

Rapporto 2010

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZE PATOLOGICHE



Progetto grafico della copertina a cura di
NOUVELLE Comunicazione & Marketing

R a p p o r t o 2 0 1 0

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

**CONSUMO
PROBLEMATICO
E DIPENDENZE
PATOLOGICHE**

Redazione a cura di

Cristina Sorio Responsabile Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
Luisa Garofani Direttore Programma Dipendenze Patologiche

Si ringraziano per la collaborazione:

Antonio Mosti, Direttore Programma Dipendenze Patologiche Azienda Usl di Piacenza,
Sabina Tassinari, Responsabile dell'Osservatorio Giovani del Comune di Ferrara,
Filomena CATERA, Roberta Sivieri (SerT Distretto Sud Est), Paola Giacometti, Ciro Garuti (SerT
Distretto Ovest), Rosangela Giovannini, Rosella Occhiali, Antonio Bimbo, Luca Rossin, Ilaria
Galleran, Loredana Liverotti, Donata Soffritti, Gabriella Antolini (SerT Distretto Centro Nord),
Silvia Barbaro (Spazio Giovani Ferrara), Luigi Grotti, Beatrice Rovigatti, Alessandro Costantini,
Alberto Urro, Tanja Bettoli, Ilaria Vaccari, Andrea Strocchi (Promeco).

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

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

INDICE

PREFAZIONE a cura del Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato
Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

INTRODUZIONE a cura del Direttore del Programma Dipendenze Patologiche

1. L'ADOLESCENZA: UNA RIFLESSIONE A TUTTO CAMPO

1.1 I PARADIGMI INTERPRETATIVI DELL'ADOLESCENZA

Modelli dinamici	pag. 17
Studi antropologici	pag. 18
Modelli interazionisti	pag. 18
Fattori di rischio e fattori di protezione	pag. 20

1.2 STILI DI VITA DEGLI ADOLESCENTI FERRARESI

Adolescenti a confronto	pag. 22
Giovani donne	pag. 23
Quindici passi	pag. 23
Adolescenti e sessualità	pag. 23
Abitudini motorie, sportive, alimentari degli adolescenti	pag. 24
Lo specchio delle donne	pag. 25

1.3 I CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE NEI GIOVANI STUDENTI DELLA SCUOLA MEDIA SUPERIORE

Consumi di sostanze legali e illegali nella popolazione studentesca	pag. 26
Fattori predittivi del consumo problematico precoce	pag. 27
	pag. 33

2. CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZA PATOLOGICA

2.1 INTRODUZIONE pag. 39

2.2 LA DIFFUSIONE DEL CONSUMO PROBLEMATICO DI DROGHE

Prevalenza e Incidenza	pag. 42
Le sostanze d'abuso	pag. 43
Giovani consumatori e nuove dipendenze	pag. 47
I percorsi terapeutici	pag. 49
Le patologie infettive correlate al consumo di droga	pag. 51
La Mortalità droga-correlata	pag. 53

2.3 ALCOL: MODELLI DI CONSUMO E PROBLEMI ALCOLCORRELATI	
Il bere giovane	pag. 57
Consumo rischioso, dannoso e alcoldipendenza	pag. 59
Il fenomeno dell'alcolismo nella provincia di Ferrara	pag. 61
Le patologie associate al consumo di alcol	pag. 65
La mortalità alcol-correlata	pag. 66

2.4 DISTURBO MENTALE E DA ABUSO DI SOSTANZE	pag. 68
Analisi delle caratteristiche dei pazienti SerT con disturbi psichiatrici	pag. 69
Discussione	pag. 70

3. NUOVE REALTÀ ORGANIZZATIVE

3.1 INTRODUZIONE	pag. 73
-------------------------	---------

3.2 SINERGIA TRA SERT E SPAZIO GIOVANI	pag. 74
-----------------------------------------------	---------

3.3 PROGRAMMI DI AREA EDUCATIVO-PREVENTIVA	
Punto di Vista: l'operatore a scuola	pag. 75
Asterix: Progetto per gruppi di Adolescenti in difficoltà	pag. 79
Essere Genitori: un servizio di consulenza	pag. 82

3.4 TRATTAMENTI CLINICO-TERAPEUTICI	
Il percorso adolescenti del SerT di Ferrara	pag. 85
Giovani inviati dalla Prefettura: l'esperienza del SerT di Copparo	pag. 86
Il Gruppo di approfondimento sulla relazione madre-figlio	pag. 88

3.5 INTERVENTI DI PROSSIMITÀ	
Atelier creativi	pag. 90

4. LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI

4.1 STUDIO SULL'ESITO DEI TRATTAMENTI TERAPEUTICI PER LA CURA DEL CONSUMO PROBLEMatico E LA DIPENDENZA DA COCAINA	
Materiali e Metodi	pag. 93
Popolazione in studio	pag. 94
L'esito dei percorsi terapeutici	pag. 98
Fattori predittivi della compliance al trattamento	pag. 104
Discussione	pag. 107

4.2 UNA RICERCA ESPLORATIVA SUL GAMBLING PATOLOGICO IN UTENTI TOSSICODIPENDENTI ED ALCOLDIPENDENTI	
Materiali e Metodi	pag. 109
La popolazione in studio	pag. 110
Risultati	pag. 111
Discussione e Conclusioni	pag. 112

5. ALLEGATO STATISTICO

5.1 Utenti in carico ai SerT per consumo o dipendenza da droghe	pag. 117
5.2 Utenti in carico ai Centri Alcolologici per consumo problematico di alcol	pag. 155
5.3 Utenti in carico per problemi correlati al gioco patologico	pag. 173
5.4 Utenti in carico ai Centri Antifumo per problemi correlati all'uso di tabacco	pag. 175
5.5 Utenza totale inserita nelle comunità terapeutiche della provincia di Ferrara	pag. 181
5.6 Utenza in carico ai SerT con trattamento in strutture residenziali	pag. 183

Prefazione

Nel 2009 è stato sottoscritto un accordo quadro tra Azienda USL di Ferrara e Università di Ferrara per quanto riguarda la creazione di Dipartimenti Integrati per i servizi sanitari e sociali, per le attività di prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze patologiche. Tale accordo sottolinea inoltre la proficua collaborazione sui temi della ricerca e della didattica. Diventa così operativo nel 2010 a Ferrara il primo Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP) della Regione, nel quale confluiscono tutte le competenze degli operatori sulla salute e sui disturbi psichici dei cittadini nelle varie fasi della vita.

Il DAISMDP è quindi una macrostruttura sanitaria complessa che riunisce quattro grandi Unità Operative: la Psichiatria adulti, la Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza (SMRIA), le Dipendenze Patologiche e la Clinica Psichiatrica Universitaria.

Il Dipartimento si avvale del lavoro di circa 400 professionisti (psichiatri, psicologi, educatori professionali, infermieri psichiatrici, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione, etc.), divisi in gruppi integrati tra loro a più livelli, per rispondere alle domande di prevenzione, cura e riabilitazione nel territorio ferrarese.

Se utilizziamo una metafora, il Dipartimento può essere descritto come una "macchina sociale complessa", condotta dagli operatori, nella quale si possono evidenziare due apparati motore, una carrozzeria e una strada da percorrere. Approfondiamo questa metafora.

Il primo motore è quello esistenziale, che nell'unità più piccola si articola nella relazione d'aiuto; una persona ha "bisogno" perché è attanagliata dalla sofferenza, dalla follia, dalla tossicomania e si rivolge ad un'altra persona che è un professionista della salute. Questo "atomo relazionale", con la conseguente alleanza terapeutica, va poi moltiplicato per tutte le persone curate nel Dipartimento e per le relative famiglie.

Questa articolazione "esistenziale di base" è di fatto un fenomeno biopsicosociale, quindi la cura, intesa come "buona prassi", può essere solo biopsicosociale. Curare, prendersi cura di qualcuno vuol dire allora esercitare sia il sapere medico "scientifico" basato sulle evidenze (diagnosi, terapia, riabilitazione), ma anche esercitare l'artigianato della comprensione empatica, che è la base di tutta la relazione, da persona a persona, da persone a persone (lavoro d'équipe e lavoro con le famiglie). Questa è l'essenza, esistenziale e biopsicosociale, del nostro lavoro di operatori nel DAISMDP.

Il secondo motore del Dipartimento è quello economico. Il principio di realtà vuole che le "risorse umane" condensate nel primo motore esistenziale corrispondano a precise risorse economiche. Come Dipartimento, per rispondere ai compiti del prendersi cura, non abbiamo bisogno di costosi macchinari dalla tecnologia sofisticata; i professionisti sono gli autentici agenti degli ascolti, dell'empatia critica, delle diagnosi, delle cure e riabilitazioni. Siamo un dipartimento quindi a bassa tecnologia industriale sanitaria, ma ad alta tecnologia umana e relazionale. Dobbiamo evidenziare alcuni elementi di preoccupazione specialmente per il funzionamento del motore economico e di conseguenza anche di quello esistenziale, al quale è indissolubilmente attaccato. Negli ultimi decenni nella società occidentale, e quindi anche in Italia, è cresciuta la richiesta di terapie psichiatriche, psicologiche, counseling, interventi psicoeducativi e farmacologici; la società nel suo insieme è diventata più dura e meno solida/solidale, più "liquida" nei vincoli umani e socio-istituzionali; diventando più efficientista, la società è meno inclusiva rispetto alle differenze ed alle fragilità individuali presenti nei nostri pazienti e relative famiglie.

La crisi socio-economica di questi ultimi anni peggiora tutto il quadro. Il DAISMDP è dentro questo movimento sociale, rapido e contraddittorio, e sta quindi vivendo un passaggio realisticamente difficile, tra aumento delle richieste, contenimento e razionalizzazione dei budget, difficile scelta delle priorità; nello stesso tempo gli operatori del Dipartimento cercano di salvaguardare il rapporto umano con utenti e famigliari, in una logica di "buon artigianato relazionale bio-psico-sociale", mentre tutto spinge prepotentemente verso

prodotti curativi e riabilitativi asettici, anaffettivi, tempi di lavoro di tayloristica memoria, scorciatoie farmacologiche.

Altro elemento della metafora del DAISMDP è la "Carrozzeria" che è costituita dalla sua struttura organizzativa nella quale si raccolgono i tanti gruppi di lavoro degli operatori, nei vari livelli ed integrazioni; le équipes multidisciplinari fanno capo alle quattro grandi Unità Operative: Psichiatria Adulti, Clinica Psichiatrica Universitaria, Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza e Dipendenze Patologiche.

Gli "autisti", i veri conduttori di questa macchina dipartimentale sono la globalità degli operatori, lo "sciame" intelligente e ricco di umanità che lo costituisce; non solo quindi le singole persone, ma più in particolare gli operatori che lavorano giornalmente nelle numerosissime équipes multiprofessionali distribuite su tutto il territorio della Provincia.

Le strade principali che il Dipartimento percorre sono indicate sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia, più in particolare, dai Piani Attuativi della Regione Emilia-Romagna.

Sinteticamente vengono elencati i dieci concetti chiave del Dipartimento:

1. i valori etici fondanti sono: il rispetto umano, l'empatia comprensiva, la garanzia sulle buone prassi scientifiche nell'avvicinare pazienti e famiglie;
2. l'organizzazione dipartimentale deve prevedere un modello bilanciato tra l'area dell'ospedale-residenze e l'area delle attività curative-riabilitative territoriali; deve esserci integrazione tra le due aree al fine di garantire la continuità terapeutica;
3. non bisogna focalizzarsi solo sui disturbi psicotici o sulle tradizionali Dipendenze patologiche, ma anche su altre condizioni di sofferenza, oggi molto più diffuse nella popolazione (disturbi di personalità, disturbi depressivi e delle condotte alimentari);
4. va mantenuta la centralità dei progetti riabilitativi individualizzati e di inclusione sociale: purtroppo, ce lo dicono gli studi epidemiologici, il 10% dei pazienti psichiatrici presenta uno stallo esistenziale e sociale di entità grave e costituisce una delle fasce più vulnerabili della popolazione;
5. il sapere del DAISMDP deve appartenere alla tradizione medica e quindi deve porre attenzione anche alla salute fisica dei pazienti, alle diagnosi differenziali, favorendo una forte integrazione con la medicina di base e con tutte le strutture sanitarie del Distretto e dell'Azienda;
6. da un punto di vista "scientifico", l'approccio migliore è quello basato sulle "prove di evidenza"; questo approccio deve essere inteso come una sintesi creativa tra le conoscenze indicate dalla letteratura internazionale, tra le conoscenze maturate nell'esperienza empatica personale ed anche tra le conoscenze indicate dal paziente stesso e dalla sua famiglia;
7. bisogna dare importanza alla Ricerca ed alla Formazione; uno dei motivi per la costituzione del DAISMDP è la forte integrazione e sinergia con la Clinica Psichiatrica Universitaria;
8. sono necessarie la pianificazione a lungo termine e l'integrazione con tutte le agenzie socio-sanitarie (Comune, Provincia, Regione), sia per lo sviluppo razionale dell'organizzazione dipartimentale nel Distretto, nell'Azienda e nella Comunità, sia per la valutazione dei risultati, sia per la previsione di adeguati finanziamenti;
9. è importante sviluppare sempre più la collaborazione e le sinergie con le associazioni delle famiglie, degli utenti ed in generale del volontariato (Comitato Utenti Famiglie Operatori);
10. l'Accreditamento per la Qualità deve vedere lo sviluppo di quel settore fondamentale che è la valutazione del rischio clinico con l'obiettivo di diminuire gli "eventi sentinella".

Personalmente credo che non possiamo non definirci ottimisti. La riforma psichiatrica italiana, in Emilia-Romagna e a Ferrara, ha avuto la concreta capacità di dire "no" alla istituzione manicomiale e la capacità di attuare un modello dipartimentale di comunità di buon livello, caratterizzato da una molteplicità di esperienze di cura e di riabilitazione biopsicosociale, da un'attenzione alla dimensione terapeutica dell'individuo, del gruppo e dell'istituzione. La svolta è avvenuta trent'anni fa, a noi spetta portarla avanti, coscienti che le espressioni della psichiatria e della Salute Mentale sono sempre figlie del tempo e della società.

E figlia del tempo e della società è anche la scelta strategica di unire le politiche di Salute Mentale a quelle delle Dipendenze Patologiche, sia per i numerosi ambiti di sovrapposizione (promozione della salute, prevenzione, inclusione e comunicazione sociale), sia per le numerose aree in cui la stretta sinergia è il requisito necessario per il successo degli interventi (attività sull'adolescenza, sull'alcolismo, sui disturbi del comportamento alimentare e sulla doppia diagnosi).

Le attività di promozione della salute e di lavoro sociale richiedono continui approfondimenti sull'evoluzione della domanda, in modo da aiutare gli operatori a rispondere con maggior appropriatezza ai fenomeni sociali nella loro evoluzione e supportare il sistema di comunità nella produzione di migliori iniziative per contrastare il diffondersi del disagio sociale.

Per favorire i processi di programmazione e valutazione l'Osservatorio Epidemiologico sulle Dipendenze Patologiche è chiamato a rilevare l'evoluzione dei fenomeni sui consumi delle sostanze e sui comportamenti di addiction.

Il rapporto 2010, che viene qui presentato, risulta di particolare interesse per l'approfondimento del quadro delle dipendenze nella provincia di Ferrara, dedicando particolare attenzione alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive tra i giovani e ai cambiamenti nelle risposte organizzative messe in capo dai servizi, senza dimenticare l'importante tema della valutazione dei livelli di efficacia e di appropriatezza delle cure.

In qualità di Direttore del Dipartimento sono orgoglioso di presentare questo rapporto preparato dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Dipendenze Patologiche sapendo che contribuirà positivamente allo sviluppo di progetti preventivi e curativi a favore della popolazione.

Adello Vanni

*Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato
Salute Mentale e Dipendenze Patologiche*

Introduzione

Crescere nell'epoca delle passioni artificiali

L'ingresso del Servizio per la cura delle Dipendenze Patologiche nel Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, favorisce il riconoscimento e il trattamento di situazioni cliniche complesse, valorizzando come le diverse competenze specialistiche, siano necessarie per affrontare la clinica secondo criteri di adeguatezza ed efficacia.

Nuovi scenari di interpretazione diagnostica e di intervento terapeutico, intrecciano i danni provocati dalle sostanze, anche in giovane età, con le patologie psichiatriche.

Il consumo occasionale, le modalità di autocura, sono forme frequenti tra le giovani generazioni. In particolare l'adolescenza è un'epoca della vita decisiva per la salute intesa secondo la definizione dell'OMS.

Quello che vorrei sottolineare è lo sforzo di attivare percorsi di prevenzione, coordinati insieme (sanità, enti locali, scuola e società civile) per impedire alle giovani generazioni di trovarsi dentro servizi sanitari per adulti che curano patologie croniche come la tossicodipendenza o le patologie psichiatriche.

Così vorrei fare qualche cenno sull'adolescenza per non dimenticare la fatica di essere giovani e per ridurre giudizi frettolosi o indifferenza che spesso accompagnano il senso di impotenza degli adulti.

Ripensare la prevenzione e le strategie per gli interventi precoci

L'adolescenza e la giovinezza sono esperienze estreme, attraversate da passioni sconosciute, pressioni esterne e tentativi coraggiosi di capirci qualcosa; è il tempo dei passaggi verso la conquista della maturità.

Emozioni ambivalenti, vissute intensamente senza strategie, inconfessabili bisogni e desideri urgenti, definiscono fin da subito la natura complessa della vita presente e di quella che verrà; se non fosse che questo è il tempo dei dolori più profondi e delle solitudini più disperate, si potrebbe dire che è la stagione più imprevedibile e affascinante della vita.

Peccato che mentre la viviamo non ne siamo consapevoli.

In questo periodo, si vive un allenamento costante per mantenere l'equilibrio e l'interesse della persona, ogni sua cellula è coinvolta nel compito di produrre e di fronteggiare i cambiamenti. L'impegno psicologico per capire, attraverso l'intuizione, le motivazioni dei comportamenti altrui e le conseguenze che questi hanno su se stessi, è all'apice: un cammino costellato di novità, carico di aspettative e delusioni.

Un enorme esperimento di sintonizzazione collettiva.

In questa straordinaria palestra si imparano "i fondamentali" attraverso i quali ciascuno diventa la persona originale e unica che prenderà posto nel mondo.

Tutti gli esseri umani crescono influenzati dall'interazione tra le potenzialità geneticamente stabilite e i condizionamenti ambientali. Mentre gli ormoni fanno la loro parte sulla biologia del desiderio e sul bisogno di emozioni forti, l'esperienza, che favorisce il pensiero critico e la possibilità di fare le scelte adeguate, non è ancora sufficiente, il cervello, nel suo insieme è in crescita, e cambia struttura fisica, affina continuamente capacità di apprendimento e funzionamento alla ricerca di un adattamento necessario.

La società, l'ambiente familiare, le relazioni affettive, amoroze ci avvolgono come in un bozzolo, e proprio in questo complicato laboratorio si sperimentano difficoltà e fatiche per guadagnare un significato alla vita, tra desiderio, paura e bisogno.

È noto che, deprivazioni affettive, isolamento, istituzionalizzazione, sono fattori di grande svantaggio per lo sviluppo dell'intera persona, così come le avverse condizioni sociali-relazionali avranno ripercussioni negative sulla corretta maturazione del cervello e degli stati emozionali.

Nella crescita possiamo osservare una serie di difficoltà comportamentali e bisogni di compensazione emotiva che possono incentivare il desiderio di sperimentare le sostanze.

Iperattività, impulsività, scarsa capacità di concentrazione, difficoltà scolastiche, sono segnali da leggere come espressione di un disagio; quindi necessitano di una maggiore attenzione piuttosto che di giudizio.

L'incapacità degli adulti di ascoltare i silenzi dei loro figli o allievi, spinge l'adolescente verso uno scorato isolamento a cui spesso risponde con sentimenti di rabbia e sfiducia nelle sue possibilità.

L'avventura di crescere è ricca di imprevisti. Essere in grado di pianificare le azioni e prevederne le conseguenze (attività raggiungibili con la maturità) è sempre nell'aspettativa degli adulti più che in quella degli adolescenti.

La *vulnerabilità* è costantemente presente ed è parte costitutiva dell'adolescenza e della giovane età.

Nonostante sia evidente che fortunatamente gran parte della gioventù non soccombe ad un destino maligno a causa dell'enorme diffusione della droga, dobbiamo responsabilmente occuparci di quella quota di ragazzi sperimentatori di droghe che corrono un grave pericolo di invischiarsi nella dipendenza.

Quale spazio dobbiamo riservarci per ragionare sulla droga? Ha senso parlare di droga? della sua diffusione a basso prezzo e in luoghi sempre più insospettabili? oppure siamo costretti all'assuefazione da inflazione di notizie su questo argomento!

Si riduce così, gradualmente, la percezione del rischio e non solo per gli adolescenti. Non volendo conoscere quali conseguenze questo consumo diffuso porterà, come distorcerà i significati e le speranze di futuro, ci sentiremo tutti molto informati ma per niente pronti ad affrontare un figlio che sulla strada incontra le droghe e decide di provarle.

A quali rischi va incontro un giovane adolescente, nel rincorrere la sua curiosità di sniffare un po' di coca? E se fuma eroina? Che si deve fare?

E sulla "cannabis"? dobbiamo distinguere tra droga leggera o pesante (come si faceva 20 anni fa) o diciamo che è peggio il fumo di sigaretta? E l'alcol? Perché improvvisamente da bevanda socializzante è diventata pericolosa?

Una risposta possibile la stiamo offrendo ai genitori attraverso il punto di ascolto organizzato nelle scuole da Promeco e dal Ser.T e ancora, il Progetto Asterix è dedicato ad interventi precoci con adolescenti e giovani adulti consumatori occasionali di sostanze.

In particolare questo progetto applica un approccio biosistemico e tecniche bioenergetiche per migliorare l'espressività corporea ed emotiva, nell'intento di contrastare apatia, demotivazione e noia. La prevenzione selettiva, è volta a sviluppare i fattori protettivi, ha l'obiettivo di migliorare la percezione delle proprie capacità di affrontare le difficoltà (resilienza), di riuscire a costruire relazioni significative e progetti di vita più adeguati.

È l'offerta di un'esperienza educativa-terapeutica di gruppo, guidata da operatori (psicologi ed educatori) appartenenti a diversi servizi sia sanitari che sociali: SerT, Spazio Giovani, Area giovani, che si rivolge a giovani con problemi di consumo di sostanze o in situazioni di forti difficoltà relazionali tra pari a scuola o in famiglia.

Laboratori, attività ludiche, esercizi bioenergetici, vengono integrati con momenti di elaborazione e approfondimento, rinforzando il potenziale individuale e la dimensione relazionale del gruppo. L'azione terapeutica ha la finalità di ristabilire nel soggetto la capacità di sentire, ricordare, progettare, recuperare energie, decidere, esprimere emozioni (life skills).

La prevenzione ha molte facce e necessita di molti interventi in ambiti diversi: la riduzione della disponibilità della droga, la crescita del senso di responsabilità degli adulti, la capacità di ascoltare gli adolescenti senza giudicarli, la ricerca di nuovi strumenti di coinvolgimento e approfondimento.

L'attività di prevenzione dimostra la sua efficacia nel tempo: è un lavoro lento, volto a cambiare giudizi e comportamenti sfatando luoghi comuni e creando nuovi spazi per nuove culture.

Le dipendenze patologiche

La dipendenza da sostanze, non può prescindere da un intervento sanitario, sia per le implicazioni di natura medico farmacologica per la cura del danno prodotto direttamente sul cervello, che per le patologie correlate (danno d'organo, infezioni virali come hiv ed epatiti).

Negli ultimi cinque anni si è assistito all'incremento costante dell'accesso ai servizi di giovani in una fascia di età compresa tra i 14 e i 24 anni. Questa nuova utenza assume comportamenti di consumo diversi rispetto al passato, infatti si incrementano le richieste di trattamento per abuso di eroina e cocaina. Considerando che il Servizio per le Dipendenze Patologiche è stato

pensato per gli adulti, è evidente la necessità di approntare un sistema di risposta differenziato per questo target di utenza.

Dal 2008 si è avviata la possibilità di un accesso differenziato negli orari e nei luoghi. Una équipe multidisciplinare dedicata alla fascia di età 18-24 anni, utilizza approcci e metodologie basate sulle terapie cognitivo-comportamentali e familiari.

La terapia farmacologica per i minorenni non prevede l'utilizzo dei farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) ma terapie sintomatiche sempre associate ad interventi psicologici individuali e familiari. È inoltre sempre prevista l'attivazione di una consulenza con il servizio di Neuropsichiatria infantile per una valutazione complessiva con gli strumenti specifici di valutazione.

La droga in una società avanzata e superconnessa, è un problema di tutti, nessuno escluso, riguarda l'economia, la politica, la salute, la sicurezza e la convivenza sociale.

Niente è più falso, riguardo la droga, come pensare che sia una scelta personale.

Niente è più coinvolgente e sconvolgente dal punto di vista fisico e psicologico della droga, immaginiamoci quando il consumatore è giovane!

Luisa Garofani

*Direttore Programma
Dipendenze Patologiche*

CAPITOLO I

L'adolescenza: una riflessione a tutto campo



1. L'ADOLESCENZA: UNA RIFLESSIONE A TUTTO CAMPO

1.1 I PARADIGMI INTERPRETATIVI DELL'ADOLESCENZA¹

L'adolescenza come fase specifica della vita umana, viene studiata per la prima volta da Granville Stanley Hall, che nell'opera *Adolescence*² riconosce l'adolescenza come un periodo evolutivo a se stante.

Hall definisce l'adolescenza come "nuova nascita" delle strutture della personalità, una nuova fase in cui l'adolescente rivolge la propria attenzione agli aspetti interiori della sua realtà personale. Per l'adolescente il mondo della natura diviene il simbolo e l'eco della sua vita interiore, fatta di emozioni confuse e profonde, di sentimenti, di propositi e di slanci. Per l'adolescente il sentimento dello spazio infinito e dell'eternità diventano motivi dominanti, di fronte ai quali il presente perde di definizione.

Nel periodo in cui il lavoro di Hall riscuoteva successo negli Stati Uniti, in Europa Freud formulava i fondamenti della dottrina psicoanalitica, all'interno della quale l'adolescenza era vista in una prospettiva di continuità in cui il periodo di latenza fungeva da mediazione tra l'infanzia e l'esplosione della pubertà.

Modelli dinamici. Peter Blos nella sua opera "Adolescenza. Una interpretazione psicoanalitica"³ dà una lettura psico-dinamica dell'adolescenza, sottolineando come lo sviluppo adolescenziale non si svolga secondo una direzione lineare, al contrario le conquiste spesso seguono direzioni contraddittorie ed eterogenee. Per la prima volta viene fornita una descrizione delle tappe più importanti del processo di maturazione adolescenziale, mettendo in risalto il periodo della latenza.

¹ di Cristina Sorio sociologa responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Ilaria Vaccari psicologa di Promeco

² G.S. Hall, *Adolescence*, Sidney Appleton, London, 1904.

³ P. Blos, *Adolescenza, Una interpretazione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano, 1991.

Durante il periodo di latenza (6-10 anni) il bambino rinnega la propria tensione sessuale o aggressiva, sviluppando l'intelligenza attraverso l'uso del giudizio, della generalizzazione e della logica; la comprensione delle situazioni sociali, la compassione e i sentimenti altruistici.

La preadolescenza (11-13 anni) viene definito il periodo caratterizzato dalla reviviscenza della pregenitalità; compare la socializzazione della colpa che permette di alleggerire il proprio senso di colpa scaricandolo sul gruppo, o sul leader.

Nella prima adolescenza (13-15 anni) comincia il vero processo di separazione dagli oggetti d'amore primari, i genitori, per volgersi verso oggetti sessuali extrafamiliari.

L'adolescenza vera e propria (16-18 anni) è caratterizzata da svolte decisive, da una vita affettiva più intensa e profonda.

Nella tarda adolescenza (21-23 anni) l'individuo acquista maggiore capacità di agire in modo finalistico, maggiore capacità di integrazione sociale, maggiore costanza delle emozioni e un'autostima più stabile.

Erikson⁴ nel 1968 affronta il tema dell'adolescenza dal punto di vista della ricerca costante dell'identità attraverso progressive auto-rappresentazioni che accompagnano l'individuo nel corso dell'esistenza. La formazione dell'identità è considerato come il principale compito di sviluppo affrontato durante l'adolescenza. L'adolescente, cioè, deve sviluppare il senso d'identità di se stesso, diventare un individuo con una propria personalità, un proprio senso critico, proprie norme sociali e valori morali. La formazione dell'identità è quindi un processo di natura psico-sociale che si realizza attraverso la capacità dell'IO di integrare le abilità, le credenze e le identificazioni infantili in una nuova configurazione che tiene conto delle dinamiche intrapsichiche, ma anche delle richieste del contesto storico, sociale e culturale in cui l'individuo vive.

⁴ E.H. Erikson, *Infanzia e società*, Armando, Roma, 1968.

Studi antropologici. In contrasto con i paradigmi evolucionisti gli studi di Margaret Mead⁵ hanno rivelato quanto le condizioni culturali influiscano sul processo di crescita. "L'adolescenza non esiste nelle società primitive, caratterizzate da semplicità dell'organizzazione sociale, stabilità nel tempo, norme morali immutabili e indiscusse. In tali culture la pubertà segna il passaggio, spesso ritualmente marcato, dall'infanzia all'età adulta e l'ingresso ufficiale nella vita lavorativa e matrimoniale".

Diversamente nelle società occidentali l'adolescenza si presenta come un'età di transizione sempre più lunga, poiché si diventa grandi in un contesto sociale articolato e complesso, nel quale l'ingresso nell'età adulta è sempre più posticipato nel tempo e non esistono norme e valori condivisi.

Le culture delle società occidentali consentono un elevato grado di differenziazione e di individuazione della personalità, anche se nel contempo possono offrire sviluppi devianti o patologici.

Modelli interazionisti. La compresenza di ulteriori fattori inerenti la persona o l'ambiente che insieme all'individuo attivo contribuiscono alla spiegazione del comportamento sono esplicitati dai modelli interazionisti, per i quali lo sviluppo non è riconducibile né solo all'accrescimento, né alle sole influenze ambientali, bensì all'interazione tra l'individuo ed il suo ambiente⁶.

I percorsi di sviluppo adolescenziali sono molto differenziati e in prevalenza non problematici, e sono il risultato della complessa interazione tra individuo dotato di specifiche capacità, caratteristiche personali e di una propria storia, ed un particolare contesto sociale, che si presenta fortemente differenziato.

È l'interazione tra individuo attivo e ambiente che spiega lo sviluppo adolescenziale; si tratta di una azione nel contesto⁷ che gli offre allo stesso tempo limiti e restrizioni, insieme a opportunità e

risorse. L'azione pur essendo definita da un comportamento intenzionale, si fonda sul sistema di valori, sulle credenze, le norme gli scopi e sui significati che l'individuo ha elaborato all'interno di una certa cultura. La mente individuale conosce e interpreta la realtà utilizzando e costruendo simboli e segni all'interno di un certo sistema culturale. In questo processo di mediazione gli aspetti cognitivi, emotivi, affettivi e sociali sono strettamente connessi ed in reciproca interazione.

L'azione fondata su questi processi non è una semplice risposta a stimoli ambientali o un automatismo che obbedisce al determinismo biologico; essa è al contrario dotata di significato, di finalità, di intenzionalità, di riflessività. L'azione fa insomma riferimento ad un sistema del Sé capace di integrare e coordinare le proprie funzioni nel rapporto con il mondo, allo scopo di costruire una relazione ottimale, di dare significato alla propria esperienza e di garantire il senso della propria unità e continuità.

L'azione è sempre attuata dall'individuo all'interno di un preciso contesto.

Da un lato troviamo quindi un contesto ambientale, ricco allo stesso tempo di risorse ma anche di limitazioni, che può essere definito come l'ambiente prossimale con cui l'individuo entra direttamente in contatto; ne sono esempi la famiglia, la scuola, il quartiere, il gruppo di pari.

Questi diversi ambienti prossimali rappresentano altrettanti microsistemi all'interno dell'ambiente ecologico in cui ciascuno di noi è immerso.

Dall'altro troviamo un individuo con proprie caratteristiche fisiche ed una propria storia, le quali delineano il quadro delle potenzialità e dei limiti personali: l'individuo grazie alle sue peculiari capacità cognitive, che proprio in adolescenza rendono possibile lo sviluppo del pensiero formale, esercita una continua attività di elaborazione degli stimoli, di valutazione delle esperienze, di attribuzione di significato a sé e al mondo, di progettazione del futuro, di riflessione su di sé.

⁵ M. Mead, L'adolescenza in Samoa, Giunti-Barbera, Firenze, 1980 (tit. orig.: Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilization, 1928).

⁶ S. Bonino, E. Cattellino, L'adolescenza tra opportunità e rischio, in GV. Caparra, A. Fonzi, L'età sospesa, Giunti, Firenze, 2000.

⁷ S. Bonino, E. Cattellino op. cit.

Tutto questo si concretizza in azioni precise, che non sono il prodotto deterministico né dei fattori biologici, né degli stimoli ambientali presenti, né della storia personale passata.

Ne consegue che l'azione dell'adolescente non è priva di senso e non è il risultato delle semplici pressioni ambientali; essa è autoregolata, ha degli obiettivi, serve per raggiungere determinati scopi, per esprimere certi valori e convinzioni, per risolvere alcuni problemi, per costruire la propria identità. In altre parole, la maggior parte dei comportamenti adolescenziali risulta da scelte tra alternative, basate su credenze e valori, sottoposte ad un personale controllo, in relazione alle regole sociali.

Queste azioni sono in grado di indirizzare lo sviluppo, poiché hanno un effetto di ritorno, positivo oppure negativo, sia sull'individuo che le ha messe in atto sia sul contesto ambientale. Ne deriva che lo sviluppo non è solo il risultato dell'interazione tra l'individuo e l'ambiente, ma anche dell'interazione tra questi aspetti e le stesse azioni individuali.

Lo sviluppo viene definito come "azione nel contesto", proprio allo scopo di sottolineare che esso è anche il risultato dell'azione dell'individuo, intenzionale ed orientata verso uno scopo, volta a tentare di far coincidere obiettivi e potenzialità individuali con le richieste e le opportunità del contesto.

Ad esempio un adolescente intelligente e vivace può trovarsi a frequentare una scuola che offre poco sul piano culturale e sociale; la sua decisione di continuare questa scuola, oppure di cambiarla, oppure di abbandonare gli studi, avrà notevoli conseguenze sul suo sviluppo futuro.

Anche se in adolescenza il graduale sviluppo del pensiero formale permette di raggiungere maggiori livelli di auto-consapevolezza, molte limitazioni possono provenire, in questa età da difficoltà di decentramento, da scarsa abitudine all'esercizio di metacognizione, da interferenze emotive. L'azione, in quanto prodotto di una razionalità vincolata, può provocare effetti inattesi e non voluti. Questa esperienza costituisce uno stimolo alla revisione e al riaggiustamento degli scopi e delle credenze individuali da un lato e le richieste, opportunità e costrizioni ambientali dall'altro. In tal ricerca gli

individui possono selezionare una "nicchia ecologica" a loro adatta.

Occorre ricordare che è determinante la rappresentazione soggettiva che ogni persona si fa del contesto, della propria esperienza in esso e della propria capacità di farvi fronte. Si riconosce così il ruolo centrale dell'individuo e della sua attività rivolta verso uno scopo e dotata di significato, benché sottoposta a numerosi vincoli.

Dalla **prospettiva dei percorsi di consumo e dipendenza da sostanze**, l'adolescenza⁸, periodo fisiologicamente critico, pone il giovane di fronte al rapporto tra normalità e patologia.

È il tempo della ri-elaborazione dell'immagine di sé e dell'autostima, la cui perdita può risultare un elemento causale importante nella necessità degli adolescenti di trovare risposte di gratificazione immediata di fronte alle frustrazioni e alle situazioni che inducono ansia. La necessità fisiologica di mantenere l'autostima può condurre alla ricerca di scorciatoie, anche in modo artificiale, in grado di apportare un appagamento rapido seppure momentaneo. Le difficoltà che l'adolescente incontra nel processo di costruzione dell'identità possono portare a deficit di stima di sé e ad instabilità nell'organizzazione psichica.

Le condotte di dipendenza da sostanze psicotrope sicuramente riflettono una vulnerabilità della personalità, tuttavia vanno lette nella cornice ambientale e sociale all'interno della quale si sviluppano. Da questa prospettiva va ricordato che la biografia dell'individuo risulta influenzata non solo dalle prime esperienze di attaccamento ai genitori, ma anche dalle relazioni sociali, dalla cultura dominante, dal mercato (delle sostanze).

I fattori socio-culturali infatti sono in grado di modificare la percezione della pericolosità associata al ricorso a comportamenti a rischio o devianti.

Quando si analizzano i diversi comportamenti a rischio, siano essi legati all'assunzione di sostanze psicoattive (alcol, tabacco, droghe) o alla messa in atto di altri comportamenti di dipendenza patologica (internet, gioco d'azzardo, comportamenti sessuali spregiudicati, guida

⁸ G. Rigon, S. Costa, Costruzione dell'identità e percorsi di consumo di stupefacenti in adolescenza, in Sestante n. 27, settembre 2007.

pericolosa) emerge una forte implicazione del rischio.

La percezione del rischio e la conoscenza delle possibili conseguenze negative (fisiche e psicologiche) cui ci si espone assumendo certi comportamenti rappresenta un fattore di protezione; tuttavia tale conoscenza di per sé non è sufficiente in quanto le azioni umane non discendono esclusivamente da valutazione cognitive, ma sono strettamente connesse a fattori emotivi, affettivi, relazionale e sociali.

La disponibilità a correre dei rischi dipende prevalentemente da quanto si conta sulla propria capacità di tenere sotto controllo le situazioni precarie, di poter controllare la tendenza a esporsi a un danno. Questo porta a sopravvalutare le proprie competenze e le proprie abilità nel gestire situazioni al limite della sicurezza.

Complessivamente gli studi di epidemiologia e psicopatologia dell'età evolutiva delineano un quadro di fattori di rischio e di protezione dello sviluppo individuale, in un'intricata intersezione tra fattori oggettivi e soggettivi, psicologici e biologici, familiari e sociali.

Per valutare i rischi legati alla personalità si esaminano in genere diversi indicatori, nell'area del rapporto con se stessi (controllo degli impulsi, tono emotivo, immagine corporea), delle relazioni familiari e sociali (relazioni interpersonali, principi morali, obiettivi scolastici e professionali), della sessualità e della capacità di affrontare i problemi (padronanza del mondo esterno, psicopatologia e adattamento).

Fattori di rischio e fattori di protezione

I fattori di rischio sono gli elementi che segnalano, favoriscono e anticipano il disagio e che non ne sono la causa ma contribuiscono a determinarlo in un quadro multifattoriale.

Se analizziamo per esempio la trasgressività, sappiamo che si tratta di un'azione che fa parte dell'universo adolescenziale tanto da essere un comportamento diffuso nella maggioranza degli adolescenti. Il problema allora è riuscire a valutare quali elementi possono incrementare il rischio di sviluppo di atti propriamente devianti.

Vi sono diversi fattori di rischio:

- a- la vulnerabilità individuale (deficit cognitivi, disturbi dell'affettività, fattori genetici);
- b- le difficoltà familiari (perdita, conflitto, rifiuto, abuso);
- c- disturbi nelle relazioni affettive familiari;
- d- disfunzioni dei sistemi di sostegno sociale (affiliazione a coetanei devianti, difficoltà scolastiche).

Questi fattori combinandosi tra loro in una varietà di forme, possono far emergere quelli che vengono considerati degli indicatori di rischio, come l'abbandono scolastico, l'abuso di droghe, i comportamenti devianti, la violazione delle norme. Questi indicatori possono essere i precursori più vicini di un vero e proprio disadattamento sociale.

Dalla prospettiva dello sviluppo evolutivo dei soggetti, il rischio si traduce anche nel rischio di non crescere⁹, nel senso della compromissione del percorso evolutivo nel suo insieme. In questo senso, per rischio si intende la riduzione delle probabilità che soggetti in età evolutiva hanno di crescere come adulti responsabili.

Da studi recenti epidemiologici e clinici viene evidenziata la frequente associazione tra le Esperienze Infantili Avverse (EIA) e l'aumento di vulnerabilità all'abuso di sostanze psicotrope. Esperienze irrisolte di abuso, di abbandono unitamente a traumi psicologici avvenuti in età adolescenziale rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo sia di disturbi mentali che di quelli di uso di sostanze psicotrope. Inoltre l'esposizione a stress acuti e cronici che frequentemente si associano agli EIA rappresentano non solo situazioni favorevoli all'incremento di vulnerabilità all'abuso ma anche condizioni in grado di influenzare la transizione verso stati di dipendenza patologica nonché verso le ricadute¹⁰.

I traumi infantili tra cui episodi di trascuratezza, maltrattamento fisico e psicologico e abuso sessuale sono stati associati a disordini psichiatrici in età adolescenziale o più adulta, così come ad una maggiore vulnerabilità all'abuso di

⁹ A. Maggiolini, Adolescenza e rischi evolutivi, in F. Giori, Adolescenza e rischio, FrancoAngeli, Milano, 2000.

¹⁰ L. Somaini, M.A. Raggi, et al., Vulnerabilità all'abuso di sostanze psicotrope: esperienze infantili avverse (EIA), polimorfismi genetici e correlati neuroendocrini, in G. Serpelloni, F. Bricolo, M. Gomma, Elementi di Neuroscienze e Dipendenze, 2010.

sostanze psicotrope¹¹. Infatti eventi infantili negativi come la perdita di un genitore, un basso sostegno o l'abbandono emotivo da parte dei familiari, violenze fisiche e abusi, isolamento sono stati correlati con un alto rischio di esposizione a sostanze illecite durante la prima adolescenza.

Gli stressori ambientali e un'esposizione precoce all'uso di droga, in particolar modo durante l'adolescenza e il primo sviluppo, possono sortire anche effetti neuropsicologici significativi che lasciano gli individui vulnerabili all'abuso di sostanze o alla dipendenza da esse¹².

Gli individui con disturbi di impulsività come il deficit di attenzione e iperattività (ADHD) o danno cognitivo hanno più probabilità di sviluppare disturbi da abuso di sostanze¹³.

Vi è anche un'elevata incidenza di abuso di sostanze tra individui con ansia o disturbi depressivi in cui l'uso di droga potrebbe rappresentare un tentativo fallito di automedicazione di sintomi disforici (spiacevoli)¹⁴.

L'uso cronico di droga può generare ansia e disturbi depressivi. La relazione causale tra disturbi di dipendenza e disturbi affettivi probabilmente può avvenire in entrambe le direzioni, e a gradi variabili in diversi individui.

I fattori protettivi, diversamente rappresentano l'insieme di competenze personali e delle risorse ambientali che promuovono lo sviluppo e proteggono l'individuo dal coinvolgimento del rischio. Tale concetto è stato inserito successivamente a quello di "rischio", per spiegare le differenti risposte individuali all'esposizione degli stessi rischi, comportando una diversa implicazione degli effetti negativi.

La relazione tra fattori di protezione e di rischio è complessa e non ancora del tutto chiara: talvolta sono negativamente correlati (all'aumentare dell'uno l'altro

diminuisce), talvolta sono aspetti fra loro indipendenti poiché possono riferirsi a differenti livelli contestuali o diversi aspetti personali, oppure i fattori di protezione svolgono un effetto di moderazione sull'esposizione al rischio¹⁵. È importante sottolineare che fattori di rischio e protezione non sono tali in assoluto, ma possono variare il loro impatto a seconda del sistema di variabili con cui interagiscono e in relazione al momento evolutivo in cui esercitano la loro azione. Ad esempio la severità delle regole genitoriali nella prima adolescenza possono ridurre la probabilità di agire comportamenti a rischio, tuttavia le medesime regole imposte agli adolescenti più grandi (17-18 anni) possono creare uno stato di malessere e di costrizione¹⁶.

Gli esiti dei fattori di protezione possono essere rappresentati attraverso diverse dimensioni: andamento lineare, andamento a U rovesciata, parametro di assenza-presenza. Rispetto alla prima dimensione la maggior presenza di uno specifico fattore implica una maggiore protezione, è il caso ad esempio dell'esperienza scolastica: più il giovane la percepisce come utile per la propria realizzazione personale e professionale meno saranno le sue implicazioni in condotte a rischio per la propria salute e il proprio futuro. L'andamento ad U rovesciata indica che l'eccessiva presenza di fattori di protezione può avere effetto opposto: ad esempio una supervisione genitoriale eccessiva può compromettere l'autonomia del giovane. Un fattore di protezione considerato in termini di assenza-presenza è relativo ad esempio alla partecipazione di un adolescente ad un gruppo sportivo o ad un'associazione di volontariato. La mancanza di tale comportamento e di tale interesse tuttavia, non necessariamente espone maggiormente al rischio di condotte devianti per il giovane.

Riprendendo il concetto dei modelli interazionisti di adolescenza come azione nel contesto, è evidente che la realizzazione

¹¹ G. Gerra, C. Leopardi et al., Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: relation with psychiatric symptoms and biological correlates, *Neuroscience*, rev.33, 601-610, 2009.

¹² N.D. Volkow, T.K. Li, Drug and Alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences, in *Pharmacology and Therapeutics*, n.108, pp.3-17,2005.

¹³ M. Lynskey, W. Hall, Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link?, in *Addiction*, n.96, pp. 815-22, 2001.

¹⁴ EJ Khantzian, The Self Medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence, *Am J Psychiatry*, 142, pp.1259-64, 1985.

¹⁵ R. Jessor (a cura di), *New perspectives on adolescent risk behavior*, New York, Cambridge University Press, 1998; S.S. Luthar, D. Cicchetti, The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development of Psychopathology*, 12, pp. 857-885, 2000; S. Bonino, E. Cattellino, *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e sulla salute*, Erikson, Gardolo (TN), 2008.

¹⁶ S. Bonino, E. Cattellino, S. Ciairano, *Adolescenti e rischio*, Firenze, Giunti, 2003.

nel giovane dei compiti di sviluppo avviene attraverso abilità personali e comportamenti agiti in diversi ambiti di vita. I più importanti in adolescenza sono: la famiglia e la scuola.

Le abilità personali, riguardano principalmente le **life skills** (capacità di carattere cognitivo, sociale, emotivo, relazionale che consentono di affrontare meglio le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana), i valori (es: importanza attribuita alla salute, alla scuola, alla religione), la disapprovazione di comportamenti devianti, le aspettative di successo per la propria vita e le conoscenze specifiche rispetto a comportamenti a rischio.

I fattori di protezione legati alla famiglia sono: i modelli positivi dell'adulto (es: genitori che conducono uno stile di vita salutare), la disapprovazione esplicita di comportamenti a rischio (es: critica rivolta ai fumatori), l'adozione di uno stile educativo autorevole che alterna adeguata supervisione al dialogo.

I fattori di protezione legati alla scuola sono: la soddisfazione per l'esperienza scolastica intesa come insieme di relazioni positive con gli insegnanti e con i compagni, sia come successo scolastico considerato importante per la realizzazione futura. Altri elementi importanti sono riconducibili al ruolo educativo dell'insegnante sia in termini di trasmissione di contenuti, sia nella definizione e nel mantenimento di regole disciplinari, sia nella valorizzazione delle abilità personali dei ragazzi.

Tutte queste attitudini non sono certo riconducibili a scelte occasionali e casuali da parte degli adolescenti. Avere una buona considerazione di sé, capacità progettuali, percezione del futuro e controllo comportamentale è frutto di una serie di vantaggi nella storia evolutiva, non di casualità. La credenza generalizzata che gli adolescenti siano le vittime della "furia degli ormoni" è stata sfatata da tempo. La nuova prospettiva scientifica riconosce agli adolescenti la capacità di partecipare attivamente nel modellare il proprio sviluppo. Il contesto (famiglia, pari, scuola, mass media, vicinato ecc.) è altrettanto importante nel determinare il corso della vita quanto le caratteristiche dell'individuo.

1.2 STILI DI VITA DEGLI ADOLESCENTI FERRARESI ¹⁷

L'Osservatorio Adolescenti raccoglie e produce dati sui comportamenti e gli stili di vita dei giovani realizzando indagini sociali e rilevando i trend europei e nazionali sulla condizione giovanile, per contribuire alla diffusione di informazioni scientifiche di supporto alla comprensione della realtà territoriale di riferimento e alla programmazione degli interventi.

Adolescenti a confronto¹⁸: ricerca campionaria realizzata nel 2003, per indagare i molteplici aspetti del mondo adolescenziale, è partita dal contesto macrosociale illustrato ne "Il Libro Bianco sulla Gioventù" della Commissione Europea (2001) e nei rapporti IARD sulla condizione giovanile e CENSIS "Giovani lasciati al presente".

L'indagine locale ha avuto l'obiettivo di inquadrare gli adolescenti ferraresi di età compresa tra i 14 e i 20 anni (campione: n=400; maschi 185 - femmine 215) rispetto alla situazione familiare, sia economica che relazionale, agli atteggiamenti (valori, opinioni, pensieri, valutazioni, giudizi) e ai comportamenti (attività svolte in ambito politico-sociale e con il gruppo dei pari). I problemi maggiormente sentiti dai giovani sono le droghe (87,8%), la difficoltà di crescita e responsabilizzazione (73,5%), non sentirsi ascoltati e capiti dagli adulti (70,3%) e il disagio psicologico (69%).

Vengono manifestate ad alti livelli anche le paure nel rapporto con il proprio corpo in cambiamento (59%), nel crescere senza valori (54%) e nel futuro che appare con poche prospettive positive (55,8%). Le ragazze mettono al centro dei propri obiettivi futuri l'indipendenza e il rapporto con gli amici, mentre per i maschi viene considerato prioritario crearsi una famiglia. Nei focus group i ragazzi hanno messo in luce il problema della sicurezza nei luoghi di divertimento, infatti è stato sottolineato un fenomeno di conflittualità e aggressività

¹⁷ di Sabina Tassinari, sociologa responsabile Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara

¹⁸ Comune di Ferrara, Area Giovani, Adolescenti a confronto, 2003.

crescente, di atti di vandalismo e di oltraggio.

Il rapporto con gli insegnati è definito amichevole (84%), anche se la maggioranza non si sente sollecitata ad affrontare questioni di carattere personale con il personale docente. In particolar modo i ragazzi appartenenti ad uno status socio-culturale basso assegnano un forte ruolo educativo extra-didattico agli insegnanti.

Giovani donne¹⁹: nel 2004, in collaborazione con Spazio Giovani dell'Azienda Usl di Ferrara, l'Osservatorio ha realizzato una ricerca su 300 ragazze ferraresi di età compresa tra i 14 e i 24 anni. L'intento è stato quello di evincere dalla popolazione femminile aspetti relativi alla percezione di sé e all'immagine corporea e relazionale. In questo caso, si tratta di uno studio di genere che ha utilizzato un approccio quantitativo tramite questionario e uno qualitativo tramite la tecnica dei focus group. A conferma della difficoltà delle ragazze nell'accettazione del proprio aspetto fisico in fase adolescenziale, il 45% delle intervistate ha dichiarato di provare dispiacere innanzi allo specchio per alcune caratteristiche estetiche a fronte, invece, del 29,4% che pare soddisfatta.

A partire dal 71% del campione che ha indicato come fattore distintivo di sé la personalità, solo il 19,3% ritiene l'intelligenza un valore.

Chiaramente queste percentuali si stemperano all'aumentare dell'età nella fascia dai 13 ai 16 anni (target del campione) confermandosi come segnale di un processo di maturazione e di crescita interiore.

L'approfondimento quanti/qualitativo ha riguardato anche le differenze di genere attraverso una batteria di indicatori che hanno evidenziato un'identificazione da parte delle intervistate negli stereotipi più comuni, spingendo anche a riflettere sul ruolo dei mass media e di tutte le altre forme di condizionamento che influenzano la vita degli adolescenti.

Quindici passi²⁰: in virtù dell'Anno Europeo sulla "Cittadinanza attraverso l'educazione" sostenuta dal Consiglio d'Europa, nel 2005/06 si è promossa un'indagine sui bisogni del mondo giovanile affinché gli interventi potessero risultare il più calibrati possibile. Oltre agli aspetti di organizzazione del tempo libero, di fiducia verso le istituzioni, sono state analizzate problematiche sociali generali e specifiche giovanili.

Il campione di riferimento si colloca nella fascia d'età tra i 14 e i 15 anni, periodo che la letteratura considera come un momento di crescita e di passaggio fortemente critico e a rischio di rotture identitarie e dispersioni dalle attività consolidate.

La copertura territoriale dell'indagine è distrettuale comprendendo oltre al territorio comunale anche l'Unione del Copparese (Copparo, Berra, Formignana, Tresigallo, Ro, Jolanda). Tutto ciò ha reso possibile rilevare le variazioni fra i giovani di Ferrara e della zona centro nord della provincia, in uno studio sincronico utile anche per comprendere le differenze di contesto.

Fermo restando la casa come luogo privilegiato, trasversalmente alla tipologia del target, emerge importante il ruolo del cinema, in particolar modo per i ragazzi residenti nel comune. Differenze sostanziali di genere, sul tempo libero, si registrano solo nella frequentazione di pub, circoli e bar (34,7% dei maschi e il 28% delle ragazze). Alla richiesta di definire l'apporto istituzionale nelle politiche giovanili territoriali, tutto il campione si esprime in maniera critica (59,6% maschi e 60,4% femmine di giudizi negativi), anche se i residenti a Ferrara sono meno drastici.

Adolescenti e sessualità²¹: nel 2007 l'Osservatorio Adolescenti, Promeco e Spazio Giovani si sono impegnati nell'approfondimento di problematiche sulla sessualità e l'affettività, emerse a livello nazionale, dal Rapporto CENSIS sui comportamenti sessuali degli italiani e dal Secondo Rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità sui comportamenti a rischio.

¹⁹ S. Tassinari, M. Marani, (a cura di), *Giovani donne a confronto*, Comune di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara, 2004.

²⁰ S. Tassinari, M. Marani (a cura di), *15 passi, Essere adolescenti nel Distretto Centro Nord*, Comune di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara, 2006.

²¹ S. Tassinari, M. Marani (a cura di), *Adolescenti e sessualità*, Comune di Ferrara, Provincia di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara, 2007.

L'analisi di un argomento così delicato è avvenuto intervistando un campione di 257 ragazzi (124 maschi; 133 femmine nati tra il 1991 e il 1992) e 235 genitori (180 madri; 55 padri) residenti nei tre Distretti socio-sanitari della Provincia di Ferrara. Dallo studio emerge un quadro interessante sulle percezioni e le considerazioni inerenti le sfere dell'affettività e della sessualità.

I giovani intervistati mettono in primo piano l'affettività nella relazione amorosa e mettono al primo posto nella sessualità di coppia la possibilità di esprimere i propri sentimenti d'amore. Il 25,6% delle ragazze quindicenni contro il 16,9% dei coetanei maschi ha già avuto il primo rapporto sessuale completo protetto da contraccezione. Complessivamente le ragazze attribuiscono grande valore alla verginità, mentre per i maschi il primo rapporto sessuale rappresenta una prova di virilità.

I dati raccolti hanno consentito alcune riflessioni sul rapporto genitori-figli, confrontando le posizioni in un'ottica intergenerazionale. Il rapporto con gli adulti, in particolare con la madre, che per ragazze e ragazzi sembra essere il punto di riferimento, e la difficoltà comunicativa intergenerazionale, associata strettamente al tema della sessualità, sono gli elementi costitutivi delle dinamiche relazionali che emergono dall'indagine. Infatti, i genitori ritengono la qualità delle informazioni date ai figli "adeguate" (Distretto Centro Nord 35,7%, Sud Est 47,4% e Ovest 37,5%) mentre questi ultimi dichiarano prevalentemente di non trattare l'argomento in famiglia. L'accordo tra adulti e ragazzi è ravvisabile in merito alla considerazione della televisione come fonte di informazione spesso negativa e del web in quanto diffusore di messaggi sul tema sessualità giudicati eccessivamente volgari.

I genitori ritengono che la scuola debba garantire l'informazione sessuale con esperti esterni, anche se la mamma, più delle altre figure familiari, gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo adolescenziale dei figli anche sul tema della sessualità e dell'affettività.

Abitudini motorie, sportive, alimentari degli adolescenti: lo studio condotto nel 2009 su 994 ragazzi quindicenni che si recano dal pediatra di comunità per l'ultima vaccinazione obbligatoria (maschi 486; femmine 508) è finalizzato ad indagare gli

stili di vita degli adolescenti della provincia di Ferrara²². L'adolescenza è il periodo in cui le trasformazioni corporee ed emotive sono repentine comportando anche un carico psicologico complesso da gestire. In questa fase la velocità di crescita è notevole e i cambiamenti sono specifici di ogni individuo.

Nell'adolescenza, con le trasformazioni di corpo e mente, lo sport può essere estremamente positivo perché consente di misurare le possibilità, insegna a dosare le forze, accettando sconfitte ed esultando per le vittorie. In altri termini lo sport offre maggiori opportunità di crescita e formazione, di confronto e di socializzazione.

Nello studio oltre ai dati sulla motivazione sportiva, si sono esplorate anche quelle attività che connotandosi come abitudini motorie, portano ad avere uno stile di vita improntato al movimento. L'attività sportiva, mediamente, è praticata dal 60,3% dei ragazzi intervistati con una distribuzione difforme nella provincia (Distretto Centro Nord 64,4%, nell'Ovest 61,3% e 54% nei comuni del basso ferrarese). Lo sport è maggiormente praticato dai maschi (65,8%), anche se tra le femmine si è registrato un costante incremento nel corso degli ultimi anni. Significativo è evidenziare una massiccia fruizione massmediale da parte dei quindicenni del campione che, secondo i report sanitari, contrasta con le sane abitudini motorie (il 43,9% degli intervistati passa più di tre ore davanti alla tv e al pc). L'apporto alimentare nell'adolescente prevede bisogni nutrizionali diversi e maggiori rispetto a quelli degli adulti. In questa età va prestata grande attenzione non solo alle calorie assunte ma anche al bilancio energetico, all'apporto di principi nutritivi essenziali e di acqua.

Dallo studio emerge che le abitudini alimentari dei ragazzi prevedono, nella maggior parte dei casi, l'eliminazione della colazione, l'influenza della pubblicità alimentare nella scelta e nella varietà della propria dieta e la scarsa rilevanza di frutta e verdura. Segmentando il campione di giovani intervistati sulla base delle motivazioni legate alla scelta di una disciplina sportiva, in virtù delle risposte

²² Osservatorio Adolescenti, Abitudini motorie, sportive, alimentari degli adolescenti nella provincia di Ferrara, Comune di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara, 2009.

sugli obiettivi della pratica sportiva si sono delineati tre profili di comportamenti adolescenziali a partire dalla tipologia disciplinare. Il profilo salutista raccoglie ragazzi che nell'attività sportiva ricercano prevalentemente la forma fisica e il benessere, per andare a scuola privilegia i mezzi pubblici e si sposta a piedi, tende a spezzettare i pasti, preferendo un'alimentazione suddivisa in più spuntini che comprendono frutta e verdura; il profilo ludico che porta soprattutto i giovani maschi a praticare lo sport per il piacere dello stare insieme nel gioco, a scuola ci vanno a piedi o in scooter, hanno un rapporto equilibrato con tutti i cibi; il profilo agonistico che mette in primo piano la competizione e la carriera sportiva caratterizza i giovani maschi, si spostano in bicicletta, concentrano l'alimentazione nei pasti principali ricchi di carboidrati, zuccheri e proteine.

Tale approfondimento evidenzia che la pratica di uno sport non garantisce automaticamente l'adozione di uno stile di vita sano; probabilmente, i valori proposti dalla tv – che risulta massicciamente fruita dai giovanissimi – indirizzati alla competizione e alla prestazione a tutti i costi (61,4%), hanno soppiantato quelli positivi (49,7%) intrinseci alla sportività (aggregazione, divertimento e formazione). Tutti gli studi locali svolti in questi anni hanno, fino ad ora, sottolineato il ruolo che gli adulti significativi (genitori, insegnanti, allenatori, amministratori locali) dovrebbero avere coralmemente nel rapporto con gli adolescenti. Si tratta, in altri termini, di una sorta di patto educativo per una comunità che sia fattivamente educante.

Affinché tale patto educativo possa concretizzarsi è fondamentale un ribaltamento concettuale su quella che è stata considerata fino ad ora, in letteratura di settore, l'adolescenza, non più intesa nella sua accezione tradizionale di momento profondamente critico di passaggio all'età adulta, bensì come fase autonoma della crescita umana in cui sicuramente si deve affrontare una molteplicità di sfide. Il capovolgimento concettuale potrebbe essere: dalla rilevazione degli indicatori di disagio/criticità in adolescenza agli adolescenti quali indicatori di disagio/criticità sociale; i giovanissimi diventerebbero quindi un canale di entrata, un segnale predittivo da ascoltare e interpretare.

Se le trasformazioni che riguardano gli adolescenti, anche in materia di stili di vita, hanno molto a che fare con l'attuale fase di transizione che stanno vivendo gli adulti da vecchi a nuovi modelli educativi dal profilo spesso incerto, allora si pone il problema di accompagnare questi adulti, aiutandoli ad accedere a una maggiore consapevolezza circa il ruolo che essi giocano nel rapporto con i giovani. Ed è per questo che la pianificazione nel settore giovanile non può prescindere dall'analisi dei trend e della ricerca sociale del contesto di appartenenza.

Lo specchio delle donne²³: lo studio, incentrato sugli stereotipi di genere, condotto nel 2010, ha interessato complessivamente 584 ragazze dai 12 ai 17 anni dei distretti sociosanitari Centro Nord e Sud Est della provincia di Ferrara, che si recano alla pediatria di comunità sia per l'ultima vaccinazione obbligatoria sia per la profilassi del Papilloma Virus.

Inoltre nel distretto Centro Nord si è potuto sperimentare un confronto tra mamme accompagnatrici e figlie sottoposte a vaccinazione. Nella fattispecie si sono intervistate 254 mamme; ciò ha consentito di fare un'ulteriore elaborazione, incrociando le opinioni e i valori genitoriali con quelli dichiarati dalle figlie.

Il disegno della ricerca parte dalla volontà di verificare se e quanto sono ancora persistenti stereotipi femminili che danno una rappresentazione della donna fortemente in contrapposizione al genere maschile e se possano essere considerati transgenerazionali, ovvero "tramandati" di mamma in figlia.

Dai dati elaborati si sono potute evincere delle categorizzazioni di stereotipi, ugualmente condivise da ragazze e mamme: sensibilità (per l'80,4% delle ragazze e il 60,2% delle mamme), prendersi cura di chi è più debole (50,5% delle adolescenti e il 43,3% delle donne), essere docili e remissivi (rispettivamente 59,9% e 52,8%) percepiti come tipicamente femminili; non cedere ai sentimenti (per il 61,6% delle ragazze e il 44,9% delle mamme), saper dominare nel rapporto con gli altri (39,3% delle adolescenti e 28,3% delle donne) come tratti tipicamente maschili.

²³ Osservatorio Adolescenti, Lo specchio delle donne. Ricerca sugli stereotipi di genere e la percezione di sé nelle adolescenti ferraresi, ottobre 2010.

Altro nucleo di approfondimento, fortemente interrelato agli stereotipi di genere, è la percezione di sé e la eventuale influenza dei mass media sulla propria immagine corporea. La magrezza come canone estetico privilegiato dalle giovanissime sembra confermarsi sia nell'autopercezione che nella proiezione di sé: un corpo snello è tenuto in grande considerazione, soprattutto dalle ragazze dai 14 ai 15 anni (68,9%) che, poi, con il passare degli anni, si ritiene di perdere (nel futuro si abbassa notevolmente l'idea di poter avere un corpo snello: 43,4% per le 12enni, 44,9% per le 14enni, e 45,6% per le ragazze di 16 anni). In più, le adolescenti della classe di età intermedia e quelle residenti nei comuni del distretto Sud Est sembrano essere le più sensibili alla bellezza come valore massimo per una ragazza (rispettivamente per l'8,5% e il 9,2%). La personalità rimane, comunque, l'aspetto più qualificante delle giovani donne anche se sicuramente è un concetto, soprattutto a questa età, molto generale e che contiene molteplici sfumature.

Il successo, molto ambito dalle ragazze del basso ferrarese (5,7%), ha una significatività inversamente proporzionale all'età: molto importante a 13 anni (7,8%) diminuisce progressivamente (4,7% a 15 anni e 1,8% a 17 anni).

Incrociando queste risposte con quelle relative alla indicazione della massima aspirazione per il futuro, emerge come l'intelligenza (24,1%) e la personalità (34,5%) siano i due elementi ritenuti fondamentali per la realizzazione professionale e che alla base della soddisfazione di sé e dell'autostima ci sia tutto l'insieme delle caratteristiche individuali delle ragazze (il 60,9% di chi ha come principale aspirazione l'avere autostima ha anche come principio guida la personalità). Ma è altresì sottolineabile che la maggioranza delle intervistate che danno valore massimo alla bellezza, aspira a realizzarsi nel lavoro (17,2%) e lo stesso dicasi per chi ha in cima alla scala valoriale il successo (13,8%). In sintesi, sembrerebbe che l'elemento positivo del perseguimento della realizzazione professionale, che è conquista storicamente e socialmente piuttosto recente, in realtà sia virato alla ricerca della notorietà, in virtù di caratteristiche più estetiche che intellettive.

Per quanto riguarda il tempo libero del campione, l'attività prediletta dalle ragazze è la frequentazione del gruppo di amici, preferenza in notevole aumento al crescere dell'età: dal 42,6% delle 12enni si passa al 70,4% delle 16enni. Ma, al di là dei momenti di socialità, si sposta il raggio di interesse su attività più "solitarie" o comunque autonomamente costruite e create: navigare in internet (soprattutto chat e social network) per il 32,4% delle più giovani e ascoltare musica per il 26,4% delle più grandi. Lo sport detiene un posto molto importante nella quotidianità delle adolescenti, aumentando con costanza dai 12 anni (23,5%) in poi (26,1% a 14 anni e 28% a 16 anni). La TV è rilevante soprattutto per le più giovani (32,4%) perdendo progressivamente di attrattiva, probabilmente a fronte di una maggiore disponibilità di libertà e di indipendenza. Scarsa importanza rivestono le attività culturali (mediamente 1,3%).

1.3 I CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE NEI GIOVANI STUDENTI DELLA SCUOLA MEDIA SUPERIORE²⁴

Sostanze psicoattive vengono definite tutte quelle sostanze, naturali o di sintesi, capaci di incidere sul sistema nervoso, alterandone l'assetto biochimico e di provocare quindi modificazioni nell'umore, nella percezione, nell'attività mentale e nel comportamento di una persona.

In particolare il tabacco, l'alcol e la marijuana vengono consumati per la prima volta negli anni dell'adolescenza anche se in questi ultimi anni si è assistito ad un cambiamento di atteggiamenti e ad una modificazione dello stile e dei contesti di assunzione.

Infatti negli ultimi dieci anni i fenomeni di consumo di sostanze psicoattive sono cambiati radicalmente, spostandosi verso droghe di tipo stimolante (cocaina, ecstasy, amfetamine, smart drug) quasi sempre associate all'alcol. Non vi è dubbio che i pattern di assunzione siano cambiati e non solo sul tipo di sostanze ma anche nelle

²⁴ di Cristina Sorio, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Azienda UsI di Ferrara

modalità d'uso che appaiono più "binge" e spesso con poliassunzione.

Il consumo episodico o frequente di tabacco, alcol e droghe, rientrano tra i fattori di rischio per la salute degli adolescenti.

Questi **comportamenti a rischio** segnalano, favoriscono e anticipano il disagio e, anche se non ne sono la causa, contribuiscono a determinarlo in un quadro multifattoriale.

Inoltre questi rischi sono da mettere in relazione anche alla differenziazione dell'offerta del mercato clandestino che si è adeguato ai nuovi bisogni espressi dai consumatori.

Così si profilano delle vere e proprie scelte di consumo che fanno riferimento alla situazione, alla compagnia e agli effetti che si vogliono ottenere utilizzando le sostanze disponibili sul mercato in quel momento.

L'assunzione di droghe da un punto di vista di sanità pubblica non può essere visto come esclusivo fatto sociale ma, anche nelle fasi di sperimentazione, è un comportamento "a rischio" per la salute.

Per questo è importante studiare il livello di penetrazione delle sostanze stupefacenti negli universi giovanili.

Tenuto conto che l'uso sperimentale di sostanze psicoattive è ormai un comportamento diffuso tra gli adolescenti, le indagini sulla popolazione studentesca di 15-19 anni, costituiscono uno strumento importante per comprendere i modelli e le tendenze dei consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe illegali.

Gli studi nazionali ESPAD-Italia condotti dal 2005 al 2007 su campioni di studenti delle scuole medie superiori italiane, tra le quali anche quelle della provincia di Ferrara, forniscono la misura dei consumi di sostanze legali e illegali²⁵.

I dati forniti dagli studi ESPAD sono confrontati con i dati che provengono da uno studio condotto da Promeco nel corso dell'anno scolastico 2008-2009 nelle scuole superiori di secondo grado della provincia di Ferrara.

Si tratta di uno studio sulla percezione del rischio e il consumo di sostanze psicoattive che ha coinvolto 625 studenti, 54,2% femmine e 43,4% maschi; il 49,9% (311) di 15 anni e il 50,1% di età compresa tra i 16 e i 17 anni.

I ragazzi hanno risposto a domande relative al rendimento scolastico, alle esperienze legate al consumo di sostanze legali e illegali, alla pericolosità di certi comportamenti, ai rischi corsi e all'autopercezione della propria identità.

Consumi di Sostanze legali e illegali nella popolazione studentesca

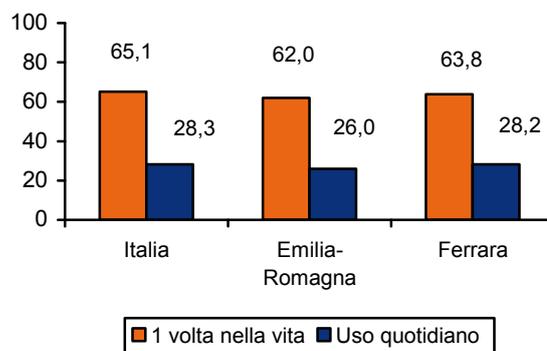
Nell'analisi che segue verranno esposti i dati provinciali estrapolati dallo studio Espad per il periodo 2005-2007, di seguito confrontati con i risultati emersi dallo studio provinciale condotto da Promeco nell'anno scolastico 2008-2009.

Tabacco: il 64% degli studenti della provincia di Ferrara ha provato a fumare tabacco almeno una volta nella vita e il 28% ha consumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno (contro il 26% degli studenti della regione e il 28,3% degli studenti italiani).

Nel corso dell'ultimo anno il consumo di tabacco ha coinvolto il 25,7% dei maschi e il 30,6% delle femmine, con prevalenze che aumentano al crescere dell'età dei soggetti raggiungendo valori massimi tra gli studenti di 19 anni (M=40,2%; F=36,3%).

Le prevalenze femminili di consumo risultano superiori tra gli studenti di 15 anni (M=11,8%; F=19,7%), 16 anni (M=19,3%; F=27,8%), 17 anni (M=30,4%; F=31,9%) e 18 anni (M=30,5%; F=38,6%). A 19 anni i maschi superano le coetanee femmine raggiungendo la prevalenze del 40,2% contro il 36,3% delle femmine.

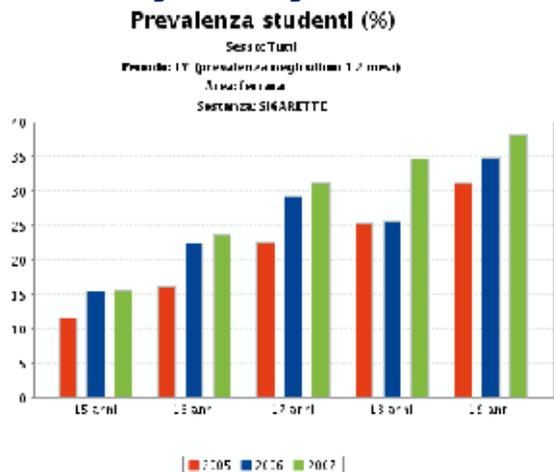
Fig. 1 Consumo di tabacco nella popolazione studentesca (%)



²⁵ Fonte dei dati: sito ESPAD-Italia

Tra gli studenti che hanno riferito il consumo di almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno, per oltre il 40% si è trattato di un consumo al di sotto delle 10 sigarette al giorno; mentre il 16,5% ha dichiarato un consumo quotidiano superiore alle 10 sigarette.

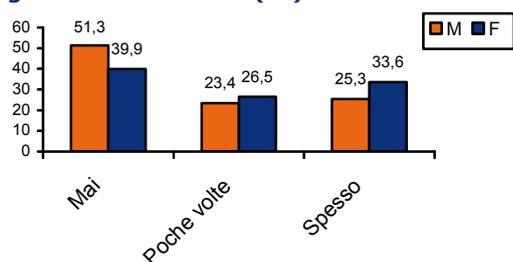
Fig. 2 Studenti che hanno fumato almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi



Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	11,5	16,2	22,6	25,3	31,1	20,9
2006	15,5	22,3	29,3	25,7	34,7	25,1
2007	15,7	23,5	31,1	34,6	38,1	28,2

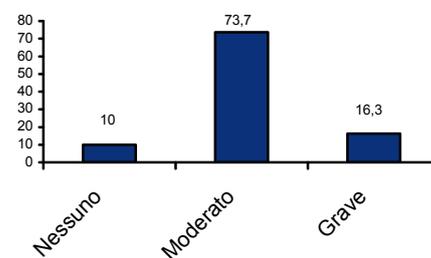
Dallo studio condotto nel **2008** nelle scuole della provincia di Ferrara emerge che il 55,2% degli studenti intervistati ha dichiarato di aver fumato **tabacco** almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico, mentre il consumo frequente, di più volte la settimana viene dichiarato dal 29,9% degli intervistati. I comportamenti legati all'uso di tabacco evidenziano importanti differenze rispetto al sesso. Le femmine infatti, per il 60,1% dichiarano di aver già avuto almeno un'esperienza d'uso, contro il 48,7% dei maschi, dall'inizio dell'anno scolastico.

Fig. 3 Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? Anno 2008 (%)



La percezione della pericolosità legata al **fumare più sigarette** al giorno risulta bassa, infatti per l'83,7% (86,7% femmine; 80% di maschi) dei ragazzi la pericolosità è moderata se non nulla.

Fig. 4 Quale pericolo si corre a fumare più sigarette al giorno? (%)



Il consumo frequente di tabacco, che interessa in misura maggiore le ragazze, risulta associato in maniera significativa con il consumo di alcolici e l'uso di cannabis.

Alcol: il 91,3% della popolazione studentesca provinciale ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita, l'85% nel corso dell'ultimo anno.

Anche il consumo di bevande alcoliche aumenta al crescere dell'età e caratterizza entrambi i generi (M=86,3%, F=83,8%).

Il passaggio dai 16 ai 17 anni è contraddistinto da un notevole incremento dei consumatori raggiungendo il 90,7% tra i maschi e l'85,5% tra le femmine.

Il 33,5% degli intervistati ha assunto in un'unica occasione 5 o più bevande alcoliche di fila (binge drinking) (Italia 35,5% Regione Emilia-Romagna 33,8%).

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

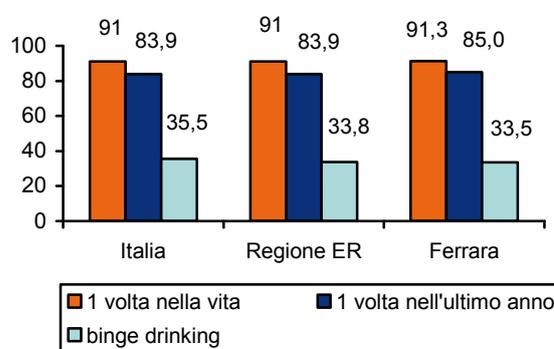
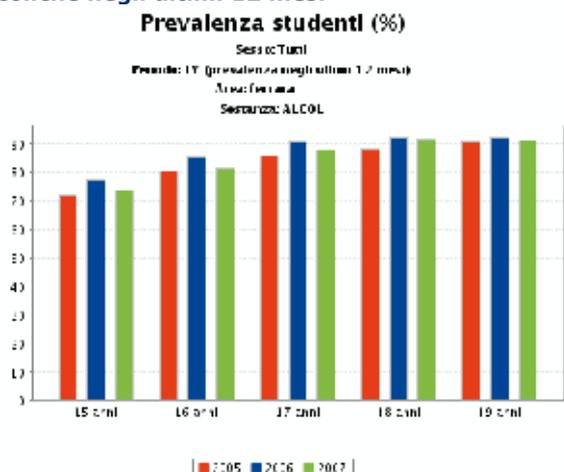


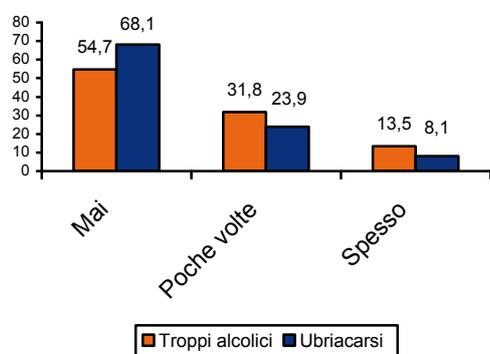
Fig. 6 Studenti che hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi



Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	72,1	80,4	86,1	88,5	91,0	83,2
2006	77,7	85,5	91,2	92,1	92,4	87,5
2007	73,9	81,3	88,1	91,9	91,3	85,0

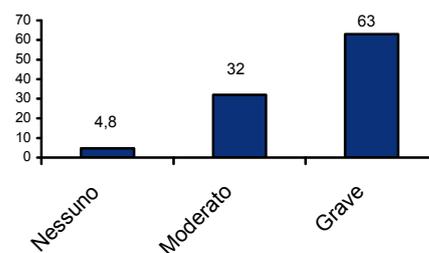
Dallo studio del **2008** dall'inizio dell'anno scolastico il 75,7% dei ragazzi ha bevuto **alcolici** almeno una volta, di questi il 37,7% nel weekend o più volte la settimana. Questo dato apparentemente poco allarmante assume sfumature diverse se lo si legge alla luce dell'esperienza di bere superalcolici che accomuna il 68,4% dei ragazzi (nel weekend o più volte la settimana il 29,5%) e del bere smodato. Infatti è capitato di bere un po' troppo al 45,3% degli intervistati e di provare l'esperienza dell'ubriacatura almeno una volta al 31,9% dei giovani.

Fig. 7 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici o di ubriacarti? (%)



Relativamente alla percezione della pericolosità del **bere alcolici**, il 65% ritiene che bere moderatamente alcolici diverse volte la settimana sia poco pericoloso, mentre per il 16% non c'è nessun pericolo. Il 36,8% considera l'ubriacatura una volta la settimana un comportamento poco rischioso.

Fig. 8 Secondo te quanto è pericoloso ubriacarsi una o più volte a settimana? (%)



Cannabinoidi: il consumo di cannabinoidi è stato sperimentato una volta nella vita dal 31,2% degli studenti di Ferrara e provincia, il 23,4% ne ha fatto uso nell'ultimo anno (Italia 24,2% - Regione Emilia-Romagna 22,8%).

Il consumo di cannabis nell'ultimo anno aumenta al crescere dell'età, infatti tra i maschi passa dal 8,5% a 15 anni al 43% a 19 anni; nelle femmine da 8,3% a 15 anni al 33,3% a 19 anni.

Fig. 9 Consumo di cannabinoidi nella popolazione studentesca. (%)

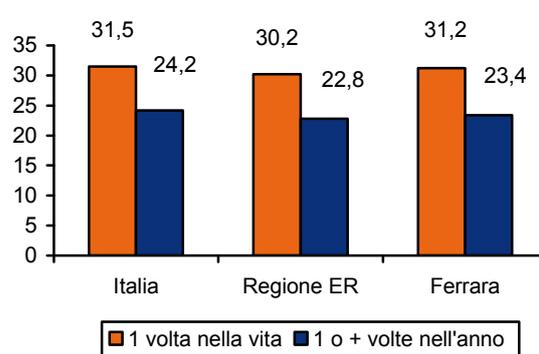
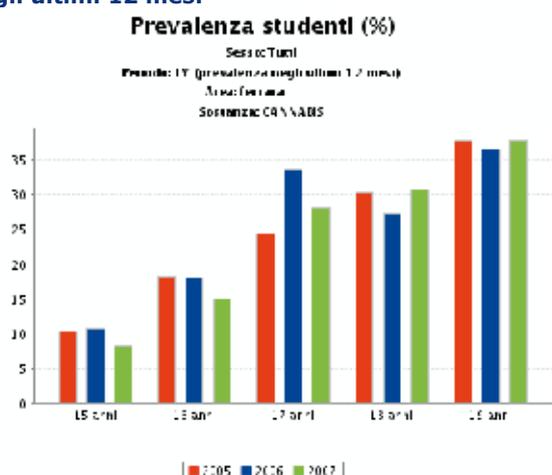


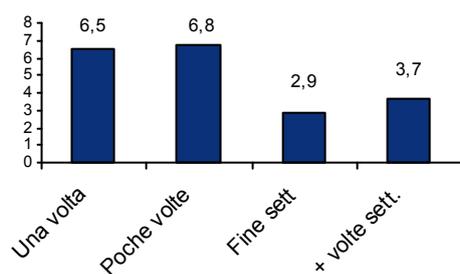
Fig. 10 Studenti che hanno usato cannabinoidi negli ultimi 12 mesi



Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	10,4	18,2	24,4	30,4	37,8	23,6
2006	10,8	18,1	33,7	27,3	36,5	24,7
2007	08,4	15,1	28,1	30,7	37,8	23,4

Nel **2008** dallo studio ferrarese risulta che dall'inizio dell'anno scolastico il 20% dei ragazzi ha fumato marijuana o hashish: 40 (6,5%) ragazzi lo hanno fatto una sola volta, 42 (6,8%) poche volte, 18 (2,9%) nei fine settimana, 23 (3,7%) più volte la settimana.

Fig. 11 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di fumare hashish o marijuana? (%)



Intervistati sulla pericolosità nel provare sostanze illegali i ragazzi mostrano una bassa percezione di quanto questa azione possa essere dannosa per la salute. Percentuali rilevanti di giovani (51%) ritengono poco o per nulla pericoloso fumare marijuana o hashish occasionalmente (nessun pericolo 12,3%; pericolo moderato 38,7%).

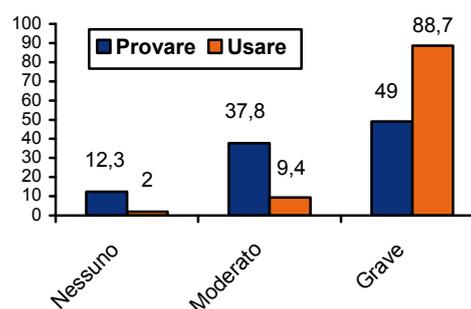
Nell'indagine si è voluto distinguere tra la percezione del rischio associata al "provare"

e all'usare settimanalmente sostanze psicoattive.

La percezione della pericolosità **nell'usare sostanze illegali** risulta più forte, infatti aumentano i ragazzi che ritengono questa azione rischiosa.

In particolare quando si tratta di valutare il comportamento legato al consumo regolare di cannabis l'88,7% lo considera un pericolo grave, il 9,4% moderato e solo il 2% non vi trova alcun pericolo.

Fig. 12 Secondo te quanto è pericoloso provare/usare hashish o marijuana? (%)



Cocaina: il 6,4% degli studenti della provincia dichiara di avere assunto cocaina almeno una volta nella vita, il 4,3% nell'ultimo anno. Il maggior consumo di cocaina si concentra tra i 19enni con il 13% tra i maschi e il 9% tra le femmine.

Tra gli studenti che hanno consumato cocaina nell'anno il consumo è stato di 20 o più volte.

Fig. 13 Consumo di cocaina nella popolazione studentesca. (%)

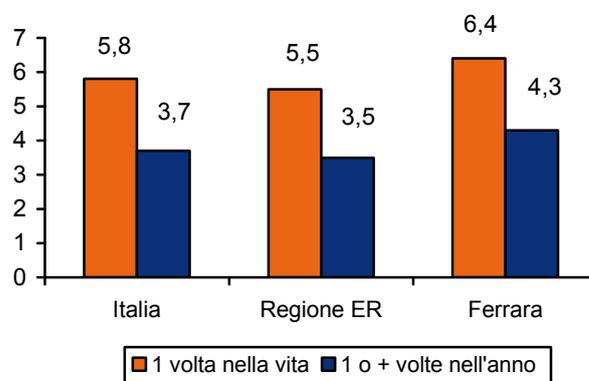
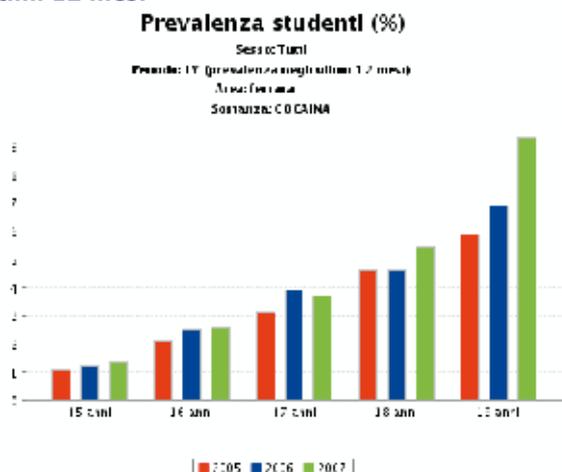


Fig. 14 Studenti che hanno usato cocaina negli ultimi 12 mesi



Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	1.1	2.1	3.1	4.6	5.9	3.2
2006	1.2	2.5	4.0	4.6	6.9	3.7
2007	1.4	2.6	3.7	5.4	9.3	4.3

Stimolanti (amfetamine, extasy, Ghb): il 4,7% dei giovani ha provato sostanze stimolanti almeno una volta nella vita, il 3,2% nell'ultimo anno.

La sperimentazione di stimolanti almeno una volta interessa soprattutto gli studenti maschi che l'hanno provata nel 5,4% dei casi con un incremento al crescere dell'età fino a raggiungere il 9,8% a 19 anni.

Fig. 15 Consumo di stimolanti nella popolazione studentesca. (%)

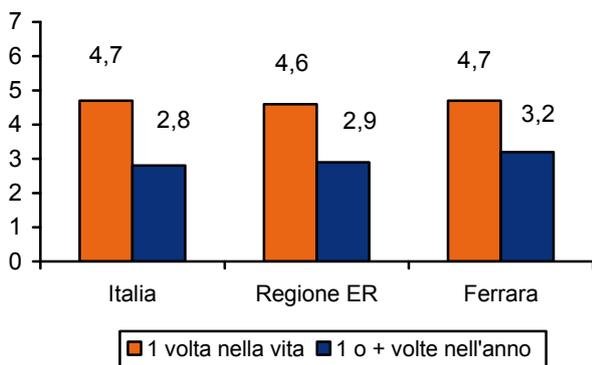
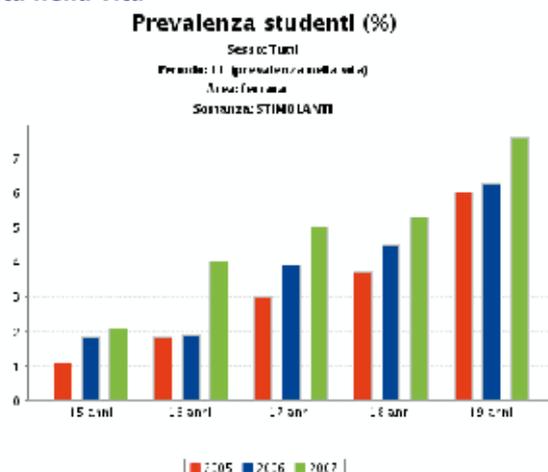


Fig. 16 Studenti che hanno usato stimolanti una volta nella vita



Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	1.1	1.8	3.0	3.7	6.0	3.0
2006	1.8	1.9	3.9	4.5	6.3	3.5
2007	2.1	4.0	5.0	5.3	7.6	4.7

Allucinogeni: il 4,8% degli studenti ferraresi ha usato sostanze allucinogene (LSD, funghi allucinogeni, Ketamina) una volta nella vita, il 2,9% nell'ultimo anno.

Gli sperimentatori di allucinogeni una volta nella vita sono soprattutto maschi che già a 15 anni iniziano ad usare questo tipo di sostanze (6%). Tra i 19enni maschi la prevalenza del consumo una volta nella vita raggiunge l'11,6% contro il 5,6% delle femmine.

Fig. 17 Consumo di allucinogeni nella popolazione studentesca. (%)

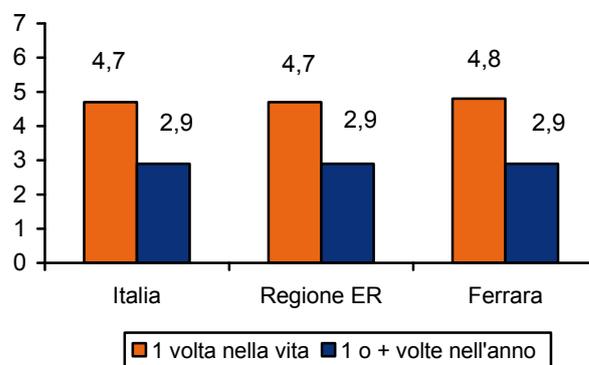
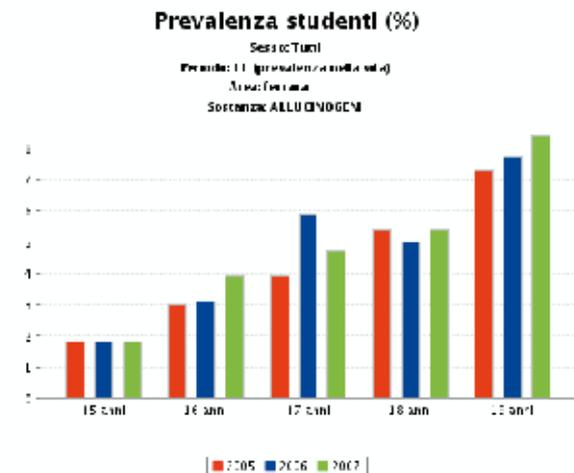


Fig. 18 Studenti che hanno usato allucinogeni una volta nella vita



Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	1.8	3.0	4.0	5.4	7.3	4.2
2006	1.8	3.1	5.9	5.0	7.8	4.6
2007	1.8	4.0	4.7	5.4	8.4	4.8

Nello studio condotto nel **2008** tra gli studenti delle scuole ferraresi le droghe sintetiche sono state sperimentate una sola volta dal 2,6% degli intervistati, poche volte dal 2,4% e nei fine settimana o più volte la settimana dal 1,3%.

Eroina: il 2,1% degli studenti ferraresi ha usato eroina almeno una volta nella vita, l'1,2% nell'ultimo anno.

Tra gli studenti che hanno riferito di aver assunto eroina nell'ultimo anno, il consumo prevalente è quello occasionale (da 1 a 5 volte).

Fig. 19 Consumo di eroina nella popolazione studentesca. (%)

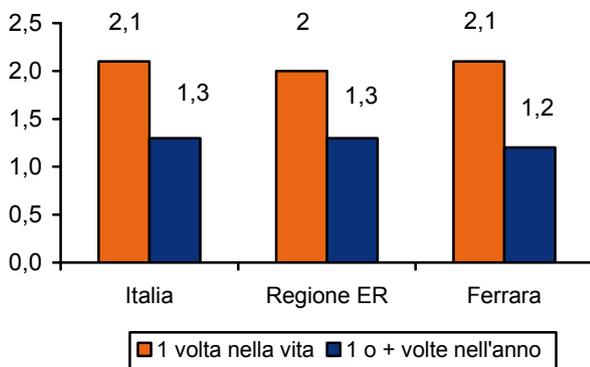
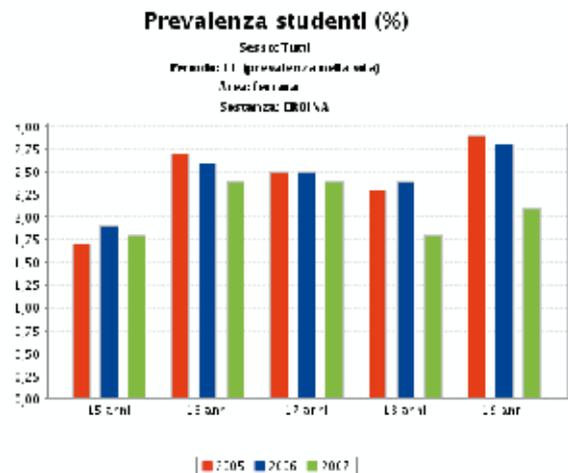


Fig. 20 Studenti che hanno usato eroina una volta nella vita

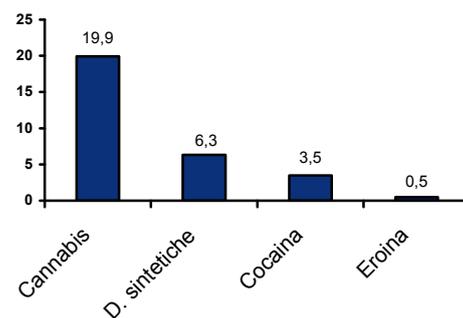


Anno	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	15-19 anni
2005	1.7	2.7	2.5	2.3	2.9	2.4
2006	2.0	2.6	2.5	2.4	2.8	2.4
2007	1.8	2.4	2.4	1.8	2.1	2.1

Da queste prime analisi l'uso sperimentale di droghe risulta essere un comportamento tollerato tra gli adolescenti.

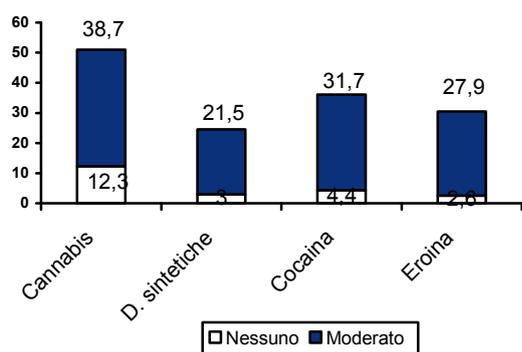
L'uso sperimentale di droghe sta diventando un aspetto sempre più comune nei comportamenti degli adolescenti come si evince dalla prevalenza di studenti che hanno provato sostanze illegali almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico 2008-2009.

Fig. 21 Studenti che hanno provato sostanze illegali almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico. (%)



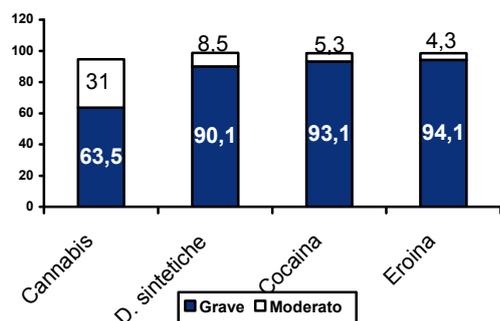
Provare droghe sintetiche è accettabile come rischio per il 24,5% degli studenti, provare cocaina dal 36,1% e provare eroina è considerato un rischio moderato dal 30,5%.

Fig. 22 Studenti che considerano poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (%)



Il 90,1% dichiara molto pericoloso **usare** settimanalmente droghe sintetiche, il 93,1% cocaina e il 94,1% l'eroina. Questa riflessione non può essere estesa al consumo settimanale (1 o due volte la settimana) di cannabis, che mantiene livelli di percezione ancora molto bassi (63,5%).

Fig. 23 Studenti che considerano pericoloso usare settimanalmente sostanze illegali. (%)



Questa scarsa percezione del rischio associata all'uso occasionale di sostanze psicotrope non è sostenuta dalla conoscenza sui loro effetti: alla domanda **"quanto pensi di saperne sulle droghe?"**, il 68,3% risponde abbastanza contro il 31,7% che ne sa poco o per nulla.

Fattori predittivi del consumo problematico precoce

Dai dati ESPAD e dai risultati dello studio condotto nella provincia di Ferrara emerge un perfetto allineamento dei comportamenti dei giovani del territorio estense con i comportamenti dei ragazzi italiani ed emiliani.

L'uso sperimentale di droghe risulta essere un comportamento socialmente accettato dagli adolescenti, rispetto al quale non viene associata la giusta percezione di rischio.

Anche se va ricordato che non tutti coloro che iniziano ad assumere stupefacenti passano dall'uso sperimentale alla dipendenza, tuttavia la vulnerabilità individuale, dovuta a suscettibilità neurologica o psicologica, può portare da un "consumo occasionale di sostanze stupefacenti alla dipendenza"²⁶.

Inoltre l'immatunità evolutiva del cervello adolescenziale comporta che gli adolescenti possano essere particolarmente vulnerabili ai cambiamenti neurobiologici che avvengono come conseguenza di un uso cronico di droga. I cambiamenti neuro-psicologici in un periodo così sensibile evolutivamente possono ridurre le capacità cognitive dell'individuo di superare la dipendenza. Questo potrebbe spiegare il perché studi epidemiologici mostrano che le persone che praticano l'abuso di sostanze nella prima adolescenza abbiano maggiori probabilità di sviluppare la dipendenza e minori probabilità di guarire, di coloro che ritardano l'uso di droghe fino alla prima età adulta.

I comportamenti che in adolescenza sono associati con il più alto tasso di malattia e mortalità hanno un comune denominatore: nascono dalla tendenza dell'adolescente a **correre rischi**. I comportamenti a rischio sono azioni intenzionali dagli esiti incerti, che implicano la possibilità di conseguenze negative per la salute²⁷.

In questa definizione rientrano per eccellenza comportamenti quali il consumo di sostanze (droghe, alcol), gli incidenti provocati dalla guida imprudente di veicoli e l'attività sessuale non protetta.

²⁶ AI. Leshner, Science-based views of drug addiction and its treatment, *Jama*, 282, pp. 1314-1316, 1999.

²⁷ N.J. Bell, R.W. Bell., *Adolescent risk taking*, Sage, London, 1993.

La familiarità con le droghe illegali e con l'abuso di alcol, così estesa tra gli adolescenti e i giovani, non mostrava sino a qualche decennio fa l'incidenza che è rilevabile nel tempo attuale.

L'estensione del fenomeno del consumo di droghe illegali e dell'abuso di alcol che oggi interessa i giovanissimi in proporzioni inquietanti a partire dalla scuola media inferiore, produce la "selezione" di soggetti vulnerabili in numero crescente, individui per i quali l'esperienza del consumo si traduce in un disturbo da uso di sostanze con dipendenza e abuso, anche per quelle droghe considerate *gateway* (porte d'ingresso) o ricreative e incapaci di creare dipendenza²⁸.

Inoltre va considerata l'ipotesi **stepping-stone** che alcuni autori suggeriscono, secondo la quale il consumo di droghe segue passi predeterminati a livello culturale, per esempio il consumo di superalcolici e tabacco vengono definiti passi intermedi tra bere birra o vino e fumare marijuana. A sua volta il consumo di marijuana rappresenta un passo ulteriore verso altri tipi di droga.

Un altro aspetto che emerge da alcuni studi condotti in questi ultimi anni a livello nazionale e locale²⁹ è l'associazione tra consumo di sostanze, ricerca di autogratificazione immediata e incapacità a portare a termine attività intraprese.

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

Infine dall'analisi retrospettiva della percezione delle cure da parte dei genitori, emerge una relazione tra difficoltà nell'adattamento sociale e propensione all'aggressività (considerate come fattori di rischio per l'uso di sostanze) con una bassa qualità del parenting³⁰.

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

Molti studi assegnano un peso essenziale alla precoce comparsa del comportamento antisociale e alle difficoltà della condotta scolastica. Si tratta di forme già sintomatiche all'inizio della scuola materna che persistono stabilizzandosi nel tempo (14-16 anni).

Gli elementi del carattere che a partire dall'infanzia prescolare sembrano precedere l'esordio dell'abuso di alcol in età precoce comprendono la mancanza di adattamento alle convenzioni, uno scarso autocontrollo, un sostanziale anticonformismo.

Inoltre l'atteggiamento "*novelty-sensation-seeking*", che porta ad un elevato livello di impulsività e di aggressività sembra essere accompagnato ad una ridotta propensione all'evitamento del pericolo, un maggior senso di autonomia e l'incapacità a dilazionare le gratificazioni nel tempo³¹.

Infine elevati livelli di stress, difficoltà di adattamento, scarsa percezione del supporto del gruppo classe, scarsa percezione del supporto dei genitori, sembrano caratterizzare i ragazzi che hanno già fatto esperienza di consumo³².

Secondo Zuckerman³³ il *sensation seeker* è colui che è dominato sia da una certa vulnerabilità emozionale, sia da una regolazione delle emozioni maladattiva e inadeguata, e pertanto ha un maggior bisogno di sperimentare sensazioni e compiere esperienze sempre nuove per raggiungere un livello ottimale di attivazione. Di conseguenza il soggetto "a rischio" è alla continua ricerca di situazioni in cui gli input sensoriali sono relativamente elevati, presenta una scarsa socializzazione e una elevata impulsività.

Specularmente i **fattori protettivi** rappresentano quegli elementi che possono avere l'effetto di annullare o attenuare gli esiti previsti in seguito alla presenza di certi fattori di rischio.

²⁸ G. Gerra, G. Moi, A. Zaimovic, M. Bussandri, C. Bubici, Nuove sostanze e condizioni di rischio nell'adolescenza, in M. Martoni, A. Putton, Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio, FrancoAngeli, 2006, Milano.

²⁹ C. Sorio, Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Comune di Ferrara, 2004; P. Frignani, Il disagio adolescenziale, Università degli studi di Ferrara, 2009.

³⁰ Misura dell'accudimento del padre e della madre entro le dimensioni della cura e della protezione. G. Parker, H. Tupling, L. Brown, Parental Bonding

Instrument, British Journal Medical Psychology, n. 53, pp. 1-10, 1978.

³¹ Block J., Block JH., Keyes S., Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors. Child. Dev., 59, 96-107, 1988.

³² K. Poikolainen, Antecedents of substance use in adolescence, in Current Opinion in Psychiatry, 15, 2002, 3:241-245.

³³ M. Zuckerman, Behavioral Expressions and biosocial bases of sensation seeking, University press, Cambridge, 1994.

I fattori di protezione contribuiscono a evitare o attenuare una situazione di disagio o un certo comportamento a rischio. Per esempio i fattori che in generale in adolescenza favoriscono un buon adattamento e sviluppo sono:

- buone competenze individuali, cognitive, affettive e relazionali, che possono essere favorite dallo sviluppo di competenze relazionali;
- qualità dell'accudimento (parenting) genitoriale (offrire regole chiare, essere disponibili all'ascolto, alla condivisione e al confronto);
- presenza di adulti di riferimento.

In sintesi il preadolescente che è aiutato a sviluppare una buona progettualità, un forte senso di appartenenza alla famiglia, alla scuola e al suo ambiente, un notevole grado di successo scolastico e di autostima, ed equilibrate relazioni interpersonali sarà meno vulnerabile socialmente³⁴.

³⁴ G. Gerra, G. Moi, A. Zaimovic, M. Bussandri, C. Bubici, Nuove sostanze e condizioni di rischio nell'adolescenza, in M. Martoni, A. Putton, Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio, FrancoAngeli, 2006, Milano.

CAPITOLO II

Consumo problematico e dipendenza patologica



2. CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZA PATOLOGICA

2.1 INTRODUZIONE

La tossicodipendenza è generalmente descritta, secondo la prospettiva medica e sociale, come una patologia cronica, recidivante, caratterizzata dagli effetti dell'uso prolungato di sostanze stupefacenti e dai disturbi dovuti alla sua dipendenza³⁵.

La "sindrome da dipendenza" (o addiction) è una "modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, con manifestazione negli ultimi 12 mesi di almeno tre delle seguenti condizioni: tolleranza, astinenza, desiderio persistente della sostanza, incremento del tempo dedicato per procurarsela, interruzione o riduzione di attività sociali o lavorative, uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente fisico o psicologico"³⁶.

Si tratta di una patologia complessa ad eziologia multifattoriale, nel senso che a generare l'evidenza fenomenica dell'assunzione reiterata di sostanze concorrono molteplici fattori, con forti interdipendenze e variamente rappresentati da individuo a individuo, in relazione alle sue caratteristiche neuro-biologiche, psichiche e socio-ambientali³⁷.

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

Il comportamento di assunzione che porta alla dipendenza è sostenuto da uno stato che viene definito di vulnerabilità che a sua volta viene condizionato da fattori biologici, sociali e psichici³⁸.

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

Il rischio di dipendenza viene sostenuto da tre cluster di fattori che interagiscono: l'individuo e le sue caratteristiche (congenite e acquisite) che lo rendono più o meno vulnerabile, le caratteristiche ambientali (disponibilità delle sostanze, incentivazione all'uso), le caratteristiche farmacologiche della sostanza con le sue capacità leganti³⁹.

Risulta utile ricordare che le sostanze una volta assunte producono effetti che vengono memorizzati ed interpretati dal soggetto mediante complesse elaborazioni cognitive, e sono in grado di condizionare i comportamenti futuri⁴⁰.

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

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

Il capitolo 2 è stato redatto da Cristina Sorio, Osservatorio Dipendenze patologiche

³⁵ AI Leshner, Drug abuse and addiction treatment research: the next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

³⁶ DSM IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005.

³⁷ J. Baron, S. Leshner How serious are expressions of protected values? J Exp Psychol Appl, 6, 183-94, 2000.

³⁸ J. Bergeret, La Personalità Normale e Patologica, Raffaello Cortina, Milano, 1984.

³⁹ G. Serpelloni, G. Gerra, A. Zaimovic, M. E. Bertani, Modellistica interpretativa della vulnerabilità all'addiction, in G. Serpelloni, G. Gerra, Vulnerabilità all'addiction, 1, 72, 2002.

⁴⁰ G. Benedetti, Neuropsicologia, Feltrinelli, Milano, 1969.

dal "primo contatto" con la droga o con altre sostanze psicoattive.

È stato ampiamente provato che la memorizzazione degli effetti delle sostanze e l'impulso alla loro ricerca è strettamente correlato con l'effetto gratificante che queste provocano sull'individuo e alla loro azione sui sistemi del piacere⁴¹.

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

Tra coloro che possono evolvere verso una dipendenza, il numero di soggetti che si rivolgono ai servizi sanitari per richiedere un trattamento terapeutico costituisce un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi dinamica del fenomeno.

In particolare la domanda di trattamento⁴² che proviene ai servizi da parte di persone che usano sostanze permette di stimare l'andamento del consumo problematico di stupefacenti e di sostanze psicoattive nella popolazione.

Tra i soggetti che si rivolgono ai servizi troviamo diverse modalità di assunzione delle sostanze⁴³: un uso gestito senza addiction (*managed user*); un uso a basso potenziale di addiction (*excalator*); la dipendenza con perdita del controllo (*addicted*).

Negli ultimi 10 anni, nella provincia di Ferrara, le persone che si sono rivolte ai servizi sanitari per iniziare o proseguire un percorso terapeutico per problemi legati al consumo problematico o alla dipendenza da stupefacenti o sostanze psicoattive sono aumentate in maniera esponenziale.

Il fenomeno è da attribuirsi a diversi fattori concomitanti, in primo luogo a nuove forme di dipendenza, spesso caratterizzate da poliassunzione o patologie psichiatriche, che hanno trovato nei servizi pubblici una vasta offerta di trattamenti. Non meno importante l'efficacia delle terapie che ha avuto una forte ricaduta sulla ritenzione in trattamento.

⁴¹ KJ Brower, Ga Eliopoulos, FC Blow, DH Catlin, TP Beresford, Evidence for physical and psychological dependence on Anabolic androgenic steroids in eightweight lifters, Am. J. Psychiatry, 147, 510-512, 1990.

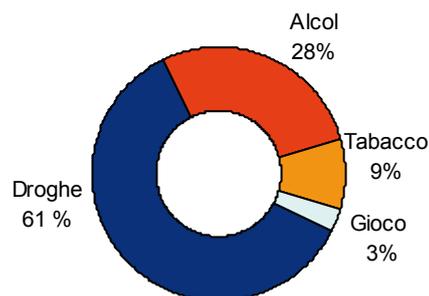
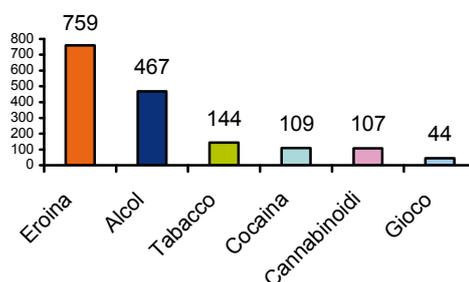
⁴² Treatment Demand Indicator -TDI

⁴³ AI Leshner, Drug abuse and addiction treatment research. The next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

Osservando la composizione dell'utenza complessiva che si è rivolta ai servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Ferrara si rileva che il 61% (n=1.039) ha un problema di consumo problematico di droghe, il 28% (n=467) presenta un problema legato all'assunzione rischiosa di alcol, il 9% (n=144) si è rivolto ai Centri Antifumo per richiedere un trattamento di disassuefazione dal fumo di sigaretta e il 3% ha seguito un trattamento terapeutico per un problema di gambling.

Fig. 1 Utenti totali in carico ai SerT distinti per area problematica. Anno 2010

Valori assoluti



Utenti complessivi seguiti dai Servizi Dipendenze Patologiche

Area Problematica	2000	2007	2008	2009	2010
Droghe	867	965	1.027	1.037	1.039
Alcol	159	406	390	428	467
Tabacco	112	394	312	285	144
Gambling	-	29	31	40	44

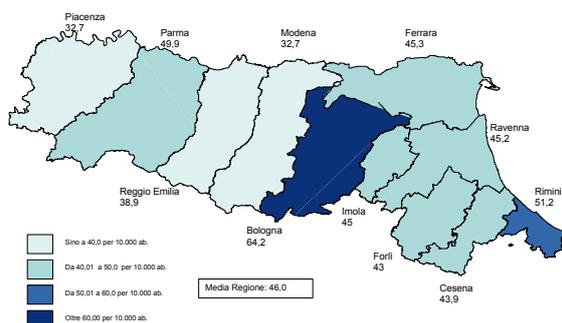
Nei paragrafi che seguono sarà analizzata la diffusione del fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcolismo sul territorio provinciale. Successivamente si cercherà di delineare il profilo sociale e clinico (gravità) dei pazienti in trattamento nei servizi dell'Azienda Usl di Ferrara.

2.2 LA DIFFUSIONE DEL CONSUMO PROBLEMatico DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

L'analisi che segue affronterà in primo luogo la diffusione del consumo problematico⁴⁴ e della dipendenza da sostanze stupefacenti nella popolazione residente nella provincia di Ferrara.

Per confrontare geograficamente la dimensione del fenomeno tra le province della Regione Emilia-Romagna sono stati utilizzati i rapporti tra gli utenti in carico e la popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni. La comparazione dei dati mette in risalto il forte impatto delle dipendenze sul territorio ferrarese, posizionandosi al quarto posto, dopo Bologna, Rimini e Parma, con un rapporto di 45,3 soggetti tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti contro i 46/10.000 della media regionale.

Fig. 2 Rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione target 15-64 anni per 10.000, distinto per Azienda UsI. Anno 2009



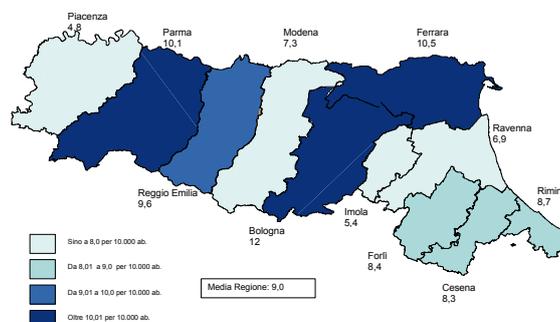
Aziende UsI	2007	2008	2009
Piacenza	32,4	33,1	32,7
Parma	50,8	48,3	49,9
Reggio Emilia	37,2	40,5	38,9
Modena	33,9	30,9	32,7
Bologna	65,1	66,9	64,2
Imola	37,6	41,6	45,0
Ferrara	42,5	44,9	45,3
Ravenna	47,1	46,5	45,2
Forlì	43,5	37,5	43,0
Cesena	39,4	41,0	43,9
Rimini	51,6	50,8	51,2
Regione	45,9	45,9	46,0

La capacità di attrazione dei servizi misurata rapportando i nuovi utenti alla popolazione target, registra un forte incremento passando da 9,3 nel 2007 a 10,5 nuovi utenti che hanno richiesto un trattamento per problemi legati alla tossicodipendenza nel 2009.

Il dato del 2009, si pone nettamente al di sopra del valore medio regionale (9,0), collocando la realtà ferrarese al secondo posto dopo Bologna.

Questo dato rappresenta il segnale che il problema del consumo problematico di droghe non solo non si arresta negli anni, ma a partire dal 2007 ha una ripresa interessando le nuove generazioni.

Fig. 3 Rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-64 anni per 10.000, distinto per Azienda UsI. Anno 2009



Aziende UsI	2007	2008	2009
Piacenza	4,9	5,3	4,8
Parma	10,1	7,1	10,1
Reggio Emilia	7,9	10,7	9,6
Modena	5,8	6,0	7,3
Bologna	13,2	13,0	12,0
Imola	5,0	6,9	5,4
Ferrara	9,3	10,0	10,5
Ravenna	5,2	6,8	6,9
Forlì	4,6	5,1	8,4
Cesena	6,5	8,0	8,3
Rimini	11,7	10,5	8,7
Regione	8,5	8,8	9,0

Si modificano i modelli di riferimento, le modalità di assunzione, gli stili di vita ma la quota di soggetti che dimostrano una vulnerabilità individuale a sviluppare la dipendenza sembra riacquistare forza nel tempo.

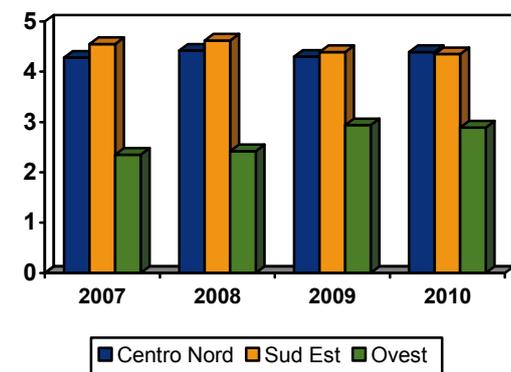
⁴⁴ La definizione di consumo problematico, utilizzata dall'Osservatorio Europeo è: "uso regolare di lunga durata o uso iniettivo di oppioidi, cocaina e/o amfetamine".

Prevalenza e Incidenza di soggetti con consumo problematico di droga

Per capire il condizionamento del contesto sociale sul comportamento individuale legato all'assunzione di sostanze si è ricorsi al confronto dei tassi di prevalenza e di incidenza dell'uso di sostanze stupefacenti tra la popolazione residente nei 26 Comuni della provincia di Ferrara ⁴⁵.

La prevalenza del fenomeno del consumo problematico di droga nella popolazione generale vede ai primi posti il distretto Centro Nord con 4,4 soggetti ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni e il distretto Sud Est (4,3/1.000). Il fenomeno del consumo di droga nel distretto Ovest ha un impatto minore rispetto alle altre realtà territoriali, infatti si rileva un tasso di 2,9 per 1.000 al di sotto della prevalenza media provinciale che è di 4 casi ogni 1.000 residenti.

Fig. 4 Tassi di prevalenza sulla popolazione target 15-64 anni per 1.000, distinti per distretto



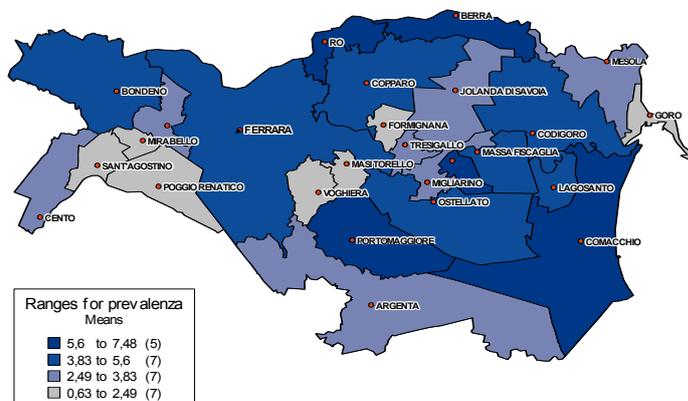
Distretti	2007	2008	2009	2010
Centro Nord	4,28	4,42	4,30	4,39
Sud Est	4,55	4,62	4,39	4,35
Ovest	2,35	2,42	2,94	2,89
Provincia	3,95	4,04	4,03	4,05

I Comuni che nel 2010 registrano una prevalenza del fenomeno nella popolazione residente al di sopra della media provinciale sono nel distretto Centro Nord: Ro (6,5/1.000), Berra (5,8/1.000), Copparo (5,6/1.000); nel distretto Sud Est: Migliaro (8,3/1.000), Comacchio (6,2/1.000), Portomaggiore (4,9/1.000);

⁴⁵ Tasso di prevalenza: utenti totali residenti/ popolazione target residente; Tasso di incidenza: nuovi utenti residenti/ popolazione target residente.

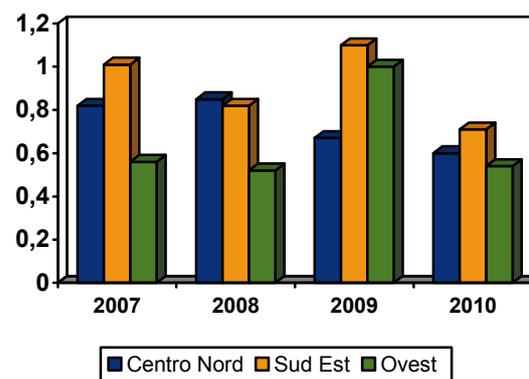
nel distretto Ovest va segnalato il tasso registrato del comune di Bondeno (5/1.000).

Fig. 5 Tassi di prevalenza sulla popolazione target 15-64 anni per 1.000, distinti per Comune. Anno 2010



Per quanto riguarda i tassi di **incidenza** (nuovi utilizzatori) dell'uso di droghe nella popolazione dei tre distretti socio-sanitari, solo il distretto Sud Est (0,71/1.000) evidenzia valori al di sopra della media provinciale; il distretto Centro Nord si allinea alla media provinciale registrando 0,6 soggetti ogni 1.000 residenti; il distretto Ovest si colloca al di sotto dei valori medi con 0,54 per 1.000.

Fig. 6 Tassi di incidenza sulla popolazione target 15-64 anni per 1.000, distinti per distretto

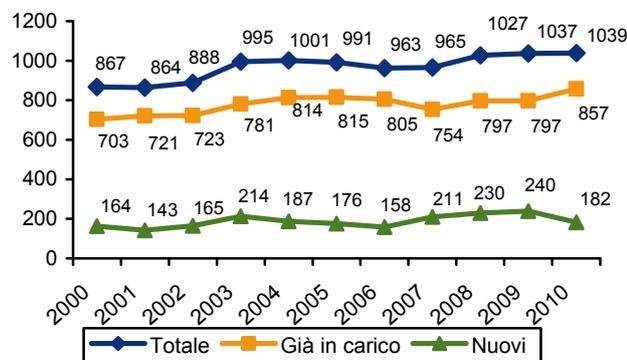


Distretti	2007	2008	2009	2010
Centro Nord	0,82	0,85	0,67	0,60
Sud Est	1,01	0,82	1,1	0,71
Ovest	0,56	0,52	1,0	0,54
Provincia	0,82	0,77	0,87	0,62

I Comuni che presentano un'incidenza di soggetti con uso di droghe che superano la media provinciale sono: Tresigallo (2,7/1.000), Codigoro e Goro (1,5/1.000), Migliaro (1,4/1.000), Bondeno (1,1/1.000).

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

Fig. 7 Utenti in trattamento ai SerT per uso di droga. Periodo 2000-2010



Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=85%; F=15%), con un rapporto di 5,6 maschi ogni femmina, valore leggermente superiore rispetto al dato regionale (4,9:1).

Gli utenti di nazionalità straniera in carico ai SerT rappresentano il 4% dell'utenza complessiva: per la quasi totalità sono maschi con un'età media di 30 anni e provengono soprattutto dall'area Africana (53,8%) e dall'Europa dell'Est (26,9%).

Le Sostanze d'abuso

Vi sono scarsi segnali che lascino intravedere un miglioramento della situazione per quanto riguarda l'uso di eroina e cocaina, le due sostanze al centro del problema del consumo di droga oggi.

Dal Rapporto 2009 dell'Osservatorio Europeo in **Europa** gli oppiacei hanno continuato a essere la droga principale citata dai consumatori che hanno iniziato il trattamento presso strutture ambulatoriali, in particolare l'eroina, consumata dal 54% dei pazienti, seguita da cannabis (21%) e cocaina (18%). La cocaina, in modo particolare in polvere, è stata citata quale ragione principale per la richiesta di trattamento da circa il 17% di tutti i pazienti in terapia, una percentuale questa che corrisponde a circa 61.000 casi riferiti in 25 paesi europei. Tra coloro i quali iniziano il trattamento per la prima volta, la percentuale dei pazienti che indicano la

cocaina come loro sostanza stupefacente primaria la proporzione è cresciuta passando dal 17% al 25%.

La cannabis è la droga principale in circa il 20% delle richieste di trattamento (73.000 pazienti), diventando così la sostanza più segnalata dopo l'eroina.

Nel periodo 2002-2007 il numero e la proporzione di pazienti che riferiscono un consumo primario di cannabis tra quelli che si sottopongono al trattamento per la prima volta è aumentata da circa 19.000 a 34.000, passando dal 25% al 31%.

Dalla Relazione al Parlamento 2010⁴⁶ in **Italia** le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere per il 69% l'eroina, seguono la cocaina (16%) e la cannabis (9,3%).

I soggetti con dipendenza da sostanze con bisogno di trattamento risultano essere 393.490 corrispondenti ad una prevalenza di 9,95/1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi 216.000 per oppiacei (5,5/1.000) e 178.000 per cocaina (4,5/1.000).

Dal Rapporto 2009 della **Regione Emilia-Romagna** risulta che le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere: per il 74% l'eroina, per il 14,5% la cocaina e per l'8,3% la cannabis.

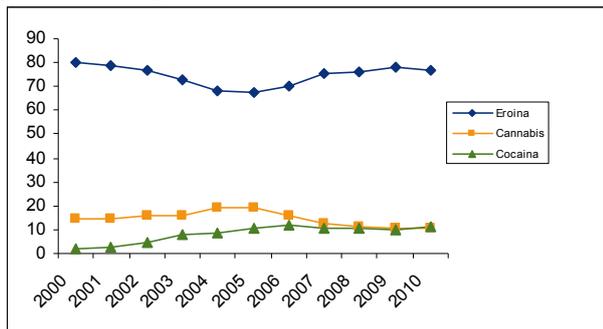
I soggetti con dipendenza da sostanze risultano 12.882 con un rapporto di 4,6/1.000 residenti di età compresa tra i 15 e il 64 anni. Di questi 9.473 per oppiacei (3,4/1.000), 1.862 per cocaina (0,7/1.000) e 1.064 per cannabinoidi (0,4/1.000).

Nel 2010 nella **provincia di Ferrara** le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti ai servizi risultano essere: l'eroina (77%), la cocaina (11%) e la cannabis (10,8%).

I soggetti con dipendenza da sostanze stupefacenti che hanno seguito un percorso terapeutico nel 2010 sono stati 1.039 corrispondenti ad una prevalenza di 4,0/1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi 759 con uso primario di oppiacei (4,2/1.000 residenti), 109 per consumo primario di cocaina (0,6/1.000 residenti), 107 per cannabinoidi (0,6/1.000 residenti).

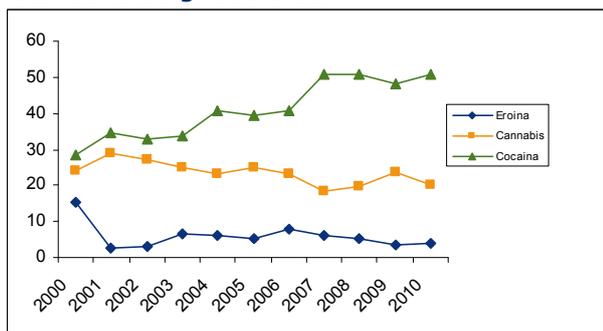
⁴⁶ Ministero della Salute, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2010.

Fig. 8 Distribuzione percentuale della sostanza primaria tra gli utenti SerT



Il 34% degli utenti utilizza una sostanza secondaria, principalmente cocaina (50% dei soggetti con uso secondario; n=173), seguono i cannabinoidi associati alla sostanza primaria dal 20,3% degli utenti (n=69).

Fig. 9 Distribuzione percentuale della sostanza secondaria tra gli utenti SerT



Eroina. Il consumo di eroina, in particolare per via iniettiva, è stato associato alla dipendenza da droga fin dagli anni settanta. Oggi questa droga è ancora responsabile della maggior parte dei casi di morbilità e mortalità collegati al consumo di droga.

Gli oppiacei, in particolar modo l'eroina, continuano ad essere la sostanza primaria della maggior parte dei pazienti che chiedono di entrare in terapia.

La dipendenza da oppiacei è caratterizzata da un insieme di aspetti di natura cognitiva, comportamentale e fisiologica.

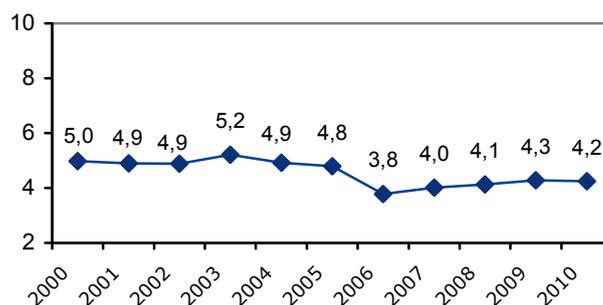
La dipendenza si sviluppa dopo un periodo di consumo regolare, anche se questo da solo non è sufficiente ad indurre dipendenza.

Sotto il profilo epidemiologico la dipendenza da oppiacei costituisce un problema sanitario che ha enormi ripercussioni sulla vita delle persone. L'analisi dei tempi di latenza evidenzia che in media entro 5,5 anni dall'inizio dell'uso viene richiesto un trattamento terapeutico.

La stima della prevalenza del consumo problematico di **eroina in Europa**, tra il 2002 e il 2007, va da 3,6 ai 4,6 casi ogni 1.000 abitanti (15-64 anni). L'**Italia** si colloca tra i paesi con le stime più elevate con valori al di sopra dei 5 casi ogni 1.000 residenti.

Nella **provincia di Ferrara** la dipendenza da eroina tra i pazienti SerT a partire dal 2007 ritorna a crescere raggiungendo 4,2 casi ogni 1.000 abitanti nel 2010 (2005=4,8; 2006=3,8; 2007=4,0; 2009=4,3).

Fig. 10 Rapporto tra utenti con eroina primaria/ popolazione target 15-54 anni per 1.000

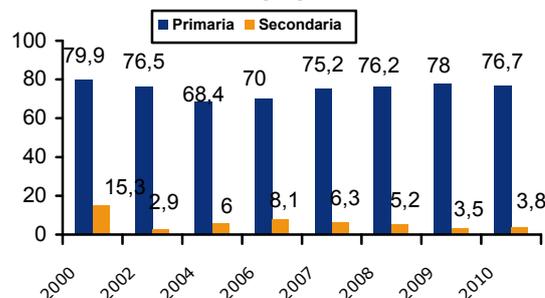


Il leggero arretramento negli ultimi due anni della cocaina (0,74/1.000 nel 2005; 0,55/1.000 nel 2009), si è accompagnato ad un nuovo preoccupante aumento dell'eroina che nel 2009 è ritornata ad interessare il 78% degli utenti totali (media regionale del 73,7%), con un rapporto di 4,3/1000.

In particolare l'eroina fumata come sostanza primaria tra i giovanissimi sta toccando una importante quota di giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni.

Si tratta di ragazzi che hanno abbandonato la scuola, che non hanno un lavoro stabile e che hanno avuto una rapida progressione dal consumo alla dipendenza.

Fig. 11 Utenti SerT distinti per sostanza primaria e secondaria Eroina. (%)



Nel 2010 si rileva una leggera recessione dell'eroina (76,7%; 4,2/1000) con una ripresa della cocaina (11%; 0,61/1000).

Cocaina. La cocaina continua ad essere, dopo la cannabis, la seconda sostanza illecita maggiormente consumata in Europa.

L'Italia è tra i paesi con la prevalenza più alta tra i giovani maschi della fascia di età tra i 15 e i 34 anni (3,1% l'ha usata nell'ultimo anno; 1,2% l'ha usata nell'ultimo mese)⁴⁷.

In **Emilia-Romagna** si stima che l'8,7% della popolazione di 15-64 anni abbia fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita (contro il 7,1% dell'Italia e il 3,9% dell'Europa)⁴⁸, mentre il 2,2% l'ha consumata nel corso dell'ultimo anno.

Nella **provincia di Ferrara** il consumo problematico di cocaina tra i pazienti SerT non dà segnali significativi di diminuzione del problema.

Tra il 2000 e il 2010 si assiste ad un aumento progressivo dell'uso primario di cocaina che da 2,2% raggiunge l'11% della domanda di trattamento. Raddoppia anche la proporzione di soggetti che utilizzano cocaina secondariamente (28,6% nel 2000, 48% nel 2009, 50,9% nel 2010), diventando la sostanza maggiormente utilizzata in associazione ad altre.

Fig. 12 Rapporto tra utenti con cocaina primaria/ popolazione target 15-54 anni per 1.000

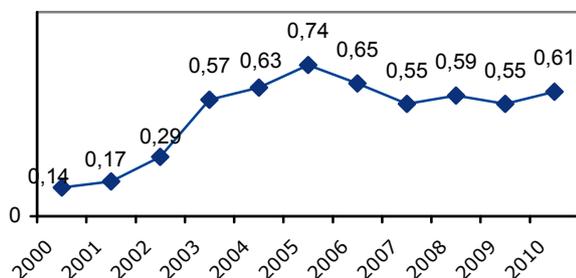
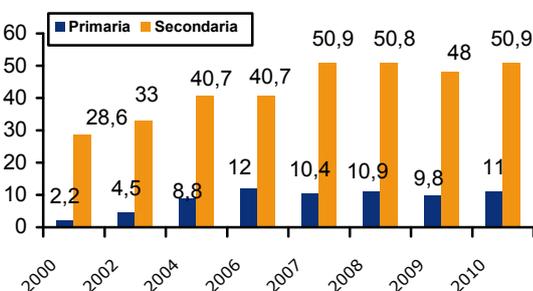


Fig. 13 Utenti SerT distinti per sostanza primaria e secondaria Cocaina. Valori %



⁴⁷ Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), Relazione Annuale 2009, Evoluzione del fenomeno in Europa.

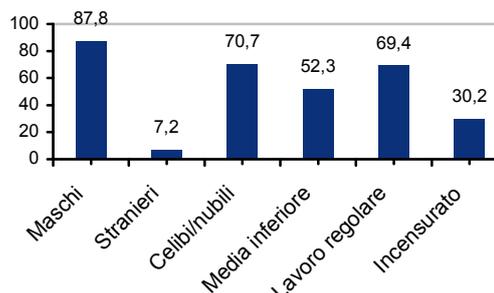
⁴⁸ Consiglio Nazionale della Ricerca, Italian Population Survey on Alcohol and other drug, IPSAD, Italia 2007-2008.

Per comprendere i modelli di consumo della cocaina nella provincia di Ferrara è stato condotto uno studio sui soggetti presi in carico dai SerT tra il 2000 e il 2009, con una diagnosi di dipendenza, abuso o consumo problematico di cocaina.

Il profilo che scaturisce è in prevalenza maschile (87,2% contro 12,2% di donne; M:F=7,2:1)⁴⁹, con un'età media di 31 anni (min 17 anni - max 55), celibe (70,7%), con licenza di scuola media inferiore o diploma professionale (63,6% contro il 31,1% con diploma di scuola media superiore o laurea), con un lavoro regolare (69,4%) e la residenza in provincia di Ferrara (83,3%). Il profilo sociale dei soggetti in trattamento presso i SerT mette in evidenza un basso status sociale ma una forte integrazione nel tessuto produttivo.

Sotto il profilo giuridico il 30,3% degli utenti ha avuto problemi con la giustizia di cui: il 10,9% ha avuto denunce o condanne e il 19,4% è stato in carcere o ha usufruito di misure alternative alla detenzione.

Fig. 14 Profilo sociale degli utenti con sostanza primaria cocaina. (%)



I soggetti stranieri rappresentano il 7,2%, (16), sono di sesso maschile e hanno un'età media di 28 anni, più bassa rispetto ai 31 del resto della coorte.

Principalmente provengono da paesi dell'area africana per il 45,4% (Tunisia, Marocco e Ghana) e per il 27,3% dagli stati dell'est europeo (Bielorussia, Albania).

Per quanto riguarda la coorte complessiva, la modalità d'assunzione prevalente della cocaina è quella sniffata (69,8%), seguita dal 18% di soggetti che sceglie di fumarla, e una percentuale molto minore ne fa uso per via parenterale (4,1% la inietta).

Il 21,5% ha dichiarato un consumo occasionale, ossia una o più volte al mese, e il 33,5% un uso frequente che va da una

⁴⁹ Tra i pazienti dei centri per le dipendenze europei: 5 uomini per ogni donna, età media 31 anni.

volta a settimana fino al consumo quotidiano.

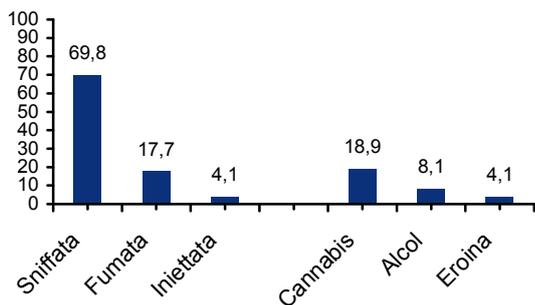
Una parte della popolazione osservata, oltre ad assumere la cocaina da sola, la associa ad altre sostanze (79 soggetti pari al 35,6%). Le sostanze secondarie principali sono i cannabinoidi (18,9%), l'alcol (8,1%) e l'eroina (4,1%).

Complessivamente i soggetti poliassuntori sono risultati 8 pari al 3,6%, associano alla cocaina l'alcol e la cannabis, oppure amfetamine, ecstasy o eroina.

I pazienti in condizioni di dipendenza grave (con modalità d'assunzione per via iniettiva o modalità d'assunzione diversa ma con frequenza d'uso dalle 2 alle 7 volte alla settimana), sono il 33,3% dell'intera coorte.

Solo il 21,6% di questi soggetti arriva ai servizi su base volontaria con un bisogno di assistenza ben caratterizzato, che si è sviluppato lungo un intervallo di tempo di più di 9 anni. In prevalenza vengono inviati dalla Prefettura (48,6%) e dal carcere (14,9%).

Fig. 15 Modalità di consumo primario di cocaina e sostanza secondaria associata. (%)



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

Cannabinoidi. Il consumo di cannabis si concentra prevalentemente tra i giovani adulti (15-34 anni), tra i quali si ritiene che raggiunga i livelli massimi nella fascia di età 15-24 anni.

Dai dati forniti dal **Rapporto Europeo** in media il 31,1% dei giovani adulti europei ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, il 12,5% ne ha fatto uso nell'ultimo anno, e il 6,8% nell'ultimo mese.

La prevalenza tra i giovani 15-24 anni si incrementa ulteriormente raggiungendo il 15,9% nell'ultimo anno e l'8,3% nell'ultimo mese.

Nella **provincia di Ferrara**, gli assuntori di cannabinoidi continuano a rappresentare una quota considerevole di utenti dei SerT, anche se dal 2000 sono in leggera flessione, passando dal 14,5% della domanda complessiva di trattamento al 10,8% nel 2010. Diversamente il consumo secondario di cannabinoidi si mantiene stabile negli anni riguardando circa il 20% degli utenti in carico.

Fig. 16 Utenti con sostanza primaria o secondaria cannabis. (%)

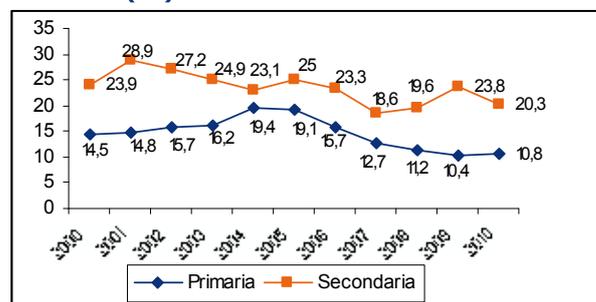
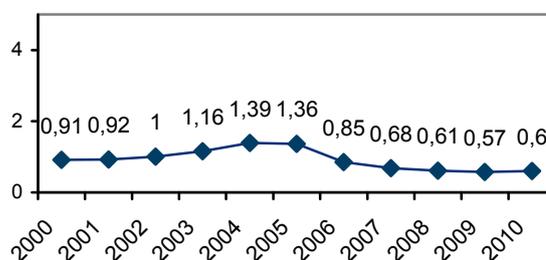


Fig. 17 Rapporto tra utenti con sostanza primaria cannabis/popolazione target 15-54 anni per 1.000



Anche i nuovi utenti che riferiscono un consumo primario di cannabis è diminuito nel tempo passando dal 39,2% nel 2006 al 24,2% nel 2009; aumentano invece come sostanza secondaria associata ad altre sostanze da 31,1% a 52,2%.

I consumatori problematici di cannabinoidi che iniziano la terapia in regime ambulatoriale rappresentano il 24,2% della nuova utenza SerT; sono prevalentemente giovani (fino a 19 anni 19%) di sesso maschile (87,9%) con rapporto uomo-donna di 7,3 e un'età media di 26 anni. Accedono ai servizi prevalentemente su segnalazione della Prefettura in base agli articoli 121 (77,6%), e 75 (6,9%).

Il 74,1% ha un titolo di studio di scuola media inferiore contro il 15,5% che ha

conseguito il diploma di scuola superiore. Il 55,2% è occupato regolarmente e il 25,9% è studente.

Da studi recenti è stata rilevata un'associazione tra uso precoce di cannabis e sensibilizzazione verso la ricerca di sostanze stupefacenti a più alto rendimento farmacodinamico. In altre parole in soggetti vulnerabili l'uso precoce può indurre e amplificare un comportamento di ulteriore sperimentazione evolutiva di droghe. In particolare una recente metanalisi ha evidenziato che l'uso di cannabis rappresenta un forte fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psicotici. Il consumo di cannabis ha effetti molto gravi in età adolescenziale in quanto provoca delle alterazioni nella capacità dei neuroni di svilupparsi in maniera appropriata, con il risultato che soggetti adulti consumatori di cannabis in età adolescenziale sono risultati più esposti all'insorgere di disturbi mentali (depressione, psicosi, disturbi affettivi)⁵⁰.

Giovani consumatori e nuove dipendenze

Per comprendere l'evoluzione dei consumi nella popolazione generale e nella domanda di trattamento può essere utile riflettere su come si è evoluto il mercato degli stupefacenti.

In questi ultimi dieci anni il mercato si è differenziato e ha proposto la cocaina (insieme ad amfetamine, ecstasy e smart drug), quale merce che rispondeva bene ai modelli di riferimento sociali.

Oggi la fidelizzazione ritorna ad essere sulla sostanza che ha il potere di indurre tolleranza, e quindi dipendenza, più di altre droghe e ne rende meno probabile un uso saltuario a basso dosaggio: l'eroina. La pericolosità di questa strategia di marketing sta nel target prescelto: i giovanissimi.

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

Questi mutamenti del mercato si possono leggere anche nella domanda di trattamento. In particolare partire dal 2000 si è assistito all'incremento costante dell'accesso ai servizi

di giovani (14-24 anni), che passano dai 64 pazienti del 2000 ai 99 del 2009, con un tasso di crescita di periodo del 54,7%.

L'età di accesso ai servizi si abbassa infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 14 e i 24 anni raggiunge il 41,3% dei nuovi ingressi.

Questa nuova utenza assume comportamenti di consumo diversi rispetto al passato, infatti si incrementano le richieste di trattamento per abuso di eroina che passano dal 28% al 30%, e di cocaina con un balzo dal 4% al 12%.

La crescita della domanda di trattamento da parte di giovani si accompagna ad un aumento dei fattori di rischio. Il 64,2% dei nuovi utenti ha interrotto gli studi al diploma di scuola media inferiore, sia nei maschi che nelle femmine (4,2% alle elementari); aumenta la quota di disoccupati o di soggetti con lavori saltuari (32%); i soggetti che hanno già avuto problemi con la giustizia, anche solo per una segnalazione, raggiungono il 31%.

Fig. 18 Caratteristiche anagrafiche dei nuovi utenti (%)

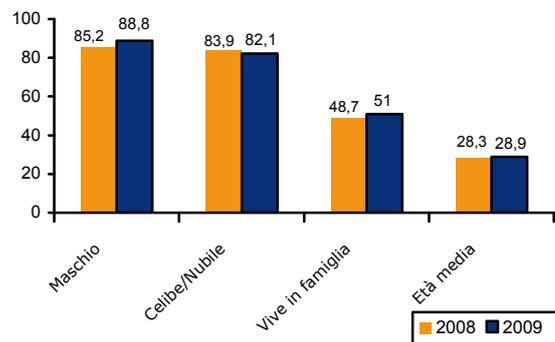
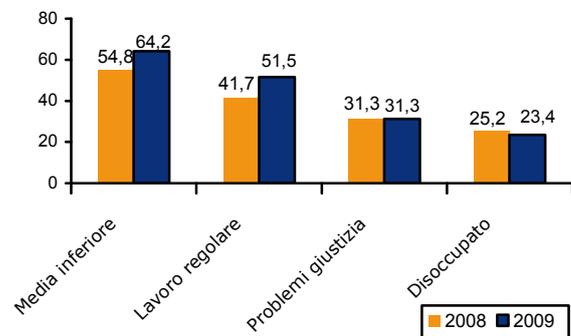
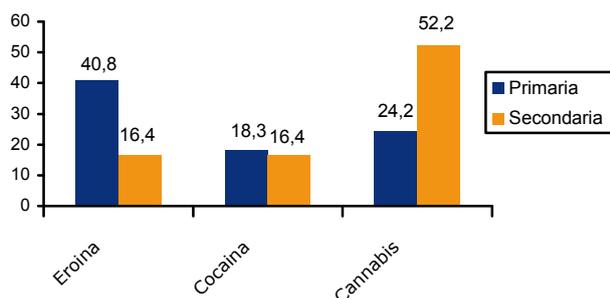


Fig. 19 Caratteristiche sociali dei nuovi utenti. (%)



⁵⁰ PY Le Bec, M. Fatseas, C. Denis et al., Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review, *Encephale*, 35, 2009.

Fig. 20 Nuovi Utenti per sostanza primaria e secondaria. (%)



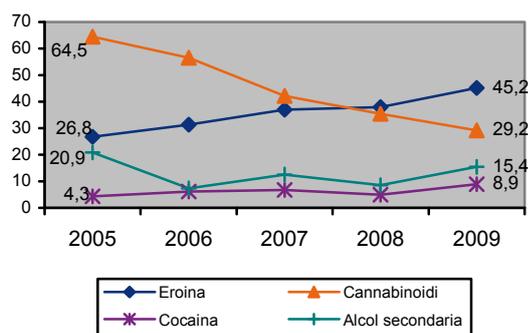
In particolare va segnalato l'aumento dell'anticipazione dei **consumi nei giovanissimi**.

In uno studio condotto tra gli utenti SerT nel periodo 2005- 2009 i giovani pazienti con età compresa tra i 16 e i 24 anni sono stati 395, in prevalenza maschi (84,3%; M/F=5,4:1), consumatori di cannabinoidi (44,6%), eroina (30%) e cocaina (8%).

Si tratta di una popolazione con modalità di consumo diversificate: tra coloro che usano eroina il 55% la fuma, il 34% la inietta e l'8% la sniffa; la cocaina per il 53% è sniffata contro il 28% che la fuma.

Chi usa eroina la associa ad una sostanza secondaria: per il 26% ai cannabinoidi e per il 22% alla cocaina. Chi usa cocaina la associa prioritariamente ai cannabinoidi e in misura minore all'eroina.

Fig. 21 Nuovi Utenti di età compresa tra i 16 e i 24 anni per sostanza primaria. (%)



Nei cinque anni di studio, i minori di 18 anni sono stati 31 passando dal 3% al 12% sull'intera coorte; si sono rivolti ai servizi per problemi connessi all'uso di cannabinoidi (58%; 18 pazienti), di eroina (19%; 6 pazienti), 3% ecstasy e 3% inalanti volatili. La modalità di consumo dell'eroina è esclusivamente fumata.

Questi ragazzi arrivati ai SerT in maniera autonoma o su indicazione di altri servizi presenti sul territorio, presentano ancora una modalità di assunzione sniffata, ma un alto

livello di gravità al momento dell'accesso con una frequenza d'assunzione molto alta.

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

Solo nel 2009 su tutto il territorio provinciale sono stati seguiti complessivamente 168 pazienti adolescenti e giovani adulti di età compresa tra i 16 e i 24 anni (età media 21 anni), di cui 99 nuovi utenti e 12 minori. Il 41,1% per consumo di eroina in prevalenza fumata, il 36,9% per cannabinoidi e il 9,5% per uso di cocaina, il 7,7% per il consumo concomitante di due sostanze (in prevalenza cannabis+eroina e cannabis+cocaina). L'età di prima assunzione è di 18 anni per i maschi e 16 anni per le femmine.

Fig. 22 Profilo Tossicomane dei giovani utenti di età 16-24 anni in carico ai SerT. (%)

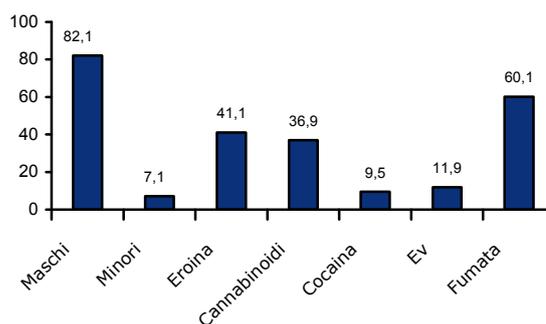
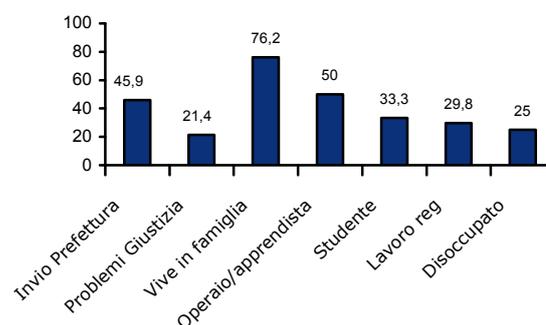


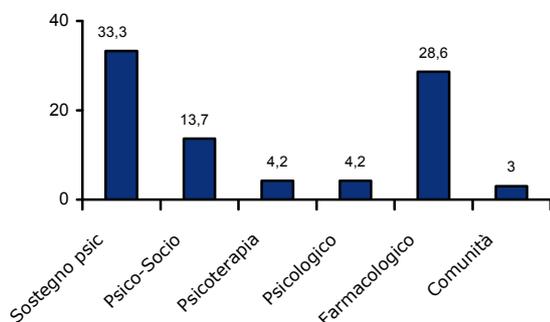
Fig. 23 Profilo Sociale dei giovani utenti di età 16-24 anni in carico ai SerT. (%)



Il 45,9% è arrivato al servizio per invio dalla Prefettura, e il 21,4% ha già avuto problemi con la giustizia. Vivono in famiglia per il 76,2%, per il 33,3% sono studenti, il 29,8% ha un lavoro regolare e il 25% è disoccupato. Per rispondere a questa nuova domanda di trattamento, dal 2008 i servizi hanno attivato un accesso per questo target di utenza, differenziato nei luoghi e negli orari. Una

équipe multidisciplinare dedicata a questa fascia di età, utilizza approcci cognitivo-comportamentali e tecniche psico-corporee.

Fig. 24 Programmi terapeutici attivati sui giovani utenti di età 16-24 anni in carico ai SerT. (%)



La terapia farmacologica per i minorenni non prevede l'utilizzo dei farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) ma terapie sintomatiche sempre associate ad interventi psicologici individuali e familiari. E' inoltre sempre prevista l'attivazione di una consulenza con lo SMRIA per una valutazione complessiva con gli strumenti specifici di valutazione.

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

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

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

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

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

Le nuove sfide che si delineano per i prossimi anni saranno sempre più legate alle strategie di marketing del mercato delle sostanze illecite orientate alle giovani generazioni. Non vanno sottovalutate le

nuove forme di commercializzazione su web (e-commerce) dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite, e la presenza di forum, blog, chatroom, social network, dove circolano informazioni e consigli circa il consumo e l'acquisto di droga.

Si tratta di una nuova realtà da prendere in considerazione e sulla base della quale orientare le future strategie di prevenzione, soprattutto per le giovani generazioni maggiormente esposte ai rischi della rete.

I percorsi terapeutici

L'Organizzazione mondiale della sanità nel 2009 ha pubblicato un documento che illustra i requisiti minimi e le linee guida internazionali sul trattamento farmacologico, con supporto psicosociale, di soggetti dipendenti da oppiacei⁵¹.

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

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

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

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

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

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

⁵¹ World Health Organization, Istituto superiore di sanità, Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei, Roma, ottobre 2010.

contribuiscono a ridurre notevolmente l'assunzione di eroina e di altri oppiacei per uso illecito.

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

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

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

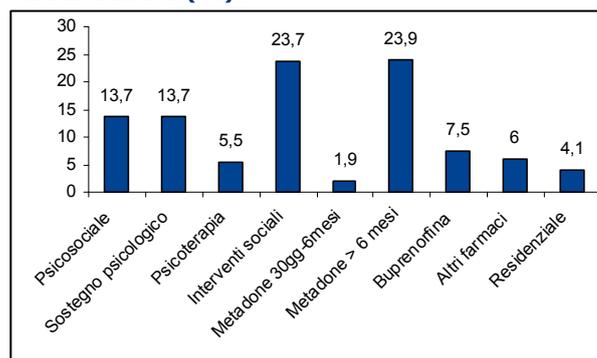
La terapia cognitivo comportamentale nella dipendenza da sostanze si basa sul principio secondo cui le dipendenze sono comportamenti appresi che possono essere modificati. Gli approcci cognitivi sono tesi primariamente a modificare i comportamenti di dipendenza, modificando i costrutti cognitivi che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

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

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

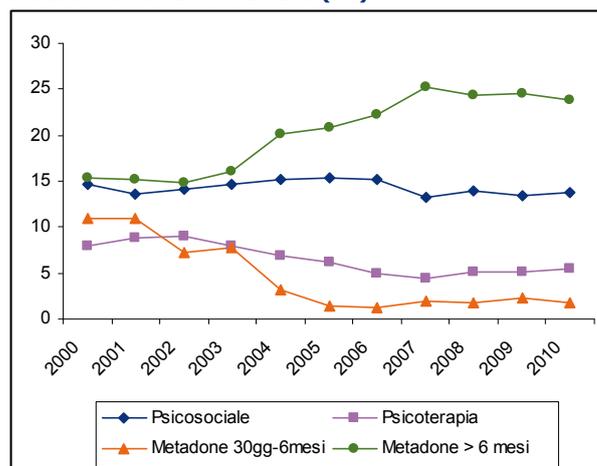
In specifico, per quanto riguarda il trattamento della dipendenza da eroina, i SerT hanno puntato sull'integrazione della terapia farmacologica con agonisti a medio lungo termine con gli interventi psico-sociali, al fine di garantire una migliore ritenzione in trattamento e una protezione dalla mortalità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

Fig. 25 Trattamenti seguiti dagli utenti in carico ai SerT nel 2010. (%)



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

Fig. 26 Trattamenti seguiti dagli utenti in carico ai SerT. Periodo 2000-2010. (%)



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

La nuova sfida sarà integrare il trattamento farmacologico con gli indirizzi che provengono dall'evoluzione delle scienze riabilitative umanistiche.

Le Patologie Infettive correlate al Consumo di Droga

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

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

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

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

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

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

Lo stato dell'infezione Hiv/Aids

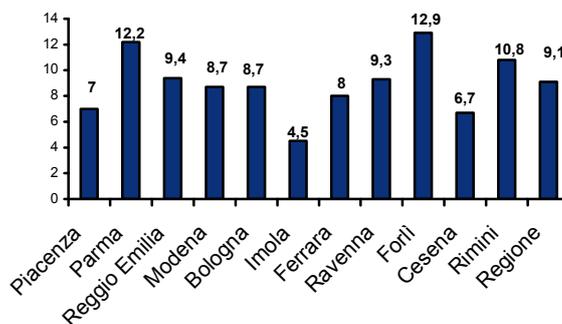
Nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna, nel periodo 2006-2009, il tasso di incidenza medio annuo di Hiv ha raggiunto i 9 casi ogni 100.000 residenti.

Le caratteristiche principali della persona sieropositiva sono: essere maschio (72%), di

età compresa tra i 30 e i 39 anni (35,6%) e di nazionalità italiana (71%).

Nella provincia di Ferrara, tra il 2006 e il 2009 sono stati notificati 113 casi di nuove diagnosi da infezione Hiv (85% italiani, 15% stranieri) nella popolazione generale.

Fig. 27 Tassi di incidenza di infezione da Hiv per 100.000 abitanti. Periodo 2006-2009



La modalità di trasmissione dalla metà degli anni 80 ad oggi ha subito un notevole cambiamento. Infatti la proporzione di nuove diagnosi legate all'utilizzo di droghe iniettive, storicamente fattore di rischio preponderante, a livello nazionale è calato dal 74,6% del 1985 al 7,7% nel 2008.

L'Emilia-Romagna negli ultimi quattro anni non ha mai registrato una percentuale superiore al 7%. D'altro canto i casi attribuibili a trasmissione sessuale sono invece notevolmente aumentati raggiungendo l'84% di tutte le diagnosi del quadriennio 2006-2009 (56% per trasmissione eterosessuale, 28% omo-bisessuale).

La stessa tendenza osservata in regione si osserva anche nella provincia di Ferrara, infatti su 113 casi segnalati nel periodo 2006-2009 nella popolazione generale, il 12% delle nuove diagnosi sono dovute all'uso di droghe iniettive, il 20% a rapporti omo-bisessuali e il 60% a rapporti eterosessuali.

Le persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive sono in prevalenza maschi (M/F=5,5:1), con un'età alla diagnosi tra i 30 e i 49 anni.

Anche i dati rilevati tra i nuovi pazienti dei SerT della provincia di Ferrara conferma il trend negativo dell'infezione Hiv tra i tossicodipendenti.

Fig. 28 Totale dei casi di infezione Hiv tra i nuovi utenti dei SerT. Periodo 1991-2010

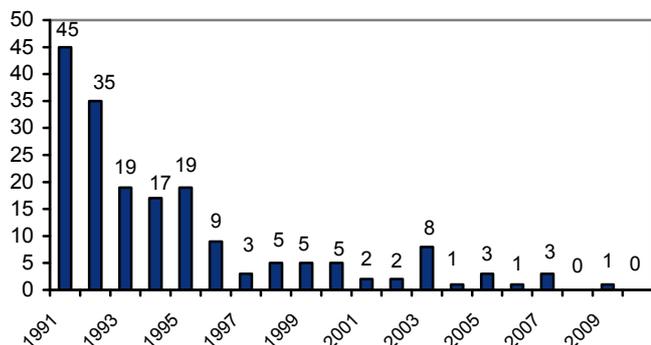
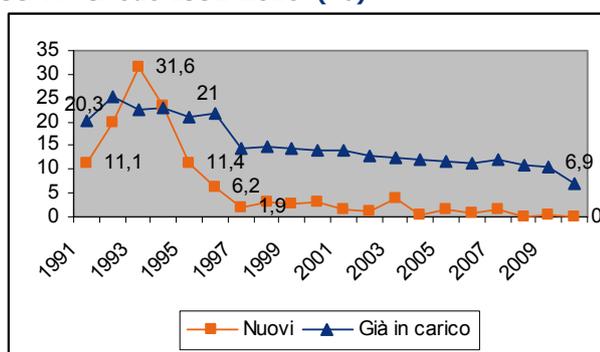


Fig. 29 Positività all'Hiv degli utenti in carico ai SerT. Periodo 1991-2010. (%)



Rispetto ai tassi di incidenza di Aids, nel confronto nazionale la Regione Emilia-Romagna si colloca al quinto posto con 2,3 casi ogni 100.000 abitanti, registrati nel 2009.

A livello regionale Ferrara con 9 nuovi casi segnalati nel 2009 si colloca al terzo con un tasso di incidenza di 3,2/100.000 contro il 2,5 della media regionale; con 117 casi prevalenti all'undicesimo posto con un tasso di prevalenza di 32,6/100.000 abitanti (regione 38,8).

I tassi di incidenza per classe di età e sesso mettono in risalto un maggior numero di casi di Aids tra i maschi di età compresa tra i 35 ei 49 anni.

Nel panorama regionale la distribuzione di Aids⁵² in adulti residenti nella regione nel periodo 1984-2009 per **modalità di esposizione "tossicodipendenza"**, mette in evidenza un importante calo dei casi segnalati tra questa popolazione a rischio che passa dai 327 del 1994 (picco epidemico) ai 21 casi del 2009.

⁵² Regione Emilia-Romagna, Servizio Sanità Pubblica, Lo stato dell'infezione Hiv/Aids in Emilia-Romagna, Aggiornamento sull'epidemia a al 31-12-2009.

Fig. 30 Tassi di incidenza Aids per 100.000 abitanti. Anni 2008-2009

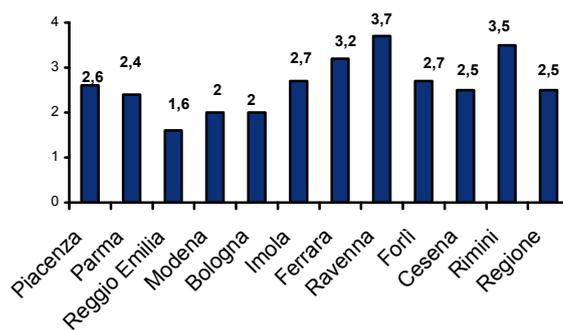
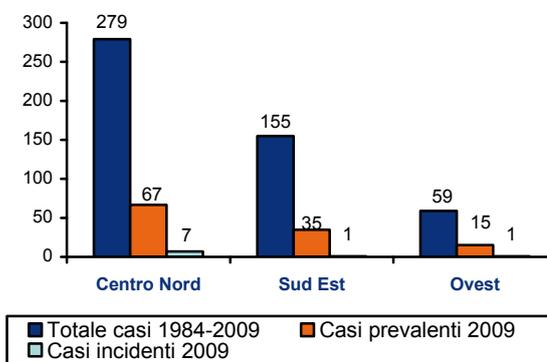


Fig. 31 Totale casi di AIDS tra i residenti nella provincia di Ferrara



Le infezioni da epatite virale C

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

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

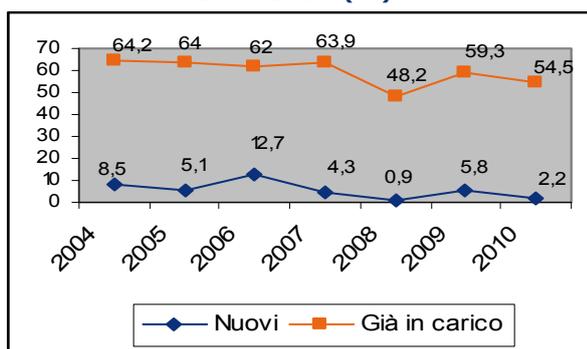
Oggi, anche in considerazione dell'efficacia ottenuta con la vaccinazione contro il virus

dell'Epatite B e al decremento delle infezioni da Hiv, la vera emergenza è rappresentata dall'infezione dell'Epatite C, per la sua caratteristica tendenza ad evolvere verso la cronicizzazione, fino alla cirrosi e al cancro⁵³.

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

Infine, problema di particolare rilievo è quello della co-infezione Hiv-Hcv, che si è iniziato ad osservare in seguito alla migliorata sopravvivenza conseguita con la terapia antiretrovirale altamente attiva. Va peraltro tenuto presente che l'Hiv nei confronti dell'Hcv aumenta il rischio di trasmissione sessuale o perinatale e di evolutività della malattia. L'Hcv, invece, nei confronti dell'Hiv incrementa il rischio di progressione in Aids e la potenziale tossicità dei farmaci antiretrovirali⁵⁴.

Fig. 32 Positività all'Epatite C degli utenti in carico ai SerT. Periodo 2004-2010. (%)



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

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

Le linee guida sono il frutto di un gruppo di lavoro regionale, coordinato dal SerT dell'

Azienda USL di Ferrara, che si è focalizzato sulla raccolta delle buone prassi e dei protocolli in uso nelle diverse realtà territoriali della Regione Emilia-Romagna.

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

Come ribadito anche dalle linee di indirizzo ministeriali⁵⁵, lo scopo dello screening è quello di identificare le malattie presenti nella popolazione tossicodipendente al fine di attivare interventi terapeutici tempestivi e alla gestione della terapia secondo le evidenze scientifiche. Questa strategia di indagini diagnostiche può portare alla riduzione della morbilità e della mortalità derivate dalle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

La Mortalità Droga-Correlata

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

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

L'importanza della sorveglianza della mortalità ha motivato la scelta metodologica che sta alla base delle riflessioni del presente paragrafo, nel quale si analizzeranno i decessi direttamente riconducibile all'uso e abuso di sostanze psicotrope rilevati nella popolazione generale dai sistemi di registrazione ufficiali della mortalità nel periodo 1999-2009.

In Emilia-Romagna i dati relativi ai decessi direttamente correlati all'uso di sostanze psicotrope sono stati estratti dall'archivio regionale di mortalità (Banca dati REM) sulla

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

⁵⁴ J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

⁵⁵ Ministero della Salute, Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Linee di indirizzo, gennaio 2001.

base di alcune cause di morte desumibili dal sistema internazionale di codifica ICD-9⁵⁶.

In particolare per decessi direttamente indotti da stupefacenti si intendono quelli direttamente provocati da un uso di sostanze e verificatisi poco dopo l'assunzione, identificati nelle seguenti cause indicate dalle linee guida europee⁵⁷: psicosi da farmaci, farmacodipendenza, abuso di droghe senza dipendenza, avvelenamento accidentale, suicidio e autolesione per avvelenamento, avvelenamento non specificato se accidentale o intenzionale.

Per l'analisi sono state selezionate le cause di morte già utilizzate in altri studi e ricerche⁵⁸ non esistendo ancora uno standard europeo di riferimento.

L'analisi dei decessi indirettamente indotti da stupefacenti connessi ad altri problemi di salute che comprendono le conseguenze di malattie infettive (epatopatie) e l'Aids derivano dalle fonti informative dei SerT.

La disponibilità dei dati REM ci permette di avere un quadro preciso dei decessi fortemente correlati all'uso di stupefacenti intercettando anche la casistica che sfugge alla registrazione dei servizi per le dipendenze.

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

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

⁵⁶ Legge Regionale 19/2004.

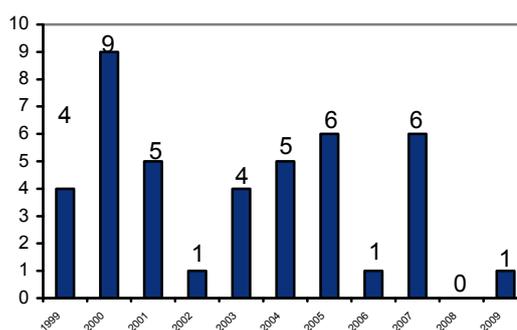
⁵⁷ La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: www.emcdda.europa.eu

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

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

Nella Provincia di Ferrara i decessi droga-correlati **per overdose e avvelenamenti da sostanze stupefacenti** dal 1999 al 2009 sono stati complessivamente 42. Descrivendo le caratteristiche socio-anagrafiche delle persone decedute il rapporto maschi/femmine è di 7:1 con un'età media alla morte di 33,6 anni (33,5 Maschi, 34 Femmine). Come descritto in molti studi italiani il rischio di decesso tra i tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale rimane elevatissimo proprio perchè questo gruppo di soggetti contribuisce in modo consistente alla mortalità nelle classi di età giovanili di entrambi i sessi.

Fig. 33 Trend dei decessi per overdose avvenuti sul territorio della provincia di Ferrara secondo l'anno di decesso. Periodo 1999-2009 - Valori assoluti



Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Osservando l'andamento nel tempo dei decessi legati all'assunzione di oppioidi, nel periodo che va dal 1999 al 2009, l'analisi dei trend temporali della mortalità mostrano un andamento complesso.

I decessi acuti possono essere correlati all'assunzione di una particolare sostanza oppure dovuti alla poliassunzione. Inoltre ci sono altri fattori che possono influire, anche in maniera determinante, sull'evenienza di decesso per overdose, per esempio la **tolleranza** individuale nei confronti della sostanza, la **purezza** e i **contaminanti tossici** della sostanza nella miscela di strada, **le associazioni di sostanze** che possono indurre condizioni che rallentano o ostacolano il metabolismo di una di esse con l'effetto di aumentarne la concentrazione (sopra-soglia) per via della maggiore disponibilità e più lunga permanenza. Nello specifico il Registro di mortalità ReM della Regione permette di identificare i decessi acuti correlati a: oppiacei, cocaina e altre sostanze non bene identificate tra le quali ricadono l'ecstasy e le amfetamine.

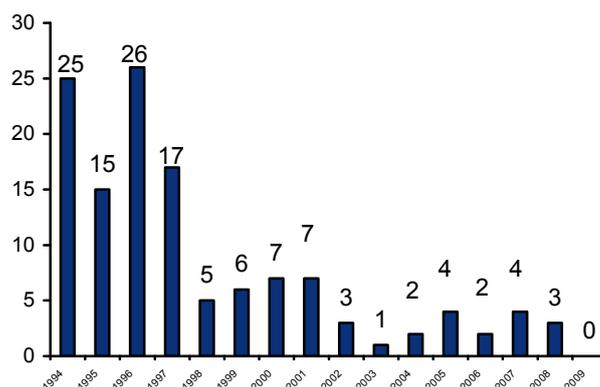
Dai dati resi disponibili l'abuso di oppioidi (per la maggior parte eroina) è risultata la causa principale di morte acuta (overdose e avvelenamenti), interessando un numero complessivo di 32 (su 42 totali) decessi nel periodo che va dal 1999 al 2009. Analizzando i decessi acuti correlati all'utilizzo di cocaina si può ipotizzare di trovarci di fronte ad una sottostima epidemiologica del fenomeno (0 per cocaina). Questo può essere spiegato dalla difficoltà degli attuali sistemi di registrazione nel rilevare la cocaina come causa di decesso, perché meno immediatamente "attribuibile" e spesso esito di una concomitanza di cause, piuttosto che della sola azione tossica della sostanza stessa.

Studi condotti in Europa hanno messo in luce il fatto che, soprattutto nei consumatori con condizioni predisponenti o con fattori di rischio, i decessi per cocaina sono correlati al consumo cronico di questa sostanza e sono spesso la conseguenza di problemi cardiovascolari e neurologici provocati dal consumo nel lungo periodo. Inoltre va considerato che nelle segnalazioni di decessi in cui sia implicata la cocaina viene spesso rilevata anche la presenza di altre sostanze tra cui alcol e oppiacei, un fatto questo che rivela l'abitudine di consumare cocaina in associazione ad altre sostanze psicoattive. Per quanto riguarda i 10 decessi associati ad altre sostanze stupefacenti non è possibile riflettere sul contenuto informativo del dato, in quanto la definizione non permette di identificarle in maniera puntuale.

Alla luce dei risultati emersi da studi nazionali ed europei non si può ignorare che i poliassuntori sono sempre più frequenti nelle abitudini di consumo e, a fronte di una riduzione dei decessi correlati all'uso di oppiacei, la diffusione nell'uso della cocaina e delle combinazioni cocaina-morfina, eroina-benzodiazepine contribuisce a far presagire a breve un'inversione di tendenza nelle morti acute per droga. È noto che sia eroina che benzodiazepine causano una depressione respiratoria, quindi la loro co-assunzione potenzia questo effetto con maggiore possibilità di portare a decesso rispetto a ciascuna delle due sostanze prese singolarmente. Inoltre il rischio di overdose è incrementato dall'uso associato di alcol.

Uno studio di coorte sulla mortalità⁵⁹ dei tossicodipendenti da eroina in carico ai SerT, ha messo in luce un rischio di mortalità generale elevatissimo per entrambi i sessi. Infatti la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento era dell'80%; dei soggetti seguiti per 15 anni, il 35% era deceduto alla fine del follow-up. Dal punto di vista del peso delle singole cause, si confermano Aids e overdose come principali componenti dell'eccesso di mortalità osservato. Tuttavia negli ultimi anni l'epidemia di mortalità per Aids mostra una tendenza al ridimensionamento.

Fig. 34 Trend dei decessi per Aids tra la popolazione conosciuta ai SerT della provincia di Ferrara. Periodo 2000-2009. Valori assoluti



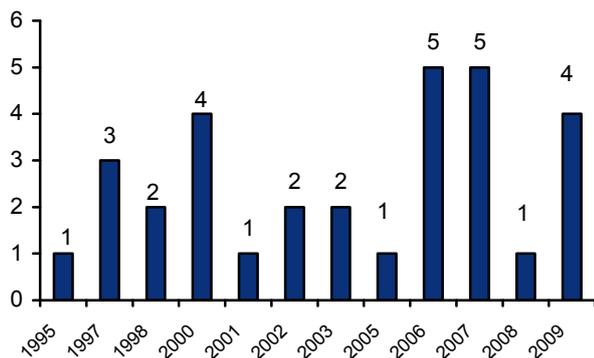
⁵⁹ G. Antolini, M. Pirani, G. Morandi, C. Sorio, Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999, *Epidemiologia e Prevenzione*, 30,2,2006

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

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

Quanto tempo richiede tale evoluzione non è determinato, ma dipende dall'intervento di co-fattori di danno tra i quali la presenza di concomitanti infezioni (co-infezioni), quali infezioni da virus dell'epatite B o da virus dell'immunodeficienza umana (Hiv) e il consumo anche moderato di alcol⁶⁰.

Fig. 35 Trend dei decessi per Epatopatie tra la popolazione conosciuta ai SerT della provincia di Ferrara. Periodo 1994-2009. Valori assoluti



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

⁶⁰ JK. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, 4, 2004.

2.3 ALCOL: MODELLI DI CONSUMO E PROBLEMI ALCOL-CORRELATI

Il bere giovane⁶⁰

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

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

In Italia il **binge drinking**, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, sembra ormai diffuso stabilmente e riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne. È molto cresciuta nell'ultimo decennio la quota di consumatori che bevono alcol al di fuori dei pasti, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%).

Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di quasi 9 milioni di persone, e in particolare il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475.000 minori per i quali il consumo dovrebbe essere pari a zero⁶¹.

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

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

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

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

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

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

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

Nuovi aspetti permettono di cogliere alcuni elementi di evoluzione del modello "bagnato" verso un modello "umido", caratterizzato dall'affiancarsi al modello tradizionale di alcuni aspetti del

⁶⁰ di Antonio Mosti Medico e psicoterapeuta, Direttore del Programma Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Piacenza

⁶¹ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2010.

bere nordico. Innanzitutto la drastica riduzione dei consumi di vino e la rilevanza assunta da bevande alcoliche come birra e superalcolici; la crescente rilevanza del valore d'uso intossicante, attribuito in particolare a nuove bevande alcoliche; l'uso dell'alcol come "gateway" o in frequente abbinamento con altre sostanze illegali; la crescente rilevanza di nuove categorie di bevitori, quali i giovani e le donne; il cambiamento delle caratteristiche del bere smodato: meno frequente ma più visibile e più fastidioso; il cambiamento nell'immaginario collettivo dell'immagine del bevitore e della relativa emarginazione. Questo nuovo modello del bere "umido" è caratterizzato quindi da una parte dalla persistente prevalenza dei valori d'uso tipici del modello bagnato, alimentare e socializzante, e dall'altra dall'introduzione di nuove bevande alcoliche, in particolare della birra, tipiche del modello asciutto. Tuttavia il bere "umido" si distingue dal quello "asciutto" per la scarsa rilevanza del bere solitario, che assume importanza solo a livello di patologia.

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

A fronte di tutto i Servizi hanno messo in campo nuove strategie di protezione/promozione della salute nei confronti di questi giovani bevitori che potremmo definire "bevitori contestuali".

Per "bevitore contestuale" possiamo intendere chi beve fino a raggiungere l'effetto intossicante solo in particolari situazioni, ad esempio di tipo sociale, come al sabato sera con gli amici.

Può diventare un alcolista, ma non vive la propria situazione attuale come problematica, ha però un'alta probabilità di andare incontro a danni di tipo situazionale (ad esempio gli incidenti stradali), ha un alto costo in termini sociali e sanitari e corre solo in parte il rischio di un degrado progressivo, ma molto di più quello di improvvisi esiti fatali.

Per il bevitore contestuale al centro dell'esperienza non c'è solo l'alcol, ovvero il rapporto con una sostanza specifica, ma soprattutto l'effetto sociale, il divertimento, la conformità alle aspettative di un gruppo di

riferimento, i significati attribuiti ad un particolare contesto ed alla congruenza dei propri comportamenti rispetto a quei particolari significati.

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

L'esperienza degli "operatori di strada" ha consolidato gli interventi di prossimità destinati a quei giovani "bevitori contestuali", altrimenti esclusi da qualunque percorso di riflessione sulle problematiche alcol correlate, e destinati a sporadici contatti con il sistema sanitario in occasione di situazioni acute di disagio e/o di danno conclamato⁶².

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

Gli interventi di prossimità hanno permesso ai servizi di *incontrare i giovani nei loro luoghi e creare con i giovani un loro spazio non clinicizzato*, che offre un momento di aggregazione dove i ragazzi possano creare una modalità di comunicazione adeguata alla loro cultura e in cui possano ricevere anche informazioni corrette ed eventualmente indicazioni precise sulle possibili soluzioni ai problemi connessi all'uso delle sostanze e dell'alcol in particolare.

Questi nuovi "luoghi" sono tali da poter tollerare anche l'ambivalenza tipica del processo di crescita, rispettare le differenze individuali, sopportare le approssimazioni graduali caratteristiche dell'età adolescenziale, dimostrando un'attenzione e un interesse genuini.

Costituiscono quindi l'occasione per tentare di aumentare i fattori di protezione attraverso l'interazione tra operatori adeguatamente formati e giovani generazioni.

⁶² A. Mosti, E. Tosca A. Geziani et al., "Alcol e Giovani, Il SERTINQUARTIERE", in B. Sanfilippo, G.L. Galimberti, A. Lucchini (a cura di), Alcol, alcolismi: cosa cambia?, Franco Angeli, Milano, 2004.

Consumo Rischioso, Dannoso e Alcol-dipendenza⁶³

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

Oltre alle patologie correlate, l'abuso di alcol è associato ad una elevata mortalità soprattutto tra i giovani di sesso maschile di età compresa tra i 15-29 (1 su 4) e tra le giovani donne (1 su 10)⁶⁴.

Le evidenze epidemiologiche di importanti studi nazionali e internazionali confermano la correlazione tra il consumo di alcol e il rischio di malattie croniche, incidentalità stradale, domestica, lavorativa, danni sanitari e sociali⁶⁵.

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

I target maggiormente vulnerabili sono i giovani e gli anziani.

La sezione europea delle politiche per l'alcol dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), in questi anni ha posto l'attenzione sulle Alcohol Free Situations, ossia quelle circostanze, occasioni, periodi della vita in cui è appropriato evitare l'uso di alcol: in età infantile e adolescenziale, in gravidanza, nei luoghi deputati allo sport, nel corso di eventi musicali, nei luoghi di aggregazione giovanile, sui luoghi di lavoro, alla guida di veicoli.

Essa ha anche formulato una classificazione (ICD-10) relativa ai differenti livelli di rischio alcol-correlato.

⁶³ di Cristina Sorio, Osservatorio Dipendenze Patologiche

⁶⁴ Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008, EMCDDA, Lisbona, 2008.

⁶⁵ Ministero della Salute, Relazione al Parlamento in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, 2009.

Consumo Rischioso (Hazardous): un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio in caso di persistenza.

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

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

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

- donne che eccedono i 20 g. di alcol/die,
- giovani <15 anni che assumono una qualsiasi quantità di alcol,
- giovani tra i 16 e i 18 anni che consumano più di una unità al giorno,
- ultra 65enni che eccedono il consumo di una unità/die,
- gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 unità di alcol (binge drinking).

Il Quadro Epidemiologico

In **Europa** l'alcol è responsabile di 195.000 morti l'anno, è la terza causa di mortalità prematura ed è causa di circa 60 malattie e condizioni patologiche⁶⁶.

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

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

Per quanto riguarda **l'Italia**, dalla Relazione 2009 del Ministro della Salute al Parlamento si evidenzia una prevalenza di consumatori tra le più basse ed una percentuale di astemi

⁶⁶ Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS

molto superiore alla media dei 25 paesi europei.

Emergono tuttavia anche delle criticità quali una prevalenza doppia rispetto alla media di consumatori quotidiani, la più alta in Europa di consumi molto frequenti ed una elevata nei comportamenti di binge drinking.

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

In **Emilia-Romagna** su un campione di 2446 soggetti intervistati nello Studio PASSI, emerge che l'83,1% degli uomini e il 55,7% delle donne riferisce di aver bevuto almeno una unità alcolica (birra, vino, liquore) nell'ultimo mese.

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

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

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

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

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

Lo studio conclude sottolineando che in regione si stima che circa 1/4 della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcolici che possono essere definite a rischio per quantità e modalità di

assunzione. Sotto i 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio.

Dall'indagine nazionale ESPAD-Italia 2008, risulta che il 91% degli studenti di scuola media superiore ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita, l'83,9% nel corso dell'ultimo anno e il 68,3% negli ultimi 30 giorni; il 5,7% ha dichiarato un consumo quotidiano (Italia rispettivamente 91%, 83,9%, 68,6%, 6,6%).

Il consumo di bevande alcoliche caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i sessi (M=86%; F=82%) e di tutte le classi di età, aumenta al crescere dell'età: nei maschi passa dal 72,3% dei 15enni al 93,4% dei 19enni. Tra le femmine passa dal 69,2% all'88,4%. In entrambi i sessi il passaggio dai 15 ai 16 anni è contraddistinto da un rilevante incremento dei consumatori, raggiungendo tra i 16enni una quota pari a 84% nei maschi e 81,9% nelle femmine.

Tra gli studenti maschi che hanno assunto bevande alcoliche durante l'anno, il 42% ha ripetuto il comportamento per 40 e più volte; tra le femmine circa la metà ha bevuto alcolici dalle 6 alle 39 volte in un anno, mentre il 27% lo ha fatto per 40 o più volte.

Dallo studio regionale emerge che il 38,5% dei maschi e il 29,1% delle femmine ha praticato il binge drinking, cioè ha assunto in un'unica occasione 5 o più bevande alcoliche di fila (Italia: M=42,9%; F=28,2%).

Le quote di studenti che praticano questa abitudine del bere tendono ad aumentare al crescere dell'età: infatti se a 15 anni il 25% dei maschi e il 21,3% delle femmine ha adottato questo comportamento nell'ultimo mese, a 19 anni è la metà dei ragazzi (M=50,1%) e il 33,5% delle femmine a praticarlo.

In entrambi i generi nel passaggio dai 15 ai 16 anni i binge drinkers aumentano in modo considerevole raggiungendo il 34,2% tra i maschi e il 30% tra le femmine.

Tra gli studenti che hanno praticato il binge drinking oltre la metà ha adottato tale comportamento 1-2 volte nel corso dell'ultimo mese, mentre per poco meno del 25% si è trattato di ripeterlo dalle 3 alle 5 volte.

Il 18% dei maschi e il 9% delle femmine ha praticato bere smodato da 6 a più volte nell'ultimo mese.

Nella provincia di **Ferrara** l'indagine⁶⁷ su "Le condizioni di salute e sulle abitudini di vita

⁶⁷ A. De Togni, P. Pasetti (a cura di), In linea con la salute, Ferrara, Ottobre, 2005.

dei ferraresi” ha rilevato che il consumo di bevande alcoliche interessa il 77% degli intervistati di età compresa tra i 18 e i 79 anni, contro il 79% della media regionale e il 75% dell’Italia.

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

Relativamente al consumo di alcol tra i giovani studenti di scuola media superiore i dati emersi dallo studio ESPAD-Italia 2008, l’84% degli studenti ferraresi ha consumato bevande alcoliche nel corso dell’ultimo anno. Tra questi gli studenti che hanno praticato il binge drinking raggiungono il 34% della popolazione studentesca intervistata (in media con i valori regionali).

Il Fenomeno dell’alcolismo nella popolazione della provincia di Ferrara

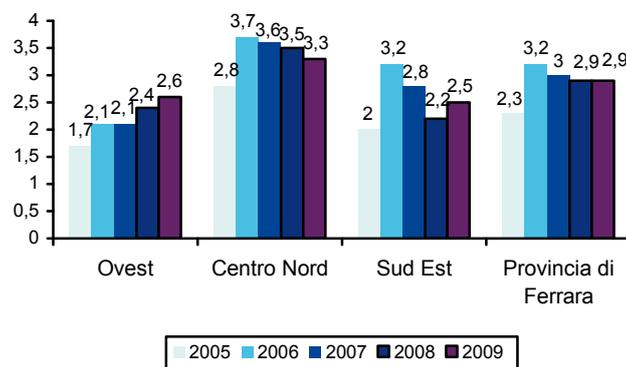
Per stimare il fenomeno dell’alcolismo nella provincia di Ferrara sono stati analizzati i dati relativi ai soggetti in carico ai Centri Alcolologici confrontandoli con i dati provenienti dalla schede di dimissione ospedaliera degli Ospedali pubblici e privati per ricoveri connessi a problemi alcolcorrelati.

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

Il tasso di prevalenza nel 2009 è risultato pari a 2,9 soggetti con problemi alcolcorrelati ogni 1.000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore nei maschi rispetto alle femmine (M=41; F=17).

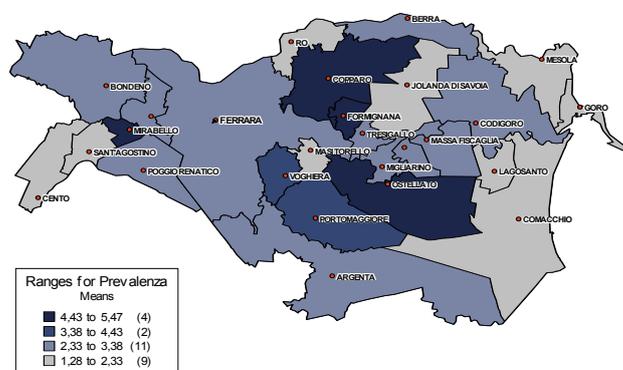
Dall’analisi geografica dei tassi di prevalenza solo il distretto Centro Nord si colloca al di sopra della media provinciale con 3,3 soggetti con problemi alcolcorrelati ogni 1.000 abitanti, segue il Distretto Ovest con 2,6 e il Distretto Sud Est con 2,5.

Fig. 1 Tassi di prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati per 1.000 abitanti distinti per distretto. Periodo 2005-2009



Come si può osservare esiste una forte variabilità territoriale nell’abuso di alcolici. Queste differenze legate all’origine del bere possono essere influenzate da fattori culturali, ambientali e sociali profondamente radicati nel costume del territorio. In particolare per la realtà di Ferrara i distretti socio-sanitari si differenziano sia per specifiche caratteristiche di territorio, sia di struttura della popolazione.

Fig. 2 Tassi di prevalenza⁶⁸ di soggetti con problemi alcol-correlati per 1.000 abitanti distinti per comune di residenza. Anno 2009



Nel confronto territoriale si collocano al di sopra della media provinciale (2,9/1000) i Comuni di Ostellato (5,5), Copparo (5,1), Formignana (5,05), Mirabello (4,5), Voghiera (3,7), Portomaggiore (3,7), Tresigallo (3,4), Bondeno (3,2), Ferrara (3,1).

⁶⁸ Il tasso di prevalenza è stato calcolato rapportando gli utenti dei Centri Alcolologici e i dimessi dagli Ospedali residenti nel territorio di riferimento alla popolazione target 15-64 residente al 31/12/2009.

Caratteristiche dei soggetti con problemi alcolcorrelati

Nel corso del 2009 nella provincia di Ferrara i soggetti che si sono rivolti ai servizi pubblici e privati per problemi alcol correlati sono stati 728, con un'età media di 50,1 anni (49,0 nei maschi e 53,1 nelle femmine).

In prevalenza si tratta di italiani (667 pari al 91,6%) a fronte di un 8,4% (61) di stranieri. L'86,1% degli italiani sono residenti sul territorio ferrarese e il 5,5% non residenti.

I non residenti (italiani e non) sono più giovani, infatti presentano un'età media di 45,4 anni contro i 50,4 anni dei residenti.

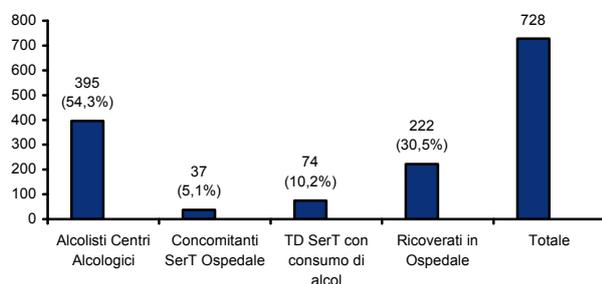
Gli stranieri rappresentano la popolazione più giovane con problemi alcol correlati e mediamente hanno 40,4 anni contro i 50,8 degli italiani.

Dall'analisi delle caratteristiche della popolazione che si è rivolta ai servizi emerge come i problemi alcol-correlati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (68,7%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,6 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=49,0; F=53,1).

In linea con i dati nazionali, tra l'utenza complessiva il 10,8% (79) presenta un abuso di alcol associato ad una dipendenza da sostanze stupefacenti (di cui 5 con ricovero).

Il 64,4% (469) della popolazione analizzata si è rivolta solo ai Centri Alcolologici (di cui il 5,7% con ricovero ospedaliero concomitante), mentre il 30,5% (222) ha avuto solamente un ricovero in strutture ospedaliere e non si è mai rivolto ai Centri.

Fig. 3 Soggetti con problemi alcolcorrelati per sede di accesso al trattamento. (%)



I Centri Alcolologici dei SerT confermano il loro ruolo di centralità nella risposta territoriale alle problematiche di abuso di alcol intercettando il 69,5% dei soggetti con problemi alcolcorrelati che si sono rivolti ai servizi pubblici e privati.

Caratteristiche dei soggetti in carico ai Centri Alcolologici

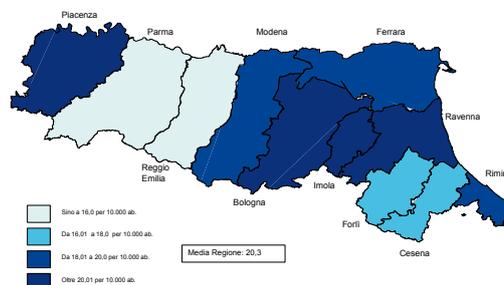
La domanda di trattamento pervenuta ai Centri Alcolologici della **Regione Emilia-Romagna** ha registrato un significativo incremento negli ultimi 10 anni, così come accade nella maggior parte delle regioni italiane e negli altri paesi europei.

In particolare i Centri Alcolologici della Regione Emilia-Romagna nel corso del 2009 hanno seguito 5.686 utenti con problematiche legate al consumo di alcol, con un incremento del 4,8% rispetto al 2008 (n=5.427).

Nel tempo si osserva un incremento del rapporto tra l'utenza alcolista in carico ai servizi e la popolazione target (15-64 anni) passando da 13,4 per 10.000 abitanti nel 2002, a 20,2 nel 2007, a 20,3 nel 2009.

Nel panorama regionale **Ferrara** si colloca al quinto posto con un rapporto 18,7 utenti alcolisti ogni 10.000 abitanti (15 e i 64 anni) contro la media regionale di 20,3/10.000; e un rapporto di 4,6 nuovi utenti per 10.000 residenti rispetto ai 4,7 regionali.

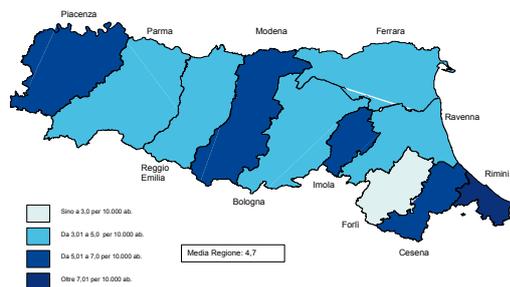
Fig. 4 Rapporto tra utenti alcolisti totali e popolazione 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Usi⁶⁹



	Utenti alcolisti/ pop. 15-64 *10.000		
	2007	2008	2009
Piacenza	28,9	31,6	30,9
Parma	18,5	15,1	16,8
Reggio Emilia	14,9	12,0	12,2
Modena	20,6	18,0	18,8
Bologna	21,2	21,3	21,5
Imola	38,3	41,1	44,0
Ferrara	17,9	17,0	18,7
Ravenna	23,7	23,7	23,1
Forlì	15,3	14,5	16,2
Cesena	14,1	14,4	17,4
Rimini	17,2	19,4	22,7
Emilia-Romagna	20,2	19,4	20,3

⁶⁹ Elaborazioni su dati forniti dall'Osservatorio regionale sulle Dipendenze, Regione Emilia-Romagna.

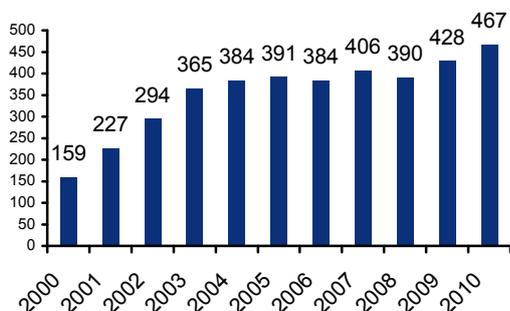
Fig. 5 Rapporto tra nuovi utenti alcolisti e popolazione 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Usi⁷⁰



	Nuovi utenti alcolisti/ pop. 15-64 * 10.000		
	2007	2008	2009
Piacenza	7,2	7,6	6,3
Parma	3,1	2,9	4,0
Reggio Emilia	3,3	2,6	3,6
Modena	4,6	4,8	5,3
Bologna	3,4	3,6	4,1
Imola	5,7	5,1	5,7
Ferrara	4,1	3,5	4,6
Ravenna	3,9	4,9	4,6
Forlì	2,4	1,7	2,6
Cesena	4,4	4,2	6,1
Rimini	5,3	6,7	7,4
Emilia-Romagna	4,1	4,2	4,7

Nel 2010 i **Centri alcolici dell'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara** hanno seguito con un trattamento terapeutico 467 soggetti. Dall'analisi storica, anche per Ferrara si evidenzia un forte incremento della domanda di trattamento negli ultimi 10 anni, passando da 6,8 ogni 10.000 abitanti nel 2000 a 17,9 nel 2007, a 18,7 nel 2009, e 20,4 nel 2010.

Fig. 6 Distribuzione annuale degli utenti in carico ai Centri Alcolici. Periodo 2000-2009. Valori assoluti



⁷⁰ Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, 2010.

Fig. 7 Distribuzione dell'utenza totale distinta per distretto. Periodo 2000-2010. Valori assoluti

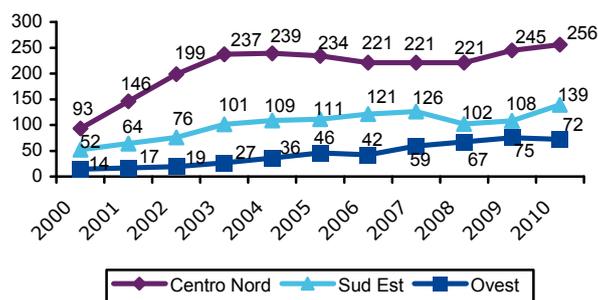
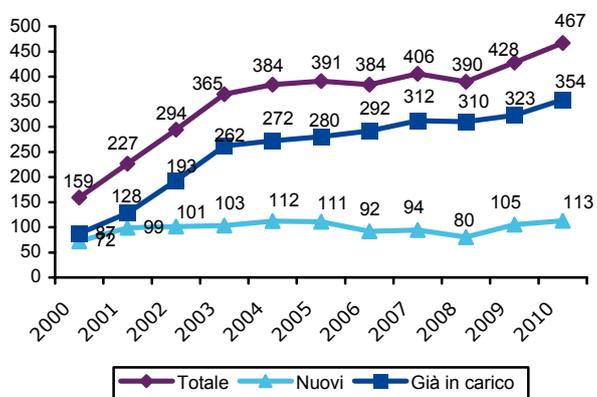


Fig. 8 Distribuzione dell'utenza totale distinta in nuovi utenti e già in carico. Periodo 2000-2010. Valori assoluti



L'utenza in trattamento presso i Centri Alcolici è in prevalenza maschile (M70,1% F29,9%; M/F=2,3), italiana (91,3%), con un'età media di 48,5 anni (Maschi 47,7; Femmine 50,8; minimo 20 anni - massimo 77 anni), un livello di istruzione basso (63,8% licenza elementare/media inferiore; 13,3% diploma professionale), il 45,2% con un lavoro regolare e il 31,3% in condizioni di precarietà economica (26,1% disoccupato; 5,2% lavoro precario), il 15,7% pensionato. Le fasce di età più numerose sono quelle che vanno dai 40 ai 49 anni (36%) e dai 50 ai 59 anni (26,4%). Agli estremi della curva troviamo gli anziani ultra 60enni che rappresentano il 15,2% dell'utenza e i giovani con età compresa tra i 20 e i 29 anni che raggiungono il 3,7% del totale dell'utenza in carico.

UTENTI DISTINTI PER

Fig. 9 Classi di età (%)

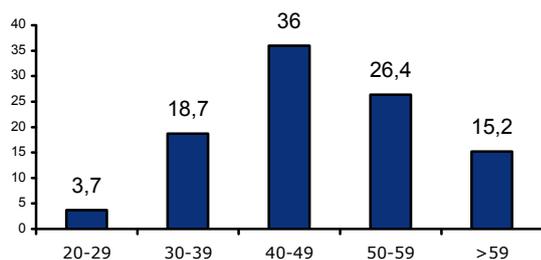


Fig. 10 Titolo di studio (%)

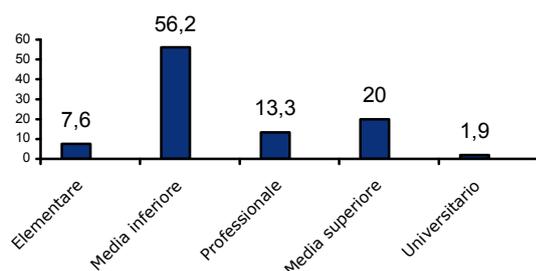
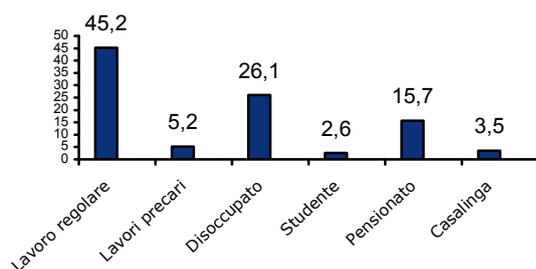


Fig. 11 Condizione lavorativa (%)



UTENTI DISTINTI PER

Fig. 12 Sostanza d'abuso (%)

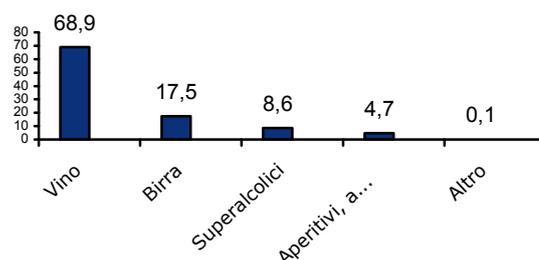


Fig. 13 Frequenza d'uso della sostanza (%)

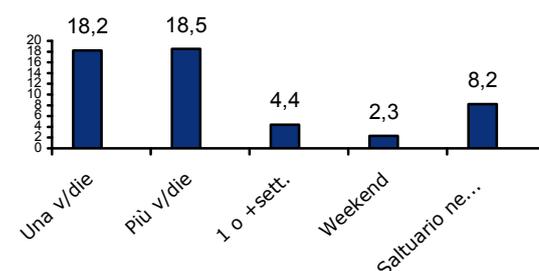
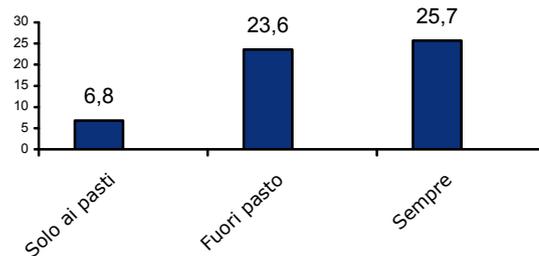


Fig. 14 Modalità di consumo (%)



Nei pazienti seguiti dai Centri Alcolici spesso si registra un consumo concomitante di più tipi di alcolici legati in genere ai diversi momenti della giornata, tuttavia la sostanza primaria più consumata è rimasta il vino (68,9%), seguito dalla birra (17,5%), dai superalcolici (8,6%) e aperitivi, amari, digestivi (4,7%).

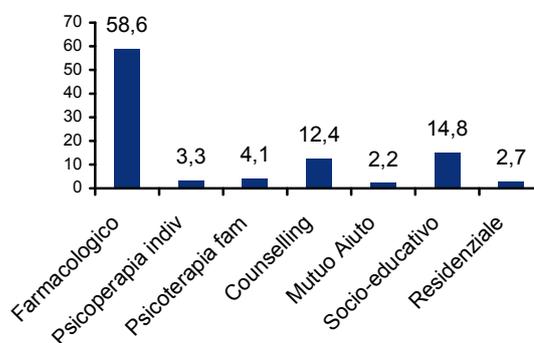
L'8,2% degli utenti ha un uso concomitante di sostanze stupefacenti e il 6,5% un uso improprio di farmaci.

Il 36,7% dei pazienti ha un consumo quotidiano contro il 14,9% che presenta una frequenza di assunzione nel fine settimana o saltuaria nel mese.

Il 25,7% dei pazienti assume alcol sia ai pasti che fuori dei pasti, il 23,6% solo fuori pasto e il 6,8% solo durante i pasti.

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

Fig. 15 Utenti distinti per tipo di terapia. (%)



Le terapie medico-farmacologiche ambulatoriali hanno riguardato il 58,6% dei pazienti (62,7% nel 2007 e 62,2% nel 2008), i trattamenti socio-educativi il 14,8% e il 12,4% il counselling all'utente o alla famiglia (8,5%-9,1%). Si mantiene l'incremento dei trattamenti di psicoterapia individuale che viene seguita dal 3,3% degli utenti (contro l'1,8% del 2006), della psicoterapia familiare o di gruppo (4,1%) e dei gruppi di mutuo aiuto (2,2%).

Le patologie associate al consumo di alcol

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

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

La **dipendenza da alcol** è il disturbo cronico derivato dal consumo di bevande alcoliche con modalità compulsiva (perdita del controllo) e continuativa (recidivante) con la comparsa di tolleranza (bisogno di dosi sempre più elevate), astinenza, desiderio persistente, interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative, uso continuativo della sostanze nonostante la comparsa di danni fisici, psichici e sociali (depressione, blackout⁷¹, epatopatie ecc.).⁷² Dall'analisi delle SDO, un ricovero su tre avviene per problemi legati alla dipendenza da alcol, di questi circa il 20% dovuto ad intossicazione acuta.

⁷¹ Deficit transitorio della coscienza e della memoria.

⁷² F. Fantozzi, "Diagnosi e trattamento dei disturbi correlati all'alcol", in C. Annovi, R. Biolcati, R. Di Rico (a cura di), Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, FarncoAngeli, 2006.

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

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

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

Diversamente **l'abuso**, che ha interessato il 6,9% dei ricoveri associati all'alcol nel 2009, è una modalità patologica d'uso di una sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate, che si verificano ripetutamente in un periodo indicativo di 12 mesi, oppure essere persistenti. L'abuso porta al manifestarsi di una delle seguenti condizioni: incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (ripetute assenze, scarse prestazioni, sospensioni, trascuratezza); uso della sostanza in situazioni rischiose (guida di un'auto, uso di macchinari); ricorrenti problemi legali (arresti per condotta molesta, guida in stato di ebbrezza); problemi sociali o interpersonali (discussioni, scontri fisici, abusi contro i bambini)⁷³.

Seguono le **sindromi psicotiche** (6%) che possono manifestarsi in associazione ad intossicazione (intossicazione alcolica idiosincrasia) o ad astinenza (delirium da astinenza da alcol, sindrome da astinenza da alcol) e che comprendono le demenze da alcol e le psicosi alcoliche non specificate (deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzati, catatonia).

Tra gli **altri danni organici** troviamo prevalentemente quelli determinati da polineuropatia alcolica, cardiomiopatia alcolica e gastrite alcolica.

⁷³ DSM IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2005.

Tab. 5 Patologie associate al consumo di alcol. Diagnosi alla Dimissione. Periodo 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Danni epatici	232	226	220	174	163
Dipendenza	124	110	113	116	117
Sindromi psicotiche	15	8	12	10	20
Abuso	3	2	0	22	23
Effetti tossici	0	0	1	0	1
Altri danni organici	11	15	14	22	10

%	2005	2006	2007	2008	2009
Danni epatici	60,3	62,6	61,1	50,6	48,8
Dipendenza	32,2	30,5	31,4	33,7	35,0
Sindromi psicotiche	3,9	2,2	3,3	2,9	6,0
Abuso	0,8	0,6	0,0	6,4	6,9
Effetti tossici	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Altri danni organici	2,9	4,2	3,9	6,4	3,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nel 2009 la popolazione osservata tra i ricoveri per cirrosi epatica il 69,3% si è verificato tra i maschi con un'età media di 62,8 anni e il 30,7% tra le femmine con un'età media di 68,3 anni. L'età media si abbassa leggermente tra i pazienti con steatosi epatica (57,2 nei maschi e 51,2 nelle femmine), pur mantenendo la stessa distribuzione tra i sessi (Maschi 64,3%; Femmine 35,7%).

I pazienti con intossicazioni acute sono equamente distribuiti tra i sessi (Maschi 57,9%) e registrano l'età media più bassa (48,4 anni; min24 max 88). Diversamente le epatiti acute (5 casi) interessano soggetti più anziani (età media 61 anni) e in prevalenza maschi.

Oltre al consumo medio giornaliero di alcol, pare molto importante anche la durata dell'abuso, infatti nessun soggetto che assuma più di 160 grammi di alcol/die sviluppa cirrosi se la durata è inferiore a cinque anni. Se invece tale consumo si mantiene per più di venti anni circa il 50% dei pazienti tende a sviluppare questa patologia. Non vi è correlazione col tipo di bevanda assunta, ma solo con il suo contenuto alcolico, in quanto gli altri numerosi costituenti non risultano essere epatotossici. Da rilevare inoltre che il consumo quotidiano protratto risulta più dannoso di quello saltuario, e che il rischio di epatopatia è legato principalmente al consumo continuativo di grandi quantità di alcolici per molti anni. Per quanto riguarda il sesso, è ormai accertato che quello femminile è più suscettibile all'epatopatia alcolica rispetto al maschile, ritenendosi tossiche per le donne dosi alcoliche del 30% inferiori a quelle indicate per gli uomini.

Infine nelle donne si osserva un rischio maggiore di progressione della epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol⁷⁴.

La mortalità alcolcorrelata

Relativamente alla mortalità alcol correlata i trend nazionali⁷⁵ dimostrano un andamento decrescente a partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), ma meno evidente per le patologie acute (incidenti stradali e domestici, intossicazione etilica, cadute accidentali), che sembrano essere poco influenzate dalla riduzione complessiva dei consumi.

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

Tab. 6 Decessi per patologie alcolcorrelate osservati nella popolazione residente. Periodo 2005- 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Utenti Centri alcolologici	9	7	9	7	7
Soggetti deceduti in ospedale	15	17	19	14	11
Totale	24	24	28	21	18

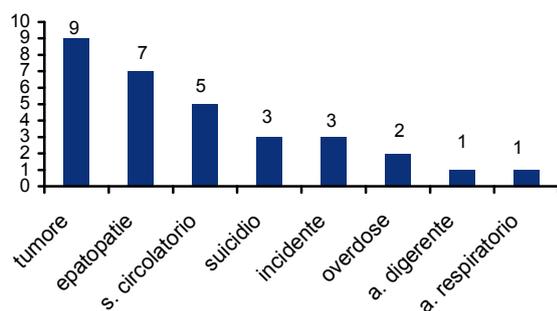
Sul territorio della provincia di Ferrara nel 2009 sono stati osservati 18 decessi alcol correlati, che si sono verificati per il 72,7% nei maschi e per il 27,3% nelle femmine. Sono avvenuti in prevalenza in ospedale su soggetti non conosciuti ai Centri Alcolologici (11 casi pari al 61,1%) contro i 7 casi di pazienti già conosciuti dai Centri Alcolologici.

⁷⁴ F. Magnolfi, Fattori di rischio dell'epatite alcolica, in D. Agiolini, P.E. Di Mauro (a cura di), Manuale di alcolologia, Le Balze, Siena, 2000.

⁷⁵ Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità.

Se osserviamo tutti i casi di decesso nel periodo che va dal 2005 al 2009 tra le cause di morte si colloca al primo posto il tumore (9 casi), seguito dalle epatopatie (7 casi), dalle malattie del sistema circolatorio (5 casi). In misura minore si rilevano 3 casi di suicidio, gli incidenti stradali (3 casi), due overdose, malattie dell'apparato digerente (1 caso) e malattie dell'apparato respiratorio (1 caso).

Fig. 16 Distribuzione delle cause di morte tra i pazienti seguiti dai Centri alcolici. Periodo 2005-2009. (Valori cumulativi)



Conclusioni

I dati che abbiamo descritto non rappresentano la dimensione completa e precisa del problema del consumo di alcol nella provincia di Ferrara, ma costituiscono uno dei metodi possibili per avvicinarsi alla stima della prevalenza del fenomeno nella popolazione.

Dallo studio dei soggetti con problemi alcol correlati che entrano in contatto con il sistema dei servizi sono emersi alcuni aspetti importanti. Innanzitutto, utilizzando lo schema che fa riferimento alle diverse modalità in cui si può manifestare la condizione di alcolista, è possibile individuare alcune tipologie di soggetti: gli alcolisti con problemi legati ad abuso protratto nel tempo e quindi con situazioni di cronicizzazione e dipendenza che sono seguiti dai Centri Alcolici dei SerT, i tossicodipendenti da sostanze psicotrope con consumo/abuso concomitante di alcol, i soggetti che si

ricoverano in ospedale o in casa di cura per problemi sanitari acuti o cronici gravi legati all'abuso di alcol.

In questo panorama i Centri Alcolici dei SerT confermano il loro ruolo di centralità nella risposta territoriale alle problematiche di abuso di alcol in termini di diagnosi, cura e riabilitazione.

Dall'analisi dei ricoveri ed in particolare delle patologie di abuso e dipendenza, viene messo in luce il ricorso diretto al ricovero ospedaliero che avviene principalmente in regime di urgenza.

I servizi oggetto dello studio si sono specializzati su un target di utenza prevalentemente adulta, con una cultura tradizionale del bere e un consumo protratto negli anni.

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

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

2.4 DISTURBO MENTALE E DA ABUSO DI SOSTANZE⁷⁶

In questi ultimi decenni, il disagio che inevitabilmente accompagna i soggetti con comportamento di abuso e dipendenza da sostanze ha assunto varie forme e modalità di espressione, caratterizzandosi come un complesso di alterazioni, tra loro associate: esse comprendono problematiche del comportamento sociale e meccanismi di funzionamento psichico.

In tal modo disturbi preesistenti "di confine" o borderline accompagnano in misura sempre maggiore i comportamenti di abuso delle sostanze.

In questi anni è stato introdotto il termine doppia diagnosi per indicare la condizione di persone che contestualmente manifestano problemi di dipendenza da sostanze psicoattive e disturbi psichiatrici⁷⁷.

L'introduzione del concetto di comorbidità tra tossicodipendenza e altri disturbi psichiatrici ha dato l'avvio a un ampio dibattito sul piano teorico e sollecitato l'attenzione degli operatori su alcune problematiche relative alle difficoltà nella gestione di questi pazienti e alle strategie di intervento⁷⁸.

Tra le ipotesi avanzate per spiegare questa condizione clinica ritroviamo *la self medication* (la sostanza verrebbe usata per sedare angosce psicotiche o stati di vuoto depressivo, per annullare la confusione e la percezione di frammentazione o per incrementare lo stato di euforia); l'uso di *sostanza come lenitivo* (efficace nei confronti di più generici stati di disagio psichico); come *vulnerabilità del malato psichico* alle pressioni dell'ambiente⁷⁹.

In generale, si è ipotizzato che difficoltà psicologicamente rilevanti costituiscano la premessa necessaria di ogni dipendenza da sostanze nella misura in cui questa è comunque l'espressione di problemi

direttamente collegati all'organizzazione della personalità⁸⁰.

Dal punto di vista epidemiologico un dato ormai ampiamente accertato è la presenza di un disturbo di personalità tra i pazienti che afferiscono ai servizi preposti al trattamento delle dipendenze da sostanze psicoattive.

I disturbi di personalità risultano co-presenti, nelle condizioni cliniche caratterizzate da dipendenza da sostanze, in percentuali che oscillano tra il 50 e il 100% dei casi e con una quota altrettanto significativa di comorbidità multipla anche per i disturbi in Asse I (sindromi cliniche), si tratta in particolare di disturbi dell'umore nei soggetti che utilizzano oppiacei e cocaina⁸¹.

Tra i consumatori di eroina l'87% soddisfa i criteri per diversi disturbi mentali⁸², il 32% presenta Distimia mentre il 59% soffre di disturbi Antisociali⁸³. I consumatori di eroina manifestano tassi più elevati di depressione e disturbo antisociale di personalità; mentre i consumatori di cocaina hanno un'incidenza più elevata di mania, alcolismo e disturbo di deficit dell'attenzione e più bassi disturbi d'ansia. Inoltre questi ultimi fanno uso di alcol e farmaci sedativi contro l'insonnia e l'ansia⁸⁴.

Indagini su problemi dell'abuso e dipendenza da sostanze nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici in generale, e da disturbi psicotici in particolare, segnalano la relazione tra abuso di sostanze e schizofrenia.

Il 15-60% dei pazienti psichiatrici e nello specifico il 20-25% dei pazienti schizofrenici che entrano in contatto con i servizi dichiara l'avvenuto impiego, o l'utilizzo recente, di sostanze psicoattive⁸⁵.

La variabilità del quadro clinico nei diversi pazienti e nelle differenti fasi dell'evoluzione clinica del disturbo, richiede la personalizzazione delle strategie di intervento terapeutico. La valutazione

⁷⁶ di Cristina Sorio Osservatorio Dipendenze Patologiche e Luisa Garofani medico psichiatra responsabile U.O. SerT

⁷⁷ J. Solomon, Doppia Diagnosi, Personalità & Dipendenze, 2, 279-289, 1996.

⁷⁸ V. Manna et al., Psicogenesi delle farmaco-tossicodipendenze: correlati psicopatologici e prospettive terapeutiche, Salute e Prevenzione, 1, 63-71, 1990.

⁷⁹ P. Rigliano et al., Tossicomania e sofferenza mentale: la questione della doppia diagnosi, Rivista sperimentale di feniatria, 1, 2000.

⁸⁰ L. Cancrini, Psicopatologia delle tossicodipendenze, Attualità in Psicologia, 8, 3, 1993.

⁸¹ M. Clerici, M.R. Rapolla, B. Castiglioni, Disturbo da uso di sostanze e comorbidità psichiatrica. Personalità & Dipendenze, 2, 1996.

⁸² B.J. Rounsaville et al., Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts, Arch. Gen. Psychiatry, 39, 161-166, 1982.

⁸³ J. Vukov et al., Personalità dimensions of opiate addicts, Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, 103-107, 1995.

⁸⁴ P. Rigliano et al., op. cit.

⁸⁵ P. Rigliano et al., op. cit.

attenta della condizione clinica consente di individuare aree di funzionamento socio-relazionale compromesse e aree non deteriorate che fungano da supporto per il trattamento⁸⁶.

Edwards e altri⁸⁷ hanno sottolineato che tra i disturbi mentali e l'uso di sostanze possono intercorrere tre diversi tipi di associazione:

a- i disturbi mentali causano l'assunzione di sostanze;

b- i disturbi mentali conseguono all'uso di sostanze;

c- tra disturbi mentale e uso di sostanze esiste solo un'associazione casuale.

La convergenza tra gli effetti farmacologici prodotti dalle sostanze, la vulnerabilità del paziente e i fattori socio-ambientali possono indurre un quadro psico-patologico, ma questo va sempre verificato⁸⁸.

Analisi delle caratteristiche dei pazienti SerT con disturbi psichiatrici

L'analisi che qui proponiamo si basa sullo studio di pazienti in carico al SerT che hanno avuto patologie psichiatriche concomitanti rilevate con il sistema di classificazione internazionale ICD10.

La casistica è costituita da 187 pazienti in carico ai SerT della provincia di Ferrara nell'anno 2009: 115 (61,5%) con problemi correlati al consumo di alcol, 66 (35,3%) con dipendenza da droga e 6 (3,2%) con gioco patologico.

L'età media dei pazienti alcolisti è 42,9 (M=45,2; F=41,4), dei pazienti tossicodipendenti 27,4 (F=24,1; M=28,8) e dei giocatori patologici 42,8.

Dal confronto tra età e sesso fra i tre gruppi emerge una differenza statisticamente significativa tra i tossicodipendenti più giovani e i maschi alcolisti più anziani ($p < 0,0001$).

Tra i pazienti tossicodipendenti troviamo al primo posto gli assuntori di eroina (65%; n=43), seguono i consumatori problematici

di cannabis (12%; n=8) e infine i cocainomani (11%; n=7).

Tab. 1 Profilo dei pazienti

	TD	ALC	GAP	Totale	%
Maschi	46	68	6	120	64,2
Femmine	20	47	0	67	35,8
Totale	66	115	6	187	100,0
con Doppia Diagnosi	28	29	0	57	30,5

Tab. 2 Età media e sesso

Età media	Maschi	Femmine	Totale
Tossicodip.	28,8	24,1	27,4
Alcolisti	45,2	41,4	42,9
Giocatori	42,8	-	42,8
Doppia Diagnosi	34,5	36,9	35,3

Dei 187 pazienti 57 (30,5%) sono risultati con doppia diagnosi:

- 38 maschi (età media 34,5), 19 femmine (età media 36,9);

- 28 Tossicodipendenti (18 maschi età media 27,8 anni e 10 femmine età media 26,7);

- 29 Alcolisti (età media 42,9; 20 maschi con età media 40,4 e 9 femmine con età media 48,2).

Tab. 3 Pazienti con doppia diagnosi

Doppia Diagnosi	Maschi	Femmine	Totale	%
Tossicodip.	18	10	28	42,4
Alcolisti	20	9	29	25,2

Età media	Maschi	Femmine	Totale
Tossicodip.	27,8	26,7	27,4
Alcolisti	40,4	48,2	42,9

Sul versante della diagnosi primaria tra i tossicodipendenti troviamo in prevalenza disturbi psichici comportamentali dovuti all'uso di oppioidi o altre sostanze (67%; n=44), seguono i disturbi di personalità (11%; n=7) e il disturbo schizotipico (3%; n=2).

Tab. 4 Pazienti Tossicodipendenti

Diagnosi primaria ICD10	N.	%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	44	66,7
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altre sostanze	7	10,6
Disturbi di personalità	7	10,6
Disturbo schizotipico	2	3,0
Disturbi schizoaffettivi	1	1,5
Disturbo affettivo bipolare	1	1,5
Disturbi d'ansia	1	1,5

⁸⁶ V. Manna et al., p. cit.

⁸⁷ G. Edwards et al., Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum, Bulletin of the WHO, 59, 2, 225-242, 1981.

⁸⁸ V. Manna, S. Ruggiero, Dipendenze Patologiche da sostanze: comorbilità psichiatrica o continuum psicopatologico?, Rivista di psichiatria, 1, 36, 2001.

Tra gli alcolisti oltre ai disturbi psichici comportamentali dovuti all'uso di alcol (60%; n=69), troviamo i disturbi dell'umore (7%; n=8), la schizofrenia (3,5%; n=4), gli episodi depressivi ripetuti (3,5%; n=4), infine i disturbi schizoaffettivi, i disturbi di personalità e il ritardo mentale (2.6%; n=3).

Tab. 5 Pazienti Alcolisti

Diagnosi primaria ICD10	N.	%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	69	60,0
Disturbi dell'umore (affettivi)	8	6,9
Schizofrenia	4	3,5
Episodio depressivo	4	3,5
Disturbi schizoaffettivi	3	2,6
Disturbi di personalità	3	2,6
Ritardo mentale	3	2,6
Disturbo affettivo bipolare	2	1,7
Anoressia nervosa	1	0,9
Disturbo schizotipico	1	0,9

Tra i giocatori patologici si sono rilevati disturbi dell'umore, di personalità antisociali, ossessivo compulsivi e attacchi di panico.

L'identikit del giocatore patologico evidenzia individui di sesso maschile, con un livello di scolarizzazione medio-basso, celibi, e un'età media di 43 anni.

Tab. 6 Pazienti con Gioco Patologico

Diagnosi primaria ICD10	N.
Disturbi dell'umore (affettivi)	1
Disturbi personalità antisociale	1
Disturbo ossessivo compulsivo	1
Attacchi di panico	1

Discussione

Il confronto tra i tre gruppi di abuser evidenzia quadri di personalità differenti.

I tossicodipendenti risultano ancora una volta tra i più compromessi, con un dato di doppia diagnosi che supera il 40% dei pazienti osservati.

La presenza della doppia diagnosi inoltre potrebbe essere un fattore clinico che aggrava la condizione di dipendenza o che la sostiene

In particolare nei giovani l'uso importante di cannabis favorisce scompensi di tipo psicotico, perlopiù reversibili alla sospensione della sostanza, con la presenza di allucinazioni visive, stati di disforia grave dell'umore, perdita dei correlati spazio-temporali. La letteratura riporta che il consumo intenso di cannabis può far

precipitare l'esordio precoce della schizofrenia⁸⁹ in soggetti predisposti.

Sono esposti ad un rischio maggiore coloro che hanno iniziato ad utilizzare cannabis più precocemente e che hanno protratto l'uso più a lungo⁹⁰.

Tra gli alcolisti il quadro diagnostico evidenzia una forte quota di pazienti (40%) che hanno avuto una diagnosi psichiatrica rilevante.

L'abuso di alcol è causa anche di un aumento nei comportamenti antisociali con implicazioni legali (risse, violenza familiare, infrazioni codice della strada ecc).

Infine il disturbo dell'umore nascosto dal consumo dell'alcol impedisce la cura finché non si interrompe la dipendenza.

Per i giocatori d'azzardo il comportamento compulsivo comporta un deterioramento nella qualità della vita dell'individuo, lo fa cadere in stati di grave ansia e depressione, sino a divernerne il fattore centrale di vita.

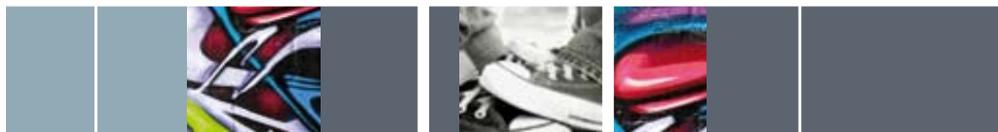
In genere si tratta di soggetti con nuclei di personalità problematici, labilità emotiva, depressione, ansia e discontrollo degli impulsi.

⁸⁹ G. Serpelloni, M. Diana, M. Gomma, C. Rimondo (cura di), Cannabis e danni alla salute, Dipartimento Politiche Antidroga, Roma, 2011.

⁹⁰ J. McGrath et al., Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults, Arch. Gen. Psychiatry, 67, 440-7, 2010.

CAPITOLO III

Nuove realtà organizzative



3. NUOVE REALTÀ ORGANIZZATIVE

3.1 INTRODUZIONE⁹¹

Il fondamento del lavoro dei servizi è la relazione che ci consenta di conoscere e penetrare quel mondo così diverso, sovraccaricato di giudizio e pregiudizio, per intravedere l'altro nella sua originale umanità e per non perdere il contatto con la motivazione della persona che decide di modificare i comportamenti di consumo.

Nel rapporto operatore/paziente, l'atteggiamento di mettersi nei panni di chi ci sta di fronte, ci offre una possibilità di conoscenza più vera e profonda, un elemento di integrazione prezioso.

Se questo è importante nella vita di tutti i giorni, nella relazione d'aiuto è fondamentale. Non si tratta solo di dire la parola giusta o trovare la giusta distanza, occorre individuare modi di entrare in relazione più efficaci per la cura. Non serve solo trasferire nozioni o suggerire valori, comportamenti, inviare messaggi, ma comunicare attenzione e coinvolgimento in un rapporto significativo per entrambi, dove il paziente sperimenta la possibilità di fidarsi, di raccontarsi in maniera sincera, lontano dal timore di essere giudicato e, al contempo, dove l'operatore trova una ragione, una motivazione che lo riguarda per stare dentro la relazione.

La cura è un progetto di co-costruzione di significati e di possibilità per affrontare il presente insieme, molto dipende dall'interesse autentico per l'altro e dal rispetto della sua visione del mondo.

La scoperta dei neuroni specchio⁹² ci ha entusiasmato non solo come fatto in sé ma per le possibili ricadute nell'approccio terapeutico. Il confronto con le neuroscienze apre e fa progredire le teorie

del funzionamento psichico, aumenta le speranze di migliorare la qualità del lavoro degli operatori e le loro competenze riparative nella pratica clinica.

Molto più che l'empatia comunemente intesa, i neuroni specchio ci confermano la presenza di un "sistema comune" neuronale che ci processa la realtà saltando la mediazione psichica culturale, è qui che il contatto diventa una vera appartenenza e una comprensione dell'altro, fisica, "incarnata".

Oggi sentiamo la necessità di aggiornare in modo critico e costruttivo l'approccio Biosistemico e di Counselling Gestalt che rendono più chiaro come la conoscenza di se stessi sia più intensa quando viene integrata con la creatività, l'espressione corporea, la condivisione in gruppo, la restituzione del feedback; utilizzando al massimo la potenzialità della memoria del corpo e dell'esperienza.

Tutte tecniche sperimentate e validate per la psicoterapia, ma mai espressamente attivate per la cura degli utenti di un servizio pubblico per le tossicodipendenze. Eppure sappiamo che l'approccio corporeo più di altre tecniche e con le integrazioni necessarie può svelare con inaspettata efficacia parti di noi sconosciute o meccanismi di funzionamento psicologico inconsapevoli che dobbiamo imparare a riconoscere quando diventano comportamenti dis-funzionali, per poterli cambiare.

Il tossicomane, e non parliamo di qualcuno che sperimenta le sostanze saltuariamente, ma di chi con le droghe ha speso un pezzo della sua vita e vede il suo corpo obbligato, sotto lo scacco del meccanismo dell'assuefazione e del danno prodotto direttamente sul cervello, ha un patrimonio di pensieri, aspettative, delusioni, che non si possono ignorare.

La dipendenza, non distingue la tipologia delle droghe "pesanti" o "leggere", ma descrive il vincolo con cui la persona si muove dentro un condizionamento totalizzante con la sostanza qualunque essa sia. Questo meccanismo spegne la prospettiva di futuro e diventa un modo di

⁹¹ di Luisa Garofani, medico psichiatra, direttore U.O. SerT

⁹² G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, *So quel che fai. Il cervello che agisce e i Neuroni Specchio*, R. Cortina, Milano, 2006; L. Boella, *Sentire l'altro*, R. Cortina, Milano, 2006; L. Craighero, *Neuroni Specchio*, Il Mulino, Bologna, 2010.

stare al mondo, una sorta di rassegnata sopravvivenza all'interruzione del contatto che nutre la vita delle persone.

La consapevolezza che le droghe hanno preso sempre più un posto nella vita di tanti, di come sia "normalizzato" il consumo anche tra i più giovani, ci ha portato a sperimentare nuovi percorsi terapeutici e di prevenzione.

3.2 SINERGIA TRA SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE E SPAZIO GIOVANI⁹³

L'attività di collaborazione tra Servizi rappresenta un importante osservatorio di ciò che pensano i giovani ferraresi, dei loro atteggiamenti e comportamenti.

L'esigenza di entrambi i Servizi coinvolti è quella di offrire una presa in carico qualificata sotto il profilo sanitario, sociale e psicologico, attraverso un potenziamento delle buone prassi terapeutiche.

Si individuano congiuntamente i seguenti obiettivi:

- consolidare un modello di lavoro di rete integrata, migliorando e qualificando l'intervento terapeutico in tutti i suoi livelli;
- creare uno spazio condiviso di lavoro tra i professionisti del Ser.T e quelli dello Spazio Giovani, per la gestione dei casi;
- fornire a giovani soggetti che vivono una situazione di coinvolgimento con alcol e droghe, un luogo di informazione sulle sostanze psicotrope (cosa sono, effetti, rischi, conseguenze del loro uso e abuso);
- dedicare agli adolescenti uno spazio e un tempo personale per esprimere dubbi, risolvere curiosità, usufruire di un sostegno psicologico individuale;
- garantire spazi di ascolto e di chiarimento per le figure genitoriali che sentono la necessità di ricevere informazioni sulla legislazione vigente e sulle sostanze stupefacenti;
- garantire consulenze agli insegnanti rispetto alle difficoltà di gestione delle problematiche adolescenziali in ambito scolastico;
- proporre progetti di prevenzione per giovani soggetti in situazioni di rischio

evolutivo, anche in contesti extrascolastici.

Caratterizzandosi come Servizio ad accesso diretto, il **SerT** in collaborazione con **Spazio Giovani**, sperimenta modalità diverse e flessibili di intervento, quali la consulenza socio-affettiva, il colloquio motivazionale, il counseling sistemico e il trattamento cognitivo-comportamentale.

L'intervento psico-educazionale si riferisce alle diverse forme di disagio psico-relazionale che l'adolescente manifesta: la richiesta di aiuto è legata a problematiche emotive, affettive, sessuali, relazionali e famigliari ma anche di adattamento scolastico, di malessere esistenziale, ecc, connesse alle difficoltà che il processo di costruzione dell'identità comporta.

In particolare le problematiche psicologiche riscontrate appaiono connesse al disagio personale e interpersonale con particolare attenzione agli aspetti intrafamigliari e di contesto socio-ambientale (scuola e aggregazione nel tempo libero).

L'integrazione socio-sanitaria tra SerT e Spazio Giovani prevede interventi di informazione e consulenza con sostegno educativo su temi inerenti l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti.

Tale ambito preventivo, che si svolge con la particolare collaborazione degli operatori di **Promeco**, mira a realizzare progetti di prevenzione per gruppi di adolescenti in situazioni di rischio evolutivo, sia in ambito scolastico che extrascolastico.

L'area tematica dei comportamenti a rischio mette all'opera i soggetti istituzionali del Pubblico e del Privato attivando la rete territoriale prevista nei Piani di Zona locali.

Un importante contributo alla prevenzione viene inoltre garantito dagli **Operatori di strada** della nostra U.O. SerT nei luoghi di lavoro e di divertimento, con gli specifici obiettivi di diffondere informazioni corrette sulle droghe più diffuse e sui rischi connessi alla loro assunzione e ampliare il numero di contatti con i giovani attraverso iniziative extrascolastiche. Le principali azioni strategiche prevedono il contatto con i sindacati e con i gestori dei locali pubblici per programmare campagne informative; la produzione di materiale originale; la divulgazione di materiali promozionali presso aziende, nei luoghi di divertimento, in pubblici contesti.

⁹³ di Rosella Occhiali, psicologa SerT di Copparo

3.3 PROGRAMMI DI AREA EDUCATIVO-PREVENTIVA

PUNTO DI VISTA: l'operatore a scuola⁹⁴

Ci sono periodi critici e sensibili in cui gli individui, dovendo affrontare compiti evolutivi, risultano più ricettivi a certi stimoli. È il caso dell'adolescenza, età di sperimentazione e individualizzazione. In questa particolare fase di sviluppo cominciano a consolidarsi quelle caratteristiche di personalità in grado di influenzare il manifestarsi di comportamenti relativi alla salute, quali valori, conoscenze, atteggiamenti e senso di autoefficacia, influenzabili da progetti educativi e formativi⁹⁵.

L'adolescenza rappresenta l'età elettiva per la prevenzione data l'alta propensione ad assumere condotte a rischio per la salute. Alla base di tali comportamenti, vi sono spesso degli errori sistematici di valutazione e interpretazione della realtà. Gli adolescenti spesso legittimano i propri comportamenti a rischio sovrastimandone la diffusione tra i coetanei e apprezzandone i benefici immediati, mentre ne sottovalutano le conseguenze negative a livello fisico, psicologico e sociale.

L'ultima ragione che vede negli adolescenti il target privilegiato per gli interventi preventivi e promozionali riprende da un lato la proattività e la responsabilizzazione cui tendono entrambi e dall'altro il rinnovato interesse per la fase adolescenziale. Questa non si prefigura più solo come età di turbamenti e tensioni, ma anche come momento di forte responsabilizzazione che rende i giovani protagonisti del loro sviluppo positivo, capaci di realizzare i propri compiti evolutivi senza mettersi in pericolo e perseguendo il proprio benessere bio-psico-sociale⁹⁶.

⁹⁴ di Beatrice Rovigatti, Educatrice professionale Ausl di Ferrara e Promeco e Tanja Bettoli, Psicologa Promeco

⁹⁵ T. Begotti, G. Borca, E. Calandri, La prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza, in S. Bonino, E. Cattellino, La prevenzione in adolescenza, Erickson, Gardolo, Trento, 2008.

⁹⁶ G. Borca, La prevenzione del rischio e la promozione del benessere in campo psicosociale, in S. Bonino, E. Cattellino, op. cit.; E. Rossi, Adolescenti, promozione e prevenzione. Un modello di analisi valutativa, Franco Angeli, Milano, 2006; M. Croce, La crisi del paradigma

Nella prima adolescenza sono auspicabili attività di prevenzione e promozione della salute non centrate in modo specifico e diretto sui comportamenti a rischio ma, volte a potenziare le abilità cognitive, sociali e comunicative dei bambini. Gli interventi universali e promozionali delle *life-skills* rivolti a rinforzare soprattutto i fattori contestuali e individuali, aiutano i bambini a sviluppare un buon adattamento psicosociale⁹⁷.

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

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

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

A questi aspetti se ne aggiungono altri di natura affettiva, relazionale e cognitiva che rinforzano il ruolo educativo della scuola nella promozione del benessere e nella prevenzione del rischio nei giovani.

L'esperienza scolastica nella sua quotidianità, può avvalersi del gruppo classe: un altro sistema relazionale centrale per la diffusione di una cultura della salute tra i giovani. Questo micro-contesto facilita

del disagio e le nuove sfide della prevenzione, in F. Cristini, L. Dallago, S. Facci, (a cura di), Atti del VI° Convegno Nazionale "La prevenzione nella scuola e nella comunità", Cleup, Padova, 2007.

⁹⁷ E. Calandri, La prevenzione efficace in adolescenza: suggerimenti dalla letteratura scientifica, in S. Bonino, op. cit.

l'apprendimento "situato", strategia centrale per la promozione della salute nella scuola. Conoscenze e atteggiamenti legati alla salute si costruiscono infatti nel confronto e nella discussione con i coetanei. La partecipazione permette di apprendere, di pensare in profondità e in maniera critica alle tematiche legate al benessere e l'apprendimento in questo contesto assume un carattere relazionale, che non si trasmette linearmente dall'esperto al discente. Le teorie sulla prevenzione sottolineano come gli interventi di informazione o di sensibilizzazione, se da un lato rispondono alla necessità di rivolgersi a un ampio numero di ragazzi e sensibilizzarli rispetto a situazioni problematiche, dall'altro mostrano il limite di non incidere in maniera risolutiva sulle situazioni di prossimità al rischio o di consumo già iniziato.

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

Gli *interventi preventivi indicati* si applicano a persone che sono state identificate come portatrici di chiari segni e sintomi predittivi, tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo⁹⁸.

In questo scenario si colloca il progetto **Punto di vista** che prevede una complessità di azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui, ma anche di avviare cambiamenti sociali, ambientali in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte della comunità, dei determinanti della salute definiti dall'OMS.

Si tratta dunque di estendere lo sguardo al ruolo attivo che i singoli e la comunità possono avere nell'influenzare i propri stili di vita, riconoscendo e sostenendo le risorse che possono funzionare da "fattori protettivi". Si passa così da una logica di sollecitazione, stimolo e valorizzazione delle risorse, al potenziamento del patrimonio del singolo aumentando la capacità individuale di far fronte alle difficoltà all'interno del contesto scuola.

Nello specifico il progetto "Punto di vista", ha previsto la presenza di un operatore (psicologo scolastico, educatore

professionale, pedagogo), all'interno delle scuole secondarie di I o II grado con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e a gli studenti.

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

Punto di vista rappresenta un progetto che si prefigge di prevenire e o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, alle difficoltà di integrazione nel gruppo classe, nelle prevaricazioni e nelle violenze, nelle difficoltà personali di relazione, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

L'operatore affianca i docenti nella conduzione di percorsi educativi nelle classi, interviene su situazioni problematiche specifiche, offre consulenza individuale agli insegnanti, agli studenti e ai genitori, fa da tramite nel rapporto con i servizi sul territorio quando riscontra la necessità di un invio per problemi strutturati gravi o complessi, svolge attività di formazione e consulenza sulla relazione adulti-adolescenti e sulle dinamiche di gruppo.

La finalità delle azioni è stata quella di sostenere la funzione educativa della scuola come luogo di prevenzione e superamento delle problematiche adolescenziali, stimolandola al fine di rafforzare il tessuto di relazioni all'interno dell'istituto e con il territorio.

L'operatore a scuola è una presenza competente che può favorire l'evoluzione positiva dei momenti di crisi, rendendo la scuola capace di affrontare i conflitti e di rispondere alle richieste di attenzione che i giovani rivolgono agli adulti con comportamenti provocatori.

Nell'anno scolastico 2009/10 sono stati realizzati i seguenti interventi:

Secondarie di I grado, su 5 scuole

Interventi rivolti alla classe: 21 classi prime coinvolte in percorsi di integrazione, con 525 studenti coinvolti; 17 percorsi in classi segnalate con 425 studenti coinvolti; 18 interventi di promozione di stili di vita sani nelle classi terze con 450 studenti coinvolti;

Interventi individuali: consulenze a 105 studenti con 162 incontri, a 78 insegnanti

⁹⁸ Questa classificazione esclude la prevenzione terziaria confusa con l'intervento terapeutico e la distingue dalla promozione della salute.

con 160 incontri e a 64 genitori con 176 incontri.

Secondarie di II grado, su 8 scuole

Interventi rivolti alla classe: 33 percorsi di integrazione nelle classi prime con 660 studenti coinvolti; 37 interventi in classi segnalate con 740 studenti coinvolti; 96 interventi di promozione stili di vita sani nelle classi seconde e quarte con 1920 studenti coinvolti.

Interventi individuali: consulenze a 201 studenti con 504 incontri, 119 insegnanti con 358 incontri e 86 genitori con 169 incontri.

Formazione: 4 percorsi formativi che hanno coinvolto 65 insegnanti, 3 incontri formativi diretti a 130 genitori, 1 percorso formativo diretto a 16 studenti.

Le principali problematiche affrontate dall'operatore

Le richieste di intervento nelle classi pervenute dagli insegnanti hanno riguardato per lo più le dinamiche relazionali tra studenti, la presenza di frammentazione del gruppo classe e situazioni di prevaricazione tra i compagni che hanno creato un clima teso e di malessere; in altri casi si è richiesto l'intervento dell'operatore rispetto a difficoltà di gestione della classe da parte del corpo docente.

La maggior parte degli interventi di promozione di stili di vita sani svolti all'interno delle scuole hanno riguardato invece i comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze (alcool, cannabis ecc...). A tali tematiche Promeco, negli anni precedenti, ha dedicato la maggior parte della sua programmazione mettendo in campo competenze specifiche proprie degli operatori del SerT che fanno parte di Promeco.

Nel contesto di una prevenzione che promuove stili di vita sani gli operatori hanno realizzato interventi su richieste specifiche anche su temi relativi a: l'affettività, la sessualità e l'alimentazione, concentrando l'attenzione su aspetti riguardanti la percezione di sé, del proprio corpo, l'autostima in un'ottica di prevenzione dei comportamenti a rischio e di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare.

Il punto d'ascolto è uno spazio di consulenza, attivo nell'orario scolastico, rivolto agli studenti che ne fanno richiesta.

Esso rappresenta l'occasione di avvicinare una figura di aiuto, lo psicologo o l'educatore, offrendo nel corso dell'anno scolastico ad ogni studente la possibilità di sperimentare il valore della riflessione guidata dall'esperto, preferibilmente esterno all'istituzione scolastica. Il punto di ascolto offre una consultazione breve finalizzata a ri-orientare l'adolescente in difficoltà. La riflessione con l'esperto permette di ridurre la confusione, ristabilire ordini di priorità sulla base dei valori del ragazzo, focalizzare le proprie esigenze tenendole separate dalle pressioni di tipo sociale cui l'adolescente è sensibile.

Lo sportello d'ascolto non si delinea, quindi, come un percorso psicoterapico e prevede un massimo di 3-4 incontri per studente, in genere sufficienti per consentirgli di focalizzare le soluzioni attuabili, a riscoprire le proprie potenzialità inespresse, ad uscire dall'impasse che in alcuni momenti della vita causa passività e sofferenza.

Se, invece, nel corso degli incontri dovessero emergere problematiche che necessitano un maggior approfondimento, l'operatore si occuperà di indirizzare lo studente presso un servizio adeguato al proseguimento del lavoro.

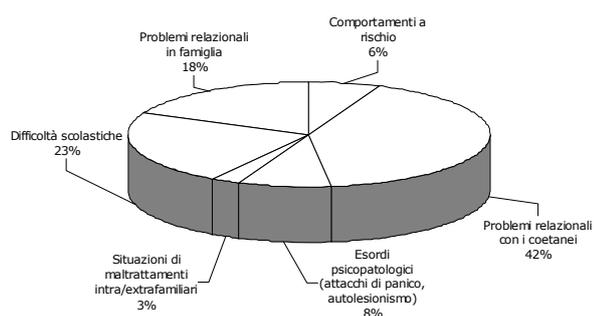
Questo tipo di intervento si colloca in modo privilegiato tra gli strumenti e le opportunità per affrontare il disagio e supportare gli studenti nel loro percorso di orientamento personale.

Il counselling scolastico risulta particolarmente indicato in presenza di difficoltà spesso connesse alla crescita e alla stessa realtà scolastica.

Le più frequenti sono risultate: difficoltà di relazione con i coetanei, difficoltà negli studi e propositi di abbandono scolastico, conflitti con la famiglia, problematiche legate alla sfera affettiva, stati di ansia.

In sintesi le problematiche presentate dai 306 studenti che si sono rivolti al punto di ascolto si possono raggruppare in 6 aree: problemi relazionali in famiglia, con i coetanei, comportamenti a rischio, difficoltà scolastiche, esordi psicopatologici.

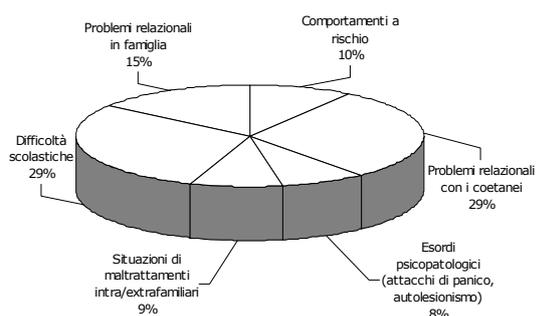
Istituti Secondari di I grado



Dal confronto tra le percentuali delle problematiche affrontate, all'interno del punto di ascolto, si evidenziano delle differenze significative tra gradi diversi di scuola nelle aree dei comportamenti a rischio e dei problemi relazionali con i coetanei oltre che nell'area dei maltrattamenti intra/extrafamiliari.

Nello specifico notiamo che nelle scuole superiori aumenta la percentuale dei comportamenti a rischio giustificata dall'aumentare di esperienze di gruppo spesso legate a comportamenti trasgressivi. Per quanto riguarda il dato sulle difficoltà relazionali coi coetanei si conferma, come da letteratura, che crescendo i rapporti conflittuali con i coetanei tendono a diminuire come pure i fenomeni di bullismo. Crescendo il gruppo perde sempre più la funzione assoluta di riferimento per la propria autostima, identità e senso di appartenenza ricavando uno spazio più equilibrato nelle funzioni sociali e di relazione. Invece alle scuole superiori troviamo una maggiore percentuale nei maltrattamenti intra/extrafamiliari, ipotizzando che crescendo si ha più consapevolezza e capacità di riconoscere e problematizzare, anche fuori dei contesti familiari, situazioni subite guidati da una consapevolezza sui propri diritti di minori di essere tutelati.

Istituti Secondari di II grado



In sintesi lo spazio d'ascolto sembra aver risposto agli obiettivi individuati dal progetto aggiungendo uno strumento che incontra e affronta problematiche individuali relative non solo al contesto scuola ma che hanno a che fare spesso con gli aspetti della crescita che incidono sulla salute, il benessere, sul clima della classe e infine anche sul rendimento scolastico.

Tra le problematiche emerse si evidenziano particolari e delicate situazioni che non sempre la scuola è in grado di individuare e affrontare se non supportate da interventi specifici.

Interventi di consulenza agli studenti

Scuole Secondarie	Studenti incontrati	Incontri di consulenza effettuati
I grado	105	162
II grado	201	504

Durante l'anno scolastico hanno utilizzato il punto d'ascolto 306 studenti, con una media di 2 incontri di consulenza per ogni ragazzo.

I dati riportati evidenziano un numero maggiore di incontri realizzati con i ragazzi delle scuole superiori in relazione agli studenti incontrati. Questo si spiega dalla una modalità differente di intervento nelle due fasce d'età: con i più piccoli l'operatore cerca di coinvolgere maggiormente gli adulti di riferimento (genitori ed insegnanti), mentre con i ragazzi più grandi la maggior parte delle volte il lavoro si concentra nel rinforzare le risorse individuali.

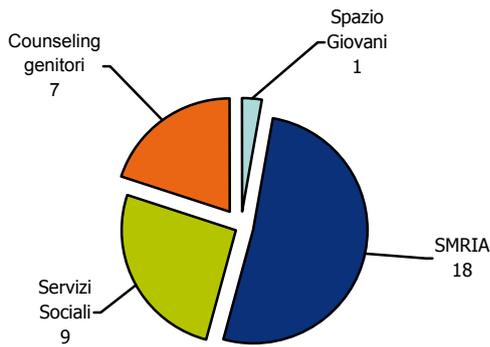
Invii ai servizi del territorio⁹⁹

Tra le consulenze effettuate si sono presentate situazioni dove l'operatore ha ritenuto opportuno inviare i ragazzi o i genitori presso servizi specialistici. Questo nel caso in cui si ritenesse opportuno un approfondimento in termini diagnostici o in alcuni casi quando l'intervento breve di counselling non fosse sufficiente ad affrontare problematiche che richiedevano prese in carico più lunghe.

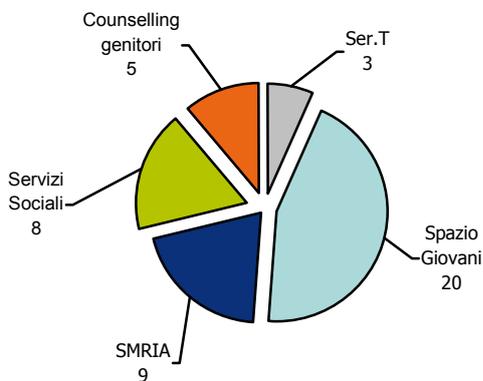
I grafici seguenti si riferiscono agli invii fatti durante l'anno scolastico suddivisi per grado di scuola e servizi coinvolti.

⁹⁹ per invio si intende l'indicazione che l'operatore da alla famiglia o al ragazzo direttamente di rivolgersi ad un servizio specialistico e/o il contatto diretto dell'operatore con il servizio in questione.

Scuole secondarie di I grado



Scuole secondarie di II grado



ASTERIX: progetto per gruppi di adolescenti in difficoltà¹⁰⁰

Il progetto **Asterix** è il tentativo di applicare, in un'attività legata alla salute pubblica, un risultato ormai acquisito dalle scienze della mente umana: psiche e soma si influenzano reciprocamente, lo star bene o lo star male dell'una o dell'altro condizionano l'equilibrio psico-fisico dell'organismo che entrambe contribuiscono a costruire. Il pensiero, la parola e l'azione sono collegate in modo funzionale con le emozioni e il corpo, la cui buona armonia, con l'influenza positiva del contesto in cui si è inseriti, è il presupposto per mantenere o ripristinare le migliori condizioni di salute. Il benessere non è uno stato, una condizione stabile e irreversibile o immodificabile, ma, al contrario,

¹⁰⁰ di Alessandro Costantini, educatore professionale, referente tecnico del progetto, Ausl di Ferrara e Promeco

rappresenta il risultato dell'interazione continua tra la persona e il suo ambiente, dell'equilibrio tra l'individuo nella sua integrità psico-fisica e l'ambiente naturale, relazionale e sociale. Questi principi sono stati declinati dall'OMS in alcune competenze umane¹⁰¹: le *life skills*, le *competenze personali, relazionali e sociali che servono per star bene con se stessi, con gli altri e con l'ambiente di vita*. Un individuo deve cioè essere capace di soddisfare i propri bisogni, identificare e realizzare le proprie aspirazioni, cambiare o far fronte all'ambiente circostante. La società ha il dovere di educare alla tutela della salute e alla promozione del benessere, bene primario soprattutto per i giovani che ne rappresentano il futuro. In questo solco strategico si inserisce il nostro progetto, tenendo presente le parole chiave che ne identificano gli obiettivi terapeutici principali, che sono: *ricerca del benessere psico-fisico, miglioramento dei contesti relazionali, life skills*.

Il campo nel quale abbiamo svolto il primo ciclo di sperimentazione, iniziato dall'Ottobre 2009 al Novembre 2010, è quello del consumo di sostanze e del disagio giovanile nell'ambito di un intervento precoce di bassa soglia. L'azione svolta richiama la *prevenzione selettiva*, tesa a sviluppare *fattori protettivi* in adolescenti a rischio¹⁰². L'obiettivo è di migliorare negli utenti la percezione delle proprie capacità di affrontare le difficoltà¹⁰³, di riuscire ad impiantare relazioni significative, di costruire progetti di vita più adeguati. Lo strumento per raggiungere tali obiettivi è l'offerta di un'opportunità *educativa-esperienziale di gruppo*, guidata da operatori (psicologi ed educatori), per giovani in difficoltà tra i 15 e 18 anni e tra i 18 e 24 anni, con problemi di consumo iniziale di sostanze o di difficoltà nelle relazioni sociali, familiari, scolastiche (*fattori predittivi di disagi ancora più importanti*).

¹⁰¹ Documento dell'OMS, WHO (Divisione della salute mentale) "life skills education per bambini ed adolescenti nelle scuole" OMS, divisione di salute mentale, Ginevra, 1994.

¹⁰² G. Burkhart, EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction), Report sulla Prevenzione Selettiva nell'Unione Europea e in Norvegia, Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), 2007.

¹⁰³ F. Pajares, T. Urdan, L'Autoefficacia degli adolescenti, Erickson, 2007.

La metodologia dell'intervento è ispirata all'approccio *biosistemico*¹⁰⁴, che concentra il lavoro sia sulla parola che sull'espressione corporea e sulle sue emozioni. Tale scelta è sembrata la più adeguata in considerazione della scoperta dei *neuroni a specchio* e degli studi delle neuroscienze¹⁰⁵ in campo educativo-terapeutico-riabilitativo¹⁰⁶, che ci dicono che quando osserviamo un nostro simile compiere una azione, si attivano, nel nostro cervello, gli stessi neuroni che entrano in funzione quando siamo noi stessi a compiere operativamente quel gesto. Come, seppur osservando, lo stesso facendo anche noi. Il nostro cervello risuona assieme a quello della persona che stiamo osservando, permettendo una sintonizzazione non verbale e non razionale. Vengono così favoriti processi fondamentali molto utili, quali *l'empatia* (immedesimazione nell'altro), *l'imitazione* e la *simulazione*.

Il progetto Asterix cerca di sollecitare questi processi per i giovani che stanno crescendo, attraverso la *sintonizzazione* di gruppo, favorendo l'individuazione di esperienze positive in grado di offrire rinforzi psicologici e di identificazione (*modeling*).

Le indagini delle neuroscienze evidenziano altresì i nessi tra gli stili di vita e le ripercussioni psicosomatiche, a cui l'approccio biosistemico può dare un contributo nel ripristinare l'equilibrio mente-corpo.

Il gruppo Asterix acquisisce importanza in quanto *contesto di relazioni significative* e *palestra virtuale* nella quale si allena l'espressione del potenziale insito in ogni adolescente. Gli esercizi corporei, i laboratori di lavoro, le esperienze ludiche, nella valorizzazione del presente del *qui ed ora*, costruiscono la consapevolezza di come, attraverso la riflessione e l'espressività, la parola e il corpo, si esprimono pensieri, emozioni, sentimenti. Conoscere se stessi facilita il riconoscimento di come si possono impiegare al meglio le proprie energie psico-fisiche. I momenti di elaborazione e di approfondimento in gruppo, rinforzano *la dimensione relazionale* e di conseguenza il

potenziale individuale capace di produrre cambiamenti.

L'azione terapeutica del progetto ha la finalità di costruire o ristabilire la capacità di sentire, ricordare, progettare, recuperare energie, decidere, esprimere emozioni, promuovere proprie competenze (life skills). Modificando e riequilibrando altresì gli aspetti psico-energetici, lo stato umorale e psicologico e rinforzando la percezione di sentirsi una persona più viva ed integrata, capace di sviluppare autostima e il senso un Sé più autentico.

Il progetto è promosso dal SerT di Ferrara, nell'ambito dell'attività di prevenzione delle tossicodipendenze con interventi precoci integrati tra gli operatori di strada, lo Spazio Giovani dell'Azienda USL di Ferrara, Area Giovani e Promeco del Comune di Ferrara.

Come già detto, con questo progetto viene sperimentato un intervento precoce nell'ambito della *prevenzione selettiva* con adolescenti in difficoltà. Il progetto sperimenta una metodologia di lavoro integrata: parola, corpo, mente ed emozioni, secondo l'approccio biosistemico. Tale scelta è tanto più importante in quanto l'adolescente parla attraverso il corpo e proprio con il corpo esprime maggiormente la sua ricerca di identità; al contrario, le parole risultano poco efficaci per dare voce alle emozioni. L'espressività individuale viene arricchita, in questo percorso, dalle potenzialità di rinforzo del *gruppo*. Qui si elaborano vissuti e modalità relazionali con l'intento di produrre nuovi comportamenti e competenze (life skills) finalizzate ad uno stile di vita sano. Il percorso, la cui durata temporale si pensa non debba superare i due anni, è un'opportunità per stimolare, promuovere e radicare tali abilità.

La finalità e gli obiettivi del progetto sono:

- Aumentare il livello di consapevolezza rispetto ad emozioni e sentimenti;
- Favorire il protagonismo giovanile, la progettualità, la creatività individuale;
- Sviluppare capacità critica e di riflessione;
- Partecipare ad attività ludico-espressive (laboratori, gite, esperienze varie);
- Favorire l'espressione corporea attraverso esercizi di movimento fisico;
- Facilitare l'assunzione di responsabilità nei comportamenti;
- Sviluppare competenze prosociali e life skills (solidarietà, ascolto, cooperazione...);
- Promuovere l'astinenza da sostanze.

¹⁰⁴ Cfr. metodologie biosistemiche (Liss, Stupiggia), bioenergetiche (Lowen, Reich), il linguaggio del corpo (Downing), il sistema percettivo (Gestalt)

¹⁰⁵ D. Goleman, *Intelligenza sociale*, Rizzoli, Milano, 2006.

¹⁰⁶ Azienda USL di Ferrara, *Atti del Convegno Nazionale Neuroni Specchio*, Ferrara, 2009.

La conduzione del gruppo è affidata a tre operatori: due educatori del SerT e una psicologa di Spazio Giovani.

Il Gruppo, misto di maschi e femmine, è aperto e prevede un numero minimo di 5-6 persone e un numero massimo di 12. Gruppi differenziati per età compresa tra 15-18 e 19-24 anni.

Al fine di un supporto rivolto al buon esito dell'esperienza, ai partecipanti viene data l'opportunità di un lavoro con le famiglie.

Si rivolge a giovani:

- in fase di iniziale consumo di sostanze che frequentano il SerT e inviati dalla Prefettura nell'ambito delle procedure previste in materia di tossicodipendenza;

- con difficoltà psicologiche, sociali, comportamentali segnalate da Spazio Giovani, Area giovani, Servizio Materno Infantile, Promeco (progetto Punto di vista), Scuole.

Nel corso del primo anno di sperimentazione sono stati effettuati 30 incontri in 8 mesi a cadenza settimanale da metà Ottobre 2009 ai primi di Giugno 2010. Altri 2 incontri in Luglio e a fine Agosto.

In Settembre 2010 sono stati organizzati 5 eventi esterni e in Ottobre-Novembre 2 incontri di chiusura esperienza primo anno. Per un totale di 40 incontri.

I ragazzi che hanno frequentato il gruppo sono stati complessivamente 13, quasi tutti minorenni, 6 ragazze e 7 ragazzi (3 ragazzi 16enni hanno partecipato una sola volta) con un'età media di 16 anni.

Nel periodo di maggior affluenza la media di frequenza è stata di 6 ragazzi per incontro.

Il reclutamento dei ragazzi è avvenuto tramite gli invii da: Spazio giovani, SerT (Ausl); Area giovani e Promeco (Comune).

Durante il periodo estivo, sono stati avviati 5 eventi con la presenza di due conduttori del progetto: 2 attività di orienteering con due specialisti; 2 attività di tree climbing con due esperti; 1 uscita in mare in barca a vela con uno skipper; 1 incontro organizzativo per una giornata conviviale; 1 incontro conviviale di chiusura primo anno d'esperienza con visione filmati eventi, confronto sui vissuti personali, progettazione nuovo anno.

Le principali situazioni di disagio rilevate hanno riguardato l'uso di cannabis, la frequenza di gruppi a rischio che usano sostanze, la separazione dei genitori, un lutto recente, problemi scolastici, comportamenti problematici in ambito familiare.

Il Lavoro di rete

ASTERIX E AREA GIOVANI

Area giovani ha messo a disposizione locali, supporto tecnico per i laboratori (utilizzo pc, telecamere, attrezzature varie), un educatore per alcune attività iniziali e operatori tecnici (montaggio filmati eventi). E' stata fondamentale la credibilità e l'esperienza diretta che gli operatori di questo servizio hanno sull'aggregazione giovanile. La loro esperienza ed il luogo dedicato ai giovani sarà utile anche in futuro per intrecciare percorsi. Il servizio è stato da tramite per il reclutamento di 3 adolescenti.

ASTERIX, SERVIZIO SOCIALE MINORI AUSL E TERZO SETTORE

Su un caso è stato avviato un progetto e un dialogo a tre tra i servizi che ha prodotto un'unica strategia monitorata periodicamente. Si è lavorato sulla compatibilità dei vari orari d'impegno, sulla integrazione al gruppo Asterix, su una borsa di lavoro estiva (*Servizio Sociale Minori*), su ripetizioni scolastiche (*Cooperativa il Germoglio*); tale modalità di lavoro ha dato buoni risultati aumentando l'efficacia dell'intervento.

ASTERIX E ASSOCIAZIONISMO SPORTIVO

Tramite i responsabili dell'*Uisp* si è concordato un progetto che ha visto il coinvolgimento di alcune associazioni sportive (orienteering e tree climbing) e di un circolo velico (Oltremare).

ASTERIX, PROMECO E SCUOLA

La presentazione di "Asterix" agli psicologi presenti nelle scuole del progetto "Punto di vista", ha favorito il reclutamento di casi specifici e la collaborazione con le scuole.

ALTRE COLLABORAZIONI

Ovviamente tra *Spazio giovani* e *SerT* (fondatori del progetto) e il *DSM Servizio Psichiatrico territoriale Day hospital*.

Valutazione complessiva

Le criticità dovute alla difficoltà di attivare esercizi, laboratori e argomenti da trattare sono riferite soprattutto agli emasse iniziali come i ritardi, le interruzioni, il vociare libero, gli scherzi, gli imbarazzi.

Il lavoro di gruppo è migliorato quando si è formalizzato un setting più adeguato, passando da una stanza alla palestra.

L'ambiente più adatto e raccolto ha fatto registrare un clima più rilassato, concentrato e giocoso. Il gruppo si è meglio strutturato ed è stato possibile lavorare di più con esercizi, argomenti e vissuti emotivi.

I cambiamenti raccontati dai ragazzi mettono in primo piano il miglioramento della comunicazione ("avviso se non vengo agli incontri"), e la qualità dei contatti (alcuni si ritrovano durante il giorno fuori dal gruppo). Il lavoro con gli esercizi corporei ha aiutato a superare imbarazzi iniziali e la graduale capacità di accoglienza del gruppo ha portato i più introversi ad aprirsi in maniera più libera e spontanea. Un ragazzo ha raggiunto un miglioramento nel rapporto col padre, un altro da quando è andato ad abitare con i nonni, svolge volontariato sociale e ha diminuito la frequenza di compagnie a rischio. Tre ragazzi hanno migliorato il profitto e la condotta scolastica e una ragazza riconosce come problema la sua timidezza.

I cambiamenti raccontati dagli operatori mettono in primo piano che il gruppo, nonostante le fasi alterne, in un anno è stato presente e partecipante. Sono migliorate le competenze relazionali ed espressive ed è migliorata l'autostima.

I ragazzi che frequentano Area Giovani hanno acquisito più maturità e un peso diverso nella promozione di attività di quel servizio.

Conclusioni metodologiche

A conclusione del primo anno di sperimentazione si può dire che il progetto ha centrato l'obiettivo dei conduttori di aver aggregato e mantenuto nel tempo (ben 40 incontri settimanali) un gruppo di adolescenti che ha trovato in questa esperienza la soddisfazione di un loro bisogno.

L'obiettivo è creare un senso di condivisione e appartenenza al gruppo, dove ogni ragazzo abbia il giusto spazio per raccontarsi, sperimentare nuove situazioni e arricchire il suo bagaglio di relazioni con gli altri. Gli strumenti con i quali lavorare a questo nuovo ciclo, riguardano le life skills (abilità di vita), per stimolare i ragazzi ad un confronto intrapersonale e relazionale, attraverso attività di simulazione e role playing.

Con il metodo dell'autoefficacia percepita, potranno loro stessi valutare i progressi dei loro cambiamenti.

ESSERE GENITORI: un servizio di consulenza¹⁰⁷

Le dinamiche sociali e conseguentemente la rapidità dei cambiamenti degli equilibri all'interno delle famiglie, impone un ruolo genitoriale ad una intera generazione che spesso esprime una estrema fragilità nel svolgere le proprie funzioni educativo-valoriali anche laddove non vi siano significative problematiche relazionali e comportamentali nei propri figli.

La complessità degli ambiti sociali, una frammentazione delle agenzie preposte ad una sorta di compartecipazione ai processi di crescita dei giovani ed eventi di difficoltà quali la presenza di figli che usano o sperimentano sostanze, predispone i sistemi familiari a situazioni di grande difficoltà, tali da creare condizioni di crisi o emparse.

In tale congiuntura è emerso con forza il bisogno di offrire uno spazio di ascolto rivolto alle famiglie.

Il servizio, aperto nel febbraio 2010, offre consulenza educativa ai genitori di adolescenti che nel percorso di crescita incontrano difficoltà a livello relazionale, comportamentale e motivazionale.

Gli interventi di consulenza educativa sono interventi che hanno lo scopo di sostenere e sviluppare le potenzialità dei genitori, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Hanno breve durata (da 1 a 6 incontri) e sono condotti da personale specializzato che, attraverso un numero limitato di colloqui focalizzati su compiti e conflitti evolutivi, aiutano i genitori a prendere decisioni e a mettere in atto strategie efficaci per superare i problemi, aumentando le loro capacità di chiedere aiuto e mobilitando tutte le risorse individuali e familiari disponibili.

Il servizio è aperto due pomeriggi alla settimana in cui due operatori (una psicologa e un educatore) effettuano i colloqui previo appuntamento telefonico¹⁰⁸.

Il servizio di consulenza si colloca all'interno della rete dei servizi che si occupano delle

¹⁰⁷ di Alberto Urro educatore professionale Ausl di Ferrara, Tanja Bettoli psicologa di Promeco

¹⁰⁸ Il servizio è attivo presso la sede di Promeco, in Via F. del Cossa 18 a Ferrara. L'accesso è gratuito previa telefonata per appuntamento nei giorni di martedì e giovedì dalle 14 alle 16 al numero telefonico dedicato 349 5482557.

famiglie e delle complessità legate ai processi evolutivi che le riguardano. Nel panorama dei servizi ai cittadini vi è infatti un'attenzione che si rivolge alle fasce di età 11-18 anni, come target privilegiato e a ricaduta ai contesti per loro significativi (scuola e famiglia).

Questo spazio di consulenza, in sinergia agli interventi di prevenzione secondaria già attivi da diverso tempo da parte di Promeco negli istituti di istruzione secondaria di primo e secondo grado, concorre con Spazio Giovani a implementare i fattori protettivi per la fascia giovanile.

In questo primo anno di attività sono state seguite 47 famiglie che hanno direttamente contattato il servizio. Inoltre sono stati realizzati 3 percorsi di gruppo: 2 a seguito degli incontri della scuola per genitori della Confartigianato ed 1 richiesto da un gruppo di mamme di una scuola elementare con problemi di disciplina.

Le **problematiche presentate** hanno fatto riferimento in modo predominante alla realtà scolastica. Delle 19 situazioni, 7 riguardavano problematiche relazionali con la classe, 6 uno scarso rendimento scolastico, 2 propositi di abbandono scolastico e 1 problema di disciplina in classe. Inoltre 3 insegnanti hanno richiesto una consulenza sulle dinamiche relazionali con i loro studenti.

Spesso le problematiche scolastiche nascondevano altre fragilità più prettamente genitoriali, come ad esempio le alte aspettative rispetto a realizzazioni future dei propri figli o il rispecchiamento delle proprie attitudini nei figli. La consulenza ha permesso di separare quello che era il problema del genitore a favore di una maggiore libertà di autodeterminazione del figlio.

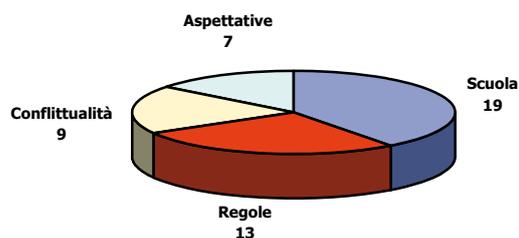
In diversi casi si è ricercato il coinvolgimento dell'operatore scolastico di Promeco, nelle realtà in cui era presente, ciò ha fornito un contributo importante nell'attivazione del sistema di riferimento nella sua interezza: da un lato lo spazio di consulenza per genitori ha promosso nuove letture delle problematiche e dall'altro l'operatore all'interno alla scuola ha sostenuto e ha facilitato azioni di empowerment dell'adolescente.

In altre situazioni (13 casi) si è stati chiamati a lavorare su una difficoltà nel definire o ridefinire un sistema di regole inteso come giusta regolazione tra

l'impellente necessità evolutiva di ricerca di nuove autonomie, in cui è necessaria una guida che sollecita, ed il bisogno di contenimento che definisca dei limiti/confini. Il lavoro con i genitori, quindi, si è tradotto nel *pensare* a situazioni che favorissero processi di autonomia e a regole che aiutassero a ridurre le ansie generate da un percorso di crescita (genitoriale e filiale).

In alcune circostanze (7) le tematiche riportate erano legate ad ansie genitoriali in relazione al distacco o alla relazione con il figlio. È stato importante riconoscere le competenze che i genitori sono in grado di esprimere con i propri figli, questo ha permesso di maturare uno stile genitoriale più efficace ed una maggiore sicurezza/tranquillità. Lo spazio di riflessione ha permesso di inquadrare il bisogno di controllo per farvi fronte in maniera più funzionale.

Problematiche presentate dalle famiglie che hanno richiesto una consulenza



In altri casi (9 situazioni) l'incapacità di far fronte a comportamenti ritenuti inadeguati e fuori dalle regole, conduceva ad una conflittualità che si manifestava da un lato con una forte attivazione (liti, discussioni, agiti, ecc.) e dall'altro con un'apparente passività di tutti i componenti del nucleo teso alla normalizzazione o a mantenere lo status quo.

In poco più della metà dei casi si è lavorato direttamente con la persona che aveva preso contatti con il servizio. Nelle restanti circostanze (12 casi) si è optato per un coinvolgimento del partner in quanto si è ritenuto che il lavoro congiunto permettesse di implementare ed arricchire le possibilità di intervento. Nel caso in cui ci si trovasse di fronte a dinamiche di coppia in cui il figlio rischiava di essere coinvolto, si è costruito per i genitori, uno spazio di lavoro che

permettesse loro di "mettersi insieme" nel ruolo genitoriale.

A volte, di contro, si è ritenuto proficuo il coinvolgimento diretto del figlio/a per cui si era richiesta la consulenza in modo da favorire un confronto in una situazione protetta che fornisse chiavi di lettura ad ambo le parti che permettesse una rinnovata sintonizzazione reciproca.

Un risultato significativo in termini quantitativi e qualitativi sembra dimostrato dai 35 percorsi conclusi e dai 12 ancora attivi. Solo 3 sono stati quelli sospesi in maniera autonoma.

Al servizio si sono rivolte in prevalenza madri (in 44 dei 47 casi ravvisati in quest'anno di attività), di ragazzi di Istituti di istruzione secondaria di primo grado (29 situazioni) e del biennio di quella di secondo grado (13 situazioni).

Ciò fa pensare a come la fascia di età riconosciuta come fonte di maggiori dubbi o difficoltà sia rappresentata in maniera preponderante tra gli 11 ed i 15 anni. L'ingresso nella scuola media sembra rappresentare il primo scalino di confronto con i processi di autonomia e di messa in crisi dei valori familiari a favore di quelli dei pari a cui i genitori non sembrano pronti. Davanti ad un ambiente riconosciuto come meno protettivo e ricco di richieste di capacità relazionali, di gestione personale e di capacità di autoregolazione e responsabilizzazione, i genitori non sembrano riconoscere nei propri figli una conseguente capacità di risposta perché temono di non essere a loro volta in grado di sostenerli in modo adeguato.

Va ribadito che il servizio si appoggia in modo importante al progetto "Punto di Vista", che prevede la presenza di un operatore (psicologo, pedagogista clinico, educatore professionale) all'interno di molte delle scuole medie inferiori e superiori del distretto Centro Nord, dal quale è emersa in maniera rilevante la necessità di dare un supporto educativo ai genitori in difficoltà nella relazione con i figli.

Questi risultati sono stati favoriti dal lavoro realizzato assieme alle scuole con l'obiettivo comune di favorire il benessere e di creare un'alleanza tra adulti attorno all'adolescente; ciò ha consentito l'emergere di casi di disagio altrimenti difficilmente indagabili e di instaurare un contatto diretto con le famiglie degli adolescenti.

Dai colloqui, sostenuti dagli operatori di Promeco avvenuti dal febbraio 2010 al febbraio 2011 spicca un altro dato significativo: l'emergere di un ambito problematico delle famiglie, che non appartiene alla sfera delle patologie, pur determinando una situazione di bisogno, non trova spazio nell'organizzazione dei servizi territoriali. Per questo molte famiglie non avrebbero potuto affrontare il loro problema in ambito extra familiare se non si fosse presentata l'occasione di un confronto dato dal progetto Essere Genitori. Ultimo, ma non meno significativo risultato, l'evidenziarsi della necessità di integrare la rete di opportunità, presenti sul territorio, capaci di offrire servizi vicini ai bisogni delle persone che rispondano in maniera efficace alle richieste di aiuto provenienti da genitori e adolescenti.

In alcune circostanze, infatti, è stato necessario costruire dei percorsi in rete con altri servizi del territorio (SMRIA, Spazio Giovani, Servizi Sociali) o, in altri casi, costruire dei veri percorsi di invio per quelle situazioni in cui si ravvisava la necessità di un supporto più specialistico e dove la consulenza ha avuto la funzione di inquadrare in maniera più chiara la situazione anche agli occhi dei soggetti coinvolti e poter accettare e richiedere un intervento all'interno di un percorso di presa in carico e di cura.

3.4 TRATTAMENTI CLINICO-TERAPEUTICI

Il Percorso Adolescenti del SerT di Ferrara¹⁰⁹

Nell'anno 2010 il Servizio ha effettuato l'accoglienza di 19 adolescenti (fascia di età 14-25) e ha avuto in carico nel corso dell'anno 85 utenti nella stessa fascia di età: 9 di questi ultimi risultavano ancora minorenni.

Sono stati esclusi i casi della prefettura, che costituiscono circa il 20% degli invii, e che per caratteristiche proprie non rientrano nel campione preso in esame.

La maggior parte degli adolescenti che afferiscono al SerT arriva autonomamente e solo in piccola percentuale con invio da altri servizi (SMRIA, Servizio Sociale, Psichiatria, Ospedale, Medico Curante, Carcere); presenti gli invii dalla scuola e informali (amici e conoscenti).

La maggioranza si presenta da solo, mentre i minori arrivano accompagnati da uno o entrambi i genitori.

Da un paio d'anni il SerT di Ferrara sta attuando uno specifico percorso di accoglienza destinato ad adolescenti consumatori di sostanze nella fascia di età 14-25 anni, e ha individuato per gli stessi dei percorsi di cura differenziati e flessibili. L'abbassamento dell'età dei consumatori, l'articolarsi delle modalità di consumo, la ramificazione e la capillarizzazione del mercato delle sostanze hanno infatti richiesto l'individuazione di percorsi di contatto e presa in carico specifici, adeguati ad una realtà complessa e multiforme.

Dopo un primo contatto, diretto, telefonico o per appuntamento, l'accoglienza dei giovani utenti viene effettuata presso la sede psicosociale del SerT e solitamente avviene in tempi brevi al fine di incentivare la motivazione e favorire un contatto immediato.

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

Nella fase di accoglienza si definisce quanto segue: analisi della domanda; compilazione della cartella clinica e della modulistica prevista, anamnesi (personale, familiare e di contesto), valutazione psicodiagnostica con l'utilizzo dei test MMPI2 (test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali della personalità e disturbi emozionali) e restituzione dell'esito del test, invio dei minori ai servizi di competenza territoriali (SMRIA e Servizio Sociale Minori).

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

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

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

Gli adolescenti che si rivolgono al nostro servizio presentano spesso problematiche di tipo scolastico, 25 di loro (campione preso in esame) hanno abbandonato la scuola o hanno ripetuto uno o più anni scolastici. La grande maggioranza (34) ha conseguito la sola licenza media inferiore e mostra scarsa motivazione a proseguire gli studi.

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

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

Dall'analisi dei risultati dell'MMPI-2 somministrati agli adolescenti afferenti al nostro servizio, si evidenziano

¹⁰⁹ di Cinzia Veronesi e Barbara Cocchi, psicologhe del SerT di Ferrara

caratteristiche personologiche e sintomatologia clinica comuni a molti di loro.

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

Significativa la prevalenza delle seguenti caratteristiche cliniche:

- Tono dell'umore tendenzialmente elevato e labile oppure abbassamento del tono dell'umore con presenza di ansia e astenia;
- Tendenza all'azione, piuttosto che alla riflessione e conseguente maggiore facilità di mettere in atto comportamenti finalizzati al soddisfacimento delle proprie pulsioni istintuali;
- Tendenza ad una acritica sopravvalutazione delle proprie capacità e/o sottovalutazione (minimizzazione) delle problematiche; possibile compromissione della capacità di effettuare un corretto giudizio di realtà;
- Difficoltà nella previsione delle conseguenze del proprio comportamento e conseguente possibilità di commettere atti anti-sociali;
- Scarsa tolleranza alla frustrazione e tendenze oppositive nei confronti dell'ambiente;
- Elementi di insofferenza o difficoltà di accettazione per le norme e convenzioni sociali;
- Difficoltà a riconoscere e accettare l'autorità;
- Generali difficoltà a instaurare adeguate relazioni interpersonali spesso caratterizzate dalla liberazione di valenze aggressive e comportamenti ostili a livello sociale.

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

Vengono attivati subito gli interventi di routine previsti nel servizio: controlli della salute, colloqui con il medico per la valutazione e andamento della terapia farmacologica, colloqui di sostegno psicologico e psicoterapia, interventi educativi. Nello specifico l'approccio terapeutico con l'adolescente è così articolato:

- colloqui congiunti con l'adolescente e gli operatori di riferimento;
- incontri d'équipe dedicati alla discussione dei casi clinici;
- attivazione di collaborazione e consulenze

con altri servizi territoriali (Privato Sociale, Area Giovani, Prefettura, Promeco, Spazio Giovani, Consultorio);

- coinvolgimento della famiglia all'interno del percorso di trattamento con organizzazione di percorsi clinici dedicati ai genitori con figli adolescenti (colloqui individuali e incontri di gruppo).

Giovani inviati dalla Prefettura: l'esperienza del SerT di Copparo¹¹⁰

Il progetto nasce dalla convinzione che il fare insieme modifica le sembianze iniziali e dà luogo in itinere ad una terza situazione, da qui il logo "comment naissent les bateaux"¹¹¹.



L'input scaturisce dalla presenza al SerT di Copparo di giovani tra i 16 e i 26 anni, per lo più inviati dalla Prefettura di Ferrara perché trovati in possesso di sostanze stupefacenti (art. 75 del D.P.R. 309/90 che prevede la definizione di un programma terapeutico), oppure perché la persona risulta fare uso di sostanze stupefacenti (art. 121 del D.P.R. 309/90 che prevede la presentazione di un programma terapeutico rispetto al quale la persona è libera di scegliere se aderirvi o rinunciare).

Quando riceviamo la segnalazione dalla Prefettura, convochiamo la persona per conoscerla e valutare l'opportunità di una presa in carico individuale e/o di gruppo.

La presa in carico di queste persone ci ha mostrato essenzialmente tre aspetti:

- il ruolo giocato dalle sostanze, in genere marijuana o hashish, si colloca in un ciclo vitale dei primi incontri, a volte occasionali, che richiamano interventi di prevenzione secondaria o almeno di intervento precoce;

¹¹⁰ di Antonio Bimbo, educatore professionale SerT di Copparo, Counselor supervisore, conduttore del gruppo

¹¹¹ Jean Olivier Héron

- alcuni tratti comuni, tra cui l'importanza del gruppo dei pari e la situazione in cui si trova la persona nel determinare l'incontro e il rapporto con la sostanza;

- l'importanza, per il servizio, di riportare l'esperienza in un contesto di gruppo dei pari dove l'elaborazione della condizione giovanile faccia da contenitore primario per elaborare l'incontro con le sostanze.

Il progetto si è strutturato anche sulla base di alcuni invii informali o segnalazioni provenienti dal Servizio minori (dell'Unione dei Comuni di Terra e Fiumi) e dello S.M.R.I.A. – Area adolescenti.

Il primo stadio di lavoro con i ragazzi provenienti da segnalazioni della Prefettura consiste in un sostegno individuale di tipo psico-educazionale, in cui attraverso qualche colloquio si fa emergere la qualità del rapporto della persona con la sostanza, la verifica di opportunità all'inserimento nel gruppo e quindi il suo eventuale accompagnamento.

Ai ragazzi che partecipano al gruppo viene inoltre detto che possono coinvolgere amici o conoscenti coetanei che ritengono utile inserirsi nel percorso adolescenti; nel caso, l'invitante farà da presentatore del nuovo partecipante, di cui avrà prima informato gli operatori per un breve colloquio conoscitivo.

Il Metodo di lavoro nasce dall'applicazione del Counseling Motivazionale nelle aree della prevenzione (scuole), nella relazione d'aiuto nei SerT e nel Counseling di gruppo. In letteratura esistono numerose indicazioni secondo cui il Counseling Motivazionale (CM) è particolarmente accettato dai giovani, in quanto non è confrontazionale; tende a far emergere gli obiettivi, le risorse, i valori, i sentimenti dalla persona (impronta maieutica) piuttosto che imporre quelli dell'operatore¹¹².

Ad un esame della letteratura su CM e adolescenti, si osserva che gli interventi rivolti a giovanissimi che usano hashish e marijuana, che sono in genere poco motivati a smettere tale abitudine, hanno prodotto risultati positivi¹¹³.

¹¹² H. Arkowitz, A. Westra, W. Miller, S. Rollnick, *Il Colloquio Motivazionale per i trattamenti dei problemi psicologici*, Hoepli, Milano, 2010.

¹¹³ G. Tober, D. Raistrick, *Motivational Dialogue: Preparing Addiction Professionals for Motivational Interviewing Practice in "Drug and Alcohol Review"*, Volume 27, Issue 5, pp. 574, September 2008; S. Rollnick, R. Miller, C. Butler, *Motivational Interviewing in Health Care*, Guilford, New York, 2008.

L'applicazione del Metodo di lavoro si focalizza sul corpo, l'età adolescente, il rischio: tre ingredienti base di questo percorso generazionale che orientano il lavoro con un gruppo di giovani, sui temi del rischio in relazione alle pratiche di consumo di sostanze e comportamenti correlati.

Il progetto è rivolto a ragazzi tra i 16 e i 26 anni con lo scopo di conoscere, analizzare e comprendere quali comportamenti a rischio sarebbe auspicabile rivedere, con l'obiettivo di promuovere l'elaborazione della frattura tra aspirazioni e disagio.

Per quanto riguarda gli operatori possiamo chiederci: "Quanto ci sentiamo pronti a cambiare le nostre modalità interattive, fra di noi e con loro, rinunciando al ruolo dell'Esperto, lasciando spazi e parole ai ragazzi per agevolare un percorso di consapevolezza/cambiamento?"

L'esperienza prevede un momento iniziale in cui ci si interessa delle condizioni più generali dei giovani per poi arrivare all'analisi dei comportamenti a rischio.

Il lavoro punta sul coinvolgere più "aree" o canali comunicativi (area della parola; area dell'ascolto, area della visualizzazione, area del fare, area del sentire).

Ci si avvale di strumenti quali film, musica, realizzazione di giochi, role playing e costruzione di cartelloni, etc.

Le modalità di lavoro utilizzate in questo progetto consistono principalmente nelle seguenti forme:

a) una singola sessione di colloquio individuale conoscitivo/valutativa;

b) la forma di Motivational Enhancement Therapy (MET) consistente in 3/4 sessioni di gruppo di un'ora, una delle quali dedicata ad un incontro di attivazione motivazionale psico-corporea;

c) la forma denominata FRAME, acrostico per definire un intervento in cui si restituisce empaticamente un feedback sulla situazione e si propone un menu di opzioni enfatizzando la responsabilità di scelta del giovane, contrapposta all'imposizione esterna.

Stiamo lavorando per sviluppare maggiormente uno stile di conduzione specificamente orientato alla consapevolezza psicocorporea, all'analisi del rapporto tra opinione, comportamento e stato interiore, attività resa possibile dal fatto che diversi operatori del SerT di Copparo hanno seguito più annualità di formazione aziendale (ed extra aziendale)

indirizzate all'acquisizione di queste competenze.

Qualche dato sul lavoro realizzato: nel corso del 2010 sono arrivate al SerT di Copparo dalla Prefettura 48 persone (tra art. 121 e art. 75) e 2/3 dalle altre agenzie del territorio, 25 di queste sono entrate nel Gruppo Giovani, tra cui 2 minori, 2 ragazze e 23 ragazzi.

Attività svolta nel 2010

N. incontri	N. partecipanti	Cicli
1	3	Primo ciclo
2	3	
3	3	
4	4	
5	4	Secondo ciclo
6	5	
7	3	
8	3	
9	3	Terzo ciclo
10	4	
11	3	
12	3	
13	3	Quarto ciclo
14	3	
15	4	

Si sono realizzati 4 cicli del percorso di gruppo, ogni ciclo cambiavano i partecipanti, un paio di questi ha chiesto di partecipare anche al ciclo successivo, mentre due/tre ragazzi non hanno completato il proprio ciclo.

Materiali utilizzati: costruzione del
- Cartellone "quali film mi piacciono/non mi piacciono";
- Gioco del "ritratto cinese";
- Cartellone a 4 colonne "la bilancia delle mie scelte";
- Canzoni ed emozioni (quali emozioni mi trasmette un certo genere musicale?);
- Cartellone a 3 colonne "cosa vorrei diventare, cosa mi può aiutare nell'intento e cosa invece mi può ostacolare?";
- Visione di film o di alcune scene tratte da: Across the universe, Trainspotting, Radio Freccia, Voglia di sé;
- Giochi di autoconoscenza, conoscenza e fiducia reciproca: la caduta libera, il cerchio motivazionale, la finestra di Johari, il regalo di gruppo.

Come esempio riportiamo la sinossi di un 1° incontro:

- ✓ Accoglienza (con sottofondo musicale), presentazioni con gioco della palla;
- ✓ Attività propedeutica sulla vita di relazione dei giovani, ad esempio video "chattiamo";
- ✓ Attivazione ed elaborazione sui contenuti del video, ad esempio "Cosa ne pensate di quello che avete visto? Quali legami vedete rispetto alla vostra esperienza";
- ✓ Cerchio motivazionale;
- ✓ Conclusione, richiesta argomenti/attività che vorrebbero trattare;
- ✓ Prossimo appuntamento e saluti con cerchio dei nomi.

I conduttori del gruppo sono: un educatore professionale conduttore del gruppo e una psicologa psicoterapeuta.

Il Gruppo di approfondimento sulla relazione madre-figlio¹¹⁴

Da circa tre anni il SerT di Copparo sta sviluppando un intervento terapeutico di tipo supportivo e che favorisca il reciproco scambio di esperienze, rivolto a mamme di adolescenti e giovani adulti, in carico al Servizio per problemi di alcol e tossicodipendenza.

Il Gruppo Mamme si svolge a cicli di 6-7 incontri della durata di circa 1,30 ore ciascuno a cadenza quindicinale, per un totale di 5/10 partecipanti a seduta. Chi partecipa aderisce almeno ad un intero ciclo di incontri.

In anni precedenti sono stati attivati dalla Psicologa gruppi per genitori di pazienti in trattamento, ma si è osservato che le figure materne sono sempre risultate più aderenti al trattamento psicoterapico di gruppo, dando continuità e coltivando una più intensa motivazione al cambiamento del proprio stile educativo.

Emergeva, inoltre, una buona propensione al lavoro di gruppo, percepito come risorsa nell'uscire dall'isolamento emozionale.

Studi, ricerche sul campo, esperienze di vita mostrano che essere genitori supportivi incoraggia i figli a diventare indipendenti, rispettosi delle regole socialmente condivise, eticamente coerenti e capaci di affrontare e superare le avversità della vita (resilienza).

Si è scelto pertanto di orientare il focus del Gruppo Mamme sulla relazione madre-

¹¹⁴ di Rosella Occhiali, psicologa SerT di Copparo

figlio, ma non solo: viene fortemente sollecitato il reciproco aiuto e la condivisione delle esperienze, in modo da favorire lo scambio e la ricerca collettiva delle emozioni che hanno preceduto gli accadimenti.

Ciò spinge le partecipanti, per forza di cose, a rivedere la relazione di *attaccamento* che ciascuna, ora mamma, ha avuto con i propri genitori.

Il Gruppo cerca di rileggere ciò che è stato, in relazione a quanto ora sta accadendo, nell'ottica di migliorare e rinforzare la relazione genitoriale attuale.

La sofferenza relazionale ed emotiva di queste mamme ha origini lontane: è profonda e risulta aver sempre condizionato le successive scelte.

Lo svincolo dalle precedenti figure genitoriali spesso non si è pienamente realizzato, inducendo, tra gli altri fattori in gioco, un sottile filo di continuità nei rapporti di *co-dipendenza* con i figli.

Lo scopo del Gruppo è di ripensare e dare svolte nuove al rapporto con i figli, cercando nel contempo di riparare, almeno in parte, le ferite del passato che così pesantemente hanno determinato la *vulnerabilità* del ruolo femminile e materno delle partecipanti.

Queste mamme spesso hanno perso di vista la propria realizzazione in quanto donne, privilegiando in gran solitudine il solo ruolo materno, perpetuando un legame di *co-dipendenza* con un figlio in particolare.

È un legame amoroso sì, ma vulnerabile, con-fuso, da cui è opportuno emergere per poter realizzare appieno il processo di *separazione-individuazione*.

Come alla nascita è necessario recidere il cordone ombelicale per la buona salute della madre e del bambino, così via via nei successivi cicli della vita occorre ripetere simbolicamente tale atto per meglio riconoscere il proprio Sé dall'Altro.

Solo così la relazione affettiva acquista un sano significato ed è proattiva all'evoluzione di entrambi i soggetti coinvolti.

Obiettivo primario del Gruppo è mappare prima, e saper gestire poi nella quotidianità, gli ostacoli emotivi e relazionali che generano incomprensioni, conflitti aperti, ricadute nella *co-dipendenza*. Ogni seduta è una occasione per fare questo in modo contestualizzato, in base ad elementi portati nel qui ed ora da una partecipante.

Supportare queste madri nello svolgimento del loro ruolo genitoriale significa anche offrire sostegno a persone che spesso lottano in prima linea contro le ricadute tossicomane dei figli: in gran parte infatti sono il genitore unico o principale per via di separazioni, vedovanze, madri nubili o a causa di partner assenti/inaffidabili.

Attività svolta nel 2010

N. incontri	N. partecipanti	Cicli
1	8	Primo ciclo
2	9	
3	6	
4	6	
5	8	
6	7	Secondo ciclo
7	9	
8	9	
9	6	
10	5	
11	8	
12	9	

Al primo e secondo ciclo hanno aderito rispettivamente 9 mamme.

Metodi e strumenti

In seduta individuale: consulenza personalizzata, orientata a favorire l'ingresso nel Gruppo (1-3 incontri); elaborazione del genogramma familiare, a partire dal figlio/a in trattamento al SerT.

In sedute di gruppo: counselling motivazionale, inizialmente utilizzato per accrescere la compliance della madre al programma terapeutico del figlio, in seguito orientato ad accrescere le capacità di ascolto riflessivo, la comunicazione empatica, l'autoefficacia e la coerenza di pensiero e azioni; tecniche di problem solving, per la ricerca attiva di "soluzioni" soddisfacenti ai problemi di natura pratica e comunicativa; utilizzo di brain storming in situazioni di blocco emotivo riportato da una partecipante; assertività, anche attraverso le tecniche di mutuo auto-aiuto di gruppo, diretta al confronto, all'ascolto reciproco, alla solidarietà; tecniche psico-corporee: posizione a cerchio, vicinanza delle sedie in modo quasi da sfiorare le persone sedute accanto, stretto contatto visivo, con possibilità di fare piccoli gesti di incoraggiamento e vicinanza in momenti cruciali per una partecipante.

In équipe: utilizzo degli incontri strutturati tra operatori per valutare in équipe

l'andamento del Gruppo mamme, con richiesta di feedback da parte dei colleghi, e con lo scopo di vagliare la possibilità di inserire una nuova candidata nel gruppo di sostegno per le mamme.

Questa attività del SerT di Copparo, iniziata come sperimentazione legata a finanziamenti per progetti innovativi (Progetto SUPPORTER) per i quali era stato dato un contributo Regionale, è a tutt'oggi un percorso terapeutico inserito nell'offerta corrente del Servizio, con esito più che soddisfacente.

Ciò testimonia che la cura e riabilitazione del paziente tossico/alcolodipendente acquista maggiore solidità se si investono energie per motivare al cambiamento anche i soggetti più coinvolti nel problema, come gli stretti famigliari.

3.5 INTERVENTI DI PROSSIMITÀ

Atelier Giovani ¹¹⁵

A Ferrara si è avviato un lavoro con gli alunni delle scuole dell'Opera Don Calabria¹¹⁶, vero laboratorio che sperimenta da un lato l'integrazione multi-etnica e dall'altro la fatica di affrontare insieme problemi e difficoltà di lingua, cultura, inserimento in un contesto svantaggiato.

L'approccio è volto a sollecitare la capacità espressiva e comunicativa prima ancora dei riferimenti di una cultura comune, andando a reperire una pre-cultura che mette in contatto le priorità espressive dei giovani.

Attraverso strumenti tecnici di lavoro, si ricompongono, oltre al linguaggio e la formalità comunicativa, i valori fondanti che sono stati segnati da percorsi biografici difficili (profughi di guerra, ragazzi orfani soli, clandestini minori ...).

È all'interno del gruppo-classe che si delinea e prende forma la specificità di ogni singolo intervento; il gruppo è infatti una struttura di comunicazione, un modo di stare insieme, che può far emergere i punti di forza e i punti di debolezza dei soggetti e all'interno del quale si sviluppano relazioni

più o meno significative. Si può fare gruppo in vari contesti ma non sempre si può scegliere chi ne farà parte; l'amicizia richiede spontaneità, il gruppo invece richiede consapevolezza.

Per facilitare il raggiungimento di tale consapevolezza intesa come una maggiore conoscenza di sé e di sé con gli altri ci si è avvalsi delle seguenti modalità di lavoro:

- ✓ la definizione di regole elaborate dai ragazzi e condivise con gli operatori in grado di favorire la partecipazione e l'interazione in un clima di rispetto reciproco;
- ✓ la creazione di sagome arricchite di volta in volta da parole ed immagini per dare forma concreta alle rappresentazioni di sé;
- ✓ giochi esperienziali per riflettere sulla percezione di sé e degli altri;
- ✓ role-playing sulle capacità di negoziazione all'interno del gruppo e dei sottogruppi;
- ✓ attività esperienziali per favorire, con l'ausilio di musiche evocative, il contatto con le proprie emozioni e sensazioni all'interno di aule allestite a "stanze delle rappresentazioni".

Alla base di tale metodologia di intervento sta un'idea di formazione intesa non solo come semplice trasmissione di saperi ma come possibilità di dedicarsi al benessere degli studenti, che soprattutto in situazioni di difficoltà e maggiore vulnerabilità, necessitano di aumento della propria autostima, della propria motivazione, del proprio entusiasmo.

¹¹⁵ di Luca Rossin, Ilaria Galleran, Loredana Liverotti

¹¹⁶ La Città del ragazzo offre servizi nel campo formativo, educativo e assistenziale

CAPITOLO IV

La valutazione degli interventi



4.1 STUDIO SULL'ESITO DEI PROGRAMMI TERAPEUTICI IN PAZIENTI CON CONSUMO PROBLEMatico O DIPENDENZA DA COCAINA

Materiali e metodi

I Servizi Tossicodipendenze per diversi anni si sono specializzati nel trattare quasi esclusivamente problematiche connesse con l'assunzione di eroina. A partire dal 2004 la rilevante crescita della domanda di trattamento per consumo e dipendenza da cocaina ha creato delle difficoltà a strutturare percorsi terapeutici efficaci, soprattutto a causa della scarsa disponibilità di programmi terapeutico-riabilitativi consolidati ed evidence based.

Di fatto l'eterogeneità culturale delle persone che si rivolgono ai servizi e le caratteristiche delle modalità di assunzione (cocaina primaria, secondaria associata all'eroina, poliassunzione) richiedono trattamenti e personale con competenze professionali specifici.

Di fronte a questi nuovi scenari è nata l'esigenza di ripensare le strategie di prevenzione, l'assessment della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi, superando le difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte dei cocainomani e dei policonsumatori, offrendo una gamma di trattamenti sufficientemente differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda¹¹⁷.

Dalle ultime pubblicazioni del Gruppo Cochrane sui trattamenti delle tossicodipendenze non emergono evidenze scientifiche di provata efficacia in grado di supportare l'impiego di specifici trattamenti farmacologici o terapie cognitivo-comportamentali, o terapie supportivo-espressive¹¹⁸.

Tuttavia nonostante l'assenza di prove disponibili in grado di identificare l'elettività

di un singolo trattamento, la comunità scientifica concorda nel ritenere auspicabile affrontare la complessità del disturbo da dipendenza da sostanze associando le terapie farmacologiche a interventi psico-sociali¹¹⁹.

A partire da questo scenario è nata l'esigenza conoscitiva da parte dei servizi di valutare l'appropriatezza dei trattamenti diretti ad un'utenza cocainomane.

In particolare l'analisi è stata indirizzata verso la ricerca dei fattori predittivi di esito favorevole nei pazienti presi in carico negli ultimi 10 anni.

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale, in quanto utilizza dati sugli utenti con dipendenza da cocaina e sui trattamenti terapeutici provenienti da canali di raccolta già esistenti, nella fattispecie dal sistema informativo SistER, basato sulla cartella socio-sanitaria informatizzata individuale dei pazienti SerT.

Si tratta di uno studio di coorte in quanto i soggetti vengono identificati dai dati raccolti nei servizi dal 01/01/2000 al 31/12/2009 e studiati retrospettivamente dal momento della presa in carico fino alla conclusione del rapporto con il servizio.

Questo studio in particolare consente di valutare i trattamenti che raccolgono la migliore compliance e di rilevare gli eventi sfavorevoli intercorsi nel periodo di osservazione.

In particolare l'applicazione del modello di regressione logistica univariata ha permesso di mettere in luce le associazioni significative tra esito favorevole o sfavorevole di specifici programmi terapeutici e livelli di gravità dei pazienti trattati.

Il capitolo è stato redatto da Cristina Sorio, Sociologa, Osservatorio Dipendenze Patologiche

¹¹⁷ EMCDDA, Relazione annuale 2008, Evoluzione del fenomeno in Europa, Office for Official Publications of the European Communities, Lisbon, 2008.

¹¹⁸ Cochrane Drugs and Alcohol Group, Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica, Aggiornamento 2008, Roma, 2008.

¹¹⁹ A. Camposeragna (a cura di), Revisione della letteratura, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2005.

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

Popolazione in studio

La popolazione arruolata nello studio è costituita da tutti i nuovi utenti presi in carico dai SerT della provincia di Ferrara nel periodo 01/01/2000 - 31/12/2009, che presentavano una diagnosi primaria di dipendenza, abuso o consumo problematico classificata con il sistema internazionale ICD-10, con un programma terapeutico concluso.

Sono stati inclusi nello studio anche i consumatori di cocaina inviati ai servizi su segnalazione della Prefettura, i soggetti inviati dal Carcere, i pazienti in Comunità Terapeutica e i non residenti. Le caratteristiche della domanda rappresentano elementi importanti per comprendere i bisogni specifici del target e le conseguenti risposte terapeutiche. L'osservazione delle caratteristiche dell'utenza oltre a fornire informazioni sulla diffusione del fenomeno del consumo di cocaina nel territorio provinciale, costituisce la premessa per la comprensione dell'offerta dei programmi terapeutici e degli esiti¹²⁰. Al fine di definire strategie efficaci per rispondere al problema della dipendenza da cocaina risulta indispensabile analizzare le diverse tipologie di consumatori. Infatti affinché i programmi terapeutici siano appropriati è necessario differenziare le offerte in base agli specifici bisogni e alle caratteristiche dei diversi gruppi di utenti, che presentano peculiarità cliniche, sociali e comportamentali molto eterogenee. Il rapporto con la sostanza infatti varia molto da persona a persona in base a diversi fattori: vulnerabilità individuale a sviluppare la dipendenza, funzionalità dell'assunzione, contesto sociale di influenza, associazione contemporanea di altre sostanze, disponibilità della sostanza¹²¹. I soggetti inclusi nello studio durante un periodo di osservazione di 10 anni sono stati complessivamente 222 così distribuiti a livello territoriale: 93 in carico al SerT di Ferrara (41,9%), 17 a Copparo (7,7%), 18 a Portomaggiore (8,1%), 47 Codigoro (21,2%), 47 Cento (21,2%).

¹²⁰ R.C. Gatti, Droga. Architettura e materiali per le nuove reti di intervento, Franco Angeli, Milano, 2004.

¹²¹ G. Serpelloni, T. Macchia, G. Gerra (a cura di), Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto Start, Verona, 2006.

Profilo anagrafico: La composizione per sesso vede una prevalenza di uomini (195 maschi pari all'87,8%; 27 femmine - 12,2%) con un rapporto di 1 femmina ogni 7 maschi; l'83,3% (n. 185) dei soggetti risiede in provincia di Ferrara contro il 16,7% (n. 37) che risiede fuori territorio dell'Ausl (di cui il 14% fuori Regione n. 31). Solo il 7,2% è rappresentato da utenti stranieri (n. 16).

Il range di età va dai 17 ai 55 anni, con un'età media al momento dell'attivazione del programma terapeutico di 31,07 anni (Dev. Std.7,6), 31,1 nei maschi (Dev. Std. 7,5) e 30,8 nelle femmine (Dev. Std. 8,0); il 47,7% dei soggetti al momento dell'attivazione del programma aveva un'età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Tab. 1- Profilo anagrafico alla presa in carico dei servizi

	Freq.	%
Sesso		
Maschi	195	87.8
Femmine	27	12.2
Totale	222	100.0
M/F = 7,2:1		
Nazionalità		
Italiana	206	92.8
Straniera	16	7.2
Età		
15-19	7	3.2
20-24	36	16.2
25-29	63	28.4
30-34	51	23.0
35-39	37	16.7
>39	28	12.6
Età media		
Età media (17-55)	31.07	Ds 7.59
Maschi (17-55)	31.10	Ds 7.55
Femmine (19-49)	30.81	Ds 8.03
Residenza		
In provincia	185	83.3
Fuori provincia	37	16.7
Stato civile		
Celibe/Nubile	57	70.7
Coniugato/a	37	16.7
Separato/Divorziato/Vedovo	22	9.9
Non noto	6	2.7

Profilo sociale: Si tratta di una popolazione che per il 70,7% è celibe o nubile, contro il 16,7% di coniugati o conviventi e il 9,9% di separati o divorziati. Il 44,6% vive con i genitori contro il 26,6% che vive solo e il 5,4% con partner e figli e il 4,5% solo con il partner.

Il titolo di studio più frequente è la licenza di scuola media inferiore (52,3%), seguito dal 24,8% con il diploma di scuola media superiore e dalla formazione professionale (11,3%), i laureati rappresentano solo il 2,7%.

La situazione occupazionale si differenzia significativamente dalle caratteristiche dell'utenza eroinomane: infatti il 69,4% degli utenti ha un lavoro regolare, il 14% è disoccupato e il 2,8% ha un lavoro saltuario.

La professione maggiormente rappresentata è l'operaio (23,4%), seguita dal lavoro autonomo (artigiano commerciante altro lavoro autonomo 17,7%), da altri lavori dipendenti (15,4%) e infine dagli imprenditori e professionisti (2,3%).

Il 30,3% degli utenti arruolati nello studio ha avuto problemi con la giustizia: il 10,9% denunce o condanne, il 19,4% carcere o misure alternative.

Il 21,6% si è rivolto spontaneamente ai SerT, l'11,7% è stato inviato da altri servizi pubblici, il 48,6% è stato segnalato o inviato dalla Prefettura e il 14,9% è stato inviato dal carcere.

Tab. 2 Profilo sociale

	Freq.	%
Grado di istruzione		
Nessuno	2	0.9
Elementari	13	5.9
Media inferiore	116	52.3
Formazione professionale	25	11.3
Media superiore	55	28.4
Laurea	6	2.7
Convivenza		
Vive solo	59	26.6
Vive con i genitori	99	44.6
Vive con il partner	10	4.5
Con il partner e figlio	12	5.4
Altro	16	7.2
Condizione lavorativa		
Lavoro regolare	154	69.4
Saltuario	6	2.8
Disoccupato	31	14.0
Studente	8	3.6
Sospesa causa forza maggiore	20	9.0
Non noto	2	0.9
Professione		
Operaio	52	23.4
Impiegato	6	2.7
Insegnante	1	0.5
Tecnico	1	0.5
Altro lavoro dipendente	26	11.7
Contadino	1	0.5
Artigiano	13	5.9
Commerciante	11	5.0
Professionista	2	0.9
Imprenditore	3	1.4
Altro lavoro autonomo	15	6.8
Altro	1	0.5

Tab. 3 Profilo giuridico

	Freq.	%
Situazione giuridica		
Incensurato	67	30.2
Denunce	11	5.0
Condanne	13	5.9
Carcerazione	33	14.9
Alternative alla detenzione	10	4.5
Altro	5	2.3
Canale di invio		
Autonomo	48	21.6
Da altri servizi	26	11.7
Carcere	33	14.9
Prefettura	108	48.6

Profilo Tossicomano: In prevalenza la popolazione osservata consuma solo cocaina (64,4% monoconsumatore), il 32% ha una sostanza secondaria e il 3,2% è poliassuntore. Le sostanze secondarie principali associate alla cocaina sono i cannabinoidi (18,9%), l'alcol (8,9%) e l'eroina (4,1%). Complessivamente i soggetti poliassuntori sono 8 e associano alla cocaina l'alcol e la cannabis, oppure amfetamine, ecstasy o eroina.

Rispetto alla frequenza d'uso della sostanza primaria il 40,1% degli utenti era astinente al momento dell'accesso al servizio. Questo dato va letto in relazione al canale di invio nel senso che per i soggetti in carcere la condizione di astinenza è facilmente spiegabile e per i restanti soggetti può essere giustificato dal risultato negativo al monitoraggio dei metaboliti urinari per la ricerca delle sostanze di abuso che si effettua nella fase di presa in carico e che può risultare negativa soprattutto per gli invii dalla Prefettura.

Il 24,3% ha dichiarato un consumo occasionale, ossia una o più volte al mese, e il 34,3% un uso frequente che va da più volte la settimana fino al consumo quotidiano.

La modalità d'assunzione prevalente della cocaina è quella sniffata (69,8%), seguita dal 17,1% di soggetti che scelgono di fumarla e dal 4,1% che la inietta.

L'età media di prima assunzione della sostanza è circa 22 anni con esordi precocissimi di 13 anni nei maschi e 15 nelle femmine.

Infine dalla prospettiva del profilo tossicomanico i pazienti sono stati analizzati sulla base della classificazione diagnostica derivante dal sistema internazionale ICD-10.

La valutazione diagnostica è stata assunta quale variabile in grado di discriminare le condizioni del paziente mediante un'operazione di individuazione dei problemi utilizzando riferimenti standardizzati.

La diagnosi può riguardare quattro ambiti: medico, tossicologico, psicologico, psichiatrico, sociale. Per ognuno di questi ambiti viene formulata una valutazione diagnostica, prognostica e di esito, per ricondurli ad un'unica valutazione globale sul paziente.

Tab. 4 Profilo tossicomanico

	Freq.	%
Tipo di consumo		
Solo cocaina	143	64.4
Cocaina con sostanza secondaria	71	32.0
Poliassuntori	8	3.6
Frequenza di assunzione		
Astinente	118	42.9
Occasionale	59	21.5
Frequente	92	33.5
Modalità di assunzione		
Endovenosa	9	4.1
Nasale/sniffata	155	69.8
Fumata/inalata	38	17.7
Orale	3	1.4
Altro	8	3.6
Sostanza secondaria d'abuso		
Alcol	18	8.1
Amfetamine	2	0.9
Cannabinoidi	42	18.9
Eroina	9	4.1
Ecstasy	4	1.8
Crack	1	0.5
Altro	1	0.5
Età di prima assunzione		
Totale (13-46)	21.91	Ds 6.55
Maschi (13-46)	22.12	Ds 6.72
Femmine (15-30)	20.27	Ds 5.0
DIAGNOSI ICD-10		
F14 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	126	56,8
F14.1 Uso dannoso	3	1,4
F14.2 Sindrome di dipendenza	1	0,5
F14 + F60 Disturbi di personalità specifici (doppia diagnosi)	1	0,5
Z02 Visite mediche e ricorso ai servizi sanitari per scopi amministrativi (art. 121-75)	81	36,5
Z71 Persone che ricorrono ai servizi sanitari per altri consigli o avvisi medici (art.186-187)	9	4,1
Z76 Persone che ricorrono ai servizi sanitari in altre circostanze	1	0,5
Totale	222	100%

I profili di severità. A questo punto è stata seguita la logica della severità nel comportamento d'abuso della sostanza costruendo tre nuove categorie in grado di tener conto della storia clinica (diagnosi ICD-10) e del profilo tossicomanico (modalità di assunzione della sostanza e frequenza d'uso).

Pertanto si è assunto che potesse essere classificata **Severità Alta** la modalità di assunzione per via iniettiva (indipendentemente dalla frequenza) e la modalità di assunzione inalatoria e respiratoria con frequenza continuativa regolare dalle 2 alle 7 volte alla settimana con diagnosi ICD-10 F14.

Specularmente la **Severità Bassa** ha aggregato al suo interno gli assuntori meno gravi e più episodici con modalità di assunzione per via inalatoria o respiratoria associata ad una frequenza di assunzione occasionale di una volta a settimana o di una o più volte al mese, con diagnosi ICD-10 Z02- Z71- Z76.

La **Severità Media** ha aggregato al suo interno gli assuntori meno gravi e più episodici con modalità di assunzione per via inalatoria o respiratoria associata ad una frequenza di assunzione occasionale di una volta a settimana o di una o più volte al mese con la diagnosi ICD-10 F14.

Fig. 1 Pazienti distinti per severità

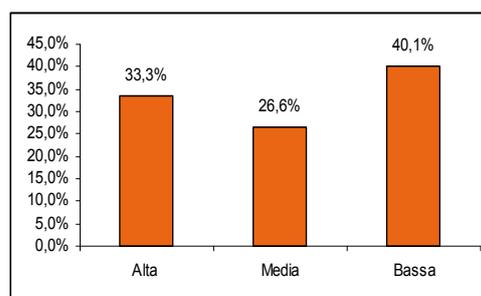


Fig. 2 Età media di primo uso e di accesso al servizio per severità

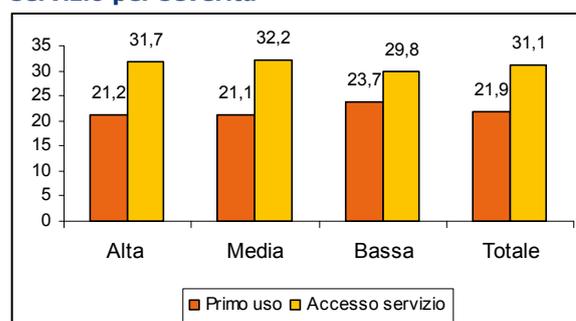


Fig. 3 Scolarità per severità

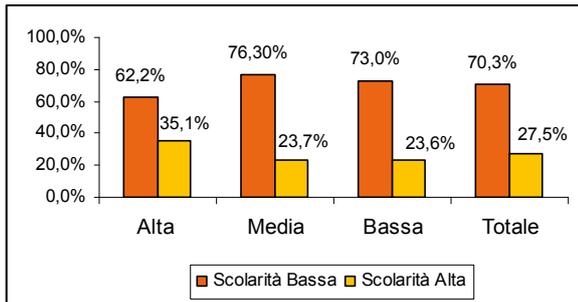


Fig. 4 Condizione lavorativa per severità

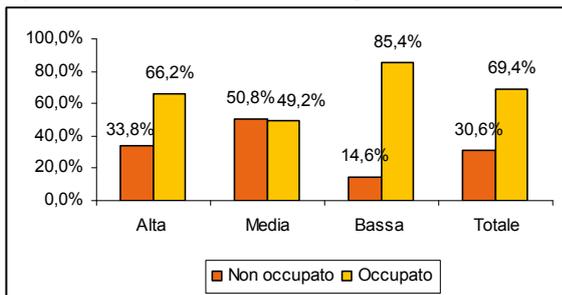


Fig. 5 Convivenza per severità

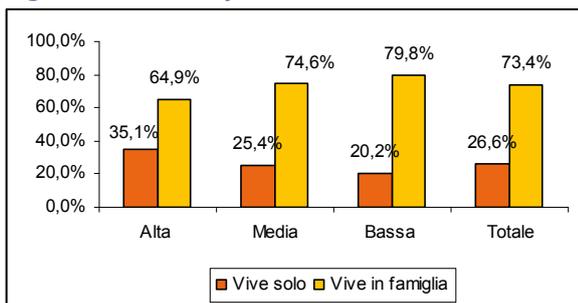


Fig. 6 Situazione giuridica per severità

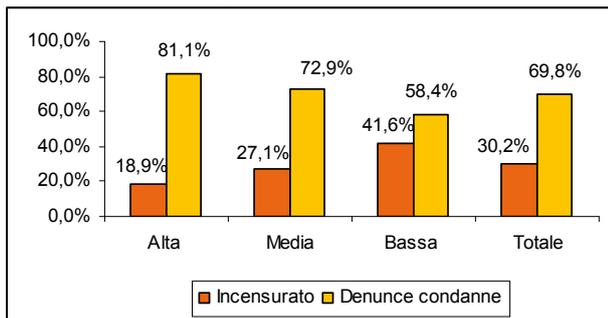
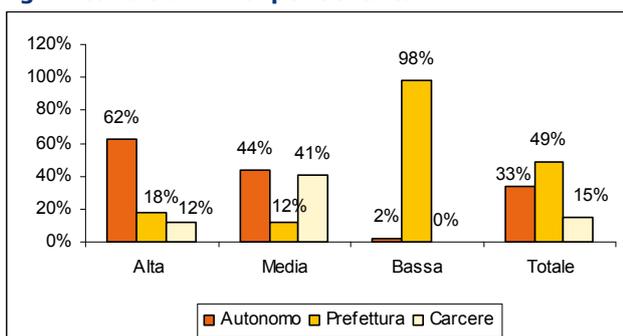


Fig. 7 Canale di invio per severità



Dalla prima analisi descrittiva dei dati emergono i seguenti profili:

Il profilo dei soggetti con severità bassa (n. 89;40,1%) è maschile (91%), il 60% ha meno di 30 anni (età media di accesso al servizio 29 anni min 15 max 62 ds 7,3), un'età di prima assunzione della sostanza dopo i 20 anni, con scolarità bassa (73% fino alla terza media inferiore), occupazione regolare (85,4%), convivenza con la famiglia d'origine o acquisita (79,8%), segnalati dalla Prefettura (97,8%).

I comportamenti di consumo vedono il 74,2% assumere cocaina per via inalatoria (respiratoria 9%), con frequenza di assunzione occasionale di una volta alla settimana o di una o più volte al mese. Il 76,4% consuma solo cocaina mentre il restante 23,6% la associa ad altre sostanze secondarie.

Il profilo dei soggetti con severità media (n. 59;26,5%) è maschile (91,5%), il 54% ha più di 30 anni (età media di accesso al servizio 29 anni min 15 max 62 ds 7,3), un'età di prima assunzione della sostanza prima dei 20 anni, con scolarità bassa (76,3% fino alla terza media inferiore), disoccupato o non occupato (50,8%), convivenza con la famiglia d'origine o acquisita (74,6%), con accesso spontaneo al servizio per il 44% e con un trattamento in carcere per il 40,7%.

I comportamenti di consumo vedono il 67,8% assumere cocaina sniffata e il 25,4% per fumata, con frequenza di assunzione occasionale di una volta alla settimana o di una o più volte al mese. Il 67,8% consuma solo cocaina mentre il restante 23,1% la associa ad altre sostanze secondarie; il 3,7% è poliassuntore)

I soggetti con Severità Alta (n.74; 33,3%) sono in prevalenza maschi (81,1%), con un'età media di 31,7 anni al momento della presa in carico da parte delle équipes (min 17 max 56 ds7,7), un'età di prima assunzione della sostanza intorno ai 21 anni, con un livello di scolarità basso (62,2% fino alla terza media inferiore) ma la proporzione di scolarità media superiore o laurea più alta rispetto agli altri profili (35,1%), un'occupazione regolare (66,2%), un contesto relazionale di riferimento (64,9% vive con famiglia d'origine o

acquisita) e con problemi di natura giuridica (81,1%). L'accesso al servizio è stato per il 62,2% spontaneo contro il 18,9% che è arrivato per segnalazione della Prefettura e il 12,2 % che ha seguito un programma terapeutico in carcere.

Sul versante del rapporto con le sostanze il 66,2% assume cocaina per via inalatoria (quotidianamente o da 2 a 6 giorni a settimana), contro l' 12,2% che usa cocaina iniettata e il 20,3% che la fuma. Il 47,3% è monoconsumatore contro il 45,9% che associa la cocaina ad una o più sostanze secondarie i poliassuntori rappresentano il 9,4% della coorte.

Fig. 8 Modalità di consumo per severità

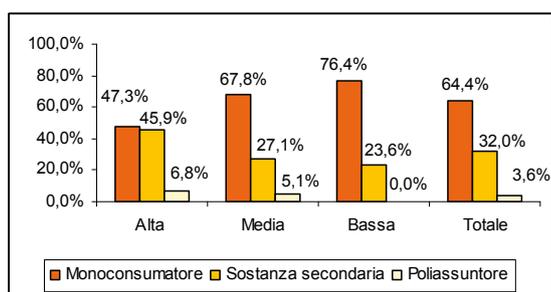
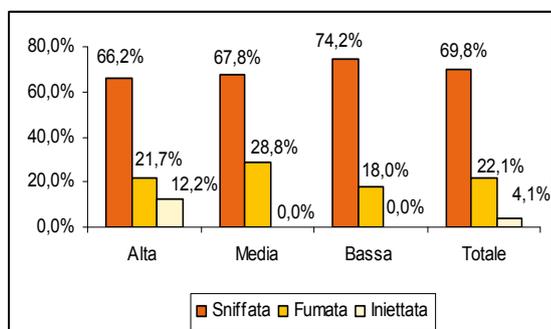


Fig. 9 Modalità di assunzione per severità



Tab. 5 Profilo anagrafico per livello di gravità

SEVERITÀ	Alta	Media	Bassa
Totale	74	59	89
Maschio	60	54	81
Femmina	14	5	8
	81,1%	91,5%	91,0%
	18,9%	8,5%	9,0%
Età carico			
≤ 30 anni	37	27	54
	50,0%	45,76%	60,67%
> 30 anni	37	32	35
	50,0%	54,24%	39,33%
Età media	31,7	32,2	29,8

Età primo uso	Alta	Media	Bassa
≤ 20 anni	20	21	13
	27,02%	35,59%	14,60%
> 20 anni	12	14	16
	16,21%	23,73%	17,98%
Età media	21,2	21,1	23,7

Dato mancante: età prima assunzione n.126 (56,7%)

L'esito dei Percorsi Terapeutici

In questa fase lo studio si è indirizzato verso una prospettiva di ricerca valutativa, focalizzando le analisi sulla individuazione delle possibili associazioni tra i fattori legati alle caratteristiche individuali/cliniche dei pazienti e l'esito dei programmi terapeutici. Si ricorda che i soggetti inclusi nello studio sono solo i pazienti con programmi terapeutici conclusi (completati o interrotti per abbandono, fuga, espulsione, decesso e arresto), o terminati per dimissione concordata o passaggio ad altra struttura. Quindi sono stati esclusi tutti i soggetti con trattamenti ancora in corso al 31.12.2009.

In questa fase sono stati analizzati i **processi terapeutici**, dalla valutazione clinico-anamnestica e obiettiva del paziente (medica, psicologica, tossicologica), alla definizione della diagnosi, fino alla scelta della strategia terapeutica.

Il processo terapeutico nei SerT della Regione Emilia-Romagna è garantito da équipe multidisciplinari composte da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali¹²².

I percorsi terapeutici offerti ai pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara iniziano dalla fase di osservazione e diagnosi nel corso della quale sono raccolti i dati anamnestici del paziente e vengono effettuate in modo congiunto visita medica e consulenza psicologica. Si procede quindi alla definizione di una diagnosi che permetta di stabilire la gravità del comportamento tossicomane. Prima di definire il percorso terapeutico viene valutata la situazione fisica del paziente e vengono effettuati gli esami di laboratorio. Negli ultimi dieci anni i SerT hanno messo in campo approcci differenziati distinguendo il consumo problematico di cocaina dalla

¹²² Regione Emilia-Romagna, Requisiti specifici Accreditamento, Delibera Giunta Regionale N. 327/04: Requisito Specifico 5548 Strutture ambulatoriali di accoglienza e diagnosi.

dipendenza. Il fulcro fondamentale del processo di cura vede l'integrazione tra i trattamenti farmacologici, psicologici ed educativi. Viene messo al centro del processo di cura il lavoro integrato tra medico e psicologo al fine di arrivare ad una definizione del paziente in termini di tipo di craving e struttura di personalità. Sulla base del quadro clinico diagnosticato viene definita la terapia farmacologia specifica che può avvalersi dei seguenti farmaci: antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, benzodiazepine, fenotiazine, neurolettici atipici solo in situazione acuta e per brevi periodi (1-2 mesi), neurolettici tipici, disulfiram per il controllo sull'alcol in una situazione di scelta condivisa con il paziente. Segue la consulenza psicologica che, anche attraverso la somministrazione di test di personalità, permette di effettuare una valutazione psicodiagnostica del paziente e dare inizio al percorso terapeutico. Ne consegue che la modalità di presa in carico dei pazienti è personalizzata e differenziata¹²³.

Il SerT di Ferrara in questi anni ha formato un'équipe professionale composta da due psicologhe e un medico che per i pazienti con dipendenza da cocaina associa la terapia cognitivo-comportamentale (CBT)¹²⁴ di gruppo al trattamento farmacologico.

La CBT dura tra le 12 e le 16 sedute e si pone come primo obiettivo di realizzare l'astinenza e successivamente di garantire una stabilizzazione del paziente. Per i pazienti per i quali la terapia breve non è sufficiente a produrre stabilizzazione e miglioramenti a lungo termine, la CBT può essere considerata una preparazione a una terapia di lunga durata.

A questo punto dello studio è stata avviata la ricerca dei fattori prognostici analizzando la relazione tra fattori eziologici dei pazienti (severità del comportamento tossicomane), programmi terapeutici (complessità del trattamento terapeutico) e l'esito (il grado di raggiungimento degli obiettivi terapeutici).

Si è cercato di ricostruire la logica terapeutica messa in campo dai servizi che

si fonda sul concetto di trattamento integrato. Considerata l'assenza di evidenze scientifiche a favore di terapie specifiche ad attività agonista che consentano di controllare direttamente i comportamenti d'abuso o la dipendenza da cocaina e quindi funzionino da sostitutivi, il trattamento farmacologico è stato iscritto in una strategia terapeutica più ampia, in cui i farmaci sono utilizzati per la gestione degli stati sintomatici correlati all'abuso e alla dipendenza o per contribuire a mantenere la motivazione all'astensione attenuando i sintomi del craving¹²⁵.

In questa prospettiva sono state sviluppate alcune categorie di intervento terapeutico, coerenti con la prassi terapeutica, che riassumono trattamenti che si integrano sia longitudinalmente che strategicamente.

Pertanto si è ritenuto opportuno ricorrere alla classificazione dei programmi ambulatoriali sulla base dell'articolazione e della complessità interna declinandoli in:

- **programmi di base** incentrati principalmente sul counselling socio-educativo integrato con il controllo dello stato di salute e dei liquidi biologici;
- **programmi semplici** che associano i colloqui psicologici agli interventi di sostegno socio-educativo per il controllo degli impulsi, la riduzione dell'ansia e il miglioramento delle abilità personali e sociali;
- **programmi intermedi** con approccio multidisciplinare di primo livello con colloqui di consultazione psicologica o sostegno psicologico integrati con terapia farmacologica, orientamento/sostegno psicologico alla famiglia e controllo dei liquidi biologici, incentrati sulla identificazione e sostituzione delle abitudini comportamentali e sulla individuazione delle risorse ambientali e sociali;
- **programmi complessi** di secondo livello caratterizzati dalla gestione farmacologica degli stati sintomatici correlati all'abuso e alla dipendenza integrata da psicoterapie ad approccio individuale, familiare, di coppia o di gruppo;

¹²³ E. Frozzi, L. Liverotti, C. Veronesi, Cura del paziente cocainomane: presa in carico della persona e non della sostanza, in Dipendenze Patologiche, vol. 3, n.2, maggio-agosto 2008, pp.39-43.

¹²⁴ K.M. Carroll, Trattamenti della dipendenza da cocaina. Approccio cognitivo comportamentale, Centro Scientifico Editore, NIDA, Torino, 2001.

¹²⁵ F. Bricolo, M. Faccio, G. Serpelloni, I trattamenti farmacologici dei disturbi psichici correlati all'uso di cocaina, in G. Serpelloni, T. Macchia, G. Gerra G., op. cit., pp. 305-316.

- **programmi riabilitativi residenziali** che includono almeno un percorso in comunità terapeutica;

- **programmi rieducativi** attivati dall'équipe SerT negli istituti di rieducazione e pena.

Per una migliore lettura dei risultati dello studio si ricorda che per programma terapeutico si intende l'insieme delle prestazioni mediche, psicologiche, sociali, rieducative e riabilitative pianificate nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura e prevenzione delle patologie correlate, formalizzati e formulati dopo l'analisi dei bisogni, la valutazione diagnostica ed in accordo con la persona.

Dai risultati dello studio emerge che la maggior parte dei soggetti ha seguito un solo programma terapeutico (90,1%) e il 9,9% più di un programma.

Analizzando i primi programmi cui sono stati sottoposti gli utenti nel periodo di osservazione, si rileva che:

- il 35,6% ha seguito *programmi di base* con trattamenti socio-educativi, accompagnati da controlli tossicologici periodici (76%);

- il 18% ha seguito trattamenti *programmi semplici* (colloqui psicologici e sostegno educativo), accompagnati da controlli dei liquidi biologici (75%);

- il 17,6% ha seguito *programmi intermedi* strutturati in colloqui psicologici integrati con farmaci (12,8%) e da controlli dei liquidi biologici (38,5%);

- il 10,4% è stato sottoposto a *programmi complessi* con psicoterapia individuale o di gruppo ad approccio cognitivo comportamentale integrata con trattamenti farmacologici (17,4%) e controlli dello stato di salute;

- il 3,6% è inserito in un *percorso riabilitativo residenziale* in comunità terapeutica associato a trattamento con farmaci (3 pazienti su 8);

- il *trattamento rieducativo* in carcere è stato attivato dall'équipe professionale sul 14,9% dei pazienti.

Complessivamente i pazienti trattati con farmaci (metadone a medio e lungo termine, antidepressivi, altri farmaci sostitutivi, Ghb-alcover, ansiolitici, avversativi: disulfiram-antabuse, altri farmaci non sostitutivi > 60 gg. e < di 60gg.) rappresentano il 9,9% (22 pazienti). L'esigua percentuale è collegata all'assenza

di farmaci con indicazione terapeutica specifica per la dipendenza da cocaina¹²⁶.

Tab. 7 Programmi terapeutici

Tipologie di programma	Freq.	%
Socio-educativi (di base)	79	35,6
Psico-educativi (semplici)	40	18,0
Psicologici integrati con farmaci (intermedi)	39	17,6
Psicoterapeutici integrati con farmaci (complessi)	23	10,4
Riabilitativo residenziale	8	3,6
Rieducativi in Carcere	33	14,9
Totale	222	100
Un solo programma	200	90,1
Più di un programma	22	9,9
Trattamenti farmacologici	22	9,9
Controllo metaboliti urinari	117	52,7

Fig. 10 Distribuzione dei programmi terapeutici

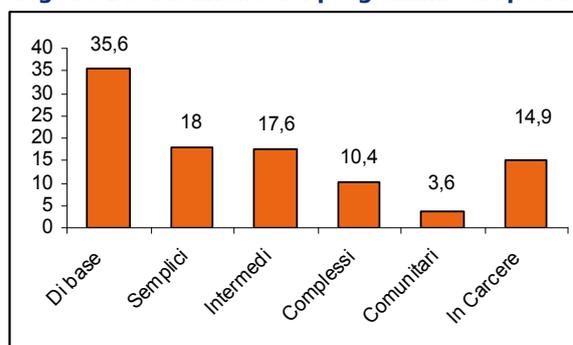
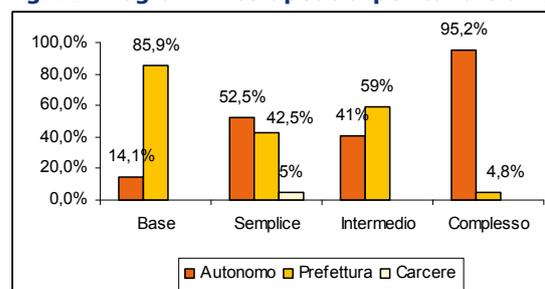


Fig. 11 Programmi terapeutici per canale di invio



¹²⁶ A. Preti, New developments in the pharmacotherapy of cocaine abuse, *Addict Biol.*, 12(2), 2007, pp. 133-51.

AA. Lima Reisser, M. Silva de Lima, B.G. Soares, M. Farrell, Withdrawn: Carbamazepine for cocaine dependence, *Cochrane Database*, 21(1), 2009.

Allo scopo di identificare strategie efficaci per rispondere al problema della dipendenza da cocaina è stato utile analizzare il livello di gravità dei pazienti in relazione ai programmi terapeutici seguiti indirizzando così la riflessione sull'appropriatezza dell'offerta.

In questa prospettiva nello studio sono stati misurati due tipi di esito: outcome intermedi che utilizzano l'esito del programma terapeutico come misura dell'adesione al trattamento predittiva di outcomes clinici; il rischio di mortalità come outcome finale in grado di cogliere e di spiegare il grado di salute aggiunta che gli interventi riescono a creare e contemporaneamente di mortalità evitata.

Affronteremo ora gli **Outcomes Intermedi** che scaturiscono da interventi di carattere medico-farmacologico (terapie farmacologiche, monitoraggio dei metaboliti urinari, controllo dello stato di salute), psicologico (colloqui psicologici, psicodiagnosi), psicoterapeutico (ad approccio individuale, di gruppo, familiare), socio-educativo (colloqui di sostegno educativo, interventi sociali), terapeutico-riabilitativo in struttura residenziale o semi-residenziale (inserimento in comunità terapeutiche o in centri diurni).

L'ipotesi che ha guidato questa prospettiva di studio parte dall'assunto che un buon programma terapeutico è quello che si conclude positivamente, non vedendo alcuna interruzione del processo da parte dei soggetti che concorrono alla sua realizzazione. Pertanto se un paziente segue un programma terapeutico sino alla conclusione e la valutazione dell'operatore responsabile del caso è positiva, si assume raggiunto il primo livello di esito intermedio.

Fig. 12 Esito dei programmi terapeutici

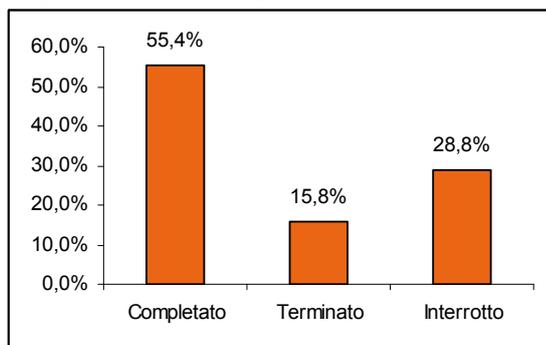
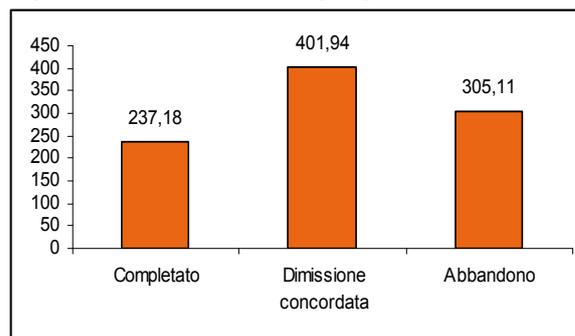


Fig. 13 Durata media dei programmi



Tab. 8 Esito dei programmi terapeutici

	Completato		Terminato		Interrotto	
	N.	%	N.	%	N.	%
Di base	56	70,8	7	8,9	16	20,2
Semplici	21	52,5	7	17,5	12	30,0
Intermedi	24	61,5	5	12,8	10	25,6
Complessi	9	39,1	8	34,8	6	26,1
Riabilitativo Residenziale	3	37,5	1	12,5	4	50,0
Rieducativi in Carcere	10	30,3	7	21,2	16	48,5
Totale	123		35		64	

Tab. 9 Durata media per tipo di programma ed esito

	Completato	Terminato	Interrotto
Di Base	184,9	143,3	219,9
Semplici	267,5	572,3	356,6
Intermedi	162,2	274,6	258,4
Complessi	481,4	535,0	650,2
Riabilitativi Residenziali	376,7	98,0	352,5
Rieducativi in Carcere	384,7	472,6	239,6
Totale	237,2	401,9	305,1

Totale FFisher 9,35 (0,000)

Tab. 10 Gravità dei pazienti per tipo di programma

	Severità Alta	Severità Media	Severità Bassa
Totale	74	59	89
Di Base	18	7	54
	24,3%	11,9%	60,7%
Semplici	13	13	14
	17,6%	22,0%	15,7%
Intermedi	15	3	21
	20,3%	5,1	23,6%
Complessi	13	10	0
	17,6%	16,9%	0,0%

	Severità Alta	Severità Media	Severità Bassa
Riabilitativo residenziale	4 5,4%	4 6,8%	0 0,0%
Rieducativo in carcere	11 14,8%	22 37,3%	0 0,0%
Durata ≤198 giorni	26 35,14%	25 42,37%	60 67,42%
Durata > 198 giorni	48 64,9%	34 57,6%	29 32,8%
Un solo programma	61 82,4%	53 89,8%	86 96,6%
Più di un programma	13 17,6%	6 10,2%	3 3,4%

Il **Programma Terapeutico di Base** (socio-educativo) risulta il percorso di elezione dei soggetti con Severità Basso (n. 79-60,7%). Si tratta di un programma a breve termine con una durata media di 188 giorni in risposta ad un livello basso di gravità dei problemi connessi all'uso di cocaina. A fronte di un 20,2% che abbandona il trattamento (interrompe dopo 7 mesi e termina dopo 5 mesi), il 70,8% dei soggetti con bassa severità conclude il primo programma terapeutico con un esito favorevole (dopo 6 mesi): vengono raggiunti gli obiettivi terapeutici di base che prevedono: controllo dei liquidi biologici, dello stato di salute e trattamenti socio-educativi.

Fig. 14 Programmi di Base per gravità

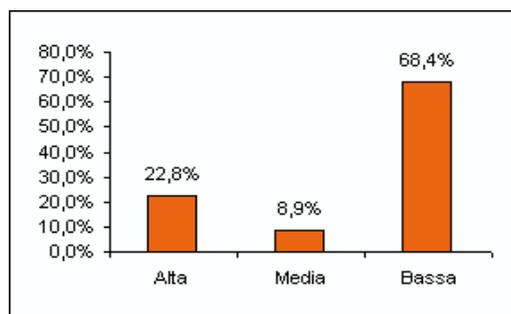


Fig. 15 Esito dei programmi di Base

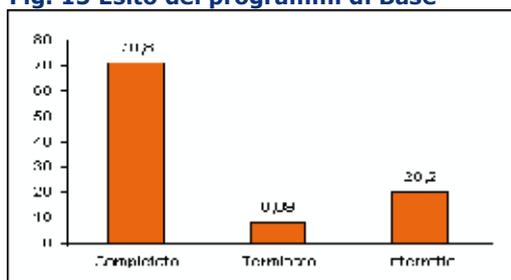
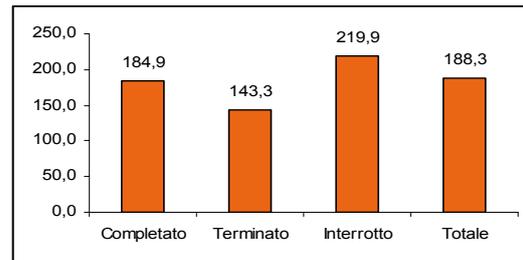


Fig. 16 Durata media dei programmi di Base



Il **Programma Terapeutico Semplice** (psico-educativo) viene attivato indifferentemente su tutti i pazienti senza distinzione di severità (n. 40), con una leggera prevalenza sui pazienti con severità bassa (35%), dura mediamente 348 giorni, per il 52% viene completato dopo 8 mesi e per il 30% abbandonato (interrotto dopo 12 mesi e terminato dopo 19 mesi).

Fig. 17 Programmi Semplici per gravità

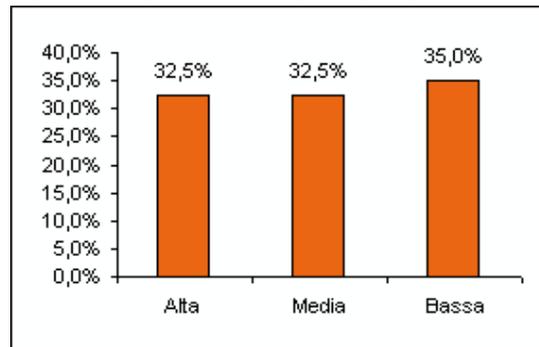


Fig. 18 Esito dei Programmi Semplici

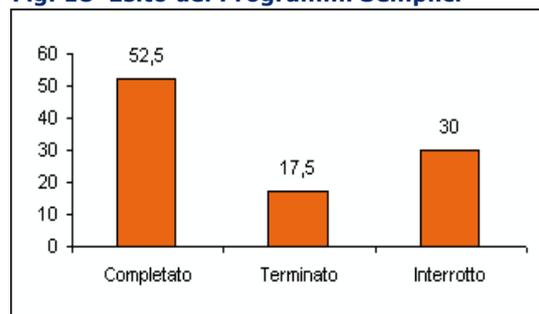
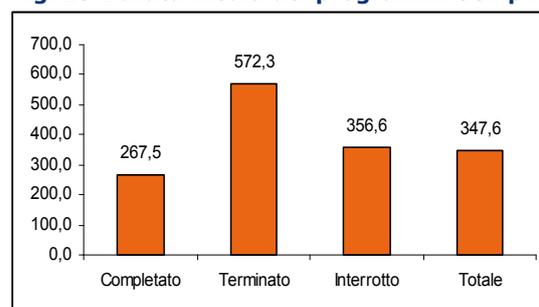


Fig. 19 Durata media dei programmi Semplici



Il Programma Terapeutico Intermedio, che prevede sostegno psicologico integrato con il trattamento farmacologico (n.39), è stato attivato per il 54% sui pazienti con severità bassa e per il 38,5% sui soggetti gravi e dura mediamente 201 giorni e viene completato per oltre il 60% dei casi. I programmi interrotti o terminati durano circa nove mesi, mentre il raggiungimento degli obiettivi avviene dopo 5 mesi.

Fig. 20 Programmi Intermedi per gravità

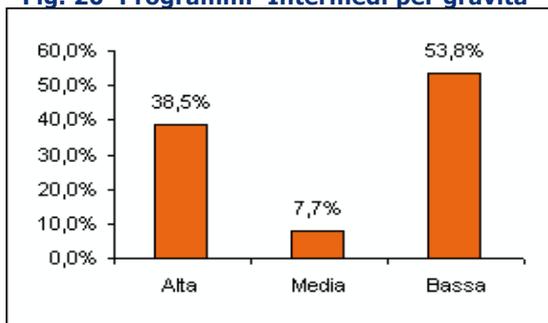


Fig. 21 Esito dei Programmi Intermedi

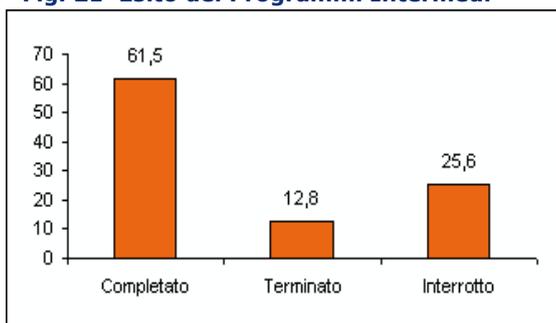
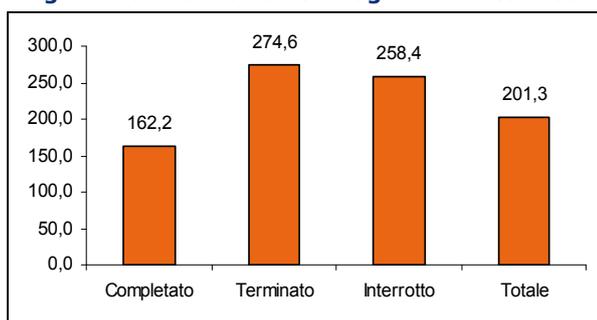


Fig. 22 Durata media dei Programmi Intermedi



Il Programma Complesso di Psicoterapia (n.23) viene rivolto principalmente ai soggetti con Severità Alta (56,5%) e Media (43,5%). Ha una durata di 544 giorni e viene completato per il 39% dei pazienti dopo 16 mesi, una dimissione concordata per il 35% dopo 18 mesi, e una interruzione per il 26% dopo 22 mesi.

Fig. 23 Programmi Complessi per severità

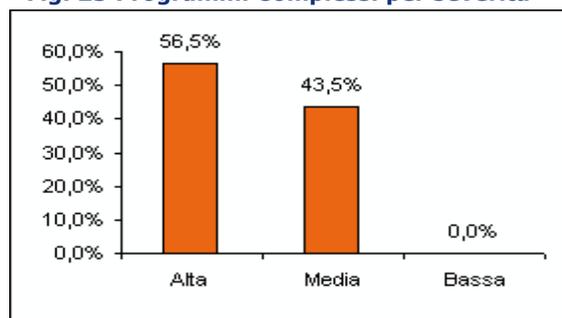


Fig. 24 Esito dei Programmi Complessi

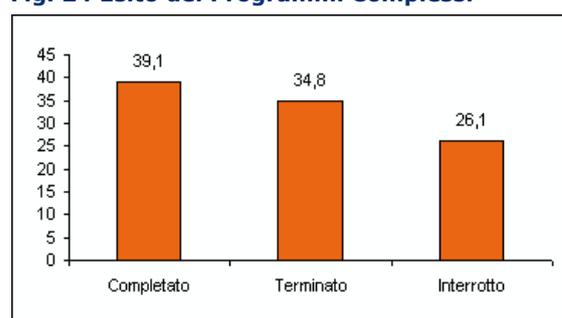
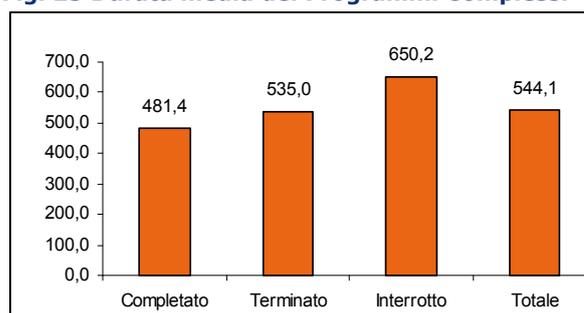


Fig. 25 Durata media dei Programmi Complessi



I **Programmi Rieducativi in Carcere** sono stati attivati su 33 pazienti (22 con severità media e 11 con severità alta), hanno avuto una durata media di circa un anno (333 giorni), per il 70% dei casi terminano o si interrompono in seguito alla fine della pena.

Fig. 26 Programmi Rieducativi in Carcere

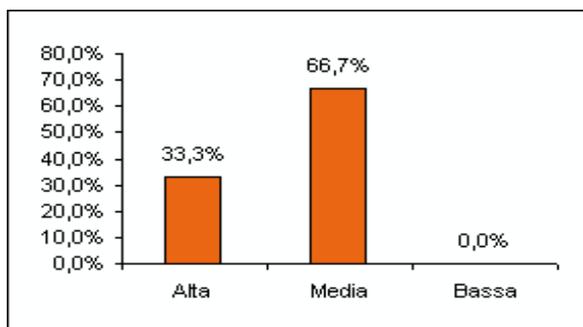


Fig. 27 Esito dei Programmi Rieducativi in Carcere

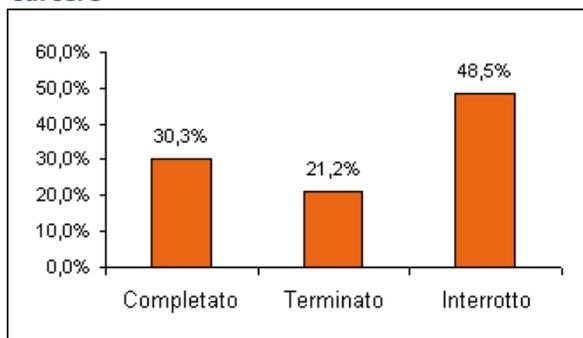
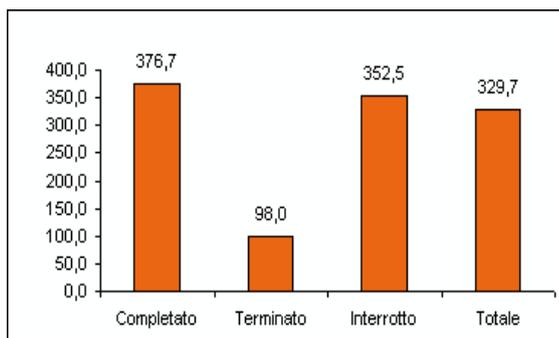


Fig. 28 Durata media dei programmi rieducativi in Carcere



L'accesso ai **Programmi Riabilitativi residenziali** è stato attivato solo per 8 pazienti con severità medio-alta, hanno avuto una durata media di 329 giorni, 3 pazienti hanno completato il percorso riabilitativo, 4 hanno interrotto e 1 è uscito per dimissione concordata.

Il Rischio di Mortalità

Nel corso dei 10 anni dello studio sono stati osservati 2 decessi:

- 1 caso di decesso per malattia apparato respiratorio: maschio, 30 anni alla presa in carico, media inferiore, disoccupato, celibe, vive con genitori, incensurato, con severità alta, monoconsumatore, con modalità di assunzione fumata 2-6 gg. settimana, invio autonomo, età alla morte di 33 anni. Ha seguito due programmi terapeutici: il primo socio-educativo integrato con terapie farmacologiche con disulfiram e con GHB che ha concluso con dimissione concordata dopo 18 giorni; il secondo con sostegno educativo e controlli dei liquidi biologici che è durato 424 giorni e si è concluso con il decesso.

- 1 caso di decesso per cause sconosciute: maschio, 24 anni alla presa in carico, media inferiore, operaio, celibe, in carcere con programma alternativo alla detenzione, con severità media, monoconsumatore, età alla morte di 25 anni. Ha seguito un solo programma in carcere di tipo socio-educativo, che ha abbandonato dopo 120 giorni.

Fattori predittivi della compliance al trattamento

Dall'analisi descrittiva degli esiti risulta che i pazienti con severità alta hanno incontrato maggiore difficoltà nel raggiungere gli obiettivi terapeutici condivisi con gli operatori dei servizi.

Infatti il 63,5% dei pazienti gravi interrompe (37,8%) o termina (25,7%) il primo programma terapeutico, con una probabilità maggiore di esito negativo in corrispondenza dei programmi complessi.

Diversamente i pazienti meno gravi che completano il percorso terapeutico raggiunge la migliore performance nei programmi di base.

Utilizzando un modello di regressione logistica univariata, è stato verificato se esistono associazioni significative predittive di esito favorevole per specifici trattamenti in relazione a specifici livelli di gravità dei pazienti trattati.

Tab. 11 Gravità dei pazienti arruolati nella coorte per esito e durata media del programma

Esito	Severità Alta	Severità Media	Severità Bassa	Totale
Completato	27 36,5%	23 39,0	73 82,0%	123 55,4%
Durata media	304	378	168	237
Interrotto	28 37,8%	25 42,4%	11 12,4%	64 28,8%
Durata media	332	324	194	305
Terminato	19 25,7%	11 18,6	5 5,6%	35 15,8%
Durata media	356	475	415	402

Fig. 26 Esito dei Programmi dei pazienti con gravità alta (%)

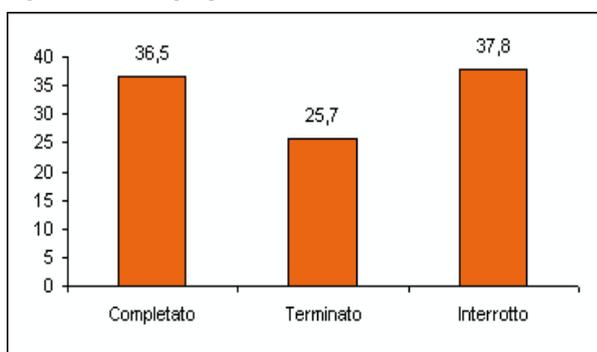


Fig. 27 Esito dei Programmi dei pazienti con gravità media (%)

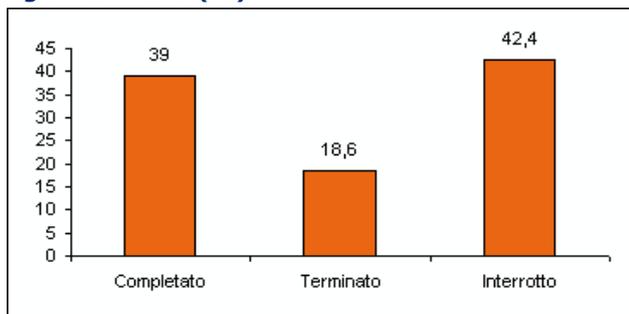
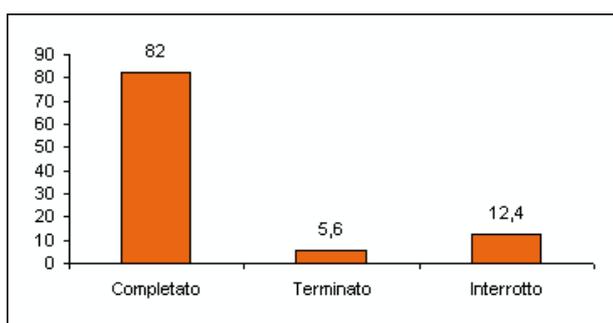


Fig. 28 Esito dei Programmi dei pazienti con gravità bassa (%)



L'analisi ha utilizzato la stratificazione dei soggetti nelle 3 macrocategorie di severità (alta, media e bassa) che riassumono le peculiarità cliniche, sociali e comportamentali in relazione allo stile di consumo della cocaina. Entro ciascun grado di gravità sono state ricercate le possibili associazioni tra esito del programma terapeutico (completato, terminato, interrotto) e ciascuna tipologia di programma considerata (Base, Semplice, Intermedio, Complesso, Residenziale, Rieducativo in carcere).

I pazienti con **Severità bassa** sono maschi, hanno meno di 29 anni, vivono con la famiglia d'origine o acquisita, sono incensurati, hanno un basso livello di scolarità, sono celibi, occupati, monoconsumatori, provengono tutti al servizio su segnalazione della Prefettura.

Hanno seguito un programma di base trattamento (colloqui di sostegno educativo associati al controllo dei liquidi biologici) di durata inferiore a 198 giorni, che completano positivamente dopo 6 mesi.

I pazienti con **Severità media** sono maschi, con un livello di scolarità basso, hanno avuto problemi con la giustizia, non hanno un'occupazione, arrivano al servizio autonomamente. Hanno seguito programmi semplici (colloqui di sostegno psicologico e socio-educativo) e risultano a maggior rischio di interruzione del programma dopo circa un anno.

I pazienti con **Severità alta** hanno una forte componente femminile, vivono soli, hanno problemi con la giustizia, un uso multiplo di sostanze, arrivano al servizio autonomamente.

Seguono programmi di psicoterapia integrati con trattamenti farmacologici, con durata superiore ai 198 giorni, che interrompono o terminano con dimissioni concordate dopo quasi due anni di trattamento (22 mesi).

Dall'analisi emerge una significativa congruenza tra gravità del paziente ed assegnazione del programma terapeutico: alla *severità bassa* viene associato un *programma di base*; alla *severità alta* un *programma complesso* con integrazione farmacologica; alla *severità intermedia* è associato un *programma semplice*.

Il programma psicologico non risulta essere associato selettivamente ad alcun livello di severità.

Tab. 12 Misure di associazione tra severità del comportamento tossicomane e programmi terapeutici (Odds Ratio – I.C. 95%)

Programmi	Severità Bassa	Severità Media	Severità Alta
Complesso	-	2,35	2,94
Non Complesso	-	(0,97-5,71)	(1,22-7,07)*
Intermedio	1,97	0,19	1,31
Non Intermedio	(0,98-3,96)	(0,05-0,64)*	(0,64-2,69)
Semplice	0,77	1,42	0,95
Non Semplice	(0,38-1,57)	(0,68-2,99)*	(0,46-1,98)
Di Base	6,66	0,17	0,46
Non di Base	(3,63-12,25)*	(0,07-0,40)*	(0,24-0,85)*
Rieducativi vs Non Rieducativi	-	7,77	1,19
Con farmaci	0,13	1,04	4,08
Nessun farmaco	(0,03-0,57)*	(0,39-2,80)	(1,63-0,24)*
Esito Completato	7,57	0,40	0,31
Non Completato	(3,97-14,4)*	(0,22-0,74)*	(0,17-0,56)*
Esito Terminato	0,20	1,33	2,85
Non Terminato	(0,07-0,55)*	(0,60-2,91)	(1,36-5,95)*
Esito Interrotto	0,21	2,34	1,89
Non Interrotto	(0,10-0,44)*	(1,24-4,39)*	(1,04-3,45)*
> 1 programma	0,21	1,04	3,29
1 solo programma	(0,06-0,73)*	0,39-2,80)	(1,34-8,11)*
Durata > 198 gg	0,30	1,52	2,49
<= 198 gg	(0,17-0,53)*	0,83-2,77)	(1,40-4,44)*

* p<0.05

L'analisi ha approfondito i fattori capaci di condizionare il grado di compliance al trattamento dei pazienti e quindi l'esito finale rispetto alle diverse tipologie di programma.

Pertanto sono state calcolate le misure di associazione tra la gravità dei pazienti, tipologia di programma ed esito.

Dai risultati emerge che i programmi, pur avendo un alto grado di congruenza con la gravità dei pazienti, non ottengono risultati tali da poter identificare un trattamento di elezione.

Va tuttavia sottolineato che ad un anno dall'inizio del trattamento terapeutico i programmi complessi che integrano la Psicoterapia con i trattamenti farmacologici hanno un livello di compliance più elevato rispetto a tutte le altre tipologie di programma: il 95% di ritenzione in trattamento (contro il 68% dei programmi Psico-Socio-educativi e Socio-educativi, il 50% dei programmi Psicologici e il 53% di quelli seguiti in Carcere o in Comunità).

Dallo studio emergono alcune variabili in grado di influenzare significativamente l'esito di interruzione del programma terapeutico.

In una visione complessiva di tutti i fattori che possono influenzare l'esito (analisi multivariata), emerge che i pazienti con

severità medio-alta e un'età inferiore ai 30 anni hanno un rischio maggiore di interrompere il programma.

La tipologia di programma terapeutico che ha maggiore probabilità di interrompersi o di terminare prima del raggiungimento di tutti gli obiettivi è quello intermedio, che prevede colloqui psicologici associati ai trattamenti farmacologici o al controllo dei liquidi biologici.

La ricchezza qualitativa dei dati sui pazienti arruolati nella coorte ci ha permesso di affrontare lo studio sull'esito dal punto di vista delle ipotetiche differenze nella pratica clinica che potevano emergere dalla comparazione tra l'approccio più orientato al modello psicoterapeutico cognitivo-comportamentale (CBT) e gli altri approcci messi in campo dalle équipe multiprofessionali dei SerT.

Si è partiti dall'ipotesi che il programma psicoterapeutico che presenta il livello di complessità maggiore dal punto di vista terapeutico potesse avere una maggiore probabilità di raggiungere un esito positivo. Su questo presupposto è stato confrontato l'approccio più orientato al modello psicoterapeutico cognitivo-comportamentale verso gli altri approcci per evidenziare differenze nelle pratiche terapeutiche in relazione all'esito favorevole del programma che possano giustificare un trattamento di elezione.

Anche se dai risultati non emergono differenze significative tra i tipi di programma terapeutico, tuttavia si conferma la forza prognostica della severità e dell'età. In altre parole completano in misura due volte maggiore i pazienti con età maggiore di 30 anni e con severità bassa.

Discussione

Lo studio ha analizzato i fattori predittivi di esito dei percorsi terapeutici attivati dai servizi pubblici dell'Azienda Usl di Ferrara su 222 pazienti in un periodo di osservazione di dieci anni.

Utilizzando gli archivi storici informatizzati sulle dipendenze disponibili a livello provinciale è stato misurato il rapporto tra obiettivi definiti dalle équipes multiprofessionali e i risultati raggiunti dai programmi terapeutici offerti ai pazienti con problematiche connesse all'uso di cocaina come sostanza primaria.

I soggetti inclusi nello studio sono in prevalenza maschi (87,8%), con un'età compresa tra i 15 e i 29 anni (47,8%), di nazionalità italiana e residenza nel territorio provinciale (83,3%), con scolarità bassa (fino alla media inferiore 60,4%, formazione professionale 11,5%), occupati regolarmente in lavori di bassa posizione sociale (operai 39,4%, altro lavoro dipendente 19,7%).

Dai risultati emerge che non tutti i pazienti rispondono alle cure e sicuramente per i pazienti gravi, non disponendo di opzioni farmacologiche efficaci per il mantenimento dell'astinenza e per ridurre il consumo, il percorso terapeutico risulta più a rischio di drop-out. Infatti il 63,5% dei soggetti con alta vulnerabilità all'addiction interrompe o termina il programma per abbandono o con dimissione concordata con il terapeuta.

Come già rilevato in altri studi¹²⁷, è proprio l'alta severità del comportamento tossicomano a collocarsi al primo posto tra i fattori prognostici che influenzano negativamente l'esito della cura.

In altre parole una popolazione con problematiche di dipendenza gravi e una forte compromissione dello stato di salute manifesta un'alta ritenzione in trattamento associata ad un alto rischio di esito sfavorevole (37,8% interrompe dopo 332 giorni), nonostante l'offerta terapeutica sia più complessa ed articolata.

Infatti la maggioranza dei programmi complessi viene attivato su pazienti con alta e (56,5%) media (43,5%) severità tossicomania, confermando una forte coerenza tra l'assegnazione di un trattamento di psicoterapia integrata con

farmaci a pazienti con dipendenza patologica da cocaina.

In generale per i pazienti più gravi è stato difficile mettere in discussione la loro esperienza anche perché il mantenimento del ruolo sociale lavorativo e relazionale, ha consentito di mantenere una parvenza di normalità. Tuttavia ad un esame più approfondito, tale integrazione si rivela però sostenuta dalla sostanza, da un equilibrio funzionale basato su una patologia della dipendenza.

Diversamente emerge una migliore performance nei programmi socio-educativi di base offerti a pazienti con consumo saltuario e un basso livello di gravità del rapporto con le sostanze: l'82% dei pazienti conclude positivamente il programma dopo 168 giorni. Tipologie di trattamento di sostegno educativo e monitoraggio della situazione nel tempo sembrano adeguate per i soggetti che accedono al servizio in buone condizioni psico-fisiche, socialmente integrati e che, essendo stati inviati dalla Prefettura a seguire un programma terapeutico senza una grave situazione di dipendenza, necessitano di trattamenti più brevi e meno complessi.

Queste prime considerazioni che emergono dallo studio sono state confrontate con i principi che alcuni autorevoli autori identificano per un programma efficace¹²⁸:

1. la rapidità ad iniziare il trattamento: questo principio non viene rispettato infatti soprattutto per i pazienti con gravità alta e media i trattamenti iniziano dopo circa 10 anni dal primo uso della cocaina; per i pazienti con gravità bassa l'invio al SerT da parte della Prefettura accorcia il periodo di latenza portandolo sui 6 anni dalla prima esperienza;

2. l'adeguatezza della durata: in tutti i pazienti, indipendentemente dalla severità, i programmi conclusi durano mediamente meno (8 mesi), rispetto ai programmi interrotti (10 mesi) e terminati (12 mesi), che nonostante la forza della ritenzione in trattamento non riescono a raggiungere gli obiettivi assegnati dall'équipe terapeutica. Infatti dall'analisi dei trattamenti interrotti emerge che dopo circa due anni il 40% dei pazienti che interromperà è ancora in carico. Da questi risultati sembra confermato il dato di letteratura che identifica nei programmi brevi la tipologia di trattamento di elezione per i cocainomani;

¹²⁷ M. Ferri, A. Saponaro, M. Sanza, C. Sorio (a cura di), Cocaina e servizi per le dipendenze patologiche. Interventi e valutazione in Emilia-Romagna, Franco Angeli, 2009.

¹²⁸ D. Raistrick, G. Tober, "Psychosocial Interventions", Psichiatria, 3, 2004.

3. la maggiore complessità del trattamento in risposta ad una maggiore severità del comportamento tossicomano: dai risultati dello studio i programmi presentano un elevato livello di appropriatezza rispetto alla gravità dei pazienti. Infatti a problematiche gravi vengono associate psicoterapie o colloqui di sostegno psicologico farmacologicamente integrati, specularmente i pazienti consumatori occasionali di cocaina vengono trattati con counselling motivazionale o socio-educativo.

Un'ultima indicazione che sembra emergere dai dati, confermata anche dalla letteratura, è che per ottenere risultati comportamentali positivi e coerenti, quali il mantenimento della terapia e la riduzione del consumo di sostanze psicotrope, la cura va situata all'interno di un processo di cambiamento, sostenuto da rinforzi motivazionali, che va costantemente negoziato nella definizione di obiettivi intermedi raggiungibili e condivisi¹²⁹.

¹²⁹ American Psychiatric Association, Treatment Recommendations for Patients with Substance Use Disorders, Practice Guidelines, Second Edition, 2006.

4.2 UNA RICERCA ESPLORATIVA SUL GAMBLING PATOLOGICO IN UTENTI TOSSICODIPENDENTI ED ALCOLDIPENDENTI IN CARICO AL SERT DI CENTO

Materiali e metodi

Il gioco d'azzardo patologico (GAP), o gambling patologico, può essere definito come un comportamento ricorrente nel giocare d'azzardo non considerando le conseguenze negative legate a tale attività. Un primo tentativo di inserire il gambling nella classificazione ufficiale del DSM è stato con la terza edizione¹³⁰. In quella successiva, il DSM-IV¹³¹ esso viene inserito tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" assieme ad altre patologie quali piromania o cleptomania. Nella prossima revisione del DSM, di cui nel 2013 è prevista la quinta edizione, il GAP si prevede verrà spostato in un nuovo capitolo dal titolo "Addiction and Related Disorders" che lo comprenderà quindi assieme ai disturbi da uso di sostanze¹³².

La diffusione di soggetti con GAP nella popolazione generale è stata valutata con strumenti diversi e in contesti spesso ristretti rispetto ad un ambito nazionale. In letteratura risulta che gli strumenti maggiormente utilizzati per la valutazione sono stati il South Oaks Gambling Screen (SOGS)¹³³ ed il DSM-IV (APA, 1994).

Ricerche sulla popolazione generale che hanno utilizzato il SOGS hanno rilevato

percentuali che variano tra lo 0,2% in Norvegia¹³⁴ e l'1,91% in Australia¹³⁵ e negli USA¹³⁶, mentre altre in cui è stato utilizzato il DSM-IV le percentuali variano tra l'1,1% dell'Islanda¹³⁷ e l'1,6% del Belgio¹³⁸.

In **Italia** non sono state svolte ricerche a livello nazionale per valutare l'incidenza del GAP utilizzando i due strumenti sopracitati nella popolazione generale, ma sono state rilevate presenze di giocatori patologici in popolazioni limitate, ad esempio a Pavia con una percentuale dello 0,4%¹³⁹.

Tra i soggetti affetti da GAP l'incidenza dell'uso di alcol e/o di sostanze è elevata. Zimmerman¹⁴⁰ ha individuato una percentuale di uso di sostanze e/o di alcol tra gamblers del 67,5% (il 62,5% di abuso/dipendenza da alcol e 37,5% di abuso/dipendenza da sostanze).

Il capitolo è stato redatto da **Ciro Garuti**, Psicologo SerT di Cento

¹³⁰ APA 1980, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III, APA, Washington D.C., trad. it. DSM-III Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. 3a ed., Masson, 1987.

¹³¹ APA 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association; trad. it. DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, 1995.

¹³² C. O'Brien, Addiction and dependence in DSM-V, *Addiction*, 106 (5), 2011, pp. 866-867.

¹³³ H.R. Lesieur, S.B. Blume, The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers, *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1987, pp.1184-1188.

¹³⁴ I. Lund, S. Nordlund, Gambling and problem gambling in Norway, Oslo, SIRUS, (<http://www.sirus.no>), 2003.

¹³⁵ Australian Institute for Gambling Research, Survey of the nature and extent of gambling and problem gambling in the ACT, The ACT Gambling and Racing Commission. (<http://www.gamblingandracing.act.gov.au>), 2001.

¹³⁶ J. Welte, G.M. Barnes, W.F. Wieczorek, M.C. Tidwell, J. Parker, Gambling participation in the U.S. Results from a national survey, *Journal of Gambling Studies*, 18(4), 2002, pp. 313-337.

¹³⁷ D.T. Olason, S.K. Barudottir, S.J. Gretarsson, Prevalence of Gambling Participation and Pathological Gambling among adults in Iceland: Results from a National Survey, 13th International Conference on Gambling & Risk Taking, Lake Tahoe, Nevada, 2006.

¹³⁸ S. Fisher, Developing the DSM-IV-MR-J criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations, *Journal of Gambling Studies*, 16, 2000, pp. 253-273.

¹³⁹ A. Biganzoli, M. Capelli, D. Capitanucci, R. Smaniotto, M. Alippi, Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo in provincia di Pavia. Il gioco nel territorio, Casa Editrice DREAM, 2004.

¹⁴⁰ M. Zimmerman, I. Chelminski, D. Young, Prevalence and Diagnostic Correlates of DSM-IV Pathological Gambling in Psychiatric Outpatients, *Journal of Gambling Studies*, 22, 2006, pp. 255-262.

In uno studio argentino¹⁴¹ il 12,6% dei gambler presentava problemi con l'alcol; Kruedelbach¹⁴² in un campione di gambler ha rilevato la presenza di un 63% di soggetti che life-time avevano avuto problemi di dipendenza da sostanze, con una prevalenza di problemi con l'alcol.

L'incidenza del GAP tra soggetti che presentano una dipendenza da alcol e/o da sostanze è risultata in generale più elevata rispetto alla popolazione generale. Diversi studi in cui è stato utilizzato il SOGS, si sono evidenziate percentuali variabili tra il 7% di giocatori patologici e il 3% di giocatori problematici tra pazienti in trattamento metadonico¹⁴³ e il 18,9% di giocatori patologici e il 10,8% di giocatori problematici¹⁴⁴ in tossicodipendenti, sino a punte di 31% di possibili GAP in un campione di tossicodipendenti¹⁴⁵.

Inoltre in un campione comprendente tossicodipendenti e alcolisti indagato da Lesieur¹⁴⁶ risultavano presenti il 9% di giocatori patologici e il 10% di giocatori problematici

In Italia alcune ricerche, in cui era stato utilizzato il SOGS, hanno individuato percentuali di giocatori patologici variabile tra il 4% di giocatori patologici e l'1,2% di giocatori problematici tra gli alcol-tossicodipendenti nei Ser.T. della provincia di Arezzo¹⁴⁷ e il 32,5% di giocatori

patologici e il 5% di giocatori problematici¹⁴⁸ in politossicodipendenti al SerT di Gallarate (VA).

Vista l'importanza della problematica del GAP e la sua significativa presenza in comorbilità nei soggetti alcol-tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi per le Dipendenze, è sembrato utile conoscere l'entità del fenomeno presso il SerT in cui si opera.

La Popolazione in studio

La ricerca è stata svolta presso il SerT di Cento dell'Azienda Usl di Ferrara tra metà gennaio e metà febbraio 2011. Sono stati contattati 59 utenti alcolisti e tossicodipendenti che afferiscono al Servizio per trattamenti farmacologici, psicoterapici o di sostegno. Tra i soggetti contattati 8 non hanno accettato di partecipare alla ricerca ed altri 7, che avevano accettato di rispondere ai questionari proposti, li hanno completati in modo parziale per cui sono stati esclusi dall'elaborazione. Complessivamente sono risultati validi i questionari compilati da 44 soggetti, il 74,58% di coloro che sono stati contattati.

Ai soggetti sono stati somministrati in modo anonimo un questionario per la raccolta di alcuni dati anamnestici (sesso, età, scolarità, attività lavorativa attuale, situazione abitativa, problematica per cui sono in carico al Servizio e la/le sostanza/e utilizzate precedentemente alla presa in carico da parte del Servizio) ed il SOGS nella versione italiana di Guerreschi e Gander¹⁴⁹.

Il SOGS (South Oaks Gambling Screen) è uno degli strumenti maggiormente utilizzati nello screening del GAP e si basa sui criteri del DSM-III. Il questionario è composto da 20 item che vanno ad indagare problemi che un soggetto può avere con il gioco d'azzardo. La valutazione finale del questionario individua 3 categorie di soggetti: con punteggi compresi tra 0 e 2 si tratta di giocatori sociali o di non giocatori, da 3 a 4 punti sono giocatori problematici e

¹⁴¹ P.E. Abait, J.O. Folino, Characteristics of pathological gamblers in Argentina, *Vertex*, 18(75), 2007, pp.325-34.

¹⁴² N. Kruedelbach, H.I. Walker, H.A. Chapman, G. Haro, C. Mateu, C. Leal, Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders, *Actas Esp Psiquiatr.*, 34(2), 2006, pp.76-82.

¹⁴³ W. Feigelman, P.H. Kleinman, H.R. Lesieur, R.B. Millman, M.L. Lesser, Pathological gambling among methadone patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 1995, pp. 75-81.

¹⁴⁴ S. Villas Boas de Carvalho, S.T. Collakis, M.P. Magalães Tavares de Oliveira, Xavier da Silveira Dartu, Frequency of pathological gambling among substance abusers under treatment, *Rev. Saude Publica*, 39 (2), 2005, pp. 1-5.

¹⁴⁵ N.M. Petry, Psychiatric symptoms in problem gambling and non-problem gambling substance abusers, *Am. J. Addict.*, 9, 2000, pp. 163-171.

¹⁴⁶ H.R. Lesieur e S.B. Blume, in C. Guerreschi, *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*, San Paolo, 1986, pp. 137-142.

¹⁴⁷ A. Berti, V. Cocchi, C. Orsini, C. Bigianti, M.L. Cucinelli, A. Marioli, S. Benci, P. di Mauro, F. Cipriani, F. Voller, *Il gioco d'azzardo patologico tra gli utenti dei SerT: polidipendenze e comorbilità*, Associazione Italiana di Epidemiologia, 2° Convegno della Sezione Toscana, Firenze, abstract, 2008.

¹⁴⁸ D. Capitanucci, A. Biganzoli, *Tossicodipendenza e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare*, *Personalità/Dipendenze*, 3, 2000, pp. 23-33.

¹⁴⁹ C. Guerreschi, S. Gander, *Versione Italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R.*, 2000.

dai 5 punti e oltre si tratta probabilmente di giocatori patologici.

L'obiettivo del lavoro era quello di verificare la presenza di giocatori problematici e probabilmente patologici tra soggetti in carico presso il SerT di Cento per problematiche legate all'alcol e alle sostanze e di individuarne alcune caratteristiche.

Risultati

Il campione complessivo risulta composto da 30 maschi, 11 femmine e 3 soggetti che non hanno indicato il sesso di appartenenza. L'età non è stata indicata da 2 soggetti; l'età media dei rimanenti è di $31,60 \pm 7,56$ anni. Hanno completato solo la scuola elementare 2 soggetti, la scuola media inferiore 24 soggetti, 15 soggetti hanno un diploma superiore e 2 un diploma professionale, infine un soggetto risulta laureato. Hanno un lavoro stabile 15 soggetti, 13 ce l'hanno saltuario, altri 15 risultano disoccupati e uno è studente. Vivono con la famiglia d'origine 25 soggetti, 8 con partner e/o con i figli in modo autonomo, 6 soggetti vivono da soli e 5 con altre soluzioni di tipo abitativo.

Sono in carico per problematiche legate al consumo di alcol 6 soggetti e 38 per problematiche legate al consumo di sostanze. Avevano consumato eroina prima di entrare in trattamento 38 soggetti, cocaina e/o crack 27 soggetti, alcol 22 soggetti, cannabis 27 soggetti, ketamina 14 soggetti, amfetamine 16 soggetti, acidi in 18, ecstasy in 17, psicofarmaci senza prescrizione medica 17 e altre sostanze in 12 soggetti.

Complessivamente al SOGS risultano 32 soggetti come giocatori sociali (72,73%), 4 giocatori problematici (9,09%) e 8 possibili giocatori patologici (18,18%). I soggetti che quindi hanno o potrebbero presentare problemi gravi con il gioco d'azzardo sono 12 (27,27%).

Di seguito esamineremo solo le caratteristiche dei soggetti che sono risultati giocatori problematici e probabilmente patologici.

Rispetto alla problematica principale per cui i soggetti sono in carico, nessun soggetto presente per alcol risulta giocatore problematico mentre 4 (66,66% dei soggetti con problemi di alcol) rientra tra i giocatori patologici. Tra gli utilizzatori di sostanze, 4 (10,53%) rientrano tra i

giocatori problematici e 4 (10,53%) tra i giocatori patologici.

Tra i giocatori problematici 3 sono maschi ed una è femmina; l'età media è di $35,75 \pm 11,18$ anni; 2 hanno conseguito il diploma di media inferiore, 1 ha un diploma superiore ed un altro risulta laureato; un soggetto ha un lavoro saltuario e 3 sono disoccupati; un soggetto vive nella famiglia d'origine, un altro vive con partner e/o con i figli in modo autonomo e altri 2 sono in altre soluzioni di tipo abitativo.

Tra i giocatori patologici 4 sono maschi, 2 sono femmine e 2 non hanno indicato il sesso di appartenenza; l'età media dei 6 soggetti che l'hanno indicata è di $34,86 \pm 9,32$ anni; 5 hanno un diploma medio inferiore e 3 un diploma superiore; un soggetto ha lavoro stabile, 2 hanno lavori saltuari e 5 sono disoccupati; 4 soggetti vivono nella famiglia d'origine, un altro vive con partner e/o con i figli in modo autonomo, uno vive solo e 2 sono in altre soluzioni di tipo abitativo.

Il numero medio di sostanze utilizzate prima dell'accesso al Servizio tra i giocatori problematici era di $5,3 \pm 3,9$ e tra i giocatori patologici era di $4,8 \pm 3,9$.

Prenderemo in esame le risposte date al SOGS, sintetizzandole rispetto alle varie aree indagate.

Considerando i giochi che vengono utilizzati una o più volte a settimana, i giocatori problematici sono maggiormente impegnati con le scommesse su sport diversi dal calcio (3 soggetti), al lotto/superenalotto (3), a carte per soldi (2) e a totocalcio/totogol (2) mentre i giocatori patologici si concentrano maggiormente su slot machines/videopoker (5).

Rispetto alla somma massima giocata in un solo giorno, emerge un dato particolare: tra i giocatori patologici 2 soggetti segnalano di aver giocato 2 euro al giorno come giocata massima mentre tra i giocatori problematici un soggetto afferma di aver giocato più di 1.000 euro in un solo giorno, mentre i rimanenti soggetti affermano di aver giocato tra i 10 ed i 1.000 euro in una sola giornata. Tali particolarità potrebbero essere legate ad un tentativo di dare un'immagine più favorevole di sé da parte dei giocatori patologici mentre potrebbe rivelarsi un episodio isolato la giocata massima del giocatore problematico.

Tra le persone che i soggetti conoscono e che hanno, o hanno avuto, problemi con il gioco d'azzardo si evidenzia la maggior

presenza tra i giocatori problematici di parenti all'interno della sfera familiare (padre, fratello/sorella, nonno/nonna) mentre tra i giocatori patologici di persone all'interno della sfera amicale e delle semplici conoscenze o il/la partner.

Nella Tabella 1 sono sintetizzate alcune aree problematiche indagate con il SOGS e che fanno riferimento ai criteri utilizzati per la diagnosi attraverso il DSM.

Nell'area della perdita di controllo il giocare più del previsto è il comportamento che identifica la totalità dei giocatori patologici e la maggioranza di quelli problematici mentre il desiderio di smettere avendo la sensazione di non riuscire a farlo è maggiormente presente tra i giocatori patologici. Il rincorrere le perdite, indicato come uno degli aspetti maggiormente presenti nel GAP, nel campione preso in esame non è particolarmente presente tra i giocatori problematici mentre riguarda la maggioranza dei giocatori patologici anche se in modo non compulsivo, cioè non è presente ad ogni giocata.

Nell'area emotiva è interessante notare che il provare sensi di colpa è l'aspetto del gioco che vede la totalità dei giocatori patologici coinvolti mentre riguarda solo la metà di quelli problematici. Elemento fondamentale per poter affrontare un lavoro su di sé per quanto riguarda il gambling è il riconoscimento da parte di un soggetto di avere un problema con il gioco d'azzardo. Non ha sorpreso che buona parte dei soggetti non ritenga di avere tale problema, sia tra i giocatori problematici che tra i giocatori patologici. Interessante invece che i restanti riportino di averne avuti nel passato. In questo caso sarebbe utile poter approfondire meglio la presenza del gioco problematico o patologico life-time e attuale.

Nell'area sociale e familiare è presente il ricevere critiche per aver giocato, che vede la maggioranza dei giocatori patologici ed una minoranza di giocatori problematici; il discutere per il gioco con le persone con cui si vive, che presenta una sostanziale sovrapposizione con il problema precedente; il nascondere prove del gioco, in cui sono assenti i giocatori problematici mentre vi è la maggioranza dei giocatori patologici. Il comportamento di menzogna, cioè il riportare di aver effettuato una vincita al gioco mentre questa non era avvenuta, riguarda solo 2 giocatori patologici che affermano di essere ricorsi a

questo tipo di comportamento meno della metà delle volte in cui si è perso.

L'area lavorativa o dello studio si presenta come quella meno intaccata dal problema del gioco in quanto viene segnalato solo da un giocatore patologico l'aver ritardato o fatto assenze per giocare. In questo caso si tratta anche dell'unico soggetto giocatore patologico con un lavoro stabile.

L'area legale e finanziaria vede l'assenza di soggetti che chiedono prestiti e non li restituiscono. Tra i soggetti che invece ne hanno fatto richiesta a varie fonti per poter giocare e che probabilmente hanno restituito il denaro, (dato non presente nella Tabella), risultano essere presenti solo due giocatori patologici e un giocatore problematico.

Tab. 1 Tipologie di problematicità con il gioco d'azzardo

	Problematico (n=4)	Patologico (n=8)
Perdita del Controllo		
Giocare più del previsto	3 (75%)	8 (100%)
Inseguire le perdite	1 (25%)	5 (67,5%)
Desiderare di smettere, ma pensare di non riuscirci	1 (25%)	4 (50%)
Area Emotiva		
Percepire il gioco come problema	1 (25%)	5 (67,5%)
Provare sensi di colpa	2 (50%)	8 (100%)
Area Familiare/Sociale		
Discutere in famiglia a causa del gioco	1 (25%)	5 (67,5%)
Ricevere critiche	1 (25%)	6 (75%)
Mentire sulle vincite		2 (25%)
Nascondere prove del gioco		6 (75%)
Area Lavorativa		
Fare assenze/ritardi al lavoro (o a scuola)		1 (12,5%)
Area Legale e Finanziaria		
Non restituire prestiti		

Discussione e conclusioni

Nonostante le limitazioni date dalla ridotta dimensione del campione e dalla difficoltà di ottenere significatività statistiche, è possibile rilevare alcuni elementi importanti.

Innanzitutto si evidenzia che le percentuali di giocatori problematici e probabilmente

patologici sono sostanzialmente comparabili con buona parte degli studi presenti in letteratura nei quali, oltretutto, viene spesso rilevata una maggiore presenza dei secondi rispetto ai primi. I risultati confermano inoltre la maggior presenza di soggetti affetti da GAP tra soggetti dipendenti da alcol e/o da sostanze rispetto alla popolazione generale.

Altro aspetto congruente con quanto presente in letteratura è la maggior presenza di maschi tra i soggetti affetti da dipendenza patologica per uso di sostanze e con problemi di gambling, anche se nel nostro caso l'omissione del sesso di appartenenza da parte di due soggetti lascia spazio a possibili riavvicinamenti della distribuzione percentuale.

La presenza prevalente di soggetti disoccupati e con scolarità media inferiore riflette in buona sostanza le caratteristiche prevalenti tra i tossicodipendenti e gli alcolisti in carico al Servizio. L'età media dei soggetti giustifica le condizioni abitative presenti.

A differenza di quanto rilevato in altri studi non è possibile verificare una familiarità del GAP anche se alcuni indizi in questa direzione sono presenti per i giocatori problematici mentre per i giocatori patologici non è così.

Le slot machines/videopoker sono il gioco che vede coinvolto oltre la metà dei soggetti (58%) con problemi legati al gioco d'azzardo, seguite da lotto/superenalotto, totocalcio/totogol e, curiosamente per l'assenza di casinò in zona, giochi di carte per soldi, attività nelle quali è coinvolto un terzo dei soggetti.

Sia tra i giocatori problematici che tra i giocatori patologici l'aver giocato oltre alle previsioni ed il sentirsi in colpa per il proprio giocare sono i comportamenti problematici maggiormente presenti. Sarebbe utile in futuro poter approfondire anche la presenza di disturbi emotivi o di altri disturbi psichici e verificare se vi è una presenza significativa rispetto ai soggetti non giocatori o giocatori sociali.

Per quanto riguarda i soli giocatori patologici, ai problemi appena evidenziati, si aggiungono ulteriori difficoltà relazionali che si concretizzano in discussioni e critiche ricevute da persone vicine affettivamente o da altri ed il nascondere evidenze del gioco d'azzardo.

In conclusione, pur presentando alcune evidenti limitazioni come sottolineato in precedenza, questo lavoro suggerisce alcune ipotesi per orientare un futuro lavoro di approfondimento dei soggetti che presentano comorbidità tra uso di sostanze/alcol e GAP. Particolarmente utile sarebbe l'approfondimento delle caratteristiche emotive e di personalità, la verifica in modo preciso della presenza del disturbo GAP life-time ed al momento attuale, l'eventuale familiarità del disturbo, il livello dei vari comportamenti problematici presenti e quali conseguenze pratiche possono avere sul decorso della dipendenza da sostanze/alcol.

Ringraziamenti: Paola Giacometti, Psicologa e Responsabile del Servizio, Giovanna Laghi, Medico, Maria Rosa Fariselli, Infermiera Professionale, Beatrice Pinca, Assistente Sanitaria, Marina Galletti, Assistente Sociale, Roberta Buzzi, Tecnico della riabilitazione psichiatrica.

CAPITOLO V

Allegato statistico



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

Tab. 1 Utenti in carico ai SerT distinti per nuovi ingressi e utenza già in carico.
Periodo 1991-2010

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

**Tab. 2 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per sede di trattamento.
Periodo 1991-2010**

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

**Tab. 3 Tassi incrementali annuali degli UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti
per sede di trattamento. Periodo 1991-2010 (%)**

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

**Tab. 4 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per sede di trattamento.
Periodo 1991-2010**

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

**Tab. 5 Tassi incrementali annuali dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento.
Periodo 1991-2010 (%)**

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

Tab. 6 UTENTI GIÀ IN CARICO da anni precedenti distinti per sede di trattamento. Periodo 1991-2010

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

Tab. 7 Tassi incrementali annuali degli Utenti già in carico distinti per sede di trattamento. Trend periodo 1991-2010 (%)

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

Tab. 8 Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per sede di trattamento. Periodo 1991-2010

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

**Tab. 9 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per sede di trattamento.
Periodo 1991-2010**

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

Tab. 10 Utenti in carico ai SerT rapportati alla popolazione generale di età compresa tra i 15-54 anni¹ per 10.000. Confronto tra Azienda Usl di Ferrara e Regione Emilia-Romagna. Periodo 1991-2010

Anni	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-54 per 10.000		Rapporto utenti totali su pop. target 15-54 per 10.000	
	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA
1991	9,9	10,7	34,2	32,5
1992	10,9	10,6	35,6	34,5
1993	9,3	9,4	34,3	35,2
1994	7,5	9,9	38,1	38,2
1995	8,6	9,4	41,9	40,4
1996	7,6	10,3	41,6	41,9
1997	8,3	9,1	42,4	42,3
1998	8,7	8,5	44,6	42,3
1999	9,3	9,2	45,7	44,1
2000	8,9	8,9	46,9	45,5
2001	7,8	9,4	47,0	46,4
2002	9,1	9,0	48,9	48,2
2003	11,9	9,7	55,6	50,2
2004	10,5	10,6	56,2	51,9
2005	9,9	12,5	55,5	55,9
2006	8,9	11,4	54,1	57,3
2007	11,8	10,5	54,1	56,7
2008	12,8	11,0	57,2	57,5
2009	13,4	11,0	57,7	56,8
2010	10,2	n.d.	58,0	n.d.

Tab. 11 Utenti in carico ai SerT della Regione Emilia-Romagna distinti per Azienda Usl. Periodo 2007-2009

	Nuovi utenti				Utenti totali		
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
Piacenza	87	97	88	Piacenza	573	602	595
Parma	274	199	283	Parma	1378	1352	1398
Reggio Emilia	259	363	326	Reggio Emilia	1221	1375	1319
Modena	253	269	327	Modena	1485	1387	1467
Bologna	699	701	646	Bologna	3450	3613	3470
Imola	40	57	45	Imola	302	344	372
Ferrara	211	230	240	Ferrara	965	1027	1037
Ravenna	123	167	169	Ravenna	1121	1143	1110
Forlì	53	60	99	Forlì	503	442	507
Cesena	85	107	110	Cesena	512	546	585
Rimini	228	210	174	Rimini	1002	1015	1022
Regione Emilia-Romagna	2.312	2.460	2.507	Regione Emilia-Romagna	12.512	12.846	12.882

Tab. 12 Utenti in carico ai SerT rapportati alla popolazione generale di età 15-64 anni per 10.000. Confronto tra le Aziende Usl della Regione Emilia-Romagna

	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000				Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000		
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
Piacenza	4,9	5,3	4,8	Piacenza	32,4	33,1	32,7
Parma	10,1	7,1	10,1	Parma	50,8	48,3	49,9
Reggio Emilia	7,9	10,7	9,6	Reggio Emilia	37,2	40,5	38,9
Modena	5,8	6,0	7,3	Modena	33,9	30,9	32,7
Bologna	13,2	13,0	12,0	Bologna	65,1	66,9	64,2
Imola	5,0	6,9	5,4	Imola	37,6	41,6	45,0
Ferrara	9,3	10,0	10,5	Ferrara	42,5	44,9	45,3
Ravenna	5,2	6,8	6,9	Ravenna	47,1	46,5	45,2
Forlì	4,6	5,1	8,4	Forlì	43,5	37,5	43,0
Cesena	6,5	8,0	8,3	Cesena	39,4	41,0	43,9
Rimini	11,7	10,5	8,7	Rimini	51,6	50,8	51,2
Regione Emilia-Romagna	8,5	8,8	9,0	Regione Emilia-Romagna	45,9	45,9	46,0

**Tab. 13 Utenti Totali in carico ai SerT distinti per Comune di residenza.
Periodo 2007-2010**

Comuni di residenza	Utenti totali			
	2007	2008	2009	2010
Ferrara	344	375	366	370
Masi Torello	4	2	1	1
Voghiera	6	7	6	6
Copparo	66	61	61	61
Ro	14	13	13	14
Berra	26	22	19	19
Jolanda di Savoia	2	4	6	3
Formignana	8	3	3	3
Tresigallo	12	11	10	17
Centro Nord	482	498	485	494
Argenta	46	54	36	33
Portomaggiore	39	43	49	38
Ostellato	15	14	21	19
Migliarino	4	5	6	5
Migliaro	12	12	11	12
Massafiscaglia	10	12	12	9
Comacchio	103	96	92	97
Lagosanto	17	21	16	13
Codigoro	30	26	31	36
Mesola	16	13	12	16
Goro	9	10	5	8
Sud Est	301	306	291	286
Cento	46	52	69	67
S.Agostino	5	4	7	5
Mirabello	3	3	4	4
Bondeno	36	37	39	48
Poggiorenatico	10	11	10	9
Vigarano Mainarda	13	14	18	13
Ovest	113	121	147	146
TOTALE	896	925	923	926
Non residenti	72	93	85	102
Senza fissa dimora	-	2	17	11

Tab. 14 Tassi di Prevalenza distinti per Comune di residenza (*1.000 popolazione target 15-64 anni). Periodo 2007-2010

Comuni	Tassi di prevalenza ¹ *1.000			
	2007	2008	2009	2010
Ferrara	4,04	4,38	4,28	4,32
Masi Torello	2,64	1,28	0,64	0,65
Voghiera	2,45	2,90	2,48	2,52
Copparo	5,96	5,60	5,60	5,64
Ro	6,21	5,97	5,97	6,53
Berra	7,57	6,59	5,69	5,84
Jolanda di Savoia	0,99	2,02	3,03	1,53
Formignana	4,38	1,68	1,68	1,69
Tresigallo	4,03	3,71	3,37	5,80
Centro Nord	4,28	4,42	4,30	4,39
Argenta	3,32	3,85	2,57	2,35
Portomaggiore	5,12	5,63	6,41	4,98
Ostellato	3,48	3,33	5,00	4,54
Migliarino	1,65	2,08	2,49	2,08
Migliaro	7,93	8,15	7,47	8,34
Massafiscaglia	4,32	5,28	5,28	3,99
Comacchio	6,61	6,13	5,88	6,28
Lagosanto	5,68	6,67	5,08	4,08
Codigoro	3,68	3,21	3,83	4,52
Mesola	3,45	2,82	2,60	3,51
Goro	3,28	3,69	1,85	2,97
Sud Est	4,55	4,62	4,39	4,35
Cento	2,11	2,28	3,02	2,90
S. Agostino	1,14	0,86	1,51	1,08
Mirabello	1,36	1,34	1,79	1,80
Bondeno	3,73	3,86	4,07	5,01
Poggiorenatico	1,80	1,85	1,68	1,48
Vigarano Mainarda	2,88	2,97	3,82	2,70
Ovest	2,35	2,42	2,94	2,89
TOTALE	3,95	4,04	4,03	4,05

¹ Tasso di prevalenza = Utenti totali residenti/popolazione target 15-64 X 1.000

**Tab. 15 Nuovi Utenti in carico ai SerT distinti per Comune di residenza.
Periodo 2007-2010**

Comuni di residenza	Nuovi utenti			
	2007	2008	2009	2010
Ferrara	62	77	64	49
Masi Torello	4	0	0	0
Voghiera	2	1	1	1
Copparo	12	8	4	5
Ro	0	1	1	1
Berra	4	3	1	2
Jolanda di Savoia	1	2	3	1
Formignana	2	2	0	1
Tresigallo	5	2	2	8
Centro Nord	92	96	76	68
Argenta	10	13	9	9
Portomaggiore	6	8	6	1
Ostellato	2	1	7	2
Migliarino	1	0	2	0
Migliaro	2	1	2	2
Massafiscaglia	3	3	1	0
Comacchio	19	12	24	12
Lagosanto	5	7	2	1
Codigoro	12	5	14	12
Mesola	4	2	3	4
Goro	3	2	3	4
Sud Est	67	54	73	47
Cento	13	16	25	14
S. Agostino	2	0	5	0
Mirabello	0	0	2	0
Bondeno	5	6	10	11
Poggiorenetico	4	3	1	2
Vigarano Mainarda	3	1	7	0
Ovest	27	26	50	27
TOTALE	186	176	199	142
Non residenti	30	51	31	35
Senza fissa dimora	-	3	10	5

**Tab. 16 Tassi di Incidenza distinti per Comune di residenza
(* 1.000 popolazione target 15-64 anni). Periodo 2007-2010**

Comuni	Tassi di Incidenza ² *1.000			
	2007	2008	2009	2010
Ferrara	0,73	0,90	0,75	0,57
Masi Torello	2,64	0,00	0,00	0,00
Voghiera	0,82	0,41	0,41	0,42
Copparo	1,08	0,73	0,37	0,46
Ro	0,00	0,46	0,46	0,47
Berra	1,16	0,90	0,30	0,62
Jolanda di Savoia	0,49	1,01	1,51	0,51
Formignana	1,10	1,12	0,00	0,56
Tresigallo	1,68	0,67	0,67	2,73
Centro Nord	0,82	0,85	0,67	0,60
Argenta	0,72	0,93	0,64	0,64
Portomaggiore	0,79	1,05	0,79	0,13
Ostellato	0,46	0,24	1,67	0,48
Migliarino	0,41	0,00	0,83	0,00
Migliaro	1,32	0,68	1,36	1,39
Massafiscaglia	1,30	1,32	0,44	0,00
Comacchio	1,22	0,77	1,53	0,78
Lagosanto	1,67	2,22	0,64	0,31
Codigoro	1,47	0,62	1,73	1,51
Mesola	0,86	0,43	0,65	0,88
Goro	1,09	0,74	1,11	1,48
Sud Est	1,01	0,82	1,10	0,71
Cento	0,60	0,70	1,10	0,61
S. Agostino	0,45	0,00	1,08	0,00
Mirabello	0,00	0,00	0,90	0,00
Bondeno	0,52	0,63	1,04	1,15
Poggiorenatico	0,72	0,50	0,17	0,33
Vigarano Mainarda	0,66	0,21	1,48	0,00
Ovest	0,56	0,52	1,00	0,54
TOTALE	0,82	0,77	0,87	0,62

³ Tasso di incidenza = Nuovi utenti residenti/popolazione target 15-64 (* 10.000)

Tab. 17 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per caratteristiche anagrafiche e sede di Trattamento. Anno 2009

	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	480	116	114	187	140	1037	
Maschi	406	95	97	163	118	879	
Femmine	74	21	17	24	22	158	
% Maschi	84,6%	81,9%	85,1%	87,2%	84,3%	84,8%	
% Femmine	15,4%	18,1%	14,9%	12,8%	15,7%	15,2%	
Maschi/Femmine	5,8	4,5	5,7	6,8	5,4	5,6	
Età media	35,7	37,7	35,0	35,2	30,2	35,0	
Classi di età:							
16 anni	2	1	1	1	0	5	0,5
17 anni	3	0	3	1	1	8	0,8
18 anni	19	1	0	10	8	38	3,7
20-24 anni	50	8	10	15	31	114	11,0
25-29 anni	61	10	24	26	26	147	14,2
30-34 anni	69	19	23	30	33	174	16,8
35-39 anni	86	21	12	33	22	174	16,8
>39 anni	190	56	41	71	19	377	36,4
Cittadinanza:							
Italiani	440	116	111	187	139	993	95,8
Extracomunitari	39	0	3	0	1	43	4,1
Comunitari	1	0	0	0	0	1	0,1
% stranieri/ totale	8,3%	0,0%	2,6%	0,0%	0,7%	4,2%	
Nuovi utenti	103	12	18	56	51	240	%
Maschi	94	8	17	48	46	213	88,8
Femmine	9	4	1	8	5	27	11,3
Maschi/Femmine	10,4	4,0	17	6,0	9,2	7,8	
Classi di età:							
16 anni	2	1	1	1	0	5	2,1
17 anni	2	0	3	1	1	7	2,9
18 anni	9	1	0	7	7	24	10,0
20-24 anni	28	3	4	11	17	63	26,3
25-29 anni	18	0	6	14	8	46	19,2
30-34 anni	11	1	2	10	9	33	13,8
35-39 anni	13	1	1	5	6	26	10,8
>39 anni	20	5	1	7	3	36	15,0
Età media	29,5	32,3	25,3	28,3	26,9	28,9	
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	45	11	28	67	35	186	81,6
N. inviati art. 75	12	12	7	4	7	42	18,4
Totale	57	23	35	71	33	228	
Utenti già in carico	377	104	96	131	89	797	%
Maschi	312	87	80	115	72	666	83,6
Femmine	65	17	16	16	17	131	16,4
Maschi/Femmine	5,7	5,1	5,0	7,2	4,2	5,1	
Classi di età:							
17 anni	1	0	0	0	0	1	0,1
18 anni	10	0	0	3	1	14	1,8
20-24 anni	22	5	6	4	14	51	6,4
25-29 anni	43	10	18	12	18	101	12,7
30-34 anni	58	18	21	20	24	141	17,7
35-39 anni	73	20	11	28	16	148	18,6
>39 anni	170	51	40	64	16	341	42,8
Età media	37,4	38,3	36,8	38,2	32,1	36,5	

Tab. 18 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per caratteristiche anagrafiche e sede di Trattamento. Anno 2010

	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	479	128	90	198	144	1039	
Maschi	405	109	75	171	118	878	
Femmine	74	19	15	27	26	161	
% Maschi	84,5%	85,1%	86,4%	87,2%	81,9%	84,5%	
% Femmine	15,5%	14,9%	13,6%	12,8%	18,1%	15,5%	
Maschi/Femmine	5,5	5,7	5,0	6,3	4,5	5,6	
Età media	35,9	36,5	35,5	35,4	31,2	35,2	
Classi di età:							
15-19 anni	20	6	6	9	10	51	4,9
20-24 anni	54	12	8	26	23	123	11,8
25-29 anni	62	16	15	24	28	145	14,0
30-34 anni	71	17	18	26	37	169	16,3
35-39 anni	77	19	6	34	24	160	15,4
>39 anni	195	58	37	79	22	391	37,6
Cittadinanza:							
Italiani	424	127	88	198	140	977	
Extracomunitari	52	1	2	0	4	59	
Comunitari	3	0	0	0	0	3	
% stranieri/ totale	11,5%	0,8%	2,2%	0,0%	2,8%	6,0%	
Nuovi utenti	85	20	10	37	30	182	%
Maschi	74	18	9	31	25	157	86,3
Femmine	11	2	1	6	5	25	13,7
Maschi/Femmine	6,7	9,0	9	5,1	5,0	6,3	
Classi di età:							
15-19 anni	11	5	2	5	4	27	14,8
20-24 anni	24	9	5	13	6	57	31,3
25-29 anni	15	2	1	6	7	31	17,0
30-34 anni	18	4	1	3	7	33	18,1
35-39 anni	6	0	1	3	5	15	8,2
>39 anni	11	0	0	7	1	19	10,4
Età media	28,4	23,6	23,8	29,2	28,3	27,8	
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	32	35	24	57	27	175	85,0
N. inviati art. 75	8	16	1	4	2	31	15,0
Totale	40	51	25	61	29	206	
Utenti già in carico	394	108	80	161	114	857	%
Maschi	331	91	66	140	93	721	84,1
Femmine	63	17	14	21	21	136	15,9
Maschi/Femmine	5,2	5,3	4,7	6,6	4,4		
Classi di età:							
15-19 anni	9	1	4	4	6	24	2,8
20-24 anni	30	3	3	13	17	66	7,7
25-29 anni	47	14	14	18	21	114	13,3
30-34 anni	53	13	17	23	30	136	15,9
35-39 anni	71	19	5	31	19	145	16,9
>39 anni	184	58	37	72	21	372	43,4
Età media	37,5	38,8	37,0	36,9	32,0	36,8	

**Tab. 19 Casi totali SEGNALATI O INVIATI DALLA PREFETTURA.
Periodo 1991-2010**

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

Tab. 20 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per sesso ed età media. Periodo 1991-2010

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

Tab. 21 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2009

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	1	0	0	0	0	1	0,1
Amfetamine	1	0	0	1	0	2	0,2
Extasy	1	0	0	2	1	4	0,4
Benzodiazepine	1	0	0	0	1	2	0,2
Cannabinoidi	13	13	18	39	20	103	10,4
Cocaina	51	3	11	22	12	99	9,8
Eroina	368	96	85	119	101	769	78,0
Metadone	0	0	0	1	0	1	0,1
Morfina	0	1	0	0	0	1	0,1
Altri oppiacei	2	1	0	0	0	3	0,2
Altro	0	1	0	1	1	3	0,5
Totale	438	115	114	185	136	988	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Extasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	4	1	0	4	11	3,0
Cannabinoidi	15	10	20	20	23	88	23,8
Cocaina	78	39	14	27	19	177	47,7
Crack	1	0	0	0	0	1	0,3
Eroina	10	1	2	0	0	13	3,5
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	2	0	0	0	2	0,5
Alcol	23	14	17	7	19	80	21,1
Totale	129	70	54	54	65	372	100,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	5	1	4	1	1	12	2,1
Eroina	276	85	50	79	65	555	97,9
Totale	281	86	54	80	66	567	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Extasy	19,0	-	-	23,0	26,0	22,8	19-26
Cannabinoidi	26,1	28,1	26,9	26,4	25,7	26,6	16-44
Cocaina	37,5	42,0	35,2	34,0	32,2	36,0	20-57
Eroina	36,8	38,8	36,6	38,8	30,9	36,6	17-62
LSD/amfetamine	19,0	-	-	35,0	-	24,3	19-35
Altro ⁴	44,7	38,3	-	30,0	39,5	38,8	21-50
Nessuna	27,2	40,0	-	22,0	26,0	27,1	16-48

⁴ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

Tab. 22 UTENTI TOTALI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2010

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	1	0	0	0	0	1	0,1
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Extasy	1	0	0	2	1	4	0,4
Benzodiazepine	2	0	0	1	2	5	0,5
Cannabinoidi	7	22	11	46	21	107	10,8
Cocaina/crack	66	8	8	18	9	109	11,0
Eroina	367	96	68	122	106	759	76,4
Metadone	0	0	0	2	0	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	3	1	0	0	0	4	0,4
Altro	0	1	0	1	1	3	0,3
Totale	447	128	87	192	140	994	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Extasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	4	1	0	5	11	3,2
Cannabinoidi	20	11	16	14	8	69	20,3
Cocaina/crack	80	35	10	26	22	173	50,9
Eroina	13	0	0	0	0	13	3,8
Metadone	1	0	0	1	1	3	0,9
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	2	0	0	0	2	0,6
Alcol	21	21	11	6	10	69	20,3
Totale	136	73	38	47	46	340	100,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	9	3	1	1	0	14	2,7
Eroina	259	86	16	76	69	506	97,3
Totale	268	89	17	77	69	520	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Extasy	20,0	-	-	24,0	27,0	23,6	20-27
Cannabinoidi	26,4	23,5	25,8	26,0	28,1	25,9	16-44
Cocaina	36,7	33,5	32,6	36,1	31,1	34,6	17-63
Eroina	36,9	38,0	36,6	39,4	32,1	37,1	16-63
LSD/amfetamine	20,0	-	-	-	-	20,0	20
Benzodiazepine	36,5	-	-	20,0	22,0	28,7	20-44
Altro ⁵	51	26	-	22	25	31	22-51
Nessuna	26,1	-	28,0	31,2	27,0	28,1	17-49

⁵ Metadone, buprenorfina, benzodiazepine, morfina, tramadolo

**Tab. 23 UTENTI TOTALI distinti per sostanza d'abuso primaria. Valori assoluti.
Periodo 1991-2010**

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

Tab. 24 UTENTI TOTALI distinti per sostanza d'abuso primaria. Valori %.
Periodo 1991-2010

Anni	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Extasy	Benzodiazepine	Amfetamine	Allucinogeni	Altri oppiacei
1991	91,4	3,0	1,0	-	0,6	0,0	0,3	0,0
1992	88,6	3,1	2,1	-	0,7	0,3	0,4	0,0
1993	90,9	3,5	2,2	-	1,2	0,0	0,0	0,0
1994	81,7	4,7	2,7	-	0,7	0,0	0,1	0,0
1995	83,3	5,2	1,5	-	0,9	0,4	0,0	0,1
1996	86,0	5,4	0,9	-	2,9	0,9	0,0	0,3
1997	78,9	11,9	2,1	-	1,7	0,5	0,0	0,4
1998	82,2	11,7	1,5	0,8	1,2	0,4	0,0	0,1
1999	79,7	15,1	2,1	0,6	0,5	0,1	0,0	0,2
2000	79,9	14,5	2,2	0,8	0,7	0,1	0,0	0,1
2001	78,8	14,8	2,7	0,5	0,7	0,3	0,0	0,1
2002	76,5	15,7	4,5	0,6	0,7	0,1	0,0	0,1
2003	72,9	16,2	7,9	1,0	0,5	0,0	0,0	0,1
2004	68,4	19,4	8,8	0,5	0,6	0,1	0,0	0,3
2005	67,3	19,1	10,4	0,8	0,3	0,0	0,0	0,3
2006	70,0	15,7	12,0	0,5	0,2	0,1	0,0	0,2
2007	75,2	12,7	10,4	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1
2008	76,2	11,2	10,9	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
2009	78,0	10,4	9,8	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2
2010	76,7	10,8	11,0	0,4	0,5	0,0	0,1	0,4

**Tab. 25 UTENTI TOTALI distinti per sostanza d'abuso secondaria. Valori assoluti.
Periodo 1991-2010**

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

Tab. 26 UTENTI TOTALI distinti per sostanza d'abuso secondaria. Valori % sul totale sostanza secondaria. Periodo 1991-2010

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

**Tab. 27 Utenti con almeno una sostanza d'abuso secondaria.
Periodo 1991-2010**

Anni	UTENTI CON SOSTANZA SECONDARIA	% UTENTI CON SOSTANZA SECONDARIA	REGIONE % UTENTI CON SOSTANZA SECONDARIA
1991	258	37,4	41,9
1992	346	48,2	45,8
1993	323	47,2	45,7
1994	260	34,7	46,8
1995	323	39,7	48,6
1996	356	44,5	50,9
1997	223	27,7	43,5
1998	289	34,4	43,3
1999	292	34,2	44,1
2000	301	34,7	42,9
2001	298	34,5	43,8
2002	349	39,3	47,4
2003	401	40,3	40,7
2004	381	38,1	49,5
2005	376	37,9	48,6
2006	408	42,4	43,4
2007	381	39,5	49,7
2008	439	42,7	44,5
2009	372	37,7	33,2
2010	340	34,2	n.d.

Tab. 28 Rapporto utenti totali distinti per sostanza primaria d'abuso e popolazione target 15-54 anni per 10.000. Periodo 1991-2010

Anni	Eroina	Canna binoidi	Cocaina	Extasy	Benzodi- azepine	Amfeta- mine	Alluci- nogeni	Altri oppiacei
1991	45,3	1,5	0,5		0,3	0,0	0,1	0,0
1992	45,6	1,6	1,1		0,4	0,1	0,2	0,0
1993	44,5	1,7	1,1		0,6	0,0	0,0	0,0
1994	44,0	2,5	1,4		0,4	0,0	0,1	0,0
1995	48,4	3,2	0,9		0,5	0,2	0,7	0,1
1996	49,4	3,1	0,5		1,7	0,5	0,1	0,1
1997	46,3	7,0	1,2		1,0	0,3	0,0	0,2
1998	49,6	7,0	0,9	0,5	0,7	0,2	0,1	0,1
1999	48,9	9,3	1,3	0,4	0,3	0,1	0,1	0,0
2000	49,8	9,1	1,4	0,5	0,4	0,1	0,1	0,1
2001	48,9	9,2	1,7	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1
2002	48,8	10,0	2,9	0,4	0,4	0,1	0,0	0,1
2003	52,1	11,6	5,7	0,7	0,4	0,0	0,0	0,1
2004	49,2	13,9	6,3	0,4	0,4	0,1	0,0	0,2
2005	47,9	13,6	7,4	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2
2006	37,8	8,5	6,5	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1
2007	40,1	6,8	5,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1
2008	41,3	6,1	5,9	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
2009	42,8	5,7	5,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
2010	42,4	6,0	6,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2

**Tab. 29 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali e di consumo.
Anno 2009**

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	103	12	18	56	51	240	
Cittadinanza							
Italiani	82	12	17	56	51	218	90,8
Extracomunitari	20	0	1	0	0	21	8,8
Comunitari	1	0	0	0	0	1	0,4
Stato civile							
Celibi/nubili	83	7	18	47	42	197	82,1
Coniugati	14	3	0	3	6	26	10,8
Separati/divorziati	5	1	0	6	3	15	6,3
Vedovi	1	1	0	0	0	2	0,8
Titolo di studio							
Elementare	7	0	0	1	2	10	4,2
Media Inferiore	56	11	12	43	32	154	64,2
Professionale	13	1	4	2	7	27	11,3
Media superiore	25	0	2	10	10	47	19,6
Universitario	2	0	0	0	0	2	0,8
Attività lavorativa							
Disoccupato	30	4	3	8	9	54	23,4
Lavori saltuari	10	1	1	5	3	20	8,7
Lavoro regolare	39	5	11	35	29	119	51,5
Studente	12	2	3	6	1	24	10,4
Sospeso causa forza maggiore	10	0	0	2	0	12	5,2
Vive di espedienti	2	0	0	0	0	2	0,9
Situazione abitativa							
Vive con genitori	36	3	12	39	32	122	51,0
Vive con il partner	6	3	2	4	5	20	8,4
Vive con partner e figlio/i	11	2	1	4	6	24	10,0
Solo	10	2	0	3	5	20	8,4
In carcere	22	0	0	0	0	22	9,2
In struttura di accoglienza	3	1	0	0	1	5	2,1
Senza fissa dimora	4	0	1	1	0	6	2,5
Non noto/Altro	11	1	2	5	1	20	8,4
Situazione giuridica							
Incensurato	52	8	12	40	46	158	65,8
Denunce	5	1	4	5	2	17	7,1
Condanne	8	1	2	5	3	19	7,9
Carcerazioni	34	1	0	4	0	39	16,3
Forme alternative	1	0	0	0	0	1	0,4
Non noto	3	1	0	2	0	6	2,5

**Tab. 30 NUOVI UTENTI in carico ai SerT distinti per caratteristiche sociali e di consumo.
Anno 2010**

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	85	20	10	37	30	182	
Cittadinanza							
Italiani	63	19	10	37	28	157	86,3
Extracomunitari	21	1	0	0	2	24	13,2
Comunitari	1	0	0	0	0	1	0,5
Stato civile							
Celibi/nubili	69	17	10	31	24	151	83,0
Coniugati	10	3	0	2	4	19	10,4
Separati/divorziati	6	0	0	3	2	11	6,0
Vedovi	0	0	0	1	0	1	0,5
Titolo di studio							
Elementare	8	1	0	4	1	14	7,7
Media Inferiore	42	11	3	23	20	99	54,4
Professionale	8	2	2	3	0	15	8,2
Media superiore	24	5	5	7	9	50	27,5
Universitario	3	1	0	0	0	4	2,2
Attività lavorativa							
Disoccupato	30	3	0	6	12	51	28,0
Lavori saltuari	5	5	1	3	1	15	8,2
Lavoro regolare	15	7	4	18	12	56	30,8
Studente	15	4	4	6	3	32	17,6
Sospeso causa forza maggiore	20	0	1	1	2	24	13,2
Pensionato/invalido	0	1	0	2	0	3	1,6
Vive di espedienti	0	0	0	1		1	0,5
Situazione abitativa							
Vive con genitori	28	14	8	23	15	88	48,1
Vive con il partner	5	4	0	6	4	19	10,4
Vive con partner e figlio/i	3	2	1	3	4	13	7,1
Solo	10	0	0	3	1	14	7,7
In carcere	29	1	1	0	2	33	18,0
In struttura di accoglienza	2	0	0	0	1	3	1,6
Senza fissa dimora	2	0	0	0	0	2	1,1
Non noto/Altro	6	0	0	2	3	11	6,0
Situazione giuridica							
Incensurato	40	18	9	26	20	113	62,1
Denunce	4	0	0	2	7	13	7,1
Condanne	2	0	0	2	3	7	3,8
Carcerazioni	34	1	1	2	0	38	20,9
Forme alternative	0	0	0	3	0	3	1,6
Non noto	5	1	0	2	0	8	4,4

Tab. 31 NUOVI UTENTI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2009

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	54	4	6	13	21	98	40,8
Cannabinoidi	4	5	8	25	16	58	24,2
Cocaina	16	2	4	14	8	44	18,3
Extasy	0	0	0	1	1	2	0,8
LSD	1	0	0	0	0	1	0,4
Altro	0	0	0	1	1	2	0,8
Nessuna	28	1	0	2	4	35	14,6
Totale	103	12	18	56	51	240	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	16	1	3	7	8	35	52,2
Cocaina	0	2	2	5	2	11	16,4
Alcol	1	1	0	2	5	9	13,4
Eroina	4	0	0	0	0	4	6,0
Benzodiazepine	5	0	0	0	0	5	7,5
Tabacco	0	1	0	0	2	3	4,5
Totale	26	5	5	14	17	67	100,0

Tab. 32 NUOVI UTENTI distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2010

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	39	3	1	9	12	64	35,2
Cannabinoidi	2	15	2	20	12	51	28,0
Cocaina	24	2	4	4	2	36	19,8
Extasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0	0	1	0	1	0,5
Metadone	0	0	0	1	1	2	1,1
Altri ipnotici e sedativi	0	0	0	0	1	1	0,5
Nessuna	20	0	3	2	2	27	14,8
Totale	85	20	10	37	30	182	100,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	8	1	3	1	1	14	33,3
Cocaina	14	2	0	2	3	21	50,0
Alcol	0	1	0	1	1	3	7,1
Eroina	3	0	0	0	0	3	7,1
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone	0	0	0	1	0	1	2,4
Totale	25	4	3	5	5	42	100,0

**Tab. 33 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria. Valori assoluti.
Periodo 2000-2010**

Sostanza primaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Eroina	83	67	68	105	60	75	66	93	93	98	64
Cannabinoidi	56	63	62	64	90	86	62	66	60	58	51
Cocaina	13	10	27	40	33	44	26	33	35	44	36
Extasy	6	1	4	4	1	5	0	4	1	2	0
Allucinogeni	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
Benzodiazepine	2	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1
Metadone	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Inalanti	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Altro	3	1	2	1	3	2	2	0	1	2	0
Nessuna	0	1	0	0	0	4	0	0	36	35	27
Totale	164	143	165	214	187	218	158	198	230	240	182
Sostanza secondaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cocaina						29	25	29	36	11	21
Cannabinoidi						18	19	28	20	35	14
Alcol						10	7	7	11	9	3
Eroina						1	8	2	4	4	3
Amfetamine						2	1	0	0	0	0
Extasy						0	1	1	0	0	0
Benzodiazepine						1	0	0	0	5	0
Metadone						0	0	0	2	0	1
Tabacco						0	0	0	0	3	0
Altro						1	0	0	0	0	0
Totale						62	61	67	73	67	42

* Sostanza secondaria: dato rilevato a partire dal 2005

Tab. 34 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria. Valori %. Periodo 2000-2010

Sostanza primaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Eroina	50,6	46,8	41,2	49,1	32,1	34,4	41,8	47,0	40,4	40,8	35,2
Cannabinoidi	34,1	44,1	37,6	29,9	48,1	39,4	39,2	33,3	26,1	24,2	28,0
Cocaina	7,9	7,0	16,4	18,7	17,6	20,2	16,5	16,7	15,2	18,3	19,8
Extasy	3,7	0,7	2,4	1,9	0,5	2,3	0,0	2,0	0,4	0,8	0,0
Allucinogeni	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0
Amfetamine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0
Benzodiazepine	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5
Metadone	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,1
Altri oppiacei	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5
Inalanti	0,6	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Altro	1,8	1,4	1,2	0,5	1,6	0,9	1,3	0,0	0,4	0,8	0,0
Nessuna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	15,7	14,6	14,8
Sostanza secondaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cocaina						46,8	41,0	43,3	49,3	16,4	50,0
Cannabinoidi						29,0	31,1	41,8	27,4	52,2	33,3
Alcol						16,1	11,5	10,4	15,1	13,4	7,1
Eroina						1,6	13,1	3,0	5,5	6,0	7,1
Amfetamine						3,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Extasy						0,0	1,6	1,5	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine						1,6	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0
Metadone						0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	2,4
Tabacco						0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0
Altro						1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tab. 35 Positività al test Hiv degli utenti distinti per sede SerT. Anni 2009-2010

HIV anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hiv+	40	9	8	17	10	84
% Utenti totali Hiv+	8,3%	7,7%	7,0%	9,0%	7,1%	8,1%
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	1	1
% Nuovi utenti Hiv+	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,4%
Utenti già in carico Hiv+	40	9	8	17	9	83
% Utenti già in carico Hiv+	10,6%	8,6%	8,3%	12,9%	10,1%	10,4%
HIV anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hiv+	39	9	8	18	10	84
% Utenti totali Hiv+	8,1%	7,0%	8,9%	9,1%	6,9%	8,1%
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
% Nuovi utenti Hiv+	0,0%	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0%
Utenti già in carico Hiv+	39	9	8	18	10	84
% Utenti già in carico Hiv+	9,9%	8,3%	11,3%	11,2%	8,8%	6,9%

Tab. 36 Positività al test HIV degli utenti distinti per sede SerT. Periodo 1991-2010

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

Tab. 37 Positività all'Epatite C (Hcv) degli utenti in carico distinti per sede SerT. Anni 2009-2010

Epatite C anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hcv+	214	79	54	85	55	487
% Utenti totali Hcv+	44,6%	69,3%	47,4%	45,4%	39,3%	46,9%
Nuovi utenti Hcv+	7	1	0	2	4	14
% Nuovi utenti Hcv+	6,8%	8,3%	0,0%	3,6%	7,8%	5,8%
Utenti già in carico Hcv+	207	78	54	83	51	473
% Utenti già in carico Hcv+	54,9%	75,0%	56,2%	63,3%	57,3%	59,3%
Epatite C anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hcv+	212	78	44	82	55	471
% Utenti totali Hcv+	44,3%	60,9%	48,9%	41,4%	38,2%	45,3%
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	2	4
% Nuovi utenti Hcv+	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	2,2%
Utenti già in carico Hcv+	210	78	44	82	53	467
% Utenti già in carico Hcv+	53,3%	72,2%	55,0%	50,9%	46,5%	54,5%

Tab. 38 Positività all'Epatite C (Hcv) degli utenti in carico ai SerT. Periodo 1998-2010

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

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

Tab. 39 Positività all'Epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerT. Anni 2009-2010

Epatite B anno 2009	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hbv+	166	27	33	53	62	341
% Utenti totali Hbv+	34,6%	23,3%	28,9%	28,3%	44,3%	32,9%
Nuovi utenti Hbv+	9	1	2	7	15	34
% Nuovi utenti Hbv+	8,7%	8,3%	11,1%	12,5%	29,4%	14,2%
Utenti già in carico Hbv+	157	26	31	46	47	307
% Utenti già in carico Hbv	41,6%	25,0%	32,3%	35,1%	52,8%	38,5%
Utenti vaccinati Hbv	36	40	26	4	7	113
Epatite B anno 2010	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hbv+	101	5	12	37	16	171
% Utenti totali Hbv+	21,1%	3,9%	13,3%	18,7%	11,1%	16,5%
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
% Nuovi utenti Hbv+	1,2%	0,0%	0,0%	5,4%	0,0%	1,6%
Utenti già in carico Hbv+	100	5	12	37	16	170
% Utenti già in carico Hbv	25,6%	4,6%	15,0%	23,0%	14,0%	20,0%
Utenti vaccinati Hbv	23	56	30	27	59	195

Tab. 40 Positività all'Epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerT. Periodo 1991-2010

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

**Tab. 41 Decessi osservati tra gli utenti distinti per causa di morte e sede SerT.
Periodo 2008-2010**

Anno 2008	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	2	0	0	0	1	3
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Incidente stradale	0	1	1	1	0	3
Epatopatie	1	0	0	0	0	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	0	0	0
Tumore	1	0	0	0	0	1
Stato morboso mal definito	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	1	0	0	1	0	2
Totale	6	1	1	2	1	11
Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	4	0	0	0	0	4
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	0	0	0
Tumore	2	0	1	0	0	3
Omicidio	1	0	0	0	0	1
Totale	9	0	1	0	0	10
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	0	0	0
Overdose	0	0	0	0	0	0
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	0	0	0	0	0	0
Epatopatie	0	0	0	0	1	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	0	0	0
Tumore	2	0	0	0	0	2
Omicidio	0	0	0	0	0	0
Causa sconosciuta	2	2	0	0	0	4
Totale	5	2	0	0	1	8

Tab. 42 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento al SerT distinti per le principali cause di morte e per tutte le cause. Periodo 1993-2010

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

Tab. 43 Tassi grezzi di mortalità per 10.000 residenti. Periodo 1993-2010

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

Tab. 44 Età media alla morte per le principali cause di morte. Periodo 1993-2010

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

Tab. 45 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per tipo di trattamento terapeutico* e sede. Anni 2009-2010

TRATTAMENTI 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	80	20	28	90	33	251	13,5
Sostegno psicologico	44	23	39	96	30	232	12,5
Psicoterapia	48	13	15	14	6	96	5,2
Interventi di servizio sociale	137	49	38	169	65	458	24,7
Metadone a breve termine	3	0	0	0	0	3	0,2
Metadone a medio termine	12	0	6	6	18	42	2,3
Metadone a lungo termine	193	58	59	84	61	455	24,5
Buprenorfina	81	35	14	3	19	152	8,2
Altri farmaci non sostitutivi	16	31	6	19	28	100	5,4
Riabilitativo residenziale	27	9	5	9	16	66	3,6
TRATTAMENTI 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Psicosociale e riabilitativo	72	34	24	92	29	251	13,7
Sostegno psicologico	51	18	33	119	29	250	13,7
Psicoterapia	60	19	7	12	2	100	5,5
Interventi di servizio sociale	127	55	32	169	50	433	23,7
Metadone a breve termine	1	0	0	0	0	1	0,1
Metadone a medio termine	12	0	5	7	9	33	1,8
Metadone a lungo termine	184	56	44	89	64	437	23,9
Buprenorfina	78	29	11	5	14	137	7,5
Altri farmaci non sostitutivi	28	26	11	16	29	110	6,0
Riabilitativo residenziale	28	12	6	15	14	75	4,1

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

Tab. 46 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti per tipo di trattamento terapeutico. Periodo 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Psicosociale e riabilitativo	297	265	292	332	336	303	287	240	257	251	251
Sostegno psicologico	274	326	342	366	316	252	248	216	228	232	250
Psicoterapia	160	171	185	179	152	119	93	80	97	96	100
Interventi sociali	439	464	465	520	564	502	486	421	435	458	433
Metadone ≤ 30gg	33	24	14	8	4	0	0	3	2	3	1
Metadone 30gg-6mesi	223	213	151	174	70	30	25	36	32	42	33
Metadone > 6 mesi	309	294	307	364	450	409	423	456	451	455	437
Altri farmaci sostitutivi	-	-	62	97	136	137	0	0	0	0	0
Buprenorfina	-	-	-	-	-	-	142	166	157	152	137
Naltrexone	3	7	4	3	2	0	0	0	0	0	0
Clonidina	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altri farmaci non sostitutivi	114	143	126	109	104	106	103	102	112	100	110
Riabilitativo residenziale	172	41	114	113	93	105	95	85	81	66	75
%	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Psicosociale e riabilitativo	14,7	13,6	14,2	14,7	15,1	15,4	15,1	13,3	13,9	13,5	13,7
Sostegno psicologico	13,5	16,7	16,6	16,2	14,2	12,8	13,0	12,0	12,3	12,5	13,7
Psicoterapia	7,9	8,8	9,0	7,9	6,8	6,1	4,9	4,4	5,2	5,2	5,5
Interventi sociali	21,7	23,8	22,6	23,0	25,3	25,6	25,6	23,3	23,5	24,7	23,7
Metadone ≤ 30gg	1,6	1,2	0,7	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1
Metadone 30gg-6mesi	11,0	10,9	7,3	7,7	3,1	1,5	1,3	2,0	1,7	2,3	1,8
Metadone > 6 mesi	15,3	15,1	14,9	16,1	20,2	20,8	22,2	25,3	24,4	24,5	23,9
Altri farmaci sostitutivi	0,0	0,0	3,0	4,3	6,1	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Buprenorfina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	9,2	8,5	8,2	7,5
Naltrexone	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Clonidina	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altri farmaci non sostitutivi	5,6	7,3	6,1	4,8	4,7	5,4	5,4	5,7	6,0	5,4	6,0
Riabilitativo residenziale	8,5	2,1	5,5	5,0	4,2	5,3	5,0	4,7	4,4	3,6	4,1

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

Tab. 47 Utenti seguiti in Carcere: caratteristiche socio-anagrafiche

	2007		2008		2009		2010	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Totale	115		126		120		155	
Nazionalità								
Italiana	87	75,7	91	72,2	100	83,3	112	72,3
Straniera	28	24,3	35	27,8	20	16,7	43	27,7
Classi di età								
20-29 anni	32	27,6	26	20,6	28	23,3	34	21,9
30-39 anni	48	41,4	60	47,6	50	41,7	63	40,6
40-49 anni	32	27,6	32	25,4	35	29,2	46	29,7
50-59 anni	4	3,4	8	6,3	7	5,8	11	7,1
>59 anni	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Stato civile								
Celibi/nubili	82	71,3	87	69,0	93	77,5	92	59,4
Separati/divorziati	8	7,0	11	8,7	6	5,0	8	5,2
Coniugati	13	11,3	17	13,5	9	7,5	17	11,0
Vedovi	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0
Non noto/Non indicato	12	10,4	11	8,7	11	9,2	38	24,5
Titolo di studio								
Nessun titolo	1	0,9	1	0,8	0	0	2	1,3
Elementare	21	18,3	21	16,7	18	15,0	22	14,2
Media Inferiore	63	54,8	74	58,7	79	65,8	72	46,5
Professionale	9	7,8	5	4,0	5	4,2	9	5,8
Media superiore	8	7,0	13	10,3	16	13,3	16	10,3
Universitario	0	0,0	2	1,6	0	0	0	0
Non noto	13	11,3	10	7,9	2	1,7	34	21,9
Tipologia utente								
Tossicodipendente	112	97,4	121	96,0	115	95,8	143	92,3
Alcolista	3	2,6	5	4,0	5	4,2	10	6,5
Giocatore							2	1,3
Sostanza primaria d'abuso								
Eroina	82	71,3	87	73,1	90	75,0	111	71,6
Cocaina	16	13,9	25	21,0	24	20,0	31	20,0
Alcol	1	0,9	3	2,5	5	4,2	10	6,5
Cannabinoidi	3	2,6	2	1,7	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0,9	1	0,8	1	0,8	1	0,6
Non noto	12	10,4	0	0	0	0	2	1,3
Nessuna	0	0,0	1	0,8	0	0	0	0
Sostanza secondaria d'abuso								
Eroina	9	13,6	5	7,8	6	11,5	7	11,1
Cocaina	45	68,2	44	68,8	36	69,2	41	65,1
Alcol	4	6,1	11	17,2	7	13,5	7	11,1
Cannabinoidi	5	7,6	1	1,6	2	3,8	7	11,1
Benzodiazepine	1	1,5	1	1,6	1	1,9	1	1,6
Extasy	1	1,5	1	1,6	0	0	0	0
Altri allucinogeni	1	1,5	1	1,6	0	0	0	0

5.2 UTENTI IN CARICO AI CENTRI ALCOLOGICI PER CONSUMO PROBLEMATICO DI ALCOL

Tab. 1 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per nuovi ingressi e utenza già in carico. Periodo 1996-2010

Anni	Totale utenti	Δ% annuo	Nuovi utenti	Δ% annuo	Utenti già in carico	Δ% annuo
1996	79	-	32	-	47	-
1997	90	+13,9	38	18,8	52	+10,6
1998	86	-4,4	37	-2,6	49	-5,8
1999	114	+32,6	51	37,8	63	+28,6
2000	159	+39,5	72	41,2	87	+38,1
2001	227	+42,8	99	+37,5	128	+47,1
2002	294	+29,5	101	+2,0	193	+50,8
2003	365	+24,1	103	+2,0	262	+35,8
2004	384	+5,2	112	+8,7	272	+3,8
2005	391	+1,8	111	-0,9	280	+2,9
2006	384	-1,8	92	-17,1	292	+4,3
2007	406	+5,7	94	+2,2	312	+6,8
2008	390	-3,9	80	-14,9	310	-0,6
2009	428	+ 9,7	105	+ 31,3	323	+ 4,2
2010	467	+9,1	113	+7,6	354	+9,6

Tab. 2 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	12	34	27	6	0	79
1997	12	42	30	6	0	90
1998	15	43	21	7	0	86
1999	37	39	23	12	3	114
2000	60	33	30	22	14	159
2001	102	44	35	29	17	227
2002	149	50	43	33	19	294
2003	188	49	55	46	27	365
2004	184	55	56	53	36	384
2005	179	55	54	57	46	391
2006	170	51	59	62	42	384
2007	161	60	58	68	59	406
2008	163	58	55	47	67	390
2009	174	71	59	49	75	428
2010	179	77	65	74	72	467

Tab. 3 Tassi incrementali annuali degli UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010 (%)

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

Tab. 4 NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	5	13	8	6		32
1997	7	16	9	6		38
1998	6	16	9	6		37
1999	21	10	11	7	2	51
2000	31	8	14	8	11	72
2001	46	20	15	13	5	99
2002	52	13	10	13	13	101
2003	46	12	17	16	12	103
2004	48	18	13	16	17	112
2005	49	10	15	16	21	111
2006	35	10	19	18	10	92
2007	29	10	13	17	25	94
2008	33	9	14	4	20	80
2009	38	19	8	17	23	105
2010	29	18	22	21	23	113

Tab. 5 Tassi incrementali annuali dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010 (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996						
1997	+40,0	+23,1	+12,5	0,0		18,8
1998	-14,3	0,0	0,0	0,0		-2,6
1999	+250,0	-37,5	+22,2	+16,7		37,8
2000	+47,6	-20,0	+27,3	+14,3	+450,0	41,2
2001	+48,4	+150,0	+7,1	+62,5	-54,5	+37,5
2002	+13,0	-35,0	-33,3	0,0	+160,0	+2,0
2003	-11,5	-7,7	+70,0	+23,1	-7,7	+2,0
2004	+4,3	+50,0	-23,5	0,0	+41,7	+8,7
2005	+2,1	-44,4	+15,4	0,0	+23,5	-0,9
2006	-28,6	0,0	+26,7	+12,5	-52,4	-17,1
2007	-17,1	0,0	-31,6	-5,6	+150,0	+2,2
2008	+13,8	-10,0	+7,7	-76,5	-20,0	-14,9
2009	+15,2	+111,1	-42,9	+325,0	+15,0	+ 31,3
2010	-23,7	-5,3	+ 175	+2,3	0	+7,6

Tab. 6 UTENTI GIÀ IN CARICO ai Centri Alcolologici da anni precedenti distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996	7	21				47
1997	5	26				52
1998	9	27	1	1		49
1999	16	29	3	5	1	63
2000	29	25	12	14	3	87
2001	56	24	6	16	12	128
2002	97	37	15	20	6	193
2003	142	37	19	30	15	262
2004	136	37	25	37	19	272
2005	130	45	39	41	25	280
2006	135	41	40	44	32	292
2007	132	50	45	51	34	312
2008	130	49	41	43	47	310
2009	136	52	51	32	52	323
2010	150	59	43	53	49	354

Tab. 7 Tassi incrementali annuali degli UTENTI GIÀ IN CARICO distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010 (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1996						-
1997	-28,6	+23,8				+10,6
1998	+80,0	+3,8				-5,8
1999	+77,8	+7,4	+200,0	+400,0		+28,6
2000	+81,3	-13,8	+300,0	+180,0	+200,0	+38,1
2001	+93,1	-4,0	-50,0	+14,3	+300,0	+47,1
2002	+73,2	+54,2	+150,0	+25,0	-50,0	+50,8
2003	+46,4	0,0	+26,7	+50,0	+150,0	+35,8
2004	-4,2	0,0	+31,6	+23,3	+26,7	+3,8
2005	-4,4	+21,6	+56,0	+10,8	+31,6	+2,9
2006	+3,8	-8,9	+2,6	+7,3	+28,0	+4,3
2007	-2,2	+22,0	+12,5	+15,9	+6,3	+6,8
2008	-1,5	-2,0	-8,9	-15,7	+38,2	-0,6
2009	+4,6	+6,1	+24,4	-25,6	+10,6	+ 4,2
2010	+10,3	+13,5	-15,7	+65,6	-5,7	+9,6

Tab. 8 Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per sede di trattamento. Periodo 1996-2010

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

**Tab. 9 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per sede di trattamento.
Periodo 1996-2010**

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

**Tab. 10 Utenti Totali in carico ai Centri Alcolologici rapportati alla popolazione generale di età compresa tra i 15-64 anni per 10.000. Confronto tra Centri Alcolologici dell'Azienda Usi di Ferrara.
Periodo 2000-2009**

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
2000	6,5	12,6	11,3	5,2	3,0	6,8
2001	11,2	17,1	13,3	7,0	3,7	9,8
2002	16,4	19,7	16,5	8,0	4,1	12,8
2003	20,9	19,6	21,3	11,2	5,9	16,0
2004	20,6	22,3	21,7	13,0	7,8	16,9
2005	20,1	22,6	20,9	14,0	9,8	17,2
2006	19,1	21,3	22,9	15,3	8,8	16,9
2007	18,1	25,4	22,5	16,9	12,3	17,9
2008	18,3	24,8	21,3	11,6	13,6	17,0
2009	19,4	30,7	22,8	12,1	15,0	18,7

Tab. 11 Utenti in carico ai Centri Alcolologici rapportati alla target per 10.000. Confronto tra Azienda Usl di Ferrara e Regione Emilia-Romagna. Periodo 1996-2010

Utenti Alcolodipendenti Anni	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000		Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000	
	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA	FERRARA	EMILIA-ROMAGNA
1996	1,32	2,50	3,25	5,88
1997	1,58	2,75	3,70	6,64
1998	1,55	3,09	3,61	8,14
1999	2,16	3,19	4,84	9,15
2000	3,09	3,44	6,82	10,23
2001	4,29	3,73	9,84	11,60
2002	4,41	4,18	12,82	13,41
2003	4,53	4,46	16,04	15,65
2004	4,94	4,98	16,94	17,45
2005	4,89	4,69	17,22	18,89
2006	4,06	4,23	16,95	19,06
2007	4,14	4,12	17,89	20,15
2008	3,50	4,18	17,04	19,39
2009	4,59	4,75	18,70	20,32
2010	4,94	n.d.	20,42	n.d.

Tab. 12 Utenti in carico ai Centri Alcolologici della Regione Emilia-Romagna distinti per Azienda Usl. Periodo 2007-2009

	Nuovi utenti				Utenti totali		
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
Piacenza	128	138	114	Piacenza	511	574	561
Parma	85	80	112	Parma	503	422	471
Reggio Emilia	108	87	123	Reggio Emilia	488	406	413
Modena	202	217	236	Modena	901	810	845
Bologna	181	196	219	Bologna	1125	1152	1.160
Imola	46	42	47	Imola	307	340	364
Ferrara	94	80	105	Ferrara	406	390	428
Ravenna	92	120	113	Ravenna	563	583	568
Forlì	28	20	31	Forlì	177	171	191
Cesena	57	56	81	Cesena	183	192	232
Rimini	103	133	147	Rimini	335	387	453
Regione Emilia-Romagna	1124	1169	1328	Regione Emilia-Romagna	5499	5427	5686

	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000				Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000		
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
Piacenza	7,2	7,6	6,3	Piacenza	28,9	31,6	30,9
Parma	3,1	2,9	4,0	Parma	18,5	15,1	16,8
Reggio Emilia	3,3	2,6	3,6	Reggio Emilia	14,9	12,0	12,2
Modena	4,6	4,8	5,3	Modena	20,6	18,0	18,8
Bologna	3,4	3,6	4,1	Bologna	21,2	21,3	21,5
Imola	5,7	5,1	5,7	Imola	38,3	41,1	44,0
Ferrara	4,1	3,5	4,6	Ferrara	17,9	17,0	18,7
Ravenna	3,9	4,9	4,6	Ravenna	23,7	23,7	23,1
Forlì	2,4	1,7	2,6	Forlì	15,3	14,5	16,2
Cesena	4,4	4,2	6,1	Cesena	14,1	14,4	17,4
Rimini	5,3	6,7	7,4	Rimini	17,2	19,4	22,7
Regione Emilia-Romagna	4,1	4,2	4,7	Regione Emilia-Romagna	20,2	19,4	20,3

Tab. 13 Numero di Utenti in carico ai Centri Alcolologici dell'Azienda Usl di Ferrara distinti per Comune di residenza. Periodo 2007-2009

Utenti Alcolodipendenti	Nuovi utenti			Utenti Alcolodipendenti	Utenti totali		
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
Ferrara	25	30	34	Ferrara	142	145	154
Masi Torello	0	0	0	Masi Torello	1	1	2
Voghiera	2	0	1	Voghiera	8	4	4
Copparo	9	3	6	Copparo	41	37	38
Ro	1	1	1	Ro	4	3	4
Berra	0	1	5	Berra	5	4	9
Jolanda di Savoia	0	0	2	Jolanda di Savoia	0	0	3
Formignana	0	1	1	Formignana	3	4	6
Tresigallo	1	0	2	Tresigallo	6	5	7
Centro Nord	38	36	52	Centro Nord	210	203	227
Argenta	9	8	3	Argenta	27	30	27
Portomaggiore	4	4	1	Portomaggiore	19	17	15
Ostellato	2	2	4	Ostellato	7	9	14
Migliarino	1	0	2	Migliarino	6	3	5
Migliaro	2	0	0	Migliaro	6	5	3
Massafiscaglia	3	1	0	Massafiscaglia	5	5	4
Comacchio	5	0	6	Comacchio	24	17	15
Lagosanto	1	0	3	Lagosanto	3	3	5
Codigoro	1	3	5	Codigoro	13	10	14
Mesola	1	1	0	Mesola	5	2	1
Goro	1	0	0	Goro	2	2	1
Sud Est	30	19	24	Sud Est	117	103	104
Cento	12	5	10	Cento	33	28	31
S.Agostino	1	2	3	S.Agostino	7	9	8
Mirabello	0	0	2	Mirabello	1	2	4
Bondeno	7	9	4	Bondeno	11	17	20
Poggiorenatico	1	2	5	Poggiorenatico	2	4	11
Vigarano Mainarda	0	1	0	Vigarano Mainarda	7	8	6
Ovest	21	19	24	Ovest	61	68	80
TOTALE	89	74	100	TOTALE	388	374	411
Non residenti	6	6	5	Non residenti	17	16	1

Tab. 14 Tassi di incidenza e di prevalenza di Alcoldipendenti rapportati alla popolazione generale di età 15-64 anni distinti per Comune di residenza. (Solo utenti SerT)

Utenti Alcoldipendenti	Tasso di Incidenza ¹ *1.000			Utenti Alcoldipendenti	Tasso di prevalenza ² *1.000		
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
Ferrara	0,29	0,35	0,40	Ferrara	1,67	1,69	1,80
Masi Torello	0,00	0,00	0,00	Masi Torello	0,66	0,64	1,28
Voghiera	0,82	0,00	0,41	Voghiera	3,27	1,66	1,66
Copparo	0,81	0,28	0,55	Copparo	3,70	3,39	3,49
Ro	0,44	0,46	0,46	Ro	1,77	1,38	1,84
Berra	0,00	0,30	1,50	Berra	1,46	1,20	2,69
Jolanda di Savoia	0,00	0,00	1,01	Jolanda di Savoia	0,00	0,00	1,51
Formignana	0,00	0,56	0,56	Formignana	1,64	2,25	3,37
Tresigallo	0,34	0,00	0,67	Tresigallo	2,02	1,69	2,36
Centro Nord	0,34	0,32	0,46	Centro Nord	1,86	1,80	2,01
Argenta	0,65	0,57	0,21	Argenta	1,95	2,14	1,92
Portomaggiore	0,53	0,52	0,13	Portomaggiore	2,50	2,22	1,96
Ostellato	0,46	0,48	0,95	Ostellato	1,63	2,14	3,33
Migliarino	0,41	0,00	0,83	Migliarino	2,48	1,25	2,08
Migliaro	1,32	0,00	0,00	Migliaro	3,96	3,40	2,04
Massafiscaglia	1,30	0,44	0,00	Massafiscaglia	2,16	2,20	1,76
Comacchio	0,32	0,00	0,38	Comacchio	1,54	1,09	0,96
Lagosanto	0,33	0,00	0,95	Lagosanto	1,00	0,95	1,59
Codigoro	0,12	0,37	0,62	Codigoro	1,59	1,24	1,73
Mesola	0,22	0,22	0,00	Mesola	1,08	0,43	0,22
Goro	0,36	0,00	0,00	Goro	0,73	0,74	0,37
Sud Est	0,45	0,29	0,36	Sud Est	1,77	1,55	1,57
Cento	0,55	0,22	0,44	Cento	1,51	1,23	1,36
S.Agostino	0,23	0,43	0,65	S.Agostino	1,59	1,95	1,73
Mirabello	0,00	0,00	0,90	Mirabello	0,45	0,90	1,79
Bondeno	0,73	0,94	0,42	Bondeno	1,14	1,77	2,09
Poggiorenatico	0,18	0,34	0,84	Poggiorenatico	0,36	0,67	1,85
Vigarano Mainarda	0,00	0,21	0,00	Vigarano Mainarda	1,55	1,70	1,27
Ovest	0,44	0,38	0,48	Ovest	1,27	1,36	1,60
Provincia di Ferrara	0,39	0,32	0,44	Provincia di Ferrara	1,71	1,63	1,80

¹ Tasso di incidenza = (Nuovi utenti residenti/popolazione target 15-64) * 1.000

² Tasso di prevalenza = (Utenti totali residenti/popolazione target 15-64) * 1.000

Tab. 15 Stima⁴ della Prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati residenti nella provincia di Ferrara. Tassi per 1.000 popolazione target 15-64 anni. (Utenti SerT e Ricoveri)

Comuni	2005	2006	2007	2008	2009
Ferrara	3,01	3,68	3,63	3,56	3,08
Masi Torello	0,66	0,66	0,66	1,28	1,28
Voghiera	2,86	3,27	4,09	3,73	3,73
Copparo	3,79	5,06	5,06	4,68	5,14
Ro	2,22	3,11	3,55	2,30	2,30
Berra	3,20	4,37	2,62	2,10	2,99
Jolanda di Savoia	1,48	1,48	0,99	1,01	2,02
Formignana	2,74	3,29	2,74	3,93	5,05
Tresigallo	1,68	2,02	2,02	3,04	3,37
Distretto Centro Nord	2,97	3,68	3,60	3,52	3,27
Argenta	2,60	3,39	2,60	3,21	2,64
Portomaggiore	2,89	4,20	4,34	2,88	3,66
Ostellato	3,25	4,18	3,48	2,85	5,47
Migliarino	4,13	4,55	3,31	2,49	2,49
Migliaro	4,62	4,62	4,62	4,08	2,72
Massafiscaglia	2,16	2,16	3,45	3,08	2,64
Comacchio	2,12	2,70	2,50	1,53	1,47
Lagosanto	1,67	2,00	2,67	1,59	2,22
Codigoro	2,94	3,07	2,21	1,61	2,72
Mesola	2,16	2,59	2,16	1,73	1,95
Goro	1,46	1,46	1,09	0,37	1,85
Distretto Sud Est	2,57	3,16	2,80	2,25	2,57
Cento	1,51	2,11	2,02	2,15	2,06
S.Agostino	2,27	2,50	2,27	1,95	2,16
Mirabello	1,81	1,81	1,36	2,24	4,48
Bondeno	1,76	2,49	2,49	3,55	3,24
Poggiorenatico	0,90	1,26	1,80	1,68	2,35
Vigarano Mainarda	1,77	2,21	2,43	3,18	2,76
Distretto Ovest	1,60	2,12	2,12	2,44	2,50
PROVINCIA DI FERRARA	2,56	3,20	3,05	2,92	2,90

⁴ La stima è stata calcolata sulla base dei dati di utenza forniti dai Centri Alcolgici e dei dati provenienti dalla Schede di dimissione ospedaliera (SDO) per problemi alcolcorrelati.

Tab. 16 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e sede di Trattamento. Anno 2009

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	174	71	59	49	75	428	
Sesso							
Maschi	117	47	46	36	54	300	70,1
Femmine	57	24	13	13	21	128	29,9
Maschi/Femmine	2,0	1,9	3,5	2,8	2,6	2,3	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29 anni	8	3	2	2	1	16	3,7
30-39 anni	38	12	9	7	14	80	18,7
40-49 anni	57	29	20	11	37	154	36,0
50-59 anni	51	16	15	16	15	113	26,4
>59 anni	20	11	13	13	8	65	15,2
Età media	47,0	48,0	50,1	51,0	46,3	48,5	
Età media Maschi (minino-massimo)	46,7 (22-70)	45,8 (24-69)	49,0 (28-75)	50,4 (27-71)	45,7 (30-77)	47,7 (22-77)	
Età media Femmine (minino-massimo)	47,6 (27-69)	52,4 (39-69)	53,9 (33-74)	52,7 (30-76)	47,6 (20-68)	50,8 (20-76)	
Nuovi utenti	38	19	8	17	23	105	
Sesso							
Maschi	28	15	7	14	14	78	74,3
Femmine	10	4	1	3	9	27	25,7
Maschi/Femmine	2,8	3,7	7	4,7	1,5	2,9	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29 anni	5	2	0	1	1	9	8,6
30-39 anni	9	4	1	1	5	20	19,0
40-49 anni	9	8	2	4	8	31	29,5
50-59 anni	13	3	1	7	5	29	27,6
>59 anni	2	2	4	4	4	16	15,2
Età media	44,1	44,2	56,5	51,2	47,4	48,7	
Età media Maschi (minino-massimo)	43,8 (22-70)	41,9 (24-62)	57,6 (34-75)	51,4 (27-68)	49,5 (33-77)	48,8 (22-77)	
Età media Femmine (minino-massimo)	44,8 (27-60)	52,8 (48-61)	49 (49)	50,3 (45-54)	44,1 (20-68)	48,2 (20-68)	
Utenti già in carico	136	52	51	32	52	323	
Sesso							
Maschi	89	32	39	22	40	222	68,7
Femmine	47	20	12	10	12	101	31,3
Maschi/Femmine	1,9	1,6	3,2	2,2	3,3	2,2	
Età							
≤ 19 anni	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29 anni	3	1	2	1	0	7	2,2
30-39 anni	29	8	8	6	9	60	18,6
40-49 anni	48	21	18	7	29	123	38,1
50-59 anni	38	13	14	9	10	84	26,0
>59 anni	18	9	9	9	4	49	15,2
Età media	47,8	49,4	49,0	50,9	45,8	48,6	
Età media Maschi (minimo-massimo)	47,6 (29-70)	47,6 (28-69)	47,4 (28-71)	49,7 (28-71)	44,4 (30-63)	47,3 (28-71)	
Età media Femmine (minimo-massimo)	48,2 (27-60)	52,3 (39-69)	54,3 (33-74)	53,4 (30-76)	50,3 (41-61)	51,7 (27-76)	

Tab. 17 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso,età e sede di Trattamento. Anno 2010

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

Tab. 18 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2009

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	38	19	18	17	23	115	
Cittadinanza							
Italiani	32	17	17	17	22	105	91,3
Extracomunitari	4	2	1	0	1	8	15,4
Comunitari	2	0	0	0	0	2	5,9
Stato civile							
Celibi/nubili	14	8	18	5	7	52	45,2
Coniugati	11	10	0	4	9	34	29,6
Separati/divorziati	11	1	0	8	5	25	21,7
Vedovi	2	0	0	0	2	4	3,5
Titolo di studio							
Elementare	5	2	0	5	3	8	7,6
Media Inferiore	17	12	12	4	14	59	56,2
Professionale	5	1	4	2	2	14	13,3
Media superiore	9	2	2	4	4	21	20,0
Universitario	1	0	0	1	0	2	1,9
Non conosciuto	0	1	0	0	0	1	1,0
Attività lavorativa							
Disoccupato	11	6	3	4	6	30	26,1
Lavori precari/saltuari	1	1	1	1	2	6	5,2
Lavoro regolare	20	7	11	5	9	52	45,2
Studente	0	0	3	0	0	3	2,6
Pensionato	5	3	0	6	4	18	15,7
Casalinga	0	2	0	0	2	4	3,5
Sospeso forza maggiore	1	0	0	0	0	1	0,9
Non noto	0	0	0	1	0	1	0,9
Situazione abitativa							
Solo	9	2	1	6	4	22	19,1
Vive con genitori	6	3	12	3	2	26	22,6
Solo con figlio	3	0	0	0	3	6	5,2
Vive con il partner	6	6	2	4	4	22	19,1
Vive con partner e figlio/i	7	5	1	3	8	24	20,9
Pensionato/albergo	1	0	0	1	0	2	1,7
Con amici	1	0	0	0	0	1	0,9
Non noto/Altro	5	3	2	0	2	12	10,4
Situazione giuridica							
Incensurato	33	15	12	12	21	93	80,9
Denunce	1	2	4	0	0	7	6,1
Condanne	3	0	2	4	2	11	9,6
Carcerazioni	1	0	0	0	0	1	0,9
Forme alternative	0	1	0	0	0	1	0,9
Non noto	0	1	0	1	0	2	1,7

Tab. 19 Profilo sociale dei NUOVI UTENTI in carico ai Centri Alcologici. Anno 2010

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	29	18	22	21	23	113	
Cittadinanza							
Italiani	23	18	20	21	22	104	92,0
Extracomunitari	6	0	2	0	1	9	8,0
Comunitari	0	0	0	0	0	0	
Stato civile							
Celibi/nubili	10	7	8	10	11	46	40,7
Coniugati	9	6	10	7	7	39	34,5
Separati/divorziati	8	4	4	4	5	25	22,1
Vedovi	1	0	0	0	0	1	0,9
Non conosciuto	1	1	0	0	0	2	1,8
Titolo di studio							
Elementare	5	3	4	3	2	17	15,2
Media Inferiore	8	6	12	14	14	54	48,2
Professionale	1	3	3	3	1	11	9,8
Media superiore	8	3	3	1	6	21	18,8
Universitario	4	1	0	0	0	5	4,5
Non conosciuto	3	1	0	0	0	4	3,6
Attività lavorativa							
Disoccupato	7	3	4	4	7	25	22,1
Lavori precari/saltuari	3	3	4	3	0	13	11,5
Lavoro regolare	11	7	9	11	15	53	46,9
Studente	0	0	0	0	0	0	0,0
Pensionato	3	2	4	2	1	12	10,6
Casalinga	1	1	0	1	0	3	2,7
Sospeso forza maggiore	4	0	0	0	0	4	3,5
Non noto	0	2	1	0	0	3	2,7
Situazione abitativa							
Solo	5	4	3	6	2	20	17,7
Vive con genitori	3	3	4	6	8	24	21,2
Solo con figlio	1	1	0	0	0	2	1,8
Vive con il partner	8	5	4	4	5	26	23,0
Vive con partner e figlio/i	5	5	9	4	6	29	25,7
Comunità alloggio	1	0	1	1	0	3	2,7
Con amici	1	0	0	0	0	1	0,9
Carcere	1	0	0	0	0	1	0,9
Altro	4	0	1	0	2	7	6,2
Situazione giuridica							
Incensurato	22	18	12	16	20	88	77,9
Denunce	0	0	6	1	3	10	8,8
Condanne	0	0	3	1	0	4	3,5
Carcerazioni	4	0	0	0	0	4	3,5
Forme alternative	1	0	1	0	0	2	1,8
Non noto	2	0	0	3	0	5	4,4

Tab. 20 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici per profilo di Consumo e sede di Trattamento. Anno 2009-2010

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	174	71	59	49	75	428	
Sostanza d'abuso							
Vino	118	48	38	34	57	295	68,9
Birra	33	13	12	6	11	75	17,5
Superalcolici	20	5	4	5	3	37	8,6
Aperitivi, amari ...	3	5	4	4	4	20	4,7
Altro	0	0	1	0	0	1	0,2
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	9	8	7	5	6	35	8,2
Abuso o uso improprio di farmaci	10	5	5	3	5	28	6,5
Frequenza di assunzione							
Astinente	54	20	27	15	40	156	36,4
Una volta al giorno	49	13	4	8	4	78	18,2
Più volte al giorno	27	9	11	14	18	79	18,5
1° + volte sett.	6	3	3	3	4	19	4,4
Weekend	2	2	3	0	3	10	2,3
Saltuario nel mese	11	7	9	2	6	35	8,2
Non noto	25	17	2	7	0	51	11,9
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	4	11	4	7	3	29	6,8
Fuori pasto	46	19	11	13	12	101	23,6
Sempre	49	17	16	8	20	110	25,7
Non noto	75	24	28	21	40	188	43,9
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	179	77	65	74	72	467	
Sostanza d'abuso							
Vino	120	54	43	45	48	310	66,4
Birra	38	13	9	11	15	86	18,4
Superalcolici	18	5	8	7	4	42	9,0
Aperitivi, amari ...	3	5	4	10	5	27	5,8
Altro	0	0	1	1	0	2	0,4
Uso concomitante di sostanze stupefacenti	10	9	4	9	6	38	8,1
Abuso o uso improprio di farmaci	11	5	1	4	3	24	5,1
Frequenza di assunzione							
Astinente	81	45	36	30	50	242	51,8
Una volta al giorno	32	4	2	10	3	51	10,9
Più volte al giorno	46	18	15	22	11	112	24,0
1° + volte sett.	9	3	1	5	2	20	4,3
Weekend	2	1	2	1	1	7	1,5
Saltuario nel mese	9	5	8	4	5	31	6,6
Non noto	0	1	1	2	0	4	0,9
Modalità di assunzione							
Solo ai pasti	2	4	6	12	2	26	5,6
Fuori pasto	45	10	8	18	13	94	20,1
Sempre	53	19	14	12	7	105	22,5
Non noto	79	44	37	32	50	242	51,8

**Tab. 21 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso ed età.
Periodo 1996-2010**

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

**Tab. 22 UTENTI TOTALI in carico ai SerT distinti tipo di sostanza. Periodo 1996-2010.
Valori %**

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

Tab. 23 Decessi osservati tra i soggetti che hanno avuto almeno un trattamento nei Centri Alcolologici distinti per causa di morte. Periodo 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Overdose	1	0	0	1	0	0
Suicidio	1	1	1	0	0	2
Incidente stradale	0	1	1	1	0	1
Epatopatie	1	1	0	2	1	0
Malattie sistema circolatorio	2	1	1	0	2	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	1	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	1	0	0	0
Tumore	4	1	2	2	1	5
Altro	0	0	2	2	0	
Causa sconosciuta	0	2	1	2	3	2
Totale	9	7	9	11	7	11
Età media alla morte (minimo-massimo)	56 (36-83)	60 (51-77)	56 (42-77)	52 (21-83)	52 (32-72)	53,2 (36-69)

Tab. 24 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcologici distinti per tipo di trattamento e sede. Anni 2009-2010

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento
Medico-farmacologico	162	67	49	47	58
Psicoterapia individuale	20	9	0	1	5
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	29	6	2	2	1
Counseling all'utente o alla famiglia	19	19	26	34	21
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	16	3	1	0
Socio-educativo	24	23	20	40	28
Riabilitativo residenziale	0	4	5	5	8
Ricovero ospedaliero	0	0	1	0	2
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0
Altro	3	4	7	0	1
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento
Medico-farmacologico	155	73	53	66	59
Psicoterapia individuale	23	9	1	1	2
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	29	8	4	1	1
Counseling all'utente o alla famiglia	21	14	27	44	14
Gruppi di Mutuo Aiuto	0	0	0	1	1
Socio-educativo	25	27	29	63	24
Riabilitativo residenziale	7	3	2	8	8
Ricovero ospedaliero	0	0	0	0	0
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	0
Altro	7	4	14	0	3

Tab. 25 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Alcolologici distinti per tipo e numero di trattamenti. Anni 2009-2010

Anno 2009	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	383	49,6	632	58,6
Psicoterapia individuale	35	4,5	36	3,3
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	40	5,2	44	4,1
Counseling all'utente o alla famiglia	119	15,4	134	12,4
Gruppi di Mutuo Aiuto	20	2,6	24	2,2
Socio-educativo	135	17,5	160	14,8
Riabilitativo residenziale	22	2,8	29	2,7
Ricovero ospedaliero	3	0,4	3	0,3
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	15	1,9	17	1,6
Anno 2010	Utenti	%	Trattamenti	%
Medico-farmacologico	406	48,9	696	60,1
Psicoterapia individuale	36	4,3	36	3,1
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	43	5,2	46	4,0
Counseling all'utente o alla famiglia	120	14,4	130	11,2
Gruppi di Mutuo Aiuto	2	0,2	2	0,2
Socio-educativo	168	20,2	189	16,3
Riabilitativo residenziale	28	3,4	31	2,7
Ricovero ospedaliero	0	0,0	0	0,0
Ricovero in casa di cura privata	0	0,0	0	0,0
Altro	28	3,4	28	2,4

Tab. 26 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti in carico ai Centri Alcolologici. Valori%. Periodo 2000-2010

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

5.3 UTENTI IN CARICO PER PROBLEMI CORRELATI AL GIOCO PATOLOGICO

Tab. 1 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico. Periodo 2006-2010

Valori assoluti	2006	2007	2008	2009	2010
Utenti in carico					
Totale	26	29	31	40	44
Nuovi	9	13	10	17	13
Già in carico	17	16	18	23	31
Sesso					
Maschi	21	24	27	30	33
Femmine	5	5	4	10	11
Maschi/Femmine	4,2	4,8	6,8	3,0	3,0
Classi di età					
< 20 anni	0	0	0	0	0
20-29 anni	2	3	3	3	2
30-39 anni	5	5	5	4	3
40-49 anni	6	8	7	11	12
50-59 anni	8	8	10	12	18
>=60 anni	5	5	6	10	9
Età media					
Totale	47,7	47,5	49,1	49,6	51,0
Maschi	49,7	46,2	48,6	48,3	50,1
Femmine	50,4	53,8	52,5	53,6	54,0
Tipo di Gioco					
Corse animali (cavalli, cani..)	6	7	5	0	0
Carte c/o Bar o Case Private	0	0	0	0	0
Casinò (Roulette, Slot-Machine, Poker, Black Jack..)	1	0	2	3	8
Videogiochi tipo Bar o Sale Gioco	12	20	24	25	30
Lotto, SuperEnalotto, Bingo, Lotterie, Totocalcio, Gratta&Vinci	3	2	0	2	5
Videogiochi su computer	0	0	0	5	1
Altro	4	0	0	5	0

**Tab. 2 Utenti seguiti per problemi legati al gioco patologico.
Periodo 2006-2010**

Valori %	2006	2007	2008	2009	2010
Utenti in carico					
Nuovi	34,6	44,8	32,3	42,5	29,5
Già in carico	65,4	55,2	58,1	57,5	70,5
Sesso					
Maschi	80,8	82,8	87,1	75,0	75,0
Femmine	19,2	17,2	12,9	25,0	25,0
Classi di età					
< 20 anni	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-29 anni	7,7	10,3	9,7	7,5	4,5
30-39 anni	19,2	17,2	16,1	10,0	6,8
40-49 anni	23,1	27,6	22,6	27,5	27,3
50-59 anni	30,8	27,6	32,3	30,0	40,9
>=60 anni	19,2	17,2	19,4	25,0	20,5
Tipo di Gioco					
Corse animali (cavalli, cani..)	23,1	24,1	16,1	0,0	0,0
Carte c/o Bar o Case Private	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Casinò (Roulette, Slot-Machine, Poker, Black Jack..)	3,8	0,0	6,5	7,5	18,2
Videogiochi tipo Bar o Sale Gioco	46,2	69,0	77,4	62,5	68,2
Lotto, SuperEnalotto, Bingo, Lotterie, Totocalcio, Gratta&Vinci	11,5	6,9	0,0	5,0	11,4
Videogiochi su computer	0,0	0,0	0,0	12,5	2,3
Altro	15,4	0,0	0,0	12,5	0,0

5.4 UTENTI IN CARICO AI CENTRI ANTIFUMO PER PROBLEMI CORRELATI ALL'USO DI TABACCO

Tab. 1 UTENTI TOTALI in carico ai Centri Antifumo nel 2009 distinti per sede. Anni 2009-2010

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti:	106	66	30	59	24	285	
Nuovi	43	28	9	22	9	111	38,9
Già in carico	63	38	21	37	15	174	61,1
Sesso							
Maschi	42	43	18	38	15	156	54,7
Femmine	64	23	12	21	9	129	45,3
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	1	5	0	7	0	13	4,6
30-39	15	9	6	18	4	52	18,2
40-49	45	13	6	12	6	82	28,8
50-59	28	17	8	14	7	74	26,0
>=60	17	22	10	8	7	64	22,5
Titolo di studio							
Elementare	1	11	6	6	3	27	9,5
Media inferiore	29	32	15	24	6	106	37,2
Qualifica prof.	5	2	3	2	4	16	5,6
Media superiore	51	18	4	24	8	105	36,8
Livello universitario	20	3	2	3	3	31	10,9
Canale di invio							
Campagne PPS	0	2	0	0	0	2	1,8
Materiale							
informativo CAF	1	1	9	10	0	21	19,1
Personale sanitario	8	13	0	1	1	23	20,9
Medico di base	4	4	0	1	4	13	11,8
Luogo di lavoro	0	0	0	7	0	7	6,4
Passaparola	30	8	0	2	4	44	40,0
Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti:	65	35	14	27	3	144	
Nuovi	32	10	3	3	0	48	33,3
Già in carico	33	25	11	24	3	96	66,7
Sesso							
Maschi	29	16	8	14	1	68	47,2
Femmine	36	19	6	13	2	76	52,8
Età							
<=19	0	0	0	0	0	0	0,0
20-29	1	3	0	0	0	4	2,8
30-39	6	1	2	7	0	16	11,1
40-49	21	7	2	8	0	38	26,4
50-59	17	6	5	8	2	38	26,4
>=60	20	18	5	4	1	48	33,3
Titolo di studio							
Elementare	3	9	2	3	1	18	12,5
Media inferiore	21	15	7	12	1	56	38,9
Qualifica prof.	6	0	3	0	0	9	6,3
Media superiore	30	9	2	10	0	51	35,4
Livello universitario	5	2	0	2	1	10	6,9

Tab. 2 NUOVI UTENTI in carico* ai Centri Antifumo che hanno partecipato ad almeno tre incontri. Periodo 2000-2009

Anni	Corsi per smettere	Trattamenti Individuali	Totale	Δ % totale annuo
2000	112	-	112	
2001	136	-	136	+21,4%
2002	150	-	150	+10,3%
2003	223	-	223	+48,7%
2004	287	2	289	+29,6%
2005	184	19	203	-29,7%
2006	191	23	214	+5,4%
2007	156	27	183	-14,5%
2008	199	30	229	+25,1%
2009	103	8	111	-51,5%

* Per utenti in carico si intendono i soggetti che hanno partecipato ad almeno tre incontri del Corso per Smettere di fumare. Sono esclusi i soggetti con il solo colloquio di accoglienza, con la sola iscrizione ai corsi per smettere di fumare (1 incontro) e i colloqui di sensibilizzazione.

Tab. 3 NUOVI UTENTI in carico distinti per sede del Centro Antifumo. Periodo 2000-2009

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
2000	112*	-	-	-	-	112
2001	101	35*	-	-	-	136
2002	95	55	-	-	-	150
2003	92	58	25*	32*	16*	223
2004	115	48	36	46	44	289
2005	66	59	24	27	27	203
2006	67	63	30	38	16	214
2007	68	55	30	20	13	186
2008	76	70	26	38	19	229
2009	43	28	9	22	9	111

* Anno di apertura del primo Centro Antifumo

Tab. 4 NUOVI UTENTI in carico ai Centri Antifumo distinti per sesso. Periodo 2000-2009

Anni	Maschi		Femmine		M/F	Totale	Età media	
	N.	%	N.	%			M	F
2000	63	56,3%	49	43,8%	1,3	48,1	47,2	49,4
2001	75	55,1%	61	44,9%	1,2	49,3	49,9	48,6
2002	72	48,0%	78	52,0%	0,9	49,1	50,9	47,4
2003	120	53,8%	103	46,2%	1,2	49,1	50,9	47,0
2004	175	60,6%	114	39,4%	1,5	50,2	50,3	50,0
2005	125	61,6%	78	38,4%	1,6	50,1	51,3	49,5
2006	111	51,9%	103	48,1%	1,1	50,0	51,8	48,0
2007	97	52,2%	89	47,8%	1,1	48,1	47,9	48,3
2008	146	63,8%	83	36,2%	1,8	47,2	46,6	48,2
2009	57	51,3	54	48,7	1,1	51,7	53,4	49,8

Tab. 5 Trend dell'esito dei trattamenti. Periodo 2000-2009

Anni	Non fuma alla fine del corso	Non fuma dopo 1 anno
2000	65,2%	48,2%
2001	69,9%	45,6%
2002	74,7%	46,7%
2003	66,4%	38,6%
2004	75,7%	48,9%
2005	68,9%	44,7%
2006	74,1%	49,8%
2007	65,2%	54,1%
2008	70,2%	50,7%
2009	66,7%	33,3%

Tab. 6 Profilo socio-anagrafico dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi Utenti	43	28	9	22	9	111	
Maschi	19	16	6	12	4	57	51,4
Femmine	24	12	3	10	5	54	48,6
Maschi/Femmine	0,79	1,3	2	1,2	1,2	1,1	
Età media	49,7	55,7	52,9	48,4	57,3	51,7	
Stato civile							
Coniugati/conviventi	17	19	6	12	5	59	53,2
Altro	26	9	3	10	4	52	46,8
Scolarità							
Elementare	0	6	2	2	2	12	10,8
Media inferiore	18	14	4	10	4	50	45,0
Media superiore	20	7	3	7	2	39	35,1
Laurea	5	1	0	3	1	10	9,0
Professione							
Operaio	12	5	1	6	1	25	22,9
Impiegato	7	3	1	2	0	13	11,9
Lavoratore autonomo	2	7	0	2	2	13	11,9
Disoccupato	7	2	1	0	1	11	10,1
Pensionato	6	11	4	3	5	29	26,6
Operatore sanitario	2	0	2	8	0	12	11,0
Studente	0	0	0	0	0	0	0,0
Casalinga	5	0	0	1	0	6	5,5
Dirigente	0	0	0	0	0	0	0,0
Canale di invio							
Piani per la salute	0	2	0	0	0	2	1,8
Materiale informativo							
Centri Antifumo	1	1	9	10	0	21	19,1
Pers. sanitario spec.	8	13	0	1	1	23	20,9
Medico di base	4	4	0	1	4	13	11,8
Luogo di lavoro	0	0	0	7	0	7	6,4
Passaparola	30	8	0	2	4	44	40,0

Tab. 7 Profilo motivazionale dei NUOVI UTENTI in carico distinti per sede di trattamento

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale	%
Motivazione per smettere di fumare							
Salute	39	25	6	15	8	93	83,8
Autocontrollo	3	2	0	3	1	9	8,1
Motivi estetici	0	0	0	0	0	0	0,0
Esempio	0	1	1	4	0	6	5,4
Economia	1	0	2	0	0	3	2,7
Fiducia di smettere di fumare							
Scarsa	6	9	4	8	4	31	27,9
Media	30	10	5	12	4	61	55,0
Alta	7	9	0	2	1	19	17,1
Tentativi precedenti							
N. medio di tentativi	0,8	1,4	1,1	1	0,4	0,9	
Contatti con fumatori							
In casa							
Sì	17	20	5	7	4	53	47,7
No	26	8	4	15	5	58	52,3
Al lavoro							
Sì	21	16	3	14	2	56	50,5
No	22	12	6	8	7	55	49,5
Nel tempo libero							
Sì	39	24	9	21	5	98	88,3
No	4	4	0	1	4	13	11,7

Tab. 8 Storia dell'abitudine al fumo dei NUOVI UTENTI distinti per sede di trattamento

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Età media di arrivo al CAF	49,7	55,7	52,9	48,4	57,3	51,7
Età media d'inizio	15,9	16,5	16,1	16,0	17,4	16,1
Durata media di abitudine al fumo	32,6	38,5	34,7	32,4	37	34,7
Numero medio di Sig/die	25,0	22,2	23,1	21,0	21	23,1
Test di Fagerström						
Dipendenza molto bassa (0-2)	3	2	0	2	1	8
Dipendenza bassa (3-4)	6	5	0	2	3	16
Dipendenza media (5-6)	24	10	4	10	3	51
Dipendenza alta (7-8)	10	10	4	4	1	29
Dipendenza molto alta (>=9)	0	1	1	4	1	7
Valori medi Fagerström	5,4	5,8	5,6	5,9	5,0	5,6
Monossido di carbonio*						
Co/ppm in entrata	19,4	11,5	26,8	23,0	18,1	18,6
Co/ppm alla fine	-	5,0	8,3	3,0	-	5,4
Co/ppm dopo 1 anno	5,2	5,6	21,7	5,6	-	9,5

* Rilevazione parti per milione. Valori medi

Tab. 9 Esito dei trattamenti distinti per Centro Antifumo

Anno 2009	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi Utenti	43	28	9	22	9	111
Numero medio di presenze	8,3	6,8	12,0	10,2	5,3	7,6
Esito alla fine del trattamento						
Fuma	9	11	3	3	2	28
Non fuma	33	17	6	15	3	74
Non verificabile	1	0	0	4	4	8
Follow up a 1 anno						
Fuma	12	11	3	2	0	29
Non fuma	17	9	1	10	0	37
Non verificabile	14	8	5	10	9	45

Tab. 10 Esito dei trattamenti: confronto 2006-2009

Periodo 2006-2009	2006	2007	2008	2009
Numero medio di presenze	8,0	7,7	7,4	7,6
Esito alla fine del corso				
Fuma	22 (10,3%)	38 (20,4%)	31 (14,2%)	28 (25,2%)
Non fuma	149 (69,6%)	116 (62,4%)	153 (70,2%)	74 (66,7%)
Non verificabile	30 (14,0)	24 (12,9%)	34 (15,6%)	9 (81,1%)
Totale	201	178	218	111
Follow up a 1 anno				
Fuma	57 (26,6%)	39 (21,0%)	59 (27,2%)	29 (26,1%)
Non fuma	101 (47,2%)	79 (42,5%)	110 (50,7%)	37 (33,3%)
Non verificabile	45 (21,0%)	28 (15,1%)	46 (21,2%)	45 (40,5%)
Deceduti	0	0	2 (0,9%)	0
Totale	203	146	217	111

5.5 UTENZA TOTALE INSERITA NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Tab. 1 UTENTI TOTALI in Struttura e indicatori di attività. Anno 2008

Anno 2008	Papa G. XXIII	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Totale
Posti offerti	17	23	24	15	18	15	112
Utenti totali	59	69	34	29	28	53	272
Nuovi utenti	43	45	19	14	19	44	184
Tipologia utenza							
Tossicodipendenti	50	68	16	26	26	43	229
Alcolisti	9	1	18	3	2	10	43
Sostanze:							
Eroina	42	34	16	20	26	34	172
Alcol	9	1	18	3	2	10	43
Cocaina	7	30	-	5	-	9	9
Benzodiazepine	-	-	-	1	-	-	1
Extasy e analoghi	1	-	-	-	-	-	1
Cannabinoidi	-	2	-	-	-	-	2
Altre sostanze	-	2	-	-	-	-	2
Indicatori di attività							
Giornate di assistenza	5829	8096	4583	5426	6345	3467	33.746
Tasso di utilizzo	93,7%	96,4%	104,6%	99,1%	96,6%	63,1%	92,2
Presenza media giornaliera	15,93	22,2	12,5	14,9	17,4	9,5	15,4
Indice di rotazione	3,76	3	1,4	1,9	1,5	3,5	2,5
Durata media assistenza (giorni)	91,08	117,3	134,8	187,1	226,6	65,4	137
Esito dei trattamenti							
Esito Completato	25	15	10	3	5	19	77
Esito Interrotto	19	17	8	7	2	17	70
Esito Terminato	0	17	6	10	9	10	52
In struttura al 31/12	15	20	10	9	12	7	73
Durata media programmi interrotti	36,2	64,2	129,9	197,7	111,5	40,9	96,7
Durata media programmi completati	188,8	263,2	540,6	553	498,8	118,3	360

L'esito fa riferimento solo al primo percorso terapeutico

* Comprende le situazioni in cui il trattamento termina, per diverse cause, senza che gli obiettivi temporali programmati dello stesso siano stati raggiunti (dimissione concordata, arresto, decesso, espulsione, passaggio ad altra struttura, altra causa).

Tab. 2 UTENTI TOTALI in Struttura e indicatori di attività. Anno 2009

Anno 2009	Papa G. XXIII	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Totale
Posti offerti	17	23	24	15	18	15	112
Utenti totali	40	77	37	32	16	49	251
Nuovi utenti	31	57	26	22	3	41	180
Tipologia utenza							
Tossicodipendenti	34	74	21	27	14	33	203
Alcolisti	6	3	16	5	2	16	48
Sostanze:							
Eroina	28	45	15	20	11	26	145
Alcol	6	3	16	5	2	16	48
Cocaina	4	24	6	5	3	5	47
Benzodiazepine	-	-	-	2	-	-	2
Extasy e analoghi	-	3	-	-	-	-	3
Cannabinoidi	2	1	-	-	-	1	4
Altre sostanze	0	1	-	-	-	1	2
Indicatori di attività							
Giornate di assistenza	6335	8157	4560	4678	5000	2838	31.568
Tasso di utilizzo	102,1%	97,2%	104,1%	85,4%	76,1%	51,8%	86,1
Presenza media giornaliera	17,4	22,3	15,1	12,8	13,7	7,8	14,8
Indice di rotazione	2,7	3,3	1,5	2,1	0,9	3,3	2,3
Durata media assistenza (giorni)	137,7	105,9	149,3	146,2	312,5	57,9	151,6
Esito dei trattamenti							
Esito Completato	17	18	9	1	2	11	58
Esito Interrotto	9	20	9	6	1	21	66
Esito Terminato*	0	17	5	11	6	15	54
In struttura al 31/12	17	22	14	14	7	2	76
Durata media programmi interrotti	53,6	92,8	126,9	217,2	616	41,1	191,3
Durata media programmi completati	173,8	273,6	334,9	86	508,5	83,7	243,4

L'esito fa riferimento solo al primo percorso terapeutico

* Comprende le situazioni in cui il trattamento termina, per diverse cause, senza che gli obiettivi temporali programmati dello stesso siano stati raggiunti (dimissione concordata, arresto, decesso, espulsione, passaggio ad altra struttura, altra causa).

5.6 UTENZA IN CARICO AI SERT CON TRATTAMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI

Tab. 3 Utenti SerT con percorsi in Strutture Terapeutiche residenziali della provincia di Ferrara. Anni 2007-2008-2009

Anno 2007	Saman Le Muraglie	Papa Giovanni XXIII	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Fuori Prov/RER
Utenti complessivi	6	21	19	21	8	23	29
Nuovi inserimenti	5	18	16	14	4	21	14
Tossicodipendenti	5	17	12	19	7	22	21
Alcolisti	1	4	7	2	1	1	8
Giornate di assistenza	487	1870	2113	3007	972	1191	2899
Utenti dimessi	0	2	1	0	3	4	7
Utenti che hanno interrotto	3	7	10	9	0	12	10
Utenti in struttura al 31/12	1	5	9	11	4	4	11
Anno 2008	Saman Le Muraglie	Papa Giovanni XXIII	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Fuori Prov/RER
Utenti complessivi	4	12	19	19	11	15	29
Nuovi inserimenti	2	8	11	8	8	10	18
Tossicodipendenti	4	10	13	16	11	12	25
Alcolisti	0	2	6	3	0	3	4
Giornate di assistenza	864	1717	2843	3435	1288	772	4047
Utenti dimessi	1	5	5	8	3	4	5
Utenti che hanno interrotto	3	3	9	3	5	8	12
Utenti in struttura al 31/12	0	3	5	10	2	1	10
Anno 2009	Saman Le Muraglie	Papa Giovanni XXIII	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Fuori Prov/RER
Utenti complessivi	8	10	18	19	4	24	16
Nuovi inserimenti	7	8	14	12	2	28	4
Tossicodipendenti	8	7	7	16	4	18	11
Alcolisti	0	3	11	3	0	6	5
Giornate di assistenza	1.346	1.838	3.215	2.369	824	1.383	3.262
Utenti dimessi	0	2	3	7	1	8	21
Utenti che hanno interrotto	3	1	7	5	0	15	31
Passaggio altra struttura	1	2	3	1	1	5	13
Utenti in struttura al 31/12	4	5	6	7	2	2	26

I dati sono stati raccolti ed elaborati da Donata Soffritti, amministratore di sistema SistER

Tab. 4 Utenti SerT con percorsi riabilitativi in Strutture Terapeutiche accreditate. Anni 2007-2009

Anno 2007	In provincia		Fuori provincia o regione		Totale
	N.	%	N.	%	
Percorsi complessivi	98	77,2	29	22,8	127
Nuovi inserimenti	78	84,8	14	15,2	92
Utenti	82	79,6	21	20,4	103
Tossicodipendenti					
Utenti Alcolisti	16	66,7	8	33,3	24
Giornate di assistenza	9640	76,9	2899	23,1	12.539
Utenti dimessi	10	58,8	7	41,2	17
Utenti che hanno interrotto	41	80,4	10	19,6	51
Utenti in struttura al 31/12	34	75,6	11	24,4	45
Anno 2008	In provincia		Fuori provincia o regione		Totale
	N.	%	N.	%	
Percorsi complessivi	80	73,4	29	26,6	109
Nuovi inserimenti	47	72,3	18	27,7	65
Utenti	66	72,5	25	27,5	91
Tossicodipendenti					
Utenti Alcolisti	14	77,8	4	22,2	18
Giornate di assistenza	10919	72,9	4047	27,1	14.966
Utenti dimessi	26	83,9	5	16,1	31
Utenti che hanno interrotto	31	72,1	12	27,9	43
Utenti in struttura al 31/12	21	67,7	10	32,3	31
Anno 2009	In provincia		Fuori provincia o regione		Totale
	N.	%	N.	%	
Percorsi complessivi	83	83,8	16	16,2	99
Nuovi inserimenti	71	94,7	4	5,3	75
Utenti	77	87,5	11	12,5	88
Tossicodipendenti					
Utenti Alcolisti	23	82,1	5	17,9	28
Giornate di assistenza	10.975	77,1	3.262	22,9	14.237
Utenti dimessi	21	75,0	7	25,0	28
Utenti che hanno interrotto	31	91,2	3	8,8	34
Passaggio altra struttura	13	81,3	3	18,8	16
Utenti in struttura al 31/12	26	86,7	4	13,3	30

Tab. 5 Utenti SerT con percorso in Strutture Terapeutiche residenziali. Anno 2009

Anno 2009	Cento	Ferrara	Copparo	Codigoro	Portom.	Totale
COD L'airone	2	12	3	6	1	24
Fondazione Exodus	2	0	0	2	0	4
Il Ponte	5	8	3	0	3	19
Il Timoniere	3	6	0	4	5	18
Papa Giovanni XXIII	2	2	2	2	2	10
Saman	5	2	1	0	0	8
Totale	19	30	9	14	11	83
%	22,9%	36,1%	10,8%	16,9%	13,3%	100%

Tab. 6 Utenti SerT con percorso in Strutture Terapeutiche residenziali della provincia di Ferrara distinti per area problematica. Anno 2009

Anno 2009	Alcolisti	Alcolisti DD	Tossico dip.	Td. DD	Totale
COD L'airone	6	0	16	2	24
Fondazione Exodus	0	0	4	0	4
Il Ponte	1	2	15	1	19
Il Timoniere	6	1	11	0	18
Papa Giovanni XXIII Rimini	3	0	7	0	10
Saman	0	0	7	1	8
Totale	16	3	60	4	83
%	19	4	72	5	100%

Tab. 7 Nuovi inserimenti di Utenti SerT in Strutture Terapeutiche residenziali della provincia di Ferrara distinti per area problematica. Anno 2009

Anno 2009	Alcol	Alcol DD	Droghe	Droghe DD	Totale
COD L'airone	7	0	18	3	28
Fondazione Exodus	0	0	2	0	2
Il Ponte	1	0	10	1	12
Il Timoniere	4	1	9	0	14
Papa Giovanni XXIII Rimini	2	0	6	0	8
Saman	0	0	6	1	7
Totale	14	1	51	5	71
%	19,7%	1,4%	71,8%	7,0%	100%

Tab. 8 Utenti dei SerT in Strutture Terapeutiche residenziali della provincia di Ferrara distinti sesso

Anno 2009	Femmine	Maschi	Totale
Cidas - COD	8	16	24
Fondazione Exodus	4	0	4
Il Ponte	0	19	19
Il Timoniere	0	18	18
Papa Giovanni XXIII Rimini	5	5	10
Saman	5	3	8
Totale	22	61	83
%	27%	73%	100%

Tab. 9 Giornate di assistenza in Strutture Terapeutiche residenziali della provincia di Ferrara degli utenti SerT distinte per area problematica

Anno 2009	Alcolisti	Alcolisti DD	Tossico dip.	Td. DD	Totale
Cidas - COD	418	0	888	77	1.383
Fondazione Exodus	0	0	824	0	824
Il Ponte	3	453	1.878	35	2.369
Il Timoniere	1.189	94	1.932	0	3.215
Papa Giovanni XXIII Rimini	267	0	1.571	0	1.838
Saman	0	0	1.286	60	1.346
Totale giornate	1.877	547	8.379	172	10.975
%	17	5	76	2	100

Tab. 10 Esito dei percorsi degli utenti SerT in Strutture Terapeutiche della provincia di Ferrara

Anno 2009	Saman Le Muraglie	Papa Giovanni XXIII	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	COD L'Airone	Totale	%
Dimissione	0	2	4	2	1	8	17	18,7%
Interruzione	3	1	7	5	0	15	31	34,1%
Passaggio	1	2	3	1	1	5	13	14,3%
In corso al 31/12	4	5	5	12	2	2	30	33,0%
Totale	8	10	19	20	4	30	91	100,0%

Tab. 11 Durata media dei trattamenti in struttura per tipo di esito

Anno 2009	Saman Le Muraglie	Papa Giovanni XXIII	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus La casa di Carlotta	Cidas COD L'Airone	Totale
Dimissioni							
N. dimessi	0	2	4	7	1	8	22
N. giornate	0	501	1621	3517	565	655	6859
Durata media	0	251	405	502	565	82	312
Interruzioni							
N. interruzioni	3	1	7	5	0	14	30
N. giornate	541	133	544	773	0	288	2279
Durata media	180	133	78	155	0	21	76
Passaggio altra struttura							
N. passaggi	1	2	1	1	0	5	10
N. giornate	29	398	78	43	0	472	1020
Durata media	29	199	78	43	0	94	102

Tab. 12 Utenti SerT in Strutture Terapeutiche residenziali FUORI PROVINCIA di Ferrara degli utenti SerT distinte per area problematica. Anno 2009

Anno 2009	Tipologia struttura	Alcolisti	Alcolisti DD	Tossico dip.	TD DD	Totale
In Regione	Pedagogica residenziale			1		1
	Specialistica Doppia Diagnosi				1	1
	Specialistica Madre-bambino			1		1
	Terapeutico Riabilitativa			5		5
Fuori Regione	Specialistica Alcolisti	2				2
	Specialistica Doppia Diagnosi		1			1
	Terapeutico Riabilitativa			1		1
Altre strutture in Regione	Casa protetta	1				1
	Strutture NON accreditate per le dipendenze	1				1
	Circuito psichiatria				2	2
Totale utenti		4	1	8	3	16

Tab. 13 Giornate di assistenza in Strutture Terapeutiche FUORI PROVINCIA di Ferrara degli utenti SerT distinte per area problematica. Anno 2009

Anno 2009	Tipologia struttura	Alcolisti	Alcolisti DD	Tossico dip.	TD DD	Totale
In Regione	Pedagogica residenziale			244		244
	Specialistica Doppia Diagnosi				365	365
	Specialistica Madre-bambino			70		70
	Terapeutico Riabilitativo			1.228		1.228
Fuori Regione	Specialistica Alcolisti	229				229
	Specialistica Doppia Diagnosi		304			304
	Terapeutico Riabilitativo			365		365
Altre strutture in Regione	Casa protetta	122				122
	Strutture non accreditate per le dipendenze	16				16
	Circuito psichiatria				319	319
Totale giornate		367	304	1.907	684	3.262
%		11,3%	9,3%	58,5%	21,0%	

Tab. 14 Esito dei percorsi degli utenti SerT in Strutture Terapeutiche FUORI PROVINCIA di Ferrara. Anno 2009

Anno 2009	In Regione	Fuori Regione	Altre strutture in Regione	Totale	%
Dimissione	3	3	1	7	41,2%
Interruzione	2	0	1	3	17,6%
Passaggio	2	0	1	3	17,6%
In corso al 31/12	2	1	1	4	23,5%
Totale	9	4	4	17	100,0%

L'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

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 divulgazione. Attraverso la realizzazione di ricerche sociologiche sul disagio giovanile e di studi epidemiologici sulla tossicodipendenza, anche in collaborazione con altri enti e istituzioni, contribuisce alla diffusione di informazioni scientifiche sul fenomeno delle diverse forme di dipendenza nella provincia di Ferrara.

L'Osservatorio on line

Informazioni più dettagliate sono disponibili all'interno della sezione Osservatorio Dipendenze Patologiche presso i siti :

<http://www.ausl.fe.it>

<http://www.regione.emilia-romagna.it>

dove è possibile effettuare anche i download dei documenti prodotti.

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: **osservatorio.sert@ausl.fe.it**

Questa pubblicazione è stata realizzata
dall'Azienda USL di Ferrara.

Progetto grafico e impaginazione
Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
Via Francesco del Cossa, 18 - 44121 Ferrara

Chiuso nel mese di Marzo 2011

La riproduzione di questo documento è autorizzata con citazione della fonte.
Stampa S.T.C. S. Sofia di R.

