

dipendenze patologiche



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

Rapporto 2005

**Quadro
epidemiologico
della provincia di
Ferrara**

**Osservatorio Epidemiologico
Dipendenze Patologiche**



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

U.O SerT Distretto Centro Nord

M.O. Osservatorio Epidemiologico
Dipendenze Patologiche e Accreditamento dei SerT

Sistema Gestione Qualità SerT
Certificato UNI EN ISO 9001:
2000 n. 459 del 24/07/03



Rapporto 2005 sullo stato delle Dipendenze Patologiche nella provincia di Ferrara

A cura di:

Cristina Sorio, Dirigente Sociologa, Responsabile M.O. Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche e Accreditamento istituzionale dei SerT

Gabriella Antolini, Biostatistico, Consulente Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Responsabile: Cristina Sorio

Collaboratori:

Gabriella Antolini - Biostatistica

Donata Soffritti - Amministratore di sistema SistER

Referenti Sistema Informativo SerT:

Donata Soffritti - SerT Ferrara

Gloria Cattani - SerT Copparo

Maria Rosa Fariselli - SerT Cento

Anna Pasini - SerT Portomaggiore

Giuseppe Cavalieri - SerT Codigoro

Si ringraziano: A. Tinarelli - Responsabile Programma Dipendenze Patologiche, F. Baraldi - Direttore U.O. SerT Distretto Sud-Est, L. Garofani - Direttore U.O. SerT Distretto Centro-Nord, P. Giacometti - Responsabile M.O. SerT Distretto Ovest

Un ringraziamento speciale al Prof. Giovanni Pierini (Professore associato di "Tossicologia forense" presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Bologna) per la supervisione scientifica.

INDICE

Prefazione del Direttore Generale Dr. Fosco Foglietta pag. 5

**Presentazione del Direttore U.O. SerT Distretto Sud Est
Dr.ssa Franca Baraldi** pag. 7

**PARTE PRIMA - Lo stato delle Dipendenze Patologiche nella
Provincia di Ferrara** di C. Sorio e G. Antolini pag. 9

1. L'Uso problematico di droghe nella popolazione

- 1.1 Evoluzione del fenomeno droga in Europa pag. 11
- 1.2 Lo stato delle tossicodipendenze in Italia pag. 16
- 1.3 Il profilo dell'utenza in carico ai SerT della Regione Emilia-Romagna pag. 19
- 1.4 Il quadro della dipendenza da droghe nella provincia di Ferrara pag. 21

2. L'impatto della droga sulla salute

- 2.1 Le patologie correlate all'assunzione di droga pag. 25
- 2.2 La mortalità nei tossicodipendenti da eroina pag. 29

3. Il consumo problematico di alcol

- 3.1 L'impatto del consumo di alcol in Europa pag. 32
- 3.2 I consumi di alcolici in Italia pag. 35
- 3.3 L'utenza in carico ai Centri Alcologici regionali pag. 39
- 3.4 Il consumo di alcol nella provincia di Ferrara pag. 40
- 3.5 Le trasformazioni degli stili di consumo pag. 44

**4. Valutazione dei corsi per smettere di fumare: analisi dei determinanti
della cessazione alla fine del corso e dopo un anno**

- 4.1 Introduzione pag. 46
- 4.2 I Centri Antifumo dell'Azienda USL di Ferrara pag. 47
- 4.3 Materiali e metodi pag. 48
- 4.4 Risultati pag. 49
- 4.5 Conclusioni pag. 50

PARTE SECONDA - Contributi pag. 54

1. Un modello di prevenzione per l'abuso alcolico e gli incidenti stradali
di F. Baraldi e C. Garuti

- 1.1 Introduzione pag. 56
- 1.2 Materiali e metodi pag. 56
- 1.3 Risultati pag. 57
- 1.4 Conclusioni pag. 61

2. Studio sul consumo di cocaina tra gli utenti del SerT di Ferrara
di C. Veronesi, E. Frozzi, E. Gazzotti, N. Farina

- 2.1 Introduzione pag. 63
- 2.2 La cocaina pag. 64
- 2.3 Materiali e metodi pag. 65
- 2.4 Risultati pag. 66
- 2.5 Conclusioni pag. 69

PARTE TERZA – Allegato statistico pag. 71

Utenza in carico ai SerT dell'Azienda UsI di Ferrara

- Allegato 1 – Utenti Tossicodipendenti pag. 73
- Allegato 2 – Utenti Alcolodipendenti pag. 82
- Allegato 3 – Utenti Tabagisti pag. 86

PREFAZIONE

Il Rapporto sullo stato delle dipendenze patologiche nella provincia di Ferrara, offre un quadro particolarmente interessante ed esaustivo della dimensione del fenomeno e dei modi in cui si articola all'interno della popolazione residente. Si tratta di uno strumento pensato per essere di supporto all'attività dei professionisti che lavorano nei servizi per le tossicodipendenze e per tutti quelli che, a diverso titolo, sono direttamente o indirettamente interessati, per ruolo istituzionale o per motivi personali, al problema dei comportamenti additivi.

La periodicità annuale dell'elaborazione consente di monitorare con costanza l'attività dei SerT e quindi l'andamento e l'evoluzione dell'utenza. Per questo il report può essere considerato lo strumento di conoscenza elettivo per quanti lavorano all'interno del sistema dei servizi pubblico e privato, perché supporta i processi di valutazione propedeutici alla verifica e allo sviluppo delle attività.

L'articolazione strutturale del rapporto mette in luce la sua natura di strumento finalizzato alla programmazione e allo sviluppo e ciò si nota maggiormente quando insiste sulle evidenze epidemiologiche, sulla valutazione dell'efficacia dei trattamenti e sulla sorveglianza degli effetti della dipendenza sulla salute. La dimensione di "utilità" di questo documento si conferma anche nella

partecipazione composita alla redazione del volume attraverso la partecipazione diretta di operatori dei SerT che hanno elaborato interventi strutturati su argomenti specifici di rilevanza comune.

Sono evidenti nel report dell'Osservatorio il rigore metodologico nell'analisi dei dati e l'impegno messo nella condivisione e nella diffusione dei risultati che derivano dall'aver portato a termine con successo da diversi anni i percorsi della qualità certificata.

In tal senso l'utilizzo di questo tipo di strumenti di analisi non si esaurisce nella fase della programmazione delle attività, attraverso percorsi di verifica e valutazione, ma si estrinseca anche nella messa a punto di percorsi terapeutici sempre più aderenti alle necessità degli utenti.

Sono infatti la condivisione degli obiettivi e dei programmi e la socializzazione delle conoscenze, che consentono di affrontare problemi multifattoriali a cui la risposta può essere data solo nel contesto di percorsi condivisi che coinvolgono diversi servizi e differenti professionalità.

Anche per questo, l'analisi partecipata alla lettura dei dati, favorisce l'individuazione di percorsi terapeutici appropriati, capaci quindi di estrinsecare la massima potenzialità con un utilizzo ottimale delle risorse economiche e professionali.

**Fosco Foglietta
Direttore Generale
Azienda USL di Ferrara**

PRESENTAZIONE

Il 2005 ha rappresentato sotto diversi punti di vista un anno di sostanziale consolidamento dell'intera attività dei SerT, sia per quanto attiene l'attività cosiddetta istituzionale, sia per quella con valenze ancora sperimentali e di ricerca conoscitiva.

I SerT presenti in tutti i Distretti dell'Azienda Usl di Ferrara hanno assicurato la presa in carico efficace e qualificata per tutte le persone che si sono presentate ai Servizi, manifestando problemi di dipendenza, a diversi livelli di gravità, da sostanze legali e illegali.

Si è continuato a prestare una particolare attenzione ai due fenomeni già da qualche anno emergenti e che hanno una particolare rilevanza sia nel Piano Sanitario Nazionale, che nelle linee d'indirizzo della Regione Emilia Romagna: alcol e cocaina.

La problematica dell'alcol, con particolare attenzione al mondo giovanile e scolastico, puntando prevalentemente ad azioni ed attività preventive ed educative, ha visto il Sistema dei Servizi territoriali ampliare e qualificare le proprie funzioni e prestazioni. Sempre più consolidata appare la necessità di collaborazione tra Servizi pubblici, Enti privati e di Volontariato, Amministrazioni Comunali, Scuole.

Tale collaborazione si trasforma e si afferma ogni giorno di più in capacità concreta di unire in modo sinergico funzioni, ruoli, competenze di ognuno per raggiungere il massimo risultato, sia in ambito preventivo, che curativo.

La problematica legata all'uso ed abuso di cocaina si colloca in uno scenario del consumo di sostanze che, rispetto al passato, appare modificato: ne consegue un diverso modo di percepire il rischio da parte di consumatori ed abusatori. Tale diversità accomuna sia il consumatore, che il professionista dei Servizi e quindi "obbliga" i SerT a ripensare alle proposte di cura offerte ed alle modalità di cambiamento.

L'esigenza di ridisegnare il Sistema dei Servizi appare dunque non più procrastinabile, in quanto occorre creare

una rete collaborativa capace non solo di leggere e monitorare il fenomeno, non solo di intercettare i bisogni e dare adeguate, tempestive e competenti risposte, ma soprattutto deve contribuire a modificare gli aspetti culturali, legali, sociali e sanitari, affinché gli adolescenti e giovani adulti di oggi possano essere gli adulti responsabili di domani.

La sfida più grande dei prossimi anni infatti consisterà, per i Servizi Sanitari e le Istituzioni della rete, nel riuscire a prevenire fenomeni di abuso e agganciare le giovani generazioni che sembrano oggi inconsapevoli o molto superficiali nel percepire il rischio insito nell'uso più o meno saltuario di alcol e cocaina.

Termino questa breve presentazione ringraziando la dr.ssa Cristina Sorio, Responsabile del M.O Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Ferrara, che mi ha chiesto di scriverla: ho accettato questo compito lusingata ed onorata, in quanto sarà uno degli ultimi atti ufficiali da me eseguiti in ambito professionale pubblico.

Colgo anche l'occasione per ringraziare con sentito affetto tutti i Professionisti dell'U.O. SerT Distretto Sud-Est, che hanno reso possibile con la loro serietà, impegno professionale e disponibilità personale il raggiungimento degli obiettivi concordati e volti ad un continuo miglioramento dell'operatività nei Servizi.

Un caro augurio di buon lavoro anche a tutti i Professionisti degli altri SerT Aziendali ed un sentito ringraziamento per l'intenso scambio professionale ricevuto in questi anni di lavoro insieme.

dr.ssa Franca Baraldi
Direttore U.O SerT Distretto Sud Est

PARTE PRIMA

Lo stato delle Dipendenze Patologiche nella Provincia di Ferrara

di C. Sorio e G. Antolini
Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

1. L'USO PROBLEMATICO DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

Premessa

L'applicazione dell'epidemiologia alle tossicodipendenze è relativamente recente, infatti solo verso la fine degli anni sessanta il termine epidemia inizia ad essere utilizzato per descrivere la diffusione dell'uso/abuso di sostanze stupefacenti e la comunità scientifica pone alla discussione un possibile approccio specifico al problema.

L'avvio della ricerca epidemiologica all'interno delle Aziende Usl, attraverso gli Osservatori sulle dipendenze patologiche, pone le sue basi sugli interventi fondanti l'agire dei SerT: la prevenzione finalizzata alla riduzione dell'incidenza delle malattie nella popolazione attraverso la riduzione dei rischi, la promozione sanitaria indirizzata all'arresto della genesi della malattia e alla riduzione dei danni, il governo interdisciplinare della malattia teso all'individuazione di modelli terapeutici efficaci.

L'interesse dei programmi sanitari di questi ultimi anni ha posto in primo piano la conoscenza dello stato di salute degli individui e dei fattori che la influenzano, associata alla misurazione dell'impatto dei servizi sanitari, puntando sui **bisogni di salute** della popolazione e sull'appropriatezza degli interventi la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche.

A partire dalle indicazioni dell'Osservatorio Europeo una delle misure utilizzate finora, dagli Osservatori regionali sulle dipendenze patologiche, per **stimare la salute** è stata la "domanda di trattamento", che ha permesso l'osservazione della dimensione della propagazione (prevalenza e incidenza) della tossicodipendenza nella popolazione generale.

In questi ultimi anni lo scenario della ricerca scientifica nell'ambito delle tossicodipendenze ha dato molta rilevanza agli studi di mortalità come strumento di **monitoraggio indiretto dello stato di salute** della popolazione tossicodipendente, potendo fornire un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, di esposizioni a fattori di rischio e dell'efficacia sanitaria. A questo proposito le informazioni sulle cause di

morte sono state utilizzate come **indici negativi di salute**, alcuni dei quali prevenibili o evitabili.

Infine **l'evoluzione delle condizioni di salute** viene misurata attraverso gli indici di morbosità tra gli esposti al fattore tossicodipendenza: in particolare vengono effettuati monitoraggi sulla positività ai test Hiv, Hbv (epatite B) e Hcv (epatite C).

1.1 Evoluzione del fenomeno droga in Europa

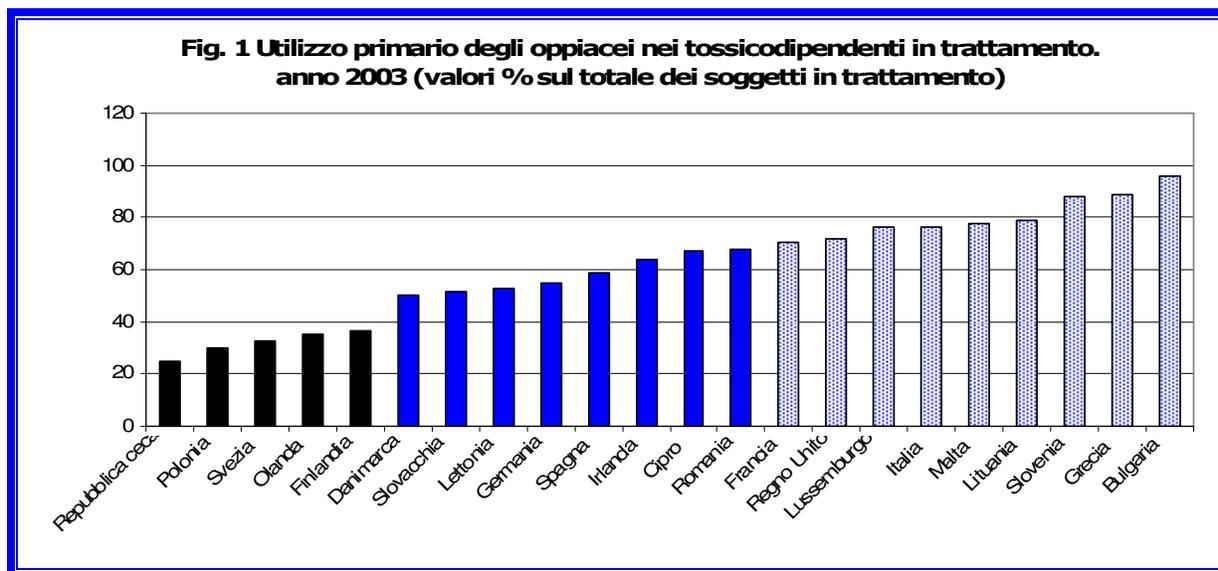
Consumo problematico di stupefacenti: è definito operativamente dall'OEDT come "il consumo di stupefacenti per via parenterale, oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina, e/o amfetamine". Le stime della prevalenza del consumo problematico a livello nazionale nel periodo 1999-2003 variano da 2 a 10 casi ogni 1.000 soggetti all'interno della fascia di popolazione d'età compresa tra 15 e 64 anni. Le stime più elevate sono segnalate da Danimarca, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Austria, Portogallo, Spagna e Regno Unito (6-10 casi ogni 1000 abitanti). Nella maggior parte dei paesi europei gli indicatori del consumo problematico di droga consentono di individuare soprattutto il consumo di oppiacei e il consumo di stupefacenti per via parenterale. Secondo le stime attuali esistono probabilmente da 1,2 a 2,1 milioni di consumatori problematici di droga nell'UE; di questi un numero compreso tra 850.000 e 1,3 milioni (1) riguarda con molta probabilità consumatori recenti di droga per via parenterale.

La domanda di trattamento: gli indicatori disponibili nell'UE suggeriscono che il rapido aumento dei consumatori di eroina, riscontrato nella maggior parte degli Stati, ha registrato un picco all'inizio degli anni novanta per poi stabilizzarsi nel periodo successivo. Nella maggior parte dei paesi l'eroina rimane la droga principale per la quale i pazienti chiedono di entrare in

terapia, si osservano tuttavia importanti differenze da paese a paese. Gli stati membri si possono suddividere in 3 gruppi, a seconda dell'entità delle problematiche legate all'eroina della popolazione in terapia: sotto il 40%: Repubblica Ceca, Paesi Bassi, Polonia, Finlandia, Svezia; tra il 50 e il 70%: Danimarca, Germania, Spagna, Irlanda, Cipro, Lettonia, Slovacchia e Romania; oltre il 70%: Francia, Grecia, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Slovenia, Regno Unito, Bulgaria (Fig. 1) (1). Il numero di pazienti consumatori di oppiacei che continuano il trattamento nel corso di molti anni è in aumento, mentre

diminuisce l'incidenza di nuove richieste di trattamento per gli oppiacei.

Infatti, lo scenario dei consumatori problematici di stupefacenti si è modificato, passando da situazione storicamente determinata da consumatori di **eroina**, alla diffusione di fenomeni eterogenei, quali la poliassunzione ed il consumo di sostanze stimolanti, in particolare la cocaina. Pur mantenendo il primato tra le sostanze psicoattive i consumi di eroina sono complessivamente stabili, mentre diminuiscono percentualmente rispetto ai nuovi consumi.



Prevalenza e modelli di consumo di cocaina: da recenti indagini emerge che in Europa (1), in linea generale, la tendenza al consumo di amfetamine, ecstasy e cocaina è in continuo aumento. Una percentuale della popolazione adulta compresa tra lo 0,5 ed il 6% riferisce di aver provato la cocaina almeno una volta (prevalenza una tantum¹). In cima alle statistiche figurano il Regno Unito con il 6,8%, la Spagna con il 4,9% e l'Italia con il 4,6%. Nonostante questi dati siano inferiori a quelli riguardanti la cannabis, i livelli del consumo tra i giovani adulti possono essere superiori alla media della popolazione. Infatti l'esperienza una tantum nella fascia della

popolazione di età compresa tra i 15 e i 34 anni va dall'1% all'11,6%. Ancora una volta la prevalenza maggiore si ha in Spagna (7,7%) e nel Regno Unito (11,6%); l'Italia si colloca al terzo posto con valori molto più bassi che si attestano intorno al 2,3% (Fig. 2).

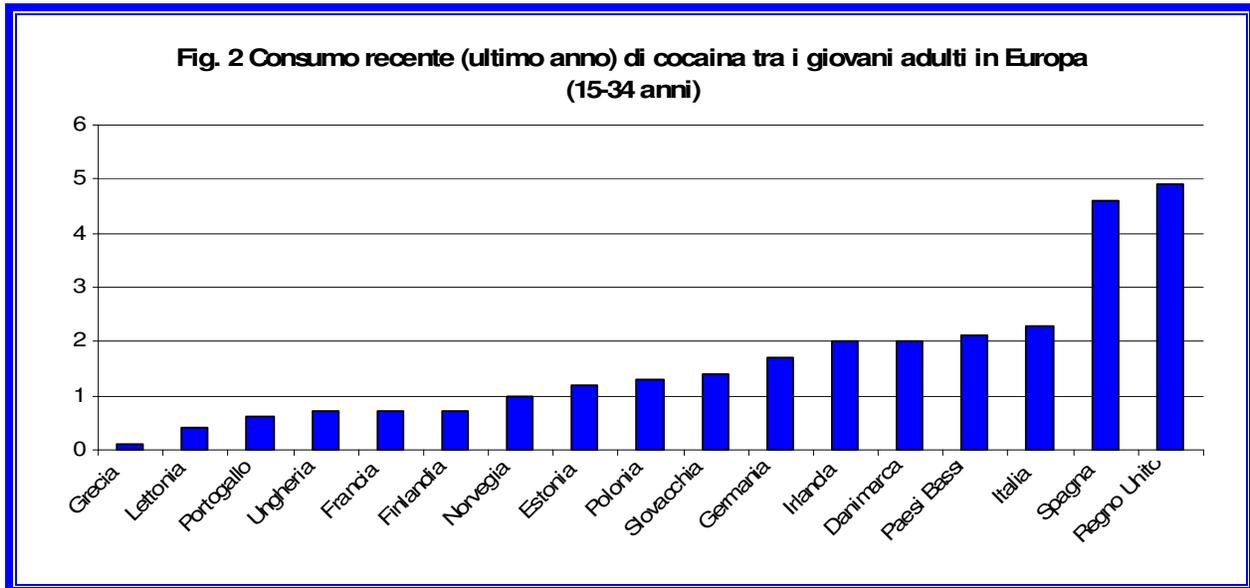
Il consumo di cocaina è maggiore tra i soggetti di sesso maschile, di solito si interrompe dopo un periodo di sperimentazione nella fase di vita adulta giovane, oppure riveste un carattere occasionale in quanto avviene principalmente durante il fine settimana e in ambienti ricreativi (bar e discoteche).

Una stima del consumo recente di **cocaina** riguarda l'1% circa di tutta la popolazione adulta (da 3 a 3,5 milioni di persone). D'altro canto, si stima che il consumo corrente riguardi approssimativamente circa 1,5 milioni di persone.

¹ Il consumo di droga nella popolazione in generale è valutato con indagini mirate a stimare il tasso percentuale di popolazione che ha fatto uso di droga in determinati periodi di tempo: consumo una tantum (1 volta nella vita), consumo recente (negli ultimi 12 mesi), consumo corrente (negli ultimi 30 giorni).

Dal 2001 al 2003 il consumo di cocaina aumenta in tutte le classi di età tra i 15 e i 44 anni, raddoppia nella classe 35-44 anni

e nelle donne, mentre complessivamente si consuma cocaina in misura maggiore tra i 15 e i 24 anni (2).



La domanda di trattamento: dopo gli oppiacei e la cannabis, la cocaina è la droga più di frequente riferita come principale sostanza usata dai soggetti che entrano in terapia, concorrendo per circa il 10% di tutte le richieste di trattamento nell'Unione europea. Nella maggior parte dei paesi le percentuali dei nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia per consumo di cocaina come droga primaria sono superiori a quelle riferite a tutti i pazienti in generale.

Dal 1996 al 2003 la percentuale dei nuovi pazienti che ha chiesto una terapia per il consumo di cocaina è cresciuta dal 4,8% al 9,3%, mentre il numero di nuovi pazienti che desiderano sottoporsi a terapia per il consumo primario di cocaina è salito da 2.535 a 6.123. La cocaina è inoltre riferita come droga secondaria dal 13% dei nuovi pazienti che si rivolgono ai servizi. Circa il 70% dei nuovi pazienti fa uso di cocaina idrocloride (cocaina in polvere), per lo più inalata, mentre consuma cocaina crack il rimanente 30%. Circa il 5% dei nuovi pazienti afferma di iniettarsi la droga. I nuovi pazienti sottoposti a terapia per consumo primario sono soprattutto di sesso maschile (rapporto M/F= 3,7:1). Da uno studio qualitativo condotto in Italia (3) su pazienti che fanno richiesta di terapia a causa del consumo di stimolanti, per lo più cocaina, emerge che tra i consumatori il numero di donne è quasi pari al numero di

uomini, mentre tra i soggetti che fanno richiesta di trattamento prevalgono nettamente i soggetti di sesso maschile. I nuovi pazienti sono in genere più anziani rispetto ai consumatori di altre droghe (età media di 30 anni, di cui la maggior parte appartenente alla fascia dei 20-34 anni; una percentuale minore di pazienti ha un'età compresa tra i 35 e i 39 anni). La cocaina è spesso usata in associazione con altre droghe sussidiarie, spesso cannabis (40%), o alcol (37%). Studi locali condotti su soggetti che fanno uso di droghe per via parenterale suggeriscono che, in talune zone, sta divenendo popolare l'iniezione di eroina in associazione a cocaina (*speedballing*). Non esiste per i consumatori di cocaina una terapia farmacologica consolidata e diffusa, si possono prescrivere farmaci che alleviano in maniera sistematica i disturbi, ma si tratta solitamente di farmaci a vita breve e mirati a ridurre i problemi correlati al consumo di cocaina tra cui, per esempio, l'ansia o i disturbi del sonno. A livello europeo una revisione sistematica della letteratura sul trattamento dei pazienti cocainomani (4) ha evidenziato che l'osservanza della terapia da parte dei consumatori di cocaina è generalmente bassa e che le percentuali di ricaduta sono alte. La psicoterapia si è dimostrata utile per ridurre il consumo mentre non vi sono prove convincenti

dell'efficacia dell'agopuntura. Infine, rimane aperta la questione se sia possibile elaborare una terapia farmacologica per i consumatori problematici di cocaina che possa diventare un'opzione terapeutica standard, come il metadone e la buprenorfina sono divenuti approcci standard nel trattamento del consumo problematico di oppiacei.

Il consumo di cannabis: la cannabis è la sostanza illecita più consumata in Europa. Le recenti indagini (1) condotte tra la popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni evidenziano che una percentuale intorno al 6% ha consumato cannabis nell'ultimo anno (consumo recente). Nella popolazione di giovani adulti 15-34 anni il consumo recente si colloca tra il 3% e il 22% (Fig. 3). L'Italia si colloca al settimo posto con un valore percentuale di 12,8%. Tra coloro che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita, una percentuale compresa tra il 20 e il 40% segnala di averne fatto uso nel corso degli ultimi 12 mesi, e una percentuale compresa tra il 10% e il 20% ammette di averne fatto uso nel corso degli ultimi 30 giorni (consumo corrente). Come per le altre droghe, i tassi più elevati si registrano tra i giovani. Una percentuale compresa tra l'11% e il 44% dei giovani europei di 15-34 anni segnala di aver provato la cannabis almeno una volta.

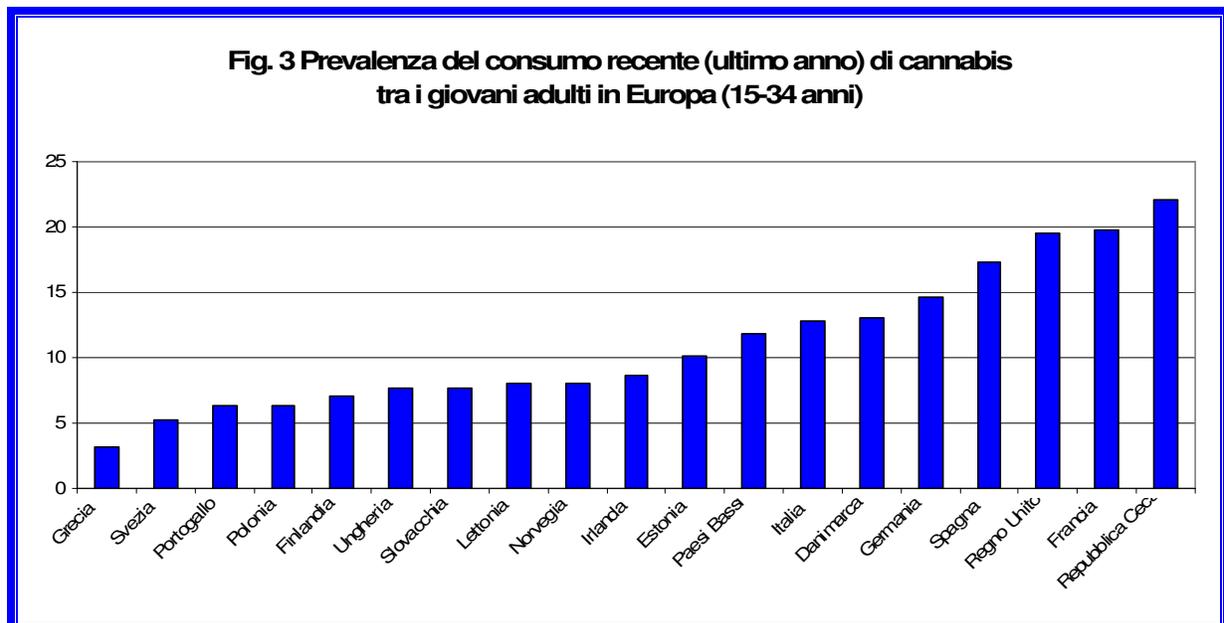
Tra gli europei di 15-24 anni, una percentuale compresa tra il 9% e il 45% dichiara di aver provato la cannabis almeno 1 volta, tra il 4% e il 32% riferisce un uso recente (ultimi 12 mesi).

Come per le altre droghe illecite, il consumo di cannabis è più elevato tra i maschi (rapporto M/F da 1,25:1 a 4:1 nell'esperienza una tantum; da 2:1 a 6:1 per l'uso recente). Le indagini evidenziano inoltre che il consumo di cannabis è più diffuso nelle aree urbane o ad alta densità di popolazione. Il fatto che le percentuali riferite all'uso recente e attuale siano massicciamente più basse rispetto all'esperienza una tantum indica che l'uso tende ad essere occasionale o che prima o poi venga interrotto.

Ciò che si può dedurre dai dati ottenuti dai vari tipi di indagine è che il consumo di cannabis è in aumento, particolarmente tra i giovani.

Un confronto con i risultati delle indagini ESPAD nelle scuole (1995-2003) mostra che, in quasi tutti gli stati membri, la prevalenza del consumo una tantum di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni è aumentato del 2% in generale, e del 10% negli stati dell'Europa orientale.

In particolare l'Italia si colloca nel gruppo di paesi (con Danimarca, Spagna, Francia e Portogallo), in cui la prevalenza una tantum è aumentata negli ultimi otto anni, fino a 26 punti percentuali nel 2003.



La domanda di trattamento: Tra le 480.000 domande di trattamento riportate in totale, la cannabis è segnalata come droga primaria nel 12% circa dei casi, seconda dopo l'eroina. Nel periodo 1996-2003 la percentuale di consumatori di cannabis tra i nuovi soggetti che hanno richiesto un trattamento è aumentato di almeno il doppio.

I pazienti che per la prima volta chiedono di entrare in terapia per la cannabis hanno un'età inferiore ai 30 anni; infatti la cannabis interessa il 65% delle domande di trattamento tra gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni e il 59% tra quelli di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

L'elevata prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani, oltre al trattamento, comporta l'organizzazione di interventi di prevenzione a contatto con gli studenti in età scolare. Infatti il consumo di cannabis è influenzato da fattori sociali, personali e legati al gruppo, i quali rivestono un ruolo importante nel rischio individuale di sviluppare un problema di consumo problematico a lungo termine.

Il consumo di stimolanti e altre droghe sintetiche: Tra le droghe sintetiche usate in Europa vi sono sia gli stimolanti, sia le sostanze allucinogene. Tra queste ultime il dietilamide dell'acido lisergico (LSD) è di gran lunga il più noto, ma i livelli di consumo generali sono rimasti bassi e stabili per molto tempo. L'espressione "stimolanti del tipo amfetamine" (ATS) si usa in riferimento sia alle amfetamine sia al gruppo ecstasy. Il termine amfetamina è una parola generica usata per descrivere una serie di sostanze chimicamente correlate che stimolano il sistema nervoso centrale; tra queste le due più importanti

dal punto di vista del mercato europeo delle droghe illecite, sono l'amfetamina e la metamfetamina.

All'interno del gruppo ecstasy la sostanza più nota è la MDMA 3,4-metilendioossimetamfetamina.

Nel complesso la prevalenza del consumo di queste sostanze nella popolazione generale è bassa, anche se la prevalenza tra gruppi più giovani è molto superiore e il consumo può essere particolarmente elevato in alcuni ambienti sociali. Da indagini recenti condotte in Europa (1) tra gli adulti di età compresa tra i 15 e i 64 anni l'esperienza una tantum dell'uso di amfetamine nell'UE va da 0,1% al 6%. Il dato sull'uso recente è ovviamente più basso cioè compreso tra lo 0% e l'1,5%. Uno scenario simile si profila per il gruppo dei giovani adulti 15-34 anni dove l'esperienza una tantum va dallo 0,1% al 10%. La prevalenza una tantum dell'uso di amfetamine tra gli studenti di 15-16 anni riportata dalle indagini ESPAD 2003 va da meno dell'1% al 7%; le stime nazionali più alte riferite all'uso recente e a quello corrente sono pari al 4% e al 3% rispettivamente.

In Italia la prevalenza del consumo recente (ultimo anno) tra i giovani adulti di 15-34 anni di sostanze stimolanti è inferiore all'1% (amfetamine 0,4%, ecstasy 0,7%, LSD 0,6%).

Raramente il consumo degli stimolanti del tipo amfetamine è la causa principale alla base della richiesta di entrare in terapia. La stragrande maggioranza dei consumatori che chiedono di entrare in terapia ha provato gli stimolanti tra i 15 e i 19 anni. La principale via di assunzione delle amfetamine e l'ecstasy è quella orale (58,2%), tuttavia circa il 15% dei pazienti si inietta la droga.

1.2 Lo stato delle tossicodipendenze in Italia

Dai dati pubblicati nella Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2005 (5), aumenta la diffusione del consumo di droghe illegali nella popolazione, nonostante che l'uso di eroina e cocaina sia disapprovato e percepito come rischioso. Maggiore tolleranza si rileva invece rispetto ai consumi di cannabis.

Circa 9 milioni di persone approvano l'utilizzo di cannabis e lo ritengono non dannoso per la salute.

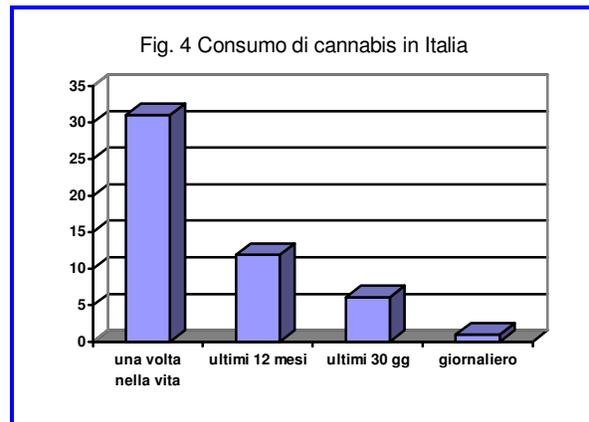
Secondo il rapporto raddoppiano anche i consumatori di cocaina che passano da 350.000 stimati nel 2001 a 700.000 stimati nel 2005. Diminuiscono invece gli utilizzatori di eroina. Alcol, tabacco e psicofarmaci sono le sostanze utilizzate in combinazione con quelle illegali.

Uso di cannabis: dallo studio IPSAD Italia 2005 (6) emerge che il 31% dei soggetti intervistati ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabis, un terzo di questi ha avuto contatti con la sostanza negli ultimi 12 mesi (11,9%) e un quinto negli ultimi 30 giorni (6,1%), mentre l'1% dei soggetti riferisce un uso quotidiano (Fig. 4). Per quanto riguarda l'uso di cannabis una o più volte negli ultimi 12 mesi la percentuale maggiore di soggetti coinvolti è quella relativa al sesso maschile con età compresa tra i 15 e i 24 anni (23% del campione), mentre le femmine rappresentano il 18%.

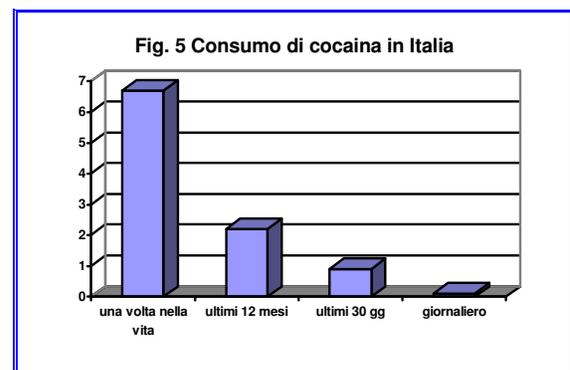
Nel confronto tra la rilevazione campionaria del 2001 e l'attuale si nota un incremento degli utilizzatori recenti di cannabis che passa dal 6,2% all'11,9%.

Si stima quindi che la quota di italiani che hanno fatto uso di cannabis in Italia nei due anni di osservazione sia passata da circa 2.000.000 nel 2001 a 3.800.000 nel 2005.

I fattori associati positivamente al consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi sono risultati: aver fatto uso di psicofarmaci (OR=1,76), status elevato (OR=1,45), scolarità medio-alta (OR=1,3).

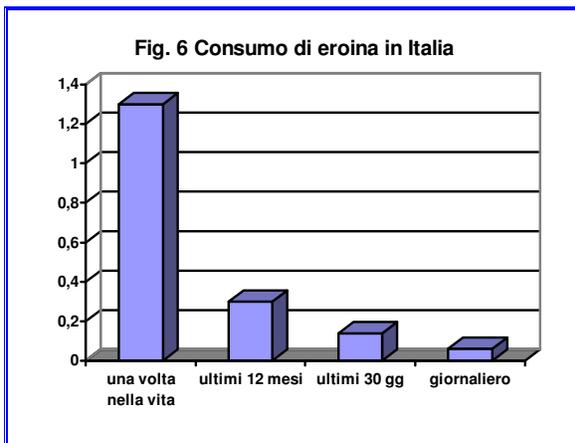


Uso di cocaina: dallo studio IPSAD Italia 2005 che ha raggiunto un campione di 30.000 soggetti di età compresa tra i 15 e i 54 anni è emerso che l'uso di cocaina una o più volte nella vita ha riguardato il 6,7% della popolazione. Per quanto riguarda il consumo negli ultimi 12 mesi, la prevalenza scende al 2,2%, il consumo nell'ultimo mese riguarda lo 0,9% e l'uso quotidiano lo 0,1% (Fig. 5). L'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi coinvolge in particolare la popolazione maschile tra i 25 e i 34 anni di età (4,3%) e tra i 15 e i 24 anni (4,1%) e la popolazione femminile tra i 15 e i 24 anni (2,6%) e tra i 25 e i 34 anni (1,9%).



I fattori associati al consumo di cocaina negli ultimi 12 mesi sono: aver fatto uso di psicofarmaci (OR=2,68) e appartenere ad uno status socio-economico alto (OR=1,58).

Uso di eroina: la prevalenza di uso di eroina almeno una volta nella vita nel campione intervistato risulta essere dell'1,3%. Tale consumo scende allo 0,3% della popolazione se si misura per gli ultimi 12 mesi, dello 0,14% e dello 0,06% rispettivamente per l'ultimo mese e per il consumo giornaliero. Con tali dati si può stimare che circa 20.000 soggetti fanno uso giornaliero di eroina e circa 45.000 ne fanno uso una o più volte al mese (Fig. 6). L'uso di eroina negli ultimi 12 mesi risulta simile sia nei maschi (0,5%) che nelle femmine (0,4%) nella fascia di età giovanile 15-24 anni. Nel confronto tra il 2001 e il 2005 si nota un decremento degli utilizzatori di eroina che passa dallo 0,5% allo 0,3%. Questo decremento è particolarmente evidente nei maschi tra i 25 e i 34 anni (da 0,9% a 0,2%).



Uso di droghe nei giovani scolarizzati: dallo studio ESPAD Italia 2005 (7), nel quale sono stati intervistati oltre 40.000 studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni, emerge che la sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis, infatti un terzo degli studenti (31%) ne ha fatto uso almeno una volta nella vita. Più contenute risultano essere le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina (5%), con gli allucinogeni (4%), con gli stimolanti (3%) e con l'eroina (2%). Gli studenti maschi consumano di più rispetto alle femmine e i consumi aumentano all'aumentare dell'età. I fattori di rischio rispetto al consumo di droghe illegali risultano: essere stati coinvolti in risse o incidenti, aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe, aver fratelli che abusano di alcol e

utilizzano droga e aver fatto uso di tranquillanti.

Le stime di prevalenza e incidenza dell'uso problematico di droghe: in Italia il numero di soggetti utilizzatori problematici di sostanze (5), potenzialmente eleggibili ad una terapia per la dipendenza da sostanze psicoattive, viene determinato attraverso metodi di stima che si avvalgono delle informazioni provenienti dai SerT e dalle Forze dell'ordine. In questo modo i valori di stima quantificano il totale complessivo anche della quota di utilizzatori problematici che non si rivolgono ai servizi preposti al trattamento. I casi prevalenti stimati in Italia rapportati alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni si attestano su valori compresi tra i 9,0 e i 10,2 soggetti utilizzatori problematici ogni 1.000 residenti (circa 300.000 persone). Si sottolinea che si tratta di soggetti con caratteristiche tali di uso di droghe da rendere opportuno un trattamento terapeutico specialistico. Infatti più della metà di questi soggetti (6/1.000 abitanti, circa 180.000 persone), sono stati i carico presso i SerT per un trattamento nel corso del 2005. La stima del numero di soggetti che ogni anno iniziano ad assumere eroina e cocaina mostra negli ultimi 5 anni un incremento rispettivamente di 5.000 e 9.000 persone. Per il 2005, si è stimato che in Italia 29.663 soggetti abbiano iniziato a far uso problematico di eroina. Rapportando tale numero con la popolazione a rischio (15-54 anni) si ottiene che circa 9 su 10.000 persone hanno iniziato nel 2005 a far uso di eroina.

Per quanto riguarda la cocaina, invece, la stima dell'incidenza per il 2005 è di 9.174 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 persone residenti in Italia.

Dall'analisi della distribuzione del tempo di latenza per l'eroina, si evince che in media entro 5-6 anni viene intrapreso un percorso terapeutico. Per quanto riguarda la cocaina, in media si impiegano 7-8 anni per arrivare ai servizi.

La domanda di trattamento: in base ai dati trasmessi dal Ministero della Salute (5), nel 2005 si sono stimati 180.117 soggetti in carico presso i SerT, confermando un trend in crescita documentato ormai da diversi anni. Se si rapporta il numero dei soggetti in carico in ogni anno alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni di età, si contano nel 2001 circa 53 soggetti ogni 10.000 abitanti in carico presso i servizi, mentre nel 2005 il dato si attesta su circa 56 ogni 10.000 residenti ($\Delta=+ 5\%$). Come nel passato, anche nel 2005 l'utenza dei SerT è costituita per l'80% da soggetti che stanno proseguendo un trattamento attivato in anni precedenti, mentre il restante 20% circa è costituito da soggetti che si rivolgono ai servizi per la prima volta.

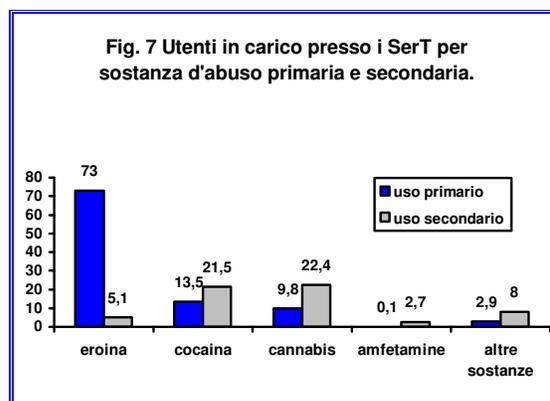
I soggetti in carico nel 2005, in linea con quanto rilevato negli anni precedenti, sono per l'87% maschi e il 13% femmine (sia tra i casi incidenti che tra gli utenti con trattamenti già attivati in passato), con un rapporto M/F di 7:1. Gli utenti in trattamento presso i SerT hanno un'età media di circa 33 anni, ma con notevoli differenze all'interno della distinzione tra i pazienti che entrano per la prima volta in trattamento, la cui età media è pari a 30 anni, e quelli già in trattamento da anni precedenti con un'età media di 34 anni.

Gli utenti dei SerT continuano ad essere prevalentemente utilizzatori di eroina anche se si registra una diminuzione percentuale nel corso degli anni passando dall'84% del 2001 al 73% del 2005. Al contrario negli ultimi anni si è assistito ad un incremento della quota di soggetti che abusano primariamente di cocaina. Nel 2001 erano il 6% dell'utenza complessiva, nel 2005 sono diventati il 13,5%. Anche i soggetti che accedono ad un trattamento per uso di cannabinoidi registrano un incremento passando dall'8,4% nel 2001 al 10% nel 2005.

Dai dati disponibili per regione (8) si nota come l'assunzione di cannabinoidi è piuttosto elevata in Puglia (14,6%), Veneto (14%) e Liguria (12,9%) (Italia 9,7% e Emilia-Romagna 11,2%), mentre l'assunzione primaria di cocaina è alta in Lombardia (24,8%), in Sicilia (14,6%), Lazio (14,5%) e in Emilia-Romagna (13,5%) (Italia 13,2%). L'utilizzo primario di eroina è più alto nella Provincia autonoma di Trento (92,2%), in Valle

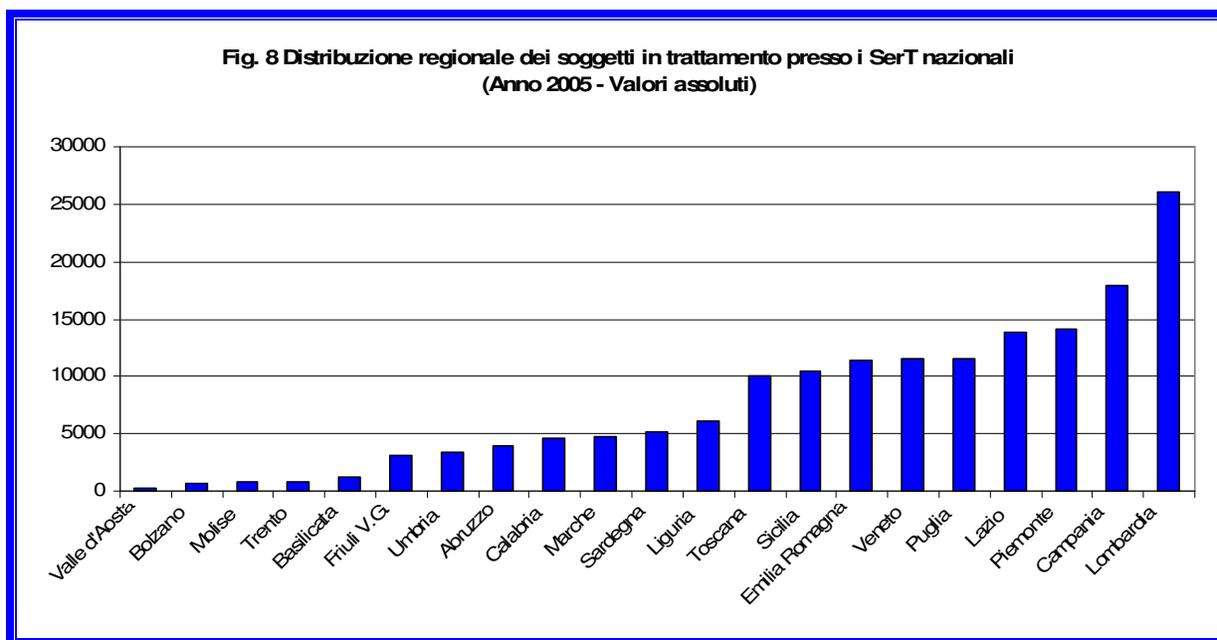
d'Aosta (89,9%) e in Umbria (84,2%) (Italia 72,3% e Emilia-Romagna 72,3%). Il Friuli Venezia Giulia e la Provincia autonoma di Bolzano detengono il maggior numero di pazienti che si rivolgono ai Servizi per il trattamento da assunzione di ecstasy (1,8%) (Italia 0,6% e Emilia Romagna 0,6%) (Fig. 8).

La quota di soggetti che utilizza più sostanze d'abuso è circa il 70% dell'utenza complessiva, e le sostanze secondarie più utilizzate sono la cocaina e i cannabinoidi (più del 20% dell'utenza complessiva). Se si considerano congiuntamente gli utilizzatori di eroina, sia per uso primario che per uso secondario, essi rappresentano il 78% dei soggetti in carico presso i servizi; i consumatori di cocaina come sostanza d'abuso primaria e secondaria rappresentano complessivamente il 35% dell'utenza, mentre la quota di assuntori di cannabinoidi (quale sostanza primaria e secondaria) è pari al 32% (Fig. 7).



Questo dato avrà delle conseguenze sul piano terapeutico, nel senso che richiederà ai SerT di studiare nuovi percorsi clinici e nuove strategie farmacologiche e psico-sociali.

A prescindere dalla sostanza d'abuso primaria, la maggior parte degli utenti in carico ai SerT presenta un livello di scolarità medio; tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina i soggetti con un livello di scolarità elevato si attesta poco oltre il 20%, mentre tra gli utilizzatori di cannabis e altre sostanze illegali si rilevano livelli superiori al 30%. Per quanto riguarda le caratteristiche occupazionali, maggiori livelli di occupazione si riscontrano tra i consumatori di cocaina mentre la percentuale di disoccupati più elevata viene registrata tra gli eroinomani (oltre il 30%).



1.3 Il profilo dell'utenza in carico ai SerT della Regione Emilia-Romagna

L'utenza dei SerT della Regione Emilia Romagna rappresenta il 7,0% dell'utenza totale italiana in trattamento presso i servizi pubblici, collocandosi tra le aree geografiche a più alto numero di soggetti in trattamento (9).

La domanda di trattamento pervenuta presso i 44 Servizi per le tossicodipendenze della Regione Emilia Romagna ha registrato un significativo incremento negli ultimi anni, così come accade nella maggior parte delle regioni italiane e negli altri paesi europei.

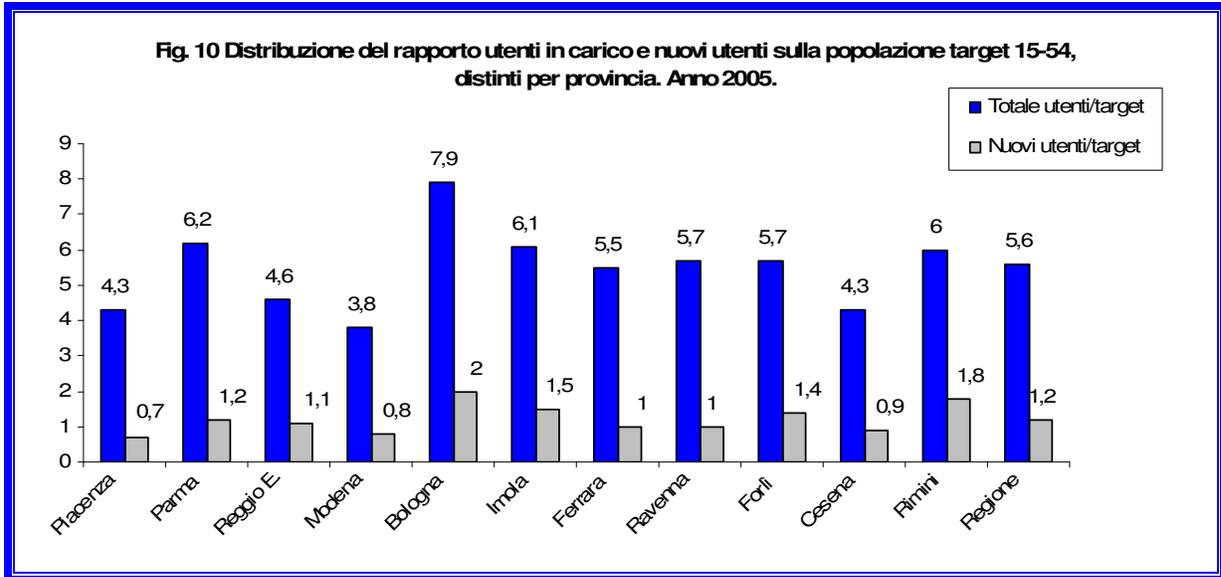
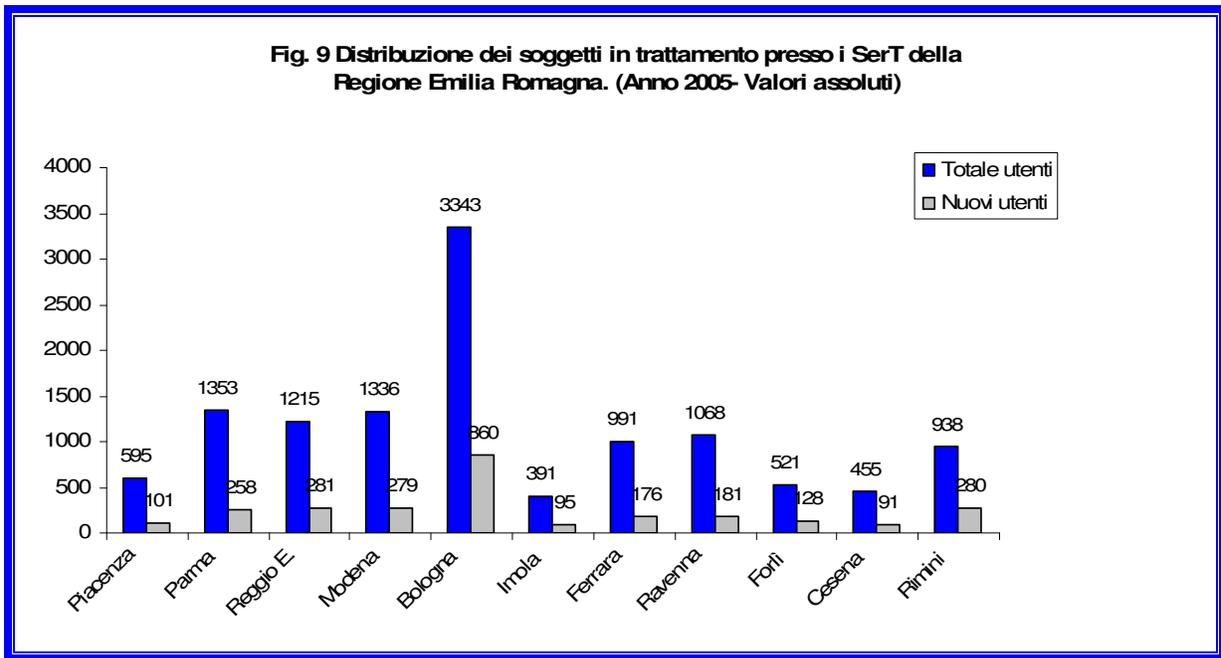
Nel corso del 2005 sono stati presi in carico 12.210 soggetti contro i 11.231 del 2004 con un incremento del 8,7%. La forte crescita dell'utenza si deve attribuire soprattutto ai nuovi pazienti (2.730), il 19,3% in più rispetto all'anno precedente, mentre l'utenza già in carico, o reingressi (9.480), aumenta del 6,0% rispetto al 2004.

Le province con un maggior **numero di utenti tossicodipendenti**, in valore assoluto, sono state Bologna (3.343), Parma (1.353), Modena (1.336), Reggio

Emilia (1.215) e Ravenna (1.068) (Figura 9). Le province che registrano gli incrementi più consistenti rispetto al 2004 sono: Bologna (29,2%), Parma (12,7%), Forlì (9,4%), Ravenna e Imola (7,9%) Rimini (5,3%); diversamente registrano tassi negativi: Modena (-6,0%), Reggio Emilia (-5,0%) e Ferrara (-1,0%).

Osservando **l'utenza tossicodipendente in rapporto alla popolazione target** (15-54 anni), la regione Emilia-Romagna registra un valore che si attesta su **5,6 utenti ogni 1000 abitanti**, in linea con la media nazionale. Sul territorio regionale le province con i rapporti, **utenti prevalenti/popolazione target**, superiori alla media regionale sono state: Bologna (7,9*1000), Parma (6,2*1000) e Imola (6,1*1000), Rimini (6,0*1000), Ravenna (5,7*1000). Ferrara registra 5,5 utenti in carico ogni 1000 residenti.

Per quanto riguarda **il rapporto degli utenti incidenti sulla popolazione target**, le province che hanno registrato i valori superiori alla **media regionale (1,2*1000)** sono state: Bologna (2,0*1000), Rimini (1,8*1000) Imola (1,5*1000) e Forlì (1,4*1000). Ferrara registra 1 nuovo utente ogni 1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 54 anni.



Distinguendo gli utenti per sesso nel 2005 sono stati trattati dai SerT 10.170 (83,3%) maschi e 2.040 (16,7%) femmine con un rapporto di 5,0 maschi in carico ai servizi per ogni femmina (4,6 nel 2003). Tale valore pur essendo decisamente inferiore al dato nazionale (7:1), conferma tuttavia

che la dipendenza da droga sia una condizione selettiva per sesso.

Se si osserva l'utenza suddivisa per fasce d'età la quota di utenti con meno di 25 anni rappresenta il 15,1% del totale, mentre gli utenti con età compresa tra i 25-34 anni (37,2%) e oltre i 35 anni (47,6%) registrano le quote più consistenti di

soggetti. L'età media dell'utenza tossicodipendente totale è di 34,5 anni, così differenziata: 29,6 i nuovi utenti e 35,9 i soggetti che seguivano un trattamento da anni precedenti. Per quanto riguarda i **consumi di sostanze**, si confermano le tendenze evidenziate negli ultimi anni in Italia ed in Europa. Gli utenti eroinomani costituiscono ancora la maggior parte dell'utenza dei SerT (70,1%), ma registrano un calo progressivo nel tempo (7990 utenti pari al 74,2% nel 2003 e 8556 utenti pari al 70,1% nel 2005). Va segnalato invece un aumento consistente dell'accesso ai SerT da parte di consumatori di cocaina come sostanza primaria (1133 soggetti nel 2003 pari a 10,5%; 1823 soggetti nel 2005 pari al 14,9% con un aumento del 61%) e secondaria ($\Delta=+68,6\%$). La cannabis è la sostanza d'abuso primaria che ha interessato 1289 soggetti, collocandosi al terzo posto con il 10,6% e registrando un aumento del 33,2% rispetto al 2003. La percentuale di utenti con almeno una seconda sostanza d'abuso rappresenta quasi la metà degli utenti in carico ai SerT (48,6%).

1.4 Il quadro della dipendenza da droghe nella provincia di Ferrara

La conoscenza del numero di persone che fanno uso di sostanze psicotrope illegali, è fondamentale per la programmazione nel settore delle dipendenze degli interventi di prevenzione, trattamento e recupero sociale. La domanda di trattamento, 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.

La domanda di trattamento: i soggetti che si sono rivolti ai 5 SerT della provincia di Ferrara per problemi di consumo problematico di sostanze psicoattive illegali negli ultimi 10 anni hanno subito un incremento del 32,3 %, passando da 749 utenti nel 1994 a 991 nel 2005.

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

I nuovi utenti rappresentano il 17,7% (n=176) del totale dei soggetti presi in carico, la quota complementare (815 soggetti pari al 82,3% del totale) è rappresentata da utenti rientrati o già in carico da anni precedenti. La **Fig. 11** evidenzia un leggero decremento dei nuovi utenti a partire dal 2003 passando da 214 soggetti a 176 nel 2005 ($\Delta_{2003/2004}=-12,6\%$) ($\Delta_{2004/2005}=-5,9\%$).

Il numero di utenti seguiti dai servizi della Provincia di Ferrara nel 2005 si differenzia da un minimo di utenza in carico al SerT di Cento (95) ad un massimo di utenti in carico a Ferrara (427). Dal 2004 al 2005 gli utenti totali aumentano in particolar modo nel SerT di Cento (passando da 81 a 95) mentre la nuova utenza è in aumento nel SerT di Ferrara (passa da 66 a 71) e nel SerT di Portomaggiore (da 16 a 22). I decrementi più consistenti vengono registrati tra gli utenti totali del SerT di Codigoro che passa da 247 a 226 e tra i nuovi utenti nei SerT di Copparo (da 20 a 14) e Codigoro (da 49 a 38).

Il profilo sociale degli utenti: gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=848 - 85,6%; F=143 - 14,4%) con un rapporto di 5,9 maschi ogni utente femmina, valore che si allinea al dato regionale (5:1), allontanandosi al contrario dal rapporto M/F nazionale che registra una maggiore presenza di maschi tossicodipendenti (7:1).

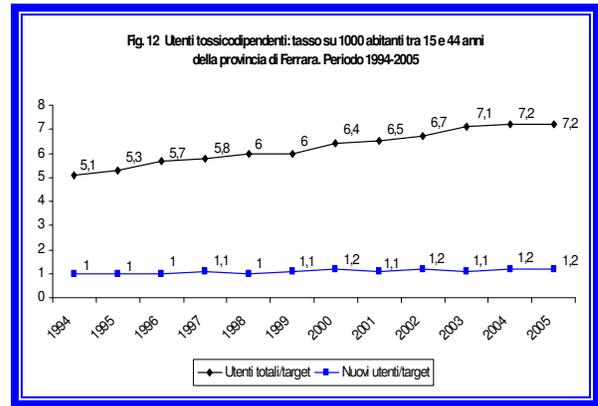
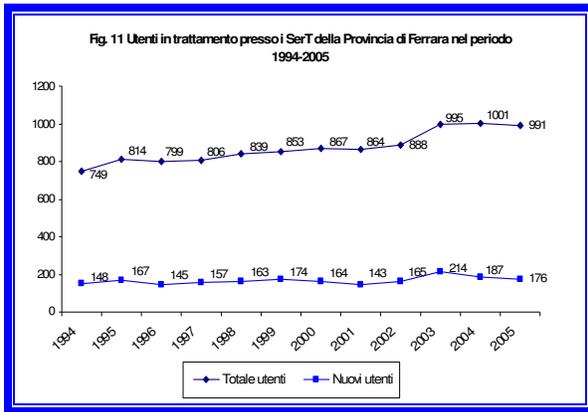
Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe, infatti negli ultimi cinque anni il rapporto maschi/femmine si mantiene attorno al valore 6:1. Sostanzialmente invariata rimane la situazione socio-economica degli utenti dal 2000 ad oggi. Si tratta di una popolazione prevalentemente celibe/nubile, incensurata, che vive nel nucleo d'origine, con istruzione medio-bassa ed un lavoro regolare.

La distribuzione per età degli utenti mostra che il fenomeno continua ad interessare le fasce di età giovanili, infatti la quota dei nuovi utenti tra i 15 e i 29 anni è pari al 60,8%. Tuttavia nel tempo si assiste ad un progressivo invecchiamento soprattutto dei soggetti già in trattamento presso i servizi (l'età media nel 1994 è di 28 anni; nel 2005 di 34 anni).

Osservando le caratteristiche dei **nuovi utenti** in trattamento negli ultimi cinque

anni si assiste ad un aumento dell'età media che passa da 27 a 28 anni. In prevalenza sono nubili/celibi (83,5% contro il 6,8 % di coniugati/conviventi), vivono nella famiglia di origine (54,5% vs 15,9% famiglia acquisita; 9,1% soli), con un basso

livello di istruzione sia nei maschi che nelle femmine (52,8% media inferiore; 4,0% licenza elementare) e un lavoro regolare (52,3% vs 22,7% disoccupati; 7,9% lavori saltuari; 9,7% studenti).



Le stime di prevalenza e incidenza dell'uso problematico di droghe:

osservando la dimensione del fenomeno² dal punto di vista dell'impatto sulla popolazione, nel panorama della Regione Emilia-Romagna,³ la provincia di Ferrara mette in risalto la forte consistenza del problema nel contesto geografico, con un tasso di prevalenza di 5,1 soggetti tossicodipendenti (residenti nel territorio provinciale) ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 54 anni (contro il valore medio regionale calcolato su tutti gli utenti di 5,6*1000).

Sul versante dell'incidenza, che misura la forza dello sviluppo del fenomeno nella popolazione, non si evidenziano per il territorio ferrarese incrementi di rilievo nel tempo, mantenendosi su valori che si attestano sui 10 casi l'anno di insorgenza del problema tossicodipendenza ogni 10.000 abitanti fino al 2005 (0,82*1000).

Il confronto tra aree geografiche (distretti socio-sanitari) attraverso l'analisi dei tassi di prevalenza

distinti per Comune di residenza degli utenti in carico, mette in luce interessanti differenze tra i diversi territori. Infatti il distretto Sud Est

(6,0*1000) registra valori nettamente al di sopra della media provinciale (5,1*1000), seguito dal distretto Centro nord che presenta in assoluto il numero più elevato di utenti in carico residenti (480 utenti di cui 341 a Ferrara), con una prevalenza di periodo pari al 5,4*1000. Il distretto Ovest presenta un tasso di prevalenza al di sotto della media provinciale (3,2*1000).

Tra i Comuni che fanno parte di questi distretti socio-sanitari si riscontra un'elevata presenza del fenomeno in rapporto alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni a: Ro (11,6*1000), Berra (9,8*1000), Migliaro (8,7*1000), e Comacchio (8,5*1000); seguono Massafiscaglia (7,2*1000), Mesola (7*1000) e Copparo (6,9*1000). (Fig. 13)

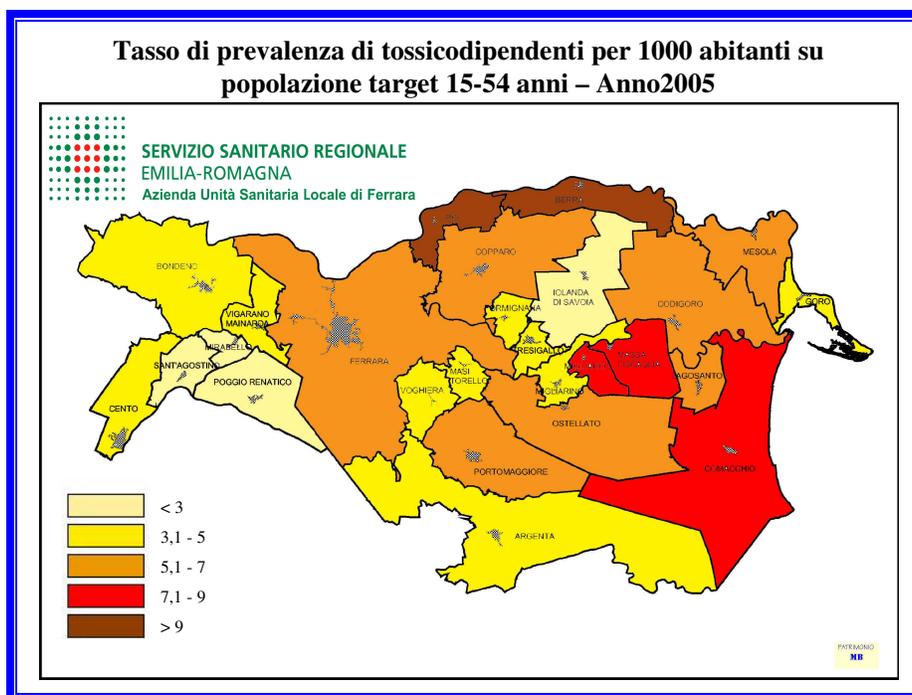
Per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno i distretti che presentano i valori al di sopra della **media provinciale (0,8*1000)** sono il Sud Est (1,1*1000) e l'Ovest (0,9*100), mentre il Centro Nord è al di sotto del tasso provinciale (0,6*1000).

I Comuni che hanno presentato i valori che superano la media provinciale sono: Masi Torello e Comacchio (1,6*1000), Ostellato e Bondeno (1,4*1000), Lagosanto (1,3*1000), Berra e Cento (1,1*1000). (Tab. 1)

² I tassi di prevalenza ed incidenza sono stati calcolati rapportando gli utenti residenti nel territorio di riferimento alla popolazione target residente.

³ I rapporti tra utenti in carico e popolazione target si discostano dai tassi in quanto mantengono nel computo tutta l'utenza in carico senza distinzione di residenti e non

Fig. 13



Tab. 1 – Tassi di Prevalenza e Incidenza di tossicodipendenti per Comune di residenza e Distretto

	Totale utenti residenti	Prevalenza ‰		Nuovi utenti residenti	Incidenza ‰	
		15-44	15-54		15-44	15-54
Ferrara	341	7,20	5,16	44	0,93	0,67
Masi Torello	4	4,69	3,28	2	2,35	1,64
Voghiera	6	4,39	3,12	1	0,73	0,52
Copparo	61	9,66	6,95	4	0,63	0,46
Ro	21	16,44	11,56	-	-	-
Berra	27	14,10	9,81	3	1,57	1,09
Jolanda di Savoia	2	1,73	1,24	-	-	-
Formignana	7	6,51	4,65	-	-	-
Tresigallo	11	6,32	4,59	2	1,15	0,83
DISTRETTO CENTRO-NORD	480	7,61	5,45	56	0,89	0,64
Argenta	41	5,23	3,78	11	1,40	1,01
Portomaggiore	33	7,60	5,44	6	1,38	0,99
Ostellato	20	7,98	5,71	5	2,00	1,43
Migliarino	7	5,28	3,67	1	0,75	0,52
Migliaro	11	11,92	8,72	1	1,08	0,79
Massafiscaglia	13	10,20	7,18	1	0,78	0,55
Comacchio	106	11,67	8,55	20	2,20	1,61
Lagosanto	14	8,32	5,96	3	1,78	1,28
Codigoro	35	7,56	5,41	4	0,86	0,62
Mesola	26	9,71	6,96	3	1,12	0,80
Goro	10	6,14	4,37	1	0,61	0,44
DISTRETTO SUD-EST	316	8,34	6,00	56	1,48	1,06
Cento	53	4,15	3,12	18	1,41	1,06
S.Agostino	4	1,53	1,16	1	0,38	0,29
Mirabello	4	3,06	2,28	-	-	-
Bondeno	38	6,84	4,90	11	1,98	1,42
Poggiorenatico	7	2,24	1,65	2	0,64	0,47
Vigarano Mainarda	15	5,83	4,23	2	0,78	0,56
DISTRETTO OVEST	121	4,33	3,20	34	1,22	0,90
PROVINCIA DI FERRARA*	917	7,11	5,14	146	1,13	0,82
Non residenti in provincia di FE	53			18		
Dato mancante	7			6		

*Nella tabella vengono riportati i tassi sulla popolazione target 15-44 e 15-54 perché il 2005 costituisce l'anno di passaggio per l'allineamento dei tassi da 15-44 a 15-54 come richiesto dagli Osservatori Europeo, Nazionale e Regionale.

Modelli di consumo: la sostanza stupefacente **d'abuso primario** maggiormente utilizzata risulta essere ancora l'eroina (67,3%), seguita dai cannabinoidi (19,1%) e dalla cocaina (10,4%). Nel periodo di osservazione si nota una modificazione nei consumi di sostanze, infatti mentre la percentuale degli utenti dipendenti da eroina negli ultimi 5 anni diminuisce lentamente (79,9% nel 2000 e 67,3% nel 2005), aumenta considerevolmente l'uso primario di cocaina che da 2,2% nel 2000 passa a 10,4% nel 2005. Anche gli assuntori di cannabinoidi

continuano a rappresentare una quota considerevole di utenti del SerT (14,5% nel 2000 e 19,1% nel 2005). Raddoppia anche la proporzione di soggetti che utilizzano secondariamente cocaina: 28,6% nel 2000 e 39,6% nel 2005 diventando la seconda sostanza maggiormente utilizzata seguita dai cannabinoidi (23,9% nel 2000 e 25% nel 2005). L'ecstasy è usata come sostanza primaria d'abuso solo da 8 soggetti (0,8%) e come secondaria da 1 utente (0,3%) (Fig. 14).

Fig. 14 Distribuzione annuale degli utenti per sostanza d'abuso primaria (Valori %)

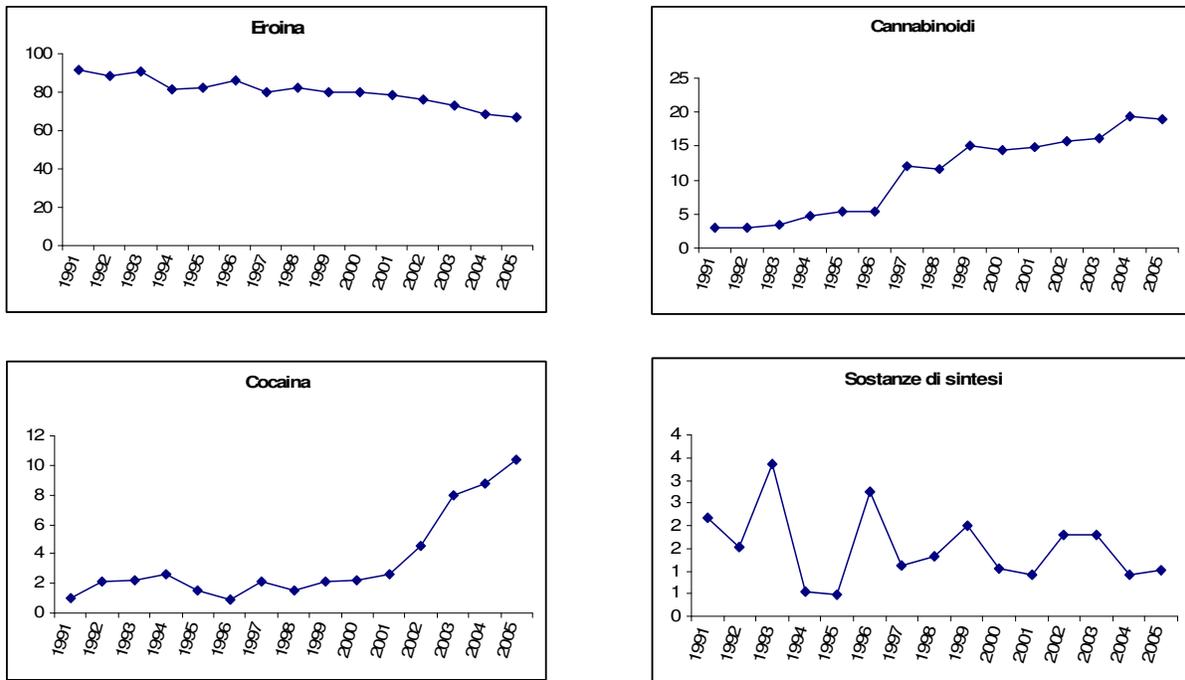
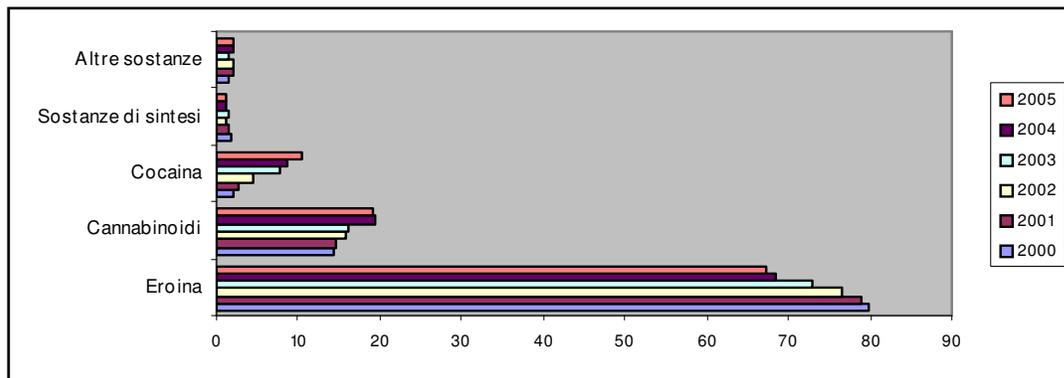


Fig. 14.1 Distribuzione percentuale degli utenti per sostanza d'abuso primaria e anno



2. L'IMPATTO DELLA DROGA SULLA SALUTE

2.1 Le patologie correlate all'assunzione di droga

L'analisi degli effetti morbosi legati all'assunzione di eroina per via endovenosa costituisce un importante elemento per delineare la dimensione della gravità e della capacità invalidante della tossicodipendenza. Le patologie infettive **Hiv, Hcv** e **Hbv** costituiscono un fenomeno ricorrente nelle popolazioni in studio. Infatti la tossicodipendenza comporta lo sviluppo di patologie connesse alle pratiche iniettive di sostanze. In particolare Hiv ed Epatiti hanno rappresentato, e rappresentano tuttora per l'Osservatorio Europeo, uno dei cinque indicatori chiave per valutare i risultati ottenuti dall'adozione di differenti strategie preventive ed eventualmente per pianificarne ed adottarne di nuove.

Nel contesto **Europeo**, gli studi sull'infezione da **Hiv** e **Aids**, hanno evidenziato che il contatto eterosessuale ha superato oggi il consumo di droga per via endovenosa come principale fattore di rischio per la trasmissione dell'Aids. Ciò può essere attribuito all'accresciuta disponibilità della terapia antiretrovirale altamente efficace (HAART) a partire dal 1996, all'aumentata reperibilità di servizi terapeutici e di riduzione dei danni e alla diminuzione del numero di consumatori di droga per via endovenosa nella maggior parte dei paesi colpiti.

In buona parte dei nuovi Stati membri dell'UE, la prevalenza dell'Hiv rimane bassa; tra i paesi dove la prevalenza dell'Hiv è storicamente alta tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, molti hanno riferito un calo significativo, seguito da una stabilizzazione.

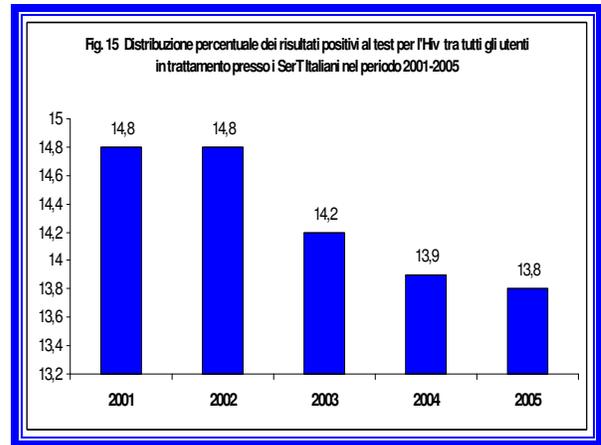
In Italia, secondo gli ultimi dati nazionali del Centro Operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità (11), dall'inizio dell'epidemia (1982) al 31.12.2004 si sono registrati 54.497 casi cumulativi di Aids, di questi 42.312 (il 77,7%) erano di sesso maschile, 741 (1,4%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 3.179 (6%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, era di 34 anni per i maschi (range: 13-86) e di 32 anni (range: 13-80) per le femmine. L'andamento dei tassi di incidenza, per anno di diagnosi, evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di Aids sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996, che è continuata fino al 2001; nel 2004 i casi diagnosticati sono sovrapponibili a quelli del 2003.

Dall'osservazione dei tassi di incidenza per regione di residenza, che permette il confronto tra aree geografiche a diversa ampiezza di popolazione, risulta che le regioni più colpite sono: la Lombardia (5,3*100.000), il Lazio (4,3*100.000), la Liguria (4,1*100.000) e l'Emilia-Romagna (4,0*100.000). Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Piacenza, Ravenna, Varese, Brescia, Lecco e Pavia.

Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 4,5% nel 1994-95 al 17,5% nel 2004).

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione evidenzia come il 59% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti e tossicodipendenti-omosessuali).

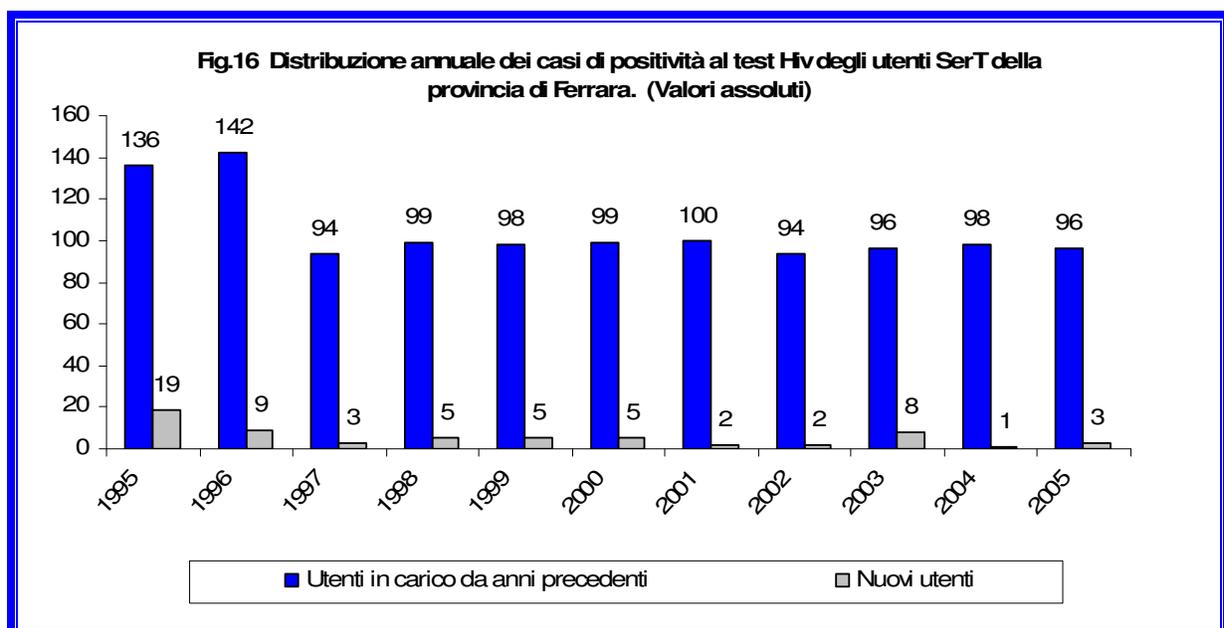
In riferimento alla diffusione del virus dell'Hiv, tra i soggetti afferenti ai SerT Italiani nel 2005 (8), su 65.848 test per la ricerca dell'Hiv sono risultati positivi il 13,8%. Questo dato conferma un decremento costante, seppur minimo, nei confronti degli anni precedenti. La percentuale di nuovi utenti positivi al test Hiv è nettamente inferiore alla proporzione di sieropositivi riscontrata nei vecchi utenti testati, tanto per gli uomini (3% vs 15%) quanto per le donne (4% vs 23%) (Fig. 15).

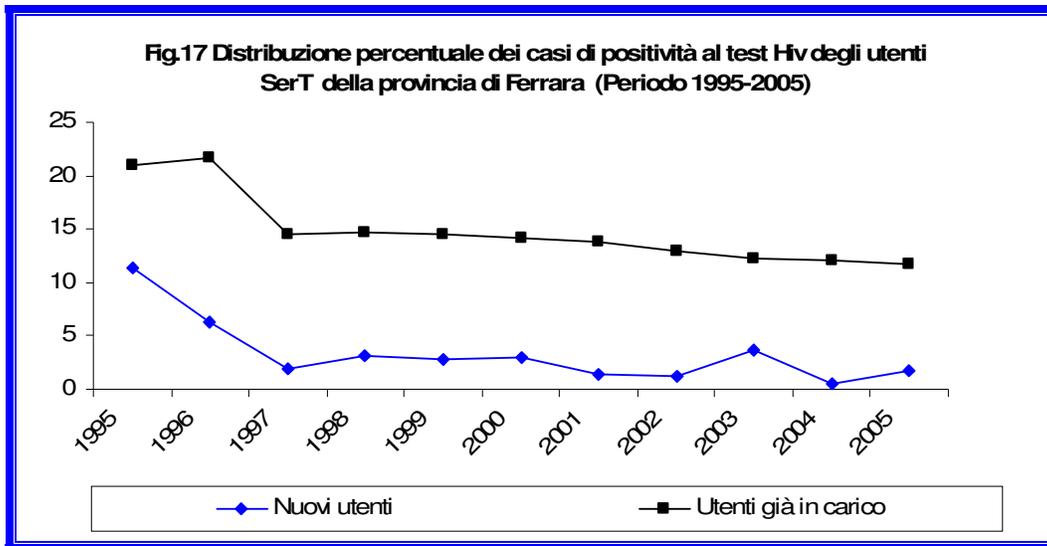


Dai dati dei SerT della **Regione Emilia-Romagna**, nel 2005 (9), sono risultati positivi al test Hiv 979 soggetti, di cui 22 nuovi utenti e 957 già in carico o reingressi. Considerando tutti gli utenti in carico l'8% risulta essere affetto da Hiv (10,1% degli utenti già in carico; 0,8% dei nuovi utenti).

percentuale di utenti positivi all'Hiv, per anno di rilevazione, evidenzia una flessione per gli utenti già in carico da anni precedenti passando dal 21% nel 1995 all'11,8% nel 2005; nei nuovi utenti presi in carico si è passati dall'11,4% del 1995 all'1,7% nel 2005 (Fig. 16-17).

Nella **provincia di Ferrara**, nel 2005, sono risultati positivi al test Hiv l'11,8% degli utenti in carico ai SerT (soggetti dipendenti da eroina in carico da più di un anno), e l'1,7% dei soggetti che si sono rivolti per la prima volta al servizio. La distribuzione





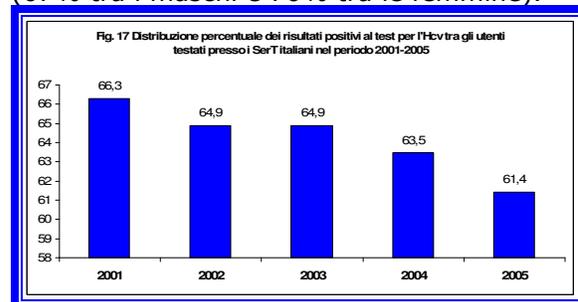
Altra infezione su cui la prevenzione del rischio di contagio ha fatto molto è il virus dell’**Epatite**, soprattutto di tipo C. L’Osservatorio Europeo specifica che in **Europa** dal 40% al 90% dei consumatori di droghe per via parenterale presenta l’infezione da Epatite C. Di fatto i tossicodipendenti sono la categoria maggiormente a rischio per questa infezione, anzi rappresentano il principale serbatoio che alimenta l’infezione.

La prevalenza di anticorpi contro il virus dell’**Epatite C (Hcv)** tra i consumatori di stupefacenti per via endovenosa è di solito estremamente alta, nonostante le differenze che si osservano da paese a paese, come pure all’interno di uno Stato. Tra i campioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale emerge, nel periodo 2002-2003, un’incidenza di oltre il 60% in Belgio, Estonia, Grecia, Italia, Portogallo e Norvegia, mentre campioni con prevalenza inferiore al 40% vengono segnalati da Belgio, Repubblica Ceca, Ungheria, Austria, Slovenia, Slovacchia, Finlandia e Regno Unito. Nonostante le politiche nazionali degli Stati membri siano diverse e riflettano la rispettiva situazione degli stupefacenti nel loro territorio nazionale, nonché il contesto politico, emerge un consenso sempre più frequente sull’utilizzo degli elementi chiave indispensabili per dare una risposta efficace alle malattie diffuse tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale.

Tra le risposte appropriate si annoverano un accesso migliorato ai servizi di trattamento antidroga, lo sviluppo di servizi a bassa soglia e la fornitura di strumenti sterili e di programmi educativi.

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

In Italia per quanto concerne la diffusione dell’infezione del virus **dell’Epatite C** tra gli **utenti dei SerT**, nel 2005 il 61,4% dei soggetti testati è risultato positivo. L’infezione è meno diffusa tra i nuovi utenti rispetto agli utenti già in carico: in particolare la positività è minima nei nuovi utenti maschi (29%) e femmine (33%), contro il 70% degli utenti già in carico (67% tra i maschi e 70% tra le femmine).

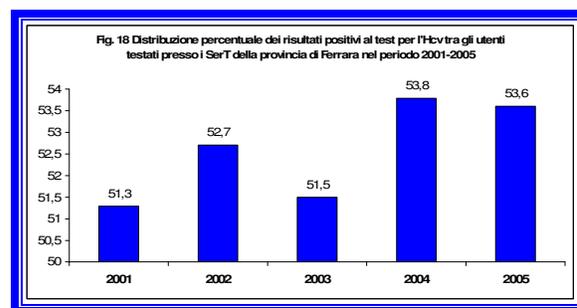


L'andamento dei soggetti positivi all'**Epatite B** nel periodo 2001-2005 risulta essere in riduzione nell'ultimo anno, con quote prossime al 41,7% . Appare molto marcata la maggiore percentuale di positivi tra gli utenti in carico rispetto ai nuovi utenti (46% vs 23%) (3).

Anche i dati della **Regione Emilia-Romagna** del 2005, confermano la gravità della situazione infettiva della popolazione tossicodipendente con tutte le possibili implicazioni a livello di sanità pubblica. Infatti il 37,3% dell'utenza totale e l'83% dei testati è risultato positivo **all'Hcv**. Gli utenti positivi **all'Epatite B** rappresentano il 19,7% della popolazione in carico ai servizi, ma il 71,1% di coloro che si sono sottoposti al test.

Per quanto riguarda la provincia di **Ferrara**, 305 soggetti sono risultati positivi all'**Epatite B** (Hbv) (il 30,8% degli utenti in carico) e 531 all'**Epatite C (Hcv)** (il 53,6% degli utenti in carico). Per l'Epatite B in questi anni sono state attivate delle campagne vaccinali accompagnate da interventi di sensibilizzazione delle famiglie ai temi dell'educazione sanitaria che hanno arrestato l'infezione, mentre per l'Epatite C non esistono ancora vaccini efficaci. Ormai da diversi anni si rileva un forte grado di diffusione dell'Hcv tra gli eroinomani della

provincia di Ferrara, infatti se guardiamo solo ai dati degli ultimi cinque anni vediamo che questa patologia interessava il 45,5% degli utenti in carico nel 2000 e il 53,6% nel 2005. E' possibile che l'andamento in forte crescita dell'infezione da Epatite C sia imputabile da un lato alle caratteristiche del virus e dall'altro ai differenti stili di vita dei soggetti. Se infatti sembra essere stato recepito il messaggio di attenzione verso i comportamenti a rischio infettivo Hiv, non altrettanto è avvenuto nel caso dell'Epatite C, il cui virus è molto più resistente e contagioso, ma la cui centralità a livello di informazione sanitaria pubblica non risulta efficace. Anche per l'Hcv sarebbe probabilmente opportuno pensare all'attivazione di campagne di prevenzione che aumentino il livello di attenzione sociale sulle modalità di trasmissione dell'Epatite C e sui rischi che tale infezione comporta (Fig. 18).



2.2 La mortalità nei tossicodipendenti da eroina

In Italia la mortalità nelle popolazioni di tossicodipendenti è caratterizzata da una discreta variabilità territoriale, come risulta dall'analisi di alcune coorti di tossicodipendenti afferenti ai SerT. Inoltre, in questi stessi gruppi di popolazione, è stata descritta una tendenza all'aumento temporale del rischio di mortalità generale a partire dalla seconda metà degli anni '80, in parallelo con lo sviluppo dell'epidemia di AIDS, con sostanziali differenze tra le varie zone geografiche legate ai tempi dell'evoluzione dell'epidemia HIV.

Tale tendenza temporale può anche essere messa in relazione con le diverse strategie terapeutiche, col volume dello spaccio, con la diversa composizione delle sostanze ed infine con i criteri di selezione delle popolazioni studiate. In alcune coorti italiane, infatti, anche la mortalità per overdose e per altre cause oltre a quella per AIDS è in tendenziale aumento dalla seconda metà degli anni '80 fino all'inizio degli anni '90.

In tutti gli studi il rischio di decesso nei tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale è altissimo. Ne consegue che questo gruppo di soggetti rende conto di una parte consistente della mortalità nelle classi di età giovanili di ambo i sessi.

Una migliore conoscenza della variabilità spaziale e temporale della mortalità nei tossicodipendenti e l'analisi dei suoi possibili predittori socio-demografici possono suggerire ipotesi sui determinanti dell'eccesso di rischio e migliorare le strategie per interventi volti a prevenire il decesso. Inoltre un follow-up prolungato, permettendo la descrizione del rischio di morte in anni recenti, costituisce un importante sistema di sorveglianza del suo andamento temporale in relazione con il modificarsi delle strategie di trattamento.

Da uno **studio di mortalità (12)** in una coorte retrospettiva dei soggetti tossicodipendenti da eroina per via endovenosa afferenti ai SerT delle tre province di Piacenza, Modena e Ferrara in **Regione Emilia Romagna** nel periodo 1975-1995, si configura un rischio di mortalità generale elevatissimo, in linea, soprattutto per i maschi, con quanto pubblicato da altri studi ed ancora più elevato nelle femmine. In termini di sopravvivenza osservata infatti, la

probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento era dell'80%; dei soggetti seguiti per 15 anni, il 35% era deceduto alla fine del follow-up. Date le classi di età prevalentemente giovani coinvolte, non è da ritenersi molto elevata la mortalità attesa sulla base del rischio di decesso nella popolazione generale. Inoltre, una importante frazione di quest'ultima è a sua volta attribuibile agli stessi tossicodipendenti.

L'andamento per periodo presenta due fenomeni rilevanti: l'epidemia di mortalità per Aids, che fino agli ultimi anni di osservazione non mostra ancora tendenza al ridimensionamento, e l'andamento della mortalità per overdose ed altre cause (fra le quali particolarmente rilevanti le cause violente) che mostra un andamento più complesso, crescente nel secondo periodo ed in riduzione, anche se non significativa, nell'ultimo.

Dal punto di vista del peso delle singole cause, si confermano Aids, overdose e cause violente (soprattutto incidenti stradali nei maschi) come principali componenti dell'eccesso di mortalità osservato; si segnala inoltre, in conformità con altri studi, un eccesso di rischio per cirrosi e per cause infettive. L'eccesso per tumori nei maschi qui riportato è segnalato soltanto in alcune delle coorti italiane.

L'analisi multivariata dei determinanti socio-demografici della sopravvivenza ha messo in luce alcuni importanti caratteri associati con una più alta mortalità. Il soggetto tossicodipendente a maggior rischio di decesso è un maschio che ha iniziato l'uso continuativo della droga prima dei 20 anni, è entrato in contatto con il SerT negli anni 90, è stato preso in carico in età relativamente matura ed ha avuto problemi con la giustizia. Mentre per le variabili socio-demografiche questi risultati sono concordi con quanto riscontrato in altri studi, il comportamento del rischio di morte rispetto alle diverse variabili temporali sembra caratterizzare in particolare questa coorte.

Dall'aggiornamento dello studio di coorte sulla mortalità (13) dei tossicodipendenti da eroina in carico ai SerT delle province di Ferrara e Modena dal 1975 al 1999, emerge che le percentuali più elevate di decessi totali si registrano nel periodo 1994-96, con un picco nel 1996 (12,4%). Lo stesso andamento si riscontra considerando separatamente i maschi e le

femmine, anche se queste ultime sperimentano un picco di decessi nel 1994 (13,7%). La mortalità complessiva evidenzia differenze di genere tra i diversi periodi di arruolamento: nei maschi presi in carico nel primo periodo di osservazione i tassi si presentano elevati 33,2‰ (IC 19,3-47,1), mentre decrescono per gli arruolati nel decennio 1985-94, per poi accentuarsi nei presi in carico dell'ultimo quinquennio: 37,4‰ (IC 15,0-59,8). Nelle femmine si osserva un tasso di mortalità di 15,6‰ (IC 10,9-20,2) per il primo periodo con un decremento significativo nell'ultimo quinquennio di arruolamento (7,3‰ - IC 1,4-13,1). In particolare la mortalità per Aids è elevata per i soggetti arruolati nel periodo 1975-84 (18,4‰ IC 7,5-29,2), mentre sembrerebbe diminuire nei soggetti presi in carico nel periodo 1995-99 (3,6‰ IC 0,8-6,3).

Dalla prospettiva della differenza di genere si riscontra che per i maschi arruolati nel primo quinquennio il tasso di mortalità è molto più elevato rispetto alle femmine (M=19,4‰ IC 7,24-31,45; F=8,8‰ IC 5,31-12,22). Diversamente nell'ultimo quinquennio il differenziale di mortalità si allinea per entrambi i sessi (M=3,6‰ IC 0,64-6,62; F=3,0‰ IC 0,00-7,61).

L'overdose registra un incremento progressivo nei tassi di mortalità se si confrontano i decessi degli arruolati nel primo periodo (3,6‰ IC 2,5-4,6) con quelli dell'ultimo (13,4‰ IC 0,8-26,0) con un andamento differenziato tra i sessi: infatti i tassi nei maschi crescono in maniera significativa da 3,6‰ (IC 2,4-4,8) a 16,8‰ (IC 1,1-32,5), mentre nelle femmine diminuiscono considerevolmente passando da 3,5‰ (IC 1,0-5,9) a 0,8‰ (IC 0,0-2,4).

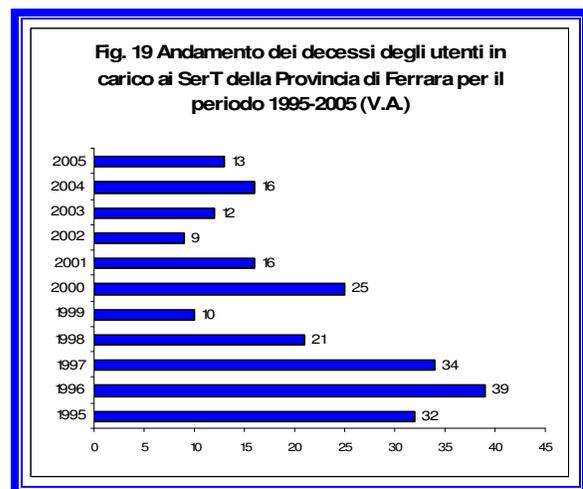
La sotto-coorte di Ferrara, presenta un eccesso di mortalità per Aids (10,9‰ IC 6,3-15,4) e traumatismi e avvelenamenti (11,2‰ IC 0,0-28,5) più marcato della sotto-coorte di Modena (rispettivamente 9,1‰ IC 4,6-13,6 e 2,0‰ IC 1,3-2,7). La curva di sopravvivenza di Kaplan-Meier degli eroinodipendenti stratificata per genere e troncata a 20 anni dalla presa in carico del soggetto mostra differenze di genere significative.

Le femmine osservate a tutti gli intervalli temporali evidenziano una sopravvivenza maggiore rispetto ai maschi: a 20 anni dall'inizio del trattamento il 68% delle

femmine sopravvive contro il 60% dei maschi.

Sono risultati statisticamente significativi il livello di istruzione, la condizione lavorativa e la situazione giudiziaria, evidenziando un calo della probabilità di sopravvivenza all'aumentare dello svantaggio sociale.

I risultati del modello semiparametrico di Cox confermano un rischio di morte significativamente più alto nei maschi rispetto alle femmine (HR: 1,45 IC 1,12-1,88). Una diminuzione significativa nel rischio di morte è osservata per i soggetti arruolati nella prima metà degli anni '90 rispetto alla categoria annuale di riferimento 1975-1984 (HR: 0,66 IC 0,48-0,91 negli anni 1990-1994). Il rischio di morte aumenta significativamente all'aumentare dell'età di inizio di un programma terapeutico presso il SerT con riferimento ai soggetti di età inferiore ai 25 anni, incrementando più del doppio negli eroinodipendenti con età superiore ai 35 anni (HR: 2,57 IC 1,52-4,36). Con riferimento alle variabili socioeconomiche, i tossicodipendenti disoccupati risultano essere significativamente più a rischio di morte rispetto a quelli con un lavoro regolare (HR: 1,32 IC 1,07-1,62) così come gli eroinomani con nessun titolo di studio/licenza elementare sono più a rischio rispetto a quelli con almeno otto anni di studio (HR: 1,40 IC 1,03-1,90). Perde invece significatività statistica la provincia di residenza, l'età di primo uso e la posizione giudiziaria.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, Relazione annuale 2005, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità Europee, Lussemburgo, 2005
- 2) ESPAD Italia 2004; IPSAD Italia 2003
- 3) T. Macchia, F. Giannotti, F. Taggi, I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia, Franco Angeli, Milano, 2004
- 4) H. Rigter, A. Van Gageldonk, T. Ketelaars, M. Van Laar, Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, Trimbos Institute/National Drug Monitor, Utrecht, 2004
- 5) Ministero della solidarietà sociale, Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2005
- 6) IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) Italia 2005
- 7) ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) Italia 2005
- 8) Ministero della salute, Rilevazione attività nel settore delle tossicodipendenze, Anno 2005
- 9) Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle dipendenze, Dati utenti servizi per le dipendenze, Anno 2005
- 10) Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle dipendenze, Rapporto 2005 sulle dipendenze in Emilia-Romagna, Utenza e attività dei Servizi per le tossicoalcolodipendenze dal 1991 al 2004, Bologna, Dicembre 2005
- 11) Ministero della Salute, Reparto di Epidemiologia (COA), Aggiornamento dei casi di Aids notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, Dicembre 2004
- 12) 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
- 13) 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

3. IL CONSUMO PROBLEMatico DI ALCOL

3.1 L'impatto del consumo di alcol in Europa

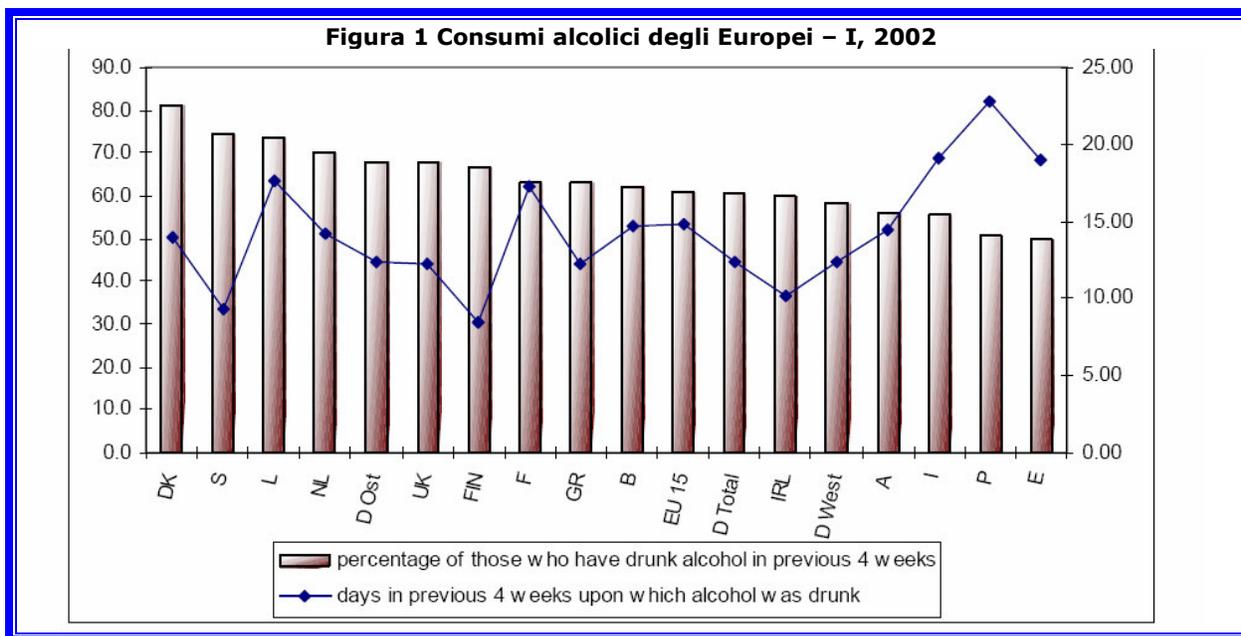
Le bevande alcoliche (1) sono responsabili del 9% del carico totale di malattie in Europa poiché fanno aumentare il rischio di cirrosi epatica, di alcuni cancri, dell'ipertensione, dell'infarto e delle malformazioni congenite. Anche se il consumo di alcol riduce il rischio di malattie coronariche, le riduzioni maggiori si ottengono a livelli di consumo inferiori ai 10 gr. al giorno e ne beneficiano soltanto gli ultracinquantenni.

A livelli di consumo elevati, l'alcol aumenta il rischio di morte improvvisa per insufficienza coronarica. Inoltre, il consumo di alcol aumenta il rischio di problemi familiari, lavorativi e sociali quali l'alcoldipendenza, i comportamenti criminosi, le ferite accidentali, la violenza, gli omicidi e i suicidi, gli incidenti stradali. Tra il 40% ed il 60% delle morti da ferite intenzionali e non, è attribuibile al consumo di alcolici. I danni alcool-correlati sono particolarmente elevati nella parte più orientale dell'Europa e sono in larga misura responsabili dell'incremento delle morti

cardiovascolari e della riduzione delle aspettative di vita.

Nel novanta per cento dei Paesi Europei il consumo annuo pro-capite di alcol puro supera i due litri (quantità massima indicata per restare nei limiti di rischio di mortalità più bassi per la popolazione). Danimarca, Svezia e Lussemburgo registrano la più alta percentuale di persone che hanno bevuto alcol (vino, birra, superalcolici, amari e digestivi) nelle ultime quattro settimane (dati riferiti agli ultimi mesi del 2002), rispettivamente con l'81,2% il 74,6% e il 73,8%.

Italia, Portogallo e Spagna possiedono le percentuali più basse, (55,4%, 50,9% e 49,9%). Il valore medio dell'UE è pari al 61%. Il Portogallo supera il valore europeo per quanto riguarda il numero di giorni nelle ultime quattro settimane nei quali è stato consumato alcool, con una media di 22,77 giorni, seguito dall'Italia con 19,06 giorni e dalla Spagna con 19,01. In altre parole, i paesi con elevata percentuale di persone che hanno bevuto alcol hanno anche una bassa frequenza nel consumo di alcolici.



L'intensità del bere, misurata nel numero di bicchieri consumati in una sola volta, varia anch'essa da paese a paese. Mentre Finlandia, Svezia e Irlanda registrano i valori più bassi in termini di numero medio di giorni in cui consumano alcolici, Irlanda e Francia si

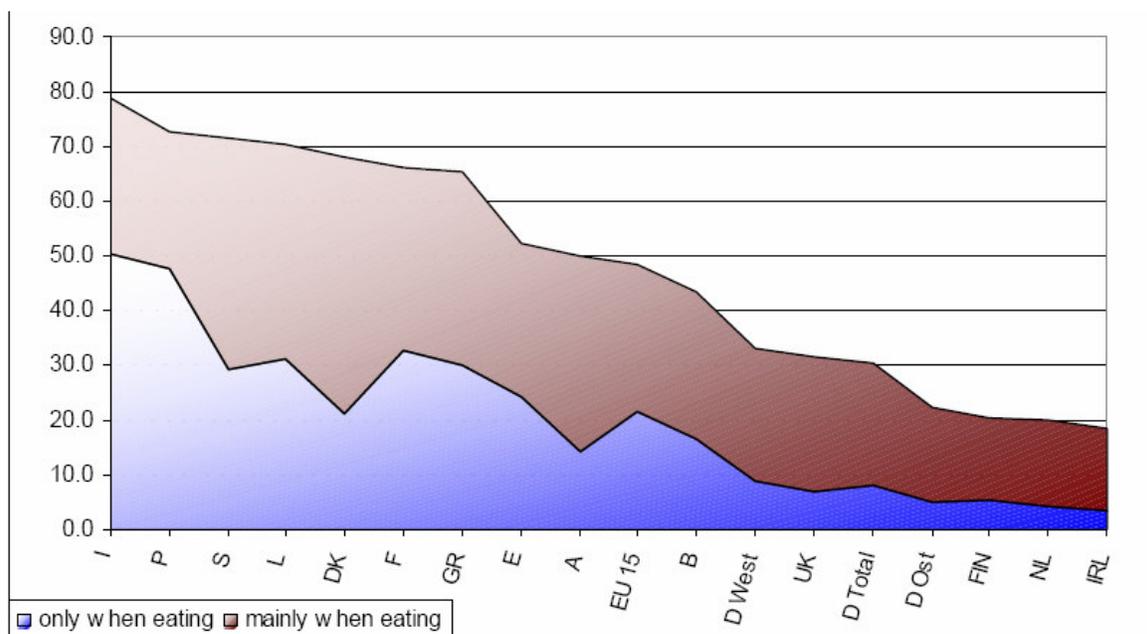
posizionano al primo e secondo posto per numero di bicchieri al giorno, con 4,03 e 3,99 rispettivamente. Portogallo, Austria e Italia invece, si posizionano agli ultimi posti con 1,96, 1,88 e 1,49 bicchieri al giorno.



Il consumo delle diverse tipologie di alcolici, (birra, vino o altri alcolici), varia sempre da paese a paese. Gli stati che presentano il più alto numero di giorni nei quali l'alcol viene consumato (Portogallo, Italia, Spagna, Lussemburgo e Francia) hanno anche il più alto numero di giorni nei quali viene bevuto vino (Portogallo 14,37, Italia 12,35, Francia 8,75, Lussemburgo 8,04 e Spagna 7,61), suggerendo l'idea che il bere vino sia un evento sociale che caratterizza la vita di tutti i giorni. La birra è consumata in misura maggiore rispetto al vino dagli spagnoli (8,03 giorni nell'ultimo mese), dagli austriaci (7,38) e al terzo posto dai tedeschi (6,58). Agli ultimi posti nel

consumo di birra si ritrovano gli svedesi (3,72), italiani (3,51) e greci (1,80). La maggior parte della popolazione (27,2%) beve alcool principalmente mentre mangia, il 26,0% consuma alcool principalmente quando non mangia. Alcuni (24,1%) bevono alcool solo quando non mangiano e il 21,4% assumono alcool solo quando mangiano, mostrando così che il consumo di alcool divide la popolazione in quattro gruppi. Alcuni tra i paesi con il più alto numero di giorni di consumo di alcol (Portogallo, Italia, Spagna, Lussemburgo e Francia) sono anche ai primi posti nel bere "principalmente/solamente" quando mangiano.

Figura 3 Consumo Europeo dell'alcool in relazione ai pasti, 2002



Il costo dell'alcool per la società, calcolando sia la spesa diretta che la perdita di produttività, si aggira tra il 2 e il 5% del PIL. Secondo tale stima sul PIL 2003, in Italia i costi dell'alcool risulterebbero pari a 26-66 miliardi di euro (52mila-128mila miliardi di vecchie lire).

Nei Paesi europei i fatti dimostrano che intraprendendo iniziative contro il consumo di alcool si possono ottenere significativi benefici sanitari ed economici. La Carta Europea sull'Alcool (Parigi, 1995) sottolinea le principali strategie di promozione della salute, che comprendono la promulgazione di nuove leggi ed il rafforzamento di quelle esistenti in materia, la tassazione delle bevande alcoliche, e il controllo sulla pubblicità diretta e indiretta delle bevande alcoliche. La valutazione dell'impatto dell'industria sulla salute è un'importante strategia complementare. La Carta sull'Alcool del 1995 ed il Piano d'Azione Europeo contro l'Alcool forniscono quindi il quadro politico per ridurre i danni causati dall'uso di alcool. Una maggiore tassazione sui prodotti alcolici riduce i danni alcool-correlati, soprattutto tra i giovani e tra i forti bevitori. Una riduzione del 10% nei

consumi pro-capite si stima possa portare ad una diminuzione del 20% circa della mortalità alcool-correlata nei maschi ed ad una riduzione generale del 5% degli incidenti mortali, dei suicidi e degli omicidi.

La **mortalità alcool-attribuibile** in Europa è pari a circa il 6,3% di tutti i decessi registrati nel 2002 (2) (circa 9 milioni) e doppia rispetto alla media mondiale (3,1%). Tali proporzioni sono al netto del vantaggio derivante dal guadagno in mortalità relativo alle patologie cardiovascolari (CHD), registrabile nelle nazioni a più bassa proporzione di consumatori "heavy" (>20gr/die femmine; >40gr/die maschi) e tra questi l'Italia, la Francia, la Spagna e la Grecia in cui si registrano i più bassi livelli di mortalità alcool-correlata. In Italia si stimano tra i 30 e i 40.000 morti l'anno. Il 4% di anni di vita persi dalla popolazione mondiale a causa di invalidità, mortalità prematura e malattie è attribuibile all'alcool.

L'alcool ha un impatto sostanzialmente equivalente a quello relativo al fumo (4,1%) insieme al quale condivide il maggior impatto sulla salute negli uomini europei. Al netto dell'effetto di riduzione

del rischio relativo alle patologie cardiovascolari (MCI), registrabile esclusivamente a livello Europeo, la proporzione di malattie attribuibili all'alcol sale dal 4,0% registrabile nel mondo al 6,8% (quota inferiore solo alle realtà dell'est europeo in cui è pari al 12,1%).

3.2 I consumi di alcolici in Italia

In Italia, con l'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (3) si rilevano ogni anno numerose informazioni sulle famiglie, in particolare vengono studiati alcuni importanti aspetti degli stili di vita, tra i quali il consumo di alcol. Il campione comprende circa 20 mila famiglie per un totale di 50 mila individui, le interviste sono state effettuate nel periodo febbraio-marzo 2005. Per la prima volta sono presentate le informazioni sulle quantità di alcol consumate quotidianamente dalla popolazione di 11 anni e più ed anche il consumo di alcol dei ragazzi tra 11-13 anni. In Italia il modello di consumo di alcol è per tradizione culturale "moderato". Si tratta, in particolare, di vino assunto prevalentemente durante i pasti: bere vino per accompagnare i pasti giornalieri e in occasioni conviviali, infatti, fa parte della storia e cultura del nostro paese.

La diffusione del consumo di alcol mostra un trend sostanzialmente stabile negli ultimi 8 anni, con un lieve aumento nel 2001, ed incrementi significativi tra i giovani, in particolare tra le donne. Dalla comparazione tra il 1998 ed il 2005 emerge che la quota di consumatori di alcol tra le persone di almeno 14 anni è stabile, intorno al 70%. Tra le giovani donne di 18-19 anni si osserva invece un incremento dal 53,3% al 56,3%, e tra le giovani di 20-24 anni dal 57,6% al 60,4%.

Analizzando il consumo dei diversi tipi di bevande alcoliche, nello stesso periodo, emerge che la percentuale di persone di 14 anni e più che bevono vino, dopo alcune oscillazioni, si stabilizza al 57,6% (coloro che lo consumano giornalmente sono circa il 30%). I bevitori di birra sono invece il 47% (quelli che la bevono tutti i giorni circa il 5%). Un netto incremento si registra invece per il consumo di altri tipi

di alcolici (aperitivi, amari, liquori, etc.) pari a circa quasi 4 punti percentuali (dal 39,5% al 43,1%) (Tab. 1). Sale dunque la quota di chi ha l'abitudine di consumare diversi tipi di bevande alcoliche che passa dal 47,5% del 1998 al 49,4% del 2005.

Tab. 1 Persone di 14 anni e più per consumo delle diverse bevande alcoliche e sesso. Anni 1998, 2005 (per 100 persone dello stesso sesso)

	Maschi		Femmine		Maschi e Femmine	
	1998	2005	1998	2005	1998	2005
Vino	70.3	71.8	44.4	44.4	56.9	57.6
Birra	62.3	62.1	33.1	33.0	47.2	47.0
Altri alcolici	54.4	58.4	25.6	28.9	39.5	43.1

Rispetto ai paesi europei, tuttavia, l'Italia presenta un quadro meno allarmante, collocandosi tra gli ultimi paesi per il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi. Preoccupa invece la maggiore diffusione in Italia del consumo di alcolici tra i ragazzi di 11-15 anni, con il 19,5% che dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'anno.

Il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi. Nel 2005, in Italia il 69,7% delle persone di 11 anni e più, oltre 36 milioni, ha dichiarato di aver consumato almeno una volta negli ultimi 12 mesi⁴ una o più bevande alcoliche. Molto elevate sono le differenze di genere considerando che l'82,1% dei maschi di 11 anni e più consuma alcol, contro il 58,1% delle femmine. Il consumo di alcol riguarda soprattutto gli adulti: in particolare tra la popolazione di 45-54 anni oltre 3 persone su 4 (78%) dichiarano di aver consumato alcol e, tra i maschi della stessa fascia di età, la quota raggiunge l'89,7% contro il 66,9% delle donne. Quasi un quinto (19,5%) dei ragazzi di 11-15 anni ha assunto alcolici negli ultimi 12 mesi. Già a partire dai 20-24 anni i valori di consumo sono superiori alla media (74,3%). E' solo a partire dalle età anziane che la percentuale si colloca su valori inferiori alla media.

All'aumentare del titolo di studio aumenta la tendenza a consumare l'alcol; ciò avviene soprattutto per le donne: tra le

4 Il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi è un indicatore globale, condiviso a livello europeo nelle indagini di popolazione sulla salute, e introdotto per la prima volta nella rilevazione della fine del 2003.

meno istruite (con al massimo la licenza elementare) il 46,1% consuma alcol, mentre per le laureate la quota raggiunge il 73,8%.

Il consumo di alcol è più diffuso nelle regioni del Nord-Est: Veneto (76,2%), Trentino-Alto-Adige (75,4%), Emilia-Romagna (74,2%) e Friuli Venezia-Giulia (73,7%)

Le persone che consumano alcol tutti i giorni. In Italia nel 2005 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche⁵ sono quasi un terzo della popolazione di 11 anni e più (31%), con marcate differenze di genere: 45,2% i maschi e 17,8% le femmine (Tab. 2).

Tab. 2 – Graduatoria delle persone di 11 anni e più che consumano quotidianamente alcol per regione. Anno 2005 (per 100 persone della stessa regione di residenza)

Regioni	Consumo nell'anno	Regioni	Consumo giornaliero
Veneto	76.2	Marche	38.2
Trentino A. A.	75.4	Liguria	36.8
Emilia R.	74.2	Toscana	36.1
Friuli V. G.	73.7	Molise	36.1
Valle d'Aosta	73.1	Emilia R.	34.7
Lombardia	72.6	Veneto	34.7
Piemonte	72.5	Basilicata	34.7
Toscana	72.4	Umbria	34.3
Marche	72.3	Puglia	33.9
Umbria	70.3	Valle d'Aosta	33.7
Liguria	69.8	Piemonte	33.6
ITALIA	69.7	Friuli V. G.	33.4
Abruzzo	68.1	Abruzzo	31.4
Basilicata	67.0	Lombardia	31.4
Puglia	66.8	ITALIA	31.0
Lazio	66.6	Lazio	28.4
Calabria	66.6	Sardegna	27.0
Campania	65.3	Campania	26.8
Molise	64.7	Trentino A.A.	26.3
Sardegna	64.0	Calabria	24.8
Sicilia	61.2	Sicilia	21.5

La quota di consumatori giornalieri ha un andamento crescente all'aumentare dell'età fino ai 64 anni: tra i minorenni il valore si attesta al 2% e via via cresce raggiungendo il massimo tra i 60-64 anni (46,4%; 65,9% tra gli uomini e 28% tra le donne), diminuendo al 36,1% tra la popolazione molto anziana. Il consumo quotidiano è più diffuso tra i ritirati dal lavoro (48,2%), i lavoratori in proprio

⁵ Sono da intendersi "consumatori giornalieri" le persone che hanno dichiarato di consumare almeno un tipo di bevanda alcolica al giorno.

(43,1%) e le persone con licenza elementare (33,7%). Nel Sud (29,6%) e nelle Isole (22,9%) si consuma quotidianamente meno alcol, e ciò è vero soprattutto per le donne (rispettivamente 14,7% e 9,8%). La graduatoria delle regioni in questo caso si modifica rispetto al consumo nell'anno: le regioni in cui maggiormente si beve alcol tutti i giorni sono le Marche (38,2%), la Liguria (36,8%), la Toscana e il Molise (36,1%). I consumatori quotidiani scelgono prevalentemente il vino. Il 41,6% degli uomini beve vino tutti i giorni rispetto al 16,9% delle donne. Per la birra le percentuali scendono rispettivamente all'8,1% e all'1,5%. Residuale è il consumo quotidiano degli altri tipi di alcolici (1,6% dei maschi e 0,2% delle femmine).

Analizzando la quantità di alcol che si consuma quotidianamente, emerge che la nostra nazione presenta indicatori che consentono l'individuazione di una consistente fascia di popolazione a rischio di consumi eccedenti i limiti massimi indicati in 1-2 Unità Alcolica⁶ per le donne e 2-3 per i maschi (per gli adolescenti fino a 15 anni, l'OMS raccomanda l'astensione totale dal consumo di alcol). Gli uomini consumano più spesso 2 unità alcoliche al giorno (19,4%), mentre le donne 1 sola (8,7%).

Sulla base di quanto stabilito dalle citate Linee guida, i consumatori che assumono **quantità non moderate** aumentano con l'età. Il dato più elevato emerge tra i 55-64 anni: il 15,7% degli uomini di 55-59 anni assume oltre 3 unità alcoliche al giorno, tra le donne di 60-64 anni il 3,6% consuma oltre 2 unità alcoliche giornalieri. Tra gli uomini adulti, i lavoratori in proprio e i coadiuvanti presentano una quota più elevata di consumatori non moderati (16,1%). Inoltre tale quota aumenta in modo rilevante per coloro che hanno titoli di studio più bassi in tutte le classi di età. Tra le persone anziane, gli uomini di 65-74 anni che consumano alcol per oltre 3 unità alcoliche sono il 16%, mentre le

⁶ Una Unità Alcolica contiene 12 grammi circa di alcool e corrisponde alla quantità di alcol contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in un bicchierino di superalcolico (40 ml).

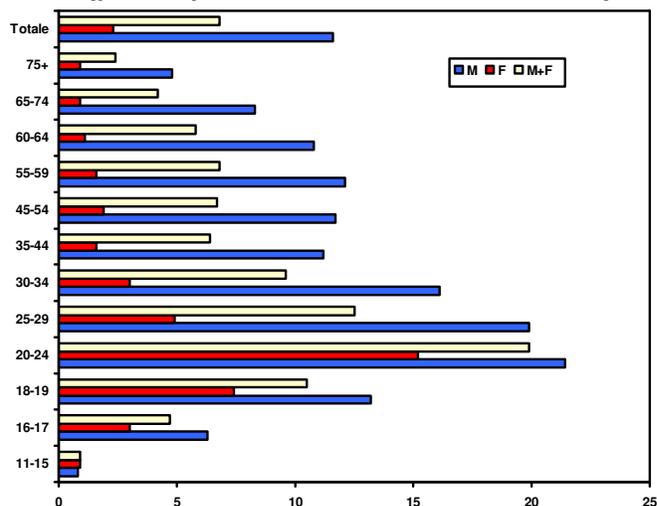
donne che assumono più di 2 unità giornaliere sono il 3%. Considerando le soglie proposte dall'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, circa un uomo su due di 65-74 anni eccederebbe rispetto alle raccomandazioni. Nella stessa fascia d'età circa una donna su 7 (13,7%) eccede il limite di 1 unità alcolica raccomandata.

Alcuni comportamenti a rischio.

Consumo di alcolici fuori pasto, episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (binge drinking)⁷, e consumo di alcol in età precoce rappresentano comportamenti a rischio per la salute. Negli ultimi anni si stanno diffondendo modelli di consumo di alcol tipici dei Paesi del Nord Europa, in particolare tra i giovani. Esposti ad un rischio maggiore sono i minorenni, in quanto spesso non sono ancora in grado di metabolizzare l'alcol. Uno degli obiettivi dell'OMS per il 2010 è ridurre a zero la quota di ragazzi fino ai 15 anni che consumano alcol.

Dal 1998 al 2000 è aumentata la quota di persone che consuma almeno settimanalmente alcolici fuori pasto (da 5,1% nel 1998 a 6,9% nel 2000 per la popolazione di 14 anni e più). Il fenomeno si è stabilizzato dal 2001 in poi attestandosi a circa 7%. Nel 2005 tra le persone di 11 anni e più il 6,8% ha dichiarato di bere alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana. Sono più gli uomini delle donne a farlo (11,6% contro 2,3%) e in particolare i giovani: una quota rilevante di persone che consumano con cadenza almeno settimanale si registra già tra i 18 e i 19 anni (13,2% dei maschi e 7,4% delle femmine) e raggiunge il massimo tra i 20 e i 24 anni (15,2%), con forti differenze di genere (21,4% dei maschi e 9% delle femmine). Nella fascia d'età successiva (25-29 anni) la quota si mantiene elevata (19,9% maschi contro 4,9% femmine), decrescendo via via all'aumentare dell'età (Fig. 4).

Fig. 4 Persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana per classi di età e sesso. Anno 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



L'abitudine a bere alcolici fuori pasto è più diffusa nell'Italia Nord-orientale (10,5%), in Friuli Venezia Giulia (13,6%), Trentino Alto Adige (13,4%) e Veneto (12,1%). La quota inoltre è più elevata tra quanti vivono nei piccoli comuni (10,2% nei comuni fino a 2 mila abitanti) (Tab. 3). Tra le donne, a parità di età, sono soprattutto le laureate (4,4%) a bere alcolici fuori dai pasti, mentre tra gli uomini sono principalmente gli adulti e gli anziani meno istruiti.

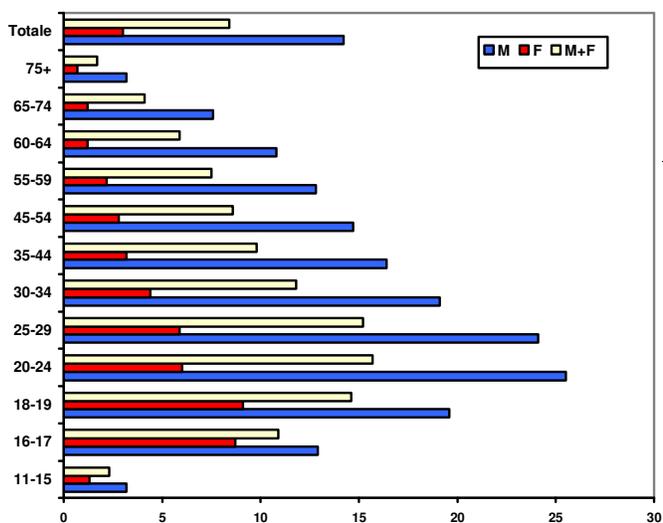
Tab. 3 Persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana per ripartizione geografica e tipo di comune. Anno 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Maschi	Femmine	M + F
Italia Nord-occidentale	12.8	2.2	7.3
Italia Nord-orientale	17.7	3.8	10.5
Italia Centrale	10.8	3.0	6.7
Italia Meridionale	7.4	1.5	4.3
Italia Insulare	8.4	1.1	4.6
Comune centro dell'area metropolitana	8.4	2.6	5.4
Periferia dell'area metropolitana	9.3	2.3	5.7
Fino a 2000 abitanti	17.6	3.1	10.2
Da 2001 a 10000 abitanti	14.7	2.0	8.2
Da 10001 a 50000 abitanti	11.6	2.2	6.7
50001 abitanti e più	8.7	2.5	5.5
Italia	11.6	2.3	6.8

⁷ Con l'espressione binge drinking si fa riferimento all'abitudine di consumare eccessive quantità (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche) in una sola occasione, come ad esempio durante una stessa serata o festa.

Nel 2005 l'8,4% della popolazione di 11 anni e più ha dichiarato di aver consumato alcol in eccesso in una sola occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La quota è in aumento rispetto a quanto rilevato alla fine del 2003 (7,1%), anno in cui l'Istat ha rilevato per la prima volta il fenomeno. Si tratta di un modello di consumo che caratterizza prevalentemente i giovani: l'andamento per età è fortemente asimmetrico con un picco nella fascia 20-24 anni (15,7%) e notevoli differenze di genere (25,5% dei maschi e 6% delle femmine). Tra i minori dichiarano di essersi ubriacati almeno una volta nell'anno il 4,6% dei ragazzi (5,9% dei maschi e 3,3% delle femmine); tra i 18-19 anni la quota raggiunge il 14,6% (19,6% dei maschi e 9,1% delle femmine). Dopo i 25 anni il fenomeno ha poi un andamento gradualmente discendente con l'età, permanendo forti differenze di genere (Fig. 5).

Fig. 5 Persone di 11 anni e più che si sono ubriacate almeno una volta negli ultimi 12 mesi, per età e sesso. Anno 2005 (per 100 persone della stessa età e sesso).



Analizzando la frequenza nell'abitudine al binge drinking si rileva che oltre la metà di quanti hanno dichiarato di essersi ubriacati negli ultimi 12 mesi lo ha fatto da 1 a 3 volte (50,4%), ma ben il 15,1% da 4 a 6 volte. E' pari al 7,7% la quota di persone che hanno bevuto nella stessa occasione 6 o più bicchieri di bevande alcoliche più di 12 volte nell'anno.

Il binge drinking è un'abitudine più diffusa nell'Italia settentrionale (10,8% Nord-est e 8,7% Nord-ovest) dove il fenomeno si verifica anche con maggiore frequenza: nell'Italia nord-occidentale l'11,3% della popolazione di 11 anni e più si è ubriacata più di 12 volte nell'anno (Tab. 4).

Tab. 4 Persone di 11 anni e più che si sono ubriacate almeno una volta negli ultimi 12 mesi e numero di volte in cui si sono ubriacate, per ripartizione territoriale. Anno 2005 (per 100 persone della stessa ripartizione geografica)-

	Almeno 1 ubriacatura (a)	N° di ubriacature negli ultimi 12 mesi (b)			
		1-3	4-6	7-12	13+
Italia Nord-occidentale	8.7	48.4	13.9	10.9	11.3
Italia Nord-orientale	10.8	48.3	18.7	12.3	7.6
Italia Centrale	8.5	49.8	14.5	11.2	6.6
Italia Meridionale	7.1	56.6	13.8	10.2	4.8
Italia Insulare	6.1	50.2	13.8	10.9	6.2
Italia	8.4	50.4	15.1	11.1	7.7

a) Per 100 persone.

b) Per 100 persone con almeno una ubriacatura.

La domanda di trattamento ai Servizi per la cura delle alcoldipendenze

Dalle informazioni relative alla Rilevazione 2002 dei dati di attività (4) dei servizi forniti dal Ministero della Salute si rileva nel periodo 1996-2002 un incremento del 109% nel numero degli alcoldipendenti di sesso maschile e del 100% per le alcoldipendenti con un abbassamento dell'età media, registrabile in particolare per gli utenti più giovani. Contestualmente si registra un incremento nel numero dei Servizi per la cura delle alcoldipendenze dai 280 del 1996 ai 423 del 2002 (+51,1%) con un aumento consistente nel periodo 2001-2002 (99 Servizi in più), a testimonianza dell'attivazione regionale nei confronti di una domanda crescente.

Riguardo alle statistiche ufficiali del Ministero della Salute inerenti l'impatto sanitario delle patologie alcolcorrelate, nel periodo 2001-2002, si è registrato un incremento del 2,8% nei tassi di ospedalizzazione totalmente alcool-attribuibile (177,1/100.000 abitanti rispetto al 172,2/100.000 del 2001). Le dimissioni ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol sono riscontrabili anche per la classe di età 0-14 anni, in tutte le regioni italiane, con una media di 3,9 dimissioni per 100.000 abitanti per i giovanissimi al di sotto dei 14 anni di età e di 1,8 per 100.000 abitanti per le giovanissime.

Riguardo la mortalità alcool-correlata e la valutazione dell'effetto della diminuzione del consumo medio pro-capite sulle cause specifiche di morte, i trend dimostrano un andamento decrescente a partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), trend 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 alcool (tra i 10 e i 15 gr. variabile in funzione del sesso), con vantaggi per la salute che comunque non si verificano al di sotto dei 35-45 anni di età. Anche il calcolo della mortalità evitabile e della disabilità alcool-

attribuibile mette in evidenza che in Europa il carico di malattia correlato all'alcol è tra i più elevati nel mondo e pari al 6,8%-7,4% in funzione delle diverse fonti disponibili.

I decessi e le disabilità alcool-attribuibili, come sopra stimati, sono calcolati al netto (e quindi già comprensivi) del vantaggio derivante dai guadagni in termini di anni di vita guadagnati riferiti alla categoria delle patologie cardiovascolari.

In termini di salute pubblica ciò significa che appare opportuno incoraggiare la moderazione e informare opportunamente la popolazione sui rischi derivanti dal consumo di quantità di alcool, che pur moderate hanno da un lato ripercussioni negative su decine di patologie (60 stimate dall'OMS), dall'altro un effetto positivo in termini di riduzione del rischio cardio-coronarico (non nei giovani).

3.3 L'utenza in carico ai Centri Alcologici regionali

La domanda di trattamento pervenuta presso i Centri Alcologici della Regione Emilia-Romagna ha registrato un significativo incremento negli ultimi anni, così come accade nella maggior parte delle regioni italiane e negli altri paesi europei. Nel corso del 2005 sono stati presi in carico 1.263 nuovi utenti alcoldipendenti. Rispetto al 2004 il numero degli utenti in carico è cresciuto del 9% passando da 4.686 a 5.108.

La maggior parte degli utenti alcolisti si ritrova nelle province di Bologna e Modena, seguite da Reggio Emilia, Parma, Ravenna e Piacenza.

Ferrara si colloca al settimo posto prima di Imola, Rimini, Cesena e Forlì (Fig. 6).

I tassi di incidenza nelle province di Imola, Piacenza, Modena e Rimini superano il tasso di incidenza regionale, così come un'elevata prevalenza rispetto al dato regionale, si ritrova nelle province di Imola e Piacenza. (Tab. 5).

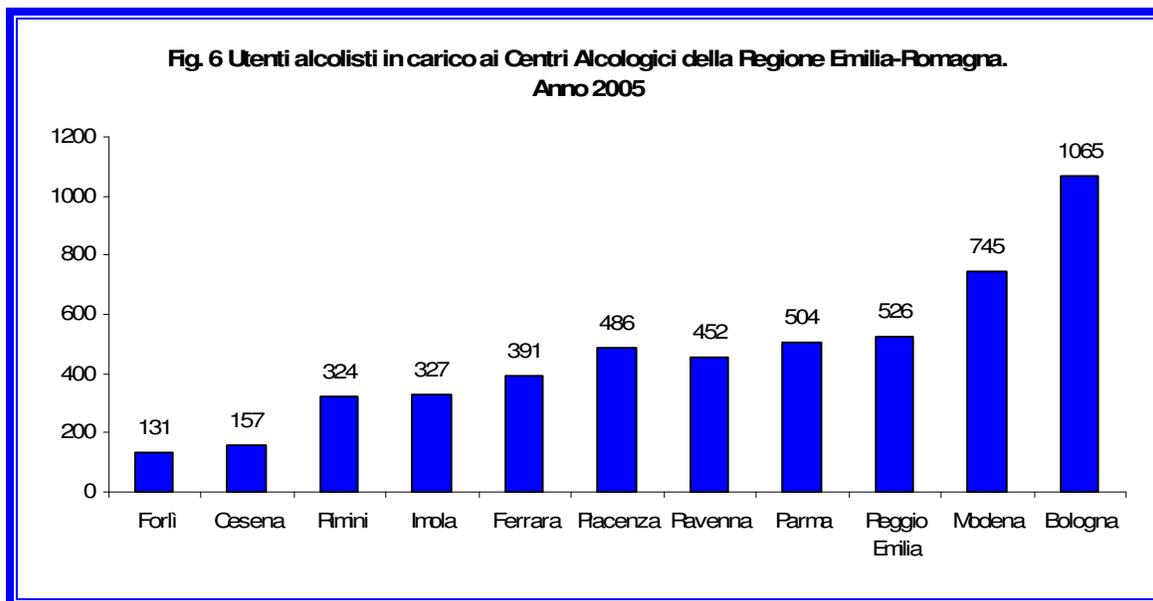
Mediamente per ogni utente di sesso femminile (26,5%) in carico ve ne sono 3 di sesso maschile (73,5%).

Gli utenti che giungono ai Centri Alcologici solitamente lo fanno dopo anni di alcolismo, soprattutto dopo il degradarsi delle relazioni sociali, familiari o della situazione economica e lavorativa. Per questo l'età media degli alcolisti seguiti dai servizi è più

elevata (46 anni) rispetto all'età media dei tossicodipendenti (34,5).

Dal 1996, anno in cui sono stati istituiti i Centri Alcolici presso i settori dipendenze della Ausl, la percentuale delle diverse sostanze è rimasta invariata. Il 58,1% degli utenti alcolisti (n=2.967) ha come alcolico

primario il vino; distanziati considerevolmente i consumi di superalcolici che rappresentano il 13% delle sostanze (n=663) e di birra che risulta la sostanza primaria di abuso del 17,9% (n=914).



Tab. 5 – Tassi di incidenza e prevalenza per 10.000 popolazione target (15-64 anni) distinti per Azienda UsI di appartenenza. Anno 2005

Alcolodipendenti	Incidenza	Prevalenza
Piacenza	5.61	27.81
Parma	3.80	18.77
Reggio Emilia	4.25	16.43
Modena	5.35	17.11
Bologna	3.79	20.09
Imola	10.79	41.04
Ferrara	4.89	17.22
Ravenna	3.33	19.28
Forlì	3.32	11.44
Cesena	3.80	12.17
Rimini	7.17	16.96
Regione	4.69	18.89

3.4 Il Consumo di alcol nella provincia di Ferrara

Da uno studio (5) sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi, condotto nel 2005 è emerso che il 77% dei residenti nella provincia di Ferrara, di età compresa tra i 18 e i 79 anni, dichiara di bere alcolici (79% Emilia-Romagna; 75%

Italia-Ossfad 2001). Il 69,2% 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.

Da uno studio sugli stili di vita e i comportamenti di consumo, condotto su un campione di 1.373 studenti delle scuole medie superiori della provincia di Ferrara (6), è emerso che il consumo di bevande alcoliche interessa il 70,6% dei ragazzi intervistati (il 68,3% degli studenti del quarto anno e il 58,2% del secondo anno).

I ragazzi che manifestano un consumo frequente (quasi ogni giorno; una o più volte la settimana), sono in prevalenza maschi (38,8% vs 21,3% delle femmine), frequentanti il IV° anno degli istituti tecnici e professionali, residenti nei distretti sud-est e centro-nord. Questo cluster predilige il consumo di birra, che risulta fortemente legato ai contesti di fruizione sociale del tempo libero. In discoteca la birra viene sostituita da aperitivi alcolici e superalcolici, che vengono consumati principalmente nei fine settimana (27% del IV° anno li consuma una o più volte la settimana).

Il consumo episodico coinvolge in misura maggiore le studentesse (34,3%) del IV° anno senza differenze tra i diversi istituti. Questo cluster di giovani si caratterizza per una maggiore sperimentazione di prodotti, nel senso che le ragazze bevono meno, ma cambiano tipo di bevanda a seconda dell'occasione (in discoteca, alle feste tra amici, con il fidanzato).

La maggioranza degli intervistati dichiara di bere soprattutto in compagnia degli amici (62,1%) o del fidanzato (11,8%) soprattutto le ragazze. Il 60% degli studenti del IV° anno (contro il 40,9% di quelli di II°), sia maschi che femmine, dichiara che la quantità massima di alcolici giornaliera in grado di determinare danni fisici o psichici rilevanti va da 3 a 6 bicchieri. La bassa percezione del rischio connesso al bere si riverbera sugli episodi di eccedenza nel consumo infatti il 53,1% dei ragazzi di IV° e il 36% di quelli del secondo anno dichiarano di essersi ubriacati almeno una volta negli ultimi sei mesi.

Analisi geografica e trend storici degli utenti in carico ai Centri Alcologici.

Nel 2005 gli utenti alcoldipendenti in carico ai Centri Alcologici della provincia di Ferrara

sono stati 391, l'1,8% in più rispetto all'anno precedente. La proporzione dei nuovi utenti sull'utenza complessiva risulta del 28,4%. Dal 2004 al 2005 la **prevalenza** dei soggetti in trattamento, rispetto alla popolazione residente con età compresa tra i 15 e i 64 anni, passa da 1,7/1000 a **1,6/1000**, mentre l'**incidenza** media provinciale passa da 0,49 a **0,42/1000**.

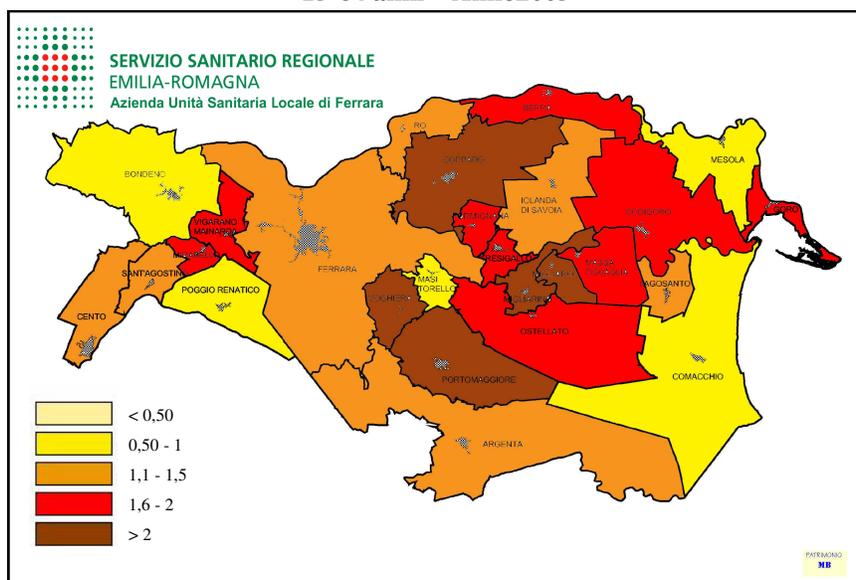
Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza ed incidenza solo il distretto centro-nord si colloca leggermente al di sopra della media provinciale (1,8/1000; 0,43/1000), in controtendenza con il distretto sud-est (1,56/1000; 0,41/1000) che si colloca al di sotto. Nel distretto ovest (1,22/1000; 0,42/1000) a fronte di un'incidenza in linea con quella provinciale, si rileva una prevalenza decisamente al di sotto della media provinciale.

Nel distretto **Centro-Nord** i comuni con i tassi al di sopra della media provinciale sono: Copparo con una prevalenza di 3,38/1000 e un'incidenza di 0,80/1000, Voghiera con una prevalenza pari a 2,84/1000 e Berra con 2 utenti alcolisti trattati ogni 1000 residenti. Nel distretto **Ovest** l'utenza alcolista proviene in prevalenza dai comuni di Vigarano Mainarda (1,77/1000; 0,44/1000) e Mirabello (1,79/1000; 1,79/1000) che presenta il tasso di incidenza più elevato di tutta la provincia. Nel distretto **Sud-Est** il comune di Migliarino (3,69/1000; 0,82/1000) ha il tasso di prevalenza più alto su tutto il territorio provinciale. Rilevanti anche i tassi di prevalenza ed incidenza del comune di Migliaro (2,64/1000; 1,32/1000) e la prevalenza di Portomaggiore (2,38/1000) (Fig. 7) e (Tab. 6).

Dal 1996 con l'istituzione dei Centri Alcologici, l'utenza ha avuto incrementi esponenziali con un tasso medio di crescita annuo del 17%. La forte espansione del fenomeno può essere letta da due punti di vista: a) una maggiore capacità ricettiva ed attenzione al problema da parte dei servizi pubblici che ha attirato continua nuova utenza passando dal 60% del totale nel 1994, al 40% nel 1996 all'apertura dei centri, fino al 29,2% nel 2004 a consolidamento avvenuto; b) una diffusione reale del fenomeno dell'abuso di alcol sul territorio che da un bisogno di salute inespreso è stato canalizzato, per il tramite dei centri alcologici, verso una domanda di trattamento terapeutico specialistico ad hoc.

Fig. 7

**Tasso di prevalenza di alcolisti per 1000 abitanti su popolazione target
15-64 anni – Anno2005**



Tab. 6 – Prevalenza e incidenza di alcoldipendenti distinti per Comune di residenza (Tassi per 1000 popolazione target 15-64). Anno 2005

Utenti Alcoldipendenti	Totale utenti residenti	Prevalenza per 1000 ab. 15-64	Nuovi utenti residenti	Incidenza Per 1000 ab. 15-64
Ferrara	136	1,60	37	0,44
Masi Torello	1	0,65	-	-
Voghiera	7	2,84	-	-
Copparo	38	3,38	9	0,80
Ro	3	1,30	1	0,43
Berra	7	2,00	-	-
Jolanda di Savoia	3	1,47	1	0,49
Formignana	3	1,62	1	0,54
Tresigallo	5	1,67	-	-
DISTRETTO CENTRO-NORD	203	1,80	49	0,43
Argenta	17	1,23	4	0,29
Portomaggiore	18	2,38	3	0,40
Ostellato	7	1,60	2	0,46
Migliarino	9	3,69	2	0,82
Migliaro	4	2,64	2	1,32
Massafiscaglia	4	1,72	3	1,29
Comacchio	14	0,90	4	0,26
Lagosanto	4	1,33	1	0,33
Codigoro	16	1,95	4	0,49
Mesola	5	1,07	-	-
Goro	5	1,79	2	0,72
DISTRETTO SUD-EST	103	1,56	27	0,41
Cento	29	1,35	9	0,42
S.Agostino	6	1,41	1	0,23
Mirabello	4	1,79	4	1,79
Bondeno	7	0,72	2	0,21
Poggiorenatico	4	0,75	2	0,37
Vigarano Mainarda	8	1,77	2	0,44
DISTRETTO OVEST	58	1,22	20	0,42
PROVINCIA DI FERRARA	364	1,61	96	0,42
non residenti in provincia*	16		6	
residenza mancante	12		9	

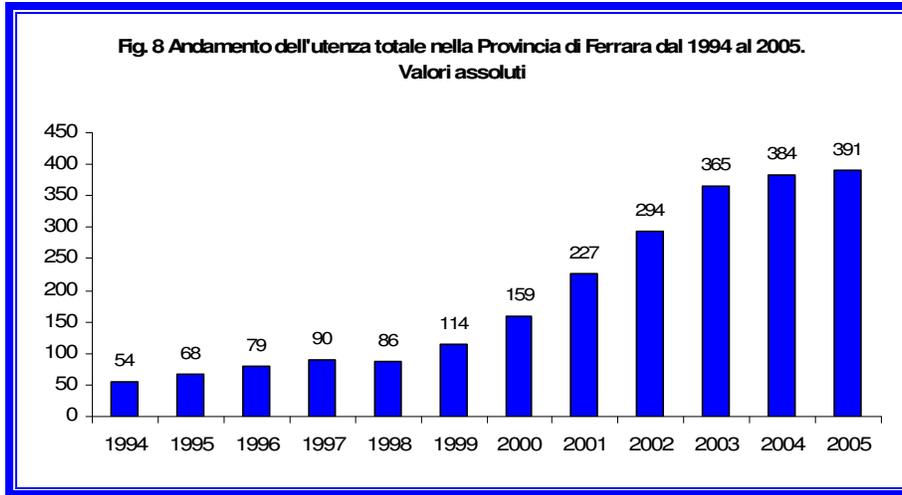
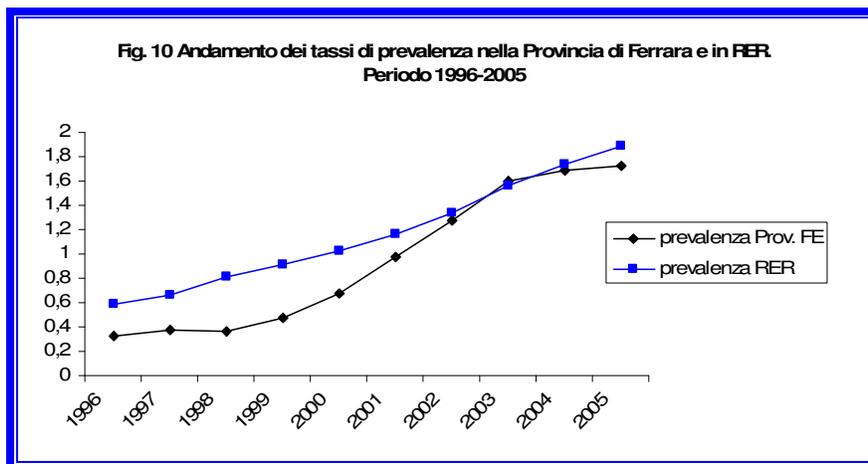
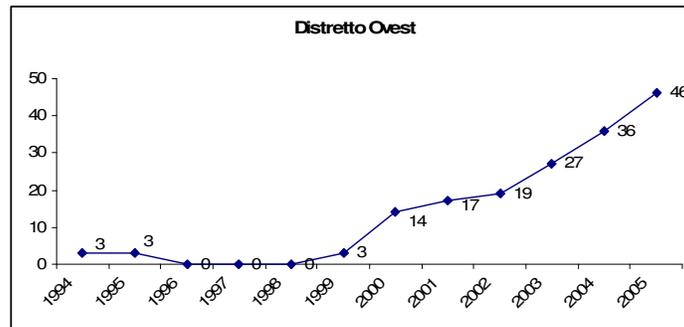
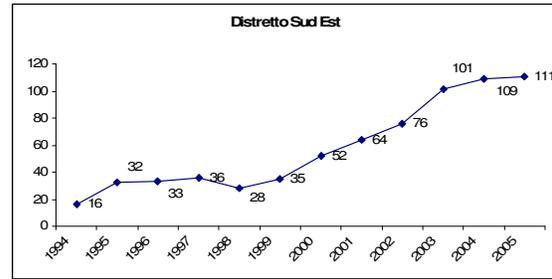
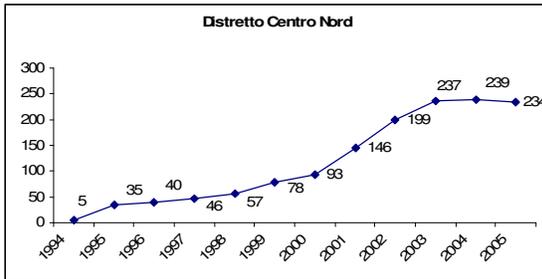


Fig. 9 Andamento dell'utenza totale distinta per distretto



Dall'analisi delle caratteristiche dell'utenza che si rivolge ai servizi, l'alcoldipendenza sembra ancora essere in prevalenza un problema legato a stili di vita maschili (67,3%), infatti per ogni utente femmina in carico si rivolgono al servizio 2,1 maschi (Regione 1:3 - Italia 1:3,3). In generale si può osservare che l'utenza che si rivolge ai Centri Alcolologici ha un'età media elevata, 46 anni, segnale di un percorso individuale di dipendenza dall'alcool molto lungo e quindi 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: il vino durante i pasti, gli aperitivi e gli amari fuori pasto, la birra la sera.

Pur confermando un policonsumo prevalente, tra gli utenti dei centri alcolologici è stata individuata la sostanza prevalente di consumo. Dal 1997 ad oggi⁸ la distribuzione della sostanza primaria consumata è rimasta sostanzialmente invariata: al primo posto il vino (68,3%), seguita dalla birra (15,9%) e dai superalcolici (10%), anche se il consumo di birra è raddoppiato rispetto al 1997.

Per quanto riguarda i trattamenti terapeutici del 2005, emerge una prevalenza degli interventi medico-farmacologici ambulatoriali (55%), seguiti dai trattamenti socio-riabilitativi (13%) e dal counselling all'utente o alla famiglia (11,5%). La psicoterapia individuale viene seguita solo dal 3,6% degli utenti, la psicoterapia familiare e/o di gruppo dal 8,3% e i gruppi di mutuo-aiuto dal 5,4%.

Dalla lettura dell'andamento dei trattamenti terapeutici attivati nel periodo 1997-2005⁹ 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 e/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.

3.5 Le trasformazioni degli stili di consumo

Da qualche anno in Italia si sta assistendo ad una veloce trasformazione degli stili d'uso delle sostanze psicoattive, in particolare tra i giovani. Alcuni studi europei evidenziano come l'alcool occupi un posto di primo piano tra le sostanze consumate da sole o in associazione con altre. Da alcuni studi europei condotti sugli studenti di 15-16 anni emerge che l'esperienza dell'ubriacatura ha interessato l'89% dei danesi contro il 44% degli italiani (7). Dalla stessa indagine si evidenzia una prevalenza del "binge drinking" nei paesi nordici (64% Danimarca, 57% Irlanda, 56% Regno Unito, 50% Norvegia, 48% Finlandia).

Se si analizza la situazione italiana è interessante rilevare un cambiamento negli stili di consumo delle sostanze alcoliche, passando da una cultura del bere "mediterranea" ad una "anglossassone" (8). La prima detta "bagnata", si caratterizza soprattutto dal consumo di vino con prevalenti valori d'uso alimentare e comunque conviviale, mentre la seconda denominata "asciutta" predilige il consumo di birra e superalcolici, concentrato nel fine settimana con la ricerca della intossicazione.

Oggi sembra affermarsi in Italia una cultura, a metà strada tra le due sopradescritte, definita "umida" che accanto ai tradizionali stili di consumo, associati al cibo e alla convivialità, associa un incremento dei consumi di birra e superalcolici con modalità di consumo finalizzate, spesso abbinata con altre sostanze, all'effetto intossicante.

Occorre quindi prestare molta attenzione alla lettura dei dati di distribuzione, in modo che possano esprimere la specifica e corretta rilevanza epidemiologica: l'alcool totale per anno se distribuito nei comportamenti finalizzati (fine settimana, occasioni) anziché distribuito nell'abitudine alimentare rappresenta un valore allarmante. La concentrazione in momenti finalizzati interrompe la distribuzione lineare in senso distributivo, e chiede una valutazione statisticamente orientata alla cluster analysis.

⁸ Sono stati riportati i dati solamente per gli anni in cui esiste omogeneità nelle schede di rilevazione GIAS.

⁹ Sono stati riportati i dati solamente per gli anni in cui esiste omogeneità nelle schede di rilevazione GIAS.

BIBLIOGRAFIA

- 1) European Commission, Special Eurobarometer, "Health, Food and Alcohol and Safety", Dicembre 2003
- 2) Rehm J, Room R, Alcohol as a risk factor for GBD, Eur. Add. Res., 2003
- 3) Istituto nazionale di statistica, L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005, Servizio struttura e dinamica sociale, L. Gargiulo, E. Bologna, D. Adamo
- 4) Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità
- 5) A. De Togni, P. Pasetti (a cura di), In linea con la salute, Ferrara, Ottobre 2005
- 6) C. Sorio (a cura di), Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara, Comune di Ferrara, Marzo 2004
- 7) Espad, Alcohol and other drug use among students in 30 european countries, Dicembre 2000
- 8) A. Mosti, Andare fuori per starci dentro, F. Baraldi (a cura di), Giovani e alcol, Franco Angeli, Milano, 2005

4. VALUTAZIONE DEI CORSI PER SMETTERE DI FUMARE: ANALISI DEI DETERMINANTI DELLA CESSAZIONE ALLA FINE DEL CORSO E DOPO UN ANNO (1999-2004)

4. 1 Introduzione

Nella metanalisi del Cochrane Tobacco Addiction Group i programmi per smettere di fumare con approccio di tipo cognitivo-comportamentale di gruppo sono risultati efficaci rispetto alla somministrazione di materiale di autoapprendimento (OR=2,10;95% CI:1,64-2,70), agli interventi che prevedono contatti minimi di counseling o a nessun intervento (OR=1,90;95% CI:1,20-3,04). (1-2)

In Italia dal 1989 la Lega italiana per la lotta contro i tumori organizza in molte sedi provinciali corsi per smettere di fumare utilizzando un approccio cognitivo-comportamentale. L'obiettivo del corso, che dura 8-10 incontri, articolati in 4-6 settimane, è di ridurre progressivamente, fino alla completa cessazione, il numero di sigarette fumate dai partecipanti. Nella prima parte del corso, il fumatore impara a rendersi consapevole dell'atto di fumare, ed è invitato a diminuire progressivamente il numero di sigarette fumate. Nella seconda parte è prevista la sospensione del fumo. Infine negli ultimi 3-5 incontri si attua il mantenimento e il consolidamento dell'astensione. A un anno dalla conclusione del corso è prevista un'intervista telefonica al fine di conoscere l'abitudine al fumo dei partecipanti.

Dall'analisi di alcuni studi effettuati dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori sui corsi per smettere di fumare organizzati in tre città italiane, si rileva che: a Firenze (3) tra il 1989 e il 1996 su 693 soggetti iscritti, alla fine del corso il 66% dichiara di aver smesso di fumare (M69%: F63%), ad un anno dal corso il 33% dei 523 intervistati dichiara di continuare a non fumare; a Milano (4) tra

il 1994 e il 2000, il 67,3% dei 499 partecipanti effettivi alla fine del corso dichiara di aver smesso di fumare, ad un anno dal corso il 42,6% dei 258 intervistati dichiarano di continuare a non fumare; infine a Roma (4) su 1300 partecipanti ad almeno tre sessioni dei corsi per smettere di fumare che si sono svolte dal 1992 al 2000, hanno smesso di fumare alla fine del corso il 76,1% (989), dalla verifica telefonica effettuata dopo un anno dalla fine del corso è emerso che il 54,4% dei 599 rispondenti continuava a non fumare.

Caratteristiche predittive della cessazione dell'abitudine al fumo alla fine del programma sono risultate: a Firenze la frequenza ad almeno 7 incontri, avere un livello di istruzione non universitaria, fumare prima del corso meno di 30 sigarette al giorno, a Milano il sesso maschile, fumare meno di 30 sig/die, avere molta fiducia nel corso, frequentare assiduamente il corso (almeno 7 incontri su 8-10); a Roma il sesso maschile, fumare meno di 30 sig/die, frequentare il corso per almeno 6 incontri.

Risultano caratteristiche predittive del mantenimento della cessazione ad un anno: a Firenze la frequenza ad almeno 7 incontri, la scarsa o media dipendenza alla nicotina ed il sesso maschile; a Milano un basso grado di dipendenza da nicotina e frequentare almeno 7 incontri; a Roma aver frequentato almeno 6 incontri e fumare prima del corso meno di 30 sig/die. (4)

Nell'analisi multivariata risultano caratteristiche predittive della cessazione dell'abitudine al fumo alla fine del programma: la frequenza ad almeno 7 incontri, avere un livello di istruzione non universitaria, fumare prima del corso meno di 30 sigarette al giorno.

Ad un anno dal corso il 33% dichiara di continuare a non fumare. Risultano caratteristiche predittive del mantenimento della cessazione ad un anno: la frequenza ad almeno 7 incontri, la scarsa o media dipendenza alla nicotina ed il sesso maschile. (3)

Nel presente articolo viene presentata la valutazione dell'attività dei Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara attraverso l'analisi dei determinanti della cessazione del fumo di sigaretta, alla fine del corso e dopo un anno, dei pazienti che hanno frequentato i corsi per smettere di fumare nel periodo 1999-2004.

4.2 I Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara

Nel 1999 la Regione Emilia-Romagna ha promosso un Progetto Regionale Tabagismo che prevedeva l'attivazione in tutte le Aziende Sanitarie Locali di un Gruppo di Progetto aziendale e/o interaziendale denominato "Provincia senza fumo", per il coordinamento operativo dei servizi impegnati nella realizzazione dei 5 sotto-progetti territoriali: prevenzione del fumo nelle scuole, diffusione dell'intervento clinico breve come approccio tra i Medici di Medicina Generale nei confronti dei pazienti fumatori, attivazione di corsi per smettere di fumare, applicazione della normativa vigente sul divieto del fumo negli ospedali e nei servizi sanitari senza fumo, realizzazione di patti per la salute con le Associazioni degli Imprenditori per una politica dei "luoghi di lavoro liberi dal fumo". I conduttori dei corsi per smettere di fumare dell'Azienda Usl di Ferrara hanno seguito i corsi di formazione organizzati dalla Regione Emilia-Romagna presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, in collaborazione con la Lega Tumori di Reggio Emilia.

Il primo Centro Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara nasce nel 1989 presso il Presidio Pneumotisiologico con finalità di prevenzione e cura del tabagismo, dal 1996 svolge compiti di coordinamento tecnico per il progetto "Ferrara città sana,

provincia senza fumo" patrocinato dall'OMS. Dal 1998 organizza corsi per smettere di fumare nella sede SerT di Ferrara, e dal 1999 nelle sedi di Copparo, Portomaggiore, Codigoro e Cento. Il centro segue l'approccio cognitivo-comportamentale che utilizza le tecniche dell'auto-osservazione e addestramento, dell'appoggio solidale e reciproco fornito dal gruppo dei partecipanti. Durante i corsi vengono stimolati atteggiamenti favorevoli per vincere la dipendenza dal fumo e vengono apprese alcune abilità pratiche relative alle azioni sostitutive, alle tecniche respiratorie e di rilassamento, alle abitudini alimentari da mettere in atto per favorire la disassuefazione e prevenire l'aumento ponderale.

La metodologia di base discende direttamente dal Corso per smettere di fumare della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e dalle indicazioni contenute nelle Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. (6) Rispetto al modello originale sono state apportate alcune modifiche, suggerite in parte dalla dall'esperienza quotidiana di lavoro con i gruppi e in parte da considerazioni inerenti le caratteristiche funzionali e organizzative del Servizio in cui operano i Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara, nell'intento di rendere il programma sempre più aggiornato e adeguato al contratto terapeutico con i pazienti tabagisti.

Le principali caratteristiche del modello adottato possono essere così riassunte: la struttura del gruppo è aperta, al fine di valorizzare l'esperienza dei più anziani a beneficio dei neo-iscritti. I nuovi iscritti toccano con mano, attraverso le testimonianze degli "ex fumatori" che è possibile farcela e i vecchi, prendendosi cura dei nuovi, forniscono nuova fiducia a rinforzo anche a se stessi. Inoltre il gruppo di mutuo aiuto "aperto" offre continuità di reclutamento e di sostegno nel tempo, proteggendo più a lungo l'ex fumatore dal rischio di ricadute. Per quanto riguarda la struttura del corso dal

primo al quarto incontro, oltre al monitoraggio quotidiano delle sigarette, viene utilizzata una tecnica supplementare di auto-osservazione su ciascuna sigaretta fumata; la fase di sospensione del fumo è di 24 ore al quinto incontro; dal sesto al dodicesimo incontro, nella fase di mantenimento, vengono dedicati alcuni incontri all'individuazione dei cosiddetti "alibi" per ricominciare a fumare. La durata complessiva del corso intensivo è di 8 settimane per complessivi 16 incontri, più 4 incontri di verifica nel primo anno per complessivi 20 incontri di gruppo. I trattamenti offerti vanno dalla terapia sostitutiva della Nicotina nelle varie formulazioni (gomme, cerotti, inalanti) ai trattamenti con bupropione (antidepressivo) per la disassuefazione, agli incontri di fisioterapia respiratoria e di rilassamento associati a consigli dietetici.

L'obiettivo del corso, diretto a gruppi di 18-24 partecipanti coordinati da un conduttore (medico, assistente sociale, educatore professionale), è di ridurre progressivamente fino alla completa cessazione il numero di sigarette fumate dai partecipanti. Nella prima parte del corso (preparazione: dal 1° al 4° incontro), l'obiettivo è ottenere la crescita della motivazione, la consapevolezza circa la modalità di fumare, la diminuzione progressiva della dipendenza fisica da nicotina; la seconda parte prevede la sospensione dal fumo per le 24 ore precedenti la 5° seduta ed ha l'obiettivo di ottenere l'astensione totale dalle sigarette; infine negli ultimi incontri (dal 5° al 16°) si attua il mantenimento e il consolidamento dell'astensione.

Dopo due settimane dalla fine del corso inizia la fase di verifica finalizzata alla prevenzione delle ricadute che si articola in 4 verifiche (2°-5°-8°- mese e a 1 anno dalle 24 ore).

4.3 Materiali e Metodi

Sono stati inclusi nell'indagine i soggetti che si sono iscritti al corso e che hanno frequentato almeno tre incontri, cut-off

definito dai conduttori per essere considerati partecipanti. Al momento dell'iscrizione ogni soggetto compila un questionario dove sono rilevate caratteristiche socio-demografiche (sesso, età, stato civile, titolo di studio, professione, contatti con fumatori in casa, al lavoro, nel tempo libero) la storia dell'abitudine al fumo (età di primo uso di sigarette, numero di anni di abitudine al fumo, numero di sigarette fumate al giorno, numero di precedenti tentativi di smettere l'abitudine al fumo), il grado di dipendenza dalla nicotina secondo il Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) (5), il grado di fiducia nella possibilità di smettere dopo il corso e la motivazione a smettere di fumare. Il FTQ è un questionario che individua 5 categorie di dipendenza da nicotina (molto scarsa:0-2 punti, scarsa:3-4 punti, media:5-6 punti, alta:7-8 punti, molto alta:8-10 punti). Il grado di fiducia nella possibilità di smettere di fumare grazie al corso è stato rilevato in base alle risposte date in corrispondenza di 3 categorie: scarsa, media e alta mentre per la motivazione a smettere di fumare sono state individuate 5 opzioni di risposta (salute, autocontrollo, esempio, motivi estetici ed economia). (7) A ogni incontro il coordinatore del gruppo registra per ogni soggetto la frequenza. Il follow-up ad un anno dalla fine del corso, è effettuato nell'ultimo incontro di verifica, oppure per le persone non presenti attraverso intervista telefonica. Nello studio i persi al follow-up sono stati 113 pari al 12,6%, con un grado di raggiungimento pari al 87,4%.

È stata condotta un'analisi di tipo descrittivo dei partecipanti effettivi per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche e l'abitudine al fumo, mettendo in evidenza eventuali differenze significative tra maschi e femmine. Per valutare le associazioni esistenti tra caratteristiche individuali ed esito alla fine del corso e dopo un anno è stata condotta un'analisi multivariata secondo il modello di regressione logistica non condizionale. Sono stati calcolati gli Odds Ratio di cessazione alla fine del corso e

dopo un anno, con i rispettivi limiti di confidenza al 95%. Tutti i test sono stati effettuati a livello $\alpha=0,05$. Tutte le analisi sono state condotte con il programma statistico Stata (Statistical Software: Release 7.0 College Station, Texas: Stata Corporation, 2001).

4.4 Risultati

Sono stati inclusi nell'indagine 894 soggetti che hanno partecipato ai corsi per smettere di fumare effettuati dai Centri Antifumo dell'Azienda USL di Ferrara nel periodo 1999-2004, realizzati con la stessa metodologia. Gli iscritti ai corsi sono stati 1.010, con un tasso di abbandono del corso prima del terzo incontro del 11,5%. La frequenza media di partecipazione ai corsi è di 11 incontri rispetto ai 16 previsti.

Dalla Tabella 1 emerge che il 45,1% dei partecipanti ai corsi è di genere femminile; i maschi sono in media più anziani infatti l'età media nei maschi è di 50 anni (range 17- 79) contro i 48 delle femmine (range 21-78); il 56,3% dei maschi ha un diploma di scuola media inferiore contro il 50,6% delle femmine che ha un diploma di scuola media superiore o la laurea. Il 50,4% è impiegato in varie attività lavorative (operaio/impiegato/lavoratore autonomo/altro lavoratore dipendente) mentre il 31,7% è in condizione non lavorativa (disoccupato/pensionato/casalinga).

I motivi per i quali i frequentanti i corsi hanno deciso di smettere di fumare sono in prima istanza la riduzione dei rischi per la salute (82%), seguita dal bisogno di vincere una sfida con se stessi e quindi migliorare l'autostima e l'autocontrollo (11,7%). Il 35,1% dei soggetti analizzati dichiara un alto grado di fiducia di smettere di fumare grazie al corso, contro il 34,2% che esprime una fiducia media e il 30,6% una scarsa probabilità di risultato positivo. Per quanto riguarda il contesto di riferimento il 47% dei partecipanti è in contatto con fumatori in casa, il 53% ha contatti con fumatori sui luoghi di lavoro, mentre il 77% condivide l'abitudine al fumo con altri fumatori

durante il tempo libero. Le femmine hanno più contatti con i fumatori in casa (F=50,9%; M=43,7%), mentre i maschi nei luoghi di lavoro (M=53,9%; F=47,9%) e nel tempo libero (M=81,9%; F=72,1%).

L'età media di primo uso del tabacco risulta essere 17 anni, anche se i maschi iniziano prima delle femmine (M=16 anni; F=18 anni), mediamente i maschi fumano più sigarette delle femmine (24 vs 22) con un periodo complessivo di abitudine al fumo in media di 33 anni, contro i 29 delle donne. Più della metà dei partecipanti ha una forte dipendenza da nicotina secondo la scala Fagerström, (gradi di dipendenza: medio-alta da 5 a 10 punti = 66,6%; bassa da 0a 4 punti=33,4%), nonostante il 68,5% abbia già tentato almeno una volta di smettere di fumare (58% da 1 a 3 tentativi; 10,5% più di 3 tentativi).

Il 54,1% ha partecipato complessivamente a più di 11 incontri.

Nella tabella 2 vengono riportati i dati relativi all'esito finale dei corsi. Degli 894 partecipanti effettivi 696 (77,9%) hanno smesso di fumare alla fine della fase intensiva dal corso (M=78,2%; F=77,4%). A un anno dalle 24 ore di astensione dal fumo 413 soggetti (46,2%) dichiarano di continuare a non fumare.

Nella tabella 3 vengono analizzate le caratteristiche predittive di cessazione alla fine della fase intensiva del corso e a 1 anno. La quasi totalità della popolazione osservata non ha utilizzato il supporto farmacologico con bupropione, pertanto la scarsa casistica rilevata non ha permesso di inserire la variabile nell'analisi delle caratteristiche predittive della cessazione. Si è scelto inoltre di non analizzare l'efficacia della terapia sostitutiva della Nicotina nelle varie formulazioni (gomme, cerotti, inalanti), non disponendo di dati in grado di controllare la durata dei trattamenti seguiti dai pazienti. Dall'analisi degli Odds Ratio di cessazione alla fine della fase intensiva del corso, risulta significativamente predittivo del continuare a non fumare, avere

partecipato a più di 11 incontri. Anche se non sono risultate statisticamente significative, segnaliamo tra le altre caratteristiche predittive dell'astensione dal fumo, alla fine del corso e a un anno: avere alle spalle un numero di tentativi per smettere di fumare compreso tra 1 e 3, il sesso maschile, avere un titolo di studio medio/alto, avere meno di 49 anni, fumare meno di 20 sigarette al giorno. Per quanto riguarda l'ambiente di vita risultano predittive della cessazione dell'abitudine al fumo alla fine del programma non avere contatti con fumatori in casa, mentre per il mantenimento della cessazione ad un anno si aggiunge non avere contatti con fumatori al lavoro e nel tempo libero. I corsi svolti dal 1999 al 2004 sono stati realizzati con la stessa metodologia ed hanno condotto ai medesimi risultati.

4.5 Conclusioni

Il tabacco è considerato dall'OMS una sostanza psicoattiva il cui uso può causare disturbi mentali e comportamentali, in quanto crea dipendenza. 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.

Lo studio evidenzia che i partecipanti effettivi ai corsi per smettere di fumare organizzati dai Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara, come per analoghi programmi di cessazione (2-3), sono forti

fumatori (23sig/die), con un elevato grado di dipendenza da nicotina al FTQ e nonostante abbiano già tentato di smettere precedentemente, ripongono un elevato grado di fiducia nel corso. Dalla valutazione alla fine del corso emerge che 3 partecipanti su 4 smettono di fumare, e che circa la metà dei partecipanti continua a non fumare a distanza da un anno dal corso. Gli indicatori di presenza agli incontri del corso per smettere di fumare, la componente comportamentale (da uno a tre tentativi di smettere), e in misura minore gli aspetti socio-demografici (essere di genere maschile, avere un'età < a 49 anni) e di dipendenza fisica da nicotina (numero di sig/die fumate) risultano essere i più importanti predittori di successo sia alla fine del corso, sia dopo un anno.

I risultati ottenuti dai Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara sembrano dimostrare una aumentata efficacia dei corsi per smettere di fumare, infatti il 77,9% dei partecipanti effettivi ha smesso di fumare a un anno dalle 24 ore di astensione dal fumo.

Questo dato si allinea ai risultati ottenuti dai Corsi organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori a Firenze (non fuma: a fine corso il 66% degli iscritti e a 1 anno il 33% degli intervistati), Milano (non fuma: a fine corso il 67% dei partecipanti e a 1 anno il 42,6% degli intervistati) e Roma (non fuma: a fine corso il 76% e a 1 anno il 54,4% degli intervistati).

Anche se la mancanza di verifica biochimica dell'astinenza e di un gruppo di controllo non permette di valutare più adeguatamente l'efficacia dei corsi, dai risultati ottenuti si possono comunque trarre indicazioni per incrementare l'affluenza ai programmi intensivi per smettere di fumare.

Hanno collaborato: D. Beltrami, R. Marsili, S. Gambetti, G. Cattani, R. Sivieri, L. Wielingen

Tabella 1. Partecipanti effettivi ai corsi per smettere di fumare dei Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara. (1999-2004)

	Maschi	Femmine	Totale
Sesso (%)	54,9 (n=491)	45,1 (n=403)	n=894
Età (%)			
età media (in anni)	50 (DS=11,6)	48 (DS=10,3)	49 (DS=11,1)
< 49	42,4	51,1	46,3
≥ 49	57,6	48,9	53,7
Scolarità (%)			
Elementare/Media inferiore	56,3	49,4	53,2
Media Superiore/Laurea	43,7	50,6	46,8
Stato civile (%)			
Coniugati/conviventi	73,3	60,3	67,5
Altro	26,7	39,7	32,5
Professione (%)			
Condizione non lavorativa (disoccupato, pensionato, casalinga)	36,6	25,6	31,7
Lavoratore autonomo	17,6	8,5	13,5
Impiegato	9,2	19,2	13,7
Operaio	17,8	8,0	13,4
Altro lavoratore dipendente (operatore sanitario, dirigente, altro)	7,7	12,4	9,8
Altro (studenti e altro)	11,1	26,2	17,8
Contatti con fumatori in casa (%)			
Sì	43,7	50,9	47,0
No	56,3	49,1	53,0
Contatti con fumatori al lavoro (%)			
Sì	53,9	47,9	51,2
No	46,1	52,1	48,8
Contatti con fumatori nel tempo libero(%)			
Sì	81,9	72,1	77,5
No	18,1	27,9	22,5
Motivazione principale per smettere di fumare (%)			
salute	84,5	79,0	82,0
autocontrollo	10,6	13,0	11,7
motivi estetici	0,2	1,0	0,6
esempio	3,7	6,0	4,7
economia	1,0	1,0	1,0
Fiducia di smettere di smettere grazie al corso (%)			
Scarsa	29,0	32,5	30,6
Media	31,7	37,2	34,3
Alta	39,2	30,3	35,1
Età di primo uso (%)			
età media d'inizio (in anni)	16 (DS=3,8)	18 (DS=4,8)	17 (DS=4,4)
< 16	51,3	32,7	42,9
≥ 16	48,7	67,3	57,1
Anni di abitudine al fumo (%)			
numero medio di anni di abitudine al fumo	33 (DS=12,0)	29 (DS=9,8)	31 (DS=11,3)
< 30	35,2	51,1	42,4
≥ 30	64,8	48,9	57,6
Sigarette fumate al giorno (sig/die) (%)			
numero medio di sig/die	24 (DS=11,7)	22 (DS=8,9)	23 (DS= 10,6)
< 20	26,3	30,2	28,0
≥ 20	73,7	69,8	72,0
Tentativi precedenti per smettere (%)			
nessun tentativo	32,6	30,0	31,4
da 1 a 3 tentativi	55,6	61,0	58,0
> 3 tentativi	11,8	9,0	10,5
Test di Fagestrom (FTQ) (%)			
dipendenza bassa	33,6	33,2	33,4
dipendenza media	45,4	48,9	47,0
dipendenza alta	21,0	18,0	19,6
Presenze totali al corso (%)			
presenze medie	11 (DS=5,5)	11 (DS=4,8)	11 (DS=5,2)
< 11 incontri	46,6	44,9	45,9
≥ 11 incontri	53,4	55,1	54,1

DS=Deviazione standard

Tabella 2. Esito dei partecipanti effettivi ai corsi per smettere di fumare dei Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara. (1999-2004)

	Maschi	Femmine	Totale
Esito a fine corso			
Fuma	20,6	21,6	21,0
Non fuma	78,2	77,4	77,9
Non verificabile	1,2	1,0	1,1
Follow up a 1 anno			
Fuma	38,7	41,7	40,0
Non fuma	46,4	45,9	46,2
Non verificabile	14,9	12,4	13,8

Tabella 3. Odds Ratio di cessazione alla fine del corso (OR0) e dopo un anno (OR1) secondo l'analisi multivariata con intervalli di confidenza al 95%

	Caratteristiche predittive di cessazione a fine corso (OR0)	95% CI	Caratteristiche predittive di cessazione a 1 anno (OR1)	95% CI
Sesso femminile ^o	1		1	
Sesso maschile	1,14	0,78-1,67	1,13	0,82-1,56
≥ 49 anni ^o	1		1	
< 49 anni	1,27	0,75-2,14	1,15	0,73-1,82
Elementare/Media Inferiore ^o	1		1	
Media Superiore/Laurea	1,24	0,85-1,81	1,26	0,91-1,74
≥ 30 anni di fumo ^o	1		1	
< 30 anni di fumo	0,90	0,53-1,53	0,82	0,52-1,28
Inizio fumo ≥ 16 anni ^o	1		1	
Inizio fumo < 16 anni	0,89	0,61-1,30	0,95	0,69-1,32
Nessun tentativo ^o	1		1	
1/3 tentativi	1,44	0,98-2,12	1,22	0,87-1,73
> 3 tentativi	0,62	0,34-1,13	1,45	0,82-2,56
≥ 20 sig/die ^o	1		1	
< 20 sig/die	1,20	0,77-1,85	1,16	0,80-1,67
Dipendenza dalla nicotina molto bassa/bassa ^o	1		1	
Dipendenza alla nicotina media(FTQ<5)	0,95	0,61-1,46	0,93	0,64-1,34
Dipendenza dalla nicotina alta/molto alta	0,70	0,42-1,19	1,03	0,64-1,67
Contatti con fumatori in casa ^o	1		1	
Senza contatti con fumatori in casa	1,31	0,92-1,88	1,18	0,86-1,61
Contatti con fumatori al lavoro ^o	1		1	
Senza contatti con fumatori al lavoro	0,97	0,66-1,44	1,16	0,83-1,63
Contatti con fumatori nel tempo libero ^o	1		1	
Senza contatti con fumatori nel tempo libero	0,81	0,53-1,25	1,17	0,80-1,71
< 11 incontri	1		1	
≥ 11 incontri	7,36	4,91-11,03***	3,81	2,79-5,19***

^oCategorie di riferimento

*** p<0,001

BIBLIOGRAFIA

- 1) Stead L.F., Lancaster T.: Group Behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
- 2) Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000:355-58
- 3) Gorini G., Chellini E., Terrone R. 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*, 1998, 22:168-170
- 4) Gorini G., Morasso G., Alberisio A. 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, *Epidemiologia & Prevenzione*, 2001, 25:113-117
- 5) Fagerstrom K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment, *Misura del grado di dipendenza fisica dal fumo di tabacco con riferimento alla individualizzazione del trattamento*, *Addict. Behav.*, 1978, 3:235-241
- 6) Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, Istituto Superiore di Sanità
- 7) Scheda di iscrizione al Corso per smettere di fumare. Centri Antifumo Azienda Usl di Ferrara 1999

PARTE SECONDA

Un modello di prevenzione per l'abuso alcolico e gli incidenti stradali

di F. Baraldi e C. Garuti

Studio sul consumo di cocaina tra gli utenti tossicodipendenti del SerT di Ferrara

di C. Veronesi, E. Frozzi, E. Gazzotti, N. Farina

1. UN MODELLO DI PREVENZIONE PER L'ABUSO ALCOLICO E GLI INCIDENTI STRADALI

Ciro Garuti, psicologo SerT di Codigoro

Franca Baraldi, sociologa, responsabile U.O SerT Distretto Sud-Est

1.1 Introduzione

Secondo i dati della Polizia stradale in Italia, a partire dalla metà degli anni novanta, la maggiore frequenza di incidenti stradali del sabato sera interessano un target di giovani con un'età compresa tra i 19 e i 25 anni (50,2%) e sono determinati dalla guida in stato di ebbrezza associato all'eccesso di velocità o al cosiddetto colpo di sonno. Il Veneto, l'Emilia-Romagna, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia sono le regioni più interessate da questo fenomeno.

Nello specifico del territorio ferrarese, tra il 1998 e il 2000, la Prefettura di Ferrara ha effettuato 1.193 sospensioni di patenti di cui 1.089 per guida in stato di ebbrezza e 104 per sostanze stupefacenti.

Per intervenire sugli incidenti stradali e prevenire episodi tragici legati all'uso di alcol e/o all'assunzione di droghe sintetiche è stato promosso e realizzato a partire dal 2001 un progetto denominato "Ai Lidi con il camper" finalizzato alla prevenzione dell'abuso di alcol e nuove droghe nei luoghi del divertimento del litorale adriatico-ferrarese.

Il progetto è nato dalla collaborazione tra i SerT di Codigoro e Portomaggiore dell'AUSL di Ferrara con i Comuni del Distretto Sud-Est che vedono il Comune di Codigoro come capofila.

L'intervento di prevenzione dell'abuso di alcol in frequentatori di locali del divertimento (disco pub/bagni) nella zona della riviera ferrarese, è arrivato nel 2005 alla quinta edizione, e si è avvalso nella realizzazione concreta del lavoro di operatori di strada e di volontari legati alla Comunità "Il Ponte".

1.2 Materiali e metodi

Per la quinta edizione del 2005, il progetto ha previsto di raggiungere tra i 2000 ed i 4000 contatti, considerando sia le persone che si sottoponevano al test con l'etilometro¹⁰ che le persone che svolgevano

un solo colloquio di counseling senza effettuate il test.

Il target previsto era principalmente quello delle persone tra i 18 ed i 35 anni.

Le modalità di contatto prevedono che siano i giovani interessati ad avvicinarsi al luogo in cui sono presenti gli operatori di strada e la strumentazione utile alla misurazione del tasso alcolemico. Il camper presso il quale stazionano gli operatori viene posizionato di preferenza, in accordo con i gestori, in prossimità dei bagni in spiaggia e dei pub/disco pub. Prima di accedere al test con l'etilometro gli interessati si rivolgono agli operatori per un primo contatto in cui vengono raccolti alcuni dati (orario, sesso, età, provenienza, intenzione di guida; successivamente alcolemia, counseling effettuato, sensibilizzazione effettuata) su una scheda apposita utilizzata per la formazione di una lista d'attesa e della successiva valutazione dell'intervento. Al termine della prova con l'etilometro il soggetto interessato viene informato dell'esito del test e riceve informazioni generali sugli effetti dell'alcol. Nel caso di soggetti che presentano livelli superiori ai limiti di legge, che prevedevano di mettersi alla guida prima di effettuare la prova, veniva proposto un colloquio mirato a motivare il soggetto ad attendere il tempo utile a smaltire gli effetti dell'assunzione dell'alcol oppure a permettere la guida ad altre persone presenti sulla stessa auto che non superino i limiti legali dell'alcol assunto. Il counseling è rivolto anche alle persone che, senza sottoporsi al test, ne facciano richiesta.

¹⁰ Lo strumento utilizzato durante l'attività è il *lion alcolometer*[®] SD-400. Senza voler entrare in merito a

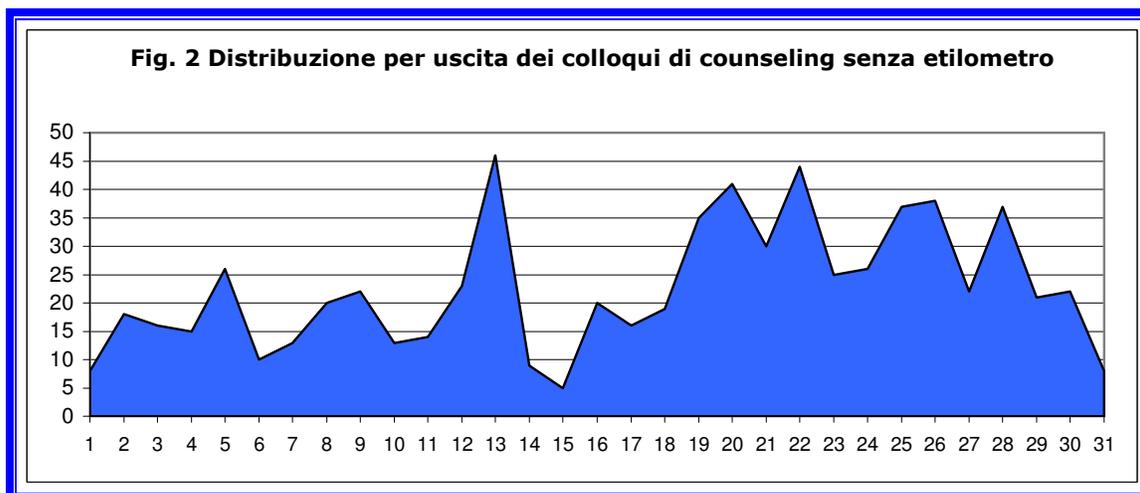
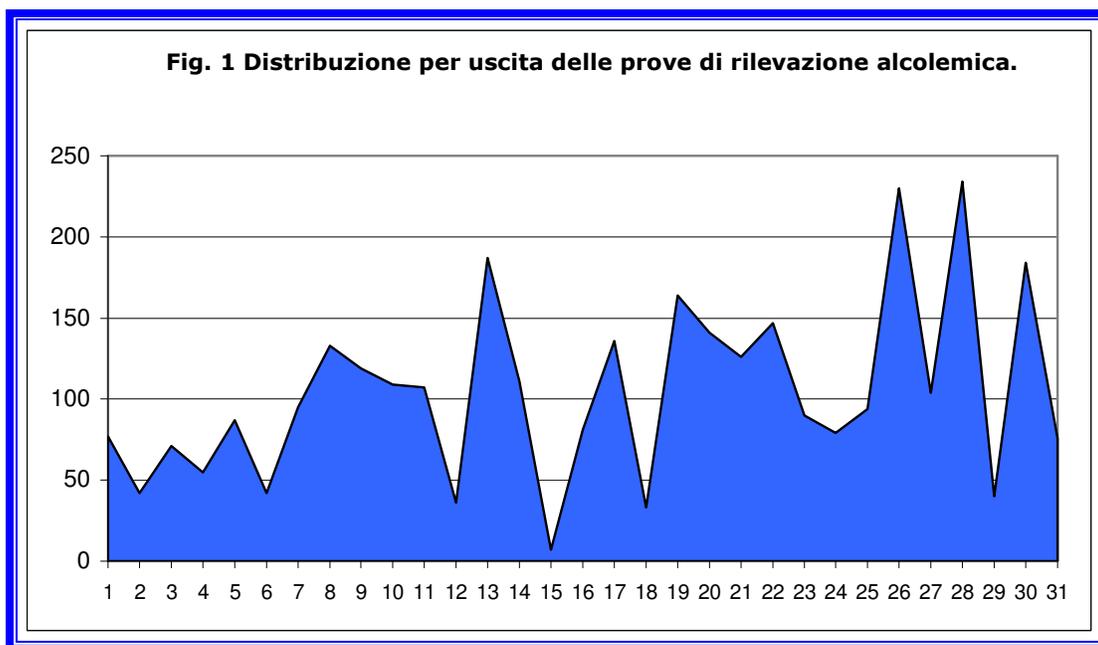
questioni tecniche o medico-legali, al di là dell'attendibilità dei risultati (caratteristica dello strumento che le persone che si presentano per il test danno per assodato), rimane il fatto che chi si avvicina al test lo fa con un obiettivo personale specifico che, nell'ottica dell'intervento preventivo, è fondamentale.

1.3 Risultati

Il periodo in cui si sono svolte le uscite è compreso tra il 20 maggio ed il 27 agosto del 2005. In tutto sono state realizzate 31 uscite durante le quali sono state contattate complessivamente 3936 persone, raggiungendo così la stima massima di contatti prevista dal Progetto per l'anno in corso. Tra queste vi sono 3237 persone

(82,24% sul totale) che si sono sottoposte volontariamente al test con l'etilometro (Figura 1) ed altre 699 (17,76% sul totale) che, senza sottoporsi al test, hanno ricevuto comunque un colloquio di counseling (Figura 2).

Il veicolo utilizzato per le uscite è stato posizionato in prossimità di 4 locali e di 3 bagni.

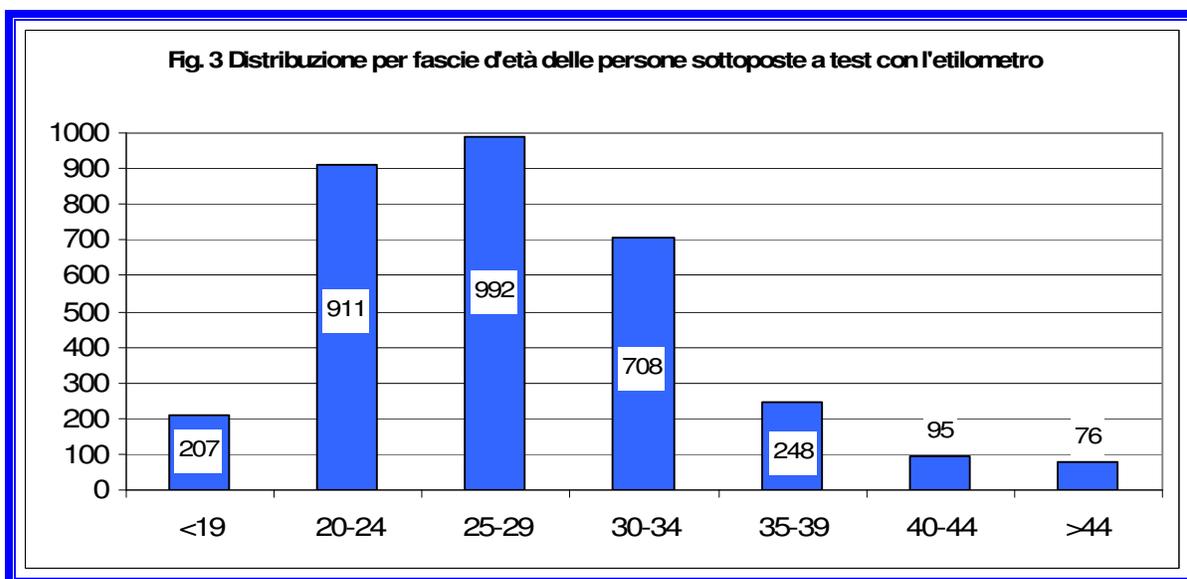


I dati delle prove con l'etilometro

Ferrara è la Provincia da cui proviene la maggior parte delle persone che si sottopongono al test (2085 persone, pari al 64,41%). Dal resto dell'Italia provengono 1130 persone (34,91%), di cui 284 (8,77%) proviene dalla Provincia di Rovigo, 220 (6,80%) dalla Provincia di Bologna e 114 (3,52%) dalla provincia di Verona. Le rimanenti Province sono rappresentate con percentuali molto inferiori a queste. Altre 22 persone (0,68%) provengono da altri paesi europei ed extra-europei, che comprendono Albania, Germania, Olanda, Polonia, Repubblica Ceca, San Marino, Romania, Svizzera, USA.

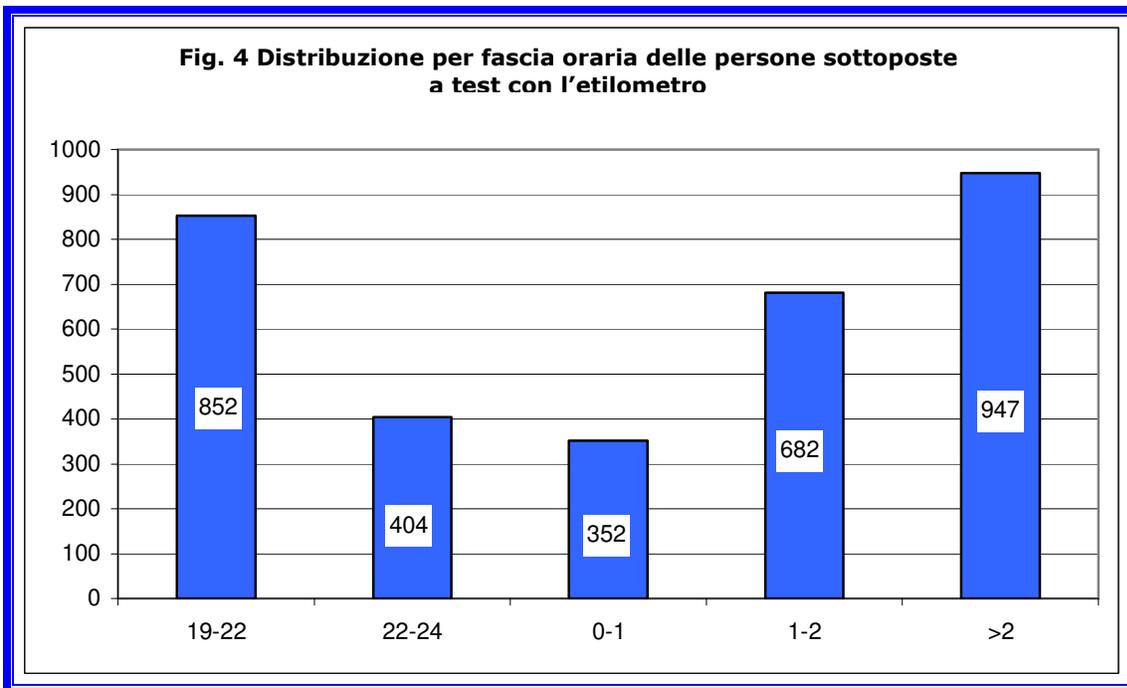
Le persone che si sono presentate presso il veicolo degli operatori per misurare il proprio tasso alcolico con l'etilometro sono state prevalentemente uomini (2609, pari all'80,60% dei soggetti che hanno effettuato le prove). Le donne sono state invece 628 (19,40%).

Come distribuzione delle fasce d'età si ha che 2110 persone (65,18%) hanno meno di 30 anni. In particolare tra i 25 ed i 29 anni sono il 30,65% e tra i 20 ed i 24 anni sono il 28,14%. Di seguito vi sono le persone tra i 30 ed i 34 anni (21,87%), mentre le altre fasce d'età vedono ognuna meno del 10% delle persone presentatesi per la prova con l'etilometro (Figura 3).



L'età media delle persone che effettuano il test è di $27,91 \pm 7,14$ anni, con età che variano tra i 15 e gli 78 anni. Quella degli uomini è di $28,16 \pm 7,24$ anni, con età comprese tra i 15 ed i 78 anni, e quella delle donne è di $26,85 \pm 6,63$ anni, con età comprese tra i 16 ed i 68 anni. Sostanzialmente non vi sono particolari differenze rispetto all'età tra donne e uomini quando si presentano per la prova con l'etilometro.

Rispetto alle fasce orarie in cui si svolgono le prove, il maggior numero di test (29,26%) è stato effettuato oltre le due di notte ed il 26,32% è stato eseguito durante l'orario degli happy hour tra le 19 e le 22. A seguire, il 21,07% ha effettuato il test tra l'una e le due, il 12,48% tra le 22 e mezzanotte ed infine il 10,87% sono stati eseguiti tra mezzanotte e l'una (Figura 4).



Complessivamente sono state 1761 (54,41%) le persone che si sono presentate per il test che avevano un tasso alcolemico entro il limite legale di 0,5 mg/litro. L'età media di costoro era di $28,53 \pm 8,22$ anni, con età comprese tra i 15 ed i 78 anni. Coloro che invece presentavano invece un tasso superiore al limite legale sono stati 1476 (45,59%). L'età media di costoro era di $27,17 \pm 5,49$ anni, con età comprese tra i 16 ed i 59 anni. Anche se in modo non statisticamente significativo, i soggetti che presentavano un tasso alcolemico al di sopra del limite legale erano un po' più giovani di quelli che l'avevano inferiore.

Rispetto al sesso di appartenenza, 389 donne (pari al 61,94% delle donne) presentavano un tasso inferiore al limite mentre le altre 236 donne (pari al 38,06% delle donne) lo superavano, e 1372 uomini (pari al 52,59% degli uomini) presentavano un tasso inferiore al limite mentre altri 1237 uomini (pari al 47,41% degli uomini) erano al di sopra. Le donne con un tasso alcolemico superiore ai limiti di legge al test si sono presentate in percentuale inferiore agli uomini.

Il livello medio del tasso alcolemico negli uomini che hanno superato il limite legale è di $0,95 \pm 0,42$, superiore rispetto a quello delle donne che risultava essere di $0,86 \pm 0,33$. Questo conferma quanto noto

che le donne bevono di meno degli uomini anche se la differenza non è statisticamente significativa.

Le persone che intendono guidare al rientro a casa prima di sottoporsi al test erano 1186 (36,64%), tra cui 169 donne (pari al 26,91% delle donne) e 1017 uomini (pari al 38,98% degli uomini).

Ben 474 persone (14,64%) intendevano guidare al ritorno a casa ma presentavano un tasso alcolemico superiore ai limiti di legge. Rispetto ai 3237 soggetti che si sono presentati per effettuare il test con l'etilometro, si ha quindi che circa 1 persona su 7 intendeva guidare ma non era nelle condizioni ottimali per farlo. Queste 474 persone corrispondevano anche al 32,11% di tutti coloro che presentano un tasso alcolemico superiore o uguale a 0,5 mg/litro (1476 persone), il che significa che circa 1 persona su 3 che risultava aver bevuto sopra i limiti di legge intendeva anche guidare. Considerando solo coloro che al momento del test intendevano guidare (1186 persone), la percentuale è del 39,97%, ovverosia circa 2 persone su 5 non erano nelle condizioni migliori per poterlo fare.

Tutti i soggetti che hanno effettuato la prova con l'etilometro hanno ricevuto un successivo colloquio di counseling. Tra le 474 persone che intendevano guidare prima

di sottoporsi al test e che risultarono poi avere un tasso alcolemico superiore al limite legale ben 225 sono risultate sensibilizzate, ottenendo così da parte degli operatori di strada di assistere al passaggio della chiave al BOB di turno.

Prima di passare ad analizzare i dati relativi ai soggetti che effettuavano solo il colloquio di counseling senza prova con l'etilometro, vorremmo soffermarci su un fenomeno che si presenta con regolarità, anche se in forma marginale, ma è particolarmente degno di attenzione da parte degli operatori di strada: il test con l'etilometro come "prova di capacità di resistenza alcolica". Con questo termine ci riferiamo a quelle persone che decidono di effettuare il test con l'etilometro dopo aver bevuto smodatamente per "farlo saltare", cioè di raggiungere i valori più alti possibile se non addirittura mandarlo fuori scala. In parte si è tentato di ovviarvi negando l'accesso al test a chi stava ancora bevendo, in parte si è appreso che si tratta di un fenomeno ineludibile e che richiede di essere gestito. Se verificiamo la percentuale delle persone che possono aver affrontato il test con l'etilometro come "prova di capacità di resistenza alcolica" ed individuiamo un cut-off alcolemico come possibile indicatore di questa modalità, considerando coloro che presentano un tasso >2 risultano 35 le persone (pari a all'1,08% del totale delle prove) che superano tale limite. Individuando un tasso limite più basso, ma che di per sé non riteniamo possa essere indicativo del comportamento scorretto, nel valore di un tasso $>1,5$, abbiamo in totale 132 persone che lo superano (pari a al 2,07% del totale delle prove).

Di fatto, anche considerando l'ipotesi numerica peggiore ma poco realistica riguardante le persone che usano dell'etilometro come "prova di capacità di resistenza alcolica", abbiamo la presenza di un fenomeno che possiamo considerare marginale anche se sicuramente importante da un punto di vista delle conseguenze dirette sulla salute ed per i possibili comportamenti a rischio (non necessariamente legati alla guida di mezzi). Entrando maggiormente nel dettaglio e verificando le intenzioni di guida, dei 132 soggetti con un tasso $>1,5$ solo 31 intendevano guidare prima del test e 16 venivano poi sensibilizzati, decidendo così di modificare il comportamento successivo. Tra coloro che presentavano un tasso >2 ,

ben 11 intendevano guidare, ma 9 venivano sensibilizzati, con la conseguente modifica del comportamento previsto. Non sappiamo in realtà cosa sia successo agli altri.

Possiamo così affermare che esiste effettivamente un comportamento "estremo" di alcuni soggetti, che rappresentano sostanzialmente una frangia marginale di persone rispetto al campione complessivo di coloro che svolgono il test. Il dato interessante, confrontando l'intenzione di guida prima e dopo aver effettuato il test, si ha che in questa fascia la percentuale maggiore di risultati positivi alla sensibilizzazione, che è oltremodo l'obiettivo più importante del lavoro degli operatori di strada.

I dati dei colloqui di counseling senza prova con l'etilometro

Le 699 persone (17,76% sul totale dei contatti) che hanno ricevuto un colloquio di counseling senza sottoporsi al test con l'etilometro sono una parte importante delle persone che sono state raggiunte dal progetto. Le persone erano spesso il/la partner di chi si sottoponeva al test con l'etilometro che poteva così condividere le stesse informazioni oppure persone che si fermavano a chiedere informazioni specifiche. L'aumento di questa fascia di popolazione che viene raggiunta dalle informazioni utili ad affrontare i rischi del bere legati al successivo mettersi alla guida permette più capillarmente di svolgere il compito di prevenzione, favorendo la cultura della gestione del rischio di comportamenti pericolosi.

I dati del materiale distribuito

Sono stati assegnati 1091 portachiavi premianti coloro che erano con un tasso alcolemico uguale a zero o al di sotto del limite legale. Inoltre sono stati distribuiti 35 jo-jo, sempre come gadget premiante per coloro che erano al di sotto del limite legale.

Inoltre a disposizione di tutte le persone che si presentavano presso il veicolo degli operatori era possibile ricevere materiale informativo cartaceo relativo agli effetti della cocaina (libretto creato appositamente per le unità di strada) distribuito in 27 pezzi ed un altro opuscolo sull'assunzione di extasy. Accanto a questo materiale vi erano

cartoline informative su una serie di sostanze quali marijuana o hashish, cocaina, ecstasy, eroina, steroidi, Lsd, alcol ed altro con indicati gli indirizzi dei SerT di Portomaggiore e Codigoro. Infine sono stati distribuiti 665 profilattici.

Gli indicatori di efficacia ed efficienza

A conclusione della presentazione dei risultati degli interventi svolti nel 2005, riportiamo gli indicatori utilizzati per la valutazione di efficacia e di efficienza previsti dal progetto. Accanto alla consistenza numerica rilevata per singolo indicatore, qualora fosse possibile, viene presentato anche un indice sintetico di efficienza/efficacia.

In ambito di reazione di efficienza (valutazione di processo):

- iniziative effettuate, di concerto con i gestori, all'interno dei luoghi di divertimento: 25
- uscite effettuate: 31
- contatti: 3936
- test effettuati: 3237
- colloqui di counseling effettuati a soggetti che effettuano il test: 3237, con un indice di efficienza di 1,00
- preservativi distribuiti: 665.

In ambito di reazione di efficacia (valutazione di risultato):

- persone che risultate avere un tasso alcolico alto hanno accettato di non guidare in tali condizioni: 225, con un indice di efficacia di 0,47.

1.4 Conclusioni

L'edizione 2005 del Progetto "Ai Lidi con il camper" ha visto alcune novità sia in campo organizzativo che nelle caratteristiche delle persone che si sono presentate per effettuare la prova con l'etilometro.

Dal punto di vista organizzativo l'elemento caratterizzante questa edizione vede il superamento della sola modalità informativa sui rischi del comportamento di guida dopo l'assunzione di alcolici per passare all'indirizzare le persone verso un comportamento attivo nella gestione del proprio livello di rischio. Tale proposta nasce comunque sulle base dell'esperienza maturata dall'attività degli anni precedenti che ha visto un progressivo consolidarsi sia della conoscenza a livello locale dell'attività del Progetto che una sempre maggiore

acquisizione della necessità di un automonitoraggio di questo comportamento a rischio. Non dobbiamo però dimenticare che un aspetto importante nel favorire lo svolgimento dell'attività è stato dato anche da cambiamenti legislativi quali l'abbassamento del limite del tasso alcolico legale consentito alla guida e l'introduzione della patente a punti. Da questo punto di vista si evidenzia il fatto che il lavoro preventivo non è un lavoro avulso da ogni contesto, ma si realizza in sinergia, o in contrasto in altri casi, con fenomeni, situazioni e regole che finiscono per influenzarlo.

Quest'anno, rispetto agli anni precedenti, si registra un aumento in termini sia percentuali che assoluti delle persone che avrebbero potuto mettere in atto un comportamento a rischio. Di per sé tale dato non è indicativo di un aumento di comportamenti a rischio nella popolazione in generale dato che l'accesso al test è libero, quindi vi è un autoselezione a monte. Si può pensare che vi sia stato un maggiore interesse all'automonitoraggio per ridurre i rischi sia di incidenti che di perdita della patente, il che rimanda ad una maggiore consapevolezza delle conseguenze di un proprio comportamento. Il fatto poi che buona parte di coloro che rientrano nella categoria di rischio diretto (guida al di sopra dei limiti legali) siano stati disponibili a modificare il proprio comportamento dopo la prova del test con l'etilometro ed il successivo colloquio di counseling da parte degli operatori di strada ci sembra deporre a favore dell'utilità e della correttezza del lavoro svolto. Come già sottolineato sopra, sarà importante trovare il modo di individuare le modalità di comportamento da suggerire a quei soggetti che, pur accettando l'opera di sensibilizzazione, non sono però in grado di modificare radicalmente la situazione, cioè cedere la guida, a causa delle condizioni in cui si trovano (essere soli alla guida del mezzo, essere in compagnia ma scegliere di attendere, essere in compagnia ma nessuno è in grado di prendere la guida) e anche l'organizzarsi preventivamente individuando un guidatore sobrio per la coppia o il gruppo che esce e beve, modalità ideale per affrontare questo tipo di rischi, non è una soluzione praticabile in tutte le situazioni.

L'aumento delle donne che hanno bevuto sopra il limite legale, e anche di quelle che in queste condizioni intendevano guidare, è

un fenomeno che viene indicato dalle statistiche nazionali ed internazionali come sempre più diffuso e che trova conferma nel nostro punto di osservazione. Quello che ci interessa sottolineare è l'aumento progressivo nel tempo dell'avvicinarsi delle donne al banchetto in cui si effettuano le prove con l'etilometro, sia da sole che in compagnia. E' importante favorire la possibilità a questa fascia di popolazione di accedere a verifiche di un proprio

comportamento a rischio e potervi far fronte.

In sintesi, possiamo affermare che con l'edizione 2005 il progetto "Ai Lidi con il camper" ha fatto un ulteriore passo avanti nel proporre una modalità attiva di gestione di un comportamento di rischio ed ha raggiunto maggiormente il target di soggetti a rischio che intende contattare con il proprio lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bacchion E., Orlandini D., Perrelli E. (a cura di), Linee guida per l'utilizzo dell'etilometro in ambito preventivo - Regione Veneto, 2001
- 2) Baraldi F. (a cura di) - Giovani e alcol. Un modello di prevenzione per l'abuso alcolico e gli incidenti stradali, FrancoAngeli, 2005
- 3) Canicola L., L'intervento di rete, Liguori, Napoli, 1994
- 4) Cibir M., Orlandini D., Rampazzo L. (a cura di), Alcologia, prevenzione, progettualità regionale, La Garagola, Padova, 2000
- 5) Ferrara S.D. (a cura di), Alcol, droga, farmaci e incidenti stradali, CLEUP, Padova, 1999
- 6) Francescato D., Putton A., Star meglio insieme, Mondadori, Milano, 1995
- 7) Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati: Legge 30 marzo 2001, n. 125, pubblicata sulla G.U. n. 90 del 18 aprile 2001
- 8) Noventa A., Anfilocchi S. e Mangili C. (a cura di), Alcol e guida, ASL Bergamo Servizio per le Dipendenze, U.O. Alcologia 1997-1998
- 9) OMS, Piano d'azione europeo sull'alcol 2000-2005, 1999

2. STUDIO SUL CONSUMO DI COCAINA TRA GLI UTENTI TOSSICODIPENDENTI DEL SERT DI FERRARA

*Cinzia Veronesi, Elena Gazzotti, Natascia Farina, psicologhe SerT Ferrara
Enrico Frozzi, medico SerT Ferrara*

2.1 Introduzione

Molti studi valutano la prevalenza attuale dei disturbi psicopatologici nei tossicodipendenti, senza tenere conto dell'influenza che l'uso delle sostanze e la dipendenza da esse possono avere sullo stato mentale dell'individuo. La disponibilità di una sostanza in grado di fornire immediata gratificazione e sollievo dall'angoscia, oltre che capace di instaurare una forte dipendenza fisica (solo per alcune sostanze) e psichica, può portare, infatti, allo sviluppo di un sistema difensivo, basato su negazione, minimizzazione, razionalizzazione, legato alla volontà o alla necessità di difendere lo stile di vita tossicomano.

Diverse ricerche riscontrano che vi sia un'associazione tra disturbo di personalità, depressione e tossicodipendenza. Vaillant in Psichiatria psicodinamica ha notato che, rispetto agli alcolisti, i politossicomani hanno maggiori probabilità di avere alle spalle un'infanzia instabile, di utilizzare le sostanze come una forma di auto medicazione per sintomi psichiatrici.

Tra i disturbi sono maggiormente rappresentati i disturbi affettivi (depressione e disturbo bipolare). Il disturbo da attacchi di panico prevale tra gli alcolodipendenti, mentre se si considera la classe più estesa dei disturbi d'ansia, risulta che questi sono presenti in una considerevole percentuale di tossicodipendenti da oppiacei (58%).

La schizofrenia appare scarsamente rappresentata tra i soggetti che abusano di sostanze, senza dimenticare però che una considerevole percentuale di pazienti schizofrenici fa (o ha fatto) uso di sostanze (1), e che, d'altro lato, l'assunzione di alcune sostanze (quali anfetamina e cocaina) può slatentizzare in psicosi e/o disturbi psicotici (2).

In genere i disturbi d'ansia, disturbo antisociale e disturbo da deficit di attenzione, sono presenti già prima dell'abuso, mentre altri, quali alcolismo e disturbi affettivi, compaiono dopo l'abuso (3).

Khantzian (4) ipotizza che la cocaina attenui lo stress legato alla depressione, l'iperattività e l'ipomania, mentre l'eroina tenda a ridurre i sentimenti di rabbia.

Khantzian avrebbe individuato quattro categorie di fattori predisponenti all'uso specifico di cocaina: la depressione cronica, la depressione da astinenza da cocaina, un disturbo da deficit da attenzione e una malattia ciclotimica-bipolare. Disturbi psichiatrici (soprattutto disordini affettivi) sembrano aumentare la sensibilità all'abuso di stimolanti. Il 50% dei consumatori di cocaina soddisfano i criteri diagnostici per i disordini dell'umore. Molti ricercatori hanno anche notato che molti pazienti cocainomani avevano una diagnosi di deficit da attenzione. Tra i fattori predisponenti quello più indagato e per il quale ci sono più dati è il disturbo da deficit di attenzione. Questo è caratterizzato da impulsività, mancanza di controllo emotivo, scarsa attenzione, incapacità ad apprendere. Un disturbo di questo tipo nell'infanzia spesso è associato a psicopatologia nella vita successiva. Molti ricercatori hanno riscontrato una più alta percentuale di disturbi di personalità antisociale, comportamento deviante e oppositivo, abuso di sostanza e ansia tra persone con un disturbo da deficit di attenzione in rapporto a persone che non presentavano questa diagnosi.

Alcuni studi riportano che il 35% di persone in trattamento per cocaina soddisfano i criteri per il disturbo da deficit di attenzione (3), che il 23% degli abusatori presentano il disturbo da deficit di attenzione e che il 50% di adolescenti con questo disturbo preferiscono l'utilizzo di cocaina. Sembra che coloro che presentano tale disturbo e che utilizzano cocaina siano più giovani al momento del primo trattamento e che facciano un uso maggiore e più frequente. I maschi costituiscono la maggioranza.

Molti adulti possono manifestare disturbi di personalità e di condotta antisociale come residuo di un disturbo da deficit di attenzione nell'infanzia. Depressione, ansietà e aggressività sono state osservate verificarsi spesso in individui con disturbo

da deficit di attenzione. Bassa stima di sé e depressione sono stati riscontrati negli studi su adolescenti con disturbo da deficit di attenzione, forse come risultato di traumi in famiglia e a scuola che hanno portato a frustrazioni. Altre ricerche hanno riscontrato una elevata aggressività tra gli adolescenti che presentano tale deficit, che potrebbe predisporli alla sperimentazione di droghe. La dipendenza da sostanze di solito provoca un declino nella motivazione, come i comportamenti depressivi e impulsivi.

2.2 La cocaina¹¹

La Cocaina, estere dell'acido benzoico e come tale anche liposubile, agisce sul SNC e nel Periferico, passando facilmente la barriera ematoencefalica. Attiva il rilascio e inibisce la ricaptazione di trasmettitori a livello dei recettori D (-D1,+/-D2): dopamina, norepinefrina e serotonina) nell'area di gratificazione (VTA) aumentandone contemporaneamente il rilascio presinaptico, bloccando in canali per il K e nel miocardio anche per il Na, con conseguente iperpolarizzazione.

L'azione generale è quindi duplice: anestetica per vasocostrizione (att. Recettori D) e stimolante (rilascio/inibizione di catecolamine, con conseguente "Firing" che si irradia dal VTA e dalla zona limbica alla corteccia soprattutto prefrontale.

La cocaina agisce sul SNC come l'anfetamina, la caffeina, la nicotina ma in particolare fino al tremore e alle convulsioni, soprattutto a partire dalle estremità. All'azione di blocco consegue disinibizione ed euforia, diminuzione della risposta motoria e dell'ansietà ma anche della paura legata al senso critico nella valutazione dei segnali esterni. Ad alte dosi si possono avere quadri allucinatori ed episodi psicotici (microzoopsie), soprattutto in associazione ad altri psicotropi e soprattutto in associazione all'alcool etilico (formazione del metabolita epatotossico cocaetilene).

L'azione sul trasmettitore serotonina è reputata responsabile anche delle cefalee degli assuntori di cocaina. Il blocco del reuptake inibisce la produzione di dopamina fino alla deplezione, con riflessi sulla memoria. Raramente si nota in emergenza

la comparsa di stato di delirio. Il delirio agisce con inibizione dei recettori D2 e da qui l'ipertermia (la temp è controllata da D1) come nel sovradosaggio da metossiamfetamine.

In gravidanza si può determinare un aborto spontaneo, o un'Abruptio Placentae, ma in generale si osserva nascita prematura, accompagnato da ritardo della crescita Intrauterina, da anomalie cardiache, osteogenesi imperfetta cranica, malformazioni del tratto genito urinario. Il feto è particolarmente esposto a causa della mancata attivazione delle esterasi per poter metabolizzare la BEG (benzoilecgonina).

Il quadro clinico degli effetti e dell'intossicazione acuta si possono così riassumere:

- Infarto (miocardio, SNC, milza, placenta), aritmie cardiache, ipertensione severa transitoria, ictus, iperpiressia convulsioni CAR raddomiolisi;
- Delirio, microzoopsie o sensazioni allucinatorie a carico della cute;
- Depressione per deplezione dopaminergica, iperprolattinemia, diaforesi, ipertermia, midriasi, deplezione Sali e vitamine;
- Anomalie circolatorie nel mesentero (ricco di recettori α_2);
- Nel rene vasospasmo con rischio di infarto, raddomiolisi indotta dall'ipertermia, vasocostrizione e ipotensione secondaria all'ipovolemia;
- Ipoglicemia, acidosi e ipercaliemia;
- Complicanze oftalmologiche quali vasculiti e deficit secondari a vasculiti cerebrali nell'area ottica, occlusione dell'arteria retinica centrale, allucinazioni tattili o visive a carico prevalentemente dell'epidermide. Paranoia, delirio, psicosi tossica (da non confondere con la schizofrenia paranoie). Nella fase astinenziale disforia, depressione e craving.

¹¹ di G. Pierini, Professore associato, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Bologna.

Gli effetti cardiovascolari cominciano subito dopo l'uso di cocaina. Si osserva prima di tutto un effetto cronotropo positivo (aumento della frequenza), isotropo (aumento della forza contrattile) e talora dromotropo (aumento della conducibilità sulle fibre). L'effetto finale è di aumentata resistenza periferica (ipertensione) e di stress sul miocardio. La situazione è aggravata dall'aumentata domanda di ossigeno.

La sintomatologia è dose dipendente anche se per le prime assunzioni gli effetti possono essere severi anche a basse dosi: dolore toracico, palpitazioni, disritmie, dispnea, tachicardia.

Le alterazioni epatiche e la vasocostrizione creano una cascata di eventi, quali l'azione pro-aggregante piastrinica, con deplezione di fattori antitrombotici quali la antitrombina III e la proteina C; la cocaina è anche un potente iperglicemizzante.

Frequentemente l'assunzione di cocaina è associata al consumo di alcolici, questa assunzione contemporanea con l'alcol oltre a provocare una bassa percezione del rischio, determina la formazione di Cocaetilene (Cocaina e etilene) che hanno l'effetto additivo nell'inibire il reuptake di serotonina; questo spiega l'effetto "high" con etanolo.

L'alcol inibisce le Esterasi che metabolizzano la cocaina: se l'etanolo viene assunto prima, la concentrazione plasmatici di cocaina sale del 30%, viceversa la concentrazione dell'alcool cala del 10% per l'azione di vasocostrizione.

2.3 Materiali e Metodi

Il lavoro che qui presentiamo nasce dall'esigenza del SerT di Ferrara di esplorare l'andamento del consumo di Cocaina tra gli utenti tossicodipendenti che erano in carico al SerT di Ferrara nel 2005. A partire da questa popolazione è stato individuato un campione casuale di 100 soggetti ai quali è stato sottoposto un questionario anonimo che ha avuto lo scopo di indagare: la terapia farmacologica assunta, il consumo di Cocaina negli ultimi sei mesi, la frequenza di assunzione, la modalità e, per ultima, la situazione economica degli utenti. Dalle risposte

ottenute al questionario di ingresso relativamente al consumo di cocaina (n=38), lo studio ha approfondito il profilo di personalità di 12 soggetti che hanno dichiarato di aver consumato cocaina negli ultimi sei mesi, attraverso il test di personalità MMPI-2. All'interno dei SerT sono utilizzati diversi test di personalità, proiettivi e oggettivi, tra cui il Rorschach, il Cognitive Behavioural Assessment (CBA) e il Minnesota Multiphasic Personality Inventory/2 (MMPI-2). Il test più utilizzato per ottenere informazioni generali sullo stato della personalità è l'MMPI-2, viene somministrato a tutti gli utenti che usufruiscono del servizio, per la sua completezza e validità. L'MMPI-2 è un test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.

I criteri di inclusione degli intervistati nello studio sono stati: essere in terapia farmacologica, essere in trattamento ambulatoriale nel periodo aprile-maggio 2005.

Il campione selezionato (n=100) risulta essere in prevalenza di sesso maschile (80%), con un'età media di 36 anni, con un'occupazione stabile (33% lavoro dipendente, 17% lavoro autonomo, il 6% un lavoro a tempo determinato).

I soggetti inclusi nello studio seguivano le seguenti terapie: metadone 70%, subutex 14%, altre terapie 3%, alcover 3%, più di una terapia 2%.

Tra i consumatori di Cocaina (38 soggetti), il 16% la utilizza ogni giorno, il 12% più volte alla settimana, l'11% una volta al mese e il 9% una volta alla settimana. La maggioranza assume Cocaina per via endovenosa (il 33% del totale degli intervistati). Il 22% consuma la sostanza in solitudine contro il 14% che la consuma in compagnia e il 15% sia in compagnia che da solo.

Essendo gli utenti in terapia sostitutiva si ipotizza che si sia verificato un cambio di sostanza. Il Metadone e il Subutex non consentono di provare lo "sballo" derivante dall'assunzione di Eroina, quindi, anche per le proposte del mercato, i tossicodipendenti utilizzano Cocaina.

2.4 Risultati

Dai dati raccolti su 100 questionari possono essere individuati 5 gruppi di soggetti in base alle seguenti caratteristiche:

Gruppo 1: soggetti che hanno consumato cocaina negli ultimi sei mesi (con qualunque frequenza) e che sono anche in terapia metadonica (n=26);

Gruppo 2: soggetti che hanno consumato cocaina negli ultimi sei mesi (con qualunque frequenza) dei quali non si sa il tipo di terapia seguita (N=4);

Gruppo 3: soggetti che hanno consumato cocaina negli ultimi sei mesi (con qualunque frequenza) e sono in terapia con alcover o con subutex o hanno altre tipologie di terapie escluso il metadone (n=8)

Gruppo 4: soggetti che non hanno usato cocaina negli ultimi sei mesi e sono in terapia metadonica (n=45);

Gruppo 5: soggetti che non hanno usato cocaina negli ultimi sei mesi e sono in terapia con alcover o con subutex o hanno altre tipologie di terapie escluso il metadone (n=13);

Gruppo 6: soggetti che non hanno usato cocaina negli ultimi sei mesi e dei quali non si sa il tipo di terapia seguita (n=4).

Non verranno riportate le analisi descrittive dei Gruppi 2 e 6 in quanto oltre ad essere di

bassa numerosità includono soggetti per i quali non si hanno informazioni sul tipo di terapia seguita e perciò risultano essere difficilmente classificabili dal punto di vista della sostanza primaria.

Le caratteristiche dei soggetti appartenenti ai principali gruppi individuati sono sintetizzate in Tabella 1.

Tra i soggetti intervistati che dichiarano di aver utilizzato cocaina negli ultimi sei mesi (38 soggetti), sono stati selezionati 12 soggetti ai quali era stato sottoposto il Test MMPI-2, un test di personalità che consente di evidenziare lo stato della personalità, sia nei suoi tratti di normalità che in quelli patologici.

Dall'elaborazione dei test è emerso che un soggetto risulta non avere patologie rilevanti, mentre 11 pazienti presentano disturbi psicologici. In particolare 4 soggetti risultano avere un disturbo antisociale di personalità, 2 soggetti un disturbo di personalità (tipo schizoide) o disturbo psicotico, 2 pazienti con disturbo di personalità passivo aggressivo, 2 con sintomatologia depressiva, 1 con disturbo somatoforme (Fig. 1).

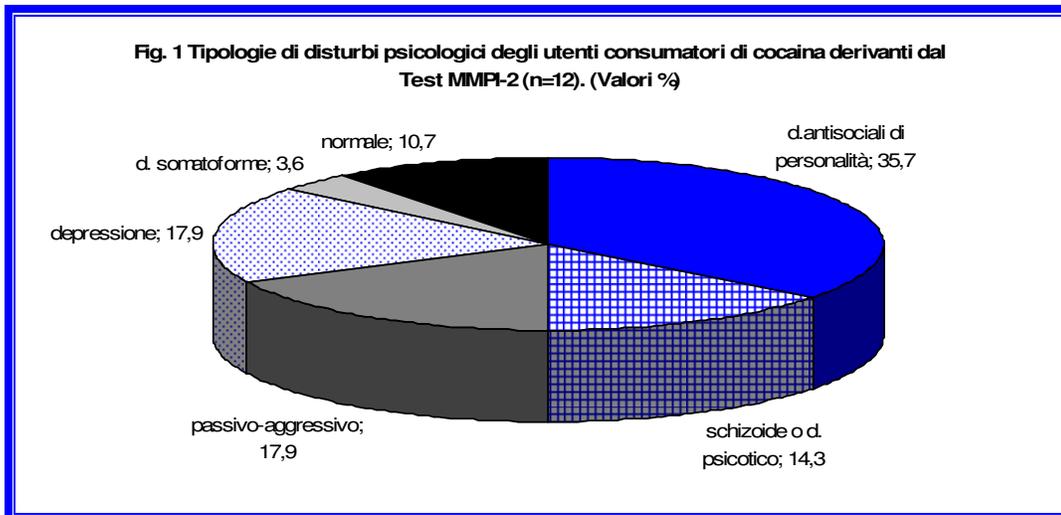
Tab. 1 Caratteristiche dei soggetti appartenenti ai principali gruppi individuati

	Gruppo 1 (n= 26)		Gruppo 3 (n=8)		Gruppo 4 (n=45)**		Gruppo 5 (n=13)**	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sesso								
Maschio	21	80.8	8	100.0	35	77.8	8	61.5
Femmina	5	19.2	0	0.0	8	17.8	5	38.5
Età all'arruolamento								
Media (SD)	33.8 (5,6)		37.5 (6,0)		37.1 (5,8)		36.7 (9,0)	
Frequenza d'assunzione cocaina								
Ogni giorno	6	23.1	1	12.5	-	-	-	-
Una volta a settimana	5	19.2	2	25.0	-	-	-	-
Più volte a settimana	7	26.9	2	25.0	-	-	-	-
Una volta al mese	6	23.1	2	25.0	-	-	-	-
Modalità di assunzione*								
Endovena	19	76.0	4	50.0	-	-	-	-
Sniffata	10	40.0	3	37.5	-	-	-	-
Fumata	4	16.0	1	12.5	-	-	-	-
Q.tà in grammi/die								
da 0,5 a 1	5	19.2	3	37.5	-	-	-	-
da 1,5 a 2	3	11.5	1	12.5	-	-	-	-
da 3 a 5	1	3.8	0	0	-	-	-	-
oltre 5 gr.	1	3.8	0	0	-	-	-	-
Spesa giornaliera (€)								
fino a 50	6	23.1	3	37.5	-	-	-	-
da 51 a 100	4	15.4	2	25.0	-	-	-	-
oltre 100	2	7.7	0	0	-	-	-	-
Con chi la usi?								
da solo	8	30.8	4	50.0	-	-	-	-
in compagnia	7	26.9	1	12.5	-	-	-	-
da solo e in compagnia	9	34.6	2	25.0	-	-	-	-
Anno di accesso al SerT								
anni '80	4	15.4	1	12.5	10	22.2	0	0.0
anni '90	8	30.8	5	62.5	20	44.4	1	7.7
dal 2000	7	26.9	2	25.0	12	26.7	11	84.6
Situazione economica								
occupato	13	50.0	4	50.0	20	44.4	10	76.9
disoccupato	13	50.0	4	50.0	23	51.1	3	23.1
Tipo di lavoro								
autonomo	5	19.2	1	12.5	5	11.1	3	23.1
dipendente	8	30.8	3	37.5	13	28.9	7	53.8
altro	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0
Se lavoratore dipendente^o								
A tempo determinato	1	12.5	1	33.3	4	30.8	0	0.0
A tempo indeterminato	2	25.0	2	66.7	7	53.8	5	71.4
Part time	1	12.5	0	0.0	1	7.7	0	0.0

* multiresponse

** gruppi che dichiarano di non aver fatto uso di cocaina negli ultimi sei mesi

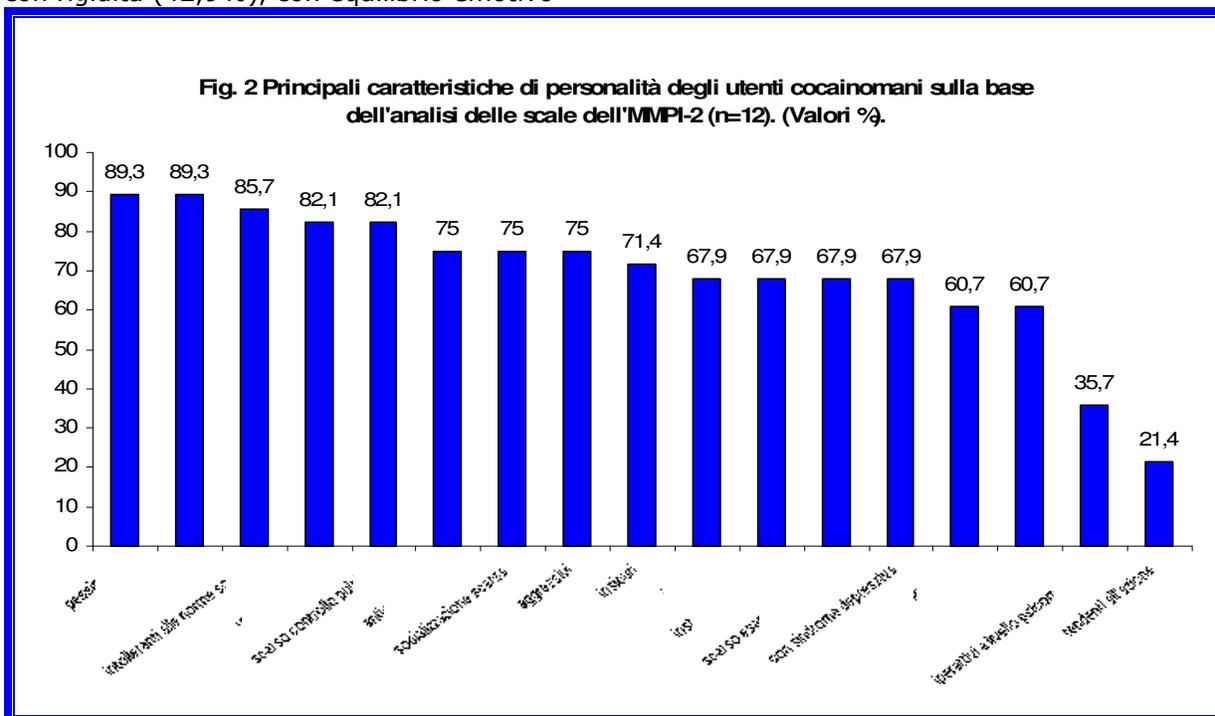
^o percentuali calcolate sul totale dei soggetti che dichiara di svolgere un lavoro dipendente



Visionando i Rapporti Narrativi si può concludere che gli utenti che hanno compilato l' MMPI-2 (n=12) e che fanno uso di cocaina risultano: sinceri e poco inclini al conformismo e alla compiacenza sociale (75% sinceri, 25% compiacenti), iperattivi a livello psicomotorio (35,7%), avere variazioni dell'umore (82,1% umore instabile), pessimisti (89,3%); irritabili (67,9%), tendenti alla riflessione (78,6%) rispetto all'azione (21,4%), intolleranti verso le norme sociali (85,7%), con socializzazione scarsa (75%), aggressivi (75%), insicuri (71,4%), diffidenti (60,7%), con rigidità (42,9%), con equilibrio emotivo

instabile (67,9%), con scarso esame di realtà (67,9%), con sindrome depressiva (67,9%), con difficoltà nel controllo delle pulsioni (82,1%), ansiosi (89,3%), con somatizzazioni (60,7%), con preoccupazioni ipocondriache (28,6%).

La Figura 2 descrive le caratteristiche che emergono nell'analisi delle scale di base e di contenuto degli M.M.P.I.-2 somministrati agli utenti ordinate per frequenza nelle risposte date.



L'analisi dei dati fa emergere un profilo di personalità con le seguenti caratteristiche: ansia con possibile somatizzazione e forti tratti di insicurezza; rallentamento motorio; instabilità dell'umore con mancanza di equilibrio emotivo, tratti depressivi e di pessimismo, alternati a stati maniacali; scarso esame della realtà; scarsa socializzazione con diffidenza, aggressività irritabilità, tendenza al soddisfacimento immediato delle pulsioni con conseguente difficoltà ad accettare le norme sociali. Tali connotazioni possono essere precedenti all'abuso di cocaina o possono essersi sviluppati in conseguenza a tale dipendenza.

2.5 Conclusioni

Il consumo di Cocaina è sempre stato visto come momento ricreativo, di aggregazione sociale, una dipendenza che non arrivava a compromettere le relazioni interpersonali e la vita quotidiana. Negli ultimi anni la funzione di tale sostanza è cambiata (vista la diversa modalità di assunzione e il ruolo che occupa per il tossicodipendente), ciò è dimostrato dalle caratteristiche di personalità che emergono dai profili dei cocainomani (problematicità sociali e relazionali).

Alla luce dei dati analizzati si può ipotizzare che, nel campione, sia avvenuto un cambio di sostanza (dall'Eroina alla Cocaina), per altro confermato dall'esame dei metaboliti urinari. Nello specifico emergono tre tipologie di consumatori: cocainomani puri, cocainomani in trattamento con sostitutivi, cocainomani misti che utilizzano contemporaneamente cocaina ed eroina.

I risultati emersi dallo studio confermano i dati generali sul profilo di personalità del cocainomane caratterizzato da problematiche emotive ed affettive con tendenze alla depressione, al disturbo di personalità antisociale con difficoltà a relazionarsi con gli altri ed a accettare le norme sociali, impossibilità nel controllo pulsionale, aggressività, irritabilità e diffidenza, disturbo d'ansia con presenza di somatizzazioni, esame di realtà scarso con possibile ritiro autistico e sviluppo di psicosi deliranti.

Le problematicità precedenti la dipendenza possono essere: disturbi affettivi (bipolare,

depressione) e del tono dell'umore; disturbi d'ansia; deficit di attenzione e iperattività nell'infanzia che porta nell'età adulta ad un possibile sviluppo di un disturbo di personalità antisociale.

L'utilizzo ripetuto e costante di Cocaina può portare alla slatentizzazione di psicosi, deliri, allucinazioni e paranoie. La Cocaina attenua lo stress che deriva da depressione, iperattività e ipomania.

Dato l'aumento dell'abuso della cocaina è necessario strutturare terapie psicologiche calate su tale utenza specifica ed eventualmente studiare l'uso di farmaci che si interfacciano su queste problematiche.

Attualmente non esiste una terapia farmacologica sostitutiva come ad esempio il Metadone per l'eroina né un antagonista per bloccare l'azione della Cocaina e impedire il suo legame con i recettori del cervello. Al riguardo sono state svolte ricerche per valutare come alcuni farmaci possano essere di aiuto nell'ambito di un processo terapeutico integrato medico-psicologico. In alcuni studi sono stati somministrati antidepressivi ad un campione e placebo al gruppo di controllo. I dati non risultano, però, significativi nel dimostrare che l'utilizzo di antidepressivi, in caso di dipendenza da Cocaina, possano favorirne l'astinenza (5). Quando il paziente è astinente possono essere utili gli SSRI per mantenere più elevato il tono dell'umore e tollerare meglio il down psicologico da assenza di sostanza.

In altri studi è stato utilizzato il Disulfiram, farmaco impiegato nella riduzione dell'uso di alcol, in cocainomani (3). I risultati sono incoraggianti, infatti tale farmaco aumenta gli effetti sgradevoli prodotti di norma dalla Cocaina (ansia, disforia, paranoia, effetti cardiovascolari) (6). Questi effetti possono essere giustificati con l'aumento dei livelli plasmatici della Cocaina conseguente alla inibizione del metabolismo di questa ultima operato dal Disulfiram. Sono attualmente in corso ricerche per verificare l'efficacia e la sicurezza del Disulfiram, rispetto al placebo. Un'altra possibilità nel trattamento dell'abuso di cocaina è stata verificata utilizzando il Baclofen, un agonista del recettore GABA B, che sembra capace di inibire il rilascio dei neurotrasmettitori coinvolti nel comportamento di abuso e dipendenza. Dopamina, Noradrenalina, Serotonina, Glutamato, e per queste

caratteristiche può rappresentare una risorsa (7).

Esiste anche un vaccino sperimentale già provato in Gran Bretagna, che è in grado di bloccare il senso di piacere a chi fa uso di Cocaina, che sembra avere degli effetti positivi sulla prevenzione delle ricadute.

I risultati degli studi sperimentali condotti da Thomas Kosten alla Yale University (8) sembrano essere promettenti, infatti il 58% dei pazienti ha smesso di usare Cocaina per più di tre mesi e i tre quarti di coloro che avevano smesso l'uso della sostanza non hanno più ripreso.

Attualmente tali pazienti vengono trattati attraverso colloqui di sostegno, psicoterapia individuale e familiare. Le prospettive future che si intendono intraprendere, viste anche le recenti ricerche che confermano la positività di tale esperienze, riguardano le terapie integrate di gruppo, già utilizzate all'interno del Ser.T. per tutte le dipendenze.

I servizi preposti alla cura delle dipendenze patologiche sono conformati sulla tipologia dell'eroinomane. Per esso l'attuale impostazione dei Servizi risulta adeguata, mentre, per i pazienti cocainomani, è necessario un luogo specifico per la diagnosi e la cura non stigmatizzato da una cornice di deriva sociale. Gli assuntori di cocaina, non coinvolti nello stigma della tossicodipendenza o che per personale mancanza di consapevolezza non ne prendono atto, non trovano alternative possibili nel pubblico continuando a vivere il loro problema nell'invisibilità con il rischio di costi sanitari e sociali molto alti per il futuro. Per tali motivi è necessario promuovere tali gruppi di auto-aiuto in strutture che non sono all'interno dei Ser.T.

proprio per arrivare ad accogliere tutti i fruitori di cocaina.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Galanter M, Dermatis H, Keller D, Trujillo M; Network therapy for cocaine abuse: use of family and peer supports, *Am J Addict.* 2002; 11 (2): 161-6.
- 2) Brady KT et al.; Carbamazepine in the treatment of cocaine dependence: subtyping by affective disorder, *Exp Clin Psychopharmacol.* 2002; 10 (3): 276-85.
- 3) Carroll KM, Rounsaville BJ; History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers, *pr Psychiatry.* 1993; 34 (2): 75-82;
- 4) Khantzian EJ; Self-regulation factors in cocaine dependence-a clinical perspective, *NIDA Res Monogr.* 1991; 110:211-26.
- 5) Lima AR, Reisser AA, Soares BG, Farrell M; Antidepressants for cocaine dependence, *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (4):CD002950.
- 6) Hameedi FA, Rosen MI, MC Cance-Katz EF, et al.; Behavioral, physiological, and pharmacological interaction of cocaine and disulfiram in humans, *Biol Psychiatry.* 1995; 37 (8):560-3.
- 7) Pani PP, Agus A, Carboni GF, Loi A, I trattamenti per la patologia da cocaina; SerT Ausl 8 Cagliari e Dipartimento di Neuroscienze "Bernard B. Brodie" Cagliari, Torino 2001.
- 8) Kosten T, Sofuoglu M, et al.; Desipramine treatment for cocaine dependence in buprenorphine- or methadone-treated patients: baseline urine results as predictor of response, *Am J Addict.* 2005; 14 (1):8-17.

ALLEGATO STATISTICO

UTENZA IN CARICO AI SERT DELL'AZIENDA USL DI FERRARA¹²

Allegato 1 – Utenti Tossicodipendenti

Allegato 2 – Utenti Alcolodipendenti

Allegato 3 – Utenti Tabagisti

¹² Statistiche ufficiali inviate al Ministero della Salute e all'Osservatorio Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna

Allegato statistico 1 – Utenti Tossicodipendenti

Tab. 1.1 – Utenti tossicodipendenti in carico ai SerT (Anni dal 1991 al 2005)

Anni	Totale utenti	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale variazione % (base = 1991)	Totale variazione % (annuale)
1991	689	199	490	-	-
1992	717	220	497	4,1%	4,1%
1993	684	186	498	-0,7%	-4,6%
1994	749	148	601	8,7%	9,5%
1995	814	167	647	18,1%	8,7%
1996	799	145	654	16,0%	-1,8%
1997	806	157	649	17,0%	0,9%
1998	839	163	676	21,8%	4,1%
1999	853	174	679	23,8%	1,7%
2000	867	164	703	25,8%	1,6%
2001	864	143	721	25,4%	-0,3%
2002	888	165	723	28,9%	2,8%
2003	995	214	781	44,4%	12,0%
2004	1001	187	814	45,3%	0,6%
2005	991	176	815	43,8%	-1,0%

Tab. 1.2 – Utenti totali tossicodipendenti in carico distinti per SerT

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

Tab. 1.3 – Nuovi utenti tossicodipendenti in carico distinti per SerT

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento
1991	70	23	10	88	8
1992	77	35	12	80	16
1993	72	18	13	70	13
1994	59	10	41	29	9
1995	39	13	40	38	37
1996	52	18	22	28	25
1997	57	22	26	34	18
1998	52	20	43	33	15
1999	48	15	41	51	19
2000	61	6	33	44	20
2001	54	15	22	40	12
2002	58	20	29	46	12
2003	112	14	26	40	22
2004	66	20	16	49	36
2005	71	14	22	38	31

Tab. 1.4 – Utenti tossicodipendenti in carico dall’anno precedente distinti per SerT

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento
1991	233	84	38	109	26
1992	239	73	42	129	14
1993	249	75	44	100	30
1994	299	84	36	136	46
1995	300	92	50	166	39
1996	292	95	53	164	50
1997	291	112	59	149	48
1998	316	101	71	144	44
1999	326	97	67	147	42
2000	313	90	71	181	48
2001	332	90	60	187	52
2002	317	104	81	184	37
2003	349	111	93	183	45
2004	365	113	93	198	45
2005	356	120	87	188	64

Tab. 1.5 – Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per SerT

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

Tab. 1.6 – Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per SerT

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

Tab. 1.7 – Utenti in carico distinti per sesso

Anni	Maschi	Femmine	%		Rapporto Maschi/Femmine
			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

Tab. 1.8 – Utenti tossicodipendenti in carico / popolazione generale 15-54 anni per 10.000*

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

* Indicatore che misura la capacità di ritenzione in trattamento e di attrazione di nuovi utenti

** Nel 2005 si è fatto riferimento alla popolazione target 15-54 al 31/12/2004 in quanto non ancora disponibile quella al 31/12/2005

Tab. 1.9 – Utenti in carico distinti per sesso, età e SerT (Anno 2005)

	Ferrara	Copparo	Portomaq.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi						
Maschi	61	11	18	33	26	149
Femmine	10	3	4	5	5	27
Maschi/Femmine	6,1	3,7	4,5	6,6	5,2	5,5
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	11	1	3	6	3	24
20-24 anni	20	3	7	9	7	46
25-29 anni	14	4	4	8	7	37
30-34 anni	10	3	3	7	7	30
35-39 anni	10	3	3	4	2	22
>39 anni	6	0	2	4	5	17
Età media	27,2	28,4	27,2	27,5	28,6	27,6
Già in carico						
Maschi	303	103	74	164	55	699
Femmine	53	17	13	24	9	116
Maschi/Femmine	5,7	6,1	5,7	6,8	6,1	6,0
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	0	1	2	1	1	5
20-24 anni	24	10	9	13	7	63
25-29 anni	36	17	20	42	19	134
30-34 anni	75	25	10	44	16	170
35-39 anni	107	29	16	53	14	219
>39 anni	114	38	30	35	7	224
Età media	34,6	33,8	32,8	32,8	31,0	33,6
Totale						
Maschi	364	114	92	197	81	848
Femmine	63	20	17	29	14	143
Maschi/Femmine	5,8	5,7	5,4	6,8	5,8	5,9
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	11	2	5	7	4	29
20-24 anni	44	13	16	22	14	109
25-29 anni	50	21	24	50	26	171
30-34 anni	85	28	13	51	23	200
35-39 anni	117	32	19	57	16	241
>39 anni	120	38	32	39	12	241
Età media	33,3	33,2	31,7	31,9	30,3	32,5

Tab. 1.10 – Nuovi Utenti in carico distinti per stato civile, titolo di studio, situazione economico-lavorativa distinti per SerT (Anno 2005)

	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Stato civile						
Celibi/nubili	57	13	21	31	25	147
Separati/divorziati	3	1	1	4	3	12
Coniugati	6	0	0	3	3	12
Vedovi	0	0	0	0	0	0
Titolo di studio						
Nessun titolo	0	1	0	0	0	1
Elementare	2	0	1	3	0	6
Media Inferiore	31	8	13	21	20	93
Professionale	19	2	3	7	3	34
Media superiore	13	2	5	6	6	32
Parauniversitario	0	0	0	1	0	1
Laurea	2	1	0	0	2	5
Attività lavorativa						
Lavoro regolare	32	5	12	24	19	92
Disoccupato	14	7	5	7	7	40
Lavori saltuari	5	1	0	4	4	14
Studente	8	1	5	2	1	17
Casalinga	0	0	0	1	0	1
Altro	6	0	0	0	0	6
Situazione abitativa						
Famiglia di origine	35	8	15	25	13	96
Famiglia acquisita	8	2	2	4	12	28
Solo	9	0	1	3	3	16
In carcere	14	1	0	1	0	16
In struttura di acc.	1	1	2	2	3	9
Altro	4	2	2	0	0	8
Situazione giuridica						
Incensurato	47	10	15	33	22	127
Denunce o condanne	4	1	4	2	7	18
Carcerazioni	15	0	0	2	0	17
Forme alternative	1	2	1	1	2	7

Tab. 1.11 – Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d’abuso primaria (V.A.)

Sostanza primaria	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Allucinogeni	2	3	0	2	10	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	2	0	0	3	7	4	3	1	1	3	1	0	1	0
Barbiturici	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	4	5	8	5	7	23	14	10	4	6	6	6	5	6	3
Cannabinoidi	21	22	24	35	44	43	97	98	129	126	128	139	161	194	189
Cocaina	7	15	15	20	12	7	17	13	18	19	23	40	79	88	103
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eroina	630	635	620	612	673	687	644	690	680	693	681	679	725	685	667
Metadone	0	0	0	0	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0	7	5	7	4	5	10	5	8
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	3	3
Inalanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1
Alcol	1	0	10	32	46	6	4	8	8	10	12	13	12	16	15
Altro/Non indicato	24	35	6	43	18	23	23	2	4	3	4	2	1	2	2
Totale	689	717	684	749	814	799	806	839	853	867	864	888	995	1001	991

Tab. 1.12 – Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d’abuso secondaria (V.A.)

Sostanza secondaria	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Allucinogeni	15	10	22	2	1	3	4	3	1	2	2	4	4	3	1
Amfetamine	0	1	1	2	3	19	5	4	4	1	2	3	4	5	8
Barbiturici	5	3	10	10	7	4	4	3	1	1	1	0	0	0	1
Benzodiazepine	56	62	50	61	91	14	20	38	31	26	20	20	20	20	19
Cannabinoidi	86	178	169	88	67	186	81	86	82	72	86	95	100	88	94
Cocaina	21	27	27	21	22	30	27	50	87	86	103	115	135	155	149
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eroina	19	22	10	11	11	10	11	19	8	46	8	10	27	23	19
Metadone	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	7	8	9	6	6
Morfina	0	0	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	0	0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0	4	12	6	4	9	10	1	1
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inalanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Alcol	23	14	15	56	107	79	52	72	61	55	63	81	89	77	77
Altro/Non indicato	33	29/172	18	8	13	9	18	8	1	1	1	3	1	3	1
Totale	258	518	323	260	323	356	223	289	292	301	298	349	401	381	376

Tab. 1.13 – Rapporto tra sostanza primaria e popolazione target (per 10.000)

Sostanza primaria	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Allucinogeni	0,1	0,2	0,0	0,1	0,7	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamine	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,5	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0
Barbiturici	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,3	0,4	0,6	0,4	0,5	1,7	1,0	0,7	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2
Cannabinoidi	1,5	1,6	1,7	2,5	3,2	3,1	7,0	7,0	9,3	9,1	9,2	10,0	11,6	13,9	13,6
Cocaina	0,5	1,1	1,1	1,4	0,9	0,5	1,2	0,9	1,3	1,4	1,7	2,9	5,7	6,3	7,4
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eroina	45,3	45,6	44,5	44,0	48,4	49,4	46,3	49,6	48,9	49,8	48,9	48,8	52,1	49,2	47,9
Metadone	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Morfina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,5	0,3	0,4	0,7	0,4	0,6
Altri oppiacei	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Inalanti	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Alcol	0,1	0,0	0,7	2,3	3,3	0,4	0,3	0,6	0,6	0,7	0,9	0,9	0,9	1,1	1,1
Altro/Non indicato	1,7	2,5	0,4	3,1	1,3	1,7	1,7	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1

Tab. 1.14 – Percentuale di utenti con almeno una seconda sostanza d'abuso (Valori %)

Poliassunzione	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Utenti con sostanza II°	258	346	323	260	323	356	223	289	292	301	298	349	401	381	376
Totale utenti in carico	689	717	684	749	814	799	806	839	853	867	864	888	995	1001	991
% con almeno una II° sost.	37,4	48,2	47,2	34,7	39,7	44,5	27,7	34,4	34,2	34,7	34,5	39,3	40,3	38,1	37,9

Tab. 1.15 – Andamento dell'utenza tossicodipendente segnalata in base all'Art. 121 e in base all'Art. 75

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Segnalazioni Art. 121	250	210	221	221	147	198	143
Segnalazioni Art. 75	108	112	137	120	127	172	164

Tab. 1.16 – Numero di soggetti inseriti nei diversi tipi di trattamento (V.A.)*

Trattamenti	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Solo psicosociale e riabilitativo	326	297	265	292	332	336	303
Sostegno psicologico	372	274	326	342	366	316	252
Psicoterapia	181	160	171	185	179	152	119
Interventi di servizio sociale	493	439	464	465	520	564	502
Metadone a breve termine	33	33	24	14	8	4	0
Metadone a medio termine	194	223	213	151	174	70	30
Metadone a lungo termine	288	309	294	307	364	450	409
Naltrexone	12	3	7	4	3	2	0
Clonidina	9	0	1	0	0	0	0
Altri farmaci non sostitutivi***	101	114	143	126	109	104	106
Soggetti inseriti in strutture riabilitative**	220	172	141	114	113	93	105
Altri farmaci sostitutivi	n.d.	n.d.	n.d.	62	97	136	137
Totale	2.229	2.024	2.049	2.062	2.265	2.227	1.963

* 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. 1.17 – Numero di soggetti suddivisi per macrotrattamenti (V.A.)

Trattamenti aggregati	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Psico-sociale	1.372	1.170	1.226	1.284	1.397	1.368	1.176
Metadone	515	565	531	472	546	524	439
Altri trattamenti farmacologici	122	117	151	192	209	242	243
Inserimenti in comunità	220	172	141	114	113	93	105
Totale	2.229	2.024	2.049	2.062	2.265	2.227	1.963

Tab. 1.18 – Positività al test HIV degli utenti in carico (V.A.)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Utenti pos. in carico da anni precedenti	136	142	94	99	98	99	100	94	96	98	96
Nuovi utenti pos.	19	9	3	5	5	5	2	2	8	1	3
Utenti pos. in carico da anni /Tot. Utenti in carico da anni (%)	21,0	21,7	14,5	14,6	14,4	14,1	13,9	13,0	12,3	12,0	11,8
Nuovi ut. in carico/Tot. nuovi utenti in carico (%)	11,4	6,2	1,9	3,1	2,9	3,0	1,4	1,2	3,7	0,5	1,7
Utenti in carico pos./Tot. utenti in carico (%)	19,0	18,9	12,0	12,4	12,1	12,0	11,8	10,8	10,5	9,9	10,0

Tab. 1.19 – Positività al epatite C degli utenti in carico (V.A.) *

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Utenti pos. in carico da anni precedenti	382	443	457	443	468	513	523	522
Nuovi utenti pos.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	16	9
Utenti pos. in carico da anni /Tot. Utenti in carico da anni (%)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,2	64,0
Nuovi ut. in carico/Tot. nuovi utenti in carico (%)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,5	5,1
Utenti in carico pos./Tot. utenti in carico (%)	45,5	51,9	52,7	51,3	52,7	51,5	53,8	53,6

* Fino al 2003 sono disponibili solamente i dati sugli utenti totali positivi all'Epatite C

Tab. 1.20 – Cause di decesso degli utenti in carico (V.A.)

Cause di decesso	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aids	16	25	15	26	17	5	6	7	7	3	1	2	4
Overdose	6	9	7	9	5	4	1	7	3	0	2	7	2
Suicidio	2	2	3	0	3	2	1	1	2	2	1	0	0
Incidente stradale	3	6	3	2	3	8	0	4	2	2	2	6	0
Epatopatie	1	0	1	0	3	2	0	4	1	2	2	0	1
Malattie sist. Circolatorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Altro	1	1	3	2	3	0	2	2	1	0	4	1	3
Totale	29	43	32	39	34	21	10	25	16	9	12	16	13

Tab. 1.21 – Età media per causa di morte

Cause di decesso	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aids	33	32	35	36	35	36	38	40	40	39	43	41	42
Overdose	27	29	32	31	27	31	22	36	28	-	26	32	40
Suicidio	31	29	29	-	35	23	39	35	32	36	40	-	-
Incidente stradale	31	26	28	26	28	34	-	30	37	30	47	35	-
Epatopatie	32	-	30	-	41	34	-	39	39	41	45	39	40
Malattie sist. Circolatorio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
Tumore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46
Altro	33	33	38	34	29	-	34	41	36	-	41	41	24

Allegato statistico 2 – Utenti Alcoldipendenti

Tab. 2.1 – Utenti alcoldipendenti in carico ai Servizi (Anni dal 1996 al 2005)

Anni	Totale utenti	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale variazione % (base = 1996)	Totale variazione % (annuale)
1996	79	32	47	-	-
1997	90	38	52	13,9	13,9
1998	86	37	49	8,9	-4,4
1999	114	51	63	44,3	32,6
2000	159	72	87	101,3	39,5
2001	227	99	128	187,3	42,8
2002	294	101	193	272,1	29,5
2003	365	103	262	362,0	24,1
2004	384	112	272	386,1	5,2
2005	391	111	280	394,9	1,8

Tab. 2.2 – Utenti totali alcoldipendenti in carico distinti per Servizio

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento
1996	12	34	27	6	0
1997	12	42	30	6	0
1998	15	43	21	7	0
1999	37	39	23	12	3
2000	60	33	30	22	14
2001	102	44	35	29	17
2002	149	50	43	33	19
2003	188	49	55	46	27
2004	184	55	56	53	36
2005	179	55	54	57	46

Tab. 2.3 – Nuovi utenti alcoldipendenti in carico distinti per Servizio

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento
1996	5	13	8	6	0
1997	7	16	9	6	0
1998	6	16	9	6	0
1999	21	10	11	7	2
2000	31	8	14	8	11
2001	46	20	15	13	5
2002	52	13	10	13	13
2003	46	12	17	16	12
2004	48	18	13	16	17
2005	49	10	15	16	21

Tab. 2.4 – Utenti alcol dipendenti in carico dall'anno precedente distinti per Servizio

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò
1996	7	21	19	0	0
1997	5	26	21	0	0
1998	9	27	12	1	0
1999	16	29	12	5	1
2000	29	25	16	14	3
2001	56	24	20	16	12
2002	97	37	33	20	6
2003	142	37	38	30	15
2004	136	37	43	37	19
2005	130	45	39	41	25

Tab. 2.5 – Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per Servizio

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò	Totale
1996	41,7	38,2	29,6	100,0	0	40,5
1997	58,3	38,1	30,0	100,0	0	42,7
1998	40,0	37,2	42,9	85,7	0	43,0
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

Tab. 2.6 – Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per Servizio

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò	Totale
1996	1,4	1,6	2,4	0,0	0	1,5
1997	0,7	1,6	2,3	0,0	0	1,3
1998	1,5	1,7	1,3	0,2	0	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

Tab. 2.7 – Utenti in carico distinti per sesso

Anni	Maschi	Femmine	% Maschi	% Femmine	Rapporto 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

Tab. 2.8 – Utenti alcoldipendenti in carico / popolazione generale 15-64 anni per 10.000*

Anni	Totale utenti/ Pop. target 15-64 anni	Nuovi utenti/ Pop. target 15-64 anni
1996	3,25	1,32
1997	3,70	1,58
1998	3,61	1,55
1999	4,84	2,16
2000	6,82	3,09
2001	9,84	4,29
2002	12,82	4,41
2003	16,04	4,53
2004	16,94	4,94
2005**	17,22	4,89

* Indicatore che misura la capacità di ritenzione in trattamento e di attrazione di nuovi utenti

** Nel 2005 si è fatto riferimento alla popolazione target 15-64 al 31/12/2004 in quanto non ancora disponibile quella al 31/12/2005

Tab. 2.9 – Utenti in carico distinti sesso, età e SerT (Anno 2005)

	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi						
Maschi	27	7	13	10	17	74
Femmine	22	3	2	6	4	37
Maschi/Femmine	1,2	2,3	6,5	1,7	4,3	2,0
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	3	1	2	1	2	9
30-39 anni	10	1	3	7	6	27
40-49 anni	11	2	6	5	5	29
50-59 anni	13	3	1	2	4	23
>59 anni	12	3	3	1	4	23
Età media	47,4	48,9	43,4	41,0	44,4	45,5
Già in carico						
Maschi	90	29	27	26	17	189
Femmine	40	16	12	15	8	91
Maschi/Femmine	2,3	1,8	2,3	1,7	2,1	2,1
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	7	2	1	2	3	15
30-39 anni	31	8	8	9	5	61
40-49 anni	43	13	8	16	5	85
50-59 anni	31	10	13	8	7	69
>59 anni	18	12	9	6	5	50
Età media	45,4	47,9	48,6	45,4	45,8	46,3
Totale						
Maschi	117	36	40	36	34	263
Femmine	62	19	14	21	12	128
Maschi/Femmine	1,9	1,9	2,9	1,7	2,8	2,1
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	10	3	3	3	5	24
30-39 anni	41	9	11	16	11	88
40-49 anni	54	15	14	21	10	114
50-59 anni	44	13	14	10	11	92
>59 anni	30	15	12	7	9	73
Età media	46,0	48,1	47,2	44,2	45,2	46,1

Tab. 2.10 - Andamento storico dei consumi. (Periodo 1997 - 2004. Valori %)*

Bevanda d'abuso	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Superalcolici	8,9	9,3	4,4	2,5	4,8	7,5	9,3	10,7	10,0
Vino	75,5	76,7	75,5	79,2	74,9	73,8	72,6	71,1	68,3
Birra	7,8	10,5	15,7	12,6	11,9	13,9	12,9	13,5	15,9
Aperitivi, amari, digestivi	2,2	0	0	0	1,8	3,4	4,1	4,4	5,1
Altro	0	0	4,4	5,7	6,6	1,4	1,1	0,3	0,8

* Non sono state riportate le percentuali relative al "Non indicato". Sono stati riportati i dati solamente per gli anni in cui esiste omogeneità nelle schede di rilevazione GIAS.

Tab. 2.11 - Andamento storico dei trattamenti. (Periodo 1997 - 2004. Valori %)*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Medico-farmacologico	43,2	45,8	40,9	38,9	38,0	38,6	37,6	39,7	55,0
Counseling all'utente o alla famiglia	13,6	14,0	9,1	22,7	22,6	19,8	19,5	20,7	11,5
Trattamento socio-riabilitativo	11,4	12,2	3,5	9,1	12,1	13,7	16,4	16,1	13,0
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	3,4	3,0	13,9	6,2	7,5	8,3	9,4	7,8	8,3
Psicoterapia individuale	8,5	9,8	24,3	10,8	9,5	8,5	8,5	7,0	3,6
Inserimento in gruppi di mutuo aiuto	15,9	14,6	5,7	7,1	7,3	6,0	4,4	4,9	5,4
Inserimento in strutture	1,7	0,6	1,3	1,1	1,2	1,4	1,6	1,6	2,0
Ricovero ospedaliero	0,6	0	0,9	2,5	1,8	2,5	1,3	0,8	0,6
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0,4	1,4	0	0,2	0	0,1	0,2
Altro	1,7	0	0	0,2	0	0,9	1,3	1,2	0,4

* Sono stati riportati i dati solamente per gli anni in cui esiste omogeneità nelle schede di rilevazione GIAS.

Allegato statistico 3 – Utenti Tabagisti

Tab. 3.1 Caratteristiche socio-anagrafiche e storia dell'abitudine al fumo degli iscritti ai corsi intensivi per smettere di fumare. Anni 2003-2005.

	2003	2004	2005
Sesso (%)			
Maschi	53,8 (n=120)	60,6 (n=174)	61,6 (n=125)
Femmine	46,2 (n=103)	39,4 (n=113)	38,4 (n=78)
Età media (in anni)	49,1 (DS=11,5)	50,3 (DS=11,6)	50,4 (DS=11,5)
Età media d'inizio (in anni)	17,0 (DS=4,5)	17,0 (DS=4,5)	16,9 (DS=5,0)
Numero medio di anni di abitudine al fumo	30,9 (DS=11,5)	32,6 (DS=11,6)	32,4 (DS=12,3)
Numero medio di sig/die	22,6 (DS=10,3)	23,4 (DS=9,5)	22,3 (DS=11,5)
Numero medio di presenze totali	9,9 (DS=5,7)	10,0 (DS=6,1)	9,4 (DS=6,7)
Stato civile (%)			
Coniugati/conviventi	65,5 (n=146)	67,6 (n=194)	65,0 (n=132)
Altro	34,5 (n=77)	32,4 (n=93)	35,0 (n=71)
Scolarità (%)			
Elementare/Media inferiore	49,8 (n=111)	57,8 (n=166)	58,2 (n=118)
Media superiore	41,3 (n=92)	30,0 (n=86)	35,5 (n=72)
Laurea	9,0 (n=20)	12,2 (n=35)	6,4 (n=13)
Professione (%)*			
Pensionato	29,6 (n=66)	31,0 (n=89)	31,3 (n=63)
Operaio	10,8 (n=24)	17,1 (n=49)	24,9 (n=50)
Lavoratore autonomo	13,9 (n=31)	11,1 (n=32)	13,4 (n=27)
Impiegato	12,6 (n=28)	9,1 (n=26)	19,4 (n=39)
Operatore sanitario	13,9 (n=31)	4,2 (n=12)	2,0 (n=4)
Disoccupato	1,3 (n=3)	2,8 (n=8)	3,0 (n=6)
Altro	17,9 (n=40)	24,7 (n=71)	0
Motivazione principale per smettere di fumare (%)			
Salute	79,4 (n=177)	82,2 (n=236)	85,2 (n=173)
Autocontrollo	13,0 (n=29)	12,5 (n=36)	9,9 (n=20)
Esempio	4,5 (n=10)	4,2 (n=12)	1,5 (n=3)
Economia	2,2 (n=5)	0,7 (n=2)	3,0 (n=6)
Motivi estetici	0,9 (n=2)	0,3 (n=1)	0
Fiducia di smettere di fumare grazie al corso (%)			
Scarsa	28,4 (n=46)	33,6 (n=69)	47,7 (n=97)
Media	44,4 (n=72)	32,2 (n=66)	23,2 (n=47)
Alta	27,2 (n=44)	34,1 (n=70)	29,0 (n=59)
Tentativi precedenti per smettere (%)			
Nessun tentativo	28,7 (n=64)	36,9 (n=106)	32,7 (n=66)
1-3 tentativi	60,5 (n=135)	52,3 (n=150)	63,4 (n=128)
>3 tentativi	10,8 (n=24)	10,8 (n=31)	4,0 (n=8)
Test di Fagestrom (FTQ) (%)			
Dipendenza molto bassa (0-2)	4,5 (n=10)	2,8 (n=8)	6,4 (n=13)
Dipendenza bassa (3-4)	22,9 (n=51)	19,2 (n=55)	22,7 (n=46)
Dipendenza media (5-6)	42,6 (n=95)	43,9 (n=126)	41,4 (n=84)
Dipendenza alta (7-8)	25,1 (n=56)	27,2 (n=78)	18,7 (n=38)
Dipendenza molto alta (9-10)	4,9 (n=11)	7,0 (n=20)	10,8 (n=22)
Contatti con fumatori:			
In casa (%)			
Sì	46,2 (n=103)	44,3 (n=127)	48,3 (n=98)
No	53,8 (n=120)	55,7 (n=160)	51,2 (n=104)
Al lavoro (%)			
Sì	56,5 (n=126)	48,4 (n=139)	50,7 (n=103)
No	43,5 (n=97)	51,6 (n=148)	48,3 (n=98)
Nel tempo libero (%)			
Sì	71,7 (n=160)	81,2 (n=233)	78,3 (n=159)
No	28,3 (n=63)	18,8 (n=54)	21,7 (n=44)

* Le ricodifiche delle attività lavorative sono cambiate nel 2005. Negli anni precedenti erano presenti categorie come "Altro lavoro dipendente" oppure "Altro non studente" che sono state fatte confluire nella categoria "Altro".

Tab. 3.2 Esito dei frequentanti ad almeno 3 incontri dei corsi per smettere di fumare dei Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara. Anni 1999-2004.*

	Maschi	Femmine	Totale
Esito a fine corso (%)			
Fuma	20,4 (n=89)	22,8 (n=80)	21,4 (n=169)
Non fuma	77,3 (n=338)	76,4 (n=268)	76,9 (n=606)
Non verificabile	2,3 (n=10)	0,9 (n=3)	1,6 (n=13)
Esito a 2 mesi (%)			
Fuma	25,4 (n=111)	29,6 (n=104)	27,3 (n=215)
Non fuma	69,3 (n=303)	66,7 (n=234)	68,1 (n=537)
Non verificabile	5,3 (n=23)	3,7 (n=13)	4,6 (n=36)
Esito a 5 mesi (%)			
Fuma	32,5 (n=142)	38,5 (n=135)	35,2 (n=277)
Non fuma	57,4 (n=251)	55,0 (n=193)	56,3 (n=444)
Non verificabile	10,1 (n=44)	6,6 (n=23)	8,5 (n=67)
Esito a 8 mesi (%)			
Fuma	32,7 (n=143)	39,3 (n=138)	35,7 (n=281)
Non fuma	49,0 (n=214)	49,0 (n=172)	49,0 (n=386)
Non verificabile	18,3 (n=80)	11,7 (n=41)	15,4 (n=121)
Follow up a 1 anno (%)			
Fuma	36,6 (n=160)	41,3 (n=145)	38,7 (n=305)
Non fuma	41,4 (n=181)	43,6 (n=153)	42,4 (n=334)
Non verificabile	22,0 (n=96)	15,1 (n=53)	18,9 (n=149)

* Non è stato possibile inserire gli esiti relativi ai frequentanti nell'anno 2005 perché sono ancora in corso le verifiche.

Questa pubblicazione è stata realizzata dall'Azienda USL di Ferrara

Coordinamento, editing e progetto grafico:
Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
Via F. del Cossa, 18
44100 Ferrara

Chiuso in Settembre 2006

La riproduzione di questo documento è vietata tutti i diritti sono riservati.

L'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Patologiche

L'Osservatorio si occupa della raccolta ed elaborazione dei dati di tutti i SerT, Centri Alcolologici e Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara e della loro diffusione. 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. La responsabile dell'Osservatorio coordina e gestisce il sistema gestione della qualità dei SerT certificato UNI EN ISO 9001:2000.

Le principali funzioni dell'Osservatorio sono:

- Stimare la dimensione del fenomeno delle dipendenze patologiche nella popolazione
 - Monitorare l'andamento e l'evoluzione dell'utenza dei SerT
- Sorvegliare gli effetti della dipendenza sulla salute in termini di morbosità e mortalità
- Valutare la qualità della risposta dei Servizi in termini di efficacia/adequatezza dei trattamenti, efficienza organizzativa e soddisfazione degli utenti
 - Produrre conoscenze sulle caratteristiche sociologiche dell'universo giovanile
 - Valutare gli interventi di prevenzione primaria nelle scuole e sul territorio
 - Diffondere i risultati prodotti attraverso pubblicazioni su libri e riviste
- Collaborare con istituzioni locali, osservatori regionali e nazionali e centri studi.

L'Osservatorio online

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