

dipendenze patologiche



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

**Osservatorio Epidemiologico
Dipendenze Patologiche**

RAPPORTO 2006-2007

**Consumi e
abuso di sostanze
nella provincia di
Ferrara**



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

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

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



Rapporto 2006-2007 Consumi e abuso di sostanze nella provincia di Ferrara

A cura di

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

Supervisione scientifica: Prof. Giovanni Pierini - Professore associato di "Tossicologia forense" presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Bologna

Elaborazioni statistiche dei dati a cura di:

Gabriella Antolini, Statistica, Consulente presso l'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Si ringraziano per la collaborazione: Alberto Tinarelli - Responsabile Programma Dipendenze Patologiche, Luisa Garofani - Direttore U.O. SerT Distretto Centro Nord, Filomena Catera - Direttore U.O. SerT Distretto Sud Est, Paola Giacometti - Responsabile M.O. SerT Distretto Ovest e tutti gli operatori dei SerT.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

Responsabile: Cristina Sorio

Collaboratori:

Gabriella Antolini - Statistica
Donata Soffritti - Amministratore di sistema SistER

Referenti di Sistema Informativo SerT:

Donata Soffritti - SerT Ferrara; Gloria Cattani - SerT Copparo; Anna Piccaglia - SerT Cento;
Miranda Roncagli - SerT Portomaggiore; Giuseppe Cavalieri - SerT Codigoro

INDICE

Prefazione a cura del Direttore Generale dell’Azienda Usl di Ferrara

Presentazione a cura del Direttore del Programma Dipendenze Patologiche

Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Ferrara pag. 3

1. Consumo di sostanze e percezione del rischio negli adolescenti

- 1.1 L’Età del cambiamento pag. 5
- 1.2 Fattori di rischio e di protezione pag. 6
- 1.3 Il profilo dei giovani che consumano sostanze psicoattive pag. 8
- 1.4 Consumo ricreazionale o stile di vita problematico? pag. 10
- 1.5 Conclusioni pag. 14

2. Le Dipendenze Patologiche nella provincia di Ferrara

- 2.1 La stima dell’uso problematico di droghe nella popolazione pag. 17
 - L’utenza dei SerT della provincia di Ferrara pag. 21
 - Il profilo sociale degli utenti pag. 22
 - Le sostanze d’abuso pag. 24
 - L’offerta terapeutica pag. 25
- 2.2 Il Consumo Problematico di Alcol pag. 28
 - L’utenza dei Centri Alcolologici della Regione Emilia-Romagna pag. 28
 - Analisi geografica e trend storici degli alcolisti della provincia di Ferrara pag. 30
 - Le caratteristiche dell’utenza e i trattamenti pag. 33

3. Le malattie infettive correlate all’uso di droga

- 3.1 Introduzione pag. 35
- 3.2 La diffusione dell’infezione Hiv tra i soggetti afferenti ai SerT pag. 35
- 3.3 Il virus dell’Epatite C pag. 37
- 3.4 Le infezioni da Epatite B pag. 39
- 3.5 Conclusioni pag. 40

4. La mortalità associata alla dipendenza da sostanze

- 4.1 La mortalità tra i tossicodipendenti: gli studi epidemiologici pag. 41
- 4.2 Il monitoraggio della mortalità tra i tossicodipendenti pag. 43
- 4.3 La mortalità tra gli alcolisti pag. 47
- 4.4 Conclusioni pag. 49

5. Studio sull' esito dei trattamenti in soggetti con uso di cocaina in carico ai SerT

5.1 Introduzione	pag. 51
5.2 Il profilo dei soggetti in carico presso i SerT per uso di cocaina	pag. 52
5.3 L'esito dei programmi terapeutici	pag. 53
5.4 Conclusioni	pag. 56

6. Stima della prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati nella provincia di Ferrara

6.1 Premessa	pag. 57
6.2 Analisi del territorio	pag. 57
6.3 I soggetti con problemi alcol correlati: utenti SerT e ricoveri Ospedalieri	pag. 60
6.4 La prevalenza nel territorio	pag. 62
6.5 I ricoveri ospedalieri e la mobilità sanitaria	pag. 64
6.6 Le patologie e la mortalità	pag. 67
6.7 Stima del fenomeno e analisi del sommerso	pag. 68
6.8 Conclusioni	pag. 69

7. ALLEGATO STATISTICO

7.1 Utenti Tossicodipendenti	pag. 73
7.2 Utenti Alcolodipendenti	pag. 87
7.3 Utenti con gioco d'azzardo patologico	pag. 93
7.4 Utenti inviati nelle comunità terapeutiche della provincia di Ferrara	pag. 93
7.5 Utenti Tabagisti	pag. 94

PREFAZIONE

Il Rapporto sullo stato delle Dipendenze Patologiche della provincia di Ferrara è uno strumento particolarmente utile a chi voglia riflettere sul fenomeno della droga e su come si manifesta nella nostra provincia.

Il linguaggio utilizzato e la struttura logica ne fanno un documento pensato e organizzato per gli addetti ai lavori con un obiettivo di utilità concreta da ritrovare nell'attività di pianificazione e programmazione ai diversi livelli istituzionali.

Il rapporto che viene presentato supera la dimensione annuale delle normali rendicontazioni e si concentra sulla visione analitica degli argomenti problematici che emergono dalla rielaborazione dei dati. In questo senso risponde a un bisogno di conoscenza dei trend e delle previsioni che fa parte del bagaglio culturale di quanti lavorano all'interno dei sistemi sanitari ed è in linea con quanto richiesto dalla Regione Emilia Romagna, con le indicazioni dell'Osservatorio Europeo e con le buone pratiche della qualità certificata.

Nella realtà ferrarese, nei servizi dedicati ad affrontare i problemi della tossicodipendenza, questo tipo di cultura si trova vicino alla prassi e si inserisce in un contesto pubblico e privato, caratterizzato da una forte integrazione.

Dalla lettura del rapporto emerge una realtà locale che non produce forme di disagio particolarmente eclatanti o elevate, ma studi e ricerche specifiche mostrano un livello preoccupante di diffusione del consumo di sostanze psicoattive legali e illegali, trasversale rispetto alle classi sociali e tendente all'uniformità sull'area provinciale.

Dal canto loro, nel corso del tempo, i servizi hanno ampliato la gamma dell'offerta sviluppando e consolidando le competenze tecniche e migliorando i percorsi assistenziali all'interno del sistema sanitario e fra pubblico e privato.

A fronte di una buona capacità dei servizi di rispondere alle domande di trattamento e ai problemi degli utenti si verifica la difficoltà da parte dei SerT e delle strutture private a entrare in comunicazione con quanti si collocano sulla soglia del consumo problematico.

Ecco allora che le riflessioni aperte dal rapporto sullo stato delle dipendenze patologiche sfociano inevitabilmente nella necessità di creare un confronto fra il livello della produzione di servizi e le politiche locali. In altre parole il valore aggiunto di questo tipo di strumenti sta nella capacità di dividerli con quanti sono chiamati a definire le politiche sociali e sanitarie fornendo un supporto di conoscenza inevitabilmente necessario.

Da questa riflessione comune può nascere la capacità di definire strategie condivise e quindi capaci di sviluppare piani integrati di contrasto alle diverse forme di dipendenza sul territorio.

Fosco Foglietta
Direttore Generale
Azienda UsI di Ferrara

PRESENTAZIONE

Il profilo della tipologia di sostanze utilizzate e delle modalità di consumo delle persone che si rivolgono ai SerT è radicalmente mutato nel tempo. Alle droghe tradizionali se ne sono aggiunte altre, nuove più per modalità di consumo che per il principio attivo in esse contenuto. L'eroina infatti resta la sostanza d'abuso elettiva tra gli utenti dei SerT anche se sono in costante aumento le persone che abusano di cocaina.

Ricerche di tipo qualitativo, inoltre, dimostrano che la variabile più significativa è rappresentata dai policonsumatori che usano in modo indifferenziato sostanze dagli effetti molto diversi e correlati al potenziamento di vari tipi di performance quali la necessità di sopportare alti ritmi di lavoro o migliorare la capacità di studio, oppure alla necessità di essere rilassati nelle relazioni sociali o di potenziare l'attività sessuale.

In questo mix di sostanze eccitanti e stupefacenti è quasi sempre presente un forte consumo di bevande alcoliche responsabile di gravi danni per la salute e per l'incolumità delle persone.

A questo quadro di utilizzo diffuso e finalizzato di sostanze fa da cornice una scarsa consapevolezza dei rischi legati al consumo in quanto tale e più in generale dei danni a lungo termine arrecati alla salute.

Questi cambiamenti che si osservano nella nostra realtà sono confermati anche dalle rilevazioni e dalle stime dell'Osservatorio Europeo e dovrebbero costituire la base per ripensare le politiche di controllo e contrasto delle diverse forme di dipendenza.

Dal canto suo la Regione Emilia-Romagna allo scopo di affrontare in modo organico questo nuovo modo di presentarsi di un problema già noto, ha emanato le "Linee guida di contrasto al consumo e abuso di sostanze" rivolte alle aziende sanitarie con lo scopo di sviluppare interventi per la prevenzione dell'uso di sostanze, il consolidamento della rete dei servizi e la facilitazione all'accesso.

Nel territorio di Ferrara esiste un Sistema consolidato di rapporti fra servizi pubblici e privati e una rete di relazioni che si concretizza in traduzione concreta di attività attraverso la partecipazione ai Piani di zona. Si tratta di sviluppare le potenzialità di questa rete di rapporti operativi che coinvolge enti locali, volontariato, privato sociale e azienda sanitaria per condividere e sviluppare nuove strategie di prevenzione in grado di rivolgersi direttamente ai giovani consumatori anche per interrompere l'uso precoce di sostanze.

Attualmente i più importanti programmi di prevenzione sono discussi sui tavoli dei Piani di Zona e quindi approvati dai sindaci dei comuni della provincia. Questa procedura garantisce un buon livello di copertura territoriale, la possibilità di controllo dei risultati da parte dei rappresentanti delle autonomie locali e favorisce il reperimento dei fondi necessari o la riconferma dei programmi in base all'evidenza dei risultati ottenuti.

Il mutamento continuo delle sostanze e dei comportamenti che identificano in modo generico il "fenomeno della droga" porta a rivedere l'assetto dei servizi che si trovano a fronteggiare un uso di sostanze più diffuso e meno devastante di quello conosciuto con l'eroina.

Ciò rende più labile il confine fra necessità di cure e le potenzialità di aiuto e rende complesso il rapporto fra un terapeuta con pochi mezzi a disposizione e un paziente che non si sente tale. Forse per questo l'accesso ai servizi di persone che fanno uso di droghe dall'effetto non immediatamente devastante risulta sempre al di sotto delle aspettative degli operatori.

Si tratta di una difficoltà reale che va affrontata da un lato migliorando le modalità di rapporto con le agenzie sanitarie, per intercettare persone che stanno subendo danni derivati dal prolungato uso o abuso di sostanze, e dall'altro sviluppando i servizi di prossimità per offrire un intervento nel territorio dove i problemi si manifestano.

Alberto Tinarelli
Direttore Programma
Dipendenze Patologiche

Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Ferrara

Gli interventi a favore delle persone dipendenti da droghe e alcol nella Regione Emilia Romagna si sono consolidati nel tempo attraverso la realizzazione di un sistema integrato di servizi in rete composto da centri ambulatoriali pubblici e da strutture residenziali gestite dal privato sociale.

In provincia di Ferrara questa impostazione è stata interpretata e sviluppata attraverso un modello che ha favorito la nascita e il consolidamento di un sistema di servizi, connotato da forte integrazione fra pubblico e privato, e ricomposto all'interno del "Programma delle dipendenze patologiche". Il Programma costituisce una delle articolazioni funzionali dell'Azienda USL di Ferrara e ha compiti di coordinamento del sistema, di programmazione delle attività e verifica dei risultati.

Il Sistema dei Servizi pubblico-privato delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali è costituito da 5 SerT e da 6 Comunità Terapeutiche che operano nei tre Distretti socio-sanitari dell'Azienda USL.

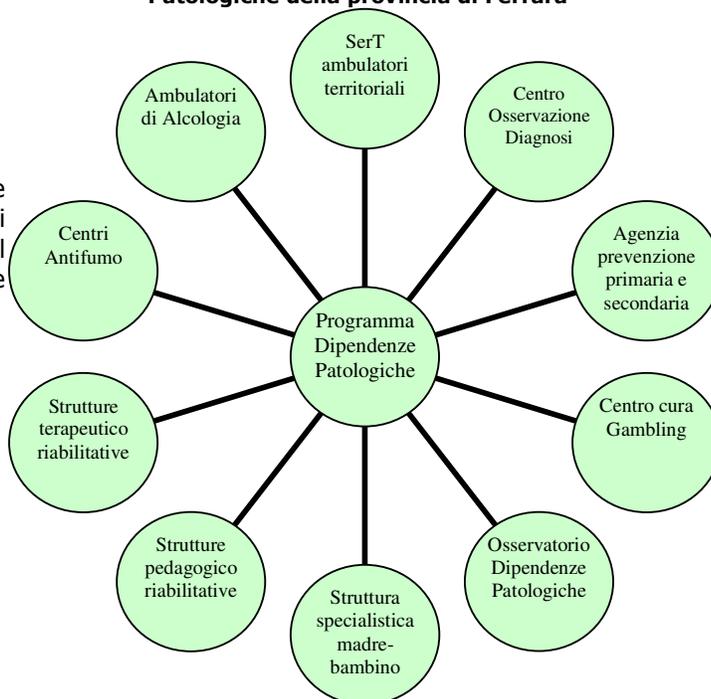
In particolare il settore pubblico gestisce 5 sedi ambulatoriali di farmacoterapia e trattamenti psico-sociali, 5 centri alcolici, 5 centri antifumo, 1 centro per i giocatori d'azzardo patologici e un'agenzia per gli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Le strutture territoriali del privato sociale offrono complessivamente 107 posti residenziali e semiresidenziali. In particolare le 3 strutture terapeutico-riabilitative hanno 43 posti residenziali e 14 semiresidenziali (Il Ponte di Migliaro, Il Timoniere di Mesola, Saman di Bondeno); la struttura pedagogico-riabilitativa Papa Giovanni XXIII di Denore offre 17 posti residenziali; la struttura specialistica COD L'Airone di Argenta con 15 posti per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica; la struttura specialistica per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori Casa di Carlotta di Bondeno autorizzata per 18 posti residenziali.

Sul territorio provinciale sono presenti due Unità di strada che offrono un servizio indirizzato alla popolazione per informare, sensibilizzare e prevenire le dipendenze.

Il servizio è rivolto in particolare alle persone che usano sostanze stupefacenti e alcol o che si trovano in condizioni di marginalità e disagio sociale. Le unità di strada intervengono inoltre nei luoghi di aggregazione dei giovani (discoteche, manifestazioni, concerti).

Fig. 1 Il sistema dei servizi per le Dipendenze Patologiche della provincia di Ferrara



Nel 2006 il Programma Dipendenze Patologiche dell'Azienda, nel ruolo di rappresentante dell'integrazione tra i SerT e le Comunità Terapeutiche, si è fatto promotore di un progetto sperimentale finalizzato all'Accreditamento Istituzionale delle strutture pubbliche e private in un'ottica di Sistema di Gestione della Qualità Integrato.

Dall'avvio del progetto si è giunti nel mese di aprile 2007 all'accreditamento istituzionale dei 3 SerT e delle 6 strutture residenziali da parte della Regione.

1. CONSUMO DI SOSTANZE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NEGLI ADOLESCENTI

1.1 L'età del cambiamento

Oggi è ampiamente condivisa dagli studiosi l'opportunità di abbandonare il modello tradizionale di lettura della fase di sviluppo adolescenziale, vista come momento di passaggio all'età adulta contrassegnato da una crisi profonda di valori e di significati, a favore di una concezione di fase autonoma e prolungata della crescita umana, in cui il soggetto, in base alla sua appartenenza sociale e di genere, deve far fronte a una molteplicità di sfide¹ legate all'allargamento del suo spazio di vita dal punto di vista geografico, sociale e temporale. L'obiettivo finale è la costruzione dell'identità.

I molteplici cambiamenti che riguardano l'adolescente mettono in discussione il sistema di rappresentazioni che hanno regolato sino a quel momento le relazioni del ragazzo/a con il proprio corpo, con la famiglia, con altri individui e gruppi, con attività, oggetti e istituzioni sociali.

Nei diversi momenti critici o di passaggio che si presentano all'adolescente, in cui si attua una riorganizzazione del concetto di sé, ogni sistema sociale offre alla persona la possibilità di trovare soluzioni adeguate. Ci sono modi diversi di vivere l'adolescenza, ma ciò che sembra accomunare le diverse esperienze riguarda il fatto che l'adolescente, a causa dei cambiamenti evolutivi e ambientali, è posto a confronto con nuove possibilità, scelte alternative e avverte il bisogno di assumere nuovi impegni in aree rilevanti della vita².

In un contesto sociale in rapido mutamento, nell'età dell'incertezza e in una società del rischio³ come quella attuale, i problemi evolutivi che si presentano non sono uguali per tutti e inevitabili, ma si definiscono nel rapporto tra individuo, la sua appartenenza sociale e l'ambiente in cui è inserito. Tuttavia si può sostenere che alcuni step di sviluppo sono comuni: l'esperienza della pubertà, la costruzione

dell'identità individuale, lo sviluppo di relazioni interpersonali, lo svincolo dalla famiglia, il raggiungimento dell'autonomia, l'accettazione di sé, lo sviluppo di valori personali, la definizione di ruoli sociali.

Nel considerare che cosa significhi essere adolescenti oggi va sottolineato che le diverse fasi della pubertà comportano rischi specifici, così come vi sono difficoltà tipiche per i maschi e per le femmine. Più che di adolescenza, si dovrebbe parlare di "adolescenze": la **prima adolescenza**, dai 12 ai 14 anni, è l'età più ricca di cambiamenti, quella che presenta più difficoltà di adattamento al cambiamento del corpo e all'allargamento dell'area delle esperienze personali. È il momento in cui i ragazzi sono più fragili, più esposti a mutamenti dell'umore; il **giovane di 15-16 anni** vive invece un periodo più tranquillo dal punto di vista delle trasformazioni psicologiche, anche se spesso accompagnato da problemi di adattamento alla scuola. Dal punto di vista clinico, questo adolescente presenta persistenti difficoltà e va quindi considerato con una maggiore attenzione; la **tarda adolescenza** che va dai 17 ai 19 anni si caratterizza per le difficoltà legate all'inserimento nel contesto sociale allargato, con reazioni da stress dovute soprattutto al passaggio all'età adulta, in un contesto di personalità già più stabile⁴.

Per comprendere meglio il concetto di rischio in adolescenza può essere utile analizzare i pericoli legati ad un incompleto sviluppo delle aree che giocano un ruolo importante nel passaggio all'età adulta: cognitiva, emotiva e relazionale.

L'incompleto sviluppo cognitivo non permette al giovane di essere consapevole di ciò che avviene dentro e fuori di lui; le capacità di prevenire e anticipare gli esiti degli eventi non sono ancora affinate. La ricerca di sensazioni nuove e coinvolgenti, che porta all'esigenza di correre rischi fisici e sociali è un fenomeno diffuso. La ricerca dell'eccitazione si accompagna spesso a tratti di personalità quali l'impulsività e

¹ A. Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, 1997.

B. Zani, M.L. Pombeni (a cura di), *L'adolescenza: bisogni soggettivi e risorse sociali*, Il Ponte Vecchio, Cesena, 1997.

² B. Zani, E. Cicognani, *Le vie del benessere*, Carocci, Roma, 1999.

³ U. Beck, *La società del rischio*, Carocci, Roma, 2000.

⁴ F. Giori, *Adolescenza e rischio*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

l'aggressività e si correla ad un'alta suscettibilità alla noia⁵.

Infine la ricerca di autonomia dalla famiglia di origine si esplica anche attraverso forti esperienze con il mondo esterno e con nuovi gruppi di appartenenza: il gruppo dei pari assume una maggiore importanza nella definizione dell'identità, può condizionare certe scelte, determinare azioni.

La famiglia continua a svolgere un ruolo importante, ma viene confrontata continuamente con altre realtà esterne e laddove siano presenti linee comportamentali diverse tra genitori e amici, l'influenza degli amici tende a rafforzarsi.

1.2 Fattori di rischio e di protezione

Affrontare oggi il tema del rischio tra i giovani, significa non dimenticare che il rischio è diventato un concetto molto importante nella società contemporanea, infatti saper rischiare è una condizione essenziale per raggiungere il successo in una società sempre più competitiva e meno garantista.

Recenti indagini hanno evidenziato come tra i giovani questa nuova concezione di rischio favorisca la diffusione di comportamenti pericolosi, ossia di attività che possono avere effetti negativi sulla salute, come bere, usare sostanze stupefacenti, guidare in modo spericolato⁶.

Il concetto di comportamento a rischio va tuttavia trattato in stretta connessione con il rischio psicologico e sociale. Infatti raramente le condotte rischiose si presentano in forma isolata, ma spesso si configurano come veri e propri stili di vita che mettono maggiormente alla prova il benessere della persona.

Salute, benessere, fattori di rischio e di protezione vanno considerati all'interno di modelli multicausali che prevedono, rispetto ai diversi comportamenti, la presenza di molti fattori che interagiscono in modo dinamico tra loro.

Inoltre va sottolineato che un aspetto fondamentale della distinzione tra pericolo e rischio è che per percepire e accettare il rischio è rilevante se ci si lascia coinvolgere o meno in situazioni pericolose per propria volontà. Solo con il rischio entra in gioco il

processo decisionale, mentre ai pericoli si è esposti al di là della propria volontà. 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).

I *fattori di rischio* sono gli elementi che segnalano, favoriscono e anticipano il disagio, 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 azioni che fanno 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,

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

6 F. Beccaria, Sul filo del rischio, FrancoAngeli, Milano, 2004.

comportamenti devianti, 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 crescere⁷, 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.

Oltre ai fattori di rischio l'epidemiologia prende in considerazione i fattori protettivi, cioè quegli elementi che possono avere l'effetto di annullare o attenuare gli esiti previsti in seguito alla presenza di certi fattori di rischio.

I *fattori di protezione* sono quelli che 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 socialmente⁸.

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 salute.⁹

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.

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 erroneamente *gateway* (porte d'ingresso) o ricreative e incapaci di creare dipendenza.¹⁰

La disponibilità a sperimentare la prima volta le sostanze psicoattive non può essere considerata una semplice scelta dell'adolescente, fondata soltanto su elementi casuali o sul condizionamento del gruppo di coetanei. Gli studi prospettici hanno dimostrato che la disponibilità a provare droghe illegali durante l'adolescenza è significativamente più elevata nei soggetti che mostrano propensione alla ricerca di sensazioni forti (novelty seeking), minor controllo comportamentale e impulsività, temperamento aggressivo, scarsa autostima, elevati livelli di stress, difficoltà di adattamento, scarsa percezione del futuro e del supporto dei genitori.¹¹

Secondo Zuckerman¹² 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 è alla continua ricerca di situazioni in cui gli input sensoriali sono relativamente alti.

Tutte queste attitudini non sono certo riconducibili a scelte occasionali e casuali da

⁷ A. Maggiolini, Adolescenza e rischi evolutivi, in F. Giori, Adolescenza e rischio, FrancoAngeli, Milano, 2000.

⁸ 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.

⁹ N.J. Bell, R.W. Bell., Adolescent risk taking, Sage, London, 1993.

¹⁰ 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.

¹¹ K. Poikolainen, Antecedents of substance use in adolescence, in Current Opinion in Psychiatry, 15, 2002, 3:241-245.

¹² M. Zuckerman, Behavioral Expressions and biosocial bases of sensation seeking, University press, Cambridge, 1994.

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. Ad esporsi alle droghe per sperimentarle, anche in modo ricreazionale, sono per la maggior parte adolescenti che non stanno del tutto bene con se stessi.

Un nostro studio¹³ condotto nel 2001 su 1.373 adolescenti (età media 16 anni) della scuola superiore del territorio della provincia di Ferrara, ha mostrato una significativa associazione tra consumo di sostanze, ricerca di autogratificazione immediata, incapacità a portare a termine attività intraprese (scarso rendimento scolastico, scarsi interessi culturali e sportivi). Inoltre ad una valutazione retrospettiva della percezione delle cure da parte dei genitori, emerge che la difficoltà di adattamento sociale e la propensione all'aggressività, considerate come fattori di rischio per l'uso di sostanze, correlavano una bassa qualità del parenting (misura dell'accudimento del padre e della madre entro le dimensioni della cura e della protezione¹⁴), mettendo in luce un legame debole soprattutto con il padre che si manifestava con un basso valore sia nel fattore *care* che nel fattore *over protection*.

1.3 Il profilo dei giovani che consumano sostanze psicoattive

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

Pur nella difficoltà di proporre scelte univoche, un dato comune che emerge dalla maggior parte delle indagini mostra come si profilino delle vere e proprie scelte di consumo che fanno riferimento alla situazione, alla compagnia e agli effetti che si vogliono ottenere, e a questi vengono associate le sostanze disponibili in quel momento.

In **Italia** dal 1999 ad oggi emerge un quadro piuttosto preoccupante relativa-

mente alla prevalenza dei consumi di sostanze legali e illegali. In particolare dallo studio ESPAD Italia 2005¹⁵ sull'uso di droghe nei giovani scolarizzati, che ha raggiunto oltre 40.000 ragazzi e ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni in 530 scuole dislocate su tutto il territorio nazionale, risulta che le sostanze legali vengono utilizzate da circa un terzo degli studenti e che la cannabis è la sostanza illegale più diffusa tra gli studenti delle scuole superiori. Minori le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina 5%, con gli allucinogeni 4%, con gli stimolanti 3% e con l'eroina 2%.

Nello specifico il 27% fuma regolarmente sigarette, il 31% ha abusato di alcol nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario, il 3,3% riferisce di aver fatto uso di tranquillanti senza prescrizione negli ultimi dodici mesi e l'1,4% con prescrizione. Circa il 20% riferisce di avere fratelli che abusano di alcol e/o utilizzano droghe.

La cannabis è diffusa su circa un terzo degli studenti, infatti il 31% ha provato a fumare uno spinello almeno una volta nella propria vita, il 24% ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi ed il 15% negli ultimi 30 giorni, il 3% ne fa un utilizzo quotidiano (l'uso quotidiano o abituale di cocaina riguarda lo 0,24%).

Gli studenti maschi evidenziano una maggiore abitudine al consumo di cannabinoidi, con il 27% di ragazzi che riferiscono un contatto con la sostanza negli ultimi 12 mesi contro il 21% delle coetanee. Sono gli studenti più grandi a riferire consumi maggiori. Nelle classi d'età minori (15-16 anni), non si evidenziano differenze significative di genere, la discordanza aumenta significativamente dai 17 anni in poi. I ragazzi 19enni riferiscono di maggiori consumi (40%) sia rispetto alle altre classi di età, sia rispetto alle coetanee (28,5%), evidenziando un'esposizione al consumo di cannabis 1,4 volte superiore alle compagne. Dallo studio *Espad i fattori associati positivamente al consumo di cannabis* sono risultati: avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe, aver avuto rapporti sessuali non protetti, essere stati coinvolti in risse a causa di alcol o droghe. Inoltre si osserva che il 65% dei soggetti che fumano regolarmente tabacco ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi, contro il 2% di coloro che non lo fumano; il 58% dei

¹³ C. Sorio, Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, marzo 2004.

¹⁴ G. Parker, H. Tupling, L. Brown, Parental Bonding Instrument, British Journal Medical Psychology, n. 53, pp. 1-10, 1978.

¹⁵ European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, Italia 2005

soggetti che riferiscono di aver abusato di alcolici nell'ultimo mese ha riferito uso di cannabis contro il 4,5% che non si è ubriacato.

La presenza di un fratello che abusa di alcol o consuma sostanze illegali è un forte indicatore di rischio per l'accesso alla sostanza. Si osserva infatti che il 65% degli studenti con fratelli consumatori fa a sua volta uso di cannabis. Anche avere avuto rapporti sessuali a rischio risulta fortemente associato con il consumo di cannabis. Il 66% dei soggetti riferisce di aver fatto uso di cannabis rispetto al 20% di coloro che non sono mai stati coinvolti in situazioni del genere.

Infine aver avuto incidenti e l'essersi trovati coinvolti in risse a causa di alcol e/o droghe risultano associati con il consumo di cannabis. La prevalenza di consumatori nei soggetti che hanno avuto questo tipo di esperienze è 3 volte superiore rispetto ai soggetti che non le hanno avute. Il 60% dei soggetti che ha avuto incidenti a causa di alcol e droghe riferisce di aver fatto uso di cannabis negli ultimi dodici mesi contro il 21% dei coetanei che non vi è mai stato coinvolto. Analogamente il 55% dei soggetti che ha avuto risse a causa di alcol e droghe riferisce l'uso di cannabis contro il 20% dei coetanei che riferisce di non esser mai stato coinvolto in risse.

Il 7,3% dei giovani dichiara di aver avuto nell'ultimo quadrimestre un andamento scolastico basso, mentre il 24% ha volutamente perso tre o più giorni di scuola nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario perché non aveva voglia di andarci.

La percentuale di studenti che riferisce di fare giochi in cui si vincono e perdono soldi è del 13,4%, dei quali 6,9% spesso e 6,5% poche volte all'anno o al mese. Il 27,6% inoltre riferisce di non partecipare ad attività sportive, il 39,6% poche volte al mese o nell'anno, mentre il 32,8% fa regolarmente sport.

I fattori protettivi rispetto all'utilizzo di droghe illegali risultano non fumare e non aver abusato di alcol (ubriacarsi) nell'ultimo mese, percepire interessamento da parte dei genitori e avere una relazione positiva con gli stessi, l'aver un buon rendimento scolastico, partecipare ad attività sportive e avere percezione dei rischi correlati all'uso di droghe.

Percepire interessamento da parte dei propri genitori rispetto alle uscite serali, alle

attività svolte e su come si trascorre il loro tempo libero e l'aver ottenuto una performance scolastica medio-alta sembrano essere negativamente associati all'assunzione di cannabis.

Infatti fra coloro che percepiscono attenzione da parte dei propri genitori si osserva una prevalenza minore (20%) di soggetti che riferiscono uso di cannabis. Stesse differenze si riscontrano tra gli studenti con rendimento scolastico medio-alto durante il quadrimestre antecedente la somministrazione del questionario; il 23% riferisce uso di cannabis, ovvero circa la metà dei coetanei con rendimento scolastico basso.

Dallo studio campionario condotto dall'Osservatorio Dipendenze Patologiche¹⁶ su adolescenti scolarizzati della provincia di Ferrara nella scala dei consumi di sostanze psicoattive legali troviamo che oltre la metà (66,5%) dei ragazzi di 15 anni ha consumato birra negli ultimi sei mesi (il 35,8% più volte la settimana), il 61% ha bevuto aperitivi alcolici (26,5% più volte la settimana), il 56,7% beve vino (24,8% più volte la settimana), il 48,4% beve superalcolici (21,4% più volte la settimana). Il 46% si dichiara fumatore di sigarette (il 23,4% quasi ogni giorno e l'8,6% più volte la settimana). Nei ragazzi di 17 anni si rileva un incremento dei consumatori di sostanze alcoliche, infatti le percentuali di consumo di aperitivi alcolici (71,9%), birra (71,6%), superalcolici (65,7%) e vino (53,6%) aumentano sensibilmente, sia nella frequenza, sia nella tipologia dei consumi. Il 53,6% degli studenti frequentanti il 4° anno ha fumato sigarette negli ultimi 6 mesi; il 33,6% tutti i giorni, il 6,5% una o più volte la settimana. Il profilo del consumatore di alcolici e tabacco che emerge dall'analisi fattoriale vede il prevalere dei maschi più giovani, che frequentano i licei, hanno scelto la scuola per la preparazione culturale e professionale, danno una valutazione del proprio rendimento scolastico nella media dei compagni di classe, risiedono in città, appartengono ad un livello di status medio-basso, praticano sport e passano il tempo libero in compagnia degli amici o frequentano feste.

Spostandoci sul consumo legato a sostanze psicoattive illegali il 23,6% degli studenti

¹⁶ C. Sorio, Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, marzo 2004.

quindicenni e il 35,6% dei diciassettenni ha fumato cannabis negli ultimi sei mesi, contro rispettivamente il 76,4% e il 64,4% che non ha mai fatto uso di cannabinoidi. La frequenza del consumo di droghe "leggere" tra i ragazzi di seconda per l'11,9% è un evento raro, per il 5,5% avviene più volte la settimana, mentre il 6,3% fuma tutti i giorni. Tra i giovani di quarta, per il 17,9% il consumo di cannabinoidi è un'esperienza che si verifica raramente, per il 10,4% una o più volte la settimana e per il 7,3% tutti i giorni. La quasi totalità degli studenti non ha mai usato droghe pesanti, in particolare il 97% non ha mai usato eroina, il 95% non ha mai sperimentato l'LSD o amfetamine, il 94% non è venuto in contatto né con la cocaina, né con l'ecstasy. Un piccolo segmento del campione sembra tuttavia aver sperimentato quasi tutti i tipi di droghe, infatti 83 studenti (6%) hanno provato l'ecstasy (3,5% raramente, 1,8% più volte la settimana, 1% quasi ogni giorno), 82 la cocaina (4,3% raramente, 1% quasi ogni giorno, 1% più volte la settimana). Il 5,1% degli intervistati (70 casi) ha consumato LSD, il 4,5% (61 casi) amfetamine e il 2,6% (pari a 35 ragazzi) ha provato l'eroina.

Dall'analisi fattoriale il *profilo dei consumatori di cannabinoidi* viene disegnato sui giovani maschi del quarto anno, appartenenti a uno status basso, che frequentano istituti professionali, con un rendimento scolastico nella media e una scelta del corso di studi per la professione, che amano passare il tempo con gli amici andando alle feste o in discoteca.

Gli *sperimentatori di droghe sintetiche e oppiacei* sono maschi di quindici anni, frequentano gli istituti professionali, appartengono al ceto medio basso, non sono interessati al ruolo culturale della scuola, e passano il loro tempo in compagnia degli amici o in discoteca.

1.4 Consumo ricreazionale o stile di vita problematico?

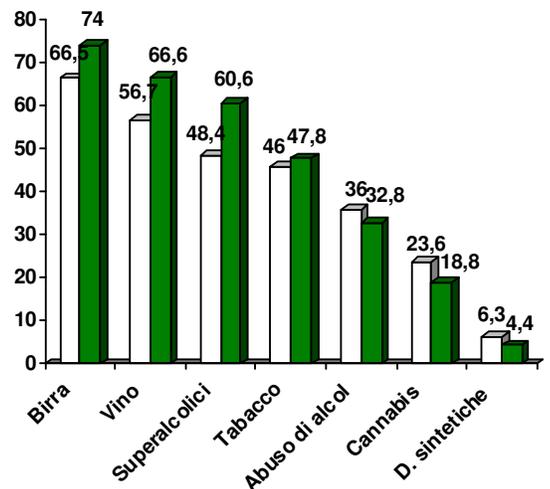
L'ultimo studio condotto nell'anno scolastico 2005-2006 su 950¹⁷ giovani quindicenni scolarizzati di Ferrara, pur non essendo un'indagine campionaria di popolazione

stratificata per sesso, ha messo tuttavia in luce il permanere di comportamenti a rischio. Infatti rispetto allo studio campionario del 2001 si estende nelle nuove coorti di giovani il consumo di alcol e di tabacco, mentre qualche segnale di arretramento registrano i consumi di cannabis e sostanze sintetiche.

Per valutare quanto questi comportamenti di consumo si associano ad uno stile di vita orientato al rischio sono stati analizzati i fattori associati ai consumi di sostanze. Pertanto sono stati calcolati gli *odds ratio*, stimati mediante il modello di regressione logistica multipla e riferiti ad alcune caratteristiche di interesse della popolazione esaminata. L'*odds ratio* maggiore indica quanto una determinata caratteristica possa essere associata al comportamento in studio. Il valore degli *odds ratio* maggiore di 1 indica un'associazione positiva fra la caratteristica considerata e il comportamento di interesse e quindi possono essere considerati fattori di rischio; nel caso in cui il valore degli *odds* sia inferiore a 1, si può evidenziare un'associazione negativa tra la caratteristica e il comportamento e quindi possono essere letti come fattori di protezione.

I fattori analizzati sono stati: il sesso, il rendimento scolastico, la conoscenza degli effetti delle sostanze psicoattive, la pericolosità associata a comportamenti di consumo di sostanze legali e illegali, il consumo recente di sostanze (dall'inizio dell'anno scolastico).

Fig. 1 Consumo di sostanze tra i giovani (1 o più volte negli ultimi sei mesi)



¹⁷ E. Buccoliero, T. Bettoli (a cura di), Fifteen. Consumo di sostanze e percezione del rischio tra i quindicenni ferraresi, I quaderni di Promeco, dicembre 2006.

Il consumo di tabacco interessa in misura maggiore le ragazze ed è associato in maniera significativa con il consumo di alcolici, anche in maniera eccessiva, e al fumare cannabis. Infatti i ragazzi che fumano sigarette sono anche consumatori di birra (85%) e superalcolici (81%), si sono ubriacati per il 51% e hanno sperimentato per il 36,6% la cannabis.

Il rendimento scolastico, la conoscenza delle sostanze e la percezione della pericolosità non sono risultati associati significativamente.

Fig. 2 Prevalenza di consumatori di tabacco tra i quindicenni (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico)

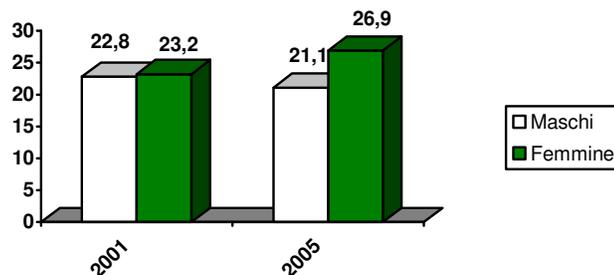
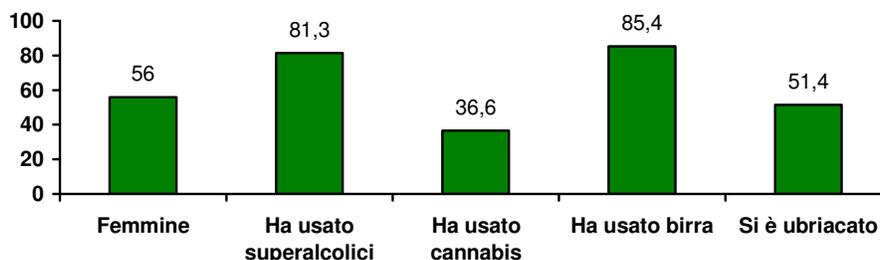


Fig. 3 Caratteristiche principali dei consumatori di tabacco



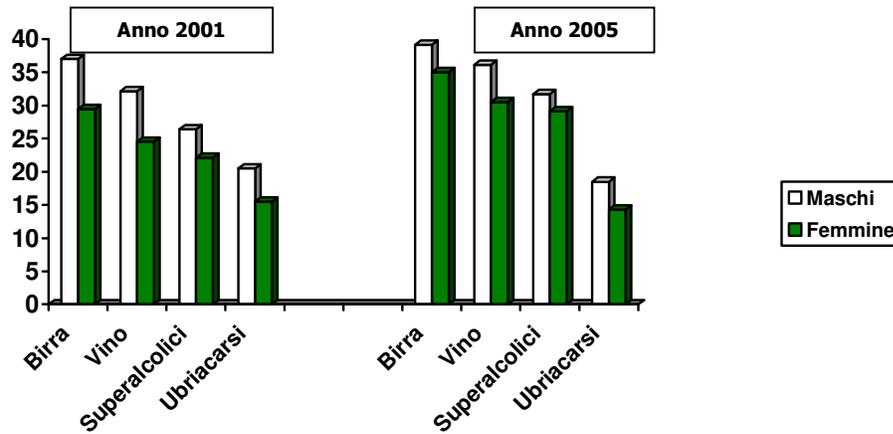
Tab. 1 Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di tabacco recente

	Consumo di tabacco negli ultimi dodici mesi è risultato associato a:	Odds Ratio P<0,05
Fattori di rischio	Essere una ragazza	2,73 (0,000)
	Bere superalcolici	2,61 (0,000)
	Fumare cannabis	12,04 (0,00)
	Bere birra	1,52 (0,05)
	Ubriacarsi	2,29 (0,000)

Il consumo di alcol interessa oltre il 30% dei quindicenni, con un incremento sia nei maschi che nelle femmine. Nello specifico il 55% dei consumatori di birra riferisce di fumare sigarette e nel 42% dei casi di essersi ubriacato almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico. I fattori di

rischio significativamente associati a questo comportamento di consumo risultano essere il fumo di tabacco e il bere smodato.

Fig. 4 Prevalenza di consumatori di alcol tra i quindicenni. Valori % (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico)



Tab. 2 Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo recente di birra

Consumo di birra negli ultimi dodici mesi è risultato associato a:		Odds Ratio P<0,05
Fattori di rischio	Fumare tabacco	1,81 (0,004)
	Essersi ubriacato	7,25 (0,000)
Fattori di protezione	Ritenerne moderatamente pericoloso bere diverse volte la settimana	0,55 (0,050)
	Ritenerne gravemente pericoloso bere diverse volte la settimana	0,44 (0,036)

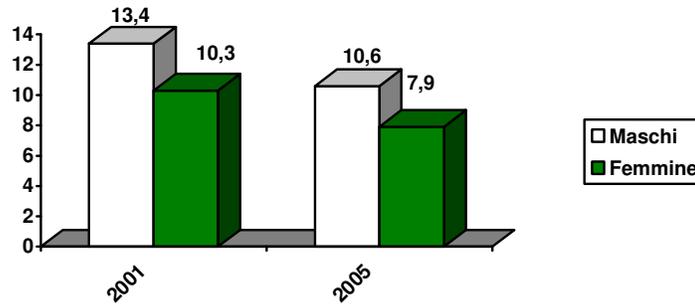
Tab. 3 Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo recente di vino

Consumo di vino negli ultimi dodici mesi è risultato associato a:		Odds Ratio P<0,05
Fattori di rischio	Essere un ragazzo	0,7 (0,02)
	Ubbriacarsi	1,99 (0,000)
Fattori di protezione	Ritenerne moderatamente pericoloso bere diverse volte la settimana	0,59 (0,040)
	Ritenerne gravemente pericoloso bere diverse volte la settimana	0,43 (0,010)

La prevalenza di consumatori di cannabis tra i ragazzi, si attesta intorno al 10,6% per i maschi e al 7,9% per le femmine. La quasi totalità di questa sottocoorte, fuma sigarette (93%), consuma superalcolici (93%), si è ubriacata nell'ultimo anno (74%), e ha sperimentato ecstasy (22%).

Alla prova dell'analisi multifattoriale, il consumo di cannabinoidi risulta associato in maniera molto significativa all'aver provato droghe sintetiche, al consumo di superalcolici e al bere smodato (essersi ubriacati).

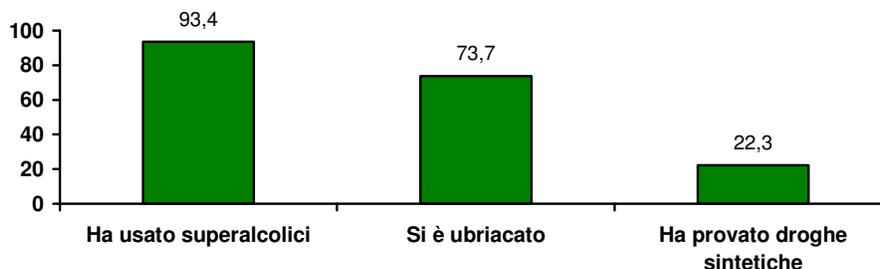
Fig. 5 Prevalenza di consumatori di cannabis tra i quindicenni. Valori % (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico)



Tab.4 Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo recente di cannabis

Consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi è risultato associato a:		Odds Ratio P<0,05
Fattori di rischio	Bere superalcolici	2,75 (0,022)
	Essersi ubriacato	2,25 (0,003)
	Aver provato droghe sintetiche	49,76 (0,000)
Fattori di protezione	Ritenere moderatamente pericoloso fumare marijuana e hascish occasionalmente	0,35 (0,002)
	Ritenere gravemente pericoloso fumare marijuana e hascish occasionalmente	0,30 (0,004)

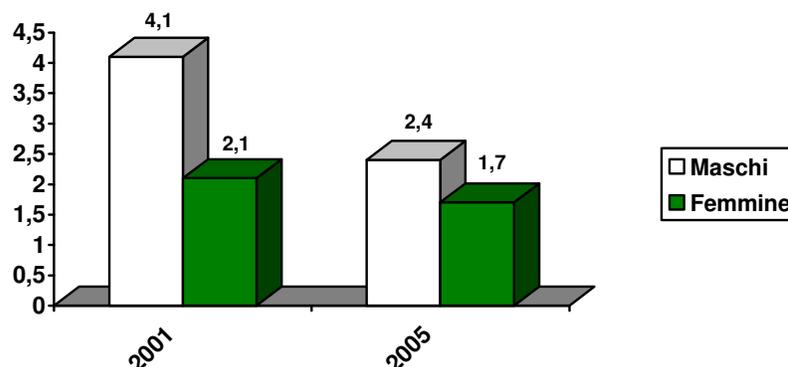
Fig. 6 Caratteristiche principali dei consumatori di cannabis. Valori %



L'ultimo segmento di consumi riguarda le droghe sintetiche che ha coinvolto il 2,4% dei maschi e l'1,7% delle femmine. Il 90% di chi ha fatto uso di ecstasy ha abusato di alcol e il 95% consuma cannabis. Anche per questo comportamento, l'analisi dei fattori

di rischio rileva una forte associazione tra consumo di droghe sintetiche e consumo di cannabinoidi con un rischio 37 volte superiore rispetto a chi non ne ha mai fatto uso. Anche l'esperienza dell'ubriacatura risulta associata positivamente con i consumi di droghe sintetiche.

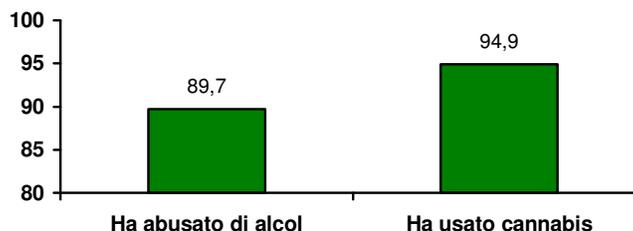
Fig. 7 Prevalenza di consumatori di droghe sintetiche tra i quindicenni. Valori % (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico)



Tab.5 Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo recente di droghe sintetiche

	Consumo di droghe sintetiche negli ultimi dodici mesi è risultato associato a:	Odds Ratio P<0,05
Fattori di rischio	Fumare cannabis	37,7 (0,000)
	Essersi ubriacato	7,0 (0,010)
Fattori di protezione	Ritenere gravemente pericoloso provare droghe sintetiche	0,10 (0,002)

Fig. 8 Caratteristiche principali di chi ha provato droghe sintetiche. Valori %



1.5 Conclusioni

L'esposizione volontaria al rischio che questi giovani rincorrono passando da una sostanza all'altra, sembra trasformarsi in un gioco quasi rituale nel quale sviluppano codici e significati strumentali all'elaborazione del proprio personale progetto di vita. Il consumo di sostanze psicoattive si auto alimenta: superata la prima soglia se ne affronta subito un'altra accumulando 'capitale' sociale e simbolico. Infatti il passaggio dal consumo di tabacco, fortemente associato al rischio di bere alcolici e di fumare anche cannabis, al consumo di cannabis fa crescere in maniera esponenziale anche il rischio di essersi

esposti al consumo delle droghe sintetiche. I ragazzi (21,1%) e le ragazze che fumano sigarette (26,9%) sono anche consumatori di birra (85%) e superalcolici (81%), si sono ubriacati (51%) e hanno sperimentato la cannabis (36,6%).

Per questi adolescenti si registra un eccesso di rischio associato al consumo di cannabis, infatti la probabilità di fumare cannabis rispetto ai coetanei che non usano tabacco è 12 volte superiore.

I quindicenni che fanno uso di cannabis, presentano tra i fattori di rischio più forti aver provato droghe sintetiche (50 volte più

alto rispetto ai non consumatori), bere superalcolici e essersi ubriacato.

Da questi risultati sembra che in questi giovanissimi la partecipazione ad un'azione fortemente simbolica produca distinzione e differenziazione, spostando in questo modo l'attenzione dal rituale, come forma di integrazione e perpetuazione dei valori di una società, al rituale come azione simbolica di differenziazione sociale¹⁸.

In contesti sociali caratterizzati dall'assenza di rituali codificati che segnano il confine tra adolescenza e età adulta, spetta al giovane orientarsi da solo nella pluralità di valori del mondo. Il giovane ricorre così a prove personali e/o di gruppo che consentono di "testare i limiti, di trovare nel confronto con il mondo un contenitore che il sistema di significati della società in cui vive non gli fornisce più in partenza"¹⁹.

Tuttavia se da un lato l'assunzione di comportamenti rischiosi può rappresentare per gli adolescenti una via di ingresso nella socialità, dall'altro influenza il loro modo di percepire il rischio. Infatti più un comportamento viene attuato meno viene percepito come pericoloso e gli adolescenti che più frequentemente praticano certe attività sono più inclini a giudicarle meno dannose e più controllabili.

Secondo la prospettiva luhmanniana²⁰ infatti il rischio non è un fatto oggettivo e oggettivamente misurabile, ma si costruisce sulla base di elementi culturali e in seguito a processi di attività decisionali. Ciò sembra valido fintanto che non si sperimentano direttamente le conseguenze di alcuni comportamenti a rischio.

Ne consegue che le attività più diffuse sono quelle valutate meno pericolose e che la frequenza con cui i soggetti prendono parte a una attività produce degli effetti sulla valutazione di alcuni rischi. A rafforzare questa tesi rileviamo tra i quindicenni analizzati nello studio, che il fattore protettivo più significativo associato al non consumo risulta essere la percezione della pericolosità del consumo delle sostanze sia legali che illegali. Diversamente la conoscenza degli effetti delle sostanze e delle leggi sul consumo di sostanze psicoattive, il rendimento scolastico non

costituiscono elementi sufficientemente forti da contrastare l'assunzione del rischio.

Purtroppo l'aver superato illeso certe prove sembra portare questi ragazzi a considerarle meno pericolose e a sopravvalutare le proprie capacità di gestione e di controllo.

Se alla frequenza associamo l'influenza dei coetanei, si osserva che chi mette in atto comportamenti rischiosi tende a percepire più pressante l'influenza dei coetanei, percepisce maggiori benefici associati alla condivisione del comportamento con i pari e sente meno l'esigenza di un controllo da parte delle istituzioni e dei genitori. Questa modalità di *coping*, nelle situazioni rischiose, porta il soggetto a non attribuire importanza a una serie di variabili intervenienti difficili da presidiare.

Si crea così una sorta di ottimismo ingiustificato nei confronti dei rischi che sviluppa nel soggetto la convinzione di avere un buon controllo personale sugli effetti negativi di una attività. La presenza di questi *bias*, ossia di errori sistematici nella valutazione e interpretazione della realtà, fa supporre che l'atto comportamentale interagisca in certa misura con i fattori cognitivi di valutazione del rischio. La condivisione dell'attività rischiosa con i coetanei rafforza l'atteggiamento ottimistico già citato e porta ad una sottostima del pericolo.

Per questo e altri motivi progetti preventivi incentrati sull'educazione socio-affettiva finalizzata allo sviluppo di *empowerment* all'interno di gruppi di giovani possono contribuire ad accrescere le possibilità di fronteggiare adeguatamente gli eventi della vita, elaborare le proprie emozioni, padroneggiare abilità e capacità che rafforzano il senso del sé, facilitano una comprensione critica della realtà sociale e stimolano l'elaborazione di strategie adeguate per raggiungere obiettivi sia personali che sociali.

Il capitolo redatto da Cristina Sorio è stato pubblicato in Fifteen. Consumo di sostanze e percezione del rischio tra i quindicenni ferraresi, I quaderni di Promeco, a cura di E. Buccoliero, T. Bettoli, dicembre 2006.

¹⁸ P. Bourdieu, La distinzione. Critica sociale del gusto, Il Mulino, Bologna, 1983.

¹⁹ D. Le Breton, Passione del rischio, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1995

²⁰ N. Luhmann, Sociologia del rischio, Mondadori, Milano, 1996

2. LE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Il Rapporto Annuale dell'Osservatorio ha tra i diversi obiettivi quello di descrivere la dimensione e l'andamento temporale del fenomeno delle dipendenze patologiche da sostanze psicoattive illegali e legali. Il metodo utilizzato si basa sul sistema di sorveglianza degli utenti²¹ che sono stati in trattamento per la prima volta, o hanno proseguito una terapia, presso i servizi pubblici e privati della provincia di Ferrara.

In particolare i dati che presentiamo riguardano i soggetti che si sono rivolti ai Servizi per le Tossicodipendenze e ai Centri Alcolologici, che raccolgono la domanda di trattamento dei centri ambulatoriali, dei centri residenziali, dei centri a bassa soglia e delle unità di trattamento delle carceri. Inoltre vengono monitorati gli accessi ai corsi per smettere di fumare e ai trattamenti individuali offerti dai Centri Antifumo. Dal 2004 è in corso di implementazione un sistema per la raccolta dei dati provenienti dal Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico del SerT di Ferrara.

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

	2006	2007
Utenti totali	1.959	1.911
Tossicodipendenti	963	965
Alcolisti	384	406
Tabagisti	214	186
Giocatori d'azzardo	26	29
Provenienti da fuori provincia	372	325

Nel 2007 complessivamente i soggetti seguiti dai SerT sono stati 1.911, così distribuiti: 965 tossicodipendenti da sostanze illegali, 406 alcolisti, 186 nuovi utenti tabagisti, 29 giocatori patologici, 325 utenti provenienti da SerT extraterritoriali²². Il 57,6% dell'utenza totale, si concentra nel distretto Centro Nord (1.100 utenti di cui

552 tossicodipendenti, 221 alcolisti, 123 tabagisti, 28 Gap e 176 appoggiati), segue il distretto Sud Est con 601 utenti (31,4%) di cui 311 dipendenti da sostanze illegali, 126 alcolisti, 50 tabagisti, 114 appoggiati. Il distretto Ovest contribuisce per il rimanente 11% (210 utenti di cui 102 tossicodipendenti, 59 alcolisti, 13 tabagisti, 1 giocatore d'azzardo patologico e 35 appoggiati).

2.1 La stima dell'uso problematico di droghe nella popolazione

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

Osservando la dimensione del fenomeno dal punto di vista dell'impatto sulla popolazione, la provincia di Ferrara mette in risalto la forte consistenza del problema nel contesto geografico regionale, con un tasso di prevalenza di 54,1 soggetti tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 54 anni, collocandosi al quinto posto nel panorama della Regione Emilia-Romagna²³.

Sul versante dell'incidenza, che misura la forza dello sviluppo del fenomeno nella popolazione, non si evidenziano per il territorio ferrarese incrementi di rilievo nel tempo, mantenendosi su valori che si attestano sui 9 casi l'anno di insorgenza del problema tossicodipendenza ogni 10.000 abitanti fino al 2006, nettamente al di sotto del valore regionale che supera gli 11 nuovi utenti presi in carico ai servizi.

²¹ SistER – Sistema Informativo sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna

²² Definiti dal Ministero della Salute "Appoggiati"

²³ Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, marzo 2008.

Tab. 2 Rapporto²⁴ tra utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000 distinto per Azienda Usl. Anni 2005-2006

Aziende Usl	2005		2006	
	Incidenza	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza
Piacenza	7,2	42,6	7,0	40,8
Parma	11,9	62,3	11,0	62,2
Reggio Emilia	10,6	46,0	9,5	45,2
Modena	7,9	37,6	7,1	38,9
Bologna	20,4	79,2	20,8	88,2
Imola	14,7	61,2	6,8	43,6
Ferrara	9,9	55,5	8,9	54,1
Ravenna	9,6	56,8	7,1	56,7
Forlì	13,9	56,7	9,9	53,4
Cesena	8,6	43,2	8,3	47,5
Rimini	18,0	60,2	17,0	63,1
Regione	12,5	56,0	11,4	57,3

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

Fig. 1 Rapporto tra utenti totali tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000, distinto per Azienda Usl. Anno 2006

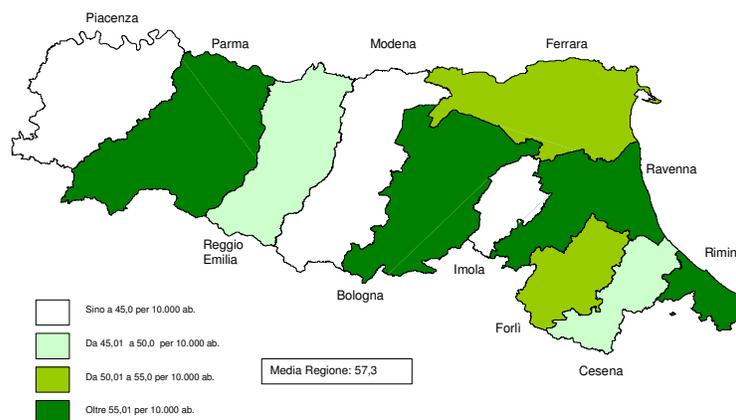
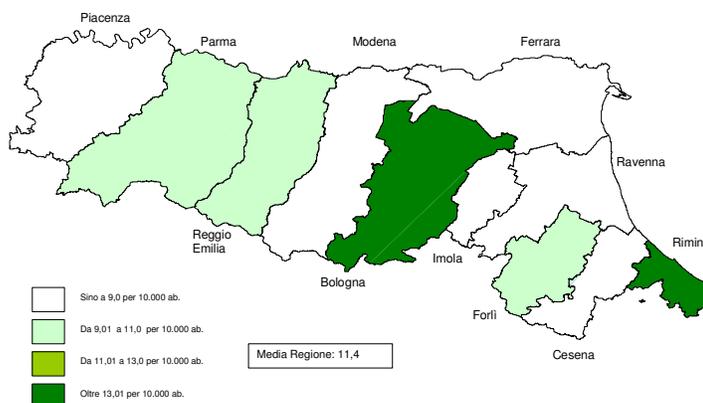


Fig. 2 Rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000, distinto per Azienda Usl. Anno 2006



²⁴ I rapporti tra utenti in carico e popolazione target si discostano dai tassi in quanto mantengono nel computo tutta l'utenza in carico senza distinzione di residenti e non

Nella provincia di Ferrara il confronto tra **distretti socio-sanitari**, attraverso l'analisi dei tassi di prevalenza distinti per Comune di residenza degli utenti in carico, mette in luce interessanti differenze tra i diversi territori. Infatti il distretto Centro Nord presenta in assoluto il numero più elevato di utenti in carico residenti (498 utenti di cui 364 a Ferrara), con una prevalenza di periodo pari al 5,7 per 1000 nettamente al di sopra della media provinciale (5,0 per 1000).

Segue il distretto Sud Est con una prevalenza di periodo pari al 5,4 per 1000 e infine il distretto Ovest con un tasso di prevalenza al di sotto della media provinciale (3,0 per 1000). Tra i Comuni che fanno parte di questi distretti socio-sanitari si riscontra un'elevata presenza del fenomeno in rapporto alla popolazione

residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni a: Ro (11,1 per 1000), Berra (9,5 per 1000), Migliaro (8,4 per 1000), Comacchio (8,0 per 1000) e Copparo (7,7 per 1000); seguono Lagosanto (5,9 per 1000), Massafiscaglia (5,6 per 1000), Formignana e Ferrara (5,5 per 1000).

Per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno solo il distretto Sud Est (0,87 per 1000) presenta valori al di sopra della media provinciale (0,76 per 1000), mentre il distretto Centro Nord (0,73 per 1000), e il distretto Ovest sono in linea con la media provinciale (0,7 per 1000). I Comuni che presentano i valori che superano la media provinciale sono: Ro (1,75 per 1000), Lagosanto (1,69 per 1000), Codigoro, Comacchio e Formignana (1,4 per 1000), Bondeno (1,2 per 1000) e Mirabello (1,1 per 1000).

Tab. 3 Tassi di Prevalenza e Incidenza di tossicodipendenti per 10.000 popolazione target ²⁵ distinti per Comune di residenza. Anno 2006

Comuni	Totale utenti residenti	Prevalenza ‰	Nuovi utenti residenti	Incidenza ‰
Ferrara	364	5,48	47	0,71
Masi Torello	1	0,84	0	0,00
Voghiera	5	2,61	1	0,52
Copparo	65	7,68	8	0,95
Ro	19	11,08	3	1,75
Berra	25	9,48	2	0,76
Jolanda di Savoia	1	0,65	0	0,00
Formignana	8	5,52	2	1,38
Tresigallo	10	4,24	1	0,42
Distretto Centro Nord	498	5,68	64	0,73
Argenta	47	4,30	5	0,46
Portomaggiore	32	5,31	3	0,50
Ostellato	18	5,34	1	0,30
Migliarino	5	2,66	1	0,53
Migliaro	10	8,38	0	0,00
Massafiscaglia	10	5,64	1	0,56
Comacchio	98	8,01	17	1,39
Lagosanto	14	5,91	4	1,69
Codigoro	27	4,27	9	1,42
Mesola	16	4,38	3	0,82
Goro	5	2,30	1	0,46
Distretto Sud Est	282	5,43	45	0,87
Cento	49	2,76	7	0,39
S.Agostino	5	1,38	2	0,55
Mirabello	5	2,85	2	1,14
Bondeno	38	5,03	9	1,19
Poggiorenatico	9	1,98	3	0,66
Vigarano Mainarda	11	3,03	3	0,83
Distretto Ovest	117	3,01	26	0,67
PROVINCIA DI FERRARA	897	5,03	135	0,76
Non residenti in provincia di FE	53			

²⁵ Popolazione target 15-54 al 31/12/2006

Fig. 3 Tassi di Prevalenza di tossicodipendenti per Comune di residenza

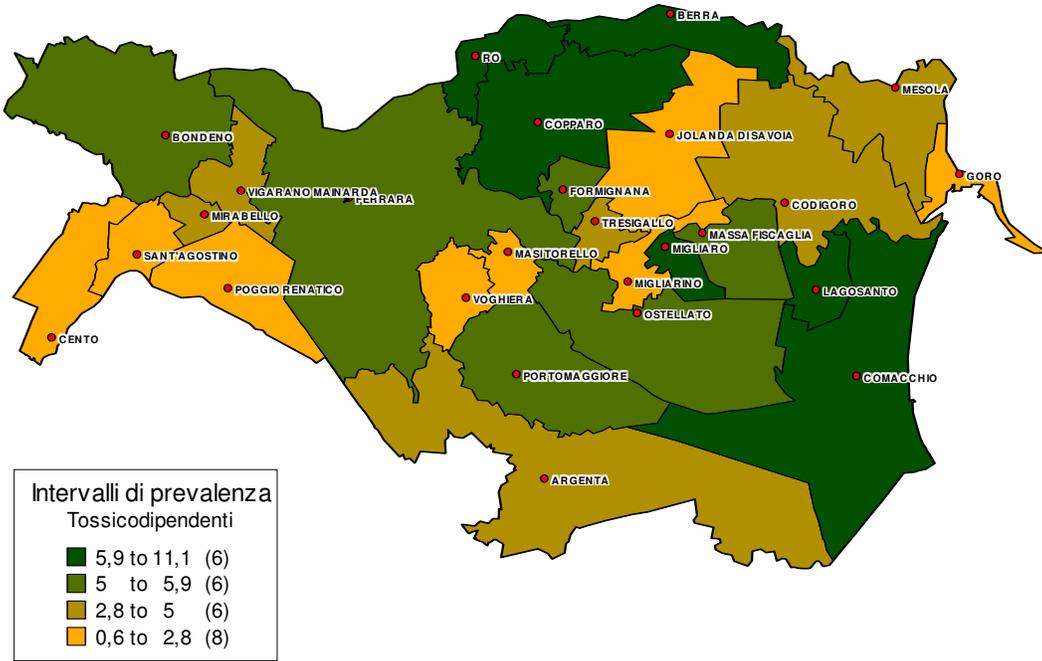
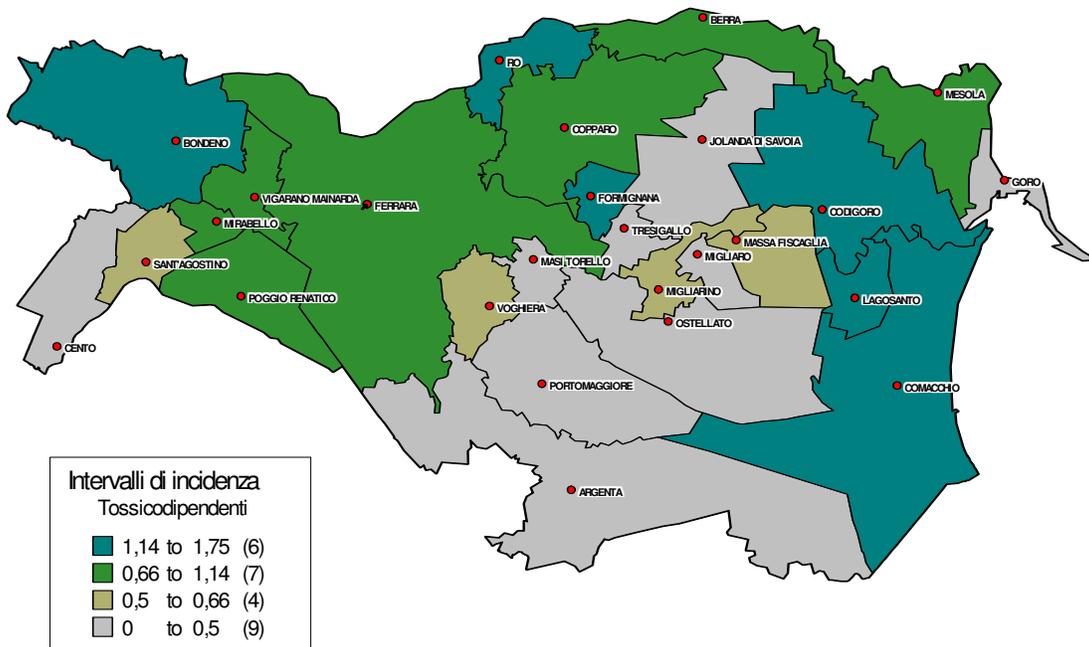


Fig. 4 Tassi di Incidenza di tossicodipendenti per Comune di residenza



L'utenza dei SerT della provincia di Ferrara

Negli ultimi 12 anni il numero di soggetti che si sono rivolti ai 5 SerT dell'Azienda Usl di Ferrara per consumo problematico di sostanze psicoattive illegali ha subito un incremento del 20,8 %, passando da 799 soggetti nel 1996 a 965 nel 2007.

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

I nuovi utenti rappresentano il 21,2% (n=211) del totale dei soggetti presi in carico, la quota complementare (754 soggetti pari al 78% del totale) è rappresentata da utenti rientrati o già in carico da anni precedenti. Osservando il trend storico si evidenzia un leggero decremento dei nuovi utenti a partire dal 2003 passando da 214 soggetti a 158 nel 2006 ($\Delta 2003/04 = -12,6\%$, $\Delta 2004/05 = -$

5,9%, $\Delta 2005/2006 = -10,2\%$), con una ripresa nel 2007 ($\Delta 2006/2007 = +33,5\%$).

Il numero di utenti tossicodipendenti seguiti dai servizi della Provincia di Ferrara nel 2007 si distribuisce geograficamente in maniera disomogenea, si passa infatti da un minimo di 102 soggetti in carico al SerT di Cento ad un massimo di 419 utenti in trattamento al SerT di Ferrara.

Dal 2005 al 2006 gli utenti totali aumentano nel SerT di Cento (+9,5%) e Portomaggiore (+2,7%), sono stabili a Ferrara e Copparo e in flessione a Codigoro (-17,2%). La nuova utenza è in calo in tutti i SerT, escluso il SerT di Copparo che registra un aumento del 21,4%, passando da 14 a 17 nuovi utenti. Nel SerT di Ferrara si passa da 71 a 62 (-12,7%), nel SerT di Portomaggiore da 22 a 17 (-22,7%), nel SerT di Codigoro da 38 a 34 (-10,5%), nel SerT di Cento da 31 a 28 (-9,7%).

Nel 2007 si assiste ad una inversione di tendenza, infatti c'è una ripresa della nuova utenza in tutti i SerT: nel distretto Centro Nord si registra un incremento del 44%, nel Sud Est del 32%; l'Ovest rimane stabile.

Tab. 4 Utenti totali tossicodipendenti in carico distinti per SerT. Periodo 1996-2007

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
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

Fig.5 Utenti in trattamento della Provincia di Ferrara nel periodo 1996-2007

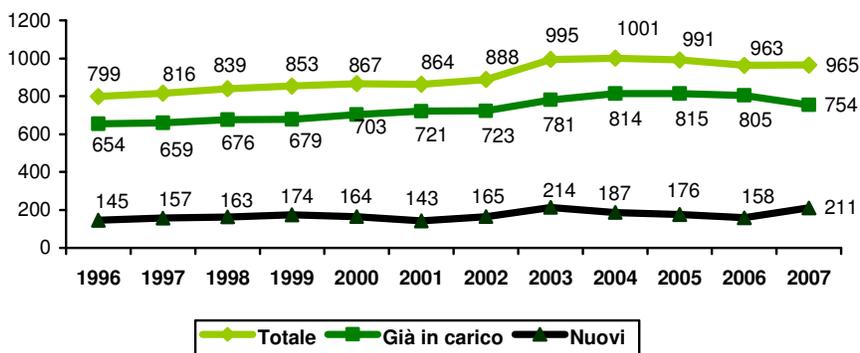
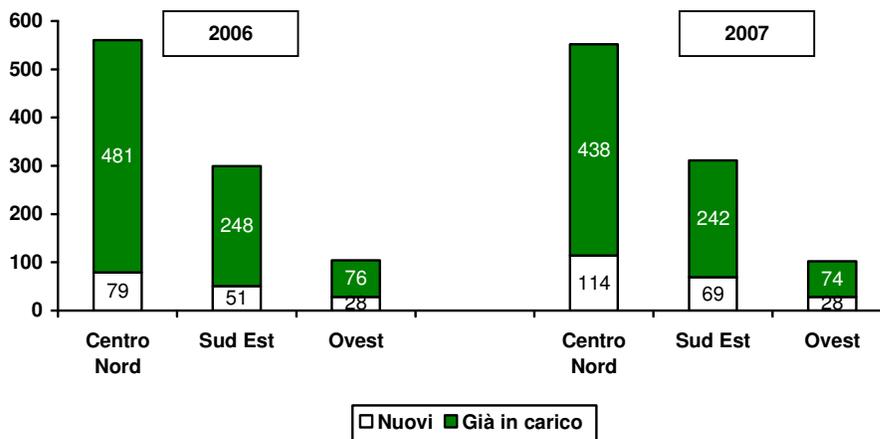


Fig. 6 Utenti in trattamento presso i SerT della Provincia di Ferrara distinti per Distretto socio-sanitario



Il profilo sociale degli utenti

Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: nel 2007 gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=826 pari al 85,6%; F=139 pari al 14,4%), con un rapporto di 5,9 maschi ogni utente femmina, valore che si allinea al dato regionale (5:1), allontanandosi al contrario dal rapporto M/F nazionale che registra una maggiore presenza di maschi tossicodipendenti (6,5:1).

Dall'analisi delle differenze tra i diversi servizi si osserva che il fattore sesso varia tra le diverse aree territoriali: il rapporto Maschi/Femmine si avvicina alla media provinciale nei territori di Ferrara, Codigoro

(5,9:1), a Cento nel rapporto le femmine contribuiscono in misura maggiore rispetto ai maschi (5,4:1), mentre la realtà più selettiva per sesso risulta essere Copparo con 6,4 maschi ogni femmina.

La distribuzione per età degli utenti mostra che il fenomeno continua ad interessare le fasce di età giovanili, infatti la quota dei **nuovi utenti** tra i 15 e i 29 anni è pari al 63,5% con un'età media di 27 anni. Tuttavia nel tempo si assiste ad un progressivo invecchiamento soprattutto dei soggetti già in trattamento presso i servizi (l'età media nel 1996 era di 30 anni; nel 2006 di 34 anni e nel 2007 di 35 anni).

Fig. 7 Rapporto Maschi/Femmine distinto per SerT e per nuovi utenti e utenti già in carico

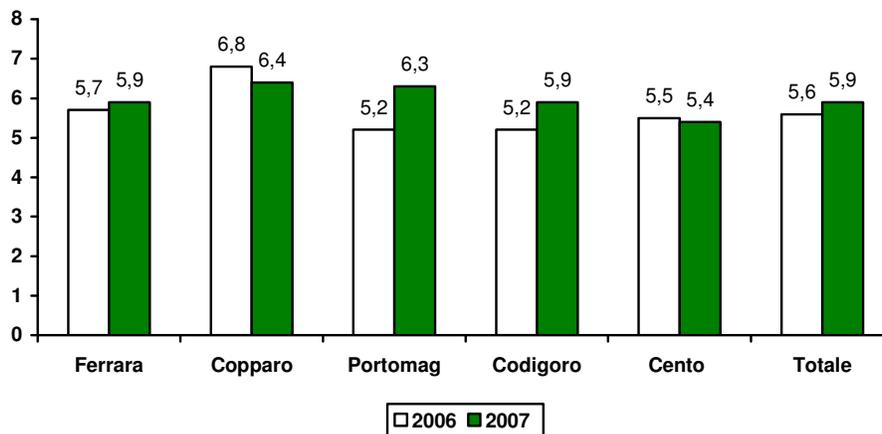


Fig. 8 Utenti distinti per classi di età. Anni 2006-2007

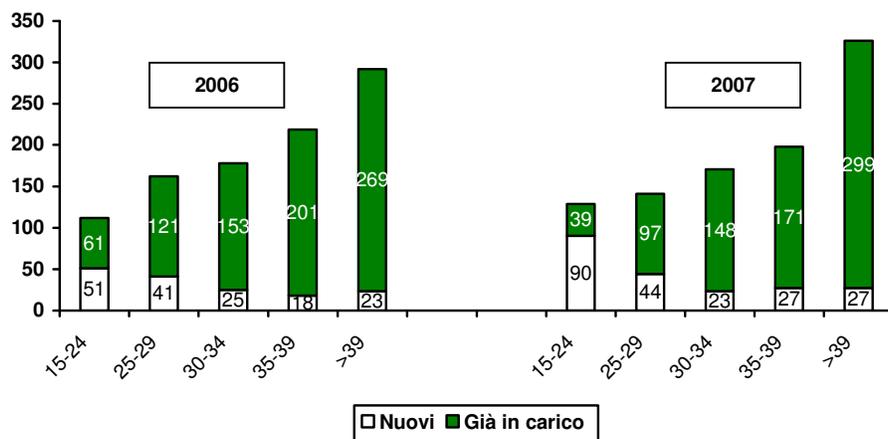
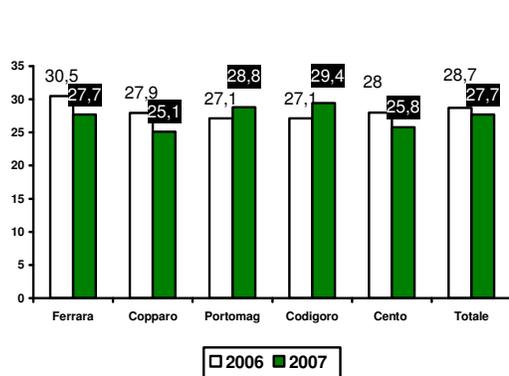
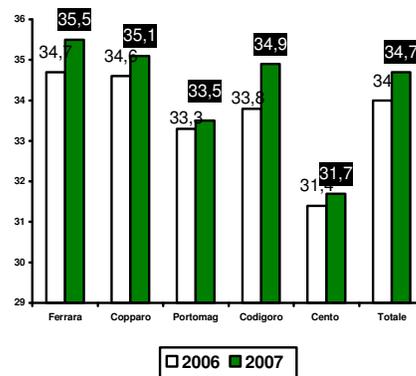


Fig. 9 Età media dei nuovi utenti



Età media utenti già in carico

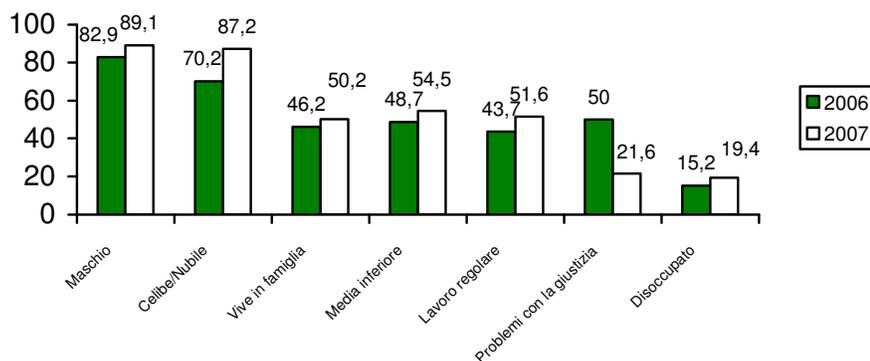


Sotto il profilo dell'evoluzione della domanda di trattamento, osservando le caratteristiche dei **nuovi utenti**, si assiste ad un calo dell'età media degli utenti che accedono per la prima volta ai servizi e a una leggera flessione della situazione socio-economica.

Infatti anche se il profilo complessivo dei nuovi utenti si caratterizza come in passato dalla prevalenza di celibi/nubili (87,2% contro il 5,2% che risulta

coniugato/convivente), che vivono nella famiglia di origine (50,2% vs 16,1% famiglia acquisita), con un lavoro regolare (51,6%), si incrementano i fattori di disagio sociale: aumenta la quota di nuovi utenti con un basso livello di istruzione sia nei maschi che nelle femmine (54,5% media inferiore, 5,7% elementare), che vivono soli (12%), disoccupati 19,4% o con lavori saltuari (10,9%), e che hanno avuto problemi con la giustizia (21,6%).

Fig. 10 Caratteristiche socio-anagrafiche dei nuovi utenti. Anni 2006-2007



Le sostanze d'abuso: la sostanza stupefacente d'abuso primario maggiormente utilizzata dai nuovi utenti risulta essere ancora l'eroina (75,2%), seguita dai cannabinoidi (12,7%) e dalla cocaina (10,4%). Nel periodo di osservazione si nota una modificazione nei consumi di sostanze, infatti mentre la percentuale degli utenti dipendenti da eroina negli ultimi anni diminuisce lentamente (79,9% nel 2000, 70% nel 2006 e 75,2% nel 2007), aumenta considerevolmente l'uso primario di cocaina che da 2,2% nel 2000 passa al 12% nel 2006 e 10,4% nel 2007. Anche gli assuntori di cannabinoidi continuano a rappresentare una quota considerevole di utenti del SerT: 14,5% nel 2000, 15,7% nel 2006, 12,7 nel 2007. Raddoppia anche la proporzione di soggetti che utilizzano secondariamente cocaina (28,6% nel 2000, 40,7% nel 2006 e 50,9% nel 2007) diventando la seconda sostanza maggiormente utilizzata seguita dai cannabinoidi (23,9% nel 2000, 23,3% nel 2006, 18,6% nel 2007) e dall'alcol (20,6% nel 2006, 19,9% nel 2007). L'ecstasy è usata come sostanza primaria

d'abuso solo da 5 soggetti e come secondaria da 3 utenti.

Fig. 11 Utenza totale distinta per sostanza primaria e secondaria d'abuso. Valori % Anno 2007

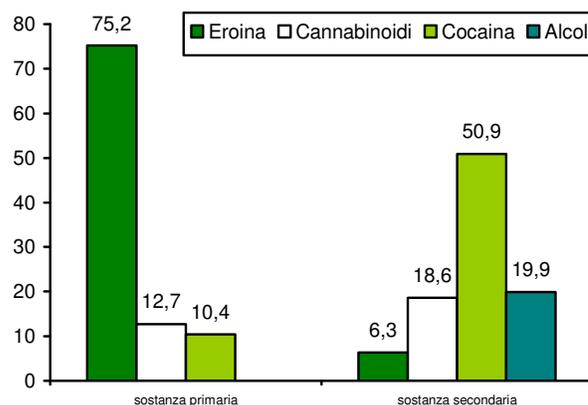
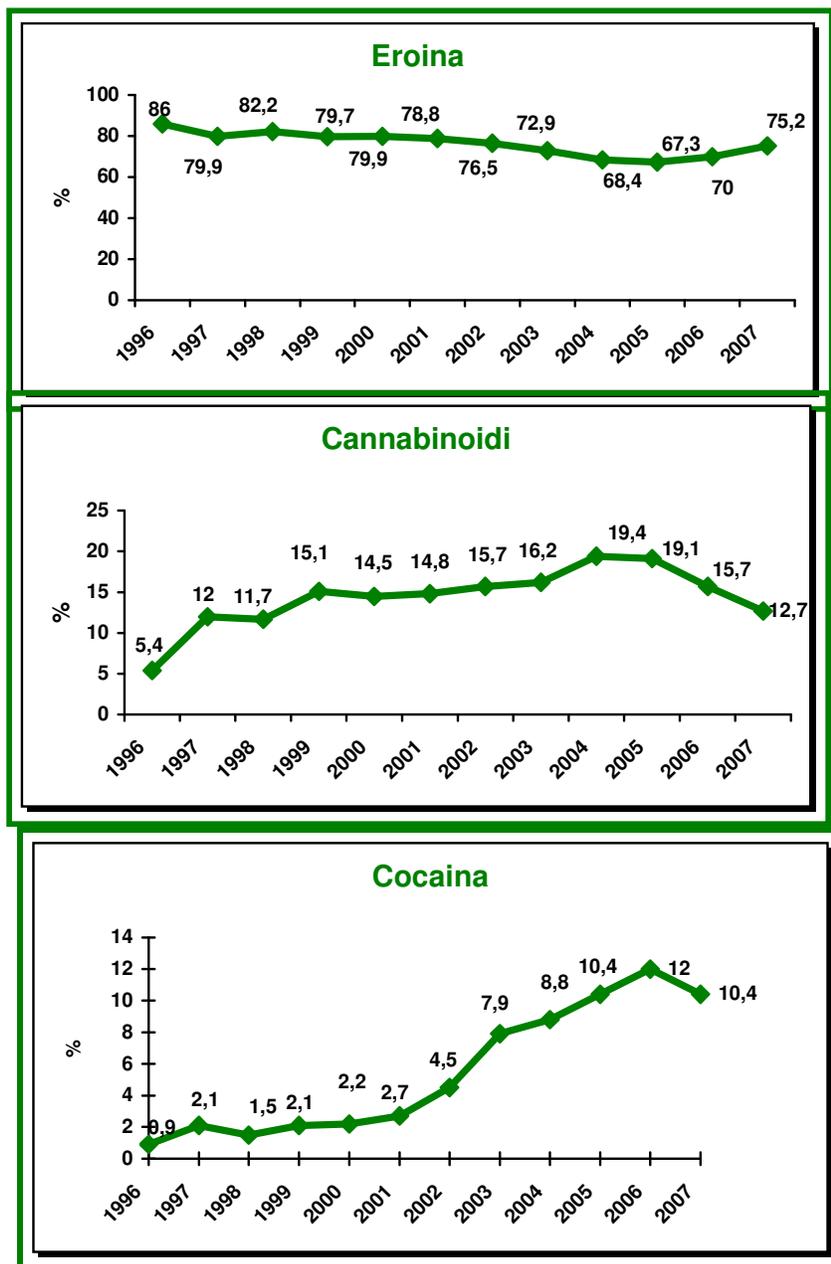


Fig. 12 Trend storico degli utenti distinti per sostanza d'abuso primaria.
Valori %



L'offerta terapeutica: i programmi terapeutici offerti dai Servizi possono comprendere uno o più trattamenti di tipo psicologico o psicoterapeutico, medico-farmacologico, socio-educativo, riabilitativo. L'associazione di questi trattamenti può perseguire obiettivi diversi, che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della

salute, fino all'integrazione sociale e lavorativa dell'utente. Vi sono inoltre programmi orientati a ridurre i rischi droga-correlati come le infezioni e la mortalità, i comportamenti suicidari in carcere e le ricadute.

In generale i trattamenti influiscono positivamente sulla salute della persona a cui sono erogati, poiché agiscono in maniera

significativa sugli stili di vita, sul funzionamento psicologico e sociale, sugli aspetti relazionali e familiari.

Negli ultimi dieci anni il sistema dei servizi provinciale si è strutturato per rispondere alla domanda di trattamento proveniente da una tipologia di utenza che per il 70% è rappresentata da eroinomani e poli-assuntori. In particolare l'offerta si diversifica in un range di trattamenti che vanno dal day care per disintossicazione da abuso di sostanze psicoattive e alcol, alla terapia farmacologica della tossicodipendenza da sostanze legali e illegali, alla psicoterapia individuale e/o familiare.

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

Per quanto riguarda il trattamento della dipendenza da cocaina²⁶, il servizio ha fatto proprio il modello psicoterapico di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale²⁷ 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 svolte in tempi brevi (quindi adatte alla maggior parte dei programmi clinici), flessibili (quindi adattabili a diverse tipologie di pazienti), compatibili con altri trattamenti (ad esempio la terapia farmacologica). Il gruppo per pazienti cocainomani dura circa 12 settimane, le sedute hanno una durata di 90 minuti. Per quanto riguarda i trattamenti terapeutico riabilitativi, in regime residenziale o semi-residenziale, a partire dal 2006 è stato avviato un progetto qualità integrato pubblico e privato che ha portato all'accreditamento delle strutture SerT e Comunità Terapeutiche del territorio provinciale. Questo ha permesso di sviluppare percorsi differenziati in grado di rispondere ai nuovi bisogni dell'utenza. In particolare sono stati sviluppati percorsi diretti ad utenti con patologie invalidanti permanenti o a soggetti con particolari esigenze di cure sanitarie intensive temporanee. Inoltre sono in fase di

consolidamento progetti di reinserimento post comunità con supporto educativo e territoriale. In prospettiva i servizi si stanno preparando per sviluppare percorsi di cura specifici diretti agli adolescenti (16-24 anni) offrendo interventi di psicoterapia individuale e di educazione affettiva. Gli interventi dei SerT sono integrati con le articolazioni territoriali in particolare con il Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Salute infanzia, il Consultorio giovani, il Servizio Salute Donna, il Servizio Sociale, il Presidio Unico Ospedaliero (pediatria) al fine di assicurare la continuità degli interventi sanitari e socio-assistenziali.

Nel SerT di Ferrara è presente una équipe carcere che garantisce la continuità di cura nel periodo di carcerazione di soggetti con dipendenza da sostanze e prevede la predisposizione di un programma terapeutico stabilendo contatti con il SerT di appartenenza dei detenuti, con gli operatori penitenziari, con gli operatori delle comunità e i familiari. Oltre alla garanzia della continuità ed equità del trattamento, in collaborazione con la casa circondariale di Ferrara sono stati attivati due progetti di particolare rilevanza:

il *progetto genitorialità* che si colloca nella direzione di aumentare la consapevolezza del ruolo genitoriale e il grado di coinvolgimento e responsabilizzazione dei padri nelle fasi di sviluppo dei figli al fine di mantenere una continuità dei legami familiari;

il *progetto nuovi giunti* che ha lo scopo di prevenire i problemi psicologici legati al rischio suicidario e di comportamenti anticonservativi in genere, attraverso l'accoglienza delle persone alla prima carcerazione, o che entrano in carcere dopo 5 anni di libertà, e la loro valutazione del rischio attraverso un test specifico.

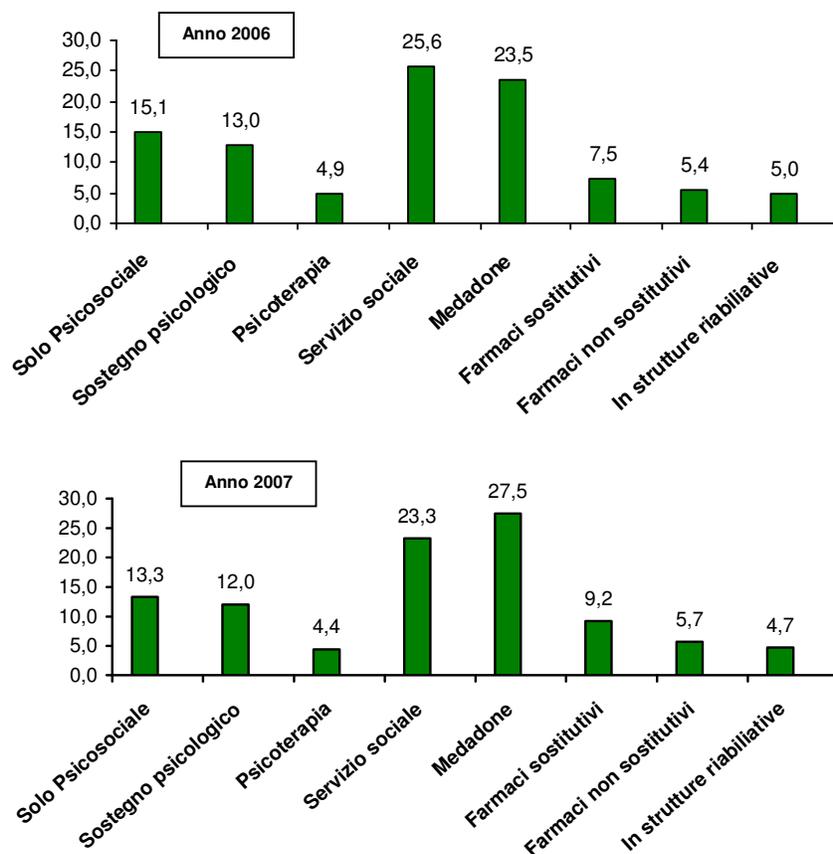
Negli ultimi due anni gli utenti dei SerT hanno seguito in prevalenza trattamenti farmacologici (con metadone a medio-lungo termine 23,5% - 27,5%) associati ad interventi sociali (25,6% - 23,3%) o di sostegno psicologico (13% - 12%).

Circa il 5% dei pazienti è stato inserito in un percorso residenziale presso le strutture terapeutico riabilitative. Infine una quota consistente ha ricevuto un trattamento solo di tipo psico-sociale (15,1% - 13,3%).

²⁶ I soggetti consumatori abituali di cocaina rappresentano il 10,4% dell'utenza dei SerT

²⁷ K.M. Carroll

Fig. 13 Utenti distinti per tipo di trattamento terapeutico. Valori % sul totale trattamenti



Le profonde modificazioni negli stili di consumo che si stanno verificando tra i giovani pongono nuovi problemi ai servizi. Innanzitutto un aumento delle problematiche di emergenza e urgenza, seguito dalle complicità patologiche legate alle sostanze o come conseguenza delle alterazioni del sensorio, dai disturbi d'ansia fino ai deterioramenti cognitivi e alle psicosi, il ritorno della diffusione dell'Hiv e delle malattie a trasmissione sessuale.

Al fine di intercettare i nuovi consumatori di cocaina e indirizzarli ai percorsi di cura è stato avviato un progetto finalizzato alla costruzione di un percorso di accoglienza e cura in rete tra i servizi dell'Ausl e alcuni reparti dell'Azienda Ospedaliera S. Anna. Questo progetto si pone l'obiettivo di misurare l'entità dei soggetti consumatori di cocaina che non si rivolgono direttamente al SerT attraverso l'utilizzo di strumenti per la rilevazione dei consumatori di cocaina e

sostanze stimolanti.

Il progetto ha coinvolto il personale infermieristico dei Pronto Soccorso degli Ospedali del Delta, di Cento e Copparo in un percorso formativo improntato sull'acquisizione di tecniche per il riconoscimento dei sintomi dell'assunzione di cocaina, sulla diagnosi differenziale e sulla descrizione clinica dello stato di intossicazione.

Un ulteriore elemento messo in campo per raggiungere i soggetti che non si rivolgono ai servizi è stato quello di potenziare i servizi di prossimità attraverso l'avvio di un percorso formativo diretto agli operatori delle Unità di Strada in grado di fornire le competenze per sviluppare progetti ed organizzare eventi rivolti alle fasce giovanili in collaborazione con le circoscrizioni e i gestori dei luoghi di fruizione del tempo libero.

2.2 Il consumo problematico di Alcol

L'Indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia 2005-2006 ha rilevato nella popolazione della Regione Emilia-Romagna di età compresa tra i 15 e i 54 anni, una prevalenza del consumo di alcol del 79,4% contro il 78,8% dell'Italia.

Lo studio ha stimato che circa 1.730.000 residenti nel territorio regionale abbiano fatto uso di alcol nell'ultimo anno. L'andamento negli ultimi dodici mesi risulta essere decrescente per le femmine e sostanzialmente omogeneo tra i maschi. Infatti i maschi tra i 15 e i 44 anni riferiscono un uso che oscilla tra l'80% e l'85%, mentre per i 45-54enni la prevalenza di utilizzo è di circa il 90%. Diversamente per le femmine si passa dal 90% delle 15-24enni (prevalenza superiore a quella riferita dai coetanei: 86%), al 70% delle 45-54enni. La provincia dove si registra la più alta prevalenza di utilizzo di alcolici è Ferrara con l'81,2%, seguono Piacenza e Parma (80,9%) e Bologna (80%). Rimini è la provincia dove si registra il più basso consumo della regione (76,5%), insieme a Ravenna (78%) e Forlì-Cesena (78,6%). Modena e Reggio Emilia sono in linea con il dato regionale.

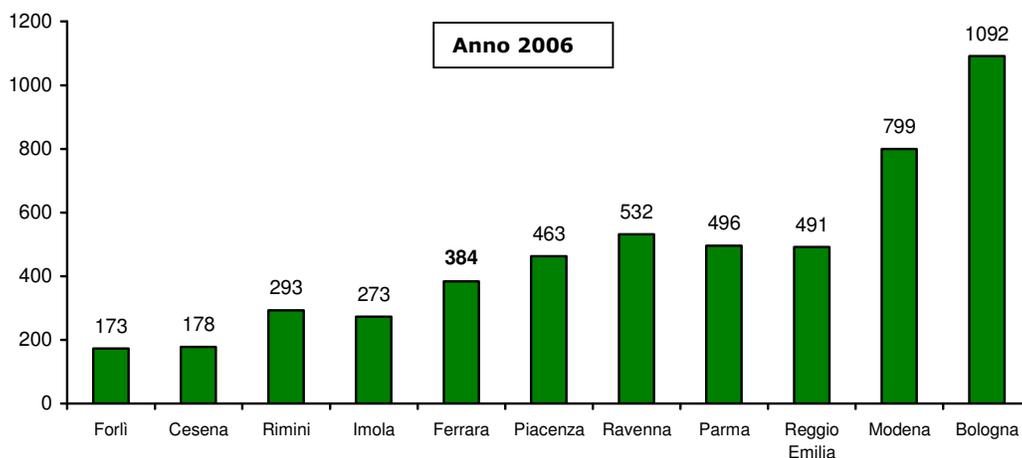
L'utenza dei Centri Alcolologici della Regione Emilia-Romagna: la domanda di trattamento pervenuta presso i Centri Alcolologici ha registrato un significativo incremento negli ultimi anni, così come accade nella maggior parte delle regioni italiane e negli altri paesi europei. Nel corso del 2006 sono stati presi in carico 1.149

nuovi utenti alcolodipendenti. Rispetto al 2005 il numero degli utenti in carico è cresciuto dell' 1,3% passando da 5.108 a 5.174.

La maggior parte degli utenti alcolisti si ritrova nelle province di Bologna e Modena, seguite da Ravenna, Reggio Emilia, Parma e Piacenza. Ferrara si colloca al settimo posto prima di Imola, Rimini, Cesena e Forlì. I tassi di incidenza nelle province di Imola, Piacenza, Modena, Rimini e Forlì superano il tasso di incidenza regionale, così come un'elevata prevalenza rispetto al dato regionale, si ritrova nelle province di Imola, Piacenza, Ravenna e Bologna. Mediamente per ogni utente di sesso femminile (27%) in carico ve ne sono 3 di sesso maschile (73%). Gli utenti che giungono ai Centri Alcolologici solitamente lo fanno dopo anni di alcolismo, soprattutto dopo il degradarsi delle relazioni sociali, familiari o della situazione economica e lavorativa. Per questo l'età media degli alcolisti seguiti dai servizi è più elevata (47 anni) rispetto all'età media dei tossicodipendenti (35).

Dal 1996, anno in cui sono stati istituiti i Centri Alcolologici presso i settori dipendenze della Ausl, la percentuale delle diverse sostanze è rimasta invariata. Il 61,3% degli utenti alcolisti (n=3.170) ha come alcolico primario il vino; distanziati considerevolmente i consumi di superalcolici che rappresentano il 13,2% delle sostanze (n=682) e di birra che risulta la sostanza primaria di abuso del 18% (n=930).

Fig. 14 Distribuzione degli utenti alcolisti in carico ai Centri Alcolologici della Regione Emilia-Romagna distinti per Azienda Usi



Tab. 5 Rapporto tra utenti alcoldipendenti e popolazione target 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Usl di appartenenza. Anni 2005-2006

Alcoldipendenti	2005		2006	
	Incidenza	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza
Piacenza	5,6	27,8	6,0	26,4
Parma	3,8	18,8	3,1	18,4
Reggio Emilia	4,2	16,4	3,4	15,2
Modena	5,4	17,1	5,0	18,3
Bologna	3,8	20,1	3,8	20,6
Imola	10,8	41,0	5,6	34,1
Ferrara	4,9	17,2	4,1	17,0
Ravenna	3,3	19,3	4,1	22,6
Forlì	3,3	11,4	4,6	15,0
Cesena	3,8	12,2	3,9	13,7
Rimini	7,2	17,0	4,9	15,3
Regione	4,7	18,9	4,2	19,1

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

Fig. 15 Rapporto tra utenti totali alcoldipendenti e popolazione target 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Usl. Anno 2006

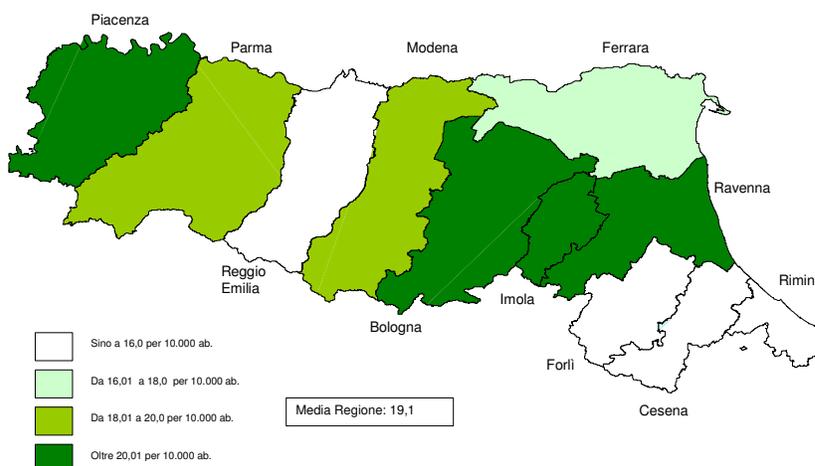
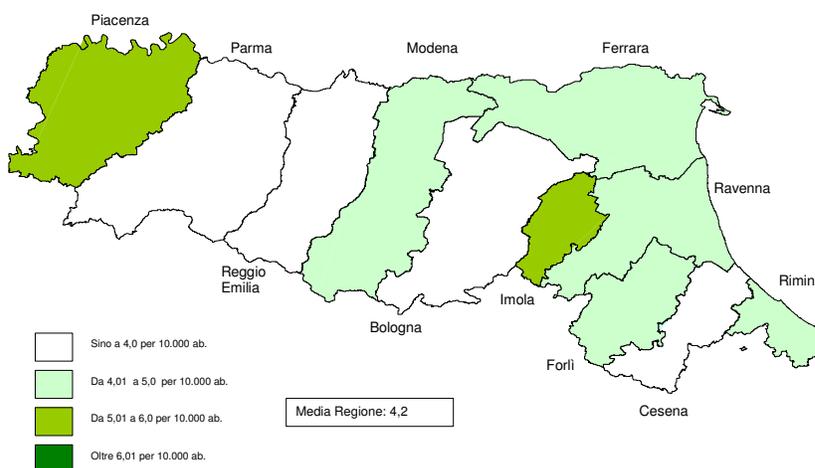


Fig. 16 Rapporto tra nuovi utenti alcoldipendenti e popolazione target 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Usl. Anno 2006



Analisi geografica e dei trend storici degli alcolisti della provincia di Ferrara

Nel 2007 gli utenti alcolodipendenti in carico ai Centri Alcolologici della provincia di Ferrara sono stati 406, il 5,7% in più rispetto all'anno precedente. La proporzione dei nuovi utenti sull'utenza complessiva risulta del 23,2% (94 soggetti) con un incremento del 2,2% rispetto al 2006.

Con il consolidamento dell'attività dei centri, nel tempo l'utenza ha avuto incrementi esponenziali con un tasso medio di crescita annuo del 17%. La forte espansione della domanda di trattamento può essere letta da due punti di vista: a) una maggiore capacità ricettiva ed attenzione al problema da parte dei servizi pubblici che ha attirato nuova utenza; b) una diffusione reale del fenomeno dell'abuso di alcol sul territorio che da bisogno di salute è stato canalizzato in una domanda di trattamento terapeutico specialistico.

Dal 1994 al 2006 la prevalenza dei soggetti seguiti dai Centri alcolologici, rispetto alla popolazione residente con età compresa tra i 15 e i 64 anni, passa da 2 a 16 per 10.000.

Dall'analisi distrettuale dei tassi di prevalenza ed incidenza si rileva che il distretto Sud Est si colloca leggermente al

di sopra della media provinciale con 1,74 utenti totali seguiti per 1000 e 0,56 nuovi utenti per 1000. Segue il distretto Centro Nord con una prevalenza di 1,78 per 1000 e un'incidenza 0,39 per 1000, al di sotto del valore medio provinciale. Infine il distretto Ovest registra una bassa capacità di attrazione e ritenzione in trattamento con valori di prevalenza intorno all'1 per 1000 e un'incidenza di 0,19 per 1000.

Nel distretto Centro Nord i comuni con i tassi al di sopra della media provinciale sono: Copparo con una prevalenza di 3,07 per 1000, Voghiera con una prevalenza pari a 2,86 per 1000 e un'incidenza di 1,23 per 1000 e Berra con 1,75 utenti alcolisti trattati ogni 1000 residenti. Nel distretto Ovest l'utenza alcolista proviene in prevalenza dai comuni di Vigarano Mainarda (1,55 per 1000), Mirabello (1,36 per 1000) e S. Agostino (1,82 per 1000) che presenta anche un tasso di incidenza al di sopra della media provinciale (0,68 per 1000).

Nel distretto Sud Est registrano i tassi di prevalenza più elevati i comuni di: Migliarino (3,31 per 1000; 1,24 per 1000 valore più elevato registrato a livello provinciale), Migliaro (3,30 per 1000; 0,66 per 1000), Massafiscaglia (2,16 per 1000), Portomaggiore (2,10 per 1000) e Argenta (1,73 per 1000).

Fig. 17 Distribuzione annuale degli utenti alcolisti in carico ai Centri Alcolologici della provincia di Ferrara. Valori assoluti. Periodo 1994-2007

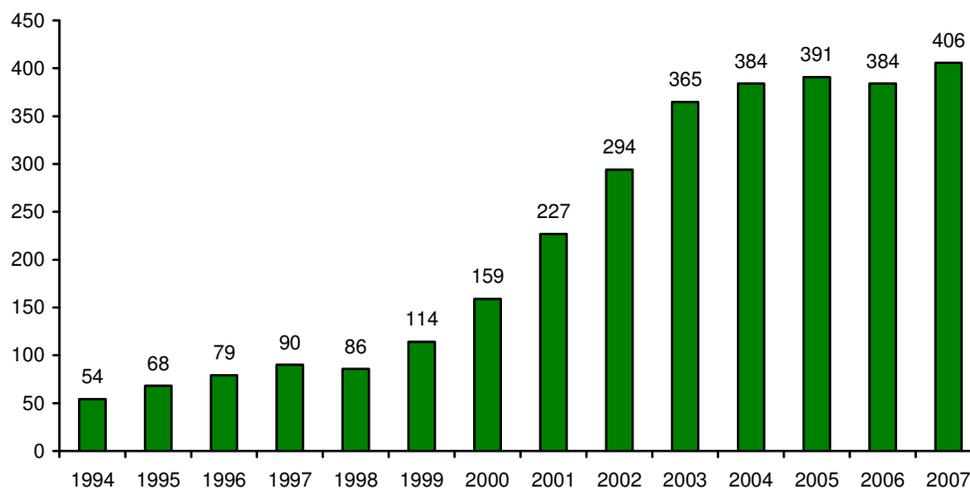


Fig. 18 Utenti alcolisti in carico ai Centri Alcolologici della provincia di Ferrara distinti tra "nuovi" e "già in carico". Periodo 2000-2007

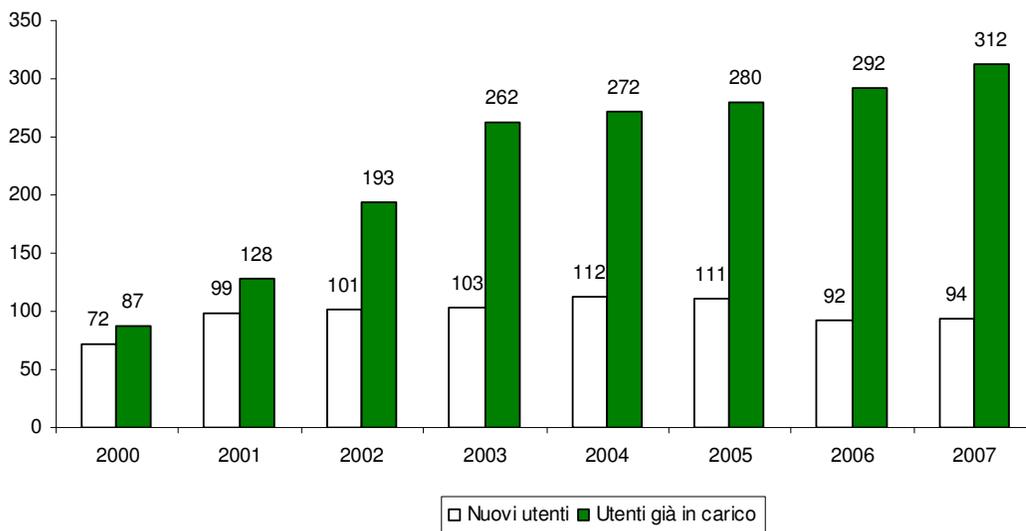


Fig. 19 Utenti alcolisti in trattamento presso i SerT della Provincia di Ferrara distinti per Distretto socio-sanitario

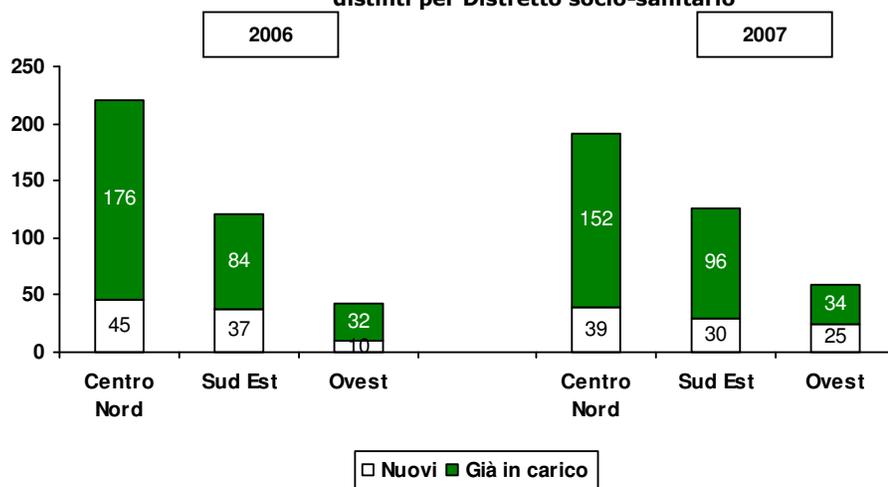
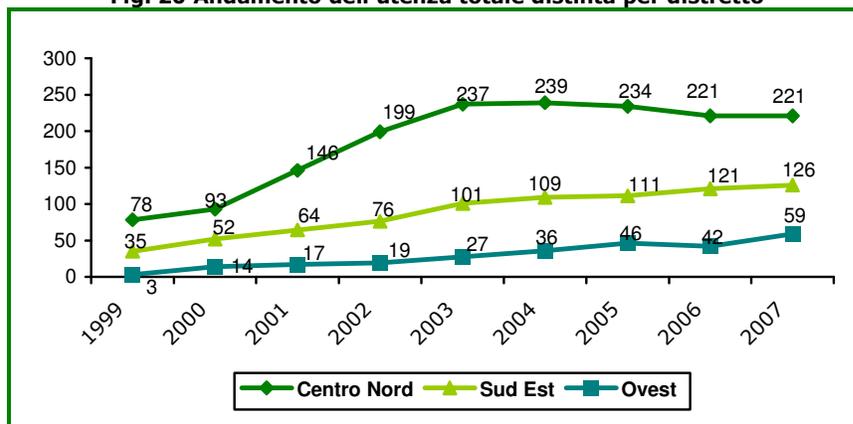


Fig. 20 Andamento dell'utenza totale distinta per distretto



Al fine di misurare la consistenza del consumo problematico di alcol nella popolazione è stato sperimentato un metodo di stima (esposto nel dettaglio nel capitolo 6 di questo rapporto)²⁸, che ha rilevato non solo l'utenza in carico ai Centri Alcologici, ma ha analizzato anche i ricoveri per problemi alcol correlati registrati negli ospedali pubblici e nelle case di cura private della provincia di Ferrara. La stima di prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati che ne risulta è di gran lunga superiore al dato proveniente dalla sola fonte dei Centri Alcologici. Infatti come si evince dalla tabella 6 il dato di prevalenza raggiunge il 2,56 soggetti ogni 1.000 residenti, con il distretto Centro Nord che si colloca al di sopra della media provinciale (2,97), il Sud Est in media con la provincia (2,57) e l'Ovest nettamente al di sotto con 1,60 ogni 1.000 abitanti.

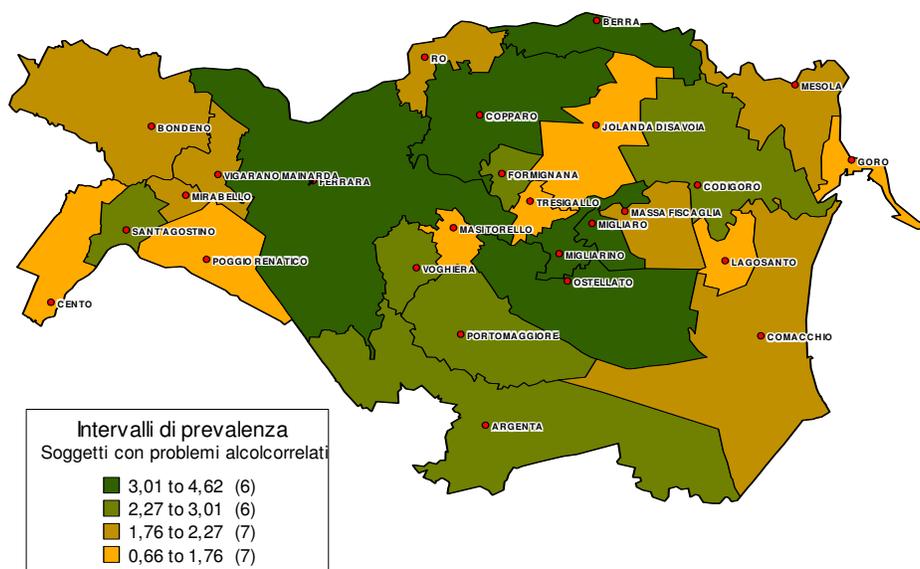
Tab. 6 Rapporto utenza alcolista SerT su popolazione target 15-64²⁹ e stima della prevalenza distinta per Comune di residenza. Anno 2006

Comuni	Totale utenti SerT residenti	Utenti SerT residenti su pop. target 15-64 per 1.000	Totale soggetti con problemi alcolcorrelati³⁰	Stima prevalenza soggetti con problemi alcolcorrelati	Nuovi utenti SerT residenti	Nuovi utenti SerT su pop. target 15-64 per 1.000
Ferrara	143	1,68	256	3,01	34	0,40
Masi Torello	1	0,66	1	0,66	0	0,00
Voghiera	7	2,86	7	2,86	3	1,23
Copparo	34	3,07	42	3,79	4	0,36
Ro	3	1,33	5	2,22	0	0,00
Berra	6	1,75	11	3,2	1	0,29
Jolanda di Savoia	0	0,00	3	1,48	0	0,00
Formignana	3	1,64	5	2,74	1	0,55
Tresigallo	4	1,34	5	1,68	1	0,34
Distretto Centro Nord	201	1,78	335	2,97	44	0,39
Argenta	24	1,73	36	2,6	10	0,72
Portomaggiore	16	2,10	22	2,89	3	0,39
Ostellato	6	1,39	14	3,25	3	0,70
Migliarino	8	3,31	10	4,13	3	1,24
Migliaro	5	3,30	7	4,62	1	0,66
Massafiscaglia	5	2,16	5	2,16	1	0,43
Comacchio	22	1,41	33	2,12	9	0,58
Lagosanto	3	1,00	5	1,67	1	0,33
Codigoro	16	1,96	24	2,94	3	0,37
Mesola	7	1,51	10	2,16	3	0,65
Goro	3	1,09	4	1,46	0	0,00
Distretto Sud Est	115	1,74	170	2,57	37	0,56
Cento	25	1,15	33	1,51	2	0,09
S.Agostino	8	1,82	10	2,27	3	0,68
Mirabello	3	1,36	4	1,81	0	0,00
Bondeno	3	0,31	17	1,76	1	0,10
Poggiorenetico	2	0,36	5	0,90	1	0,18
Vigarano Mainarda	7	1,55	8	1,77	2	0,44
Distretto Ovest	48	1,00	77	1,60	9	0,19
Provincia di Ferrara	364	1,60	582	2,56	90	0,40
Non residenti	15					

²⁹ Popolazione target al 31/12/2006

³⁰ Il totale dei soggetti con problemi alcolcorrelati è stato calcolato sommando agli utenti alcolisti dei Centri Alcologici SerT i soggetti residenti nella provincia di Ferrara ricoverati per problemi alcolcorrelati nei presidi ospedalieri pubblici e privati e rilevati tramite schede di dimissione ospedaliera.

Fig. 21 Tassi di Prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati per Comune di residenza



Le caratteristiche dell'utenza e i trattamenti:

dall'analisi del profilo dei pazienti che si rivolgono ai Centri Alcolologici, l'alcol dipendenza sembra ancora essere in prevalenza un problema legato a stili di vita maschili (68,5%), infatti per ogni utente femmina in carico si rivolgono al servizio 2,2 maschi (Regione 1:3 - Italia 1:3,3). In generale si può osservare che l'utenza in trattamento presso i servizi della provincia di Ferrara ha un'età media di 46 anni, segnale di un percorso individuale di dipendenza dall'alcol molto lungo prima di accedere ai servizi pubblici e quindi con problematiche sanitarie, psicologiche e sociali gravi.

Nelle persone alcol dipendenti di frequente si riscontra un consumo concomitante di più tipi di alcolici legati in genere ai diversi momenti della giornata: il vino durante i pasti, gli aperitivi e gli amari fuori pasto, la birra la sera. Pur confermando un policonsumo prevalente, tra gli utenti dei centri alcolologici è stata individuata la sostanza prevalente di consumo. Dal 1997 ad oggi la distribuzione della sostanza primaria consumata è rimasta sostanzialmente invariata: al primo posto il vino (68%), seguito dalla birra (16,5%

raddoppiato rispetto al 1997), dai superalcolici (10,8%) e aperitivi, amari, digestivi (4,4%).

Per quanto riguarda i **trattamenti terapeutici** emerge una prevalenza degli interventi medico-farmacologici ambulatoriali (59,6% nel 2006 e 63,7% nel 2007), seguiti dai trattamenti socio-riabilitativi (15,6%-14,4%) e dal counselling all'utente o alla famiglia (9,6%-8,5%). Nel 2007 si incrementano i trattamenti di psicoterapia individuale, infatti viene seguita dal 3,1% degli utenti (contro l'1,8% dell'anno precedente). Diversamente la psicoterapia familiare o di gruppo risulta meno seguita (7,6% nel 2006 e 5,2 nel 2007). I gruppi di mutuo aiuto restano stabili intorno al 3,2%. Dalla lettura dell'andamento dei trattamenti terapeutici attivati nel periodo 1997-2007 si rileva che l'intervento medico-farmacologico rimane quello maggiormente praticato nel tempo, associato alle attività di counselling e ai trattamenti socio-riabilitativi.

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

Fig. 22 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti alcolisti presso i Centri Alcologici nel 2006

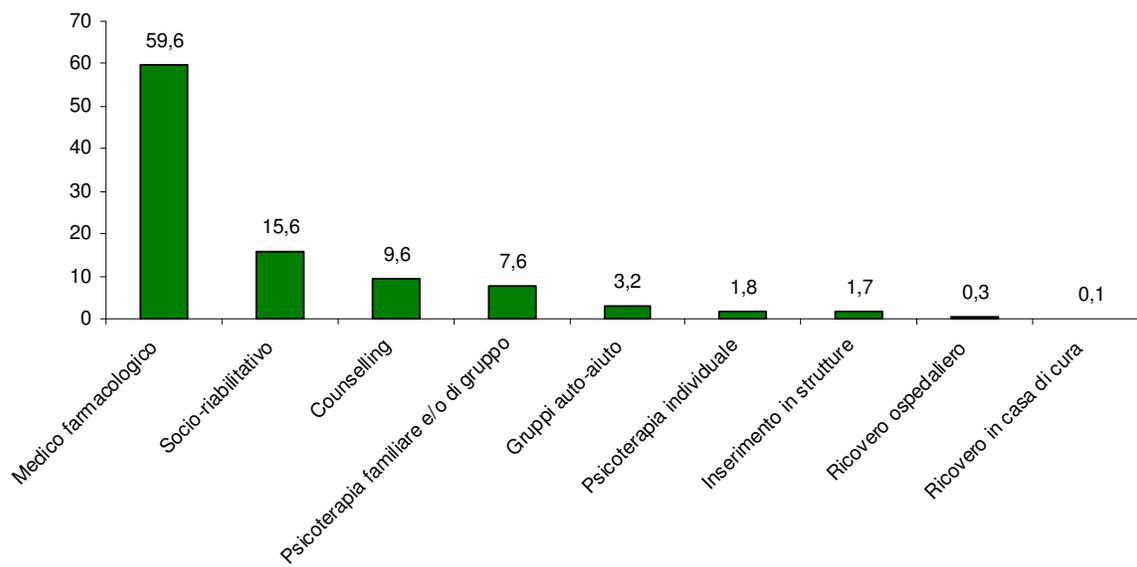
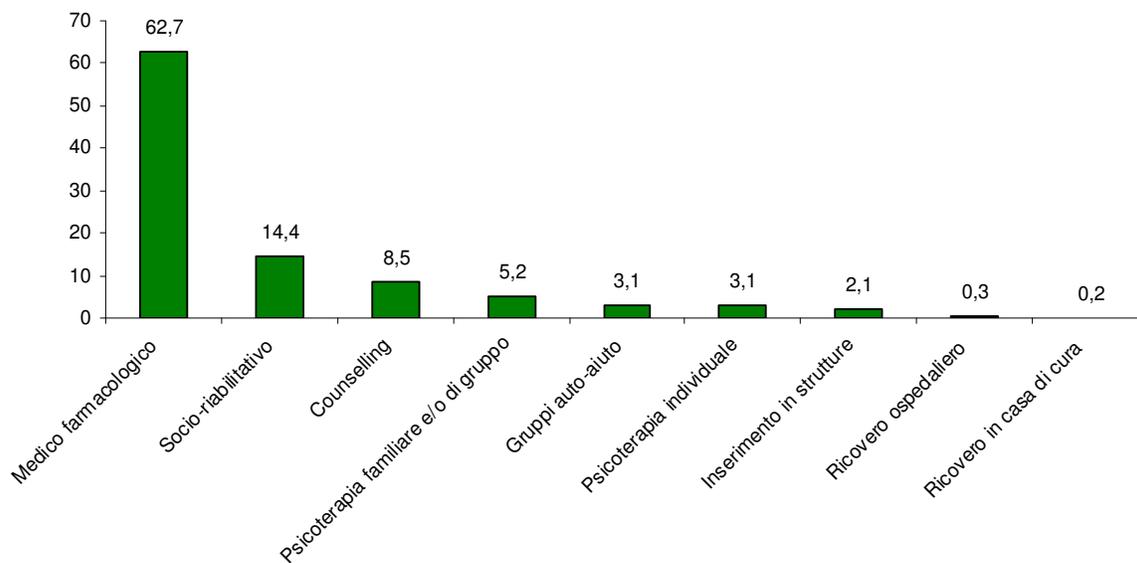


Fig. 23 Trattamenti terapeutici seguiti dagli utenti alcolisti presso i Centri Alcologici nel 2007



3. LE MALATTIE INFETTIVE CORRELATE ALL'USO DI DROGA

3.1 Introduzione

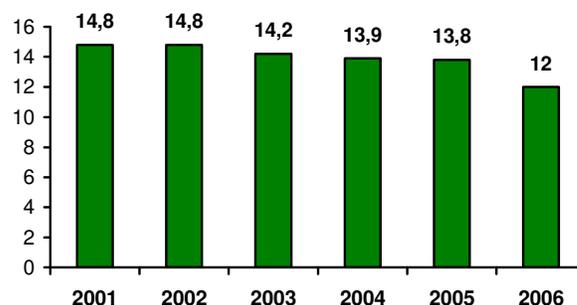
L'analisi degli effetti morbosi legati all'assunzione di eroina per via endovenosa costituisce un importante elemento per delineare la dimensione della gravità e della capacità invalidante della tossicodipendenza. Le patologie infettive **Hiv**, **Hcv** e **Hbv** costituiscono un fenomeno ricorrente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

3.2 La diffusione dell'infezione Hiv tra i soggetti afferenti ai SerT

Nel 2006, dai dati nazionali dei **SerT Italiani**, su 67.300 soggetti testati per la ricerca dell'Hiv sono risultati positivi il 12%. Questo dato conferma un decremento costante, seppur minimo, nei confronti degli anni precedenti (13,8% nel 2005). Analizzando i dati per sesso e per anzianità di rapporto con il SerT, si rileva che la percentuale di pazienti sieropositivi è più bassa nei nuovi ingressi di sesso maschile (3,9%) e più elevata in quelli già in carico di sesso femminile (19,7%).

Analizzando la serie storica per ogni sottogruppo di utenti, distinto in base al sesso e all'anzianità, si nota un andamento tendenzialmente decrescente della percentuale di sieropositivi; solamente nell'ultimo anno per i nuovi utenti si osserva un nuovo aumento. La percentuale di positività presenta una forte variabilità geografica passando da valori inferiori al 4% (Friuli-Venezia-Giulia, Molise, Campania, Calabria) a valori almeno del 30% per l'Emilia-Romagna, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Sardegna³¹.

Fig. 1 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hiv tra gli utenti testati presso i SerT italiani nel periodo 2001-2006



Il monitoraggio annuale degli utenti dei **SerT della Regione Emilia-Romagna**³² sottoposti al test Hiv, ha evidenziato nell'ultimo anno 877 soggetti positivi al test Hiv, di cui 30 nuovi utenti e 847 già in carico. Considerando tutti gli utenti in carico il 7% risulta essere affetto da Hiv (8,4% degli utenti già in carico; 1,2% dei nuovi utenti).

Anche nel contesto regionale, l'analisi dei risultati al test Hiv tra i nuovi utenti, evidenzia un trend in calo passando dal 13,7% nel 1991 al 1,2% nel 2006. Tale dato va letto nel quadro complessivo della diminuzione dell'incidenza della malattia nella popolazione generale.

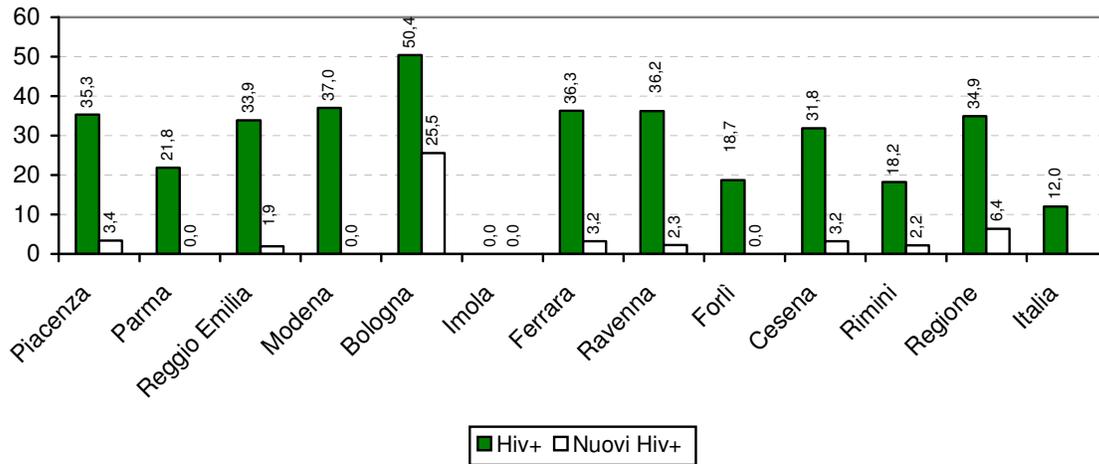
Va sottolineato che molti utenti non sono sottoposti al test dell'Hiv per cause diverse che vanno dal rifiuto per motivazioni personali, all'impraticabilità venosa che richiederebbe interventi più invasivi che non vengono accettati dal paziente.

³¹ Ministero della salute, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio VII, Tutela della salute dei soggetti più

vulnerabili. Rilevazione attività nel settore Tossicodipendenze. Anno 2006

³² Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, marzo 2008.

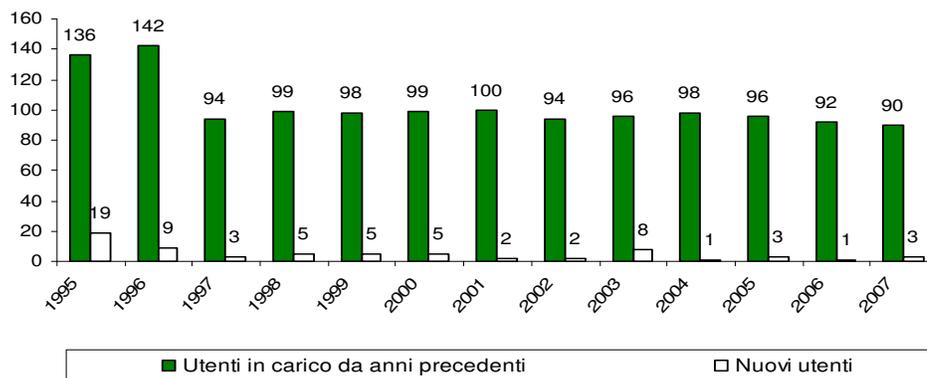
Fig. 2 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hiv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausi di provenienza. Anno 2006



Nella **provincia di Ferrara**, nel 2006, sono risultati positivi al test **Hiv** 92 soggetti dipendenti da eroina in carico da più di un anno, e 1 soggetto tra coloro che si sono rivolti per la prima volta al servizio. La distribuzione percentuale di utenti positivi all'Hiv, per anno di rilevazione, evidenzia

una flessione per gli utenti già in carico da anni precedenti passando dal 21% nel 1995 all'11,4% nel 2006 e 11,9% nel 2007. Nei nuovi utenti presi in carico si è passati dall'11,4% del 1995 allo 0,6% nel 2006 e all'1,4% nel 2007.

Fig. 3 Distribuzione annuale dei casi di positività al test Hiv tra gli utenti dei SerT della provincia di Ferrara distinti in nuovi utenti e già in carico



Da uno studio sulle sier conversionsi effettuato dagli operatori dei SerT e delle Comunità Terapeutiche della provincia di Ferrara è emerso che nel periodo di osservazione (dall' 1-1-2006 al 30-06-2007) si sono verificate 9 sier conversionsi da Hiv tra i soggetti in carico: 5 femmine con età media di 33 anni (min 25 max 41), e 4 maschi con età media di 37 anni (min 30 max 40), tutti già positivi all'Hcv. Si tratta di 6 soggetti con dipendenza patologica da eroina per via endovenosa, da 1 cocainomane per via endovenosa, e da 2

soggetti con utilizzo di cocaina o eroina per via parenterale. La durata media del tratta-

mento al momento della sier conversione è di 9 anni (min 2 max 19), al momento della conversione 7 erano in trattamento a metadone e 2 a buprenorfina. I fattori di rischio sono stati identificati per 2 soggetti nell'aver un partner tossicodipendente già hiv+, per 3 soggetti avere un partner tossicodipendente hiv+ e aver avuto esperienze di prostituzione o rapporti occasionali, per 2 soggetti aver avuto partner tossicodipendenti.

3.3 Il virus dell'Epatite C

Altra infezione su cui la prevenzione del rischio di contagio ha fatto molto è il virus dell'Epatite, soprattutto di tipo 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 nelle popolazioni di tossicodipendenti raggiunge percentuali oltre il 60%.

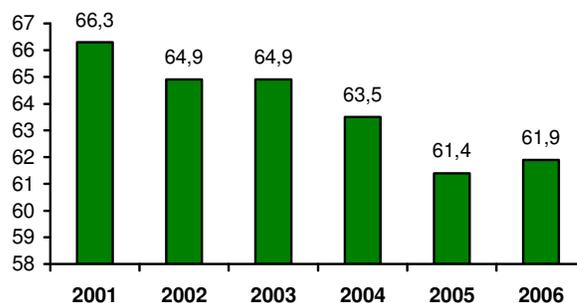
Nell'Unione europea l'infezione causata dal virus dell'epatite C è distribuita in maniera molto omogenea e mostra una prevalenza maggiore nei paesi membri. L'Osservatorio Europeo specifica che dai 60 studi effettuati in 17 paesi (6 paesi su 28 non trasmettono alcun dato) si evince una prevalenza degli anticorpi anti-Hcv tra campioni di tossicodipendenti per via endovenosa esaminati nel 2004-2005 di oltre il 60%.

Nonostante le politiche nazionali degli Stati membri siano diverse e riflettano la rispettiva situazione degli stupefacenti nel loro territorio nazionale emerge un consenso sempre più frequente sull'utilizzo degli elementi chiave indispensabili per dare una risposta efficace. Tra le risposte appropriate si annoverano un accesso migliorato ai servizi di trattamento antidroga, lo sviluppo di servizi a bassa soglia e la fornitura di strumenti sterili e di programmi educativi.

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

Nei **SerT italiani**³³ per quanto concerne la diffusione dell'infezione del virus dell'epatite C tra i pazienti, nel 2006 sono stati testati 78.212 soggetti (pari al 48,1% di tutti i soggetti presi in carico), il 62% dei quali è risultato positivo. L'infezione risulta essere meno diffusa tra i nuovi utenti rispetto agli utenti già in carico in entrambi i sessi, in particolare la positività è minima nei nuovi utenti maschi (31%) e massima negli utenti già in carico femmine (69,3%). Si conferma nel 2006 una maggiore diffusione dell'infezione nel sesso femminile, a differenza degli anni precedenti più recenti in cui non si osservava una forte influenza del sesso soprattutto negli utenti già in carico. Nell'ultimo triennio si ha una generale tendenza alla diminuzione della percentuale di positivi nelle femmine, sia nuove che già in carico, e una stabilizzazione della percentuale negli utenti maschi.

Fig. 4 Distribuzione percentuale dei casi di positività al test Hcv tra gli utenti SerT Italiani

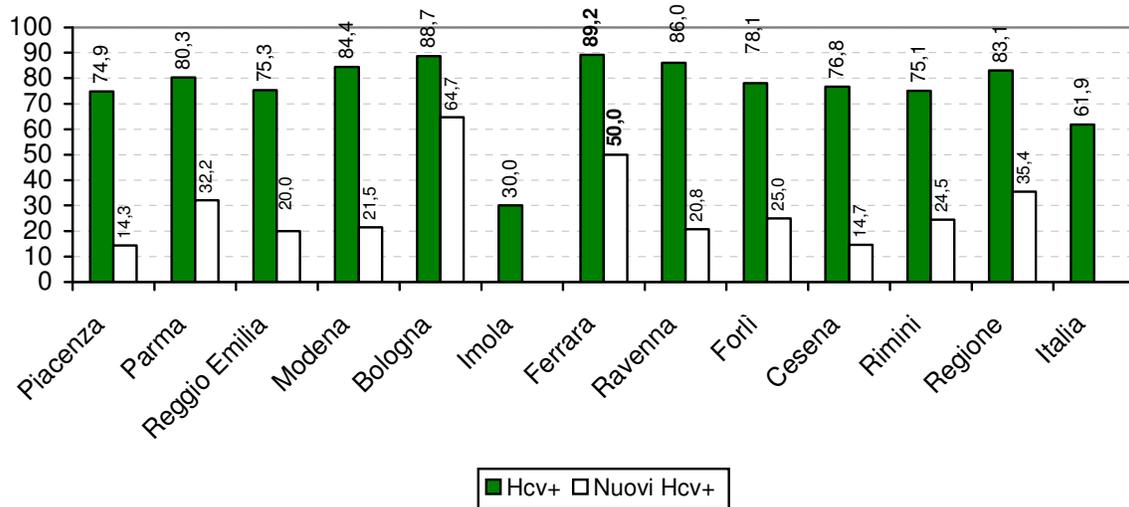


³³ Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili". Anno 2006.

Analizzando la distribuzione regionale dell'infezione si conferma la gravità della situazione infettiva della popolazione tossicodipendente dei servizi della **Regione Emilia-Romagna**, con una percentuale di positivi al test Hcv pari all'83% dei testati.

Dal 1998, anno di inizio della rilevazione della positività al test Hcv tra gli utenti SerT, si conferma il forte impatto di questa malattia infettiva nelle popolazioni osservate, passando dal 79,8% all' 85,7% nel 2000, fino all'83% del 2006.

Fig. 5 Distribuzione percentuale di positivi al test Hcv tra i nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza. Anno 2006



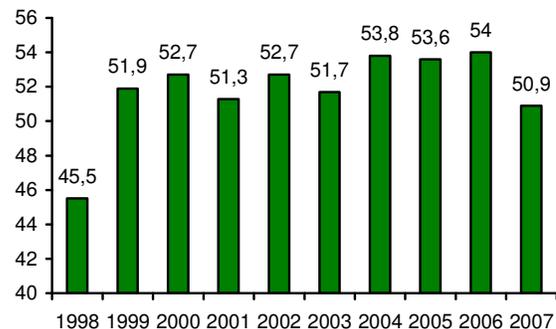
Nella **provincia di Ferrara** ormai da diversi anni si rileva un forte grado di diffusione dell'Hcv tra gli utenti della provincia di Ferrara, infatti se guardiamo solo ai dati degli ultimi tre anni vediamo che questa patologia interessava il 34,8% dei nuovi utenti testati nel 2004 e il 50% dei soggetti testati per la prima volta nel 2006. In termini assoluti nel 2006 sono 519 gli utenti che sono risultati positivi all'Epatite C e corrispondono al 54% degli utenti in carico. Nel 2007 si rileva un forte calo delle positività tra i nuovi utenti (9 casi contro i 20 casi dell'anno precedente) che va ad incidere sulla proporzione di positivi sul totale degli utenti in carico (50,9%).

Per quanto riguarda le **Sieroconversioni da Hcv**, dall'analisi qualitativa dei casi, effettuata dagli operatori del sistema dei servizi, si è osservato che le 6 sieroconversioni Hcv avvenute nel periodo di osservazione³⁴ hanno interessato 2 Femmine di 22 anni e 4 Maschi di 28 anni (min 26 max 29). Si tratta di pazienti in prevalenza con dipendenza patologica da eroina per via parenterale (5) e cocaina secondaria (di cui 3 ev). Un soggetto presentava una dipendenza da alcol

associata con cocaina inalata. Quattro pazienti sono risultati positivi alla presa in carico, mentre 1 si è sierconvertito dopo 2 anni e 2 dopo 6 anni dall'inizio del trattamento terapeutico.

Al momento della sieroconversione 2 erano in trattamento con metadone, 2 con subutex e 1 con antabuse. I fattori di rischio sono stati individuati nello scambio di siringhe (4 casi), e nei rapporti sessuali occasionali a rischio (2 casi).

Fig. 6 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hcv tra gli utenti SerT della provincia di Ferrara



³⁴ Dal 1-1-2006 al 30-6-2007

3.4 Le infezioni da Epatite B

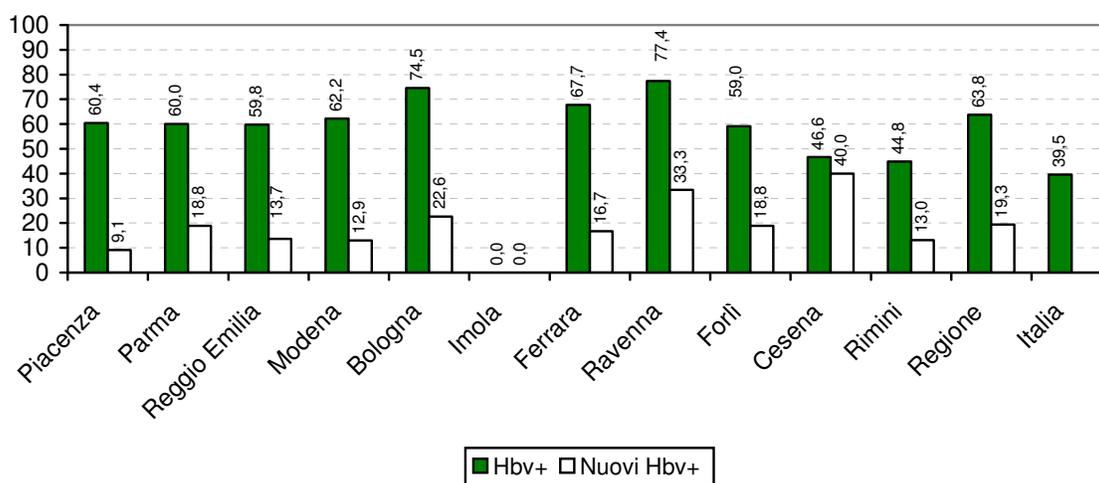
I dati rilevati a livello **nazionale** evidenziano un decremento nella diffusione dell'Epatite B (Hbv) tra i pazienti dei Servizi, infatti si è passati dal 51% del 1991 al 39,5% rilevato tra gli utenti testati nel 2006. Distinguendo l'utenza per sesso, si conferma una minore diffusione dell'infezione tra i nuovi utenti maschi (19,9%) e più elevata nelle femmine già in carico (46,8%).

Dai dati della **Regione Emilia-Romagna** del 2006, si conferma la gravità della situazione infettiva della popolazione tossicodipendente con tutte le possibili

implicazioni a livello di sanità pubblica. Infatti gli utenti positivi all'Epatite B rappresentano il 17,4% della popolazione in carico ai servizi, ma il 63,8% di coloro che si sono sottoposti al test.

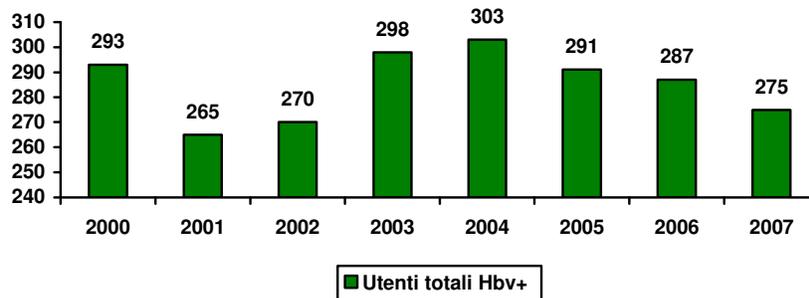
Dall'analisi geografica si rileva una forte variabilità dell'infezione nei pazienti, probabilmente dovuta a differenze legate ai programmi vaccinali dei territori di riferimento. Nel 2006 la **provincia di Ferrara** ha riportato percentuali di nuovi positivi rispetto ai testati (16,7%), al di sotto della media regionale (19,3%), contro Cesena, Ravenna e Bologna che registrano valori superiori al dato regionale.

Fig. 7 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hbv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza



Nota: nel totale degli utenti testati sono stati conteggiati anche i vaccinati.

Fig. 8 Distribuzione annuale dei casi di positività al test Hbv tra gli utenti SerT della provincia di Ferrara



3.5 Conclusioni

Ormai da diversi anni si rileva un forte grado di diffusione dell'Hcv tra gli eroinomani, è possibile che l'andamento in forte crescita dell'infezione sia imputabile da una lato alle caratteristiche del virus e dall'altro ai differenti stili di vita dei soggetti. Se infatti sembra essere stato recepito il messaggio di attenzione verso i comportamenti a rischio infettivo Hiv, non altrettanto è avvenuto nel caso dell'Epatite C, il cui virus è molto più resistente e contagioso, ma la cui centralità a livello di informazione sanitaria pubblica non risulta ancora efficace. Inoltre mentre per l'Epatite B in questi anni sono state attivate delle campagne vaccinali, accompagnate da interventi di sensibilizzazione delle famiglie ai temi dell'educazione sanitaria che hanno arrestato l'infezione, per l'Epatite C non esistono ancora vaccini efficaci

Anche per l'Hcv sarebbe probabilmente opportuno pensare all'attivazione di campagne di prevenzione che aumentino il livello di attenzione sociale sulle modalità di trasmissione dell'Epatite C e sui rischi che tale infezione comporta.

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 (HAART).

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 antiretrovirali³⁵.

Per affrontare il problema da Hiv non diagnosticata è stata pubblicata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità³⁶ una guida per poter aumentare il numero di persone che si sottopongono volontariamente al test Hiv. Nella guida si suggerisce agli operatori sanitari di adottare un approccio proattivo, raccomandando una visita medica volontaria periodica associata al test dell'Hiv e a un servizio di consulenza sulle malattie infettive.

Sul versante della sorveglianza delle malattie infettive è necessario sottolineare che per i Servizi per le tossicodipendenze della provincia di Ferrara è diventato obiettivo prioritario affiancare l'attività di cura a costanti interventi di sostegno e counselling per la prevenzione dell'Hiv e delle malattie sessualmente trasmesse.

In particolare è stata adottata una modalità organizzativa di screening Hiv, Epatite B e Epatite C attraverso la proposta del test a tutti i nuovi utenti e testando annualmente gli utenti già in carico.

³⁵ J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

³⁶ OMS/UNAIDS 2007, in Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione Annuale 2007.

4. LA MORTALITÀ ASSOCIATA ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE

4.1 La mortalità tra i tossicodipendenti: gli studi epidemiologici

In Italia la mortalità nelle popolazioni di tossicodipendenti è caratterizzata da una discreta variabilità territoriale, come risulta dall'analisi di alcuni gruppi di utenti in trattamento presso i SerT.

A partire dalla seconda metà degli anni '80, in queste popolazioni è stata rilevata una tendenza all'aumento temporale del rischio di mortalità generale in parallelo con lo sviluppo dell'epidemia di Aids, con sostanziali differenze tra le varie zone geografiche legate ai tempi dell'evoluzione dell'epidemia Hiv. Tale tendenza va tuttavia letta anche in relazione con le diverse strategie terapeutiche, col volume dello spaccio, con la diversa composizione delle sostanze. Infatti in alcuni studi nazionali anche la mortalità per overdose e per altre cause (oltre all'Aids) è in tendenziale aumento dalla seconda metà degli anni '80 fino all'inizio degli anni '90.

Inoltre in tutti gli studi il rischio di decesso nei tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale è altissimo. Ne consegue che questo gruppo di soggetti contribuisce per una parte consistente della mortalità nelle classi di età giovanili di entrambi i sessi.

Al fine di migliorare le strategie per interventi volti a prevenire il decesso, è stata approfondita la conoscenza della variabilità spaziale e temporale della mortalità nei tossicodipendenti e l'analisi dei suoi possibili predittori socio-demografici per trovare indicazioni sui determinanti dell'eccesso di rischio. Questo è stato possibile attivando un sistema di sorveglianza dell'andamento temporale della mortalità in relazione con il modificarsi delle strategie di trattamento, avvalendosi di un follow-up prolungato su tutti gli utenti dei SerT.

Ne è scaturito uno studio retrospettivo di mortalità³⁷ promosso dalla Regione Emilia-Romagna sui soggetti tossicodipendenti da

eroina per via endovenosa afferenti ai SerT delle province di Piacenza, Modena e Ferrara. Nel periodo di osservazione che è andato dal 1975 al 1995, si è configurato un rischio di mortalità generale elevatissimo, in linea, soprattutto per i maschi, con quanto pubblicato da altri studi ed ancora più elevato nelle femmine. In termini di sopravvivenza osservata infatti, la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento era dell'80%; dei soggetti seguiti per 15 anni, il 35% era deceduto alla fine del follow-up. Date le classi di età prevalentemente giovani coinvolte, non è da ritenersi molto elevata la mortalità attesa sulla base del rischio di decesso nella popolazione generale. Inoltre, una importante frazione di quest'ultima è a sua volta attribuibile agli stessi tossicodipendenti. L'andamento per periodo presenta due fenomeni rilevanti:

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

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

L'analisi multivariata dei determinanti socio-demografici della sopravvivenza ha messo in luce alcuni importanti caratteri associati con una più alta mortalità. Il soggetto tossicodipendente a maggior rischio di decesso è un maschio che ha iniziato l'uso continuativo della droga prima dei 20 anni, è entrato in contatto con il SerT negli anni 90, è stato preso in carico in età relativamente matura ed ha avuto problemi con la giustizia.

³⁷ L. Ciccolallo, G. Morandi, R.M. Pavarin, C. Sorio, E. Buiatti, La mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna ed i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale, *Epidemiologia e Prevenzione*, 24,2,2000

L'aggiornamento dello studio di coorte sulla mortalità³⁸ dei tossicodipendenti da eroina in carico ai SerT effettuato nelle province di Ferrara e Modena per il periodo 1975 - 1999, mette in luce percentuali più elevate di decessi totali nel periodo 1994-96, con un picco nel 1996 (12,4%). Lo stesso andamento si riscontra considerando separatamente i maschi e le femmine, anche se queste ultime sperimentano un picco di decessi nel 1994 (13,7%). La mortalità complessiva evidenzia differenze di genere tra i diversi periodi di osservazione. Nei maschi presi in carico nel primo periodo i tassi si presentano elevati (33,2‰ - IC 19,3-47,1), mentre decrescono per gli arruolati nel decennio 1985-94, per poi accentuarsi nei presi in carico nell'ultimo quinquennio (37,4‰ - IC 15,0-59,8). Nelle femmine si osserva un tasso di mortalità di 15,6‰ (IC 10,9-20,2) per il primo periodo con un decremento significativo nell'ultimo quinquennio di arruolamento (7,3‰ - IC 1,4-13,1). In particolare la mortalità per Aids è elevata per i soggetti arruolati nel periodo 1975-84 (18,4‰ IC 7,5-29,2), mentre sembrerebbe diminuire nei soggetti presi in carico nel periodo 1995-99 (3,6‰ IC 0,8-6,3).

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

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

La coorte di Ferrara, presenta un eccesso di mortalità per Aids (10,9‰ IC 6,3-15,4) e traumatismi e avvelenamenti (11,2‰ IC 0,0-28,5) più marcato rispetto alla coorte di

Modena (rispettivamente 9,1‰ IC 4,6-13,6 e 2,0‰ IC 1,3-2,7). La curva di sopravvivenza di Kaplan-Meier degli eroinodipendenti stratificata per genere e troncata a 20 anni dalla presa in carico del soggetto mostra differenze di genere significative. Le femmine osservate a tutti gli intervalli temporali evidenziano una sopravvivenza maggiore rispetto ai maschi: a 20 anni dall'inizio del trattamento il 68% delle femmine sopravvive contro il 60% dei maschi.

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

I risultati del modello semiparametrico di Cox confermano un rischio di morte significativamente più alto nei maschi rispetto alle femmine (HR: 1,45 IC 1,12-1,88). Una diminuzione significativa nel rischio di morte è osservata per i soggetti arruolati nella prima metà degli anni '90 rispetto alla categoria annuale di riferimento 1975-1984 (HR: 0,66 IC 0,48-0,91 negli anni 1990-1994).

Il rischio di morte aumenta significativamente all'aumentare dell'età di inizio di un programma terapeutico presso il SerT con riferimento ai soggetti di età inferiore ai 25 anni, incrementando più del doppio negli eroinodipendenti con età superiore ai 35 anni (HR: 2,57 IC 1,52-4,36). Con riferimento alle variabili socio-economiche, i tossicodipendenti disoccupati risultano essere significativamente più a rischio di morte rispetto a quelli con un lavoro regolare (HR: 1,32 IC 1,07-1,62), così come gli eroinomani con nessun titolo di studio o con la sola licenza elementare sono più a rischio rispetto a quelli con almeno otto anni di studio (HR: 1,40 IC 1,03-1,90). Perde invece significatività statistica la provincia di residenza, l'età di primo uso e la posizione giudiziaria.

³⁸ 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

4.2 Il monitoraggio della mortalità tra i tossicodipendenti

Nel corso del tempo la mortalità rilevata tra i tossicodipendenti della Regione Emilia-Romagna che hanno seguito almeno un trattamento presso i SerT, dopo un'impen-nata dal 1992 al 1996, ha registrato un trend in calo con due piccole riprese nel 2000 e nel 2004.

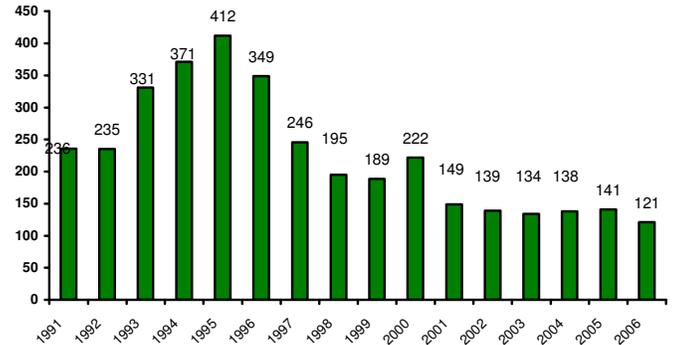
L'andamento delle cause di morte per periodo presenta due fenomeni rilevanti: negli anni 90 esplode l'epidemia di mortalità per Aids, con 105 decessi registrati nel 1991 e 220 nel 1995, che manifesta una tendenza al ridimensionamento a partire dal 1998 (44 casi di decesso).

L'andamento della mortalità dovuta ad intossicazione acuta da overdose dopo il picco massimo toccato nel 1995 con 125 decessi, registra una progressiva diminuzione delle morti.

Dal 2001 il quadro di insieme si modifica: oltre a ridursi drasticamente la mortalità per overdose in relazione a progetti specifici per la prevenzione delle morti, l'introduzione della terapia antiretrovirale ad alta attività³⁹ e le campagne informative nazionali e locali portano ad una riduzione della morbilità e della mortalità dovute al virus Hiv. Nel 2006 infatti per la prima volta dopo più di dieci anni, anche se con dati notevolmente ridimensionati, l'overdose torna a superare l'Aids come numero di casi osservati.

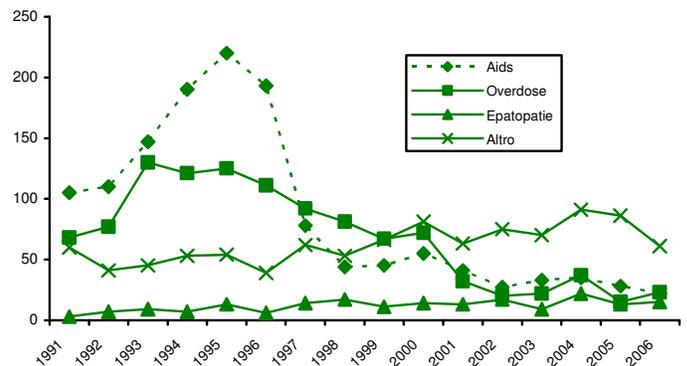
L'ultimo periodo di osservazione depone per una modificazione del rischio di morte per le cause "tradizionali", e indica nuovi segnali da tenere sotto controllo relativi al leggero incremento della mortalità associata ad epatopatie che, se letta in relazione all'infezione Hcv tra gli utenti SerT, suggerisce l'attesa di un trend in espansione nei prossimi anni.

Fig. 1 Mortalità totale osservata tra i tossicodipendenti che hanno seguito almeno un trattamento presso i SerT regionali secondo l'anno del decesso. Periodo 1991-2006. Valori assoluti



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

Fig. 2 Cause di morte degli utenti tossicodipendenti. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

³⁹Terapia HAART introdotta per la prima volta nel 1997

Dal punto di vista del peso delle **singole cause**, si confermano Aids, overdose, epatopatie ed incidenti traumatici come principali componenti della mortalità proporzionale osservata. Si segnala inoltre, in conformità con gli studi nazionali e regionali, un rischio di mortalità per tumore. L'Aids e l'overdose continuano ad essere, anche se con proporzioni diverse rispetto al passato, le prime cause di morte tra gli utenti dei SerT. Nel 2006 i decessi per Aids sono stati 22 a livello regionale, pari al 18,2% delle morti; nel 1995, anno che risente maggiormente del picco epidemico, erano state 220 pari al 53,4%.

L'overdose da oppiacei è una delle cause principali di morte tra i giovani in Europa, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile delle zone urbane.⁴⁰ La maggior parte dei decessi dovuti al consumo di oppiacei è causata dall'eroina, benché spesso siano state individuate anche altre sostanze potenzialmente implicate, in particolare alcol, benzodiazepine o altri oppiacei e, in alcuni paesi europei, la cocaina. La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose è di sesso maschile, con un'età media nella maggior parte dei paesi di 35 anni. Anche nella Relazione al Parlamento 2006⁴¹ si conferma questa differenza di genere, infatti negli ultimi 6 anni, dal rapporto tra i tassi di mortalità per overdose nei due sessi, si evidenzia un rischio per i maschi che va dal 10% all'80% in più rispetto alle femmine. A livello nazionale dal 2001 l'età media alla morte è progressivamente aumentata: infatti se all'inizio del periodo considerato circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%. Nel quadro nazionale la Regione Emilia-Romagna nel 2006 si colloca al terzo posto a livello nazionale per numero assoluto di decessi per overdose: 23 casi pari al 19%. La mortalità acuta per droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile, infatti si contano 22 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne (in Italia 10:1) e colpisce i soggetti intorno ai 37 anni (min 31 - max 52), contro un'età media alla

morte della popolazione totale osservata che si attestata sui 41 anni nel 2006 (min 21 - max 62; Dev. Std. 7,50).

Sul territorio regionale il rischio di mortalità per overdose associata al consumo di eroina per via endovenosa ha trovato il picco massimo nel periodo 1993-1996 con oltre 100 casi di decessi annui (il 1993 è l'anno con il maggior numero di morti: 130 pari al 39,3%), per poi decrescere gradualmente dal 1997 al 2006 (23 decessi).

Diversamente la mortalità per Aids sembra non discriminare per sesso, e colpisce i soggetti ad un'età media di 44,7 anni (min 33 - max 55).

Da studi nazionali è emerso che le epatopatie derivate dall'infezione cronica da virus dell'epatite C sono divenute una causa sempre più importante di mortalità tra i tossicodipendenti in generale ma soprattutto tra i pazienti Hiv positivi, con infezione parenterale da Hcv. Anche nella popolazione regionale la mortalità associata alle malattie del fegato ha un incremento esponenziale passando dai 3 casi registrati nel 1991 ai 15 casi del 2006 (12,4%) e diventa la terza causa di morte a pari merito con gli incidenti traumatici. L'età media al decesso è di 43 anni contro i 35 della mortalità per incidente stradale.

Analisi geografica: Pur nell'ambito regionale relativamente omogeneo, si conferma una variabilità territoriale della mortalità in questa popolazione, con tassi standardizzati più elevati a Bologna, Modena e Ravenna soprattutto legati all'overdose e all'Aids. In questo ultimo anno Ravenna e Bologna registrano il numero massimo di casi di mortalità acuta per overdose e per Aids a livello regionale. Ferrara rileva il maggior numero di casi osservati di epatopatie e incidente traumatico.

A fronte di un elevato impatto della mortalità, Ravenna e Ferrara hanno invece una posizione intermedia relativamente alla prevalenza stimata di utilizzatori problematici di sostanze.

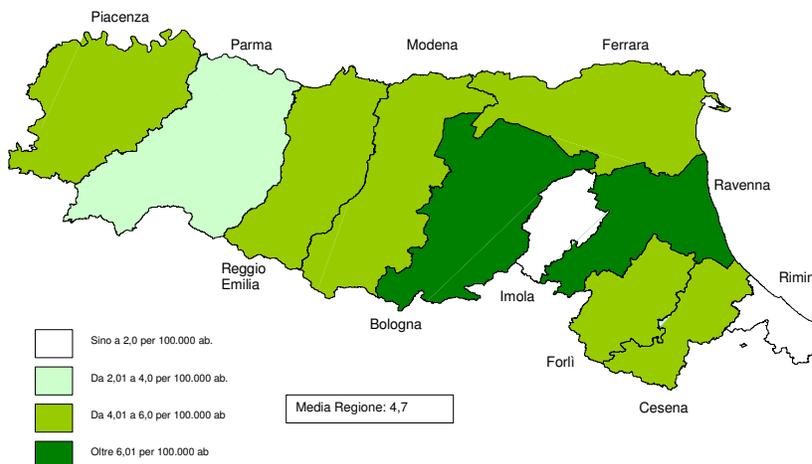
⁴⁰ OEDT, Relazione annuale 2007, Evoluzione del fenomeno della droga in Europa, Lisbona, 2007.

⁴¹ Ministero della Solidarietà Sociale, Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2006, Roma, 2006

La classificazione dei territori delle Aziende Usl della Regione Emilia-Romagna in base ai tassi di mortalità standardizzati colloca Ravenna, Ferrara, Bologna, Piacenza e Modena tra le aree che, rispetto alle altre, presentano valori al di sopra della media

regionale nel 2005. Nel 2006, tenuto conto della instabilità dei dati a disposizione che trovano conferma nell'anno successivo alla rilevazione, emergono le realtà territoriali di Ravenna, Ferrara e Piacenza per tassi superiori al 5 per 100.000.

Fig. 3 Tassi di mortalità standardizzati per 100.000 residenti distinti per Ausl. Anno 2005



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

Tab. 1 Tassi di mortalità tra i tossicodipendenti dei SerT delle Aziende Usl. Anni 2005-2006. Popolazione standard 15-64: Italia 2001

	2005			2006		
	Casi di decesso residenti	Tassi di mortalità grezzi *100.000	Tassi di mortalità Standardizzati ⁴² *100.000	Casi di decesso residenti	Tassi di mortalità grezzi *100.000	Tassi di mortalità Standardizzati ¹ *100.000
Piacenza	9	5,1	5,3	11	6,2	5,4
Parma	10	3,7	3,5	11	4,1	3,9
Reggio Emilia	15	4,6	4,3	9	2,7	2,6
Modena	22	5,0	5,0	7	1,6	1,5
Bologna	37*	7,0	6,1	26*	4,9	4,5
Imola	0	0	0	2	2,5	2,0
Ferrara	12	5,3	5,3	15	6,6	6,4
Ravenna	18	7,6	7,1	19	8,0	7,1
Forlì	5	4,3	4,2	3	2,6	2,6
Cesena	6	4,6	4,2	2	1,5	1,5
Rimini	2	1,0	0,9	5	2,6	2,4
Regione	136	5,0	4,7	109	4,0	3,7

* I dati di mortalità del 2006 sono provvisori in quanto non ancora verificati e quindi potrebbero risultare sottostimati.

⁴² I tassi standardizzati calcolati su un numero di casi di morte inferiore a 4 sono instabili e quindi non riflettono in maniera precisa la situazione

Tab. 2 Decessi osservati tra i Tossicodipendenti in carico distinti per causa di morte. Confronto tra provincia di Ferrara e regione Emilia-Romagna. Anni 2005-2006

	2005		2006	
	Ferrara	RER	Ferrara	RER
Overdose	2	15	1	23
Aids	4	28	2	22
Epatopatie	1	13	5	15
Incidenti traumatici	0	19	3	15
Malattie Apparato respiratorio	0	1	0	1
Malattie Apparato digerente	0	2	1	0
Malattie Sistema circolatorio	1	11	0	1
Tumore	2	6	0	6
Avvelenamenti	0	2	0	0
Omicidio	0	1	0	0
Suicidio	0	8	1	8
Altro	3	25	0	17
Causa sconosciuta	0	10	2	13
Totale	13	141	15	121

Fig. 4 Distribuzione annuale dei casi di mortalità totale tra gli utenti SerT della provincia di Ferrara. Periodo 1995-2007

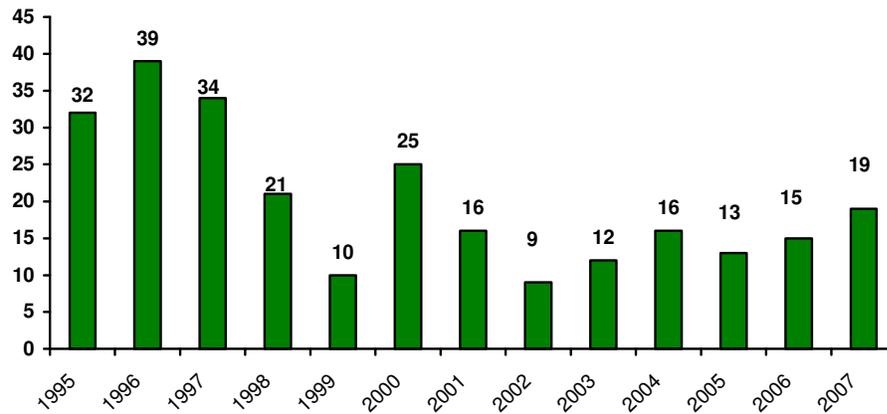
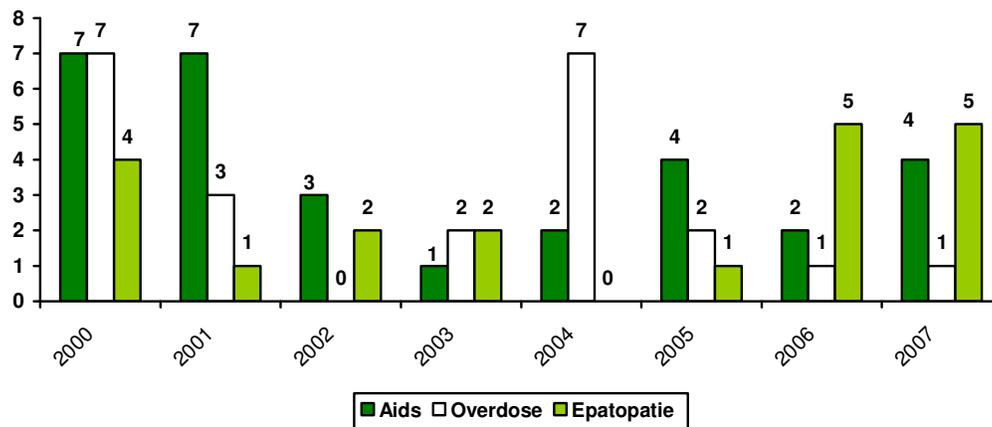


Fig. 5 Distribuzione annuale dei casi di mortalità per Aids, Overdose ed Epatopatie tra gli utenti SerT della provincia di Ferrara. Periodo 2000-2007



4.3 La Mortalità tra gli alcolisti

Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità, ogni anno in Italia circa 24.000 decessi sono associati all'alcol e riguardano più di 17.000 uomini e circa 7.000 donne. Si evidenzia un tasso di mortalità di 35 decessi su 100.000 abitanti per i maschi e di 8,4 decessi per le donne attribuibili all'alcol. Circa il 10% di tutti i decessi registrati nel corso di un anno sono da ritenersi morti prematuri causate dall'alcol (l'11% di tutti i decessi tra i maschi e il 5,2% tra le donne): decessi evitabili parzialmente o totalmente a fronte di un minore consumo di alcolici.

In Italia le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti. Per i decessi da cirrosi epatica, il 47,7 % per i maschi e il 40,7% per le donne sono attribuibili all'alcol; analogamente, il 26,3% e l'11,4 % di tutti i decessi che riconoscono la causa di morte in un incidente sono alcol-correlati. Il 5,3% di tutti i tumori maligni maschili ed il 3% di quelli femminili è attribuibile all'alcol.

In Emilia-Romagna le cause di morte che presentano la più elevata frequenza sono i tumori (20,5%), la cirrosi epatica (17,9%), le malattie del sistema circolatorio (14,1%) e gli incidenti (10,2). I tumori sono la prima

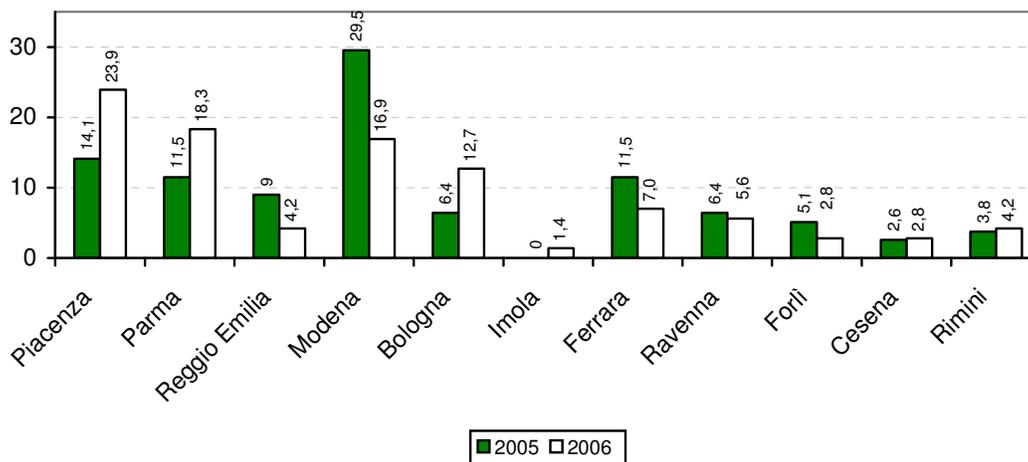
causa di morte nei soggetti alcolodipendenti e colpiscono mediamente intorno ai 60 anni. I decessi per epatopatie colpiscono il 78,6 % dei maschi e il 21,4% delle donne ad un'età media di 55 anni; la mortalità per incidente traumatico ha interessato l'87,5 dei maschi e il 12,5 delle femmine con un'età media totale di 46 anni con un minimo di 23 anni ed un massimo di 62.

Nel 2005 sul territorio regionale nelle aree geografiche che rappresentano le Aziende Usl si vedono i tassi di mortalità grezzi più elevati a Piacenza (4,7 per 100.000), Modena (3,8 per 100.000) e Ferrara (2,9 per 100.000), legati soprattutto ad epatopatie e tumore.

Nel 2006 Piacenza, Parma e Modena registrano il numero massimo di casi di mortalità acuta per epatopatie e tumori a livello regionale. Bologna rileva il maggior numero di casi osservati di malattie del sistema circolatorio.

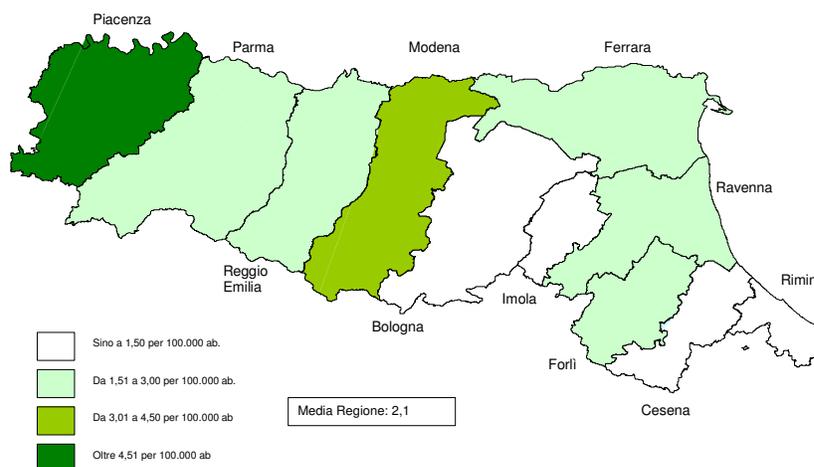
Nel 2006, tenuto conto della instabilità dei dati a disposizione che trovano conferma nell'anno successivo alla rilevazione, i tassi di mortalità confermano la maggior incidenza nelle realtà territoriali di Piacenza, Parma e Modena con tassi compresi tra il 6,8 e il 2,1 per 100.000.

Fig. 6 Mortalità proporzionale distinti per Azienda Usl. Anni 2005-2006



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

Fig. 7 Tassi grezzi di mortalità tra gli alcolisti distinti per Ausl. Anno 2005



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze

Tab. 3 Tassi grezzi di mortalità tra gli alcolodipendenti dei SerT delle Aziende UsI. Anni 2005-2006

	Casi di decesso residenti 2005	Tassi di mortalità grezzi *100.000 (pop. Ausl 31.12.2005)	Casi di decesso residenti 2006*	Tassi di mortalità grezzi *100.000 (pop. Ausl 31.12.2006)
Piacenza	11	4,7	16	6,8
Parma	9	2,5	13	3,7
Reggio Emilia	7	1,7	3	0,7
Modena	21	3,8	12	2,1
Bologna	5*	0,7	9*	1,3
Imola	0	0	1	0,9
Ferrara	9	2,9	5	1,6
Ravenna	5	1,6	4	1,3
Forlì	4	2,6	2	1,3
Cesena	2	1,2	2	1,2
Rimini	3	1,2	3	1,2
Regione	76	2,1	70	1,96

* I dati di mortalità del 2006 sono provvisori in quanto non ancora verificati e quindi potrebbero risultare sottostimati.

Nella popolazione seguita dai Centri Alcolologici dei SerT della provincia di Ferrara si sono registrati 5 casi di morte nel 2006 contro i 9 del 2005. L'età media al decesso nel 2006 è di 55 anni. Le cause principali sono: epatopatie, incidenti traumatici, tumori, malattie del sistema circolatorio. Nel 2007 sono stati rilevati 9 decessi (2 femmine e 7 maschi) in prevalenza per tumore. L'età media totale al decesso è di 56 anni.

Tab. 4 Decessi tra gli utenti alcolisti della provincia di Ferrara distinti per causa di morte. Anni 2005-2007

	2005	2006	2007
Epatopatie	1	1	0
Incidenti traumatici	0	1	1
Malattie Apparato digerente	0	0	1
Malattie Sistema circolatorio	2	1	1
Tumore	4	1	2
Overdose	1	0	0
Suicidio	1	1	1
Altro	0	0	3
Totale	9	5	9

4.4 Conclusioni

Dai risultati dello studio nazionale⁴³, VedeTTE al quale hanno partecipato i SerT delle Aziende Usl di Ferrara e Bologna, volto a valutare l'efficacia degli interventi effettuati dai SerT italiani nel trattamento della tossicodipendenza da eroina, la chiave di volta della protezione dalla mortalità acuta da overdose sembra essere rappresentata dalla ritenzione in trattamento.

Nel periodo di osservazione di 26 mesi, su una coorte nazionale di 10.376 tossicodipendenti, si sono verificati 190 decessi, il 36,8% è stato causato da overdose.

Tra i tossicodipendenti usciti dal trattamento il rischio di morte per overdose è 11 volte quello rilevato tra coloro che vi sono rimasti. Il rischio di morte per overdose è più elevato nei primi 30 giorni dall'uscita dal trattamento, in seguito all'alta frequenza di ricadute nell'uso di eroina. Se il rischio di morire è pari all'1 per 1.000 durante il trattamento, nel primo mese dall'uscita questo sale a 23 per 1.000. Il fattore predittivo più significativo della ritenzione in trattamento è il tipo di terapia, con una minore ritenzione per le terapie orientate all'astinenza e per le quali il rischio di abbandono è di tre volte più alto rispetto al mantenimento con metadone ad elevati dosaggi.

Indipendentemente dal tipo di terapia, la ritenzione risulta maggiore nei trattamenti integrati; inoltre l'assenza di una psicoterapia e, più in generale di un trattamento psicosociale associato, raddoppia il rischio di lasciare il trattamento.

In conclusione lo studio VedeTTE ha evidenziato l'importanza della durata del trattamento nel prevenire la morte.

In secondo luogo è senz'altro evidente che l'epidemiologia della infezione da Hcv tra i tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna stia dimostrando un progressivo incremento delle nuove infezioni.

Dalla letteratura emerge che non si è ancora chiarito in modo definitivo quale sia la naturale evoluzione della infezione/malattia da virus Hcv. 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. Da studi nazionali ed internazionali emerge che le epatopatie costituiscono la seconda causa di morte tra i pazienti con infezione da Hiv. La co-infezione da Hcv rappresenta infatti la più frequente causa di danno al fegato nel paziente con infezione da Hiv. Quanto tempo richieda tale evoluzione non è determinato, ma dipende dall'intervento di co-fattori di danno tra i quali la presenza di concomitanti infezioni (co-infezioni), quali infezioni da virus dell'epatite B o da virus dell'immunodeficienza umana (Hiv) e il consumo anche moderato di alcol.

In considerazione dell'elevata incidenza della co-infezione Hiv e Hcv in tutto il mondo, lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche più efficaci e di linee guida per la gestione ottimale di questi pazienti rappresenta un obiettivo importante per il futuro.⁴⁴

Infine il potenziamento di interventi rivolti alla riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali possono contribuire ad aumentare la consapevolezza e prevenire la guida in condizioni di forte rischio per la salute.

⁴³ M. Ferri, A.M. Bargagli, F. Faggiano et al., Mortalità in una coorte di tossicodipendenti da eroina arruolati presso i SerT in Italia, 1998-2001, *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 5, 2007.

⁴⁴ J .K. Rochstroh, U. Spengler, *Lancet Infect Disease*, n. 4, 2004.

5. STUDIO SULL'ESITO DEI TRATTAMENTI IN SOGGETTI CON USO PRIMARIO DI COCAINA IN CARICO AI SERT

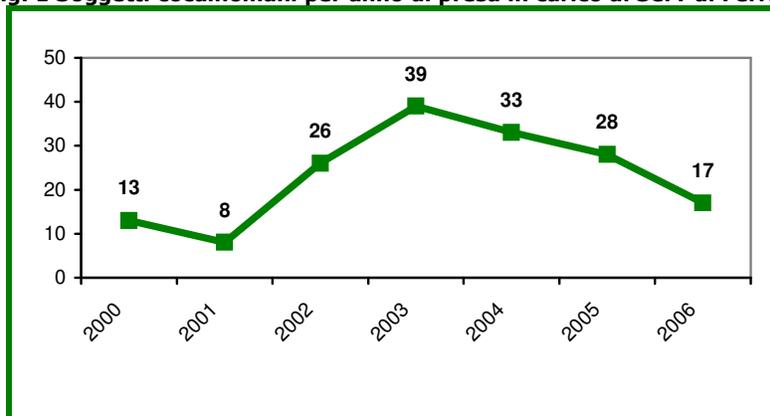
5.1 Introduzione

Dall'analisi dei dati sulle dipendenze in Emilia-Romagna, è emersa una rilevante e progressiva crescita dell'uso problematico di cocaina e psicostimolanti nell'utenza SerT, passando dal 6,3% nel 2000 al 15,7% nel 2006. Lo stesso fenomeno si riscontra anche nei dati nazionali e in quelli dell'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze. Molte indicazioni ne fanno presumere una ben più elevata diffusione nella popolazione giovanile e non solo, benché questi consumatori mostrino una scarsa propensione all'accesso ai servizi. Ai fini di una corretta ed efficace programmazione delle politiche e degli interventi in materia di prevenzione all'uso e abuso di sostanze psicostimolanti, la Regione Emilia-Romagna ha considerato prioritario promuovere uno studio sul fenomeno di incremento nell'uso di cocaina e sull'esito dei trattamenti al fine di delineare possibili interventi di elezione. Lo studio sui consumatori problematici di cocaina, è il primo studio retrospettivo multicentrico condotto in Emilia-Romagna, e ha l'obiettivo di valutare l'efficacia dei trattamenti offerti dai SerT per la dipendenza da cocaina. Questo articolo presenta i primi risultati emersi dall'analisi descrittiva dell'utenza dei servizi dell'Azienda Usl di Ferrara. Si tratta di una riflessione preliminare utile per

portare a conclusione l'analisi complessiva della coorte che si prevede terminata entro il 2008. La finalità dichiarata considera che i risultati dello studio abbiano una significativa ricaduta sia a livello regionale che locale e porteranno ad una migliore conoscenza delle dimensioni e caratteristiche del fenomeno attraverso un approfondimento sulla evoluzione della domanda di trattamento negli ultimi sette anni. Inoltre l'analisi delle risposte terapeutiche offerte dai servizi permetterà di focalizzare la riflessione sui risultati ottenuti in termini di efficacia dei trattamenti.

Lo studio ha arruolato i nuovi utenti presi in carico dai SerT nel periodo che va dal primo gennaio 2000 al 31 dicembre 2006, che presentavano al momento dell'inclusione una diagnosi di dipendenza, abuso o consumo problematico di cocaina/crack (anche in presenza di altre sostanze in posizione di secondo piano per rilevanza clinica), compresi i soggetti in carcere, in Strutture Terapeutiche e i non residenti nel territorio di competenza. Sono stati esclusi dallo studio i soggetti già in carico negli anni precedenti, i soggetti con sostanza primaria diversa dalla cocaina e tutti i casi per i quali non era ricostruibile il minimo di informazioni rilevate all'interno del sistema informativo regionale sulle dipendenze (SistER).

Fig. 1 Soggetti cocainomani per anno di presa in carico ai SerT di Ferrara



5.2 Il profilo dei soggetti in carico presso i SerT per uso di cocaina

La popolazione in studio analizzata in questo articolo è costituita da 164 soggetti con consumo problematico o dipendenza da cocaina, che si sono rivolti ai SerT dell'Azienda USL di Ferrara.

La composizione per sesso vede una prevalenza di uomini (86% contro il 14% di donne), l'età media al momento dell'arruolamento è stata di 31 anni (minimo 17 anni - massimo 50, Dev. Std.=6,96, M=31 F=30). Si tratta di una popolazione che per il 69,5% è celibe o nubile contro il 16,5% di sposati o conviventi e il 10,4% separato o divorziato. Solo il 7,9% è rappresentato da utenti stranieri, mentre l'81,1% è residente in provincia di Ferrara. Il titolo di studio più

frequente è la licenza di scuola media inferiore (64,6%), seguito dal 28% con il diploma di scuola media superiore o università. La situazione occupazionale si differenzia significativamente dalle caratteristiche della nuova utenza totale in carico ai SerT regionali: infatti il 70,7% degli utenti con abuso di cocaina ha un lavoro regolare, il 12,2% è disoccupato e il 2,4% ha un lavoro saltuario. Il 37,8% degli utenti arruolati nello studio ha avuto problemi con la giustizia (14% denunce o condanne, 23,8% carcere o misure alternative), il 58,5% ha avuto un invio coatto (carcere o prefettura) contro il 37,2% che si è rivolto al servizio volontariamente o su indicazione di altre persone o servizi.

Tab. 1 Caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti con sostanza primaria cocaina

	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
Soggetti distinti per Sesso		
Maschi	141	86.0
Femmine	23	14.0
Totale	164	100.0
Nazionalità		
Italiana	151	92.1
Straniera	13	7.9
Età alla presa in carico del servizio		
15-19	6	3.7
20-24	20	12.2
25-29	49	29.9
30-34	44	26.8
35-39	26	15.9
>39	19	11.6
Residenza		
In provincia	133	81.1
Fuori provincia	31	18.9
Stato civile		
Celibe/Nubile	114	69.5
Coniugato/a	27	16.5
Separato/Divorziato/Vedovo	17	10.4
Non noto	6	3.7
Livello d'istruzione		
Nessuno/elementari	10	6.1
Media inferiore/professionale	106	64.6
Media superiore/laurea	46	28.0
Non noto	2	1.2
Condizione lavorativa		
Lavoro regolare	116	70.7
Saltuario	4	2.4
Disoccupato	20	12.2
Condizione non professionale	6	3.7
Sospesa causa forza maggiore	16	9.8
Non noto	2	1.2
Rapporti con la giustizia		
Incensurato	18	11.0
Denunce/Condanne	23	14.0
Carcere/Misure alternative	39	23.8
Non noto	84	51.2

Una parte della popolazione osservata, oltre ad assumere la cocaina da sola, la associa ad altre sostanze (56 soggetti pari al 34,1%). Le sostanze secondarie principali sono i cannabinoidi (55,4%) e l'alcol (21,4%). Complessivamente i soggetti poliassuntori sono risultati 4 pari al 2,4%, associano alla cocaina l'alcol e la cannabis, oppure amfetamine, ecstasy o eroina. Rispetto alla frequenza d'uso della sostanza primaria il 36,6% degli utenti è stato diagnosticato 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.

Il 23,2% ha dichiarato un consumo occasionale, ossia una o più volte al mese, e il 40,2% un uso frequente che va da una volta a settimana fino al consumo quotidiano.

La modalità d'assunzione prevalente della cocaina è quella sniffata (74,4%), seguita dal 12,8% di soggetti che scelgono di fumarla, e dal 6,7% che la inietta.

Tab. 2 Caratteristiche di consumo dei soggetti distinti per canale di invio

	Prefettura		Carcere		Autonomo	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Totale	71		25		61	
Tipo di consumo						
Solo cocaina	51	71,8	19	76,0	32	52,5
Cocaina con sostanza secondaria	20	28,2	5	20,0	26	42,6
Poliassuntori	0	0	1	4,0	3	4,9
Frequenza di assunzione alla presa in carico						
Astinente	33	46,5	19	76,0	8	13,1
Occasionale	25	35,2	1	4,0	10	16,4
Frequente	13	18,3	5	20,0	43	70,5
Modalità di assunzione						
Endovenosa	2	3,0	3	12,5	6	9,8
Nasale/sniffata	52	78,8	19	79,2	45	73,8
Fumata/inalata	10	15,2	1	4,2	9	14,7
Altro	2	3,0	1	4,2	1	1,6
Sostanza secondaria d'abuso						
Alcol	1	5,0	1	16,7	9	31,0
Amfetamine	0	0	0	0	2	6,9
Cannabinoidi	16	80,0	1	16,7	14	48,3
Eroina	0	0	3	50,0	2	6,9
Ecstasy	2	10,0	1	16,7	1	3,4
Crack	0	0	0	0	1	3,4
Altro	1	5,0	0	0	0	0
Totale	20	100,0	6	100,0	29	100,0

5.3 L'esito dei Programmi terapeutici

In fase di rilevazione dei dati sono stati estrapolati da SistER tutti i programmi terapeutici aperti dalla data di presa in carico di ciascun soggetto fino al 31/12/2006, con i relativi trattamenti erogati. Successivamente sono stati differenziati i soggetti sulla base del numero, della durata dei programmi seguiti e della tipologia di trattamento. Infine è stato associato l'esito ai rispettivi programmi conclusi.

In linea generale, i dati sui trattamenti non evidenziano l'adozione di una strategia privilegiata d'intervento ma illustrano una

molteplicità di soluzioni. Esaminando i primi programmi conclusi dagli utenti i percorsi terapeutici sono eterogenei per abbinamenti e numerosità di singole terapie: da utenti che hanno svolto solo un tipo di trattamento a utenti che ne hanno seguiti anche sei, da utenti che non hanno mai ripetuto lo stesso trattamento a utenti che l'hanno ripetuto due volte e più. Al fine di leggere ed interpretare una tale elevata distribuzione di trattamenti è stato necessario delineare gli approcci e le prassi terapeutiche prevalenti nei diversi servizi.

I percorsi terapeutici offerti ai pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara iniziano dalla fase di osservazione e diagnosi effettuata dal medico e dallo psicologo, seguita dalla definizione di un trattamento terapeutico che può essere distinto in 5 macro segmenti.

Il primo percorso è stato predisposto per i soggetti inviati dalla Prefettura per un programma terapeutico obbligatorio (26,2%): in questo caso l'intervento prevede colloqui e attività di sostegno sociale ed educativo associati a controlli periodici dello stato di salute e al monitoraggio dei metaboliti urinari per la ricerca delle sostanze di abuso.

La seconda offerta terapeutica propone colloqui di consultazione e sostegno psicologico, orientamento alla famiglia associati a controlli dello stato di salute e urinari (19,5%); oppure colloqui di consultazione psicologica integrati con colloqui di sostegno educativo e/o interventi che rispondono a bisogni di tipo sociale

quali: inserimento lavorativo, formazione professionale, prestazioni socio-economiche (12,8%).

Il terzo percorso prevede la psicoterapia individuale (9,1%) come fase propedeutica all'ingresso nei gruppi di psicoterapia ad approccio cognitivo comportamentale.

Il quarto percorso si indirizza ai soggetti in carcere (12,8%) con trattamenti in prevalenza di sostegno psicologico e/o di tipo socio-educativo.

Infine una piccola quota di pazienti segue un *trattamento residenziale* in strutture riabilitative convenzionate con il SerT, che non esclude nella scelta del percorso la terapia farmacologica (1,8%).

Nell'arco dei sette anni di osservazione il 90,2% dei pazienti ha seguito un solo programma terapeutico che si è sviluppato per il 23,8% dei casi in un solo trattamento, per il 20,7% dei soggetti in due trattamenti, per il 42,7% in tre o più trattamenti.

Fig. 2 Tipologie di trattamento relative ai primi programmi conclusi (completati, interrotti, terminati)

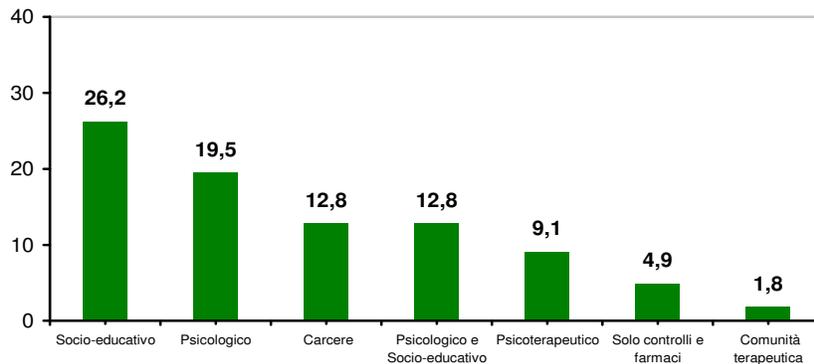
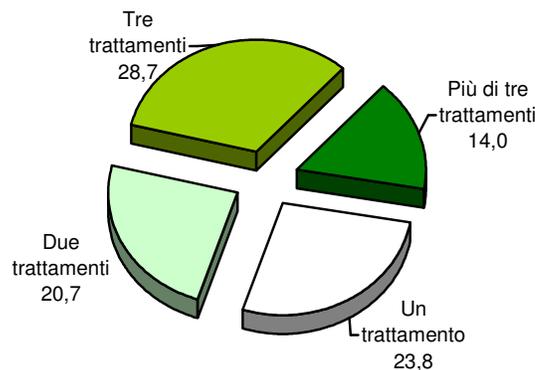


Fig. 3 Numero di trattamenti attivati all'interno del primo programma terapeutico. Valori %



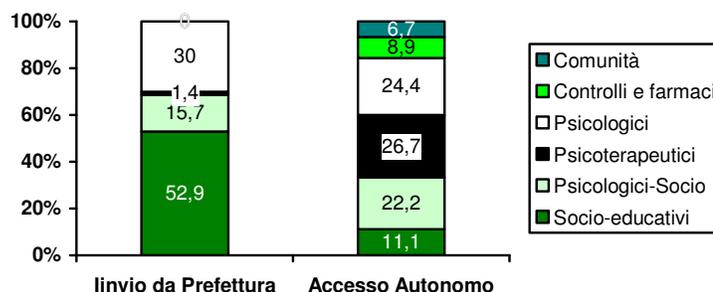
Relativamente alla capacità dei 5 SerT analizzati di offrire trattamenti appropriati ai pazienti cocainomani va evidenziato che l'esito del primo programma si è concluso positivamente per 85 soggetti (51,8%), si è interrotto per 28 utenti (17,1%) ed è in corso per 21 (12,8%).

Il 39,3% dei primi programmi interrotti, ha una durata che va da circa 6 mesi fino ad 1 anno con una durata media che si attesta sui 9 mesi. I programmi terapeutici completati sono mediamente più brevi (circa 8 mesi), con una prevalenza nelle classi modali che vanno da 3 mesi a un anno (76%).

Tab. 3 Caratteristiche dei Programmi terapeutici

	Freq.	%
Numero programmi terapeutici seguiti		
Un solo programma	148	90.2
Due programma	15	9.1
Più di due programmi	1	0.6
Esito primo programma terapeutico		
Completato	85	51.8
Interrotto	28	17.1
Terminato	27	16.5
In corso	21	12.8
Altro	3	1.8
Durata primo programma terapeutico interrotto		
<=90	4	14.3
91-179	6	21.4
180-364	11	39.3
>=365	7	25.0
Durata media	290 gg.	
Durata primo programma terapeutico completato		
<=90	7	8.2
91-179	28	32.9
180-364	37	43.5
>=365	13	15.3
Durata media	241 gg.	

Fig. 4 Soggetti distinti per tipologia di programma terapeutico seguito e per canale di invio.



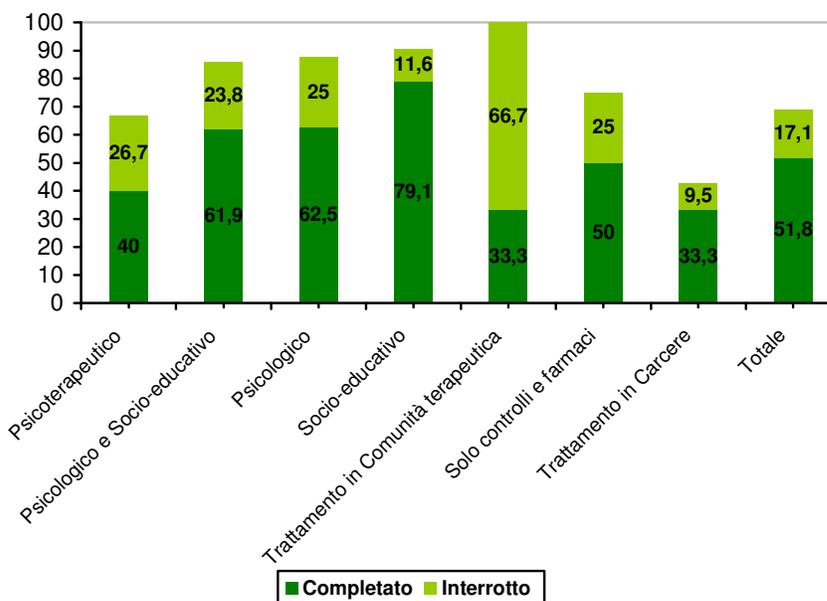
Tab. 4 Esito dei Programmi terapeutici conclusi distinti per canale di invio

	Prefettura		Carcere		Autonomo	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Numero programmi						
Un solo programma	69	97,2	24	96,0	49	80,3
Due programmi	2	2,8	1	4,0	11	18,0
Più di due programmi	0	0	0	0	1	1,6
Esito primo programma						
Completato	62	87,3	7	28,0	11	18,1
Interrotto	4	5,6	2	8,0	21	34,4
Terminato	3	4,2	10	40,0	13	21,3
Altro	1	1,4	2	8,0	0	0
In corso	1	1,4	4	16,0	16	26,2

I trattamenti che hanno un esito completato proporzionalmente al di sopra del valore medio complessivo sono risultati: i socio-educativi (79,1%), i trattamenti psicologici (62,5%) e gli integrati

psicologici e socio-educativi (61,9%). Specularmente le maggiori interruzioni si sono registrate nei trattamenti in comunità terapeutica (66,7%) e nei trattamenti farmacologici non integrati (25%).

Fig. 5 Trattamenti terapeutici distinti per esito. Valori %



5.4 Conclusioni

I risultati preliminari sembrano evidenziare che il trend dell'accesso dei pazienti cocainomani ai SerT registri una flessione a partire dal 2005. Questo dato è preoccupante sia se confrontato con le stime sull'andamento dei consumi di cocaina così come emergono dagli studi europei e nazionali che descrivono uno scenario in continua espansione, sia se riferito alle attese strategiche della Regione Emilia-Romagna che con la Direttiva 1533

della fine del 2006 chiede una decisa riconversione del sistema dei servizi per facilitare l'incontro con una potenziale domanda finora largamente inespressa. Tuttavia è importante rilevare che, nonostante la capacità di attrazione dei servizi sembri risentire del cambiamento del target di utenza, la risposta terapeutica raggiunge gli obiettivi di appropriatezza della cura su una buona parte dell'utenza.

Bibliografia

1. Camposeragna A. (a cura di), Revisione della letteratura, Istituto Superiore di Sanità, 2005
2. De Angeli M., Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome nelle tossicodipendenze, 3. Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, 2001
4. EMCDDA literature reviews, Treatment of problem cocaine use: a review of the literature, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007.
5. Garuti C., Furba P., et al., Caratteristiche e percorsi

6. Ministero della salute Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze, Anno 2006
7. National Treatment Agency for Substance Misuse, Treating cocaine/crack dependence, August 2002
8. Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2006 sulle dipendenze in Emilia-Romagna, 2006

6. STIMA DELLA PREVALENZA DI SOGGETTI CON PROBLEMI ALCOL CORRELATI NELLA PROVINCIA DI FERRARA

6.1 Premessa

Il consumo di alcol rappresenta indubbiamente un problema rilevante che spesso si traduce in gravi conseguenze sulla salute dei soggetti, costituendo quindi un problema di sanità pubblica. Appare di notevole interesse osservare e stimare questo fenomeno attingendo a fonti che non siano soltanto costituite dai dati SerT.

E' nell'ottica di una lettura integrata ed efficace del territorio regionale che è stato avviato il Progetto Regionale "Costruzione di un sistema informativo sui problemi alcol correlati in Emilia Romagna".

Obiettivo di questo progetto è quello di fare un quadro e una stima del fenomeno alcolismo nella regione Emilia Romagna attraverso un'analisi dei dati relativi ai soggetti che nel corso del 2005 sono venuti in contatto con Centri Alcolologici territoriali ed Ospedali per problemi alcol correlati allo scopo di completare e integrare la conoscenza del fenomeno.

Presentiamo in questo articolo la dimensione complessiva del fenomeno nella provincia di Ferrara, sia per quanto riguarda la stima della prevalenza sia per quanto riguarda le caratteristiche dei soggetti.

Nella prima fase lo studio ha analizzato i soggetti in relazione al tipo di servizio contattato evidenziando le differenze tra l'utenza dei Centri Alcolologici e quella dei servizi ospedalieri.

Per quanto riguarda i Ricoveri ospedalieri sono stati presi in esame i soggetti dimessi dagli ospedali pubblici e privati convenzionati della regione Emilia Romagna con almeno una diagnosi di dimissione con codice ICDX⁴⁵ connesso a problemi alcol correlati ed i residenti in regione ricoverati in altre strutture extraterritoriali con le medesime diagnosi.

Sono stati inoltre esaminati gli archivi relativi ai soggetti presi in carico dai Centri Alcolologici della provincia di Ferrara selezionando i soggetti presi in carico come

alcolisti e i tossicodipendenti con concomitante abuso di alcol.

A partire dai casi arruolati nello studio si è proceduto all'analisi dell'utenza dei Centri Alcolologici, dei ricoveri ospedalieri, alla definizione del bacino di utenza, all'elaborazione della prevalenza e alla stima del numero oscuro.

6.2 Analisi del territorio

Il territorio della provincia di Ferrara si caratterizza per la presenza di pochi insediamenti urbani concentrati, e la più estesa superficie pianeggiante con una conseguente dispersione della popolazione. Infatti tra i 26 comuni complessivi solo quattro hanno una popolazione superiore ai 20.000 abitanti (Ferrara, Cento, Comacchio e Argenta), raccogliendo il 60% dei residenti totali. Il territorio restante si caratterizza per un elevato numero di centri abitati di piccole dimensioni e bassa densità di popolazione. La popolazione complessiva al primo gennaio 2007 era di 353.304 abitanti, insediati su una superficie di Km² 2.632, con una densità media di 134,20 abitanti per Km², fra le più basse in regione. I 26 comuni sono articolati in tre distretti socio-sanitari: il distretto Ovest con una superficie di 413 Km² e una densità di popolazione pari a 173,4; il distretto Centro Nord che si distribuisce su una superficie di 887 Km² e raggiunge una densità di abitanti per Km² pari a 198,8 e il distretto Sud Est con la più estesa superficie (1330 Km²) e la densità di popolazione più bassa (76,6).

La struttura della popolazione mostra l'indice di vecchiaia più alto a livello regionale (251,71 contro 180,15), con una popolazione giovanile che raggiunge il 10,7% rispetto al 12,6% della regione Emilia-Romagna. La popolazione con età compresa tra i 15 e i 64 anni è di 226.964, quella compresa tra i 65 anni e oltre gli 80 è di 90.418, lo strato che va da 0 a 15 anni è costituito da 35.922 residenti.

⁴⁵ I dati sono stati raccolti attraverso la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Il distretto Ovest raccoglie la popolazione più giovane con un'età media di 45,4 anni, contro i 46,9 anni del distretto Sud Est e i 48,1 del Centro Nord. La popolazione adulta con età compresa tra i 15 e i 64 anni rappresenta il 64,9% della popolazione totale ed è equamente distribuita tra i distretti.

Ferrara continua a rimanere la provincia emiliana con il più basso tasso di crescita demografica, pur mostrando segnali di inversione di tendenza. Il progressivo calo demografico provinciale osservato negli ultimi 20 anni e solo da ultimo corretto è riconducibile soprattutto a un saldo naturale⁴⁶ fortemente negativo (-2.200 persone/anno pari a ¼ dell'intero deficit del saldo naturale regionale). L'inversione di tendenza del bilancio demografico è legata sostanzialmente all'afflusso migratorio.

Il livello di istruzione della popolazione viene utilizzato come *proxy* di variabili più complesse come il livello culturale o la condizione di benessere e nel campo della salute costituisce uno dei fattori più potenti nel discriminare, e quindi prevedere, i comportamenti. L'istruzione e la conseguente conoscenza, e consapevolezza dei fattori che incidono sullo stato di salute, sono le armi migliori contro le malattie e la morte a tutti i livelli. Inoltre le persone meno istruite usano in modo meno appropriato le strutture sanitarie.

La provincia di Ferrara presenta ancora un lieve disallineamento del tasso di scolarizzazione della popolazione, che si va progressivamente riducendo con l'assottigliamento delle classi di età a minor scolarizzazione. La disomogeneità territoriale è ancora più evidente esaminando l'indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo nei 26 comuni: tutti i comuni con indice superiore all'11,5% sono collocati nel basso ferrarese.

Ferrara presenta un basso indice di povertà. L'ultima indagine sulla povertà effettuata nel 2003 dal Servizio Statistica del Comune di Ferrara segnala la presenza del 5,7% di famiglie al di sotto della soglia di povertà relativa (in Emilia-Romagna sono il 4,3% e in Italia il 10,6%, secondo l'indagine nazionale sulla povertà ISTAT 2003). L'incidenza della povertà assoluta a livello nazionale è del 4,2% delle famiglie, nel comune di Ferrara risulta pari all'1,6% delle famiglie. La povertà soggettiva, che

considera la percezione dello stato di disagio, stabilita non in base a criteri oggettivi come il reddito o i consumi, è risultata pari al 61,2%, prossima alla media italiana del 60,7%.

Per quanto riguarda la situazione epidemiologica le prime cause di morte nella provincia di Ferrara sono rappresentate, in entrambi i sessi, da malattie cardiovascolari e tumori, sia pure con differenze legate al sesso: nei maschi la prima causa di morte è il tumore del polmone; mentre nelle donne il tumore della mammella è la quarta causa di morte. L'esame della mortalità effettuato considerando i grandi gruppi di cause conferma come prima causa di morte nei maschi il gruppo dei tumori, mentre nelle femmine le malattie circolatorie. Le malattie respiratorie sono la terza causa di morte in entrambi i sessi. Il quarto posto vede i traumatismi nei maschi e le malattie dell'apparato digerente (cirrosi) nelle femmine. La mortalità per malattie dell'apparato digerente, tra le quali è preminente la cirrosi epatica, mostra un'accentuazione a partire dal 2004 con una differenza rispetto alla media regionale statisticamente significativa.

La prevalenza dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari è stata oggetto di un'apposita indagine campionaria nell'Azienda USL di Ferrara. Dallo studio è emersa una stima della prevalenza di esposizione al rischio fumo per il 48,4% dei soggetti intervistati, e all'alcool con il 13,1% di bevitori ad alto rischio (maschi > 14 unità alcoliche/settimana; femmine > 7 unità alcoliche/settimana) e l'86,9% di bevitori a minor rischio. Il primo risultato emerso dall'indagine è dato dall'esigua proporzione di ferraresi che non sono esposti ad alcun fattore di rischio per malattie cardiovascolari: solo 13-14.000 persone su 244.000.

Relativamente al consumo di alcol, da uno studio⁴⁷ sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi, condotto nel 2005, è emerso che il 77% dei residenti nella provincia di Ferrara, di età compresa tra i 18 e i 79 anni, dichiara di bere alcolici (79% Emilia-Romagna; 75% Italia-Ossfad 2001). Il 69,2% beve vino almeno una volta la settimana; il 40,1% ogni giorno (53,9% Maschi; 27,1% Femmine); il 46,3%

⁴⁶ Differenza tra nati e morti

⁴⁷ A. De Togni, P. Pasetti (a cura di), In linea con la salute, Ferrara, Ottobre, 2005.

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

Da uno studio sugli stili di vita e i comportamenti di consumo, condotto su un campione di 1.373 studenti delle scuole medie superiori della provincia di Ferrara⁴⁸, è emerso che il consumo di bevande alcoliche interessa il 70,6% dei ragazzi intervistati (il 68,3% degli studenti del quarto anno e il 58,2% del secondo anno). I ragazzi che manifestano un consumo frequente (quasi ogni giorno; una o più volte la settimana), sono in prevalenza maschi (38,8% vs 21,3% delle femmine), frequentanti il IV° anno degli istituti tecnici e professionali, residenti nei distretti Sud est e Centro nord. Questo cluster predilige il consumo di birra, che risulta fortemente legato ai contesti di fruizione sociale del tempo libero. In discoteca la birra viene sostituita da aperitivi alcolici e superalcolici, che vengono consumati principalmente nei fine settimana (27% dei ragazzi del IV° anno li consuma una o più volte la settimana). Il consumo episodico coinvolge in misura maggiore le studentesse (34,3%) del IV° anno senza differenze tra i diversi istituti. Questo cluster di giovani si caratterizza per una maggiore sperimentazione di prodotti, nel senso che le ragazze bevono meno, ma cambiano tipo di bevanda a seconda dell'occasione (in discoteca, alle feste tra amici, con il fidanzato).

La maggioranza degli intervistati dichiara di bere soprattutto in compagnia degli amici (62,1%) o del fidanzato (11,8%) soprattutto le ragazze.

Il 60% degli studenti del IV° anno (contro il 40,9% di quelli di II°), sia maschi che femmine, dichiara che la quantità massima di alcolici giornaliera in grado di determinare danni fisici o psichici rilevanti va da 3 a 6 bicchieri. La bassa percezione del rischio connesso al bere si riverbera

sugli episodi di eccedenza nel consumo, infatti il 53,1% dei ragazzi del quarto anno e il 36% di quelli del secondo anno dichiarano di essersi ubriacati almeno una volta negli ultimi sei mesi.

L'offerta di servizi: le strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio provinciale si differenziano in presidi ospedalieri pubblici, servizi territoriali, Case di Cura private.

I Presidi Ospedalieri Pubblici sono organizzati in due grandi aziende: l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna situata nella città di Ferrara con un'offerta di 790 posti letto, il Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda Usl con 641 posti letto che riunisce 6 presidi ospedalieri con sedi a Cento, Bondeno, Copparo, Lagosanto (Ospedale del Delta), Argenta, Comacchio.

I Centri Alcolologici Territoriali sono inseriti nelle strutture organizzative dei SerT, che sul territorio provinciale sono tre: l'Unità Operativa SerT distretto Centro Nord con due sedi operative situate a Ferrara e Copparo, l'Unità Operativa SerT distretto Sud Est che riunisce i SerT di Codigoro e Portomaggiore e il Modulo Organizzativo SerT distretto Ovest con sede a Cento.

I due presidi sanitari privati presenti nella città di Ferrara sono la Casa di Cura Quisisana con 127 posti letto e Villa Salus con 115 posti letto.

Sotto il profilo organizzativo lo sviluppo di sistemi qualità finalizzati all'accreditamento delle strutture ha portato alla attivazione di protocolli operativi tra SerT e Presidi Ospedalieri pubblici per la diagnosi e la cura dell'Alcolismo e delle patologie alcol correlate in un'ottica di rete. In particolare sono stati redatti protocolli operativi tra U.O. SerT distretto Centro Nord e Azienda Ospedaliera per la diagnosi e la cura ambulatoriale dell'alcolismo, tra il SerT di Copparo e il Day Hospital dell'Ospedale Medicina di Comunità di Copparo, tra il SerT di Portomaggiore e l'Ospedale di Argenta e tra il SerT di Codigoro e l'Ospedale del Delta. Vanno infine ricordati i protocolli di collaborazione tra i SerT e gli Alcolisti Anonimi e il Club degli Alcolisti in trattamento in materia di alcolismo e problemi alcol correlati.

⁴⁸ C. Sorio (a cura di), Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara, Comune di Ferrara, Marzo 2004.

6.3 I soggetti con problemi alcol correlati: Utenti SerT e Ricoveri ospedalieri

Nel 2005 nella provincia di Ferrara i soggetti che si sono rivolti ai servizi pubblici e privati per problemi alcol correlati sono stati 715, con un'età media di 50,5 anni: 49,3 nei maschi e 53,5 nelle femmine.

In prevalenza si tratta di italiani residenti sul territorio ferrarese (92,9%), il 3,9% è straniero e il 7,4% non residente. I non residenti sono più giovani, infatti presentano un'età media di 44,3 anni contro i 51 anni dei residenti. Infine, la popolazione più giovane con problemi alcol correlati si riscontra tra gli stranieri, che mediamente hanno 39,6 anni contro i 50,9 degli italiani.

Dall'analisi delle caratteristiche dell'utenza dei servizi emerge come i problemi alcol correlati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (70,5%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,4 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=49,3; F=53,5). Il 59,3% (424) della popolazione analizzata si è rivolta solo ai SerT, mentre il 34,4% (246) è entrata in contatto solamente con le strutture ospedaliere mediante ricovero. Il 6,3% (45) dei soggetti indagati infine, è risultato essere stato preso in carico al SerT ed essere ricorso anche all'ospedale. Tra l'utenza complessiva il 13,1% (94) presenta un abuso di alcol associato ad una dipendenza da sostanze stupefacenti, di questi il 12,4% è in carico ai SerT.

Fig. 1 Soggetti inclusi nello studio distinti per tipo di servizio. Valori %

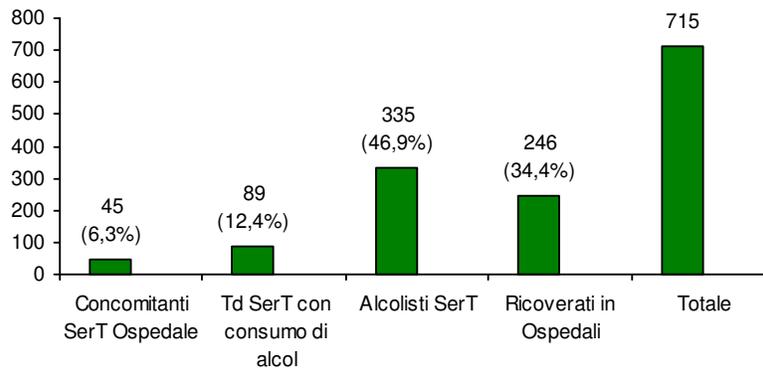
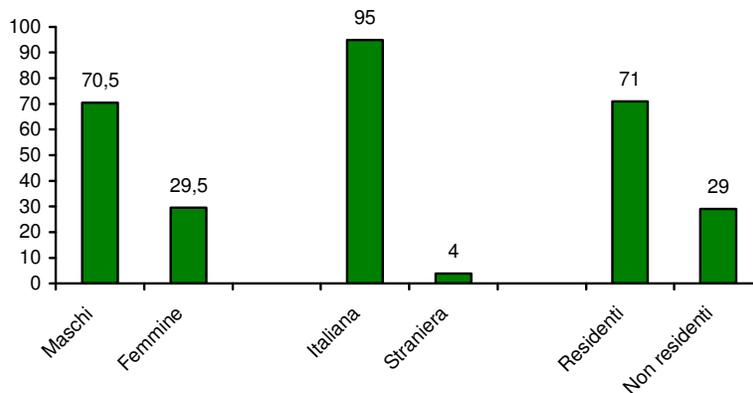


Fig. 2 Caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti: raffronti %



Alcolisti SerT: nel 2005 i soggetti che hanno seguito un trattamento terapeutico presso i Centri Alcolologici territoriali per problemi di consumo problematico di alcol sono stati 424 e rappresentano la quota più consistente (59,3%) della popolazione complessiva analizzata. In prevalenza si tratta di pazienti maschi (70,3%), italiani (97,2%), residenti nella provincia di Ferrara (96,1%), con un'età media di 48 anni (47 tra i maschi e 49,5 tra le femmine). Le fasce di età più numerose sono quelle che vanno dai 40 ai 44 anni (14,9%) e dai 45 ai 49 anni (14%), elemento che indica la selezione del target di utenza dei centri alcolologici: adulti, con consumo problematico di alcolici protratto nel tempo, che si rivolgono ai servizi in condizioni di dipendenza. I giovani che abusano di alcolici e le persone con consumo eccessivo saltuario non vengono intercettate da questa tipologia di servizi, infatti i soggetti con età inferiore ai 25 anni sono solo 2 cioè lo 0,6%.

Tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol: sono risultati 94 pari al 13,1% degli utenti totali. Sono in prevalenza maschi (82,7%), con un'età media di 37 anni (36 nei maschi e 39 nelle femmine), nella quasi totalità residenti nella provincia di Ferrara. Si tratta di una popolazione più giovane rispetto agli alcolisti, infatti la quota under 25 anni raggiunge l'8,5% (8 soggetti) mentre il

28,7% appartiene alla classe modale 35-39 anni.

Ricoverati in ospedale: i soggetti che nel 2005 hanno avuto un ricovero ospedaliero per problemi alcol correlati sono stati 246, ovvero il 34,4% della popolazione con problemi alcol correlati rilevata nello studio. Alcuni elementi caratterizzano questa fascia di utenza: sono i più anziani con un'età media di 61 anni (60 anni nei maschi e 63 anni nelle femmine), sono in prevalenza maschi (69,5%), anche se la proporzione femminile è la più elevata rispetto agli utenti SerT e ai concomitanti (30,5%). Sono residenti nel territorio ferrarese (85%) anche se la quota di non residenti raggiunge il 15%. La classe modale è rappresentata dagli over 65 anni (35,4%), mentre si registra un solo soggetto con età inferiore ai 17 anni con un ricovero ordinario per danno epatico da alcol.

Concomitanti SerT e Ospedale: sono solo 45 i soggetti che hanno seguito un trattamento nei centri alcolologici e in concomitanza hanno avuto almeno un ricovero in ospedale e rappresentano il 6,3% del totale. I maschi (70,5%) hanno un'età media di 48 anni contro i 51 anni delle femmine (29,5%). Sono per la totalità residenti nella provincia di Ferrara e si concentrano nella fascia di età che va dai 40 ai 44 anni (28,9%)

Tab. 1 Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza per servizio: valori assoluti, raffronti percentuali, età media

Az. USL di Ferrara	Alcolisti SerT		Ricoverati in Ospedale		Concomitanti SerT e Ospedale		Totale		Età media
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Totale	424	59.3	246	34.4	45	6.3	715	100	50.52
Sesso									
Maschi	298	70.3	171	69.5	35	77.8	504	70.5	49.30
Femmine	126	29.7	75	30.5	10	22.2	211	29.5	53.46
Nazionalità									
Italiana	411	97.2	223	94.1	43	95.6	677	94.7	50.88
Straniera	12	2.8	14	5.9	2	4.4	28	3.9	39.60
Distretto di residenza									
Residenti	399	96.1	209	85.0	44	100	652	70.8	50.96
Non residenti	16	3.9	37	15.0	0	0	53	29.2	44.33
Senza fissa dimora	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6.4 La prevalenza nel territorio

Nel 2005, in Italia il 69,7% delle persone di 11 anni e più, oltre 36 milioni, ha dichiarato di aver consumato almeno una volta negli ultimi 12 mesi⁴⁹ una o più bevande alcoliche. Il consumo di alcol è più diffuso nelle regioni del Nord-Est e in particolare la regione Emilia-Romagna (74,2%) si colloca al terzo posto dopo Veneto (76,2%) e Trentino-Alto-Adige (75,4%). I consumatori giornalieri di bevande alcoliche⁵⁰ rappresentano quasi un terzo della popolazione di 11 anni e più (31%), con marcate differenze di genere: 45,2% maschi e 17,8% femmine. La quota di consumatori giornalieri ha un andamento crescente all'aumentare dell'età fino ai 64 anni: tra i minorenni il valore si attesta al 2% e via via cresce raggiungendo il massimo tra i 60-64 anni (46,4%; 65,9% tra gli uomini e 28% tra le donne), diminuendo al 36,1% tra la popolazione molto anziana.

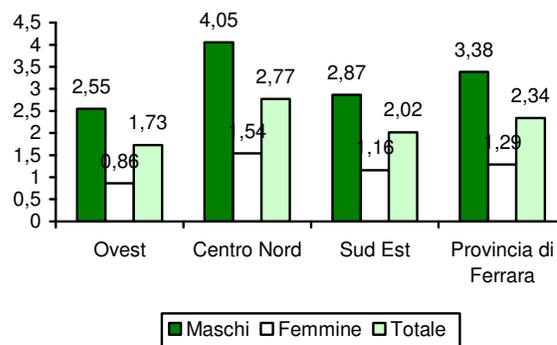
Nella provincia di Ferrara la dimensione della propagazione del fenomeno del consumo problematico di alcol nella popolazione generale è stata calcolata rapportando il numero di soggetti con un accertato problema alcol correlato, da parte dei Centri Alcolologici dei SerT e dei Presidi Ospedalieri, alla popolazione residente. Nella figura 3 si può osservare la prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati rilevati nell'anno 2005 nella provincia di Ferrara, distinta per distretto socio-sanitario di residenza. Complessivamente la prevalenza nella provincia di Ferrara è risultata pari a 2,34 ogni 1000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore nei maschi rispetto alle femmine (M= 3,38; F=1,29), e pari a 1,92 per 1000 (M= 2,76; F= 1,10) rispetto a tutta la popolazione (0-100 anni).

Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza solo il distretto centro nord si colloca al di sopra della media provinciale: 2,77 per 1000 (15-64 anni) e 2,22 per 1000 popolazione totale. In particolare i maschi raggiungono una prevalenza di 4,05 soggetti ogni 1000 soggetti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

La prevalenza più bassa sia rispetto alla popolazione target 15-64 che rispetto a tutta la popolazione, la si registra nel distretto ovest che si colloca decisamente al di sotto della media provinciale con 1,73 per 1000 (15-64) e 1,56 per 1000 rispetto a tutta la popolazione.

Scomponendo le tipologie di utenza per comune di residenza si evidenzia che il 53,1% risiede nel distretto Centro Nord, di cui il 38,7% nella sola città di Ferrara. Tra i comuni non capoluogo si distinguono Copparo con il 7,1%, Cento che raggiunge il 6,7% del totale, Argenta e Comacchio con rispettivamente il 4,8% e il 4,3% (tabella 2).

Fig. 3 Tassi di prevalenza per 1.000 residenti di età compresa tra 15-64 distinti per sesso e Distretto socio-sanitario della Provincia di Ferrara



⁴⁹ Il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi è un indicatore globale, condiviso a livello europeo nelle indagini di popolazione sulla salute, e introdotto per la prima volta nella rilevazione della fine del 2003.

⁵⁰ Sono da intendersi "consumatori giornalieri" le persone che hanno dichiarato di consumare almeno un tipo di bevanda alcolica al giorno.

Per quanto riguarda la variabilità territoriale in vari studi è stato rilevato che l'uso e di conseguenza l'abuso di alcolici possono essere influenzati da fattori culturali, ambientali e sociali e che all'origine del bere vi sono anche aspetti profondamente radicati nel costume del territorio.

Per la realtà di Ferrara si tratta di distretti socio-sanitari che si differenziano sia per specifiche caratteristiche di territorio sia di struttura della popolazione.

In particolare, osservando l'indicatore di densità della popolazione⁵¹ si rilevano significative differenze tra il distretto Centro Nord, più popoloso con 199 abitanti ogni kmq e i distretti Ovest (176,2) e Sud Est (76,8). Nella scomposizione per età la popolazione con più di 65 anni rappresenta il 25,6% del totale (di cui il 12,4% "grandi anziani" di 75 anni e più); tale proporzione mentre si osserva anche nei distretti Sud Est (25,5% di cui over 75 anni 12%) e Centro Nord (26,8% di cui "grandi anziani" 13,1%), si discosta per il distretto Ovest (22,8% di cui over 75 anni 11,3%) che si configura demograficamente più giovane con un indice di vecchiaia (217) al di sotto della media provinciale (263). Tale peculiarità viene confermata dal confronto dei tassi di mortalità, infatti nel centese si registrano 11 decessi ogni 1000 residenti contro i 12,6 provinciali e i 13 dell'area Centro Nord e Sud Est.

Tab. 2 Soggetti con problemi alcol correlati distinti per comune di residenza e per sesso. Anno 2005

	M	F	Tot	%
DISTRETTO OVEST	81	28	109	15,2
Bondeno	17	7	24	3,4
Cento	35	13	48	6,7
Mirabello	6	2	8	1,1
Poggiorenatico	3	2	5	0,7
S. Agostino	8	2	10	1,4
Vigarano Mainarda	12	2	14	2,0
DISTRETTO CENTRO-NORD	269	111	380	53,1
Berra	11	3	14	2,0
Copparo	38	13	51	7,1
Ferrara	195	82	277	38,7
Formignana	3	2	5	0,7
Jolanda di Savoia	7	1	8	1,1
Masi Torello	2	1	3	0,4
Ro	5	2	7	1,0
Tresigallo	4	3	7	1,0
Voghiera	4	4	8	1,1
DISTRETTO SUD-EST	114	49	163	22,8
Argenta	25	9	34	4,8
Codigoro	11	10	21	2,9
Comacchio	22	9	31	4,3
Goro	4	2	6	0,8
Lagosanto	4	1	5	0,7
Massafiscaglia	3	2	5	0,7
Mesola	5	3	8	1,1
Migliarino	8	3	11	1,5
Migliaro	2	2	4	0,6
Ostellato	7	4	11	1,5
Portomaggiore	23	4	27	3,8
PROVINCIA DI FERRARA	504	211	715	100,0

⁵¹ Abitanti/kmq

6.5 I Ricoveri Ospedalieri e la Mobilità Territoriale

Nel 2005 nella provincia di Ferrara ci sono stati 349 ricoveri per problemi alcol correlati per un totale di 6.356 giornate di degenza e una degenza media di 26,6 giorni. In media si sono avuti 1,4 ricoveri per ciascun soggetto.

Tra i presidi pubblici la maggiore capacità di attrazione dei ricoveri per patologie alcol correlate avviene nel distretto Centro Nord che raccoglie il 71,3% dei ricoveri complessivi, il 57% dei quali viene effettuato presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara. Il Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda Usl di Ferrara ha registrato complessivamente 57 ricoveri pari al 16,3% del totale così distribuiti: 16 a Cento, 9 a

Bondeno, 24 ad Argenta, 4 a Comacchio, 2 al Delta e 2 a Copparo. Le Case di Cura di Ferrara hanno assorbito 50 ricoveri, il 14,3% del totale. Il restante 4% dei soggetti si è rivolto ad altri presidi della Regione o fuori Regione.

Osservando la tabella 3 il primo elemento che si può notare è che le strutture pubbliche assorbono l'80,5% dei ricoveri totali con una degenza media di 19 giorni, mentre i ricoveri in Case di Cura private raggiungono il 19,5% con una degenza media di 14 giorni. Il 73,4% dei ricoveri è assorbito da pazienti maschi e il 26,6% dalle femmine, le quali risultano maggiormente presenti nelle case di cura piuttosto che nelle strutture pubbliche (35,3%).

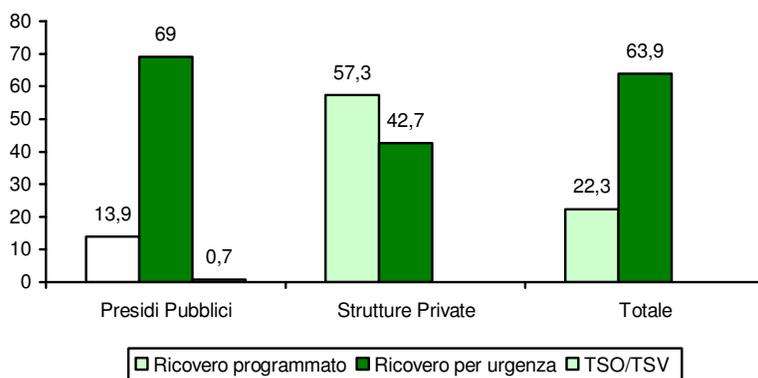
Tab. 3 Caratteristiche dei ricoveri per tipo di struttura. Anno 2005

Az. USL di Ferrara	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Totale	281	80,5	68	19,5	349	100
Sesso						
Maschi	212	75,4	44	64,7	256	73,4
Femmine	69	24,6	24	35,3	93	26,6
Degenza						
GG. degenza	5376		980		6356	
Degenza media	19,13		14,41		18,2	
Proposta di ricovero						
Ricovero diretto	157	55,9	27	39,7	184	52,7
Proposto da medico di base	45	16,0	32	47,1	77	22,1
Proposto da medico specialista	64	22,8	5	7,4	69	19,8
Programmato dallo stesso istituto	7	2,5	0	0,0	7	2,0
Trasferito da altro reparto/istituto	8	2,8	4	5,9	12	3,4
Tipo di ricovero						
Ricovero programmato	39	13,9	39	57,3	78	22,3
Ricovero per urgenza	194	69,0	29	42,7	223	63,9
TSO/TSV	2	0,7	0	0	0	0
Regime di ricovero						
Ricovero ordinario	234	83,3	68	100	302	86,5
Day Hospital	47	16,7	0	0	47	13,5

Un ulteriore elemento interessante che emerge dall'analisi è relativo alla modalità di ricovero, infatti il 63,9% dei ricoveri avviene con procedura d'urgenza e solo il 22,3% con ricovero programmato. Questo dato è spiegabile se si considera che da un lato le principali diagnosi registrate al

momento del ricovero si riferiscono a patologie che presentano problemi di acutizzazioni improvvise (epatiti, cirrosi alcoliche), dall'altro che la manifestazione di problemi collegati all'abuso, alla dipendenza e in parte alle intossicazioni sono difficilmente programmabili.

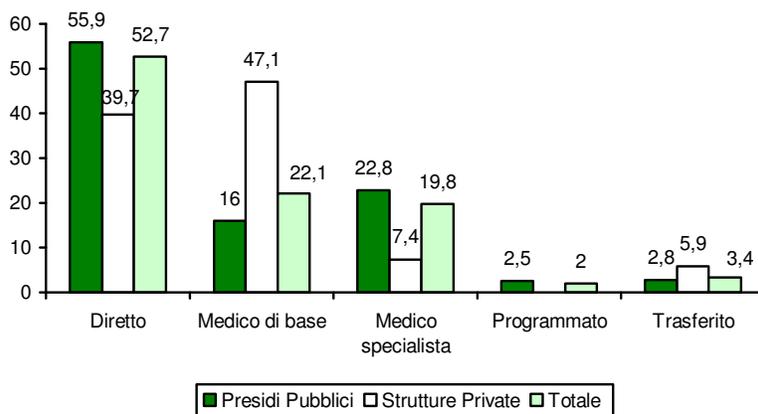
Fig. 4 Tipo di ricovero e struttura: raffronti %



Per quanto riguarda la proposta di ricovero il 52,7% è caratterizzato da un accesso diretto, il 22,1% avviene su invio del medico di medicina generale, il 19,8% da un medico specialista. L'86,5% dei ricoveri avviene in regime ordinario (62,9% per

problemi connessi ai danni epatici, 38,4% per dipendenza da alcol e 3,6% per altri danni organici); diversamente il 13,5% dei ricoveri avviene in regime di day hospital l'89,4% dei quali per danni epatici.

Fig. 5 Modalità di ricovero e struttura: raffronti %



Per quanto riguarda la mobilità interprovinciale, osservando la matrice dei dati e il **nomogramma di Gandhi** (Tab. 4 e Fig. 6) relativamente ai ricoveri del 2005 vengono subito evidenziati alcuni elementi che differenziano i tre distretti: la quasi totalità dei residenti nel Centro Nord (Y=90%) si rivolge a strutture ospedaliere del proprio territorio. Per il distretto Ovest e Sud Est ciò si verifica rispettivamente per il 41% e il 37% dei propri residenti. Questa situazione può essere meglio compresa se si osservano altri tre elementi: il primo è la posizione che i tre distretti occupano nel nomogramma data dall'incontro tra

richiesta di ricovero e domanda soddisfatta, tenendo conto che la collocazione sulla bisettrice indica una situazione di equilibrio. Come si può notare dalla figura 6 la provincia di Ferrara si colloca sulla bisettrice esprimendo in questo modo una situazione di quasi equilibrio in cui comunque è ininfluente la domanda di "immigrati"

Diversamente la mobilità del distretto Centro Nord si colloca al di sopra della bisettrice ad indicare che riesce a soddisfare un livello elevato di richieste che provengono non solo dai propri residenti, ma anche da persone fuori distretto. I

distretti Sud Est e Ovest si collocano invece sotto la bisettrice segnalando così che le richieste di ricovero dei residenti sono poco soddisfatte. Questo dato trova conferma in un secondo elemento che è la misura dell'interdipendenza dalle altre strutture, che per entrambi i distretti registra i valori più elevati (2,09 e 1,62). Un terzo elemento da notare è il reale bacino di utenza che i

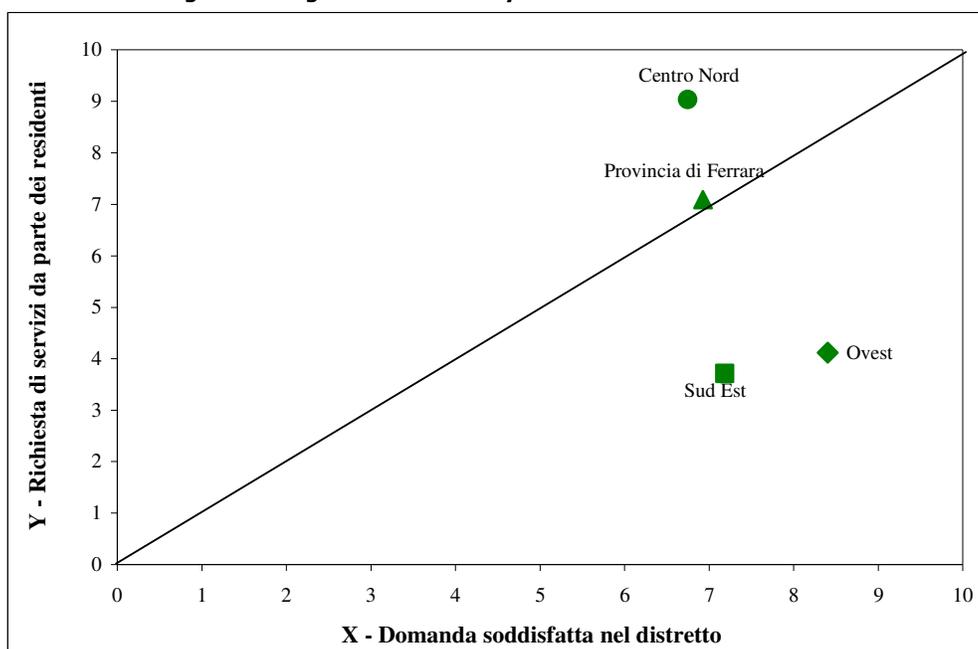
tre distretti si trovano a fronteggiare rispetto alla propria popolazione residente di riferimento. A conferma di quanto osservato fino ad ora il distretto Centro Nord si trova a fare i conti con un reale bacino di utenza più ampio di 38.221 soggetti rispetto alla propria popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Tab. 4 Mobilità territoriale dei ricoveri: analisi del bacino di utenza e della misura di interdipendenza

Residenza ricovero	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Fuori Provincia	Totale Ricoveri	Ricoveri Residenti (Rr)	Ricoveri residenti fuori distretto (I)	Residenti nel distretto con ricovero esterno (E)
Centro Nord	168	20	27	34	249	168	81	18
Ovest	0	21	0	4	25	21	4	30
Sud Est	2	0	23	7	32	23	9	39
Fuori Provincia	16	10	12	0	38			
Totale	186	51	62	45	344	212	94	87

	Domanda Soddisfatta (%) ($X = Rr / (Rr + I)$)	Richiesta di servizi (%) ($Y = (Y = Rr / (Rr + E))$)	Richiesta di servizi/ Domanda soddisfatta	Popolazione residente 15-64 anni (PR)	Bacino d'utenza ($PA = PR \times Y / X$)	Misura di interdipendenza (D)
Centro Nord	67	90	1.3	112843	151064	0.59
Ovest	84	41	0.5	47488	23278	1.62
Sud Est	72	37	0.5	66211	34173	2.09
Ferrara	69	71	1.0	226542	208516	0.85

Fig. 6 Nomogramma di Gandhi. Anno 2005

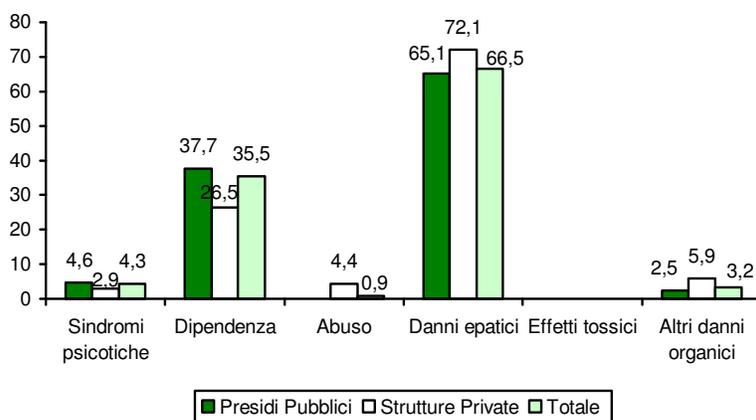


6.6 Le patologie e la mortalità

Dall'analisi delle patologie associate al consumo problematico di alcol provenienti dai dati sui ricoveri si rileva che la percentuale più elevata, in tutto il periodo di riferimento, è da imputare ai ricoveri per danni epatici (66,5%) che includono, in ordine di frequenza, le cirrosi epatiche (29,8%) ossia lo stadio finale della lesione epatica da alcol irreversibile; la steatosi epatica alcolica (11,5%), che si manifesta nella maggior parte dei forti bevitori, ma è reversibile con la sospensione del consumo di alcol; le epatiti acute alcoliche (3,7%) derivanti dall'assunzione di grosse quantità di alcol, che nei casi più severi può determinare un rischio di morte. Un ricovero su tre (35,5%) avviene per problemi legati alla dipendenza da alcol, di

cui il 12% dovuto ad intossicazione acuta. Diversamente, i ricoveri per abuso di alcol, ossia una modalità patologica di uso della sostanza dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate, sono un numero molto esiguo (0,9%): questo potrebbe essere spiegato dal fatto che per l'abuso vengono esclusi i sintomi della tolleranza, dell'astinenza e del craving, tipici invece della dipendenza. Seguono in ordine di numerosità le sindromi psicotiche (4,3%) che comprendono il delirium da astinenza da alcol, le demenze da alcol, le psicosi alcoliche non specificate, la intossicazione alcolica idiosincrasica e la sindrome da astinenza da alcol. Infine troviamo altri danni organici (3,2%) prevalentemente determinati da polineuropatia alcolica (7 casi), cardiomiopatia alcolica e gastrite alcolica.

Fig. 7 Patologie: raffronti % e pubblico/privato



Tab. 5 Caratteristiche delle patologie per tipo di struttura. Anno 2005

Az. USL di Ferrara	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Sindromi psicotiche	13	4,6	2	2,9	15	4,3
Dipendenza	106	37,7	18	26,5	124	35,5
Abuso	0	0,0	3	4,4	3	0,9
Danni epatici	183	65,1	49	72,1	232	66,5
Effetti tossici	0	0,0	0	0	0	0,0
Altri danni organici	7	2,5	4	5,9	11	3,2

* per ogni ricovero può essere conteggiata più di una patologia

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 dose considerata attualmente

tossica per la maggior parte degli individui è superiore a 40-80 grammi di alcol al giorno, anche se i vari studi rivolti a identificare una dose di alcol giornaliera presumibilmente priva di effetti lesivi hanno in pratica dimostrato una sostanziale imprevedibilità delle conseguenze dell'alcol sull'organismo.

Oltre al consumo medio giornaliero di alcol, pare molto importante anche la durata dell'abuso, infatti nessun soggetto che assuma più di 160 grammi di alcol/die sviluppa cirrosi se la durata è inferiore a cinque anni. Se invece tale consumo si mantiene per più di vent'anni circa il 50% dei pazienti tende a sviluppare questa patologia. Non vi è correlazione col tipo di bevanda assunta, ma solo con il suo contenuto alcolico, in quanto gli altri numerosi costituenti non risultano essere epatotossici. Da rilevare inoltre che il consumo quotidiano protratto risulta più dannoso di quello saltuario, e che il rischio di epatopatia è legato principalmente al consumo continuativo di grandi quantità di alcolici per molti anni. Per quanto riguarda il sesso, è ormai accertato che quello femminile è più suscettibile all'epatopatia alcolica rispetto al maschile, ritenendosi tossiche per le donne dosi alcoliche del 30% inferiori a quelle indicate per gli uomini. Infine nelle donne si osserva un rischio maggiore di progressione dell'epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol.⁵²

Nella popolazione in studio tra i ricoveri per cirrosi epatica il 71,2% si è verificato tra i maschi con un'età media di 61 anni e il 28,8% tra le femmine con un'età media di 63 anni. L'età media si abbassa leggermente tra i pazienti con steatosi epatica (57 anni), pur mantenendo la stessa distribuzione tra i sessi (Maschi 75%; Femmine 25%).

I pazienti con intossicazioni acute sono nella quasi totalità maschi (80,5%) e registrano l'età media più bassa (53 anni) con due casi di soggetti di 28 anni. Diversamente le epatiti acute interessano soggetti più anziani (età media 58,7%) e in prevalenza maschi.

Relativamente alla mortalità alcol correlata i trend nazionali⁵³ 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 (tra i 10 e i 15 grammi variabile in funzione del sesso), 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 cardio-coronarico.

Sul territorio di Ferrara nel 2005 sono stati osservati 22 decessi alcol correlati, che si sono verificati per il 68,2% nei maschi e per il 31,8% nelle femmine, e sono avvenuti in prevalenza in ospedale (15 casi pari al 68%), mentre tra gli utenti SerT e tra i concomitanti si registrano complessivamente 7 decessi.

Tra i soggetti SerT o concomitanti le principali cause di morte sono state i tumori (4 casi), le malattie del sistema circolatorio (2 casi) e le epatopatie (1 caso).

Tab. 6 Decessi osservati nella popolazione

	Maschi	Femmine	Totale
In carico SerT	1	2	3
In Ospedale	11	4	15
Concomitanti	3	1	4
Totale	15	7	22

6.7 Stima del fenomeno e analisi del sommerso

La prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati in un territorio può essere stimata usando dei metodi diretti e tecniche indirette. Generalmente nell'ambito delle dipendenze viene calcolata una prevalenza dei soggetti in carico ai servizi, tuttavia può essere interessante applicare metodi indiretti per stimare la prevalenza complessiva in una data area geografica. Uno dei principali metodi usati in epidemiologia per stimare la prevalenza di uso di sostanze psicoattive è il metodo cattura-ricattura conosciuto anche come *mark-capture*⁵⁴. Per ottenere la stima attraverso questo metodo sono stati utilizzati due campioni indipendenti di casi

⁵² F. Magnolfi, Fattori di rischio dell'epatite alcolica, in Manuale di alcologia. Patologie alcol-correlate.

⁵³ Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità

⁵⁴ University of Glasgow, Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level, EMCDDA, Lisbona, 2005.

estratti da due fonti diverse di popolazioni confrontabili, durante lo stesso periodo di tempo: SerT e Ospedali. All'interno di ciascuna fonte i soggetti sono stati identificati univocamente attraverso il codice fiscale.

Nella tabella 7 vengono riportati i risultati ottenuti dal *linkage* tra il campione di popolazione alcolista in carico ai SerT della provincia di Ferrara nell'anno 2005 e i soggetti ricoverati nei presidi ospedalieri dello stesso territorio notificati secondo la diagnosi ICDX registrata sulle schede di dimissione ospedaliera. Nell'anno 2005 complessivamente sono stati dimessi dagli ospedali con diagnosi per problemi alcol correlati 246 soggetti (34,4%), sono invece 424 i soggetti conosciuti ai SerT (59,3%) ma non presenti negli archivi provenienti dai presidi ospedalieri, mentre i soggetti presenti in entrambe le rilevazioni, cioè che si sono rivolti sia al Centro Alcolologico che all'Ospedale, sono stati 45 pari al 6,3% del totale.

Tab. 7 Soggetti con problemi alcol correlati: stima del sommerso e rapporto tra sconosciuti/ conosciuti per sesso, per residenza e per età

Anno 2005	N. soggetti residenti	Stima	Conosciuti/ sconosciuti
Centro Alcolologico	399		
Ospedali	209		
Comuni	44		
Totale	652	2505	5.7
Maschi	464	1490	2.2
Femmine	188	851	3.5
Età <= 49 anni	327	737	1.2
Età > 49 anni	325	1556	3.8

Il numero oscuro è stato stimato moltiplicando i soggetti residenti conosciuti ai Centri Alcolologico e concomitanti per il rapporto tra i catturati dal registro SDO e i concomitanti. Dall'applicazione di questa formula sono stati calcolati i soggetti sconosciuti ad entrambe le fonti totali.

Pertanto il totale della popolazione con problemi alcol correlati stimato per il 2005 è risultato pari a 2.505. Per ogni soggetto in trattamento al Centro Alcolologico sono stati stimati 5,7 soggetti non conosciuti con problemi alcol correlati. Tuttavia il rapporto conosciuti/sconosciuti si distribuisce in maniera differente a seconda delle variabili considerate: è più alto per le femmine

(1:3,5) e per la fascia di età al di sopra dei 49 anni (1:3,8). Va sottolineato che questo ultimo valore è più che doppio rispetto a quello della fascia di età sotto i 49 anni (1:1,2). Questo dato ci suggerisce, con le cautele che vanno sempre adottate per i metodi di stima, che il sommerso nella provincia di Ferrara si concentra soprattutto sulle donne, con età superiore ai 49 anni.

6.8 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 Alcolologici 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 Alcolologici dei SerT confermano il loro ruolo di centralità nella risposta territoriale alle problematiche di abuso di alcol in termini di diagnosi, cura e riabilitazione. Tuttavia si evidenzia che i servizi territoriali e gli ospedali sembrano avere due flussi di utenza tra loro indipendenti essendo numericamente poco consistenti gli utenti in comune pur avendo attivato sul territorio provinciale protocolli di collaborazione tra SerT e Presidi Ospedalieri.

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. Questo rilievo indica uno spazio organizzativo di miglioramento in un'ottica di servizi in rete. In generale si può affermare che i servizi presenti sul territorio

arrivano tardi ai pazienti, come dimostra la loro età media elevata, e ne contattano una piccola quota rispetto all'elevato numero di soggetti sconosciuti alle strutture sanitarie. In questa ottica si può ipotizzare lo sviluppo di strategie innovative per intercettare i soggetti con modalità diverse rispetto al ricorso ai servizi solo nel momento dell'emergenza dettata da acutizzazioni improvvise o a problemi collegati alla dipendenza. 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 sembra affermarsi anche in Italia 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 primaria e secondaria mirate ed estese sul territorio. Dal 1996 i SerT, in linea con gli indirizzi⁵⁵ della Regione Emilia-Romagna sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcol correlati, hanno attuato una riorganizzazione che ha portato all'apertura di strutture in grado di trattare il problema a livello territoriale, in un'ottica di coordinamento con le competenze specialistiche ospedaliere e universitarie. L'istituzione dei Centri Alcologici ha permesso di affrontare il problema dell'alcolodipendenza nella sua complessità e

⁵⁵ Regione Emilia Romagna, Delibera di Giunta 17 luglio 1996 n.1639

multifattorialità e gli incrementi esponenziali⁵⁶ dell'utenza in carico, registrati negli ultimi dieci anni, hanno confermato l'efficacia di questi servizi nell'intercettare un bisogno di salute non ancora canalizzato verso un trattamento terapeutico specifico. All'offerta terapeutica si sono inoltre affiancate politiche sanitarie pubbliche incentrate sulla promozione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole. Nella provincia di Ferrara sono stati attivati nelle scuole secondarie percorsi sui comportamenti a rischio legati all'assunzione di sostanze psicotrope in adolescenza applicando metodologie basate sull'esperienza dell'educazione tra pari. In particolare con il progetto "BOB - stasera guido io" si è cercato di promuovere nella popolazione giovanile una maggiore consapevolezza in generale sui rischi legati all'uso di alcol e in particolare sul rischio di incidenti automobilistici associati all'assunzione di sostanze psicoattive.

Va ricordato che, a partire dal 2007, è stato avviato un progetto Alcol e lavoro che mira a sviluppare interventi finalizzati ad incidere sul rapporto tra consumo di bevande alcoliche, abuso di alcol e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'obiettivo generale è quello di coinvolgere alcune aziende del territorio della AUSL di Ferrara nell'analisi del problema relativo al consumo di bevande alcoliche, al fine di promuovere una riduzione dello stesso nella popolazione occupata.

In questa fase storica, lo studio suggerisce di approfondire la ricerca di un trattamento integrato, che non è semplicemente l'offerta di una gamma di opportunità terapeutiche, ma la costruzione di una risposta flessibile ed organica alla complessità del fenomeno in grado di rispettare il modello interpretativo multidimensionale⁵⁷.

Questo studio è stato realizzato nell'ambito dello studio regionale coordinato dall'Osservatorio Dipendenze Patologiche Ausl di Bologna.

Un particolare ringraziamento va al Dott. Marcello Cellini Direttore U.O. Sistema Informativo Azienda Usl di Ferrara, per la collaborazione e l'aiuto nella parte relativa all'analisi delle SDO.

⁵⁶ La provincia di Ferrara ha avuto con un tasso medio di crescita annuo del 17%.

⁵⁷ A. Mosti, Trattamento integrato della dipendenza da alcol, in Medicina delle Tossicodipendenze, Alcolismo, anno VIII, n. 29, Dicembre 2000.

7. ALLEGATO STATISTICO

7.1 UTENTI TOSSICODIPENDENTI

Tab. 1 Utenti tossicodipendenti in carico ai SerT. Periodo 1991 – 2007

Anni	Totale utenti	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale variazione % (base = 1991)	Totale variazione % (annuale)	Totale variazione % Nuovi utenti (annuale)
1991	689	199	490	-	-	-
1992	717	220	497	4,1%	4,1%	10,55%
1993	684	186	498	-0,7%	-4,6%	-15,45%
1994	749	148	601	8,7%	9,5%	-20,43%
1995	814	167	647	18,1%	8,7%	12,84%
1996	799	145	654	16,0%	-1,8%	-13,17%
1997	816	157	659	18,4%	0,8%	8,28%
1998	839	163	676	21,8%	2,8%	3,82%
1999	853	174	679	23,8%	1,7%	6,75%
2000	867	164	703	25,8%	1,6%	-5,75%
2001	864	143	721	25,4%	-0,3%	-12,80%
2002	888	165	723	28,9%	2,8%	15,38%
2003	995	214	781	44,4%	12,0%	29,70%
2004	1001	187	814	45,3%	0,6%	-12,62%
2005	991	176	815	43,8%	-1,0%	-5,88%
2006	963	158	805	39,8%	-2,8%	-10,23%
2007	965	211	754	40,0%	0,2%	33,5%

Tab. 2 Utenti totali tossicodipendenti in carico distinti per SerT e anno

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò
1991	303	107	48	197	34
1992	316	108	54	209	30
1993	321	93	57	170	43
1994	358	94	77	165	55
1995	339	105	90	204	76
1996	344	113	75	192	75
1997	348	134	85	183	66
1998	368	121	114	177	59
1999	374	112	108	198	61
2000	374	96	104	225	66
2001	386	105	82	227	64
2002	375	124	110	230	49
2003	461	125	119	223	67
2004	431	133	109	247	81
2005	427	134	109	226	95
2006	428	132	112	187	104
2007	419	133	110	201	102

Tab. 3 Utenti tossicodipendenti (nuovi e già in carico) distinti per SerT . Periodo 1991-2007

Anni	Ferrara		Copparo		Portomaggiore		Codigoro		Centò	
	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico
1991	70	233	23	84	10	38	88	109	8	26
1992	77	239	35	73	12	42	80	129	16	14
1993	72	249	18	75	13	44	70	100	13	30
1994	59	299	10	84	41	36	29	136	9	46
1995	39	300	13	92	40	50	38	166	37	39
1996	52	292	18	95	22	53	28	164	25	50
1997	57	291	22	112	26	59	34	149	18	48
1998	52	316	20	101	43	71	33	144	15	44
1999	48	326	15	97	41	67	51	147	19	42
2000	61	313	6	90	33	71	44	181	20	48
2001	54	332	15	90	22	60	40	187	12	52
2002	58	317	20	104	29	81	46	184	12	37
2003	112	349	14	111	26	93	40	183	22	45
2004	66	365	20	113	16	93	49	198	36	45
2005	71	356	14	120	22	87	38	188	31	64
2006	62	366	17	115	17	95	34	153	28	76
2007	89	330	25	108	18	92	51	150	28	74

Tab. 4 Percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti in carico distinti per SerT e anno

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò	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

Tab. 5 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti distinti per SerT e anno di osservazione

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Centò	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

Tab. 6 Utenti totali in carico ai SerT distinti per sesso e anno di osservazione

Anni	Maschi	Femmine	%		Rapporto
			Maschi	Femmine	Maschi/Femmine
1991	565	124	82,0	18,0	4,6
1992	574	143	80,1	19,9	4,0
1993	557	127	81,6	18,6	4,4
1994	611	138	81,6	18,4	4,4
1995	662	152	81,3	18,7	4,4
1996	669	130	83,7	16,3	5,1
1997	677	129	84,0	16,0	5,2
1998	704	135	83,9	16,1	5,2
1999	725	128	85,0	15,0	5,7
2000	742	125	85,6	14,4	5,9
2001	734	130	85,0	15,0	5,6
2002	756	132	85,1	14,9	5,7
2003	844	151	84,8	15,2	5,6
2004	865	136	86,4	13,6	6,4
2005	848	143	85,6	14,4	5,9
2006	818	145	84,9	15,1	5,6
2007	826	139	85,6	14,4	5,9

Tab. 7 Utenti tossicodipendenti in carico rapportati alla popolazione generale di età compresa tra i 15-54 anni (per 10.000)*. Periodo 1991-2007

Anni	Ferrara		Regione	
	Totale utenti/ Pop. target 15-54 anni	Nuovi utenti/ Pop. target 15-54 anni	Totale utenti/ Pop. target 15-54 anni	Nuovi utenti/ Pop. target 15-54 anni
1991	34,19	9,88	32,55	10,69
1992	35,58	10,92	34,54	10,56
1993	34,33	9,34	35,20	9,37
1994	38,07	7,52	38,24	9,88
1995	41,86	8,59	40,44	9,42
1996	41,65	7,56	41,99	10,27
1997	42,41	8,26	42,33	9,07
1998	44,58	8,66	42,31	8,54
1999	45,75	9,33	44,10	9,23
2000	46,99	8,89	45,49	8,88
2001	47,01	7,78	46,39	9,42
2002	48,99	9,10	48,17	9,03
2003	55,61	11,96	50,20	9,66
2004	56,21	10,50	51,96	10,58
2005	55,53	9,86	55,96	12,51
2006	54,1	8,9	57,3	11,4
2007	54,1	11,8	nd	nd

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

Tab. 8 Utenti totali, nuovi e già in carico ai SerT distinti per sesso ed età. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	428	132	112	187	104	963
Maschi	364	115	94	157	88	818
Femmine	64	17	18	30	16	145
Maschi/Femmine	5,7	6,8	5,2	5,2	5,5	5,6
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	4	2	2	7	2	17
20-24 anni	35	8	16	16	20	95
25-29 anni	59	20	24	34	25	162
30-34 anni	70	29	15	40	24	178
35-39 anni	103	35	19	44	16	217
>39 anni	157	38	36	46	17	294
Età media	34,1	33,8	32,3	32,6	30,5	33,2
Nuovi utenti	62	17	17	34	28	158
Maschi	50	15	13	29	24	131
Femmine	12	2	4	5	4	27
Maschi/Femmine	4,2	7,5	3,2	5,8	6,0	4,8
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	1	1	1	7	2	12
20-24 anni	15	3	6	7	8	39
25-29 anni	15	8	5	6	7	41
30-34 anni	8	2	2	8	5	25
35-39 anni	8	3	2	1	4	18
>39 anni	15	0	1	5	2	23
Età media	30,5	27,9	27,1	27,1	28,0	28,7
Già in carico	366	115	95	153	76	805
Maschi	314	100	81	128	64	687
Femmine	52	15	14	25	12	118
Maschi/Femmine	6,0	6,7	5,8	5,1	5,3	5,8
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	3	1	1	0	0	5
20-24 anni	20	5	10	9	12	56
25-29 anni	44	12	19	28	18	121
30-34 anni	62	27	13	32	19	153
35-39 anni	95	32	17	43	14	201
>39 anni	142	38	35	41	13	269
Età media	34,7	34,6	33,3	33,8	31,4	34,0

Tab. 8.1 Utenti totali, nuovi e già in carico ai SerT distinti per sesso ed età. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	419	133	110	201	102	965
Maschi	358	115	95	172	86	826
Femmine	61	18	15	29	16	139
Maschi/Femmine	5,9	6,4	6,3	5,9	5,4	5,9
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	9	4	2	7	9	31
20-24 anni	40	13	14	18	13	98
25-29 anni	54	17	24	23	23	141
30-34 anni	66	28	13	38	26	171
35-39 anni	86	30	14	52	16	198
>39 anni	164	41	43	63	15	326
Età media	33,8	33,2	32,7	33,5	30,1	33,2
Nuovi utenti	89	25	18	51	28	211
Maschi	81	21	17	46	23	188
Femmine	8	4	1	5	5	23
Maschi/Femmine	10,1	5,3	17,0	9,2	4,6	8,2
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	8	4	1	4	7	24
20-24 anni	30	9	6	15	6	66
25-29 anni	19	7	4	8	6	44
30-34 anni	10	3	1	4	5	23
35-39 anni	9	1	2	12	3	27
>39 anni	13	1	4	8	1	27
Età media	27,7	25,1	28,8	29,4	25,8	27,7
Già in carico	330	108	92	150	74	754
Maschi	277	94	78	126	63	638
Femmine	53	14	14	24	11	116
Maschi/Femmine	5,2	6,7	5,6	5,3	5,7	5,5
Classi di età						
< 15 anni	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	1	0	1	3	2	7
20-24 anni	10	4	8	3	7	32
25-29 anni	35	10	20	15	17	97
30-34 anni	56	25	12	34	21	148
35-39 anni	77	29	12	40	13	171
>39 anni	151	40	39	55	14	299
Età media	35,5	35,1	33,5	34,9	31,7	34,7

Tab. 9 Utenti totali distinti per canale di invio. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Utenti Totali distinti per canale di invio	428	132	112	187	104	963
Segnalazioni dalla Prefettura						
Totale soggetti segnalati e inviati dalla Prefettura di cui:	95	15	27	91	36	264
Soggetti segnalati dalla Prefettura con art. 121 DPR 309/90	49	8	19	55	26	157
Soggetti inviati dalla Prefettura Con art. 75 DPR 309/90	46	7	8	36	10	107
% soggetti segnalati e inviati dalla prefettura sull'utenza totale in carico	22,2	11,4	24,1	48,7	34,6	27,4
Utenza in carico in carcere						
Totale soggetti in carico per i quali è stato attivato un intervento del SerT in Carcere di cui:	74	3	1	13	4	95
Residenti in provincia di Ferrara	44	3	1	12	2	62
Residenti fuori della provincia di FE	30			1	2	33
% soggetti in carcere sull'utenza totale in carico	17,3	2,3	0,9	6,9	3,8	9,9

Tab. 9.1 Utenti totali distinti per canale di invio. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Utenti Totali distinti per canale di invio	419	133	110	201	102	965
Segnalazioni dalla Prefettura						
Totale soggetti segnalati e inviati dalla Prefettura di cui:	64	15	30	56	40	205
Soggetti segnalati dalla Prefettura con art. 121 DPR 309/90	22	9	3	13	4	51
Soggetti inviati dalla Prefettura Con art. 75 DPR 309/90	86	24	33	69	44	256
% soggetti segnalati e inviati dalla prefettura sull'utenza totale in carico	20,5	18,0	30,0	34,3	43,1	26,5
Utenza in carico in carcere						
Totale soggetti in carico per i quali è stato attivato un intervento del SerT in Carcere di cui:	72	4	4	14	2	96
Residenti in provincia di Ferrara	35	4	4	13	2	58
Residenti fuori della provincia di FE	37			1		38
% soggetti in carcere sull'utenza totale in carico	17,2	3,0	3,6	7,0	2,0	9,9

Tab. 10 Nuovi Utenti in carico ai SerT distinti per caratteristiche socio-anagrafiche. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Stato civile						
Celibi/nubili	41	13	7	29	23	111
Separati/divorziati	7		3	2	1	13
Coniugati	1	3	9	1	2	16
Vedovi						
Titolo di studio						
Nessun titolo						
Elementare	2	1	6	7	2	18
Media Inferiore	25	13	5	16	19	77
Professionale	13	1	2	3	1	19
Media superiore	11	2	3	6	6	28
Universitario			3			3
Attività lavorativa						
Disoccupato	9	1	4	5	6	24
Lavori saltuari	6	4		5	1	16
Lavoro regolare	17	8	9	20	15	69
Pensionato	1		4	1		6
Casalinga						0
Studente	7	1	1	2	3	14
Altro	10		1		3	13
Situazione abitativa						
Famiglia di origine	20	9	3	24	17	73
Famiglia acquisita	1	1	10	1	5	18
Solo	7	2	2	4	4	19
In carcere	21		1			20
Altro	2	5	3		2	11
Situazione giuridica						
Incensurato	18	13	17	8	23	79
Denunce o condanne	8			3	3	14
Carcerazioni	14	2	1		1	16
Forme alternative			1	1	1	3

Tab. 10.1 Nuovi Utenti in carico ai SerT distinti per caratteristiche socio-anagrafiche. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Stato civile						
Celibi/nubili	78	21	13	46	26	184
Separati/divorziati	7	1	2	2	0	12
Coniugati	4	2	2	2	1	11
Vedovi				1	1	2
Titolo di studio						
Nessun titolo	1					1
Elementare	5		1	4	1	11
Media Inferiore	51	10	7	26	21	115
Professionale	8	4	3	9	3	27
Media superiore	22	11	7	7	3	50
Universitario	2					2
Attività lavorativa						
Disoccupato	22		2	10	7	41
Lavori saltuari	5	3	2	7	6	23
Lavoro regolare	41	18	12	27	11	109
Pensionato	0	0	0	0	0	0
Casalinga						0
Studente	10	2		3	2	17
Altro	11	1	1	3	2	18
Situazione abitativa						
Famiglia di origine	33	15	9	31	18	106
Famiglia acquisita	18	4	3	4	5	34
Solo	27	1	1	5	1	35
In carcere	6	0	0	4	0	10
In struttura di accoglienza	0	0	0	2	0	2
Altro	5	3	3	1	4	16
Situazione giuridica						
Incensurato	51	24	11	40	23	149
Denunce o condanne	12		2	4	5	23
Carcerazioni	7	1	4	5		17
Forme alternative	1					1

Tab. 11 Utenti Totali distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale	
Sostanza primaria						V.a.	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	1	1	0,1
Ecstasy	5	0	0	0	0	5	0,5
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	2	0	0	0	0	2	0,2
Cannabinoidi	51	22	22	40	16	151	15,7
Cocaina	65	9	10	14	18	116	12,0
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	298	99	79	129	69	674	70,0
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,1
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	0	0	0	0	2	0,2
Inalanti	1	0	0	0	0	1	0,1
Alcol	0	1	1	2	0	4	0,4
Altro	3	1	0	2	0	6	0,6
Totale	428	132	112	187	104	963	100,0
Totale							
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	V.a.	%
Allucinogeni	0	1	0	0	0	1	0,2
Amfetamine	1	1	1	1	2	6	1,5
Ecstasy	1	1	1	0	0	3	0,7
Benzodiazepine	10	1	1	0	4	16	3,9
Cannabinoidi	30	7	23	19	16	95	23,3
Cocaina	63	9	18	59	17	166	40,7
Eroina	26	2	2	2	1	33	8,1
Metadone	3	0	0	1	0	4	1,0
Alcol	45	4	11	8	16	84	20,6
Totale	179	26	57	90	56	408	100,0

Tab. 11.1 Utenti Totali distinti per SerT e sostanza primaria e secondaria. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale	
Sostanza primaria						V.a.	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	1	0	1	1	1	4	0,4
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	3	0	0	0	0	3	0,3
Cannabinoidi	34	26	14	37	10	121	12,7
Cocaina	45	7	15	20	12	99	10,4
Crack	0	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	323	99	75	140	79	716	75,2
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,1
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,1
Inalanti	2	0	0	0	0	2	0,2
Alcol						0	0,0
Altro	0	1	1	3	0	5	0,5
Totale	410	133	106	201	102	952	100,0
Totale							
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	V.a.	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	1	1	0	0	2	0,5
Ecstasy	1	0	2	0	0	3	0,8
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	5	2	0	0	1	8	2,1%
Cannabinoidi	23	2	14	21	11	71	18,6
Cocaina	87	15	15	65	12	194	50,9
Crack	0	0	0	0	0	0	0
Eroina	20	0	3	1	0	24	6,3
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,3
Morfina	0	0	1	0	0	1	0,3
Altri oppiacei	0	0	0	0	1	1	0,3
Inalanti	0	0	0	0	0	0	0
Alcol	32	8	17	10	9	76	19,9
Altro	0	0	0	0	0	0	0
Totale	169	28	53	97	34	381	100,0

Tab. 12 Nuovi utenti e utenti già in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria. Anno 2006

Anno 2006						
Sostanza primaria	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Amfetamine	1	0,6	0	0	1	0,1
Ecstasy	0	0	5	0,6	5	0,5
Benzodiazepine	0	0	2	0,2	2	0,2
Cannabinoidi	62	39,2	89	11,1	151	15,7
Cocaina	26	16,5	90	11,2	116	12,0
Eroina	66	41,8	608	75,5	674	70,0
Metadone	1	0,6	0	0	1	0,1
Altri oppiacei	0	0	2	0,2	2	0,2
Inalanti	0	0	1	0,1	1	0,1
Alcol	0	0	4	0,5	4	0,4
Altro	2	1,3	4	0,5	6	0,6
Totale	158	100,0	805	100,0	963	100,0

Anno 2006						
Sostanza secondaria	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Allucinogeni	0	0	1	0,3	1	0,2
Amfetamine	1	1,6	5	1,4	6	1,5
Ecstasy	1	1,6	2	0,6	3	0,7
Benzodiazepine	0	0	16	4,6	16	3,9
Cannabinoidi	19	31,1	76	21,9	95	23,3
Cocaina	25	41,0	141	40,6	166	40,7
Eroina	8	13,1	25	7,2	33	8,1
Metadone	0	0	4	1,2	4	1,0
Alcol	7	11,5	77	22,2	84	20,6
Totale	61	100,0	347	100,0	408	100,0

Tab. 12.1 Nuovi utenti e utenti già in carico ai SerT distinti per sostanza primaria e secondaria. Anno 2007

Anno 2007						
Sostanza primaria	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	4	2,0	0	0	4	0,4
Barbiturici	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	1	0,5	2	0,3	3	0,3
Cannabinoidi	66	33,3	55	7,3	121	12,7
Cocaina	33	16,7	66	8,8	99	10,4
Crack	0	0	0	0	0	0,0
Eroina	93	47,0	623	82,6	716	75,2
Metadone	0	0	1	0,1	1	0,1
Morfina	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	0	0	1	0,1	1	0,1
Inalanti	1	0,5	1	0,1	2	0,2
Alcol	0	0	0	0	0	0,0
Altro	0	0	5	0,7	5	0,5
Totale	198	100,0	754	100,0	952	100,0

Anno 2007						
Sostanza secondaria	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0,
Amfetamine	0	0	2	0,6	2	0,5
Ecstasy	1	1,5	2	0,6	3	0,8
Barbiturici	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	0	0	8	2,5	8	2,1
Cannabinoidi	28	41,8	43	13,7	71	18,6
Cocaina	29	43,3	165	52,5	194	50,9
Crack	0	0	0	0	0	0
Eroina	2	3,0	22	7,0	24	6,3
Metadone	0	0	1	0,3	1	0,3
Morfina	0	0	1	0,3	1	0,3
Altri oppiacei	0	0	1	0,3	1	0,3
Inalanti	0	0	0	0	0	0
Alcol	7	10,4	69	22,0	76	19,9
Altro	0	0	0	0	0	0
Totale	67	100,0	314	100,0	381	100,0

Tab. 13 Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso primaria e secondaria

Sostanza primaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Eroina	693	681	679	725	685	667	674	716
Cannabinoidi	126	128	139	161	194	189	151	121
Cocaina	19	23	40	79	88	103	116	99
Ecstasy	7	4	5	10	5	8	5	4
Alcol	10	12	13	12	16	15	4	0
Benzodiazepine	6	6	6	5	6	3	2	3
Altri oppiacei	1	1	1	1	3	3	2	1
Amfetamine	1	3	1	0	1	0	1	0
Inalanti	0	2	2	1	1	1	1	2
Metadone	0	0	0	0	0	0	1	1
Allucinogeni	1	0	0	0	0	0	0	0
Morfina	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0	0
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro/Non indicato	3	4	2	1	2	2	6	18
Totale	867	864	888	995	1001	991	963	965

Sostanza secondaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cocaina	86	103	115	135	155	149	166	194
Cannabinoidi	72	86	95	100	88	94	95	71
Alcol	55	63	81	89	77	77	84	76
Eroina	46	8	10	27	23	19	33	24
Benzodiazepine	26	20	20	20	20	19	16	8
Amfetamine	1	2	3	4	5	8	6	2
Ecstasy	6	4	9	10	1	1	3	3
Metadone	4	7	8	9	6	6	4	1
Allucinogeni	2	2	4	4	3	1	1	0
Barbiturici	1	1	0	0	0	1	0	0
Morfina	1	1	1	1	0	0	0	1
Altro/Non indicato	1	1	3	1	3	1	0	0
Totale	301	298	349	401	381	376	408	381

Tab. 14 Rapporto tra sostanza primaria e popolazione target (per 10.000)

Sostanza primaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Eroina	49,8	48,9	48,8	52,1	49,2	47,9	37,8	40,1
Cannabinoidi	9,1	9,2	10,0	11,6	13,9	13,6	8,5	6,8
Cocaina	1,4	1,7	2,9	5,7	6,3	7,4	6,5	5,5
Ecstasy	0,5	0,3	0,4	0,7	0,4	0,6	0,3	0,2
Benzodiazepine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2
Amfetamine	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Altri oppiacei	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Inalanti	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Allucinogeni	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tab. 15 Percentuale di utenti con almeno una seconda sostanza d'abuso

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Utenti con sostanza secondaria	301	298	349	401	381	376	408	381
Utenti con almeno una sostanza secondaria/totale utenti (%)	34,7	34,5	39,3	40,3	38,1	37,9	42,4	39,5

Tab. 16 Andamento dell'utenza tossicodipendente segnalata in base agli artt. 121 e 75

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Segnalazioni Art. 121	210	221	221	147	198	143	157	205
Segnalazioni Art. 75	112	137	120	127	172	164	107	51

Tab. 17 Utenti totali dei SerT distinti per tipo di trattamento. Anno 2006

Trattamenti Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Solo psicosociale e riabilitativo	97	36	37	82	35	287
Sostegno psicologico	77	34	55	63	19	248
Psicoterapia	50	6	16	17	4	93
Interventi di servizio sociale	139	61	60	173	53	486
Metadone a breve termine	0	0	0	0	0	0
Metadone a medio termine	8	2	4	4	7	25
Metadone a lungo termine	205	57	42	88	31	423
Naltrexone	0	0	0	0	0	0
Clonidina	0	0	0	0	0	0
Buprenorfina	55	35	25	6	21	142
Altri farmaci non sostitutivi	17	12	15	34	25	103
Soggetti inseriti in strutture riabilitative	38	13	11	16	17	95

Tab. 17.1 Utenti totali dei SerT distinti per tipo di trattamento. Anno 2007

Trattamenti Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Solo psicosociale e riabilitativo	62	35	37	87	19	240
Sostegno psicologico	61	24	51	61	19	216
Psicoterapia	35	9	16	15	5	80
Interventi di servizio sociale	114	66	40	166	35	421
Metadone a breve termine	2	0	1	0	0	3
Metadone a medio termine	17	1	2	6	10	36
Metadone a lungo termine	213	63	48	91	41	456
Buprenorfina	72	35	25	5	29	166
Altri farmaci non sostitutivi	20	9	12	28	33	102
Soggetti inseriti in strutture riabilitative	37	11	11	16	10	85

Tab. 18 Utenti totali dei SerT distinti per tipo di trattamento. Periodo 2000-2007

Trattamenti*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Solo psicosociale e riabilitativo	297	265	292	332	336	303	287	240
Sostegno psicologico	274	326	342	366	316	252	248	216
Psicoterapia	160	171	185	179	152	119	93	80
Interventi di servizio sociale	439	464	465	520	564	502	486	421
Metadone a breve termine	33	24	14	8	4	0	0	3
Metadone a medio termine	223	213	151	174	70	30	25	36
Metadone a lungo termine	309	294	307	364	450	409	423	456
Naltrexone	3	7	4	3	2	0	0	0
Clonidina	0	1	0	0	0	0	0	0
Altri farmaci non sostitutivi***	114	143	126	109	104	106	103	102
Inseriti in strutture riabilitative**	172	41	114	113	93	105	95	85
Altri farmaci sostitutivi	n.d.	n.d.	62	97	136	137	142	166
Totale	2.024	2.049	2.062	2.265	2.227	1.963	1.902	1.805

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

** Sono stati considerati i soggetti inseriti in strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali

*** Dal 1999 al 2001 la categoria "Altri farmaci" comprende sia i farmaci sostitutivi che non sostitutivi

Tab. 19 Utenti totali dei SerT distinti per categoria di trattamento. Periodo 2000-2007

Trattamenti aggregati	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Psico-sociale	1.170	1.226	1.284	1.397	1.368	1.176	1.114	957
Metadone	565	531	472	546	524	439	448	495
Altri trattamenti farmacologici	117	151	192	209	242	243	245	268
Inserimenti in strutture riabilitative	172	141	114	113	93	105	95	85
Totale	2.024	2.049	2.062	2.265	2.227	1.963	1.902	1.805

Tab. 20 Utenti totali dei SerT distinti per positività al test Hiv. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hiv+	44	11	13	17	8	93
Utenti Hiv+ già in carico	44	11	13	17	7	92
Nuovi utenti HIV+	0	0	0	0	1	1
Utenti Hiv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	12,0	9,6	13,7	11,1	9,2	11,4
Nuovi ut. Hiv+ /Tot. nuovi utenti (%)	0	0	0	0	3,6	0,6
Totale Utenti Hiv+ /Tot. utenti in carico (%)	10,3	8,3	11,6	9,1	7,7	9,7

Tab. 20.1 Utenti totali dei SerT distinti per positività al test Hiv. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hiv+	45	10	10	19	9	93
Utenti Hiv+ già in carico	44	10	10	17	9	90
Nuovi utenti HIV+	1	0	0	2	0	3
Utenti Hiv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	13,3	9,3	10,9	11,3	12,2	11,9
Nuovi ut. Hiv+ /Tot. nuovi utenti (%)	1,1	0	0	3,9	0	1,4
Totale Utenti Hiv+ /Tot. utenti in carico (%)	10,7	7,5	9,1	9,5	8,8	9,6

Tab. 21 Positività al test HIV degli utenti in carico ai SerT. Periodo 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totale utenti Hiv+	104	102	96	104	99	99	93	93
Utenti positivi in carico da anni precedenti	99	100	94	96	98	96	92	90
Nuovi utenti positivi	5	2	2	8	1	3	1	3
Utenti positivi in carico da anni / Tot. Utenti in carico da anni (%)	14,1	13,9	13,0	12,3	12,0	11,8	11,4	11,9
Nuovi utenti positivi/ Tot. nuovi utenti (%)	3,0	1,4	1,2	3,7	0,5	1,7	0,6	1,4
Tot. Utenti positivi/ Tot. utenti in carico (%)	12,0	11,8	10,8	10,5	9,9	10,0	9,7	9,6

Tab. 22 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite C (Hcv) per SerT. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hcv+	240	89	54	93	43	519
Utenti Hcv+ già in carico	236	88	48	90	37	499
Nuovi utenti Hcv+	4	1	6	3	6	20
Utenti Hcv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	64,5	76,5	50,5	58,8	48,7	62,0
Nuovi ut. Hcv+ /Tot. nuovi utenti (%)	6,4	5,9	35,3	8,8	21,4	12,7
Totale Utenti Hcv+ /Tot. utenti in carico (%)	56,1	67,4	48,2	49,7	41,3	54,0

Tab. 22.1 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite C (Hcv) per SerT. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hcv+	216	84	53	97	41	491
Utenti Hcv+ già in carico	215	83	52	94	38	482
Nuovi utenti Hcv+	1	1	1	3	3	9
Utenti Hcv+ già in carico /Tot. Utenti già in carico (%)	65,2	76,9	56,5	62,7	51,4	63,9
Nuovi ut. Hcv+ /Tot. nuovi utenti (%)	1,1	4,0	5,6	5,9	10,7	4,3
Totale Utenti Hcv+ /Tot. utenti in carico (%)	51,6	63,2	48,2	48,3	40,2	50,9

Tab. 23 Positività al epatite C degli utenti in carico ai SerT per anno. Periodo 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totale utenti Hcv+	382	443	457	443	468	513	539	531	519	491
Utenti pos. in carico da anni precedenti							523	522	499	482
Nuovi utenti pos.*							16	9	20	9
Tot Utenti positivi/ Tot. utenti in carico (%)	45,5	51,9	52,7	51,3	52,7	51,5	53,8	53,6	54,0	50,9
Utenti positivi in carico da anni /Tot. Utenti in carico da anni (%)							64,2	64,0	62,0	63,9
Nuovi utenti positivi / Tot. nuovi utenti (%)							8,5	5,1	12,7	4,3

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

Tab. 24 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite B (HBv) per SerT. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hbv+	143	41	26	57	20	287
Utenti Hbv+ già in carico	143	41	26	54	18	282
Nuovi utenti Hbv+	0	0	0	3	2	5
Utenti Hbv+ già in carico/ Utenti già in carico (%)	39,1	35,7	27,4	35,3	23,7	35,0
Utenti Hbv-	285	91	86	130	84	676
Utenti Hbv vaccinati	6	40	18	0	0	64
Utenti vaccinati/ Utenti Hbv - (%)	2,1	44,0	20,9	0	0	9,5
Nuovi utenti Hbv+ / Nuovi utenti (%)	0	0	0	8,8	7,1	3,2
Totale Utenti Hbv+/ Utenti in carico (%)	33,4	31,1	23,2	30,5	19,2	29,8

Tab. 24.1 Utenti totali dei SerT distinti per positività all'epatite B (HBv) per SerT. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti Hbv+	134	38	26	59	18	275
Utenti Hbv+ già in carico	133	38	26	58	18	273
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	1	0	2
Utenti Hbv+ già in carico/ Utenti già in carico (%)	40,3	35,2	28,3	38,7	24,3	36,2
Utenti Hbv -	285	95	84	142	84	690
Utenti Hbv vaccinati	34	39	15	1	6	95
Utenti vaccinati/ Utenti Hbv - (%)	11,9	41,1	17,9	0,7	7,1	13,8
Nuovi ut. Hbv+ / Nuovi utenti (%)	1,1	0	0	2,0	0	0,9
Totale Utenti Hbv+ / Utenti in carico (%)	32,0	28,6	23,6	29,4	17,6	28,5

Tab. 25 Utenti totali dei SerT distinti per causa di morte. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Aids	0	0	0	1	1	2
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	2	0	0	1	0	3
Epatopatie	2	2	1	0	0	5
Malattie apparato respiratorio	0	0	1	0	0	1
Altro	0	0	0	1	1	2
Totale	6	2	2	3	2	15

Tab. 25.1 Utenti totali dei SerT distinti per causa di morte. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Aids	2	1	0	1	0	4
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Incidente stradale	1	0	0	0	0	1
Epatopatie	2	1	0	0	2	5
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0
Malattie apparato circolatorio	0	1	0	0	0	1
Altro	0	2	0	0	0	2
Tumore	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	0	0	0	2	0	2
Stato morbosso mal definito	0	1	0	0	0	1
Totale	8	6	0	3	2	19

Tab. 26 Utenti in carico ai SerT distinti per cause di decesso. Periodo 2000-2007

Cause di morte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aids	7	7	3	1	2	4	2	4
Overdose	7	3	0	2	7	2	1	1
Suicidio	1	2	2	1	0	0	1	1
Incidente stradale	4	2	2	2	6	0	3	1
Epatopatie	4	1	2	2	0	1	5	5
Malattie sistema circolatorio	0	0	0	0	0	1	0	1
Tumore	0	0	0	0	0	2	0	1
Malattie apparato respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0
Altro	2	1	0	4	1	3	2	5
Totale	25	16	9	12	16	13	15	19

Tab. 27 Età media alla morte degli utenti SerT distinta per causa di morte. Periodo 2000-2007

Cause di morte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aids	40	40	39	43	41	42	48	47
Overdose	36	28	-	26	32	40	38	41
Suicidio	35	32	36	40	-	-	34	30
Incidente stradale	30	37	30	47	35	-	35	40
Epatopatie	39	39	41	45	39	40	45	41
Malattie sistema circolatorio	-	-	-	-	-	48	0	46
Tumore	-	-	-	-	-	46	0	36
Altro	41	36	-	41	41	24	33	38

7.2 UTENTI ALCOLDIPENDENTI

Tab. 28 Utenti alcolisti in carico ai Centri Alcolologici dei SerT. Periodo 1996 - 2007

Anni	Totale utenti	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale variazione % (base = 1996)	Totale variazione % (annuale)	Totale variazione % Nuovi utenti (annuale)
1996	79	32	47	-	-	-
1997	90	38	52	13,9%	13,9%	18,8%
1998	86	37	49	8,9%	-4,4%	-2,6%
1999	114	51	63	44,3%	32,6%	37,8%
2000	159	72	87	101,3%	39,5%	41,2%
2001	227	99	128	187,3%	42,8%	37,5%
2002	294	101	193	272,1%	29,5%	2,0%
2003	365	103	262	362,0%	24,1%	2,0%
2004	384	112	272	386,1%	5,2%	8,7%
2005	391	111	280	394,9%	1,8%	-0,9%
2006	384	92	292	386,1%	-1,8%	-17,1%
2007	406	94	312	413,9%	5,7%	2,2%

Tab. 29 Utenti totali alcolisti in carico distinti per Centro Alcolologici. Periodo 1996-2007

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale utenti
1996	12	34	27	6	0	79
1997	12	42	30	6	0	90
1998	15	43	21	7	0	86
1999	37	39	23	12	3	114
2000	60	33	30	22	14	159
2001	102	44	35	29	17	227
2002	149	50	43	33	19	294
2003	188	49	55	46	27	365
2004	184	55	56	53	36	384
2005	179	55	54	57	46	391
2006	170	51	59	62	42	384
2007	161	60	58	68	59	406

Tab. 30 Nuovi utenti alcolisti in carico distinti per Centro Alcolologici. Periodo 1996-2007

Anni	Ferrara		Copparo		Portomaggiore		Codigoro		Cento	
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
1996	5	7	13	21	8	0	6	0	0	0
1997	7	5	16	26	9	0	6	0	0	0
1998	6	9	16	27	9	1	6	1	0	0
1999	21	16	10	29	11	3	7	5	2	1
2000	31	29	8	25	14	12	8	14	11	3
2001	46	56	20	24	15	6	13	16	5	12
2002	52	97	13	37	10	15	13	20	13	6
2003	46	142	12	37	17	19	16	30	12	15
2004	48	136	18	37	13	25	16	37	17	19
2005	49	130	10	45	15	39	16	41	21	25
2006	35	135	10	41	19	40	18	44	10	32
2007	29	132	10	50	13	45	17	51	25	34

Tab. 31 Percentuale di Nuovi utenti sul totale degli utenti in carico. Periodo 1999-2007

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
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

Tab. 32 Rapporto utenti già in carico/nuovi utenti. Periodo 1996-2007

Anni	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
1996	1,4	1,6	2,4	0,0	0	1,5
1997	0,7	1,6	2,3	0,0	0	1,3
1998	1,5	1,7	1,3	0,2	0	1,3
1999	0,8	2,9	1,1	0,7	0,5	1,2
2000	0,9	3,1	1,1	1,8	0,3	1,2
2001	1,2	1,2	1,3	1,2	2,4	1,3
2002	1,9	2,8	3,3	1,5	0,5	1,9
2003	3,1	3,1	2,2	1,9	1,3	2,5
2004	2,8	2,1	3,3	2,3	1,1	2,4
2005	2,7	4,5	2,6	2,6	1,2	2,5
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

Tab. 33 Utenti in carico distinti per sesso. Periodo 1996-2007

Anni	Maschi	Femmine	% Maschi	% Femmine	Rapporto Maschi/Femmine
1996	62	17	78,5	21,5	3,6
1997	64	26	71,1	28,9	2,5
1998	64	22	74,4	25,6	2,9
1999	77	37	67,5	32,5	2,1
2000	110	49	69,2	30,8	2,2
2001	159	68	70,0	30,0	2,3
2002	211	83	71,8	28,2	2,5
2003	263	102	72,1	27,9	2,6
2004	267	117	69,5	30,5	2,3
2005	263	128	67,3	32,7	2,1
2006	261	123	68,0	32,0	2,1
2007	278	128	68,5	31,5	2,2

Tab. 34 Utenti alcolisti in carico per 10.000 residenti 15-64 anni. Periodo 1996-2007

Anni	Ferrara		Regione	
	Totale utenti/* Pop. target 15-64 anni	Nuovi utenti/** Pop. target 15-64 anni	Totale utenti/* Pop. target 15-64 anni	Nuovi utenti/** Pop. target 15-64 anni
1996	3,25	1,32	5,88	2,50
1997	3,70	1,58	6,64	2,75
1998	3,61	1,55	8,14	3,09
1999	4,84	2,16	9,15	3,19
2000	6,82	3,09	10,23	3,44
2001	9,84	4,29	11,60	3,73
2002	12,82	4,41	13,41	4,18
2003	16,04	4,53	15,65	4,46
2004	16,94	4,94	17,45	4,98
2005	17,22	4,89	18,89	4,69
2006	16,95	4,06	19,1	4,2
2007	17,89	4,14	nd	nd

* Indicatore che misura la capacità di ritenzione in trattamento

** Indicatore che misura la capacità di attrazione di nuovi utenti

Tab. 35 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e bevanda. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	170	51	59	62	42	384
Maschi	112	30	45	40	34	261
Femmine	58	21	14	22	8	123
Maschi/Femmine	1,9	1,4	3,2	1,8	4,3	2,1
Classi di età						
< 20 anni	0	0	1	0	0	1
20-29 anni	9	1	2	5	3	20
30-39 anni	39	11	10	15	7	82
40-49 anni	53	19	19	16	16	123
50-59 anni	40	9	12	16	8	85
>59 anni	29	11	15	10	8	73
Età media	46,0	46,8	47,4	45,4	46,1	46,2
Nuovi	35	10	19	18	10	92
Maschi	22	6	13	14	8	63
Femmine	13	4	6	4	2	29
Maschi/Femmine	1,7	1,5	2,2	3,5	4,0	2,2
Classi di età						
< 20 anni	0	0	1	0	0	1
20-29 anni	3	0	0	2	0	5
30-39 anni	10	3	4	3	1	21
40-49 anni	9	4	8	3	6	30
50-59 anni	10	0	3	6	0	19
>59 anni	3	3	3	4	1	14
Età media	44,0	45,9	45,0	47,2	45,1	45,2
Già in carico	135	41	40	44	32	292
Maschi	90	24	32	26	26	198
Femmine	45	17	8	18	6	94
Maschi/Femmine	2,0	1,4	4,0	1,4	4,3	2,1
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	6	1	2	3	3	15
30-39 anni	29	8	6	12	6	61
40-49 anni	44	15	11	13	10	93
50-59 anni	30	9	9	10	6	64
>59 anni	26	8	12	6	7	59
Età media	46,5	47,1	48,6	44,7	45,8	46,5
Sostanza primaria						
Superalcolici	15	6	9	6	1	37
Aperitivi, amari, digestivi	5	2	5	1	2	15
Vino	120	35	37	46	31	269
Birra	29	8	8	9	8	62
Altro	1	0	0	0	0	1

Tab. 35.1 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per sesso, età e bevanda. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag.	Codigoro	Cento	Totale
Totale utenti	161	60	58	68	59	406
Maschi	102	39	45	48	44	278
Femmine	59	21	13	20	15	128
Maschi/Femmine	1,7	1,9	3,5	2,4	2,9	2,2
Classi di età						
< 20 anni	0	0	1	0	0	1
20-29 anni	4	2	3	4	3	16
30-39 anni	37	9	12	11	13	82
40-49 anni	55	22	12	23	20	132
50-59 anni	43	16	18	16	11	104
>59 anni	22	11	12	14	12	71
Età media	46,4	47,7	47,1	47,0	46,1	46,7
Nuovi	29	10	13	17	25	94
Maschi	16	9	10	11	16	62
Femmine	13	1	3	6	9	32
Maschi/Femmine	1,2	9,0	3,3	1,8	1,8	1,9
Classi di età						
< 20 anni	0	0	0	0	0	0
20-29 anni	3	2	1	2	2	10
30-39 anni	9	0	4	1	9	23
40-49 anni	7	4	1	6	5	23
50-59 anni	8	4	5	3	6	26
>59 anni	2	0	2	5	3	12
Età media	43,1	44,5	46,0	47,6	43,4	44,5
Già in carico	132	50	45	51	34	312
Maschi	86	30	35	37	28	216
Femmine	46	20	10	14	6	96
Maschi/Femmine	1,9	1,5	3,5	2,6	4,7	2,3
Classi di età						
< 20 anni	0	0	1	0	0	1
20-29 anni	1	0	2	2	1	6
30-39 anni	28	9	8	10	4	59
40-49 anni	48	18	11	17	15	109
50-59 anni	35	12	13	13	5	78
>59 anni	20	11	10	9	9	59
Età media	47,1	48,3	47,4	46,9	48,0	47,4
Sostanza d'abuso						
Superalcolici	22	7	7	7	1	44
Aperitivi, amari, digestivi	6	3	4	2	3	18
Vino	103	41	38	52	42	276
Birra	29	9	9	7	13	67
Altro	1	0	0	0	0	1

Tab. 36 Andamento storico dei consumi. Periodo 1997 - 2006. Valori %. Periodo 1997-2007

Sostanza d'abuso	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Superalcolici	8,9	9,3	4,4	2,5	4,8	7,5	9,3	10,7	10,0	9,6	10,8
Vino	75,5	76,7	75,5	79,2	74,9	73,8	72,6	71,1	68,3	70,1	68,0
Birra	7,8	10,5	15,7	12,6	11,9	13,9	12,9	13,5	15,9	16,1	16,5
Aperitivi, amari, digestivi	2,2	0	0	0	1,8	3,4	4,1	4,4	5,1	3,9	4,4
Altro	0	0	4,4	5,7	6,6	1,4	1,1	0,3	0,8	0,3	0,2

Tab. 37 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per trattamento terapeutico. Anno 2006

Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	315	86	110	72	67	650
Psicoterapia individuale	14	4	0	0	2	20
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	49	28	5	1	0	83
Counseling all'utente o alla famiglia	19	17	27	28	14	105
Inserimento in gruppi di mutuo aiuto	0	27	8	0	0	35
Trattamento socio-riabilitativo	25	24	33	62	26	170
Inserimento in strutture	8	1	0	2	8	19
Ricovero ospedaliero	0	0	2	0	1	3
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	1	1
Altro	3	0	2	0	0	5

Tab. 37.1 Utenti in carico ai Centri Alcolologici distinti per trattamento terapeutico. Anno 2007

Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Medico-farmacologico	303	106	101	88	119	717
Psicoterapia individuale	20	10	0	1	4	35
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	53	3	2	2	0	60
Counseling all'utente o alla famiglia	6	19	22	34	16	97
Inserimento in gruppi di mutuo aiuto	0	30	1	2	3	36
Trattamento socio-riabilitativo	31	31	17	55	31	165
Inserimento in strutture	3	4	1	3	13	24
Ricovero ospedaliero	0	0	1	0	3	4
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0	0	2	2
Altro	3	1	0	0	0	4

Tab. 38 Monitoraggio dei trattamenti terapeutici. Periodo 1997 - 2007 (Valori %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Medico											
Farmacologico	43,2	45,8	40,9	38,9	38,0	38,6	37,6	39,7	55,0	59,6	62,7
Counseling all'utente o alla famiglia	13,6	14,0	9,1	22,7	22,6	19,8	19,5	20,7	11,5	9,6	8,5
Trattamento socio-riabilitativo	11,4	12,2	3,5	9,1	12,1	13,7	16,4	16,1	13,0	15,6	14,4
Psicoterapia familiare e/o di gruppo	3,4	3,0	13,9	6,2	7,5	8,3	9,4	7,8	8,3	7,6	5,2
Psicoterapia individuale	8,5	9,8	24,3	10,8	9,5	8,5	8,5	7,0	3,6	1,8	3,1
Inserimento in gruppi di mutuo aiuto	15,9	14,6	5,7	7,1	7,3	6,0	4,4	4,9	5,4	3,2	3,1
Inserimento in strutture Riabilitative residenziali	1,7	0,6	1,3	1,1	1,2	1,4	1,6	1,6	2,0	1,7	2,1
Ricovero ospedaliero	0,6	0	0,9	2,5	1,8	2,5	1,3	0,8	0,6	0,3	0,3
Ricovero in casa di cura privata	0	0	0,4	1,4	0	0,2	0	0,1	0,2	0,1	0,2
Altro	1,7	0	0	0,2	0	0,9	1,3	1,2	0,4	0,5	0,3

Tab. 39 Utenti totali dei Centri Alcolologici distinti per causa di morte. Periodo 2005-2007

Anno 2005	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	1					1
Suicidio	1					1
Epatopatie				1		1
Malattie sistema circolatorio	1		1			2
Tumore	1	1	1	1		4
Totale	4	1	2	2	0	9
Anno 2006	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Suicidio				1		1
Incidente stradale		1				1
Epatopatie					1	1
Malattie sistema circolatorio			1			1
Tumore			1			1
Causa sconosciuta				2		2
Totale	0	1	2	3	1	7
Anno 2007	Ferrara	Copparo	Portomag	Codigoro	Cento	Totale
Overdose						0
Suicidio				1		1
Incidente stradale				1		1
Epatopatie						0
Malattie sistema circolatorio	1					1
Malattie apparato digerente	1					1
Tumore	1			1		2
Altro	1				1	2
Causa sconosciuta				1		1
Totale	4	0	0	4	1	9

7.3 UTENTI CON GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Tab. 40 Caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti giocatori d'azzardo patologici

Anno	Centro Nord		Sud Est		Ovest		Totale	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Totale	23	28	2	0	1	1	26	29
Maschi	18	23	2	0	1	1	21	24
Femmine	5	5	0	0	0	0	5	5
Classi di età	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
< 20 anni								
20-29 anni	2	3					2	3
30-39 anni	5	5					5	5
40-49 anni	6	8					6	8
50-59 anni	5	7	2		1	1	8	9
>59 anni	5	5					5	5
Gioco d'azzardo	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Corse animali	2	3					2	3
Carte								
Casinò	1						1	
Videogiochi	10	8	2			1	12	9
Lotto, Bingo, ecc.	2	2					2	2
Altro	8	15			1		9	15

7.4 UTENTI INVIATI NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Tab. 41 Utenti inviati dai SerT nelle Strutture Terapeutiche della provincia di Ferrara.

Anno 2005	Saman	Papa Giovanni	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus	Cidas
	Le Muraglie	XXIII Tenore			La casa di Carlotta	COD L'Airone
Utenti complessivi	1	7	12	28	7	19
Nuovi inserimenti	0	7	8	20	7	16
Utenti Tossicodip.	1	4	8	25	4	17
Utenti Alcolisti	0	2	4	3	3	2
Utenti GAP	0	1	0	0	0	0
Giornate di assistenza nell'anno	46	785	1323	4016	1685	1043
Utenti dimessi	1	2	0	6	2	9
Utenti che hanno interrotto	0	1	7	7	2	7
Utenti in struttura al 31/12/2005	0	4	5	17	3	5
Anno 2006	Saman	Papa Giovanni	Il Timoniere	Il Ponte	Exodus	Cidas
	Le Muraglie	XXIII Tenore			La casa di Carlotta	L'Airone
Utenti complessivi	4	10	11	28	5	17
Nuovi inserimenti	4	9	10	16	0	14
Utenti Tossicodip.	3	6	7	27	5	15
Utenti Alcolisti	1	3	4	1	0	2
Utenti GAP	0	1	0	0	0	0
Giornate di assistenza nell'anno	181	1439	1542	3026	1651	1167
Utenti dimessi	0	3	2	8	0	8
Utenti che hanno interrotto	2	7	9	14	1	9
Utenti in struttura al 31/12/2006	2	3	3	7	4	2

7.5 UTENTI TABAGISTI

Tab. 42 Caratteristiche socio-anagrafiche e storia dell'abitudine al fumo degli utenti dei Centri Antifumo. Anni 2006-2007

Anno	2006	2007
Sesso (%)		
Maschi	51,9 (n=111)	52,2 (n=97)
Femmine	48,1 (n=103)	47,8 (n=89)
Età media	50,0 (DS=12,3)	48,1 (DS=11,5)
Età media d'inizio	17,2 (DS=5,7)	17,5 (DS=5,5)
Numero medio di anni di abitudine al fumo	32,2 (DS=13,1)	29,8 (DS=11,6)
Numero medio di sig/die	22,2 (DS=10,2)	22,0 (DS=10,5)
Numero medio di presenze totali	5,6 (DS=4,3)	6,4 (DS=3,4)
Stato civile (%)		
Coniugati/conviventi	58,4 (n=125)	51,1 (n=95)
Altro	41,6 (n=89)	46,8 (n=87)
Scolarità (%)		
Elementare/Media inferiore	55,2 (n=118)	50,6 (n=94)
Media superiore	34,1 (n=73)	31,2 (n=58)
Laurea	10,7 (n=23)	16,1 (n=30)
Professione (%)		
Pensionato	29,0 (n=62)	18,3 (n=34)
Operaio	13,6 (n=29)	17,2 (n=32)
Lavoratore autonomo	7,9 (n=17)	8,1 (n=15)
Impiegato	13,6 (n=29)	14,5 (n=27)
Operatore sanitario	13,6 (n=29)	10,2 (n=19)
Disoccupato	3,3 (n=7)	2,7 (n=5)
Altro	9,3 (n=20)	8,5 (n=16)
Motivazione principale per smettere di fumare (%)		
Salute	79,4 (n=170)	75,8 (n=141)
Autocontrollo	16,4 (n=35)	17,7 (n=33)
Esempio	1,4 (n=3)	2,7 (n=5)
Economia	2,3 (n=5)	1,1 (n=2)
Motivi estetici	0,5 (n=1)	0,5 (n=1)
Fiducia di smettere di fumare grazie al corso (%)		
Scarsa	30,9 (n=66)	25,3 (n=47)
Media	41,6 (n=89)	55,4 (n=103)
Alta	27,6 (n=59)	17,2 (n=32)
Tentativi precedenti per smettere (%)		
Nessun tentativo	38,3 (n=82)	42,5 (n=79)
1-3 tentativi	58,4 (n=125)	54,8 (n=102)
>3 tentativi	3,3 (n=7)	0,5 (n=1)
Test di Fagestrom (%)		
Dipendenza molto bassa (0-2)	7,5 (n=16)	5,4 (n=10)
Dipendenza bassa (3-4)	21,0 (n=45)	28,5 (n=53)
Dipendenza media (5-6)	40,7 (n=87)	40,9 (n=76)
Dipendenza alta (7-8)	22,0 (n=47)	17,2 (n=32)
Dipendenza molto alta (>=9)	8,9 (n=19)	5,9 (n=11)
Contatti con fumatori:		
In casa (%)		
Sì	41,1 (n=88)	51,1 (n=95)
No	58,9 (n=126)	46,8 (n=87)
Al lavoro (%)		
Sì	47,7 (n=102)	62,4 (n=116)
No	52,3 (n=112)	35,5 (n=66)
Nel tempo libero (%)		
Sì	77,1 (n=165)	81,2 (n=151)
No	22,9 (n=49)	16,7 (n=31)

Fig. 1 Andamento storico degli utenti dei Centri Antifumo

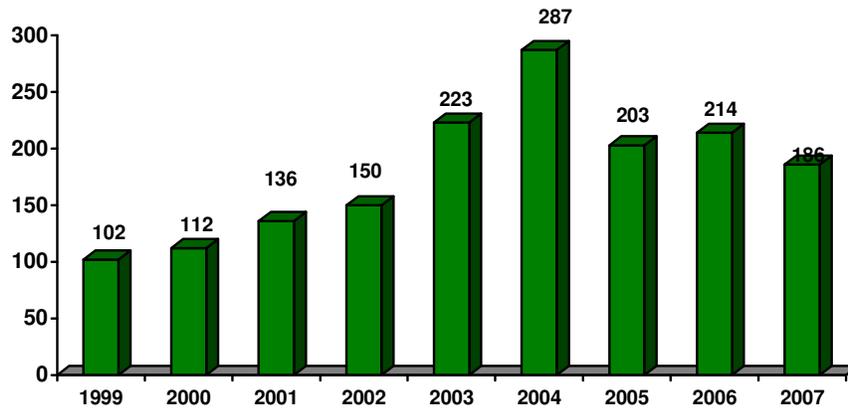


Fig. 2 Età media degli utenti per anno di accesso

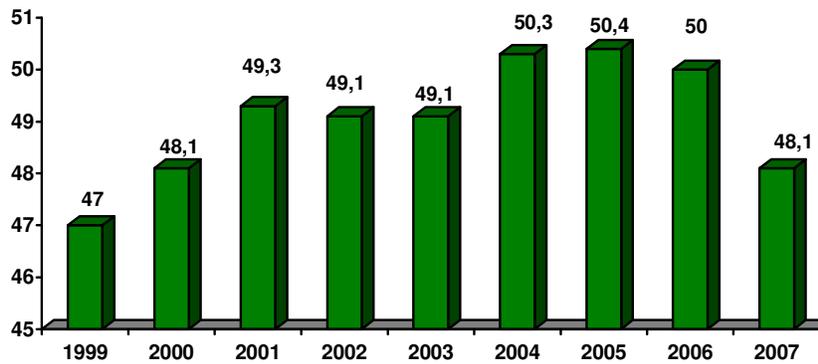


Fig. 3 Durata media dell'abitudine al fumo per anno di accesso

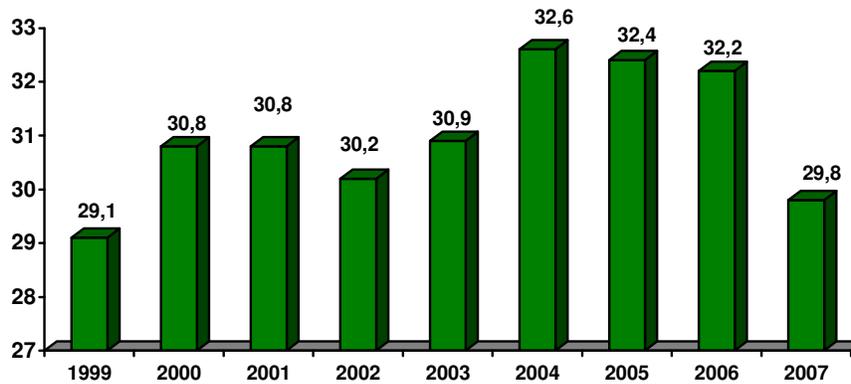


Fig. 4 Età media di inizio del consumo di tabacco per anno di accesso

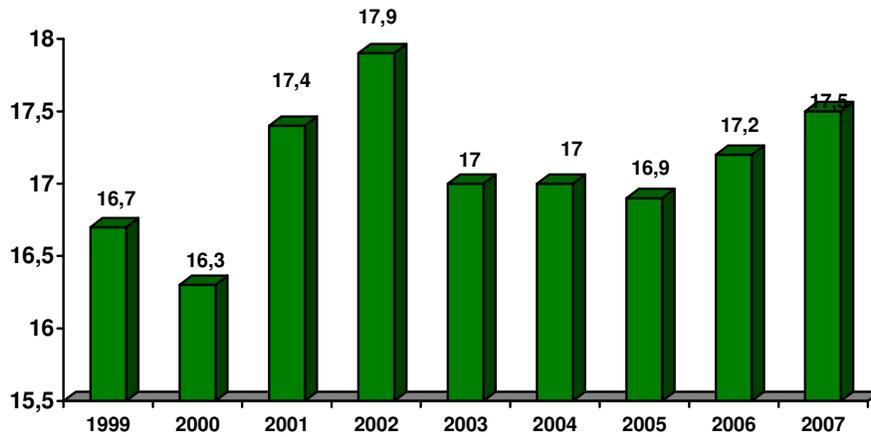


Fig. 5 Livello di istruzione degli utenti. Confronto 2006-2007. Valori %

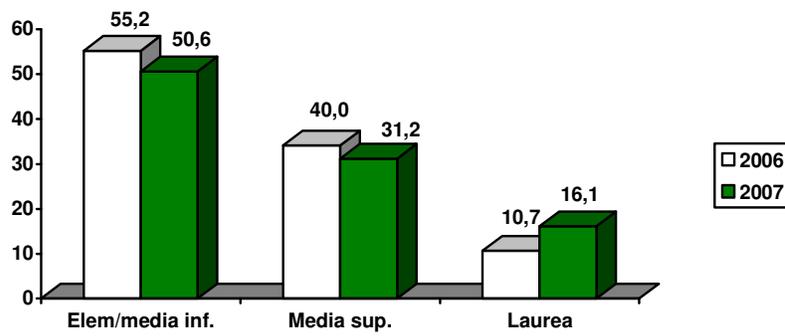


Fig. 6 Grado di dipendenza secondo la scala rilevata dal Test di Fagerstrom. Confronto 2006-2007. Valori %

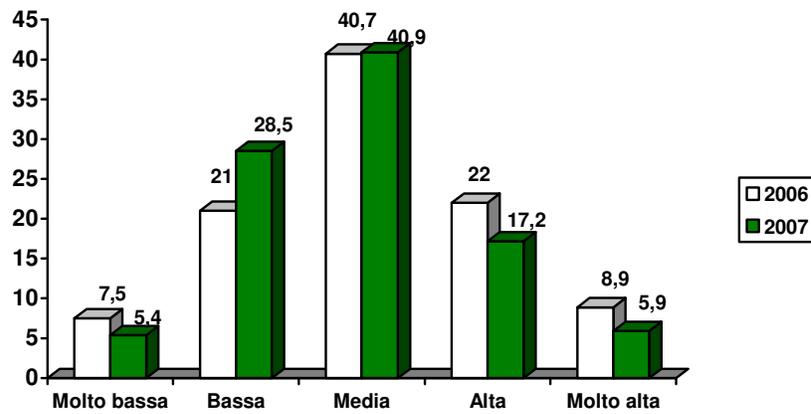


Fig. 7 Contatti con fumatori in casa, al lavoro e nel tempo libero. Confronto 2006-2007. Valori %

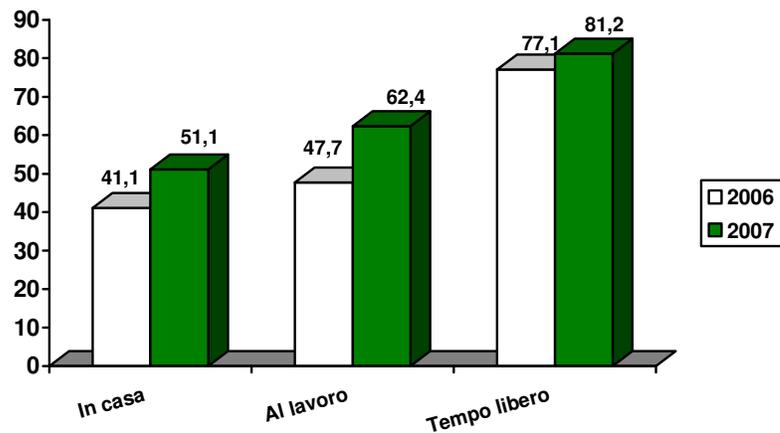


Fig. 8 Composizione della popolazione dei Centri Antifumo. Valori assoluti. Anno 2006

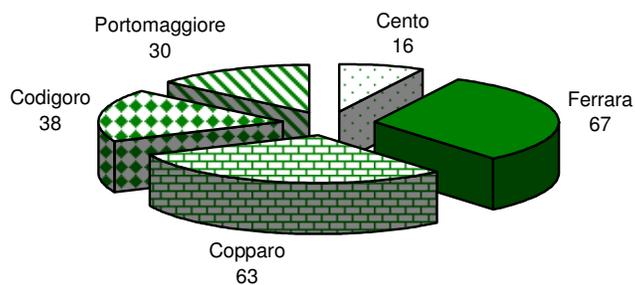


Fig. 8.1 Composizione della popolazione dei Centri Antifumo. Valori assoluti. Anno 2007

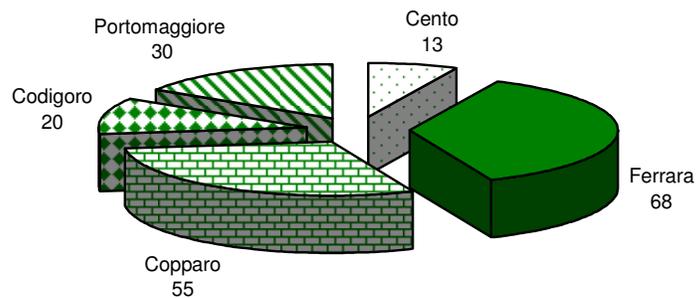


Fig. 9 Livello di istruzione degli utenti distinti per Centro Antifumo. Valori %. Anno 2006

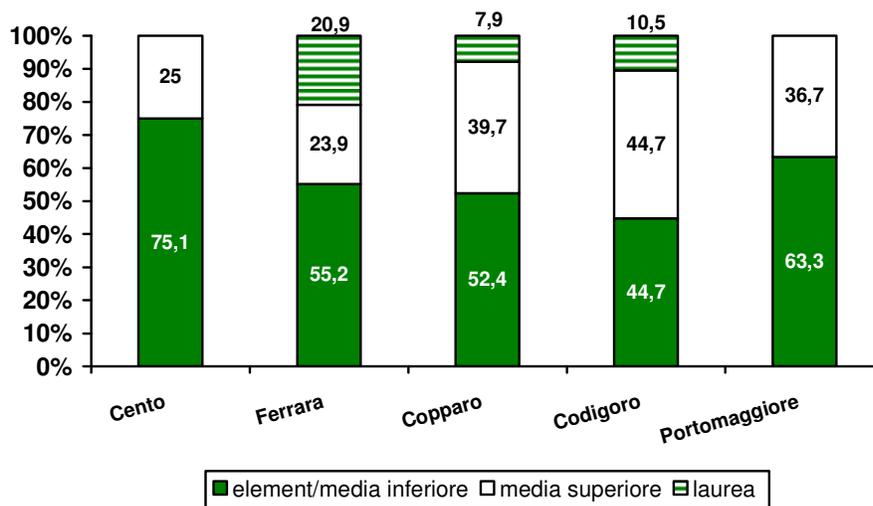
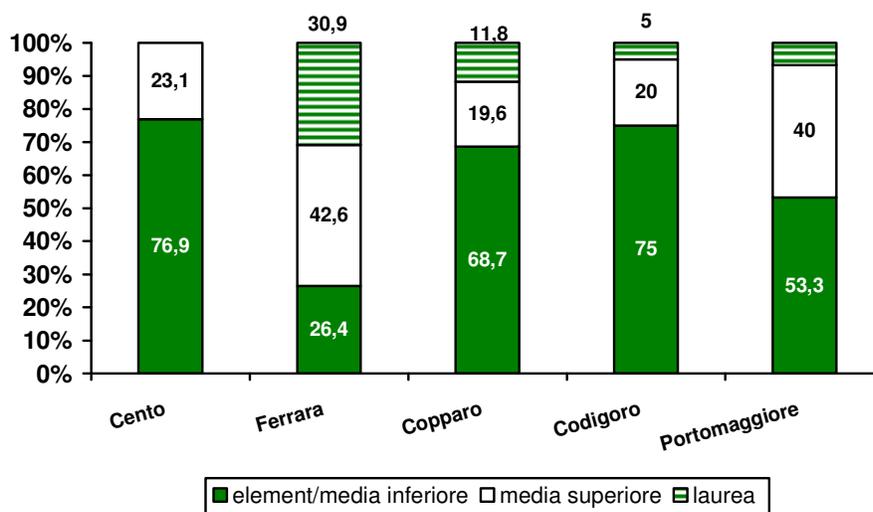
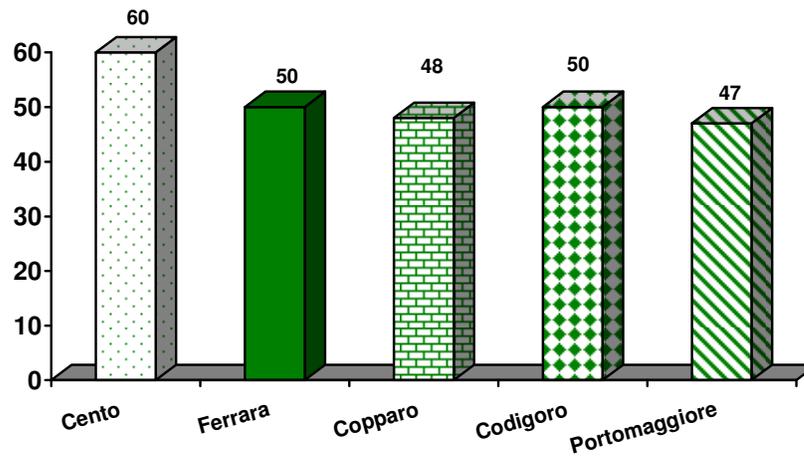


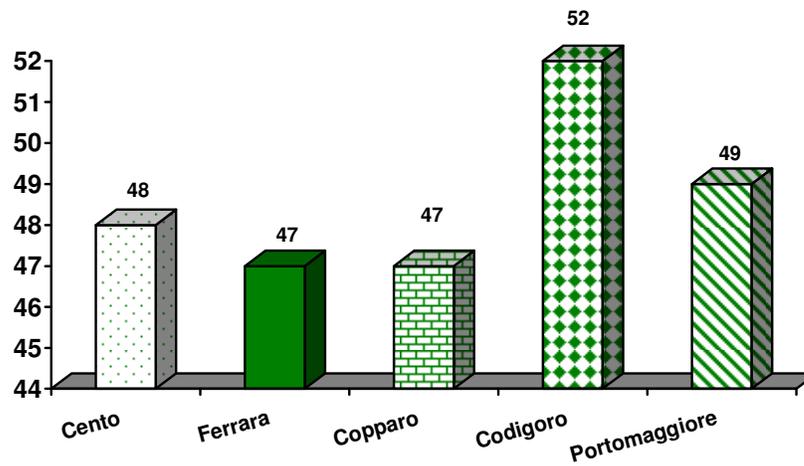
Fig. 9.1 Livello di istruzione degli utenti distinti per Centro Antifumo. Valori %. Anno 2007



**Fig. 10 Età media degli utenti
distinti per Centro Antifumo. Anno 2006**



**Fig. 10.1 Età media degli utenti
distinti per Centro Antifumo. Anno 2007**



**Fig. 11 Età media di inizio del consumo di tabacco degli utenti
distinti per Centro Antifumo. Anno 2006**

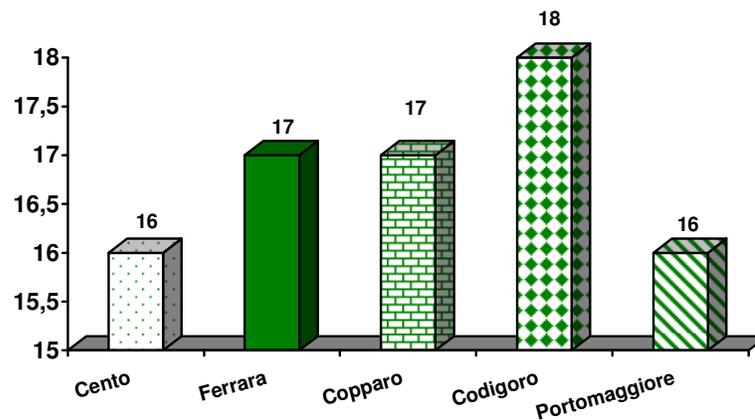


Fig. 11.1 Età media di inizio del consumo di tabacco degli utenti distinti per Centro Antifumo. Anno 2007

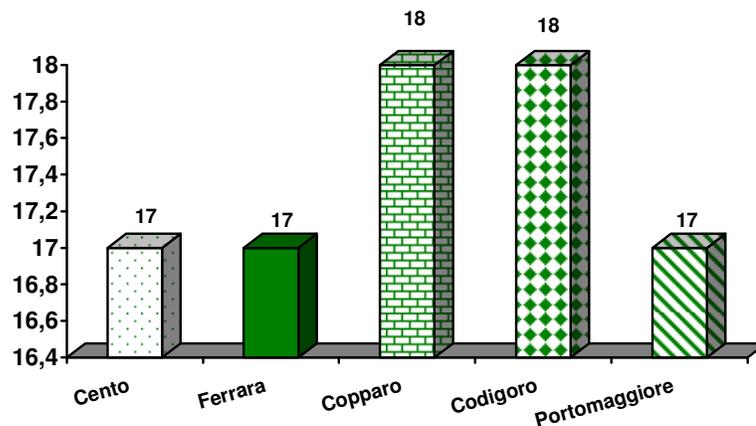


Fig. 12 Durata media dell'abitudine al fumo degli utenti distinti per Centro Antifumo. Anno 2006

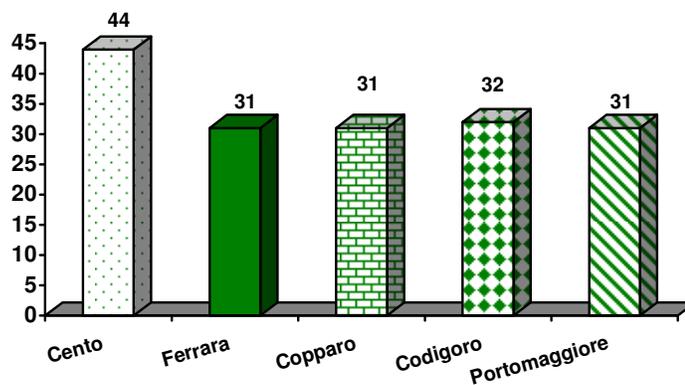


Fig. 12.1 Durata media dell'abitudine al fumo degli utenti distinti per Centro Antifumo. Anno 2007

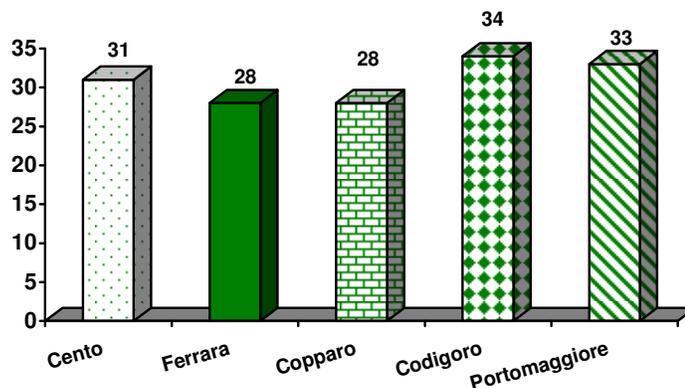


Fig. 13 N. medio di sigarette fumate al giorno al momento della presa in carico. Anno 2006

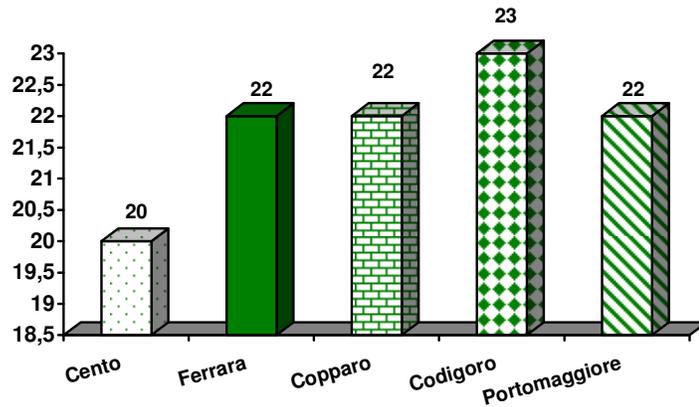


Fig. 13.1 N. medio di sigarette fumate al giorno al momento della presa in carico. Anno 2007

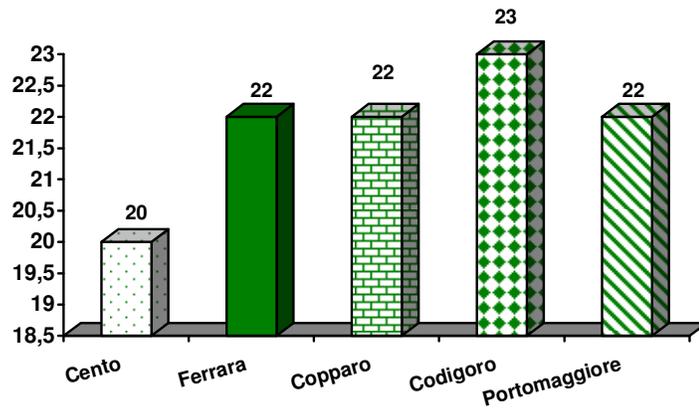


Fig. 14 Grado di dipendenza rilevata dal Test di Fagerstrom negli utenti distinti per Centro Antifumo. Anno 2006

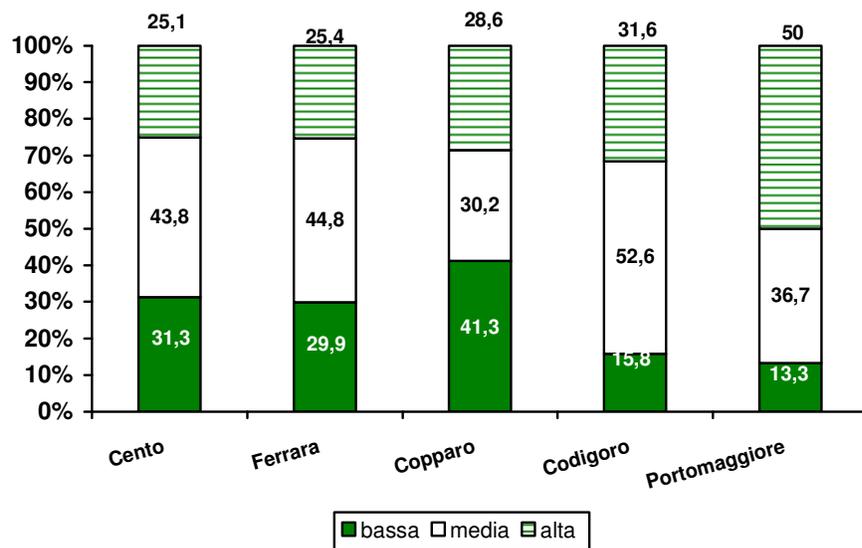
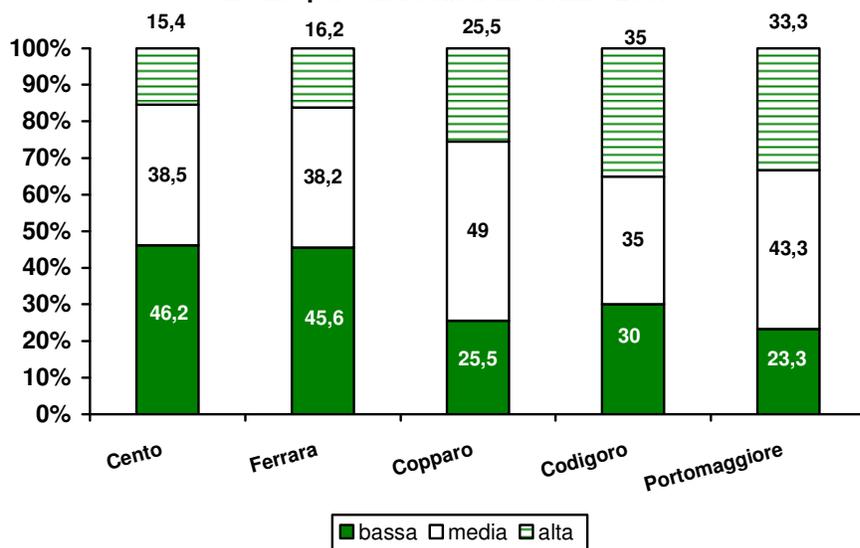


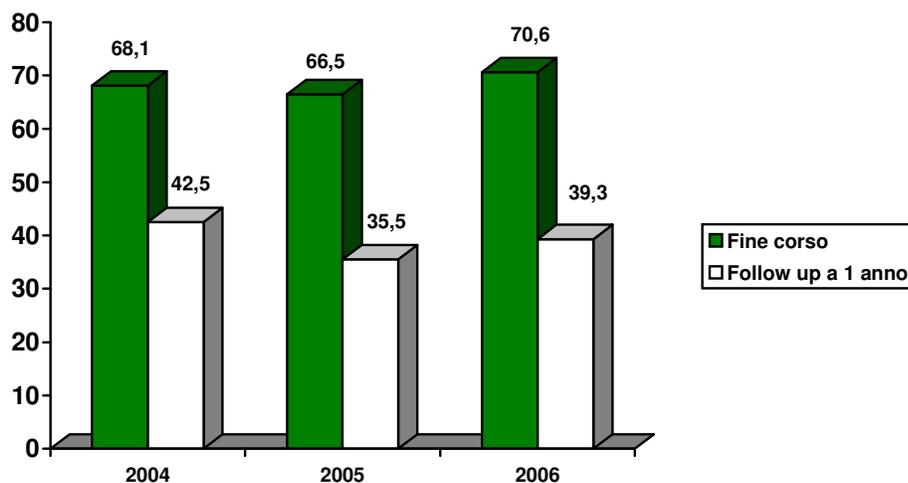
Fig. 14.1 Grado di dipendenza rilevata dal Test di Fagerstrom negli utenti distinti per Centro Antifumo. Anno 2007



Tab. 43 Esito dei trattamenti seguiti dagli utenti dei Centri Antifumo. Anni 2004-2006

Anno	2004	2005	2006
Esito a fine corso			
Fuma	14,3 (n=43)	17,2 (n=35)	10,3 (n=22)
Non fuma	68,1 (n=205)	66,5 (n=135)	70,6 (n=151)
Non verificabile	7,6 (n=23)	12,8 (n=26)	13,6 (n=29)
Follow up a 1 anno			
Fuma	29,2 (n=88)	23,2 (n=47)	23,4 (n=50)
Non fuma	42,5 (n=128)	35,5 (n=72)	39,3 (n=84)
Non verificabile	15,0 (n=45)	20,7 (n=42)	23,8 (n=51)

Fig. 15 Esito del trattamento: percentuale di non fumatori alla fine del corso e a un anno



Questa pubblicazione è stata realizzata dall'Azienda USL di Ferrara

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

Chiuso in Maggio 2008

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

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. Coordina il sistema di gestione della qualità dei SerT certificato UNI EN ISO 9001:2000 e accreditato dalla Regione Emilia-Romagna.

Le funzioni principali dell'Osservatorio sono:

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

L'Osservatorio on line

Informazioni più dettagliate sono disponibili all'interno della sezione Osservatorio Dipendenze Patologiche presso i siti :

<http://www.ausl.fe.it>

<http://www.regione.emilia-romagna.it>

dove è possibile effettuare anche i download dei documenti prodotti.

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: osservatorio.sert@ausl.fe.it

