, il 9% in più rispetto all'anno precedente.

Gli utenti con consumo problematico di alcol in trattamento terapeutico presso i Centri Alcolologici provinciali sono stati 390 (20,8%) con una flessione del 3,9%.

1. Il capitolo è stato redatto da C. Sorio, G. Antolini – Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
2. SistER – Sistema Informativo sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna.

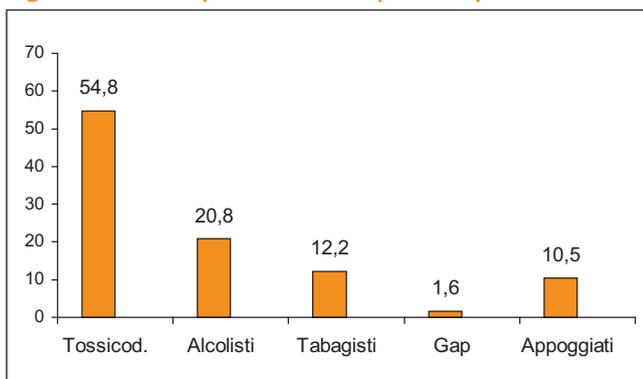
I nuovi utenti tabagisti iscritti ai corsi per smettere di fumare, o che hanno seguito un trattamento individuale offerto dai Centri Antifumo, sono stati 229 (12,2% del totale) con un incremento della capacità di attrazione del 23,1%. Infine i “gambling” che si sono rivolti al Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico del SerT di Ferrara, aperto dal 2004, sono stati 31.

Da sottolineare l'elevata quota di utenza (10,5%) proveniente da SerT extraterritoriali che inviano i pazienti per la prosecuzione della cura (in genere farmacologica), nei periodi di allontanamento dei soggetti dal territorio di residenza.

Tab. 1 Utenti complessivi seguiti dai Servizi Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl

	2007	2008
Utenti totali:	1.773	1.874
Tossicodipendenti	965	1.027
Alcolisti	406	390
Tabagisti	186	229
Giocatori d'azzardo	29	31
Provenienti da fuori provincia	187	197
Nuovi utenti:	305	310
Tossicodipendenti	211	230
Alcolisti	94	80

Fig. 1 Utenti complessivi distinti per area problematica

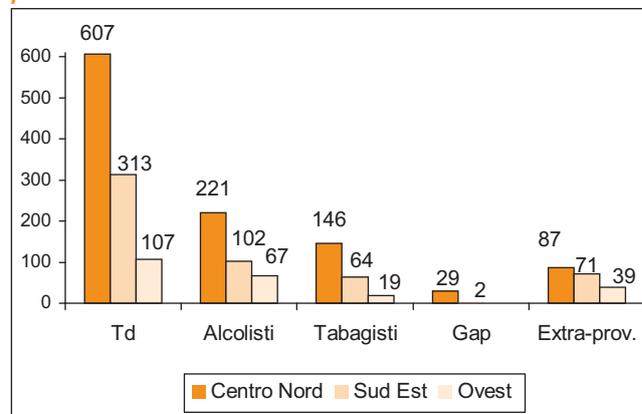


Il 58,2% dell'utenza totale si è concentrato nei SerT di Ferrara e Copparo del **distretto Centro Nord** con 1.090 utenti di cui il 55,7% tossicodipendenti, il 20,3% alcolisti, il 13,4% tabagisti. I soggetti con gioco d'azzardo patologico sono solo 2,6% dell'utenza totale. La quota degli utenti provenienti da altri SerT rappresenta invece il 13,4% con un forte impatto sui carichi di lavoro dei servizi.

I SerT di Codigoro e Portomaggiore del **distretto Sud Est** hanno seguito complessivamente 552 utenti, il 29,4% del totale aziendale: 56,7% dipendenti da sostanze illegali, 18,5% alcolisti, 11,6% tabagisti, 12,9% provenienti da SerT extraprovinciali.

Il SerT di Cento del **distretto Ovest** contribuisce per il rimanente 12,4% con 232 utenti: 46,1% tossicodipendenti, 28,9% alcolisti, 8,1% tabagisti e il 16,8% appoggiati.

Fig. 2 Utenti complessivi distinti per area problematica e per distretto socio-sanitario



2.3 LA DIMENSIONE E LA NATURA DELL'USO PROBLEMatico DI DROGHE

Nel settore delle dipendenze, la conoscenza del fenomeno del consumo problematico di sostanze psicotrope illegali costituisce la base per la programmazione degli interventi di prevenzione, trattamento e recupero sociale. La domanda di trattamento (dei residenti e non), ossia le persone che chiedono di entrare in terapia per problemi connessi alla droga, costituisce l'indicatore chiave per stimare l'andamento che caratterizza il consumo problematico di stupefacenti.

Per confrontare la dimensione del fenomeno nella provincia di Ferrara rispetto alle altre province della Regione Emilia-Romagna, si utilizzano i rapporti tra gli utenti in carico e la popolazione di età compresa tra i 15 e i 54 anni. La comparazione dei dati mette in risalto il forte impatto delle dipendenze sul territorio ferrarese, con un rapporto di 54,1 soggetti tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti, collocandosi al quinto posto nel panorama della Regione Emilia-Romagna (56,7)³.

La capacità di attrazione dei servizi misurata rapportando i nuovi utenti sulla popolazione target, registra un incremento rispetto agli ultimi 10 anni, passando da 8,7 a 12,8 nuovi utenti (ogni 10.000 abitanti) che hanno richiesto un trattamento nel 2008 per problemi legati alla tossicodipendenza.

Il dato del 2007, nettamente al di sopra del valore medio regionale (11,8 vs 10,5) si incrementa ulteriormente nel 2008 segnalando che il problema del consumo problematico di droghe non si arresta negli

3. Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna.

Fig. 3 Rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione target 15-54 anni per 10.000, distinto per Azienda Usl. Anno 2007

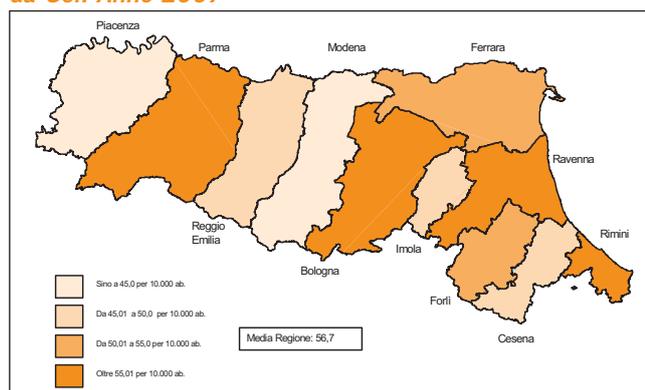
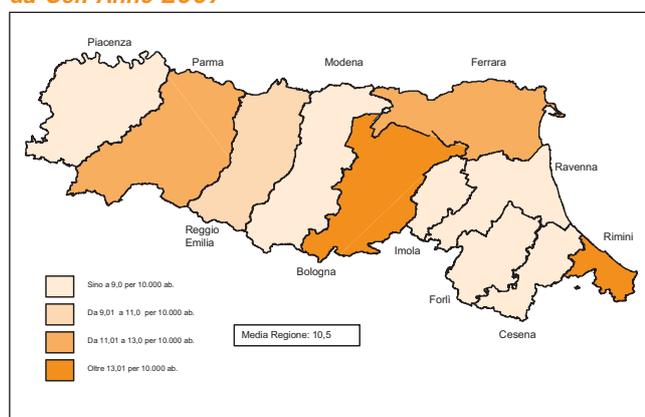


Fig. 4 Rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000, distinto per Azienda Usl. Anno 2007⁴



anni. Si modificano i modelli di riferimento, le modalità di assunzione, gli stili di vita ma la quota di soggetti che dimostrano una vulnerabilità individuale a sviluppare la dipendenza si mantiene nel tempo. Per capire il condizionamento del contesto sociale sul comportamento individuale legato all'assunzione di sostanze si è ricorsi al confronto geografico tra i 26 Comuni della provincia di Ferrara. Per rendere possibili i raffronti sono stati utilizzati due indici che si usano per misurare l'impatto delle malattie nella popolazione: il tasso di prevalenza e il tasso di incidenza⁵. Si tratta di due indici che rapportano la sola utenza in carico residente (totale e nuova utenza) alla popolazione target di riferimento. Osservando le popolazioni residenti dei distretti si evidenzia una forte **prevalenza** del fenomeno nei distretti Sud Est (5,9 per 1000) e Centro Nord (5,7 per 1000) che presentano valori nettamente al di sopra della media provinciale (5,1 per 1000). Diversamente il distretto Ovest presenta un tasso di prevalenza al di sotto della media provinciale (3,0 per 1000).

Tab. 2 Rapporto tra utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000 distinto per province. Anno 2007

Aziende USL	2007	
	Nuovi utenti/ Target	Utenti totali/ Target
Piacenza	6,1	40,3
Parma	12,4	62,6
Reggio Emilia	9,6	45,1
Modena	7,1	41,5
Bologna	16,5	81,4
Imola	6,2	46,5
Ferrara	11,8	54,1
Ravenna	6,4	58,6
Forlì	5,7	54,1
Cesena	8,0	48,3
Rimini	14,4	63,3
Regione	10,5	56,7

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna

Tab. 3 Rapporto tra utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000 distinto per distretti. Anni 2007-2008

Distretti	2007	
	Nuovi utenti/ Target	Utenti totali/ Target
Centro Nord	13,00	63,0
Sud Est	13,3	59,9
Ovest	7,2	26,2
Ferrara	11,8	54,1
	2008	
Centro Nord	16,8	59,4
Sud Est	10,8	60,4
Ovest	6,7	26,5
Ferrara	12,8	57,2

I Comuni che registrano un'elevata presenza del fenomeno nella popolazione residente sono Migliaro (10,4 per 1000), Berra (8,7 per 1000), Lagosanto (8,5 per 1000), Ro (8,0 per 1000), Comacchio (7,8 per 1000), Copparo (7,4 per 1000), Portomaggiore (7,1 per 1000), Massafiscaglia (6,9 per 1000) e Ferrara (5,6 per 1000).

Per quanto riguarda l'**incidenza**, ossia la forza di sviluppo del fenomeno nella popolazione, solo il distretto Ovest (0,6 per 1000) presenta valori al di sotto della media provinciale (0,98 per 1000), mentre il distretto Centro Nord (1,1 per 1000) e il distretto Sud Est (1,0 per 1000) sono in linea con il dato provinciale.

4. I dati regionali 2008 non sono disponibili.

5. Tasso di prevalenza: utenti totali residenti/ popolazione target residente; Tasso di incidenza: nuovi utenti residenti/ popolazione target residente. I dati distinti per comune sono riportati nell'allegato statistico 7.1 - Tab. 8.

I Comuni che presentano i valori che superano la media provinciale sono: Lagosanto (2,8 per 1000), Massafiscaglia (1,7 per 1000), Portomaggiore e Jolanda di Savoia (1,3 per 1000), Berra e Argenta (1,2 per 1000).

Fig. 5 Prevalenza di tossicodipendenti totali per Comune di residenza. Anno 2008. (Tasso per 1.000 abitanti)

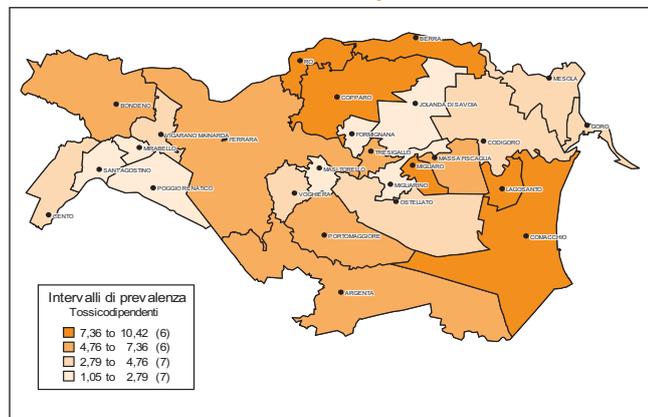
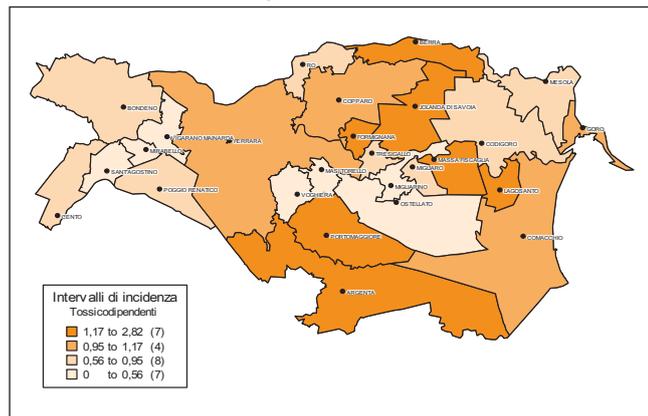


Fig. 6 Incidenza di tossicodipendenti per Comune di residenza. Anno 2008. (Tasso per 1.000 abitanti)



Negli ultimi 10 anni il numero di consumatori problematici di droghe che si sono rivolti ai 5 SerT dell'Azienda Usl di Ferrara ha subito un incremento del 22,4%, passando da 839 soggetti a 1027 nel 2008.

Il fenomeno è da attribuirsi a diversi fattori concomitanti, in primo luogo l'ampia offerta di trattamenti associata alla aumentata capacità dei servizi pubblici ad accogliere utenza multiproblematica e nuove tipologie di utenza soprattutto per uso di cocaina.

I nuovi utenti rappresentano il 22,4% (n=230) del totale; i soggetti già in carico da anni precedenti sono 797 soggetti, pari al 77,6% del totale.

Osservando l'andamento nel tempo si registra un leggero decremento dei nuovi utenti a partire dal 2003 passando da 214 soggetti a 158 nel 2006 (-10,2%), con una forte ripresa a partire dal 2007 (+33,5%), che si è mantenuta nel 2008 (+9,0%).

A livello distrettuale, nel 2008 si assiste ad una ripresa della nuova utenza nel distretto Centro Nord con un incremento del 28,9%, mentre nel Sud Est

si registra un'inversione di tendenza con un calo del 18,8%; il distretto Ovest rimane stabile.

Fig. 7 Utenti in trattamento nei SerT della Provincia di Ferrara. (Periodo 2000-2008)

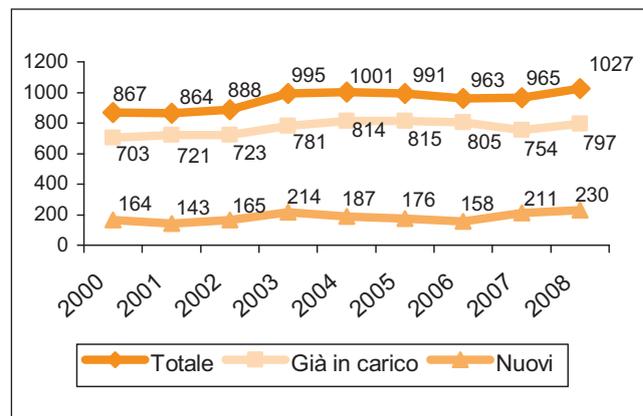
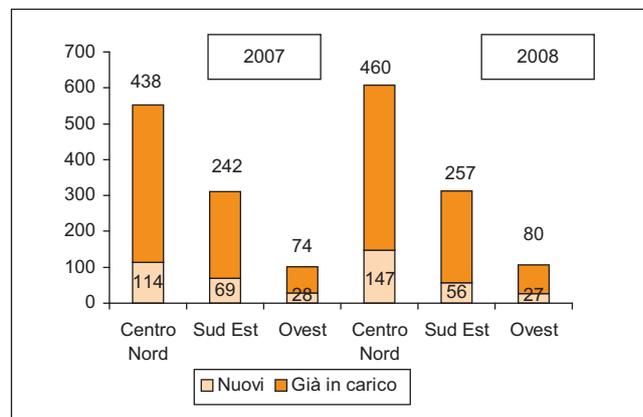


Fig. 8 Utenti in trattamento distinti per nuovi e già in carico. (Confronto 2007-2008 tra distretti)



Genere. Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: nel 2008 gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=878 pari al 85,5%; F=149 pari al 14,5%), con un rapporto di 5,9 maschi ogni femmina, valore leggermente superiore rispetto al dato regionale (4,9:1) e a quello nazionale (6,3:1).

Dall'analisi delle differenze tra i diversi servizi si osserva che il fattore sesso nell'utenza totale varia tra le diverse aree territoriali: il rapporto Maschi/Femmine si avvicina alla media provinciale nei territori di Ferrara e Copparo (5,8 e 5,7:1), a Cento le femmine sono in misura maggiore rispetto ai maschi (3,8:1), mentre le realtà più selettive per sesso risultano essere Codigoro e Portomaggiore, rispettivamente con 7,7 e 6,6 maschi ogni femmina. Notevole il valore del rapporto Maschi/Femmine raggiunto dalla nuova utenza del SerT di Codigoro che si attesta su 15 maschi ogni femmina.

Cittadinanza. L'analisi dell'utenza con nazionalità straniera è importante per l'impatto che potrà avere nel tempo sull'organizzazione dei servizi, sia dal punto di vista epidemiologico, che delle problemati-

che di disagio e disadattamento sociale soprattutto in relazione alla inconsistenza delle reti familiari di sostegno.

I soggetti tossicodipendenti di nazionalità straniera in carico presso i SerT sono 47 e rappresentano il 4,6% dell'utenza complessiva. Per la quasi totalità sono maschi (solo 2 femmine) con un'età media di 30 anni (minimo 18 anni – massimo 49 anni) e provengono soprattutto dall'area Africana (25 pari al 53,2%) e dall'Europa dell'Est (15 pari al 31,9%).

Le Sostanze d'abuso. Per comprendere quello che si sta assistendo nella evoluzione dei consumi nella popolazione generale e nella domanda di trattamento può essere utile riflettere su come si è evoluto il mercato degli stupefacenti.

Negli anni settanta e ottanta il consumo di eroina caratterizzava i contesti socio-economici più svantaggiati, le periferie urbane e le aree depresse, più povere dal punto di vista culturale. La piazza offriva eroina e cannabinoidi per motivi legati a costi e accessibilità. A seguito del miglioramento delle condizioni di vita economiche e sociali, il mercato si è differenziato e ha proposto la cocaina (insieme ad amfetamine, ecstasy e smart drug), quale merce che rispondeva bene al modello di attivismo e produttività, che si stava diffondendo. In altre parole ha adeguato l'offerta di sostanze al sentire dei consumatori in modo da adeguarli alla realtà. "Se il sistema va combattuto, l'eroina propone un mondo diverso, dove il sistema non c'è; se il sistema è fatto per i vincenti occorre allearsi per stare al passo e la cocaina fornisce lo sprint per stare al centro del movimento"⁶. Oggi in una situazione di crisi, di recessione sembra prevalere la logica economica basata su strategie a guadagno immediato, caratterizzate da alto consumo e alta assuefazione. La fidelizzazione avviene sulla sostanza che ha il potere di indurre tolleranza, e quindi dipendenza, più di altre droghe e ne rende meno probabile un uso saltuario a basso dosaggio: l'eroina. La pericolosità di questa strategia di marketing sta nel target prescelto: i giovanissimi.

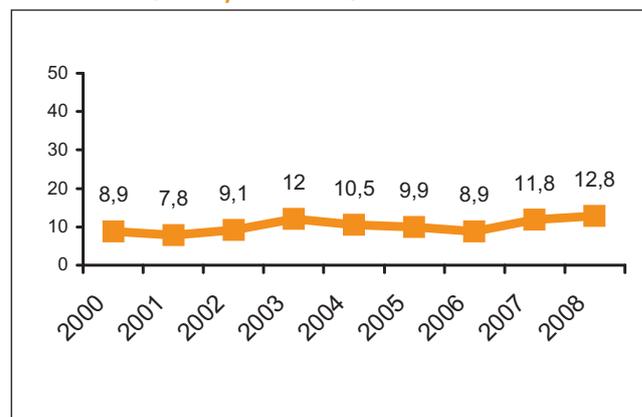
L'abbassamento dei prezzi delle droghe, associata alla diminuzione della "pezzatura", ha lo scopo di renderle più accessibili sul mercato e di abbassare l'età dei consumatori più giovani.

Questi mutamenti del mercato si possono leggere anche nella domanda di trattamento. Continua il trend in crescita degli utenti in trattamento con un aumento in particolare dei nuovi utenti che passano da 158 (nel 2006) a 230 nel 2008. In particolare si registra un abbassamento dell'età di accesso ai servizi, infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 24 anni raggiunge il 35,6%.

La crescita della domanda di trattamento da parte di

giovani e giovanissimi si accompagna ad un aumento dei fattori di disagio sociale. Il 54,8% dei nuovi utenti ha interrotto gli studi al diploma di scuola

Fig. 9 Rapporto nuovi utenti in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)

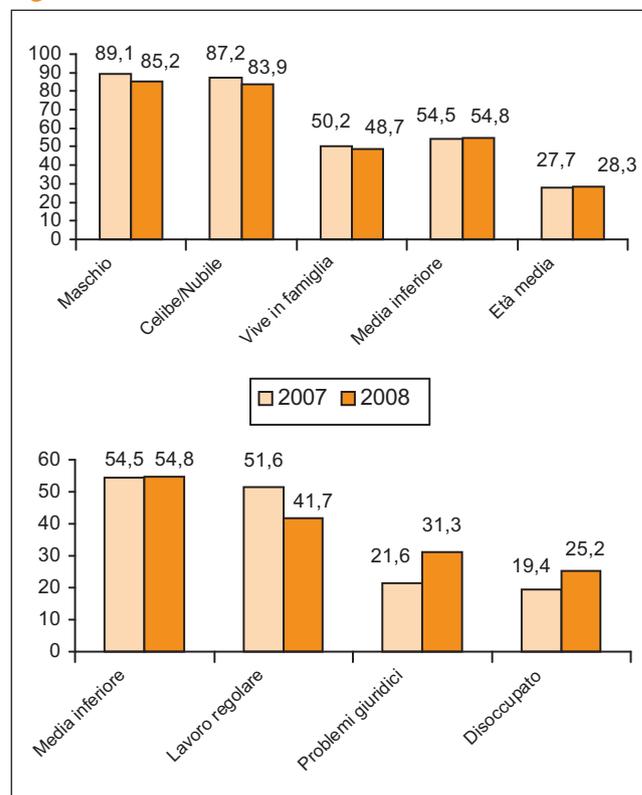


media inferiore, sia nei maschi che nelle femmine (4,8% alle elementari); aumentano i disoccupati (25,2%) e i soggetti con lavori saltuari (6,5%) e specularmente si riducono i soggetti con un lavoro regolare (41,7%).

I nuovi utenti che hanno già avuto problemi con la giustizia, anche solo per una segnalazione, passano dal 19,4% al 31,3%.

Tra il 2000 e il 2006 si nota una modificazione nei

Fig. 10 Caratteristiche dei nuovi utenti. (%)

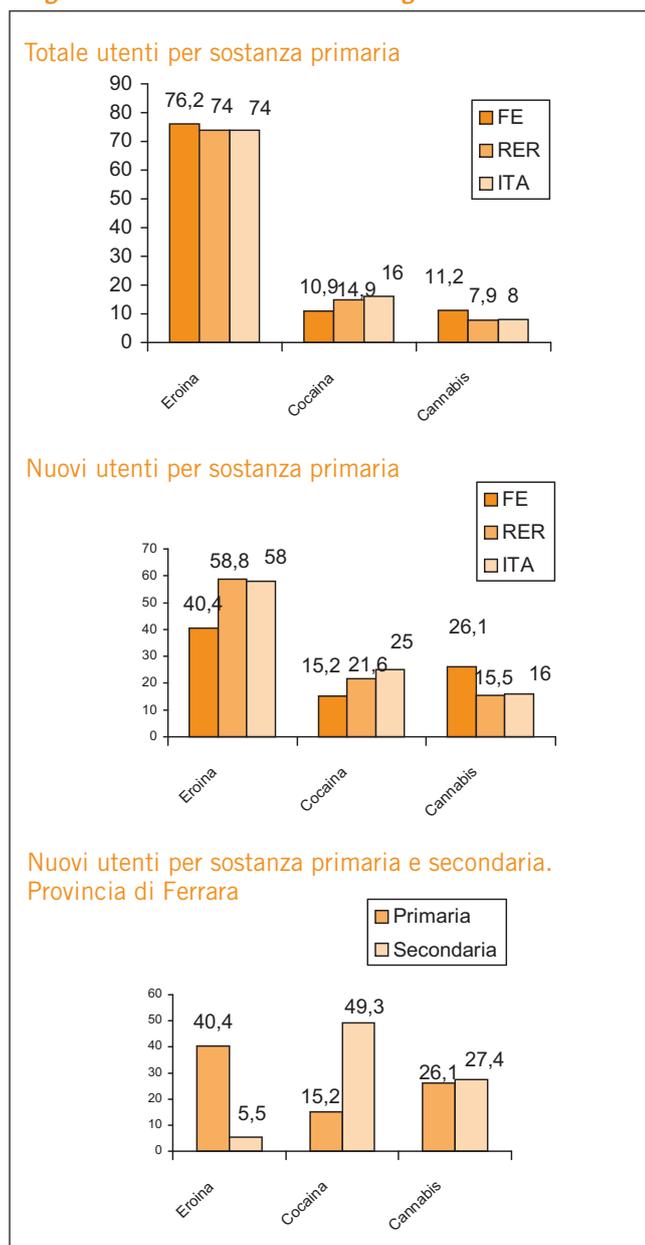


6. Regione Lombardia, Prevo.Lab, Previsione dell'evoluzione dei fenomeni di abuso, Bollettino revisionale, previsione 2009-2011.

consumi di sostanze, la percentuale degli utenti dipendenti da eroina diminuisce lentamente (79,9% nel 2000, 70% nel 2006), con un aumento progressivo dell'uso primario di cocaina che dal 2,2% del 2000 passa al 11% nel 2008. Raddoppia anche la proporzione di soggetti che utilizzano secondariamente cocaina (28,6% nel 2000 e 40,7% nel 2006), diventando la seconda sostanza maggiormente utilizzata nel 2008 (50,8%).

Nella popolazione dei nuovi utenti l'abuso non è limitato ad una sola sostanza, ma è spesso concomitante con un uso problematico di una o più sostanze secondarie, con una tendenza verso il policonsumo.

Fig. 11 Distribuzione percentuale della sostanza primaria tra gli utenti SerT. Confronto con Regione e Italia



Il leggero arretramento negli ultimi anni della cocaina (7,4/10.000 nel 2005; 5,9/10.000 nel 2008), si accompagna ad un nuovo preoccupante aumento dell'eroina che nel 2008 ritorna ad interessare il

76,2% della domanda di trattamento, rispetto alla media regionale del 74%.

In particolare l'eroina fumata come sostanza primaria tra i giovanissimi sta interessando una importante quota di ragazzi di 16-17 anni che sono arrivati ai SerT nei primi sei mesi del 2009.

I consumatori problematici di cannabinoidi che rappresentano il 26,1% della nuova utenza SerT, accedono ai servizi prevalentemente su segnalazione della Prefettura (88,3%), in base agli articoli 121

Fig. 12 Rapporto utenti cocainomani in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)

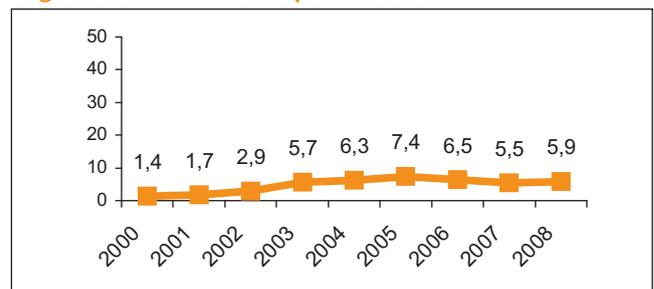
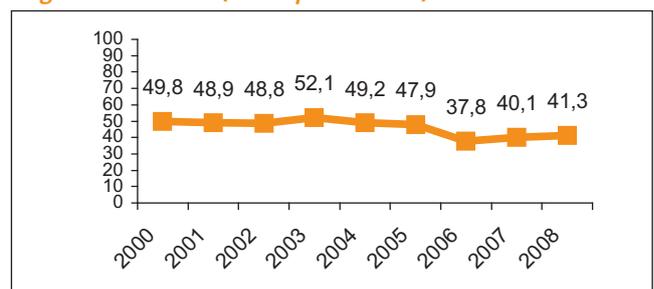


Fig. 13 Rapporto utenti eroinomani in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)



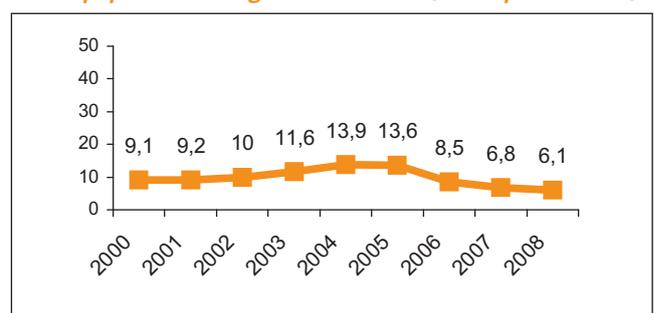
e 75, sono maschi (90%), con una età media di 25 anni (fino a 19 anni 18,3%).

Il 48,3% (29) ha un titolo di studio di scuola media inferiore contro il 30% (18) che ha conseguito il diploma di scuola superiore.

Il 63,3% (38) è occupato regolarmente e il 23,3% (14) è studente.

Gli assuntori di cannabinoidi continuano a rappresentare una quota considerevole di utenti dei SerT, anche se dal 2000 al 2008 sono in leggera flessione, passando dal 14,5% della domanda di trattamento

Fig. 14 Rapporto utenti con sostanza primaria cannabis in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)



all'11,2%. Anche il consumo secondario di cannabinoidi ha un considerevole calo negli anni passando dal 23,9% nel 2000 al 19,6% nel 2008, con un sorpasso delle sostanze alcoliche (19,9% nel 2007 e 21,2% nel 2008).

Resta una quota minima (1,7%) di pazienti che usano altre sostanze (ecstasy, benzodiazepine, amfetamine, allucinogeni, altri oppiacei e inalanti), più bassa rispetto al quadro regionale che raggiunge il 3,2% sul totale degli utenti.

2.3.1 Il profilo dei consumatori di cocaina in carico ai SerT

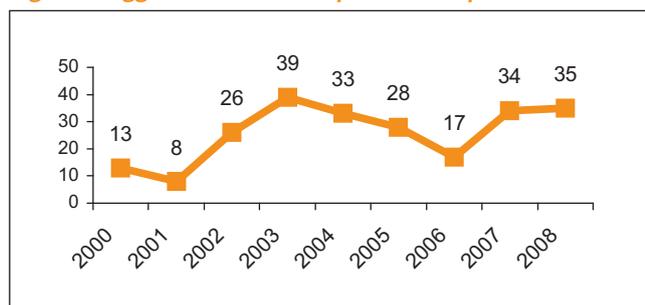
Nel complesso la cocaina risulta essere, dopo la cannabis, la seconda sostanza illecita maggiormente consumata in Europa⁷. In Emilia-Romagna si stima che il 7,5% della popolazione generale abbia fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita (contro il 6,9% dell'Italia e il 3,6% dell'Europa)⁸. I dati provenienti dagli Osservatori nazionali ed europei riguardano tutte le tipologie di consumo da una tantum, all'occasionale fino al consumo frequente.

Per comprendere i modelli di consumo della cocaina, nella nostra realtà locale, sono stati analizzati tutti i dati relativi ai soggetti presi in carico dai SerT della provincia di Ferrara tra il 2000 e il 2008, con una diagnosi di dipendenza, abuso o consumo problematico di cocaina⁹.

La coorte composta da 233 pazienti è stata osservata sotto il profilo sociale e della modalità di assunzione della sostanza, per cercare di mettere in luce le differenze interne a questo gruppo di utilizzatori.

Il profilo che scaturisce è in prevalenza maschile

Fig. 15 Soggetti cocainomani per anno di presa in carico



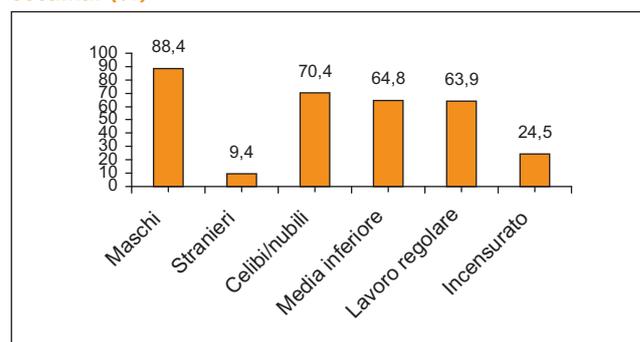
(88,4% contro 11,6% di donne; M:F=7,6:1¹⁰), con un'età media di 32 anni (min 17 anni – max 56, Dev. Std.=7,5, M=31 F=30), celibe (70,4%), con licenza di scuola media inferiore o diploma professionale (64,8% contro il 25,3% ha il diploma di

scuola media superiore o la laurea), con un lavoro regolare (63,9%) e la residenza in provincia di Ferrara (78,5%). Questo dato mette in evidenza un basso status sociale ma una forte integrazione nel tessuto produttivo.

Sotto il profilo giuridico il 36,1% degli utenti ha avuto problemi con la giustizia: il 10,3% ha avuto denunce o condanne e il 25,8% è stato in carcere o ha usufruito di misure alternative alla detenzione.

Solo il 34,7% di questi soggetti arriva ai servizi su base volontaria con un bisogno di assistenza ben caratterizzato, che si è sviluppato lungo un intervallo di tempo di più di 9 anni.

Fig. 16 Profilo sociale degli utenti con sostanza primaria cocaina. (%)



I soggetti stranieri rappresentano il 9,4%, (22), sono di sesso maschile e hanno un'età media di 28 anni (vs 31 del resto della coorte). Principalmente provengono da paesi dell'area africana per il 45,4% (Tunisia, Marocco e Ghana) e per il 27,3% dagli stati dell'est europeo (Bielorussia, Albania).

Per quanto riguarda la coorte complessiva, la modalità d'assunzione prevalente della cocaina è quella sniffata (67,4%), seguita dal 18% di soggetti che sceglie di fumarla, e una percentuale molto minore ne fa uso per via parenterale (6% la inietta).

Il 21,9% ha dichiarato un consumo occasionale, ossia una o più volte al mese, e il 36,5% un uso frequente che va da una volta a settimana fino al consumo quotidiano.

Una parte della popolazione osservata, oltre ad assumere la cocaina da sola, la associa ad altre sostanze (83 soggetti pari al 35,6%). Le sostanze secondarie principali sono i cannabinoidi (53%), l'alcol (25,3%) e l'eroina (10,8%).

Complessivamente i soggetti poliassuntori sono risultati 9 pari al 3,9%, associano alla cocaina l'alcol e la cannabis, oppure amfetamine, ecstasy o eroina.

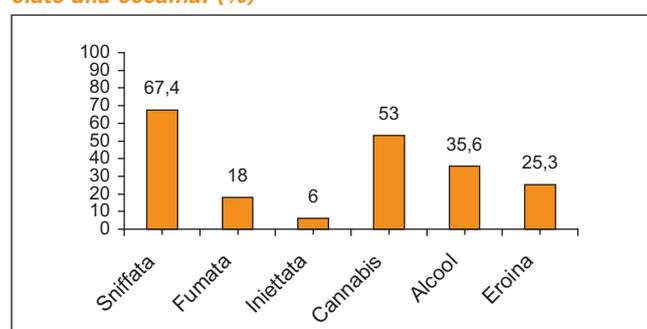
I pazienti in condizioni di dipendenza grave (con

7. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), Relazione Annuale 2008, Evoluzione del fenomeno in Europa.
 8. Consiglio Nazionale della Ricerca, Italian Population Survey on Alcohol and other drug, (IP SAD- Italia) 2007.
 9. Compresi i soggetti in Carcere, in Strutture Terapeutiche e i non residenti nella provincia di Ferrara.
 10. Tra i pazienti dei centri per le dipendenze europei: 5 uomini per ogni donna, età media 31 anni.

modalità d'assunzione per via iniettiva o modalità d'assunzione diversa ma con frequenza d'uso dalle 2 alle 7 volte alla settimana), sono 85 pari al 36,5% dell'intera coorte. In corrispondenza dell'anno 2003 è stata registrata la percentuale maggiore di soggetti con alta severità rispetto al totale dei nuovi pazienti cocainomani in carico (22 su 39 pari al 56,4%).

Il consumo di cocaina può provocare gravi problemi di salute, la maggior parte dei quali di natura cardiovascolare e neurologica. Tali problemi possono peggiorare in presenza di condizioni preesistenti o di fattori di rischio. In particolare il consumo di alcol in combinazione con la cocaina può aumentarne la concentrazione nel sangue, con un maggior rischio per la salute.

Fig. 17 Modalità di assunzione e sostanze secondarie associate alla cocaina. (%)



Giovani e giovanissimi. Dal 2000 al 2008 i giovani con età compresa tra i 17 e i 24 anni, presi in carico dai SerT provinciali, sono stati 38 pari al 16,3% del totale. Sono in prevalenza maschi (18,4% femmine), con un accesso al servizio per segnalazione da parte della Prefettura (21 pari al 55,3%), con modalità d'uso nasale (27 pari al 71%), una frequenza di assunzione occasionale di 1 o più volte al mese (39%), e con una sostanza secondaria associata (18 pari al 47,4%).

La domanda di trattamento per uso problematico di cocaina dei giovanissimi con età compresa tra i 17 e i 19 anni¹¹, è ancora un evento raro (3% pari a 7 soggetti). Tuttavia dall'analisi del profilo si evidenzia un alto livello di gravità al momento dell'accesso. Questi ragazzi (5 maschi e 2 femmine), arrivati ai SerT in maniera autonoma o su indicazione di altri servizi del territorio, presentano ancora una modalità di assunzione sniffata, ma una frequenza d'assunzione molto alta che va da 1 volta fino a 7 volte alla settimana. Inoltre per 6 ragazzi la cocaina è assunta in associazione ad altre sostanze (4 cannabinoidi, 1 alcol e 1 amfetamine).

Donne. Complessivamente le donne rappresentano l'11,2% (26) delle richieste di trattamento per consumo problematico di cocaina seguite dai SerT. Sono arrivate ai servizi spontaneamente (10), o su invio da servizi sociali e sanitari (8), al momento della presa in carico presentavano un uso frequente di cocaina (da 1 a 7 volte la settimana) nel 57,7% dei casi (15), con modalità di assunzione sniffata (73,1%). La maggior parte non abbina al consumo di cocaina altre sostanze, anche se nel 42,3% dei casi (11 soggetti) viene riferita una concomitanza d'uso di cannabinoidi, alcol o amfetamine.

I percorsi terapeutici. Per i pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara il percorso terapeutico inizia con la fase di osservazione e diagnosi, effettuata dal medico e dallo psicologo, alla quale segue la definizione di un trattamento terapeutico che può essere distinto in 6 macro segmenti.

Il primo percorso socio-educativo predisposto per i soggetti inviati dalla Prefettura (31,1%), ha attivato colloqui e attività di sostegno sociale ed educativo associati a controlli periodici dello stato di salute e al monitoraggio dei metaboliti urinari per la ricerca delle sostanze di abuso.

Il secondo percorso psicologico seguito dal 20,2% dei pazienti, ha attivato colloqui di consultazione e sostegno individuali o familiari, associati a controlli dello stato di salute.

Il terzo percorso psico-socio-educativo che integra colloqui di consultazione psicologica con colloqui di sostegno educativo e sociale (inserimento lavorativo, formazione professionale, prestazioni socio-economiche) ha riguardato il 14,5% dei pazienti.

Il quarto percorso psicoterapeutico è stato seguito dal 8,8% degli utenti come fase propedeutica all'ingresso nei gruppi di psicoterapia ad approccio cognitivo comportamentale¹². Il modello psicoterapico di gruppo mira ad aiutare i pazienti a riconoscere, evitare e fronteggiare le loro difficoltà. Si tratta di un approccio che prevede l'applicazione di tecniche svolte in tempi brevi, flessibili, compatibili con altri trattamenti (ad esempio con la terapia farmacologica). Il gruppo per pazienti cocainomani dura circa 12 settimane, le sedute hanno una durata di 90 minuti.

Il quinto percorso è rivolto ai soggetti in carcere (18,6%) e offre trattamenti di sostegno psicologico e interventi socio-educativi.

Infine il 2,1% dei pazienti ha seguito un *trattamento residenziale* in strutture riabilitative convenzionate con il SerT, con terapia farmacologica.

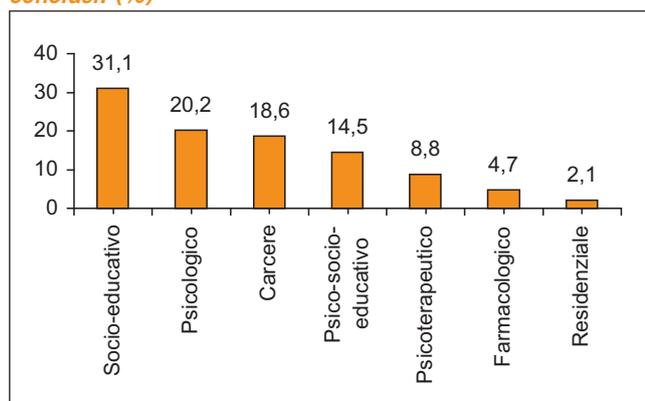
I percorsi che hanno avuto un buon livello di performance sotto il profilo del raggiungimento degli obietti-

11. Non sono stati rilevati soggetti di età inferiore ai 17 anni.

12. K.M. Carroll, Trattamento della dipendenza da cocaina, Approccio cognitivo-comportamentale, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.

vi previsti dal programma terapeutico sono stati: il percorso socio-educativo (70% programma completato) e il percorso psicologico (61,5% programma completa-

Fig. 18 Tipologie di trattamento relative ai primi programmi conclusi. (%)



to). Seguono il percorso integrato psico-socio-educativo con il 53,6% di programmi completati e il percorso psicoterapeutico con il 41,2% di esiti positivi. Specularmente le maggiori interruzioni si sono registrate nei trattamenti in comunità terapeutica (50%).

L'esito dei programmi terapeutici sembra influenzato dalla gravità della condizione di dipendenza. I soggetti con severità alta tendono ad interrompere maggiormente il trattamento (35,3%) rispetto a quelli meno gravi (17,1%).

La mortalità legata all'uso di cocaina è spesso causata da arresto cardiaco a seguito di blocco respiratorio. L'uso combinato di alcol aumenta il rischio di morte improvvisa. Nei 9 anni analizzati sono stati registrati 2 decessi di cui uno per malattie dell'apparato respiratorio.

Fig. 19 Trattamenti terapeutici distinti per esito. (%)

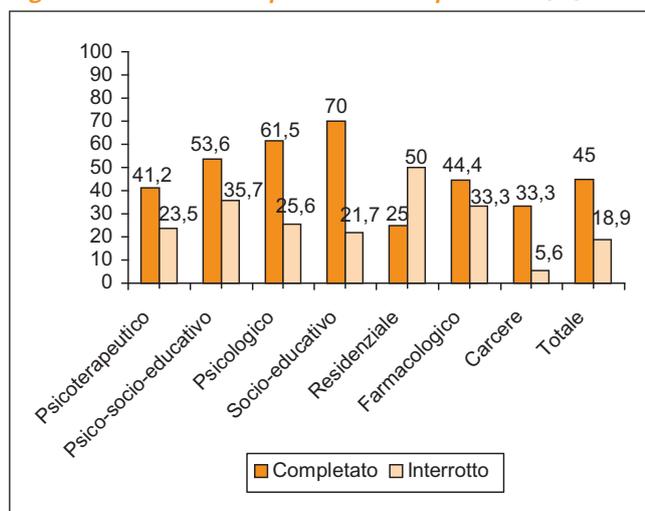
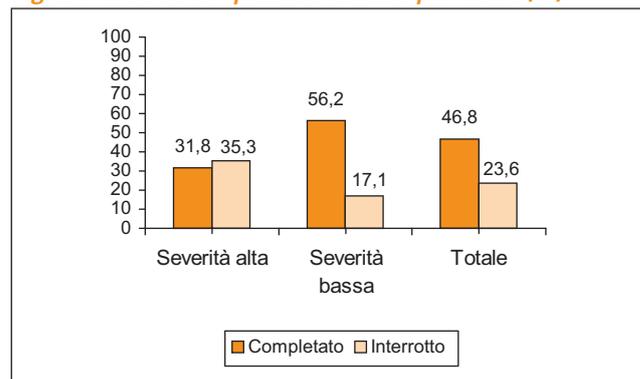


Fig. 20 Severità dei pazienti distinta per esito. (%)



2.3.2 Eroina: nuovi e vecchi problemi

Dalla relazione annuale sulle tendenze del consumo di oppiacei in Europa, viene messo in luce un incremento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, dei sequestri di eroina e delle domande di trattamento.

Queste nuove tendenze si affiancano a un aumento della produzione di oppio in Afghanistan, facendo temere che tali eventi potrebbero essere collegati tra loro per una maggiore disponibilità di eroina sul mercato europeo.

La dipendenza da eroina continua a rappresentare la principale causa che motiva la domanda di trattamento presso i SerT della provincia di Ferrara.

Infatti il 79,6% dell'utenza totale è costituito da soggetti con consumo problematico di oppiacei rispetto al 74% della Regione e al 71% dell'Italia¹³.

La stima relativa alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei a livello provinciale è di 4,1 casi trattati ogni 1.000 abitanti, che si colloca al di sotto delle stime medie europee (4-5/1000), nazionali (5,4/1000) e regionali (5,7/1000).

Il consumo di eroina rimane un problema grave di salute pubblica, tuttora responsabile di una parte consistente dei costi sociali e sanitari.

Per leggere correttamente i dati relativi ai soggetti in trattamento va fatta un'analisi separando i nuovi utenti che si sono rivolti per la prima volta al servizio nel 2008 e i pazienti già in trattamento. Questo ci permette di delineare il problema connesso con l'invecchiamento dei consumatori di eroina.

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe classifica gli adulti più anziani che usano sostanze in due tipologie: persone che hanno una lunga esperienza con le sostanze iniziata in età giovanile (precoci) e coloro che hanno iniziato in età adulta (tardivi) spesso in concomitanza con eventi particolari (lutti, separazioni, ecc.).

Sul territorio provinciale la quota di utenti con

13. Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna; Relazione Annuale al Parlamento 2008.

età maggiore di 39 anni è passata da 92 soggetti nell'anno 2000 a 351 nel 2008, con un incremento del 281%. Questo forte incremento della quota di adulti-anziani in carico ai SerT (34,2% del totale degli utenti tossicodipendenti) è in parte spiegabile dall'effetto della ritenzione in trattamento provocata dai farmaci sostitutivi degli oppiacei (metadone, buprenorfina).

I pazienti storici. Si tratta di 648 soggetti in trattamento mediamente da circa 6 anni, composti per l'84,7% da maschi e dal 15,3% da femmine. Hanno un'età media di 37 anni (M38 anni; F35 anni; 293 con più di 40 anni pari al 45,2%), quando si sono rivolti al servizio avevano una modalità di consumo prevalentemente endovenoso (82,7%), con cocaina secondaria (58,1%). Attualmente hanno una buona compliance al trattamento e sono integrati socialmente (il 40,7% ha un lavoro regolare). Si tratta di una fascia di utenza che pone ai servizi problemi correlati all'aggravarsi delle patologie correlate (Hcv, Hiv), a nuove patologie croniche e a patologie psichiatriche richiedendo ai servizi una notevole quantità di risorse.

I soggetti in carico da più di 10 anni sono 177 (27,3%), in prevalenza maschi (83,6%), con un'età media di 42 anni (min 28 max61), dipendenti da eroina per via endovenosa al momento della presa in carico (96,6%) e con una sostanza secondaria nel 41,8% dei casi (47,3% cocaina). Il 2,2% è Hiv positivo (4 femmine). Il 71,7% (127) è in trattamento con metadone (contro il 61% degli utenti in trattamento da meno di 5 anni), 11 soggetti hanno seguito un trattamento residenziale (6,2%) e 7 soggetti sono stati in trattamento psicoterapico. Si tratta di persone con un basso livello di istruzione, infatti il 60,4% ha un titolo di studio medio inferiore e il 19,2% ha ottenuto solo la licenza elementare. La condizione lavorativa evidenzia un 45,2% di soggetti che risultano occupati regolarmente. Solo il 2,2% proviene dal carcere contro il 92,6% che ha un accesso spontaneo al SerT.

I soggetti in trattamento da 6-9 anni presentano lo stesso profilo epidemiologico dei pazienti "cronici", con alcune piccole differenze: hanno un'età media di 38 anni (min 24 max 57), sono per la quasi totalità maschi (90,1%), con uso endovenoso (91,4%), associato secondariamente alla cocaina nel 72% dei casi. Il 3,3% (5 soggetti) è positivo al test Hiv. Il 67,8% (103) è in trattamento a metadone, il 14,5% (22) ha seguito un trattamento in comunità terapeutica e il 13,1% (20) è stato in trattamento psicoterapico.

Donne. Sono 99, hanno un'età media di 35 anni, per il 92,9% sono arrivate al servizio spontaneamente o su indicazione di altri servizi, hanno una modalità d'uso endovenosa (79,8%) e utilizzano una sostanza secondaria nel 52,5% dei casi (61,5% cocaina). Il 18,2% è Hiv positivo (18).

I nuovi utenti. Come già sottolineato in premessa, tra i nuovi pazienti emerge un progressivo aumento dell'eroina fumata (43%), una pratica più funzionale e meno invasiva dell'uso endovenoso.

Rispetto ai pazienti storici, questa nuova utenza è più giovane (32 anni, min 17-max 55), con forti proble-

Fig. 21 Confronto tra nuovi utenti e già in carico con sostanza primaria eroina. (%)

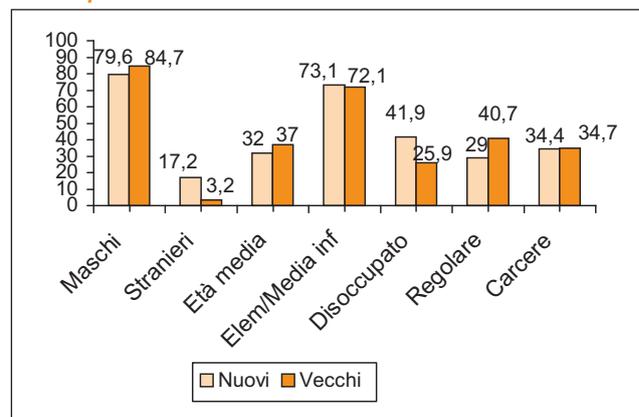
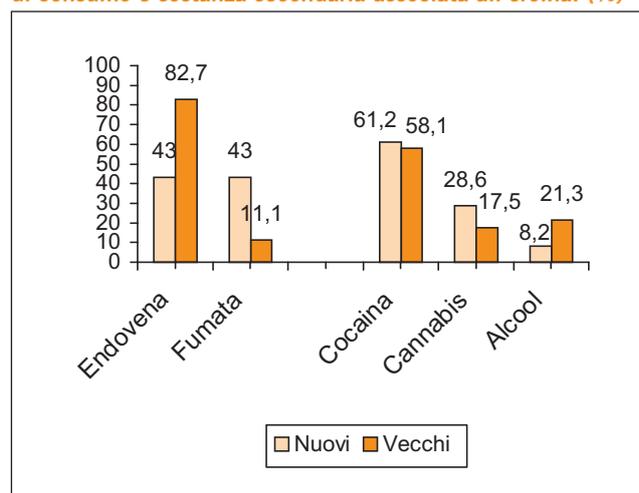


Fig. 22 Confronto tra nuovi utenti e già in carico per modalità di consumo e sostanza secondaria associata all'eroina. (%)



mi di integrazione sociale (42% disoccupati; 46,2% di problemi con la giustizia), e una propensione al policonsumo (61% ha un uso secondario di cocaina; il 29% di cannabis); non presenta problematiche sanitarie legate all'infezione Hiv. Il 45,2% ha richiesto un trattamento al SerT spontaneamente, contro il 37,6% che è stato seguito in carcere. L'11,8% è stato inviato da altri servizi. Va segnalato infine che il 17,2% non ha cittadinanza italiana.

Le donne rappresentano il 20,4% della nuova utenza con dipendenza da eroina (19), hanno un'età media di 26 anni (min 17 – max 42), una modalità di assunzione dell'eroina fumata (10 pari al 52,6%), nel 42,1% dei casi hanno una sostanza secondaria. Sono arrivate ai SerT spontaneamente o su segnalazione di altri servizi (16 pari all'84,2%).

I percorsi terapeutici. L'offerta dei servizi si diver-

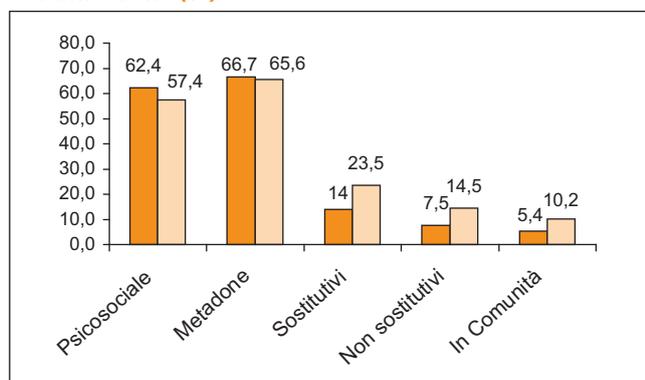
sifica in un range di trattamenti che vanno dal day care per disintossicazione, alla terapia farmacologica della dipendenza da sostanze psicotrope, alla psicoterapia individuale, familiare e di gruppo.

Negli ultimi anni a integrazione dei trattamenti farmacologici è stata avviata una specializzazione degli interventi degli psicologi e degli educatori per affrontare i casi clinici più gravi (pazienti multiproblematici, cronici, più anziani, con patologie gravi) con scarse risorse personali. Si tratta di interventi specifici di accompagnamento e valorizzazione delle capacità residue.

La risposta alla cura e l'esito dei programmi sono influenzati dal profilo psico-patologico del paziente, dalla risposta ai trattamenti, dalla disponibilità di risorse relazionali, dall'appartenenza ad un contesto favorevole.

L'approccio alla cura che si è consolidato negli ultimi

Fig. 23 Utenti con sostanza primaria eroina distinti per tipo di trattamento. (%)



mi anni, e che trova conferma anche nelle evidenze scientifiche, è basato sulla integrazione dei trattamenti (farmacologico, psicologico, sociale, educativo) al fine di perseguire obiettivi differenziati ma fortemente correlati.

Si tratta di obiettivi terapeutici che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della salute, fino all'integrazione sociale e lavorativa dell'utente. Vi sono inoltre programmi orientati a ridurre i rischi drogacorrelati come le infezioni e la mortalità, i comportamenti suicidari in carcere e le ricadute.

2.3.3 Il rischio di mortalità

Il rischio di mortalità tra i tossicodipendenti da eroina endovenosa è elevatissimo rispetto alla popolazio-

ne generale della stessa età e sesso.

Dagli studi di mortalità condotti tra il 1975 e il 1995 nella provincia di Ferrara¹⁴ è emerso che la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento si attesta attorno all'80%. Dei soggetti seguiti per 15 anni il 35% era deceduto alla fine del follow-up. L'aggiornamento dello studio al 1999 mette in luce un decremento progressivo della mortalità per overdose, mentre continua a manifestarsi un eccesso di mortalità per Aids. Infine si conferma un rischio di morte più elevato nei maschi rispetto alle femmine e una relazione significativa tra la situazione di svantaggio sociale (livello di istruzione basso, disoccupazione, problemi con la giustizia) e il calo della probabilità di sopravvivere¹⁵.

L'intossicazione acuta da sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso, tuttavia la mortalità si estende anche ad altre cause meno direttamente attribuibili all'effetto della sostanza. Per esempio le epatopatie, le malattie del sistema circolatorio e i tumori. La mortalità si estende infine anche a cause indirette come l'incidente stradale e il suicidio.

La riduzione del rischio di overdose emerge anche dai risultati dello studio nazionale Vedette¹⁶, che ha trovato evidenze statisticamente significative tra la ritenzione in trattamento e la riduzione del rischio di mortalità. Il fattore predittivo più significativo della compliance al trattamento è l'integrazione tra diversi trattamenti.

In generale i trattamenti influiscono positivamente sulla salute della persona a cui sono erogati, poiché agiscono in maniera significativa sulle condizioni sanitarie, sugli stili di vita, sul funzionamento psicolo-

Tab. 4 Decessi osservati nella popolazione tossicodipendente distinti per causa di morte. (Periodo 2006-2008)

Cause di morte	2006	2007	2008
Aids	2	4	3
Overdose	1	1	0
Suicidio	1	1	0
Incidente stradale	3	1	3
Epatopatie	5	5	1
M. Sistema circolatorio	0	1	0
Tumore	0	1	1
Altro	2	5	3
TOTALE	15	19	11

14. L. Ciccolallo, G. Morandi, R.M. Pavarin, C. Sorio, E. Buiatti, La mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna ed i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale, *Epidemiologia e Prevenzione*, 24,2,2000.

15. 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.

16. M. Ferri, A.M. Bargagli, F. Faggiano et al., Mortalità in una coorte di tossicodipendenti da eroina arruolati presso i SerT in Italia, 1998-2001, *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 5, 2007.

gico e sociale, sugli aspetti relazionali e familiari. In questi ultimi anni il sistema dei servizi pubblici-privati della provincia di Ferrara ha sviluppato percorsi residenziali diretti ad utenti con patologie invalidanti permanenti o a soggetti con particolari esigenze di cure sanitarie intensive temporanee e progetti di reinserimento post comunità con supporto educativo e territoriale.

Per i giovanissimi (16-24 anni) il SerT ha avviato percorsi di accesso dedicati offrendo interventi di psicoterapia individuale e di educazione affettiva.

Nel SerT di Ferrara è presente una équipe carcere che garantisce la continuità di cura nel periodo di carcerazione di soggetti con dipendenza da sostanze e prevede la predisposizione di un programma terapeutico stabilendo contatti con il SerT di appartenenza dei detenuti, con gli operatori penitenziari, con gli operatori delle comunità e i familiari.

2.4 CONSUMO DI ALCOL E ALCOLISMO

2.4.1 Il consumo di alcol nella popolazione generale

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 anni (1 su 4) e tra le giovani donne (1 su 10)¹⁷.

Relativamente al consumo di alcol nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna, i dati emersi dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia 2007, mettono in luce una prevalenza di alcolici bevuti negli ultimi 12 mesi nell'84,5% degli intervistati di età compresa tra i 15 e i 64 anni (contro l'85,6% dell'Italia).

Il consumo annuale di bevande alcoliche ha riguardato l'89% della popolazione maschile e l'80% di quella femminile. Se tra i soggetti di 15-24 anni le prevalenze di consumo non si differenziano sulla base del genere (M=90,2%; F=91,2%), nelle classi di età successive prevale il genere maschile. Nella popolazione maschile (94,5%) la quota più consistente di alcolici si riscontra tra i soggetti di età compresa tra i

25 e i 34 anni, mentre in quella femminile si osserva tra le giovani di 15-24 anni (83,1%). In entrambi i sessi il consumo diminuisce all'aumentare dell'età degli intervistati, raggiungendo nei soggetti di 55-64 anni una quota pari all'85,7% tra i maschi e al 77,6% tra le femmine.

Dallo studio PASSI 2007 condotto in Emilia-Romagna su un campione di 2446 soggetti, emerge che l'83,1% degli uomini e il 55,7% delle donne intervistate 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 il 18,4% degli intervistati può essere considerato un forte bevitore o bevitore fuori pasto. Sono soprattutto i giovani nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni (7,7%) che dichiarano di aver consumato sei o più bevande alcoliche in una sola occasione.

Nella provincia di Ferrara l'indagine¹⁸ sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi, condotta nel 2005, ha rilevato che il consumo di bevande alcoliche interessa il 77% degli intervistati di età compresa tra i 18 e i 79 anni contro il 79% della media regionale e il 75% dell'Italia.

Il 69,2% del campione beve vino almeno una volta la settimana; il 40,1% ogni giorno (53,9% Maschi; 27,1% Femmine); il 46,3% beve birra (2,6% ogni giorno); il 28,2% beve superalcolici (7,8% quotidianamente). Sotto il profilo della quantità del consumo, la maggioranza del campione (1.747) rientra nella categoria dei consumatori intermedi (35%), con una lieve differenza tra maschi e femmine. Tra i maschi è presente una percentuale consistente di bevitori forti (30,8%) che si concentrano prevalentemente nella classe di età compresa tra i 18 e i 29 anni.

2.4.2 La dimensione del fenomeno dell'alcolismo nella provincia di Ferrara

La dimensione del fenomeno del consumo problematico e della dipendenza da alcol nella popolazione residente nella provincia di Ferrara è stata stimata nella misura di 3,05 soggetti ogni 1000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore nei maschi rispetto alle femmine (M=4,32/1000; F=1,78/1000).

Nel 2007 nella provincia di Ferrara i soggetti, che si sono rivolti ai Centri Alcolologici dei SerT o ricoverati nei presidi pubblici e privati¹⁹ per problemi alcol correlati, sono stati 720, con un'età media di 51,2 anni (50,7 nei maschi e 52,6 nelle femmine). In prevalenza si tratta di italiani residenti sul territorio

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

18. A. De Togni, P. Pasetti (a cura di), In linea con la salute, Ferrara, Ottobre, 2005.

19. I dati relativi ai soggetti ricoverati per problemi alcolcorrelati nei presidi ospedalieri pubblici e privati residenti nella provincia di Ferrara sono stati rilevati tramite schede di dimissione ospedaliera e si riferiscono all'anno 2007.

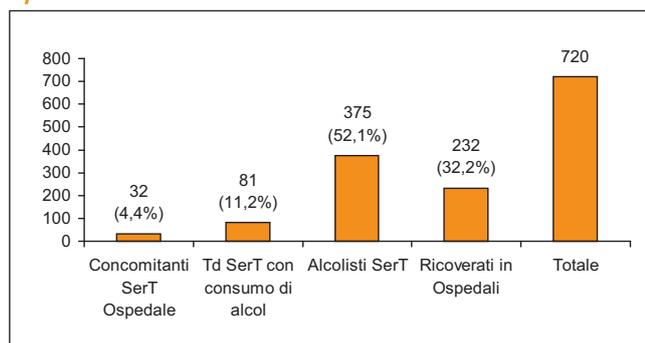
ferrarese (96,4%), il 3,6% è straniero. I non residenti sono più giovani, infatti presentano un'età media di 44 anni contro i 51,5 anni dei residenti. Infine, la popolazione più giovane con problemi alcolcorrelati si riscontra tra gli stranieri, che mediamente hanno 40,5 anni contro i 51,6 degli italiani.

Dall'analisi delle caratteristiche dell'utenza dei servizi emerge come i problemi alcolcorrelati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (71%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,4 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=50,7; F=52,6).

Il 63,3% (456) della popolazione analizzata si è rivolta solo ai SerT, mentre il 32,2% (232) è entrata in contatto solamente con le strutture ospedaliere mediante ricovero. Il 4,4% (32) dei soggetti indagati infine, è risultato essere stato preso in carico al SerT ed essere ricorso anche all'ospedale.

Tra l'utenza complessiva l'11,5% (83) presenta un abuso di alcol associato ad una dipendenza da sostanze stupefacenti, di questi l'11,2% è in carico ai SerT.

Fig. 24 *Soggetti con problemi alcolcorrelati distinti per tipo di servizio*

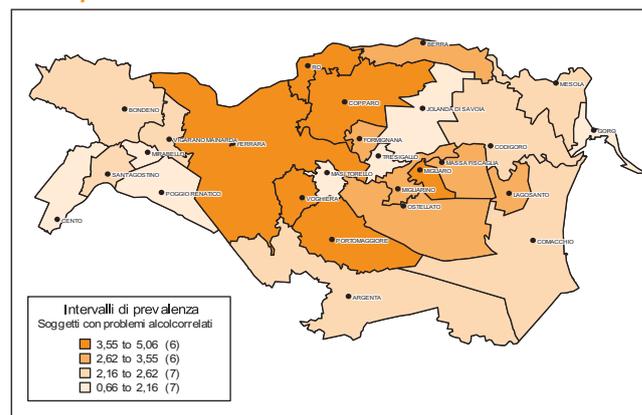


Come si può osservare nelle figure che seguono esiste una forte variabilità territoriale nell'abuso di alcolici. Queste differenze legate all'origine del bere possono essere influenzate da fattori culturali, ambientali e sociali profondamente radicati nel costume del territorio.

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

Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza del consumo problematico di alcol, il distretto Centro Nord si colloca al di sopra della media provinciale, con 3,6 casi ogni 1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. La prevalenza più bassa si registra nel distretto Ovest, demograficamente più giovane con un indice di vecchiaia al di sotto della media provinciale, e si colloca decisamente al di sotto della media

Fig. 25 *Prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati. (Tassi per 1.000 abitanti 15-64 anni. Anno 2007)²⁰*



provinciale con 2,12 soggetti ogni 1000 residenti. Scomponendo l'utenza complessiva dei servizi territoriali ed ospedalieri per comune di residenza si evidenzia che il 56,4% (n=406) risiede nel distretto Centro Nord, di cui il 42,9% nella sola città di Ferrara. Tra i comuni non capoluogo si distinguono Copparo con il 7,8%, Cento che raggiunge il 6,1% del totale, Comacchio e Argenta con rispettivamente il 5,4% e il 5%.

I comuni con i tassi di prevalenza per consumo problematico di alcol più elevati a livello provinciale sono risultati Copparo (5,06*1000), Voghiera (4,09*1000), Migliaro (4,62*1000) e Portomaggiore (4,34*1000).

L'analisi degli andamenti temporali mostra un incremento tra il 2005 e il 2006, passando da un tasso provinciale del 2,3 al 3,2 per 1000 residenti. In tutti e tre gli anni, il distretto Centro Nord si distingue per tassi che superano il valore provinciale (Fig. 27).

Tab. 5 *Prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati nella popolazione nei distretti socio-sanitari distinti per Comune di residenza. (Tassi per 1.000 pop. target 15-64 anni. Anno 2007)*

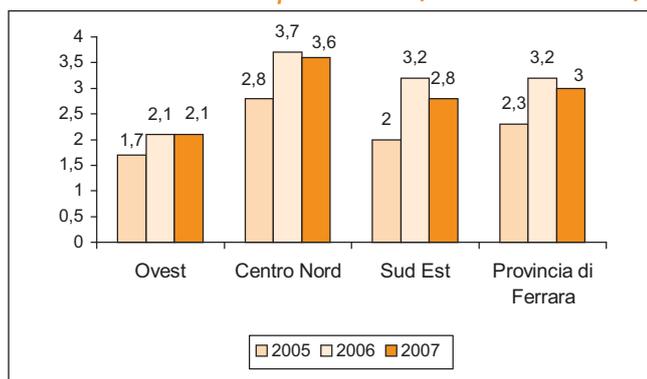
Distretto	Totale soggetti con problemi alcolcorrelati	Tassi di prevalenza per 1.000 residenti
Centro Nord		
Ferrara	309	3,63
Masi Torello	1	0,66
Voghiera	10	4,09
Copparo	56	5,06
Ro	8	3,55
Berra	9	2,62
Jolanda di Savoia	2	0,99
Formignana	5	2,74
Tresigallo	6	2,02
Distretto	406	3,60

20. Il tasso di prevalenza è calcolato rapportando i soggetti residenti in carico ai servizi territoriali o ricoverati in ospedali pubblici o privati alla popolazione residente di 15-64 anni.

Distretto Sud Est	Totale soggetti con problemi alcolcorrelati	Tassi di prevalenza per 1.000 residenti
Argenta	36	2,60
Portomaggiore	33	4,34
Ostellato	15	3,48
Migliarino	8	3,31
Migliaro	7	4,62
Massafiscaglia	8	3,45
Comacchio	39	2,50
Lagosanto	8	2,67
Codigoro	18	2,21
Mesola	10	2,16
Goro	3	1,09
Distretto	185	2,80

Distretto Ovest	Totale soggetti con problemi alcolcorrelati	Tassi di prevalenza per 1.000 residenti
Cento	44	2,02
S.Agostino	10	2,27
Mirabello	3	1,36
Bondeno	24	2,49
Poggiorenatico	10	1,80
Vigarano M.	11	2,43
Distretto	102	2,12

Fig. 26 Tassi di prevalenza per 1.000 residenti di età compresa tra 15-64 anni distinti per distretto. (Periodo 2005-2007)



2.4.3 L'utenza dei Centri Alcolologici

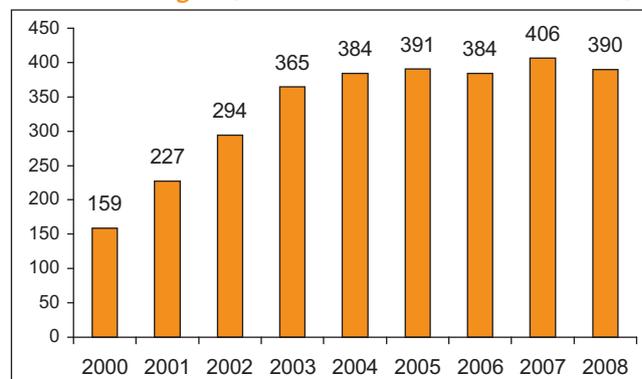
Nel 2008 gli utenti alcolodipendenti in carico ai cinque Centri Alcolologici della provincia di Ferrara sono stati complessivamente 390, il 3,9% in meno rispetto all'anno precedente. La proporzione dei nuovi utenti sull'utenza complessiva risulta del 20,5% (80 soggetti), con un decremento del 14,9% rispetto al 2007.

L'utenza in trattamento presso i Centri Alcolologici è in prevalenza maschile (69,5%; M/F=2,3), con un'età media di 46 anni, con problematiche sanitarie, psicologiche e sociali gravi.

Nelle persone alcolodipendenti di frequente si riscontra un consumo concomitante di più tipi di alcolici legati in genere ai diversi momenti della giornata. Pur

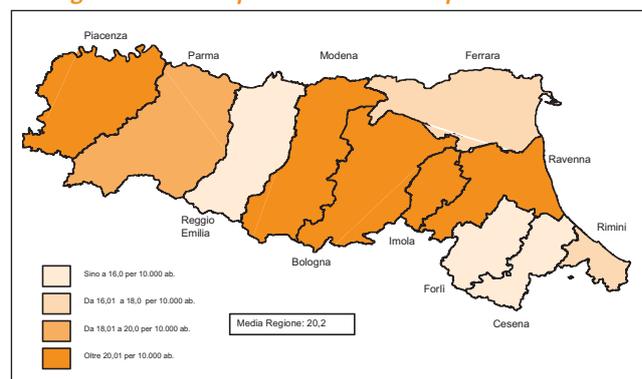
confermando un policonsumo prevalente, dal 1997 ad oggi la sostanza primaria più consumata è rimasta il vino (66,7%), seguito dalla birra (18,2%), dai superalcolici (11%) e aperitivi, amari, digestivi (4,1%).

Fig. 27 Distribuzione annuale degli utenti alcolisti in carico ai Centri Alcolologici. (Periodo 2000-2008. Valori assoluti)



Nel panorama regionale Ferrara si colloca al settimo posto con un rapporto di utenti alcolisti in carico di 17,9 ogni 10.000 abitanti rispetto ai 20,02*10.000 della media regionale.

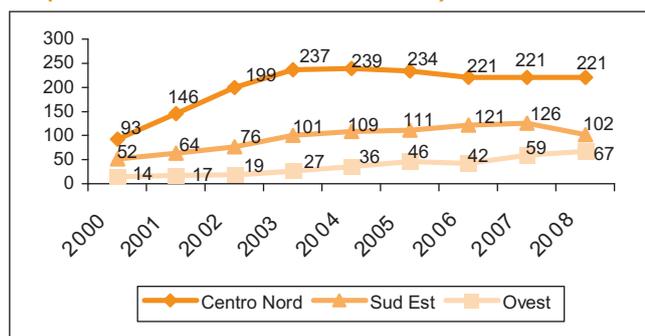
Fig. 28 Rapporto tra utenti totali alcolodipendenti e popolazione target 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Us²¹.



Aziende Us	Nuovi utenti/Target	Totale Utenti/Target
Piacenza	7,2	28,9
Parma	3,1	18,5
Reggio Emilia	3,3	14,9
Modena	4,6	20,6
Bologna	3,4	21,2
Imola	5,7	38,3
Ferrara	4,1	17,9
Ravenna	3,9	23,7
Forlì	2,4	15,3
Cesena	4,4	14,1
Rimini	5,3	17,2
Regione	4,1	20,2

21. Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze, marzo 2009.

Fig. 29 Distribuzione dell'utenza totale distinta per distretto. (Periodo 2000-2008. Valori assoluti)



2.4.4 I trattamenti terapeutici

Per quanto riguarda i trattamenti terapeutici emerge una prevalenza degli interventi medico-farmacologici ambulatoriali (62,7% nel 2007 e 62,2% nel 2008), seguiti dai trattamenti socio-riabilitativi (14,4%-13,9%) e dal counselling all'utente o alla famiglia (8,5%-9,1%). Nel 2008 continua l'incremento dei trattamenti di psicoterapia individuale che viene seguita dal 3,6% degli utenti (contro l'1,8% del 2006), della psicoterapia familiare o di gruppo (4,7%) e dei gruppi di mutuo aiuto (3,1%).

Dalla lettura dell'andamento dei trattamenti terapeutici attivati nel periodo 1997-2008 si rileva che l'intervento medico-farmacologico rimane quello maggiormente praticato nel tempo, associato alle attività di counselling e ai trattamenti socio-riabilitativi.

Aumentano negli anni gli interventi di psicoterapia familiare o di gruppo, mentre diminuisce notevolmente il ricorso ad inserimenti in gruppi di mutuo aiuto. Si assiste ad una lieve flessione anche negli interventi di psicoterapia individuale.

2.4.5 Le patologie associate al consumo di alcol

Dall'analisi delle patologie associate al consumo problematico di alcol provenienti dai dati sui ricoveri si rileva che la percentuale più elevata è da imputare ai ricoveri per danni epatici (61,3%) che includono, in ordine di frequenza, le cirrosi epatiche (72,4%) ossia lo stadio finale della lesione epatica da alcol irreversibile; la steatosi epatica alcolica (4,3%), che si manifesta nella maggior parte dei forti bevitori, ma è reversibile con la sospensione del consumo di alcol; le epatiti acute alcoliche (1,6%) derivanti dall'assunzione di grosse quantità di alcol, che nei casi più severi può determinare un rischio di morte.

Un ricovero su tre (31,1%) avviene per problemi legati alla dipendenza da alcol, di cui il 19,1% dovuto ad intossicazione acuta. Seguono in ordine di numerosità le sindromi psicotiche (2,3%) che comprendono il

delirium da astinenza da alcol, le demenze da alcol, le psicosi alcoliche non specificate, l'intossicazione alcolica idiosincrasica e la sindrome da astinenza da alcol. Infine troviamo altri danni organici (4%) prevalentemente determinati da polineuropatia alcolica, cardiomiopatia alcolica e gastrite alcolica.

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. Tuttavia i vari studi rivolti a identificare una dose di alcol giornaliera presumibilmente priva di effetti lesivi hanno in pratica dimostrato una sostanziale imprevedibilità delle conseguenze dell'alcol sull'organismo.

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

Per quanto riguarda il sesso, 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 dell'epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol²².

Nella popolazione osservata tra i ricoveri per cirrosi epatica il 70,9% si è verificato tra i maschi con un'età media di 62 anni e il 29,1% tra le femmine con un'età media di 65 anni. L'età media si abbassa leggermente tra i pazienti con steatosi epatica (56 anni), pur mantenendo la stessa distribuzione tra i sessi (Maschi 76,9%; Femmine 23,1%).

I pazienti con intossicazioni acute sono nella quasi totalità maschi (75,5%) e registrano l'età media più bassa (52 anni) con due casi di soggetti rispettivamente di 29 e 22 anni. Diversamente le epatiti acute (5 casi) interessano soggetti più anziani (età media 64 anni) e in prevalenza femmine.

2.4.6 La mortalità alcolcorrelata

Relativamente alla mortalità alcolcorrelata i trend nazionali²³ dimostrano un andamento decrescente a

22. F. Magnolfi, Fattori di rischio dell'epatite alcolica, in Manuale di alcolologia. Patologie alcol-correlate.

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

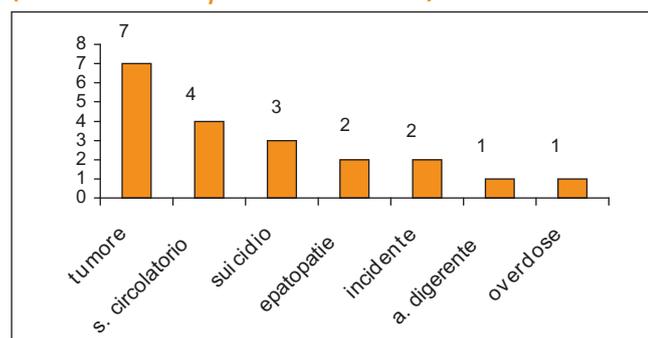
partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), ma meno evidente per le patologie acute (incidenti stradali e domestici, intossicazione etilica, cadute accidentali), che sembrano essere poco influenzate dalla riduzione 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.

Tab. 6 Decessi per patologie alcolcorrelate osservati nella popolazione residente. (Periodo 2005-2007)²⁴

	2005	2006	2007
Soggetti già in carico ai Centri alcolologici	9	7	9
Soggetti con ricovero Ospedaliero	15	17	19
Totale	24	24	28

Sul territorio della provincia di Ferrara nel 2007 sono stati osservati 28 decessi alcol correlati, che si sono verificati per il 72,7% nei maschi e per il 27,3% nelle femmine. Sono avvenuti in prevalenza in ospedale su soggetti non conosciuti ai Centri Alcolologici (19 casi pari al 57,6%).

Fig. 30 Distribuzione delle cause di morte tra i pazienti seguiti dai Centri alcolologici. (Valori cumulativi periodo 2005-2007)



Nel 2007 tra i pazienti già conosciuti dai Centri Alcolologici si sono verificati complessivamente 9 decessi. Se osserviamo tutti i casi di decesso nel periodo

che va dal 2005 al 2007 riscontriamo le seguenti cause di morte: tumore (7 casi), malattie del sistema circolatorio (4 casi), epatopatie (2 casi), suicidio (3 casi), incidenti stradali (2 casi), malattie dell'apparato digerente (1 caso), 1 overdose.

2.5 IL PROFILO DEGLI UTENTI DEI CENTRI ANTIFUMO

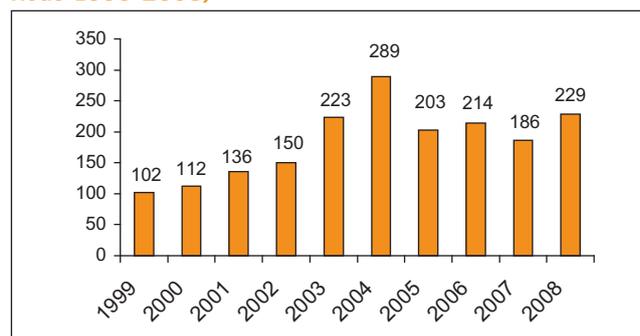
Nel 2008 i soggetti che si sono rivolti ai Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara sono stati 229 con un incremento rispetto al 2007 del 23,1%.

La partecipazione ai corsi per smettere di fumare ha riguardato 199 (86,9%), mentre 30 soggetti (13,1%) hanno seguito trattamenti individuali.

Il 10,9% della popolazione osservata ha utilizzato il bupropione e il 2,6% l'acudetox.

La terapia farmacologica sostitutiva della nicotina è stata seguita per il 30,1% nella formulazione in cerotti, per l'11,8% in gomme, e per il 32,3% con gli inalanti.

Fig. 31 Utenti dei Centri Antifumo. (Valori cumulativi periodo 1999-2008)



Corsi per smettere di fumare. Il profilo dei soggetti che hanno seguito i corsi vede una prevalenza di maschi (61,8%), con un'età media di 47 anni (Maschi 47; Femmine 48 anni), coniugati (55,8%), con un diploma di scuola media inferiore (41,7%) e un lavoro stabile (33,2% è operaio, il 19,6% è impiegato, il 6% ha un lavoro autonomo, il 3,5% è operatore sanitario). L'età media di primo uso del tabacco risulta essere 17 anni, con un numero medio di 19 sigarette fumate al giorno e un periodo complessivo di abitudine al fumo di 29 anni. Più della metà dei partecipanti ha una dipendenza da nicotina medio-alta (il 55,2% presenta un punteggio che si colloca nel range da 5 a 10 punti della scala Fagerström), con un valore medio di Co²⁵ all'ingresso di 18,5.

24. I dati di mortalità 2008 non sono ancora disponibili, in quanto non sono ancora stati validati.

25. La misurazione del CO espirato viene eseguita, da operatori medici o non medici, con uno strumento basato su un sensore elettrochimico sensibile al monossido di carbonio (CO). I fumatori regolari presentano valori pari o superiori a 10 ppm, e tanto più elevati quanto maggiore è il consumo giornaliero di sigarette o minore il tempo trascorso dall'ultima sigaretta fumata. I non fumatori, esposti alle comuni sorgenti d'inquinamento autoveicolare o al fumo di tabacco ambientale, presentano valori in genere compresi tra 0 e 5 ppm. I fumatori che smettono completamente di fumare raggiungono rapidamente valori simili a quelli dei non fumatori, dopo qualche giorno di completa astinenza dal fumo.

I motivi per i quali i soggetti hanno deciso di smettere di fumare sono in prima istanza la riduzione dei rischi per la salute (71,9%), seguita dal bisogno di vincere una sfida con se stessi e quindi migliorare l'autostima e l'autocontrollo (17,1%).

Nonostante il 62,1% abbia già tentato almeno una volta di smettere di fumare (60,2% da 1 a 3 tentativi), l'80,9% esprime un'elevata fiducia nell'esito positivo del trattamento.

Per quanto riguarda il contesto di riferimento il 35,2% dei partecipanti è in contatto con fumatori in casa, il 61,3% ha contatti con fumatori sui luoghi di lavoro, mentre l'82,9% condivide l'abitudine al fumo con altri fumatori durante il tempo libero.

I soggetti hanno seguito mediamente 7 incontri. Alla fine della fase intensiva ha smesso di fumare il 64,3%.

Trattamenti individuali. I pazienti con trattamenti individuali sono in prevalenza maschi (76,7%), hanno mediamente 47 anni, un'età di inizio al fumo di sigaretta che si colloca intorno ai 17 anni e una dipendenza da nicotina alta (l'86,7% si colloca nella classe da 5 a 10 punti della scala Fagerström), con un valore medio del Co all'ingresso di 15,8.

Sotto il profilo sociale sono coniugati (56,7%), hanno un titolo di studio di scuola media inferiore (53,3%), sono in prevalenza operai (30%) e impiegati (30%), mentre il 23,3% è lavoratore autonomo.

Il 76,7% si è rivolto ai Centri per motivi di salute e il 23,3% per rafforzare l'autocontrollo sulla dipendenza da tabacco.

Il 70% ha già fatto più di un tentativo di smettere di fumare ed esprime una fiducia medio-alta nell'esito del trattamento (73,4%). A fine trattamento il 70% ha smesso di fumare.

Per quanto riguarda il contesto di riferimento il 66,7% è in contatto con fumatori in casa, il 96,7% ha contatti con fumatori sui luoghi di lavoro, mentre il 96,7% condivide l'abitudine al fumo con altri fumatori durante il tempo libero.

Dall'analisi di alcuni studi effettuati a livello nazionale sui corsi per smettere di fumare organizzati in alcune città italiane emerge che: a Firenze tra il 1989 e il 1996 su 693 soggetti iscritti, ad un anno dal corso il 33% dei 523 intervistati dichiara di continuare a non fumare; a Milano tra il 1994 e il 2000, il 42,6% dei 258 intervistati dichiarano di essere astinenti dal fumo; infine a Roma su 1300 partecipanti ad almeno tre sessioni dei corsi per smettere di fumare che si sono svolte dal 1992 al 2000, dopo

un anno dalla fine del corso il 54,4% dei 599 rispondenti continuava a non fumare²⁶.

Uno studio prospettico condotto su 1.010 soggetti, che hanno partecipato a programmi terapeutici per la cessazione dell'abitudine al fumo nei 5 Centri Antifumo della provincia di Ferrara nel periodo 1999-2004, ha mostrato un tasso di cessazione del 46,2% a 1 anno dall'ingresso al centro²⁷.

Per quanto riguarda l'ultimo triennio i dati del follow up a un anno dalla fine dei trattamenti (corsi e individuali) registrano una astensione dal fumo che si colloca mediamente intorno al 42%.

La proporzione dei soggetti che hanno dichiarato di continuare a non fumare risulta in linea con i risultati ottenuti a livello nazionale dai Centri che organizzano corsi per smettere di fumare e in leggera flessione rispetto ai risultati emersi dallo studio longitudinale condotto nella realtà ferrarese.

Il tabacco è considerato dall'OMS una sostanza psicoattiva il cui uso può causare gravi danni per la salute. Smettere di fumare determina l'insorgenza di sintomi astinenziali (craving, insonnia, irritabilità, ansia, cefalea e difficoltà di concentrazione), è per questo che molte persone possono trovarsi in difficoltà. Le specialità medicinali per smettere di fumare con il metodo sostitutivo con nicotina trovano larga applicazione, in quanto sono medicinali di automedicazione che possono essere acquistati liberamente in farmacia senza obbligo di ricetta medica, quindi utilizzati senza la diagnosi preliminare di un medico. Tuttavia si è osservato che per avere una maggiore efficacia della riuscita è opportuno associare l'uso del farmaco ad un programma di sostegno di tipo comportamentale.

2.6 CONCLUSIONI

Il consumo problematico di sostanze stupefacenti nella provincia di Ferrara non dà segnali di arretramento.

L'eroina nella forma di consumo fumata tra i giovani è il fenomeno più allarmante che ci proviene dalle analisi dei dati relativi ai soggetti in trattamento presso i SerT.

La cocaina al contrario, dopo un picco registrato nel 2004, sembra stabilizzarsi nei dati relativi alla domanda di trattamento, anche se sul versante dei consumi nella popolazione generale il trend regionale conferma una diffusione di questa sostanza soprattutto tra i giovani studenti.

26. G. Gorini, E. Chellini et al., Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Firenze: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno, *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 22, 1998;

G. Gorini, G. Marasso et al., Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori a Milano e Roma: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno, *Epid & Prev*, n.25, 2001.

27. C. Sorio, G. Antolini, Valutazione dei programmi di terapia del tabagismo dei Centri Antifumo dell'Ausl di Ferrara (1999-2004), *Tabaccologia*, n.3, 2006.

Partendo dalla constatazione che spesso il consumo di alcol e cannabis viene associato a quello di cocaina ed eroina, si ritiene importante riflettere sul ruolo che queste sostanze hanno nell'introdurre al policonsumo le giovani generazioni.

Da questa prospettiva l'attenzione va indirizzata verso i giovani consumatori, in quanto sia l'alcol che la cannabis possono costituire "sostanze gateway", in grado di creare una facilitazione all'iniziazione e all'avvio di un percorso verso l'uso di sostanze sempre più psicoattive.

In particolare sul versante dei consumi di alcolici sono in atto delle trasformazioni sociali importanti: le modalità del bere giovanile si stanno differenziando da quelle degli adulti, inseguendo un modello di consumo elevato e fuori pasto (modello asciutto anglosassone), orientato allo "sballo", spesso in mix con le sostanze stupefacenti.

Dall'avvio dei primi servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze le risposte terapeutiche hanno continuato a migliorare, al punto che si può affermare che oggi la maggior parte dei consumatori di eroina, un tempo considerati una popolazione sommersa, è in contatto con il sistema dei servizi.

Va ricordato che a partire dagli anni '90 una delle principali strategie terapeutiche adottate dai SerT dell'Emilia-Romagna è stata quella di orientarsi verso trattamenti integrati che comprendessero anche l'utilizzo di metadone. Questa strategia ha permesso mantenere una migliore compliance al trattamento dei pazienti e in parallelo di proteggerli sia dalle infezioni opportunistiche che dalla morte per overdose.

Le evidenze scientifiche hanno identificato nel trattamento terapeutico integrato, un fattore protettivo per la mortalità per overdose, con una elevata capacità di ridurre il rischio di morte.

Il problema dell'infezione da Hiv tra i consumatori di eroina per via parenterale ha rappresentato e rappresenta una priorità nelle politiche sanitarie. Gli interventi di prevenzione e di riduzione del danno messi in campo negli ultimi dieci anni dai servizi pubblici hanno portato ad una riduzione drastica dei tassi di nuove infezioni attribuite al consumo di droga.

Oggi la scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine comportamento a rischio. Le nuove sfide che si delineano per i prossimi anni saranno sempre più legate alle strategie di marketing del mercato delle sostanze illecite orientate alle giovani generazioni, con nuove forme di commercializzazione che portano i giovanissimi ad una anticipazione del periodo del primo consumo di sostanze psicoattive.

A questo problema si somma una riduzione della percezione della pericolosità associata al consumo di droghe.

Ci troviamo di fronte ad una nuova forma di "disagio della civiltà", che impedisce alle giovani generazioni di riconoscere le proprie capacità, di esprimere le proprie passioni, sopraffatti da una logica di mercato che li conduce verso un immaginario basato sull'omologazione nei consumi.

È opportuno prendere atto che qualunque approccio innovativo si intenda proporre, esso non può prescindere dalla constatazione che costruire una società senza sostanze è irrealistico.

Occorre pertanto mirare ad un sistema di servizi in rete, che vada verso un concetto di salute come costruzione sociale, che possa contare su relazioni significative tra tutti gli attori presenti sul territorio: i servizi pubblici, le comunità terapeutiche e le associazioni di volontariato.

PARTE II

Le risposte del Sistema dei Servizi

3. STRATEGIE E INTERVENTI DI PREVENZIONE

3.1 METODI E INTERVENTI DI PREVENZIONE¹

Il concetto di prevenzione nato sul modello medico orientato al sintomo, che classifica gli interventi in prevenzione primaria, secondaria e terziaria, si è rivelato inadeguato per cogliere la complessità dei fenomeni sociali.

La prevenzione viene quindi distinta in: *universale, selettiva e indicata*. Nel primo caso gli interventi sono finalizzati all'intera popolazione, la *prevenzione selettiva* si rivolge a un individuo appartenente a un sottogruppo in cui il rischio di sviluppare un disturbo è significativamente più alto della media, sulla base di specifici fattori di rischio biologici o sociali; *infine interventi preventivi indicati* si applicano a persone che sono state identificate come portatrici di chiari segni e sintomi predittivi, tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo.

Quest'ultima classificazione esclude la prevenzione terziaria confusa con l'intervento terapeutico e la distingue dalla promozione della salute.

Con il termine prevenzione si definiscono gli interventi che vengono messi in atto prima di disfunzioni conclamate, che analizzano l'eziologia multifattoriale degli eventi critici e che tendono a implementare le competenze psico-sociali degli adolescenti, al fine di contrastare eventuali complesse conseguenze.

In questa ottica Promeco ha elaborato interventi che, con il passare del tempo, si sono collocati prevalentemente tra i modelli di prevenzione selettiva ed indicata, dedicando molta attenzione alla lettura dei segnali "sentinella" nei contesti adolescenziali in particolare scuola e famiglia.

Va evidenziato che il rischio a cui si rivolge la prevenzione in adolescenza, assume delle caratteristiche specifiche e complesse, infatti i comportamenti a rischio sembrano essere una intrinseca caratteristica di questa fase evolutiva. Tali comportamenti "*border-line*" possono mettere a repentaglio in modo diretto o indiretto il benessere bio-psico-sociale del giovane e la sua salute immediata o futura.

In letteratura si distingue inoltre tra rischio internalizzato ed esternalizzato. Il primo termine si riferisce a espressioni di disagio riguardanti il vissuto individuale quali malessere, ansia o depressione, il secondo allude invece a condotte devianti.

Altri autori diversificano ulteriormente il rischio in comportamenti problematici, quali l'uso di droghe, comportamenti che genericamente compromettono la salute, come la dieta povera o lo scarso esercizio fisico, i problemi di salute mentale e infine prestazioni di ruolo inadeguate quali il fallimento e l'abbandono scolastico.

Spesso alcune di queste diverse forme di rischio si manifestano contemporaneamente andando a prefigurare una costellazione di comportamenti inopportuni che prefigurano veri e propri stili di vita².

In riferimento a questo concetto, l'orientamento operativo di Promeco si è infatti indirizzato verso interventi che promuovano stili di vita sani e benessere psico-sociale, evidenziando che i concetti di salute e benessere in parte si sovrappongono.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute ha assunto un'accezione più ampia della sola assenza di malattia, incentrandosi sulla qualità della vita e sul benessere globale, bio-psico-sociale della persona. Benessere e salute si riferiscono a stati oggettivi, relativi ad esempio alla qualità dell'ambiente di vita e di lavoro, a stati soggettivi quali la percezione del proprio benessere, la soddisfazione personale e l'autostima e infine, alla dimensione intersoggettiva relativa alla relazione con gli altri e con il contesto sociale rispetto alla qualità dei legami interpersonali, al rapporto tra individuo e istituzioni e al senso di appartenenza alla comunità nella quale si vive.

La complementarità e circolarità tra prevenzione, agente sui fattori di rischio e promozione del benessere, operante sui fattori di protezione, si concretizza nella proattività della prevenzione, negli obiettivi di cambiamento che entrambe perseguono e nella forte interconnessione tra le due tipologie di fattori su cui intervengono.

1. I paragrafi 3.1 e 3.2 sono stati redatti da B. Rovigatti, L. Grotti, A. Urro, Promeco. PROMECO è un servizio pubblico fondato nel 1992 da una convenzione tra il Comune, l'Ausl, la Provincia e l'Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara e lavora in una logica di rete per supportare le scuole nella prevenzione del disagio giovanile, con particolare importanza all'uso di sostanze, al bullismo e alla relazione educativa.
2. G. Petrillo, D. Caso, Promuovere la salute nei contesti educativi, Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti, Franco Angeli, Milano, 2008.

Quando intervenire

Ci sono periodi critici e sensibili in cui gli individui, dovendo affrontare compiti evolutivi, risultano più ricettivi a certi stimoli. È il caso dell'adolescenza, età di sperimentazione e individualizzazione. In questa particolare fase di sviluppo cominciano a consolidarsi quelle caratteristiche di personalità in grado di influenzare il manifestarsi di comportamenti relativi alla salute, quali valori, conoscenze, atteggiamenti e senso di autoefficacia, influenzabili da progetti educativi e formativi³.

L'adolescenza rappresenta l'età elettiva per la prevenzione data l'alta propensione ad assumere condotte a rischio per la salute. Alla base di tali comportamenti, vi sono spesso degli errori sistematici di valutazione e interpretazione della realtà. Gli adolescenti spesso legittimano i propri comportamenti a rischio sovrastimandone la diffusione tra i coetanei e apprezzandone i benefici immediati, mentre ne sottovalutano le conseguenze negative a livello fisico, psicologico e sociale. Interventi specifici dovrebbero svolgersi anche a questo livello cognitivo, correggendo tali distorsioni tramite ad esempio indicazioni precise circa le stime di diffusione del fenomeno o chiarendo le conseguenze negative immediate derivanti da condotte potenzialmente pericolose.

L'ultima ragione che vede negli adolescenti il target privilegiato per gli interventi preventivi e promozionali riprende da un lato la proattività e la responsabilizzazione cui tendono entrambi e dall'altro il rinnovato interesse per la fase adolescenziale. Quest'ultima non si prefigura più solo come età di turbamenti e tensioni, ma anche momento di forte responsabilizzazione che rende i giovani protagonisti del loro sviluppo positivo, capaci di realizzare i propri compiti evolutivi senza mettersi in pericolo e perseguendo il proprio benessere bio-psico-sociale⁴.

Essendo l'adolescenza una fase evolutiva piuttosto estesa, secondo le tradizionali definizioni va dai 12-13 anni fino ai 18 anni circa, alcuni autori hanno identificato anni specifici diversamente sensibili a interventi preventivi e promozionali.

Interventi di informazione e formazione centrati sui comportamenti a rischio attuati nella prima adolescenza, non solo non sono efficaci ma hanno talvolta effetti paradossali. Per esempio gli interventi di prevenzione del fumo di sigarette o del consumo di droghe messi in atto nella scuola primaria e centrati sulla trasmissione di informazione sulle conseguenze

dell'uso di tali sostanze, risulterebbero superficiali, perché tali condotte non sono ancora contemplate dai bambini della scuola primaria. Al tempo stesso, nei bambini più grandi, si potrebbe al contrario, sollecitare una pericolosa curiosità rispetto alle sensazioni prodotte dalle sostanze psicoattive.

Nella prima adolescenza sono auspicabili attività di prevenzione e promozione della salute non centrate in modo specifico e diretto sui comportamenti a rischio ma, volte a potenziare le abilità cognitive, sociali e comunicative dei bambini. Gli interventi universali e promozionali delle *life-skills* rivolti a rinforzare soprattutto i fattori contestuali e individuali, aiutano i bambini a sviluppare un buon adattamento psicosociale⁵.

Quando i progetti di prevenzione vengono focalizzati in modo specifico e diretto sui comportamenti a rischio, allora la collocazione temporale migliore sembra essere il periodo di esordio del comportamento o quello immediatamente precedente: attorno al biennio della scuola secondaria di secondo grado e al termine di quella di primo grado.

Dove intervenire

I contesti educativi hanno un ruolo centrale nel processo di sviluppo degli adolescenti. Tra questi la scuola, insieme alla famiglia, svolgono un ruolo fondamentale per la buona riuscita di azioni di promozione e di educazione alla salute e al benessere dei giovani.

In particolare è nella comunità scolastica che gli interventi promozionali della salute ottengono risultati ottimali. Diversi sono i motivi che giustificano tali esiti: la scuola raccoglie un numero elevato di giovani e per un arco di tempo continuativo e prolungato, rende possibile il monitoraggio degli interventi a breve e a lungo termine, gode di credibilità da parte dei genitori e dalla comunità e mette a disposizione una serie di infrastrutture che rendono relativamente poco dispendiosi gli interventi.

A questi aspetti se ne aggiungono altri di natura affettiva, relazionale e cognitiva che rinforzano il ruolo educativo della scuola nella promozione del benessere e nella prevenzione del rischio nei giovani. L'esperienza scolastica, principalmente attraverso le attività curriculari, potenzia le capacità cognitive, personali e socio-relazionali legate proprio a tali attività.

Il ruolo educativo dell'insegnante va oltre la trasmissione di contenuti e di conoscenze per favorire l'at-

3. T. Begotti, G. Borca, E. Calandri, La prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza, in S. Bonino, E. Cattellino, La prevenzione in adolescenza, Erickson, Gardolo, Trento, 2008.
4. G. Borca, La prevenzione del rischio e la promozione del benessere in campo psicosociale, in S. Bonino, E. Cattellino, op. cit.; E. Rossi, Adolescenti, promozione e prevenzione. Un modello di analisi valutativa, Franco Angeli, Milano, 2006; M. Croce, La crisi del paradigma del disagio e le nuove sfide della prevenzione, in F. Cristini, L. Dallago, S. Facci, (a cura di), Atti del VI° Convegno Nazionale "La prevenzione nella scuola e nella comunità", Cleup, Padova, 2007.
5. E. Calandri, La prevenzione efficace in adolescenza: suggerimenti dalla letteratura scientifica, in S. Bonino, op. cit.

titudine generale della mente a porre e a risolvere problemi, a riflettere sulle situazioni e sui fenomeni, a selezionare criticamente e organizzare le informazioni. Non si tratta più di accumulare e registrare passivamente la conoscenza, ma di organizzarla e costruirla. Oltre a questo processo di apprendimento l'insegnante partecipa ai compiti evolutivi dei giovani stimolandone le capacità di riflettere su di sé, verbalizzare i propri problemi, instaurare relazioni sociali soddisfacenti, avere un'immagine positiva di sé e un buon livello di efficacia personale. L'insegnante, essendo una presenza costante, può contare sulla quotidianità, continuità e capillarità del suo intervento, per promuovere quelle abilità di vita che favoriscono il benessere dei giovani, proteggendoli dal rischio.

L'esperienza scolastica nella sua quotidianità, può avvalersi del gruppo classe: un altro sistema relazionale centrale per la diffusione di una cultura della salute tra i giovani. Questo micro-contesto facilita l'apprendimento "situato", strategia centrale per la promozione della salute nella scuola. Conoscenze e atteggiamenti legati alla salute si costruiscono infatti nel confronto e nella discussione con i coetanei.

La partecipazione permette di apprendere, di pensare in profondità e in maniera critica alle tematiche legate al benessere e l'apprendimento in questo contesto assume un carattere relazionale, che non si trasmette linearmente dall'esperto al discente.

Le teorie sulla prevenzione sottolineano come gli interventi di informazione o di sensibilizzazione, se da un lato rispondono alla necessità di rivolgersi a un ampio numero di ragazzi e sensibilizzarli rispetto a situazioni problematiche, dall'altro mostrano il limite di non incidere in maniera risolutiva sulle situazioni di prossimità al rischio o di consumo già iniziato.

In questa ottica Promeco, ha ridefinito i propri programmi di prevenzione con l'obiettivo di affrontare i comportamenti a rischio nella fascia di età in cui si manifestano (prevenzione indicata).

3.2 PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI: GLI INTERVENTI DI PROMECO

Punto di Vista: l'operatore a scuola

I consumi, le prevaricazioni, il disagio

Raramente come in questi anni si è parlato tanto di adolescenti. Le notizie di cronaca così come le ricerche pongono all'attenzione fenomeni emergenti. Da

alcuni studi condotti nella nostra provincia possiamo individuare un diffuso malessere.

A 15 anni buona parte dei ragazzi ha un'esperienza diretta o molto vicina dell'uso di sostanze legali e illegali: il 48% ha fumato sigarette e il 25% lo fa abitualmente; il 60,6% ha bevuto superalcolici; il 32,8% si è ubriacato almeno una volta e il 10% lo fa una o più volte alla settimana; il 18,7% ha fumato cannabis, e in alcune scuole il dato raggiunge il 31,8%. La cocaina o l'ecstasy riguardano circa il 4% dei ragazzi, una percentuale già elevatissima per questo tipo di comportamento, ma sono molti di più coloro che raccontano una prossimità preoccupante con il consumo di cocaina di amici o coetanei nei luoghi del divertimento⁶.

Il fenomeno delle prepotenze che si ripetono nel tempo, sempre tra le stesse persone, dove chi subisce non è in grado di difendersi da solo, riguarda anche la città di Ferrara. Da indagini recenti risulta vittima di prevaricazioni ripetute il 22,2% dei ragazzi delle medie⁷ e il 35,4% delle superiori⁸, con una particolare sofferenza per i ragazzi stranieri e per chi ha un rendimento scolastico molto alto o molto basso.

Tra i quattordici e i quindici anni un quarto delle ragazze e quasi il 17% dei ragazzi dichiarano di avere già avuto il primo rapporto sessuale. I maschi risultano essere quelli meno accorti rispetto all'utilizzo dei contraccettivi⁹.

Molti comportamenti a rischio derivano spesso da una non corretta o parziale informazione.

L'operatore nella scuola

Promeco dal 2004 ha sperimentato l'inserimento di un operatore, psicologo scolastico, educatore, pedagogista, in alcune scuole secondarie di I° grado¹⁰ o II° grado¹¹ con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e agli studenti.

Questo ha consentito di mettere a punto un modello di intervento che, al bisogno, può favorire il coinvolgimento della comunità scolastica intorno alla soluzione di problemi che si sono manifestati all'interno della scuola.

Il progetto ha permesso di coinvolgere tutte le componenti scolastiche (dirigente, docenti, collaboratori, studenti, famiglie) in azioni di prevenzione delle prepotenze, dei comportamenti aggressivi e dell'uso di sostanze, promuovendo la discussione sui fatti più o meno gravi accaduti e che hanno generato preoccupazione o necessità di interventi sanzionatori.

6. *Fifteen*, Quaderni di Promeco, ricerca sul consumo di sostanze legali e illegali tra i quindicenni ferraresi, anno 2006.

7. Da una ricerca su un campione di oltre 3.500 studenti delle medie inferiori di Ferrara e provincia, condotta da Promeco nel maggio 2007 e non ancora pubblicata.

8. *Il bullismo non è un gioco da ragazzi*, Quaderni di Promeco, ricerca sul bullismo nelle scuole medie superiori di Ferrara e provincia, anno 2005.

9. *Adolescenti e sessualità nella Provincia di Ferrara*, Osservatorio Adolescenti, Comune di Ferrara, anno 2007.

10. Istituto Comprensivo "C. Tura" di Barco e Pontelago-scuero; Istituto Comprensivo "De Pisis-Bonati" nelle sue diverse sedi.

11. IPSIA "F.lli Taddia" di Cento, ITC "V. Monti" di Ferrara.

L'operatore è così un'antenna sensibile, una possibilità di consulenza, un catalizzatore di energie nella rilevazione e gestione di situazioni di disagio manifestate dal singolo o dal gruppo-classe. All'interno della scuola affianca i docenti nella conduzione di percorsi educativi nelle classi, interviene su situazioni specifiche di prepotenza tra compagni, offre consulenza individuale a insegnanti, studenti e genitori, fa da tramite nel rapporto con i servizi sul territorio quando riscontra la necessità di un invio per problemi specifici gravi o complessi, svolge attività di formazione e consulenza sulla relazione adulti-adolescenti o sulle dinamiche di gruppo.

Ragazzi e insegnanti sono stati coinvolti nella valutazione del progetto. I risultati raggiunti con la sperimentazione riconoscono la consulenza educativa come possibilità di confronto che potenzia la figura dell'insegnante senza svilarla e vi ricorrono di fronte alle difficoltà di relazione con i ragazzi, ricavandone un supporto utile a rileggere la situazione e a individuare strategie di intervento.

I percorsi educativi sulla costruzione del gruppo classe, condotti dall'operatore insieme agli insegnanti, vengono indicati come forma utile per prevenire i problemi relazionali successivi e come possibilità di riconoscere precocemente situazioni che necessitano di un'attenzione specifica.

I ragazzi hanno apprezzato sia gli interventi in classe, di prevenzione e contrasto alle prevaricazioni, di educazione affettiva e sessuale, sia i momenti di ascolto individuale.

La finalità delle azioni è stata quella di sostenere la funzione educativa della scuola come luogo di prevenzione e superamento delle problematiche adolescenziali, stimolandola al fine di rafforzare il tessuto di relazioni all'interno dell'istituto e con il territorio. Le scuole che desiderano attivare il progetto devono possedere alcuni requisiti che ne favoriscono la realizzazione: un gruppo di insegnanti di riferimento che si occupa dei temi educativi, con particolare attenzione alla prevenzione del disagio degli studenti e la disponibilità del dirigente scolastico a legittimare il progetto e a sostenerlo anche sotto il profilo organizzativo.

L'operatore a scuola è una presenza competente che può favorire l'evoluzione positiva dei momenti di crisi, rendendo la scuola capace di affrontare i conflitti e di rispondere alle richieste di attenzione che i giovani rivolgono agli adulti con comportamenti provocatori. Punto di vista appare, nella sua articolazione, un progetto che cerca di rispondere al bisogno di unitarietà che l'adolescente esprime.

Stasera Guido io Bob Intervento di prevenzione degli incidenti stradali legato all'uso di alcool

L'obiettivo prioritario dell'intervento è la diffusione di comportamenti più responsabili tra giovani alla guida di auto e moto per ridurre gli incidenti stra-

dali causati dall'uso e dall'abuso di alcol e sostanze stupefacenti. Si tratta di un'attività di informazione sugli effetti dell'alcol in generale e relativamente alle conseguenze sull'attenzione necessaria per la guida e sulle normative che regolano il codice stradale. Oltre all'informazione si sviluppa un confronto sul vissuto degli studenti riguardo all'atteggiamento nel rapporto fra alcol guida e divertimento.

L'incontro della durata di due ore viene proposto alle classi quarte e quinte di tutti gli Istituti superiori della provincia di Ferrara.

La metodologia utilizzata è mirata a comprendere meglio come i giovani valutano il rischio in generale ed in particolare al rapporto tra alcol e guida e la percezione dello stesso riferito agli incidenti stradali.

Per la realizzazione del programma si è fatto ricorso a un modello di incontro e di ascolto partecipato in cui gli stessi ragazzi possono porre domande favorendo la comprensione dei fenomeni mettendo a confronto le opinioni emerse dal gruppo e discusse con il conduttore.

Il gruppo consente a ognuno di riconoscersi dialetticamente nelle differenze, ma anche di "dire senza dire" utilizzando, attraverso un processo di identificazione, il punto di vista e l'esperienza altrui.

In questo contesto di discussione in gruppo è stato possibile inserire informazioni corrette o integrare conoscenze parziali o sbagliate. Inoltre si discute anche delle strategie più utili ad abbassare il livello del rischio come attendere o fare un self-test prima di mettersi alla guida o individuare nel gruppo degli amici un guidatore di turno.

La metodologia più adatta a rispondere a queste esigenze è stata individuata nel focus group, una tecnica che si avvale delle dinamiche gruppali per approfondire tematiche specifiche.

Le aree di approfondimento individuate sono: il rischio-gruppo-divertimento, il rischio legato all'alcol e alla guida.

Un brainstorming iniziale che ha come parola stimolo "rischio" è utilizzato come "riscaldamento": permette di introdurre l'argomento e facilita l'entrare in sintonia con i conduttori che, essendo adulti ed estranei al gruppo, potrebbero in un primo momento suscitare diffidenza.

La tecnica del *brainstorming* facilita il coinvolgimento di più persone perché non necessita della costruzione di un pensiero articolato, ma la semplice elencazione di parole associate a quella data. In questo modo si ottiene materiale di diverso genere che è possibile analizzare e discutere nel proseguimento dell'incontro e che permette ai ragazzi di sperimentare le diverse sfaccettature dell'argomento avviando un primo spunto di riflessione sulle implicazioni meno razionali e più emotive connesse alla sfera del rischio.

Rischio, gruppo e divertimento

A partire da alcuni elementi emersi durante il *brain-*

storming gli operatori introducono il tema del rischio associato al gruppo e al divertimento. Queste aree tematiche sono state pensate per sollecitare i ragazzi a riflettere su quanto il tema del rischio sia connesso ad altri aspetti spesso molto meno connotati in senso negativo e tipicamente correlati alla sfera della socializzazione.

Lo sforzo che viene fatto è quello di calare concetti e significati, spesso molto “aleatori”, nella quotidianità: i ragazzi sono sollecitati a raccontare episodi concreti in cui si possano esplicitare i diversi aspetti degli argomenti discussi. Ancorare i ragionamenti a un livello di maggiore concretezza permette da un lato di evitare difese quali la razionalizzazione, dall'altro rende evidenti possibili contraddizioni esistenti tra il pensare, il pensare di fare e il fare veramente.

Infine ciò consente di ripensare, in un tempo e luogo diverso e più tipicamente consacrato alla razionalità quale la scuola, a situazioni che spesso sono più semplicemente vissute e quindi maggiormente connesse alla sfera dell'istintualità. Proprio questo passaggio dallo spazio tempo del divertimento allo spazio tempo della scuola, vorrebbe innescare il percorso inverso dallo spazio tempo scuola a quello del tempo libero, e avviare una ricaduta positiva nei comportamenti in esso agiti. Nelle riflessioni con il gruppo classe viene data forte rilevanza al gruppo come tutela per i membri che ne fanno parte affrontando il concetto di responsabilità, e attenzione della sicurezza e benessere dei suoi componenti.

Il rischio legato all'alcool e alla guida

Il passaggio conclusivo rispetto al percorso è quello di innescare il confronto e creare connessioni tra quanto emerso nelle riflessioni precedenti sul concetto di rischio calandolo nello specifico del consumo o abuso di alcool alla guida.

Il conduttore dell'incontro, (un operatore esperto in conduzione di gruppi), facilita il manifestarsi di tutti i pareri e garantisce l'articolazione dei singoli contributi in un percorso condiviso.

Precede l'incontro la compilazione di un questionario che rileva dati sui comportamenti, informazioni acquisite nel tempo, opinioni su alcuni temi.

È un momento individuale che permette agli studenti di interrogarsi forse per la prima volta in maniera esplicita sul rischio e le sue diverse implicazioni.

A distanza di due mesi è prevista la somministrazione

del questionario ex post per la valutazione dell'intervento sia da un punto di vista di informazioni ricevute e consolidate sia di gradimento dell'intervento e infine di verifica sui comportamenti agiti in situazioni di rischio.

ZEROalcoolmeno16

È un progetto mirato a rendere effettiva l'applicazione di una legge dello Stato (C.P. Art. 689) ovvero il divieto di somministrare alcolici ai minori di 16 anni. Il progetto affronta il fenomeno da vari punti di vista con l'obiettivo di incidere su un modello culturale che vede diffondersi l'uso dell'alcol come sostanza psicoattiva nei luoghi del divertimento, con una percezione generalmente marginale dei rischi connessi al consumo e all'abuso.

Elemento qualificante di “ZEROalcool meno16”, sono le sinergie realizzate sul territorio con le Forze dell'ordine, Polizia municipale, Azienda USL, Comune, Provincia e Associazioni di categoria. Le azioni previste sono rivolte ai gestori di locali, alle scuole, ai genitori e ai giovani, contattati nei luoghi di socializzazione più frequentati.

L'idea di fondo è che non si può agire una prevenzione efficace intervenendo separatamente su ogni componente del sistema, ma è necessario coinvolgere quanti sono direttamente o indirettamente interessati in una dimensione sistemica propria degli interventi di comunità.

Per questo motivo, in una dimensione strategica unitaria, ogni componente si è fatto carico di azioni specifiche complementari con quelle portate avanti dagli altri:

Promeco: oltre ai compiti di coordinamento, cura l'invio ai gestori del cartello e della vetrofania che richiamano il divieto di somministrare alcolici ai minori di sedici anni, gli interventi nelle scuole, la sensibilizzazione delle famiglie e la valutazione del progetto.

Gli *Operatori di strada* (SerT) sono incaricati degli interventi nei locali e nei luoghi del divertimento e della somministrazione delle interviste ai gestori dei locali frequentati dai minori.

Infine le *Forze dell'ordine* hanno un ruolo importante nel supporto ai gestori dei locali, informativo e di controllo sul rispetto della legge e dell'applicazione delle eventuali sanzioni.

3.3 PROFE? POSSO DIRE UNA COSA?

Succede che il SerT entra nelle aule del Centro di Formazione Professionale di Cesta¹²

Non è la prima volta che Scuola e SerT di Copparo collaborano per l'attuazione di interventi di informazione e prevenzione sulle droghe e le dipendenze, ma è una di quelle volte in cui un progetto, il "Progetto Supporter" ha funzionato rinunciando a modalità lineari e preordinate in favore di una strada meno diretta, ma che ha permesso un avvicinamento graduale e di "limitato impatto ambientale".

Una navigazione, usando una immagine marinara, condotta non come una navigazione a vista ma piuttosto come meticolosa regolazione delle vele per meglio sfruttare la spinta del vento.

Profe... Posso dire una cosa? È l'interlocuzione frequente con cui i ragazzi si introducono nel discorso per portare una loro esperienza, una considerazione, un sentito dire.

È una di quelle domande retoriche che servono per crearsi uno spazio in cui trovare una propria collocazione e decidere se aprire o chiudere il confronto.

Profe: a scuola ogni adulto in aula acquisisce questo titolo. Posso dire una cosa? E questa cosa può essere della più svariata natura:

La provocazione di quel ragazzino spavaldo che ti vuole far capire che loro, gli studenti, non sono mica tanto sprovveduti.

È l'aneddoto del famoso amico "quello che una volta...".

È il silenzio ostentato di quel ragazzo che non si è tolto neanche per un minuto berretto e giubbotto, testa sul banco assopito e che invece ti accorgi che non perde una sillaba della storia vera che stai raccontando.

È la domanda intelligente, imbarazzata, altre volte un po' fantasiosa che qualcuno riesce a fare sperando che nessuno rida.

È la battuta di spirito che però, come è proprio del pensiero divergente, introduce intuizioni, esprime emozioni, ridefinisce l'ovvio permettendo anche a contenuti indefinibili di emergere.

La scuola Centro di Formazione Professionale di Cesta è stata, e lo è sempre di più, un contesto complesso che accoglie ragazzi con esperienze irregolari: ripetute bocciature, cambi fallimentari di scuola, demotivazione allo studio, disciplina "discutibile", eccetera. Alle volte con situazioni famigliari critiche, per alcuni con disagi personali che si manifestano in comportamenti inadeguati, rischiosi o devianti.

Difficile pensare di proporsi a questi interlocutori con metodi educativi classici, quasi impossibile pensare di essere credibili astraendo dalla loro natura che è quella di essere adolescenti ma anche giovani con

PROGETTO SUPPORTER

ANALISI DEI BISOGNI

Necessità di garantire modi e spazi di consulenza diversificati di tipo individuale e familiare per l'aggancio delle realtà "sommese" dell'uso di sostanze.

Necessità di fornire supporto educativo per la salute alle fasce giovanili, specie adolescenti, in ambito scolastico, garantendo un raccordo intermedio a più Servizi, avente come area di intersezione la prevenzione delle condotte giovanili a rischio.

OBIETTIVI

Creare percorsi di accoglienza diretta e di informazione ai giovani e ai genitori afferenti alle istituzioni scolastiche del territorio di Copparo.

Creare opportunità di aggancio e consulenza presso il SerT, individuali e di piccolo gruppo, rivolti ai giovani e ai loro genitori con sensibilizzarli sul tema condotte a rischio e sulle loro conseguenze.

METODOLOGIA

Strategie di counseling motivazionale breve

È un metodo per aiutare le persone a prendere delle decisioni relative al cambiamento di comportamenti rilevanti per la salute. L'idea guida è quella di incoraggiare i soggetti interessati a esprimere liberamente le proprie percezioni sul problema e far maturare successivamente la consapevolezza dell'importanza del cambiamento.

Didattica interattiva

Tecniche centrate sulla dimensione relazionale esplorata nella concretezza dell'interazione con il gruppo dei coetanei e nel rapporto con gli adulti.

Esperienze attente oltre che agli aspetti cognitivi, alla dimensione simbolico-emotiva, legata all'immaginario e ai vissuti interiori.

Utilizzo di giochi, di esercitazioni individuali e di gruppo, uso di tecnologie semplici (Diapositive, Video, Registrazioni, Musica) per facilitare la comprensione di aspetti scientifici e legali, e integrare l'espressione di contenuti simbolici e metaforici.

12. Il testo è stato redatto da G. Tonioli, Educatore Professionale, SerT di Copparo

condizioni ambientali ed esperienze che li rendono a rischio più di altri coetanei.

Il metodo del colloquio motivazionale parte dal presupposto che la disponibilità a cambiare un determinato comportamento/condotta, non è immutabile nel tempo e non è un tratto di personalità, ma si modifica secondo fasi riconoscibili e modificabili nella loro evoluzione.

In tale modificazione gioca un ruolo determinante la relazione cliente-ambiente nel nostro caso studenti-scuola, ed è in questa che trova significato l'intervento di consulenza del Progetto Supporter.

Per usare la metafora di partenza il Colloquio Motivazionale è un approccio al cambiamento che aiuta a ghindare le vele in funzione delle condizioni di vento presente.

Utilizzando tale modello si potrebbe pensare a questi ragazzi come pazienti "non pronti" ad adottare uno stile di vita salutare, non consapevoli della propria condizione, oppure non preoccupati dei problemi derivanti da essa o, ancora, invischiati in un atteggiamento ambivalente che minimizza o razionalizza i problemi.

Ragazzi per i quali la "frattura interiore" è poco o per nulla presente e per i quali il senso di auto-efficacia

è sbilanciato su valori negativi o è ipervalutata.

In un progetto di educazione alla salute rivolto ai giovani, a maggior ragione se con valenze psico-educative, per promuovere il benessere come valore nella vita occorre conoscere e partire dal punto di vista dei ragazzi, dalle loro informazioni, dalle loro propensioni cioè dai loro bisogni.

Solo successivamente sarà possibile creare delle occasioni che permettano di essere disponibili a punti di vista "altri", di far nascere dubbi, interrogativi, stimoli nei confronti di alcuni stili comportamentali quali bere, fumare, atti di violenza, vandalismo e altro ancora.

Occorre scoprire le abilità dei ragazzi, i loro stili affinché possano acquisire un senso di fiducia e di autostima autentici, né troppo né troppo poco, indispensabile per la realizzazione di sé e di scelte soddisfacenti.

"Profe, Posso dire una cosa?"

"Certo. Ti ascolto. Se mi fai capire che tipo sei sarà possibile dialogare, spiegarci e trovare una strada"

3.4 PROMOZIONE DI STILI DI VITA LIBERI DAL FUMO¹³

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato il fumo di tabacco e l'abuso di alcol come stili di vita condizionati da specifiche forme di dipendenza che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il tabacco come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società.

La diffusione dell'abitudine al fumo è tuttavia ancora molto alta tra i giovanissimi, tra le donne, specie tra quelle in età fertile e in gravidanza.

Per i servizi che si occupano di prevenzione e contrasto del fumo di tabacco il principale scoglio è lo stereotipo socio-culturale: fumare è ancora un comportamento che attiene a situazioni socialmente diffuse e accettate.

Lo studio PASSI 2007 (sistema di sorveglianza sanitaria) evidenzia in Emilia-Romagna una percentuale di fumatori pari al 31% della popolazione, per il 35% si tratta di maschi al di sotto dei 50 anni.

Nella provincia di Ferrara i fumatori sono il 22%, gli ex fumatori il 24% e i non fumatori il 54%. L'abitudine al fumo è più alta tra i maschi più giovani (33% nella classe di età 18-24 anni), con basso livello di istruzione e difficoltà economiche. Infine la provincia di Ferrara si distingue, nel panorama regionale, per l'alta quota di grandi fumatori (27%) che dichiarano di fumare oltre 20 sigarette al giorno¹⁴.

Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute i Servizi hanno attivato interventi in linea con le politiche indicate nella legge regionale del 2007¹⁵ e nel Piano regionale di intervento per la lotta al tabagismo¹⁶. In particolare sul versante della prevenzione sul territorio della provincia di Ferrara sono state attivate azioni articolate in tre aree progettuali:

1. Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni;
2. Assistenza e cura ai tabagisti;
3. Promozione di ambienti salubri, e luoghi di lavoro, ospedali e scuole liberi dal fumo.

Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni

A partire dal 2004 Promeco ha consolidato il progetto "Smetto da grande" che si propone come obiettivo principale la prevenzione del consolidarsi dell'abitu-

dine al fumo nei giovani che hanno iniziato a fumare da poco. Si tratta di un intervento strutturato sul singolo e sulla sua personale esperienza che offre strumenti informativi, di analisi e confronto sui meccanismi che sottostanno l'utilizzo di sigarette e al consolidarsi della dipendenza.

Questa nuova modalità di intervento di prevenzione nei confronti di ragazzi già consumatori, nasce dalla necessità di affrontare due contraddizioni di fondo:

- la consuetudine a pensare la prevenzione del tabagismo come un processo che coinvolge ragazzi astinenti, nonostante sia evidente l'ampiezza del consumo di tabacco tra gli adolescenti a livello nazionale e locale;
- la scuola come luogo della prevenzione in cui il fumo non è ammesso ma, al tempo stesso, luogo dove spesso i ragazzi accendono le prime sigarette, e consolidano questa abitudine nel passaggio dalle medie inferiori alle superiori, per entrare in relazione con i compagni e sentirsi parte del gruppo.

Gli interventi si svolgono a scuola coinvolgendo, in gruppi o in singoli colloqui, gli studenti che volontariamente decidono di mettere in discussione il loro comportamento legato all'uso di sigarette. Durante gli incontri viene affrontata l'abitudine al fumo in maniera complessa, prendendo in considerazione gli aspetti biologici, psicologici e sociali.

Il progetto prevede in una prima fase la formazione dei rappresentanti delle classi, seguita da incontri con i giovani fumatori nel corso dei quali un operatore del Centro Antifumo fornisce informazioni sugli aspetti fumo-correlati. Viene offerta, a chi lo desidera, la possibilità di misurare, la quantità di monossido di carbonio nel sangue attraverso il carbossimetro.

Nel corso dell'intervento viene proposta la compilazione di due questionari "Perché fumo"¹⁷ e "Motivazione al Cambiamento Tabacco-Mac-T"¹⁸ e viene offerta la possibilità di un approfondimento specifico attraverso un colloquio individuale o in piccolo gruppo condotto con le tecniche dell'approccio motivazionale. Il risultato del punteggio assegnato alle risposte fornite ai questionari definisce il grado di dipendenza dalla sostanza e il grado di disponibilità al cambiamento e rende possibile indirizzare l'avvio dell'intervento verso il percorso più adeguato.

Agli studenti in una fase motivazionale avanzata viene lasciata la scelta di partecipare ad un percorso di gruppo (da 5 a 12 studenti), che prevede 5 incontri, della durata di 2 ore ciascuno, rivolto a coloro che richiedono un aiuto nella scelta di interrompere o

13. Il testo è stato redatto da: D. Beltrami, R. Marsili CAF Ferrara; U. Viviani CAF Copparo; R. Sivieri CAF Codigoro e Portomaggiore, C. Sorio Osservatorio Dipendenze Patologiche, B. Rovigatti Promeco

14. Azienda Usl di Ferrara, Piani per la Salute, Quaderni ferraresi sulla salute, L'abitudine al fumo: fatti e cifre, ottobre 2008.

15. LR n.17/2007 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo".

16. DGR n.844/2008.

17. Test autosomministrato che restituisce un profilo descrittivo rispetto alla motivazione di fumare.

18. Tecnica del Colloquio Motivazionale che consente di individuare la fase di cambiamento in cui si colloca il fumatore.

modificare il proprio rapporto con il fumo. Gli incontri sono realizzati all'interno della scuola, durante le ore scolastiche.

L'intervento prevede una fase di valutazione degli obiettivi raggiunti dai giovani fumatori, con follow-up a due mesi dalla chiusura dell'intervento.

Assistenza e Cura del tabagismo

Dal 2003 L'Azienda Usl di Ferrara ha portato a termine la copertura capillare della rete dei Centri Antifumo su tutto il territorio provinciale, con la presenza di cinque sedi operative gestite dai SerT, in grado di intervenire con azioni di prevenzione, cura e trattamento delle problematiche fumo correlate.

Il principale strumento di contrasto offerto dai Centri è *il Corso intensivo per smettere di fumare* ad approccio cognitivo-comportamentale, integrato con la terapia farmacologica sostitutiva nicotinic (TSN).

Il corso è articolato in 8-10 incontri, diretto a gruppi "aperti", coordinati da un conduttore (medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, fisioterapista), e ha l'obiettivo di ridurre progressivamente, fino alla completa cessazione, il numero di sigarette fumate.

Il programma prevede varie fasi:

la valutazione della situazione del paziente e della sua motivazione a smettere; l'inserimento nel corso con l'avvio di una progressiva diminuzione dell'uso di tabacco; la sospensione del fumo per 24 ore, con lo scopo di rinforzare la scelta; il mantenimento dell'astensione, con l'individuazione per ogni persona dei comportamenti alternativi all'uso di tabacco e dei modi per prevenire le ricadute.

Dopo due settimane dalla fine del corso inizia il periodo di verifica, finalizzato al rinforzo periodico dell'astensione. Dal 2004 nelle verifiche si utilizza, come ulteriore riconferma, l'analisi del CO (monossido di carbonio) nell'aria espirata, che viene rilevata con l'ausilio del carbossimetro.

Ancora dal 2004, si è sviluppata l'esigenza di differenziare l'offerta inserendo il *percorso di disassuefazione individuale*, per raggiungere un target di utenza che non riesce a partecipare alle attività di gruppo.

Il percorso terapeutico riferito al trattamento individuale ha portato ad investire sul metodo del colloquio motivazionale per accrescere e rinforzare le fasi del cambiamento.

La scelta di proporre un trattamento individuale o di gruppo viene presa dopo una valutazione clinico-strumentale e motivazionale della situazione del paziente.

Molte persone presentano sintomi fumo-correlati soprattutto dell'apparato respiratorio, per cui l'attenzione viene indirizzata verso lo studio della funzionalità respiratoria prima e dopo il trattamento. La scelta di eventuali altri accertamenti (radiografia del torace, ECG, Doppler, ecc.) viene indirizzata dall'esame obiettivo.

Le terapie farmacologiche: il tabacco è considerato

una sostanza psicoattiva il cui uso può causare disturbi psicologici e comportamentali, in quanto crea dipendenza. È possibile pertanto, offrire una terapia farmacologica calibrata sulle caratteristiche individuali del paziente.

Studi scientifici controllati rilevano che i fumatori cercano di mantenere livelli costanti di nicotina nel cervello. La nicotina agisce come rinforzo positivo primario in quanto determina la liberazione di dopamina, un neurotrasmettitore che agisce sulla vie centrali della gratificazione.

Smettere di fumare determina l'insorgenza di sintomi astinenziali (craving ovvero desiderio compulsivo di riprendere il consumo, insonnia, irritabilità, ansia, cefalea e difficoltà di concentrazione), per questo molte persone possono trovarsi in difficoltà. Le specialità medicinali per smettere di fumare comprendono i sostitutivi con nicotina (NRT), che sono i più utilizzati, altri farmaci antidepressivi, quali il bupropione e da ultimo un farmaco che agisce sui recettori della nicotina, vareniclina. È molto importante che, nonostante alcuni siano medicinali da automedicazione (detti OTC o prodotti da banco), e che possono anche essere acquistati liberamente in farmacia senza obbligo di ricetta, che siano utilizzati sempre previa valutazione medica.

Le linee guida prevedono l'utilizzo di farmaci in fumatori al di sopra delle 10 sigarette al giorno, contro il craving, con elevato indice di dipendenza (Test di Fagerström). Le controindicazioni vanno valutate per ogni persona dal medico del Centro Antifumo.

Progetto "fumo e mamma"

Dal dicembre 2003 è iniziata una collaborazione tra i Centri Antifumo e il Servizio Salute Donna del Distretto Sud Est, per la realizzazione di un progetto integrato la cui finalità è quella di fornire informazioni sui danni che anche il fumo passivo, oltre a quello attivo, può creare sul nascituro.

Gli operatori dei Centri Antifumo partecipano ai Corsi di Accompagnamento alla nascita condotti dalle Ostetriche, durante la lezione in cui sono presenti i papà con l'obiettivo di sensibilizzare la coppia sui danni provocati dal tabagismo. In particolare su quali siano i rischi nel convivere con fumatori e nel frequentare ambienti particolarmente fumosi attivando così un percorso di prevenzione attraverso semplici suggerimenti su come tutelare la propria salute e quella del bambino che sta per nascere.

Le ostetriche hanno il compito di consegnare un breve questionario alle signore che poi viene elaborato dagli operatori del centro in maniera da avere una panoramica generale sulla conoscenza dei danni causati dal fumo, sull'eventuale uso di sigarette da parte dei famigliari, sulla convivenza con ex fumatori, con l'obiettivo di tarare l'intervento in base alla composizione del gruppo delle future mamme.

Dal 2003 al 30 Giugno 2009 sono stati raccolti ed elaborati 353 questionari che corrispondono ad al-

trettante signore incontrate nei corsi. Interessante è studiare il rapporto delle future mamme con il fumo: solo il 4% del campione è ancora una fumatrice e dichiara di non superare le dieci sigarette giornaliere, ma oltre il 50% dichiara di avere smesso di fumare nel momento in cui ha saputo di aspettare un figlio.

Le donne che ancora fumano, dichiarano di non avere smesso, perché non lo ritengono utile o indispensabile o semplicemente perché non sono in grado di farlo: questo fa pensare a come, nonostante le numerose campagne di informazione attuate negli ultimi anni, ci sia ancora una parte di popolazione scarsamente consapevole dei danni e rischi correlati al proprio comportamento.

All'incirca la metà del campione convive o ha comunque contatti giornalieri con fumatori, i quali nella gran parte dei casi non modifica in alcun modo le proprie abitudini: non diminuisce le sigarette, non va a fumare fuori casa, e continua a fumare in macchina o comunque in presenza della signora in attesa. Solo il 6% dei conviventi fumatori ha smesso di fumare alla notizia della gravidanza.

Progetto di integrazione tra Centro Antifumo di Codigoro e SPOD¹⁹ sulla prevenzione del tabagismo

Tra i professionisti che si occupano di tossicodipendenze e in particolar modo di tabagismo, appare sempre più evidente il progressivo aumento di pazienti che presentano una comorbidità tra problemi psichiatrici e consumo di tabacco, così come i clinici che si occupano strettamente di patologie psichiatriche, si trovano ad avere di fronte pazienti con uno stato di dipendenza da sostanze psicoattive tra cui non ultima il tabacco.

La diagnosi di comorbidità psichiatrica rappresenta oggi la nuova frontiera con la quale gli operatori del SerT, della psichiatria e della psicologia clinica devono confrontarsi. Diventa quindi molto importante offrire un'adeguata risposta a valenza preventiva e terapeutica che preveda l'impiego di strumenti diversificati e che coinvolga le diverse agenzie di cura. L'integrazione delle risorse oggi disponibili sul territorio in un'unica rete integrata di servizi appare la forma più efficace ed efficiente per fornire risposte adeguate.

A partire dal 2007 è iniziata una collaborazione strutturata tra il Centro Antifumo di Codigoro e il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale del Delta, col fine di informare e sensibilizzare i pazienti ricoverati, sui problemi correlati all'uso di tabacco, e di facilitarne l'accesso al Centro Antifumo di riferimento qualora se ne ravvisasse la necessità.

Psicologa e Infermiera del Centro Antifumo si recano, all'interno del reparto psichiatrico per effettuare interventi di educazione sanitaria rivolti ai degenti. Gli incontri, della durata di quarantacinque minuti, si svolgono con cadenza quindicinale.

Durante l'attività di gruppo si forniscono informazioni precise sui significati della dipendenza da nicotina, cercando di sollecitare e facilitare il confronto sulle esperienze dei fumatori che partecipano all'incontro, soprattutto sulle difficoltà incontrate nei precedenti tentativi di smettere di fumare.

Dal 2007 sono stati realizzati 47 gruppi di educazione sanitaria, sono stati incontrati 388 pazienti ricoverati e sono stati distribuiti opuscoli informativi realizzati appositamente per il progetto.

3.5 PROGETTO DI PREVENZIONE DEL DOPING SPORTIVO²⁰

Il progetto di Prevenzione del Doping Sportivo realizzato dal servizio dipendenze patologiche di Cento del Distretto Ovest si basa sul concetto che lo sport, con il lavoro sull'individualità e sulla squadra, è una "scuola di vita" utile a tutti, in particolare ai giovani, per formare personalità, autostima e socialità.

Questo, in un quadro di consapevolezza e accettazione dei limiti, propri e di gruppo, grazie "all'educazione alla sconfitta", per citare Julio Velasco vincente allenatore mondiale di pallavolo, la sfida più difficile per ogni educatore.

Ma se manca questa educazione e lo sport viene "stravolto" da proposte sbagliate del mondo degli adulti, si rischia di creare un luogo di aggressività, di conflitti e rivalse, indebolendo gli strumenti giovanili d'approccio verso la vita e la realtà, perché, non solo non s'insegna a rielaborare le sconfitte subendole come umilianti fallimenti esistenziali, ma, per essere sempre "al top", si suggeriscono pericolosi stili di vita.

Il Servizio Dipendenze Patologiche (SerT) Distretto Ovest, ha avviato il progetto Prevenzione Doping Sportivo, finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, per contrastare il fenomeno dell'assunzione di sostanze dopanti nello sport, comportamento diffuso, in crescita e a rischio di dipendenza.

La prevenzione è il principale strumento per contrastare il rischio doping con appositi progetti e programmi d'intervento, grazie alla "rete" di istituzioni - AUSL, Comune, Scuola - e soggetti del mondo sportivo e privato sociale creata negli anni.

Gli interventi degli operatori del SerT puntano a "ri-educare" giovani e genitori ad un corretto rapporto con lo sport, inteso come opportunità per misurarsi con i coetanei, con i propri limiti, risorse e potenzia-

19. Servizio Psichiatrico Ospedale Delta.

20. Il testo è stato redatto da P. Giacometti Responsabile SerT Cento, F. Bergami psicologa dello sport SerT di Cento

lità senza ricorrere a sostanze alteranti.

Le discipline sportive, infatti, sono un “contesto a rischio”, per la diffusione di stili di vita con discutibili riferimenti sociali e culturali; non solo luogo di buone pratiche di sviluppo psico-fisico, ma anche testimonianza di esasperata competizione per rilevanti interessi economici e mediatici.

La cronaca quotidiana ci presenta esempi di “fabbriche di fenomeni” frutto degli investimenti di spregiudicate società sportive che ricorrono a sostanze alteranti per aumentare le naturali capacità dei ragazzi.

Il rischio è quello di insinuare nei giovani l’idea di poter sempre sostenere competizioni estreme, generando “ansia da prestazione”, da affrontare con l’aiuto di sostanze vietate, sminuendo, così, progressivamente concetti di legalità e normalità delle attività, acuite da ruoli adulti e genitori che favoriscono stili di vita sportiva sbagliati riconoscendo, come personale soddisfazione, le performance - a qualsiasi costo - dei figli.

Far scoprire a giovani e praticanti la bellezza e sod-

disfazione di un gesto atletico naturale: è questa la difficile sfida che il servizio dipendenze patologiche del Distretto Ovest di Cento si appresta a giocare.

I destinatari sono:

- le Scuole medie ed elementari dei comuni di Bondeno, Poggio Renatico, S. Agostino, Casumaro, Mirabello, Vigarano, per un totale di 250 ragazzi suddivisi in 13 classi;
- gli Istituti Superiori ISIT Burgatti, IPSIA Taddia per un totale di 150 ragazzi suddivisi in 8 classi.

Per ogni classe sono previsti due incontri: nel primo viene somministrato un questionario sulle conoscenze delle sostanze dopanti, segue la proiezione di una panoramica sulle sostanze dopanti e infine l’inizio di un lavoro di gruppo in situazione di role-playing; nel secondo incontro viene completato il lavoro di gruppo e discusso il progetto.

Alla fine dell’intervento i ragazzi hanno prodotto manifesti inerenti il progetto, che sono stati votati dai compagni di scuola durante i “giochi della gioventù” di Cento.

4. IL GOVERNO CLINICO E LA CURA: SAPER FARE O SAPER ESSERE?

4.1 PREMESSA¹

Le conoscenze tecnico-professionali negli ultimi venti anni sono invecchiate molto più rapidamente di noi, questo ha richiesto ai professionisti del SerT lo sviluppo di capacità e doti che afferiscono al “saper essere” oltre al “saper fare”.

Gli operatori hanno sviluppato una rete crescente di comunicazioni in cui loro stessi sono posizionati al crocevia di un grande numero di altre reti: specialisti, servizi, comunità, organizzazioni culturali, cittadini organizzati e volontari.

I SerT sono presenti su tutto il territorio nazionale dal 1990, da quel momento, hanno attivato “équipe multiprofessionali”, costruito soluzioni organizzative intorno alla centralità dei problemi del paziente, abbandonando le proposte a modello unico. A seguito di questa scelta sono stati attivati servizi innovativi come gli Operatori di Strada divenuti modelli di intervento per la prevenzione e la riduzione del danno.

L'intervento è coordinato in funzione della complementarietà tesa a rispondere alla complessità dell'approccio globale diretto alla persona: corpo, mente, famiglia e società con le sue leggi, senza mai rinunciare alla personalizzazione delle proposte terapeutiche.

È una strada irta di difficoltà in quanto costringe, nella costruzione di un progetto coerente, a mettere in discussione il valore assoluto delle proprie conoscenze e opinioni, invitando a considerare quanto non si conosce o le cose che non si sanno fare, come un limite da superare insieme.

È una nuova esperienza culturale: tutti siamo allievi in alcune circostanze e maestri in altre. Questo è l'impegno prioritario di tutti.

Sono le persone a garantire la realizzazione dei progetti, non certo le sigle; sono sempre solo le persone che devono trovare disponibilità, forza e convinzione per agire.

La droga, consumata e venduta da sempre come veicolo a stimolare sensazioni forti, fuori dall'ordinario e piacevoli, oggi, nelle sue varie forme è diffusa in modo trasversale grazie a prezzi resi più accessibili dall'aumento del numero dei paesi produttori e dall'adozione di regole di marketing industriale da parte della criminalità internazionale.

La somma di questi fenomeni ha creato le condizio-

ni per raggiungere fasce di consumatori sempre più ampie rispetto al passato.

La popolazione che usa sostanze non coincide con la popolazione che ha sviluppato un problema di salute a causa delle stesse. In ogni caso, sono due mondi che si incontrano: purtroppo l'aumento del numero dei consumatori è correlato all'aumento del numero degli utenti tossicodipendenti.

Direttamente collegato a questi fatti, il fenomeno non trascurabile del consumo di droga da parte di giovani e giovanissimi, vittime loro malgrado, delle leggi imposte dal mercato globale delle droghe, e sempre più protagonisti di un allarme sociale non solo frutto delle tecniche di comunicazione mediatica.

Prendendo atto di questa realtà il SerT pone sempre maggiore attenzione alla formazione e all'aggiornamento degli operatori.

Una conferma a questo indirizzo, viene dall'iniziativa del Convegno Nazionale promosso dal SerT, svoltosi a Ferrara nell'ottobre 2008 sul tema dei Neuroni Specchio². Un esempio di contaminazione culturale, scambio e approfondimento, dedicati a una scoperta scientifica che inciderà sull'utilizzo delle relazioni umane e dell'empatia nell'applicazione di nuove tecniche psicologico-riabilitative.

Un'occasione per porre le basi di nuove collaborazioni tra scienza, arte, cultura.

4.2 IL GOVERNO CLINICO E LA CURA

La salute dei tossicodipendenti

La scelta terapeutica confortata dal dato scientifico e dalla medicina basata sulle evidenze, indicava il metadone come lo strumento terapeutico fondamentale nella cura della dipendenza da eroina.

Restituire dignità di farmaco, ad una sostanza stupefacente come il metadone, ha liberato anche il tossicomane dal giudizio morale prevalentemente dispregiativo, spostando l'attenzione sulla malattia che colpisce da una parte il cervello nella sua connotazione organica, e dall'altra nelle funzioni nobili: pensieri, sentimenti e comportamenti.

Il tossicodipendente ha molti bisogni e molti traguardi da raggiungere, sia sul piano del recupero della salute fisica, mentale e relazionale, sia sulla possibi-

1. Il testo è stato redatto da Luisa Garofani, Responsabile U.O. SerT Centro Nord

2. Atti del convegno “Neuroni Specchio: la relazione empatica tra Scienza, Filosofia, Arte e Cura”, 24 ott. 2008, Azienda UsI di Ferrara - SerT di Ferrara.

lità di un soddisfacente reinserimento sociale. L'utilizzo del metadone accompagna la vita del paziente, producendo un miglior adattamento alla realtà, ma nel lungo periodo, quella che si può definire una "buona" dipendenza, potrebbe scivolare verso una sorta di assopimento nelle possibilità di guarigione del paziente e di proposte di cura da parte del servizio.

Le risorse economiche limitate, pochi strumenti a disposizione, un mercato del lavoro decisamente in crisi, sono gli ingredienti che condizioneranno e limiteranno l'incisività dell'azione.

Per questo dobbiamo intensificare e sviluppare le reti di supporto; creando nuove opportunità sociali e personali. Ritrovare speranze abbandonate o rimaste sospese per tanto tempo, è un percorso realizzabile a patto che si superino resistenze, ambivalenze, ricadute nell'uso di sostanze: modalità tipiche della personalità del tossicomane.

Non abbiamo mai abbandonato la ricerca e la sperimentazione di strumenti tecnici e riabilitativi più efficaci: le tecniche motivazionali, l'approccio psicocorporeo, il coinvolgimento in iniziative culturali, la conoscenza dei mezzi di comunicazione, l'uso di internet a disposizione degli utenti per fare ricerche e sviluppare capacità comunicative, e non ultima la ricerca di vere opportunità di lavoro.

Oggi, come ieri, abbiamo bisogno delle energie di persone, professionisti di altri saperi impegnati in uno sforzo collettivo che è già attivo con il privato sociale accreditato delle Comunità Terapeutiche.

Nonostante il metadone abbia consentito ai nostri pazienti di ritrovare un'accettabile qualità della vita scongiurando anche il pericolo di morte per overdose, molto è ancora da fare per garantire un livello accettabile di salute.

Garantire controlli sanitari, almeno annuali, a tutti i tossicodipendenti in carico al servizio è il nostro obiettivo.

Possiamo attuarlo vincendo le resistenze dell'utenza più abituata a sopportare la malasorte che a contrastarla, valorizzando il concetto di salute come bene irrinunciabile.

Studiare e valutare gli effetti collaterali dei farmaci stupefacenti usati cronicamente, spesso in terapie combinate con psicofarmaci, è fondamentale per ottimizzare l'uso, ridurre i danni e trovare il miglior rapporto tra rischi e benefici.

Per raggiungere questi obiettivi abbiamo promosso due progetti; uno sul monitoraggio della salute e l'altro sulla valutazione delle terapie a lungo termine con metadone.

Attraverso l'attivazione di gruppi di auto-aiuto, focus group sulla percezione della salute e del benessere, con la valutazione degli eventi stressanti e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche, vogliamo applicare strumenti relazionali e percorsi di cura che rendano protagoniste le persone non più giovani ma ancora in grado di trovare un significato costruttivo alla loro vita.

Progetto Nazionale Farmaci sostitutivi per la dipendenza da oppiacei

OBIETTIVO: Stimare il numero di pazienti in trattamento farmacologico sostitutivo per la dipendenza da oppiacei in età anziana o a rischio di cronicità e approfondire la conoscenza del bisogno di salute di questa tipologia di pazienti in carico ai SerT delle Aziende UU.SS.LL. della Regione.

OBIETTIVI SPECIFICI: Rilevare lo stato di salute in relazione alla durata del trattamento; Delineare lo stile di vita del target selezionato; Definire le priorità dei bisogni di salute; Delineare la rete di servizi interessata nella gestione di questi pazienti; Evidenziare i nodi critici e gli aspetti da consolidare.

RISULTATI ATTESI:

Valutare lo **stato clinico dei pazienti** cronici in trattamento indagando le implicazioni cliniche della terapia sostitutiva a lungo termine e la percezione individuale dello stato di salute, monitorando gli esami ematochimici e lo stato di salute.

Evidenziare lo **stile di vita** del paziente in relazione al trattamento con metadone.

Individuare i **bisogni di salute**, le **priorità assistenziali** e i **percorsi assistenziali** appropriati.

Delineare le **interfacce** nella gestione dei bisogni di questo tipo di utenti.

Progetto Regionale screening dello Stato di Salute

OBIETTIVO GENERALE:

Facilitare l'attuazione e monitorare i percorsi di tutela della salute per gli utenti SerT.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- Definire le linee guida atte a promuovere le buone pratiche preventive e curative.
- Migliorare gli indici di morbi-mortalità delle donne utenti SerT con particolare attenzione alla tutela della donna in gravidanza e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.
- Sostenere la formazione continua degli operatori.
- Potenziare le attività di prevenzione e cura attraverso la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale e loro coinvolgimento nell'attività informativa sulle infezioni da Hiv, l'Epatite B e C.
- Monitorare l'effettiva applicazione delle linee-guida nei SerT e negli Enti Ausiliari.

METODOLOGIA:

- Costruire un percorso per lo screening per Hiv, Hbv, Hcv, Hav.
- Definire i profili di salute degli utenti in trattamento presso i SerT e le comunità terapeutiche.
- Sostenere la formazione specifica degli operatori in relazione all'attività di counseling da associare ai programmi di screening.

DESTINATARI:

Operatori dei SerT e delle Comunità Terapeutiche.

Progetto adolescenti

Gli adolescenti che hanno già avuto un contatto con le sostanze, saltuario o continuativo, si trovano in una specie di limbo; da una parte hanno perso l'innocenza e dall'altra sono attratti dal desiderio di acquisire un ruolo vissuto, connotato da sensazioni nuove ed esperienze emotive fino a quel momento sconosciute.

Persone giovani che sperimentano il salto verso le sostanze siano queste eccitanti, sedative o allucinogene, possono introiettare questa esperienza come parte della realtà: un salto pericoloso che può diventare destrutturate nel vissuto quotidiano.

L'intervento rivolto all'adolescente sperimentatore o consumatore di sostanze, si concretizza in un progetto che prevede la possibilità di dare una risposta all'ansia di novità, intrinseca nelle caratteristiche dell'età, rispettando contemporaneamente in modo adeguato il timore di non essere all'altezza dell'adulto e valorizzandone il desiderio di autonomia.

Questa molteplicità di emozioni e vissuti contraddittori, si complica ulteriormente in presenza dell'uso di droghe e del consumo smodato di alcol nel quotidiano.

Anche in ragione di questo, quando un adolescente si avvicina al servizio, il primo obiettivo da raggiungere è quello di liberarlo dal consumo delle sostanze.

Il lavoro dell'équipe è diretto a fronteggiare il problema con programmi farmacologici di breve durata, integrati con il lavoro psicologico, e la ricerca di percorsi personalizzati, dedicati all'accoglienza. L'intervento prevede il coinvolgimento delle famiglie e quando necessario la richiesta di consulenze di altri servizi specialistici (SMRIA, Spazio Giovani).

Contemporaneamente, sul territorio, i servizi sanitari che si occupano dei giovani da prospettive diverse (SerT, Spazio giovani, Servizi di prossimità), in collaborazione con l'istituzione Scuola, Area Giovani e Promeco, stanno realizzando un progetto finalizzato alla possibilità di rendere produttivo l'enorme potenziale creativo dei giovani indirizzandolo verso forme di autorealizzazione sganciata dalle sostanze.

Il progetto vede la collaborazione di adulti professionalizzati, per offrire una risposta non spontanea e di qualità profondamente educativa, credibile soprattutto agli occhi di chi sta abbandonando un vissuto che comprende l'uso di sostanze.

Operatori SerT, operatori di strada, educatori e psicologi, lavorano insieme su aspetti diversi per individuare le potenzialità dell'adolescente.

La presenza dell'educatore crea una relazione con l'adulto che può guidarli, in modo non competitivo, senza apparire inerte e vinto.

Questa figura deve essere in grado di offrire una presenza affidabile, con senso di responsabilità e disponibilità, capace di condividere la sua esperienza con i ragazzi inseriti nel progetto.

La metodologia utilizzata, trasferisce l'esperienza attraverso le attività corporee e creative perché quello

è il linguaggio e il mezzo di espressione dominante dell'adolescenza. In queste condizioni, il giovane si trova contemporaneamente in una dimensione di ricerca emozionale e di condivisione, guidato da una persona che non vieta l'emozione-esperienza, ma gli propone un'avventura più esaltante da raggiungere: trovare se stesso usando il proprio corpo come potenziale di crescita.

Progetto Adolescenti

TARGET: Giovani adolescenti consumatori di sostanze.

ÉQUIPE DI PROGETTO: Psicologa Spazio Giovani, Educatore SerT, Operatore di strada.

COLLABORATORI: Promeco, Area Giovani.

INVIANI: Scuola, Servizi sociali, Servizi sanitari, Autorità giudiziaria.

METODOLOGIA: Attività psico-corporee, Laboratori creativi, Esperienze educative e sportive.

SEDE: Accoglienza: Spazio Giovani. Operativa: Area Giovani.

Lo specifico femminile

Si fa un gran parlare intorno alle donne. Tra garanzie istituzionali e pari opportunità, il loro ruolo sembra riconosciuto; non si tratta solo di formalizzare uguaglianze, ma di entrare più profondamente in un altro modo di sentire. Nonostante le donne siano per le loro specificità di genere, meno vulnerabili all'uso di sostanze, il quadro clinico della tossicodipendenza si presenta spesso più grave.

I punti di forza della specificità femminile sono la capacità di accudimento, di cura, il coraggio di fronteggiare situazioni emotive complicate, la perseveranza, la forza di sopportare il dolore. Nello stato di tossicodipendenza possono trasformarsi, schiacciati dal peso innaturale delle sostanze in un atteggiamento di rassegnazione passiva e ostinata.

Le donne vanno incontro a malattie più frequenti soprattutto legate principalmente alla sfera sessuale e procreativa raggiungendo più rapidamente una generale decadenza della salute.

Per loro abbiamo costruito percorsi di accompagnamento ai controlli medici specifici perché le donne diventano impermeabili nell'assurda convinzione di dover sopportare o resistere, o crogiolandosi nell'idea che non esista vera disponibilità a comprendere le ulteriori difficoltà connesse alla maternità.

Ecco perché i servizi si devono mettere in condizione di cogliere questa specificità con delicatezza e attenzione, con la capacità di ascoltare. Spesso è necessario accompagnarle anche fisicamente nel percorso sanitario, per valutare al meglio lo stato di salute e

al contempo attivarsi per la protezione dalle malattie sessualmente trasmesse, gravidanze indesiderate, dallo sfruttamento e dalla violenza.

Molte donne con partner sieropositivi accettano il rischio di contrarre l'Hiv a causa di un'idea distorta dell'onnipotenza dell'amore che dovrebbe proteggerle; altre per condividere l'intimità con il loro partner tossicodipendente, provano la droga e si ritrovano a perdere due volte: l'integrità fisica e il rapporto amoroso.

Per questo l'organizzazione dei SerT, la rete dei servizi e delle associazioni di volontariato, devono impegnarsi ad implementare quello che già esiste e costruire percorsi di cura e recupero intorno alle necessità delle donne e al loro speciale modo di vivere la malattia e il disagio sociale e personale.

L'ingresso nel Dipartimento di Salute Mentale

Può essere un'ulteriore opportunità di approfondimento clinico per affrontare la complessità di una diagnosi da comporre più che una semplice somma di due diagnosi.

Accanto alla necessità di porre in atto rimedi farmacologici occorre la consapevolezza di avere di fronte una persona già provata da questa combinazione: l'effetto delle droghe e il disturbo psichico, spesso indistinguibili nell'espressione dei sintomi.

La capacità di confronto e di strutturare protocolli d'intesa basati su esperienze e saperi diversi, deve offrire una maggiore ricchezza di percorsi terapeutici e riabilitativi per non abbandonare il paziente a se stesso.

I professionisti esperti tossicologi e gli psichiatri dovranno trovare un terreno di confronto tecnico scientifico e l'applicazione clinica nella ricerca integrata in campo farmacologico dove molto c'è ancora da imparare.

Servizi di Prossimità

Il profondo cambiamento degli stili di consumo avvenuto negli ultimi anni ha richiesto ai Servizi la capacità di trasformare le modalità tradizionali di approccio soprattutto nei confronti di un mondo giovanile difficile da interpretare nella sua complessità. Diventa quindi fondamentale l'esistenza di un Servizio di prossimità, voluto e formalizzato dalla direttiva Regionale, con la funzione di contrasto al consumo di droga e riduzione del danno. L'attività si svolge nei luoghi di vita delle persone, ed è questo che la rende capace di intercettare richieste di aiuto o semplicemente di ascolto, di promuovere informazione sui temi della salute e capace di organizzare eventi di aggregazione e sensibilizzazione rivolti alla comunità.

Questa è la modalità più originale che il servizio sanitario ha di interpretare il compito della prevenzione, riduzione del danno, promozione culturale sulla salute dei cittadini.

La presenza nei contesti relazionali in cui, si vivono

esperienze, si sperimentano comportamenti trasgressivi e pericolosi per l'uso di sostanze stupefacenti o alcol, è importante per attivare scambi e relazioni utili all'elaborazione di queste esperienze con momenti di riflessione in grado di dare senso ai comportamenti che si mettono in atto.

Caratteristica fondamentale della prossimità è proprio la capacità di saper "essere vicini" alle persone con un atteggiamento mai giudicante, aperto al confronto e privo di qualsiasi forma o atteggiamento di stigma.

Esiste una fascia di consumatori, sperimentatori soprattutto giovani, che per scelta o per difficoltà non si rivolge ai servizi ma che necessita comunque di risposte e di accompagnamento nelle scelte della vita.

L'esperienza diretta di contatto quotidiano con le diverse realtà giovanili porta gli operatori a riflettere sulla necessità di approfondire particolari contenuti che in molti casi sembrano non trovare spazi o modi per poter essere espressi ed elaborati. Tematiche come l'utilizzo ricreativo delle sostanze, le possibili visioni di un futuro sempre più incerto e imprevedibile, la difficoltà di riconoscere e dare significato alle esperienze e ai sentimenti, segnano in modo indelebile i racconti di vita dei giovani.

I contesti di intervento del Servizio di prossimità sono quindi diversi e molteplici, caratterizzati dalla flessibilità di orari e destinatari. Si interviene negli spazi pubblici, (parchi, piazze) nella strada soprattutto dove è presente marginalità sociale, nei luoghi del divertimento, nelle scuole. Si passa da interventi strutturati a semplici relazioni mordi e fuggi, utilizzando strumenti diversificati per tipologia e significato. Carta e penna, parola e corpo, videocamera, ed etilometro hanno lo scopo di avvicinare i nuovi interlocutori con competenza, discrezione e senza atteggiamenti preconcepiuti.

La presenza di un servizio di prossimità può esprimere le sue potenzialità tanto più efficacemente quanto più si inserisce in una rete che comprende i servizi di cura ma anche le associazioni e tutte le energie vive e positive che il territorio può esprimere.

I progetti specifici sviluppati nel 2009

VIDEOBOX

Produzione di un video della durata di 30 minuti nel quale i giovani del territorio esprimono liberamente considerazioni e i punti di vista su tematiche quali: droghe, sesso, relazioni interpersonali, rapporto genitori figli, divertimento e stili di vita.

DRINK OR DRIVE

Progetto in collaborazione con Ascom per una campagna di sensibilizzazione contro la guida in stato di ebbrezza che prevede la produzione di 10000 tovagliette ad uso alimentare distribuite in 21 locali di Ferrara (pizzerie, ristoranti, trattorie, winebar).

INTERVENTO NEI LUOGHI DEL DIVERTIMENTO

Interventi mirati a fornire un'informazione corretta rispetto agli effetti indotti dall'uso/abuso di sostanze psicoattive con particolare riguardo all'alcol ed alle droghe sintetiche. Test alcolemico gratuito. Promozione del guidatore di turno (BOB). Distribuzione di materiale informativo, preservativi, etilometri.

CIAK IL CARNEVALE SI GIRA

Intervento di prevenzione al carnevale di Cento con realizzazione di video-interviste sul tema del divertimento e del carnevale.

FORMAZIONE OPERATORI DI SICUREZZA LOCALI

Corsi di formazione destinati al personale di sicurezza sui nuovi stili di consumo mirati ad aumentare le competenze in materia di droghe e alcol e a migliorare la qualità degli interventi nelle situazioni di rischio

Creazione di un modulo formativo basato su incontri della durata variabile tra le 2 e le 4 ore con l'utilizzo di proiezioni, filmati, musiche e simulate.

INTERVENTI EDUCATIVI ENAIP

Strutturazione di un percorso di 4 incontri di informazione e scambio sull'uso e abuso di sostanze, sulla sessualità, sui comportamenti a rischio e bullismo. Produzione di giochi interattivi di gruppo e proiezione di audiovisivi. Focus group.

PRODUZIONE VIDEO

Produzione di 2 video che raccolgono campagne video nazionali e internazionali sulle droghe e sull'alcol.

Carcere

I tossicodipendenti detenuti in carcere a Ferrara sono 140, sul totale della popolazione carceraria di 520 detenuti.

Naturalmente sono numeri poco stabili ma certamente da correggere in eccesso più che in difetto.

Il SerT ha tra i suoi compiti quello di garantire la continuità della cura, di promuovere i percorsi ria-

bilitativi sia per gli utenti residenti a Ferrara sia per quelli provenienti da altre province

Esiste un'équipe multidisciplinare che svolge la sua attività direttamente in carcere, in accordo con i progetti di riabilitazione da sviluppare nel servizio territoriale.

L'équipe del Servizio prende in carico tutti i detenuti che si dichiarano tossico-alcol dipendenti all'ingresso in carcere, indipendentemente dalla certificazione; permettendo una valutazione e una corretta impostazione della cura.

Il SerT si occupa anche di offrire, attraverso il lavoro degli psicologi un servizio di accoglienza ai nuovi giunti, con particolare attenzione alle prime carcerazioni soprattutto per quanto riguarda la prevenzione del rischio suicidiario.

Con l'entrata in vigore del DPCM 1/4/2008, che definisce le modalità del passaggio delle competenze in materia di salute all'AUSL, viene garantito a tutti i detenuti il principio di equità di trattamento. Inoltre gli operatori sono impegnati nel favorire la fruizione da parte dei detenuti tossicodipendenti di misure alternative alla detenzione territoriali o residenziali, con la realizzazione di specifici piani di prevenzione sia della ricaduta che della recidiva penitenziaria, con percorsi di uscita dal carcere guidata, in accordo con i SerT territoriali.

Conclusioni

Dopo aver descritto la specificità degli interventi e il loro potenziale di innovazione, vorrei ricordare che tutte le attività del SerT sono state processate nel sistema di qualità fin dal 2003; questo ha consentito la messa a punto di procedure di controllo, di verifica, di valutazione e di revisione di tutti i processi che riguardano gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione svolti in ogni ambito delle attività del servizio. L'accreditamento istituzionale del 2007 ha ulteriormente migliorato la qualità degli interventi, rendendo tutto il sistema conforme agli standard regionali richiesti, sottoponendolo ai criteri di verifica sia da parte degli utenti che delle istituzioni.

4.3 I PERCORSI DIFFERENZIATI DELL'ACCESSO³

Il sistema di cura psicologica

L'offerta di cura psicologica afferma la centralità della persona e l'esigenza di porre attenzione all'insieme delle problematiche che sottendono la richiesta di presa in carico in un servizio per le dipendenze patologiche.

Sin dal primo contatto viene messo a disposizione della persona e dei suoi famigliari l'ascolto come lettura dei bisogni, ascolto teso a decodificare le richieste esplicitate in un'ottica di individuazione delle peculiarità e di valutazione delle potenzialità del soggetto.

La costruzione di una relazione empatica nella gestione dei colloqui, unitamente alle competenze di tipo diagnostico dello psicologo, permette di effettuare una valutazione complessiva delle risorse, delle criticità del soggetto, del suo contesto di appartenenza, al fine di concordare un progetto personalizzato orientato al cambiamento.

Livelli di intervento

Il lavoro psicologico si inserisce in una cornice culturale che caratterizza l'operato di tutto il servizio e nasce dalla necessità di coniugare interventi diversificati ricomponendoli in un prodotto articolato ed armonico che si svolge a tre livelli:

1. integrazione intraSerT: l'attività clinica dello psicologo fa parte del sistema di cura multidisciplinare che prevede lo stretto coordinamento tra le professionalità della sede operativa;
2. integrazione nel Sistema dei Servizi (SerT e Comunità Terapeutiche): gli psicologi presenti nei diversi contesti di intervento si interfacciano tra loro con l'obiettivo di garantire al paziente e ai suoi famigliari la continuità terapeutica e ottimizzare le reciproche competenze tecniche;
3. integrazione nel sistema allargato dei Servizi Territoriali: lo psicologo ricerca, sviluppa e attiva nella rete territoriale la molteplicità delle risorse a favore del paziente come supporto al lavoro clinico in corso.

La rete

L'attività psicologica, oltre all'attività clinica strettamente intesa, che si esplica prevalentemente dentro al SerT, si effettua in contesti esterni quali servizi di prossimità (scuole, unità di strada) spazio giovani, carcere, centri antifumo, centri alcolologici, punti di ascolto presso altri servizi.

Gli psicologi che operano nei SerT sono psicoterapeuti qualificati e formati in differenti approcci me-

Fig. 1 Processo di intervento dello psicologo

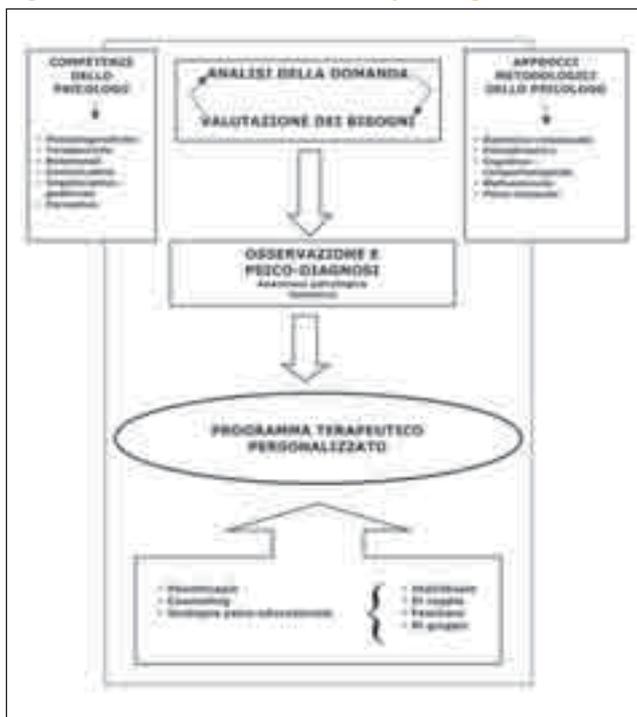


Fig. 2 Attività testistica

Attività testistica su soggetti con dipendenza da:	Alcol	Eroina e altre sostanze	Cocaina	Gap
Test di personalità:				
MMPI				
TCI				
Test proiettivi:				
RORSCHARCH				
Scale:				
CBA				
BDHI				
TAS 20				

todologici, pertanto può essere favorito l'invio del paziente o dei suoi famigliari ad altro collega per necessità specifiche di trattamento psicoterapico, superando la stretta logica distrettuale.

3. Il testo è stato redatto da R. Occhiali, R. Giovannini, G. Alberghina, B. Cocchi, C. Garuti, R. Sivieri, C. Veronesi, P. Giacometti, SerT Ausl di Ferrara

Fig. 3 Matrice della rete di competenze

	Alcol	Eroina e altre sostanze	Cocaina
Counselling			
Individuale			
Familiare			
Grupuale			
Attività di sostegno individuale ad approccio:			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Attività di sostegno familiare ad approccio:			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Sistemico			
Attività di sostegno di gruppo ad approccio:			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Psicoterapia individuale ad approccio:			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Sistemico			
Psicoterapia familiare ad approccio:			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Sistemico			
Psicoterapia di gruppo ad approccio:			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			

	Gap	Tabacco
Counselling		
Individuale		
Familiare		
Grupuale		
Attività di sostegno individuale ad approccio:		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Attività di sostegno familiare ad approccio:		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Sistemico		
Attività di sostegno di gruppo ad approccio:		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Psicoterapia individuale ad approccio:		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Sistemico		
Psicoterapia familiare ad approccio:		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Sistemico		
Psicoterapia di gruppo ad approccio:		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		

4.4 LA TERAPIA RIABILITATIVA SOCIALE⁴

L'assistente sociale e l'educatore sono le figure professionali, all'interno dei SerT, con le quali l'utente ha solitamente il primo approccio. Nel colloquio di accoglienza si raccolgono le prime fondamentali informazioni e si forniscono all'utente notizie sui servizi offerti e sulle procedure di accesso e di intervento del SerT.

La procedura in atto relativa all'accoglienza prevede che gli operatori, che hanno accolto la richiesta di aiuto, organizzino, mediante la programmazione dei colloqui successivi, l'iter di valutazione multidisciplinare.

Gli operatori interessati aggiungono alle specifiche formazioni di base le metodiche del colloquio motivazionale ormai condiviso come approccio prevalente nel sistema dei servizi del Programma Dipendenze Patologiche.

Le persone che accedono al servizio pubblico sono spesso riluttanti, quando vengono inviate da altri enti o soggetti (Prefettura, Organi Giudiziari, familiari, medici, ecc), o quantomeno ambivalenti rispetto al poter realizzare un cambiamento nei loro stili di vita.

L'obiettivo iniziale è quindi aumentare la motivazione intrinseca dell'utente, per far sì che l'adesione a un programma terapeutico-riabilitativo provenga dall'interno e non sia imposto solo dall'esterno.

Lo scopo è quello di aiutare gli utenti a costruire il coinvolgimento terapeutico necessario a raggiungere e mantenere nel tempo la decisione di modificare comportamenti in merito all'uso di sostanze d'abuso e a comportamenti disadattivi.

La comunicazione è improntata all'ascolto attivo e all'empatia, dirigendo tuttavia l'utente verso comportamenti non autolesivi, di presa di coscienza delle proprie problematiche e di valorizzazione delle proprie risorse.

"Come sostiene Kierkegaard, siamo fatti di potenzialità inespresse a cui è possibile dare esistenza: c'è qualcuno che ci interpella, che con la sua presenza, e nella libertà, ci accetta così come siamo con tutti i nostri limiti e, nonostante ciò, sceglie di scommettere su di noi, sulle nostre possibilità, su tutto quello che possiamo diventare"⁵.

La valutazione degli aspetti sociali ed educativi specifici si integra con la valutazione effettuata dagli altri operatori e permette di formulare progetti individualizzati. La valutazione sociale valorizza le risorse personali e della rete sociale dell'utente, ossia dell'insieme dei rapporti interpersonali che mantengono l'identità sociale e che possono costituire una

4. Il testo è stato redatto da L. Masi, M. Roncagli, S. Zanni, M. Faggioli, A. Dicara, M. Galletti, M.L. Bottoni, SerT Ausl di Ferrara
5. L. Colaiani, Come le persone fronteggiano eventi inediti e inaspettati, in Animazione Sociale, n. 3/2004.

risorsa in termini di servizi, sostegno e supporto anche emotivo.

È specifico dell'Assistente Sociale e dell'Educatore professionale il lavoro sulla rete dei servizi del territorio; scopo di tale lavoro è quello di reperire le risorse disponibili ed aiutare l'utente ad usarle in modo appropriato.

L'Assistente Sociale e l'Educatore collaborano attivamente nella definizione dei programmi terapeutico-riabilitativi residenziali in Comunità, sia in fase di valutazione che di attivazione degli stessi.

Ruolo fondamentale degli operatori sociali è legato alla fase di reinserimento alla fine di tali programmi, in particolare attraverso lo strumento delle borse lavoro. Tali progetti sono personalizzati e orientati a un graduale e filtrato reinserimento nel mercato del lavoro.

In alcuni SerT territoriali le Assistenti Sociali si fanno carico di una pluralità di bisogni socio-assistenziali di alcuni pazienti con grave disagio sociale.

L'Assistente Sociale del SerT presso la Casa Circondariale di Ferrara, che fa parte di un'équipe multidisciplinare integrata, mantiene i rapporti con i SerT di residenza dei detenuti (anche Tossicodipendenti residenti fuori ambito provinciale), i legali, gli operatori del carcere, e con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE); effettua colloqui di valutazione e sostegno sociale finalizzati all'elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi in collaborazione con le altre figure professionali.

Compete all'Assistente Sociale e all'Educatore un importante ruolo all'interno dell'équipe nell'attivazione delle procedure per l'accesso al Servizio dell'utente sottoposto a misure di restrizione della libertà personale. L'Assistente Sociale in collaborazione con gli altri operatori di riferimento del caso, predispone attestazioni riguardanti il programma svolto presso il SerT, che l'utente utilizzerà a corredo dell'istanza di autorizzazione rivolta all'Autorità Giudiziaria competente. Gli ambiti di intervento dell'Assistente Sociale e dell'Educatore sono: il carcere e il territorio, le Prefetture, il Tribunale di Sorveglianza, l'UEPE, le Comunità Terapeutiche, le Scuole, l'Associazionismo, le Cooperative Sociali, i Centri di Formazione, gli altri servizi dell'Azienda UsI (in particolare l'area minori, la medicina legale, il Centro salute mentale e l'ufficio bilancio), i Comuni, l'Agenzia Servizi alla Persona, l'ACER, il Tribunale di Ferrara (Ufficio volontaria giurisdizione), i Centri per l'impiego.

I percorsi differenziati

La crescente diffusione di uso di sostanze psicoattive tra i giovanissimi è una delle realtà con cui gli operatori dei SerT si sono confrontati.

È aumentato il numero di giovani (16/25 anni) segnalati dalla Prefettura ai sensi degli articoli 75 e 121 del D.P.R. 309/90.

Inoltre pervengono al SerT richieste da parte dei Servizi Sociali per i Minori di percorsi di valutazione per utenti minorenni affidati ai servizi minorili, con un progetto di messa alla prova.

Spesso l'operatore dell'accoglienza si trova di fronte a utenti che difficilmente riconoscono aspetti problematici nel loro rapporto con le sostanze psicoattive, in quanto vi è la tendenza tra i giovani a considerare normale l'uso di sostanze stupefacenti.

Per l'utenza giovane sono stati attivati percorsi differenziati garantendo l'accesso in giornate loro dedicate. Il SerT del Distretto Sud Est una volta alla settimana nella giornata del Mercoledì (dalle 8.00 alle 16.00), ha programmato specifiche attività di consulenza, valutazione e presa in carico per utenti nella fascia di età 16-25 anni.

Per quanto riguarda il Distretto Ovest l'educatrice del SerT convoca la fascia giovanile preferibilmente presso lo Spazio Giovani, servizio col quale è in atto una proficua collaborazione.

Particolare attenzione è stata posta all'accesso e ai primi colloqui rivolti a minorenni che vengono convocati assieme ai genitori o loro rappresentanti legali. L'intervento nei confronti dei minorenni spesso ha rilevanza educativa e preventiva già a partire dal primo colloquio.

Infatti accade che la segnalazione prefettizia spesso coincida con le prime esperienze di uso di sostanze e l'intero procedimento amministrativo nonché la segnalazione al SerT abbia già effetti dissuasivi.

In sede di primo colloquio si informa il giovane utente sul procedimento e sulla normativa; se minorenne al colloquio di accoglienza si richiede la presenza di almeno un genitore.

I colloqui successivi sono riservati al minore e hanno lo scopo di fargli acquisire una maggiore consapevolezza dei rischi legali, sociali e sanitari correlati all'uso o all'abuso di sostanze psicoattive.

Già nel secondo colloquio è prevista la presenza dello Psicologo di Spazio Giovani, durante il quale si propone un breve ciclo di colloqui di consulenza psicologica.

Tale percorso è disgiunto da quello che il minore effettua presso il SerT che sovrintende al percorso ai sensi dell'articolo 122 del D.P.R. 309/90.

Spazi di ascolto e di indirizzo vengono offerti anche ai familiari che esprimono il bisogno di ricevere informazioni sulla legislazione e sulle sostanze stupefacenti, di avere una consulenza rispetto al ruolo educativo e alle difficoltà di gestione delle delicate problematiche dell'adolescenza.

INTERVENTI DIRETTI AGLI UTENTI IN REGIME CARCERARIO

Discussione casi in équipe carcere, elaborazione progetti,
Colloqui con pazienti tossico-alcolodipendenti detenuti per verifica delle risorse socio-familiari e della posizione giuridica al fine di poter fruire delle misure alternative alla detenzione,
Gestione rapporti con i SerT di residenza per i detenuti residenti fuori dalla provincia di Ferrara, gestione rapporti con Avvocati,
Predisposizione dei programmi alternativi al carcere, contatti telefonici, relazioni e aggiornamenti periodici scritti;
Tribunale di Sorveglianza, Carceri, Comunità;
Colloqui di verifica dei programmi in regime di misura alternativa.

ATTIVITÀ CORRELATE AD INTERVENTI SOCIO-RIABILITATIVI

Attività di segretariato sociale: casa, invalidità, formazione, lavoro, fruizione delle misure alternative, accompagnamento dell'utente in percorsi amministrativi inerenti la domanda di alloggio ERP, invalidità civile, assistenza domiciliare, pasti a domicilio, segnalazioni periodiche di situazioni di emergenza abitativa (predisposizione di relazioni, contatti col Servizio Sociale, Ufficio Abitazioni del Comune e Acer); segnalazione periodica di situazioni di indigenza per esoneri dal canone di affitto e dalle spese condominiali; riunioni mensili con l'ufficio disabili del Centro per l'Impiego per scambi d'informazioni ed eventuali segnalazioni e discussioni su casi.

Colloqui di sostegno sociale: colloqui motivazionali a sostegno del percorso terapeutico-riabilitativo; valutazione delle risorse e delle problematiche socio economiche; colloqui di preparazione e di verifica per i progetti di borse lavoro.

Assistenza economica: richieste mensili al Servizio Sociale, riscossione mensile contributi, registrazione, pagamenti utenze, monitoraggio budget di spesa, verifica periodica della cassa.

Progetti borse lavoro: reperimento risorse, incontri con aziende e cooperative, raccolta e compilazione documentazione, verifiche, gestione budget, raccolta mensile fogli di presenza, calcolo importi mensili delle borse lavoro, eventuale ritiro di borse lavoro quietanzate.

Problematiche giuridiche: gestione rapporti con istituzioni, U.E.P.E., avvocati in relazione agli utenti SerT.

Programmi di inserimento in Comunità: contatti con le strutture, relazioni per l'inserimento, verifiche periodiche, controllo e validazione fatture, monitoraggio spesa.

Lavoro di rete: contatti telefonici ed incontri con altre istituzioni, enti, volontariato, servizi coinvolti nei casi.

4.5 SOSTANZE D'ABUSO E LAVORO⁶

Gli effetti del consumo e/o abuso di sostanze psicoattive sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, sulla qualità e i costi dell'attività lavorativa, sulla salute individuale e collettiva in termini di incidenti, infortuni e malattie professionali sono considerati rilevanti e negli ultimi anni risultano al centro dell'interesse e delle azioni delle diverse agenzie del mondo del lavoro e delle istituzioni preposte a garantire la sanità pubblica.

Il fine è quello di garantire la salute e sicurezza dei lavoratori e dei cittadini utenti che potrebbero essere esposti al rischio di incidenti gravi e mortali dovuti alla pericolosa condizione di alterazione psicofisica per assunzione di sostanze stupefacenti e/o alcool da parte degli stessi lavoratori.

La legge quadro 125/2001⁷ in materia di alcool e problemi alcolcorrelati ha introdotto significative novità nel campo della sicurezza sul lavoro. In particolare l'art. 15 sancisce il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche nelle lavorazioni considerate a rischio⁸, introduce la possibilità di applicare l'art. 124 del TU DPR 309/90 per quei lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici di riabilitazione.

Le Regioni hanno da tempo avviato specifiche azioni per contrastare il fenomeno del consumo/abuso di alcool nei propri territori (Accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007 – PNAS), sottolineando altresì la validità dell'approccio di rete e la centralità del territorio come ambito in cui si manifestano le problematiche alcolcorrelate (Delibera Regionale del 6 Novembre 2006 n. 1533).

Su indicazione della Regione Emilia-Romagna è stato attivato presso l'Azienda USL di Ferrara un Progetto di prevenzione e fronteggiamento delle problematiche alcolcorrelate in aziende del settore pubblico e/o privato del territorio distrettuale Centro Nord, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Le stime sul fenomeno infortunistico (ILO, Organizzazione Internazionale del Lavoro) indicano che almeno il 10% degli infortuni sul lavoro riconoscono tra le possibili cause una assunzione "incongrua" di alcool (anche singolo e occasionale episodio di consumo erroneamente valutato come innocuo sulla propria performance).

Il binomio "consumo di bevande alcoliche e sicurezza nei luoghi di lavoro" è un tema di stretta attualità nella realtà produttiva ferrarese, caratterizzata da una significativa presenza di attività a rilevante rischio di

6. Il testo è stato redatto da E. Ferraris SerT Copparo, F. Catera SerT Sud Est

7. Legge 125/2001. "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati", GU 18 Aprile 2001, n. 90.

8. Atto all'Intesa Stato-Regioni del 16 Marzo 2006 in materia di "individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche", ai sensi dell'art. 15 L. 30.03.2001, n.125.

infortuni sul lavoro (comparto delle costruzioni, metalmeccanico, chimico e dei trasporti).

Il progetto avviato a Ferrara, con attiva collaborazione tra Servizio per le Dipendenze Patologiche e il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL), ha confermato che il luogo di lavoro – dove i comportamenti individuali possono avere conseguenze sulla sicurezza e sulla salute propria e di altri - può costituire un setting particolarmente favorevole per progetti ed azioni di promozione della salute perché:

- esiste un rapporto diretto tra consumo di alcool/prestazioni psico-fisiche durante il lavoro (incidenti/infortuni, assenze per malattia, minori capacità lavorative, problemi personali e familiari, costi economici per l'azienda e per la comunità);
- gli interventi attuati si ripercuotono favorevolmente non solo nell'azienda ma anche nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese;
- la popolazione dei lavoratori rappresenta pienamente la popolazione dei consumatori di alcool.

Tra i dati di maggiore interesse della ricerca-intervento condotta negli ambienti di lavoro della AUSL di Ferrara è emerso che:

- a. il consumo di bevande alcoliche è ancora presente tra i lavoratori, verosimilmente nelle ore che precedono l'attività lavorativa;
- b. è necessario supportare quadri, RSU, RLS, RSPP e medico competente nella delicata fase di intervento su eventuali casi problematici;
- c. le azioni di prevenzione alcolologica non devono rimanere interventi episodici;
- d. per elevare l'efficacia degli interventi preventivi occorre il coinvolgimento dell'intero sistema dei servizi pubblici e privati e delle associazioni.

È in questa cornice di riferimento che i progetti già elaborati e quelli in fase di realizzazione, a supporto dell'applicazione della normativa vigente, mirano a creare nei lavoratori, nel mondo delle imprese, nei rappresentanti di categoria una maggiore percezione del rischio aggiuntivo che l'alcool rappresenta nella realtà lavorativa e, di conseguenza, ad adottare comportamenti corretti nell'interesse del singolo e dell'Azienda stessa.

Nell'ottica di prevenzione e riduzione degli infortuni in ambito lavorativo derivanti dall'assunzione di sostanze psicoattive, merita di essere ricordato il Provvedimento di Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome⁹, che disciplina la materia relativa all'accertamento preventivo-periodico di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori che svolgono mansioni che comportano "particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi". Si tratta per lo più

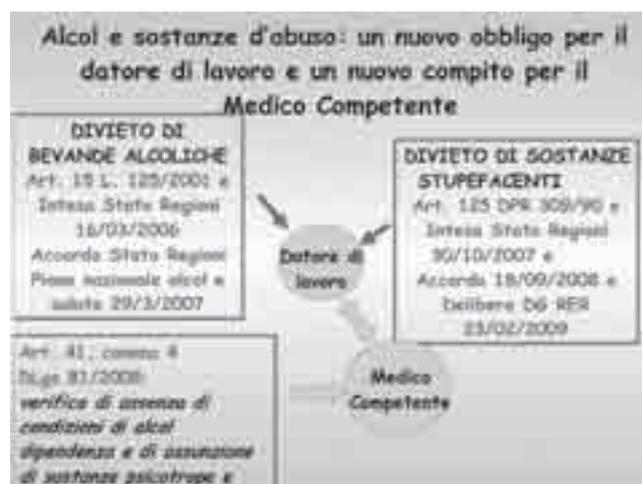
di lavoratori addetti alla conduzioni di veicoli stradali e di vari mezzi di trasporto aziendali (movimentazione terra e merci).

Il provvedimento si propone di:

- assicurare una efficace prevenzione degli infortuni e degli incidenti con la immediata sospensione temporanea dell'idoneità per tali delicate mansioni del lavoratore risultato positivo agli accertamenti tossicologici;
- favorire il recupero della tossicodipendenza del lavoratore, avviandolo verso idonei programmi di riabilitazione al termine dei quali sarà possibile la riammissione alle precedenti mansioni.

Tale accordo si rivela di estrema importanza pratica, in quanto consente sul piano operativo ai Medici Competenti delle Aziende di porre in essere l'attività di sorveglianza sanitaria specifica, sia preliminarmente all'assegnazione della mansione, sia periodicamente nel corso dello svolgimento del rapporto di lavoro, come previsto dall'art. 41, comma 4 del D.Lgs 81/2008 Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro: "Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite... sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcool dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti".

È auspicabile che tale sistematica azione di sorveglianza sanitaria, oltre ad essere un deterrente all'assunzione anche saltuaria di sostanze stupefacenti che possono compromettere l'idoneità psicofisica del soggetto, contribuisca, sotto il profilo della sicurezza del lavoro, a prevenire efficacemente il verificarsi di infortuni gravi e/o mortali durante lo svolgimento di attività ritenute particolarmente pericolose per l'incolumità del lavoratore stesso o di terzi.



La Regione Emilia-Romagna, con DGR 23/02/2009, ha recepito i dettami contenuti nell'Accordo Stato-Regioni, fornendo indicazioni alle Aziende sanitarie della Regione al fine di attivare le procedure diagno-

9. Provvedimento 30 ottobre 2007. Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano "Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della L. 5 Giugno 2003, n.131" (G.U. n. 266 del 15.11.2007 e successivo Accordo Stato-Regioni atti n.178 del 18/09/2008).

stico e medico-legali previste per la verifica di assenza di condizioni di assunzione di sostanze psicotrope (modalità di prelievo, conservazione e custodia dei campioni, tecniche analitiche), garantendo contestualmente condizioni di affidabilità dei controlli e tutela per i lavoratori.

L'Azienda USL di Ferrara (Protocollo n. 27001 del 25/03/2009) si è attivata per espletare gli adempimenti procedurali previsti dal DGR 170/2009, individuando i laboratori provinciali in possesso di autorizzazione all'esercizio come titolari per l'esecuzione

degli esami tossicologici di screening (metodiche immunochimiche) e di conferma (metodica cromatografica in fase gassosa e in fase liquida accoppiata a spettrometria di massa-GCMS o LC/MS) come richiesto nell'articolo 4.

Gli accertamenti clinici di 2° livello da parte dello Specialista SerT avranno effettiva operatività nel momento in cui l'Azienda USL di Ferrara fornirà precise indicazioni sui laboratori accreditati per l'esecuzione degli esami tossicologici di screening e di conferma: l'apertura dello Sportello Unico Provinciale (CUP).

Bibliografia

1. C. Annovi, R. Biolcati, R. Di Rico, Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, Franco Angeli, 2006.
2. Indagine ISTAT 2007, L'uso e abuso di alcol in Italia.
3. Sistema di sorveglianza PASSI, Sintesi del rapporto nazionale 2007.
4. R. M. Pavarin, A. Mosti (a cura di), Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna, Clueb, Bologna, 2009.

5. LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

5.1 PREMessa¹

Il problema della dipendenza presenta una complessità tale da richiedere una lettura comprensiva di diversi aspetti: *fisico*, per il quadro sintomatico e le patologie ad essa correlate, *comportamentale*, per la tendenza a un agito spesso irrazionale determinato dalla necessità di dare risposta immediata a bisogni ed emozioni, psicologico, per la perdita di contatto con sé e per la coesistenza di aspetti adattivi disfunzionali, *relazionale*, per la distorsione e la compromissione dei rapporti con gli altri infine sociale, per le problematiche legali, la perdita di competenze lavorative e per l'isolamento che lo stile di vita della persona, con problemi di dipendenza spesso presenta.

Questa la rappresentazione della tossicodipendenza come fenomeno complesso che emerge dalle interviste rivolte ai referenti delle sei Comunità Terapeutiche presenti nella Provincia di Ferrara. Tali strutture sono accreditate conformemente alle direttive della Legge Regionale n. 34/1998, che le distingue tra strutture residenziali a tipologia pedagogico-riabilitativa (Comunità Papa Giovanni XXIII); terapeutico-riabilitativa (Comunità "Il Timoniere", Saman "Le Muraglie" e "Il Ponte"); strutture residenziali specialistiche madre-bambino (Fondazione Exodus "La Casa di Carlotta") e strutture residenziali specialistiche di osservazione e diagnosi (Centro di Osservazione Diagnostica "L'Airone").

Ciascuna di queste realtà, pur partendo da differenti presupposti teorici e metodologici, rappresenta una risposta altrettanto puntuale al fenomeno delle dipendenze. Ogni Comunità si struttura come contesto di trattamento, finalizzato ad attivare e promuovere percorsi di allontanamento dalla sostanza e di cambiamento dello stile di vita ad essa collegate. La mission di queste Comunità è orientata a ripristinare l'equilibrio bio-psico-sociale dei pazienti, ricostruendo via via spazi progressivamente più ampi di autonomia e di responsabilizzazione. È la residenzialità a consentire la presa in carico globale della persona con problemi di dipendenza e a rappresentare il principale fattore di intervento. La vita comunitaria,

partendo da un recupero fisico, ricompone la dimensione spazio-temporale della quotidianità, preparando alla riacquisizione del proprio equilibrio interiore e alla definizione di un nuovo progetto di vita.

Le Comunità diventano così contesti protetti di sperimentazione e di messa in discussione di sé e delle proprie scelte, conservano una natura provvisoria rifiutando quelle caratteristiche totalizzanti di isolamento dei modelli residenziali tradizionali², per inserirsi nel territorio, creando un rapporto dialettico con altri servizi e strutture e quindi preparare percorsi di inserimento nella società.

Ciascun programma terapeutico proposto, tenta di realizzare il cambiamento possibile della persona, non aspira a una rifondazione della sua identità attraverso l'adesione coercitiva a comportamenti e valori precisi, come nelle Comunità classiche³. Sono programmi terapeutici complessi, differenziati, personalizzati, una risposta al mutamento dei consumi, alla multi-problematicità della tossicodipendenza, alle caratteristiche individuali, alle problematiche relazionali che manifesta.

La Comunità si specializza nella combinazione di osservazioni diagnostiche, terapie psicologiche, farmacologiche, in associazione agli interventi relazionali ed educativi. Sono le équipes multidisciplinari, attraverso l'apporto sinergico di psicologi, educatori professionali e operatori sociali⁴, a formulare progetti residenziali e a condividerli con l'utente e i suoi famigliari.

Il percorso riabilitativo, indipendentemente dalla tipologia di Comunità come precedentemente definite, si snoda in tre fasi: l'accoglienza, la residenzialità e la fase di reinserimento. La prima coincide con la presa in carico dell'utente, la valutazione delle caratteristiche di personalità, la costruzione della motivazione al cambiamento, attraverso la presa di coscienza della problematicità della propria situazione.

Questa fase di ingresso ha una funzione di contenimento, è dedicata al recupero dell'equilibrio fisico, anche attraverso supporti farmacologici e alla regolamentazione di ritmi vita che creano le basi per intraprendere il progetto riabilitativo della seconda fase residenziale.

1. Il testo redatto da I. Vaccari, Centro Servizi per il Volontariato, riporta alcuni risultati emersi dall'analisi qualitativa delle interviste rivolte ai referenti delle Comunità Terapeutiche. Per la metodologia dello studio si rimanda al cap. 6.
2. E. Goffman, Stigma, L'identità negata, Laterza, Bari, 1970.
3. E. Martino, G. Magliaro, Le comunità terapeutiche e le strategie di intervento, in Salvini et al., Droghe. Tossicofilie e tossicodipendenze, Domeneghini, Padova, 2002.
4. Figura professionale specializzata nel lavoro delle dipendenze riqualificata da corsi regionali.

La strutturazione delle giornate è scandita da regole e orari precisi per i pasti, il lavoro e il tempo libero. La condivisione di spazi e di attività in comune, creano un immediato contesto sociale, attraverso cui la persona recupera la capacità pratica di rispondere alle esigenze vitali in una situazione di convivenza. Colloqui e gruppi educativi definiscono la dimensione relazionale in cui si elabora la quotidianità. La figura dell'educatore guida l'organizzazione della vita comunitaria e facilita i rapporti tra gli utenti oltre a favorire il confronto e la condivisione di esperienze comuni.

Percorsi più interiori di individuazione e integrazione della propria identità, procedono poi in parallelo. Il sostegno psicologico e colloqui di psicoterapia, favoriscono il recupero del contatto con se stessi, l'elaborazione dei propri problemi consolidando la motivazione al cambiamento.

Un cambiamento che si delinea anche nell'assunzione di responsabilità e nello sviluppo di competenze lavorative via via più complesse: dalla gestione della casa, cura degli spazi comuni e degli animali, manutenzione degli edifici, fino allo svolgimento di mansioni complesse che richiedono abilità specifiche, spendibili nel mondo del lavoro. Le attività di ergoterapia sono funzionali anche alla ricostruzione della propria identità sociale.

L'ultima fase post-residenziale conclude il percorso riabilitativo orientando l'utente verso altre strutture riabilitative o preparandone l'ingresso nella comunità, attraverso percorsi di orientamento lavorativo e formativo.

Le fasi generali di tale percorso residenziale, si declinano in maniera specifica, in ciascuna tipologia di Comunità, distinguendo *modelli di intervento* prevalenti dovuti a diverse combinazioni tra l'approccio educativo, psicologico e socio-sanitario.

La Comunità "Papa Giovanni XXIII", declina il proprio approccio pedagogico-riabilitativo in un *modello educativo* prevalente. La mission che informa questa struttura si ispira a una filosofia di vita in cui, il disagio, legato alla dipendenza, viene affrontato in ogni sua manifestazione sostenendo la persona nel percorso verso una condizione di reale autonomia. La dipendenza si trasforma in condizione di vita da ridefinire attraverso la relazione educativa che si definisce nel percorso terapeutico dell'utente. Nella fase residenziale la figura dell'educatore è guida e supporto nell'organizzazione della vita quotidiana e nella ridefinizione di un percorso di maturazione parallelamente sostenuto dal counseling psicologico.

Nella fase post-residenziale, al termine del trattamento, il ruolo dell'educatore acquisisce una funzione "genitoriale", dando continuità al percorso riabilitativo in altre strutture residenziali dell'Associazione.

Nelle Comunità Terapeutico-Riabilitative: "Il Timonie-

re", "Saman Le Muraglie", "Il Ponte", metodi educativi si affiancano e si integrano a un *modello psicologico* che pone al centro le caratteristiche di personalità e il sistema di relazioni familiari. Il counseling, la psicoterapia e i gruppi terapeutici sono finalizzati alla comprensione della funzione simbolica della sostanza, alla messa in discussione di pattern relazionali disfunzionali, alla destrutturazione delle difese, a elaborare la difficoltà di astensione, al riconoscimento degli stati anticipatori della ricaduta e al sostegno del percorso di recupero.

La presa in carico della famiglia si traduce in colloqui di sostegno in spazi dedicati all'elaborazione della problematica, alla valorizzazione delle risorse del sistema familiare e alla ridefinizione dei rapporti con l'utente.

Nella "Casa di Carlotta", specializzata nella presa in carico di madri e dei loro figli, la vita comunitaria, attraverso l'integrazione di strumenti educativi e psicologici, è incentrata non solo al superamento della condizione di dipendenza, ma al recupero della funzione genitoriale e alla promozione del benessere del bambino.

Modelli psico-educativi informano questa Comunità strutturando percorsi di recupero parallelamente finalizzati alla riabilitazione e alla ridefinizione della propria identità di genitore, in un percorso di crescita permanente di educazione al valore della vita e di emancipazione.

Il Centro di Osservazione Diagnostica (COD) "l'Airone" è una struttura residenziale specialistica finalizzata alla gestione delle crisi e alla rivalutazione diagnostica. Si distingue dalle altre strutture per una decisa caratterizzazione sanitaria sostenuta da interventi in campo educativo e psicologico. Diversamente dalle altre Comunità si avvale di un'équipe multidisciplinare con prevalenza di professionalità sanitarie.

Il COD accoglie, per periodi brevi, utenti che manifestano, in associazione al problema della dipendenza, altre psicopatologie, finalizzando il proprio intervento, alla valutazione diagnostica, alla disintossicazione, al recupero fisico e al monitoraggio della generale condizione sanitaria. Le attività quotidiane sono commisurate al forte stato di compromissione degli utenti e sono orientate a ristabilire un funzionamento di base per indirizzare successivamente i pazienti a programmi più articolati.

5.2 LE STRUTTURE PEDAGOGICO-RIABILITATIVE

Comunità "Papa Giovanni XXIII"⁵

Per comprendere la realtà profonda della Comunità

5. Il testo è stato redatto da M. Alleati, Responsabile Comunità Papa Giovanni XXIII di Denore.

Papa Giovanni XXIII⁶ bisogna necessariamente rifarsi all'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, che è un Ente Ecclesiastico di Diritto Pontificio, giuridicamente sorto nel diritto canonico e riconosciuto nel diritto civile italiano con Decreto del Presidente della Repubblica. L'Associazione è l'ente madre, da cui bisogna partire per capire la genesi e l'evoluzione di tutte le ragioni sociali che da essa sono promosse, sostenute e collegate. Tutte le ragioni sociali nate dall'Associazione, sono poi legate in un consorzio denominato Consorzio Condividere Papa Giovanni XXIII, proprio per sottolineare con forza la visione unitaria e il collegamento esistente tra tutte le ragioni sociali appartenenti al "Gruppo Papa Giovanni". Ogni ragione sociale è autonoma legalmente, fiscalmente e organizzativamente, ma tutte si ispirano e rispondono a un'unica visione d'insieme che ha la propria origine nell'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII".

La visione dell'albero rende in una figura plastica l'organizzazione del gruppo: le radici sono il Vangelo e la Chiesa Cattolica, il tronco è l'Associazione, i rami sono le varie entità giuridiche da questa promosse nel corso degli anni per meglio rispondere ai bisogni delle persone. Per comprendere quindi il "ramo" "Comunità Papa Giovanni XXIII", bisogna partire dal "tronco" Associazione Papa Giovanni XXIII.

L'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII" è un Ente Ecclesiastico di fede cattolica civilmente riconosciuto. Gli obiettivi che la Comunità e i suoi membri si prefiggono sono: l'accoglienza, l'assistenza, la cura, la tutela ed il reinserimento sociale, di persone in difficoltà ed emarginate, attraverso la pedagogia della condivisione diretta e quotidiana della vita. Questa modalità si è evoluta fino a dar vita, alla fine dell'anno 1989, a una specifica ragione sociale appositamente votata al recupero delle persone affette da dipendenza patologica: la Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale⁷.

Si tratta di una comunità pedagogica a carattere sociale, il cui obiettivo principale è il contenimento di situazioni di crisi o di grave rischio. Nel periodo di permanenza degli utenti in struttura si attivano strategie per motivarli a intraprendere un percorso finalizzato all'interruzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Per questo diventa anche spazio motivazionale, luogo in cui la persona può elaborare, non subendo la pressione di fattori stressanti esterni quali "la piazza" o amici inopportuni, una strategia per il proprio futuro.

Durante la permanenza, con gli operatori di riferimento si costruisce, nel rispetto dei tempi dell'utente, un percorso per migliorare la sua qualità di vita, la ricostruzione della propria dignità e per creare le

basi per un eventuale percorso di recupero.

La Comunità Papa Giovanni XXIII ha come finalità l'impegno di condividere la vita delle persone in situazione di disagio personale, per qualsivoglia causa, affiancandosi ad esse per sostenerle in un cammino di piena realizzazione e di sviluppo delle loro capacità individuali.

L'esperienza realizzata nel corso di questi 20 anni dimostra che la situazione socio-familiare di provenienza degli utenti dei nostri percorsi riabilitativi è estremamente diversificata: in alcuni casi è presente una realtà familiare adeguata, vitale, in altri se ne può notare la pressoché totale mancanza. Sempre più ampio è poi il range di oscillazione dell'età anagrafica nonché delle caratteristiche di personalità di quanti vengono accolti nelle diverse strutture terapeutiche.

Queste e altre considerazioni evidenziano la necessità di personalizzare e quindi differenziare in maniera rilevante i percorsi riabilitativi. In particolare al termine del programma, nella fase di reinserimento e ritorno alla vita sociale normale, emergono nuovi e pressanti bisogni ai quali va data una risposta adeguata. È la fase più delicata perché la persona deve ricominciare a muoversi in piena autonomia, a mettere in pratica i valori e a utilizzare gli strumenti forniti durante il percorso di recupero, senza che, il ruolo rassicurante dell'ambito terapeutico, lo sostenga direttamente. Diverse persone, in questa delicata fase, necessitano, pur avendo terminato con esito positivo il percorso riabilitativo, di ulteriori forme di sostegno, di accompagnamento e di affiancamento per raggiungere un grado adeguato di autonomia individuale. A volte, ciò è determinato da situazioni particolari di difficoltà personale oppure dalla carenza di risposte sociali o familiari provenienti dalla realtà d'origine. Diventa perciò necessario, anche per non vanificare tutto il lavoro svolto in precedenza, tenendo sempre conto delle differenti situazioni individuali, prevedere la possibilità di inserimento in strutture residenziali specifiche.

Tali strutture realizzano un mix di autogestione e di supervisione, di autodeterminazione dei protagonisti e di forte presenza di figure educative con ruoli di sostegno, richiamo, stimolo, indirizzo, di libera adesione e di accettazione incondizionata del progetto educativo predisposto e delle sue regole. Il programma educativo specifico per queste strutture è strettamente derivato dal progetto globale e dalla metodologia utilizzata dalla Comunità Papa Giovanni XXIII per il recupero delle persone dalle dipendenze patologiche. La sede operativa di Denore (FE) ha elaborato alcuni progetti di strutture satellite a supporto della comunità, in particolare per percorsi post-co-

6. Cooperativa sociale a r.l.

7. La sede operativa di Denore è situata nel comune di Ferrara - Località Denore, Via Massafiscaglia n° 434.

munità e in alcuni casi anche per utenti durante la fase finale del programma terapeutico.

L'Appartamento "Casa della Vita" è gestito dalla Comunità Papa Giovanni XXIII⁸ di Rimini.

Si tratta di una struttura di tipo residenziale che offre la possibilità di inserimento a persone che hanno terminato il proprio percorso riabilitativo con esito positivo presso le strutture terapeutiche della Comunità Papa Giovanni XXIII, o in fase di reinserimento sociale. L'obiettivo della permanenza è di fornire ai singoli utenti un periodo di consolidamento delle abilità personali recuperate durante il percorso riabilitativo e di incrementare il livello di autonomia raggiunto. La permanenza ha come requisito fondamentale quello di realizzare un percorso di avviamento e formazione alle abilità, alle responsabilità, alla cultura del lavoro unito alla capacità di provvedere a se stessi in modo autonomo. Tale percorso deve essere proposto e concordato preliminarmente con gli operatori ed i responsabili della Comunità Papa Giovanni XXIII al momento dell'ammissione, nonché con gli operatori del Servizio inviante.

*La Casa Famiglia "Casa di Nazaret"*⁹ è una delle realtà più originali nate dall'esperienza dell'Associazione, una vera famiglia allargata, che si distingue dalle normali strutture residenziali (istituti, case di riposo, gruppi-appartamento) per la presenza di membri dell'Associazione che scelgono di diventare stabilmente, 24 ore su 24, padre e madre, fratello e sorella di persone temporaneamente o definitivamente prive di un ambiente familiare idoneo: portatori di handicap, bambini e adolescenti in difficoltà, ragazze madri con i loro bambini, ex detenuti, persone con problemi psichici, etilisti, ex prostitute, barboni, ex tossicodipendenti.

Le figure di riferimento gestionale diventano così figure genitoriali e svolgono la funzione paterno/materna. Esse possono essere coadiuvate anche da volontari a tempo pieno o da persone in Servizio Civile Volontario. Nella casa famiglia si supera il rapporto operatore/utente, in quanto tra chi accoglie e chi viene accolto si creano rapporti di tipo parentale basati non sul legame biologico, ma su una scelta di amore libera e consapevole costantemente alimentata dalla vita di fede e di preghiera.

La Casa Famiglia "Casa di Nazaret" è gestita dall'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini"¹⁰, che svolge il ruolo di controllo e sostegno, unico riferimento giuridico e direzionale dell'attività svolta. L'intensa collaborazione fra l'Associazione e la Cooperativa con la Casa Famiglia della Comunità Tera-

peutica di Denore offre la possibilità di inserimento per persone che hanno terminato il proprio percorso riabilitativo con esito positivo o in fase di reinserimento sociale. Per questi soggetti viene valutata la possibilità di sperimentare un ambiente a carattere familiare, che permette rapporti umani più stretti, ma più liberi, di quelli possibili nel contesto della comunità terapeutica. La famiglia è composta da 2 coniugi che già collaborano nel settore della tossicodipendenza presso la sede di Denore e per questo possono dare continuità al programma terapeutico svolto in comunità nel senso di consentire la stabilizzazione dei risultati ottenuti.

5.3 LE STRUTTURE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE

Comunità "Il Timoniere"¹¹

La Comunità Terapeutica "Il Timoniere" si trova a S. Giustina, una piccola frazione del comune di Mesola. È nata nei primi anni '90, in risposta alle problematiche tossicomane emerse nel territorio, come centro di accoglienza del Ce.I.S. di Ravenna, abbracciando fin da allora la filosofia del Progetto Uomo. Questo progetto prevedeva un programma terapeutico che sviluppasse una crescita cosciente della persona mediante una condivisione delle problematiche e una reciproca solidarietà nella responsabilità delle scelte individuali.

Dal 29 novembre 1999 la Comunità è diventata una realtà territoriale autonoma conseguendo l'accreditamento istituzionale il 28 novembre 2007.

Dopo alcuni anni di lavoro terapeutico con i tossicodipendenti, si è manifestata la preoccupante emergenza di un altro problema di proporzioni rilevanti: l'alcol, non solo come sostanza sostitutiva all'uso degli oppiacei, ma anche come elemento d'uso primario con un progressivo e crescente numero di invii e di richieste da parte dei SerT territoriali. Ciò ha spinto gli operatori a svolgere un'approfondita analisi della problematica e a iniziare uno specifico percorso di formazione del personale che, in collaborazione con gli operatori del SerT, ha portato nel 2007 all'apertura sul territorio, di un punto d'incontro ACAT¹², a Mesola.

La struttura offre la possibilità, di svolgere un programma terapeutico finalizzato alla revisione delle condotte disfunzionali conseguenti all'assunzione di alcol e un approfondimento dei fattori di personalità ad esso connessi. Gli inserimenti avvengono su invio del SerT di riferimento anche in regime di arresti domiciliari.

8. Coop. Sociale a r.l. con sede legale a Rimini in Valverde n. 10/b.

9. Con sede a Copparo (FE) in via Gran Linea n. 35.

10. Con sede legale a Rimini in Via Mameli n.1.

11. Il testo è stato redatto da V. Pastorello e M. Orioli, Psicoterapeuti della Comunità Il Timoniere.

12. Associazione Club Alcolisti in Trattamento.

L'esperienza di anni di lavoro ha permesso di riconoscere, quale momento educativo e riabilitativo fondamentale, a fianco delle attività psico-educative, anche l'attività lavorativa come elemento fondamentale per riacquistare fiducia nelle proprie capacità, per rivalorizzazione l'identità personale e acquisire capacità di collaborazione con gli altri ospiti della comunità. Ogni persona può sperimentarsi in attività sempre diverse e in sintonia con i propri limiti, fisici e/o psichici, nel contesto della fattoria didattica. Qui sono presenti serre per la coltivazione di ortaggi, fiori, orti e campi all'aperto per coltivazioni estensive. Esiste inoltre la possibilità di accudire animali da cortile e di lavorare nelle stalle con suini, asini, capre, pecore e conigli. La Comunità ha avviato da anni una macelleria, gestita da utenti in fase di reinserimento e da un operatore esterno, dove è possibile acquistare carni e insaccati di produzione e lavorazione propria.

Anche i pasti della giornata vengono preparati da ospiti della struttura nell'ottica di una corresponsabilità nella conduzione delle singole attività giornaliere.

Accanto all'attività lavorativa risultano fondamentali, per lo svolgimento del programma, la partecipazione attiva e costante ai gruppi terapeutici e ai colloqui individuali con gli operatori. Un ruolo importante rivestono anche le uscite per attività esterne.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo per la Dipendenza da Alcol. Dall'osservazione clinica quotidiana e dal raffronto con quanto presente in letteratura, è emersa l'esigenza di affrontare la problematica dell'alcolismo secondo *patterns* specifici d'intervento che risultino più brevi come durata rispetto ai normali programmi terapeutici per tossicodipendenti e in forte collegamento, a partire già dalla fase residenziale, con strutture territoriali professionali e non professionali.

Il progetto si struttura sulle più recenti conoscenze e modalità d'intervento nelle problematiche di dipendenza da sostanze in linea con il modello della prevenzione della ricaduta, emerso dai lavori di Gordon Marlatt¹³. Visto che solo una parte dei pazienti, dal 20 al 50 per cento riesce a modificare in modo radicale il proprio comportamento, l'episodio della ricaduta rappresenta la regola piuttosto che l'eccezione. Si evince quindi l'importanza di inquadrare la medesima all'interno di un normale processo caratterizzante la ciclicità del problema della dipendenza e non come un evento isolato.

Gorski, Kelley e Havens¹⁴ infatti, sostengono che la ricaduta è "quel processo del divenire incapace di

fronteggiare il quotidiano senza l'uso delle sostanze", il suo ciclo inizia molto prima che la persona faccia uso della sostanza ed è spesso identificata da segnali quali modificazioni nel comportamento, nei pensieri e nelle emozioni. È quindi importante per le persone imparare a riconoscere i propri segnali ed essere capaci di implementare velocemente delle strategie efficaci¹⁵.

La ricaduta può essere concepita come momento di accrescimento delle risorse personali e consapevolezza delle difficoltà da affrontare. È necessario che tale "caduta" sia estremamente limitata e vi sia nel più breve tempo possibile una interruzione dell'uso di sostanze per evitare la completa perdita del controllo e la comparsa dei sintomi dell'assuefazione e al peggioramento del quadro clinico.

Difficilmente tali episodi di ricaduta vengono attribuiti dal soggetto a specifici schemi cognitivi disfunzionali o a carenze nelle capacità di fronteggiare situazioni critiche, ma al contrario si ha la tendenza ad attribuire tali episodi a situazioni circoscritte, a eventi potenzialmente controllabili e, nella maggior parte dei casi, a episodi di circostanza. All'interno di tale approccio, assieme al paziente, si prevede una valutazione delle difficoltà intercorse che non hanno permesso la messa in atto di comportamenti alternativi, fra i quali anche la richiesta d'aiuto e la pianificazione concordata delle strategie da utilizzare per impedire la ripresa dell'uso di droghe.

Il programma d'intervento è stato pensato per persone che mostrano difficoltà ad essere "trattate" sul territorio e con scarsa motivazione al cambiamento. Spesso gli utenti che si rivolgono ai Servizi per un inserimento in Comunità, hanno accanto famiglie assenti o poco collaborative, ripetuti tentativi di astensione dall'alcol e numerose ricadute alle spalle. Con una certa frequenza si presentano persone con disturbi mentali e turbe del comportamento o persone con situazioni di grave disagio sociale.

In seguito a un colloquio conoscitivo e dopo aver concordato l'ingresso con il servizio competente, la persona viene inserita in una fase di accoglienza della durata variabile di 1 o 2 mesi, da definire in base alle condizioni fisiche e psicologiche. È fondamentale che durante questo periodo l'ospite rispetti e assuma con regolarità l'eventuale terapia farmacologica e che riprenda buone abitudini alimentari. In questa prima fase si sviluppa un percorso di osservazione e diagnosi al fine di proporre uno specifico progetto terapeutico personalizzato.

Successivamente si lavora con l'utente affinché prenda coscienza della difficoltà del rimanere sobrio

13. G.A. Marlatt, J.R. Gordon, *Relapse Prevention*, Guilford Press, New York, 1985.

14. T. T. Gorski, J. M. Kelley, L. Havens, *An overview of addiction, relapse, and relapse prevention*, in *Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender*, Technical Assistance Publication, Series 8, Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.

15. R. M. Kadden, *Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training*, Retrieved June 28, 2002.

e come la ricaduta non debba essere intesa come un evento eccezionale, ma come una parte del percorso di astensione dall'alcol.

Questo non significa creare le occasioni per poter ricadere, ma essere consapevoli che l'alcol è difficile da combattere e che è molto più utile conoscere i propri limiti e le situazioni o gli stati d'animo favorevoli alla ricaduta.

Questo stato della dipendenza e i modi in cui affrontarla, sono argomento degli incontri di gruppo che hanno l'obiettivo di rendere patrimonio comune le esperienze di ognuno dei partecipanti.

Nei primi incontri di gruppo si descrive il percorso che porta a ricadere; si analizzano le situazioni critiche, si elencano le risposte usate dagli utenti per fronteggiare le crisi e si comincia a ipotizzare risposte alternative alle varie situazioni. Una delle fasi fondamentali di questo percorso è lavorare sul desiderio, come nasce, come aumenta, come decresce e come fronteggiarlo. La caratteristica di questo gruppo è quella di essere estremamente pratico e di utilizzare le esperienze di vita personali per poter creare modalità adeguate per affrontare il rischio di ricaduta e, nel caso accada, contenerlo o almeno gestirlo.

Nell'ultima fase del programma, il "reinserimento", si cerca di far accrescere nelle persone la capacità di essere autonomi e di riacquisire o riscoprire l'importanza del "prendersi cura di sé".

In questi mesi si lavora in collaborazione con il Servizio inviante, con il Centro per l'Impiego e con le Associazioni di volontariato, per poter costruire una valida alternativa alla comunità nel reinserimento nella società. Rimane fondamentale la partecipazione ai colloqui individuali e alla vita di gruppo.

La Comunità "Il Timoniere" da sempre collabora con le Associazioni di Volontariato della zona. Ha sviluppato un rapporto di fiducia con il gruppo Alcolisti Anonimi di Torbiera di Codigoro e nel 2006 ha avviato alcuni operatori alla formazione per diventare Servitore Insegnante di Club ACAT (Associazione Club Alcolisti in Trattamento).

A febbraio 2007 un operatore della struttura ha iniziato a condurre un Club presso un locale della parrocchia di Mesola per poter accogliere le famiglie che si trovano a vivere problematiche legate all'uso di alcol e non solo. Alcuni utenti della struttura vengono incoraggiati a partecipare a questo gruppo per potersi aprire al sociale, pur restando in un ambiente protetto e necessario al cambiamento di stile di vita.

La possibilità di poter uscire e di affrontare il mondo esterno viene concepito come momento di verifica di tenuta delle risorse personali e come presa di coscienza delle difficoltà da affrontare.

Comunità Saman "Le Muraglie"¹⁶

Il progetto di presa in carico dell'utente cocainomane parte da una riflessione della direzione scientifica gestita dal professor Luigi Cancrini all'interno dell'Associazione Saman, sulle differenze tra due figure tipiche di tossicodipendenti: quella dell'eroinomane più tradizionale e quella del consumatore problematico di cocaina.

Il programma si rivolge specificamente ad utenti che presentano una situazione d'abuso di cocaina: uomini e donne di età variabile. La comunità accoglie utenti disintossicati o che assumono terapia psicofarmacologica concordata con il SerT inviante.

La modalità di accesso avviene tramite la segnalazione da parte del SerT che presenta la richiesta di ingresso e dopo un colloquio (telefonico o personale) tra operatore del SerT e psicologa che cura la fase di Accoglienza.

Vengono accolti in comunità anche utenti con terapia farmacologica, impostata e monitorata dal medico del SerT inviante.

Le rette sono a carico del SerT. È inoltre prevista la possibilità di prestazioni a pagamento, sempre a carico del SerT, successive alla fase residenziale quali ad esempio sedute di terapia familiare.

La dipendenza, per questo tipo di utenti, spesso riguarda solo un settore della vita della persona.

Il consumatore di cocaina pare avere un'identità scissa e l'intervento dovrebbe porsi l'obiettivo, non tanto di mettere in crisi la persona e il suo sistema di vita ma la sua identità a rischio (riti, tempi, motivazioni del consumo). Al contempo vanno rispettati e valorizzati gli aspetti funzionali della sua socialità, lavorando per modificare l'identità sociale e normativa della persona (identità di lavoratore, di padre o madre di famiglia, di fratello o sorella), in riferimento al consumo problematico delle sostanze.

Il programma per cocainomani si inserisce all'interno di un approccio multimodale che integra vari ambiti: psicoterapia, ergoterapia, psicopedagogia, attività psicocorporee.

L'approccio psicoterapeutico include e presuppone l'orientamento di tipo sistemico-relazionale.

L'intervento proposto è strutturato in tre fasi:

- 1) *La fase di Accoglienza*, o di valutazione prevede 3-4 incontri con l'utente, la coppia o altri esponenti significativi del suo sistema di relazioni e ha diversi obiettivi: l'aggancio e la strutturazione di una relazione terapeutica, basata sul riconoscimento da parte dell'utente del suo bisogno d'aiuto; la definizione di una diagnosi personale e di sistema; l'approfondimento anamnestico con particolare attenzione alla comprensione della funzione della sostanza nei diversi ambiti; l'ela-

16. Il testo è stato redatto da D. Martinoli, Responsabile della Comunità Saman Le Muraglie e F. Giovannini psicologa

borazione di un piano terapeutico condiviso con l'utente, la famiglia e con il SerT.

Laddove è possibile, si ritiene importante che il contratto preveda la presa in carico della famiglia da parte dello psicologo che ha curato l'Accoglienza; al termine del percorso comunitario, sarà auspicabile e doveroso proseguire la presa in carico dell'utente e della famiglia in Accoglienza.

Tale fase si conclude con la definizione comune del progetto.

- 2) *La fase residenziale prevede* , orientativamente, un periodo di 3-6 mesi. Gli obiettivi sono: prioritariamente il recupero fisico, attraverso la presa di distanza dalla sostanza; in un secondo momento sono previste visite dei parenti mensili in comunità al fine di riallacciare le relazioni significative, in un terzo momento si mira ad avviare il riavvicinamento dell'utente al proprio contesto di vita.

La presa in carico dell'utente si svolge su tre piani:

- a) l'intervento psicoterapeutico con colloqui psicologici individuali e sedute di terapia familiare. Il lavoro è inizialmente incentrato sulla situazione di "crisi", cercando di mettere a nudo l'ingenuità e l'inconsistenza delle difese costruite attorno al sé grandioso dell'utente, evidenziando la forza e la pericolosità delle collusioni familiari. Parallelamente al lavoro individuale effettuato dall'utente in comunità, è prevista la presa in carico della famiglia da parte dell'Accoglienza, che a partire dal secondo mese di residenza dell'utente in comunità, effettuerà sedute di terapia familiare a cadenza mensile;
- b) l'intervento educativo basato su colloqui e gruppi educativi: tiene conto delle caratteristiche specifiche dell'utente e del coinvolgimento della famiglia nel percorso di riabilitazione. Prevede colloqui periodici con l'utente e il mantenimento di contatti con la famiglia;
- c) le attività psico-corporee sono strutturate in due sessioni giornaliere ed eventuali sessioni aggiuntive. Lo scopo di tali attività è di rafforzare la capacità di prendersi cura del sé corporeo, attivando un percorso di riconoscimento e di integrazione tra le percezioni relative al proprio corpo, come la fatica e alcuni stati emotivi sottili (il senso di vuoto o di impotenza).

Gli utenti sono inseriti in attività ergoterapiche: la pulizia della casa, la manutenzione e la gestione degli spazi esterni (giardini, viali, ecc.), la cura della stalla e degli animali, la coltivazione dell'orto, le attività di recupero all'esterno della comunità.

Il programma attuato in comunità dovrebbe motivare l'utente, ed eventualmente la coppia o la famiglia, ad intraprendere un percorso psicoterapeutico

individuale e/o familiare, una volta conclusa la fase residenziale.

- 3) *La fase post-residenziale* . Questa proposta di intervento prevede la prosecuzione del percorso psicoterapeutico, laddove è necessario e si sia raggiunta una buona motivazione. È inoltre importante il rapporto instaurato con lo psicologo che ha condotto la terapia familiare nel corso del programma comunitario.

In tale fase il coinvolgimento del SerT è fondamentale per garantire da un lato periodici controlli delle urine che attestino l'astinenza dall'uso di sostanze dell'utente, condizione necessaria alla prosecuzione di tale fase del programma, dall'altro per effettuare momenti di verifica e incontri periodici finalizzati alla valutazione del percorso dell'utente.

In caso di ricaduta, il programma prevede un possibile rientro in comunità concordato con il SerT e la ripresa di una fase residenziale finalizzata all'elaborazione della ricaduta, la cui durata viene definita in sede di Accoglienza insieme agli operatori del SerT e all'utente.

Fino a oggi non sono stati ancora avviati con il SerT della provincia di Ferrara programmi con utenti cocainomani. Tuttavia la comunità ha acquisito un'esperienza significativa in questo ambito specifico, collaborando attivamente con SerT, di altre città e regioni che hanno inviato numerosi utenti.

Comunità "Il Ponte"¹⁷

È nostra opinione che il fenomeno droga non sia la causa iniziale di un "disagio" rispetto al comune vivere sociale, ma "l'esperienza transitoria" di uno stato di profondo malessere esistenziale.

L'esperienza droga attecchisce il più delle volte in situazioni prive di un solido retroterra educativo e a maggior ragione in situazioni di affettività carente o distorta.

La persona, trova nella tossicodipendenza un'apparente risposta al proprio malessere, un modo per prendere distanza da sé; il fenomeno droga trova nel disagio di queste persone il terreno adatto per attecchire.

Questo porta a un'alterazione di tutte le soglie di attivazione delle difese dell'individuo. Nel mondo della tossicodipendenza la difficoltà, la fatica, l'impegno e il sacrificio non sono riconosciuti come elementi di costruzione della persona o parte integranti della realtà umana, ma vengono nel complesso sfuggiti. Si ha di conseguenza, uno scarso senso della realtà e l'incapacità ad assumere delle responsabilità e ciò trova sfogo in una concezione della vita impostata sulla convinzione del "tutto subito e senza fatica".

17. Il testo è stato redatto da L. Scarpa, psicologo della Comunità Il Ponte

La personalità che ne emerge è quindi carente di capacità di controllo e di scelta e si presenta squilibrata fra un'individualità spesso dotata di grandi potenzialità e una situazione esistenziale deformata che porta al fallimento e all'autodistruzione.

*L'associazione di volontariato Il Ponte*¹⁸

Il 1° aprile 1994 è stata costituita l'Associazione Il Ponte con l'intento di garantire interventi di prima accoglienza e di orientamento, nel settore delle tossicodipendenze attraverso una struttura "a bassa soglia", capace di rispondere ai bisogni immediati, assicurando prestazioni pluridimensionali anche attraverso una stretta collaborazione con i SerT di competenza.

L'Associazione dispone di due strutture:

- 1) *La sede principale*, dove vengono svolte le fasi di accoglienza, il percorso terapeutico riabilitativo, le verifiche del programma e le modalità di dimissione, reinserimento e svincolo.
- 2) *La "Casa di Massa Fiscaglia"*, esclusivamente predisposta per la fase di reinserimento, per le persone che ne fanno richiesta e per le quali se ne valuta la necessità in accordo con gli enti inviati.

Nei vari anni di esperienza e di collaborazione all'interno del Programma delle dipendenze patologiche della provincia di Ferrara si è condiviso, insieme ai responsabili dei SerT, l'esperienza della certificazione di qualità¹⁹ e successivamente il percorso di accreditamento regionale.

Tra gli obiettivi fissati per l'anno 2007 vi era anche la costituzione di una cooperativa sociale per favorire l'offerta di un servizio sempre più completo agli utenti della struttura.

Dall'ottobre 2007 la gestione dell'attività terapeutica è stata trasferita alla Cooperativa "Il Ponte Servizi". La cooperativa gestisce attualmente il centro di accoglienza²⁰, la comunità terapeutica di proprietà di Don Paolo Cavallari, presidente dell'Associazione di Volontariato. Inizialmente l'intento era di garantire interventi di prima accoglienza e di orientamento alle persone tossicodipendenti in difficoltà. Successivamente i programmi sono diventati più articolati e complessi e attraverso la collaborazione dei SerT sono stati attivati programmi di disintossicazione riguardanti pazienti con patologie complesse.

Negli ultimi anni, in questa sede, è stato dato spazio anche alla strutturazione di programmi terapeutici personalizzati brevi o di media durata, da comple-

tarsi nella fase di reinserimento. Si è inoltre deciso di affrontare il problema delle persone con diverse esperienze fallimentari in comunità e anche i casi di quanti hanno un rapporto sporadico con le sostanze unito a uno scarso degrado personale.

Il target degli utenti è costituito da tossicodipendenti maschi che presentano la necessità di un contenimento differenziato, in relazione alle proprie esigenze specifiche e alla possibilità di attivarsi a vari livelli, compatibilmente con l'adesione alle regole della struttura. In accordo con il SerT è possibile continuare il trattamento farmacologico, modificarlo, ridurlo o terminarlo.

La scelta di intraprendere un percorso terapeutico al "Ponte" può essere determinata anche dalla presenza, nel paziente, di disturbi di personalità anche gravi che non necessitano di strutture psichiatriche e che sono compensati da una terapia farmacologica. Nell'ultima fase del programma si attivano percorsi terapeutici e socio-riabilitativi che prevedono l'opportunità di un inserimento lavorativo guidato all'interno di una struttura specifica. Questo percorso di reinserimento fa parte dei progetti speciali definiti all'interno del Programma delle dipendenze patologiche ed è descritto nell'Accordo di Programma annuale.

La sede operativa principale è una struttura indicata soprattutto per persone che manifestano una scarsa propensione al rispetto verso un'organizzazione della vita comunitaria rigida e strutturata, ma che si caratterizzano per una buona adesione al lavoro terapeutico.

La struttura è rivolta a:

- persone che richiedono un intervento terapeutico motivazionale sulla tendenza alla trasgressione;
- persone agli arresti domiciliari o con limitazioni giudiziarie in carico al SerT;
- soggetti che hanno effettuato altre esperienze comunitarie e necessitano di programmi medio-brevi individualizzati;
- persone che richiedono programmi brevi di recupero e di proseguimento per il reinserimento sociale e lavorativo;
- persone che devono disintossicarsi;
- persone bisognose di reinserimento sociale e lavorativo provenienti da altre strutture.

La tipologia dei programmi prevista è la seguente:

Programmi di disintossicazione anche con terapia a scalare della durata di 3/6 mesi. Durante tale periodo viene effettuata una valutazione diagnostica e

18. L'associazione ha sede legale in via Zappelli, 3, località Borgo Cascina di Migliaro (FE), presso la struttura riconosciuta come ente ausiliario. Costituita con scrittura privata registrata, è iscritta nel registro regionale delle associazioni di volontariato di cui alla L.R. 31 maggio 1993, n° 26, con decreto del presidente della Giunta della Regione Emilia-Romagna n° 783 del 30 agosto 1994; è inoltre stata iscritta presso l'albo degli Enti Ausiliari dal 10 ottobre 1997, al n° 8859 e convenzionata con l'ASL di Ferrara dal 16 aprile 1998 al n° 648.

19. La struttura è Certificata UNI EN ISO 9001:2000 N° 538 del 24.09.2004 e accreditata dalla Regione Emilia-Romagna con certificato del 03/04 aprile 2007.

20. Sito in via Zappelli, 3 Migliaro c/o la sede legale.

delle problematiche soggettive. L'intervento terapeutico prevede l'utilizzo di tecniche motivazionali per favorire la scelta del cambiamento.

È previsto anche l'accompagnamento all'inserimento in altre strutture del territorio.

Programmi brevi che variano da 6 a 8 mesi, distinti a seconda della tipologia del caso in:

- programma di recupero, diretto a soggetti che sono ricaduti nell'uso di sostanze e/o hanno una lunga esperienza comunitaria. È volto a sostenere le capacità della persona a riprendere o riformulare il processo di autonomia;
- programma di reinserimento, finalizzato ad accrescere le capacità di gestione della propria indipendenza da attuare in una sede specifica anche attraverso l'inserimento lavorativo presso aziende del territorio;
- programmi a breve termine, finalizzati alla riduzione, stabilizzazione o cessazione di terapie con farmaci sostitutivi, per favorire l'ingresso dei pazienti presso altre strutture.

Programmi di media durata (8-12 mesi circa) volti a superare comportamenti autodistruttivi e alla realizzazione di un percorso di vita autonomo.

Programmi di comunità della durata di circa 18 mesi che prevedono:

- accompagnamento nella disintossicazione, osservazione delle modalità relazionali del soggetto, elaborazione di una diagnosi indirizzata alla formulazione di un programma terapeutico individuale;
- verifiche con équipe congiunte (CT, SerT, familiari);
- reinserimento nell'ambito familiare, sociale.

Programmi in misura alternativa al carcere secondo le indicazioni dei referenti dei SerT, seguendo le medesime opportunità per programmi brevi o di media durata con la possibilità di portare a termine il percorso con il reinserimento lavorativo.

5.4 LE STRUTTURE SPECIALISTICHE ²¹

STRUTTURA MADRE-BAMBINO Fondazione Exodus Onlus "La casa di Carlotta"

La Comunità Terapeutica²² "La Casa di Carlotta" nasce nel marzo 1993 a San Biagio di Bondeno. Dal 2000 adotta un programma specifico per affrontare le problematiche legate alla genitorialità.

La Casa di Carlotta nasce nel territorio ferrarese per

il legame storico tra la Fondazione Exodus e la Congregazione Opera Don Calabria; usufruisce della Canonica della Chiesa di S. Biagio²³.

Sorta come centro di ascolto si è poi evoluta in comunità residenziale mista con un programma specifico rivolto a utenti che volessero concludere un percorso di studi e alle famiglie con problematiche di tossicodipendenza.

Exodus opera da vent'anni in risposta alle devianze, in alternativa ai programmi riabilitativi già esistenti. Don Antonio Mazzi, fondatore di Exodus, propone un progetto basato su tre linee guida:

- *Itineranza*, quindi il viaggio come scoperta di se stessi;
- il principio di *auto-educazione*, come forma di crescita individuale in cui ogni persona si sente appartenente a un gruppo;
- *le quattro ruote come strumenti educativi* (lo sport, la musica, il teatro, la formazione professionale e il lavoro).

Sono obiettivi principali l'orientamento alla cura e al superamento della condizione di tossicodipendenza, il miglioramento delle condizioni di salute e lo sviluppo di percorsi terapeutici individuali che si snodano nel progetto educativo. Tali obiettivi vengono sempre condivisi con l'utente e si sviluppano in fasi successive suddivise in: Accoglienza, Valutazione, Formulazione del progetto, Trattamento, Realizzazione del programma e sua valutazione.

Si tratta di un percorso che si sviluppa in 4 fasi differenziate ma integrate tra loro: Accoglienza, Cammino, Rimotivazione e Reinserimento.

La specificità del Progetto della "Casa di Carlotta" è di accogliere gli ospiti con i figli, per consentire ai genitori in difficoltà di affrontare in modo maturo i problemi legati alla genitorialità e di migliorare il proprio rapporto umano e affettivo con i figli.

Gli obiettivi generali del programma sono:

- preservare la salute psicofisica dei minori, promuovendo il loro diritto all'infanzia e per quanto possibile quello incontestabile di un futuro sociale e affettivo sicuro;
- ottenere cambiamenti comportamentali durante le fasi di intervento sugli adulti;
- proporre ai genitori tossicodipendenti o "inadeguati" un'ottica di intervento intesa a favorire un positivo processo di "attaccamento" al figlio;
- favorire la capacità di apprendimento, relazione e socializzazione.

Avendo constatato come la tossicodipendenza comprometta seriamente le capacità genitoriali, si ritiene

21. Il testo è stato redatto da S. Mori, Responsabile Comunità Exodus "La casa di Carlotta", L. Cavallini, COD "L'Airone"

22. La Comunità è iscritta con Decreto n° 393 del 25 gennaio 2000 all'albo degli Enti Ausiliari predisposto dalla Regione Emilia-Romagna, ai sensi dell'art. 116 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n° 309.

23. Sita in Via Provinciale, n. 98, Bondeno.

che il processo di “riacquisizione” dei compiti parentali non possa essere disgiunto dal percorso riabilitativo per le seguenti ragioni:

- per prendere coscienza degli impegni e delle gioie derivanti dall’assunzione del ruolo genitoriale;
- per l’importanza dello stile di relazione che dovrebbe essere sempre quello collaborativo;
- per acquisire la capacità di sapersi adeguare dinamicamente ai cambiamenti delle fasi evolutive del figlio.

La struttura propone ai genitori tossicodipendenti un’ottica di intervento intesa a favorire lo sviluppo di un positivo processo di attaccamento al figlio.

La specificità del progetto è quella di tentare il ricongiungimento del genitore in difficoltà per problemi di tossicodipendenza o di disagio sociale con i figli e, quando vi siano i presupposti, con il coniuge: il fulcro della comunità è il lavoro sulla genitorialità.

Il progetto educativo si occupa delle madri e dei padri perché sperimentino quanto il ruolo di “genitore” abbia un valore insopprimibile. Cerchiamo di coinvolgere i genitori affinché sperimentino il rapporto con i propri figli con assunzione di responsabilità, apprezzandone gli aspetti di gioco e di festa. Salvaguardare il rapporto genitore–bambino e fare in modo che esso si sviluppi adeguatamente, in modo armonioso ed evitando rotture sono le linee portanti del lavoro degli operatori di “Casa di Carlotta”.

Il processo di acquisizione di un consapevole e maturo ruolo genitoriale è irto di difficoltà, ma proprio per questo richiede interventi di aiuto pluri-specialistico ed omogeneo nei suoi fini e necessita di interventi integrati di professionalità diverse.

Gli strumenti e le risorse utilizzati sono: colloqui educativi e di sostegno psicologico, psicoterapia individuale, colloqui di coppia, gruppi verbali, di genitorialità e di dinamica

Gli impegni che la Comunità ha assunto sono indirizzati a:

- operare una presa in carico globale delle persone e offrire percorsi individualizzati e dinamici;
- motivare le famiglie a un sostegno partecipato nei confronti dei loro congiunti;
- rilevare attraverso un monitoraggio continuo la relazione fra utente, operatore e famiglie nel rispetto delle necessità espresse da ognuno;
- sviluppare attività di raccordo con altri enti;
- promuovere momenti di informazione e di sensibilizzazione circa le problematiche delle persone svantaggiate;
- favorire la creazione di un sistema integrato con l’Azienda USL e in particolar modo con il SerT e i Servizi per i Minorenni;
- formare l’educatore Exodus affinché sia prima di tutto educatore di se stesso e che viva tutto ciò che riesce a trasmettere. Si tratta di un operatore che è in grado di lasciarsi educare dalle situazioni che incontra ed è in continua ricerca e autoformazione, è attento ai mutamenti sociali e ai fenomeni che

provocano violenza, ingiustizia, disagio o emarginazione;

- svolgere attività volte alla prevenzione coinvolgendo primariamente la scuola, la famiglia, le associazioni sportive, le realtà musicali e ricreative;
- coinvolgere tutto il personale nei percorsi per l’accreditamento.

La Casa di Carlotta propone un programma terapeutico in cui vengono definiti chiaramente gli obiettivi di cambiamento, le modalità di trattamento, gli strumenti psico-educativi utilizzati e la durata. Per ogni programma proposto gli obiettivi vengono condivisi con i Servizi invianti e con l’utente.

Tra i prodotti offerti il progetto prevede la Fase del Reinserimento in cui l’utente ha la possibilità di mantenere un contatto continuo con la comunità al fine di “diluire” il momento dello svincolo.

Attraverso questi contatti prolungati che coinvolgono anche la famiglia, la rete dei servizi e gli strumenti di misurazione e monitoraggio, si vuole garantire la verifica dell’appropriatezza del trattamento.

L’équipe educativa della Casa di Carlotta è costituita da una responsabile psicologa, quattro educatori, una psicoterapeuta e alcuni volontari.

Tutte le figure professionali vengono coinvolte nella costruzione dei propri percorsi formativi e nella rappresentazione delle necessità evolutive della struttura di appartenenza.

Centro osservazione e diagnosi “L’Airone” di Argenta

Il Centro Osservazione e Diagnosi (COD) “L’Airone” è stato aperto nel novembre 2000, ha sede in via Crocetta n°18 ad Argenta ed è un servizio della cooperativa sociale C.I.D.A.S.

Il Centro che ha l’autorizzazione al funzionamento per 15 utenti, è certificato UNI EN ISO 9001/2000 n° 405 e UNI 11031 specifica per centri residenziali per persone dipendenti da sostanze d’abuso.

È una struttura residenziale di tipo sanitario, che accoglie tossicodipendenti e alcolisti, anche con problematiche di doppia diagnosi non in fase di scompenso, al fine di effettuare disintossicazioni in ambiente protetto e stabilizzare i pazienti per una migliore e adeguata gestione del programma successivo.

Ogni progetto è individualizzato e concordato con il SerT inviante.

L’équipe della struttura è multiprofessionale: un medico che presta servizio almeno tre volte alla settimana, educatori professionali presenti per 24 ore al giorno per tutto l’anno, uno psicologo in servizio alcuni giorni della settimana, un infermiere professionale presente per alcune ore tutti i giorni.

Negli anni il C.O.D. ha modificato la sua organizzazione in seguito alle variazioni dei problemi inerenti la tossicodipendenza, tanto da accogliere pazienti sempre più gravi e con problematiche multiple e complesse, tali da richiedere interventi orientati su

più versanti, sia di tipo sanitario, sia psichiatrico e sociale.

Le disintossicazioni vengono effettuate attraverso il monitoraggio costante delle condizioni dei pazienti e degli effetti delle terapie somministrate, valutando attentamente possibili interazioni farmacologiche in base allo stato clinico, anche con accertamenti specifici effettuati nelle strutture specialistiche (malattie infettive, cardiologia, psichiatria, ecc.).

Oltre alla disintossicazione da oppiacei, infatti, si sono nel tempo predisposti programmi per il trattamento della dipendenza da cocaina. Attraverso accurate valutazioni dello stato clinico e del profilo di personalità dei cocainomani, si predispongono i trattamenti farmacologici più adeguati per una migliore gestione della tipologia di craving manifestata, con prescrizioni e indicazioni terapeutiche da proseguire alla dimissione.

Sono stati predisposti anche programmi specifici per alcoldipendenti, con la finalità di gestire le problematiche alcolcorrelate, mediante la disintossicazione effettuata in fase acuta.

Gli obiettivi sono di stabilizzare e mantenere l'astinenza dall'alcol, utilizzando la terapia adeguata che tenga in considerazione le patologie alcolcorrelate e il loro trattamento, suggerendo infine le indicazioni per aiutare nel migliore dei modi il paziente anche dopo la dimissione.

Possono entrare al C.O.D. pazienti maggiorenni di entrambi i sessi.

La durata media dei programmi è di tre mesi, ma su precisi accordi con i SerT invianti sono possibili tempi differenziati per difetto o per eccesso, purché gli obiettivi siano esplicitati e condivisi.

Data la tipologia di pazienti accolti nella struttura e poiché ogni programma è commisurato alla situazione clinica di ognuno di essi, le attività comuni svolte dai pazienti all'interno del C.O.D. riguardano:

- il riordino e le pulizie;
- le attività sportive in palestra e in piscina finalizzate ad allentare le tensioni, a riappropriarsi delle sensazioni corporee e a migliorare la coordinazione;
- l'accompagnamento a passeggio dei cani del locale canile municipale, al fine di agevolare il contatto con l'esterno in una condizione protetta, occupandosi di animali domestici in condizioni di abbandono, per migliorare le capacità di accudimento residue;
- eventuali gite o uscite brevi, finalizzate alla condivisione in gruppo di momenti di svago al fine di attivare o riattivare la capacità di sviluppare percezioni ed emozioni attraverso esperienze semplici, ma significative.

All'interno della struttura vengono inoltre svolti rego-

lamente gruppi di educazione sanitaria, gruppi organizzativi sulle attività quotidiane, in cui sono messe a confronto le diverse esperienze. Al tempo stesso si gestiscono le dinamiche legate alle relazioni che si sono instaurate tra gli ospiti, al fine di dare significato ai vissuti e limitare al massimo gli agiti impulsivi che molti non sanno assolutamente gestire.

Ogni paziente che entra al C.O.D. è presentato all'équipe che decide a quale educatore di riferimento assegnarlo.

L'educatore di riferimento ha il compito di raccogliere informazioni e accogliere i vissuti e insieme all'équipe e agli operatori del SerT inviante, si occupa di predisporre il progetto educativo individualizzato maggiormente adeguato per le risorse del paziente che lo deve accettare e condividere.

A tal fine, ogni valutazione psicologica, per la quale vengono utilizzati anche strumenti di indagine psicodiagnostica ed educativa, viene correlata agli aspetti sanitari che hanno determinato in modo preponderante sugli altri la necessità dell'inserimento al C.O.D., al fine di ottimizzare le risorse ed elaborare pertanto progetti terapeutici realistici ed efficaci.

5.5 LE CARATTERISTICHE DEGLI ENTI E IL PROFILO DELL'UTENZA²⁴

La maggior parte degli Enti presenti sul territorio della provincia di Ferrara adotta una forma giuridica che può essere compresa nella categoria di organizzazioni no profit, ossia di organizzazioni che svolgono attività in ambito sanitario e socio-assistenziale, senza fini di lucro.

La forma prevalente è quella della "cooperativa sociale", seguita dall'"associazione" e dalla "fondazione".

Seguendo la classificazione prevista dall'Accreditamento istituzionale, sul territorio provinciale, sono operative tre Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativa, dislocate a Migliaro, Mesola e Bondeno, una Struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativa a Denore, una struttura residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (Cod di Argenta), e una struttura specialistica madre-bambino a Bondeno.

Questa articolazione consente di rispondere in modo adeguato a un'ampia gamma di bisogni, espressi dalla popolazione tossicodipendente, coerente con le indicazioni regionali e con la programmazione territoriale, volta a garantire una pluralità di risposte adeguate ai bisogni del territorio di riferimento.

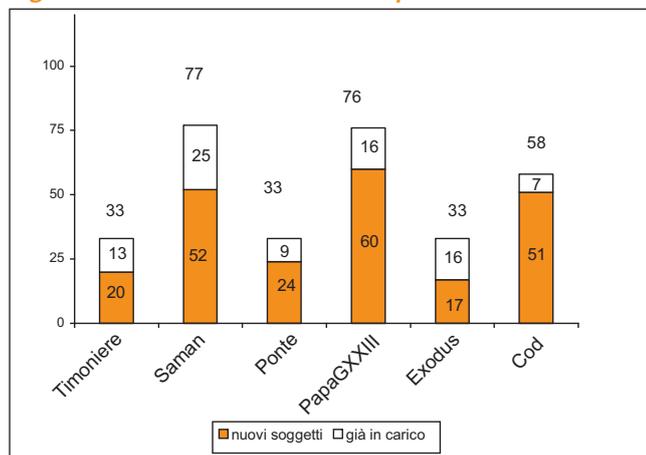
Nella provincia di Ferrara, gli operatori che lavorano nelle strutture accreditate del privato sociale nel set-

24. I paragrafi 5.5 e 5.6 sono stati redatti da C. Sorio e G. Antolini, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Ausl di Ferrara. I dati presentati si riferiscono alle rilevazioni statistiche ufficiali della regione Emilia-Romagna e sono riferiti all'anno 2007.

tore dipendenze patologiche sono 61, con una media di circa 10 operatori per Ente.

Gli Educatori professionali rappresentano il 34,4%, gli psichiatri e gli psicologi il 19,7%, i medici il 3,3%. A testimonianza dell'attenzione, sempre crescente da parte delle Comunità, al tema della formazione lavorativa il personale tecnico rappresenta il 14,7% del totale.

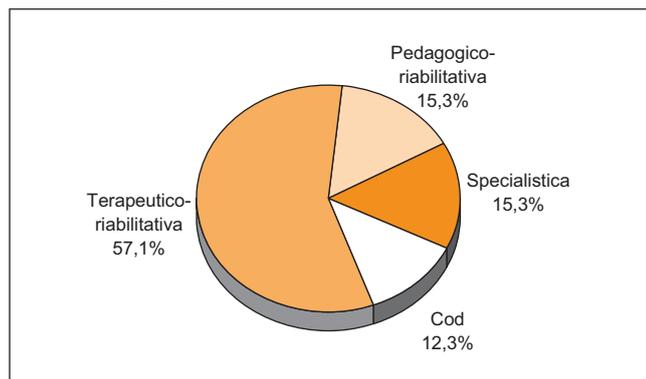
Fig. 1 Utenti totali e nuovi distinti per struttura



Nel 2007 gli Enti hanno offerto 120 posti ospite, 62 posti di tipo terapeutico-riabilitativo (51,7%), 25 pedagogico-riabilitativi (20,8%) e 33 specialistici (27,5%).

Tale dato, va letto in relazione ai progetti speciali individuati per specifici bisogni emergenti, già declinati nei paragrafi precedenti, che si sono sviluppati nei diversi ambiti territoriali rispecchiando una forte necessità di differenziazione nella struttura dell'offerta compatibile con i nuovi bisogni espressi dagli utenti.

Fig. 2 Percentuale di giornate offerte dagli enti aderenti all'accordo RER-CEA



Le giornate di assistenza fornite complessivamente ai 311 pazienti inseriti nelle strutture residenziali sono state 31.965, di cui il 51,7% (18.259) in strutture terapeutico riabilitative residenziali, il 15,3% (4.887) nella comunità specialistica madre-bambino Exodus "La Casa di Carlotta", il 15,3% (4.881) nella struttura pedagogico riabilitativa Papa Giovanni XXIII. Presso il centro di osservazione e diagnosi i 58

pazienti hanno usufruito di 3.938 giornate pari al 12,3% del totale (Fig. 2).

Rapportandole al numero complessivo di posti ospite offerti (120), emerge una proporzione pari al 73% di utilizzo medio nell'anno.

Le comunità che si allineano al dato complessivo sono Exodus "La Casa di Carlotta", il Cod "L'Airone" e Papa Giovanni XXIII. Il Ponte presenta un tasso di occupazione posti letto dell'81,4% al di sopra della media provinciale. Una situazione di massima occupazione si ritrova nelle strutture terapeutiche di Saman e Il Timoniere (Fig. 3).

Il numero di utenti mediamente presenti in ciascun giorno dell'anno (presenza media giornaliera) è allineato al numero di posti letto offerti nella struttura di Saman "Le Muraglie" (con 24,4 soggetti giornalmente presenti), mentre per le altre realtà si attesta su valori leggermente inferiori all'offerta totale di posti. Complessivamente circa 3 utenti ruotano su ciascun posto ospite. Valori superiori all'indice di rotazione provinciale si ritrovano al Cod (3,9), Saman (3,3) e Papa Giovanni XXIII (3,0).

Al Timoniere e a Exodus si registrano in corrispondenza di ogni posto letto indici di rotazione tra i più bassi a livello provinciale; questo può essere spiegato dal lungo periodo di permanenza in struttura

Fig. 3 Tasso di utilizzo medio per Ente accreditato della provincia di Ferrara. (Valori %)

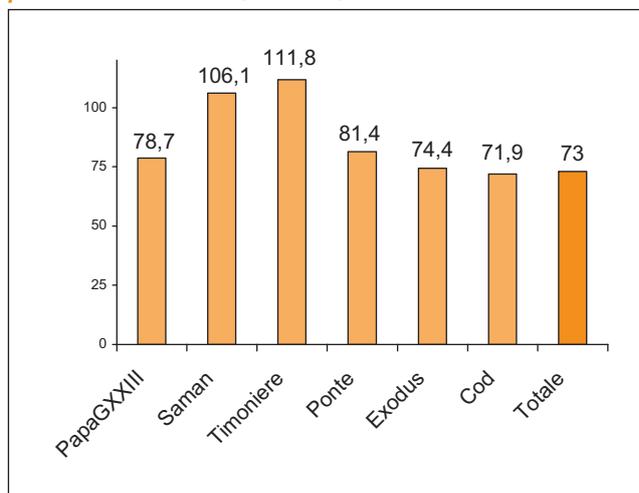
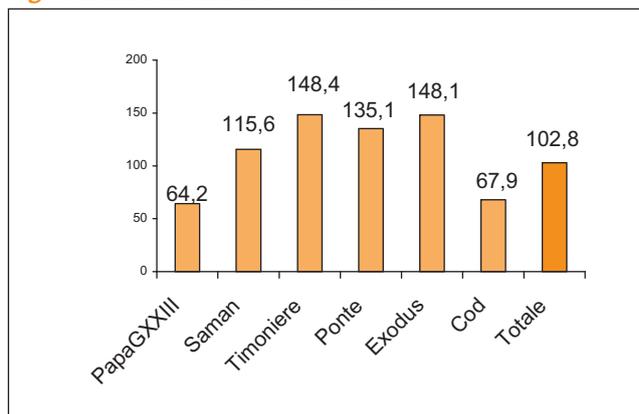


Fig. 4 Durata media dei trattamenti

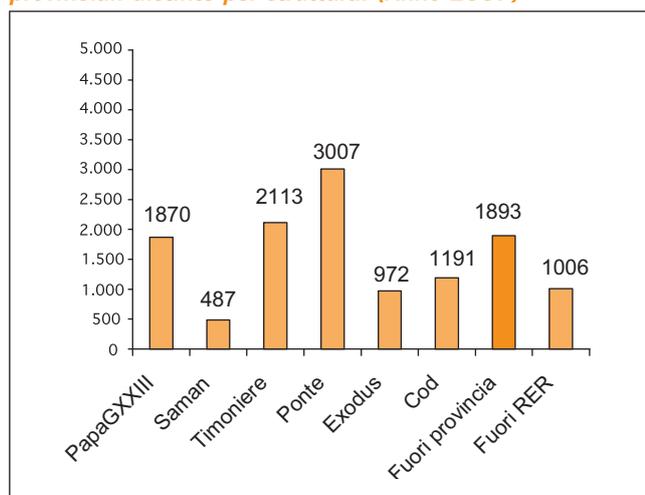


che è di circa 5 mesi rispetto alla media provinciale che è di poco superiore a 3 (103 giorni). I percorsi più brevi (circa 2 mesi) si ritrovano al Cod e a Papa Giovanni XXIII.

Nell'analisi di questo dato occorre considerare che sia la struttura specialistica di orientamento e diagnosi che la pedagogico-riabilitativa sono strutturate per programmi brevi.

Nell'analisi occorre considerare la provenienza dei soggetti inseriti, dal momento che gli Enti aderenti all'Accordo offrono prestazioni nell'ambito dell'intero servizio sanitario nazionale e, pertanto, possono

Fig. 5 Giornate di assistenza degli utenti inviati dai SerT provinciali distinte per struttura. (Anno 2007)



erogare trattamenti anche per soggetti inviati da altri servizi territoriali o da Aziende extra-regione.

Rapportando il numero delle giornate realizzate alla variabile della provenienza degli invii, si evidenzia che la quota di giornate realizzate nella provincia di Ferrara copre oltre la metà del totale (71,6%); la restante quota di giornate si realizza nella quasi totalità dei casi per soggetti extra-provincia (28,4%).

Per comprendere meglio il dato, è importante collocarlo all'interno del quadro complessivo dell'impatto dell'Accordo regionale RER-CEA²⁵ e dei relativi Accordi locali. Già nella valutazione dei primi anni di applicazione dell'Accordo i dati del Sistema provinciale dei Servizi pubblico-privato per le dipendenze danno conto del miglioramento dei meccanismi di regolazione della spesa e degli invii, con il rispetto della spesa programmata per i trattamenti in residenzialità e la riduzione di inserimenti fuori provincia e fuori Regione. Infatti il budget speso per inserimenti in strutture fuori provincia (ma in Regione) passa dal 48,5% al 14,3% nel 2007; per gli inserimenti fuori Regione passa dal 17,1% del 2004 al 6,2% del 2007. Si conferma l'utilizzo delle strutture provin-

ciali per una parte cospicua di soggetti provenienti dai SerT della provincia di Ferrara: infatti la quota di budget speso nelle strutture della provincia di Ferrara passa dal 33,1% del 2004 al 78,9% del 2007, quale indicatore del grado di auto-promozione del sistema di offerta locale.

Il profilo dei soggetti inseriti

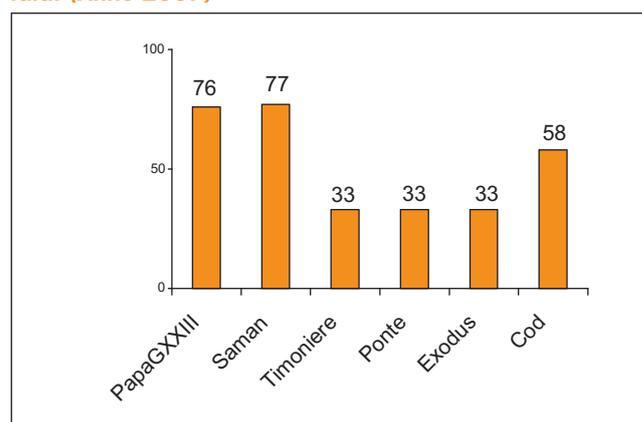
Il profilo dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali e semiresidenziali costituisce una fonte informativa importante per delineare i bisogni di salute che compongono il quadro della domanda di trattamento degli stati di dipendenza.

Infatti la programmazione congiunta pubblico-privato dell'offerta dei trattamenti si sviluppa dalla lettura dei bisogni compositi emergenti dal territorio. Solo attraverso il monitoraggio costante delle caratteristiche degli utenti e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze nella popolazione si costruisce la capacità della rete dei Servizi di pianificare un'offerta rispondente ai bisogni.

I dati raccolti dagli Enti accreditati contribuiscono a comporre il quadro della domanda già monitorato dall'Osservatorio provinciale dipendenze, attraverso i flussi informativi provenienti dai SerT e dalle stime di consumo nella popolazione studentesca. Le rielaborazioni messe a disposizione dall'Osservatorio facilitano processi di autoriflessione del sistema e degli attori che lo compongono, in funzione di una programmazione congiunta e condivisa.

Nell'anno 2007 sono stati 311 i soggetti che hanno ricevuto un trattamento di cura presso le strutture re-

Fig. 6 Utenti seguiti dalle strutture della provincia di Ferrara. (Anno 2007)

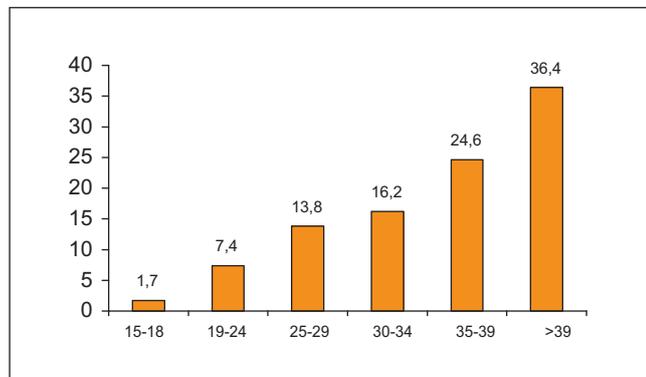


sidenziali e semiresidenziali accreditate sul territorio provinciale. Tredici sono i bambini dai 0 ai 13 anni che hanno seguito i genitori nella comunità Exodus "La casa di Carlotta" (Fig. 6). I nuovi soggetti inseriti nell'anno sono stati 224 pari al 72% degli utenti complessivamente presenti.

25. Valutazione dell'Accordo RER-CEA per il sistema dei Servizi per le dipendenze 2007, Regione Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2007.

Per quanto concerne il profilo socio-anagrafico: l'82,8% (246 soggetti) sono maschi; la classe di età più rappresentata è quella oltre i 39 anni con il 36,4%, segue la classe da 35 a 39 anni con il 24,6%. I minori (15-18) sono 5 pari all'1,7% e sono tutti dipendenti da eroina. Si consolida, in partico-

Fig. 7 Età dei soggetti presenti nelle strutture. (%)

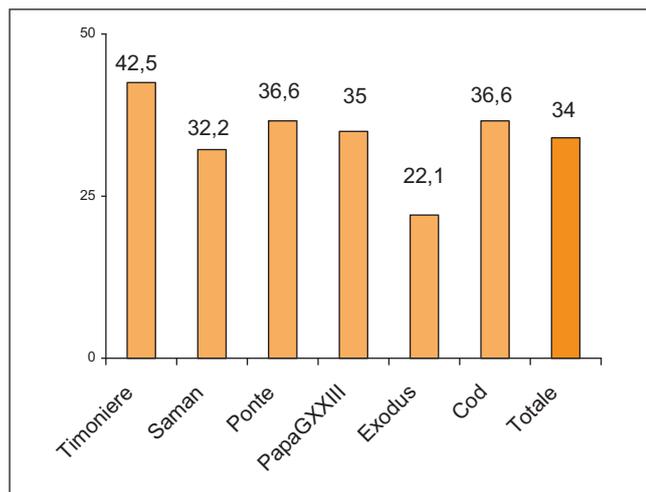


lare nelle strutture residenziali in modo ancora più netto rispetto ai pazienti dei servizi ambulatoriali, la presenza consistente di una fascia di soggetti adulti in trattamento per le dipendenze (Fig. 7).

L'età media complessiva è di 34 anni, anche se va sottolineato che le strutture con l'utenza più anziana sono Il Timoniere (42,5), Il Ponte e il Cod (36,6). specularmente la comunità più giovane è Exodus "La casa di Carlotta", con un'età media dei soggetti in struttura, esclusi i figli minori residenti, di 22 anni (Fig. 8).

Gli utenti più anziani sono alcolisti con un'età media di 36 anni, (il 56,8% supera i 39 anni di età),

Fig. 8 Età media dei soggetti in struttura



seguono gli eroinomani e i cocainomani con 33 anni di media.

A fronte dei cambiamenti avvenuti in questi anni nella struttura della popolazione tossicodipendente, le comunità che fanno parte del sistema dei servizi di Ferrara hanno avviato processi di progressivo adattamento che stanno ridisegnando il profilo tradizionale degli utenti inseriti in centri residenziali.

A partire dalla fine degli anni '90 molte strutture hanno iniziato ad accogliere pazienti in trattamento sostitutivo, un approccio di avvicinamento al farmaco che ha comportato importanti processi di cambiamento organizzativo, sia sul piano culturale, sia su quello pratico-clinico e procedurale. Negli ultimi anni si stanno consolidando le sperimentazioni di trattamenti residenziali per alcolisti cronici orientati a fornire un supporto integrato a forte rilevanza sociale.

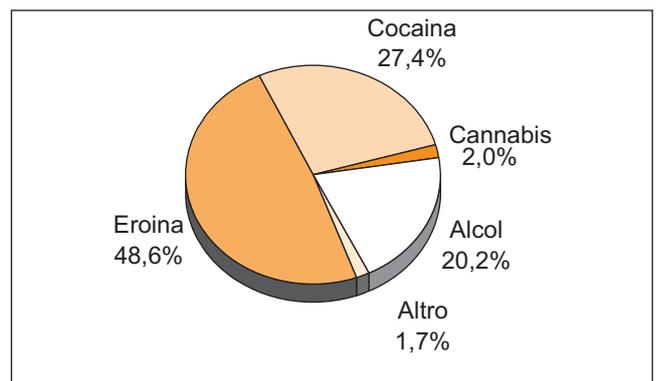
Infine va messo in rilievo la sperimentazione del modulo per il trattamento dei soggetti cocainomani avviato dalla struttura Saman.

La distribuzione dei soggetti sulla base della sostanza primaria di assunzione delinea come la popolazione target che usufruisce delle strutture terapeutiche sia piuttosto variegata. Infatti le tipologie di pazienti in carico sono così distribuite: 48,3% eroina, 27,2% cocaina, 20,1% alcol, 2% cannabis, 1% ecstasy, 0,7% benzodiazepine.

Disaggregando i dati per Struttura si osserva che la percentuale più elevata di inserimenti di soggetti tossicodipendenti interessa la struttura terapeutica di Saman con il 92,2% di cui il 37,7% con dipendenza dalla cocaina come sostanza primaria. Il Timoniere ha la proporzione più alta di utenza alcolista: 57,6% contro il 39,4% di eroinomani. Il Ponte segue in prevalenza utenti dipendenti da eroina (60,6%), anche se ha una quota rilevante di cocainomani (15,2%) e alcolisti (15,2%).

Il Cod è la struttura che percentualmente segue il maggior numero di cocainomani (60,3% rispetto al totale dell'utenza in carico); gli eroinomani rappresentano il 20,7% e gli alcolisti il 19% (Fig. 9).

Fig. 9 Soggetti in trattamento distinti per sostanza primaria d'abuso



5.6 LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI TRATTAMENTI

Le comunità terapeutiche accreditate presenti sul territorio della provincia di Ferrara sono oramai strutturalmente all'interno del Sistema dei servizi per le tossicodipendenze.

Lo sviluppo di un confronto basato sulla valutazione degli esiti dei trattamenti è sicuramente uno degli aspetti caratterizzanti il processo di miglioramento che le strutture e i SerT hanno fatto in questi ultimi anni. L'obiettivo è di individuare gli aspetti di possibile sviluppo su cui puntare, al fine di individuare efficaci modalità di collaborazione fra SerT e strutture private, individuando programmi basati su specifici obiettivi ritenuti realizzabili e verificabili.

La valutazione costituisce uno strumento cardine della programmazione, in quanto consente di individuare i fattori che incidono sulla determinazione dei tassi di abbandono e dei tassi di ritenzione in trattamento e, di conseguenza, permette di intervenire sui punti ritenuti suscettibili di miglioramento.

Come evidenziato nella descrizione delle caratteristiche delle persone in trattamento che hanno affrontato un programma residenziale, nella maggior parte dei casi si tratta di persone con problematiche relative alla dipendenza da droghe e alcol. Solo l'1% del totale la casistica è riferibile ad altre tipologie di problemi, quali il gioco d'azzardo, o altre forme di dipendenza non connesse all'assunzione di sostanze.

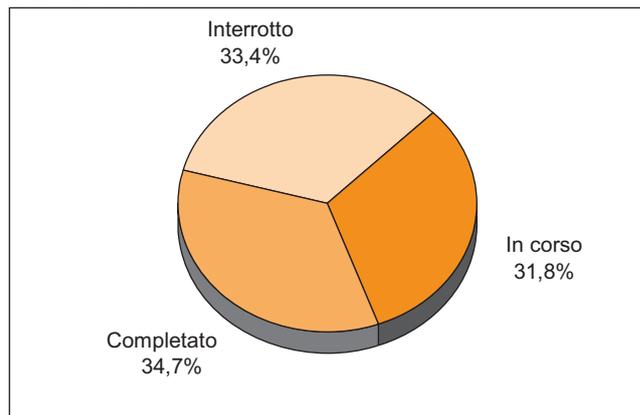
Nell'analisi dei dati che provengono dal "Sistema informativo comunità terapeutiche" della Regione Emilia-Romagna, sono stati considerati i programmi terapeutici di tutti i soggetti in carico alle strutture nel corso del 2007, contando anche coloro che nel corso dell'anno hanno proseguito un trattamento iniziato durante l'anno precedente. Tutti i programmi sono stati esaminati sino al 31 dicembre del 2007. Per ogni programma è stata considerata la data di inizio, la data di fine e l'esito del processo terapeutico. Per i soggetti che proseguono dei programmi iniziati precedentemente al periodo di osservazione, è stata esaminata la data di ingresso in struttura anche se antecedente al 2007.

Il concetto di esito in questo caso è stato limitato al processo terapeutico e non ai risultati raggiunti. Ogni esito è stato classificato come segue:

- *Ancora in corso* che riguarda quanti sono ancora in carico alle strutture alla data del 31/12,
- *Concluso*, che comprende il percorso completato e terminato con dimissione concordata,
- *Interrotto*, che somma l'abbandono del programma da parte dell'utente e l'espulsione dalla comunità.

Sono stati esaminati 311 differenti percorsi terapeutici intrapresi dai soggetti in struttura nel corso dell'anno. La maggior parte dei soggetti ha seguito un solo percorso terapeutico nel corso dell'anno (92,7%), il restante 7,3% ha effettuato due o più

Fig. 10 Soggetti distinti per esito del trattamento al 31/12/2007



percorsi sempre all'interno dello stesso Ente. Al 31 dicembre 2007, 99 soggetti, pari al 31,8% del totale, stavano proseguendo il trattamento; 104 utenti (pari al 33,4%) lo avevano interrotto; per 108 soggetti (34,7%) il programma è risultato concluso, cioè portato a termine secondo quanto stabilito inizialmente nel contratto terapeutico concordato (Fig. 10).

La ritenzione in trattamento, ossia la capacità di una struttura di evitare gli abbandoni dei programmi terapeutici è uno degli indicatori maggiormente consolidati nell'ambito degli studi sulle dipendenze, poiché proseguire il trattamento consente di ottenere dei miglioramenti sia nel rapporto con le sostanze,

Fig. 11 Percentuale di soggetti con esito completato per struttura terapeutica

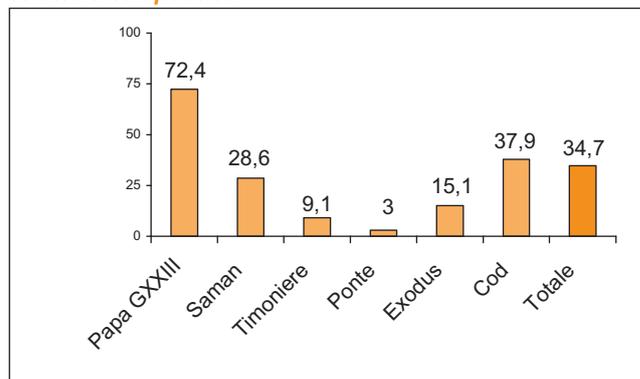
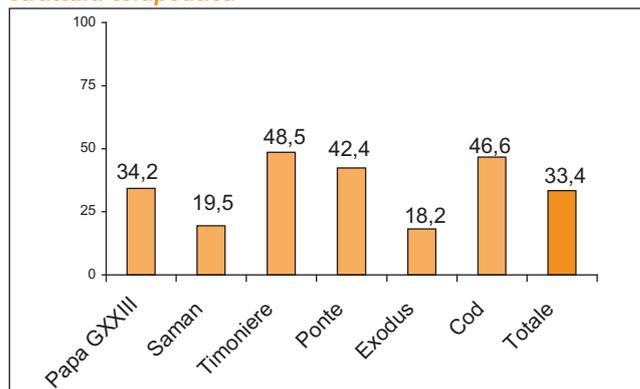


Fig. 12 Percentuale di soggetti con esito interrotto per struttura terapeutica



sia in termini di qualità della vita e inoltre consente di rimanere al di fuori di ambienti e relazioni potenzialmente pericolosi.

I programmi completati nell'anno mediamente sono giunti a conclusione dopo 175 giorni di comunità, con un minimo di 85 al Centro Osservazione e Diagnosi e un massimo di 560 giorni alla Casa di Carlotta (Figg. 11-12).

I trattamenti interrotti durano mediamente 82,5 giorni, con un minimo del Cod di 56 e un massimo di 163,6 presso "Il Ponte" (Fig. 13-14).

Le motivazioni che portano al termine anticipato di un programma terapeutico (33,4%, pari a 104 casi) sono molto varie.

Per individuare il periodo più a rischio di interruzione è stato costruito un grafico che rappresenta gli esiti nei primi 90 giorni. Dalla figura 15 emerge un rilevante numero di interruzioni tra il primo mese e il

hanno l'obiettivo di inserire la persona in un nuovo contesto che nella maggior parte dei casi segna una rottura rispetto alle abitudini di vita condotte sino a quel momento. È una fase che le comunità terapeutiche definiscono di accoglienza, proprio a significare che l'obiettivo che ci si pone è in primo luogo di accogliere la persona con i propri bisogni e le proprie caratteristiche.

Questa è la fase in cui si verificano la maggior parte delle interruzioni dei programmi; per questo è essenziale esaminare quali siano gli elementi che facilitano le interruzioni.

Seguendo le indicazioni delineate nello studio regionale, è stato analizzato l'esito di tutti i soggetti in struttura nei primi 90 giorni.

Il grafico evidenzia come nei 90 giorni considerati, il tasso di abbandono del programma sia di gran lunga la curva maggiormente rappresentata rispetto agli altri esiti. È una tendenza progressiva che parte dal primo giorno sino all'ultimo senza soluzione di continuità. I primi periodi sono i più delicati per la determinazione di una interruzione, infatti nei primi 90 giorni si verifica la quasi totalità delle chiusure anticipate dei programmi (26,4 nei primi 90 giorni contro il 33,4 totale).

Il 14% (36) dei soggetti inseriti interrompe il programma in comunità entro i primi 30 giorni e nei soli primi 15 giorni il tasso di abbandono è circa del 9%. In questo caso le motivazioni dell'abbandono possono essere sicuramente attribuite alle difficoltà di adattamento a un contesto di vita in comune molto strutturato e normativo.

La tendenza si riflette anche nei mesi successivi, anche se con incrementi percentuali meno rilevanti rispetto al primissimo periodo. Al sessantesimo giorno, il tasso di abbandono risultava del 22,4%. In tre mesi il 26,4% dell'utenza inserita ha interrotto il programma terapeutico.

Fig. 13 Durata media dei programmi completati

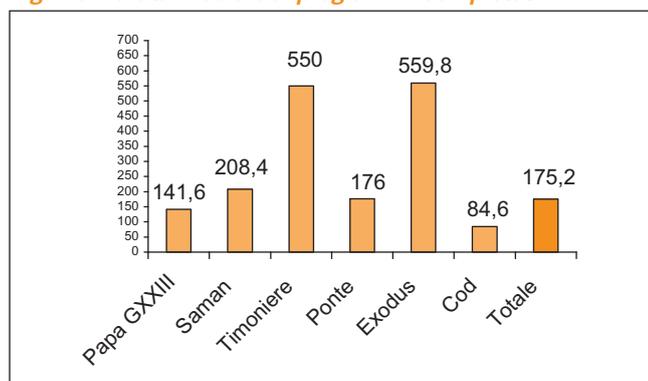
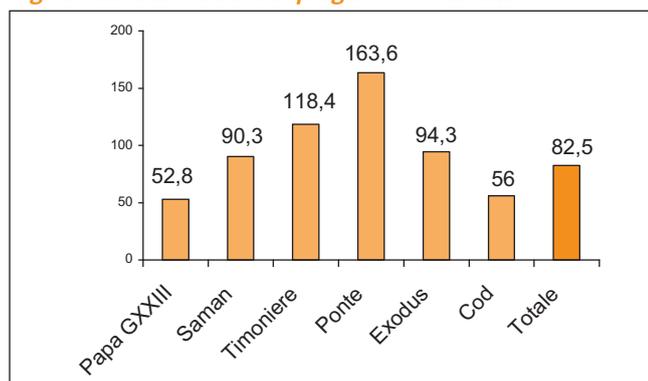


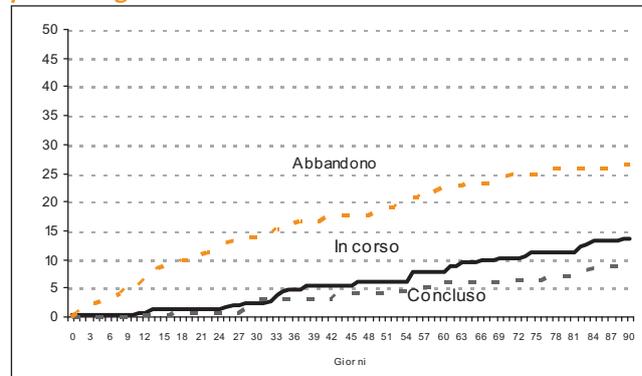
Fig. 14 Durata media dei programmi interrotti



secondo. Dal terzo mese si assiste ad una stabilizzazione degli abbandoni con programmi maggiormente consolidati e meno suscettibili di interruzioni.

I diversi percorsi terapeutici finiscono per lo più oltre i 30 giorni, ma è interessante notare come nel primo mese vi sono delle conclusioni che possono essere attribuite a programmi terapeutici brevi come quelli effettuati presso i centri di osservazione e diagnosi. Studi internazionali e nazionali sugli esiti nelle comunità terapeutiche mostrano come le prime fasi di trattamento siano le più suscettibili di abbandoni da parte dei pazienti. L'accoglienza e i primi trattamenti

Fig. 15 Percentuale cumulata per esito dei programmi nei primi 90 giorni



PARTE III

Le Associazioni di Volontariato

6. AUTO-AIUTO, CITTADINO COMPETENTE E RETE DIFFUSA

6.1 LAVORARE IN RETE¹

L'importanza del lavoro per progetti soprattutto per coloro che operano nel sociale

In ogni momento la nostra società, si è fatta carico dei bisogni dei cittadini, in particolare di quelli più svantaggiati, attraverso la carità, la beneficenza, l'assistenza, la solidarietà, naturalmente con motivazioni e modalità diverse legate alla cultura ed alla organizzazione delle proprie istituzioni.

In ambito sociale, gli interventi si sono sviluppati su due direttrici:

1. macro progetti – servizi specifici, regolati da norme, orientamenti ideali, con l'obiettivo di modificare le realtà sociali attraverso una pianificazione mirata e un'organizzazione "dall'alto", fino a quando questo lavoro ha cominciato a mostrare grossi limiti perché, ad esempio, le realtà si modificano in tempi brevi e le problematiche si frantumano;
2. singoli casi o piccoli numeri, concentrando su questo metodo tutte le risorse disponibili avendo come immediata finalità la risoluzione del problema o dell'emergenza.

In questi due percorsi, il modello progettuale è sempre in ogni caso deciso da chi fa il progetto - i responsabili dei servizi, l'operatore, il presidente dell'associazione - perché risulta l'interprete unico e migliore della realtà, del bisogno della persona e in grado di fornire risposte, a volte già predefinite.

Il contesto locale – la comunità

Se ognuno di noi prova a guardare oltre il proprio servizio, la propria associazione, il proprio settore, allora si può vedere che nella nostra comunità ci sono abilità, esperienze, saperi diversi e creativi che hanno bisogno di trovare connessioni fra loro.

Dobbiamo quindi accettare l'idea che gli attori sociali oggi siano diversi e allora possiamo pensare all'azione del programmare, del progettare come una sperimentazione.

Il progetto non è, quindi, pensare alla soluzione una volta per tutte, ma è un percorso che va verificato e ricostruito costantemente e gli attori diventano loro stessi parte attiva della situazione. In definitiva nella

nostra comunità ci sono medici, psicologi, assistenti sociali, religiosi, educatori, infermieri, insegnanti, familiari, volontari, che possono diventare promotori della progettazione.

Quando parliamo, quindi, di partecipazione ai tavoli di confronto e alle aree di lavoro (Piani di zona, aree CSV, ecc.), non parliamo di luoghi astratti e lontani, dove si rischia di essere sempre spettatori; qui adesso parliamo della nostra quotidianità, della vita della nostra città, dei nostri paesi e dei quartieri e in quest'ottica ognuno di noi è toccato, ognuno di noi può diventare attore nelle scelte della politica locale. Politica, "intesa come modo di pensare e organizzare le pratiche istituzionali; un modo nuovo di intendere l'analisi e la progettazione di politiche pubbliche di un territorio e di una comunità locale, dove diventa più facile lavorare per non lasciare indietro nessuno e niente: le persone – soprattutto chi ha più bisogno – e la città, intesa come insieme di livelli qualitativi che riguardano una sorta di stile di vita – la qualità dell'acqua, dell'aria, la cultura, gli atteggiamenti, i sentimenti delle persone e così via", utilizzando modelli integrati tra il pubblico, il privato ed il privato sociale"².

L'incontro e la collaborazione tra i diversi attori sociali, operatori dei servizi e delle istituzioni, operatori e volontari del terzo settore, nascono e si consolidano nel rispetto della dignità di ognuno e soprattutto nella chiarezza dei rispettivi ruoli, fra cui:

- lettura dei bisogni della comunità;
- collaborazione alla programmazione, cioè alla selezione delle priorità;
- utilizzo produttivo delle risorse (patrimoniali, motivazionali, di competenza);
- attuazione dei programmi di intervento.

L'importanza del lavoro di rete

Lavorare per progetti favorisce una modalità di operare basata sulla cogestione dei problemi e sulla complementarità di ruoli e competenze, per costruire luoghi di accoglienza adeguati ai bisogni delle persone, di tutte le persone.

Questa modalità di lavoro potrà inoltre contribuire a far cambiare gli atteggiamenti distorti che le povertà vecchie e nuove (emarginazione, immigrazione, ecc.), suscitano nell'immaginario collettivo: paure,

1. Il testo è stato redatto da V. Martiello, Coordinatore del Centro Servizi per il Volontariato di Ferrara
2. G. Panizza et al., Pensare a rovescio, Comunità Edizioni, Roma, 2000.

reazioni di difesa, facili adesioni a “comitati contro” e proposte di soluzioni semplificate.

Dobbiamo avere la consapevolezza che più persone sono coinvolte e più si sviluppa un dialogo costruttivo tra marginalità e normalità che assorbe la rabbia e il risentimento da parte del cittadino, evita l'isolamento e la marginalizzazione di chi è in condizione di difficoltà, mantiene alto il livello di tolleranza sociale e la capacità di convivenza e comunicazione tra diversi, che è il fondamento di una democrazia sostanziale.

Tutta la società civile, dal mondo economico a quello finanziario, dalla produzione alle telecomunicazioni, è ormai in marcia verso mete di globalizzazione, di fusione, di coordinamento, perché i problemi hanno raggiunto una complessità tale da non consentire a nessuno di risolverli isolatamente.

Il dialogo tra tutte le forze sociali aperte ai temi della solidarietà (il terzo settore, il mondo ecclesiale, il mondo del lavoro, le istituzioni), aiuta ed è indispensabile per il consolidamento di rapporti permanenti, per poter affrontare i problemi con tutte le risorse disponibili.

È necessario fare uno sforzo per costruire reti, formali e informali, che mobilitino ogni forza etica presente nella comunità. Bisogna mettere in atto quella politica delle alleanze tra volontariato, terzo settore, servizi, sindacati e tutte quelle organizzazioni che lavorano nel campo della “normalità”, costruendo una vocazione civile, al fine di attivare risorse territoriali, che assicurino un sistema di accoglienza globale alla persona e favoriscano il superamento dello stato assistenziale verso lo sviluppo della comunità solidale.

Dobbiamo in definitiva, prendere coscienza che ogni piccola forza, ogni piccola esperienza, ogni singolo servizio, insieme alle altre forze disponibili, può concorrere a vincere questa sfida. Le nostre speranze, possono generare la speranza comune di una società dove non solo vengono rispettati i diritti fondamentali di tutti, ma dove anche l'estraneità di tanti e la fatica di vivere, possono essere valorizzate per la crescita di tutti e per una vita individuale e civile umanamente più ricca. (L. Tavazza, Volontari 2000, Rivista del Volontariato, n. 3, 2000)

6.2 IL LAVORO DI RETE E COMMUNITY CARE

I gruppi di auto-mutuo-aiuto nelle dipendenze: una riflessione teorica³

Analizzare le diverse problematiche correlate alle di-

pendenze e al lavoro di rete significa affrontare tematiche molto vaste che necessitano di un quadro d'analisi complessivo. In questo contesto le analisi e le riflessioni teoriche si riferiscono a processi e situazioni di carattere generale e non specifiche del territorio della provincia di Ferrara⁴.

Queste riflessioni si inseriscono perciò in tale ambito cercando di delineare alcuni punti di sintesi su due grandi temi: l'approccio alla salute e le azioni di promozione della salute (approccio di comunità) e la tematica delle dipendenze.

Dalla cura della malattia alla promozione della salute

Parlare di malattia è sostanzialmente molto più semplice che non analizzare i processi e le azioni di promozione della salute, anche nel contesto più specifico delle dipendenze.

Già l'OMS aveva indicato una cornice sulla quale costruire politiche di salute. In particolare il documento Health 21 sottolinea l'importanza della promozione e protezione della salute delle persone lungo l'arco della loro vita, lo sforzo verso la riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali e il sollievo dalle sofferenze che esse causano.

I valori e gli aspetti etici che vengono affermati sono: la salute come *diritto umano* fondamentale, l'*equità* nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti, la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute.

È all'interno di questo quadro generale che si sviluppano tutti i processi di salute/malattia anche in relazione alla tematica più specifica delle dipendenze che, il più delle volte, viene affrontata come scollegata ai più ampi processi di tutela della salute della comunità.

In particolare l'OMS raccomanda alcuni processi che possono, se attuati, sviluppare azioni di salute e processi di responsabilizzazione:

1. la necessità di un reale *decentramento dei servizi* e il contemporaneo sviluppo della partecipazione degli utenti alla loro gestione;
2. lo sviluppo dell'*integrazione dei servizi sociali e sanitari*;
3. lo sviluppo del *coordinamento tra interventi pubblici e privati*;
4. il *superamento dell'ottica riparatoria* a favore di un *approccio promozionale* e di valorizzazione delle competenze individuali e collettive (passaggio dalla cura della malattia alla promozione della sa-

3. Il testo è stato redatto da A. Noventa, Membro del Coordinamento Nazionale dell'Auto-Mutuo-Aiuto, Responsabile Area Prevenzione SerT.1, Dipartimento delle Dipendenze ASL Bergamo

4. Per un'analisi locale sulla storia, i processi e l'approccio dei servizi professionali e del volontariato/auto-aiuto, si rimanda ai paragrafi che seguono.

lute e quindi una radicale “de-medicalizzazione” e una valorizzazione della competenza personale);

5. lo *sviluppo delle forme di auto-aiuto*, in particolare dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, nella costruzione delle reti sensibile di aiuto della comunità.

La promozione della salute rappresenta una strategia nuova in campo sanitario e sociale, che può essere vista da un lato come una strategia politica e dall'altro come un approccio sanitario attento agli stili di vita. Quindi la promozione della salute non si interessa soltanto di ciò che consente lo sviluppo di abilità e di capacità individuali orientate alla salute, ma anche degli interventi ambientali per rafforzare i fattori che sostengono stili di vita sani.

Questa strategia viene riassunta nello slogan “rendere scelte facili le scelte sane” e orientate alla salute. Questo processo in particolare si sostanzia attraverso il potenziamento della comunità, attingendo dalle risorse umane e materiali esistenti e favorendo l'autosufficienza e la solidarietà sociale attraverso la partecipazione e la gestione diretta dei problemi relativi alla salute. L'obiettivo può essere raggiunto se viene incoraggiata una partecipazione attiva e diffusa attraverso il coinvolgimento degli organismi di volontariato e le associazioni⁵. In particolare, per self-help si intendono “tutte le misure adottate da non professionisti per promuovere o recuperare la salute di una determinata comunità (...)”. L'auto-aiuto è stato anche visto come “risorsa sanitaria non professionale”, che viene mobilitata consapevolmente in una comunità per affrontare problemi sanitari; cioè l'auto-aiuto non è una attività, ma una risorsa. Il concetto di auto-aiuto è importante nell'ambito della promozione della salute in quanto esso può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza sanitaria e di migliorare la salute”⁶.

Il fenomeno del self-help rappresenta l'emergere di un'alternativa che manifesta la volontà “di comunicazione in senso orizzontale (...) di una riappropriazione, al di là degli esperti, del sapere scientifico e professionale”⁷. L'organizzazione di gruppi di auto-aiuto spesso è relativa al tentativo di soluzione di nuove patologie o di problematiche che la medicina ha per lo più accantonato. I *self-help groups*⁸ costituiscono quindi una risorsa volontaria che svolge una funzione cruciale nel sopperire alle carenze e ai limiti dell'intervento pubblico, proponendosi come piccole comunità di persone che, venendosi a trovare nella medesima condizione di disagio (fisico e/o psichico), tramite l'interazione che viene a svilupparsi

all'interno del gruppo, riescono a superare i loro gravi problemi sia individuali che familiari.

Si può collocare il fenomeno del self-help nel contesto delle forme di sostegno sociale, ovvero dei *network* delle reti sociali. Tali forme di sostegno sono dette *lay care* e si riferiscono a tutta l'assistenza sanitaria che la gente si scambia reciprocamente e a quella che gli individui danno a se stessi. La parola *lay* indica il grado di competenza, relativamente alle problematiche della salute, che esiste, al di fuori del sistema sanitario istituzionale, nelle persone. Oggi si calcola che esso copra dal 60% al 90% della domanda sanitaria.

In particolare si sottolineano le fasi relative alla costruzione di una rete di servizi efficiente, vicina alle persone e al superamento di una visione della “malattia” come esclusivo ambito di intervento professionale. È in tal senso necessario sviluppare un approccio che valorizzi la conoscenza, l'esperienza, la competenza e la responsabilità personale, familiare e sociale. Senza questo determinante cambiamento culturale non sarà possibile un utilizzo coerente delle risorse materiali disponibili e una livello di salute socialmente equo.

È all'interno di questo contesto che anche la tematica delle dipendenze e dell'uso di sostanze va inserita. Sono noti i *diversi approcci alle dipendenze* che si riferiscono all'approccio di rete o di comunità, in tale contesto vengono solamente indicati per una successiva riflessione.

Le dipendenze e l'approccio di rete o di comunità

Approccio Promozionale: comunitario e cultura drug-free;

Approccio Globale: attenzione a tutte le sostanze;

Approccio Familiare ed Ecologico: ruolo del sistema familiare e dell'ambiente di vita;

Approccio Positivo: valutazione delle competenze individuali e familiari, centrato sulla responsabilità (individuale, familiare, comunitaria);

Approccio Motivazionale ed Educativo: creazione di contesti educativi e di condivisione esperienziale;

Approccio centrato sull'Auto-Mutuo-Aiuto: costruzione di una rete di gruppi di auto-mutuo-aiuto;

Approccio Collaborativo: con il sistema dei servizi pubblici e privati;

Approccio Multidimensionale: riconoscimento delle problematiche relative alla sofferenza umana e alle diverse “dimensioni” dell'esperienza di vita;

Approccio Etico Spirituale: valorizzazione dell'empa-

5. The Ottawa Charter, OMS, 1986.

6. AA.VV., Quaderni di Sanità Pubblica, 1987, p. 29.

7. U. Ascoli, Volontariato organizzato e sistema pubblico di welfare: potenzialità e limiti di una cooperazione, Democrazia e diritto, 1985, p.118.

8. In questo contesto self-help, auto-aiuto e auto-mutuo-aiuto hanno lo stesso significato.

tia e dello scambio emotivo e attenzione ai processi di condivisione e di crescita spirituale.

Inoltre nell'analisi delle reti che aiutano è indispensabile una riflessione su due livelli co-presenti di reti.

Il *Sistema Formale di Cura* che comprende tutte quelle iniziative delle istituzioni pubbliche o del privato commerciale o del privato sociale, che si connotano per la loro strutturazione in termini istituzionali, ben definiti e normati, in cui agiscono "operatori" che sono pertanto *institutional provider*.

Il *Sistema Informale di Aiuto* che raccoglie quelle iniziative che si svolgono per intraprendenza di gruppi di cittadini liberamente associati, che non sono prodotte o regolamentate in termini di legge, in cui vi agiscono cittadini che sono *natural provider*. In questo sistema informale assume importanza sempre più forte l'auto-aiuto.

I due sistemi sono comunque sempre presenti e attivi. Un'analisi dettagliata può permettere una valorizzazione e una reciproca integrazione (cooperazione) tra il livello professionale e il livello naturale. In specifico nelle dipendenze e in particolare per le tossicodipendenze, al contrario di quello che accade per l'alcolismo, si è spesso assistito ad un progressivo rafforzamento del sistema formale (rete dei servizi pubblici e privati) e ad uno scarso coinvolgimento del sistema informale e dell'auto-aiuto (ad esempio il numero molto esiguo di gruppi di auto-aiuto nel campo delle droghe e invece l'elevata diffusione per l'alcol con circa 3000 gruppi attivi).

Tale sbilanciamento non garantisce l'utilizzo di tutte le risorse e può determinare processi di delega forte: l'attribuzione di poteri terapeutici illimitati al sistema formale dei servizi e/o delle comunità terapeutiche; l'attribuzione di capacità "naturali" di affrontare e risolvere il problema, o livelli di non responsabilità sia del sistema formale che di quello informale.

La ricostruzione di reti primarie e naturali costituisce la premessa per sostanziare quelle funzioni di auto-mutuo-aiuto che esistono negli ambienti comunitari e che vengono a volte perse a causa della disgregazione della famiglia o di una crescente anonimità del vicinato.

L'intervento sulle reti e con le reti implica una decisa ottica di de-istituzionalizzazione e de-medicalizzazione⁹, dato che il lavoro di rete serve principalmente a territorializzare e minimizzare i costi sociali e sviluppare i processi di responsabilità sociale.

Questa considerazione porta ad ampliare i confini dell'intervento di rete, non solo nel supporto alle reti primarie nella promozione di abilità e competenze, ma anche nella integrazione con i servizi sociali e sanitari.

I servizi e il sistema di cura per poter attuare interventi di rete debbono a loro volta essere concepiti e fun-

zionare come reti, quindi funzionare per "competenze relazionali" e per "competenze specifiche", sia della rete degli operatori che della rete delle agenzie.

È quindi necessario un superamento di visioni burocratiche e settoriali per cogliere i legami e i significati attorno i quali sviluppare un'azione concertata e comune. La relazione con il sistema di reti informale è un passaggio determinante alla identificazione delle potenzialità e delle sinergie.

Per comprendere meglio le reali potenzialità del lavoro di comunità vengono di seguito descritti i diversi livelli di azione informale:

Azione autonoma del soggetto portatore del bisogno: self-help, auto-mutuo-aiuto;

Azione del network personale di supporto: reti parentali, amicali, prossimali;

Azione organizzata da parte degli stessi soggetti portatori del problema: alcolisti, tossicodipendenti, ecc.;

Azione organizzata delle reti informali: "portatori indiretti", familiari di alcolisti, di tossicodipendenti, ecc.;

Azione organizzata di soggetti interessati a problemi sociali: centri di consulenza, associazioni sull'alcolismo, sulle tossicodipendenze, ecc.;

Azione di aiuto dei "terapeuti laici": natural helper, possessori di capacità spontanee e naturali di empatia, sensibilità, compassione e capacità di sostegno;

Azione intenzionale di operatori volontari.

Il livello "naturale" nella sua accezione globale presuppone la costruzione di relazioni significative tra gli attori delle diverse azioni. È ormai noto come spesso il livello della qualità delle risposte sia caratterizzato dalla tipologia e dalla qualità delle relazioni tra le persone che lavorano e/o che sono attive in questo settore.

Il ruolo degli operatori del sistema professionale nella costruzione di relazioni

Particolarmente importante è la relazione sviluppata dagli operatori del sistema professionale che possono più di altri costruire relazioni positive, collaborative e soprattutto mantenere la rete di risorse e i punti di riferimento che costituiscono la base del lavoro e ne garantiscono la continuità. Il sistema professionale può promuovere realmente l'auto-mutuo-aiuto attraverso una stretta collaborazione e attuando una serie di azioni finalizzate alla nascita e al sostegno dei gruppi (invio di persone e famiglie, sviluppare la conoscenza dei gruppi, dare disponibilità alla consulenza e all'attivazione, fornire degli aiuti concreti ecc.).

I principi che possono aiutare a costruire rapporti col-

9. De-istituzionalizzazione e de-medicalizzazione sono processi, che riguardano anche i servizi e che tendono a ridurre gli aspetti correlati allo stigma sociale dato dal problema e a volte dall'intervento curativo (v. noti processi vissuti nella psichiatria).

laborativi con il settore dell'auto-mutuo-aiuto sono: la complementarietà come consapevolezza dell'interdipendenza delle risorse e dei punti di vista per affrontare la complessità;

l'umiltà come cautela di fronte alla pretesa delle teorie e delle pratiche autosufficienti;

la non-aggressività nelle sue varie forme e declinazioni: non squalificare, non destituire di senso, non negare a priori bisogni e aspettative, non richiede patenti, competenze ed "esperienza clinica" dimostrativa;

la preoccupazione responsabile come opzione culturale e scientifica da parte degli operatori a interagire con l'intero sistema implicato nella sofferenza a monte e a valle, delle dipendenze, di chiudersi in una operatività autogiustificata, quando non indifferente¹⁰.

La rete dei servizi e degli operatori riveste un ruolo molto importante per la determinazione dei livelli di servizio e nello stesso tempo permette un servizio continuativo come diritto alla salute per il cittadino. Il volontariato e maggiormente l'auto-mutuo-aiuto invece sviluppa il livello della attivazione delle persone direttamente coinvolte nel problema.

L'approccio dell'auto-mutuo-aiuto valorizza le competenze, le esperienze e la responsabilità personale nei processi di cambiamento e quindi può porsi come *altro livello di intervento complementare*.

Il riferimento all'auto-protezione vuole evidenziare un approccio di comunità al problema delle dipendenze identificando i processi solidaristici e di comunaltà come elementi importanti e qualificanti. Con questo approccio si sottolineano processi caratteristici del modo di affrontare il problema delle dipendenze come la responsabilizzazione della persona, attraverso la rivalutazione della competenza personale, la reciprocità, la solidarietà e il processo di identificazione reciproca.

L'auto-protezione permette di valutare il problema da una prospettiva diversa che rende compatibile l'integrazione dei programmi con i riferimenti valoriali ed operativi.

Recentemente in alcune esperienze al termine "auto-aiuto" è stato dato un significato molto generico similmente al concetto di solidarietà che sempre più ormai perde il significato di condivisione, reciprocità, sostegno e assume colorazioni tenui e moralistiche che poco hanno a che vedere con i reali processi solidaristici che dovrebbero svilupparsi all'interno dei gruppi sociali.

In tal modo l'auto-mutuo-aiuto non può essere considerato come un livello di intervento correlato alla cura (approccio "medico") o come un suo prolungamento ("dopo-cura"), ma come un approccio diverso, autonomo e integrabile.

Affrontare i problemi delle dipendenze attraverso

un lavoro di rete, di comunità promuovendo l'auto-mutuo-aiuto e l'attivazione dei gruppi di auto-aiuto, è sostanzialmente un altro modo di vedere le problematiche sia da un punto di vista strategico che valoriale. L'utilizzo dei principi dell'auto-mutuo-aiuto ha il potenziale per produrre un "*nuovo paradigma di cura*" per il modo di fornire aiuto.

Tali principi si sintetizzano in:

competenza intesa come orientamento allo sviluppo di capacità, piuttosto che all'attenzione sulla patologia/malattia;

attivazione di comportamenti e stili di vita orientati alla salute;

l'utente come produttore per aumentare il rendimento;

helper-therapy (dare e ricevere aiuto) per la ridefinizione dell'aiuto.

Tale orientamento basato sulle capacità, promuove le attitudini e le competenze degli individui e delle famiglie a riconoscere i propri bisogni valorizzando la ricerca naturale di soluzioni e di supporti comunitari, formali ed informali.

La costruzione della comunità e quindi delle relazioni tra le persone, parte con il processo di localizzazione delle qualità, delle abilità e delle capacità delle persone, delle famiglie, delle associazioni e delle istituzioni locali.

È noto come lavorare con l'approccio centrato sull'auto-mutuo-aiuto significhi sviluppare la riflessione attorno a temi rilevanti sia per le tematiche delle dipendenze che per la salute in generale.

Il contributo personale alla propria salute è un aspetto centrale dell'auto-responsabilità di ciascuno per la vita propria, dei propri familiari e della comunità.

Self-help è dunque un recupero del valore del mutuo-aiuto di cui coloro che condividono una situazione di disagio possono reciprocamente beneficiare e nello stesso tempo, ricerca di soddisfazione dei bisogni individuali di affiliazione e di comunità.

I processi caratterizzanti questo tipo di strutture consistono in:

un *attivo* coinvolgimento delle persone in tutti gli aspetti della propria salute;

un processo di *complementarizzazione* e talora di sostituzione di funzioni che tradizionalmente cadono all'interno della sfera medica (de-medicalizzazione); una necessità di assumere *responsabilità personali* e collettive circa l'allocazione delle risorse disponibili per la promozione della salute (democratizzazione).

I gruppi di auto-mutuo-aiuto si distinguono da altri gruppi presenti nella comunità per le seguenti caratteristiche: supporto emotivo, problema comune, condivisione-interazione, volontarietà (in entrata e in uscita dal gruppo), assunzione della responsabilità personale, bisogni e obiettivi comuni, parità, inte-

10. P. Rigliano, Come aiutarmi? Chi aiuta ad aiutarmi, Animazione sociale, Aprile, 1999, p.70.

razione “faccia a faccia”, origine spontanea¹¹, piccolo gruppo (non superiore a 15 persone), dimensione “spirituale”, *helper therapy* o valorizzazione dell’esperienza/competenza (dare e ricevere), servizio al gruppo, coinvolgimento e partecipazione personale, gratuità, accessibilità (fisica, localizzazione vicina alle persone, culturale, ecc.).

In Italia vi sono gruppi di auto-mutuo-aiuto che si avvicinano più alle caratteristiche dei gruppi terapeutici per la presenza al loro interno di un operatore/terapeuta. In realtà i gruppi di auto-mutuo-aiuto si caratterizzano per la verifica e valutazione costante della pratica e dei processi correlati al lavoro del gruppo stesso (invio di nuovi membri, nascita di nuovi gruppi, attività di servizio interne, rapporti con l’esterno e la comunità ecc.).

In Italia attualmente si stima la presenza di almeno 4000/5000 gruppi di auto-aiuto con un coinvolgimento di almeno 40-50.000 persone, di una decina di “Centri di consulenza all’auto-mutuo-aiuto”, con sviluppo da nord a sud.

Lo sviluppo dei gruppi di auto-mutuo-aiuto si è caratterizzato per: a. lo sviluppo dell’azione volontaria in ogni settore; b. lo sviluppo dell’attenzione e del valore del ruolo del volontariato; c. la buona cooperazione esistente tra sistemi del pubblico e del privato; d. l’interesse dei professionisti dell’area della salute a modalità nuove per affrontare vecchi e nuovi problemi (alcolismo, disturbi alimentari, depressione, disagio relazionale ecc.); e. l’interesse dei professionisti e dei volontari alla filosofia e all’approccio relativo all’auto-aiuto; f. l’interesse dei cittadini a rivolgersi autonomamente per affrontare i propri problemi; g. lo sviluppo di alcune realtà dell’auto-aiuto particolarmente rilevanti: Alcolisti Anonimi e Club Alcolisti in Trattamento¹² che rappresentano a tutt’oggi un esempio per molte altre realtà.

Nel campo delle *dipendenze*, che sicuramente è il più rappresentato nel totale dei gruppi di auto-mutuo-aiuto soprattutto per quanto riguarda l’alcol, non è semplice ricostruire una mappa aggiornata dei gruppi esistenti, la loro numerosità, la loro distribuzione nel territorio e le caratteristiche specifiche.

Nella tabella che segue viene riportata una sintesi di alcuni dati disponibili a livello nazionale anche se non sono completi.

Infine nel campo delle dipendenze di recente si sono sviluppate diverse esperienze di gruppo, che in parte recuperano e attuano i principi e la metodologia dei gruppi di auto-mutuo-aiuto.

AREA	N. Gruppi
ALCOL	
AA - Alcolisti Anonimi	500 gruppi
AL - Anon familiari di alcolisti	430 gruppi
AI - Ateen figli di alcolisti	40 gruppi
Club Alcolisti in Trattamento	2050 gruppi
ANCA	12 gruppi
Aliseo - Gruppo Abele	2 gruppi
Totale	3034
SOSTANZE	
Narcotici Anonimi	42 gruppi
ALTRE PROBLEMATICHE	
Codipendenti Anonimi	22 gruppi
Overaters Anonimus	61 gruppi
Gamblers Anonimus	34 gruppi

Molti di questi gruppi sono proposti e attivati dai professionisti sia all’interno dei servizi che all’esterno, con la collaborazione anche di associazioni e del privato sociale.

Gruppi collegati ai programmi comunitari: gruppi di preparazione all’ingresso in comunità;

Gruppi collegati ai programmi dei SERT: di soli genitori o di soli tossicodipendenti;

Gruppi con tutta la famiglia (tipo CAT): su tossicodipendenza, gioco, disturbi alimentari;

Gruppi correlati a esperienze specifiche carcere e lavoro;

Gruppi con problematiche diverse: alcol, gioco, sieropositività;

Gruppi aperti alla tossicodipendenza: come ad esempio i CAT che si caratterizzano per la multidimensionalità e il numero limitato di componenti per gruppo;

Gruppi educazionali e informativi di discussione per persone in trattamento: alcolisti, tabagisti, giocatori d’azzardo, soggetti con disturbi alimentari (programmi in day-hospital o territoriali);

Gruppi di discussione su tematiche specifiche (alcol e donne, gravidanza e dipendenze, alcol e lavoro, uso di sostanze e farmaci): in genere sviluppati nei programmi di prevenzione;

Gruppi educativi su alcol e guida: collegati a protocolli con CMLP, per recidivi.

Come emerge dall’analisi dei dati e dall’esperienza è particolarmente difficile la nascita e lo sviluppo di gruppi per la dipendenza da droghe. Diversi fattori incidono su tale difficoltà almeno in Italia¹³:

- la poca cultura ed esperienza gruppale presente nel nostro paese;

11. Specificità per l’Italia dove molti gruppi di auto-mutuo-aiuto sono stati promossi da servizi formali del pubblico e del privato in particolare nell’area socio-sanitaria.
12. È necessario specificare che i CAT attualmente, pur condividendo molti dei processi, delle caratteristiche e della filosofia, non si definiscono propriamente gruppi di auto-mutuo-aiuto ma comunità multifamiliari. Per questa differenziazione in molti casi non vengono inseriti nelle directory dei gruppi di auto-mutuo-aiuto presenti in Italia.
13. Tali fattori sono comuni per tutto il territorio nazionale. La combinazione dei fattori ha un diverso sviluppo a livello locale in relazione a variabili territoriali o riferite a culture specifiche.

- la presenza di un rilevante ruolo, in alcuni servizi, di trattamenti farmacologici (percepiti in alcuni casi come risposta globale al problema)¹⁴;
- la presenza diffusa di servizi professionali e dei trattamenti professionali (SERT, Servizi di consulenza psicologica, ecc.) a differenza dei paesi anglosassoni¹⁵;
- la presenza forte di Comunità terapeutiche e il rischio, in alcuni casi, di auto-referenzialità;
- la scarsa conoscenza da parte degli operatori del pubblico e del privato, dei gruppi di auto-mutuo-aiuto;
- la difficoltà della collaborazione tra ambiti diversi di trattamenti (sanitario/ospedaliero, territorio, servizi sociali, ecc.);
- la difficoltà a reperire informazioni e indirizzi locali sui gruppi attivi;
- la diffidenza dei gruppi di auto-aiuto dai sistemi di invio (SERT, Ospedali, Servizio Sociale);
- una cultura prevalente della popolazione ad una risposta alla tossicodipendenza che sia semplice e breve a scapito di un impegno personale e familiare di lungo periodo;
- una forte stigmatizzazione sociale del comportamento ed una tendenza all'isolamento anche di coloro che vogliono impegnarsi per un proprio cambiamento.

Auto-mutuo-aiuto e la famiglia

Il ruolo della famiglia viene ritenuto determinante in tutti i processi di salute e di auto-protezione e in misura ancor più significativa per affrontare le problematiche delle dipendenze¹⁶.

È noto come senza un coinvolgimento attivo della famiglia, in tutte le sue possibili espressioni, le probabilità di successo di qualsiasi trattamento siano molto basse sia per quanto riguarda l'uso delle sostanze che per la modificazione degli stili di vita correlati. Inoltre il coinvolgimento del sistema familiare permette un trattamento allargato anche in termini di prevenzione secondaria dei membri della stessa famiglia che in ogni caso sono coinvolti nel problema e che sono determinanti per la sua evoluzione. L'allargamento dall'individuo alla famiglia non di per sé determina una modificazione dell'approccio anche

causale; si può infatti passare dalla considerazione di un individuo "malato" a una famiglia "malata" in tal modo non si modifica la lettura causale dei processi e con difficoltà si passa dalla "famiglia malata" a "famiglia portatrice di risorse, competenze".

Nell'approccio di rete, comunitario ed ecologico, invece, l'allargamento dall'individuo alla famiglia e alla società non significa solo condivisione di responsabilità, ma bensì la riconsiderazione dell'importanza delle relazioni, dei comportamenti, dei valori, dei significati di tutti i membri del sistema familiare.

Questo nuovo approccio non attende un cambiamento possibile dell'altro, ma individuare una strategia e un percorso di crescita personale e di cambiamento reciproci.

È perciò implicito che il riferimento alla famiglia come "*unità minima di vita*" sia determinante per rileggere il concretizzarsi dei comportamenti considerati in un'ottica complessiva ed ecologica.

Ecco perché anche nel campo delle dipendenze sia i servizi che le reti informali si pongono sempre più spesso la tematica del coinvolgimento del sistema familiare come primo passo per un coinvolgimento più ampio del sistema comunitario.

Dalla terapia della famiglia all'approccio familiare ed ecologico, dalla famiglia come unità di malattia alla famiglia come unità di vita, dalla famiglia alla comunità.

Non si tratta di uscire dalla comunità "terapia dell'allontanamento e del distacco", ma di ricercare delle forme di convivenza, di interazione, di tolleranza e di crescita comune. Non si tratta di scappare dalla comunità ma di individuare un senso di appartenenza, un motivo di reintegrazione, di "riabilitazione".

Creare una nuova e positiva esperienza all'interno della comunità di vita significa ricontestualizzare la possibilità del cambiamento e formulare un processo a valenza terapeutica che può essere rinforzato dal riconoscimento sociale e dalla solidarietà esplicita.

I rapporti tra individui, famiglie, gruppo di auto-mutuo-aiuto e comunità permettono, nel tempo, di creare un canale di contatto tra famiglie con gravi problemi e gruppo di auto-aiuto, famiglie che per lo stesso problema si trovano isolate nella comunità.

Si può costituire nella comunità uno dei punti di

14. I trattamenti farmacologici che hanno un grande e significativo valore soprattutto nella cura della tossicodipendenza in alcuni casi rimangono l'unico trattamento possibile e/o accettato dalle persone. È noto che tanto più un trattamento è integrato sugli altri aspetti: sociale e psicologico, tanto più è efficace.
15. Tale presenza dei servizi pubblici è una grande opportunità per il significativo livello di professionalità e competenza dei servizi e per la diffusione su tutto il territorio nazionale che permette un livello esteso e significativo di assistenza. Unitamente alla presenza delle CT tale rete professionale è molto importante non solo per la presa in carico clinica, ma anche per lo sviluppo di programmi di prevenzione.
16. Variabili influenti all'abbandono del trattamento: 1. Genere maschile; 2. Rischio di abbandono al diminuire del funzionamento familiare; 3. Assenza della famiglia e/o della rete amicale (anche all'inizio del trattamento); 4. Assenza di attività lavorative; 5. Basso livello di istruzione; 6. Isolamento sociale (marginalità); 7. Rischio di abbandono all'aumentare del deterioramento globale associato all'alcol e alla storia di alcolismo; 8. Presenza di patologie associate ed esperienze pregresse; 9. Maggiore rischio di abbandono per le età giovanili; 10. Presenza di gravi problematiche psichiche (disturbo di personalità); 11. Non partecipazione a gruppi di auto-aiuto dell'alcolista e della famiglia.

contatto significativi e competenti (con esperienza) e far parte in un certo senso di una “*rete solidaristica positiva*” che avvicini persone e famiglie con lo stesso problema, che nel gruppo possono eventualmente trovare sostegno, amicizia e un aiuto concreto.

L'auto-aiuto è una risorsa della comunità e i gruppi possono rappresentare una risorsa aggiuntiva, strategica per incrementare le capacità dell'individuo e della famiglia e quindi non focalizzarsi solo sui problemi.

Approccio familiare e approccio all'auto-mutuo-aiuto possono rappresentare livelli di analisi e intervento complessivo alle dipendenze. Tale approccio valorizza l'ambiente di nascita, di relazione naturale costituito dalla rete delle relazioni personali e familiari.

È stato ampiamente dimostrato dalle numerosissime esperienze come il processo dell'auto-mutuo-aiuto favorisca da un lato l'allargamento della rete delle amicizie e dei nodi positivi e dall'altro permetta nel tempo un processo di riavvicinamento e di riduzione dell'isolamento tra le famiglie inserite nella comunità. Il rapporto con quest'ultima può modificare il giudizio sociale rispetto a comportamenti un tempo discriminati, causa di stigmatizzazione ed emarginazione e contemporaneamente rinforzare i processi di cambiamento.

È evidente che la rete positiva in genere sviluppa relazioni di crescita culturale e un cambiamento sociale fondato su una maggiore attenzione e sensibilità al problema. L'obiettivo più rilevante del gruppo di auto-aiuto è permettere un'interazione positiva, una maturazione e crescita personale e sviluppare nel tempo una positiva relazione con il contesto comunitario in cui l'individuo, la sua famiglia e lo stesso gruppo è inserito. Il cambiamento come livello di crescita e maturazione non è un processo automatico ma, necessita di stimoli e contesti che lo rendano sempre possibile o che in qualche modo lo faciliti. Attraverso tale approccio non si sottolineano gli elementi “terapeutici” (*la cura*) ma i processi di sostegno (*il prendersi cura*), di facilitazione e catalizzazione al cambiamento dello stile di vita e quindi di una nuova cultura sociale e sanitaria. La caratteristica del gruppo di auto-mutuo-aiuto non è quella di iniziare un processo terapeutico in senso stretto¹⁷, ma di sviluppare invece esperienze di solidarietà, attenzione reciproca, vicinanza, comprensione, spiritualità umana sulla condizione di vita dell'individuo e della sua famiglia in qualche modo anche della stessa comunità locale che hanno una valenza comunque “terapeutica”. Per approccio ecologico di comunità, si intende un processo culturale e solidaristico che attraverso l'assunzione di responsabilità individuale, familiare e comunitaria, permetta di affrontare il problema delle dipendenze così come altri problemi di

salute presenti nella comunità locale. Tale approccio strategico, inoltre, tenta di dare una risposta positiva ad un vasto strato di persone permettendo un intervento su larga scala, con un processo lungo e orientato ad un cambiamento negli stili di vita delle persone e nei livelli di intervento istituzionale.

Verso un approccio di comunità

Esiste la necessità di sviluppare una rete di gruppi di auto-mutuo-aiuto sull'uso di sostanze e le altre dipendenze. Tale rete è già attiva per le problematiche alcolcorrelate va potenziata sulle altre dipendenze da sostanze.

Emerge la necessità di una sempre maggiore cooperazione tra le reti dell'auto-mutuo-aiuto e dei servizi per un miglior utilizzo delle risorse e delle competenze reciproche.

In questo senso va facilitato il collegamento e la conoscenza reciproca tra sistema pubblico, privato e del volontariato/auto-mutuo-aiuto, in un'ottica di rispetto reciproco, di autonomia, collaborazione e cooperazione.

Sviluppare l'aggiornamento, la formazione comune delle persone, delle famiglie, dei facilitatori dei gruppi e degli operatori coinvolti.

In conclusione lavorare con le reti in una comunità locale significa da un lato garantire un livello accettabile di servizi alla persona e dall'altro sviluppare quelle sinergie positive che consolidino una cultura della salute partecipativa e responsabile. Tali processi sono possibili se l'individuo, la famiglia e la comunità vengono significativamente attivati in un percorso di auto-protezione e promozione della salute. In fondo l'obiettivo è quello di articolare, sviluppare o far emergere le “*reti che curano*”, cioè quelle reti finalizzate alla prevenzione. Una persona/famiglia che non ha una rete di amicizia, di relazioni, di supporto, di aiuto è una persona “sola” e per questo più a rischio di “malattia”.

Questo processo di auto-protezione contiene l'ipotesi di sviluppare *reti* nella vita quotidiana di tutti, allo scopo di costruire il tramite per la diffusione di informazioni, di stili di vita, di sistemi valoriali che possono allargare un nuovo concetto di salute e di qualità della vita, un nuovo senso comune orientato al benessere.

6.3 IL PROGETTO “DA CHE DIPENDE?”: AZIONI E STRUMENTI PER IL LAVORO DI RETE¹⁸

Idea progettuale e obiettivo generale

Il progetto “Da che dipende?” nasce dalla necessità

17. Nell'auto-aiuto non si fa riferimento esplicito a malattia, terapia, cura, ma a problema, processo/cambiamento, prendersi cura.

18. Il testo è stato redatto da I. Vaccari, Coordinatore Progetto “Da che dipende?” Centro Servizi per il Volontariato di Ferrara, G. Castaldi Associazione Famiglie contro la Droga

delle Associazioni di Volontariato di Ferrara e Provincia, impegnate nell'ambito della tossicodipendenza, di rilanciare la propria azione, anche in *collaborazione* con i servizi pubblici e del privato sociale che intervengono nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze.

Nel corso del tempo il fenomeno della tossicodipendenza si è evoluto e modificato e di conseguenza sono mutate le modalità di approccio alla cura con una progressiva professionalizzazione degli operatori dei servizi pubblici e privati. Parallelamente è diminuita l'importanza dei gruppi e delle associazioni dei famigliari di figli con problemi connessi alla droga, nate per fare pressione su un sistema che sembrava ignorare il fenomeno sociale e tardava a organizzare servizi efficaci di trattamento degli stati di dipendenza.

La complessità di tale problematica così come oggi si manifesta, richiede *interventi complessi*, capaci di coinvolgere più livelli contestuali: dalla scuola, alla famiglia, ai luoghi di lavoro; in altre parole alla comunità nel suo insieme. I professionisti che si occupano di persone tossicodipendenti devono essere capaci di coordinare interventi complessi calati al tempo stesso sulla dimensione psicologica, fisica, relazionale e sociale. In questo senso la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione e il sostegno sociale¹⁹ rappresentano i diversi tasselli di una sequenza di funzioni che tendono a riportare la persona tossicodipendente nel proprio contesto di vita.

La struttura dell'offerta è radicalmente mutata dagli anni ottanta e si può dire sia in continua evoluzione. Le strutture terapeutiche private si sono professionalizzate e differenziate, i servizi pubblici sono diventati più efficaci e più efficienti, i gruppi di volontariato hanno esaurito parte della loro funzione di stimolo a creare servizi che fino a quel momento erano inesistenti o strutturalmente deboli. In quella fase un merito che va certamente riconosciuto alle associazioni dei famigliari, è stata quella di mantenere viva l'attenzione dell'opinione pubblica intorno a un problema che inizialmente pareva sottovalutato e di spingere i gestori della cosa pubblica a mettere in campo risorse e servizi.

A tale proposito vale la pena ricordare che a livello regionale esistevano ed erano formalizzati con atti deliberativi organismi consultivi misti che raccoglievano espressioni del pubblico, del privato sociale, del volontariato e delle istituzioni con lo scopo di condividere piani di lavoro multiprofessionali che dovevano servire per affrontare il problema della tossicodipendenza. Spesso il tavolo dei Comitati ha visto svolgersi di discussioni da cui emergevano differenze di tipo politico e soprattutto ideologico

che forse non hanno permesso che questi organismi risultassero davvero efficaci. Di certo però, si può dire che lì si è formata la coscienza che un fenomeno come quello della droga avesse bisogno del concorso di tutti per essere affrontato. Questa consapevolezza ha fatto sì che i rapporti fra le persone rimanessero vivi senza mai interrompere il filo del discorso, anche quando i Comitati consultivi, nell'ambito della programmazione regionale sono stati sostituiti da tavoli tecnico-scientifici accettati anche dalle associazioni del privato sociale.

Oggi esiste un Sistema dell'offerta, pubblico e privato, che nel territorio di Ferrara ha un carattere di completezza, coprendo la quasi totalità delle opportunità di cura e riabilitazione che possono essere messe in campo. Sul terreno delle relazioni con le associazioni di volontariato sono rimasti annodati i fili del confronto e del rispetto fra persone che hanno continuato a lavorare per far sì che non venissero meno momenti di scambio tra Servizi Pubblici e Volontariato. Certo si è perso il carattere di formalità dei Comitati, ma la buona prassi di rapporti, basati sulla stima reciproca tra alcuni operatori e volontari ha portato a definire un nuovo e più avanzato bisogno di coinvolgimento e confronto.

Da questo incontro nasce "Da che dipende?" con l'intento di moltiplicare tali legami e sollecitare nuovi *networks*. Il Centro Servizi per il Volontariato di Ferrara, assieme all'Associazione Famiglie contro la Droga, il Programma Dipendenze, l'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, l'Unità Operativa SerT Centro Nord dell'Azienda Usl di Ferrara e Promeco, ha cercato di allargare l'approccio integrato alle dipendenze che caratterizza il Sistema dei servizi, alle associazioni di volontariato. Questa nuova partnership ha la funzione di rapportarsi alla comunità dei cittadini attraverso la veicolazione di informazioni sulle droghe, allo scopo di aumentare la conoscenza degli interventi che vengono effettuati nell'ambito della cura, e aumentare in questo modo la *consapevolezza collettiva* della necessità di essere uniti per affrontare un problema che è di tutti anche se colpisce più gravemente solo alcuni.

Metodo e strumenti di progettazione

"Da che dipende?" nasce dalla necessità di creare nuove relazioni e per questo pone al centro del processo di progettazione il confronto tra tutti gli attori coinvolti. Si avvale di un *approccio concertativo*, dialogico, dove lo sforzo di coinvolgere operatori e volontari, rispettandone i diversi punti di vista, percorre trasversalmente tutte le fasi della progettazione²⁰. Si traccia così un percorso possibile di co-partecipazio-

19. Intesa come configurazione di rapporti sociali che svolgono una funzione essenziale nel mantenere la salute psicofisica. D. Francescato, M. Tomai, G. Ghirelli, *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carocci, Roma, 2003.

20. L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999.

ne alla costruzione di un insieme positivo di rapporti dal quale fare emergere linee di sviluppo condivise. Per fare questo è necessario riconoscere la specificità di ciascuna realtà che partecipa alla progettazione, inducendo i partecipanti a compiere i primi passi di un avvicinamento reciproco fin dalle prime battute. Infatti *co-progettare* per i partner di “Da che dipende?” significa partecipare all’elaborazione di alcune scelte strategiche e operative, rinunciando a disegni preordinati, ma mettendo conoscenze e competenze al servizio degli altri per dare il proprio contributo alla creazione di un risultato finale nel quale tutti si riconosceranno come insieme e non come singoli.

“Da che dipende” viene valutato come è ormai prassi comune per tutti gli interventi in ambito pubblico e privato, ma questa omologazione a criteri e protocolli previsti nell’ambito dell’accreditamento per i servizi di cura, non è affatto scontata e in tal senso preme sottolineare il carattere di forte innovazione che ha, l’utilizzo di questo approccio per rendere effettiva e non solo condivisa tale integrazione.

Il progetto si avvale, infatti, di *strumenti partecipativi* implementati da una nuova figura operativa: l’*operatore di rete*. Individuato dai Servizi Pubblici e dal Centro Servizi per il Volontariato, quindi riconosciuto dalle Associazioni, si colloca come interfaccia tra queste due realtà, rivestendo un ruolo non istituzionale ma, *relazionale*²¹. L’operatore di rete, in qualità di facilitatore di rapporti, si propone di attivare partnership e alleanze nell’attualità di “Da che dipende”, con l’obiettivo di renderlo un percorso autonomo per future collaborazioni. L’operatore di rete è, infatti, una figura flessibile e transitoria, che lavora in stretta collaborazione con gli operatori dei servizi, sostenendo le Associazioni in questo percorso di integrazione. Il ruolo di coordinamento che assume è principalmente finalizzato allo svolgimento del percorso del progetto per stadi successivi, al monitoraggio dello stesso e al coinvolgimento di tutti i partner del progetto, all’integrazione dei loro punti di vista. *Riunioni di confronto* e di discussione sono convocate periodicamente proprio a tale fine. Rappresentano momenti di sospensione della progettazione e di condivisione delle criticità emerse e di nuove proposte preparatorie di azioni in comune. La *valutazione di processo*, è un altro strumento partecipativo di cui si avvale “Da che dipende?”, percorrere l’intera costruzione del progetto ed è funzionale a quella di efficacia, per prevedere i parametri sui quali si andranno a cercare i cambiamenti prodotti dall’intervento.

Il monitoraggio di “Da che dipende?”, avviene tramite schede di valutazione che focalizzano l’attenzione su alcuni indicatori di processo quali criticità emerse, proposte di miglioramento, gradimento delle

azioni svolte, prevedendo la restituzione di feedback via mail o telefono.

Sono previste analisi periodiche per effettuare gli aggiustamenti necessari per rendere più efficaci le azioni in corso. L’obiettivo è quello di discutere soluzioni nuove, integrando il programma con azioni diverse, riadattandolo a nuovi bisogni emergenti in funzione di obiettivi da ridefinire. Le riunioni diventano anche tavoli operativi di programmazione e pianificazione delle azioni del progetto in cui si individuano ruoli, compiti e responsabilità specifiche e condivise, oltre ai primi tentativi di collaborazione, fatti di scambio di informazioni che realizzano i momenti di incontro tra le persone, che costituiscono il collante fra i servizi e le associazioni.

In tali riunioni lo sforzo dei partner è di trasformare in azioni l’approccio di rete. Eventi e *iniziative sul territorio*, sono organizzate proprio allo scopo di rendere intellegibile la collaborazione tra enti del pubblico e del privato sociale, attorno ad una problematica che richiede interventi sinergici. Sensibilizzare la cittadinanza ad una visione complessa della dipendenza, informarla delle caratteristiche culturali, valoriali e operative di ciascun ente impegnato ad affrontarla, restituisce l’immagine di una rete di servizi completa che condivide, attraverso le sue specificità, un impegno comune *attorno* alle dipendenze.

Le fasi del progetto

Le fasi del progetto “Da che dipende?” hanno una funzione evolutiva dei rapporti tra gli enti partecipanti e tra questi e il territorio, creando un percorso progressivo e reciproco di avvicinamento.

Tali azioni sono tre, distinte ma, reciprocamente collegate:

- 1) *mappatura* delle associazioni presenti sul territorio;
- 2) *sensibilizzazione* della cittadinanza e presentazione del Rapporto 2009 sulle Dipendenze Patologiche;
- 3) *in-formazione*: ricognizione dei fabbisogni formativi e pianificazione di interventi di formazione diretti ai servizi e al volontariato.

Le prime due fasi, in parte concluse, hanno creato percorsi di conoscenza e di avvio alla collaborazione. La fase conclusiva sarà dedicata a incontri di informazione e di formazione con esperti, che affronteranno tematiche di comune interesse, così come emerse nella prima fase.

Con l’azione di mappatura si è ottenuto il duplice scopo di *conoscere* le diverse realtà del territorio provinciale impegnate nell’ambito delle dipendenze e di coinvolgerle nelle tappe successive del progetto. La partecipazione si è così estesa ad altre Associazioni di Volontariato tra cui: i Club degli Alcolisti in Trattamento di Ferrara, Argenta, Poggio Renatico,

21. F. Folgheraiter, La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di Zona), Erickson, Trento, 2006, p. 58.

Renazzo, Bondeno, Mesola, il gruppo degli Alcolisti Anonimi di Ferrara, Codigoro, Comacchio, l'associazione Alanon di Ferrara e Codigoro, il Comitato "Insieme per la qualità della vita" e l'Associazione Viale K di Ferrara, l'Associazione Oasi di Santa Giustina di Mesola, la Comunità Incontro di Argenta, il Coordinamento Auto Aiuto di Ferrara e l'Associazione "Il Pellicano" di Ostellato.

Hanno inoltre aderito diverse strutture pubbliche direttamente impegnate nell'area del trattamento e della prevenzione dell'uso e abuso di sostanze e del disagio giovanile: tutti i SerT dell'Azienda USL di Ferrara, Spazio Giovani, Area Giovani del Comune di Ferrara e Promeco. Inoltre tutte le Comunità Terapeutiche della provincia di Ferrara, di seguito elencate, aderiscono al progetto: Papa Giovanni XXIII, Exodus "La Casa di Carlotta", Saman "Le Muraglie", "Il Timoniere", "Il Ponte" e il Centro di Osservazione Diagnosi "L'Airone".

La conoscenza di tali realtà è stata realizzata, dall'operatore di rete con la collaborazione del volontario del Servizio Civile di Promeco, attraverso interviste semistrutturate²², rivolte ai referenti dei Servizi Pubblici, delle Comunità e delle Associazioni. La raccolta di dati e di informazioni attraverso una conversazione guidata, ha consentito di individuare in maniera specifica le attività, le prestazioni e l'utenza presa in carico e di comprendere in maniera approfondita i significati e le rappresentazioni complesse alla base dell'operato di ciascun ente.

Una parte delle informazioni raccolte servirà per la stesura di un elenco delle realtà mappate in modo da descriverle sinteticamente esplicitandone recapiti e caratteristiche.

Questo opuscolo sarà a disposizione di quanti possono essere interessati a vario titolo, a conoscere le associazioni che operano sul territorio. Può rappresentare la base di partenza per identificare una possibile rete di collaborazione, per estenderla e articolarla in modo più completo. Fra i principali destinatari dell'opuscolo ovviamente, ci sono anche tutti gli enti pubblici privati e le associazioni di volontariato, impegnate nelle dipendenze e nel sociale.

La parte conclusiva dell'intervista, finalizzata a cogliere indicazioni sulla disponibilità a lavorare in relazioni con altri enti, le criticità, le prospettive di miglioramento e i bisogni formativi, traccia un percorso di collaborazione e di approfondimento comune, che sarà affrontato poi nella terza fase del progetto.

La seconda fase di "Da che dipende?" si è articolata in due azioni, principalmente rivolte alla cittadinanza: l'organizzazione nel mese di Giugno della Giornata Mondiale contro la Droga 2009 a Ferrara

e provincia e la partecipazione alla pubblicazione e presentazione del Rapporto Epidemiologico Annuale dell'Osservatorio delle Dipendenze Patologiche.

La prima azione è stata implementata attraverso la realizzazione di "Butta le droghe!", una campagna di sensibilizzazione contro l'uso e l'abuso di droga. L'idea, nata durante gli incontri periodici, ha consentito di organizzare intorno alla Giornata Mondiale di lotta alla droga un progetto provinciale, riproducibile in ogni comune, con una buona visibilità per la cittadinanza, consistente nella distribuzione di gadget da parte di operatori e volontari che agivano intorno alla presenza simbolica di cassonetti dell'immondizia posti nelle piazze dei comuni, per dare allo slogan e all'iniziativa maggior visibilità. Parallelamente sono state organizzate manifestazioni sportive, eventi musicali, tavoli di discussione su tematiche legate all'educazione e prevenzione in ciascuno dei comuni coinvolti: Ferrara, Argenta, Cento, Poggio Renatico, Codigoro e Mesola e in alcune Comunità Terapeutiche. Le iniziative sono state divulgate, in maniera capillare attraverso canali informativi locali e provinciali, amplificando così il messaggio della campagna. Il lavoro dei gruppi territoriali, in ciascun comune, è stato occasione per un confronto, fra persone e associazioni o enti diversi, che ha dato corallità al messaggio. "Butta le droghe!" è stato l'invito rivolto alla cittadinanza di liberarsi dall'uso di qualsiasi sostanza psicoattiva, in linea con l'esortazione dell'United Nations Office on Drugs and Crime a "liberare" le comunità e la propria vita dalla droga.

L'azione relativa alla pubblicazione del *Rapporto Epidemiologico Dipendenze Patologiche* quest'anno è stata finalizzata alla presentazione dei dati epidemiologici più significativi sulla diffusione delle dipendenze e la tipologia di utenza presa in carico dai Servizi Pubblici e dalle Comunità Terapeutiche e dai dati descrittivi e informativi delle strutture private operanti sul territorio, con un'attenzione particolare all'apporto del volontariato in questo settore. Presupposti teorico-metodologici e la programmazione operativa di ogni ente e associazione, vengono presentati da una prospettiva interna, quella di operatori e volontari, rendendo così il Rapporto espressione di una lettura integrata dei servizi pubblici e privati offerti nelle dipendenze.

La conferenza di presentazione del Rapporto, dando spazio alle voci dei protagonisti, creerà un momento di confronto e di scambio rivolto all'attenzione della comunità locale.

L'ultima fase di "Da che dipende?" consiste nella rendicontazione del percorso intrapreso, dando risalto alla valutazione di processo e di efficacia dando

22. Strumento di indagine che, pur seguendo una traccia di argomenti da approfondire, pone al centro il dialogo e la conversazione naturale tra l'intervistatore e il soggetto, lasciando emergere in tutta la sua complessità il punto di vista di quest'ultimo. E. Cicognani, Psicologia sociale e ricerca qualitativa, Carocci, Roma, 2002.

spazio alla riflessione e all'approfondimento di alcune tematiche considerate rilevanti quali ad esempio la gestione del gruppo, i modelli innovativi di prevenzione e di intervento e le leggi in materia di dipendenze. L'azione *in-formativa*, vorrebbe anche attivare contatti reciproci di trasmissione di informazioni rilevanti per l'intera partnership quali possono essere ad esempio dati di aggiornamento rispetto al proprio operato, la segnalazione di iniziative organizzate sul territorio, attività di formazione condivisibili, affinché la comunicazione tra operatori e volontari, individui il primo momento di un lavoro coordinato e maggiormente strutturato.

In fase conclusiva del progetto, si auspica possa aprirsi la possibilità di collaborazioni future fra quanti, Servizi Pubblici, Comunità Terapeutiche e Associazioni di Volontariato, hanno condiviso analisi e obiettivi, confrontato vision e mission, realizzando uno spazio d'incontro utile per sviluppare un approccio integrato alle dipendenze.

6.4 UNO SGUARDO DEL VOLONTARIATO SU PASSATO, PRESENTE E FUTURO²³

Da che dipende l'uso di droghe e alcol, in particolare nella provincia di Ferrara?

È questa la domanda che il volontariato ferrarese ha posto ai servizi pubblici del proprio territorio. La riflessione condivisa che ne è scaturita ha dato il via ad un progetto sociale di rete, intitolato per l'appunto "Da che dipende?". Il progetto, sostenuto dal Centro Servizi per il Volontariato di Ferrara, ha visto tra i promotori l'Associazione Famiglie contro la Droga, in collaborazione con enti pubblici e realtà del terzo settore, che hanno scelto di investire su un percorso di ricerca, formazione, informazione e sensibilizzazione in merito al tema della tossicodipendenza, sollecitando partecipazione e responsabilità civica nella comunità ferrarese.

Nel presente intervento vogliamo restituire alcuni spunti di riflessione sull'autopercezione del ruolo del volontariato rispetto all'intervento nelle tossicodipendenze, elaborati durante le prime fasi del progetto "Da che dipende?", attraverso un confronto costante tra i partner coinvolti. Si tratta di uno sguardo al passato, presente e futuro, che fa il punto sulle risorse che il volontariato ha messo a disposizione della comunità negli ultimi 20 anni rispetto al settore delle dipendenze patologiche.

La riflessione delinea un cammino esperienziale che comprende vari momenti successivi. Nel primo momento di questo percorso i volontari condividono

storie simili, un vissuto di sofferenza che li unisce all'interno di un'associazione o di un gruppo impegnato nelle dipendenze. L'ascolto accogliente tra pari, non giudicante, aiuta le persone che vivono il disagio della tossicodipendenza e i loro familiari a uscire dall'isolamento sociale, a rielaborare il senso di colpa che la società attribuisce spesso a chi è tossicodipendente. Questo percorso porta le persone all'accettazione dei vissuti condivisi, restituendo loro un valore di responsabilità che consente di affrontare il problema e smettere di subirlo.

In una fase successiva si passa dal sostegno affettivo ed emotivo fra pari ad un sostegno pratico, fatto di consigli e aiuti concreti, come una visita a casa, una telefonata, l'accompagnamento dal medico o in comunità. Sono altre risposte che il volontariato è in grado di dare e che riportano ordine nella vita delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie, riagganciandole alla quotidianità.

Quando il sistema del welfare integra realmente risorse formali e informali, il volontariato diventa risorsa efficace per il benessere della comunità. In questo nuovo contesto il volontariato ha il ruolo di riportare l'attenzione su chi non ha avuto accesso ai servizi e coinvolgere le persone che vivono o hanno vissuto l'uso problematico di sostanze psicoattive, in un processo di responsabilizzazione e autonomia. La responsabilità è qui intesa non come dovere imposto, ma come impegno personalmente percepito, recuperando il significato originario del termine.

Fare volontariato nelle dipendenze, in realtà, estende il proprio obiettivo d'azione oltre queste problematiche specifiche e si rivela scatto di solidarietà che pone al centro la relazione e il senso del bene comune.

Questo è il percorso esperienziale in cui si è riconosciuta in particolare l'Associazione Famiglie contro la Droga, impegnata da un ventennio a Ferrara nel settore delle tossicodipendenze, con la finalità di riportare il disagio all'attenzione della comunità e orientare l'operato dei servizi pubblici.

Ad oggi l'Associazione Famiglie contro la Droga ha sollecitato la nascita, negli anni '80, della Comunità pubblica di Pratolungo per il trattamento delle tossicodipendenze (chiusa nel 2000), la formazione di Unità di Strada che agissero più direttamente sul problema in un'ottica di riduzione del danno, la nascita di servizi pubblici come PROMECO, il Centro di promozione della comunicazione nato in convenzione tra il Comune di Ferrara, l'AUSL di Ferrara e il Provveditorato agli Studi di Ferrara, individuando nella prevenzione uno dei principali contesti d'informazione ed educazione dei giovani.

Queste azioni hanno consolidato negli anni il rapporto tra servizi pubblici e volontariato, con l'obiettivo

23. Il testo è stato redatto da G. Castaldi, Associazione Famiglie contro la Droga e F. Gallini, Settore documentazione Centro Servizi per il Volontariato di Ferrara

comune di comprendere le cause della tossicodipendenza e di costruire percorsi condivisi di trattamento e riabilitazione.

Con il progetto “Da che dipende”, si è inteso poi dare sistematicità a collaborazioni tra enti pubblici e terzo settore e alla circolazione nel territorio locale di buone prassi, mirate alla riduzione del consumo di droghe e alcol.

Tra le azioni future che l’Associazione Famiglie contro la Droga si propone di mettere in atto vi sono i percorsi di avvicinamento al volontariato, iter formativi sulla relazione di auto-aiuto, supporto a un modello di prevenzione basato sull’educazione dei giovani. Si tratta di un ruolo educativo volto a dare ai giovani strumenti di resistenza alle pressioni dei pari e alle pubblicità che spingono verso l’uso di droghe e alcolici, ad adottare modelli di vita e comportamenti alternativi alle dipendenze.

6.5 CARATTERISTICHE DEL TERZO SETTORE NELLE DIPENDENZE IN PROVINCIA DI FERRARA²⁴

Nella prima fase del progetto “Da che dipende?”, è stata condotta un’indagine esplorativa con l’obiettivo di individuare le caratteristiche principali del terzo settore, impegnate nel campo delle dipendenze patologiche. L’obiettivo era quello di conoscere in maniera più approfondita ciascun componente di questa realtà e catalogarle in un unico repertorio. Nel contesto di questo studio il termine “terzo settore” viene utilizzato nella sua accezione più restrittiva e di conseguenza si riferisce alla sfera del volontariato e dell’associazionismo. Sono entrambi settori *no-profit*, hanno una natura pubblica nei benefici collettivi che perseguono e una di tipo privato nelle modalità organizzative di cui si dotano per raggiungere i loro scopi²⁵. Di seguito verranno delineati alcuni aspetti relativi alla metodologia d’indagine e i principali risultati emersi.

Metodologia della ricerca

Coerentemente all’approccio di “Da che dipende?” e alla dimensione conoscitiva in cui si colloca la ricerca, si è scelto un metodo “esplorativo”, in quanto ritenuto particolarmente adatto a fare affiorare le caratteristiche delle realtà indagate²⁶.

A questo scopo è stata predisposta un’intervista semistrutturata composta da una serie di domande a struttura chiusa con una batteria di opzioni predefinite fra le quali scegliere quella ritenuta più idonea e altre a struttura aperta dove l’intervistato aveva la possibilità di esprimersi liberamente.

La traccia dell’intervista²⁷, è stata suddivisa in due sezioni: la prima si propone di cogliere alcuni aspetti strutturali e organizzativi delle associazioni tra cui: la natura giuridica, il numero di volontari, le modalità di finanziamento e di documentazione delle attività, la presenza o meno di referenti. Rispetto alle attività, sono state indagate quelle di tipo socio-sanitario relativamente, alla prevenzione, alle prestazioni sanitarie, ai gruppi di auto-aiuto, all’assistenza presso i presidi ospedalieri e all’orientamento per l’inserimento in strutture riabilitative. L’ultima parte di questa sezione cerca di individuare anche le attività tipo assistenziale rivolte a particolari fasce deboli quali famiglie con gravi problemi, detenuti, senza fissa dimora, minori, immigrati.

La seconda sezione approfondisce gli aspetti sopra elencati, evidenziando le caratteristiche della *mission* delle associazioni assieme a tutti gli altri aspetti che le caratterizzano. Con il termine *mission* si intende l’insieme di valori, ideali e ambizioni che sostenendo l’operato dall’ente, si traducono in obiettivi concreti. La varietà dei dati raccolti, quali ad esempio il numero di volontari, la frequenza di partecipazione, la quantità e il tipo di attività svolte nell’ultimo anno, ha reso necessario ulteriori contatti, telefonici o via mail, per completare e aggiungere informazioni più specifiche, maggiormente rappresentative dell’associazione presa in esame.

Le interviste sono state rivolte ai referenti delle associazioni, ritenuti i testimoni privilegiati delle realtà oggetto dello studio e interpreti del punto di vista più rappresentativo dell’azione sociale in cui sono impegnate.

L’analisi esplorativa dei contenuti è stata svolta rispettivamente per la prima sezione della ricerca attraverso statistiche descrittive (in particolare frequenze, frequenze percentuali e medie), mentre per la seconda sezione è stata applicata l’Analisi del Contenuto²⁸ per cui, attraverso la trascrizione di parti delle interviste, sono state individuate macrocategorie concettuali con l’obiettivo di individuare la *mission* di ogni associazione.

24. Il testo è stato redatto da I. Vaccari, Coordinatore Progetto “Da che dipende?” Centro Servizi per il Volontariato di Ferrara

25. A. Caldelli, F. Gentili, S. Giusti, Oggi vado volontario, Erickson, Trento, 2005.

26. E. Cicognani, Psicologia sociale e ricerca qualitativa, Carocci, Roma, 2002.

27. Lo strumento è stato realizzato prendendo spunto da indicazioni della letteratura di settore: L. Dallago, M. Santinello, A. Vieno, Valutare gli interventi psicosociali, Carocci, Roma, 2004.

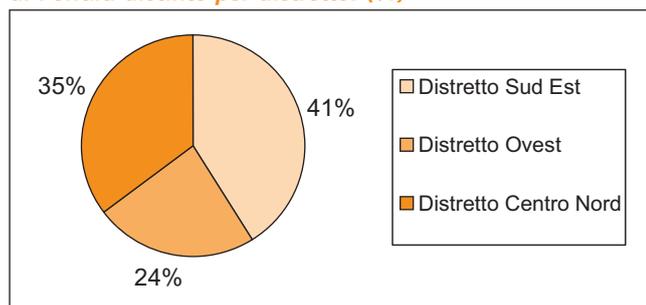
28. V. Calvo, I. Parriello, La lettura del colloquio attraverso l’analisi del contenuto e l’analisi testuale, in V. Calvo, D. Rocco, Il colloquio psicologico., Domeneghini Editore, Padova, 2003.

Il quadro generale delle associazioni

I risultati relativi al primo livello di analisi forniscono un quadro generale delle associazioni coinvolte rispetto alle caratteristiche strutturali e organizzative e alle attività socio-sanitarie, assistenziali o ricreative, mentre il secondo livello focalizza l'attenzione sulle specificità operative.

Come riportato nella Figura 1, nel terzo settore, le associazioni indagate che si occupano a vario titolo di dipendenze sono 17. La maggioranza si colloca nel Distretto Sud Est (41.2%), oltre il 35% nel Distretto Centro Nord e il restante in quello Ovest (23.5%).

Fig. 1 Le associazioni presenti sul territorio della provincia di Ferrara distinte per distretto. (%)



In base alla loro mission esse si possono suddividere in tre macrocategorie: associazioni impegnate nella prevenzione, comunità di vita e associazioni di sostegno (Schema 1)²⁹.

Le realtà impegnate nella prevenzione svolgono attività educative e informative rivolte ai giovani, alle famiglie e agli insegnanti. Le comunità di vita rappresentano contesti di accoglienza residenziali finalizzati al recupero dell'autonomia e al ripristino di nuovi ritmi di vita quotidiani. Le associazioni di sostegno, infine, supportano gruppi di auto-aiuto caratterizzati da alcuni principi della metodologia del self-help³⁰.

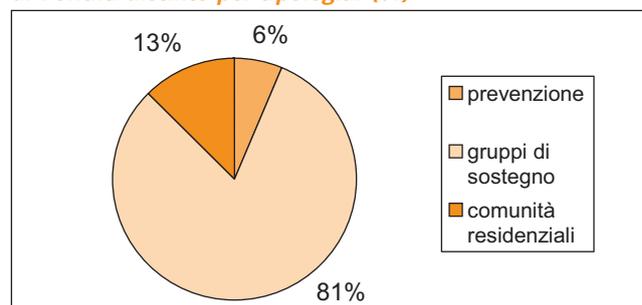
Come rappresentato nella Figura 2, queste ultime associazioni, rappresentano oltre l'80% del terzo settore impegnato nelle dipendenze e si distribuiscono in maniera numericamente quasi eguale su tutti i distretti: sono 5 i gruppi a Sud Est, 4 nel Distretto Ovest e 4 in quello Sud Est. Tali gruppi non sono omogenei rispetto alla loro struttura e organizzazione ma, si distinguono diverse tipologie:

- 7 Club di Alcolisti in Trattamento (CAT), la maggior parte nel Distretto Ovest;
- 3 gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A) e 2 gruppi di familiari di alcolisti Alanon presenti in solo nel Distretto Centro Nord e Sud Est;

- l'Associazione Famiglie contro la Droga (AFCD), in parte impegnata anche nella prevenzione e presente solo a Ferrara;
- Associazione Oasi di Santa Giustina di Mesola che però presenta caratteristiche peculiari e, per le attività che svolge, ha una collocazione intermedia fra i gruppi di sostegno e le comunità residenziali non accreditabili.

Appartengono a quest'ultima tipologia specifica Viale K di Ferrara e "Il Pellicano" di Ostellato, che costituiscono il 13% del terzo settore impegnato nelle dipendenze. Infine il Comitato "Insieme per la qualità della vita", è l'unica realtà che si occupa in maniera specifica di prevenzione e si trova a Ferrara.

Fig. 2 Le associazioni presenti sul territorio della provincia di Ferrara distinte per tipologia. (%)



Caratteristiche strutturali e organizzative

Rispetto alla natura giuridica che caratterizza il terzo settore impegnato nelle dipendenze l'82,35% è rappresentato da organizzazioni di volontariato³¹, una sola di queste è costituita da un Comitato che raccoglie sotto di sé altri enti e associazioni. Le restanti realtà intervistate (17,64%), sono costituite da associazioni di promozione sociale³² e corrispondono ai 3 gruppi di Alcolisti Anonimi.

Quasi il 60% di tali realtà sono *autofinanziate*. La loro azione sociale è senza scopi di lucro e le quote versate dai membri sono volontarie e spontanee, finalizzate solo al mantenimento delle strutture e dei luoghi di incontro. Il restante 40% circa delle realtà indagate riceve, sempre a questo fine, sovvenzioni da parte delle amministrazioni locali.

Appena più della metà (52,9%) delle associazioni utilizza qualche modalità per documentare e tenere memoria delle attività che svolge, tra questi sono stati indicati verbali e sintesi degli incontri.

In tutte le associazioni le azioni di ordinamento e di organizzazione delle attività sono svolte dal referente, con un ruolo anche di facilitatore delle relazioni tra

29. Lo schema 1 riportato in allegato raffigura la mappa del volontariato nelle dipendenze, secondo la classificazione presa in esame.

30. Per riferimenti teorici v. A. Noventa, paragrafo precedente.

31. Secondo la Legge n.266 11 Agosto 1991 l'attività di volontariato viene prestata in modo personale e gratuito, senza fini di lucro e per fini di solidarietà.

32. Secondo la Legge quadro n.383 del 7 dicembre 2000 tali associazioni si costituiscono al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi senza finalità di lucro.

i membri e di gestione dei rapporti con il territorio. Altri dati che qualificano la persona che ricopre questo ruolo sono relativi all'età, al genere e alla sua formazione e professione. Il referente ha un'età media di circa 60 anni, è di sesso maschile (70%), ha una formazione medio-alta (55,8%), è ancora attivo sul lavoro, svolge mansioni impiegatizie o di operaio.

Attività socio-sanitarie, assistenziali e ricreative

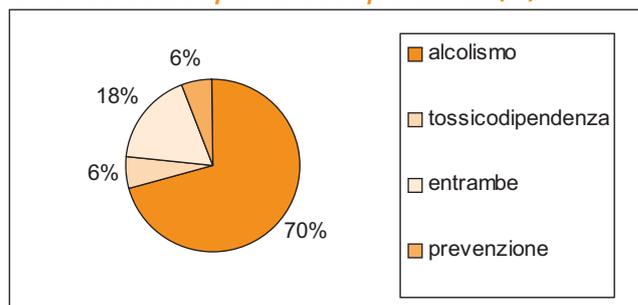
Nel settore dei *problemi alcolcorrelati*, sono impegnate più del 70% delle associazioni indagate (Fig. 3). L'attenzione si rivolge in maniera specifica solo agli alcolisti nei 3 gruppi di Alcolisti Anonimi, ai familiari degli alcolisti nei 2 gruppi Alanon, contemporaneamente a familiari e ad alcolisti nei 7 gruppi di Club Alcolisti in Trattamento. L'AFCD è l'unica che si occupa specificamente di tossicodipendenze rivolgendo sostegno sia alle persone portatrici del problema, sia alla famiglia che lo vive indirettamente. Le attività di prevenzione del Comitato, si rivolgono prevalentemente ai giovani e alle loro famiglie. Entrambe le comunità di vita e l'Associazione Oasi di Santa Giustina, si dedicano indistintamente a tossicodipendenti, alcolisti e ai loro familiari. La prevalenza dell'alcolismo quale ambito di maggior impegno sociale, conferma il trend nazionale così come individuato dalla ricerca nazionale sui gruppi di auto-aiuto dalla Fondazione Andrea Devoto³³.

Quasi la totalità delle realtà indagate, il 94,1% svolge *attività di informazione*, circa il 30% fornisce indicazioni, in caso di richiesta, riguardo alle opportunità di cura sul territorio e infine il 47,1% dichiara di svolgere attività di prevenzione (Fig. 4).

In generale dalle interviste dei referenti sembrano emergere attività di informazione, a *scopo preventivo*, basate sulla trasmissione di conoscenze e testimonianze tratte dalle proprie esperienze di vita legate alla dipendenza. Membri delle associazioni e ospiti delle Comunità residenziali, rappresentano *testimoni significativi* delle problematiche correlate all'alcolismo e alla tossicodipendenza. Le loro esperienze riportate ai giovani, raggiunti soprattutto nel contesto scolastico, vogliono essere uno spunto di riflessione, circa i rischi associati all'uso delle sostanze psicoattive legali e illegali, rispetto alle diverse condizioni di uso, ai rapporti interpersonali con i genitori e con i coetanei, al rendimento scolastico. Le associazioni si rivolgono alla cittadinanza attraverso campagne di sensibilizzazione, manifestazioni che, oltre ad avere un carattere informativo, sono un'occasione per dare visibilità al proprio impegno nelle dipendenze.

Altro obiettivo hanno le attività di informazione e di prevenzione rivolte ai membri delle associazioni, che vivono più da vicino il problema della dipendenza. L'esperienza in questo caso, diventa termine di confron-

Fig. 3 Le associazioni presenti sul territorio della provincia di Ferrara distinte problematica prevalente. (%)

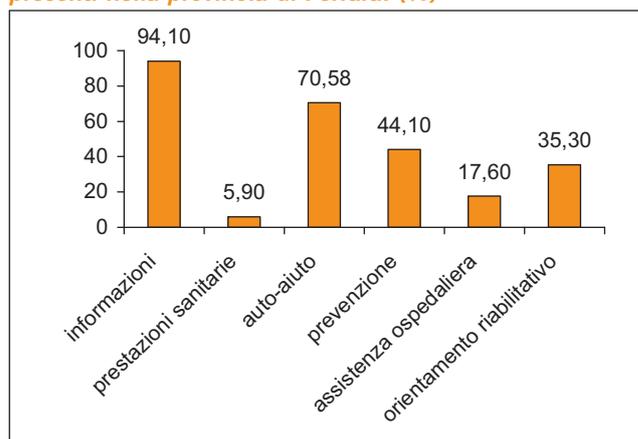


to che facilita processi di identificazione e indicazione di modelli di riferimento per orientare il cambiamento e fronteggiare la situazione di disagio. Le informazioni specifiche aiutano a risolvere problemi concreti, a prevenire l'aggravamento della condizione di dipendenza, eventualmente consigliando di rivolgersi a servizi o strutture specifiche.

Oltre il 70% delle realtà impegnate nelle dipendenze supportano gruppi di auto-aiuto rivolti ai loro membri. La mancata corrispondenza rispetto alla classificazione in gruppi di sostegno, come sopra indicato, deriva dalla non concordanza dei CAT in generale, a riconoscersi completamente nella metodologia dell'auto-aiuto.

Le due Comunità residenziali, sono le uniche a svolgere prestazioni sanitarie limitatamente all'accompagnamento degli ospiti alle visite mediche o alla gestione di terapie farmacologiche sostitutive o sintomatiche per alcune patologie correlate alla dipendenza.

Fig. 4 Le attività socio-sanitarie svolte dalle associazioni presenti nella provincia di Ferrara. (%)

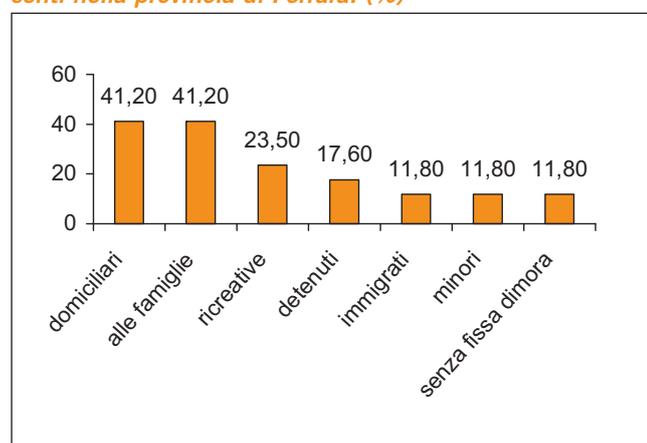


La frequenza e la particolarità delle attività socio-sanitarie, delineano una mission delle associazioni rivolta alle dipendenze, improntata a forme di condivisione e di partecipazione volte a responsabilizzare le persone, sollecitandole a intervenire direttamente impegnando le proprie risorse personali per favorire la risoluzione dei problemi e il superamento delle difficoltà.

33. Fondazione Istituto Andrea Devoto, Indagine conoscitiva sulle associazioni di auto-aiuto e di tutela della salute, Firenze, 1999.

Parallelamente e a conferma di ciò, sembrano essere meno frequenti le forme di assistenzialismo, che per loro natura tendono a instaurare rapporti di dipendenza verso le persone che ricevono aiuto (Fig. 5). In entrambi i casi l'assistenza domiciliare e alle famiglie viene svolta dal 40% delle associazioni. Tali azioni sono state descritte dai referenti come una forma di vicinanza e di particolare attenzione alle persone già accolte dalla loro associazione, in momenti particolarmente critici quali: la perdita della casa, il ricovero del familiare con problemi di alcol, difficoltà economiche, ripetute e immotivate assenze agli incontri. Altre attività che caratterizzano per oltre il 20% le associazioni, riguardano manifestazioni ricreative, sportive e culturali svolte localmente, spesso in collaborazione con altre associazioni di volontariato, oratori e gruppi sportivi.

Fig. 5 Le attività assistenziali svolte dalle associazioni presenti nella provincia di Ferrara. (%)



Mission prevalenti e caratteristiche specifiche delle associazioni

La suddivisione nelle tre macrocategorie: associazioni impegnate nella prevenzione, comunità residenziali e associazioni di sostegno, è stata identificata rispetto alla mission che sembra prevalere in ciascuna associazione. Tali profili sono teorici e vogliono rappresentare un orientamento nella complessa realtà del terzo settore impegnato nelle dipendenze.

La descrizione delle specificità delle associazioni cercherà di valorizzare le caratteristiche distintive, senza la pretesa di esaurirle.

Il Comitato Insieme per la qualità della vita:

è l'associazione impegnata principalmente nel settore della *prevenzione* che raccoglie altre associazioni di volontariato, tra cui l'Associazione Famiglie contro la Droga, associazioni ricreative e culturali e altri enti quali: Parrocchia San Pio X, Circoscrizione Zona Nord, Biblioteca Bassani, Coop. Castello, Macondo, ANPI, Area Giovani, Circolo Bontemponi, Gruppo Archeolo-

gico di Ferrara, Scuola Cosmé Tura, Centro Sociale, Associazione Musicisti di Ferrara, SPI, CGIL.

Il gruppo si rifà a un modello di prevenzione primaria, rivolta ai giovani non solo per evitare il rischio di comportamenti correlati all'uso di sostanze, ma per promuovere stili di vita e opportunità di crescita positivi. Il messaggio è rivolto anche alle due principali agenzie educative per tale fase evolutiva: la scuola e la famiglia, con l'obiettivo di responsabilizzare genitori e insegnanti rispetto al loro ruolo, creando così, una "rete educativa territoriale"³⁴, un ponte di collegamento tra scuola e territorio.

Sono *19 i volontari* che partecipano alle attività del Comitato, per realizzare incontri informativi circa i rischi associati all'uso di sostanze che vengono svolti sia nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado sia sul territorio, attraverso tavoli di confronto tra famigliari, insegnanti, studenti e autorità locali. Questi incontri rappresentano un momento condiviso di riflessione che stimola i giovani a individuare comportamenti alternativi promozionali della salute e gli adulti riflettere sul loro ruolo educativo. Il Comitato, organizza anche manifestazioni e attività ricreative e sportive, rivolte ai giovani, ma aperte alla partecipazione di quanti vivono nel territorio in cui si svolgono.

L'Associazione Famiglie Contro la Droga, se da un lato è impegnata nella *prevenzione*, è nell'azione di sostegno rivolta alle famiglie con problemi legati alla *tossicodipendenza*, che trova la sua ragione d'essere.

Si introduce così la seconda mission che sembra prevalere nel terzo settore: il sostegno. Con questo termine si vorrebbe sottolineare il legame sociale che l'AFCD assieme ai CAT, gli Alcolisti Anonimi e l'Associazione Oasi di Santa Giustina, promuovono sul territorio cui appartengono. Il "sostegno" fornisce un supporto emotivo, informativo, interpersonale e sociale costruendo così una rete a supporto di chi soffre, direttamente e indirettamente, per problemi collegati alla tossicodipendenza. È un legame contestualizzato nello spazio di vita quotidiano, che ha carattere di continuità e svolge una funzione protettiva con gli effetti benefici primari e secondari che produce. L'effetto primario del sostegno sociale ha una conseguenza diretta, favorisce il senso di appartenenza alla propria comunità scardinando l'isolamento che la dipendenza produce e ricostruendo la fiducia negli altri oltre alla fiducia nella propria capacità personale di affrontarla. Accanto a tale circolo virtuoso si delinea anche l'effetto indiretto o secondario del sostegno sociale che modera lo stress e attenua l'impatto che la dipendenza produce. Questa dimensione interattiva consente di ridefinire la situa-

34. A. Caldelli, F. Gentili, S. Giusti, Oggi vado volontario, Erickson, Trento, 2005, p. 67.

zione problematica, di distanziarsene per formulare nuove strategie risolutive superando la posizione di stallo³⁵.

L'Associazione Famiglia Contro la Droga, è l'unico gruppo che accoglie famiglie con problemi correlati alla tossicodipendenza. Il suo impegno nella prevenzione ha orientato l'interesse alla relazione genitorifigli in fase adolescenziale, come principale sistema da ricostruire una volta che si affacciano problemi di dipendenza in questa età critica, ma anche come principale fattore protettivo per eluderne il rischio. Gli incontri di gruppo, si ispirano alla metodologia dell'auto-aiuto nei processi di identificazione e di condivisione. Lo scopo è quello di attivare le conoscenze nate dall'esperienza per sviluppare uno scambio di consigli e suggerimenti per fare fronte a difficoltà comuni, ricorrendo alla comprensione, alla relazione empatica accogliente e non giudicante che si instaura in un confronto e di sostegno tra pari.

L'associazione è costituita da 10 membri che corrispondono ad altrettanti nuclei famigliari. L'età media del gruppo è di circa 60 anni, con una prevalenza di femmine (6). La frequenza all'associazione, aperta per oltre sette ore settimanali, è di circa il 70%. La scarsa affluenza di nuove famiglie, solo 3 nell'ultimo anno, ha spinto i membri di AFCD a interrogarsi sulle ragioni della scarsa adesione al loro gruppo e contemporaneamente a rimettere in discussione la propria azione sociale e il proprio metodo aprendo un confronto con i Servizi Pubblici e con il Coordinamento dell'Auto-aiuto.

I CAT e gli Alcolisti Anonimi, a differenza dell'AFCD, assumono una strutturazione molto più vicina a quella dell'auto-aiuto, pur preservando alcune caratteristiche peculiari e un'identità molto forte condivisa a livello internazionale.

I Club Alcolisti in Trattamento (CAT) sono i gruppi più numerosi e costituiscono oltre il 40% del terzo settore impegnato nelle dipendenze.

Sono coordinati a livello provinciale dall'Associazione Provinciale Club Alcolisti in Trattamento (APCAT) Ferrarese. Un organo consultivo che rappresenta un punto di riferimento per ogni sede operativa. Ogni CAT conserva una propria forte autonomia e si rivolge all'APACT di solito per questioni riguardanti il rapporto con il territorio, per problemi inerenti al club, ma anche per l'organizzazione di iniziative e di manifestazioni coordinate a livello provinciale. A Ferrara i Club si sono "moltiplicati" per rispondere al bisogno delle famiglie con problemi alcolcorrelati e per essere più vicini a loro. La vicinanza del club al territorio, ad altre associazioni e la collaborazione con i servizi, traduce in pratica uno dei principi metodo-

logici dell'approccio utilizzato dai Club che prevede un forte radicamento territoriale rappresentando un modello esemplare di lavoro di rete.

Il Club degli Alcolisti in Trattamento si definiscono una comunità multifamigliare, costituita da famiglie che condividono problemi legati all'alcol. Essi infatti sostengono che raramente l'alcolismo si presenta in maniera isolata, ma è spesso accompagnato, nella stessa persona e nella sua famiglia, dall'uso di altre sostanze, da disagi psico-sociali, da difficoltà relazionali e da problemi sul lavoro. L'approccio dei CAT è quindi di tipo sistemico, ecologico-sociale. Il Club diventa luogo di incontro, che riproduce un contesto di vita reale, in cui la famiglia, principale contesto di vita, è il primo a mettersi in discussione. I famigliari proseguono nello stesso percorso di cambiamento che affronta la persona con problemi di alcol, sono spronati, a rivedere le dinamiche conflittuali e gli intrecci di alleanze perverse che l'alcolismo genera. Famiglia e alcolisti affrontano nei Club, un cambiamento dello stile di vita che li accompagnerà sempre. L'alcolismo infatti diviene uno stile di vita, modificarlo rappresenta un impegno duraturo che richiede l'adesione a comportamenti salutari e una continua attenzione alle situazioni rischiose, a quei momenti di aggregazione dove bere è la regola per stare insieme.

La mission dei CAT si estende dal cambiamento dell'individuo con problemi di alcol, a quello della sua famiglia, fino a quello della comunità. Obiettivo ultimo del club è, infatti, trasferire la consapevolezza dei rischi che si associano all'uso di alcol, al territorio, attraverso la prevenzione e la promozione del benessere bio-psico-sociale, la responsabilizzazione del cittadino rispetto alla propria salute.

Il mantenimento di uno stile di vita sobrio è una filosofia di vita che richiede non solo attenzione e impegno costanti, ma anche una formazione e un aggiornamento continuo delle famiglie e, dove possibile, della comunità. Le scuole territoriali dell'ACAT sono state pensate proprio per fornire informazioni basilari sul concetto di salute, sugli effetti delle sostanze psicoattive, sui principi e sulla vita del Club e sugli aspetti relativi all'efficacia dei programmi di trattamento.

Le famiglie del Club si riuniscono a cadenza settimanale, in media circa un'ora e mezza, insieme al servitore-insegnante, un membro del club adeguatamente formato e aggiornato. Il servitore-insegnante è spesso colui che ha trascorso più tempo nel Club, come tale è più esperto di relazioni e per questo viene considerato in grado di svolgere l'attività di facilitatore di gruppo. Ciascun incontro viene verbalizzato perché il verbale è considerato un importante strumento di lavoro: permette di monitorare la frequenza

35. D. Francescano, M. Tomai, G. Ghirelli, Reti sociali e sostegno sociale. In Francescano et al., Fondamenti di psicologia di comunità, Carocci, Roma, 2005.

dei partecipanti, di costruire la memoria del gruppo e testimoniarne il cambiamento. Gli incontri avvengono nel rispetto di alcune regole fondamentali quali la puntualità, la serietà, la sincerità, la confidenzialità in modo da garantire uno spazio di incontro autentico e di rispetto reciproco.

Complessivamente i CAT accolgono 71 famiglie, di cui 27 sono entrate nell'ultimo anno. Sono complessivamente 149 le persone che partecipano ai club, con una frequenza settimanale quasi del 67%. Le femmine sono 59 e i maschi 90. L'età media del gruppo è di circa 48,86 anni. Le persone che si trovano ancora in uno stato di dipendenza da bevande alcoliche sono 15 e hanno un'età media di circa 41 anni³⁶.

Gli Alcolisti Anonimi e gli Alanon, diversamente dai CAT, accolgono i famigliari degli alcolisti in assemblee distinte. Le riunioni degli Alanon sono infatti, specificamente dedicate alle famiglie che vivono indirettamente il problema collegato all'alcol. L'*alcolismo* è una *malattia* che coinvolge tutta la famiglia e un cambiamento al suo interno, una ricostruzione delle relazioni spesso fortemente compromesse, consolida e sostiene il cambiamento dell'alcolista.

Gli Alanon a Ferrara, sono nati a seguito degli Alcolisti Anonimi, per rispondere a un bisogno emergente dei *famigliari* degli alcolisti di condividere uno spazio di confronto, per elaborare la delusione, per modificare atteggiamenti colpevolizzanti verso se stessi o verso l'alcolista, per riconquistare la forza di aiutarlo nel superamento di questa malattia.

L'incontro tra i due gruppi avviene mensilmente nelle "riunioni aperte", così dette perché oltre ad essere un momento di confronto tra i membri di gruppi di altre province, diventa un'occasione per aprire l'associazione alla cittadinanza. I due gruppi pur avendo una propria autonomia organizzativa condividono *vision*, ossia una specifica concezione e ideologia alla base dell'alcolismo e *mission* del loro metodo³⁷.

Il recupero dell'alcolista è visto come un percorso in salita, dal basso, dalla malattia che annienta, a un'esperienza spirituale che eleva, che passa attraverso la progressiva riconquista dell'onestà verso se stessi.

Caratteristica distintiva di questo gruppo è l'anonimato, che ha un significato essenzialmente spirituale: non è fuga da pregiudizi e moralismi, ma protezione da incomprensioni e facili opinioni. Garantisce la condizione di parità, di eguaglianza a prescindere dalla posizione sociale, dalla situazione economica, dal ruolo lavorativo. Anonimato è anche una condizione interiore di rinuncia all'egocentrismo, alle soluzioni facili che spesso caratterizzano la malattia.

L'anonimato riguarda i membri del gruppo, ma non per l'associazione, che ha fra i suoi obiettivi la diffusione del programma³⁸.

Il percorso di recupero è scandito dal metodo dei *12 passi* che vanno dal riconoscimento della propria impotenza, al processo di identificazione reciproca tra i suoi membri, all'affidamento ad una forza superiore, un Dio soggettivamente inteso o il gruppo stesso, fino al risveglio spirituale e alla riconquista della sobrietà, mai raggiunta una volta per tutte. Lo sforzo per mantenere quest'ultima è continuo e si consolida nell'appartenenza al gruppo dove per gli anziani, i nuovi arrivati ricordano l'impegno profuso per arrivare agli anni di sobrietà e dall'altra parte i consigli che danno loro per raggiungere lo stesso obiettivo, accrescono la distanza dall'alcol e rinforzano la determinazione a rifiutarlo.

Accanto ai 12 passi, le *12 tradizioni* rappresentano un altro manifesto di riferimento che riguarda la vita dell'associazione. Si tratta di un insieme di principi che strutturano l'identità del gruppo e regolano, limitandolo, i rapporti con l'esterno garantendo così il mantenimento dell'unitarietà del gruppo.

Lo svolgimento degli incontri si apre con l'intervento dell'alcolista anziano o del famigliare se si tratta di un gruppo di Alanon, che ribadisce la libertà di parola, il rispetto reciproco, la privacy e la prima declinazione dell'anonimato. Prende poi la parola un altro alcolista che, presentandosi, racconta quanto in quello specifico momento sente di condividere con il resto del gruppo. Lettura di testi o biografie di alcolisti, offrono spesso spunti di riflessione, per sostenere il lungo percorso di cambiamento interiore.

Gli incontri sia degli A.A. sia degli Alanon, si svolgono più volte alla settimana, in media 4 ore e le persone che vi partecipano possono variare. I membri di A.A. sono 63, 24 femmine e 39 maschi con età media di circa 43 anni. Meno numerosi sono i membri di Alanon, 22 persone di cui 14 femmine e 8 maschi di circa 47 anni di età³⁹.

L'Associazione Oasi di Santa Giustina si occupa di sostegno e si distingue per la collaborazione sistematica con la Comunità Terapeutica "Il Timoniere". Le due realtà rappresentano la risposta complementare ai problemi legati alla dipendenza: la Comunità offre uno spazio di vita e di cambiamento protetto, un percorso di responsabilizzazione, mentre l'Associazione crea i collegamenti con il *territorio* facilitando i percorsi di *reinserimento* introdotti dai programmi terapeutici e facilitando uno scambio continuo con l'esterno. I *15 volontari* che fanno par-

36. Gli indicatori qualitativi sono stati identificati con i servitori-insegnanti per evidenziare le caratteristiche dei gruppi.

37. www.al-anon.it.

38. Alcolisti Anonimi, Servizi Generali, Alcolisti Anonimi, Città Nuova della P.A.M.O.M. Roma, 2007.

39. Similmente al CAT, tali indicatori sono stati individuati con gli anziani del gruppo per fornire alcune indicazioni circa la partecipazione degli alcolisti, preservandone l'anonimato.

te dell'associazione *affiancano* gli ospiti anche all'interno della Comunità, aiutandoli a recuperare gli aspetti vitali legati alla quotidianità. L'ultimo aspetto che caratterizza Oasi di Santa Giustina, è l'attenzione rivolta alle famiglie degli utenti, supportate nel recupero di risorse utili a sostenere il nuovo ingresso nella società del loro familiare, al termine della fase residenziale.

L'Associazione Viale K e Il Pellicano hanno una mission orientata all'accoglienza.

Entrambe le associazioni sembrano potersi definire come *Comunità di vita* che accolgono *alcolisti* o *tossicodipendenti* in una fase iniziale, preparando le basi per un percorso terapeutico o di reinserimento più complesso verso servizi o strutture professionali del territorio. Sono un *punto di approdo* dalla marginalità e dal disagio e una base di partenza per il recupero. L'accoglienza risponde a bisogni immediati, spesso pervasivi che richiedono interventi concreti, materiali: vitto, alloggio, cure igieniche, sanitarie, ma crea anche spazi di responsabilizzazione via via più autonomi.

Prendersi cura di sé e della propria salute, ridurre e contenere i comportamenti di abuso, stabilire comportamenti alternativi, in un contesto protetto sono i principali obiettivi delle comunità di accoglienza⁴⁰.

Il clima relazionale che si instaura, promuove la sperimentazione di rapporti interpersonali significativi, di definizione di nuovi ruoli, la trasmissione di valori e principi che se accolti riequilibrano lo stato di disagio in cui riversano le persone con problemi di sostanze, orientandole ad un più profondo cambiamento.

Per i propri assistiti **Viale K** svolge un servizio di *collegamento* rispetto a tutti quegli enti che si occupano a vario titolo di cura, consulenza legale e reinserimento lavorativo delle persone con problemi di dipendenza. Alla fase di accoglienza può seguire la fase *residenziale* finalizzata al recupero dell'ospite. Il gruppo di lavoro è costituito da *12 volontari* e da alcuni operatori (educatori professionali, avvocati di strada, infermieri).

Il Pellicano è un'organizzazione di volontariato che opera a livello nazionale e internazionale, offrendo assistenza alle fasce più deboli e sviluppando progetti di prevenzione e di recupero delle tossicodipendenze e dell'Hiv. In maniera specifica a Ostellato, l'associazione *accoglie* persone con problemi di dipendenza, attraverso percorsi di recupero individualizzati e specifici che accompagnano gli ospiti nella riacquisizione di autonomia e responsabilità, con un'attenzione particolare a tutti i bisogni che la persona porta. Il Pellicano offre uno spazio autentico di *vita* dove la

gestione della casa, i lavori artigianali, la convivenza con gli altri ospiti, la presenza costante di due figure educative e il sostegno di *6 volontari*, rendono la casa di accoglienza una casa famiglia.

Conclusioni

Il filo conduttore che anima l'impegno dell'associazionismo nelle dipendenze, sembra essere la *relazione*. Un'esperienza immediata di contatto reale che va al cuore del disagio, lo osserva attraverso la lente dell'*empatia*, della comprensione intuitiva, della *condivisione* emotiva e affettiva.

È una relazione che abbina all'*accoglienza* dell'altro, un grande potere trasformativo che restituisce fiducia nelle proprie risorse, speranze anche nelle situazioni più critiche, lucidità nell'affrontarle. Proietta i suoi effetti all'esterno sul sistema reale di vita, prima di tutti sulla *famiglia*, prepara a riordinarla e riconquistare equilibri perduti, a trasformarla in una risorsa, in un luogo protetto dal rischio o da ulteriori aggravamenti.

Se la spinta pro-sociale di chi si impegna nelle dipendenze è intrinseca e immediata, la risposta al bisogno proposto richiede un'organizzazione più complessa basata sullo sviluppo di competenze.

Non è una solidarietà casuale anche se spontanea, ma è attenta a cogliere tutte le sfumature che l'alcolismo e la tossicodipendenza portano, del potenziale distruttivo che serbano, in ogni fase di vita e per le persone che la condividono.

Il terzo settore, crea quel "*terzo*" spazio, tra e con i servizi formali, strutturato da momenti e da luoghi di incontro, vicini alla quotidianità delle persone.

6.6 LA RETE DIFFUSA⁴¹

La cooperazione per i programmi territoriali di contrasto e prevenzione dei consumi di alcol e droga e dei comportamenti a rischio: un ponte di collaborazione tra pubblico, privato sociale e terzo settore.

Oggi le problematiche connesse all'uso delle droghe, legali e illegali, con particolare riferimento all'uso all'alcol, sono cambiate parallelamente al modo e alle situazioni in cui si consumano, cambiando l'interpretazione tradizionalmente attribuita a questi comportamenti.

Questi cambiamenti obbligano quanti si occupano di problemi legati al consumo di alcol e droghe, operatori del sistema sanitario o persone appartenenti alle associazioni di volontariato, a guardare il fenomeno con occhi diversi e da una nuova prospettiva.

Per cercare di interpretare questi nuovi fenomeni si

40. C. Kaneklin et al., Tipologia delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, in Atti del I Congresso Sottoprogetto Medicina Preventiva e Riabilitativa, CNR, Firenze, 1985.

41. Il testo è stato redatto da R. Simoni, Servitore/insegnante, Club Alcolisti in Trattamento "La Vita è l'Arte dell'Incontro" Argenta, Presidente ARCAT Emilia-Romagna

rende necessario un approccio, che superi gli aspetti moralistici (è un vizio) e non si accontenti di un approccio solo sanitario al problema. Si deve prendere coscienza del fatto che si tratta di uno stile di vita e di comportamenti personali espressione di una cultura socialmente accettata e tollerata.

Va da sé che per creare una struttura di rete territoriale efficiente ed efficace, capace di realizzare una presa in carico totale delle persone e delle famiglie che soffrono di problemi alcol-droga correlati, è necessario che tutti i protagonisti che operano su quello specifico territorio siano disposti a collaborare. Se ciò avverrà, nel pieno rispetto delle proprie specificità e ambiti di intervento e con pari dignità, sarà possibile elaborare un piano di lavoro, condiviso, capace di tenere conto dei diversi approcci ai problemi alcol-droga correlati e al tempo stesso replicabile in diversi ambiti territoriali.

Come organizzare un lavoro di rete: un'ipotesi di lavoro

Innanzitutto si tratta di analizzare e affrontare quelle che sono le dimensioni organizzative e relazionali del lavoro di rete; si tratta di definire come coordinare e governare i rapporti che instaurano tra soggetti portatori di modelli operativi diversi: quello socio-sanitario e quello espresso dal privato sociale/terzo settore esistenti e operanti su uno stesso territorio.

La risposta più efficace che si può esprimere nei confronti di un disagio si può dire sia rappresentata da una presa in carico integrata che attraverso l'uso del lavoro di rete possa riorganizzare le modalità di intervento. Si sta verificando, con sempre maggiore frequenza, che difficilmente i nuovi bisogni sociali e sanitari in ambito delle dipendenze, trovino soddisfazione dall'intervento di un unico Ente/Servizio preposto ai servizi alla persona.

Si tratta, pertanto, di trovare strategie capaci di tenere in collegamento tra di loro i diversi tipi di intervento/approccio per affrontare i problemi alcol-droga correlati non più una visione univoca, ma con una presa in carico a 360 gradi della persona e della famiglia coinvolta nel problema. Vanno messe in campo strategie che aiutino a coordinare e valorizzare i diversi approcci, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse che si ritiene siano necessarie per dare risposte più efficienti ed efficaci alle persone in difficoltà.

Questa diversa modalità di operare comporta un cambiamento di prospettiva che deve indurre i soggetti operanti ad avere una visione più flessibile e che porti a individuare una strategia integrata di analisi delle problematiche legate all'uso di sostanze.

La gestione integrata in un'ottica di intervento di rete, tra servizi e privato sociale/terzo settore, delle problematiche alcol-droga correlate, può essere efficace se sviluppato su un rapporto paritetico tra i vari soggetti chiamati a operare, ognuno con la pro-

pria autonomia, utilizzando e valorizzando le diverse specificità. Lo scopo è quello di fornire alle persone/famiglie che manifestano un disagio gli strumenti per affrontarlo e superare questa fase di disagio e di sofferenza. Partendo dalla constatazione che ogni persona/famiglia che si appresta a chiedere un intervento per la risoluzione di un problema alcol-droga correlato, si presenta con le proprie specificità e con diversi livelli di sofferenza o disagio, si tratterà di individuare quale sia quello preponderante. Una volta individuata la linea predominante dell'approccio, è necessario creare le condizioni affinché la persona interessata e anche la sua famiglia vengano presi in carico anche dagli altri componenti la rete affinché l'intervento sia globale e in grado di dare risposte più efficaci alla complessità dei problemi da affrontare. Questa modalità di presa in carico della persona e della sua famiglia richiede una grande capacità di collaborazione e di dialogo-confronto tra i vari soggetti per attivare un'efficace rete di risorse.

Certo creare e fare funzionare una struttura a matrice come quella proposta non è facile, implica un grande cambiamento culturale da parte di tutti i soggetti implicati, ma può trovare risorse essenziali per il suo funzionamento nella capacità di mettersi continuamente in discussione, di essere consapevoli che non esistono modi univoci e uguali per tutti nell'affrontare problematiche così complesse e piene di sofferenze come quelle causate dall'uso di alcol-droga. Si tratta pertanto di realizzare un gruppo di lavoro che analizzi le singole problematiche e poi, attraverso un confronto costante e continuo verifichi la funzionalità e l'adeguatezza dei progetti e delle strategie iniziali sulle quali si è co-struita la rete dei diversi soggetti. A questo punto si può affermare che la collaborazione tra i diversi soggetti chiamati in causa passa attraverso il riconoscimento delle specificità di ciascuno, nella capacità di riconoscersi e di lavorare insieme per la realizzazione di obiettivi comuni. Per condurre l'intervento in rete è necessario un vero e proprio lavoro di équipe tra i Servizi Sanitari e Sociali Pubblici e il mondo del privato sociale/terzo settore che servirà per coordinare le specifiche competenze orientando l'interesse dei diversi soggetti verso la realizzazione di un progetto comune. Affinché questo nuovo modo di operare sul territorio possa ottenere dei risultati e diventi punto di riferimento per l'approccio problematico alcol-droga correlato, la rete dovrà essere il più possibile antiburocratica, flessibile (in grado di cogliere i cambiamenti e di cambiare conseguentemente), anti-istituzionale nel senso di essere centrata sul rapporto con la persona. Si può quindi concludere che il lavoro di rete serve per costruire un approccio adeguato alla complessità delle problematiche, delle sofferenze e del loro mutamento; un approccio non deterministico e unilaterale, cioè non c'è solo una causa per un problema e, quindi, non c'è una sola soluzione. Uno degli scopi

del lavoro in rete deve essere anche quello di far sì che la comunità nel suo complesso, si interroghi e si confronti in modo non passivo, ma propositivo con le problematiche alcol-droga correlate che trascendono la singola persona. Questo è possibile se i vari soggetti componenti la rete si fanno carico anche di un lavoro di promozione della salute, vista secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Salute non come assenza di malattia ma come equilibrio psico-fisico-sociale" e prevenzione dei comportamenti a rischio, chiamando ogni singolo cittadino a diventare un tassello attivo della rete e pertanto responsabile della propria e altrui salute. Lo strumento principale può essere rappresentato da una corretta informazione sui rischi e sui danni: l'insorgere di malattie correlate all'uso di alcol o droghe, danni sociali, incidenti in auto e sul lavoro, disgregazione dei rapporti di coppia, violenze. Informazione della comunità e formazione continua dei vari soggetti che operano attivamente nella rete.

Sono convinto che oggi sia possibile cercare delle risposte e proporre delle soluzioni alle problematiche alcol-droga correlate solo attraverso la nascita e lo sviluppo del lavoro di rete. Un approccio che permette di avere una visione più globale dei fenomeni, diverse opinioni che si incontrano e si confrontano nel pieno rispetto delle proprie specificità. Nessuno deve rinunciare al proprio essere, si tratta semmai di fare incontrare le persone secondo un approccio multidimensionale ai problemi e alle sofferenze. Solo interagendo si può sperare di incidere sulla cultura sanitaria e generale esistente proponendo nuovi stili di vita a basso rischio, una cultura che porti la comunità e i suoi componenti ad assumere un ruolo da protagonisti, creando le basi su cui costruire una convivenza regolata da quella che oggi viene chiamata cittadinanza attiva e responsabile.

Una Proposta di lavoro di rete

Un'ipotesi di lavoro su cui costruire un processo di collaborazione di rete potrebbe riguardare lo studio e la preparazione di una "Carta Alcolologica".

L'ipotesi che segue parte dalla visione che l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento ha di un possibile lavoro di rete: quello che secondo il nostro approccio ai problemi alcol-droga correlati viene chiamato "Centro Alcolologico Territoriale Funzionale". Il Centro Alcolologico secondo "L'Approccio Ecologico Sociale" non ha bisogno di una sua struttura autonoma, gerarchizzata e burocratizzata sfuggendo, così, il pericolo di istituzionalizzarsi ma deve configurarsi come uno spazio di incontro, un'associazione funzionale di associazioni e enti in cui si studiano i piani e le strategie di intervento territoriali con la partecipazione di soggetti pubblici e privati.

Un possibile percorso comune

L'Associazione dei CLUB degli Alcolisti in tratta-

mento sottopone all'attenzione e alla discussione dei servizi di alcolologia territoriali un documento che contiene:

- alcune considerazioni di carattere generale sui consumi territoriali;
- alcune indicazioni sui rischi sanitari e sociali legati al consumo di alcol;
- alcune strategie da mettere in atto con la collaborazione delle associazioni di volontariato, i Servizi Sanitari Pubblici, gli Enti Locali e l'eventuale collaborazione dei Comandi di Polizia Municipale, Polizia Stradale, Carabinieri, tese al contenimento dei consumi e dei relativi rischi;
- programmi di informazione diffusa sulla tutela e promozione della salute (programmi O.M.S., Carta Europea sull'Alcol, ecc.) come strumento di sensibilizzazione per la creazione di una cultura diversa dell'approccio con le bevande alcoliche mettendo a nudo i luoghi comuni che vengono proposti;
- aspetti legislativi e relative conseguenze previste dal nostro ordinamento;
- una proposta sul come affrontare in modo più globale e non parcellizzato le problematiche e le sofferenze causate dai comportamenti a rischio legati al consumo di alcol;
- i luoghi di prevenzione, ascolto a cui ci si può rivolgere.

Il documento che nasce viene sottoposto e discusso a tutti i livelli, formali e informali, affinché la stesura definitiva sia il risultato concreto di un confronto costruttivo basato sul reciproco riconoscimento e pari dignità e che goda della maggior condivisione possibile. Il documento che potrebbe entrare a pieno diritto nei Piani Sociali di Zona dei tre distretti sanitari per unificare l'informazione e il modo di intervenire per prevenire e ridurre i danni alcol-correlati.

È chiaro che questa è un'esposizione sintetica e parziale di come si potrebbe lavorare ad un progetto come questo utilizzando il concetto del lavoro di rete.

È altrettanto chiaro che la rete può anche essere una rete di reti che interagiscono tra loro e che mettono a disposizione le loro capacità e specificità per proporre non solo un modo per affrontare nelle situazioni contingenti, le problematiche alcol-droga correlate e le sofferenze che ne scaturiscono, ma che sia in grado di proporre anche stili di vita più consapevoli, una nuova cultura dell'essere cittadino responsabile e attivo nella promozione e protezione della propria e dell'altrui salute.

*Non possiamo dirigere il vento
Ma possiamo orientare le vele*

*Non esiste vento favorevole per marinaio
Che non sa dove andare*

*Non seguire il sentiero,
tracciane uno nuovo
e lascia la tua impronta da seguire.*

Remo

PARTE IV

7. ALLEGATO STATISTICO
Utenza SerT - anno 2008

7.1 UTENTI TOSSICODIPENDENTI

Tab. 1 Utenti tossicodipendenti in carico ai SerT. (Periodo 1991-2008)

Anni	Totale utenti	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale variazione % (base = 1991)	Totale variazione % (annuale)	Totale variazione % Nuovi utenti (annuale)
1991	689	199	490	-	-	-
1992	717	220	497	4,1%	4,1%	10,55%
1993	684	186	498	-0,7%	-4,6%	-15,45%
1994	749	148	601	8,7%	9,5%	-20,43%
1995	814	167	647	18,1%	8,7%	12,84%
1996	799	145	654	16,0%	-1,8%	-13,17%
1997	816	157	659	18,4%	0,8%	8,28%
1998	839	163	676	21,8%	2,8%	3,82%
1999	853	174	679	23,8%	1,7%	6,75%
2000	867	164	703	25,8%	1,6%	-5,75%
2001	864	143	721	25,4%	-0,3%	-12,80%
2002	888	165	723	28,9%	2,8%	15,38%
2003	995	214	781	44,4%	12,0%	29,70%
2004	1001	187	814	45,3%	0,6%	-12,62%
2005	991	176	815	43,8%	-1,0%	-5,88%
2006	963	158	805	39,8%	-2,8%	-10,23%
2007	965	211	754	40,0%	0,2%	33,5%
2008	1027	230	797	49,1%	6,4%	9,0%

Tab. 2 Utenti totali tossicodipendenti in carico distinti per SerT. (Periodo 1991-2008)

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento
1991	303	107	48	197	34
1992	316	108	54	209	30
1993	321	93	57	170	43
1994	358	94	77	165	55
1995	339	105	90	204	76
1996	344	113	75	192	75
1997	348	134	85	183	66
1998	368	121	114	177	59
1999	374	112	108	198	61
2000	374	96	104	225	66
2001	386	105	82	227	64
2002	375	124	110	230	49
2003	461	125	119	223	67
2004	431	133	109	247	81
2005	427	134	109	226	95
2006	428	132	112	187	104
2007	419	133	110	201	102
2008	487	120	121	192	107

Tab. 3 Utenti tossicodipendenti (nuovi e già in carico) distinti per SerT. (Periodo 1991-2008)

Anni	Ferrara		Copparo		Portomaggiore		Codigoro		Cento	
	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico
1991	70	233	23	84	10	38	88	109	8	26
1992	77	239	35	73	12	42	80	129	16	14
1993	72	249	18	75	13	44	70	100	13	30
1994	59	299	10	84	41	36	29	136	9	46
1995	39	300	13	92	40	50	38	166	37	39
1996	52	292	18	95	22	53	28	164	25	50
1997	57	291	22	112	26	59	34	149	18	48
1998	52	316	20	101	43	71	33	144	15	44
1999	48	326	15	97	41	67	51	147	19	42
2000	61	313	6	90	33	71	44	181	20	48
2001	54	332	15	90	22	60	40	187	12	52
2002	58	317	20	104	29	81	46	184	12	37
2003	112	349	14	111	26	93	40	183	22	45
2004	66	365	20	113	16	93	49	198	36	45
2005	71	356	14	120	22	87	38	188	31	64
2006	62	366	17	115	17	95	34	153	28	76
2007	89	330	25	108	18	92	51	150	28	74
2008	129	358	18	102	23	98	33	159	27	80

Tab. 4 Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per SerT. (Periodo 1991-2008)

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	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

Tab. 5 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per SerT. (Periodo 1991-2008)

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	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

Tab. 6 Utenti totali in carico ai SerT distinti per sesso, (Periodo 1991-2008)

Anni	Maschi	Femmine	% Maschi	% Femmine	Rapporto Maschi/Femmine
1991	565	124	82,0	18,0	4,6
1992	574	143	80,1	19,9	4,0
1993	557	127	81,6	18,6	4,4
1994	611	138	81,6	18,4	4,4
1995	662	152	81,3	18,7	4,4
1996	669	130	83,7	16,3	5,1
1997	677	129	84,0	16,0	5,2
1998	704	135	83,9	16,1	5,2
1999	725	128	85,0	15,0	5,7
2000	742	125	85,6	14,4	5,9
2001	734	130	85,0	15,0	5,6
2002	756	132	85,1	14,9	5,7
2003	844	151	84,8	15,2	5,6
2004	865	136	86,4	13,6	6,4
2005	848	143	85,6	14,4	5,9
2006	818	145	84,9	15,1	5,6
2007	826	139	85,6	14,4	5,9
2008	878	149	85,5	14,5	5,9

Tab. 7 Utenti tossicodipendenti in carico rapportati alla popolazione generale di età compresa tra i 15-54 anni per 10.000*. (Periodo 1991-2008)

Anni	Ferrara		Regione	
	Totale utenti/ Pop. target 15-54 anni	Nuovi utenti/ Pop. target 15-54 anni	Totale utenti/ Pop. target 15-54 anni	Nuovi utenti/ Pop. target 15-54 anni
1991	34,19	9,88	32,55	10,69
1992	35,58	10,92	34,54	10,56
1993	34,33	9,34	35,20	9,37
1994	38,07	7,52	38,24	9,88
1995	41,86	8,59	40,44	9,42
1996	41,65	7,56	41,99	10,27
1997	42,41	8,26	42,33	9,07
1998	44,58	8,66	42,31	8,54
1999	45,75	9,33	44,10	9,23
2000	46,99	8,89	45,49	8,88
2001	47,01	7,78	46,39	9,42
2002	48,99	9,10	48,17	9,03
2003	55,61	11,96	50,20	9,66
2004	56,21	10,50	51,96	10,58
2005	55,53	9,86	55,96	12,51
2006	54,1	8,9	57,3	11,4
2007	54,1	11,8	56,7	10,5
2008	57,18	12,80	n.d.	n.d.

* Indicatore che misura la capacità di ritenzione in trattamento e di attrazione di nuovi utenti

Tab. 8 Prevalenza e Incidenza di tossicodipendenti nella provincia di Ferrara distinti per Comune di residenza. (Tassi per 1.000 popolazione target 15-54 anni. Anno 2008)

Comuni	Totale utenti residenti	Prevalenza ‰	Nuovi utenti residenti	Incidenza ‰
Ferrara	375	5,62	77	1,15
Masi Torello	2	1,65	0	0,00
Voghiera	7	3,68	1	0,53
Copparo	61	7,36	8	0,97
Ro	13	7,99	1	0,61
Berra	22	8,68	3	1,18
Jolanda di Savoia	4	2,64	2	1,32
Formignana	3	2,18	2	1,46
Tresigallo	11	4,76	2	0,87
Distretto Centro Nord	498	5,69	96	1,10
Argenta	54	4,87	13	1,17
Portomaggiore	43	7,13	8	1,33
Ostellato	14	4,30	1	0,31
Migliarino	5	2,71	0	0,00
Migliaro	12	10,42	1	0,87
Massafiscaglia	12	6,94	3	1,74
Comacchio	96	7,83	12	0,98
Lagosanto	21	8,46	7	2,82
Codigoro	26	4,14	5	0,80
Mesola	13	3,62	2	0,56
Goro	10	4,73	2	0,95
Distretto Sud Est	306	5,90	54	1,04
Cento	52	2,79	16	0,86
S.Agostino	4	1,05	0	0,00
Mirabello	3	1,68	0	0,00
Bondeno	37	4,96	6	0,80
Poggiorenatico	11	2,26	3	0,62
Vigarano Mainarda	14	3,70	1	0,26
Distretto Ovest	121	3,00	26	0,64
PROVINCIA DI FERRARA	925	5,15	176	0,98
Non residenti in provincia di FE	93		51	
Senza fissa dimora	2		3	

Tab. 9 Utenti totali, nuovi e già in carico ai SerT distinti per sesso ed età. (Anno 2007)

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	419	133	110	201	102	965
Maschi	358	115	95	172	86	826
Femmine	61	18	15	29	16	139
Maschi/Femmine	5,9	6,4	6,3	5,9	5,4	5,9
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	9	4	2	7	9	31
20-24 anni	40	13	14	18	13	98
25-29 anni	54	17	24	23	23	141
30-34 anni	66	28	13	38	26	171
35-39 anni	86	30	14	52	16	198
>39 anni	164	41	43	63	15	326
Età media	33,8	33,2	32,7	33,5	30,1	33,2
Nuovi utenti	89	25	18	51	28	211
Maschi	81	21	17	46	23	188
Femmine	8	4	1	5	5	23
Maschi/Femmine	10,1	5,3	17,0	9,2	4,6	8,2
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	8	4	1	4	7	24
20-24 anni	30	9	6	15	6	66
25-29 anni	19	7	4	8	6	44
30-34 anni	10	3	1	4	5	23
35-39 anni	9	1	2	12	3	27
>39 anni	13	1	4	8	1	27
Età media	27,7	25,1	28,8	29,4	25,8	27,7
Già in carico	330	108	92	150	74	754
Maschi	277	94	78	126	63	638
Femmine	53	14	14	24	11	116
Maschi/Femmine	5,2	6,7	5,6	5,3	5,7	5,5
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	1	0	1	3	2	7
20-24 anni	10	4	8	3	7	32
25-29 anni	35	10	20	15	17	97
30-34 anni	56	25	12	34	21	148
35-39 anni	77	29	12	40	13	171
>39 anni	151	40	39	55	14	299
Età media	35,5	35,1	33,5	34,9	31,7	34,7

Tab. 10 Utenti totali, nuovi e già in carico ai SerT distinti per sesso ed età. (Anno 2008)

Anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	487	120	121	192	107	1027
Maschi	416	102	105	170	85	878
Femmine	71	18	16	22	22	149
Maschi/Femmine	5,8	5,7	6,6	7,7	3,8	5,9
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	23	2	2	6	4	37
20-24 anni	55	12	16	21	17	121
25-29 anni	64	16	25	19	27	151
30-34 anni	81	20	18	33	27	179
35-39 anni	87	24	17	42	18	188
>39 anni	177	46	43	71	14	351
Età media	32,9	33,8	32,6	33,6	30,3	32,9
Nuovi utenti	129	18	23	33	27	230
Maschi	111	14	20	31	20	196
Femmine	18	4	3	2	7	34
Maschi/Femmine	6,2	3,5	6,7	15,5	2,8	5,8
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	16	1	1	4	0	22
20-24 anni	25	6	9	11	9	60
25-29 anni	27	5	6	5	7	50
30-34 anni	27	2	2	6	6	43
35-39 anni	17	2	2	3	2	26
>39 anni	17	2	3	4	3	29
Età media	28,7	27,8	27,5	27,4	28,5	28,3
Già in carico	358	102	98	159	80	797
Maschi	305	88	85	139	65	682
Femmine	53	14	13	20	15	115
Maschi/Femmine	5,7	6,3	6,5	6,9	4,3	5,9
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	7	1	1	2	4	15
20-24 anni	30	6	7	10	8	61
25-29 anni	37	11	19	14	20	101
30-34 anni	54	18	16	27	21	136
35-39 anni	70	22	15	39	16	162
>39 anni	160	44	40	67	11	322
Età media	34,5	34,8	33,8	34,9	31,0	34,2

Tab. 11 Utenti totali distinti per canale di invio. (Anno 2007)

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Utenti Totali distinti per canale di invio	419	133	110	201	102	965
Segnalazioni dalla Prefettura						
Totale soggetti segnalati e inviati dalla Prefettura di cui:	86	24	33	69	44	256
Soggetti segnalati dalla Prefettura con art. 121 DPR 309/90	64	15	30	56	40	205
Soggetti inviati dalla Prefettura Con art. 75 DPR 309/90	22	9	3	13	4	51
% soggetti segnalati e inviati dalla prefettura sull'utenza totale in carico	20,5	18,0	30,0	34,3	43,1	26,5
Utenza in carico in carcere						
Totale soggetti in carico per i quali è stato attivato un intervento del SerT in Carcere di cui:	72	4	4	14	2	96
Residenti in provincia di Ferrara	35	4	4	13	2	58
Residenti fuori della provincia di FE	37	0	0	1	0	38
% soggetti in carcere sull'utenza totale in carico	17,2	3,0	3,6	7,0	2,0	9,9

Tab. 12 Utenti totali distinti per canale di invio. (Anno 2008)

Anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Utenti Totali distinti per canale di invio	487	120	121	192	107	1027
Segnalazioni dalla Prefettura						
Totale soggetti segnalati e inviati dalla Prefettura di cui:	97	21	52	79	72	321
Soggetti segnalati dalla Prefettura con art. 121 DPR 309/90	90	17	46	65	71	289
Soggetti inviati dalla Prefettura Con art. 75 DPR 309/90	7	4	6	14	1	32
% soggetti segnalati e inviati dalla prefettura sull'utenza totale in carico	19,9	17,5	43,0	41,1	67,3	31,2
Utenza in carico in carcere						
Totale soggetti in carico per i quali è stato attivato un intervento del SerT in Carcere di cui:	108	3	3	15	5	134
Residenti in provincia di Ferrara	43	3	3	15	5	69
Residenti fuori della provincia di FE	65	0	0	0	0	65
% soggetti in carcere sull'utenza totale in carico	22,2	2,5	2,5	7,8	4,7	13,0

Tab. 13 Nuovi utenti in carico ai SerT distinti per caratteristiche socio-anagrafiche. (Anno 2007)

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Stato civile						
Celibi/nubili	78	21	13	46	26	184
Separati/divorziati	7	1	2	2	0	12
Coniugati	4	2	2	2	1	11
Vedovi				1	1	2
Titolo di studio						
Nessun titolo	1					1
Elementare	5		1	4	1	11
Media Inferiore	51	10	7	26	21	115
Professionale	8	4	3	9	3	27
Media superiore	22	11	7	7	3	50
Universitario	2					2
Attività lavorativa						
Disoccupato	22		2	10	7	41
Lavori saltuari	5	3	2	7	6	23
Lavoro regolare	41	18	12	27	11	109
Pensionato	0	0	0	0	0	0
Casalinga						0
Studente	10	2		3	2	17
Altro	11	1	1	3	2	18
Situazione abitativa						
Famiglia di origine	33	15	9	31	18	106
Famiglia acquisita	18	4	3	4	5	34
Solo	27	1	1	5	1	35
In carcere	6	0	0	4	0	10
In struttura di accoglienza	0	0	0	2	0	2
Altro	5	3	3	1	4	16
Situazione giuridica						
Incensurato	51	24	11	40	23	149
Denunce o condanne	12		2	4	5	23
Carcerazioni	7	1	4	5		17
Forme alternative	1					1

Tab. 14 Nuovi utenti in carico ai SerT distinti per caratteristiche socio-anagrafiche. (Anno 2008)

	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Stato civile						
Celibi/nubili	104	16	22	31	20	193
Separati/divorziati	11	1		1		13
Coniugati	8	1	1	1	7	18
Vedovi	1					1
Non noto/Non indicato	5					5
Titolo di studio						
Nessun titolo	1				2	3
Elementare	8	1		1	1	11
Media Inferiore	75	11	7	22	11	126
Professionale	4	3	3	5	6	21
Media superiore	32	1	12	4	6	55
Universitario	6		1		1	8
Non noto	3	2		1		6
Attività lavorativa						
Disoccupato	36	4	6	5	7	58
Lavori saltuari	9	2	1	1	2	15
Lavoro regolare	35	10	13	24	14	96
Pensionato		1				1
Casalinga	1					1
Studente	29		2	3	2	36
Sospeso causa forza maggiore	18		1		2	21
Altro						0
Non noto	1	1				2
Situazione abitativa						
Famiglia di origine	49	10	17	22	14	112
Famiglia acquisita	17	8	2	5	11	43
Solo	12		1	5	1	19
Con amici	1		1		1	3
In carcere	43		1			44
In struttura di accoglienza						0
Altro	5					5
Non noto	2		1	1		4
Situazione giuridica						
Incensurato	67	17	15	23	22	144
Denunce o condanne	8		5	5	2	20
Carcerazioni	44		2	1	2	49
Forme alternative			1	1	1	3
Non noto	10	1		3		14

Tab. 15 Utenti totali distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. (Anno 2007)

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portomag	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	1	1	4	0,4
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	3	0	0	0	0	3	0,3
Cannabinoidi	34	26	14	37	10	121	12,7
Cocaina	45	7	15	20	12	99	10,4
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	323	99	75	140	79	716	75,2
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,1
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,1
Inalanti	2	0	0	0	0	2	0,2
Altro	0	1	1	3	0	5	0,5
Totale	410	133	106	201	102	952	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	1	1	0	0	2	0,5
Ecstasy	1	0	2	0	0	3	0,8
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	5	2	0	0	1	8	2,1%
Cannabinoidi	23	2	14	21	11	71	18,6
Cocaina	87	15	15	65	12	194	50,9
Crack	0	0	0	0	0	0	0
Eroina	20	0	3	1	0	24	6,3
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,3
Morfina	0	0	1	0	0	1	0,3
Altri oppiacei	0	0	0	0	1	1	0,3
Alcol	32	8	17	10	9	76	19,9
Totale	169	28	53	97	34	381	100,0

Tab. 16 Utenti totali distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. (Anno 2008)

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	1	0	0	0	0	1	0,1
Amfetamine	2	0	0	1	0	3	0,3
Ecstasy	1	0	0	1	0	2	0,2
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	0	0	0	1	3	0,3
Cannabinoidi	28	16	21	39	5	109	11,2
Cocaina	59	5	11	20	11	106	10,9
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	348	98	85	127	83	741	76,2
Altri oppiacei	1	1	0	1	0	3	0,3
Inalanti	1	0	0	0	0	1	0,1
Altro	1	0	1	2	0	4	0,4
Totale	444	120	118	191	100	973	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	0	0	0	1	0,2
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	5	0	1	3	11	2,5
Cannabinoidi	27	9	13	20	17	86	19,6
Cocaina	95	35	20	51	22	223	50,8
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	18	0	2	1	2	23	5,2
Metadone	0	1	0	0	1	2	0,5
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	30	18	17	10	18	93	21,2
Totale	173	68	52	83	63	439	100,0

Tab. 17 Nuovi utenti e utenti già in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria. (Anno 2007)

Anno 2007	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	Sostanza primaria	V.a.	%	V.a.	%	V.a.
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	4	2,0	0	0	4	0,4
Barbiturici	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	0,5	2	0,3	3	0,3
Cannabinoidi	66	33,3	55	7,3	121	12,7
Cocaina	33	16,7	66	8,8	99	10,4
Crack	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	93	47,0	623	82,6	716	75,2
Metadone	0	0	1	0,1	1	0,1
Altri oppiacei	0	0	1	0,1	1	0,1
Inalanti	1	0,5	1	0,1	2	0,2
Alcol	0	0	0	0	0	0,0
Altro	0	0	5	0,7	5	0,5
Totale	198	100,0	754	100,0	952	100,0

Anno 2007	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	Sostanza secondaria	V.a.	%	V.a.	%	V.a.
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0,
Amfetamine	0	0	2	0,6	2	0,5
Ecstasy	1	1,5	2	0,6	3	0,8
Barbiturici	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	0	0	8	2,5	8	2,1
Cannabinoidi	28	41,8	43	13,7	71	18,6
Cocaina	29	43,3	165	52,5	194	50,9
Crack	0	0	0	0	0	0
Eroina	2	3,0	22	7,0	24	6,3
Metadone	0	0	1	0,3	1	0,3
Morfina	0	0	1	0,3	1	0,3
Altri oppiacei	0	0	1	0,3	1	0,3
Inalanti	0	0	0	0	0	0
Alcol	7	10,4	69	22,0	76	19,9
Totale	67	100,0	314	100,0	381	100,0

Tab. 18 Nuovi utenti e utenti già in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria. (Anno 2008)

Anno 2008	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	Sostanza primaria	V.a.	%	V.a.	%	V.a.
Allucinogeni	1	0,4	0	0,0	1	0,1
Amfetamine	2	0,9	1	0,1	3	0,3
Ecstasy	1	0,4	1	0,1	2	0,2
Barbiturici	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0,0	3	0,4	3	0,3
Cannabinoidi	60	26,1	49	6,1	109	10,6
Cocaina	35	15,2	71	8,9	106	10,3
Crack	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eroina	93	40,4	648	81,3	741	72,2
Altri oppiacei (es. Buprenorfina)	1	0,4	2	0,3	3	0,3
Inalanti	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Altro	1	0,4	3	0,4	4	0,4
Nessuna	36	15,7	18	2,3	54	5,3
Totale	230	100,0	797	100,0	1027	100,0

Anno 2008	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	Sostanza secondaria	V.a.	%	V.a.	%	V.a.
Allucinogeni	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amfetamine	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ecstasy	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Barbiturici	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0,0	11	3,0	11	2,5
Cannabinoidi	20	27,4	66	18,0	86	19,6
Cocaina	36	49,3	187	51,1	223	50,8
Crack	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eroina	4	5,5	19	5,2	23	5,2
Metadone	2	2,7	0	0,0	2	0,5
Alcol	11	15,1	82	22,4	93	21,2
Totale	73	100,0	366	100,0	439	100,0

Tab. 19 Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso primaria e secondaria. (Periodo 2000-2008)

Sostanza primaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Eroina	693	681	679	725	685	667	674	716	741
Cannabinoidi	126	128	139	161	194	189	151	121	109
Cocaina	19	23	40	79	88	103	116	99	106
Ecstasy	7	4	5	10	5	8	5	4	2
Alcol	10	12	13	12	16	15	4	0	0
Benzodiazepine	6	6	6	5	6	3	2	3	3
Altri oppiacei	1	1	1	1	3	3	2	1	3
Amfetamine	1	3	1	0	1	0	1	0	3
Inalanti	0	2	2	1	1	1	1	2	1
Metadone	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Allucinogeni	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Morfina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro/Non indicato	3	4	2	1	2	2	6	18	4
Totale	867	864	888	995	1001	991	963	965	973

Sostanza secondaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cocaina	86	103	115	135	155	149	166	194	223
Cannabinoidi	72	86	95	100	88	94	95	71	86
Alcol	55	63	81	89	77	77	84	76	93
Eroina	46	8	10	27	23	19	33	24	23
Benzodiazepine	26	20	20	20	20	19	16	8	11
Amfetamine	1	2	3	4	5	8	6	2	0
Ecstasy	6	4	9	10	1	1	3	3	1
Metadone	4	7	8	9	6	6	4	1	2
Allucinogeni	2	2	4	4	3	1	1	0	0
Barbiturici	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Morfina	1	1	1	1	0	0	0	1	0
Altro/Non indicato	1	1	3	1	3	1	0	0	0
Totale	301	298	349	401	381	376	408	381	439

Tab. 20 Utenti tossicodipendenti distinti per sostanza primaria d'abuso rapportati alla popolazione generale di età compresa tra i 15-54 anni per 10.000. (Periodo 2000-2008)

Sostanza primaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Eroina	49,8	48,9	48,8	52,1	49,2	47,9	37,8	40,1	41,3
Cannabinoidi	9,1	9,2	10,0	11,6	13,9	13,6	8,5	6,8	6,1
Cocaina	1,4	1,7	2,9	5,7	6,3	7,4	6,5	5,5	5,9
Ecstasy	0,5	0,3	0,4	0,7	0,4	0,6	0,3	0,2	0,1
Benzodiazepine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2
Amfetamine	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
Altri oppiacei	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Inalanti	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Allucinogeni	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Tab. 21 Percentuale di utenti con almeno una sostanza d'abuso secondaria. (Periodo 2000-2008)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Utenti con sostanza secondaria	301	298	349	401	381	376	408	381	439
% di Utenti con sostanza secondaria/totale utenti	34,7	34,5	39,3	40,3	38,1	37,9	42,4	39,5	42,7

Tab. 22 Andamento dell'utenza tossicodipendente segnalata in base agli articoli 121 e 75 DPR 309/90. (Periodo 2000-2008)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Soggetti segnalati dalla Prefettura con art. 121 DPR 309/90	210	221	221	147	198	143	157	205	289
Soggetti inviati dalla Prefettura con art. 75 DPR 309/90	112	137	120	127	172	164	107	51	32

Tab. 23 Utenti totali dei SerT distinti per tipo di trattamento terapeutico. (Anno 2007)

Trattamenti	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Solo psicosociale e riabilitativo	62	35	37	87	19	240
Sostegno psicologico	61	24	51	61	19	216
Psicoterapia	35	9	16	15	5	80
Interventi di servizio sociale	114	66	40	166	35	421
Metadone a breve termine	2	0	1	0	0	3
Metadone a medio termine	17	1	2	6	10	36
Metadone a lungo termine	213	63	48	91	41	456
Buprenorfina	72	35	25	5	29	166
Altri farmaci non sostitutivi	20	9	12	28	33	102
Riabilitativo residenziale	37	11	11	16	10	85

Tab. 24 Utenti totali dei SerT distinti per tipo di trattamento terapeutico. (Anno 2008)

Trattamenti	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Solo psicosociale e riabilitativo	95	21	37	85	19	257
Sostegno psicologico	67	20	54	74	13	228
Psicoterapia	46	13	17	14	7	97
Interventi di servizio sociale	133	50	45	164	43	435
Metadone a breve termine	2	0	0	0	0	2
Metadone a medio termine	7	0	1	9	15	32
Metadone a lungo termine	200	61	61	82	47	451
Buprenorfina	78	35	17	3	24	157
Altri farmaci non sostitutivi	20	31	17	21	23	112
Riabilitativo residenziale	29	10	9	19	14	81

Tab. 25 Utenti totali dei SerT distinti per tipo di trattamento terapeutico. (Periodo 2000-2008)

Trattamenti*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Solo psicosociale e riabilitativo	297	265	292	332	336	303	287	240	339
Sostegno psicologico	274	326	342	366	316	252	248	216	278
Psicoterapia	160	171	185	179	152	119	93	80	119
Interventi di servizio sociale	439	464	465	520	564	502	486	421	553
Metadone a breve termine	33	24	14	8	4	0	0	3	2
Metadone a medio termine	223	213	151	174	70	30	25	36	36
Metadone a lungo termine	309	294	307	364	450	409	423	456	475
Buprenorfina	-	-	-	-	-	-	142	166	157
Naltrexone	3	7	4	3	2	0	0	0	0
Clonidina	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Altri farmaci non sostitutivi***	114	143	126	109	104	106	103	102	147
Riabilitativo residenziale**	172	41	114	113	93	105	95	85	81
Altri farmaci sostitutivi	n.d.	n.d.	62	97	136	137	142	166	164
Totale	2.024	2.049	2.062	2.265	2.227	1.963	1.902	1.805	2.194

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

** Sono stati considerati i soggetti inseriti in strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali

*** Dal 1999 al 2001 la categoria "Altri farmaci" comprende sia i farmaci sostitutivi che non sostitutivi

Tab. 26 Utenti totali dei SerT distinti per categoria di trattamento. (Periodo 2000-2008)

Trattamenti aggregati	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Psico-sociale	1.170	1.226	1.284	1.397	1.368	1.176	1.114	957	1.289
Metadone	565	531	472	546	524	439	448	495	513
Altri trattamenti farmacologici	117	151	192	209	242	243	245	268	311
Riabilitativi residenziali	172	141	114	113	93	105	95	85	81
Totale	2.024	2.049	2.062	2.265	2.227	1.963	1.902	1.805	2.194

Tab. 27 Utenti totali dei SerT distinti per positività al test Hiv. (Anno 2007)

Hiv anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hiv+	45	10	10	19	9	93
Utenti Hiv+ già in carico	44	10	10	17	9	90
Nuovi utenti HIV+	1	0	0	2	0	3
Utenti Hiv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	13,3	9,3	10,9	11,3	12,2	11,9
Nuovi ut. Hiv+ / Tot. nuovi utenti (%)	1,1	0	0	3,9	0	1,4
Totale Utenti Hiv+ / Tot. utenti in carico (%)	10,7	7,5	9,1	9,5	8,8	9,6

Tab. 28 Utenti totali dei SerT distinti per positività al test Hiv. (Anno 2008)

Hiv anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hiv+	42	9	8	18	8	85
Utenti Hiv+ già in carico	42	9	8	18	8	85
Nuovi utenti HIV+	0	0	0	0	0	0
Utenti Hiv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	11,7	8,8	8,2	11,3	10,0	10,7
Nuovi utenti Hiv+ / Tot. nuovi utenti (%)	0	0	0	0	0	0
Totale Utenti Hiv+ / Tot. utenti in carico (%)	8,6	7,5	6,6	9,4	7,5	8,3

Tab. 29 Positività al test HIV degli utenti in carico ai SerT. (Periodo 2000-2008)

Hiv	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totale utenti Hiv+	104	102	96	104	99	99	93	93	85
Utenti Hiv+ già in carico	99	100	94	96	98	96	92	90	85
Nuovi utenti HIV+	5	2	2	8	1	3	1	3	0
Utenti Hiv+ già in carico / Tot. Utenti già in carico (%)	14,1	13,9	13,0	12,3	12,0	11,8	11,4	11,9	10,7
Nuovi utenti Hiv+ / Tot. nuovi utenti (%)	3,0	1,4	1,2	3,7	0,5	1,7	0,6	1,4	0
Totale Utenti Hiv+ / Tot. utenti in carico (%)	12,0	11,8	10,8	10,5	9,9	10,0	9,7	9,6	8,3

Tab. 30 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite C (Hcv) per SerT. (Anno 2007)

Epatite C anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hcv+	216	84	53	97	41	491
Utenti Hcv+ già in carico	215	83	52	94	38	482
Nuovi utenti Hcv+	1	1	1	3	3	9
Utenti Hcv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	65,2	76,9	56,5	62,7	51,4	63,9
Nuovi ut. Hcv+ / Tot. nuovi utenti (%)	1,1	4,0	5,6	5,9	10,7	4,3
Totale Utenti Hcv+ / Tot. utenti in carico (%)	51,6	63,2	48,2	48,3	40,2	50,9

Tab. 31 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite C (Hcv) per SerT. (Anno 2008)

Epatite C anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hcv+	195	44	32	68	47	386
Utenti Hcv+ già in carico	195	44	30	68	47	384
Nuovi utenti Hcv+	0	0	2	0	0	2
Utenti Hcv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	54,5	43,1	30,6	42,8	58,8	48,2
Nuovi utenti Hcv+ / Tot. nuovi utenti (%)	0,0	0,0	8,7	0,0	0,0	0,9
Totale Utenti Hcv+ / Tot. utenti in carico (%)	40,0	36,7	26,4	35,4	43,9	37,6

Tab. 32 Positività all'epatite C (Hcv) degli utenti in carico ai SerT distinti per nuovi utenti e già in carico. (Periodo 2004-2008)

Epatite C	2004	2005	2006	2007	2008
Totale utenti Hcv+	539	531	519	491	386
Utenti Hcv+ già in carico	523	522	499	482	384
Nuovi utenti Hcv+ *	16	9	20	9	2
Utenti Hcv+ già in carico / Tot. Utenti già in carico (%)	64,2	64,0	62,0	63,9	48,2
Nuovi utenti Hcv+ / Tot. nuovi utenti (%)	8,5	5,1	12,7	4,3	0,9
Totale Utenti Hcv+ / Tot. utenti in carico (%)	53,8	53,6	54,0	50,9	37,6

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

Tab. 33 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite B (Hbv) per SerT. (Anno 2007)

Epatite B anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hbv+	134	38	26	59	18	275
Utenti Hbv+ già in carico	133	38	26	58	18	273
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	1	0	2
Utenti Hbv+ già in carico/ Utenti già in carico (%)	40,3	35,2	28,3	38,7	24,3	36,2
Utenti Hbv -	285	95	84	142	84	690
Utenti Hbv vaccinati	34	39	15	1	6	95
Utenti vaccinati/ Utenti Hbv - (%)	11,9	41,1	17,9	0,7	7,1	13,8
Nuovi utenti Hbv+ / Nuovi utenti (%)	1,1	0	0	2,0	0	0,9
Totale Utenti Hbv+ / Utenti in carico (%)	32,0	28,6	23,6	29,4	17,6	28,5

Tab. 34 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite B (Hbv) per SerT. (Anno 2008)

Epatite B anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hbv+	96	9	26	35	12	178
Utenti Hbv+ già in carico	96	9	24	35	12	176
Nuovi utenti Hbv+	0	0	2	0	0	2
Utenti Hbv+ già in carico/ Utenti già in carico (%)	26,8	8,8	24,5	22,0	15,0	22,1
Utenti Hbv - *	233	39	40	96	61	469
Utenti Hbv vaccinati	36	37	16	2	6	97
Utenti vaccinati/ Utenti Hbv - (%)	15,4	94,9	40,0	2,1	9,8	20,7
Nuovi utenti Hbv+ / Nuovi utenti (%)	0	0	8,7	0	0	0,9
Totale Utenti Hbv+ / Utenti in carico (%)	19,7	7,5	21,5	18,2	11,2	17,3

* Utenti Hbv negativi nell'anno unitamente ai soggetti negativi nel 2007 e non testati nel 2008

Tab. 35 Positività all'epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerT distinti per nuovi utenti e già in carico. (Periodo 2006-2008)

Epatite B	2004	2005	2006	2007	2008
Totale utenti Hbv+	303	306	287	275	178
Utenti Hbv+ già in carico	292	300	282	273	176
Nuovi utenti Hbv+	11	6	5	2	2
Utenti Hbv+ già in carico/ Utenti già in carico (%)	35,9	36,8	35,0	36,2	22,1
Utenti Hbv-	593	562	676	690	469
Utenti Hbv vaccinati	30	77	64	95	97
Utenti vaccinati/ Utenti Hbv - (%)	5,0	13,7	9,5	13,8	20,7
Nuovi utenti Hbv+ / Nuovi utenti (%)	5,9	3,4	3,2	0,9	0,9
Totale Utenti Hbv+ / Utenti in carico (%)	30,3	30,9	29,8	28,5	17,3

Tab. 36 Utenti totali dei SerT distinti per causa di morte. (Anno 2007)

Causa di morte anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Aids	2	1	0	1	0	4
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	1	0	0	0	0	1
Epatopatie	2	1	0	0	2	5
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	1	0	0	0	1
Altro	0	2	0	0	0	2
Tumore	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	0	0	0	2	0	2
Stato morboso mal definito	0	1	0	0	0	1
Totale	8	6	0	3	2	19

Tab. 37 Utenti totali dei SerT distinti per causa di morte. (Anno 2008)

Causa di morte anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Aids	2	-	-	-	1	3
Overdose	-	-	-	-	-	-
Suicidio	-	-	-	-	-	-
Incidente stradale	-	1	1	1	-	3
Epatopatie	1	-	-	-	-	1
Malattie apparato circolatorio	-	-	-	-	-	-
Altro	-	-	-	-	-	-
Tumore	1	-	-	-	-	1
Causa sconosciuta	1	-	-	1	-	2
Stato morboso mal definito	1	-	-	-	-	1
Totale	6	1	1	2	1	11

Tab. 38 Utenti in carico ai SerT distinti per cause di decesso. (Periodo 2000-2008)

Cause di morte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	7	7	3	1	2	4	2	4	3
Overdose	7	3	0	2	7	2	1	1	0
Suicidio	1	2	2	1	0	0	1	1	0
Incidente stradale	4	2	2	2	6	0	3	1	3
Epatopatie	4	1	2	2	0	1	5	5	1
M. Sistema circolatorio	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Tumore	0	0	0	0	0	2	0	1	1
Altro	2	1	0	4	1	3	2	5	3
Totale	25	16	9	12	16	13	15	19	11

Tab. 39 Età media alla morte degli utenti SerT distinta per causa di morte. (Periodo 2000-2008)

Cause di morte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	40	40	39	43	41	42	48	47	37
Overdose	36	28	-	26	32	40	38	41	-
Suicidio	35	32	36	40	-	-	34	30	-
Incidente stradale	30	37	30	47	35	-	35	40	32
Epatopatie	39	39	41	45	39	40	45	41	45
M. sistema circolatorio	-	-	-	-	-	48	0	46	-
Tumore	-	-	-	-	-	46	0	36	43
Altro	41	36	-	41	41	24	33	38	43

7.2 UTENTI ALCOLDIPENDENTI

Tab. 40 Utenti alcolisti in carico ai Centri Alcologici dei SerT. (Periodo 1996-2008)

Anni	Totale utenti	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale variazione % (Δ annuale)	Totale variazione % Nuovi utenti (Δ annuale)
1996	79	32	47	-	-
1997	90	38	52	13,9	18,8
1998	86	37	49	-4,4	-2,6
1999	114	51	63	32,6	37,8
2000	159	72	87	39,5	41,2
2001	227	99	128	42,8	37,5
2002	294	101	193	29,5	2,0
2003	365	103	262	24,1	2,0
2004	384	112	272	5,2	8,7
2005	391	111	280	1,8	-0,9
2006	384	92	292	-1,8	-17,1
2007	406	94	312	5,7	2,2
2008	390	80	310	-3,9	-14,9

Tab. 41 Totale utenti alcolisti in carico distinti per Centro Alcologici. (Periodo 1996-2008)

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale utenti
1996	12	34	27	6	0	79
1997	12	42	30	6	0	90
1998	15	43	21	7	0	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

Tab. 42 Nuovi utenti alcolisti in carico distinti per Centro Alcologici. (Periodo 1996-2008)

Anni	Ferrara		Copparo		Portomaggiore		Codigoro		Cento	
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
1996	5	7	13	21	8	0	6	0	0	0
1997	7	5	16	26	9	0	6	0	0	0
1998	6	9	16	27	9	1	6	1	0	0
1999	21	16	10	29	11	3	7	5	2	1
2000	31	29	8	25	14	12	8	14	11	3
2001	46	56	20	24	15	6	13	16	5	12
2002	52	97	13	37	10	15	13	20	13	6
2003	46	142	12	37	17	19	16	30	12	15
2004	48	136	18	37	13	25	16	37	17	19
2005	49	130	10	45	15	39	16	41	21	25
2006	35	135	10	41	19	40	18	44	10	32
2007	29	132	10	50	13	45	17	51	25	34
2008	33	130	9	49	14	41	4	43	20	47

Tab. 43 Percentuale di Nuovi utenti sul totale degli utenti in carico. (Periodo 1996-2008)

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	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

Tab. 44 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti. (Periodo 1996-2008)

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	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

Tab. 45 Utenti in carico distinti per sesso e rapporto maschi/femmine. (Periodo 1996-2008)

Anni	Maschi	Femmine	% Maschi	% Femmine	Maschi/ Femmine
1996	62	17	78,5	21,5	3,6
1997	64	26	71,1	28,9	2,5
1998	64	22	74,4	25,6	2,9
1999	77	37	67,5	32,5	2,1
2000	110	49	69,2	30,8	2,2
2001	159	68	70,0	30,0	2,3
2002	211	83	71,8	28,2	2,5
2003	263	102	72,1	27,9	2,6
2004	267	117	69,5	30,5	2,3
2005	263	128	67,3	32,7	2,1
2006	261	123	68,0	32,0	2,1
2007	278	128	68,5	31,5	2,2
2008	271	119	69,5	30,5	2,3

Tab. 46 Utenti alcolisti in carico rapportati alla popolazione generale di età compresa tra i 15-64 anni per 10.000. (Periodo 1991-2008)

Anni	Ferrara		Regione	
	Totale utenti/ pop. target 15-64 anni	Nuovi utenti/ pop. target 15-64 anni	Totale utenti/ pop. target 15-64 anni	Nuovi utenti/ pop. target 15-64 anni
1996	3,25	1,32	5,88	2,50
1997	3,70	1,58	6,64	2,75
1998	3,61	1,55	8,14	3,09
1999	4,84	2,16	9,15	3,19
2000	6,82	3,09	10,23	3,44
2001	9,84	4,29	11,60	3,73
2002	12,82	4,41	13,41	4,18
2003	16,04	4,53	15,65	4,46
2004	16,94	4,94	17,45	4,98
2005	17,22	4,89	18,89	4,69
2006	16,95	4,06	19,1	4,2
2007	17,89	4,14	20,2	4,1
2008	17,04	3,50	n.d.	n.d.

Tab. 47 Prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati nella provincia di Ferrara distinti per Comune di residenza. (Tassi per 1.000 popolazione target 15-64 anni. (Anni 2005-2006-2007)

Comuni	2005	2006	2007
Ferrara	3,01	3,68	3,63
Masi Torello	0,66	0,66	0,66
Voghiera	2,86	3,27	4,09
Copparo	3,79	5,06	5,06
Ro	2,22	3,11	3,55
Berra	3,2	4,37	2,62
Jolanda di Savoia	1,48	1,48	,99
Formignana	2,74	3,29	2,74
Tresigallo	1,68	2,02	2,02
Distretto Centro Nord	2,97	3,68	3,60
Argenta	2,6	3,39	2,60
Portomaggiore	2,89	4,20	4,34
Ostellato	3,25	4,18	3,48
Migliarino	4,13	4,55	3,31
Migliaro	4,62	4,62	4,62
Massafiscaglia	2,16	2,16	3,45
Comacchio	2,12	2,70	2,50
Lagosanto	1,67	2,00	2,67
Codigoro	2,94	3,07	2,21
Mesola	2,16	2,59	2,16
Goro	1,46	1,46	1,09
Distretto Sud Est	2,57	3,16	2,80
Cento	1,51	2,11	2,02
S.Agostino	2,27	2,50	2,27
Mirabello	1,81	1,81	1,36
Bondeno	1,76	2,49	2,49
Poggiorenatico	0,90	1,26	1,80
Vigarano Mainarda	1,77	2,21	2,43
Distretto Ovest	1,60	2,12	2,12
Provincia di Ferrara	2,56	3,20	3,05

Tab. 48 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e bevanda. (Anno 2007)

	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò	Totale
Totale utenti	161	60	58	68	59	406
Maschi	102	39	45	48	44	278
Femmine	59	21	13	20	15	128
Maschi/Femmine	1,7	1,9	3,5	2,4	2,9	2,2
Classi di età						
< 20 anni	0	0	1	0	0	1
20-29 anni	4	2	3	4	3	16
30-39 anni	37	9	12	11	13	82
40-49 anni	55	22	12	23	20	132
50-59 anni	43	16	18	16	11	104
>59 anni	22	11	12	14	12	71
Età media	46,4	47,7	47,1	47,0	46,1	46,7
Nuovi	29	10	13	17	25	94
Maschi	16	9	10	11	16	62
Femmine	13	1	3	6	9	32
Maschi/Femmine	1,2	9,0	3,3	1,8	1,8	1,9
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	3	2	1	2	2	10
30-39 anni	9	0	4	1	9	23
40-49 anni	7	4	1	6	5	23
50-59 anni	8	4	5	3	6	26
>59 anni	2	0	2	5	3	12
Età media	43,1	44,5	46,0	47,6	43,4	44,5
Già in carico	132	50	45	51	34	312
Maschi	86	30	35	37	28	216
Femmine	46	20	10	14	6	96
Maschi/Femmine	1,9	1,5	3,5	2,6	4,7	2,3
Classi di età						
< 20 anni	0	0	1	0	0	1
20-29 anni	1	0	2	2	1	6
30-39 anni	28	9	8	10	4	59
40-49 anni	48	18	11	17	15	109
50-59 anni	35	12	13	13	5	78
>59 anni	20	11	10	9	9	59
Età media	47,1	48,3	47,4	46,9	48,0	47,4
Sostanza d'abuso						
Superalcolici	22	7	7	7	1	44
Aperitivi, amari, digestivi	6	3	4	2	3	18
Vino	103	41	38	52	42	276
Birra	29	9	9	7	13	67
Altro	1	0	0	0	0	1
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	6	7	9	2	34
Abuso o uso improprio di farmaci	17	4	3	4	4	32

Tab. 49 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e bevanda. (Anno 2008)

	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	163	58	55	47	67	390
Maschi	103	37	45	36	50	271
Femmine	60	21	10	11	17	119
Maschi/Femmine	1,7	1,8	4,5	3,3	2,9	2,3
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	6	1	3	2	3	15
30-39 anni	39	10	13	7	15	84
40-49 anni	54	21	14	14	31	134
50-59 anni	48	16	15	12	11	102
>59 anni	16	10	10	12	7	55
Età media	45,3	47,3	46,0	48,0	44,1	45,8
Nuovi						
Maschi	23	6	12	4	15	60
Femmine	10	3	2	0	5	20
Maschi/Femmine	2,3	2,0	6,0	-	3,0	3,0
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	3	1	1	0	1	6
30-39 anni	9	1	2	0	6	18
40-49 anni	7	3	5	1	10	26
50-59 anni	12	4	3	2	3	24
>59 anni	2	0	3	1	0	6
Età media	44,0	45,1	46,5	52,7	41,5	44,4
Già in carico						
Maschi	80	31	33	32	35	211
Femmine	50	18	8	11	12	99
Maschi/Femmine	1,6	1,7	4,1	2,9	2,9	2,1
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	3	0	2	2	2	9
30-39 anni	30	9	11	7	9	66
40-49 anni	47	18	9	13	21	108
50-59 anni	36	12	12	10	8	78
>59 anni	14	10	7	11	7	49
Età media	45,6	47,7	45,8	47,6	45,2	46,2
Sostanza d'abuso						
Superalcolici	22	6	7	5	3	43
Aperitivi, amari, digestivi	5	4	4	1	2	16
Vino	108	38	31	34	49	260
Birra	28	10	13	7	13	71
Altro	0	0	0	0	0	0
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	9	5	13	5	5	37
Abuso o uso improprio di farmaci	16	4	3	2	4	29

Tab. 50 Utenza alcolodipendente suddivisa per tipo di sostanza alcolica. Valori %. (Periodo 1998-2008)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Superalcolici	9,3	4,4	2,5	4,8	7,5	9,3	10,7	10,0	9,6	10,8	11,0
Vino	76,7	75,5	79,2	74,9	73,8	72,6	71,1	68,3	70,1	68,0	66,7
Birra	10,5	15,7	12,6	11,9	13,9	12,9	13,5	15,9	16,1	16,5	18,2
Aperitivi, amari, digestivi	0	0	0	1,8	3,4	4,1	4,4	5,1	3,9	4,4	4,1
Altro	0	4,4	5,7	6,6	1,4	1,1	0,3	0,8	0,3	0,2	0

Tab. 51 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcologici. (Anno 2007)

Trattamenti	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	303	106	101	88	119	717
Psicoterapia individuale	20	10	0	1	4	35
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	53	3	2	2	0	60
Counseling all'utente o alla famiglia	6	19	22	34	16	97
Gruppi di mutuo aiuto	0	30	1	2	3	36
Trattamento socio-riabilitativo	31	31	17	55	31	165
Inserimento in strutture	3	4	1	3	13	24
Ricovero ospedaliero	0	0	1	0	3	4
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	2	2
Altro	3	1	0	0	0	4

Tab. 52 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcologici. (Anno 2008)

Trattamenti	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	278	115	102	69	92	656
Psicoterapia individuale	23	8	0	1	6	38
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	42	4	2	2	0	50
Counseling all'utente o alla famiglia	11	15	29	32	9	96
Gruppi di mutuo aiuto	0	28	3	2	0	33
Trattamento socio-riabilitativo	34	26	15	44	28	147
Inserimento in strutture	6	1	2	3	8	20
Ricovero ospedaliero	0	0	1	0	0	1
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0	0
Altro	7	0	6	0	1	14

Tab. 53 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcologici. Valori %. (Periodo 2000-2008)

Trattamenti	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medico-farmacologico	38,9	38,0	38,6	37,6	39,7	55,0	59,6	62,7	62,2
Counseling all'utente o alla famiglia	22,7	22,6	19,8	19,5	20,7	11,5	9,6	8,5	9,1
Trattamento socio-riabilitativo	9,1	12,1	13,7	16,4	16,1	13,0	15,6	14,4	13,9
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	6,2	7,5	8,3	9,4	7,8	8,3	7,6	5,2	4,7
Psicoterapia individuale	10,8	9,5	8,5	8,5	7,0	3,6	1,8	3,1	3,6
Gruppi di mutuo aiuto	7,1	7,3	6,0	4,4	4,9	5,4	3,2	3,1	3,1
Riabilitativo residenziali	1,1	1,2	1,4	1,6	1,6	2,0	1,7	2,1	1,9
Ricovero ospedaliero	2,5	1,8	2,5	1,3	0,8	0,6	0,3	0,3	0,1
Ricovero in casa di cura privata	1,4	0	0,2	0	0,1	0,2	0,1	0,2	0
Altro	0,2	0	0,9	1,3	1,2	0,4	0,5	0,3	1,3

Tab. 54 Utenti totali dei Centri Alcologici distinti per causa di morte. (Periodo 2005-2008)

	2005	2006	2007	2008
Overdose	1	0	0	1
Suicidio	1	1	1	0
Incidente stradale	0	1	1	0
Epatopatie	1	1	0	3
Malattie sistema circolatorio	2	1	1	0
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	1
Malattie apparato digerente	0	0	1	0
Tumore	4	1	2	2
Altro	0	0	2	1
Causa sconosciuta	0	2	1	1
Totale	9	7	9	9

Tab. 55 Utenti dei Centri Alcolologici distinti per causa di morte e sede di trattamento. (Anni 2005-2008)

Anno 2005	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	1	-	-	-	-	1
Suicidio	1	-	-	-	-	1
Epatopatie	-	-	-	1	-	1
Malattie sistema circolatorio	1	-	1	-	-	2
Tumore	1	1	1	1	-	4
Totale	4	1	2	2	0	9
Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Suicidio	-	-	-	1	-	1
Incidente stradale	-	1	-	-	-	1
Epatopatie	-	-	-	-	1	1
Malattie sistema circolatorio	-	-	1	-	-	1
Tumore	-	-	1	-	-	1
Causa sconosciuta	-	-	-	2	-	2
Totale	0	1	2	3	1	7
Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Suicidio	-	-	-	1	-	1
Incidente stradale	-	-	-	1	-	1
Malattie sistema circolatorio	1	-	-	-	-	1
Malattie apparato digerente	1	-	-	-	-	1
Tumore	1	-	-	1	-	2
Altro	1	-	-	-	1	2
Causa sconosciuta	-	-	-	1	-	1
Totale	4	0	0	4	1	9
Anno 2008	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	-	-	-	-	1	1
Epatopatie	1	1	-	1	-	3
Malattie apparato respiratorio	1	-	-	-	-	1
Tumore	-	1	-	-	1	2
Altro	-	1	-	-	-	1
Causa sconosciuta	-	-	1	-	-	1
Totale	2	3	1	1	2	9

7.3 UTENTI CON GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Tab. 56 Caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti giocatori d'azzardo patologici, distinti per distretto. (Periodo 2006-2008)

	Centro Nord			Sud Est			Ovest			Totale		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Totale	23	28	29	2	0	2	1	1	0	26	29	31
Maschi	18	23	25	2	0	2	1	1	0	21	24	27
Femmine	5	5	4	0	0	0	0	0	0	5	5	4
Classi di età	2006	2007	2008									
< 20 anni										0	0	0
20-29 anni	2	3	3							2	3	3
30-39 anni	5	5	5							5	5	5
40-49 anni	6	8	6			1				6	8	7
50-59 anni	5	7	9	2		1	1	1		8	8	10
>59 anni	5	5	6							5	5	6
Tipo di Gioco	2006	2007	2008									
Corse animali	6	7	5							6	7	5
Carte	0	0								0	0	0
Casinò	1	0	2							1	0	2
Videogiochi	10	19	22	2		2		1		12	20	24
Lotto, Bingo, ecc.	3	2								3	2	0
Altro	3	0					1			4	0	0

Tab. 57 Caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti totali in carico presso il centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico. (Periodo 2006-2008)

	2006	2007	2008
Totale	26	29	31
Maschi	21	24	27
Femmine	5	5	4
Classi di età			
< 20 anni	0	0	0
20-29 anni	2	3	3
30-39 anni	5	5	5
40-49 anni	6	8	7
50-59 anni	8	8	10
>59 anni	5	5	6
Tipo di Gioco			
Corse animali (Cavalli, cani, ecc..)	6	7	5
Carte c/o Bar o Case Private	0	0	0
Casinò (Roulette,Slot-Machine,Poker,Black Jack..)	1	0	2
Videogiochi tipo Bar o Sale Gioco	12	20	24
Lotto,SuperEnalotto,Bingo,Lotterie,Totocalcio,Gratta&Vinci	3	2	0
Altro	4	0	0

7.4 UTENTI SEGUITI IN CARCERE

Tab. 58 Utenti seguiti in carcere distinti per caratteristiche socio-anagrafiche. (Anno 2007)

	Valore Assoluto	%
Totale	115	100,0
Maschi	115	100,0
Femmine	0	0
Nazionalità		
Italiana	87	75,7
Straniera	28	24,3
Classi di età		
Età media = 35		
< 20 anni	0	0,0
20-29 anni	32	27,6
30-39 anni	48	41,4
40-49 anni	32	27,6
50-59 anni	4	3,4
>59 anni	0	0,0
Stato civile		
Celibati/nubili	82	71,3
Separati/divorziati	8	7,0
Coniugati	13	11,3
Vedovi	0	0,0
Non noto/Non indicato	12	10,4
Titolo di studio		
Nessun titolo	1	0,9
Elementare	21	18,3
Media Inferiore	63	54,8
Professionale	9	7,8
Media superiore	8	7,0
Universitario	0	0,0
Non noto/Non indicato	13	11,3
Tipologia utente		
Tossicodipendente	112	97,4
Alcolista	3	2,6
Sostanza primaria d'abuso		
Eroina	82	71,3
Cocaina	16	13,9
Alcol	1	0,9
Cannabinoidi	3	2,6
Benzodiazepine	1	0,9
Non noto/Non indicato	12	10,4
Nessuna	0	0,0
Sostanza secondaria d'abuso	66	57,4
Eroina	9	13,6
Cocaina	45	68,2
Alcol	4	6,1
Ecstasy	1	1,5
Altri allucinogeni	1	1,5
Cannabinoidi	5	7,6
Benzodiazepine	1	1,5

Tab. 59 Utenti seguiti in carcere distinti per caratteristiche socio-anagrafiche. (Anno 2008)

	Valore Assoluto	%
Totale	126	100,0
Maschi	125	99,2
Femmine	1	0,8
Nazionalità		
Italiana	91	72,2
Straniera	35	27,8
Classi di età		
Età media = 36		
< 20 anni	0	0
20-29 anni	26	20,6
30-39 anni	60	47,6
40-49 anni	32	25,4
50-59 anni	8	6,3
>59 anni	0	0
Stato civile		
Celibi/nubili	87	69,0
Separati/divorziati	11	8,7
Coniugati	17	13,5
Vedovi	0	0,0
Non noto/Non indicato	11	8,7
Titolo di studio		
Nessun titolo	1	0,8
Elementare	21	16,7
Media Inferiore	74	58,7
Professionale	5	4,0
Media superiore	13	10,3
Universitario	2	1,6
Non noto	10	7,9
Tipologia utente		
Tossicodipendente	121	96,0
Alcolista	5	4,0
Sostanza primaria d'abuso		
Eroina	87	69,0
Cocaina	25	19,8
Alcol	3	2,4
Cannabinoidi	2	1,6
Benzodiazepine	1	0,8
Nessuna	1	0,8
Sostanza secondaria d'abuso	64	50,8
Eroina	5	7,8
Cocaina	44	68,8
Alcol	11	17,2
Ecstasy	1	1,6
Altri allucinogeni	1	1,6
Cannabinoidi	1	1,6
Benzodiazepine	1	1,6

7.5 UTENTI TABAGISTI

Tab. 60 Caratteristiche socio-anagrafiche e storia dell'abitudine al fumo degli utenti dei Centri Antifumo. (Anni 2006-2007-2008)

	2006	2007	2008
Sesso (%)			
Maschi	51,9 (n=111)	52,2 (n=97)	63,8 (n=146)
Femmine	48,1 (n=103)	47,8 (n=89)	36,2 (n=83)
Età media			
Maschi	50,0 (DS=12,3)	48,1 (DS=11,5)	47,2 (DS=12,5)
Femmine	51,8 (DS=12,5)	47,9 (DS=12,4)	46,6 (DS=13,4)
	48,0 (DS=11,7)	48,3 (DS=10,3)	48,2 (DS=10,7)
Età media d'inizio	17,2 (DS=5,7)	17,5 (DS=5,5)	17,3 (DS=5,2)
Numero medio di anni di abitudine al fumo	32,2 (DS=13,1)	29,8 (DS=11,6)	29,4 (DS=12,5)
Numero medio di sig/die	22,2 (DS=10,2)	22,0 (DS=10,5)	19,4 (DS=7,9)
Numero medio di presenze ai corsi	8,0 (DS=4,7)	7,7 (DS=5,3)	7,4 (DS=3,7)
Stato civile (%)			
Coniugati/conviventi	58,4 (n=125)	51,1 (n=95)	55,9 (n=128)
Altro	41,6 (n=89)	46,8 (n=87)	42,8 (n=98)
Scolarità (%)			
Elementare/Media inferiore	55,2 (n=118)	50,6 (n=94)	51,9 (n=119)
Media superiore	34,1 (n=73)	31,2 (n=58)	38,7 (n=88)
Laurea	10,7 (n=23)	16,1 (n=30)	8,3 (n=19)
Professione (%)			
Pensionato	29,0 (n=62)	18,3 (n=34)	17,9 (n=41)
Operaio	13,6 (n=29)	17,2 (n=32)	32,8 (n=75)
Lavoratore autonomo	7,9 (n=17)	8,1 (n=15)	8,3 (n=19)
Impiegato	13,6 (n=29)	14,5 (n=27)	21,0 (n=48)
Operatore sanitario	13,6 (n=29)	10,2 (n=19)	3,9 (n=9)
Disoccupato	3,3 (n=7)	2,7 (n=5)	2,2 (n=5)
Altro	9,3 (n=20)	8,5 (n=16)	6,5 (n=15)
Motivazione principale per smettere di fumare (%)			
Salute	79,4 (n=170)	75,8 (n=141)	72,5 (n=166)
Autocontrollo	16,4 (n=35)	17,7 (n=33)	17,9 (n=41)
Esempio	1,4 (n=3)	2,7 (n=5)	3,9 (n=9)
Economia	2,3 (n=5)	1,1 (n=2)	3,9 (n=9)
Motivi estetici	0,5 (n=1)	0,5 (n=1)	0,4 (n=1)
Fiducia di smettere di fumare grazie al corso (%)			
Scarsa	30,9 (n=66)	25,3 (n=47)	18,3 (n=42)
Media	41,6 (n=89)	55,4 (n=103)	59,4 (n=136)
Alta	27,6 (n=59)	17,2 (n=32)	20,5 (n=47)
Tentativi precedenti per smettere (%)			
Nessun tentativo	38,3 (n=82)	42,5 (n=79)	36,2 (n=83)
1-3 tentativi	58,4 (n=125)	54,8 (n=102)	60,3 (n=138)
>3 tentativi	3,3 (n=7)	0,5 (n=1)	1,8 (n=4)
Test di Fagestrom (%)			
Dipendenza molto bassa (0-2)	7,5 (n=16)	5,4 (n=10)	10,5 (n=24)
Dipendenza bassa (3-4)	21,0 (n=45)	28,5 (n=53)	28,8 (n=66)
Dipendenza media (5-6)	40,7 (n=87)	40,9 (n=76)	41,1 (n=94)
Dipendenza alta (7-8)	22,0 (n=47)	17,2 (n=32)	14,4 (n=33)
Dipendenza molto alta (>=9)	8,9 (n=19)	5,9 (n=11)	3,9 (n=9)
Contatti con fumatori:			
In casa (%)			
Sì	41,1 (n=88)	51,1 (n=95)	39,3 (n=90)
No	58,9 (n=126)	46,8 (n=87)	59,4 (n=136)
Al lavoro (%)			
Sì	47,7 (n=102)	62,4 (n=116)	65,9 (n=151)
No	52,3 (n=112)	35,5 (n=66)	32,8 (n=75)
Nel tempo libero (%)			
Sì	77,1 (n=165)	81,2 (n=151)	84,7 (n=194)
No	22,9 (n=49)	16,7 (n=31)	14,0 (n=32)

Tab. 61 Esito dei trattamenti seguiti dagli utenti dei Centri Antifumo. (Periodo 2004-2007)

Anno	2004	2005	2006	2007	2008
Esito a fine corso					
Fuma	14,9 (n=43)	17,2 (n=35)	10,3 (n=22)	20,4 (n=38)	15,3 (n=35)
Non fuma	71,3 (n=206)	66,5 (n=135)	69,6 (n=149)	62,4 (n=116)	65,1 (n=149)
Non verificabile	8,0 (n=23)	12,8 (n=26)	14,0 (n=30)	12,9 (n=24)	13,1 (n=30)
Follow up a 1 anno					
Fuma	30,4 (n=88)	23,2 (n=47)	26,6 (n=57)	21,0 (n=39)	Follow up non ancora completato
Non fuma	44,3 (n=128)	35,5 (n=72)	47,2 (n=101)	42,5 (n=79)	
Non verificabile	15,9 (n=46)	20,7 (n=42)	21,0 (n=45)	15,1 (n=28)	

8. ALLEGATO STATISTICO

Utenza Comunità Terapeutiche - anno 2007

8.1 UTENTI TOTALI IN TRATTAMENTO NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Tab. 1 Personale degli Enti Ausiliari aderenti all'Accordo RER-CEA diviso per figura professionale. (Anno 2007)

Anno 2007	In Provincia	% in provincia	Fuori Provincia/RER	Totale	% Fuori Provincia/RER
Utenti complessivi	98	77,2	29	127	22,8
Nuovi inserimenti	78	84,8	14	92	15,2
Utenti Tossicodipendenti	82	79,6	21	103	20,4
Utenti Alcolisti	16	66,7	8	24	33,3
Giornate di assistenza	9640	76,9	2899	12539	23,1
Utenti dimessi	10	58,8	7	17	41,2
Utenti che hanno interrotto	41	80,4	10	51	19,6
Utenti in struttura al 31/12	34	75,6	11	45	24,4

Anno 2008	In Provincia	% in provincia	Fuori Provincia/RER	Totale	% Fuori Provincia/RER
Utenti complessivi	80	73,4	29	109	26,6
Nuovi inserimenti	47	72,3	18	65	27,7
Utenti Tossicodipendenti	66	72,5	25	91	27,5

Tab. 2 Utenti in Struttura distinti per sostanza o comportamenti d'abuso che hanno richiesto l'intervento in comunità. (Anno 2007)

Utenti	Papa G. XXIII	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Totale
Utenti totali	76	77	33	33	33	58	311
Nuovi utenti	60	52	20	24	17	51	224
Tipologia d'utenza							
Tossicodipendenti	58	71	13	28	17*	47	234
eroina	42	40	13	20	15	12	142
cocaina	10	29	0	5	1	35	80
benzodiazepine	0	0	0	2	0	0	2
ecstasy e analoghi	2	1	0	0	0	0	3
cannabinoidi	4	1	0	1	0	0	6
Alcolisti	15	6	19	5	3	11	59
GAP	3						3
Minori (0-13) figli di utenti					13		13

*Per un soggetto non è stata identificata la sostanza d'abuso.

Tab. 3 Principali indicatori di attività delle strutture della provincia di Ferrara. (Anno 2007)

Anno 2007	Papa G. XXIII	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Totale
Posti offerti	25	23	24	15	18	15	120
Totale soggetti	76	77	33	33	33	58	311
Giornate di assistenza nell'anno	4881	8905	4896	4458	4887	3938	31965
Tasso di utilizzo (%)	78,7	106,1	111,78	81,4	74,4	71,9	73,0
Presenza media giornaliera	13,4	24,4	13,4	12,2	13,4	10,8	-
Indice di rotazione	3,0	3,3	1,4	2,2	1,8	3,9	2,6
Durata media assistenza (giorni)	64,2	115,6	148,4	135,1	148,1	67,9	102,8

Tab. 4 Esito dei programmi terapeutici in struttura. (Anno 2007)

Esito	Papa G. XXIII	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La Casa di Carlotta	COD L'Airone	Totale
Totale soggetti	76	77	33	33	33	58	311
Completato	55	22	3	1	5	22	108
Interrotto	26	15	16	14	6	27	104
In struttura al 31/12	21	23	12	15	20	8	99
Durata media programmi interrotti	52,8	90,3	118,4	163,6	94,3	56,0	82,5
Durata media programmi completati	141,6	208,4	550,0	176,0	559,8	84,6	175,2

^o L'esito fa riferimento solo al primo percorso terapeutico

8.2 UTENTI DEI SERT DALL'AUSL DI FERRARA CON TRATTAMENTO RESIDENZIALE

Tab. 5 Utenti delle Strutture Terapeutiche della provincia di Ferrara. (Anni 2007-2008)

Anno 2007	In Provincia	% in provincia	Fuori Provincia/RER	Totale	% Fuori Provincia/RER
Utenti complessivi	98	77,2	29	127	22,8
Nuovi inserimenti	78	84,8	14	92	15,2
Utenti Tossicodipendenti	82	79,6	21	103	20,4
Utenti Alcolisti	16	66,7	8	24	33,3
Giornate di assistenza	9640	76,9	2899	12539	23,1
Utenti dimessi	10	58,8	7	17	41,2
Utenti che hanno interrotto	41	80,4	10	51	19,6
Utenti in struttura al 31/12	34	75,6	11	45	24,4

Anno 2008	In Provincia	% in provincia	Fuori Provincia/RER	Totale	% Fuori Provincia/RER
Utenti complessivi	80	73,4	29	109	26,6
Nuovi inserimenti	47	72,3	18	65	27,7
Utenti Tossicodipendenti	66	72,5	25	91	27,5
Utenti Alcolisti	14	77,8	4	18	22,2
Giornate di assistenza	10919	72,9	4047	14966	27,1
Utenti dimessi	26	83,9	5	31	16,1
Utenti che hanno interrotto	31	72,1	12	43	27,9
Utenti in struttura al 31/12	21	67,7	10	31	32,3

Tab. 6 Utenza delle Strutture Terapeutiche distinte in base alla collocazione in provincia di Ferrara o fuori provincia. Valori %. (Anni 2007-2008)

Anno 2007	In Provincia	% in provincia	Fuori Provincia/RER	Totale	% Fuori Provincia/RER
Utenti complessivi	98	77,2	29	127	22,8
Nuovi inserimenti	78	84,8	14	92	15,2
Utenti Tossicodipendenti	82	79,6	21	103	20,4
Utenti Alcolisti	16	66,7	8	24	33,3
Giornate di assistenza	9640	76,9	2899	12539	23,1
Utenti dimessi	10	58,8	7	17	41,2
Utenti che hanno interrotto	41	80,4	10	51	19,6
Utenti in struttura al 31/12	34	75,6	11	45	24,4

Anno 2008	In Provincia	% in provincia	Fuori Provincia/RER	Totale	% Fuori Provincia/RER
Utenti complessivi	80	73,4	29	109	26,6
Nuovi inserimenti	47	72,3	18	65	27,7
Utenti Tossicodipendenti	66	72,5	25	91	27,5
Utenti Alcolisti	14	77,8	4	18	22,2
Giornate di assistenza	10919	72,9	4047	14966	27,1
Utenti dimessi	26	83,9	5	31	16,1
Utenti che hanno interrotto	31	72,1	12	43	27,9
Utenti in struttura al 31/12	21	67,7	10	31	32,3

9. ALLEGATO STATISTICO

Associazioni di Volontariato - anno 2009

9.1 SCHEDA PROGETTO “DA CHE DIPENDE?”

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere lavoro di rete a livello provinciale tra Servizi Pubblici, Comunità Terapeutiche e Associazioni di Volontariato impegnati nella prevenzione, cura, trattamento e sostegno a persone con problemi di tossicodipendenza.

OBIETTIVI SPECIFICI

Attivare collaborazioni e contatti tra gli enti partecipanti
Organizzare iniziative allo scopo di informare la cittadinanza rispetto alla costruzione di una rete di servizi rivolti alle dipendenze

APPROCCIO

Concertativo-partecipato: il processo di progettazione scaturisce dal confronto tra i partner di “Da che dipende?”

PARTNERSHIP

- **Servizi Pubblici:** Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche e SerT dell’Azienda USL di Ferrara, Promeco e Area Giovani del Comune di Ferrara.
- **Comunità Terapeutiche:** Papa Giovanni XXIII, Exodus “La Casa di Carlotta”, Saman “Le Muraglie”, “Il Timoniere”, “Il Ponte”, Centro di Osservazione Diagnostica “L’Airone”.
- **Associazioni di Volontariato:** Club Alcolisti in Trattamento di Ferrara, Argenta, Poggio Renatico, Renazzo, Bondeno, Mesola, Alcolisti Anonimi di Ferrara, Codigoro, Comacchio, Alanon di Ferrara e Codigoro, Comacchio, l’Associazione Famiglie Contro la Droga, Comitato “Insieme per la qualità della vita”, “Associazione Viale K” di Ferrara, “Il Pellicano” di Ostellato.

STRUMENTI DI PROGETTAZIONE

Strumenti partecipativi:

- Operatore di rete.
- Riunioni periodiche di confronto.
- Valutazione di processo e di efficacia.
- Iniziative sul territorio.
- Opuscoli informativi.

AZIONI

Azione 1 - Mappatura

Obiettivi:

- conoscenza delle associazioni di volontariato della Provincia impegnante nelle dipendenze;
- ricognizione dei bisogni formativi;
- coinvolgimento nel progetto.

Metodologia di indagine:

intervista semi-strutturata, analisi qualitativa e quantitativa.

Risultati:

- indirizzario analitico delle associazioni;
- guida delle Associazioni del settore dipendenze patologiche.

Azione 2 - Sensibilizzazione

Campagna di sensibilizzazione provinciale "Butta le droghe!"

Obiettivi:

- sensibilizzare la cittadinanza contro l'uso e abuso di sostanze in occasione della Giornata Mondiale contro la Droga;
- informare la cittadinanza circa la costruzione di una rete di servizi

Metodologia di azione:

- distribuzione di gadget da parte di operatori e volontari nelle piazze dei comuni partecipanti
- presenza simbolica di cassonetti al fine di dare visibilità allo slogan "Butta le droghe!";
- organizzazione di manifestazioni sportive e culturali.

Risultati:

- programma informativo distribuito sul territorio provinciale;
- pubblicazione del Rapporto Annuale dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche.

Obiettivi:

- presentazione dei dati epidemiologici sulla diffusione delle dipendenze e sulla tipologia di utenza accolta dai servizi;
- descrizione della programmazione operativa dei Servizi Pubblici;
- descrizione dettagliata della realtà del terzo settore.

Metodologia di azione:

- definizione di comitati di redazione costituiti da operatori e volontari;
- presentazione pubblica del Rapporto 2009.

Risultati:

- pubblicazione del Rapporto 2009 dell'Osservatorio sulle Dipendenze Patologiche della provincia di Ferrara esito della collaborazione tra Servizi pubblici (SerT), Comunità Terapeutiche e Associazioni di volontariato;
- convegno di presentazione del Rapporto 2009.

Azione 3 - In-formazione

Obiettivi:

- approfondire la conoscenza reciproca tra operatori e volontari;
- approfondire tematiche di interesse comune;
- costruire i presupposti per successive collaborazioni.

Metodologia di azione:

- lezioni partecipate condotte da esperti;
- incontri periodici di aggiornamento.

Risultati:

- relazione di sintesi dei bisogni formativi;
- progetto formativo 2009-2010 diretto al terzo settore.

9.2 LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO DEL SETTORE DIPENDENZE PRESENTI SUL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Tab. 1 Associazioni di volontariato presenti sul territorio della provincia di Ferrara che si occupano di dipendenze patologiche. (Anno 2009)

	Volontari	Attività prevalente	Destinatari delle attività
Comitato Insieme per la Qualità della vita	19	Prevenzione primaria	genitori, insegnanti, giovani
Associazione Oasi di Santa Giustina	15	Sostegno	utenti della Comunità "Il Timoniere", familiari di persone con problemi di alcol e droga
Associazione Viale K	12	Accoglienza	persone con problemi di alcol e droga
Associazione Il Pellicano	6	Accoglienza	persone con problemi di alcol e droga

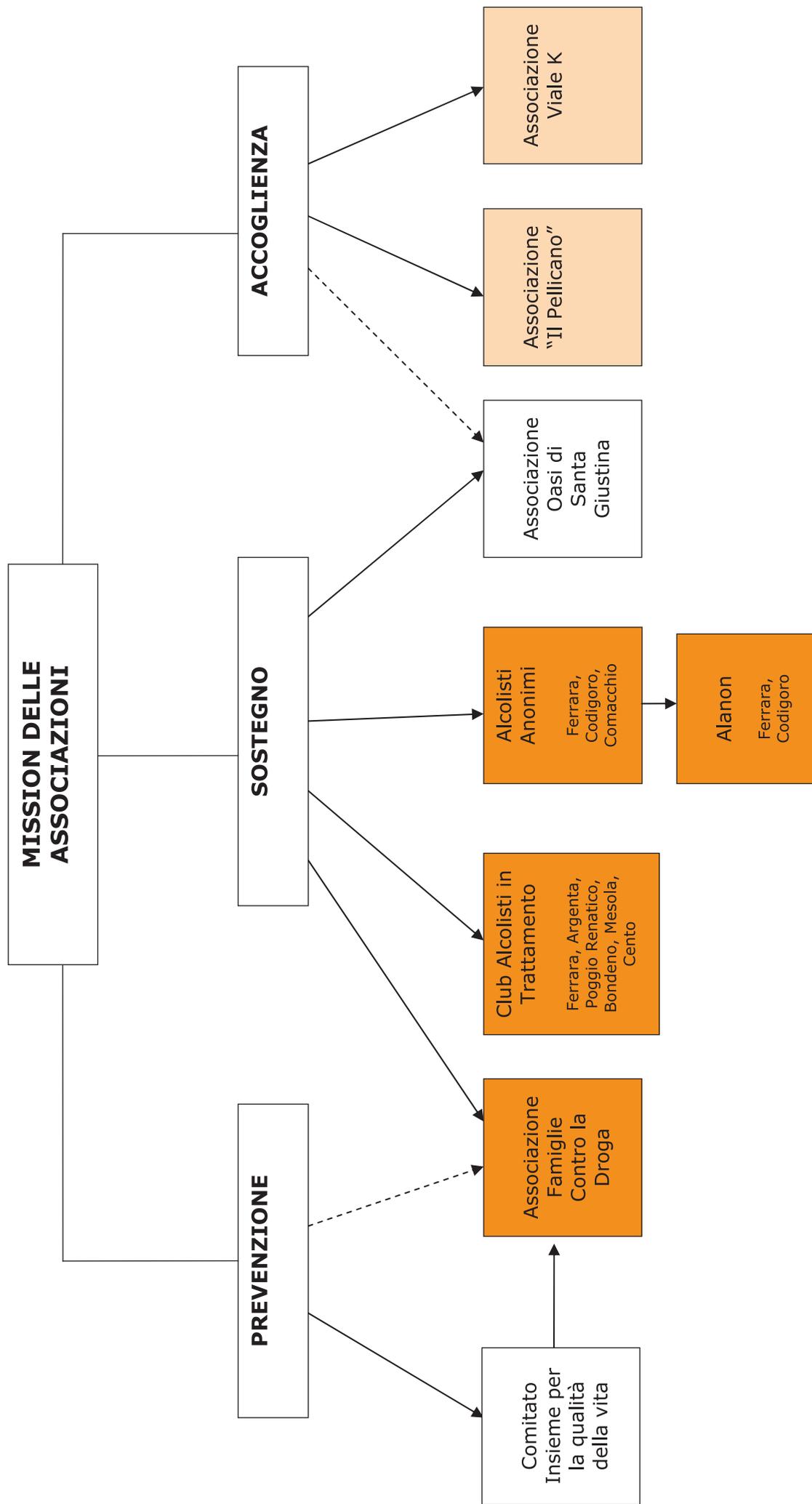
Tab. 2 Associazioni di volontariato presenti sul territorio della provincia di Ferrara che si occupano di dipendenze patologiche. (Anno 2009)

	Componenti di gruppi	Attività prevalente	Destinatari delle attività
Associazione Famiglie contro la Droga	10	sostegno	Famigliari di tossicodipendenti e persone con problemi di droga
Club Alcolisti in Trattamento Ferrara	20	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcolcorrelati
Club Alcolisti in Trattamento Renazzo 1	22	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcolcorrelati
Club Alcolisti in Trattamento Renazzo 2	25	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcolcorrelati
Club Alcolisti in Trattamento Poggio Renatico	15	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcolcorrelati
Club Alcolisti in Trattamento Bondeno	20	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcolcorrelati
Club Alcolisti in Trattamento Argenta	18	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcolcorrelati
Club Alcolisti in Trattamento Mesola	16	sostegno	Famigliari di alcolisti e persone con problemi alcol correlati
Alcolisti Anonimi - Ferrara	25	sostegno	Alcolisti
Alcolisti Anonimi -Comacchio	8	sostegno	Alcolisti
Alcolisti Anonimi - Codigoro	30	sostegno	Alcolisti
Alanon - Ferrara	7	sostegno	Famigliari di alcolisti
Alanon - Codigoro	15	sostegno	Famigliari di alcolisti

Tab. 3 Indirizzi delle Associazioni di volontariato e dei gruppi di volontari presenti sul territorio della provincia di Ferrara che si occupano di dipendenze patologiche. (Anno 2009)

Comitato Insieme per la Qualità della vita	Via S. Battana, 51 c/o Scuola Media Cosmé Tura - Ferrara tel. 053261066 3286935334 e-mail: paolo.gibo@tele2.it
Associazione Oasi di Santa Giustina	Via Bruno Rossi, 10 - Santa Giustina di Mesola (FE) tel. 0533993037 3356190389 e-mail: iltimoniere@libero.it
Associazione Viale K	Via Mambro, 96 - Ferrara tel. 0532975717 e-mail: viale_k@libero.it
Associazione Il Pellicano	Via Ferrara, 235 - Ostellato (FE) tel/fax 0533650308 3397607564 3496164531 Centro di Ascolto 24h - 051619937 3478820459 e-mail: asspellicano@hotmail.com; info@assilpellicano.eu
Associazione Famiglie contro la Droga	Via Colomba, 10 - Ferrara tel. 0532765047 fax: 0532765047
Club Alcolisti in Trattamento Ferrara	Via Boschetto, 26/A - Ferrara tel. 3471126159
Club Alcolisti in Trattamento Renazzo 1 - 2	Via Renazzo - Renazzo Cento (FE) Tel. 3398349954 e-mail: emiliabalboni@live.it
Associazione Provinciale Club Alcolisti in Trattamento Poggio Renatico	Piazza del Popolo, 21 - Poggio Renatico (FE) tel. 3346237867
Club Alcolisti in Trattamento Bondeno	Via Pironi, 73 - Bondeno (FE) tel. 3495836923 e-mail: tarta.ab@libero.it
Club Alcolisti in Trattamento Argenta	Via Circonvallazione 21/A - Argenta (FE) Tel. 338 8519179 e-mail: bob.58@hotmail.it
Club Alcolisti in Trattamento Mesola	Via Folegatti, 1 c/o Oratorio Parrocchiale - Mesola (FE) e-mail: valeriapastorello@yahoo.it
Alcolisti Anonimi Ferrara	Via Ripagrande, 7/A - Ferrara tel. 0532765124 fax: 05322765124 e-mail: gruppoaurora@virgilio.it
Alcolisti Anonimi Comacchio	Vicolo Stigmatè, 9 - Comacchio (FE) tel. 3343963527
Alcolisti Anonimi Codigoro	c/o Parrocchia Località Torbiera di Codigoro (FE) tel. 338 3456520
Alanon Ferrara	Via Ripagrande, 7/A - Ferrara Tel. 0532765124 fax 05322765124 e-mail: gruppoaurora@virgilio.it
Alanon Codigoro	c/o Parrocchia Località Torbiera di Codigoro (FE) tel. 338 3456520

Schema 1 La mappa del volontariato nelle dipendenze



Legenda: ■ Gruppi di auto-aiuto ■ Comunità di vita

Coordinamento, editing e progetto grafico:
Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
Via F. del Cossa, 18
44100 Ferrara

Finito di stampare nel mese di settembre 2009
dalla Cartografica Artigiana
Via Béla Bartók, 20/22
44100 Ferrara

La riproduzione di questo documento è autorizzata con citazione della fonte.

L'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

si occupa della raccolta ed elaborazione dei dati di tutti i SerT, Centri Alcolologici e Centri Anti-fumo dell'Azienda UsI di Ferrara e della loro divulgazione. Attraverso la realizzazione di ricerche sociologiche sul disagio giovanile e di studi epidemiologici sulla tossicodipendenza, anche in collaborazione con altri enti e istituzioni, contribuisce alla diffusione di informazioni scientifiche sul fenomeno delle diverse forme di dipendenza nella provincia di Ferrara. Coordina il sistema di gestione della qualità dei SerT accreditati dalla Regione Emilia-Romagna.

Le funzioni principali dell'Osservatorio sono:

- Stimare la dimensione del fenomeno delle dipendenze patologiche
- Monitorare l'andamento e l'evoluzione dell'utenza dei SerT
- Sorvegliare gli effetti della dipendenza sulla salute
- Valutare la qualità della risposta dei Servizi in termini di efficacia, efficienza e soddisfazione degli utenti
- Produrre conoscenze sociologiche sull'universo giovanile
- Valutare gli interventi di prevenzione primaria nelle scuole
- Diffondere i risultati prodotti attraverso pubblicazioni su libri e riviste
- Collaborare con istituzioni locali, osservatori regionali, nazionali e centri studi

L'Osservatorio on line

Informazioni più dettagliate sono disponibili all'interno della sezione
Osservatorio Dipendenze Patologiche presso i siti:

<http://www.ausl.fe.it>

<http://www.regione.emilia-romagna.it>

dove è possibile effettuare anche i download dei documenti prodotti.

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: osservatorio.sert@ausl.fe.it