

Sistema Socio-Sanitario



Regione  
Lombardia

ASL Milano 1

Dipartimento delle Dipendenze

Consiglio Nazionale delle Ricerche



Istituto di Fisiologia Clinica  
Sezione di Epidemiologia e  
Ricerca sui Servizi Sanitari

**Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze**  
**Il Fenomeno delle Dipendenze**  
**nel territorio della ASL MI 1**  
**Dati anno 2009**



## **GLI AUTORI DEL RAPPORTO**

### **Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 1:**

Renato Durello  
Rosanna Balleello  
Romana Baronchelli  
Paola Duregon  
Katuscia Gambacorta  
Lidia Migliavacca  
Monica Nocentini  
M. Angela Taverna  
Ernestino Gola

### **Istituto di Fisiologia Clinica CNR Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari:**

Claudia Luppi  
Stefano Salvadori  
Roberta Potente  
Valeria Siciliano  
Valentina Lorenzoni  
Antonella Pardini  
Silvia Gazzetti  
Rosanna Panini  
Stefania Pieroni  
Francesca Denoth  
Marco Scalese  
Luca Bastiani  
Annalisa Pitino  
Mercedes Gori  
Sabrina Molinaro

Per il capitolo sul Gioco d'Azzardo: Giovanna Bielli, Anna Colombo, Lorella Vignati del SerT di Parabiago.

Ringraziamo la Dott.ssa Cosetta Greco, NOA di Limbiate; la Dott.ssa Leopoldina Braghieri, SerT di Rho; il Dott. Fabio Guerrini, SerT di Corsico; il Dott. Giovanna Bielli, SerT di Parabiago; la Dott.ssa M.Rosa Pagani, NOA di Legnano; la Dott.ssa Caterina Maltempo, SerT di Magenta; il Dott. Gianmario Borroni, NOA di Abbiategrasso e tutti gli operatori di questi Servizi coinvolti nella raccolta del materiale destinato alla stesura del Report.

Si ringrazia il Gruppo di lavoro dell'Osservatorio: Claudio Stellari e Anna Porcellini, SerT di Rho; Alberto Ciccarelli, SerT di Corsico; Stefania Bruletti, SerT di Parabiago; Cinzia Bortoluzzi, NOA di Legnano; Claudia Rossignoli e Marina Meneghello, SerT di Magenta; Ivana Balistrocchi, NOA di Abbiategrasso; Laura Stampini, Ufficio Scolastico Provinciale; Giovanni Galera, Comunità Contina; Giovanni Carrino, Comunità Dianova; Adele Ciceri, Comunità A Stefano Casati; Valeria Pisoni, Comunità Fides Cà Nostra; Sr.Grisales Surelly, Comunità Irene; Stefano Moneta, Coop. Lotta Contro l'Emarginazione; Marco Forlani, CS&L; Laura Andreoni e Monica Sandrini, Ufficio Epidemiologico.

Si ringraziano, inoltre, il Dott. Maurizio Bersani dell'UOC Osservatorio Epidemiologico ed il Dott. Sergio Salviati della Coop. Lotta Contro l'Emarginazione.

Un ringraziamento anche a tutti gli altri Enti del Privato Sociale che hanno fornito la loro collaborazione nel territorio dell'ASL Milano 1.

Un particolare ringraziamento, infine, al gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Olivia Curzio, Stefanella Pardini, Loredana Fortunato, Elena Simi, Rita Taccini, Gabriele Trivellini, Cristina Doveri, Andrea Boni, Michele De Nes, Chiara Sbrana, Lucia Fortunato).

# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	7
<b>Introduzione e linee di tendenza che emergono dalla lettura del Rapporto</b> .....	11
<b>1. Contesto e politiche regionali e locali</b>	
1.1 Quadro giuridico.....	23
1.2 Quadro istituzionale.....	25
<b>2. Rete dei servizi pubblici e del privato sociale</b>	
2.1 Sedi del Servizio Tossicodipendenze.....	29
2.2 Sedi del Servizio Alcoldipendenze.....	29
2.3 Strutture del Privato Sociale Accreditato: disponibilità, occupazione e rette.....	30
<b>3. Consumo di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio</b>	
3.1 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione generale.....	39
3.2 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nei giovani scolarizzati.....	41
3.3 Percezione del rischio e della disponibilità delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca.....	69
<b>4. Prevenzione</b>	
4.1 Prevenzione universale.....	77
4.2 Prevenzione selettiva e mirata.....	83
4.3 Progetto “Re-ligo: osservare e costruire”.....	83
4.4 Progetto “Salute e Lavoro”.....	87
4.5 Progetto “Contatto – Servizi integrati e di prevenzione”.....	90
<b>5. I consumatori problematici di droghe</b>	
5.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT.....	101
5.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi di Alcologia.....	109
5.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche.....	115
5.4 Consumo problematico di sostanze psicoattive.....	125
5.5 Mappatura territoriale dell’utenza in trattamento.....	127
5.7 Analisi dei tempi di latenza.....	133

<b>6.</b>	<b>Trattamenti ed interventi</b>	
6.1	Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistiti e non farmacologicamente assistiti	139
6.2	Interventi specifici.....	150
6.3	Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi.....	163
<b>7.</b>	<b>La formazione.....</b>	<b>171</b>
<b>8.</b>	<b>La tutela della comunità e del cittadino - consumatore</b>	
8.1	Il Progetto Prefettura.....	178
8.2	Soggetti presi in carico a seguito della segnalazione della Commissione Medica Locale Patenti.....	182
8.3	L'accertamento di assenza di tossicodipendenza nei lavoratori.....	185
<b>9.</b>	<b>Dimensioni sociali e sanitarie alcol droga correlate</b>	
9.1	Malattie infettive droga correlate.....	193
9.2	Reati droga correlati.....	196
9.3	Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari.....	198
9.4	Misure alternative al carcere per tossicodipendenti.....	199
9.5	Operazioni antidroga.....	201
9.6	Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti.....	202
9.7	Il reinserimento lavorativo: indagine su bisogni e risorse.....	207

**CD-ROM allegato**

## PREFAZIONE

È diventata ormai una piccola tradizione per gli stake holders e per tutti gli interessati, poter disporre, all'inizio dell'autunno di un documento che raccoglie le basi conoscitive sull'evoluzione dei fenomeni di dipendenza sul nostro territorio e sulle iniziative di contrasto dei medesimi messe in atto dai diversi soggetti sociali a ciò deputati, facenti capo all'ASL, alle Aziende Ospedaliere agli Enti Locali e ad Enti del Privato Sociale.

La quarta edizione del rapporto dell'Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze della ASL Milano 1, si ripromette di costituire un'occasione di riflessione e uno strumento di programmazione per tutti i soggetti che a vario titolo e con compiti diversi, fanno parte del sistema di intervento sulle dipendenze, che non è, né potrebbe essere, una struttura gerarchica, ma una rete di realtà organizzative e soggetti sociali accumulate da un obiettivo: mettere in atto utili ed efficaci interventi di prevenzione, cura, riabilitazione delle dipendenze secondo la mission e le possibilità di ogni realtà.

Di tale rete il Dipartimento delle Dipendenze ha l'ambizione e il compito di costituire il punto di riferimento tecnico e organizzativo per un efficace coordinamento degli interventi e la condivisione di buone prassi.

Dal punto di vista contenutistico la presente edizione, dopo gli ampliamenti e le integrazioni che si sono succedute negli anni precedenti, si è posta l'obiettivo di stabilizzare e consolidare i contenuti e le informazioni raccolte, al fine di consentire un agevole raffronto dei dati negli anni, permettendo di cogliere le linee evolutive dei fenomeni e degli interventi.

Non mancano, tuttavia, elementi di novità che meritano attenzione, in particolare su argomenti "sensibili", in quanto poco esplorati o, viceversa, sempre più al centro della pubblica attenzione, quali il rapporto fra il mondo del lavoro e l'uso di sostanze su un versante ed il gioco d'azzardo patologico sull'altro.

Dal punto di vista delle indicazioni d'uso, si segnala che, allegata alla copia cartacea del report, vi è un CD-ROM, dove grafici e piantine sono ingrandibili e a colori, a vantaggio di una più comoda consultazione.

Auspicio che il materiale e le analisi fornite possano essere di supporto ad una programmazione efficace da parte di tutti i soggetti interessati e mettendo a disposizione le strutture del Dipartimento delle Dipendenze per eventuali esigenze di chiarimenti ed approfondimenti da parte dei medesimi, auguro buona lettura.

Dott. Ernestino Gola  
Direttore del Dipartimento delle Dipendenze



## **INTRODUZIONE E LINEE DI TENDENZA CHE EMERGONO DALLA LETTURA DEL RAPPORTO**

In questo quarto rapporto sul fenomeno delle dipendenze nella ASL Milano 1 la metodologia utilizzata per il reperimento, l'elaborazione e l'analisi dei dati non è variata. Semmai si è voluto ulteriormente valorizzare la voce degli operatori sia del Servizio pubblico che del privato sociale. Infatti, una lettura del fenomeno, che sia espressione non solo delle competenze dei ricercatori, ma anche dei professionisti direttamente coinvolti nella prevenzione e nella cura delle dipendenze, offre agli interlocutori istituzionali il valore aggiunto della concretezza e dell'esperienza maturata sul campo.

Si tratta di una partecipazione che, a cominciare dalla raccolta del dato sino alla sua analisi e interpretazione, consente di abbinare le informazioni numeriche all'osservazione diretta, coniugando rigore statistico e conoscenza empirica, in vista di un risultato il più possibile vicino alla realtà del lavoro con l'utenza e nella comunità locale.

Il percorso attuato per raggiungere tale obiettivo ha permesso anche di sensibilizzare gli operatori a un aspetto della loro quotidianità, la raccolta del dato, da sempre vissuto come un adempimento particolarmente oneroso e poco utile. Il loro maggior coinvolgimento ha permesso nel tempo di migliorare la qualità del dato raccolto e di aprire spazi di riflessione capaci di collocare la loro visuale sul fenomeno all'interno di un percorso più ampio e condiviso di ricerca.

Esempio ne sono i temi quali il trattamento di gruppo, il gioco d'azzardo, gli accertamenti di assenza di dipendenza dei lavoratori, l'utenza straniera: approfondimenti per il primo anno affrontati nel presente report con particolare rilievo agli aspetti descrittivi delle attività, a supporto dei dati rilevati ed analizzati.

Nel Dipartimento Dipendenze della ASL Milano 1 è attivo ormai dal 2006, anno della stesura del primo report, un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dei SerT e NOA e delle Strutture Riabilitative residenziali, oltre a rappresentanti di soggetti istituzionali e del terzo settore che in vario modo operano sul territorio. Il gruppo di lavoro ha la funzione sia di supportare l'Osservatorio del Dipartimento nel diffondere fra gli operatori una cultura programmatica, sia di contribuire alla lettura del dato alla luce delle conoscenze tecniche acquisite nei propri ambiti di intervento.

Altri apporti preziosi alla stesura del report pervengono, a seconda degli argomenti, dagli operatori direttamente coinvolti nelle specifiche attività: interventi di prevenzione nelle scuole con il progetto Re-ligo osservare e costruire, nel mondo del lavoro con Salute e Lavoro, nel tempo libero e del divertimento con l'attività dell'Unità Mobile Giovani.

La base dati da cui si è partiti per l'elaborazione del presente documento è stata fornita da:

- rilevazioni sui soggetti in carico ai SerT e NOA, rispettivamente: modelli SEM e ANN e schede ministeriali
- dati ricavati dal programma Dipendenze, software di gestione della cartella clinica informatizzata
- risultati delle indagini IPSAD®2007-2008 (indagine nazionale sul consumo di sostanze nella popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni) e ESPAD-Italia®2009 (indagine nazionale sul consumo di sostanze nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 ed i 19 anni).

La metodologia utilizzata da IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) è quella del questionario anonimo autosomministrato inviato per posta; ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), invece, va a monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe tra gli studenti delle scuole medie superiori, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato a intere classi.

Infine tutte le informazioni relative alla criminalità droga correlata provengono dai flussi delle informazioni rilevate dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) e dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica (DCDS) del Ministero dell'Interno.

### CANNABIS

Dalle analisi svolte per la stesura del rapporto della ASL Milano 1, sono emerse alcune tendenze rispetto alla diffusione della cannabis nel territorio.

Il consumo della cannabis nella popolazione studentesca è rimasto costante nel corso degli ultimi anni e nel 2009 fa rilevare la prevalenza più bassa; è considerata di facile reperimento ma estremamente rischiosa.

Ai servizi per le dipendenze aumenta il numero dei soggetti che si rivolgono per problemi legati alla sostanza in esame.

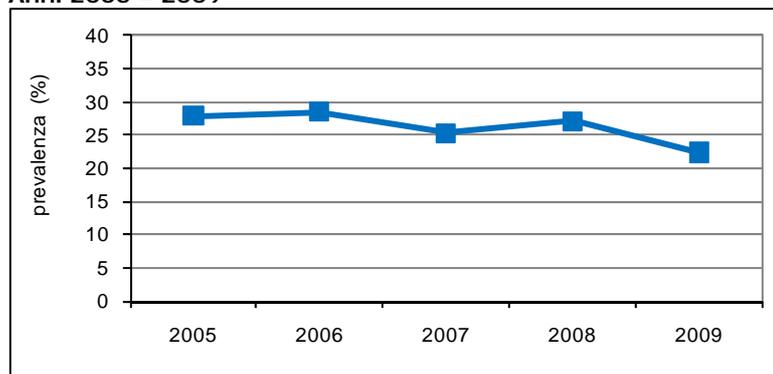
#### Sintesi

In Lombardia il **consumo di cannabis** nella vita è del 35%: la cannabis risulta la sostanza maggiormente sperimentata tra quelle illecite e, con la cocaina, si rileva una maggior contiguità rispetto al dato nazionale. Nell'ultimo anno le prevalenze scendono al 14% (IPSAD®2007-2008).

Nella **popolazione studentesca** 15-19 anni (ESPAD-Italia®2009) della ASL Milano 1 il consumo di cannabis almeno una volta nella vita è pari al 32,3%, dato superiore a quello nazionale e inferiore a quello provinciale. Il 22,4% degli studenti ha usato cannabis nell'ultimo anno e il 15% nell'ultimo mese. La contiguità con questa sostanza aumenta con l'età ed è al 39,2% tra gli studenti 19enni.

Analizzando il trend del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi degli studenti della ASL Milano 1 dal 2005 al 2009, si osserva un leggero incremento nel 2006, anno per il quale si rileva il picco dei consumi e dal 2007 i consumi si sono stabilizzati intorno al 25%.

**Figura 1: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009**



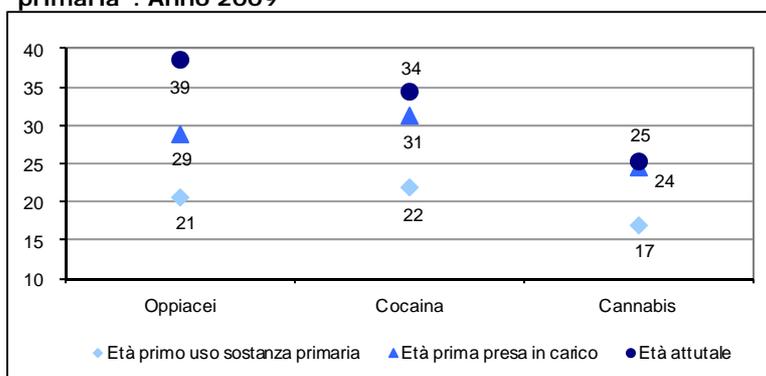
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, 2006, 2007, 2008, 2009

L'88% degli studenti ritiene la cannabis di semplice reperibilità, quota superiore a quella rilevata tra i coetanei italiani e lombardi; i luoghi dove ritengono più facile reperirla sono la strada e la discoteca. Il 65% degli studenti della ASL Milano 1 ritiene molto rischioso sperimentare cannabis, soprattutto le ragazze, per le quali si rileva una percezione di rischio superiore alle coetanee italiane, lombarde e milanesi.

Dalla **mappatura** dell'utenza residente in trattamento presso i servizi della ASL Milano 1, sembra emergere una suddivisione del territorio della ASL in 3 aree caratterizzate da una diversa connotazione del fenomeno. La parte centro meridionale è quella in cui il fenomeno appare più intenso rispetto all'andamento generale. Nella parte settentrionale del territorio si concentrano quasi tutti i 28 comuni che mostrano una prevalenza stimata in linea con l'andamento medio della ASL. Infine, nell'estremo orientale si raggruppano i 7 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta significativamente minore rispetto al valore di riferimento.

Tra l'**utenza in carico** ai Servizi, la cannabis è la sostanza primaria d'abuso per il 15% dei soggetti nuovi ed il 3% dei soggetti già noti. Tra di essi il 66% utilizza esclusivamente cannabis; al contrario, invece, i cannabinoidi sono utilizzati come sostanza secondaria in larga misura dai cocainomani e dagli eroinomani. Gli utilizzatori di cannabis costituiscono il collettivo più giovane di utenza in carico con un'età media pari a 25 anni; sono anche il collettivo che dichiara l'avvicinamento alla sostanza in giovane età: mediamente attorno ai 17 anni.

**Figura II: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico per sostanza "primaria". Anno 2009**

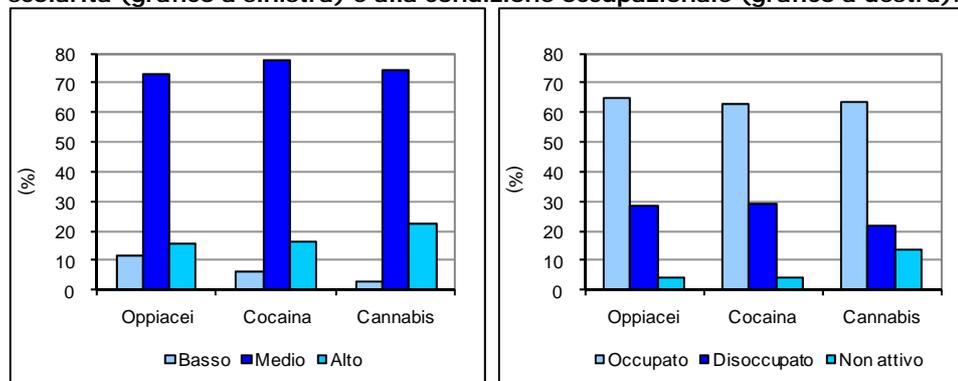


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - ASL MI 1

La maggior parte degli utilizzatori di cannabis giunge ai Servizi in seguito a provvedimenti da parte della Prefettura o dell'autorità giudiziaria (69%); meno del 10% giunge invece per scelta volontaria.

Data la giovane età, i soggetti utilizzatori di cannabis sono prevalentemente utenti celibi o nubili (59%) e la maggior parte di loro vive con i genitori (82%). Tra gli utilizzatori di cannabis si rileva la quota più elevata di soggetti con un titolo di studio elevato (23%) e di studenti (14%); tra di essi si registra anche la quota più bassa dei disoccupati (22%).

**Figura III: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra). Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

In sintesi, quello che caratterizza gli utilizzatori di cannabis rispetto alle altre tipologie di utenti è:

- essere un nuovo utente;
- utilizzare una sola sostanza;
- essere arrivato ai servizi per l'invio da parte delle autorità.

Tra i soggetti che ricevono **trattamenti** esclusivamente psicosociali, il 12% sono utilizzatori di cannabis; nel complesso la maggior parte dei soggetti in carico che fa uso di cannabis riceve, nel corso dell'anno, interventi socio-educativi (58%) e di monitoraggio (48%), counselling (19%) e interventi di sostegno psicologico (9%).

Tra i soggetti in carico ai **servizi di alcolologia** che riferiscono un abuso di sostanze illecite concomitanti all'uso di alcol, il 33% predilige la cannabis.

I pazienti inseriti nelle **Comunità Terapeutiche** del territorio della ASL Milano 1 che hanno un comportamento di abuso legato alla cannabis sono l'1%, il che conferma come particolarmente indicato il trattamento ambulatoriale

Il 73% dei soggetti selezionati per i colloqui del **Progetto Prefettura**, sono utilizzatori di cannabis che risulta quindi essere la sostanza di segnalazione prevalente.

Dal **questionario anonimo** somministrato all'utenza della ASL Milano 1, tra chi ha dichiarato di aver acquistato sostanze stupefacenti, il 19% ha acquistato cannabis: mediamente sono stati acquistati 50 grammi, per poco più di 10 euro al grammo ed è stata valutata qualitativamente più che sufficiente (6,5/10).

## COCAINA

Il consumo della sostanza nella popolazione è in diminuzione o comunque stabile nel corso degli ultimi anni e gli studenti considerano la cocaina una sostanza estremamente rischiosa.

D'altro canto ai servizi territoriali per le dipendenze aumenta il numero dei soggetti che si rivolgono per problemi legati alla sostanza in esame: ad oggi rappresentano il collettivo maggiore dell'utenza in carico.

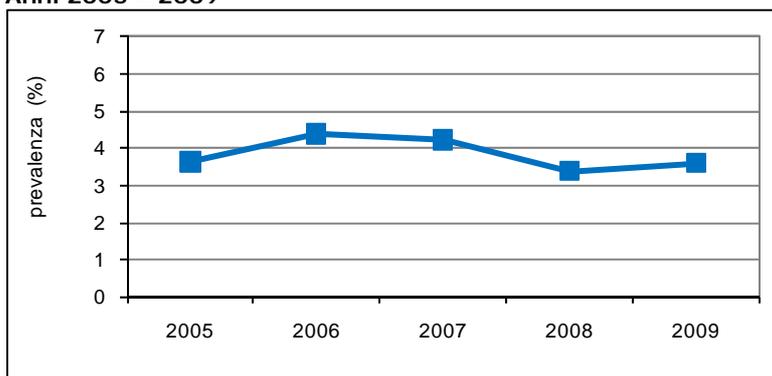
### Sintesi

In Lombardia si registra un **consumo di cocaina** che è del 9% nella vita (in lieve aumento rispetto alla rilevazione precedente: 8,7%) e nel 3,4% nell'ultimo anno (stesso valore dell'anno precedente). Nella regione, il consumo di sostanze non si differenzia da quanto rilevato a livello nazionale, fatta eccezione per il consumo di cocaina, che a livello regionale risulta superiore (IPSAD®2007-2008).

Per quanto riguarda invece la **popolazione studentesca** 15-19 anni della ASL Milano 1, il consumo di cocaina almeno una volta nella vita è pari al 5,2%, dato lievemente superiore a quello nazionale e regionale (ESPAD-Italia®2009). Il 3,6% degli studenti ha usato cocaina nell'ultimo anno e lo 0,8% nell'ultimo mese. La contiguità con questa sostanza aumenta con l'età ed è all'8,2% tra i 19enni.

Analizzando i consumi (ultimi dodici mesi) degli studenti della ASL Milano 1 dal 2005 ad oggi, si osserva un incremento negli anni 2006 e 2007, seguito da un progressivo decremento sino ad assestarsi al 3,9% del 2009.

**Figura IV: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

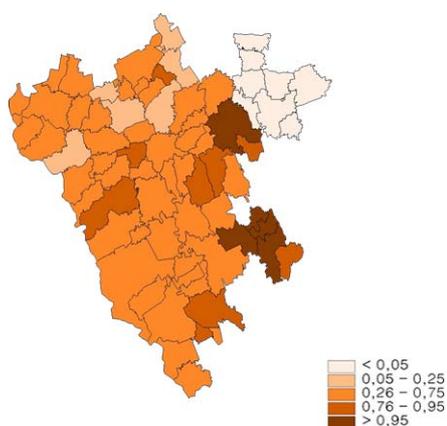
Il 36,5% degli studenti e il 28% delle studentesse ritengono facile potersi procurare la cocaina e il luogo dove ritengono più facile reperirla è la discoteca. Il 63% degli studenti della ASL Milano 1 ritiene molto rischioso sperimentare cocaina, in particolare le ragazze, in linea con il dato nazionale, regionale e provinciale.

Le **stime dell'uso problematico** di cocaina sul territorio ASL Milano 1, per l'anno 2009, presentano valori poco superiori ai 3.000 casi prevalenti, corrispondenti a 4,2 soggetti residenti ogni mille.

Rispetto alle stime rilevate nel 2008 i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi al di sotto sia del valore medio nazionale che di quello regionale.

Dalla **mappatura** emerge che per il 66% dei comuni che compongono il territorio della ASL la prevalenza stimata è assolutamente in linea con il valore di riferimento.

Solo per 5 comuni, infatti, la prevalenza di utilizzatori di stimolanti risulta superiore al valore medio della ASL. Per altri 9 il valore di prevalenza è maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale. È nella punta orientale si



concentrano gli 8 comuni che fanno osservare una prevalenza stimata significativamente inferiore rispetto alla media della ASL.

Il 42% dell'**utenza dei SerT** ASL Milano 1 presenta la cocaina come sostanza primaria, tra i nuovi utenti è la sostanza primaria più frequente (48%). È usata via iniettiva solo nel 2% dei casi ed è largamente utilizzata dai soggetti poliassuntori: tra gli eroinomani che dichiarano l'uso concomitante di 2 sostanze, il 71% associa all'eroina esclusivamente cocaina. Anche tra i soggetti cocainomani è diffuso il policonsumo (61%): prediligono generalmente

la cannabis e l'alcol.

Fra i cocainomani la prima presa in carico avviene mediamente a un'età più avanzata rispetto agli utilizzatori delle altre sostanze, attorno ai 31 anni, il primo contatto con la sostanza avviene mediamente a 22 anni. Ad oggi, l'età media dell'utenza in carico per cocaina si aggira intorno ai 34 anni.

Quasi la metà dei soggetti in carico arriva per scelta volontaria ed il 22% è stato inviato ai servizi dalle autorità.

La maggior parte dei soggetti cocainomani ha un livello medio di scolarità, è occupato lavorativamente ed ha una fissa dimora. Tra di loro si rileva la quota maggiore di disoccupati (29%) e di separati/divorziati (14%). Il 43% vive con la famiglia d'origine, il 30% con quella acquisita e solo il 10% vive solo.

In sintesi, quello che caratterizza gli utilizzatori di cocaina rispetto alle altre tipologie di utenti è:

- il sesso maschile;
- essere occupato piuttosto che economicamente non attivi;
- essere poliassuntore.

I soggetti che hanno ricevuto esclusivamente **trattamenti** di tipo psico-socio-educativo sono per la maggior parte (61%) utilizzatori di cocaina. La maggior parte dei trattamenti rilevati si riferisce a interventi socio-educativi (44%) e di monitoraggio (46%), seguono gli interventi di sostegno psicologico (27%) e di counselling (20%). Tra i soggetti che hanno ricevuto, invece, trattamenti farmacologici integrati solo il 12% sono soggetti utilizzatori di cocaina.

La cocaina risulta essere la sostanza maggiormente associata dai soggetti in carico ai **servizi di alcologia** che riferiscono un abuso concomitante all'uso di alcol: è riportata infatti dal 73% dei poliassuntori.

I pazienti inseriti nelle **Comunità Terapeutiche** operanti sul territorio dell'ASL Milano 1 sono in carico per cocaina nel 36% dei casi; tra i nuovi ingressi l'uso problematico di cocaina sale al 40%. Tra i poliassuntori, i cocainomani sono la maggioranza: l'83% dei soggetti in carico per cocaina, infatti, dichiarano un poliabuso; non solo, la cocaina risulta essere anche la sostanza secondaria maggiormente associata dagli altri soggetti poliabusatori (33%).

Tra gli utenti convocati per il **Progetto Prefettura** nel 2009, la cocaina risulta la seconda sostanza di segnalazione (19,3%). Tra i soggetti inviati a programma successivamente al primo colloquio, sono rientrati tutti i segnalati per cocaina.

Dal **questionario anonimo** somministrato all'utenza della ASL Milano 1, tra coloro che hanno dichiarato di aver acquistato sostanze stupefacenti, il 41% ha acquistato cocaina ed il 16,2% cocaina abbinata ad eroina: il quantitativo medio acquistato è pari a 6,2 grammi per la cocaina ed a 2,1 grammi per cocaina ed eroina abbinata; la cocaina risulta avere il prezzo più alto al grammo (64€) mentre scende di poco il prezzo al grammo delle sostanze associate (60€). In entrambi i casi, comunque, la qualità non è mai stata giudicata sufficiente attestandosi attorno ai 5/10 per entrambe.

## EROINA

Il consumo di eroina nella popolazione è coerente nei dati provinciali, regionali e nazionali e tra gli studenti della ASL Milano 1 il consumo negli ultimi anni tende a diminuire passando dall'1,6% del 2006 all'1% nel 2009.

Tra i soggetti trattati nella ASL Milano 1, l'eroina rappresenta maggiormente la sostanza primaria tra i soggetti in carico da anni precedenti e tra di loro è maggiormente diffusa l'assunzione per iniettiva.

## Sintesi

Per l'anno 2009 sono stimati circa 2.700 **utilizzatori problematici** di oppiacei residenti nel territorio della ASL Milano 1, corrispondenti ad una prevalenza pari a 4,8 soggetti ogni mille di età a rischio.

Nel confronto con il 2008 precedente i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi tendenzialmente al di sotto del valore medio nazionale, ma superiore rispetto al dato regionale 2009 che fa registrare stime del 4,1 ogni mille residenti.

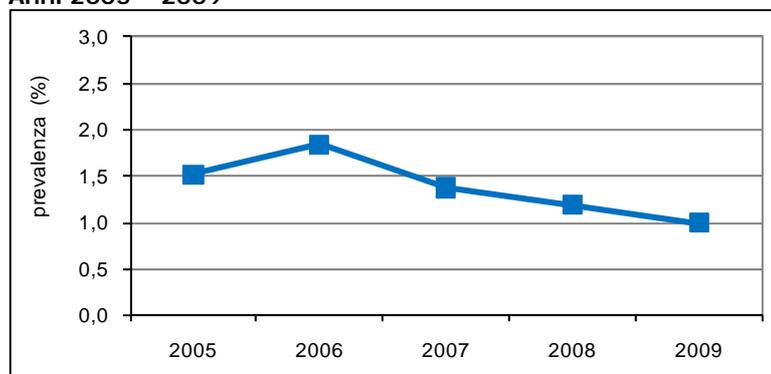
In Lombardia, secondo quanto rilevato dall'indagine IPSAD®2007-2008, si registra che il **consumo di eroina** nella vita è pari al 2% e nell'ultimo anno la percentuale dei consumatori scende allo 0,4%. Il consumo della sostanza nella regione non si differenzia da quanto rilevato a livello nazionale né a livello regionale.

Dall'elaborazione dei dati **ESPAD-Italia®2009** risulta che l'eroina è stata utilizzata almeno una volta nella vita dall'1,7% degli studenti 15-19enni della ASL Milano 1, mentre l'1% ne ha consumato nel corso dell'ultimo anno: valori che risultano perfettamente in linea con quelli nazionali, regionali e provinciali.

Il consumo di oppiacei nell'ultimo anno risulta maggiore nel genere maschile con una prevalenza maggiore tra i 17enni pari all'1,5%.

Dal 2005 al 2009 il consumo annuale di eroina nella popolazione studentesca della ASL Milano 1, ad eccezione del picco dei consumi riferiti nel 2006 con l'1,6%, ha subito un decremento passando dall'1,4% nel 2007 all'1% nel 2009.

Figura V: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

L'eroina è la sostanza psicoattiva illecita percepita come meno accessibile rispetto alle altre dagli studenti della ASL Milano 1: solo il 14% dei maschi e delle femmine la ritiene facilmente accessibile; i luoghi individuati per il semplice reperimento della sostanza sono la discoteca (16%) e la strada (12%).

Il 71% dei ragazzi, in particolare le studentesse, attribuisce alla sperimentazione di eroina un elevato grado di rischiosità, senza differenze con i coetanei italiani, lombardi e milanesi.

I soggetti **tossicodipendenti in carico** nei Servizi della ASL Milano 1 nel 2009 sono complessivamente 1.531, di cui il 41% è in trattamento per problemi legati all'utilizzo di oppiacei. La percentuale sale però al 50% se si prendono in esame i soli soggetti già noti. Al contrario tra i nuovi ingressi, solo il 18% fa una domanda di trattamento per problemi connessi all'uso problematico di oppiacei.

In media un soggetto richiede un trattamento di cura circa 8 anni dopo aver iniziato ad utilizzare oppiacei. Gli eroinomani in carico ai Servizi hanno un'età media di prima presa in carico pari a 29 anni e un'età media di 39 anni: risultano il collettivo più anziano in carico ai SerT.

Tra gli utilizzatori di oppiacei risulta consistente la quota di utenti giunti per l'invio da parte di strutture socio-sanitarie (45%) mentre il 38% arriva al Servizio per scelta volontaria.

Il 69% degli utilizzatori di oppiacei dichiara un uso iniettivo della sostanza, pratica che risulta meno diffusa nei soggetti nuovi rispetto agli utenti in carico negli anni precedenti.

Gli utenti in trattamento per uso di oppiacei ricorrono all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 69% dei casi e prediligono l'associazione con la cocaina e l'alcol.

Sono il collettivo che riporta la quota maggiore di soggetti con un basso titolo di studio (12%) ma anche la quota maggiore di soggetti occupati lavorativamente (65%). La maggior parte di loro sono celibi o nubili (61%) e riportano la quota maggiore di soggetti vedovi (1,2%). Nell'87% dei casi hanno una residenza fissa ed il 42% di loro vive con i genitori. Quasi il 9% vive in strutture pubbliche.

In sintesi quello che contraddistingue il soggetto eroinomane è

- l'essere un utente già noto ai Servizi;
- avere un livello di scolarità basso.

Interessante la forte associazione positiva tra il sesso femminile e l'uso di oppiacei come sostanza primaria d'abuso.

Si osserva che la maggior parte degli utilizzatori di oppiacei seguono un **trattamento** di tipo medico-farmacologico integrato (77%) e solo il 12% effettua trattamenti esclusivamente psicosociali. Si sottolinea infatti che al 65% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche è stato somministrato metadone e al 13% buprenorfina.

Il 40% dell'utenza inserita nelle **Comunità Terapeutiche** del territorio della ASL Milano 1 risulta in trattamento per consumo problematico di oppiacei. Anche in questo caso è tra gli utenti già noti che si rileva la quota maggiore di soggetti trattati per utilizzo di oppiacei (52% contro 32% dei nuovi utenti). È tra le utenti femminili che si rileva la quota maggiore di eroinomani. Il 66,3% dichiara un uso concomitante anche di altre sostanze oltre agli oppiacei prediligendo per il 68% la cocaina, per il 32% la cannabis e per il 19% l'alcol. Il 77% di questi soggetti pratica la modalità iniettiva di assunzione della sostanza.

All'interno del **Progetto Prefettura** nel corso del 2009 tra i soggetti convocati a colloquio, sono solo 2 i segnalati per possesso di eroina.

Dal **questionario anonimo** somministrato all'utenza, tra coloro che hanno dichiarato di aver acquistato sostanze stupefacenti, il 24% ha acquistato cocaina ed il 16,2% eroina abbinata a cocaina: il quantitativo medio acquistato è di 1,4 grammi per la sola eroina ed a 2,1 grammi per eroina e cocaina abbinate; l'eroina costa mediamente 44€ al grammo, prezzo che sale invece a 60€ al grammo se abbinata alla cocaina. L'eroina è stata giudicata la sostanza con la qualità più bassa in assoluto superando di poco un voto medio di 4/10.

## **ALCOL**

L'alcol è una sostanza largamente diffusa sul territorio italiano in tutte le fasce d'età e così è anche nella ASL Milano 1. La quasi totalità degli studenti ha sperimentato almeno una volta nella vita la sostanza; negli ultimi anni, però, gli episodi legati agli abusi da parte loro tendono a diminuire. Nei servizi aumentano gli invii da parte delle autorità.

## **Sintesi**

In Lombardia tra le sostanze lecite e non lecite, l'alcol è quella maggiormente sperimentata dalla popolazione generale: il 90% circa dei soggetti ha provato almeno una volta nella propria vita ad assumerla e negli ultimi 12 mesi l'85% ha assunto almeno una bevanda alcolica (**IPSAD@2007-2008**).

Dallo studio **ESPAD-Italia@2009** risulta che il 91% degli studenti tra i 15 e i 19 anni della ASL Milano 1, almeno una volta nella vita, ha assunto bevande alcoliche e l'84% nel corso dell'ultimo anno, in linea con le prevalenze nazionali, regionali e provinciali.

Il consumo di alcolici negli ultimi 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine ha riguardato il 71% degli studenti locali, mentre il 7% lo ha consumato tutti i giorni.

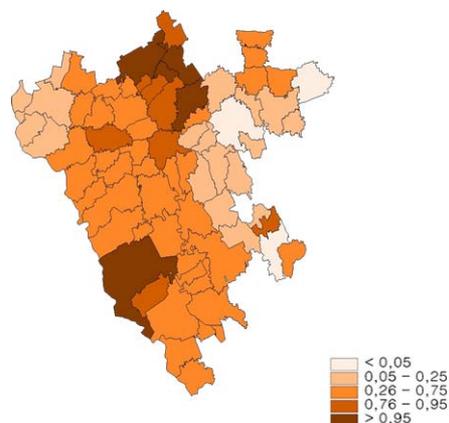
Il consumo di bevande alcoliche caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i generi (m=86%; f=83%) ed il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili non evidenzia alcuna differenziazione di genere.

Il comportamento di binge drinking nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario ha, invece, riguardato in particolar modo il genere maschile (m=43%; f=24%).

Nel corso degli anni, tra gli studenti della ASL Milano 1 si evidenzia un progressivo decremento nell'aver recentemente praticato il *binge drinking* (nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine), passando dal 40% del 2007 al 33% del 2009.

Bere 5 o più bicchieri di alcolici durante il fine settimana è considerato "molto rischioso" dal 49% degli studenti della ASL lombarda e sono sempre le femmine a riconoscere il rischio maggiore rispetto ai loro coetanei di sesso opposto.

Anche rispetto all'utenza alcolodipendente la **mappatura** evidenzia che per più della metà dei comuni che compongono il territorio, il dato relativo alla prevalenza risulta in linea con la media della ASL. Si osserva, infatti, che il 53% dei comuni che compongono la ASL, collocati prevalentemente nella parte occidentale, riporta una prevalenza stimata in linea con il valore di riferimento. Cinque sono i comuni, collocati nella parte nord orientale, che riportano la prevalenza stimata significativamente maggiore rispetto al valore di riferimento. Altri 8 comuni, disposti prevalentemente attorno ai precedenti, riportano il valore di prevalenza maggiore della media della ASL in maniera tendenziale.



Sono complessivamente 1.188 gli **alcolodipendenti** in carico presso i tre NOA nel 2009.

Il 79% dei soggetti è rappresentato da utenti di sesso maschile ed il 58% sono soggetti già in carico da anni precedenti.

Gli utenti in carico hanno un'età media pari a circa 45 anni che si differenzia leggermente tra nuovi utenti (43 anni) e soggetti già in carico (47 anni), così come tra le femmine (49 anni) ed i maschi (44 anni).

Per il 60% degli utenti la bevanda alcolica d'abuso preferenziale è il vino, mentre per il 20% è la birra. Il 16% dei soggetti riporta il concomitante utilizzo di sostanze illegali: il 13% dell'utenza fa uso di una sola sostanza illegale e il 3% degli alcolodipendenti associa più sostanze illegali.

La maggior parte di loro è giunta ai Servizi in seguito a invio da parte di strutture socio sanitarie (28%); alta anche la quota dei soggetti inviati dalle autorità (24%) soprattutto tra i nuovi ingressi (35%).

Il 58% dei soggetti ha un livello medio di scolarità, il 63% è economicamente occupato a fronte di un 20% disoccupato e del 16% non attivo. Nonostante l'età avanzata rispetto all'utenza tossicomane, il 23% vive ancora con i genitori, anche se la maggior parte di loro (48%) vive con la famiglia acquisita. Lo stato civile è, infatti, per la maggior parte di loro, quello di coniugato o convivente.

Per i soggetti alcolodipendenti in carico ai NOA nel corso del 2009 si rilevano circa 2 **trattamenti** per soggetto.

Il 38% dei soggetti risulta sottoposto a trattamenti medico-farmacologici integrati, mentre per il 54% si rilevano esclusivamente trattamenti psico-socio-educativi. La maggior parte delle terapie farmacologiche fa riferimento a farmaci non sostitutivi, compresi gli avversativi (67%); mentre chi ha seguito trattamenti esclusivamente psico-socio-educativi vede, per i nuovi soggetti, l'erogazione maggiore di counselling (53%) e, per i soggetti già noti ai Servizi, di monitoraggio (73%).

I soggetti trattati presso le **Comunità Terapeutiche** della ASL Milano 1 nel corso del 2009 sono 203 di questi il 23% sono alcol dipendenti.

Il comportamento di poliassunzione viene dichiarato dal 48% di loro. L'alcol, con la cocaina e la cannabis, risulta tra le sostanze secondarie maggiormente utilizzate.

Infine, i soggetti trattati nel corso del 2009 a seguito dell'invio da parte della **Commissione Medico Locale** sono 235, in particolare: circa il 97% dei soggetti è di sesso maschile, l'età media è pari a 41 anni e il 66% dei soggetti non era conosciuto ai servizi. La sostanza dichiarata come prevalente è per il 60% il vino. Il 38% dei soggetti alla fine del 2009 risultavano essere ancora in carico ai servizi e sono rimasti in carico ai servizi, in media, 210 giorni.

Nel **questionario anonimo** somministrato all'utenza, l'85% degli intervistati (295 soggetti) ha affermato di consumare bevande alcoliche ed il 38% dei rispondenti ha assunto la bevanda per l'ultima volta nell'ultima settimana. Il 45% dei rispondenti ha consumato la bevanda alcolica in locali pubblici, il 35% a casa propria ed il 32% dei pazienti ha consumato alcol contemporaneamente ad altre sostanze stupefacenti.

## **GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**

Il gioco d'azzardo è largamente diffuso nella popolazione 15-64 anni, ma anche tra gli studenti, che iniziano anche ad utilizzare internet per poterlo praticare.

Nel 2009 sono aumentate non poco le prese in carico di soggetti con disturbi derivanti dal gioco d'azzardo e vengono, nella quasi totalità, trattati con percorsi psico-socio-educativi.

### **Sintesi**

Nella popolazione regionale di 15-64 anni, il 40% circa almeno una volta nella vita ha praticato giochi in cui si puntano soldi, in particolare i maschi riportano le prevalenze maggiori, in tutte le fasce d'età, rispetto al dato nazionale (**IPSAD@2007-2009**).

Nella **popolazione studentesca** della ASL Milano 1, il 58% dei maschi ed il 33,7% delle femmine, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, hanno giocato puntando soldi. Le prevalenze aumentano all'aumentare dell'età, raggiungendo tra i 19enni di entrambi i sessi le quote maggiori ed il 23% del collettivo ha giocato 20 o più volte nell'anno. Il "gratta e vinci" ed il "lotto istantaneo" sono i giochi preferiti ed il luogo prediletto per giocare d'azzardo sono i "bar/tabacchi/pub". Tra gli studenti afferenti alle scuole situate nel distretto della ASL di Milano 1 che hanno praticato questi giochi nei 12 mesi antecedenti lo svolgimento dell'indagine, il 31% circa ha speso tra gli 11 ed i 50 euro, in particolare i maschi.

Solo per il 10% degli studenti che hanno giocato il comportamento risulta associato ad un grado moderato/grave di rischio.

Nel corso del 2009, dei 1.531 **soggetti in carico ai Servizi**, il 4% è rappresentato da utenti con dipendenze da gioco.

Sono soprattutto utenti maschi (85%) che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta nel corso dell'anno (51%). L'età media dei soggetti è di 47 anni. Mentre i soggetti già in carico da anni si concentrano tra i 35 ed i 44 anni, i nuovi soggetti sono maggiormente rintracciabili nella classe d'età compresa tra i 45 ed i 54 anni.

Il 43% degli utenti risulta in trattamento per scelta volontaria ma tra i nuovi ingressi è meno frequente l'accesso volontario ai servizi (29% contro il 58% dei già in carico), mentre è maggiore la quota di soggetti giunti per l'invio da parte delle strutture socio-sanitarie (37% contro il 17% dei già in carico).

Il 90% di essi non associa l'uso di sostanze illegali né bevande alcoliche.

La maggior parte di loro ha conseguito un titolo medio di studio (59%), è occupato dal punta di vista lavorativo (66%) e vive con la famiglia acquisita (57%).

Tra i soggetti che hanno ricevuto esclusivamente **trattamenti** di tipo psico-socio-educativo l'8% sono in carico per dipendenze da gioco. Essi hanno ricevuto per la maggior parte (58%) interventi socio educativi, seguiti da monitoraggi (47%) e counselling (24%).

Solo il 3% dei soggetti in carico con trattamento farmacologico integrato sono utenti dipendenti da gioco d'azzardo.

# **1. CONTESTO E POLITICHE REGIONALI E LOCALI**

---

**1.1 Quadro giuridico**

**1.2 Quadro istituzionale**



## 1.1 QUADRO GIURIDICO

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano n. 1 è stata istituita con legge della Regione Lombardia n. 31 del 11 luglio 1997, ha iniziato la propria attività il 1° gennaio 1998, ed è una delle aziende sanitarie in cui è stato suddiviso il territorio della Regione Lombardia.

Il presente report analizza il fenomeno delle dipendenze inquadrandolo nello sviluppo del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 1.

Nel maggio del 2007 è stato istituito in Regione il Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione (TTRP) a cui partecipa un rappresentante del Dipartimento delle Dipendenze di ciascuna ASL lombarda, oltre a rappresentanti del Privato Sociale. Primo compito del Tavolo è stata la stesura delle "Linee Guida Regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale", documento approvato e pubblicato dalla Giunta Regionale con la delibera n. 6219 del 19.12.2007.

Fin dall'inizio del 2008 le Linee Guida sono state diffuse al sistema delle dipendenze e trasmesse agli Uffici di Piano del territorio, in particolare in vista della successiva ri-programmazione dei Piani di Zona.

La Dgr n. 7223 del 9.5.2008 "Rete regionale sulla prevenzione delle dipendenze" ha dato un ulteriore input alla costituzione di un sistema della prevenzione all'interno del dipartimento e all'applicazione delle Linee Guida Regionali.

Il Dipartimento delle Dipendenze infatti da alcuni mesi stava sviluppando un proprio sistema sulla prevenzione con l'obiettivo di rafforzare il ruolo e la funzione del Dipartimento stesso quale anello di congiunzione fra i diversi attori del sistema di intervento preventivo.

La Legge Regionale 12.3.2008 n. 3 "Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" ha rafforzato nel Dipartimento delle Dipendenze le azioni e i programmi di "integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di settore".

I progetti di prevenzione e tutto il percorso del progetto Re-Ligo (vedi capitolo 3) e del progetto Mosaico - genitorialità e dipendenza (vedi capitolo 5), ne sono alcuni esempi.

La successiva Dgr 8243 dell'ottobre 2008, per la realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, ha coinvolto il Dipartimento delle Dipendenze nella progettazione di alcune aree dell'intero programma triennale che si sviluppa a partire dal 2009.

A fine ottobre 2007 è stata stipulata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza, che definisce quali siano "le mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi, anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti" elencandole in un documento allegato all'atto stesso. Fra queste le mansioni inerenti attività di trasporto.

Ai fini dell'Intesa, la struttura sanitaria competente è il Servizio per le Tossicodipendenze dell'ASL nel cui territorio ha sede l'azienda, nella quale è occupato il lavoratore, o il lavoratore stesso.

Il processo di accreditamento dei Servizi per le Dipendenze stabilito dalla DGR 7 aprile 2003 n. 12621, che ha introdotto elementi di flessibilità e specializzazione nell'organizzazione dei servizi delle dipendenze, ha portato ad un sistema di intervento diffuso su tutto il territorio regionale e articolato nelle varie tipologie.

Negli ultimi anni, a partire dall'iniziale riorganizzazione, la rete dei servizi si è sostanzialmente stabilizzata, confermando in ogni ASL, e quindi anche nella ASL Milano 1, il volume accreditato seppur con articolazioni e modulazioni interne.

A fronte dei rapidi cambiamenti legati all'evoluzione del fenomeno delle dipendenze nel 2007 si è prevista la possibilità di un'eventuale e ulteriore modulazione dell'offerta e l'accREDITAMENTO di:

servizi multidisciplinari integrati

servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento

trasformazioni in moduli (posti di accoglienza e di trattamento specialistico) all'interno di servizi residenziali e semiresidenziali già accreditati, a condizione di non ampliare la capacità complessivamente accreditata.

La legge regionale 1 aprile 2008 n. 11 ha modificato gli ambiti dell'ASL Provincia di Milano 1 a seguito della istituzione della nuova Provincia di Monza e Brianza. Dal 1 gennaio 2009 pertanto 5 comuni del Distretto n. 1 di Garbagnate Milanese (Limbiate, Ceriano Laghetto, Cogliate, Lazzate, Misinto) entreranno a far parte della nuova ASL di Monza e Brianza.

L'atto regionale più significativo per il sistema d'intervento sulle Dipendenze del 2009 è rappresentato dalle cosiddette Regole di sistema per il 2010, contenute nella d.g.r. del 16 dicembre 2009 n. VIII/10804, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010 - (di concerto con l'Assessore Boscagli)", in particolare nell'allegato 17.

In essa sono delineate le caratteristiche organizzative dei Dipartimenti delle Dipendenze, di cui viene definita la natura di Dipartimento gestionale e non più tecnico-funzionale, vengono definiti gli organi del medesimo fra i quali il comitato di Dipartimento, e si stabilisce l'istituzione di due comitati in relazione funzionale con il Dipartimento, con funzioni consultive, di cui si avvale il Direttore per l'espletamento delle proprie funzioni: il Comitato permanente dei soggetti accreditati ed il Comitato "Rete territoriale per la prevenzione". Questi ultimi svilupperanno anche le funzioni precedentemente assolte dal Tavolo Tematico per le Dipendenze del terzo settore.

La conseguenza gestionale più rilevante è costituita, per l'ASL MI1, dal passaggio della gestione delle UU OO SerT/NOA dalle Direzioni di Distretto Socio Sanitario di ubicazione alla Direzione del Dipartimento delle Dipendenze.

## 1.2 QUADRO ISTITUZIONALE

L'ASL Provincia di Milano 1 si configura come un'azienda sanitaria pubblica territoriale che serve un bacino di utenza, al 1° gennaio 2009, di 924.417 abitanti (dati ISTAT), situati in un territorio di circa 800 kmq che comprende 73 comuni dell'area Nord-Ovest di Milano, organizzati in 7 distretti. In ragione della ridefinizione dei confini delle ASL lombarde, dal 2009 sono transitate nel territorio di competenza della ASL Monza Brianza i comuni di Ceriano laghetto, Cogliate, Limbiate, Mazzate, Misinto per una popolazione complessiva di 60.000 residenti.

La popolazione della ASL MI1 ha un'età media di 42,3 anni; Il 14% ha meno di 14 anni e il 19% supera i 65. Gli stranieri sono 56.695 pari al 6% della popolazione.<sup>1</sup>

La caratteristica territoriale di questa ASL è quella della presenza, nel suo territorio, sia di zone fortemente antropizzate con una elevata attività industriale, sia di zone agricole a bassa densità abitativa. Questa differenziazione territoriale giustifica la presenza dei distretti territoriali, al fine di poter rispondere al meglio ai bisogni socio sanitari della popolazione; difatti, ai distretti sono assegnati numerosi compiti ed attività di tipo sanitario, socio-assistenziale e veterinario (art. 9 LR 31/1997).

In termini organizzativi la ASL si articola in Dipartimenti e Distretti.

I Dipartimenti sono le macrostrutture organizzative ed operative in cui si articola l'Azienda, sono dotati di autonomia gestionale, funzionale e tecnica. L'organizzazione dipartimentale è, secondo normativa, il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda cui partecipano tutte le strutture di particolare specificità al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. I Dipartimenti previsti in ASL sono suddivisi in Dipartimenti Gestionali e Dipartimenti Funzionali.

Nel Dipartimento Gestionale si concretizza una gestione comune delle risorse, finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti e verificati anche attraverso la negoziazione di budget. Caratteristica tipica del dipartimento gestionale è l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di un budget unico.

Nel Dipartimento Funzionale l'attività è coordinata attraverso un comune indirizzo organizzativo, scientifico e tecnico; non si realizza la gestione diretta delle risorse, bensì l'applicazione delle norme (nazionali, regionali o aziendali) per il raggiungimento di uno specifico ed univoco obiettivo. Caratteristica tipica del dipartimento funzionale è l'applicazione di linee e protocolli concordati ed uniformi.

I Dipartimenti dell'Azienda sono:

- Dipartimento di Programmazione Acquisto e Controllo
- Dipartimento di Prevenzione Medica
- Dipartimento di Prevenzione Veterinaria
- Dipartimento delle Cure Primarie e Continuità Assistenziale
- Dipartimento per le Attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI)
- Dipartimento Amministrativo.

---

<sup>1</sup> Dati UOC Epidemiologia Registro Tumori e Flussi ASL Milano 1.

Il Distretto è la struttura a diretto contatto con il cittadino e i suoi bisogni di salute, rappresenta "l'area di produzione" dove sono erogati i servizi alla persona definiti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), luogo di valutazione del bisogno e interfaccia con gli Uffici di Piano dei Comuni ai sensi della Legge 328/2000.

I Distretti Socio-Sanitari sono:

- Distretto Socio-Sanitario 1 Garbagnate Milanese
- Distretto Socio-Sanitario 2 Rho
- Distretto Socio-Sanitario 3 Corsico
- Distretto Socio-Sanitario 4 Legnano
- Distretto Socio-Sanitario 5 Castano Primo
- Distretto Socio-Sanitario 6 Magenta
- Distretto Socio-Sanitario 7 Abbiategrasso

Il quadro istituzionale sopra descritto, riferito all'anno 2009, risulta modificato in misura rilevante nel momento in cui il lettore accosta il presente Report. Nel corso del 2010, infatti, il Piano di Organizzazione Aziendale (POA) è stato modificato, prevedendo l'istituzione del Dipartimento gestionale delle Dipendenze, che, di conseguenza, non si trova più collocato all'interno del Dipartimento ASSI come Unità Organizzativa complessa con funzioni dipartimentali tecnico funzionali, ma accanto ad esso nell'ambito della Direzione Sociale. Il Dipartimento Dipendenze esercita le funzioni tipiche del dipartimento gestionale nei confronti delle unità d'offerta direttamente gestite SerT/NOA, mentre esercita funzioni Dipartimentali tecnico funzionali nei confronti dei soggetti esterni all'ASL (Enti accreditati, Enti del privato Sociale, EELL, Aziende Ospedaliere etc.) che, a vario titolo e con diversi compiti, fanno parte della rete di intervento sulle dipendenze.

## **2. RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE**

---

### **2.1 Sedi del Servizio Tossicodipendenze**

2.1.1 Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i SerT

### **2.2 Sedi del Servizio Alcoldipendenze**

2.2.1 Il personale operante nel campo delle alcoldipendenze: i NOA

### **2.3 Strutture del Privato Sociale Accreditato: disponibilità, occupazione e rette**

2.3.1 Spesa per trattamenti residenziali



## 2.1 SEDI DEL SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE

Le sedi del Servizio per le tossicodipendenze presenti sul territorio della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Milano 1 nell'anno 2009 sono 4:

la sede di Corsico,  
la sede di Magenta,  
la sede di Parabiago,  
la sede di Rho.

Nel 2009 risultano 0,64 Servizi per le tossicodipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni Servizio ha in media in trattamento circa 383 utenti tossicodipendenti.

### 2.1.1 Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i SerT

Il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario, Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze, Schede SER. 01, SER. 02).

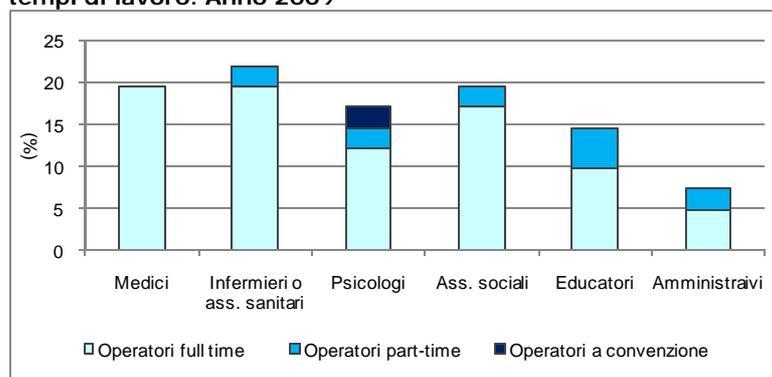
Il numero totale degli addetti alle tossicodipendenze è di 41 operatori, dei quali il 20% medici, il 22% infermieri o assistenti sanitari, il 19% assistenti sociali, il 17% psicologi, il 15% educatori ed il 7% amministrativi.

L'83% degli operatori è impiegato a tempo pieno, il 15% a tempo parziale ed il restante 2% a convenzione.

Nello specifico delle professionalità si può osservare che la totalità degli operatori a convenzione si trova tra gli psicologi, mentre tutti i medici hanno contratti full time.

Il rapporto tra gli operatori che lavorano nel campo delle tossicodipendenze e la popolazione a rischio residente sul territorio è di 1 a 15.155,87.

**Figura 2.1: Caratteristiche del personale assegnato al Servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

## 2.2 SEDI DEL SERVIZIO ALCOLDIPENDENZE

Le sedi del Servizio per le alcoldipendenze presenti sul territorio della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Milano 1 nell'anno 2009 sono 3:

la sede di Abbiategrasso,  
la sede di Legnano,  
la sede di Limbiate.

Nel 2009 risultano 0,48 Servizi per le alcoldipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni Servizio ha in media in trattamento circa 396 utenti alcoldipendenti.

### 2.2.1 Il personale operante nel campo delle alcoldipendenze: i NOA

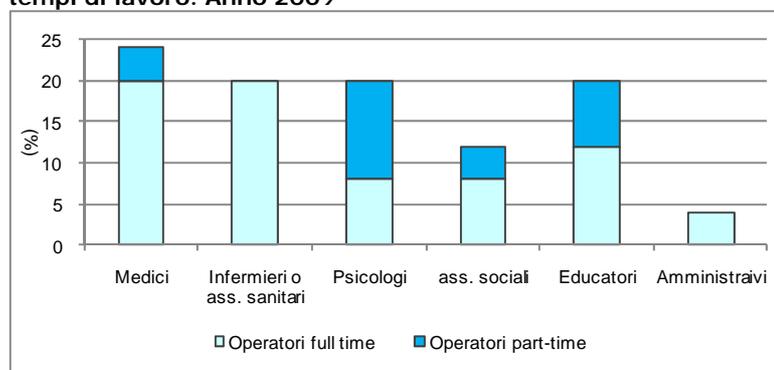
Anche per l'analisi sui Servizi delle alcoldipendenze, il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario, Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze (Schede SER. 01, SER. 02).

Gli addetti alle alcoldipendenze in totale sono 25: il 24% è rappresentato da medici, il 20% da infermieri o assistenti sanitari, così come da psicologi ed educatori; il 12% da assistenti sociali ed il restante 4% da amministrativi.

Il 72% degli operatori sono impiegati a tempo pieno mentre il 28% hanno contratti part-time.

Considerando la popolazione residente a rischio ed i servizi per le alcoldipendenze, si calcola un rapporto di un operatore ogni 24.854 soggetti.

**Figura 2.2: Caratteristiche del personale assegnato al Servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### 2.3 STRUTTURE DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO: DISPONIBILITÀ, OCCUPAZIONE E RETTE

Gli Enti Accreditati che ad oggi gestiscono le strutture residenziali hanno una presenza storica nel territorio della ASL Milano 1, che negli anni si è tradotta in azioni di collaborazione con i Servizi e nel loro coinvolgimento nella gestione di attività di prevenzione e trattamento su progetti specifici attivati nel territorio.

Nell'arco degli ultimi anni, infatti gli operatori di tali Enti hanno partecipato insieme ai SerT e NOA ad iniziative quali: attività di educazione alla salute in ambito scolastico, reinserimento socio-lavorativo, attività formative per gli operatori delle dipendenze organizzati dall'ASL. Inoltre i rappresentanti di tali organizzazioni hanno partecipato attivamente agli incontri del Coordinamento Territoriale per le progettazioni ex-lege 45/99 e dell'attuale Tavolo Tematico.

Gli Enti Gestori attualmente presenti sul territorio della ASL Milano 1 con strutture in grado di accogliere soggetti con disturbo da dipendenza e/o da alcol sono:

- Associazione Dianova Onlus
- Associazione Fides Onlus
- Associazione Micaela Onlus
- Cooperativa Sociale " A Stefano Casati"
- Cooperativa Sociale Contina

Gestiscono complessivamente, nel territorio della ASL Milano 1, 6 unità d'offerta residenziali a carattere Pedagogico Riabilitativo e Terapeutico Riabilitativo e di Prima Accoglienza.

Nel corso dell'anno 2009 la Cooperativa Sociale "A Stefano Casati" ha modificato il modulo della comunità residenziale da maschile a femminile; inoltre l'Associazione Dianova ha presentato domanda di accreditamento per un'ulteriore ri-modulazione della comunità con l'attivazione di 4 posti di Servizio Specialistico per alcol e polidipendenza.

Nella tabella seguente è riportata per l'anno 2009 l'articolazione delle strutture accreditate per tipologia di modulo, distribuzione posti letto, indice di saturazione riferito agli utenti inseriti (compresi i fuori-regione).

**Tabella 2.1: Strutture accreditate per tipologia di modulo, distribuzione posti letto, indice di saturazione. Anno 2009**

	Classificazione unità d'offerta	Tariffa giornaliera	N. posti accreditati	Indice di saturazione
COMUNITA' TERAPEUTICA di GARBAGNATE - Viale Forlanini 121 - 20024 Garbagnate Milanese (MI) Tel. 0299026312	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale PRR	44,40 €	30	84,55
COMUNITA' TERAPEUTICA di GARBAGNATE - Viale Forlanini 121 - 20024 Garbagnate Milanese (MI) Tel. 0299026312	Servizio ACCOGLIENZA Residenziale SAR	58,80 €	8	82,23
COMUNITA' IRENE Via San Carlo - Cascina Poglianasca 7 - 20010 Arluno (MI) Tel. 0290377333	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale TRR	52,80 €	14	37,42
COMUNITA' "A STEFANO CASATI" - Via per Riazzo Cascina Vecchia Scamozza 1 - 20080 Albairate (MI) Tel. 029406219 Fax 029406219	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale TRR	52,80 €	9	43,32
COMUNITA' CASCINA CONTINA Via Cascina Contina - 20088 Rosate (MI) Tel. 0290849494 Fax 0290849493	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale PRR	44,40 €	16	90,75
COMUNITA' ERGORERAPICA - MESERO - Via Grandi 3/5 - 20010 Mesero (MI) Tel. 029787273	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale PRR	44,40 €	9	79,00
COMUNITA' FIDES "CA' NOSTRA" - Via Padre Lupano 2 - 20011 Corbetta (MI) Tel. 02/97272500	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale PRR	44,40 €	9	72,27
<b>TOTALE POSTI ACCREDITATI</b>			<b>95</b>	

Dei 95 posti accreditati nell'anno 2009, 8 sono di accoglienza, 23 sono di tipo terapeutico-riabilitativo e 64 di tipo pedagogico-riabilitativo.

**Tabella 2.2: Strutture accreditate: tipologie e specificità di trattamento**

Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Contina Coop. Sociale	pedagogico riabilitativo Residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo contatto;</li> <li>• Valutazione diagnostica multidisciplinare;</li> <li>• Attività educative e momenti pedagogici riabilitativi;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mista</li> <li>• Nuclei familiari (Coppie e/o madre/padre con figli)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralità dell'attività ergoterapica di laboratorio:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falegnameria e restauro del mobile</li> <li>• Restauro di moto d'epoca, auto- e moto-manutenzione</li> <li>• Gestione verde, orto e animali</li> </ul> </li> <li>• Gestione delle case in una dimensione familiare</li> <li>• Psicoterapia individuale e/o di coppia</li> <li>• Terapia riabilitativa fisica</li> <li>• Studio/recupero scolastico</li> <li>• Esperienze educative esterne alla comunità</li> <li>• Corsi di Formazione professionale</li> <li>• Lavoro con la/e famiglia/e di origine</li> <li>• Sostegno alla coppia</li> <li>• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie</li> <li>• Colloqui di sostegno</li> <li>• Collaborazione con i servizi territoriali</li> <li>• Reinserimento sociale e lavorativo (Risocializzazione)</li> </ul>
Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Società Coop. Sociale onlus A Stefano Casati	Terapeutico riabilitativo residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo contatto;</li> <li>• Valutazione diagnostica multidisciplinare;</li> <li>• Supporto psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo femmine;</li> <li>• sia minorenni che maggiorenni;</li> <li>• alternativa alla detenzione;</li> <li>• agli arresti;</li> <li>• sia italiane che straniere;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a gruppi di comunità tematici;</li> <li>• Terapia riabilitativa fisica;</li> <li>• Studio/recupero scolastico;</li> <li>• Esperienze educative esterne alla comunità;</li> <li>• Corsi di Formazione professionale;</li> <li>• Attività di laboratorio;</li> <li>• Sostegno alla famiglia;</li> <li>• Sostegno alla coppia;</li> <li>• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie;</li> <li>• Colloqui di sostegno;</li> <li>• Collaborazione con i servizi territoriali;</li> <li>• Reinserimento sociale e lavorativo;</li> </ul>

Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Associazione e Fides Onlus	Pedagogico riabilitativo residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo contatto;</li> <li>• Valutazione diagnostica multidisciplinare;</li> <li>• Attività educative e momenti pedagogici riabilitativi;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo maschi;</li> <li>• italiani o stranieri di maggiore età;</li> <li>• alternativa alla detenzione;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorso suddiviso in due fasi e due sedi ad esse destinate;</li> <li>• Partecipazione a gruppi di comunità tematici;</li> <li>• Terapia riabilitativa fisica;</li> <li>• Studio/recupero scolastico;</li> <li>• Corsi di Formazione professionale;</li> <li>• Attività di laboratorio;</li> <li>• Esperienze educative esterne alla comunità;</li> <li>• Sostegno alla famiglia;</li> <li>• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie;</li> <li>• Colloqui di sostegno;</li> <li>• Collaborazione con i servizi territoriali;</li> <li>• Reinserimento sociale e lavorativo;</li> </ul>
Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Associazione e Micaela onlus	Terapeutico riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo contatto;</li> <li>• Valutazione diagnostica multidisciplinare;</li> <li>• Supporto psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo donne anche di età inferiore ai 18 anni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a gruppi di comunità tematici;</li> <li>• Terapia riabilitativa fisica;</li> <li>• Yoga;</li> <li>• Esperienze educative esterne alla comunità;</li> <li>• Studio/recupero scolastico;</li> <li>• Corsi di Formazione professionale;</li> <li>• Attività di laboratorio;</li> <li>• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie;</li> <li>• Colloqui di sostegno;</li> <li>• Collaborazione con i servizi territoriali;</li> <li>• Reinserimento sociale e lavorativo e abitativo;</li> </ul>

Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Associazione Dianova onlus	Pedagogico riabilitativo residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo contatto;</li> <li>• Valutazione diagnostica multidisciplinare;</li> <li>• Attività educative e momenti pedagogici riabilitativi;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mista;</li> <li>• alternativa alla detenzione;</li> <li>• agli arresti;</li> <li>• sia italiani che stranieri;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• auto-mutuo aiuto;</li> <li>• prevalente attenzione al graduale percorso di responsabilizzazione;</li> <li>• Partecipazione a gruppi di comunità tematici;</li> <li>• Terapia riabilitativa fisica;</li> <li>• Studio/recupero scolastico;</li> <li>• Esperienze educative esterne alla comunità;</li> <li>• Corsi di Formazione professionale;</li> <li>• Attività di laboratorio;</li> <li>• Verifiche periodiche presso il proprio ambiente socio-familiare;</li> <li>• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie;</li> <li>• Colloqui di sostegno;</li> <li>• Collaborazione con i servizi territoriali;</li> <li>• Reinserimento sociale e lavorativo</li> </ul>
	Accoglienza residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesso non selezionato di soggetti;</li> <li>• Valutazione stato di salute;</li> <li>• Identificazione e impostazione di un programma complessivo;</li> <li>• Accompagnamenti o a percorsi strutturati;</li> <li>• Consulenza e supporto a carattere psicologico;</li> <li>• Supporto medico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mista;</li> <li>• sia italiani che stranieri;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• motivazione al trattamento;</li> <li>• trattamento farmacologico;</li> <li>• supporto psichiatrico;</li> <li>• Partecipazione a gruppi di comunità tematici;</li> <li>• Terapia riabilitativa fisica;</li> <li>• Studio/recupero scolastico;</li> <li>• Esperienze educative esterne alla comunità;</li> <li>• Corsi di Formazione professionale;</li> <li>• Attività di laboratorio;</li> <li>• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie;</li> <li>• Colloqui di sostegno;</li> <li>• Collaborazione con i servizi territoriali;</li> <li>• Reinserimento sociale e lavorativo</li> </ul>

A partire dal 2008 e a seguito dell'applicazione della DGR 5509 del 10/10/2007, le procedure per l'inserimento di soggetti con problematiche di dipendenza nelle Comunità residenziali prevedono il riconoscimento della libera scelta del cittadino, che gli consente di conoscere e accedere alle soluzioni più adatte alle proprie necessità. Per accedere alle strutture accreditate è necessaria **la certificazione sullo stato di dipendenza** (art. 89 legge 49/2006). Titolari a rilasciare tale certificazione sono i Servizi Territoriali pubblici per le Dipendenze (SerT) e i Servizi Multidisciplinari Integrati privati (SMI).

La persona che intraprende un percorso riabilitativo residenziale o semiresidenziale munita della certificazione sullo stato di dipendenza accede liberamente alla comunità situate nel territorio della Regione Lombardia che ritiene più opportuna, nel rispetto della tipologia indicata nella certificazione.

Se, invece, il cittadino lombardo sceglie un servizio residenziale extraregionale, il suo accesso è vincolato al nullaosta del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di residenza.

### 2.3.1 Spesa per trattamenti residenziali

Nel riconoscere il diritto di libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate ai sensi della DGR 12621/2003, dalla regione Lombardia è stato assegnato ad ogni ASL un budget per la retribuzione di prestazioni rese nel territorio di competenza, per coprire le spese relative alle rette riferite a cittadini lombardi indipendentemente dalla ASL di residenza del soggetto.

Tale budget è stato successivamente ripartito da ogni ASL fra le strutture accreditate presenti sul proprio territorio, costituendo in tal modo il limite massimo entro il quale ogni struttura ha la garanzia di avere riconosciuti i propri costi.

La cifra assegnata per l'anno 2009 all'ASL Milano 1 per l'acquisto di prestazioni rese nel territorio di competenza ammonta a € 850.000,00, comprensivo degli adeguamenti in corso d'anno.

Nella tabella successiva è riportata l'articolazione per l'anno 2009 del budget di produzione assegnato a ciascuna singola struttura, la retta giornaliera, il livello di saturazione riferito agli utenti lombardi e la quantificazione delle prestazioni effettivamente rese dalle strutture per l'accoglienza degli utenti lombardi.

Come è possibile rilevare dalla tabella successiva per alcune strutture (Casati, Dianova, e Micaela) il budget assegnato non è stato sufficiente a coprire l'ammontare delle rette degli utenti inseriti in corso d'anno. Gli enti gestori hanno comunque garantito l'accoglienza delle persone che necessitavano d'intervento, assumendosene gli oneri, non sapendo a priori se avrebbero potuto disporre di eventuali integrazioni di budget.

**Tabella 2.3: Strutture accreditate, retta giornaliera, indice di saturazione, budget e prodotto. Anno 2009**

UNITA' D'OFFERTA	Retta giornaliera (€)	Indice saturazione res. Lombardia anno 2009	Budget anno 2009 con ri-assegnazione	Prodotto anno 2009
Casati	52,80	37,81	65.000,00	65.577,60
Contina	44,40	78,68	220.000,00	204.018,00
Dianova SAR	58,80	51,95	300.000,00	304.450,80
Dianova PRR	44,40	44,27		
Fides Corbetta	44,40	57,11	170.000,00	166.544,60
Fides Mesero	44,40	57,08		
Micaela Comunità Irene	52,80	37,42	95.000,00	100.953,60
			<b>850.000,00</b>	<b>841.544,60</b>

Di seguito viene considerata la spesa per l'anno 2009 riferita agli utenti residenti nella nostra ASL che hanno usufruito di un trattamento residenziale in strutture riabilitative accreditate sia regionali che extra-regionali. Tale spesa, che sino al 2007 veniva direttamente erogata dalla ASL in prima battuta, dal 2008 viene

sostenuta in un secondo momento attraverso il meccanismo della compensazione tra le diverse ASL.

**Tabella 2.4: Spesa degli utenti residenti nella ASL Milano1 per trattamenti residenziali in strutture riabilitative accreditate regionali ed extra-regionali. Anno 2009**

	<b>Strutture in ASL</b>	<b>Strutture in altre ASL lombarde</b>	<b>Strutture fuori regione</b>	<b>Totale</b>
2009	190.959,00	2.260.726,00	249.233,00	2.700.918,00

### **3. CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE E ALTRI COMPORAMENTI A RISCHIO**

---

#### **3.1 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione generale**

- 3.1.1 Consumo nella vita
- 3.1.2 Consumo negli ultimi 12 mesi
- 3.1.3 Altri comportamenti a rischio: la propensione a praticare giochi  
in cui si puntano soldi

#### **3.2 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione studentesca**

- 3.2.1 Consumi di sostanze psicoattive
- 3.2.2 Consumi di eroina
- 3.2.3 Consumi di cocaina
- 3.2.4 Consumi di cannabis
- 3.2.5 Consumi di stimolanti
- 3.2.6 Consumi di allucinogeni
- 3.2.7 Consumi di alcol
- 3.2.8 Consumi di tabacco
- 3.2.9 Consumi di farmaci psicoattivi
- 3.2.10 Policonsumo
- 3.2.11 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive tra gli studenti
- 3.2.12 Altri comportamenti a rischio: la propensione a praticare giochi  
in cui si puntano soldi

#### **3.3 Percezione del rischio e della disponibilità delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca**

- 3.3.1 Percezione del rischio delle sostanze psicoattive nella  
popolazione studentesca
- 3.3.2 Percezione della disponibilità delle droghe nella popolazione  
studentesca



### 3.1 CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE E ALTRI COMPORAMENTI A RISCHIO NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia sono stati estratti dall'ultima indagine campionaria nazionale IPSAD® (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nel corso del biennio 2007-2008. L'indagine, che ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), è realizzata utilizzando un questionario autosomministrato e anonimo, inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

#### 3.1.1 Consumo nella vita

In Lombardia tra le sostanze psicoattive illecite, la cannabis è stata quella maggiormente sperimentata dalla popolazione generale, il 35% circa dei soggetti ha provato almeno una volta nella propria vita ad assumerla, mentre circa il 9% ha consumato "una tantum" cocaina, il 4% sostanze stimolanti, il 3,5% allucinogeni ed il 2% eroina. Se si considerano le sostanze lecite, le prevalenze del consumo "una tantum" aumentano raggiungendo il 67% per il tabacco ed il 92% per gli alcolici. Il confronto con le prevalenze nazionali evidenzia tra la popolazione lombarda una maggiore contiguità con le sostanze psicoattive illegali, in particolare cocaina e cannabis.

**Tabella 3.1: Distribuzione percentuale del consumo di sostanze psicoattive (una o più volte nella vita). Confronto Italia – Lombardia**

Sostanze	Italia	Lombardia
Cannabis	32,0	34,7
Cocaina	7,0	8,7
Stimolanti	3,8	4,2
Allucinogeni	3,5	3,5
Eroina	1,6	2,0
Tabacco	63,1	67,3
Alcol	90,1	91,5

Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

#### 3.1.2 Consumo negli ultimi 12 mesi

Quando l'attenzione è rivolta al consumo nei 12 mesi antecedenti lo svolgimento dell'indagine, le prevalenze tendono a ridursi: tra i residenti lombardi l'85% ha assunto almeno una bevanda alcolica ed il 35,5% ha fumato almeno una sigaretta e, nello specifico delle sostanze illegali, il 14% ha assunto cannabinoidi, il 3,4% cocaina, lo 0,9% stimolanti e allucinogeni, lo 0,4% eroina.

La contiguità con le droghe risulta più rilevante nel genere maschile, rispetto sia alle sostanze illegali sia legali.

Se si considera l'età dei consumatori, si evidenziano delle differenze sulla base della sostanza assunta: tra i giovani di 15-24 anni ed i giovani adulti di 25-34 anni si rilevano le quote superiori di consumatori di sostanze illegali, ma anche legali.

Nel complesso, il consumo di droghe, illecite e lecite, nella popolazione di 15-64 anni residente in regione Lombardia non si differenzia da quanto rilevato a livello nazionale, fatta eccezione per il consumo di cocaina, che a livello regionale

risulta superiore, così come riportato nella tabella sottostante, riassuntiva della situazione nazionale e regionale riferita al biennio 2007-2008.

**Tabella 3.2: Distribuzione percentuale del consumo di sostanze psicoattive (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Confronto Italia – Lombardia**

Sostanze	Italia		Lombardia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Cannabis	17,3	12,0	15,9	11,9
Cocaina	2,9	1,4	4,2	2,5
Stimolanti	1,1	0,5	1,2	0,5
Allucinogeni	1,0	0,4	1,3	0,5
Eroina	0,6	0,2	0,6	0,3
Tabacco	37,9	35,2	37,2	33,8
Alcol	90,5	80,9	90,5	78,5

Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

In regione, per oltre il 70% degli utilizzatori di cocaina ed il 50% di quelli di cannabis la frequenza di assunzione tende ad essere occasionale, circoscritta a 1-5 volte annue, quota che si riduce a poco meno del 43% se si considera l'eroina. Tra la popolazione regionale 15-64enne che ha utilizzato eroina nell'anno, infatti, il 29% circa ne ha assunto in 20 o più occasioni.

Riguardo ai fumatori quotidiani di sigarette, in entrambi i generi prevale chi fuma non più di 10 sigarette al giorno (40% dei maschi e 44% delle femmine), mentre la prevalenza dei consumatori di 10 o più sigarette risulta più consistente nel collettivo maschile (31% contro il 19% del collettivo femminile).

Per la maggior parte degli assuntori di sostanze psicoattive si tratta principalmente di una *poliassunzione*, di un uso combinato di più sostanze psicoattive, in particolare di alcolici e tabacco: assumere bevande alcoliche nell'ultimo mese ha riguardato oltre il 90% dei consumatori annuali di cannabis, cocaina ed eroina; così come fumare quotidianamente sigarette ha coinvolto oltre il 60% dei consumatori di sostanze illegali (per soggetti che non hanno assunto sostanze illegali nel corso dell'anno le percentuali di uso di bevande alcoliche e sigarette è invece rispettivamente del 71% e del 19%).

### 3.1.3 Altri comportamenti a rischio: la propensione a praticare giochi in cui si puntano soldi

Nella popolazione regionale di 15-64 anni, il 40% circa almeno una volta nella vita ha praticato giochi in cui si puntano soldi, in particolare i maschi (m=53%; f=29%). Tra i giovani adulti di 25-34 anni si osservano le quote più rilevanti di giocatori (60% dei maschi e 35% delle femmine), seguiti dagli adulti di 35-44 anni (m=59%; f=33%), per decrescere tra i soggetti delle classi di età successive e raggiungere il 50% ed il 13% tra i maschi e le femmine di 55-64 anni.

Nella regione Lombardia la quota di donne che, almeno una volta nella vita, ha praticato giochi in cui si puntano soldi risulta in linea con quella nazionale (29%), fatta eccezione per la quota rilevata tra le donne di 55-64 anni che in Lombardia corrisponde al 13%, mentre in Italia al 20%.

Tra la popolazione maschile della regione, invece, la quota di soggetti che ha praticato questi giochi risulta superiore rispetto a quella nazionale (corrispondente al 50%), in tutte le classi di età.

### 3.2 CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE E ALTRI COMPORAMENTI A RISCHIO NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca, sono stati estratti dallo studio ESPAD® Italia, condotto nell'anno 2009.

Attraverso l'autocompilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni che ha consumato sostanze psicoattive in determinati periodi: nel corso della vita, dell'ultimo anno, dell'ultimo mese, frequentemente o quotidianamente.

Il consumo "nella vita" o "una tantum" definisce la quota di soggetti che ha sperimentato il consumo di specifiche sostanze psicoattive, mentre i consumi riferiti "agli ultimi 12 mesi" e "agli ultimi 30 giorni" riflettono i comportamenti più recenti e adottati allo stato attuale. Le evidenze che emergono, oltre a monitorare il fenomeno, permettono di comprendere il trend di evoluzione del consumo delle sostanze e lo stile di utilizzo delle stesse.

#### 3.2.1 Consumo di sostanze psicoattive

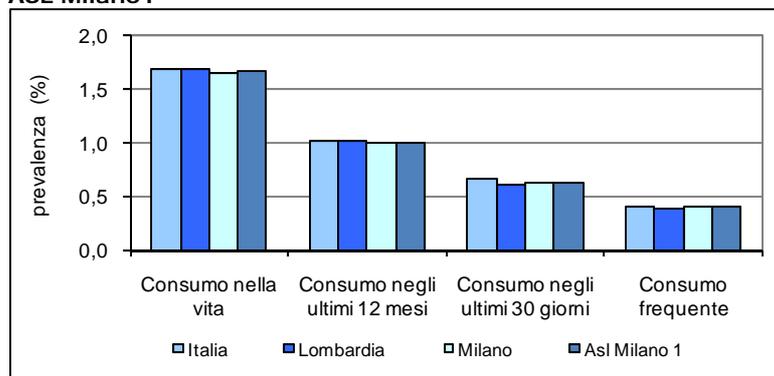
Di seguito si propone l'analisi relativa al consumo di ciascuna sostanza psicoattiva<sup>1</sup>, al policonsumo e alla propensione a praticare giochi in cui si puntano soldi.

#### 3.2.2 Consumi di eroina

Il consumo di eroina nella vita e negli ultimi 12 mesi nella ASL Milano 1 è in linea con i dati rilevati a livello nazionale, regionale e provinciale (1,7% nella vita e 1% negli ultimi dodici mesi in tutte le aree territoriali).

Lo 0,6% degli studenti della ASL Milano 1 ha recentemente assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario e per lo 0,4% si è trattato di consumarne frequentemente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni), non evidenziando alcuna differenza con le prevalenze nazionali (0,7% e 0,4%), regionali e provinciali (in entrambe le aree territoriali 0,6% e 0,4%).

**Figura 3.1: Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia - Lombardia - provincia di Milano - ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2009

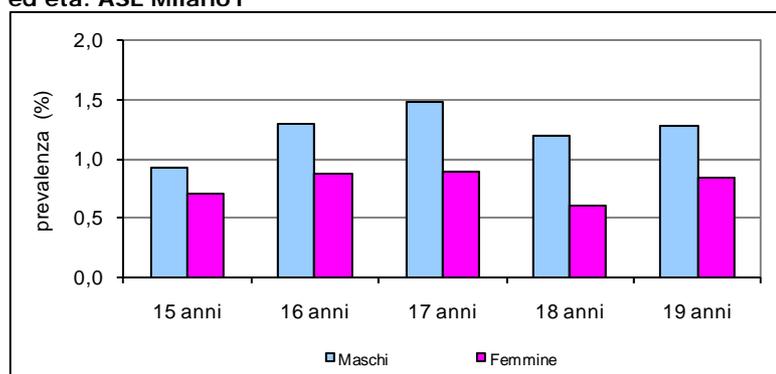
Il coinvolgimento nel consumo di eroina durante l'anno risulta superiore nel genere maschile ( $m=1,2\%$ ;  $f=0,8\%$ ). Nel genere femminile i consumi rimangono sostanzialmente stabili nelle diverse classi di età, passando dallo 0,7% delle

<sup>1</sup> Per un ulteriore approfondimento sulle prevalenze di consumo si rimanda agli allegati.

15enni, allo 0,9% delle 16-17enni, allo 0,6% delle 18enni e allo 0,8% delle 19enni. Anche tra gli studenti maschi si osservano prevalenze stabili: il valore più basso è rintracciabile tra i 15enni (0,9%); si passa poi all'1,2% dei 18enni, all'1,3% dei 16enni e dei 19enni mentre sono i 17enni a registrare la prevalenza maggiore (1,5%).

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso da parte del genere maschile soprattutto tra i 18enni (m/f=2,0).

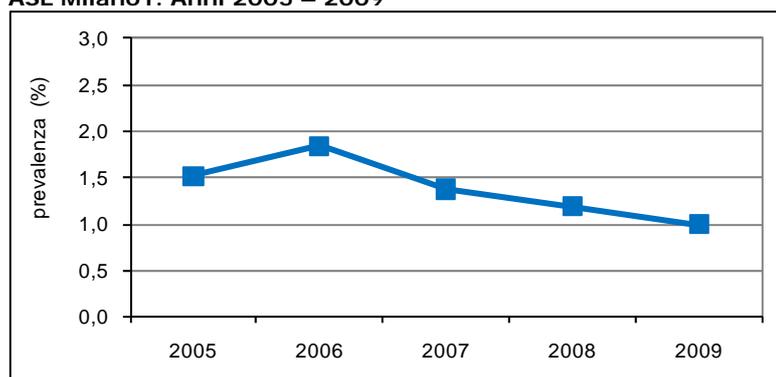
**Figura 3.2: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Dal 2005 al 2009 il consumo negli ultimi dodici mesi di eroina nella popolazione studentesca della ASL Milano 1, ad eccezione del picco dei consumi riferiti nel 2006 con l'1,6%, ha subito un decremento passando dall' 1,4% nel 2007 all'1,2% nel 2008 e all'1% nel 2009.

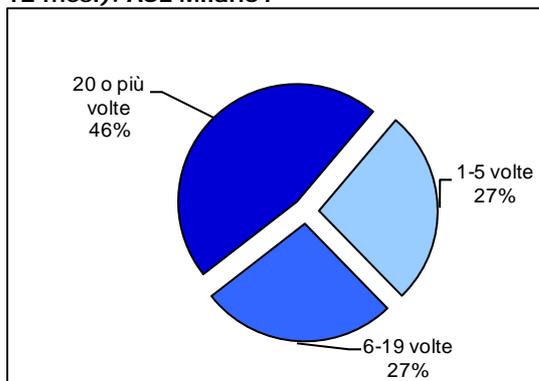
**Figura 3.3: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti consumatori di eroina la frequenza prevalente di assunzione è quella frequente (20 o più volte) che riporta una prevalenza pari al 46%; il resto del campione si distribuisce equamente tra il consumo circoscritto a 1-5 volte nell'anno ed il consumo moderato (27% per entrambe le frequenze d'assunzione).

**Figura 3.4: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2009

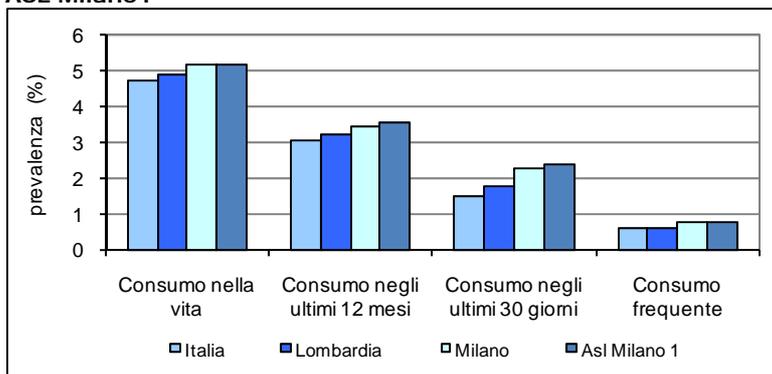
### 3.2.3 Consumi di cocaina

Il 5,2% degli studenti della ASL Milano 1 ha assunto cocaina almeno una volta nella vita, prevalenza che risulta leggermente superiore a quella nazionale (4,8%) e regionale (4,9%), ed in linea con quella riferita dalla provincia (5,2%).

Il 3,6% degli studenti della ASL ha utilizzato cocaina nel corso dell'ultimo anno, mentre il 2,4% ne ha fatto uso nel mese antecedente l'indagine, così come rilevato negli ambiti territoriali di riferimento (Italia: 3,1% e 1,5%; Lombardia: 3,2% e 1,8%; Milano: 3,5% e 2,3%).

Per lo 0,8% degli studenti della ASL si è trattato di consumare cocaina 10 o più volte negli ultimi trenta giorni (uso frequente), così come rilevato a livello nazionale (0,6%), regionale (0,7%) e provinciale (0,8%).

**Figura 3.5: Uso di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano – ASL Milano1**



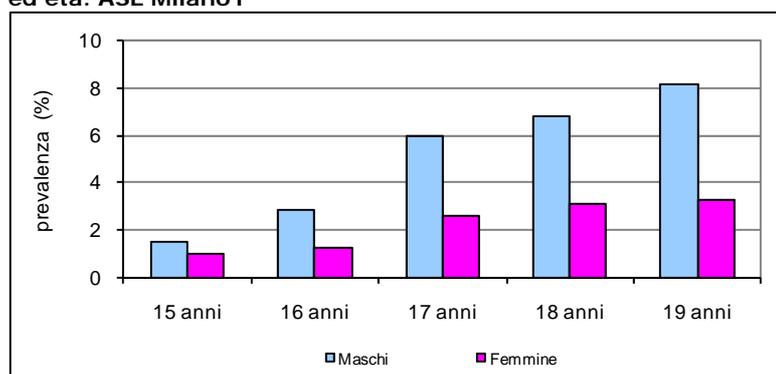
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2009

Il consumo di cocaina durante l'anno ha riguardato il 4,9% dei maschi ed il 2,2% delle femmine. Nel collettivo maschile la contiguità con la cocaina aumenta al crescere dell'età: i consumatori passano dall'1,5% dei 15enni al 2,8% tra i 16enni, al 6% per i 17enni, al 6,8% tra i 18enni sino all'8,2% tra i 19enni. È nel passaggio tra i 16 ed i 17 anni che si assiste ad un maggiore incremento.

Tra le studentesse, le consumatrici di cocaina passano da circa l'1% delle 15enni e 16enni al 2,6% delle 17enni; i valori poi, pur aumentando, si assestano al 3,1% per le 18enni e al 3,3% tra le 19enni.

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso da parte del genere maschile in quasi tutte le classi d'età (m/f: 2,5), eccetto che per i 15enni.

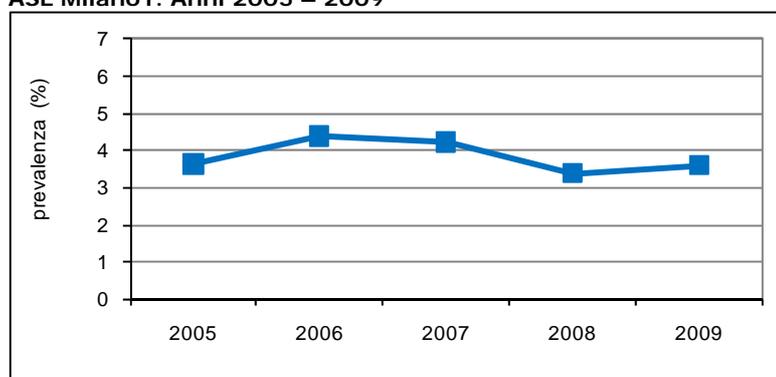
**Figura 3.6: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Analizzando i consumi di cocaina (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) tra gli studenti 15-19enni della ASL Milano 1, dal 2005 al 2009, si osserva un incremento negli anni 2006 e 2007, nei quali si rileva il picco dei consumi (4,4% e 4,2% rispettivamente), seguito da una sorta di assestamento dei consumi su prevalenze inferiori negli anni successivi (2008: 3,4%; 2009: 3,6%).

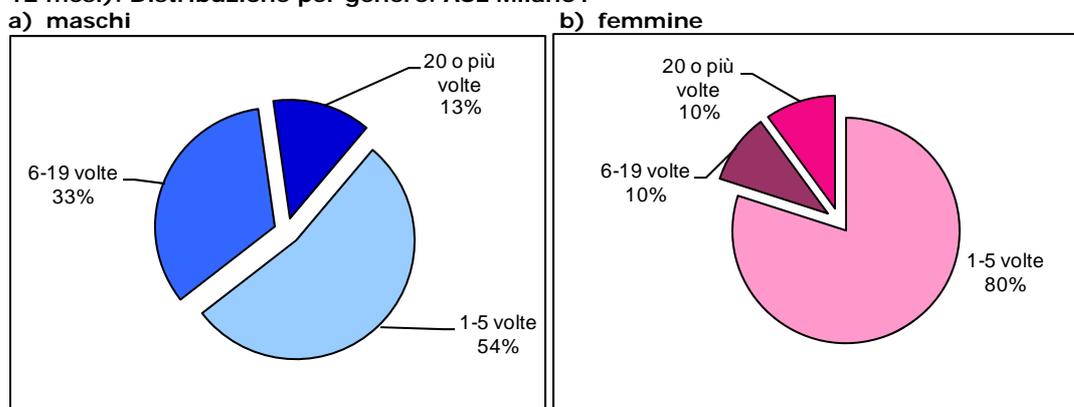
**Figura 3.7: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno, il consumo occasionale, da 1 a 5 volte, ha riguardato il 54% dei maschi e l'80% delle femmine. Il consumo nell'anno dalle 6 alle 19 volte ha coinvolto il 33% del collettivo maschile ed il 10% di quello femminile. Il consumo più assiduo (20 o più volte in 12 mesi) ha riguardato invece il 13% dei maschi ed il 10% delle femmine.

**Figura 3.8: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**

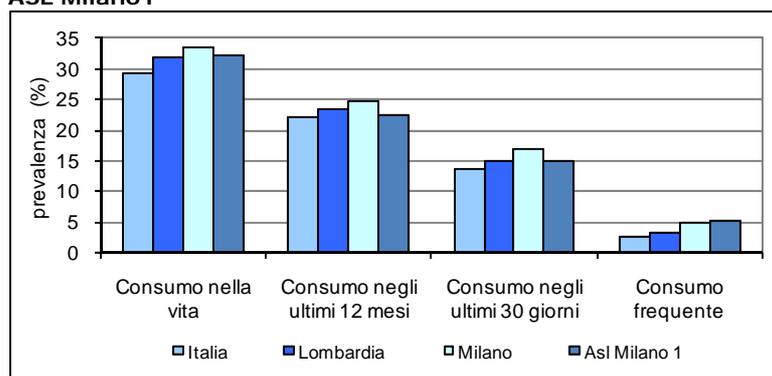


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

### 3.2.4 Consumi di cannabis

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 32,3% degli studenti della ASL Milano 1, quota che raggiunge il 22,4% se si considera il consumo nell'ultimo anno ed il 15% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni, risultando in linea con le prevalenze regionali (31,9%; 23,5%; 15%); superiore al consumo nazionale (29,2%, 22%, 13,6%) ed inferiore a quello della Provincia di Milano (33,7%; 24,8%; 17%). Il 5,1% della popolazione studentesca della ASL riferisce di aver consumato quotidianamente cannabinoidi (20 o più volte nell'ultimo mese), dato superiore alle altre aree territoriali di riferimento (Italia=2,5%; Lombardia=3,4%) ma in linea col resto della provincia (Milano=5%).

**Figura 3.9: Uso di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia - Lombardia - provincia di Milano - ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

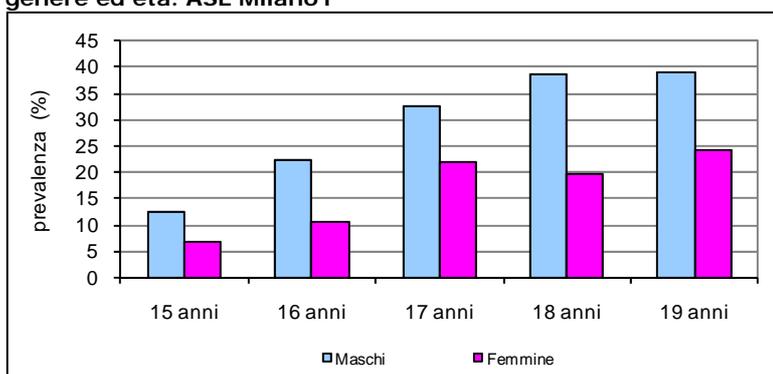
Il consumo di cannabis durante l'ultimo anno, che ha coinvolto il 28,4% dei maschi ed il 16,3% delle femmine, è direttamente correlato all'età degli studenti, soprattutto tra i maschi.

Tra gli studenti, infatti, le prevalenze di consumo passano da 12,3% dei 15enni a 39,2% dei 19enni, registrando l'incremento più consistente nei passaggi dai 15 ai 16 anni (16 anni: m=22,2%; f=10,4%; 17 anni: m=32,5%; f=21,8%; 18 anni: m=38,5%; f=19,6%).

Anche le studentesse consumatrici di cannabis aumentano all'aumentare dell'età, passando dal 6,8% delle 15enni al 24,2% delle 19enni; il passaggio caratterizzato dall'incremento più consistente è quello dai 16 ai 17 anni.

Sebbene il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rilevi una maggiore propensione all'uso da parte del genere maschile in tutte le classi d'età, è tra i 16enni che il rapporto risulta maggiore (m/f=2,0).

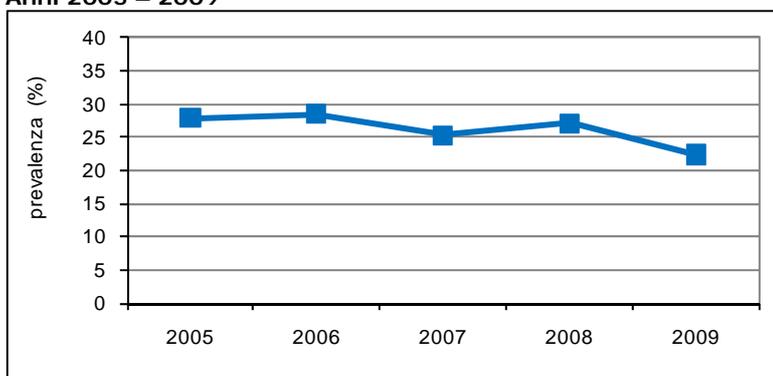
**Figura 3.10: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Analizzando il trend del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi registrato dal 2005 al 2009 tra gli studenti afferenti alle scuole nel territorio della ASL Milano 1, si osserva un lieve incremento nel 2006 (28,5%), anno dove si registra peraltro la prevalenza maggiore; a partire poi dal 2007 i consumi della sostanza si sono stabilizzati intorno al 25%, facendo rilevare nel 2009 la prevalenza più bassa.

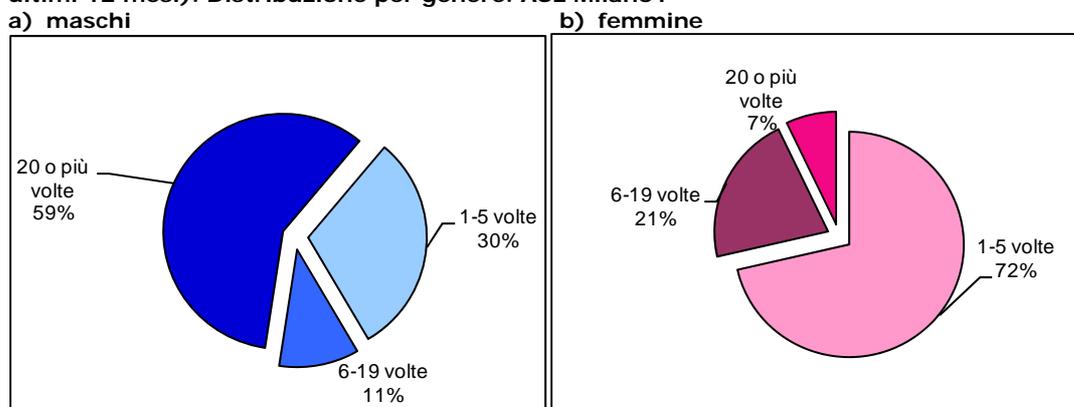
**Figura 3.11: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

Rispetto alla frequenza d'assunzione, tra le studentesse prevale il consumo occasionale da 1 a 5 volte nell'anno (72%), segue il consumo 6-19 volte (21%) ed infine solo il 7% ha assunto la sostanza 20 o più volte. Tra i consumatori di sesso maschile, invece, prevale il consumo frequente di 20 o più volte nell'anno (59%); il 30% ha riportato il consumo occasionale da 1 a 5 volte ed il restante 11% ha consumato la sostanza da 6 a 9 volte.

Figura 3.12: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1

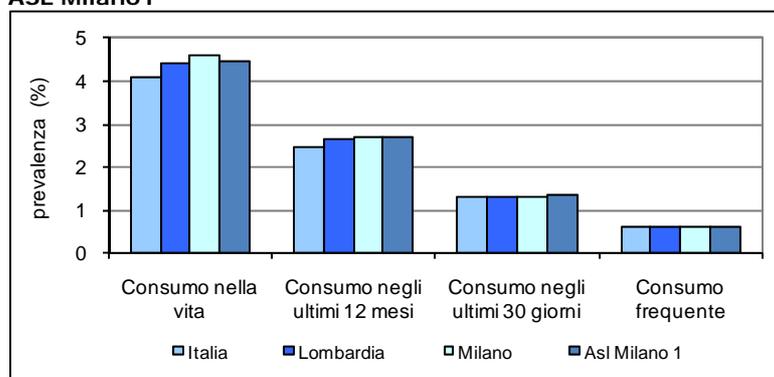


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2009

### 3.2.5 Consumi di stimolanti

Il 4,5% degli studenti della ASL Milano 1 ha provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ecc.) almeno una volta nella vita ed il 2,7% nell'ultimo anno; l'1,4% li ha utilizzati nel corso dell'ultimo mese e per lo 0,6% si è trattato di consumarne frequentemente, ossia 10 o più volte negli ultimi trenta giorni (Italia: 4,1%, 2,5%, 1,3% e 0,6%; Lombardia: 4,4%, 2,6%, 1,3%, 0,6%; Milano: 4,6%, 2,7%, 1,3% e 0,6%).

Figura 3.13: Uso di stimolanti (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1

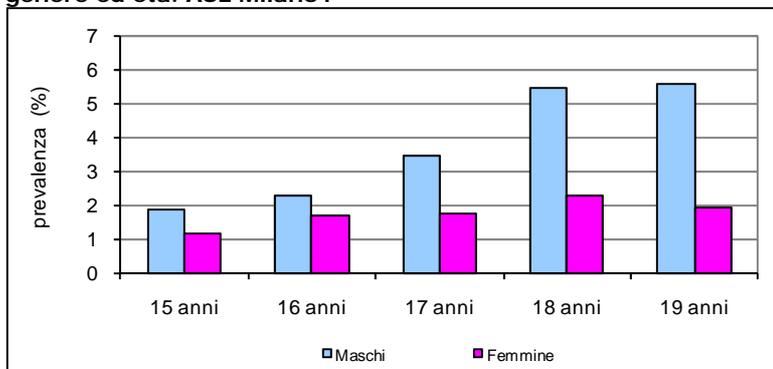


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2009

È stato soprattutto il genere maschile a fare uso di stimolanti nel corso dell'ultimo anno (3,6% dei maschi e 1,8% delle femmine). Tra i maschi, le quote di consumatori di stimolanti aumentano al crescere dell'età dei soggetti passando da 1,9% dei 15enni a 5,6% dei 19enni. Tra le studentesse, invece, le prevalenze passano da 1,2% delle 15enni a 1,9% delle 19enni con il picco, pari al 2,3%, tra le 18enni.

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso di stimolanti da parte del genere maschile soprattutto tra i 18enni (m/f=2,4) e tra i 19enni (m/f=3,0).

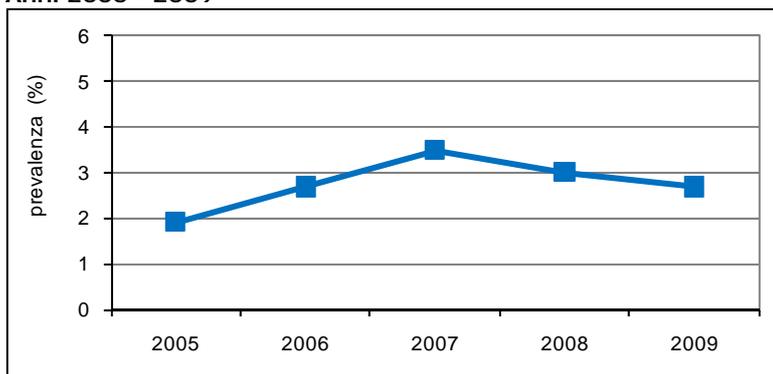
**Figura 3.14: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Il consumo di stimolanti (una o più volte negli ultimi dodici mesi) da parte degli studenti del territorio della ASL Milano 1, subisce un incremento dal 2005 al 2007, passando rispettivamente da 1,9% a 3,5% per diminuire gradualmente, nel biennio successivo, sino al 2,7% registrato nel 2009.

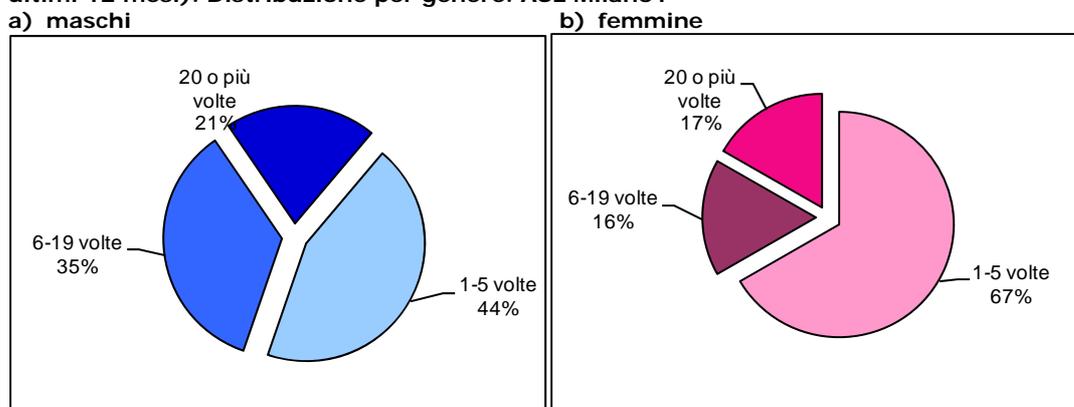
**Figura 3.15: Uso di stimolanti (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 - 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti consumatori di sostanze stimolanti, il 44% dei maschi ed il 67% delle femmine hanno consumato questo tipo di sostanze da 1 a 5 volte in 12 mesi, mentre il 21% ed il 17% dei collettivi rispettivamente maschile e femmine le ha utilizzate 20 o più volte.

**Figura 3.16: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**

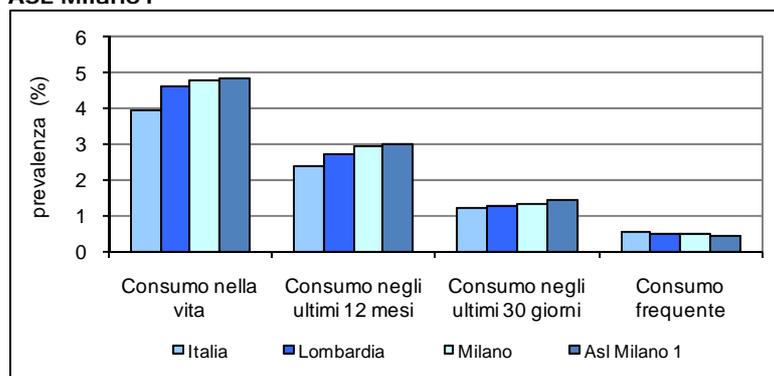


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2009

### 3.2.6 Consumi di allucinogeni

Il 4,9% ed il 3% degli studenti della ASL Milano 1 ha usato sostanze allucinogene almeno una volta nella vita e nel corso dell'ultimo anno (Italia: 3,9% e 2,4%; Lombardia: 4,6% e 2,8%; Milano: 4,8% e 2,9%). Il consumo recente (nel corso dell'ultimo mese) ha coinvolto l'1,5% degli studenti locali; la prevalenza risulta superiore rispetto a quella registrata nelle aree di riferimento nazionale e regionale (Italia: 1,2%; Lombardia: 1,3%), inferiore a quella provinciale (Milano: 1,4%). Il consumo frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni) è pari allo 0,5% in tutte le aree territoriali.

**Figura 3.17: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano – ASL Milano1**

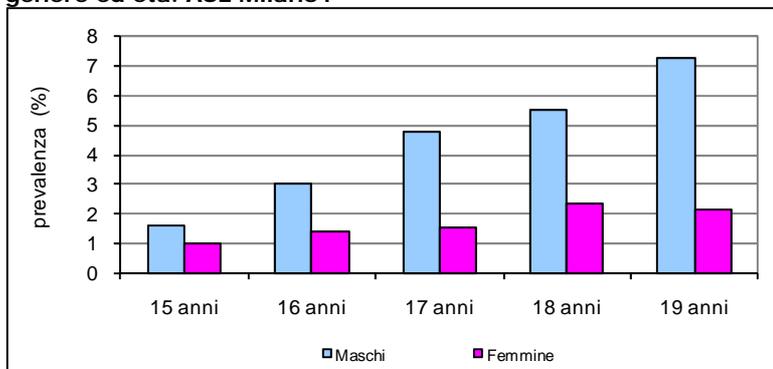


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2009

Nella popolazione studentesca locale il 4,3% dei maschi e l'1,7% delle femmine ha consumato sostanze allucinogene nel corso dell'ultimo anno. Le prevalenze d'uso tra i maschi aumentano progressivamente al passaggio da una classe di età alla successiva (15enni: 1,6%; 16enni: 3,1%; 17enni: 4,8%; 18enni: 5,5%; 19enni: 7,3%) con lo scarto maggiore nel passaggio dai 16enni ai 17enni. Tra le femmine le prevalenze d'uso rimangono più stabili passando dall'1% al 2,3% tra le 18enni, stabilizzandosi tra le 19enni al 2,2%.

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso da parte del genere maschile soprattutto tra i 17enni (m/f=3,0) e tra i 19enni (m/f=3,5).

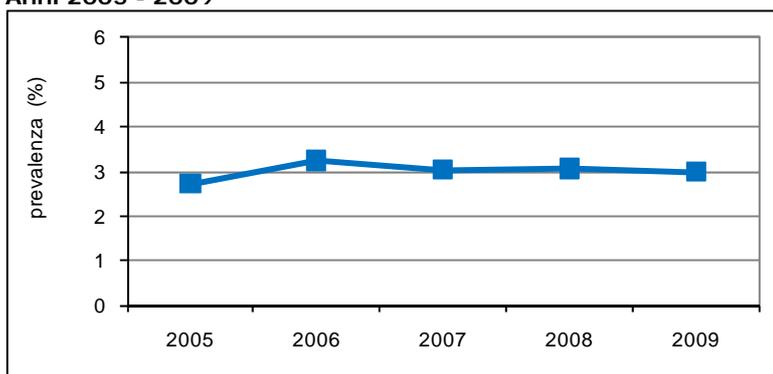
**Figura 3.18: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Dal 2005 al 2006 il consumo di allucinogeni (negli ultimi dodici mesi) tra gli studenti della ASL Milano 1 evidenzia un incremento (dal 2,7% al 3,2%), per stabilizzarsi nel corso del triennio successivo sempre attorno al 3%.

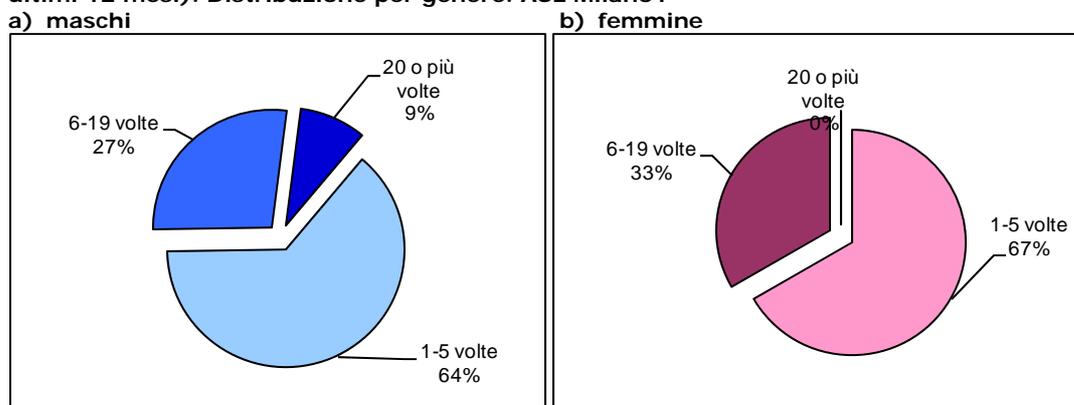
**Figura 3.19: Uso di allucinogeni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 - 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, la modalità prevalente di consumo risulta quella occasionale: per il 64% dei maschi ed il 67% delle femmine si è trattato, infatti, di consumarne da 1 a 5 volte nel corso dell'ultimo anno. Il consumo frequente di queste sostanze (20 o più volte nel corso di 12 mesi) ha riguardato solo il 9% del collettivo maschile.

**Figura 3.20: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**



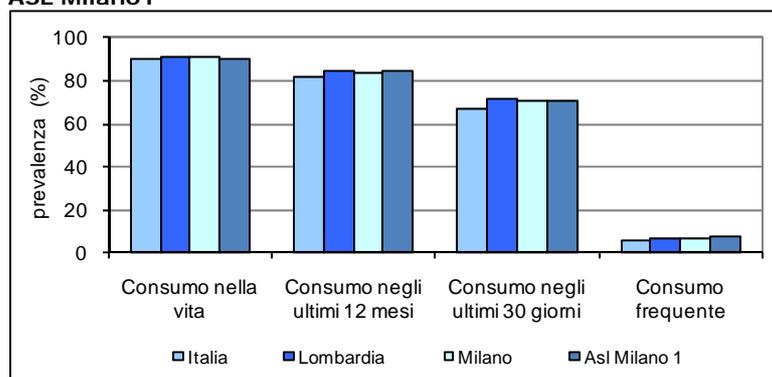
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

### 3.2.7 Consumi di alcol

Il 90,5% degli studenti di 15-19 anni della ASL Milano 1, almeno una volta nella vita, ha assunto bevande alcoliche e l'84,3% nel corso dell'ultimo anno, in linea con le prevalenze nazionali (rispettivamente 89,9% e 82,1%), regionali e provinciali (91% e 84% in entrambe le aree territoriali).

Il consumo di alcolici negli ultimi 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine ha riguardato il 71,2% degli studenti locali (Italia=66,6%; Lombardia=71,7%; Milano=70,8%), mentre per il 7,2% si è trattato di consumarne tutti i giorni (Italia=6,1%; Lombardia=6,8%; Milano=6,7%).

**Figura 3.21: Uso di alcol (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo quotidiano). Confronto Italia - Lombardia - provincia di Milano - ASL Milano1**



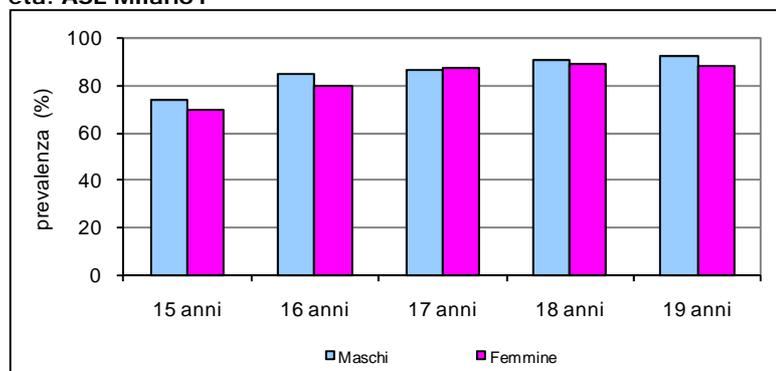
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Il consumo di bevande alcoliche, che caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i generi (m=85,7%; f=82,9%) e di tutte le classi di età, aumenta progressivamente in corrispondenza dell'età: tra i maschi dal 74,3% dei 15enni si passa al 93% dei 19enni, mentre tra le femmine le prevalenze passano dal 70,2% delle 15enni all'89% delle 19enni.

In entrambi i generi, il passaggio dai 15 ai 16 anni è segnato da un considerevole incremento delle prevalenze di consumo, raggiungendo tra i 16enni una quota pari all'85,1% per i maschi e all'80,3% per le femmine.

Il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili non evidenzia alcuna differenziazione di genere.

**Figura 3.22: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**

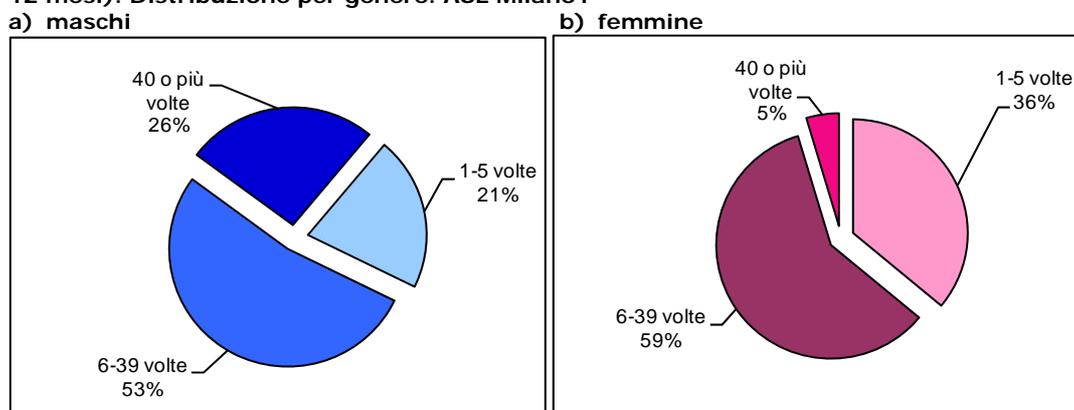


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti che hanno assunto bevande alcoliche durante l'anno, prevale il consumo riferito di 6-39 volte annue sia tra i maschi (52,8%) e soprattutto tra le femmine (59%). Gli studenti che hanno consumato tra 1 e 5 volte si attestano al 21,1% per i maschi e al 36% tra le femmine.

Differenze di genere più marcate emergono quando si considera il consumo più sostenuto, ossia 40 e più volte durante l'anno, dove per i maschi si rileva il 26% mentre per le femmine il 5%.

**Figura 3.23: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**



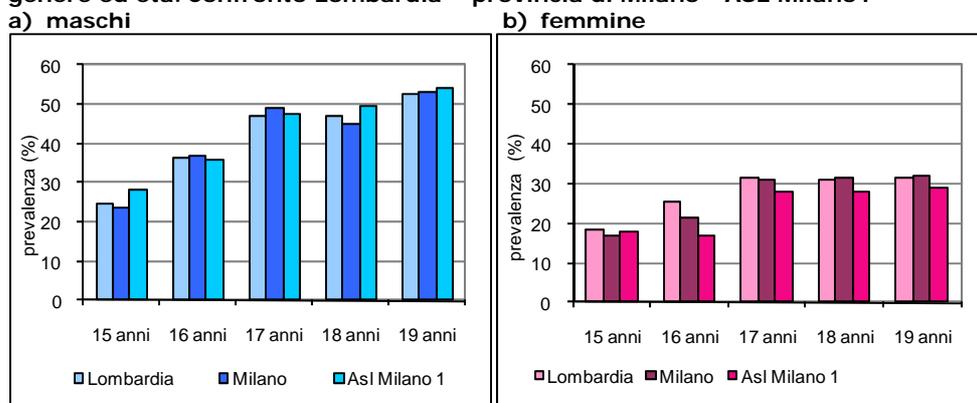
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Il comportamento di binge drinking (assumere 5 o più volte bevande alcoliche in un'unica occasione) nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, ha riguardato in particolar modo il genere maschile (m=42,5%; f=23,8%), seguendo un andamento crescente all'aumentare dell'età dei soggetti. Nel collettivo maschile, le prevalenze dei binge drinkers passano dal 28,1% dei 15enni al 47,3% dei 17enni al 54,2% dei 19enni, mentre tra le studentesse le corrispondenti prevalenze risultano pari a 17,9%, 28,1% e 29%.

In entrambi i collettivi le prevalenze evidenziano il maggior incremento in corrispondenza del passaggio dai 16 ai 17 anni (16 anni: m=36,9%; f=16,9%).

Il confronto con le medie regionali e provinciali evidenzia, tra gli studenti della ASL Milano 1, una propensione leggermente più contenuta a praticare il binge drinking tra le studentesse (Lombardia=27,6%; Milano=26,4%) mentre sono gli studenti afferenti alla ASL a superare i loro coetanei sia regionali sia della provincia (Lombardia e Milano=41%).

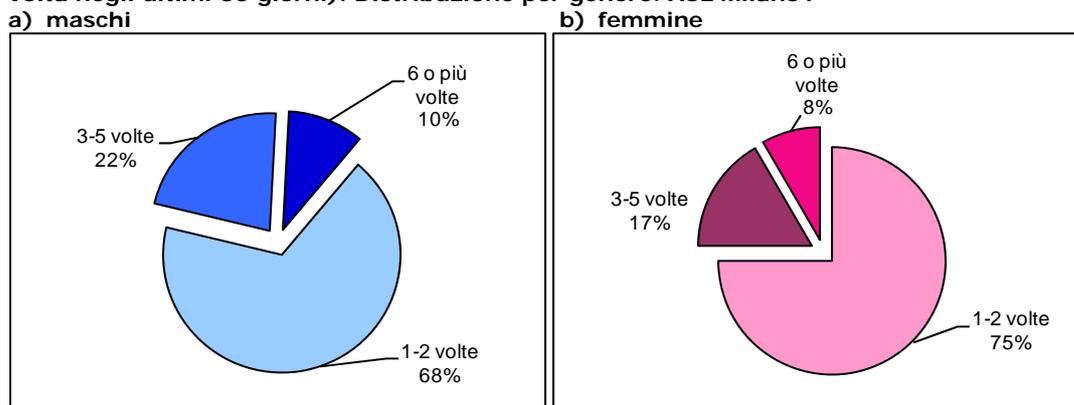
**Figura 3.24: Binge drinking (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere ed età. Confronto Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Tra gli studenti che hanno bevuto 5 o più bevande alcoliche di fila, il 68% dei maschi ed il 75% delle femmine lo ha fatto al massimo due volte nel corso dell'ultimo mese, mentre il 10% dei maschi e l'8% delle femmine ha praticato il binge drinking 6 o più volte.

**Figura 3.25: Frequenza di binge drinking fra coloro che l'hanno praticato (almeno una volta negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere. ASL Milano1**



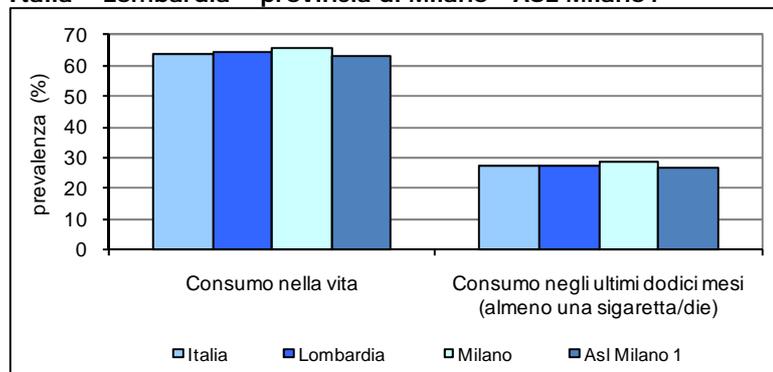
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Nel corso degli anni, tra gli studenti della ASL Milano 1 si evidenzia un progressivo decremento nell'aver recentemente praticato il *binge drinking* (nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine), passando dal 39,9% del 2007 al 37% del 2008 fino 33,1% del 2009.

### 3.2.8 Consumi di tabacco

Il 63,4% degli studenti della ASL Milano 1 ha provato almeno una volta a fumare tabacco e per il 26,9% il consumo di sigarette è quotidiano (Italia rispettivamente il 63,6% e 27,4%; Lombardia: 64,2% e 27,3%; Milano: 65,5% e 28,7%): circa il 40% di coloro che hanno sperimentato l'uso di tabacco ha continuato a farlo tutti i giorni anche nel corso dell'ultimo anno.

**Figura 3.26: Uso di tabacco (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1**

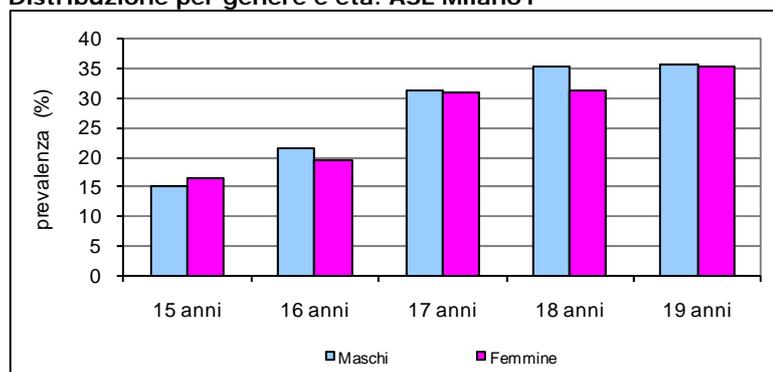


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di tabacco nella popolazione studentesca della ASL Milano 1 ha coinvolto il 27,3% dei maschi ed il 26,4% delle femmine, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori più elevati tra i 19enni (m=35,9%; f=35,2%). Se tra gli studenti 15enni il 15% dei maschi ha riferito di aver fumato almeno una sigaretta al giorno durante gli ultimi 12 mesi, tra i 16enni le prevalenze raggiungono il 16,5%. In entrambi i collettivi è il passaggio tra i 16 ed i 17 anni dove si assiste allo scarto maggiore (16enni: m=21,4%, f=19,4%; 17enni: m=31,2%, f=31%).

Il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili non evidenzia importanti differenziazioni di genere, mantenendosi pari a 1 in tutte le classi di età.

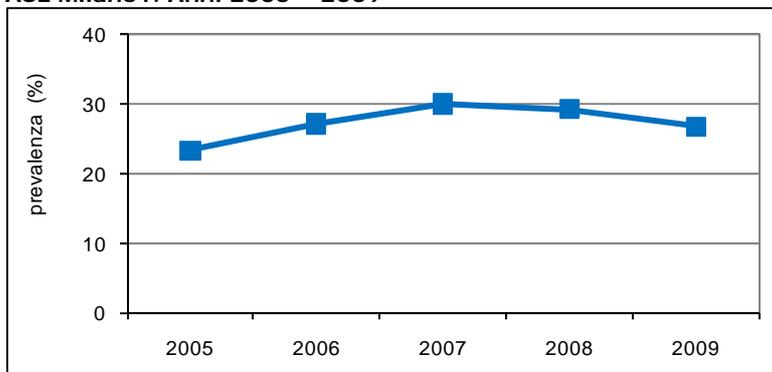
**Figura 3.27: Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Il consumo quotidiano di sigarette nella popolazione studentesca della ASL Milano 1 è passato, dal 2005 al 2007, dal 23,4% al 30,1%; raggiunto questo picco le prevalenze si sono abbassate per arrivare, nel 2009, al 26,9%.

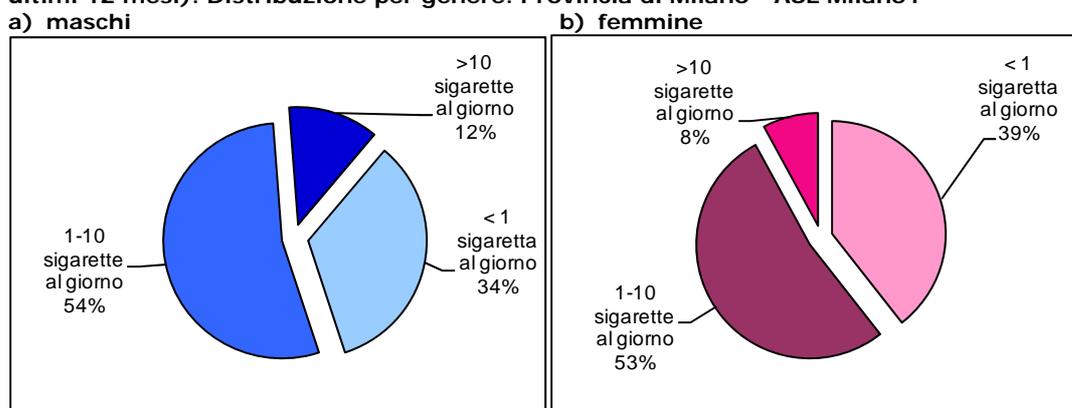
**Figura 3.28: Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2005 – 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti che hanno consumato tabacco nel corso dell'ultimo anno, il 12,3% dei maschi ed il 7,9% delle femmine hanno fumato più di 10 sigarette al giorno, mentre il 53,8% dei maschi ed il 52,6% delle femmine ne ha fumate al massimo 10.

**Figura 3.29: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Milano - ASL Milano1**



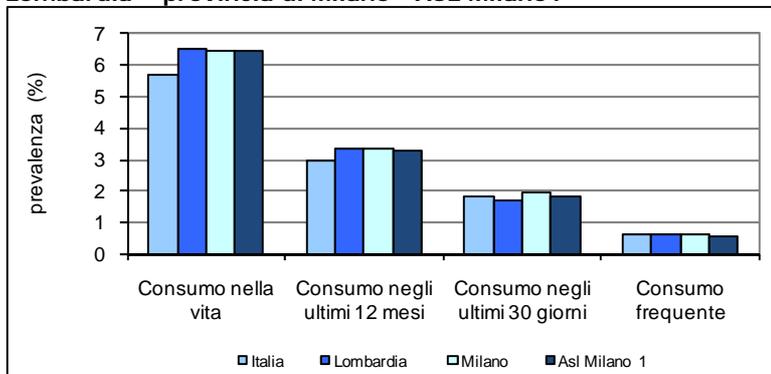
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

### 3.2.9 Consumi di farmaci psicoattivi

I farmaci psicoattivi (es. per l'iperattività e/o l'attenzione, per le diete, per dormire e/o rilassarsi o per regolarizzare l'umore) possono essere utilizzati sia come medicinali (prescritti dal medico) oppure come sostanze psicoattive illecite (ottenuti senza prescrizione medica). Gli psicofarmaci maggiormente sperimentati e consumati sono quelli per dormire.

Il 6,5% degli studenti della ASL Milano 1 ha utilizzato "una tantum" farmaci per l'iperattività e/o per l'attenzione ed il 3,3% durante l'ultimo anno (Italia: 5,7% e 3%; Lombardia: 6,5% e 3,4%; Milano: 6,5% e 3,3%). Il consumo recente (ultimi 30 giorni) di questa tipologia di farmaci ha riguardato l'1,8% degli studenti locali e lo 0,6% li ha assunti frequentemente, valori in linea con quanto rilevato a livello nazionale, regionale e provinciale (Italia: 1,8% e 0,6%; Lombardia: 1,7% e 0,6%; Milano: 1,9% e 0,7%).

**Figura 3.30: Uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1**



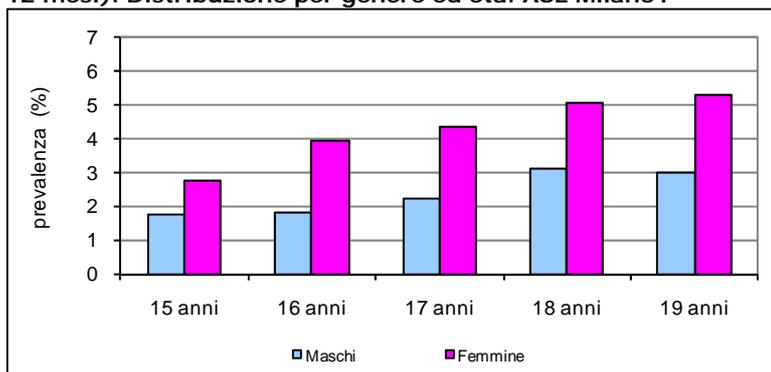
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di farmaci per l'iperattività nella popolazione studentesca della ASL Milano 1 ha coinvolto il 2,4% dei maschi ed il 4,3% delle femmine, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori più elevati tra i 18enni (m=3%; f=5,3%) e tra le 19enni (m=3%; f=5,3%).

L'aumento maggiore nelle prevalenze, tra le ragazze, si ha nel passaggio dai 15 ai 16 anni (15enni: m=1,8%, f=2,8%; 16enni: m=1,8%, f=4%); tra i coetanei di sesso maschile, invece, lo si riscontra tra i 17 ed i 18 anni (17enni: m=2,3%, f=4,3%).

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso da parte del genere femminile soprattutto tra le 16enni (f/m=2,2) e le 17enni (f/m=1,9).

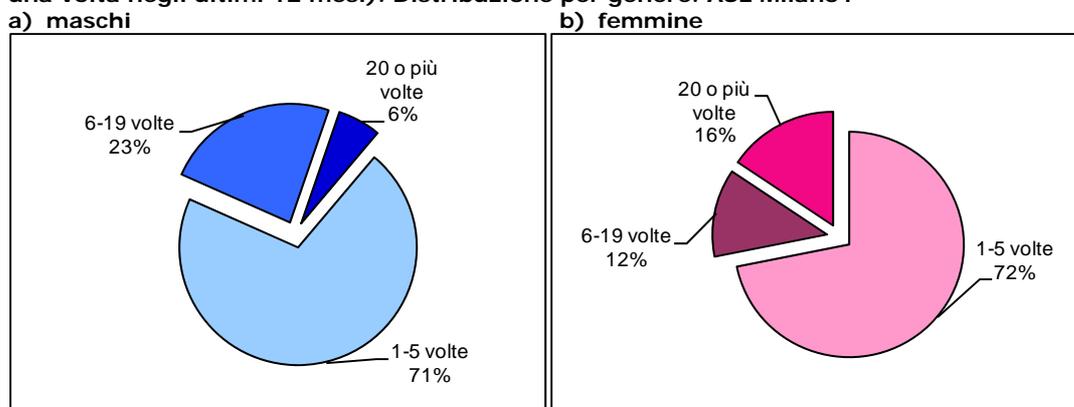
**Figura 3.31: Uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti consumatori di farmaci per l'iperattività, più del 70% dei soggetti di entrambi i collettivi li ha utilizzati al massimo 5 volte in un anno, mentre il 5,9% dei maschi ed il 15,6% delle femmine li ha consumati 20 o più volte.

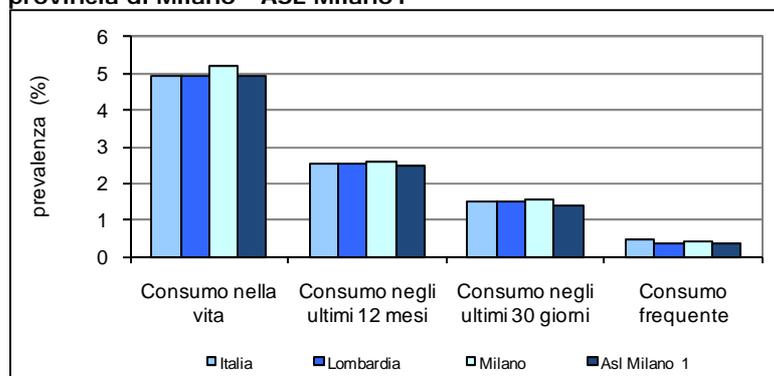
**Figura 3.32: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'iperattività (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Aver assunto almeno una volta nella vita farmaci per le diete ha riguardato il 4,9% degli studenti della ASL Milano 1, quota che passa al 2,5% e all'1,4% quando l'uso riguarda l'ultimo anno e gli ultimi 30 giorni, per ridursi ulteriormente allo 0,4% quando si tratta del consumo frequente, in linea con le prevalenze nazionali (4,9%, 2,5%, 1,5% e 0,5%), regionali (4,9%, 2,5%, 1,5% e 0,4%) e provinciali (5,2%, 2,6%, 1,6% e 0,4%).

**Figura 3.33: Uso di farmaci per le diete (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, consumo frequente). Confronto Italia - Lombardia - provincia di Milano - ASL Milano1**

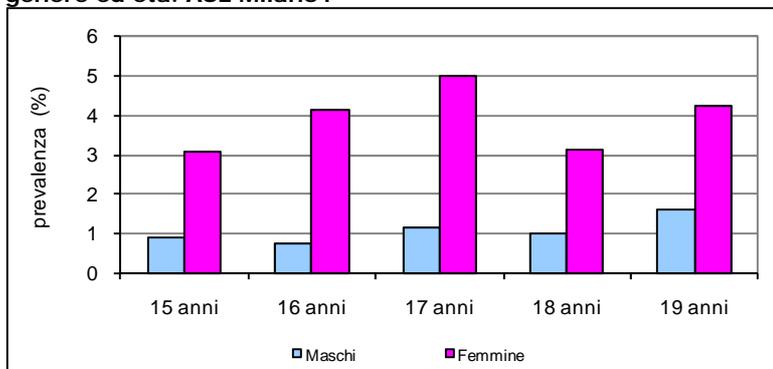


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di farmaci per le diete nella popolazione studentesca della ASL Milano 1 ha coinvolto l'1,1% dei maschi ed il 3,9% delle femmine. Tra le femmine si assiste ad un aumento dei consumi passando dai 15 ai 17 anni (15enni: m=0,9%, f=3,1%; 17enni: m=1,1%, f=5%) che riportano le prevalenze maggiori. Tra i maschi sono invece i 19enni a consumarne di più (19enni: m=1,6%, f=4,3%).

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso da parte del genere femminile in tutte le fasce d'età e soprattutto tra le 16enni (f/m=5,3).

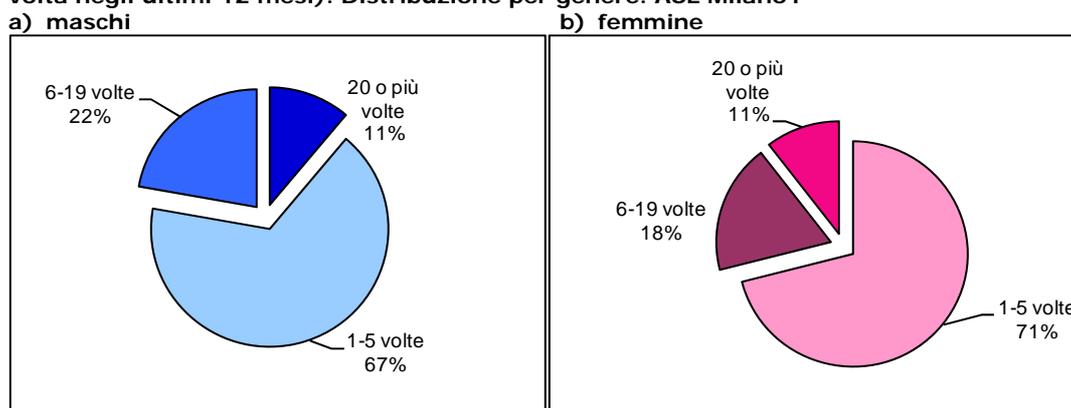
**Figura 3.34: Uso di farmaci le diete (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti consumatori di farmaci per le diete, il 66,7% dei maschi ed il 71,1% delle femmine li hanno consumati da 1 a 5 volte in 12 mesi, mentre l'utilizzo per 20 o più volte durante l'anno di questa tipologia di farmaci, ha coinvolto l'11% di entrambi i collettivi.

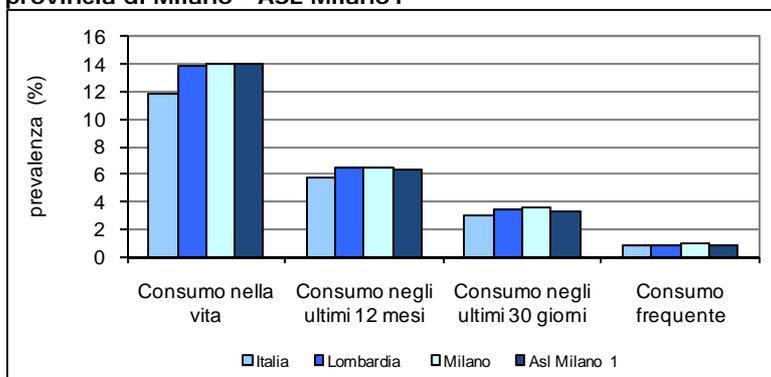
**Figura 3.35: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per le diete (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Il 14% degli studenti della ASL Milano 1 ha utilizzato "una tantum" farmaci per dormire/rilassarsi, il 6,4% durante l'ultimo anno, il 3,4% durante gli ultimi 30 giorni e per lo 0,8% si è trattato di consumarli frequentemente (Italia: 11,8%, 5,7%; 3,1%; 0,8%; Lombardia: 13,9%; 6,5%; 3,5%; 0,9%; Milano: 14%; 6,6%; 3,6%; 0,9%).

**Figura 3.36: Uso di farmaci per dormire/rilassarsi (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1**

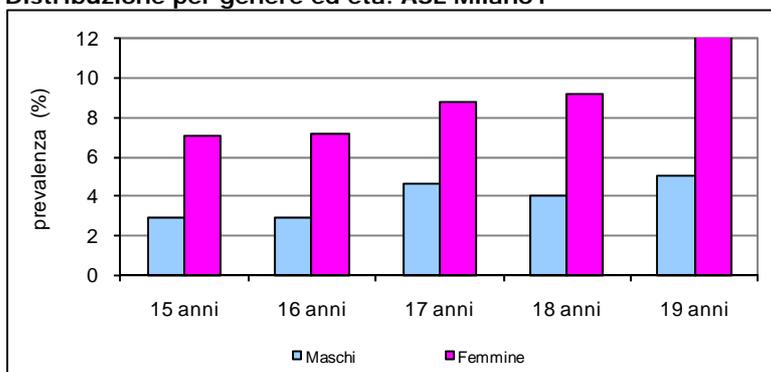


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2009

Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di farmaci per dormire/rilassarsi ha coinvolto il 3,9% dei maschi e l'8,9% delle femmine. Tra le femmine si rilevano le prevalenze maggiori dai 17 anni in poi passando dal 7,1% delle 15enni e delle 16enni all'8,8% delle 17enni al 12,8% delle 19enni. I maschi invece riportano un consumo che va dal 3% dei 15enni al 5,1% dei 19enni senza grosse differenze tra le diverse età e con una flessione tra i 18enni (9,2%).

Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva ancora una maggiore propensione all'uso da parte del genere femminile, soprattutto tra le 15enni e le 17enni (f/m=2,5).

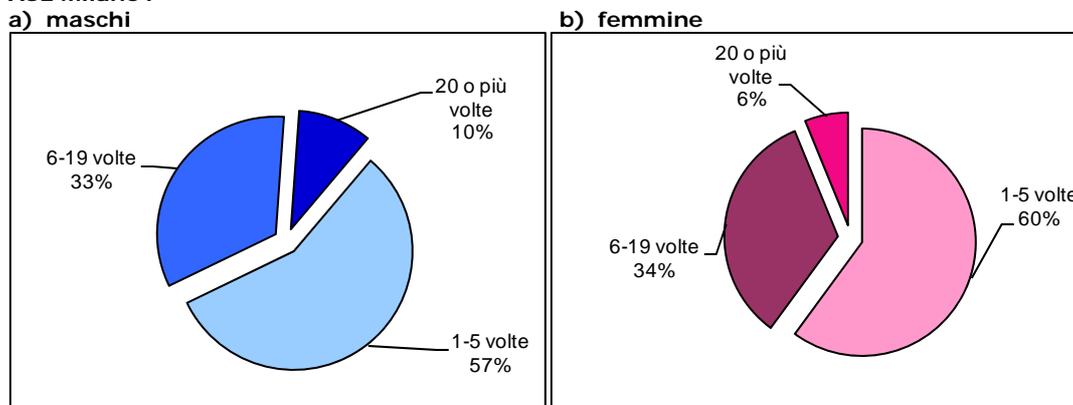
**Figura 3.37: Uso di farmaci per dormire/rilassarsi (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2009

Il consumo di farmaci per dormire e/o rilassarsi da 1 a 5 volte nell'anno ha riguardato il 56,7% del collettivo maschile ed il 60% di quello femminile, mentre il consumo più frequente (20 o più volte) ha interessato il 10% dei maschi ed il 6,2% delle femmine.

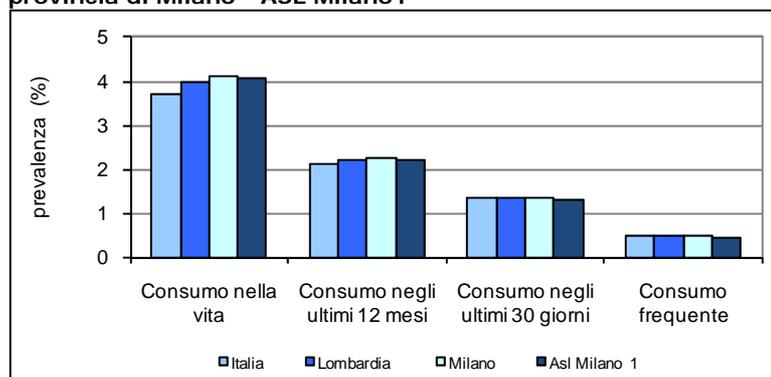
**Figura 3.38: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per dormire/rilassarsi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Milano - ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Il 4,1% degli studenti della ASL Milano 1 ha utilizzato almeno una volta nella vita farmaci per regolarizzare l'umore ed il 2,2% durante l'ultimo anno (Italia: 3,7% e 2,1%; Lombardia: 4% e 2,2%; Milano: 4,1% e 2,3%). Il consumo recente (ultimi 30 giorni) di questa tipologia di farmaci ha riguardato l'1,3% degli studenti locali e lo 0,6% li ha assunti frequentemente, valori in linea con quanto rilevato a livello nazionale, regionale e provinciale (Italia: 1,3% e 0,5%; Lombardia e Milano: 1,4% e 0,5% per entrambe le aree territoriali).

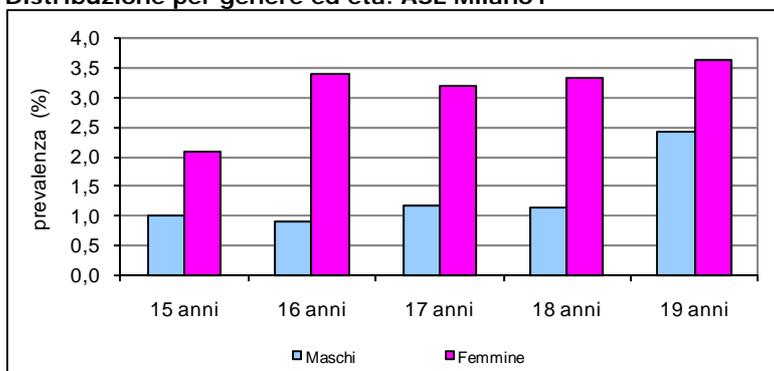
**Figura 3.39: Uso di farmaci per regolarizzare l'umore (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

L'uso negli ultimi 12 mesi dei farmaci per regolarizzare l'umore ha riguardato l'1,3% del collettivo maschile ed il 3,1% di quello femminile. Anche in questo caso si notano differenze di genere. Tra i maschi si assiste ad un andamento costante attorno all'1% tra i 15 ed i 18 anni per poi salire al 2,4 tra i 19enni. Tra le studentesse, invece, lo scarto maggiore si ha tra le 15enni (2,1%) e le 16enni (3,4%); le prevalenze poi rimangono costanti mediamente attorno al 3,4%. Il rapporto tra le prevalenze di consumo maschili e femminili rileva una maggiore propensione all'uso da parte del genere femminile soprattutto tra le 16enni (f/m=3,7).

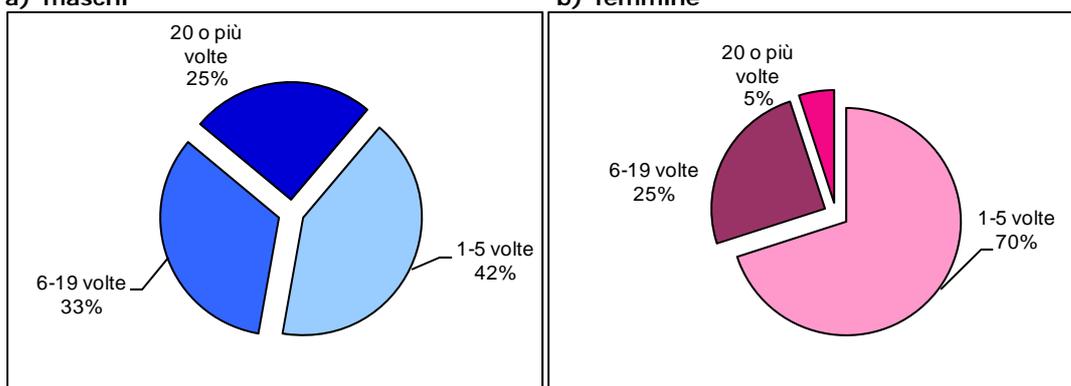
**Figura 3.40: Uso di farmaci per regolarizzare l'umore (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Per entrambi i generi il consumo di farmaci per regolarizzare l'umore è stato ripetuto al massimo 5 volte nell'anno (f=70%; m=41,7%); tra i maschi, però, è alta la quota di chi li ha assunti 20 o più volte (m=25%; f=5%).

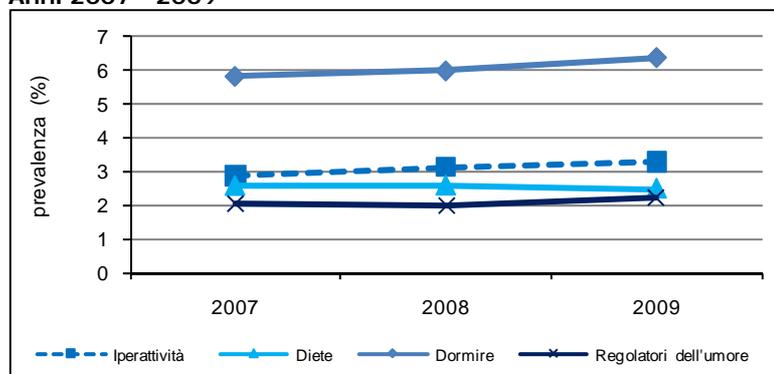
**Figura 3.41: Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'umore (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**  
a) maschi b) femmine



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Negli ultimi 3 anni rimangono sostanzialmente invariate le prevalenze di consumo riferite ai farmaci per l'iperattività (2,9% - 3,3%), per le diete (intorno al 2,6%) per dormire/rilassarsi (5,9% - 6,4%) e per regolare l'umore (intorno al 2%).

**Figura 3.42: Uso di farmaci psicoattivi (negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anni 2007 - 2009**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009

### 3.2.10 Policonsumo

Tra la popolazione studentesca locale, circa il 25% ha consumato almeno una sostanza illegale nel corso degli ultimi 12 mesi.

La figura 3.43 rappresenta la distribuzione dei consumatori di sostanze psicoattive legali tra gli studenti che hanno fatto uso, almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, di eroina, cocaina e cannabis.

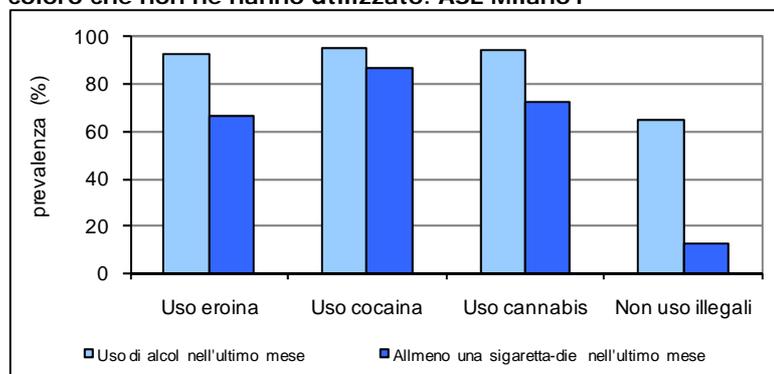
Il 22,4% degli studenti della ASL Milano 1 ha riferito di aver utilizzato cannabis nell'ultimo anno, tra questi il 94,9% ha bevuto anche alcolici ed il 72,9% ha fumato almeno una sigaretta al giorno.

Tra gli studenti locali che hanno utilizzato cocaina nel corso dell'ultimo anno (3,6% della popolazione studentesca locale), il 95,1% ed l'86,7% ha assunto anche bevande alcoliche e ha fumato sigarette quotidianamente.

L'1% degli studenti afferenti alla ASL Milano 1 ha riferito di aver utilizzato eroina nei 12 mesi antecedenti la somministrazione del questionario. Tra questi ultimi: il 92,8% ha bevuto alcolici ed il 66,7% ha fumato sigarette tutti i giorni.

Tra i soggetti che non hanno assunto sostanze illegali nell'ultimo anno, il 64,6% ha bevuto alcolici ed il 12,9% ha fumato quotidianamente sigarette nel corso dell'ultimo mese.

**Figura 3.43: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali tra gli studenti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi e tra coloro che non ne hanno utilizzato. ASL Milano1**

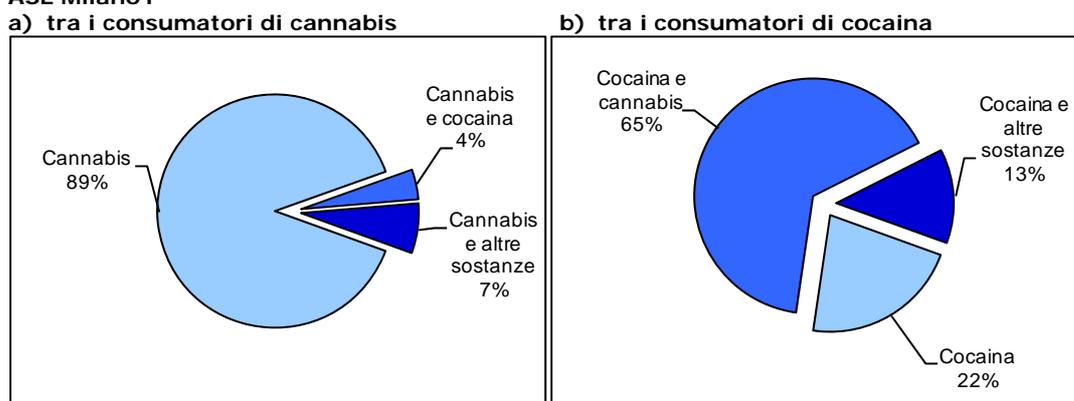


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti della ASL Milano 1 che hanno utilizzato cocaina nell'ultimo anno, il 65% ha associato il consumo di cocaina a quello di cannabis ed il 13% a quello di altre sostanze psicoattive illecite.

Tendenza opposta si osserva tra i consumatori di cannabinoidi: per l'89% si è trattato di un consumo esclusivo della sostanza, solo il 4% ha associato al consumo di cannabis la cocaina ed il restante 7% quello di altre sostanze psicoattive illecite.

**Figura 3.44: Distribuzione percentuale di policonsumatori di sostanze psicoattive illegali tra gli studenti che hanno utilizzato eroina o cocaina negli ultimi 12 mesi. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

### 3.2.11 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive tra gli studenti

Di seguito si riportano i risultati più significativi emersi dall'analisi svolta al fine di evidenziare un'associazione statisticamente significativa tra il consumo o il non consumo di sostanze psicoattive e alcune variabili, fattori o condizioni ambientali, esperienziali e comportamentali.

Il collettivo degli studenti della ASL Milano 1 consumatori di sostanze psicoattive è stato suddiviso in 5 gruppi sulla base della sostanza utilizzata: gli utilizzatori nell'ultimo anno di eroina, cocaina, cannabis, coloro che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta negli ultimi 3 mesi ed, infine, il collettivo degli studenti che hanno fumato quotidianamente almeno una sigaretta.

Nel complesso i fattori associati positivamente al consumo delle sostanze psicoattive riguardano essenzialmente 5 tipologie di fattori: la **propensione ad adottare comportamenti rischiosi** (aver avuto rapporti sessuali non protetti o che hanno generato pentimento, coinvolgimento in risse, aver avuto problemi con la polizia, aver fatto giochi in cui si spendono soldi, aver speso oltre 50 euro/settimana senza il controllo dei genitori); la **scarsa motivazione scolastica** (dallo scarso rendimento all'aver perso nell'ultimo mese almeno 3 giorni di scuola senza motivo); **avere difficoltà relazionali** (dagli insegnanti ai genitori); la **prossimità e contiguità con le sostanze** (come avere fratelli o amici che abusano di alcol o utilizzano droghe ed aver usato farmaci psicoattivi senza prescrizione medica) e le **relazioni con i pari** (uscire spesso la sera per andare al bar, in discoteca, partecipare a feste, e andare frequentemente durante la settimana in giro con gli amici per strada, al centro commerciale, ecc.).

L'uso di **eroina** e **cocaina** risultano associati positivamente ai fattori riguardanti:

- la **propensione ad intraprendere comportamenti rischiosi**:

- aver praticato spesso giochi in cui si vincono/perdono soldi (OR 12,42;  $p < 0.05$  per eroina; OR 6,25;  $p < 0.05$  per cocaina);
- aver avuto guai con la polizia (OR 18,55;  $p < 0.05$  per eroina; OR 8,77;  $p < 0.05$  per cocaina);
- esser stati coinvolti in risse (OR 6,62;  $p < 0.05$  per eroina; OR 3,83;  $p < 0.05$  per cocaina);
- aver fatto incidenti alla guida di un veicolo (OR 5,53;  $p < 0.05$  per eroina; OR 5,24;  $p < 0.05$  per cocaina);

- le **difficoltà di rapporto e relazione con gli adulti e con i pari**:

- avere gravi problemi nel rapporto con i genitori (OR 2,98;  $p < 0.05$  per eroina; OR 5,40;  $p < 0.05$  per cocaina);
- avere gravi problemi nel rapporto con gli insegnanti (OR 6,24;  $p < 0.05$  per eroina; OR 4,30;  $p < 0.05$  per cocaina);
- avere gravi problemi nel rapporto con gli amici (OR 5,93;  $p < 0.05$  per eroina; OR 4,41;  $p < 0.05$  per cocaina).

È però il fattore descrittivo della **prossimità e contiguità con le sostanze psicoattive** che risulta maggiormente associato all'uso di **eroina** e **cocaina**, fattore che associato positivamente anche all'uso di **sostanze psicoattive lecite ed alla cannabis**:

- avere amici che abusano di alcol o fanno uso di droghe (OR 15,90;  $p < 0.05$  per eroina; OR 5,34;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 10,95;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 6,02;  $p < 0.05$  per binge drinking; OR 8,05;  $p < 0.05$  per tabacco);
- avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe (OR 10,42;  $p < 0.05$  per eroina; OR 7,50;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 7,34;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 5,88;  $p < 0.05$  per tabacco);
- aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi negli ultimi dodici mesi senza prescrizione medica (OR 15,18;  $p < 0.05$  per eroina; OR 4,68;  $p < 0.05$  per cocaina).

Vi sono poi altre variabili che risultano fortemente associate al **consumo di tutte sostanze psicoattive, lecite ed illecite**:

- andare spesso fuori di sera (OR 13,18;  $p < 0.05$  per eroina; OR 20,94;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 19,43;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 16,42;  $p < 0.05$  per binge drinking; OR 16,45;  $p < 0.05$  per tabacco);
- spendere più di 50€ la settimana senza il controllo dei genitori (OR 6,74;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 2,94;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 5,78;  $p < 0.05$  per binge drinking; OR 6,36;  $p < 0.05$  per tabacco).

Inoltre, alcune variabili associate positivamente al consumo delle sostanze psicoattive riguardano nello specifico:

- essere stati coinvolti in risse (OR 6,62;  $p < 0.05$  per eroina; OR 3,83;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 1,99;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 3,05;  $p < 0.05$  per binge drinking; OR 3,47;  $p < 0.05$  per tabacco);
- avere avuto rapporti sessuali non protetti (OR 4,00;  $p < 0.05$  per eroina; OR 5,21;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 2,52;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 2,44);
- andare in giro spesso con gli amici (OR 5,12;  $p < 0.05$  per cannabis; OR 3,83;  $p < 0.05$  per binge drinking; OR 5,99;  $p < 0.05$  per tabacco).

Per quanto riguarda il **non consumo** delle sostanze psicoattive, i fattori associati essenzialmente riguardano:

- **non essere un fumatore** (OR 0,17;  $p < 0.05$  per eroina; OR 0,11;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 0,09;  $p < 0.05$  per cannabis e OR 0,12;  $p < 0.05$  per binge drinking);
- **non essersi ubriacato nell'ultimo mese** (OR 0,14;  $p < 0.05$  per eroina; OR 0,10;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 0,12;  $p < 0.05$  per cannabis e OR 0,08;  $p < 0.05$  per tabacco);
- **aver cura delle persone e degli animali** (OR 0,21;  $p < 0.05$  per eroina; OR 0,39;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 0,72;  $p < 0.05$  per cannabis);
- **percepire attenzione da parte dei genitori** (OR 0,4;  $p < 0.05$  per cocaina; OR 0,51;  $p < 0.05$  per cannabis, OR 0,36;  $p < 0.05$  per binge drinking e OR 0,44;  $p < 0.05$  per tabacco) e **sentirsi accolto** dagli stessi (OR 0,46;  $p < 0.05$  per cannabis, OR 0,57;  $p < 0.05$  per binge drinking e OR 0,48;  $p < 0.05$  per tabacco).

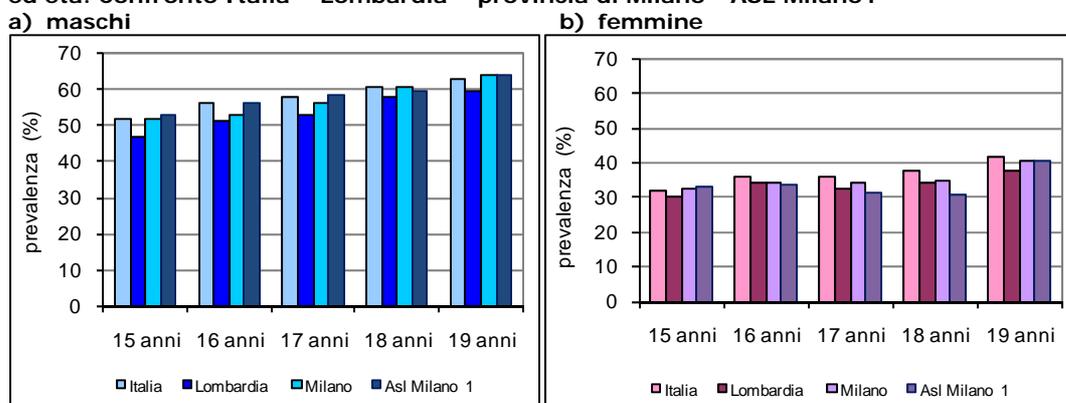
### 3.2.12 Altri comportamenti a rischio: la propensione a praticare giochi in cui si puntano soldi

Nella popolazione studentesca locale, il 58% dei maschi ed il 33,7% delle femmine, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, hanno giocato puntando soldi. Tra i 15enni, il 53% dei maschi ed il 33% delle femmine hanno adottato tale comportamento, mentre tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 63,9% ed il 40,4%.

Nella popolazione studentesca maschile, le prevalenze locali risultano superiori a quelle regionale e provinciali (53,6% e 56,9%) ed in linea con quelle nazionali (58,1%). Sono i 17enni ed a far registrare, comunque, prevalenze superiori a tutte le altre aree territoriali (Italia:  $m=57,8\%$   $f=35,8\%$ ; Lombardia:  $m=53\%$   $f=32,8\%$ ; Milano:  $m=56,5\%$   $f=34,1\%$ ; ASL Milano 1:  $m=58,5\%$   $f=31,4\%$ ).

Per quanto riguarda le studentesse della ASL Milano 1, si rileva una propensione inferiore a giocare d'azzardo rispetto alle coetanee nazionali (36,8%) e della provincia (35,1%) ed in linea con le studentesse lombarde (33,7%). Solo tra le 15enni si rilevano prevalenze superiori a tutte le aree territoriali di riferimento (Italia:  $m=52,1\%$   $f=31,9\%$ ; Lombardia:  $m=47\%$   $f=30\%$ ; Milano:  $m=52\%$   $f=32,5\%$ ; ASL Milano 1:  $m=53\%$   $f=33\%$ ).

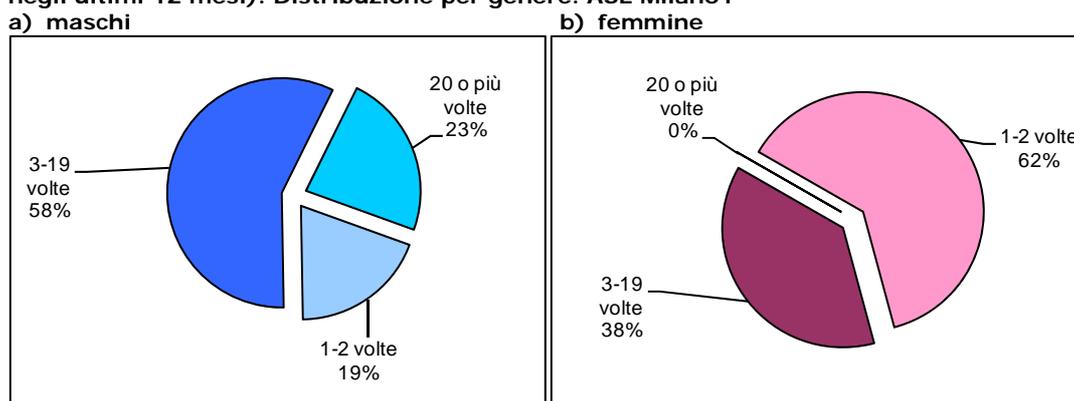
**Figura 3.45: Prevalenza di studenti che riferiscono di aver fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere ed età. Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano - ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Tra gli studenti della ASL Milano 1 che hanno giocato almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, il 58% dei maschi e il 38% delle femmine hanno adottato tale comportamento da 3 a 19 volte, mentre il 19% dei maschi ed il 63% delle femmine lo ha fatto poche volte (1-2 volte). Giocare d'azzardo 20 o più volte in un anno ha coinvolto solo il 23% del collettivo.

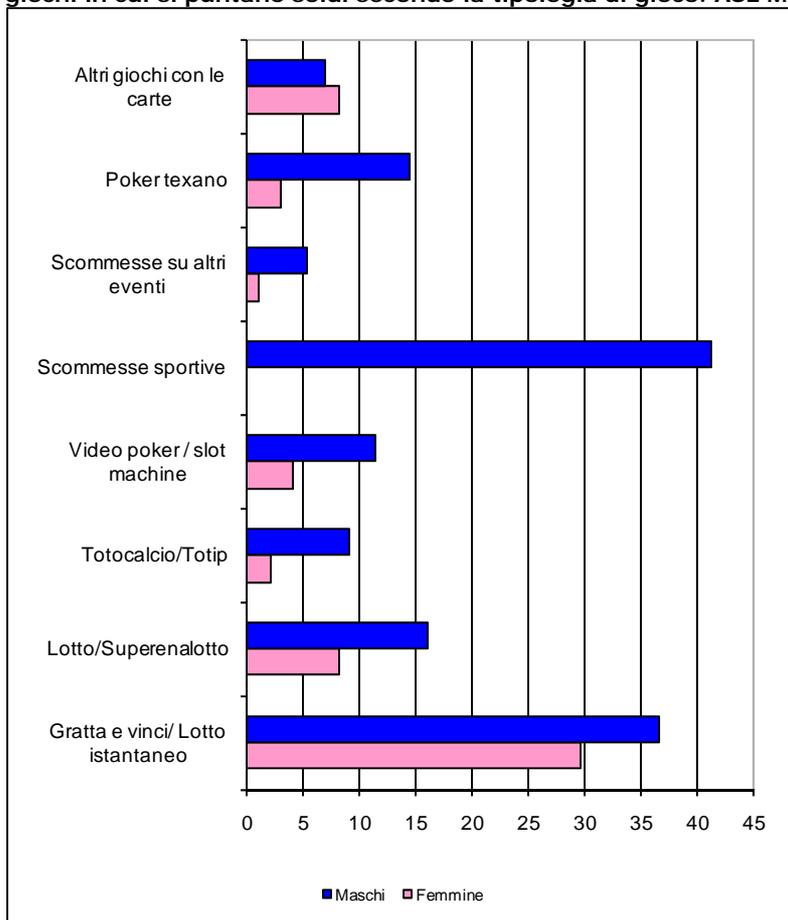
**Figura 3.46: Frequenza della pratica di giochi in cui si puntano soldi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti che hanno fatto giochi in cui si vincono o perdono soldi, il "gratta e vinci" ed il "lotto istantaneo" sono i giochi preferiti: il 36,6% dei maschi ed il 29,6% delle femmine li hanno praticati nel corso degli ultimi 12 mesi. Seguono, soprattutto tra i maschi, il "lotto/superenalotto" (m=16%; f=8,2%), il "poker texano" (m=14,5%; f=3,1%), i "video poker" e le "slot machine" (m=11,5%; f=4,1%) ed i "giochi con le carte" (m=6,9%; f=8,2%). Da sottolineare le "scommesse sportive" praticate dal solo collettivo maschile, prevalenza che però raggiunge tra di loro il 41,2%; il confronto con le prevalenze nazionali, regionali e provinciali sottolinea ancora una volta la maggior prossimità a questo tipo di gioco rispetto ai loro coetanei (Italia: 16,6%; Lombardia: 14,2%; Milano: 19,6%).

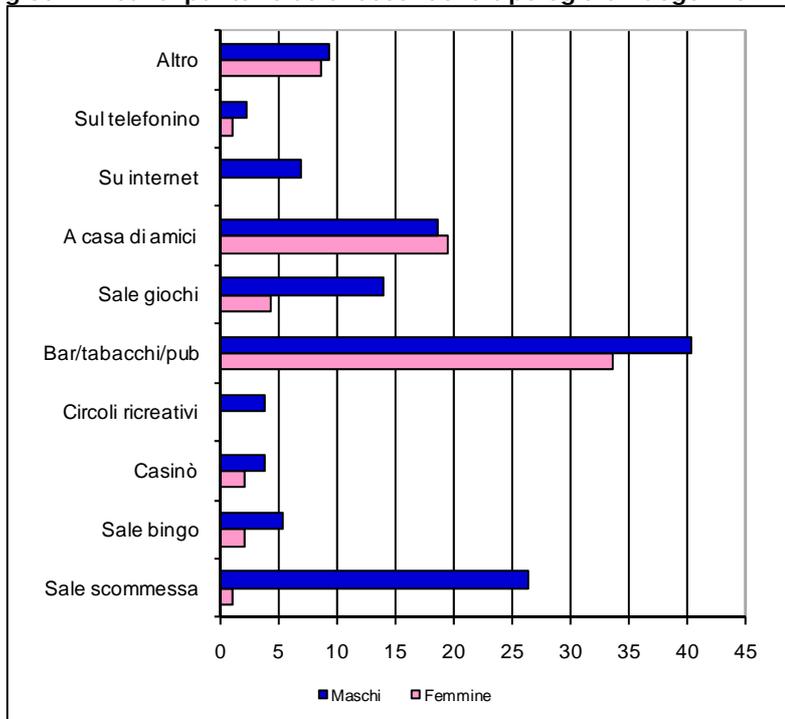
**Figura 3.47: Distribuzione percentuale degli studenti che nell'ultimo anno hanno praticato giochi in cui si puntano soldi secondo la tipologia di gioco. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Il luogo prediletto per giocare d'azzardo sono i "bar/tabacchi/pub" (m=40,3%; f=33,7%); seguono le "sale scommesse" (m=26,4%; f=1,1%) e la "casa degli amici" (m=18,6%; f=19,6%). Il 3,9% dei ragazzi ed il 2,2% delle ragazze riferiscono di aver giocato in un casinò, mentre il 7% dei soli maschi ha giocato d'azzardo su internet.

**Figura 3.48: Distribuzione percentuale degli studenti che nell'ultimo anno hanno praticato giochi in cui si puntano soldi secondo la tipologia di luogo. ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

Tra gli studenti afferenti alle scuole situate nel distretto della ASL di Milano 1 che hanno praticato questi giochi nei 12 mesi antecedenti lo svolgimento dell'indagine, il 60% ha speso 10 euro o meno negli ultimi trenta giorni, mentre il 31% circa ha speso tra gli 11 ed i 50 euro, in particolare i maschi (38% contro il 6% delle ragazze).

Sulla base delle risposte fornite al questionario SOGS (South Oaks Gambling Screen)<sup>2</sup> dai soggetti che hanno riferito di aver praticato nell'anno giochi in cui si puntano soldi, per il 65% circa degli studenti il comportamento risulta esente da rischio (Italia=67%; Lombardia=69%; Provincia di Milano=65%), per il 25% risulta associato ad un rischio minimo (Italia=22%; Lombardia=21%; Provincia di Milano=22%) e per il 10% ad un grado moderato/grave di rischio (Italia=11%; Lombardia=10%; Provincia di Milano=13%).

<sup>2</sup> Questionario per la valutazione del grado di problematicità connesso alla pratica del gioco d'azzardo.

### 3.3 PERCEZIONE DEL RISCHIO E DELLA DISPONIBILITÀ DELLE SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

#### 3.3.1 Percezione del rischio delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

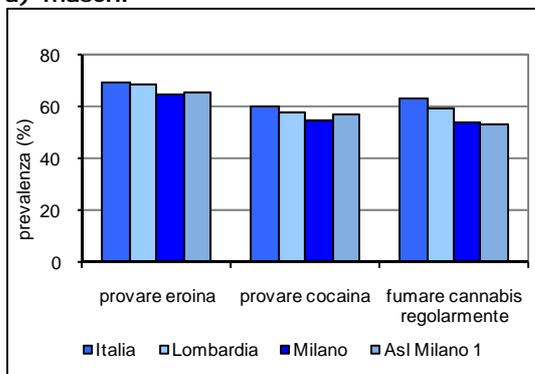
Il 70,9% degli studenti della ASL Milano 1, in particolare le studentesse (79%; m=65%), attribuisce alla sperimentazione di eroina un elevato grado di rischiosità, senza differenze con quanto riferito dai coetanei italiani (m=69%; f=76%), lombardi (m=68%; f=74%) e della provincia di Milano (m=64%; f=72%).

Il 62,8% degli studenti afferenti alla ASL ritiene molto rischioso sperimentare cocaina, in particolare le ragazze (70% m=57%). Le prevalenze registrate tra gli studenti della ASL sono in linea con le corrispondenti prevalenze nazionali (m=60%; f=65%), regionali (m=57%; f=62%) e provinciali (m=54%; f=61%).

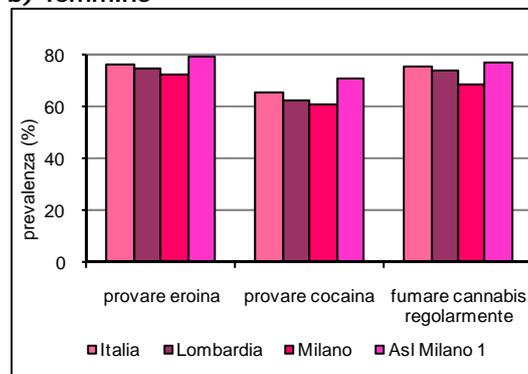
Così come le sostanze precedenti, anche l'uso regolare di cannabis è considerato molto rischioso dagli studenti della ASL Milano 1 (63,23%), soprattutto dalle studentesse (77% m=53%). Confrontando tali prevalenze con quelle riferite nelle altre aree territoriali di riferimento, i maschi riportano una percezione inferiore, mentre tendenza opposta si rivela tra le studentesse (Italia: m=62%, f=75%; Lombardia: m=59%, f=73%; Milano: m=53%, f=68%).

**Figura 3.49: Prevalenza, secondo il genere, degli studenti che percepiscono "molto rischioso" provare a consumare eroina, cocaina e consumare cannabis regolarmente. Confronto Italia – Lombardia - Milano – ASL Milano1**

a) maschi



b) femmine

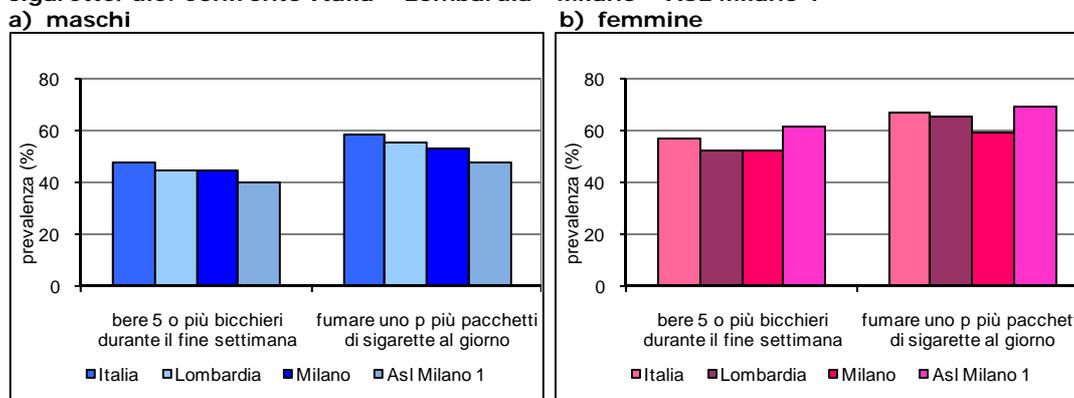


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2009

Il 49,1% degli studenti della ASL Milano 1 considera "molto rischioso" bere 5 o più bicchieri di alcolici durante il fine settimana, senza alcuna differenziazione tra le diverse aree territoriali di confronto (Italia=52%; Lombardia=48%; Milano=48,5%). Differenziazioni di genere emergono tra maschi e femmine della ASL, dove sono le femmine a riconoscere il rischio maggiore (m=40%; f=61%).

Per il 57% della popolazione studentesca della ASL Milano 1 fumare quotidianamente 20 o più sigarette è una abitudine "molto rischiosa" (m=48%; f=69%). Anche in questo caso non si evidenziano differenze tra le diverse aree territoriali di confronto (Italia=62%; Lombardia=60%; Milano=56%).

**Figura 3.50: Prevalenza, secondo il genere, degli studenti che percepiscono “molto rischioso” bere 5 o più bicchieri di alcolici nel fine settimana e fumare 20 o più sigarette/die. Confronto Italia – Lombardia - Milano – ASL Milano 1**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

### 3.3.2 Percezione della disponibilità delle droghe nella popolazione studentesca

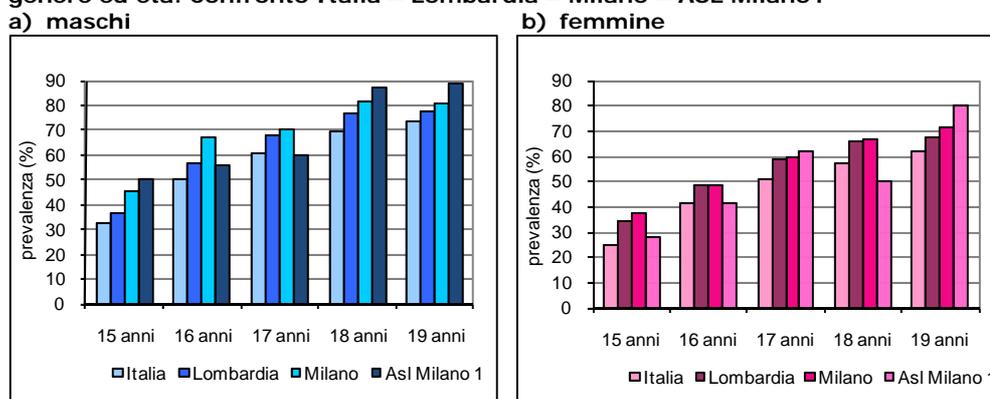
Nella popolazione studentesca della ASL Milano 1, il 70,4% dei maschi ed il 57,1% delle femmine ritiene di potersi procurare facilmente **cannabis**.

Se tra gli studenti di 15 anni tale opinione è condivisa dal 50% dei maschi e dal 28% delle femmine, tra i 17enni e 19enni le quote raggiungono rispettivamente 60% e 89% tra i maschi, 62% e 80% tra le femmine.

Tra gli studenti maschi della ASL Milano 1 la tendenza a considerare la cannabis facilmente accessibile risulta superiore a quella rilevata tra i coetanei italiani (58%) e lombardi (64%), soprattutto tra i 18enni (Italia=70%; Lombardia=77%; ASL Milano 1=88%) ed 19enni (Italia=74%; Lombardia=77%; ASL Milano 1=89%). Non si rilevano, invece, differenze rispetto ai coetanei della provincia di Milano (70%).

Nel considerare il genere femminile, la quota di studentesse della ASL Milano 1 che ritiene facile potersi procurare cannabis risulta superiore a quella emersa tra le coetanee italiane (48%), soprattutto tra le 17enni (Italia=51%; ASL Milano 1=62%) e 19enni (Italia=62%; ASL Milano 1=80%). Le prevalenze risultano invece in linea con quelle emerse a livello regionale (57%) e provinciale (59%).

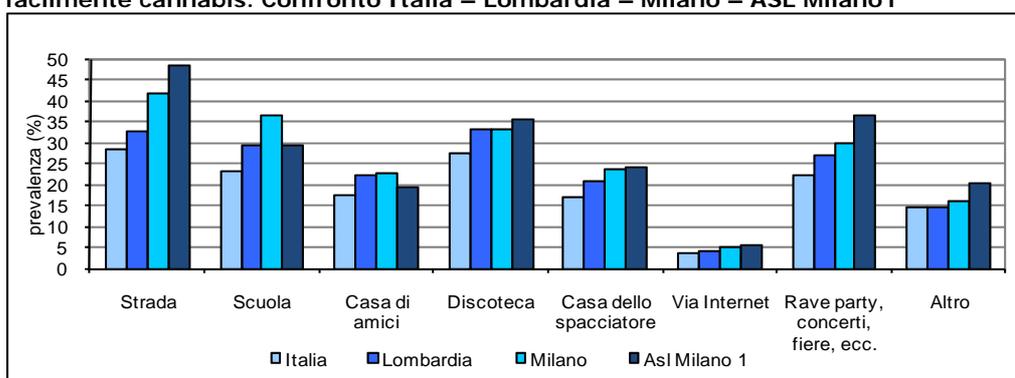
**Figura 3.51: Distribuzione della elevata facilità di accesso alla cannabis, articolata per genere ed età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2009

Secondo il 48,3% degli studenti della ASL Milano 1 è la strada il luogo privilegiato dove poter facilmente reperire cannabis (Italia=28%; Lombardia=33%; Milano=42%). Anche la discoteca (35,6%; Italia=27%; Lombardia e Milano=33%) e le occasioni di aggregazioni quali rave party e concerti (36,4%; Italia=22%; Lombardia=27%; Milano=30%) risultano luoghi in cui è possibile reperire facilmente la sostanza. Il 29,2% degli studenti ritiene semplice procurarsi la sostanza a scuola (Italia=23%; Lombardia=29%; Milano=36%). Il 5,5% degli studenti della ASL Milano 1 ritiene facile l'acquisto "on line" della cannabis (Italia e Lombardia=4%; Milano=5%).

**Figura 3.52: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente cannabis. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2009

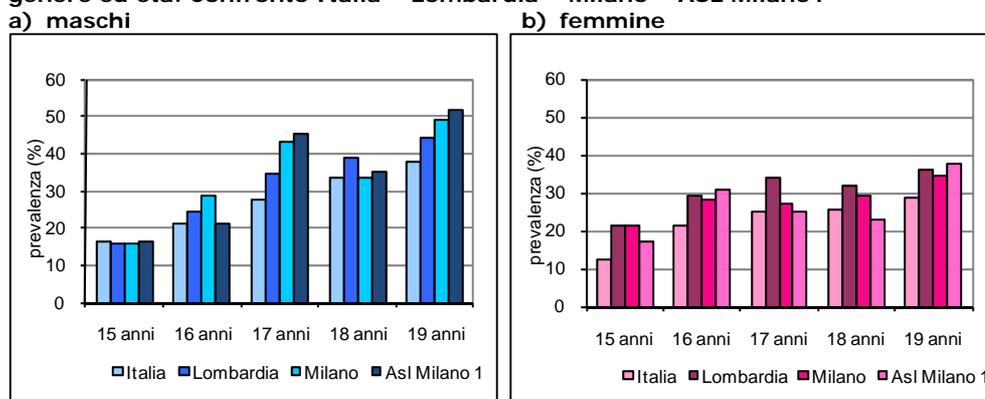
Tra gli studenti maschi della ASL Milano 1, il 36,5% ritiene facile potersi procurare la **cocaina**, con prevalenze comprese tra il 16% dei 15enni, il 45% dei 17enni ed il 52% dei 19enni. La quota di studenti maschi della ASL Milano 1 che esprime tale opinione risulta in linea con quella rilevata tra gli studenti maschi lombardi (33%) e della provincia di Milano (35%). Tra gli studenti maschi della ASL Milano 1 la quota di coloro che ritengono facile potersi procurare cannabis risulta superiore a quella degli studenti italiani (27%), soprattutto i 17enni (Italia=27%) e 19enni (Italia=38%).

La cocaina è considerata facilmente accessibile dal 28% delle studentesse della ASL Milano 1, prevalenza che passa dal 17% delle 15enni, al 25% delle 17enni per finire al 37% delle 19enni.

Tra le studentesse della ASL la tendenza a ritenere facile il reperimento della cocaina risulta simile a quella rilevata tra le coetanee della regione Lombardia (31%) e della provincia di Milano (29%), mentre risulta superiore a quella delle coetanee italiane (23%).

Tra le studentesse 16enni della ASL lombarda la tendenza a ritenere la cocaina una sostanza facilmente accessibile (31%) è superiore a quella evidenziata dalle coetanee italiane (12%), della regione Lombardia (22%) e della provincia di Milano (21%).

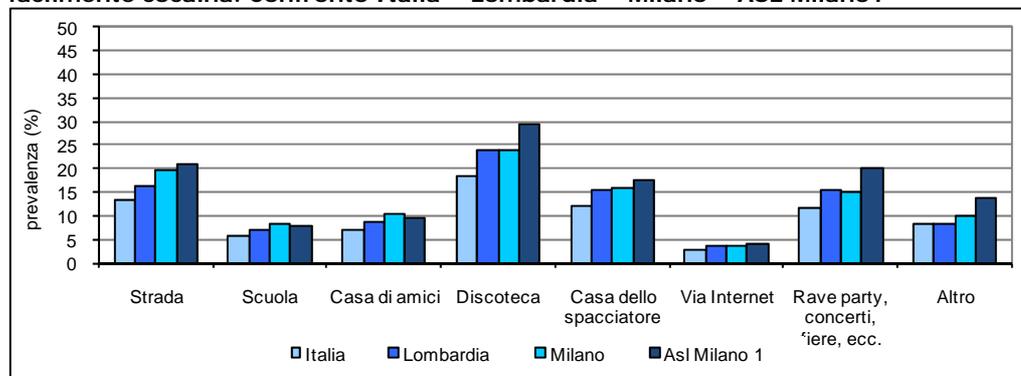
**Figura 3.53: Distribuzione della elevata facilità di accesso alla cocaina, articolata per genere ed età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2009

Il 29,3% degli studenti della ASL Milano 1 ritiene la cocaina facilmente recuperabile in discoteca, per il 21% è la strada e per il 20% le manifestazioni quali rave party o concerti luoghi privilegiati, mentre per il 18% è la casa dello spacciatore. Tra gli studenti della regione Lombardia, della provincia e della ASL lombarda la tendenza a considerare la discoteca uno dei luoghi privilegiati di reperimento della sostanza (24% in regione e provincia) risulta superiore a quella rilevata tra i coetanei italiani (18%).

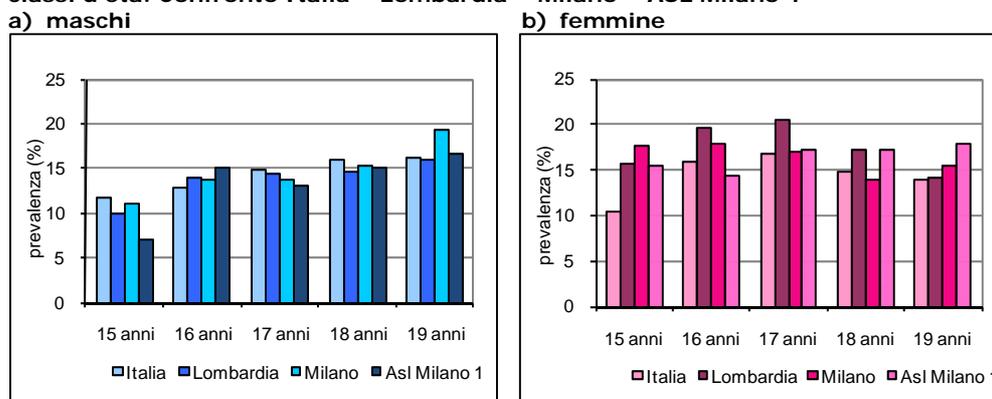
**Figura 3.54: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente cocaina. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano1**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2009

La sostanza psicoattiva illecita percepita come meno accessibile è l'eroina. Tra gli studenti della ASL Milano 1, il 13% dei maschi ed il 16% delle femmine ritiene l'**eroina** facilmente accessibile: se tra i maschi le prevalenze aumentano in corrispondenza dell'età (da 9% dei 15enni a 17% dei 19enni) con un picco, però, anche tra i 16enni (15%); tra le femmine risultano omogenee tra le diverse classi di età tutte attorno al 16-17%. La quota di studenti che ritiene facile reperire eroina risulta in linea con quella rilevata tra gli studenti italiani (m=14%; f=14%), lombardi (m=14%; f=17%) e della provincia di Milano (m=15%; f=16%).

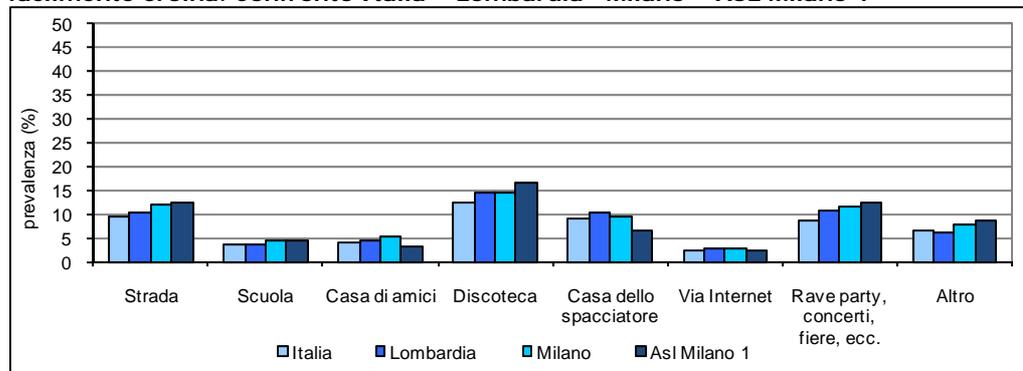
**Figura 3.55: Distribuzione della elevata facilità di accesso all'eroina, articolata per sesso e classi d'età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1**



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2009

Il 16% degli studenti della ASL Milano 1 ritiene che l'eroina sia facilmente recuperabile in discoteca, il 12% in strada, così come durante i rave party o i concerti. Le prevalenze rilevate tra gli studenti della ASL lombarda se non si differenziano da quelle regionali e provinciali, risultano invece superiori a quelle nazionali per quanto riguarda la discoteca ed i rave party (rispettivamente 12% e 8,5%).

**Figura 3.56: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente eroina. Confronto Italia – Lombardia –Milano – ASL Milano 1**



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2009



## **S. PREVENZIONE**

---

### **4.1 Prevenzione universale**

- 4.1.1 A scuola
- 4.1.2 In famiglia
- 4.1.3 Nella società civile

### **4.2 Prevenzione selettiva e mirata**

- 4.2.1 In contesti ricreazionali e fra gruppi a rischio
- 4.2.2 Su famiglie a rischio

### **4.3 Progetto "Re-ligo: osservare e costruire"**

### **4.4 Progetto "Salute e Lavoro"**

### **4.5 Progetto "Contatto - Servizi integrati di prevenzione"**



## 4.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

Affrontare la questione della prevenzione in tema di droghe significa fare i conti con un fenomeno complesso, articolato e mutevole, che coinvolge numerosi attori ed è influenzato sia dal clima socio-culturale presente sia dalla normativa cui si fa riferimento. Nel 2007 la Regione Lombardia ha deliberato un decreto di Giunta Regionale<sup>1</sup> nel quale sono esposte le Linee Guida Regionali da seguire per chi opera nell'ambito della prevenzione alle dipendenze. Si tratta di indicazioni elaborate dal Tavolo Tecnico Regionale della Prevenzione (TTRP) sulla base dei principi del NIDA (National Institute on Drug Abuse).

La prevenzione è affrontata in un'ottica sistemica, pensando a una strategia complessiva di intervento culturale, educativo, sociale e socio-sanitario che preveda una molteplicità di interventi in ambiti differenti (famiglia, territorio, aggregazioni informali, scuola, ecc.) che coinvolga attivamente sia i destinatari diretti (preadolescenti e adolescenti) sia gli adulti che ricoprono un ruolo educativo nei loro confronti (genitori, insegnanti, educatori, allenatori ecc.); che promuova una consapevolezza della progressiva e massiccia diffusione di comportamenti d'abuso nella popolazione "normale". Si deve parlare di prevenzione universale proprio perché gli interventi sono rivolti alla globalità della popolazione, sulla scuola, sulla comunità territoriale.

Le strategie e gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una data popolazione. Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono invece rivolti a specifiche situazioni o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio o vulnerabili, rispetto alla popolazione nel suo insieme.

Per avere un quadro della situazione provinciale per ciò che concerne le attività di prevenzione dell'uso e abuso di sostanze nei diversi ambiti, in accordo con i criteri dell'EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), sono state effettuate indagini all'interno degli Istituti scolastici di secondo grado (anno scolastico 2008/2009), dei Dipartimenti per le tossicodipendenze e dei Servizi per le tossicodipendenze.

### 4.1.1 A scuola

Nel presente paragrafo sono riportate le iniziative implementate nel corso del 2009 nel campo della prevenzione universale condotte nelle scuole della provincia di Milano aderenti allo studio ESPAD-Italia©2009.

L'impegno istituzionale del Ministero della Pubblica Istruzione (MPI) per la prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato in iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale che aveva l'obiettivo di consentire ai ragazzi di raggiungere responsabilità e autonomia di scelta.

In generale il complesso delle azioni, avviate dal MPI, è stato orientato al superamento della cultura dell'emergenza a favore di quella che si può definire la cultura della prevenzione. L'obiettivo generale è stato quello di creare le condizioni culturali e materiali per costruire un ambiente positivo fin da quando gli alunni iniziano il proprio percorso scolastico, sostenendo la loro capacità di progettazione, di azione diretta, di verifica, di esplorazione e di riflessione.

<sup>1</sup> Delibera n. 6219 del 19 dicembre 2007 - Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale.

Il clima scolastico e le diverse modalità con cui si vive la scuola influenzano, più o meno direttamente, la qualità della vita, nonché la percezione del benessere e della salute.

Il benessere fisico dipende anche da variabili soggettive quali l'autostima, la visione che l'individuo ha di sé, la soddisfazione per la propria vita, le relazioni sociali, soprattutto con i coetanei, con i quali gli studenti condividono la maggior parte delle esperienze che fanno a scuola.

Il MPI, in collaborazione con gli altri dicasteri competenti e in sinergia con i diversi soggetti presenti sul territorio, ha promosso il Piano triennale per il benessere dello studente, con particolare riferimento al tema delle dipendenze, anche attraverso l'utilizzo del sito [www.benesserestudente.it](http://www.benesserestudente.it).

Il MPI ha avviato iniziative volte alla formazione sia dei referenti regionali e provinciali alla salute ed al benessere sia dei dirigenti scolastici, dei docenti e del personale ATA, da coinvolgere, questi ultimi in particolare, su prevenzione e strategie di contrasto al fenomeno delle dipendenze.

Per quanto riguarda le iniziative attuate a livello locale, è stata condotta un'indagine attraverso l'utilizzo di un questionario costruito in base alle linee guida EMCDDA e compilato a cura dei dirigenti scolastici.

Il "Questionario sulla prevenzione delle droghe e del doping nel mondo della scuola" è strutturato in due parti:

- parte A, costituita da 19 quesiti volti a rilevare le attività di prevenzione dell'uso di sostanze, come queste vengono concepite, pianificate e/o effettuate ed implementate all'interno degli istituti del campione;
- parte B, specifica per singolo progetto effettivamente attivo nell'anno scolastico, ripetuta per ogni progetto nel caso che il numero di progetti sia maggiore di uno. Questa parte è composta di 26 quesiti ed è volta a raccogliere informazioni su contenuto, target, modalità e tempi di effettuazione, gli indicatori di partecipazione ed infine i metodi di valutazione utilizzati nei progetti presentati.

Tra le iniziative di prevenzione universale attivate nel biennio 2008/2009 sono da segnalare, a livello nazionale, quelle del Ministero della Pubblica Istruzione (MPI). L'impegno per la prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato in iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale (*Piano triennale per il benessere dello studente*), il cui obiettivo finale è il raggiungimento da parte dei ragazzi di responsabilità e autonomia di scelta. Il complesso delle azioni, avviate dal MPI, è stato orientato al superamento della cultura dell'emergenza a favore di quella che si può definire la cultura della prevenzione.

Per quanto riguarda gli istituti scolastici rispondenti nell'area territoriale delle ASL Milano 1, per l'anno scolastico 2008-2009, si registra che, oltre a descrivere l'impostazione generale della scuola in termini di prevenzione, ognuno riporta da un minimo di uno ad un massimo di dieci progetti. La maggior parte degli istituti rispondenti è informato a proposito di azioni di piano provinciali per la prevenzione dell'uso e abuso di alcol, tabacco, droghe e doping.

All'interno delle scuole della provincia di Milano, gli enti che si occupano maggiormente della gestione delle attività di prevenzione sono le ASL (70%) e le associazioni (62%), successivamente si attestano a circa il 25% i liberi professionisti, le autorità e le cooperative. Infine le forze dell'ordine, le comunità, le università e le comunità entrano nella collaborazione dei progetti scolastici nel 15% dei casi.

Nei tre quarti degli istituti intervistati, esiste un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco ed alcol, mentre sono circa il 70% gli istituti nei quali sono previste giornate di studio dedicate interamente alla prevenzione delle droghe.

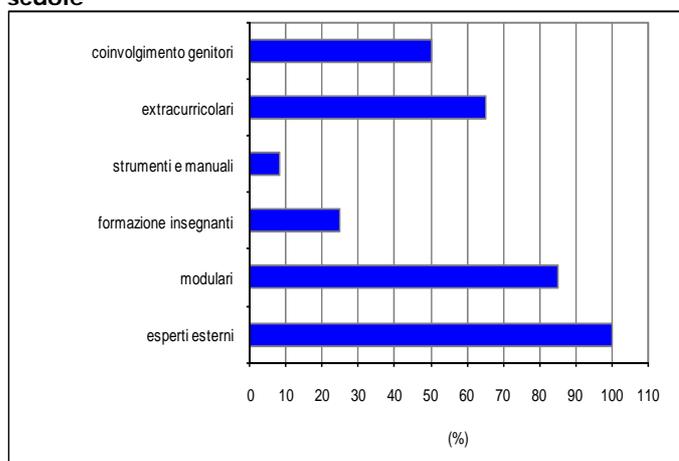
Nel 27% delle scuole del campione si registrano attività di prevenzione dedicate al tema del doping, mentre solo il 3% degli istituti organizza giornate destinate alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

Tutti gli istituti prevedono l'intervento di esperti esterni e nell'85% dei casi i progetti risultano articolati su più moduli. In un quarto delle scuole intervistate, sono organizzate formazioni e aggiornamenti specifici per i docenti inerenti alla prevenzione delle sostanze illecite.

Nell'8% degli istituti sono programmati interventi strutturati con l'ausilio di specifici strumenti e manuali, nello specifico meno della metà di questi progetti sono rivolti alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, mentre la restante quota prende in esame le tematiche del doping.

I progetti attuati nelle scuole del territorio indagato prevedono, inoltre, attività extracurricolari in materia di prevenzione delle droghe (65%) e incontri e iniziative rivolte ai genitori (50%). In tutti gli istituti vengono organizzate attività finalizzate all'individuazione precoce di alunni in difficoltà, il 14% sono i progetti genere-specifici, e nel 38% sono effettuati incontri con le forze dell'ordine (FFOO).

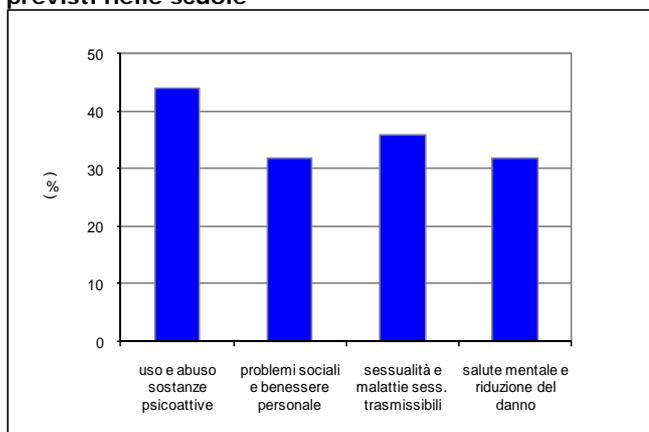
**Figura 4.1: Distribuzione percentuale di caratteristiche salienti dei progetti previsti nelle scuole**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2009

Lo strumento di rilevazione raccoglie inoltre informazioni sui singoli progetti attivati. Per tutti gli istituti intervistati, gli interventi risultano inseriti nel Piano di Offerta Formativa (POF) della scuola e contengono contenuti ed ambiti problematici multipli relativi all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e di sostanze dopanti (44%), sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (36%), salute mentale e riduzione del danno e problemi sociali e benessere personale (32%).

**Figura 4.2: Distribuzione percentuale dei contenuti e degli ambiti affrontati nei progetti previsti nelle scuole**

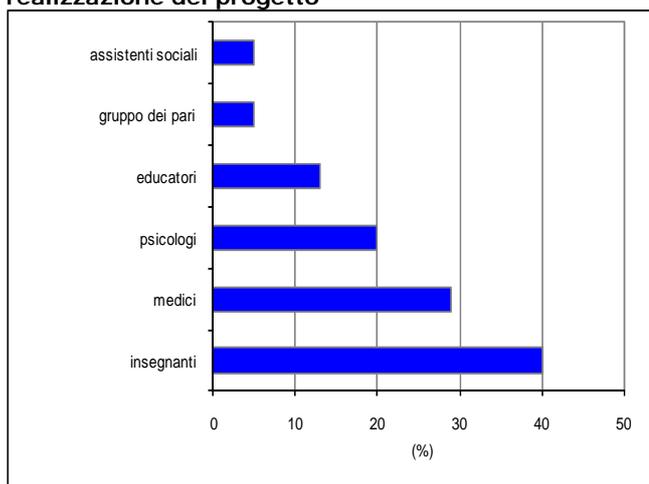


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

I progetti censiti riguardano problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione, nel 25% dei casi affrontano problematiche psicologiche di tipo cognitivo-comportamentale e nel 23% quelle in ambito sociale.

Gli obiettivi prioritari dei progetti sono riconducibili nel 60% dei casi ad accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute di certi comportamenti, nel 12% sono interventi atti a sviluppare abilità di coping<sup>2</sup> e capacità personali e nel 5% l'obiettivo primario è il miglioramento dell'autostima e la percezione del sé. Le figure professionali responsabili della realizzazione del progetto sono gli insegnanti stessi (40%), i medici (29%), gli psicologi (20%), gli educatori (13%), il gruppo dei pari e gli assistenti sociali (5%).

**Figura 4.3: Distribuzione percentuale delle figure professionali responsabili della realizzazione del progetto**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009

<sup>2</sup> Indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione o problematica.

Le modalità operative maggiormente utilizzate negli interventi risultano le lezioni frontali (55%), il lavoro di gruppo (48%), i seminari (32%) e i corsi interattivi (21%).

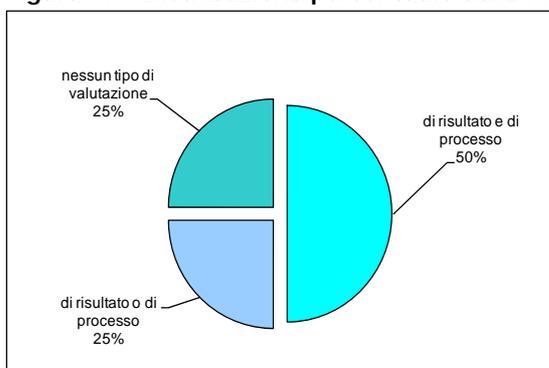
Il 48% dei progetti censiti ha una durata minore ai tre mesi mentre la restante quota si sviluppa lungo tutto l'anno scolastico.

Il 73% degli interventi di prevenzione è articolato in uno o più moduli e il 93% di questi è già stato realizzato nel passato o ne è prevista una nuova realizzazione.

Gli strumenti e i metodi di raccolta dei dati finalizzati alla valutazione sono i questionari (55%), i registri di classe/attività (23%), il monitoraggio periodico in itinere e/o ex post e le griglie di osservazione (20%) e le interviste (8%).

Per quanto riguarda la valutazione degli interventi svolti, nella metà dei progetti è prevista una valutazione sia dei risultati sia di processo (completa), nel 25% solo dei risultati o solo di processo (parziale), e nella restante quota di istituti non è previsto nessun tipo di valutazione.

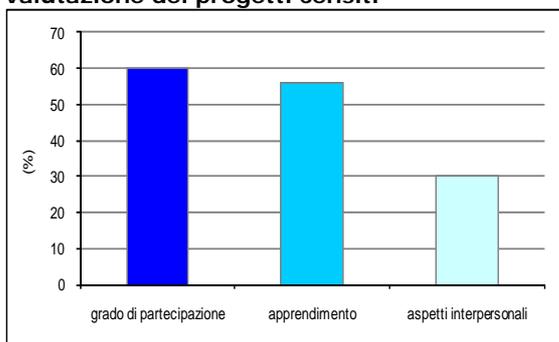
**Figura 4.4: Distribuzione percentuale delle modalità di valutazione dei progetti censiti**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2009

Gli indicatori utilizzati riguardano il grado di partecipazione alle attività da parte dei vari attori (60%), la coerenza dei contenuti e le competenze acquisite (56%), la capacità di relazione unitamente alla percezione del sé ed all'autostima (30%).

**Figura 4.5: Distribuzione percentuale della tipologia di indicatore utilizzato nella valutazione dei progetti censiti**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2009

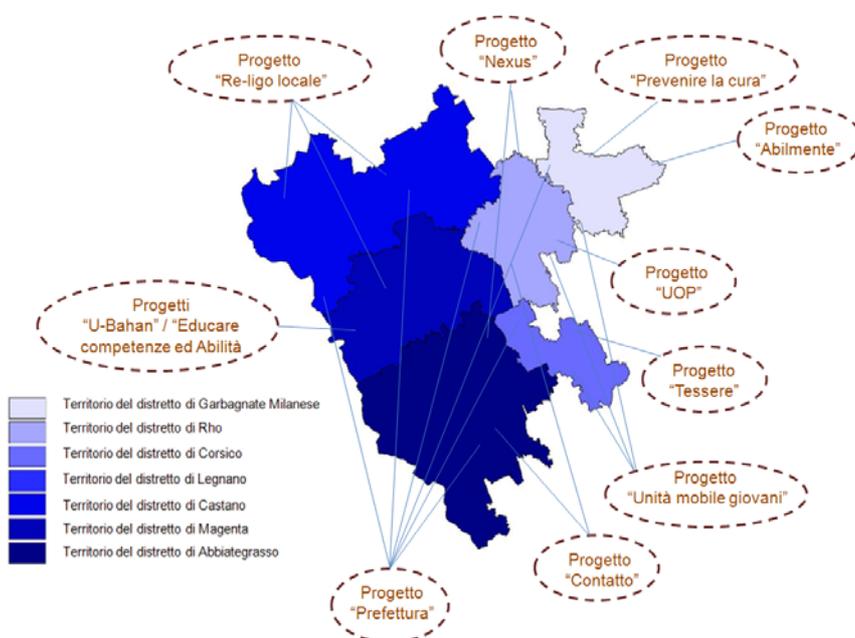
#### 4.1.2 In famiglia

Sulla base delle risposte rilevate dall'indagine SIMI® sulla prevenzione universale, si osserva che i programmi di prevenzione rivolti ai nuclei familiari si basano sugli incontri rivolti a famiglie e/o genitori, programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra famiglie e progetti con l'obiettivo della formazione rivolta ai

gruppi familiari. A livello locale queste tematiche vengono affrontate regolarmente con interventi e progetti brevi o saltuari i quali prevedono una valutazione dei risultati. I canali di approccio utilizzati per contattare le famiglie risultano essere maggiormente la scuola, le associazioni, il volontariato, il privato sociale, gli operatori di strada e il SSN.

Ulteriori progetti ed attività di prevenzione universale sono presenti nei diversi distretti sanitari dell'ASL Milano 1. Tali interventi sono finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico. In media la durata dei progetti è poco superiore ad un anno e nella maggior parte di essi i destinatari risultano essere la popolazione adolescenziale, gli studenti e le loro famiglie e gli operatori dei servizi territoriali.

**Figura 4.6: Progetti attivi nei distretti socio-sanitari dell'ASL Milano 1**



#### 4.1.3 Nella società civile

Secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, le attività di prevenzione universale svolte nel corso del 2009 a livello del Dipartimento per le dipendenze, sono state maggiormente quelle relative alle azioni di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale.

In questo ambito, sul territorio dell'ASL Milano 1, risultano 10 progetti attivi o conclusi, queste tematiche risultano affrontate regolarmente e la valutazione adottata è di tipo completo (di processo e di risultato).

Altre attività di prevenzione universale vengono registrate nell'ambito del territorio Dipartimentale. Nello specifico, menzionati ufficialmente nei documenti sulle politiche sanitarie, sono presenti 4 progetti per lo sviluppo di piani a livello comunale sulle droghe. Queste tematiche prevedono una valutazione completa, sia di processo che di risultato.

Successivamente si registra la presenza di 7 progetti per lo sviluppo di sistemi di reti non esclusivamente finalizzati alla prevenzione delle droghe. Questi

interventi sono riconosciuti come prioritari nei documenti ufficiali e affrontati a livello locale in modo regolare.

Infine, con una media di 5 programmi attivi nel territorio, si registrano programmi atti a sviluppare attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del loro quartiere, centri di associazione e counselling per i giovani a livello territoriale e programmi di prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati.

## **4.2 PREVENZIONE SELETTIVA E MIRATA**

Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono rivolti a specifici contesti o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio rispetto alla popolazione nel suo insieme.

### **4.2.1 In contesti ricreazionali e fra gruppi a rischio**

Sul territorio di competenza dell'ASL Milano 1, nel 2009 risultano attivi 4 programmi di prevenzione rivolti a giovani in contesti ricreazionali (cioè ragazzi frequentatori di manifestazioni quali i concerti e feste popolari, oppure di pub e locali notturni).

Tutti sono valutati in modo completo (sia valutazione di processo che di risultato), sono menzionati nei documenti ufficiali e utilizzano gli enti locali o gli operatori di strada come canale di approccio per il gruppo target di riferimento.

Altri interventi menzionati nei documenti ufficiali e attivi nell'area Dipartimentale sono quelli rivolti a sottogruppi specifici, quali: giovani che presentano difficoltà nel socializzare, giovani alla ricerca di "sensazioni forti", minorenni pregiudicati/con problemi con la giustizia e verso immigrati e gruppi etnici.

### **4.2.2 Su famiglie a rischio**

Durante il 2009, nell'area territoriale dell'ASL Milano 1, risultano attivi progetti di prevenzione selettiva rivolti a famiglie con problemi d'uso di sostanze e di salute mentale.

Nello specifico, si rileva un programma di prevenzione selettiva rivolto ai nuclei familiari con disturbi da uso di sostanze illegali e alcol, intervento menzionato ufficialmente nei documenti ufficiali e valutato in modo completo. Inoltre si registrano programmi rivolti a gruppi familiari con conflitti interni e/o negligenza nei confronti dei figli e interventi verso famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici.

## **4.3 PROGETTO "RE-LIGO: OSSERVARE E COSTRUIRE"**

### **Una prima valutazione a due anni dall'avvio della sperimentazione.**

La novità rappresentata dal progetto, per quanto concerne l'ASL, è stata quella di utilizzare nelle scuole équipes di lavoro integrate fra diversi servizi: Dipartimento delle Dipendenze, Consultori, Dipartimento di Prevenzione (SMEPREC).

Le équipes che hanno operato alla co-costruzione del progetto sono state tre, una per ogni ordine di scuola; si è prestato attenzione ad inserire figure professionali con competenze diverse in ciascuna di esse.

Per l'attività svolta nella primaria di Rescaldina, il gruppo di lavoro era formato da un'assistente sociale e un medico del SerT di Parabiago, da una psicologa del

Consultorio di Legnano, da un'assistente sanitaria del Dipartimento di Prevenzione.

Nella secondaria di primo grado di Dairago hanno fatto parte dell'equipe un medico del NOA di Legnano, una psicologa e un'assistente sociale del Consultorio di Busto Garolfo, un'assistente sanitaria del Dipartimento di Prevenzione.

L'equipe che ha lavorato nella secondaria di secondo grado era formata da un medico del SerT di Parabiago, una psicologa del NOA di Legnano, un'assistente sociale e una psicologa volontaria del Consultorio di Castano Primo.

Hanno fatto parte integrante dei tre gruppi di lavoro: un'assistente sociale referente dell'area prevenzione del Dipartimento Dipendenze, coordinatrice del Progetto Re-ligo, che ha avuto il compito di coordinare i tre progetti e di garantire l'appropriatezza degli interventi secondo le Linee Guida Regionali; una psicopedagogista consulente del Dipartimento delle Dipendenze con il compito di supervisionare, dal punto di vista tecnico-scientifico, i progetti nelle scuole e di connettere il sistema scuola con il sistema socio-sanitario.

A Castano, il Responsabile UOS distrettuale ha avuto il ruolo di coordinatore dell'equipe e anche di tenere i contatti ufficiali con la scuola in rappresentanza della ASL. In particolare, curando che il progetto fosse condiviso dall'Azienda Sociale e dal privato sociale. Inoltre, in questo territorio, gli interventi del progetto sono stati ricompresi nella programmazione più ampia dei servizi sociali e socio-sanitari.

Un'ultima esperienza è stata quella dell'Istituto Comprensivo di Ossona, Casorezzo e Santo Stefano Ticino, in cui si è lavorato con insegnanti dei due ordini di scuola, primaria e secondaria di primo grado. Il gruppo degli operatori comprendeva un'educatrice e uno psicologo del SerT di Magenta, una assistente sociale del Consultorio di Arluno e una del Dipartimento delle Dipendenze, oltre a due assistenti sociali degli enti locali e un'educatrice dell'Associazione AISE. Il gruppo degli operatori ha condiviso con gli insegnanti un percorso formativo e solo al termine si è costituita l'equipe di lavoro integrata.

Inizialmente le équipes sono state formate secondo un preciso principio teorico: pensando, cioè, che la migliore risposta preventiva alle scuole potesse esser offerta da una equipe multidisciplinare e multiprofessionale, con persone provenienti da organizzazioni diverse. In realtà, ciò ha comportato, per i servizi, un notevole sforzo dal punto di vista economico e organizzativo, ma anche una riflessione sul ruolo professionale delle diverse figure in relazione alle tematiche preventive. In particolare, i medici hanno più di altre figure vissuto questa difficoltà, chiedendosi quale ruolo potessero rivestire nei confronti degli insegnanti e più si abbassava l'età dei destinatari finali (bambini della scuola primaria), più veniva messa in discussione l'adeguatezza del proprio ruolo.

Un'ulteriore difficoltà iniziale è stata la condivisione di un linguaggio e una rappresentazione mentale relativa alle tematiche della prevenzione, intesa in senso specifico, che partiva da esperienze diverse, in particolare tra servizio per le dipendenze e consultori. In alcune situazioni, rispetto all'intervento specifico nella scuola, si è realizzato il bisogno di introdurre aspetti di specificità, conservando, però, al contempo, una tendenza all'universalità, con il rischio di non riuscire a declinare obiettivi chiari in merito alle life skill come fattori di protezione. Grazie ai due anni di lavoro congiunto e a un grande investimento in termini di energia/tempo per consentire la possibilità di riflessioni, confronti e di capacità di rilettura, in un'ottica di ascolto costante dei valori e dei bisogni della scuola, le difficoltà iniziali sono state in buona parte superate, ottenendo la costituzione di équipes di fatto, che possono affrontare altri percorsi analoghi.

Ciò, inoltre, ha permesso ai partecipanti di sentirsi parte di una équipe più vasta, integrata, fra operatori dell'ASL e della scuola.

Anche le scuole hanno dovuto affrontare l'integrazione con l'équipe ASL, nel contesto di un intervento ben diverso dalla modalità tradizionale, che vedeva la presenza di un esperto come figura unica e isolata.

L'esigenza manifestata dai docenti di lavorare come gruppo è stata rinforzata dalla metodologia di lavoro proposta.

A Rescaldina si è lavorato con un gruppo di 15 docenti, che hanno collaborato nella costruzione di un progetto, a Dairago con l'intero collegio docenti, 15 persone; a Inveruno con quattro consigli di classe.

### **Condivisione dei contenuti e dei valori**

In tutte le scuole è stato condiviso il valore della salute, del benessere ampiamente declinato, secondo il principio per cui una scuola che promuove salute e benessere riesce a cogliere in modo significativo i bisogni di tutte le componenti che, all'interno dell'istituzione scolastica, agiscono ed interagiscono.

Si è definito il concetto di benessere come possibilità di acquisire e di utilizzare le proprie capacità all'interno di un contesto che le riconosca e le valorizzi, ma anche competenze e caratteristiche individuali, c'è chi riesce meglio... c'è chi ha voglia... c'è chi ha interesse... questo può comportare dei tempi più lunghi e una maggiore complessità rispetto a un tradizionale modo di porsi, ciò in alcuni insegnanti può essere vissuto come un fattore problematico in quanto richiede più tempo ma anche e soprattutto entrare in "empatia" con l'altro.

L'idea di benessere è stato il filo conduttore che ha permesso di rileggere i progetti presenti nelle diverse scuole. Inoltre, è stato condiviso il concetto di come non si possa trasmettere benessere se non lo si vive. Il punto di partenza diventa l'adulto educatore, che riesce a trasmettere, con il proprio modo di essere, il valore e il significato.

Si è condiviso inoltre l'importanza del concetto secondo cui l'attività preventiva è maggiormente efficace se non lavora sul sintomo, ma su fattori "protettivi". Si intendono per fattori protettivi, quegli atteggiamenti e capacità che permettono a un individuo di sviluppare attitudini relazionali "sane" e che lo tutelano da pressioni sociali potenzialmente dannose, comprendendo in ciò l'acquisizione di competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità. Competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. Tutto ciò premesso, il progetto ha avuto come assunto di base la metodologia dello sviluppo delle life skills, al fine di permettere ai ragazzi di far fronte alla crescente complessità della vita quotidiana, apprendendo e sviluppando competenze sempre più complesse.

Si è inoltre condivisa l'importanza di ingaggiare il sistema scolastico ed educativo come contesto in cui gli interventi preventivi siano parte della programmazione formativa ordinaria, con il coinvolgimento, seppur a diverso titolo, del corpo docente, al fine di costruire una sorta di 'curriculum preventivo' che rinforzi gli interventi con la partecipazione di insegnanti e studenti; di fornire, inoltre, agli insegnanti, in quanto figure principali di riferimento, le conoscenze e gli strumenti utili per agire in senso preventivo nella relazione educativa e formativa con i preadolescenti e gli adolescenti.

### **Raggiungimento degli obiettivi**

Come progetto centrale: sono state costituite équipes integrate che hanno condiviso un modello di lavoro. Sicuramente il progetto ha fornito una ottima opportunità per conoscere meglio il sistema scolastico nella sua complessità, dovuta anche all'autonomia dei singoli istituti. Per quanto concerne i docenti, il progetto ha dato la possibilità di rivalutare le singole azioni preventive, attribuendo un diverso valore a quanto viene svolto quotidianamente in classe. Gli operatori socio-sanitari, d'altro canto, hanno avuto la possibilità di rivalutare il proprio modo di operare in ambito preventivo, aumentando la capacità di lettura-ascolto e comprensione dei vari contesti. Questa modalità di "conoscenza" ha spesso reso necessario un "posizionamento" diverso, più adeguato alla realtà, rispetto a quello iniziale, più legato alla rappresentazione della scuola che non a una lettura contestuale.

### **Metodologia, strumenti, tempi e costi**

La natura pratica delle life skills si riflette sui metodi usati per trasmetterle, che si basano su tecniche didattiche attive, piuttosto che tradizionali. I metodi utilizzati fanno riferimento alla partecipazione attiva, assunzione di responsabilità, educazione tra pari, discussione e lavori di gruppo, brainstorming, role play. Le life skills sono competenze che richiedono tempi lunghi per essere acquisite, comprendono l'arco di vita di una persona. E' quindi importante, come sottolineato dall'OMS, che si educi precocemente a tali competenze.

Nel nostro progetto, la metodologia utilizzata è stata la sperimentazione diretta da parte degli adulti delle modalità per potenziare le competenze possedute e per renderle efficaci nei confronti dei giovani studenti.

Di conseguenza, gli strumenti utilizzati sono di natura pratica e spendibili nell'ambito didattico ed educativo. Nell'arco del biennio vengono proposte schede di osservazione, sia rivolte al singolo che al gruppo-classe, didattica-laboratoriale, strumenti di lettura riguardo al gruppo di lavoro, la tematica delle regole, schede didattiche con approfondimenti legate alle skills individuate per fasce d'età.

I tempi sono stati adeguati alle disponibilità e ai bisogni di ogni scuola, non imponendo orari prestabiliti e rispondendo in toto all'organizzazione scolastica.

I costi sono stati sostenuti dall'ASL, tramite il Dipartimento delle Dipendenze, utilizzando i fondi regionali destinati al potenziamento delle attività di prevenzione. Grazie a queste risorse il Dipartimento delle Dipendenze ha potuto avvalersi della collaborazione di una psicopedagogista e di altre figure professionali (2 psicologhe e 2 educatori).

Il Dipartimento delle Dipendenze nel corso degli ultimi anni, seguendo le indicazioni regionali, ha indirizzato i propri servizi a riservare un monte ore destinato alla prevenzione, suddiviso fra i vari operatori afferenti alle diverse unità operative.

#### 4.4 PROGETTO "SALUTE E LAVORO"

##### **La prevenzione alle dipendenze all'interno dei contesti lavorativi**

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 1 ha sentito il bisogno, negli ultimi anni, di rivolgere fattivamente l'attenzione anche al mondo del lavoro, ambito nel quale i comportamenti di abuso di sostanze possono produrre conseguenze particolarmente pericolose per la sicurezza degli addetti e, talvolta, a terzi che appartengono alla generalità della popolazione.

È nato quindi, tre anni fa, in collaborazione con il consorzio CS&L il progetto "Salute e Lavoro". Nel primo anno di progetto sono state coinvolte 6 realtà aziendali che hanno al loro interno dei lavoratori addetti alla guida di un mezzo di trasporto:

- due aziende del trasporto pubblico urbano ed extra-urbano;
- un'azienda profit addetta alla raccolta e al trasporto dei rifiuti che lavora su commissioni pubbliche;
- tre associazioni che si occupano di primo soccorso.

Nel secondo anno, il tavolo di coordinamento del progetto ha deciso di focalizzare le azioni progettuali su un territorio, scegliendo di concentrare il proprio intervento nell'ambito di Rho sia per la numerosità delle aziende presenti che per l'offerta della rete dei servizi presenti. In particolare si è definito di coinvolgere 5 aziende medio-grandi del settore chimico.

L'indagine è stata effettuata grazie a tre strumenti che sono stati costruiti appositamente per questo progetto: un questionario da somministrare ai lavoratori, un'intervista semi-strutturata, un focus-group per figure chiave delle aziende. La definizione delle domande e dei contenuti da affrontare all'interno dei questionari e delle interviste ha seguito l'orientamento generale del Progetto salute e Lavoro che intendeva dare rilievo ai fenomeni dell'uso e abuso di sostanze nei luoghi di lavoro e le implicazioni che questo può avere per la salute dei lavoratori delle aziende e per i cittadini del territorio. Si è scelto però di non limitare la raccolta dati esclusivamente sul tema dell'uso/abuso di sostanze, ma di sondare i possibili collegamenti tra le condizioni di lavoro poste dalla mansione o dalla struttura organizzativa, le condizioni di salute dei lavoratori e l'eventuale uso /abuso di sostanze o di comportamenti di dipendenza (con domande specifiche su eventuali patologie collegabili al tipo di mansione svolta e altre domande sulla condizione di salute in generale).

Nel secondo anno del "Progetto salute e Lavoro 2" Sono stati ritirati 337 questionari su un totale di 657 lavoratori con una "resa" percentuale del 51%.

Riportiamo di seguito alcuni risultati emersi dai questionari (per i risultati completi sarà disponibile a breve il secondo report di progetto):

##### *Area 1 Rapporti interpersonali*

*La sicurezza percepita sul posto di lavoro:* la stragrande maggioranza percepisce come sicura sia la propria postazione di lavoro che, anche se in misura minore, il luogo di lavoro in generale.

*Il rapporto coi colleghi e superiori:* la maggioranza assoluta dichiara di avere dei buoni rapporti sia coi colleghi che con i superiori diretti.

*Il senso di soddisfazione:* è tendenzialmente positivo; abbastanza soddisfatto si dichiara il 58% degli interpellati e un 12 % si dichiara "molto soddisfatto". In particolare il 70% che ha risposto positivamente, dichiara come principale motivo il risultato del lavoro; chi invece si dichiara poco o per nulla soddisfatto indica come principale elemento il mancato riconoscimento dei superiori.

### **Area 2 "Salute"**

Il 61% delle persone interpellate sostiene di non aver avuto problemi di salute collegabili con il lavoro nell'ultimo anno, il 35% dice di averne avuti mentre un 4% non indica la risposta.

Dopo aver analizzato le problematiche relative alla salute si è passati a chiedere i comportamenti legati alle sostanze iniziando dai farmaci: la prescrizione dei farmaci è largamente utilizzata (59%) mentre solo il 19% delle persone si è rivolta una o più volte al medico in azienda.

### **Area 3 "L'uso di sostanze e il gioco compulsivo"**

Il 20% delle persone interpellate considera corretto bere durante la pausa pranzo, cosa che dal nostro punto di vista potrebbe rappresentare un problema. Rispetto alle sostanze non segnaliamo nulla di particolare, tranne che vi è una maggiore tolleranza verso la cannabis

Per quanto concerne la propensione al gioco patologico, quasi i due terzi dei soggetti resta entro una soglia in cui si è stabilito un limite e lo si intende rispettare; naturalmente il livello del limite che una persona si impone è importante (se fosse tutto lo stipendio mensile sarebbe un bel problema), ma comunque consideriamo il fatto che il limite sia definito come indice di "controllo" sul comportamento agito, mentre consideriamo di essere entrati nell'area patologica nel momento in cui il controllo del limite inizia ad essere affidato all'esterno di sé (per cui è "il gioco" che decide per me o la fortuna o altro). In quest'area più a rischio rientra il 29% dei soggetti che hanno risposto; ricordiamo che questo dato indica una "propensione" e non che le persone effettivamente adottano quel comportamento.

Una volta rielaborati i dati abbiamo fornito una restituzione degli stessi ad una rappresentanza dei lavoratori e delle dirigenze, per commentarli e interpretarli insieme (passaggio da *dato* a *informazione*, momento fondamentale di ogni ricerca-azione).



una persona che ha bisogno di aiuto diventa una persona che fornisce aiuto, con tutte le ricadute positive in termini di stima di sé che si possono immaginare.

Quello che è emerso, nel corso di questo periodo, da parte delle aziende è il bisogno di essere accompagnati durante il percorso. Questa necessità si incontra con quella del progetto stesso di mantenere un monitoraggio rispetto all'evoluzione del ruolo e delle funzioni del cosiddetto "moltiplicatore"; a tal fine stiamo pensando, per la prosecuzione dell'intervento di muoverci sui due livelli: a) l'attivazione di interventi di primo livello in aziende nuove nelle quali analizzare la situazione ed effettuare una raccolta dati, una successiva restituzione degli stessi e un primo momento informativo b) la prosecuzione delle attività con le aziende che hanno già effettuato un percorso conclusosi con l'individuazione e la formazione dei moltiplicatori dell'informazione, con l'obiettivo di consolidare le figure già individuate, offrendo supporto e monitoraggio alle stesse sia a livello individuale che di gruppo.

#### **4.5 PROGETTO "CONTATTO – SERVIZI INTEGRATI DI PREVENZIONE"**

La ASL Provincia di Milano 1 partecipa, insieme alle ASL di Milano, Milano 2 e a quelle di Bergamo, Brescia e Monza-Brianza, a un **progetto nazionale di prevenzione selettiva** rivolto a persone straniere con problemi di tossicodipendenza.

L'ambito di realizzazione del progetto era stato individuato per le caratteristiche economiche e lavorative dei territori delle Province suddette, che le connotano da sempre come territori di grande attrattiva per le persone straniere immigrate.

Un'analisi fatta in fase progettuale nel 2007 evidenziava, accanto alle difficoltà connesse alla ricerca di stabilità lavorativa, economica, abitativa, anche problematicità connesse con comportamenti di abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol e concomitanti attività illegali. Tale considerazione veniva confermata dalla percentuale di popolazione straniera con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive presente negli Istituti Penitenziari nonché dai dati e dalle informazioni provenienti dai servizi di prossimità dei territori coinvolti dal progetto (dormitori, unità di strada sulla prostituzione, drop in, progetti di mediazione sociale, servizi e sportelli di prima accoglienza).

Oltre alla consistenza del fenomeno di stranieri che vivono in condizioni di marginalità e con consumo problematico di sostanze stupefacenti e alcol, si sottolineava la difficoltà ad agganciare e avviare tali soggetti a un percorso di cura che preveda un progetto integrato e non solo l'erogazione di singole e scollegate prestazioni e la crescente preoccupazione dei cittadini.

Alcune attività del progetto – sia a livello regionale sia a livello locale - sono state avviate già nell'estate 2008.

#### **Obiettivi generali del progetto**

L'ipotesi di fondo del progetto è che predisporre materiale pensato ad hoc, tenendo conto delle caratteristiche peculiari delle diverse culture, fornire occasioni strutturate di contatto e counselling per meglio utilizzare il materiale prodotto, dovrebbero consentire di migliorare il livello di compliance e favorire la collaborazione da parte delle comunità etniche presenti nelle varie realtà territoriali.

Al tempo stesso confrontare le azioni in essere permetterà di condividere, ottimizzare ed eventualmente esportare quanto ritenuto significativo ad altri territori, tenendo presenti da un lato le singole caratteristiche e dall'altro l'opportunità di fornire offerte il più possibile diffuse e omogenee nei vari territori. La rete così consolidata dovrebbe contribuire anche ad abbassare il livello di preoccupazione sociale indotta dal fenomeno.

**Tabella 4.1: Gli obiettivi specifici e le azioni previste nel progetto**

N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PRINCIPALI AZIONI
1	Produzione materiale informativo plurilingue con riferimento alla tutela della salute ed alle reti di intervento regionale e locali, con particolare attenzione ai servizi per soggetti stranieri con problemi di consumo problematico di sostanze stupefacenti ed alcol Formazione sul campo degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione congiunta contenuti da parte del tavolo di lavoro centrale</li> <li>Realizzazione materiali plurilingua</li> </ul>
2	Utilizzo del materiali informativo in situazioni di contatto con l'utenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribuzione del materiale prodotto privilegiando il contatto diretto con l'utenza</li> </ul>
3	Condivisione esperienze pregresse ed attuali tra i territori coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricognizione dei servizi, delle attività e dell'offerta nei singoli territori a livello dei soggetti afferenti al Dipartimento Dipendenze</li> <li>Condivisione e scambio delle rilevazioni tra i territori</li> <li>produzione di un report</li> </ul>
4	Attivazione e/o sviluppo di azioni specifiche nei territori	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adozione e o sviluppo di 6 attività/azioni (almeno 1 attività per territorio)</li> </ul>
5	Ottimizzazione del sistema locale attraverso adozione/scambio di tipologie di interventi a seguito della valutazione delle azioni intraprese	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica azioni intraprese nei singoli territori</li> <li>Condivisione e valutazione dell'implementazione locale delle attività</li> <li>produzione di documento programmatico</li> </ul>

### Le azioni a livello regionale

Il progetto prevede che alcune azioni siano realizzate a livello regionale. A tale scopo si sono costituiti il Gruppo di Direzione e Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Progetto già nell'estate 2008.

Le azioni principali a livello regionale sono la definizione dei contenuti e la realizzazione dei materiali informativi plurilingua, la condivisione e lo scambio delle rilevazioni tra i territori, la condivisione e la valutazione dell'implementazione locale delle attività.

### Le azioni a livello locale

Il Dipartimento delle Dipendenze ritiene che nell'ambito dell'ASL Milano 1, all'obiettivo generale di prevenzione selettiva, si aggiunge un obiettivo di sperimentazione della presa in carico di persone immigrate alcol/tossicodipendenti più strutturata e specifica che nel passato. Infatti si stima che un'azione di prevenzione selettiva debba avvicinare un numero maggiore di soggetti ai servizi deputati al trattamento, che il tempo di latenza si riduca, evitando il passaggio da situazioni di abuso a situazioni di dipendenza, che un aggancio precoce favorisca interventi di educazione sanitaria e accompagnamento ai servizi del territorio. Un buon aggancio ai servizi, inoltre, insieme al rafforzamento delle relazioni di rete, costituisce un rinforzo alla fiducia negli operatori e nelle strutture sociali e sanitarie e può consentire un "passa parola" fra i potenziali utenti, a beneficio di tutta la comunità locale.

A partire da queste ipotesi nella fase iniziale del progetto (estate 2008) erano stati contattati tutti i Direttori di Distretto allo scopo di raccogliere prime informazioni sulla situazione degli stranieri e delle risorse e servizi a loro dedicate. Erano emerse le seguenti informazioni:

- Quasi tutti gli stranieri con permesso di soggiorno passano agli sportelli "scelta e revoca" una o due volte l'anno a seconda che il permesso sia rinnovato annualmente o semestralmente
- Ai consultori famigliari si rivolgono molte donne di diverse etnie (gli uomini sono presenti in misura molto ridotta). Ogni ambito territoriale sembra avere alcune peculiarità o prevalenze, almeno per quanto riguarda l'affluenza al consultorio
- In tutti i consultori sono presenti le mediatrici culturali
- A settembre 2008 era in fase di avvio un progetto del Dipartimento Prevenzione che prevedeva la collaborazione di mediatrici culturali per le attività delle vaccinazioni nei distretti.
- I Direttori dei Distretti segnalavano in ogni ambito la presenza di Sportelli per gli stranieri o di altri servizi per l'integrazione organizzati dai Comuni o dagli Uffici di Piano, dal privato sociale (Centri d'Ascolto, ACLI, Caritas), alcune organizzazioni più o meno strutturate di stranieri (Consulta, associazioni, ecc.).

A seguito di questa ricognizione il Dipartimento Dipendenze ha ritenuto di focalizzare l'attività in due Distretti. L'azione di progetto **"distribuzione del materiale prodotto privilegiando il contatto diretto con l'utenza"** richiedeva, nel contesto dell'ASL Milano 1, un lavoro di rete con servizi e sportelli dell'ASL, degli enti locali, del terzo settore che sarebbe stato poco proficuo estendere, nella fase sperimentale, ai 7 distretti.

Erano stati individuati il Distretto 2 di Rho e il Distretto 7 di Abbiategrasso. Successivamente sono stati contattati anche gli Uffici di Piano di riferimento per illustrare il progetto e concordare le collaborazioni. Entrambi i Responsabili hanno individuato gli incaricati della gestione degli sportelli per stranieri e la grave marginalità.

Da settembre 2008 si è costituito il Tavolo di lavoro territoriale, a cui partecipano:

- NOA di Abbiategrasso: educatrice professionale;
- Servizio Fragilità Distretto di Abbiategrasso: assistente sociale
- SerT di Rho: medico;
- SerT di Rho: educatore professionale;
- Consultorio di Rho Distretto di Rho: assistente sociale;
- Consultorio di Settimo Milanese Distretto di Rho: assistente sociale;
- Ufficio di Piano di Rho: Cooperativa Intrecci;
- Ufficio di Piano di Abbiategrasso: operatrice Sportello Stranieri;
- Centro MTS di Rho: psicologa;
- Referente Dipartimento Dipendenze: assistente sociale.

Il Tavolo di lavoro territoriale, in attesa della formalizzazione del finanziamento e quindi della produzione del materiale informativo, nel 2009 si è riunito prevalentemente per:

- la ricognizione dei servizi, delle attività e dell'offerta nei due ambiti territoriali sia da parte di soggetti afferenti al Dipartimento delle Dipendenze, ai Consultori Familiari, agli Uffici di Piano;
- la conoscenza dei dati epidemiologici e statistici, il confronto con l'esperienza degli operatori;
- la condivisione di un linguaggio comune per una miglior comprensione dei diversi punti di vista;
- il confronto e la condivisione sugli obiettivi e sulle attività da adottare nella sperimentazione, in relazione all'obiettivo generale del progetto.

In questo stesso periodo gli operatori hanno partecipato o organizzato: incontri di informazione e sensibilizzazione sul progetto "Contatto", sui servizi per le dipendenze, sull'accesso ai SerT e ai NOA, e ai servizi sanitari in genere, sulla normativa, in vista dell'utilizzo del materiale informativo in situazioni di contatto con l'utenza; destinatari di questa azione sono stati:

- gli operatori degli sportelli per stranieri e dei servizi degli enti locali per la grave marginalità;
- i volontari dei centri d'ascolto e di altri servizi rivolti a stranieri (es. scuole di italiano) e/o alla grave marginalità;
- gli operatori di servizi ASL che possono essere in contatto con familiari di stranieri con problemi di dipendenza (consultori in modo particolare);
- organizzazioni di stranieri (consulte, associazioni, gruppi, ecc.) o "opinion leader" delle comunità straniere.

#### **Profilo dell'utenza straniera in carico nei SerT e NOA nell'anno 2009**

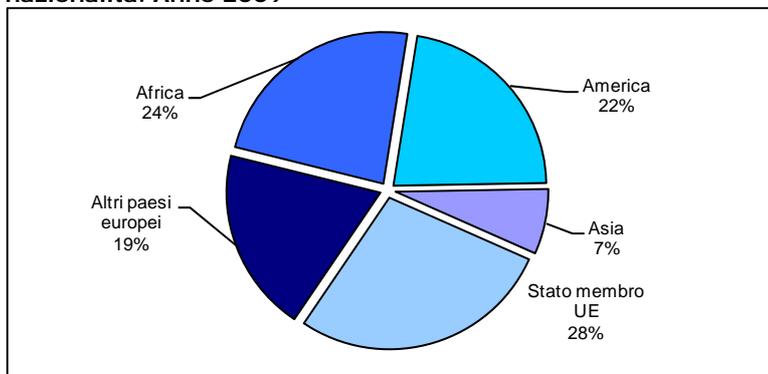
In questo paragrafo vengono descritte le principali caratteristiche dell'utenza straniera in carico nel 2009 sia nei NOA sia nei SerT ed effettuati dei confronti con la relativa utenza italiana.

La presenza di popolazione straniera nei servizi per le dipendenze dell'ASL Provincia di Milano 1 è un fatto recente. Nel 2009 gli utenti stranieri in carico sono stati 72, corrispondenti al 2,65% dell'utenza totale presente nei Servizi.

Il 55,6% degli stranieri sono soggetti che si rivolgono al servizio per la prima volta nell'anno, a fronte del 33% della nuova utenza italiana. L'87,5% sono maschi e il 12,5% femmine. Rispetto all'utenza italiana, nella quale i maschi rappresentano l'84,6% e le femmine il 15,4%, si rileva una differenza di 3 punti percentuali.

I soggetti stranieri in carico nell'anno 2009 provengono prevalentemente da paesi europei (47%), in misura minore da stati africani (24%) e americani (22%) e solo una minima parte da paesi asiatici (7%).

**Figura 4.8: Distribuzione percentuale dell'utenza straniera in trattamento in base alla nazionalità. Anno 2009**

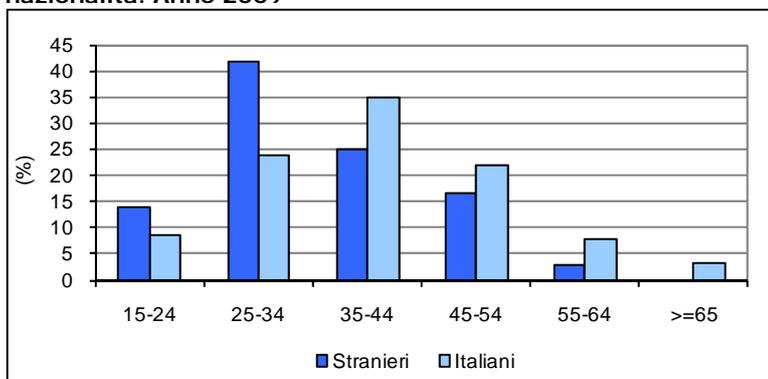


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Disaggregando l'utenza per nazionalità e fasce d'età si osserva una distribuzione per classe di età diversa tra gli italiani e gli stranieri.

La popolazione immigrata è in generale una popolazione più giovane rispetto a quella italiana, infatti fra gli stranieri le fasce d'età che vanno dai 15 ai 24 anni e dai 25 ai 34 anni presentano quote superiori rispetto a quelle dell'utenza italiana, rispettivamente circa 5 e 17 punti percentuali in più; mentre accade il contrario per le classi di età superiori ai 35 anni.

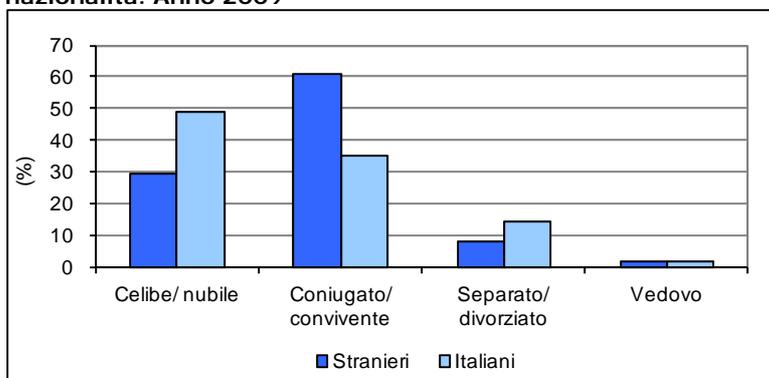
**Figura 4.9: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento per fasce di età e per nazionalità. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Lo stato civile di coniugato o convivente è dichiarato dal 61% degli stranieri, contro il 35% dell'utenza italiana, mentre minori risultano le percentuali degli immigrati celibi o nubili (30% contro il 49% dell'utenza italiana) e separati o divorziati (8% contro il 14% dell'utenza italiana).

**Figura 4.10: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento per stato civile e per nazionalità. Anno 2009**

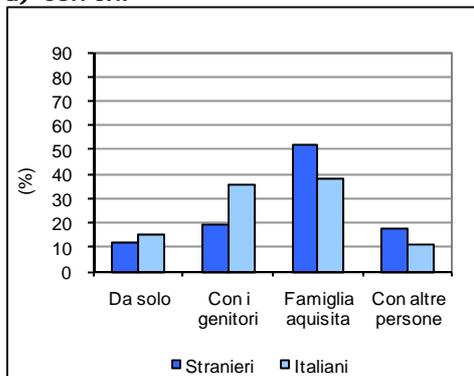


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

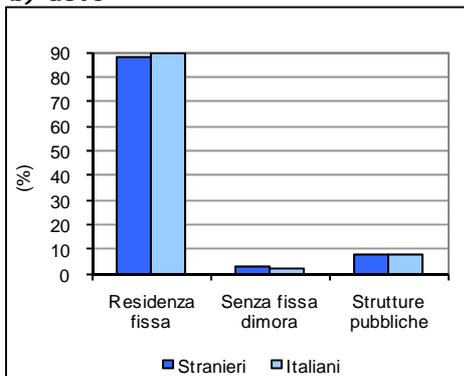
Relativamente alla condizione coabitativa, il 52% degli stranieri dichiara di vivere con la famiglia acquisita (partner e/o figli), il 19% con i genitori, il 17% dell'utenza abita con altre persone e il 12% da solo. Rispetto all'utenza italiana si osservano quote più elevate fra coloro che vivono con persone diverse dai genitori e molto più basse per chi abita ancora con la famiglia di origine. Per quanto riguarda il luogo di abitazione, si rileva che circa il 90% degli stranieri in carico dichiara di avere dimora stabile, l'8% risiede in una struttura pubblica ed il 3% dichiara di non possedere dimora fissa; in questo caso non si osservano differenze con l'utenza italiana.

**Figura 4.11: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento per condizione abitativa e per nazionalità. Anno 2009**

a) con chi



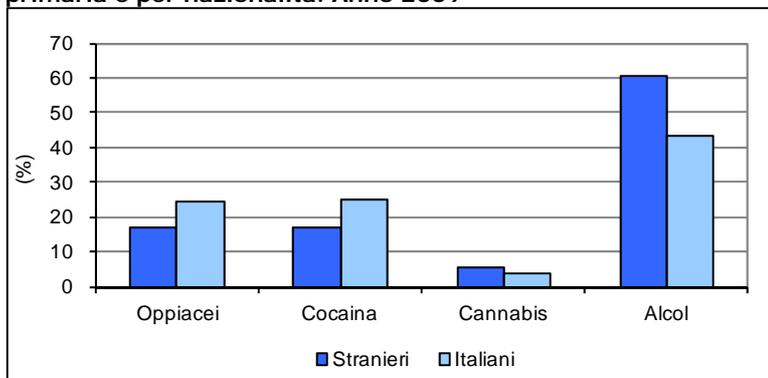
b) dove



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La sostanza d'abuso primaria maggiormente utilizzata tra gli stranieri è l'alcol, presente nel 61% dei soggetti, mentre tra gli italiani tale quota è pari al 43,5%. Più basse invece risultano le percentuali dei consumatori di oppiacei e cocaina, 17% per entrambe contro il 25% riscontrato fra l'utenza italiana.

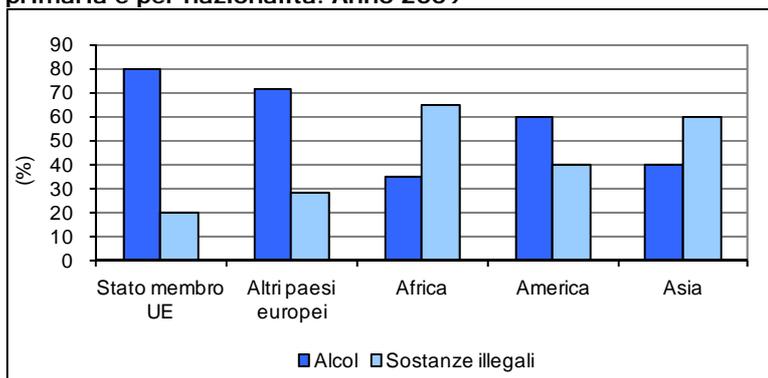
**Figura 4.12: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento per sostanza d'abuso primaria e per nazionalità. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

L'alcol risulta essere la sostanza d'abuso primaria in particolare fra gli utenti provenienti dai paesi europei (UE e non UE), mentre le sostanze illegali vengono preferite da quelli provenienti da stati africani e asiatici.

**Figura 4.13: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento per sostanza d'abuso primaria e per nazionalità. Anno 2009**

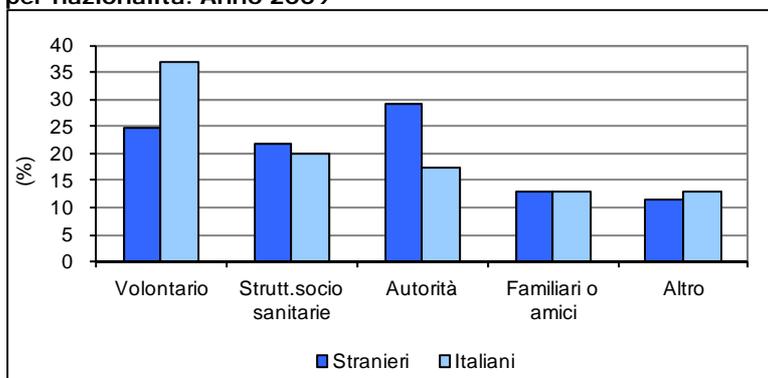


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La modalità di accesso al servizio risulta sensibilmente diversa in relazione alla nazionalità. La maggior parte dell'utenza straniera arriva ai Servizi in seguito a segnalazioni da parte delle autorità (29%)<sup>3</sup>, la scelta individuale di sottoporsi al trattamento si rileva nel 25% dei casi, il 13% di questi utenti risulta inviato da familiari o amici, il 22% dalle strutture socio sanitarie e l'11% attraverso altri canali. Diversa è la modalità d'arrivo ai servizi per gli italiani: il 37% è in trattamento per scelta volontaria, il 17% vi giunge per l'invio da parte delle autorità e il 20% risulta inviato da strutture socio sanitarie, la rimanente parte di questi utenti risulta inviato da familiari o amici e attraverso altri canali (13% per entrambe).

<sup>3</sup> È interessante sottolineare che il 6% di tutti i soggetti arrivati per le segnalazioni della Commissione Medico Locale Patenti sono soggetti stranieri.

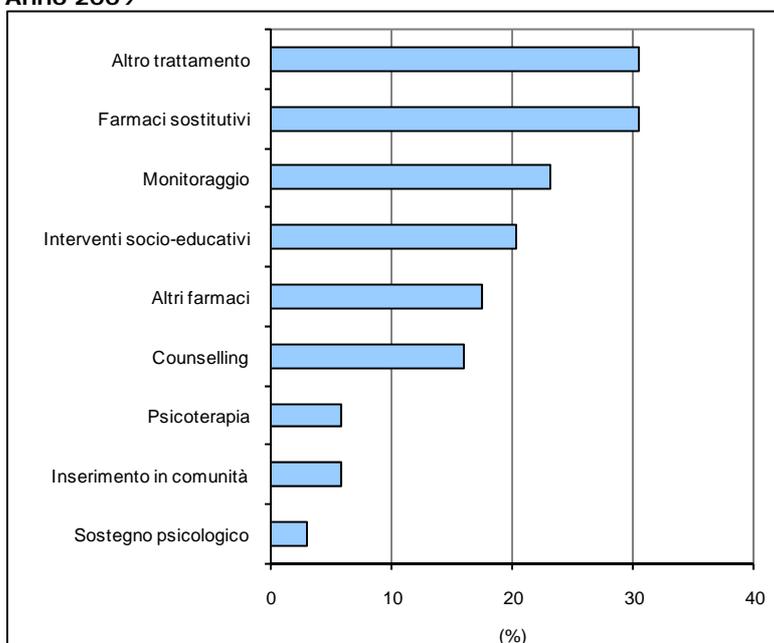
**Figura 4.14: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento per struttura inviante e per nazionalità. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Al 30% dell'utenza straniera sono stati erogati farmaci sostitutivi per le dipendenze ed al 17% altre tipologie di farmaci. Il 23% ha ricevuto servizio di monitoraggio medico, il 20% ha ricevuto interventi socioeducativi ed il 16% prestazioni di counselling. Della psicoterapia individuale e di gruppo e del sostegno psicologico ha usufruito il 9%; mentre il 6% è stato inserito in comunità. Il 30% ha ricevuto altre tipologie di trattamento che fanno riferimento ad un'esclusiva attività diagnostica, legata prevalentemente alla richiesta di accertamento di presenza o assenza della condizione di dipendenza da parte, tra le altre, della Commissione Medico Locale Patenti.

**Figura 4.15: Distribuzione percentuale dell'utenza straniera per tipologia di trattamento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto riguarda la situazione giuridica 48 persone, corrispondente al 66,7% dei soggetti stranieri in carico, non hanno alcuna pendenza giuridica a fronte del restante 33,3% dei soggetti in fasi diverse del percorso giudiziario.



## **5. I CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE**

---

### **5.1 Profilo degli utenti in trattamento presso i SerT**

5.1.1 Profilo sintetico degli utilizzatori delle diverse sostanze

### **5.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi di Alcologia**

### **5.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche**

5.3.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche del territorio della ASL Milano 1

5.3.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi Territoriali per le Dipendenze inseriti nelle Comunità Terapeutiche

### **5.4 Consumo problematico di sostanze psicoattive**

5.4.1 Gli utilizzatori problematici

### **5.5 Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento**

5.5.1 I consumatori di oppiacei

5.5.2 I consumatori di stimolanti

5.5.3 I consumatori di cannabinoidi

5.5.4 I soggetti alcolodipendenti

### **5.6 Analisi dei tempi di latenza**



## 5.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT

Per quanto riguarda la numerosità dell'utenza afferente ai Servizi Territoriali dell'ASL Milano 1, si è passati da 1.727 soggetti in carico nel 2008 a 1.531 soggetti nel 2009 esclusi i pazienti appoggiati. Tale diminuzione è spiegata dal fatto che il SerT di Limbiate che aveva in trattamento 465 soggetti è passato sotto altra ASL.

La perdita di un'unità operativa ha prodotto un'evidente diminuzione del totale complessivo dell'utenza anche se si rileva, invece, in ogni singolo servizio un aumento dell'utenza in trattamento.

Nell'anno 2009, 533 sono gli utenti afferenti al SerT di Parabiago (435 nel 2008), 343 sono in carico presso il SerT di Magenta (291 nel 2008), 351 nel SerT di Rho (nel 2008 erano 296) e 304 è il dato relativo al SerT di Corsico (240 nel 2008).

La percentuale di aumento per ogni Unità Operativa risulta essere: Parabiago 22%, Magenta e Rho il 18%, per Corsico il 26%. Ciò è dovuto alla capacità dei servizi di rappresentare un punto di attrazione e riferimento sul territorio, favorendo il rientro e l'aggancio con l'utenza. Inoltre, il servizio di Parabiago, offrendo il percorso specialistico per i giocatori d'azzardo, ha visto un incremento di questa tipologia d'utenza; mentre il SerT di Corsico, data la sua collocazione geografica, ha visto una certa migrazione di pazienti dalla città di Milano.

Gli utenti in appoggio durante l'anno 2009 risultano 104 (30 al SerT di Rho, 17 al SerT di Corsico, 20 al SerT di Parabiago e 37 al SerT di Magenta).

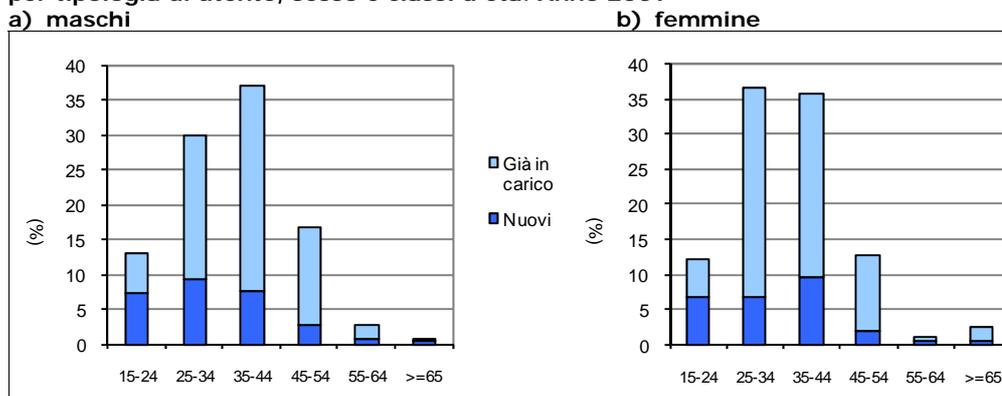
Il 2% dei soggetti in carico risulta di nazionalità straniera.

La distribuzione per tipologia e per sesso, mostra una prevalenza di soggetti già in carico o rientrati pari al 74,7% e di utenti di sesso maschile (88%).

L'età media dei soggetti in carico è pari a 35 anni e, distinguendo tra coloro che hanno effettuato la prima domanda di trattamento nel 2009 e soggetti già in carico, risulta che i nuovi utenti hanno mediamente 4 anni in meno rispetto a quelli già in carico (33 anni contro 37 anni).

Risulta leggermente diversa anche la composizione per età dei soggetti di sesso maschile e femminile. Il 72% delle femmine ha un'età compresa tra i 25 e i 44 anni, il 12% ha un'età inferiore ai 25 anni e il rimanente 16% ha 45 anni o più; tra i maschi è più alta, rispetto alle femmine, la percentuale relativa ai soggetti di età superiore o uguale a 45 anni (20%) ed è simile la quota degli utenti tra i 15 e i 24 anni (13%), mentre il 37% dei maschi ha tra i 35 e i 44 anni e tale gruppo rappresenta la classe modale.

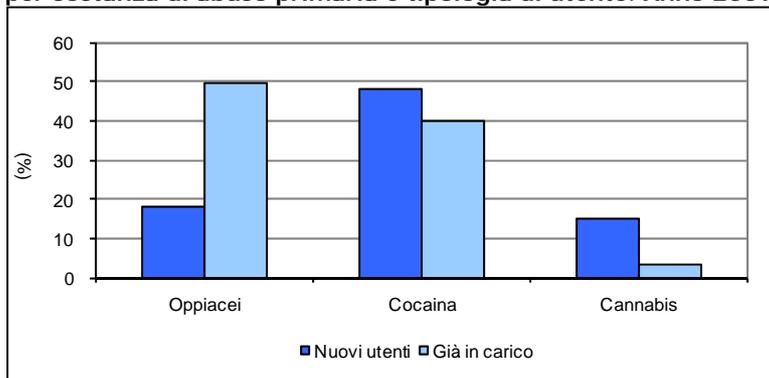
**Figura 5.1: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i SerT della ASL Milano 1 per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 42% dei soggetti in trattamento per disturbi correlati al consumo problematico di sostanze illegali utilizza come sostanza primaria la cocaina, il 41% utilizza oppiacei, il 7% fa uso di cannabis, e l'1% dei soggetti dichiara di far uso di altre sostanze illegali; il rimanente 9% è rappresentato da utenti con dipendenze da gioco (4%) e da alcolodipendenti (5%) che sono seguiti per il concomitante uso di altre sostanze. Nella distinzione per genere emerge che l'eroina è utilizzata dal 39% dei soggetti maschi e dal 55% delle donne, minore tra le donne è il dato relativo alla cocaina (ne dichiara l'uso il 31% delle femmine e il 43% dei maschi) e alla cannabis (2% contro 7% dei maschi). Distinguendo tra soggetti già in carico presso i servizi e nuovi ingressi, si evidenzia, tra i nuovi casi in carico una quota sensibilmente minore di utilizzatori di oppiacei (18% contro 50%), mentre maggiormente diffuso tra i nuovi utenti risulta l'utilizzo di cocaina (48% contro 40%), di cannabis (15% contro 3%), di bevande alcoliche (9% contro 4%) e dipendenze da gioco (8% contro 3%).

**Figura 5.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL Milano 1 per sostanza di abuso primaria e tipologia di utente. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Considerando solo gli utilizzatori di sostanze illegali, si osserva che il 32% dei soggetti in carico fa un uso iniettivo delle sostanze, mentre il 29% le fuma o le inala e il 38% le sniffa.

La pratica iniettiva risulta diffusa quasi esclusivamente tra gli utilizzatori di oppiacei (il 69% di questo collettivo), e solo tra una minoranza dei cocainomani (2%).

La disaggregazione degli utenti per presenza all'interno del servizio mette inoltre in evidenza la minor diffusione della pratica iniettiva tra i nuovi ingressi: tra i soggetti già conosciuti al servizio il 39% dichiara di far uso parenterale delle sostanze contro il 9% dei nuovi utenti, che prediligono, viceversa, l'uso attraverso l'inalazione (40% contro 25% dei già in carico); inoltre i nuovi utenti nel 48% dei casi sniffano la sostanza (contro il 35% dei già conosciuti).

Dai risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica, considerando solamente i consumatori di oppiacei afferenti ai SerT, si osserva che esiste un'associazione positiva tra l'utilizzo della sostanza per via parenterale e aver iniziato ad utilizzare la sostanza primaria prima dei 20 anni, essere utenti di sesso femminile in carico da anni precedenti ed avere più di 35 anni.

**Tabella 5.1: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria e alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei presso i SerT. Anno 2009**

	Odds ratio (IC 95%)
Femmine vs. maschi	2,00 (1,18-3,45)*
Già in carico vs. nuovi utenti	2,19 (1,17-4,12)*
Età >=35 anni vs. età < 35 anni	6,21 (4,07-9,48)*
Età primo uso < 20 anni v. età primo uso >= 20 anni	2,15 (1,44-3,21)*

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 57% dei soggetti in carico dichiara un comportamento di poliassunzione, il 41% utilizza 2 sostanze e il 16% ne utilizza 3.

Il fenomeno si presenta diversamente tra i soggetti già in carico, tra i quali il 62% utilizza più sostanze, e tra i nuovi utenti, che fanno ricorso al poliabuso nel 46% dei casi.

**Tabella 5.2: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico nei SerT per numero di sostanze consumate e tipologia di utenti. Anno 2009**

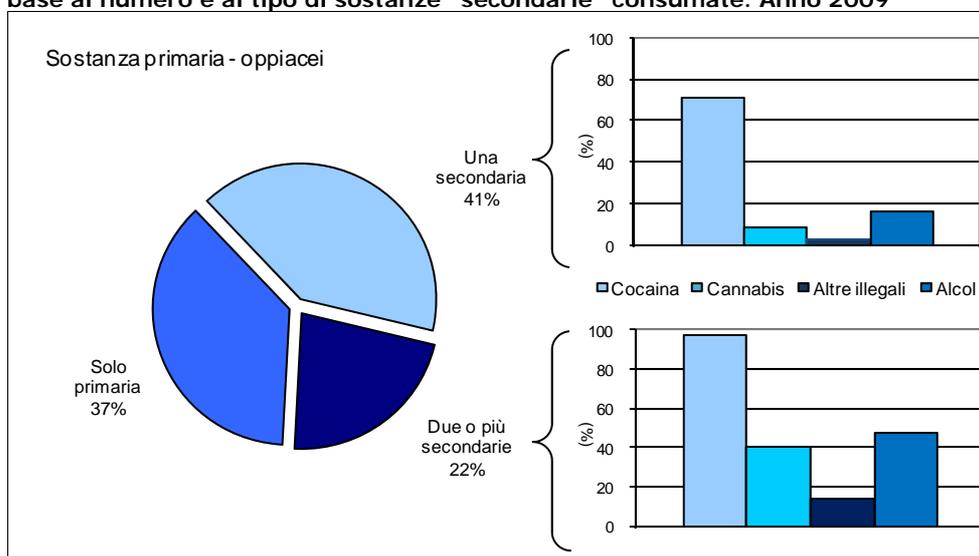
	Utenti già in carico	Nuovi utenti
Utilizzatori di una sola sostanza	38,4%	53,6%
due sostanze	44,8%	33,0%
Utilizzatori di più sostanze	16,8%	13,4%
tre o più sostanze	16,8%	13,4%
totale	61,6%	46,4%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

L'analisi del numero e del tipo di sostanze "secondarie" consumate secondo la distinzione per tipologia di sostanza "primaria" può fornire un contributo nello studio delle principali associazioni che caratterizzano il poliabuso.

Gli utenti in trattamento per uso di oppiacei ricorrono all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 69% dei casi. Se si distinguono i poliassuntori tra coloro che, oltre alla primaria, assumono un'unica sostanza "secondaria" e quelli che ne assumono 2 o più, è possibile osservare che tra i soggetti in trattamento per disturbi correlati all'uso di oppiacei si trovano, come sostanze di associazione preferite, la cocaina (71% nel primo gruppo e 97% nel secondo gruppo), le bevande alcoliche (17% e 47%, rispettivamente) e la cannabis (rispettivamente 8% e 40%).

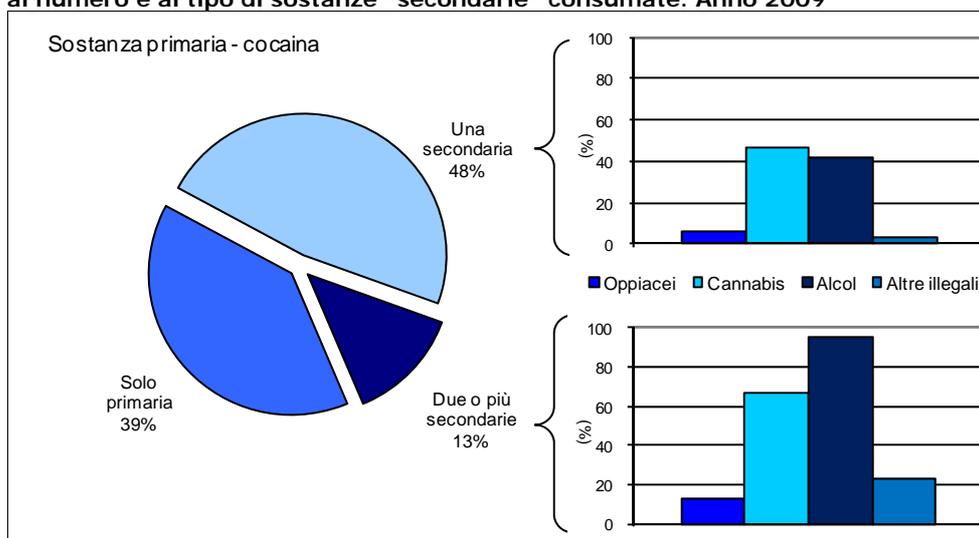
**Figura 5.3: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Si osserva che il 61% dei soggetti cocainomani sono utilizzatori di più di una sostanza e che i poliabusatori prediligono come sostanza concomitante prevalentemente la cannabis (utilizzata dal 46% dei consumatori di una sola secondaria e dal 67% dei consumatori di più sostanze secondarie) e le bevande alcoliche (nel 42% dei soggetti con una sola secondaria e dal 96% dei consumatori di più sostanze secondarie).

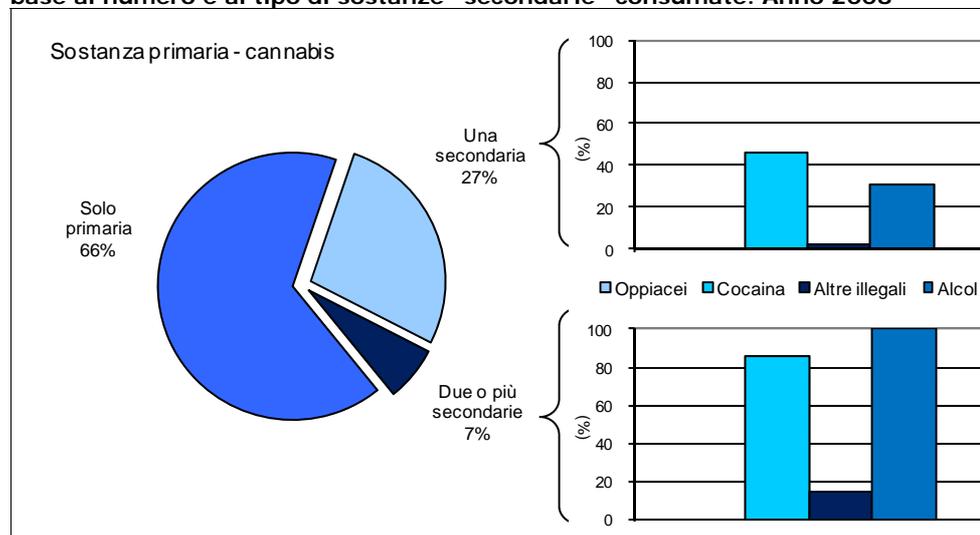
**Figura 5.4: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cocaina in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

I soggetti che hanno richiesto un trattamento per uso di cannabis sono per il 66% utilizzatori di una sola sostanza. La cocaina e le bevande alcoliche sono le sostanze maggiormente associate sia per coloro che utilizzano solo un'altra sostanza (rispettivamente 46% e 30%), che tra i poliassuntori di 3 o più sostanze psicoattive (rispettivamente 86% e 100%).

**Figura 5.5: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cannabis in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008**

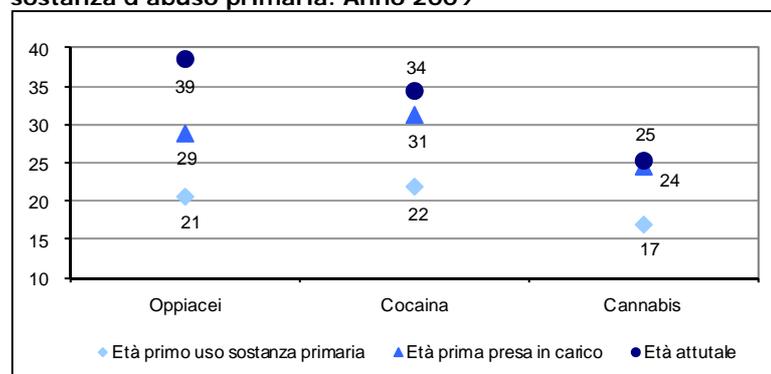


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Nel grafico che segue sono riportati i valori dell'età attuale dei soggetti in trattamento, dell'età di primo uso della sostanza primaria e dell'età di prima presa in carico disaggregati per sostanza d'abuso primaria. Tra i soggetti in carico per abuso di sostanze illegali gli assuntori di oppiacei fanno rilevare un'età attuale maggiore (39 anni) ed entrano in trattamento mediamente a 29 anni. L'età media tra gli utilizzatori di cocaina è pari a 34 anni e scende a 25 anni tra i consumatori di cannabis.

Fra i cocainomani la prima presa in carico avviene mediamente a un'età più avanzata, attorno ai 31 anni, mentre i soggetti che abusano di cannabis entrano in contatto con i servizi a circa 24 anni. Considerando l'età di primo uso della sostanza primaria, risulta pari a 22 anni quando si esamina la cocaina, a 21 anni per gli oppiacei e a 17 anni per la cannabis.

**Figura 5.6: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico presso i SerT, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

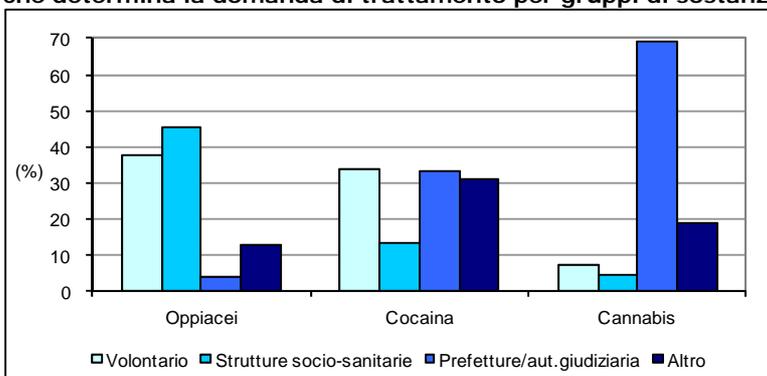
In relazione alla modalità di invio ai servizi, quasi la metà degli utenti in carico risulta in trattamento per scelta volontaria (47%), il 15% è inviato da strutture sociosanitarie quali altri SerT, medici di base, servizi sociali e strutture ospedaliere, il 22% dalle autorità intese come Prefettura, Autorità Giudiziaria e

carcere, l'8% da familiari o amici mentre il rimanente 8% giunge ai servizi attraverso altri canali.

Anche tra i nuovi utenti la scelta volontaria di rivolgersi ai servizi risulta la più frequente (29%), il 22% viene preso in carico a seguito dell'invio da parte di strutture socio-sanitarie, il 29% risulta inviato dalle autorità, il 10% da familiari e amici e il 10% vi è giunto attraverso altri canali.

Tra gli utilizzatori di cannabis la maggior parte dei soggetti si trova in trattamento a seguito di un provvedimento delle autorità (69%), mentre tra gli utilizzatori di oppiacei risulta consistente la quota di utenti giunti per l'invio da parte di strutture socio-sanitarie (45%); infine tra gli utilizzatori di cocaina l'invio da parte delle autorità e la scelta volontaria di rivolgersi ai servizi risultano le più usuali (rispettivamente 33% e 34%).

**Figura 5.7: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti in carico secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza primaria. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza, si evidenziano profili differenti a seconda delle diverse sostanze utilizzate.

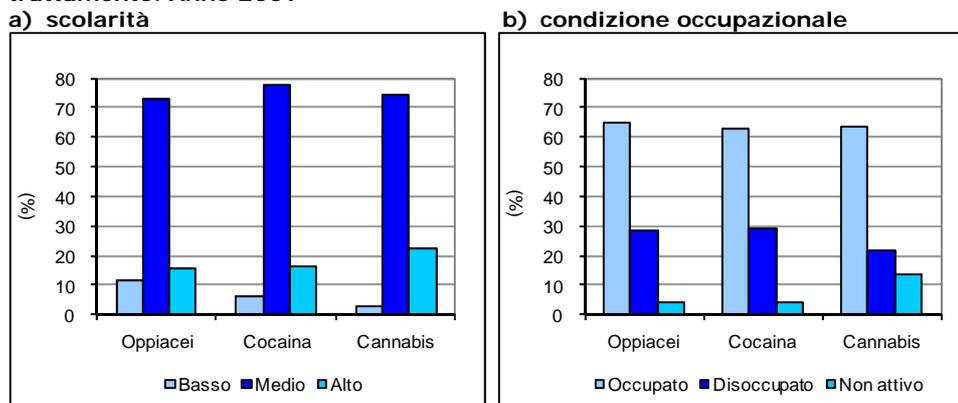
La maggior parte dei soggetti dichiara un livello di istruzione medio (74%), il 9% possiede un livello di istruzione basso ed il 17% ha un livello di istruzione elevato (diploma e laurea).

La distinzione della scolarità in base alla sostanza di abuso primaria evidenzia tra gli utilizzatori di cannabis una quota più elevata di soggetti con un titolo di studio elevato (23%), mentre solo il 3% dichiara di aver ottenuto al massimo la licenza elementare, quota che sale fino al 12% tra i consumatori di oppiacei. Tra gli utilizzatori di cocaina il 16% è costituito da soggetti che hanno conseguito almeno un diploma di scuola media superiore, mentre il 6% dichiara un basso livello di studi.

Per quanto concerne il livello occupazionale, risulta stabilmente occupato il 64% dei soggetti, il 27% si dichiara disoccupato, mentre è economicamente non attivo il 7% dell'utenza.

Tra gli assuntori di cocaina e di oppiacei le distribuzioni percentuali dell'utenza in trattamento sono molto simili riguardo al livello occupazionale, mentre tra i consumatori problematici di cannabis si registrano le quote maggiori di individui economicamente non attivi, prevalentemente studenti (14%) e minori di disoccupati (22%).

**Figura 5.8: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla scolarità ed alla condizione occupazionale, secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2009**

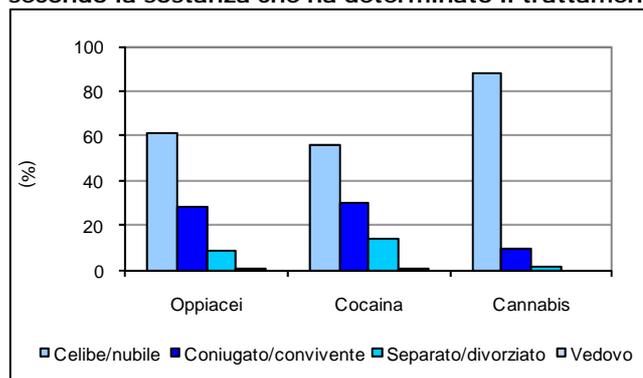


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto riguarda lo stato civile, si rileva innanzitutto che la maggior parte dei soggetti in carico è celibe o nubile (59%), il 29% risulta coniugato o convivente, l'11% è separato o divorziato e un 1% vedovo.

Tra gli utilizzatori di cannabis, (soggetti più giovani), si rilevano in misura maggiore utenti celibi o nubili (88%), mentre lo stesso stato civile si osserva rispettivamente nel 61% degli utilizzatori di oppiacei e nel 56% dei cocainomani. Il 14% dei cocainomani e il 9% degli utilizzatori di oppiacei risultano invece separati o divorziati, maggiori invece le quote dei soggetti coniugati o conviventi (30% e 29% rispettivamente). Tra i soggetti utilizzatori di cannabis i coniugati o conviventi sfiorano il 10%, mentre i separati o divorziati sono il 2%.

**Figura 5.9: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento in base allo stato civile secondo la sostanza che ha determinato il trattamento. Anno 2009**



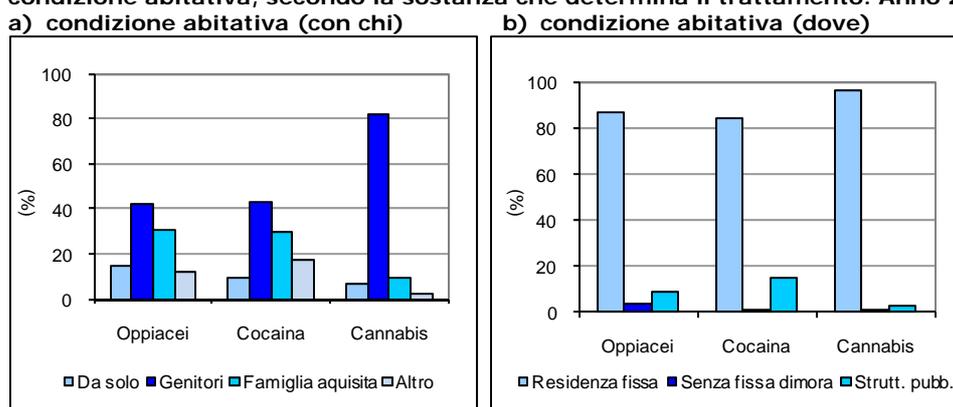
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

In relazione alla condizione coabitativa si rileva che il 45% dei soggetti in carico abita con i genitori, il 12% vive da solo, il 30% con la famiglia acquisita e il 13% con altre persone.

Tra gli assuntori di oppiacei il 30% abita con la famiglia acquisita, il 42% abita con la famiglia d'origine e il 15% vive solo. Anche tra gli utilizzatori di cocaina si rileva una quota consistente di soggetti che dichiara di abitare con i genitori (43%), mentre il 30% abita con la famiglia acquisita e il 10% vive solo. Tra gli utilizzatori di cannabis, data la loro giovane età, la quota di soggetti che abita con i genitori è pari all'82%.

Rispetto al luogo di abitazione l'87% dei soggetti dichiara una residenza fissa, l'11% risiede in una struttura pubblica ed il 2% dichiara di non possedere una dimora fissa. Distinguendo per sostanza d'abuso primaria, si osserva solo una percentuale più elevata di soggetti che risiedono in strutture pubbliche (prevalentemente carcere e comunità) tra gli utenti cocainomani (14%) mentre i soggetti senza fissa dimora sono prevalentemente tra gli eroinomani.

**Figura 5.10: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla condizione abitativa, secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### 5.1.1 Profilo sintetico degli utilizzatori delle diverse sostanze

I risultati dell'adattamento di modelli di regressione logistica<sup>1</sup> (uno per ciascuna sostanza) ci permettono di tracciare un profilo sintetico degli utilizzatori delle diverse sostanze in carico presso i Servizi della ASL Milano 1.

L'utilizzo di oppiacei è associato positivamente al fatto di essere soggetti già noti ai servizi, e che hanno scelto volontariamente di sottoporsi a trattamento. Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche, emerge che si tratta di soggetti che hanno un livello di scolarità basso piuttosto che alto. Interessante sottolineare l'associazione riscontrata relativamente al sesso, dalla quale emerge come sia maggiore tra i pazienti di sesso femminile la presenza di oppiacei come sostanza di abuso primario.

Gli utilizzatori di cocaina sono tipicamente soggetti di sesso maschile, occupati anziché economicamente non attivi, giunti ai Servizi tramite invio delle autorità o da altri canali piuttosto che per scelta volontaria e poliassuntori.

Gli utilizzatori di cannabis sono caratterizzati dall'essere prevalentemente nuovi utenti, utilizzatori di una sola sostanza e arrivati ai Servizi per l'invio da parte delle autorità o di altri canali piuttosto che per scelta volontaria.

<sup>1</sup> Il modello di regressione logistica permette di stimare gli *odds ratio* ed i rispettivi intervalli di confidenza rispetto ad ognuna delle caratteristiche della popolazione; in questo caso l'*odds ratio* indica quanto tale caratteristica sia associata al comportamento in studio. Laddove l'*odds ratio* assuma un valore superiore ad 1 sarà possibile affermare che la caratteristica in esame (rispetto ad un carattere considerato come riferimento) risulta associata in maniera positiva col comportamento in studio e viceversa se l'*odds ratio* risulta negativo. Gli *odds ratio* statisticamente significativi sono contrassegnati da un asterisco.

**Tabella 5.3: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso delle diverse sostanze e alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2009**

	Odds ratio (IC 95%)		
	Oppiacei	Cocaina	Cannabis
Femmine vs. maschi	2,21 (1,49-3,27)*	0,69 (0,48-0,98)*	0,42 (0,13-1,34)
Già in carico vs. nuovi utenti	5,12 (3,48-7,53)*	0,88 (0,67-1,16)	0,47 (0,28-0,80)*
Livello scolarità basso vs. alto	2,26 (1,30-3,95)*	0,73 (0,44-1,20)	0,24 (0,05-1,29)
Livello scolarità medio vs. alto	1,34 (0,93-1,92)	1,17 (0,86-1,59)	0,45 (0,24-0,85)*
Disoccupati vs. occupati	1,18 (0,87-1,60)	1,08 (0,83-1,40)	0,74 (0,40-1,35)
Economicamente non attivi vs. occupati	0,77 (0,42-1,40)	0,57 (0,34-0,95)*	2,02 (0,82-4,95)
Altro vs. occupati	0,80 (0,33-1,90)	1,57 (0,77-3,22)	0,25 (0,03-2,19)
Poliassuntore vs. non poliassuntore	1,26 (0,95-1,65)	1,42 (1,12-1,81)*	0,36 (0,21-0,61)*
Inviato da strutt. socio sanitarie vs. volontario	0,42 (0,28-0,63)*	1,43 (0,97-2,11)	1,78 (0,54-5,89)
Inviato dalle autorità vs. volontario	0,08 (0,05-0,13)*	3,19 (2,35-4,33)*	10,66 (4,74-23,97)*
Invio per altri canali vs. volontario	0,17 (0,12-0,26)*	2,70 (1,95-3,72)*	3,99 (1,60-9,93)*

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

\* valori significativi ( $p < 0,05$ )

## 5.2 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI DI ALCOLOGIA

Nel corso dell'anno 2009 presso i Servizi di Alcologia della ASL Milano 1 sono stati trattati complessivamente 1.188 soggetti, dei quali: 419 presso la sede di Legnano (35%), 407 presso la sede di Limbiate (34%) e 362 in carico al NOA di Abbiategrasso (30%). L'utenza ha avuto un incremento complessivo pari al 19,5% rispetto all'anno precedente.

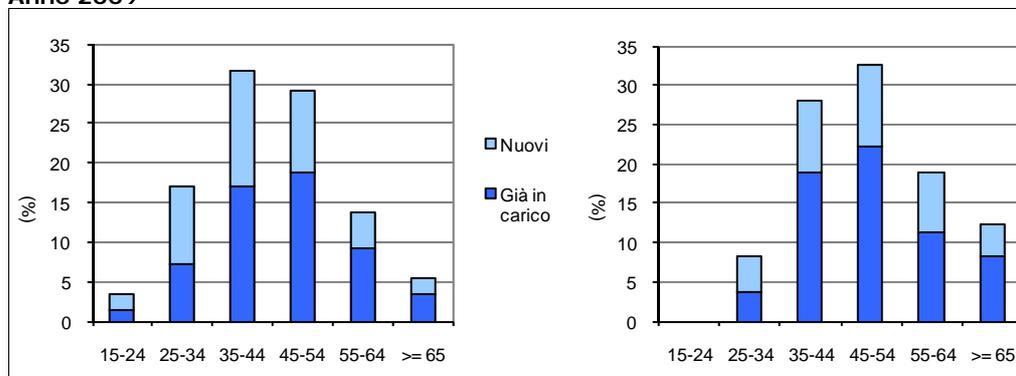
Rispetto alla composizione per sesso, si evidenzia la prevalenza di utenti di sesso maschile (79%), mentre le nuove domande di trattamento risultano pari al 42% dell'utenza, con valori simili nelle tre sedi (Limbiate=41%, Legnano=42% e Abbiategrasso=43%).

L'età media dei soggetti in carico è pari a 45 anni, con i maschi (44 anni) più giovani di 5 anni rispetto alle femmine (49 anni); tra nuovi utenti e soggetti già in carico si rileva una differenza di 4 anni circa (43 e 47 anni rispettivamente).

È evidente come nel collettivo femminile la distribuzione per classe di età sia spostata verso fasce più alte: infatti, il 33% delle femmine (classe modale) ha un'età compresa tra i 45 e i 54 anni, il 28% un'età tra i 35 e i 44 anni, il 19% si concentra nella classe d'età tra 55 e 64 anni e il 12% ha 65 anni ed oltre.

Per il collettivo maschile la classe modale è quella compresa tra i 35 e i 44 anni (dove si concentra il 32% dei soggetti), una percentuale leggermente minore (il 29%) ha un'età compresa tra i 45 e i 54 anni, il 14% un'età tra i 55 e i 64 anni e il 5% più di 64 anni.

**Figura 5.11: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per sesso e classe di età. Anno 2009**

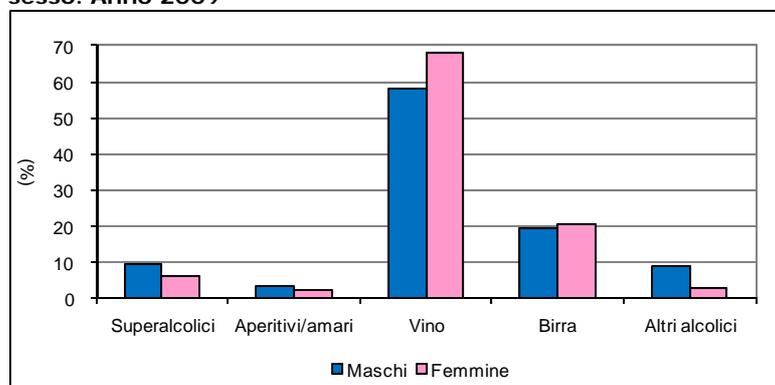


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per il 60% degli utenti la bevanda alcolica d'abuso preferenziale è il vino, mentre per il 20% è la birra. Minore è la percentuale di soggetti che prediligono i superalcolici (9%) e minima quella di chi preferisce aperitivi, amari o digestivi (3%). Il rimanente 8% dichiara un abuso generico di bevande alcoliche, senza preferenza per una bevanda specifica.

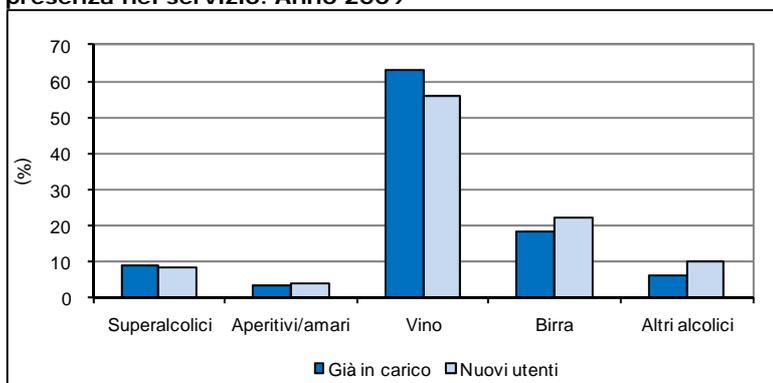
Disaggregando per sesso, emerge una percentuale maggiore di utenti che consumano superalcolici tra i maschi rispetto alle femmine (10% e 6% rispettivamente), mentre tra queste ultime è più frequente l'utilizzo di vino (68% contro il 58% dei maschi).

**Figura 5.12: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per bevanda alcolica d'abuso e sesso. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Si evidenzia, invece, una proporzione maggiore di uso di vino fra i soggetti già in carico (63% contro il 56% tra i nuovi utenti) mentre tra i nuovi ingressi è più frequente il consumo di birra (22% contro il 18% dei soggetti già in carico).

**Figura 5.13: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per bevanda alcolica d'abuso e presenza nel servizio. Anno 2009**

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

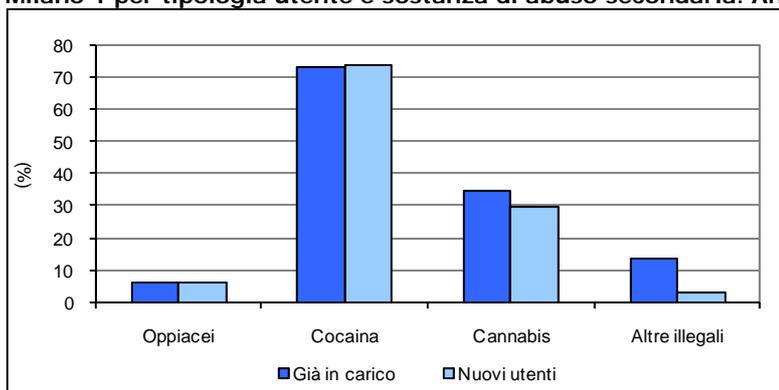
Per il 16% dei soggetti si rileva il concomitante utilizzo di sostanze illegali, il 13% dell'utenza fa uso di una sola sostanza illegale e il 3% degli alcolodipendenti associa più sostanze illegali.

La percentuale di soggetti che associano all'alcol anche sostanze illegali è maggiore tra i maschi (18% contro l'11% delle femmine), mentre è minore nel collettivo dei nuovi utenti (14%) rispetto ai soggetti già in carico (18%).

Rispetto alla tipologia di sostanze illegali utilizzate, si osserva soprattutto l'associazione con cocaina (73%) e con cannabinoidi (33%), e in quote minori con altre sostanze illegali (10%) e con oppiacei (6%).

I soggetti già in carico, rispetto ai nuovi utenti, prediligono l'uso di cannabis come sostanza secondaria (34% contro 29%) e di altre sostanze illegali (13% contro 3%).

Il 43% dei poliassuntori ha un'età compresa tra i 35 e i 44 anni e il 31% tra i 25 e i 34 anni; seguono la classe dei 45-54 anni con il 17%, la classe degli utenti più giovani (15-24 anni) con il 7% ed infine il 2% ha fra i 55 e i 64 anni.

**Figura 5.14: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL Milano 1 per tipologia utente e sostanza di abuso secondaria. Anno 2009**

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

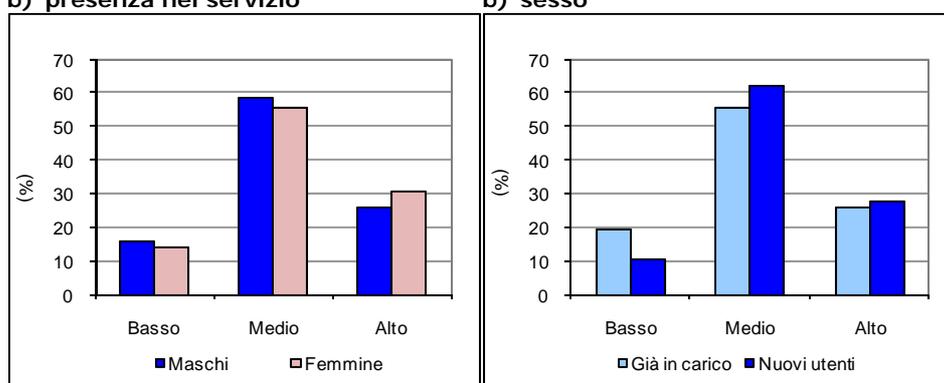
L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza mette in evidenza alcune differenze sia tra i sessi che all'interno dei collettivi dei nuovi utenti e dei soggetti già in carico.

Rispetto al livello di istruzione si osserva che il 58% dei soggetti dichiarano un livello di scolarità medio, il 27% ha un livello di scolarità elevato e il 15% ha invece ottenuto la licenza elementare.

La distribuzione dell'utenza per livello di scolarità e sesso non evidenzia particolari differenze, anche se è leggermente maggiore tra le femmine la percentuale di chi ha un elevato livello di istruzione (30% contro il 26% dei maschi).

Meno omogeneo appare invece il livello di scolarità tra utenti già in carico e nuovi: tra i primi si osserva infatti una percentuale maggiore di soggetti che possiedono un basso livello di scolarità (19% contro il 10% tra i nuovi) e minore di soggetti con un livello di scolarità medio (55% contro il 62% tra i nuovi).

**Figura 5.15: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per livello di scolarità, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**  
 b) presenza nel servizio b) sesso

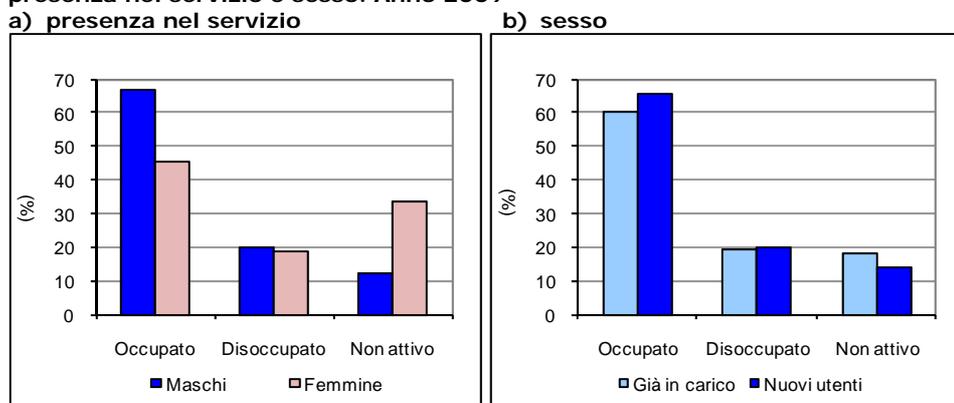


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla condizione occupazionale, si osserva che complessivamente la maggior parte dell'utenza risulta occupata (63%), il 20% dei soggetti si dichiara disoccupato e il 16% è economicamente non attivo; nello specifico il 10,8% sono pensionati, il 3,4% casalinghe, lo 0,4% studenti, l'1,3% invalidi e lo 0,5% cassa integrati. L'1% dichiara un'altra condizione non specificata.

Tra i maschi i soggetti occupati rappresentano il 67% di questo collettivo, il 20% è disoccupato e il 12% economicamente non attivo (10% pensionati e 0,5% studenti). Decisamente differente è la condizione occupazionale delle utenti femmine: il 46% delle femmine risulta occupata, il 19% è disoccupata e un terzo si dichiara economicamente non attiva (34%). Quest'ultima classe è composta per il 17% da casalinghe e per il 15% da pensionate.

Tra i nuovi utenti è maggiore la quota dei soggetti occupati (66% contro il 60% dei soggetti già in carico), mentre è inferiore la percentuale dei non attivi (14% contro il 18% dei soggetti già in carico: tra i nuovi utenti: 9% pensionati, 2% casalinghe, 1% studenti; tra quelli già in carico: 12% pensionati, 4% casalinghe).

**Figura 5.16: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione occupazionale, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**

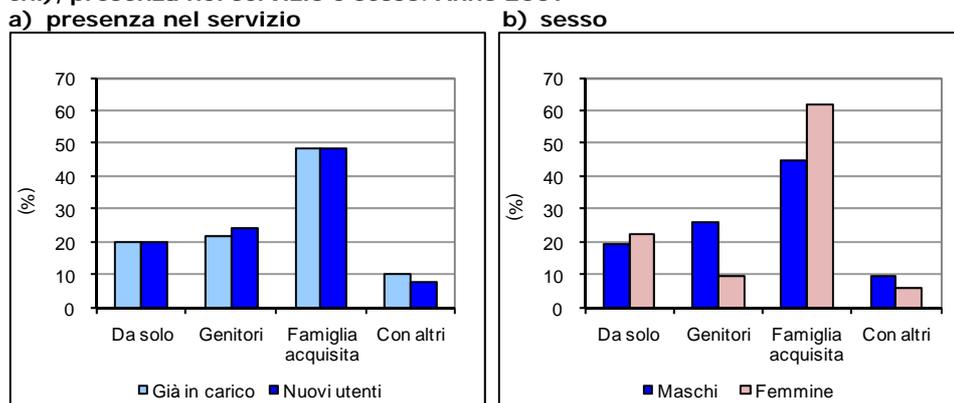
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla condizione coabitativa, il 23% dei soggetti dichiara di vivere con i genitori, il 48% abita con il partner e/o figli, il 20% da solo e il 9% con altre persone.

Nel collettivo femminile, la quota di utenti che abita con partner e/o figli risulta superiore a quella maschile (62% contro il 45% dei maschi), mentre inferiore risulta quella che abita con i genitori (10% contro il 26% dei maschi).

Non si notano invece differenze nella distribuzione della condizione coabitativa tra i nuovi utenti e i soggetti già in carico.

Rispetto al luogo di abitazione il 94% dei soggetti dichiara una residenza fissa, il 4% risiede in una struttura pubblica ed il 2% dichiara di non possedere una dimora fissa.

**Figura 5.17: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione abitativa (con chi), presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**

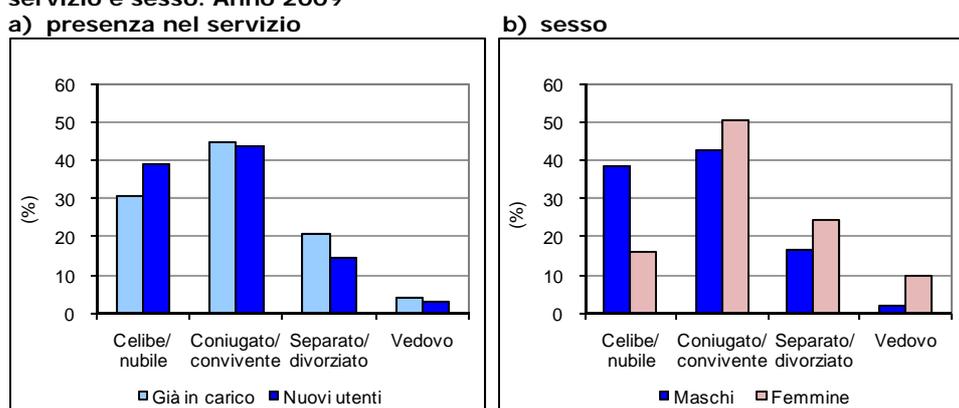
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto concerne lo stato civile, la maggior parte dell'utenza risulta coniugata o convivente (44%), il 34% è celibe/nubile, il 18% è separato o divorziato e il 4% è vedovo.

Tra i maschi è più elevata la quota di utenti celibi (39% contro il 16% delle femmine), mentre tra le femmine è più alta la percentuale di coniugate o conviventi (50% contro il 43% dei maschi), separate (24% contro il 17% dei maschi) e vedove (10% contro il 2% dei maschi).

Tra gli utenti già in carico si rilevano quote superiori di soggetti separati o divorziati (21% contro il 14% dei nuovi utenti) e inferiori di persone celibi (31% contro il 39% dei nuovi utenti).

**Figura 5.18: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per stato civile, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**



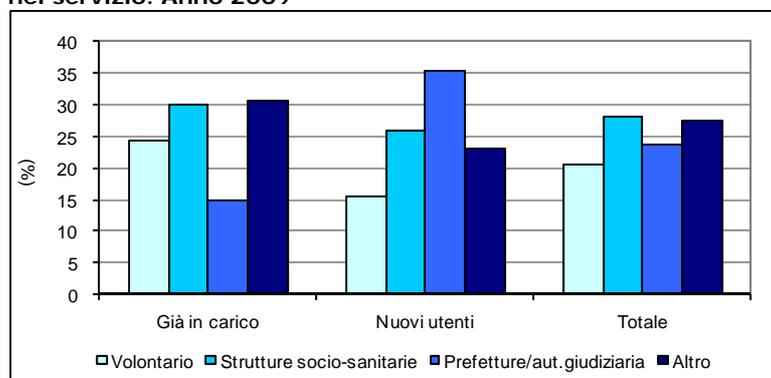
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 28% degli utenti risulta in trattamento a seguito dell'invio da parte di strutture sociosanitarie, quali altri servizi per le dipendenze, medici di base, servizi sociali e strutture ospedaliere, il 21% per scelta volontaria, il 24% risulta inviato dalle autorità (per la maggior parte la Commissione Medica Locale), il 19% da familiari o amici e l'8% è giunto attraverso altri canali.

Tra le utenti femmine risulta maggiore la quota di soggetti inviati da strutture sociosanitarie (40% contro il 25% dei maschi); minore, invece, è il dato relativo alle utenti inviate dalle autorità (7% contro il 27% dei maschi).

La distinzione tra nuovi ingressi e utenti già in carico evidenzia che tra i primi è meno frequente l'accesso volontario ai servizi (16% e 24% rispettivamente) e l'invio da parte di strutture sociosanitarie (26% e 30% rispettivamente), mentre maggiore è il dato relativo ai soggetti giunti per l'invio da parte delle autorità (35% e 15% rispettivamente).

**Figura 5.19: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per canale d'invio e presenza nel servizio. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La presenza di utenti di nazionalità straniera tra i soggetti alcolisti è pari all'1%.

### 5.3 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Nei prossimi due paragrafi vengono analizzate le caratteristiche dei soggetti trattati nelle Comunità Terapeutiche nel corso del 2009.

Nel primo paragrafo vengono descritte le caratteristiche dei soggetti in carico presso le comunità: Cà Nostra, Cascina Contina, Dianova, Irene e Stefano Casati.

Nel paragrafo successivo, invece, sono presi in esame i soggetti in carico presso i servizi territoriali per le dipendenze della ASL Milano 1 e inviati a programma in Comunità.

#### 5.3.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche del territorio della ASL Milano 1

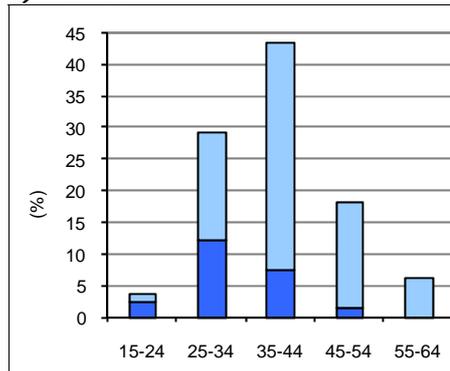
Nel corso dell'anno 2009 i soggetti in trattamento, per problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti o di bevande alcoliche, presso strutture residenziali del Privato Sociale della ASL Milano 1, sono stati 203. Il 69% degli utenti sono maschi ed il 59% sono in carico da anni precedenti.

L'età media dei soggetti in carico è pari a 38 anni, si osserva una differenza di 5 anni tra maschi (39 anni) e femmine (34 anni) e di 2 anni tra utenti nuovi (37 anni) e già in carico da anni precedenti (39 anni).

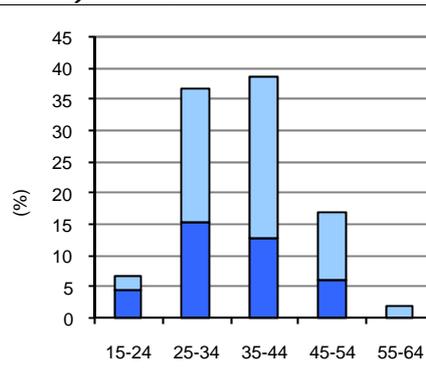
Dalla distribuzione dell'utenza per classi di età si evince che tra i maschi la classe maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 35 e i 44 anni, che racchiude complessivamente il 43% del collettivo (7% di nuovi utenti e 36% dei già in carico); nella classe di età precedente si osserva una quota pari al 29%. Il collettivo femminile presenta una composizione per età diversa, la classe modale è quella dei 35-44 anni (38%) e una quota simile, il 37% dell'utenza, si concentra nella classe precedente.

Figura 5.20: Distribuzione percentuale degli utenti in carico per tipologia di utenza e classi d'età. Anno 2009

a) maschi



b) femmine



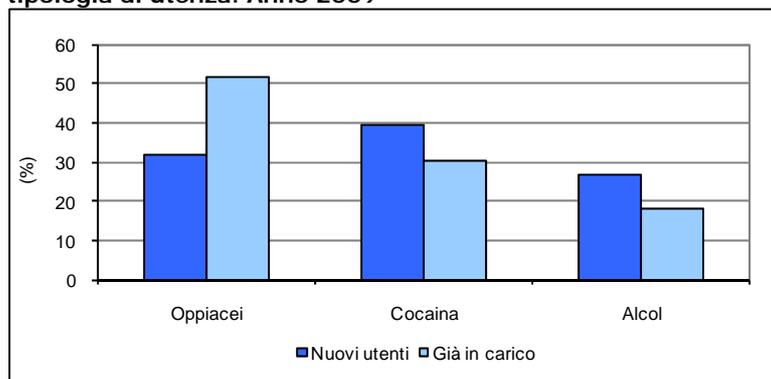
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 40% dell'utenza inserita nelle Comunità Terapeutiche risulta in trattamento per consumo problematico di oppiacei (eroina, metadone, morfina o altri oppiacei), il 36% di cocaina e il 23% di bevande alcoliche. Una minoranza dell'utenza risulta in trattamento per problemi legati all'utilizzo di cannabis (1%).

Tra gli utenti già noti si rileva una quota superiore di soggetti trattati per utilizzo di oppiacei (52% contro 32% dei nuovi utenti), mentre tra l'utenza mai conosciuta prima si osserva una quota superiore di soggetti in trattamento per

uso problematico di cocaina (40% contro 30% dell'utenza già conosciuta) e di alcolici (27% contro 18% dell'utenza già conosciuta).

**Figura 5.21: Distribuzione percentuale degli utenti in carico per sostanza d'uso primaria e tipologia di utenza. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Distinguendo l'utenza anche per genere, nel collettivo femminile si rileva una quota superiore di soggetti in trattamento per uso problematico di oppiacei (45% contro 38% dei maschi). Nel collettivo maschile, invece, si riscontra una quota superiore di soggetti in trattamento per uso di alcolici (27% contro 15% delle femmine).

Tra i soggetti presenti nelle strutture il 68% fa uso di altre sostanze oltre a quella che ha determinato il trattamento; in particolare il 52% dell'utenza complessiva utilizza una sola sostanza secondaria e il 16% ne usa almeno due.

La sostanza d'abuso secondaria più utilizzata è la cannabis, consumata dal 36% degli utenti, seguita dalla cocaina (33%), dagli oppiacei (28%) e dalle bevande alcoliche (20%).

Il comportamento di poliassunzione si mostra sostanzialmente differente tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze: risultano poliabusatori l'83% dei cocainomani, il 66% degli utilizzatori di oppiacei e il 48% degli alcolodipendenti.

**Tabella 5.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i servizi, distinti per numero di sostanze consumate e sostanza di abuso primaria. Anno 2009**

	Sostanza di abuso primaria		
	Oppiacei	Cocaina	Alcol
Utilizzatori di una sola sostanza	33,8	16,9	52,2
Utilizzatori di due sostanze	47,5	59,2	47,8
Utilizzatori di due o più sostanze	18,8	23,9	0,0

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Dall'analisi del comportamento di poliassunzione nei collettivi di utilizzatori delle diverse sostanze si evidenzia che, tra gli utilizzatori di oppiacei, il 68% dei soggetti utilizza anche cocaina, il 32% fa uso anche di cannabinoidi ed il 19% anche di bevande alcoliche. Nel collettivo dei poliassuntori risulta significativo il numero dei cocainomani che prediligono l'associazione con l'eroina (52%), rispetto alla cannabis (41%) o alle bevande alcoliche (29%). I soggetti alcolodipendenti associano alle bevande alcoliche principalmente il consumo di cannabinoidi (32%) e quello di cocaina (32%), mentre percentuali più basse si osservano per l'associazione di oppiacei (23%) e benzodiazepine (9%).

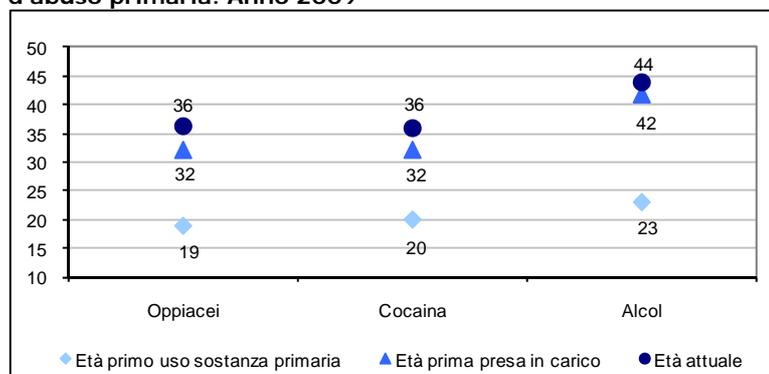
**Tabella 5.5: Distribuzione percentuale dei soggetti poliassuntori distinti per tipo di sostanza primaria d'abuso e sostanze secondarie utilizzate. Anno 2009**

Sostanza secondaria	Sostanza di abuso primaria		
	Oppiacei	Cocaina	Alcol
Oppiacei	0,0	52,5	22,7
Cocaina	67,9	0,0	31,8
Amfetamine	3,8	1,7	0,0
Ecstasy	9,4	8,5	0,0
Benzodiazepine	3,8	1,7	9,1
LSD	3,8	5,1	0,0
Cannabinoidi	32,1	40,7	31,8
Alcol	18,9	28,8	0,0

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Relativamente all'età attuale dei soggetti, risulta che gli utenti che fanno uso di oppiacei e cocaina hanno un'età media pari a 36 anni, mentre sostanzialmente più anziani sono i consumatori di bevande alcoliche, con un'età media di 44 anni. L'età media di prima presa in carico tra gli utilizzatori di oppiacei e di cocaina non presenta differenze, risultando pari a 32 anni, mentre raggiunge i 42 anni tra i consumatori problematici di bevande alcoliche.

L'età di primo uso della sostanza primaria risulta pari a 19 anni per gli oppiacei, a 20 anni per la cocaina e, infine, a 23 anni per gli alcodipendenti.

**Figura 5.22: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2009**

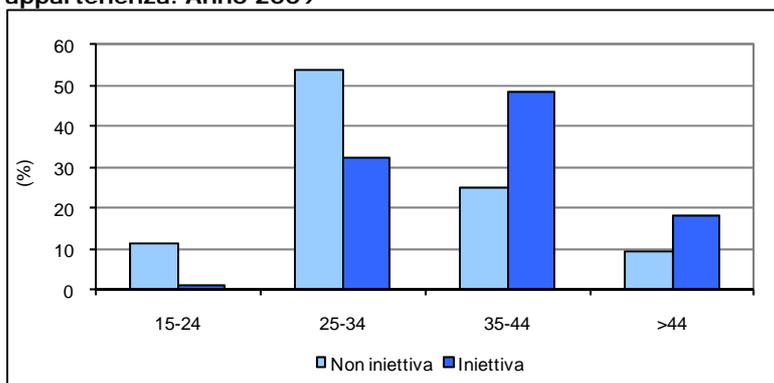
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 47% del collettivo complessivamente analizzato assume la sostanza "primaria" per via iniettiva; tale modalità di assunzione risulta particolarmente diffusa tra gli utilizzatori di oppiacei (77%) mentre è meno frequente tra i consumatori di cocaina, che si attestano al 48%. La parte restante dei cocainomani fa invece uso della sostanza fumandola (28%) o sniffandola (24%).

Se si considerano i soli soggetti in trattamento per problemi legati al consumo di oppiacei o cocaina, si osserva che gli assuntori per via iniettiva sono mediamente più anziani di coloro che utilizzano altre vie di assunzione, con un'età media di 38 anni per i primi e circa 33 anni per i secondi. Dalla distribuzione per classi di età emerge che circa la metà (48%) dei soggetti che utilizzano la sostanza per via iniettiva hanno fra i 35 e i 44 anni, mentre il 54% degli utenti che non utilizzano la via iniettiva hanno un'età compresa tra 25 e 34 anni. Per quanto riguarda il sesso dei soggetti, si osserva una percentuale simile di femmine e

maschi che assumono la sostanza (oppiacei o cocaina) per via iniettiva (rispettivamente 45% e 48%).

**Figura 5.23: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento per oppiacei o cocaina in base alla modalità di assunzione della sostanza primaria ed alla classe di età di appartenenza. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto riguarda il canale di invio, il 98,5% degli ospiti delle Comunità arriva ai Servizi attraverso strutture di tipo socio-sanitario.

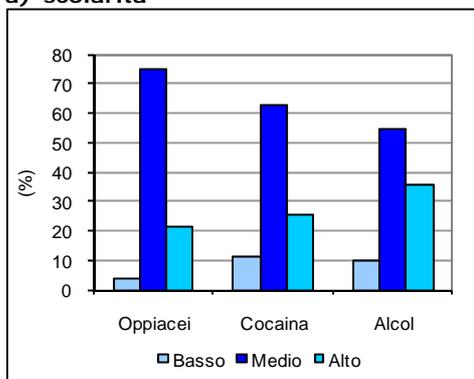
Le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti in Comunità risultano differenti se si distinguono gli utenti in base alla tipologia di sostanza per la quale sono in trattamento.

Il 66% degli utenti ha un livello di istruzione medio, l'8% basso e il rimanente 26% elevato. Tra gli utilizzatori di oppiacei si rilevano maggiori percentuali di utenti con media istruzione (75%), mentre gli alcolisti presentano quote superiori di soggetti con livelli di istruzione alti (36%).

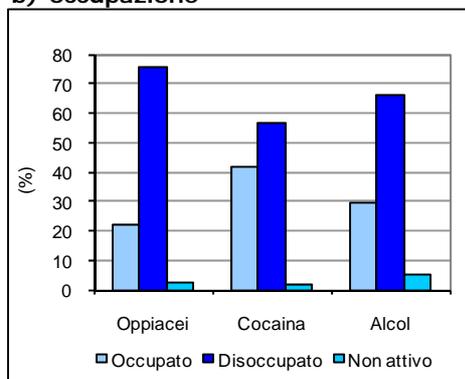
La maggior parte dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche è disoccupato (66%), il 31% è occupato e il 3% risulta economicamente non attivo. Distinguendo per tipologia di sostanza assunta, fra i consumatori di cocaina si riscontra una quota minore di disoccupati (56%) e maggiore di occupati (42%) rispetto a quanto si osserva tra i consumatori di oppiacei e gli alcolisti, mentre una quota maggiore di soggetti non attivi è presente fra gli alcolisti (5%) e di disoccupati fra gli utilizzatori di oppiacei (76%).

**Figura 5.24: Distribuzione percentuale degli utenti in carico in base alla scolarità e alla condizione occupazionale per sostanza d'abuso primaria. Anno 2009**

a) scolarità



b) occupazione

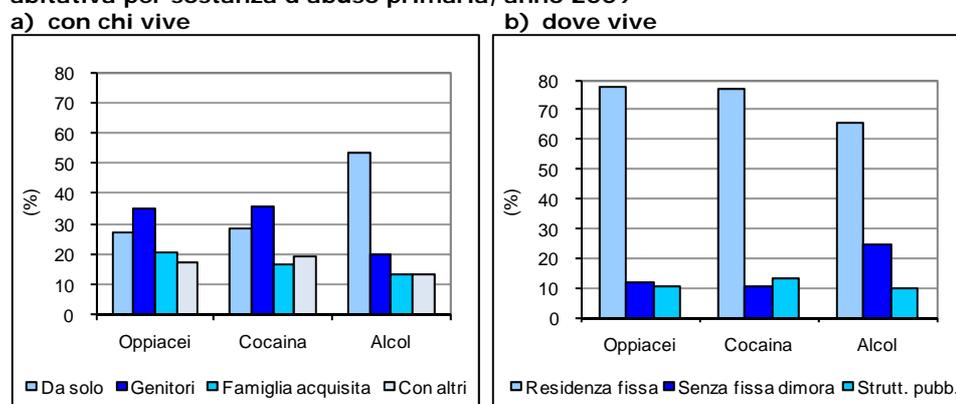


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto riguarda la condizione abitativa, il 34% vive da solo, il 31% abita con i genitori, il 18% con la famiglia costituita e il rimanente 17% abita con altre persone (amici, parenti). Disaggregando per sostanza d'abuso primaria, tra gli alcolisti si registra la quota più elevata di soggetti che vivono da soli (53%) e la percentuale più bassa (20%) di utenti che vivono con i genitori.

La maggior parte degli utenti in carico (75%) ha una residenza fissa, il 14% non ha dimora ed l'11% risiede in strutture pubbliche (carcere, altre Comunità Terapeutiche) ivi compresi i soggetti che risiedono in Comunità Terapeutiche in una situazione contingente legata all'esecuzione del programma terapeutico. Tra gli utilizzatori di bevande alcoliche la percentuale di soggetti che non hanno fissa dimora (24%) risulta più elevata rispetto alle altre tipologie di consumatori.

**Figura 5.25: Distribuzione percentuale degli utenti in carico in base alla condizione abitativa per sostanza d'abuso primaria, anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Gli operatori delle strutture residenziali del territorio della ASL Milano 1 evidenziano alcune considerazioni sulla popolazione afferente alle loro comunità:

- tali soggetti presentano problematiche ad elevata complessità, assenza di supporti parentali ed amicali: inoltre, a volte, vi è una richiesta alla Comunità, da parte dei servizi territoriali, di una regia degli interventi trattamentali e per la gestione di alcune problematiche del soggetto accolto (anagrafiche, sociali, sanitarie);
- l'applicazione della DGR 5509 del 10/10/2007, ha favorito la separazione tra il circuito ambulatoriale e quello residenziale, nel sistema di presa in carico delle persone con problemi di dipendenza; la scelta autonoma dell'offerta residenziale da parte del cittadino a volte si contrappone alla progettazione del servizio ambulatoriale di presa in carico e trattamento.

I contenuti di queste osservazioni, che provengono direttamente da un "lavoro sul campo" aprono importanti ambiti di riflessione che potranno essere oggetto di approfondimento in un prossimo report.

### 5.3.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi Territoriali per le Dipendenze inseriti nelle Comunità Terapeutiche

Nel corso dell'anno 2009 i soggetti in trattamento presso i SerT e i NOA, per problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti o di bevande alcoliche, inseriti in strutture del Privato Sociale corrispondono all'8% dell'utenza totale in carico. Si tratta di 210 soggetti, 18 dei quali sono inseriti nelle strutture residenziali del territorio dell'ASL Milano 1.

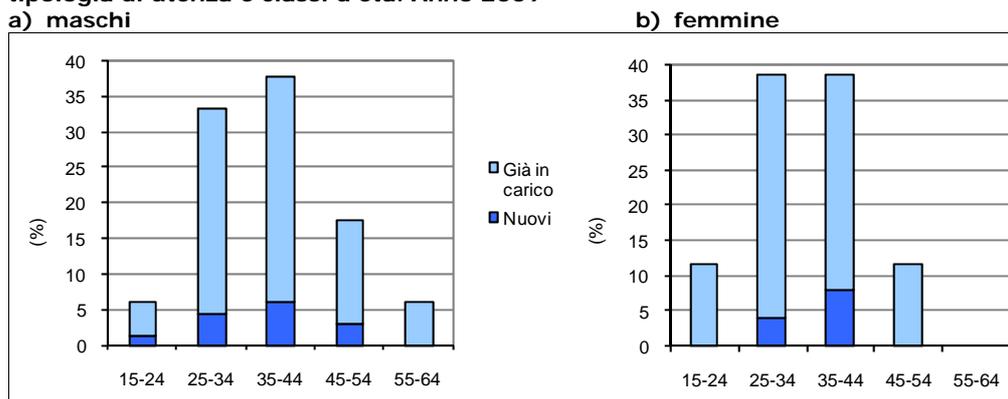
Questi soggetti, come quota parte dell'utenza in carico, sono già stati considerati nei paragrafi relativi ai profili dei soggetti in trattamento presso i SerT e i NOA; qui viene proposta un'analisi specifica di questa sottopopolazione.

L'86% degli utenti inseriti in comunità è di sesso maschile e l'88% è in carico da anni precedenti. In questo collettivo è presente una quota maggiore di persone seguite da tempo dai Servizi; spesso infatti il percorso residenziale è successivo ad una fase, anche protratta, di trattamento ambulatoriale.

L'età media dei soggetti è pari a 37 anni, si osserva una differenza di 2 anni tra maschi (38 anni) e femmine (36 anni) e di 4 anni tra utenti nuovi (34 anni) e già in carico da anni precedenti (38 anni).

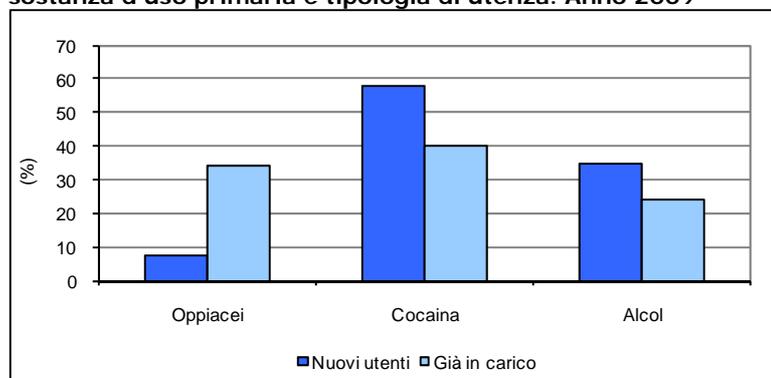
Dalla distribuzione dell'utenza per classi di età, si osserva che tra i maschi la classe maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 35 e i 44 anni, che racchiude complessivamente il 37% del collettivo (6% di nuovi utenti e 31% dei già in carico), mentre nella classe di età tra i 25 e i 34 anni si osserva una quota pari al 33%. Il collettivo femminile presenta una composizione per età per cui le classi modali sono quelle dei 35-44 anni e dei 25-34 anni (38%), mentre nessuna utente ha più di 54 anni.

**Figura 5.26: Distribuzione percentuale degli utenti inseriti in comunità terapeutiche per tipologia di utenza e classi d'età. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 43% dell'utenza inserita nelle comunità terapeutiche risulta in trattamento per consumo problematico di cocaina, il 31% di oppiacei (eroina, metadone, morfina o altri oppiacei) e il 25% fa invece uso di bevande alcoliche. Una minoranza dell'utenza risulta in trattamento per problemi legati all'utilizzo di cannabis (1%). Tra gli utenti già noti si rileva una quota superiore di soggetti trattati per utilizzo di oppiacei (34% contro 8% dei nuovi utenti), mentre tra l'utenza mai conosciuta prima si osserva una quota superiore di soggetti in trattamento per uso problematico di cocaina (58% contro 40% dell'utenza già conosciuta) e di alcolici (35% contro 25% dell'utenza già conosciuta).

**Figura 5.27: Distribuzione percentuale degli utenti inseriti in comunità terapeutiche per sostanza d'uso primaria e tipologia di utenza. Anno 2009**

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Distinguendo l'utenza anche per genere, nel collettivo femminile si rileva una quota superiore di soggetti in trattamento per uso problematico di alcolici (34% contro 24% dei maschi). Nel collettivo maschile, invece, si riscontra una quota superiore di soggetti in trattamento per uso di cocaina (44% contro 35% delle femmine).

Il 55% fa uso di altre sostanze oltre a quella che ha determinato il trattamento: in particolare il 38% dell'utenza complessiva utilizza una sola sostanza secondaria e il 17% ne usa almeno due.

La sostanza d'abuso secondaria più utilizzata è rappresentata dalle bevande alcoliche, consumate dal 42% degli utenti, seguite dalla cannabis (36%), dalla cocaina (31%), dalle benzodiazepine (13%) e dagli oppiacei (8%).

Il comportamento di poliassunzione risulta differente tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze: sono poliabusatori il 62% dei cocainomani, il 55% degli utilizzatori di oppiacei e il 41% degli alcolodipendenti.

**Tabella 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti inseriti in comunità terapeutiche, distinti per numero di sostanze consumate e sostanza di abuso primaria. Anno 2009**

	Sostanza di abuso primaria		
	Oppiacei	Cocaina	Alcol
Utilizzatori di una sola sostanza	44,6	38,2	58,5
Utilizzatori di due sostanze	29,2	44,9	35,8
Utilizzatori di due o più sostanze	26,2	16,9	5,7

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Dall'analisi del comportamento di poliassunzione nei collettivi di utilizzatori delle diverse sostanze, si evidenzia che tra gli utilizzatori di oppiacei il 56% dei soggetti utilizza anche cocaina, il 28% fa uso anche di cannabinoidi ed il 39% di bevande alcoliche. I cocainomani poliassuntori prediligono l'associazione con cannabis (44%) o bevande alcoliche (60%), in quote minori con eroina (13%) e benzodiazepine (9%). I soggetti alcolodipendenti associano alle bevande alcoliche principalmente il consumo di cocaina (68%) e quello di cannabinoidi (32%), mentre percentuali più basse si osservano per l'associazione con oppiacei (4%) e benzodiazepine (9%).

**Tabella 5.7: Distribuzione percentuale dei soggetti poliassuntori distinti per tipo di sostanza primaria d'abuso e sostanze secondarie utilizzate. Anno 2009**

Sostanza secondaria	Sostanza di abuso primaria		
	Oppiacei	Cocaina	Alcol
Oppiacei	0,0	12,7	4,5
Cocaina	55,6	0,0	68,2
Benzodiazepine	22,2	9,1	9,1
Cannabinoidi	27,8	43,6	31,8
Alcol	38,9	60,0	0,0

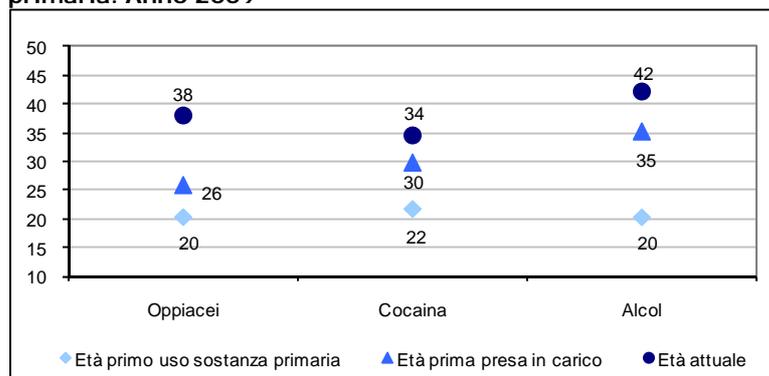
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Relativamente all'età media attuale disaggregata per sostanza d'abuso, si rileva che i soggetti più anziani sono i consumatori di bevande alcoliche (42 anni), seguiti dai consumatori di oppiacei (38 anni) e di cocaina (34 anni).

Per quanto riguarda l'età di prima presa in carico sono i consumatori di oppiacei coloro che per primi si rivolgono ai Servizi (26 anni), seguiti dai soggetti che abusano di cocaina (30 anni) e dagli alcol dipendenti (35 anni).

L'età di primo uso della sostanza primaria risulta pari a 20 anni per gli oppiacei, a 22 anni per la cocaina e infine a 20 anni per gli alcolisti

**Figura 5.28: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2009**

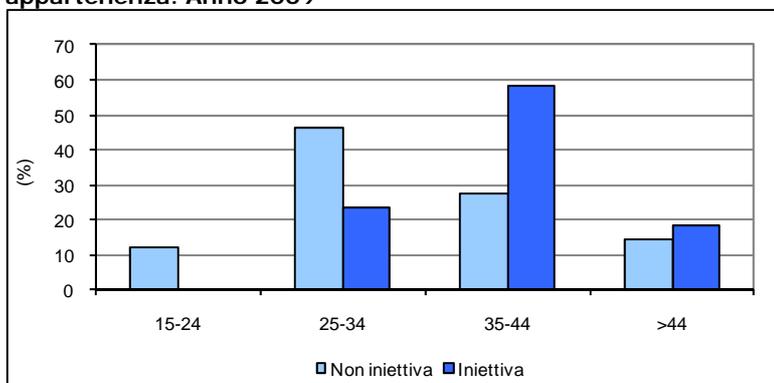


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 26% del collettivo complessivamente analizzato assume la sostanza "primaria" per via iniettiva; tale modalità di assunzione risulta diffusa soprattutto tra gli utilizzatori di oppiacei (78%) mentre è molto meno frequente tra i consumatori di cocaina, che si attestano al 5%. La parte restante dei cocainomani fa invece uso della sostanza per inalazione (30%) o sniffo (65%).

Se si considerano i soli soggetti in trattamento per problemi legati al consumo di oppiacei o cocaina, si osserva che gli assuntori per via iniettiva sono mediamente più anziani di coloro che utilizzano altre vie di assunzione, con un'età media di 40 anni per i primi e circa 34 anni per i secondi. Nella distribuzione per classi di età si osserva che il 58% dei soggetti che utilizzano la sostanza per via iniettiva hanno fra i 35 e i 44 anni, mentre il 46% degli utenti senza pratiche iniettive ha un'età compresa tra 25 e 34 anni. Per quanto riguarda il sesso dei soggetti, si osserva una quota simile di femmine e maschi che assumono la sostanza (oppiacei o cocaina) per via iniettiva (rispettivamente 24% e 26,5%).

**Figura 5.29: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento per oppiacei o cocaina in base alla modalità di assunzione della sostanza primaria ed alla classe di età di appartenenza. Anno 2009**



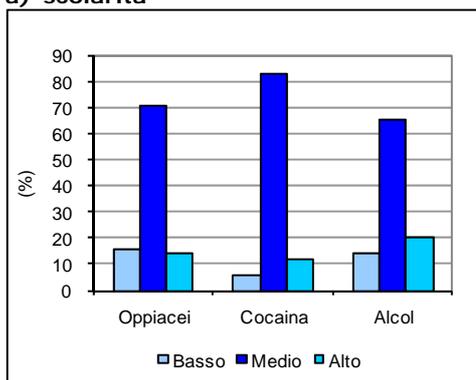
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Analizzando le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti inviati in comunità, in base alla tipologia di sostanza per la quale sono in trattamento, emerge che il 74% degli utenti ha un livello di istruzione medio, l'11% basso e il rimanente 15% elevato. Tra gli utilizzatori di cocaina si rilevano maggiori percentuali di utenti con media istruzione (83%), mentre gli alcolisti presentano quote superiori di soggetti con livelli di istruzione alti (20%).

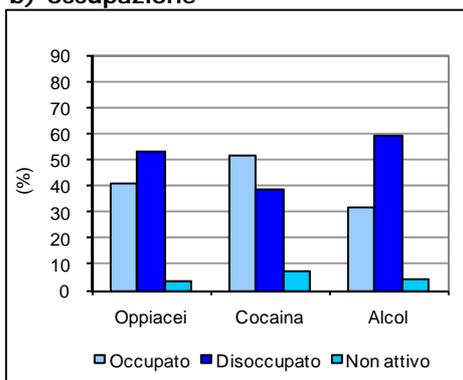
Rispetto alla condizione occupazionale, la maggior parte dei soggetti inseriti in comunità è disoccupato (48%), il 43% è occupato e il 5% risulta economicamente non attivo (il 4% dichiara "altro"). Distinguendo per tipologia di sostanza assunta, fra i consumatori di cocaina si riscontra una quota minore di disoccupati (38%) e maggiore di occupati (51%) e di soggetti non attivi (7%), mentre fra gli alcolisti si osserva una quota maggiore di disoccupati (60%).

**Figura 5.30: Distribuzione percentuale degli utenti inseriti in comunità terapeutiche in base alla scolarità e alla condizione occupazionale per sostanza d'abuso primaria. Anno 2009**

a) scolarità



b) occupazione



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto riguarda la condizione abitativa, la situazione precedente l'inserimento in comunità vedeva il 33% dei soggetti abitare con altre persone (amici e/o parenti), il 32% con i genitori, il 16% con la famiglia costituita e il rimanente 19% vivere da solo. Tra gli alcolisti si registra la quota più elevata di soggetti che vivono con altre persone (49%) e la percentuale più bassa (15%) di chi vive con i genitori.

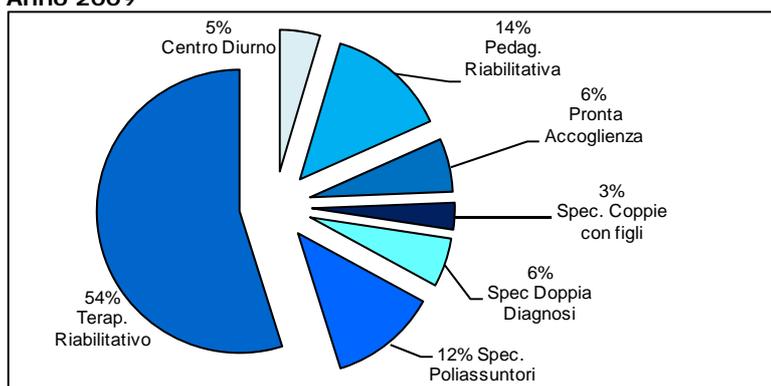


Per quanto riguarda la tipologia di struttura ritenuta idonea per l'inserimento, attraverso specifica certificazione, la maggioranza è rappresentata dal modulo Terapeutico Riabilitativo, seguito dal modulo specialistico per particolari tipologie d'utenza quali la polidipendenza e comorbilità psichiatrica. Il fatto che nel nostro territorio siano presenti in prevalenza strutture accreditate con modulo Pedagogico Riabilitativo può costituire uno dei fattori alla base del numero ridotto di casi seguiti nei nostri SerT e NOA e inseriti in strutture ubicate in questa ASL.

Un altro elemento che favorisce l'inserimento in Comunità Terapeutiche situate al di fuori del territorio della ASL Milano 1 è rappresentato dal fatto che in molti casi il soggetto stesso o i Servizi di riferimento ritengono utile l'allontanamento temporaneo dal territorio di origine.

Nella figura sottostante viene rappresentata la suddivisione dell'utenza in carico ai servizi per le dipendenze SerT e NOA per tipologia di modulo residenziale nell'anno 2009.

**Figura 5.33: Distribuzione percentuale dell'utenza per tipologia di modulo residenziale. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

#### 5.4 CONSUMO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

La pianificazione ai fini della programmazione in un settore complesso come quello delle dipendenze, non può prescindere dall'utilizzo strumenti che consentano di quantificare, in termini di stima, il totale dei soggetti che utilizzano sostanze psicoattive nella popolazione. I tavoli comuni di studio sul fenomeno a cura dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs Addiction, EMCDDA) di Lisbona, hanno condiviso negli anni una definizione di uso problematico così da ottenere valori di stima della prevalenza e dell'incidenza di più gravi pattern di utilizzo di sostanze che fossero confrontabili tra le diverse aree territoriali.

Il consumo problematico di sostanze psicoattive rappresenta il secondo indicatore chiave proposto dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga; tale indicatore si pone come obiettivo quello di andare ad investigare quei pattern di consumo più gravi che possono essere rilevati in maniera parziale dalle indagini campionarie di popolazione. Nel corso degli anni i gruppi di ricerca dell'Osservatorio Europeo hanno condiviso una definizione di

uso problematico di sostanze psicoattive<sup>2</sup> definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto od alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. La stima del cosiddetto sommerso, vista anche la tipologia di informazioni che solitamente viene analizzata e che deriva principalmente dai flussi informativi delle strutture di trattamento specifiche e non specifiche per l'utenza tossicodipendente, può essere interpretata come la stima del totale di quei soggetti che, residenti nell'area in studio, sono eleggibili al trattamento in un determinato periodo di tempo.

Grazie all'informazione a livello analitico rilevata all'interno delle attività di monitoraggio per il territorio della ASL Milano 1, è stato possibile determinare le stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento sia secondo la definizione di uso problematico definita dall'Osservatorio Europeo che per due gruppi specifici di sostanze: gli oppiacei e la cocaina.

Nel 2009, sul territorio della ASL Milano1, per la determinazione della stima del numero di soggetti utilizzatori problematici è stata utilizzata la metodologia di stima denominata Moltiplicatore semplice, applicata ai soggetti in carico residenti nell'area di interesse e ai casi prevalenti determinati attraverso il metodo Cattura/Ricattura dell'annualità precedente.

#### 5.4.1 Gli utilizzatori problematici

Nel 2009, sul territorio della ASL Milano 1, sono stimati poco più di 5.300 utilizzatori problematici corrispondenti ad una prevalenza stimata dell'8,8 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Rispetto alla stima dell'annualità precedente, il valore dell'anno in esame risulta sovrapponibile, mentre si attesta con valori inferiori rispetto alla rilevazione stimata nazionale e regionale, rispettivamente il 9,9 e il 11,8 soggetti ogni mille residenti di età a rischio.

Per quanto riguarda le stime di prevalenza dell'uso problematico di oppiacei, per l'anno 2009, si stimano circa 2.700 utilizzatori per una prevalenza pari a 4,8 soggetti ogni mille residenti.

Nel confronto con l'annualità precedente i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi tendenzialmente al di sotto del valore medio nazionale, pari a 5,5 per mille residenti, mentre risulta superiore rispetto al dato regionale 2009 che fa registrare stime del 4,1 ogni mille residenti.

**Tabella 5.9: Stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Utilizzo problematico, uso problematico di oppiacei, uso problematico di cocaina, Anno 2009**

Sostanza	Casi prevalenti	Prevalenza
	Stima	Stima
Utilizzatori problematici	5.321	8,8
Oppiacei	2.685	4,8
Cocaina	3.049	4,2

<sup>2</sup> Per uso problematico di sostanze è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine.

Considerando l'uso problematico di cocaina, le stime per l'anno 2009, elaborate tramite la metodologia del Moltiplicatore semplice, presentano valori poco superiori ai 3.000 casi prevalenti, corrispondenti a 4,2 soggetti residenti ogni mille.

Rispetto alle stime rilevate nel 2008 i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi al di sotto, sia del valore medio nazionale che di quello regionale, rispettivamente 4,5 e 7,8 soggetti ogni mille residenti.

## 5.5 MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

In analogia a quanto fatto gli anni precedenti viene presentata in questo capitolo l'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza, ritenendolo un approfondimento di particolare importanza in chiave sia di miglioramento della conoscenza del fenomeno sia di supporto per le attività di programmazione degli interventi sul territorio.

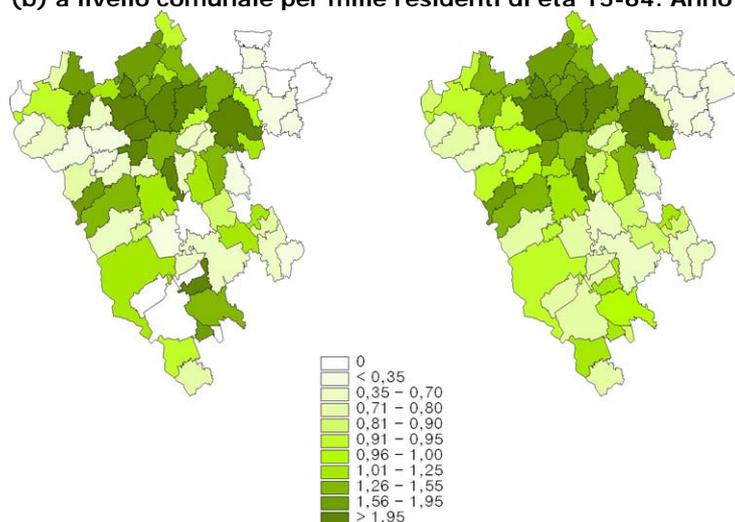
Rispetto agli anni precedenti per l'anno in esame l'analisi è stata eseguita sia per gli utenti tossicodipendenti, considerando la medesima suddivisione in base alla tipologia di sostanza (oppiacei, stimolanti e cannabis), sia per l'utenza alcolodipendenti la cui rilevazione, per l'anno in esame, appare esaustiva su tutto il territorio.

Se per gli utenti tossicodipendenti la popolazione oggetti di analisi è quella dei soggetti residenti di età compresa tra i 15 e i 65 anni, per gli alcolodipendenti si sono invece considerati gli utenti residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni.

### 5.5.1 I consumatori di oppiacei

La Figura 5.34 riporta le mappature delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) relative ai 533 utenti residenti utilizzatori di oppiacei transitati nei servizi della ASL.

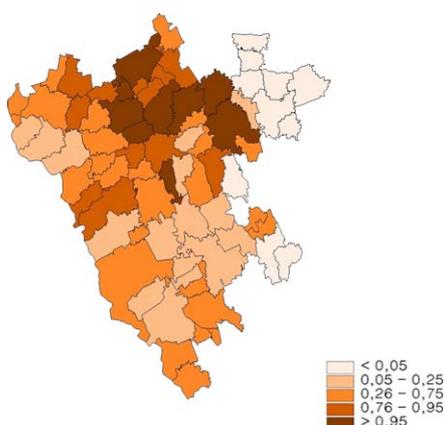
**Figura 5.34: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2009**



Come sembra emergere anche dall'osservazione della mappa che riporta i valori di prevalenza stimati, la mappa delle probabilità a posteriori evidenzia la presenza di un gruppo di comuni nella parte settentrionale del territorio per i quali il valore di prevalenza risulta più elevato e significativamente maggiore rispetto al valore medio della ASL (Legnano, Lainate, Villa Cortese, Parabiago, Nerviano, Busto Garolfo, Rho, Casorezzo e Vittuone).

Principalmente a ridosso di quest'area si concentrano i 12 comuni per i quali il valore di prevalenza si mostra invece maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale.

**Figura 5.35: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2009**



Nell'estremità nord orientale emerge un'area in cui si raggruppano 7 dei 10 comuni per i quali la probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata significativamente minore rispetto al valore di riferimento, gli altri comuni si dispongono lungo la fascia orientale.

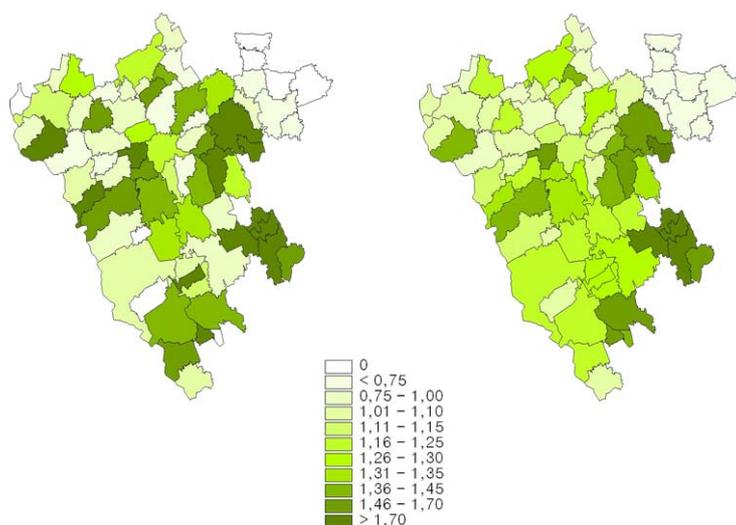
Sono invece sparsi su tutto il territorio i 16 comuni per i quali la prevalenza risulta minore del valore di riferimento in maniera tendenziale.

Anche per i 25 comuni il cui valore di prevalenza risulta allineato al valore medio della ASL non si può evidenziare una collocazione ben delineata sul territorio perché si dispongono in maniera sparsa sul territorio di competenza della ASL.

### 5.5.2 I consumatori di stimolanti

Le mappature dei valori di prevalenza osservati (a) e stimati (b) relativi ai 626 utilizzatori di oppiacei sono riportate rispettivamente in figura 36.

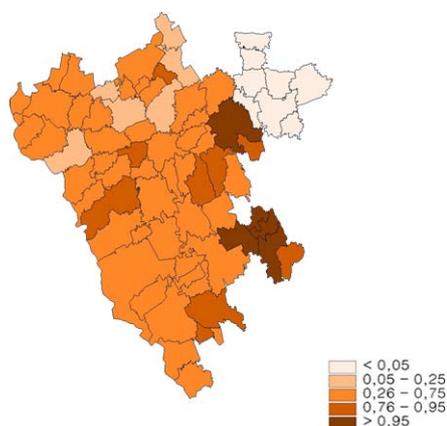
**Figura 5.36: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2009**



Dalla mappatura che riporta i valori di probabilità a posteriori emerge chiaramente come la maggior parte dei comuni che compongono il territorio della ASL, 44 comuni corrispondenti al 61% del totale, fanno rilevare una prevalenza stimata in linea con il valore di riferimento.

Per 5 comuni, uno collocato nella parte nord orientale (Rho) e gli altri raggruppati nell'estremo sud orientale (Trezzano sul Naviglio, Corsico, Cesano Boscone e Buccinasco) la prevalenza di utilizzatori di stimolanti risulta superiore al valore medio della ASL e a questi si aggiungono altri 9 comuni, sparsi sul territorio, per i quali il valore di prevalenza è maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale.

**Figura 5.37: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2009**



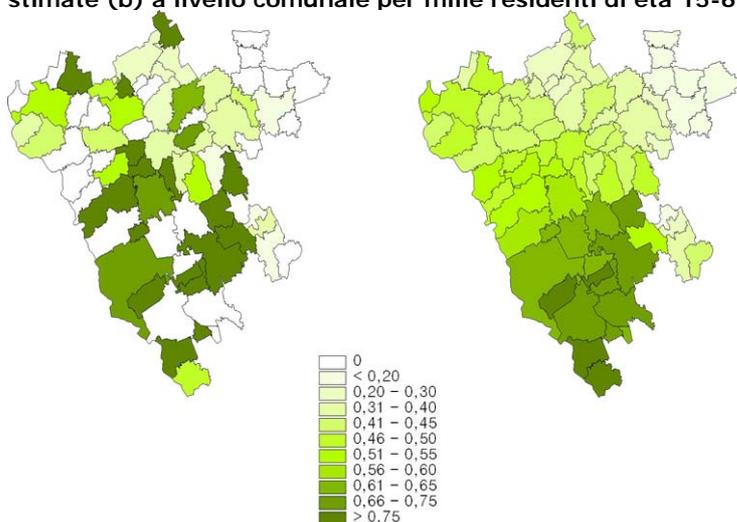
Come per gli utilizzatori di oppiacei emerge la punta nord orientale, quale area in cui si concentrano tutti gli 8 comuni che fanno osservare una prevalenza stimata significativamente inferiore rispetto alla media della ASL.

Nella parte nord occidentale si concentrano invece i 6 comuni la cui prevalenza risulta tendenzialmente minore rispetto la valore di riferimento.

### 5.5.3 I consumatori di cannabinoidi

In figura 38 sono riportate le mappature relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per i 105 utilizzatori di cannabis censiti e residenti nel territorio della ASL.

**Figura 5.38: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2009**

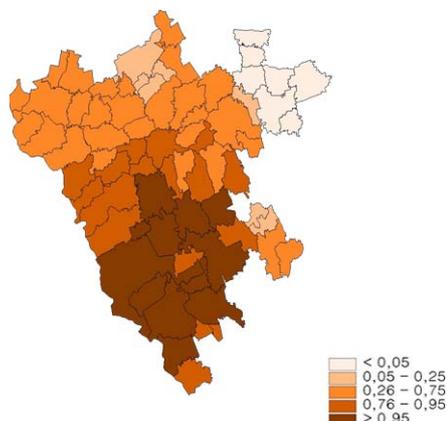


Ben delineata appare la distribuzione spaziale degli utilizzatori di cannabinoidi.

Dalla mappa che riporta i valori delle probabilità a posteriori sembra emergere una suddivisione del territorio della ASL in 3 aree caratterizzate da una diversa connotazione del fenomeno.

La parte centro meridionale è quella in cui il fenomeno appare più intenso rispetto all'andamento generale: nell'estremo meridionale si concentrano infatti i 13 comuni che riportano una prevalenza stimata significativamente maggiore rispetto al valore di riferimento, mentre nella parte centrale si collocano praticamente tutti i 17 comuni per i quali la prevalenza stimata è maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale.

**Figura 5.39: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2009**



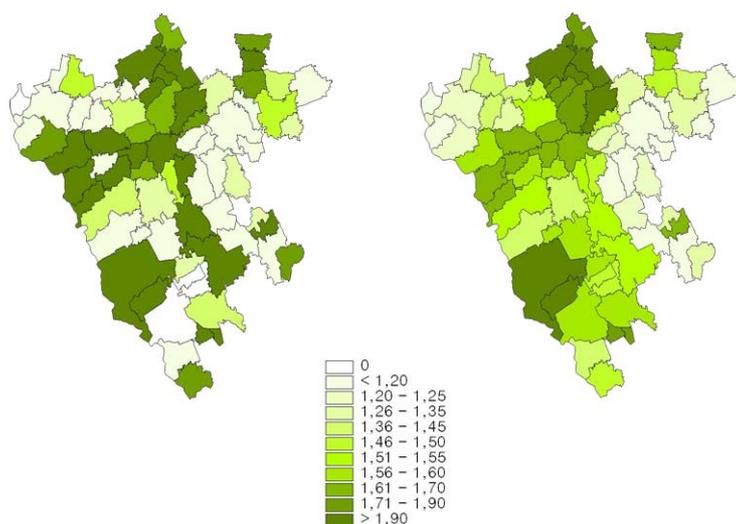
Nella parte settentrionale del territorio, fatta eccezione per la per l'estremità orientale, si concentrano quasi tutti i 28 comuni che mostrano una prevalenza stimata in linea con l'andamento medio della ASL.

Infine nell'estremo orientale si raggruppano i 7 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta significativamente minore rispetto al valore di riferimento.

#### 5.5.4 I soggetti alcoldipendenti

In Figura 5.40 sono riportate le mappature relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per i 959 soggetti alcoldipendenti rilevati nei NOA e residenti nel territorio della ASL.

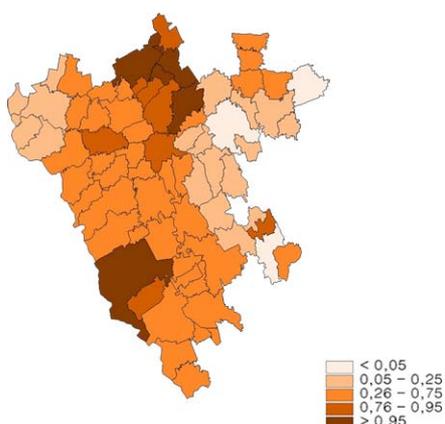
**Figura 5.40: Alcoldipendenti, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-74. Anno 2009**



Anche rispetto all'utenza alcoldipendente la mappa che riporta i valori di probabilità a posteriori evidenzia che per più della metà dei comuni che compongono il territorio il dato relativo alla prevalenza risulta in linea con la media della ASL. Si osservano infatti 38 comuni (corrispondenti al 53% dei comuni che compongono la ASL) collocati prevalentemente nella parte occidentale, per i quali la probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata in linea con il valore di riferimento.

Per 5 comuni, Abbiategrasso, e altri quattro comuni, collocati nella parte nord orientale tra Legnano e Nerviano, la prevalenza stimata risulta significativamente maggiore rispetto al valore di riferimento e a questi si aggiungono 8 comuni, disposti prevalentemente attorno ai precedenti, per i quali il valore di prevalenza risulta maggiore della media della ASL in maniera tendenziale.

**Figura 5.41: Alcoldependenti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2009**



Per 3 comuni, Paderno Dugnano, Rho e Buccinasco la prevalenza stimata risulta significativamente minore rispetto al valore di riferimento; a questi si aggiungono 18 comuni per i quali la prevalenza stimata è minore del valore di riferimento in maniera tendenziale. Questi si concentrano lungo la fascia orientale tra Novate Milanese e Cesano Boscone e nell'estremità nord occidentale.

### Conclusioni

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza evidenzia innanzitutto una dislocazione dell'utenza sul territorio differente in relazione alla diversa tipologia di utilizzatori.

Nello specifico, si rileva che per gli utilizzatori di oppiacei, nell'area settentrionale del territorio tra Rho e Legnano si concentrano i comuni per i quali la prevalenza di utilizzatori risulta maggiore, in maniera significativa o tendenziale rispetto al riferimento.

Rispetto agli utilizzatori di stimolanti si rileva invece che il fenomeno risulta allineato con l'andamento medio provinciale in quasi tutto il territorio, fanno eccezione pochi comuni, collocati prevalentemente lungo la fascia orientale, per i quali la prevalenza stimata risulta significativamente o tendenzialmente maggiore rispetto al valore di riferimento.

Ben delineata risulta la distribuzione spaziale che emerge per gli utilizzatori di cannabinoidi che evidenzia come in tutta la punta meridionale il fenomeno assuma un'intensità significativamente maggiore rispetto al dato medio nella ASL e nella parte centrale invece i comuni fanno osservare una prevalenza stimata tendenzialmente maggiore rispetto al valore di riferimento.

Per tutti gli utilizzatori di illegali sembra emergere che nell'estremità nord orientale del territorio, tra Novate Milanese e Solaro il fenomeno risulta di intensità inferiore rispetto all'andamento generale poiché si concentrano in quest'area i comuni la cui prevalenza stimata risulta significativamente inferiore rispetto al valore di riferimento.

Rispetto all'utenza alcoldipendente si osserva invece come la distribuzione spaziale dell'utenza risenta in maniera "forte" determinata dalla presenza di servizi dedicati alla cura di questa tipologia di utenza, si osserva infatti come la prevalenza stimata si mostri maggiore, in maniera significativa o tendenziale rispetto al valore di riferimento, proprio nelle aree in cui sono presenti i NOA.

Rispetto all'anno precedente emerge, per gli utilizzatori di illegali, un cambiamento dell'andamento del fenomeno nell'area nord orientale, caratterizzata quest'anno da comuni in cui il fenomeno appare significativamente minore rispetto al dato generale. Questa diversità può essere giustificato alla luce del cambiamento del territorio di competenza della ASL.

### 5.6 ANALISI DEI TEMPI DI LATENZA

Con la seguente analisi si valutano gli effetti che possono avere alcune variabili quali il sesso, il titolo di studio, l'età di primo utilizzo della sostanza, la condizione occupazionale ed abitativa, sulla lunghezza "dell'intervallo di tempo", altrimenti definito "tempo di latenza", che intercorre tra il primo utilizzo di oppiacei o cocaina e la prima richiesta di aiuto ad un servizio per le dipendenze. Tale misura costituisce un buon indicatore epidemiologico della capacità attrattiva e della rapidità di attivazione di un primo trattamento da parte dei servizi nei confronti di persone con problematiche legate all'uso di sostanze.

Le variabili considerate sono state suddivise nelle seguenti modalità: l'età al primo uso della sostanza in " $\leq 20$  anni" e " $\geq 21$  anni", la condizione occupazionale in "non lavora", "lavora", quella abitativa "con i genitori" e "altro"<sup>1</sup>, e il titolo di studio nelle due categorie "fino all'obbligo"<sup>2</sup> e "oltre l'obbligo".

La metodologia impiegata è l'Analisi della Sopravvivenza che ha quale obiettivo principale quello di studiare la distribuzione del tempo di accadimento di un certo evento all'interno di una popolazione eterogenea e di analizzare la dipendenza di questo dalle caratteristiche che descrivono tale eterogeneità, permettendo di stimare la probabilità che un evento si verifichi dopo un certo tempo trascorso a partire da un preciso momento: in particolare l'effetto che le variabili, sopra menzionate, hanno sul "rischio" (cioè sulla probabilità) di richiedere per la prima volta un trattamento legato all'uso di sostanze stupefacenti, è stato studiato attraverso l'utilizzo del modello di regressione di Weibull.

---

<sup>1</sup> per "altro" si intende "da solo" o con la "famiglia acquisita".

<sup>2</sup> comprende tutti i livelli di scolarità maturati fino alla licenza media inferiore inclusa.

Nello specifico sono stati analizzati due gruppi di pazienti in trattamento, nel corso dell'anno 2009, presso i servizi per le tossicodipendenti (SerT) della ASL Milano 1, per consumo di oppiacei e cocaina.

I due gruppi in oggetto sono costituiti rispettivamente per l'83% e 90% da uomini, il livello di istruzione maturato è in circa l'84% e 84% dei casi la scuola media inferiore o elementare, il 66% e 65% risulta occupato stabilmente o saltuariamente e quasi il 42% e 43% ha dichiarato di vivere con i genitori.

Tali pazienti hanno iniziato ad usare rispettivamente oppiacei e cocaina mediamente all'età di poco più che 20 anni (tale età presenta una deviazione standard di 4 anni) e quasi 22 anni (tale età presenta una deviazione standard pari a poco più che 6 anni); il 50% di questi, inoltre, aveva meno 20 anni (età rilevata per entrambe le sostanze) la prima volta che ha fatto uso delle sostanze. L'età media alla quale risulta avvenuta la prima richiesta di trattamento al SerT è, sempre rispettivamente per le due sostanze, quasi 29 anni (deviazione standard di 8 anni) e poco più che 31 anni (deviazione standard di quasi 9 anni); il 50% ha richiesto il primo trattamento tra i 18 e i 26 (oppiacei) anni ed i 17 e i 30 (cocaina). Le analisi condotte evidenziano che l'ingresso in trattamento è avvenuto mediamente 8 e poco più di 9 anni dopo aver iniziato ad utilizzare, rispettivamente, oppiacei e cocaina.

Per valutare l'effetto delle variabili considerate sulla probabilità di entrare più o meno precocemente in trattamento, è stato utilizzato il modello di regressione di Weibull<sup>3</sup>, di cui in Tabella 5.9 si riportano i risultati<sup>4</sup>: ad esempio, per coloro che hanno iniziato a far uso della sostanza a "21 anni o più", il rapporto dei rischi è risultato pari a 1,2 e 1,5 rispettivamente per i due gruppi di pazienti in trattamento per consumo di oppiacei e cocaina; ciò significa che gli over 21enni, hanno una probabilità di richiedere un trattamento più precocemente che è del 20% in più per i primi (HR=1,2) e del 50% in più (HR=1,5) tra i secondi; ne deriva, pertanto, che il loro tempo di latenza è più corto rispetto a quelli che hanno iniziato ad utilizzare le sostanze da più giovani<sup>5</sup>.

In particolare si rileva che, per entrambi i gruppi in trattamento per consumo di oppiacei e cocaina, chi ha iniziato a far uso della sostanza un po' più avanti negli anni, coloro che vivono con i genitori e le donne hanno più probabilità di richiedere più precocemente il primo trattamento (HR>1) rispetto ai chi ha iniziato a far uso della sostanza un po' più indietro negli anni, a chi non vive con i genitori e ai maschi.

Per quanto attiene invece le altre variabili inserite nei modelli non si evidenziano effetti significativi dal punto di vista statistico per entrambi i gruppi considerati (si osserva infatti che gli intervalli di confidenza contengono il valore 1).

---

<sup>3</sup> L'analisi delle curve di sopravvivenza ha suggerito una tempo dipendenza di alcune variabili; è per tale motivo che è stato utilizzato il modello di Weibull.

<sup>4</sup> Nella colonna "Rapporto dei rischi" è riportato il rapporto tra il "rischio" (quindi la probabilità) di entrare in trattamento che ha la categoria di interesse, rispetto ad un'altra scelta come riferimento (indicata in tabella 1 con un asterisco). Valori maggiori dell'unità identificano un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa. Se consideriamo ad esempio l' "Età al primo uso" è stata scelta come categoria di riferimento "20 aa. o meno".

<sup>5</sup> Nell'ultima colonna, inoltre, è riportato l'intervallo di confidenza del rapporto dei rischi: per quanto attiene, ad esempio, la variabile "Età al primo uso" si osserva che l'intervallo di confidenza non comprende il valore 1, pertanto, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa.

Tabella 5.9: Risultati dei modelli Weibull

		Rapporto dei rischi (HR)	IC	
OPPIACEI	Genere	Maschio *		
		Femmina	1,4†	1,1 – 1,8
	Età al primo uso	20 aa. o meno*		
		21 aa. o più	1,2 †	1,1 – 1,5
	Titolo di studio	Fino all'obbligo *		
		Oltre l'obbligo	0,9	0,7 – 1,2
	Occupazione	Non lavora *		
Lavora		1,2	0,9 – 1,4	
Condizione abitativa	Altro *			
	Con i genitori	1,3†	1,1 – 1,6	
COCAINA	Genere	Maschio *		
		Femmina	1,4†	1,1 – 1,9
	Età al primo uso	20 aa. o meno*		
		21 aa. o più	1,5†	1,3 – 1,8
	Titolo di studio	Fino all'obbligo *		
		Oltre l'obbligo	1,2	0,9– 1,5
	Occupazione	Non lavora *		
Lavora		0,9	0,7 – 1,1	
Condizione abitativa	Altro *			
	Con i genitori	1,7†	1,4 – 2,0	

\* Categoria di riferimento

† Valori statisticamente significativi



## **6. TRATTAMENTI ED INTERVENTI**

---

### **6.1 Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistiti e non farmacologicamente assistiti**

- 6.1.1 Trattamenti droga correlati tra i soggetti in carico nel corso del 2009 presso i SerT della ASL Milano 1
- 6.1.2 Trattamenti alcol correlati tra i soggetti in carico nel corso del 2009 presso i NOA della ASL Milano 1
- 6.1.3 Trattamenti alcol droga correlati tra i soggetti in carico nel corso del 2009 presso le Comunità Terapeutiche del territorio della ASL Milano 1

### **6.2 Interventi specifici**

- 6.2.1 Interventi per giocatori d'azzardo patologici
- 6.2.2 L'attività di gruppo nei servizi per le dipendenze della ASL Milano 1

### **6.3 Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi**

- 6.3.1 Unità Mobile Giovani - Evoluzione dal 2007 al 2010



## **6.1 TRATTAMENTI DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/RIABILITATIVI FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI E NON FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI**

### **6.1.1 Trattamenti droga correlati tra i soggetti in carico nel corso del 2009 presso i SerT della ASL Milano 1**

Nel corso del 2009 sono stati erogati mediamente 1,5 trattamenti per ogni utente tossicodipendente in carico. La maggior parte dei soggetti ha effettuato nel corso dell'anno un unico trattamento (64%), il 26% dei soggetti ne ha seguiti 2, l'8% 3, mentre per il rimanente 2% dell'utenza sono stati effettuati 4 o più trattamenti.

Anche se ogni Servizio esprime una propria specificità operativa, l'analisi seguente va ad identificare le principali dimensioni trattamentali:

Trattamento psicosocioeducativo, a cui sottendono terapie quali l'intervento socio-educativo, psicoterapie individuali e di gruppo, attività di gruppo, interventi di servizio sociale, sostegno psicologico e il monitoraggio

Trattamento Farmacologico integrato, dove sono prevalenti le terapie farmacologiche sostitutive.

In relazione alla fase trattamentale dell'utente, le due tipologie di trattamento possono essere connotate dalla prevalenza di azioni diagnostiche, trattamentali o riabilitative e si configurano sempre come multidisciplinari.

I trattamenti non farmacologici prevedono sempre una valutazione medica iniziale ed in itinere una sorveglianza clinica, caratterizzata anche dalla ricerca dei metaboliti urinari delle sostanze stupefacenti.

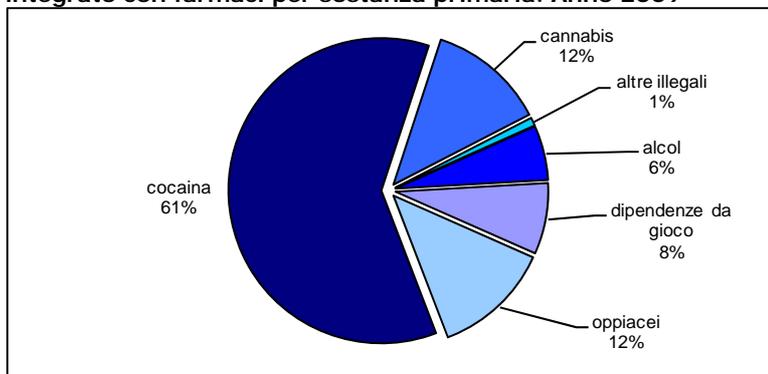
Poco meno della metà dell'utenza viene sottoposta a trattamenti esclusivamente psicosocioeducativi (46%), mentre la metà dei soggetti si sottopongono a trattamenti farmacologici integrati (50%). Il rimanente 4% riceve altri trattamenti.

Di seguito vengono analizzate le due tipologie di trattamento: dall'analisi emergono differenze significative tra i due collettivi.

#### **Trattamento psicosocioeducativo**

I soggetti che hanno ricevuto esclusivamente trattamenti di tipo psicosocioeducativo sono per l'89% maschi e per il 65% soggetti già in carico da anni precedenti; la maggior parte (61%) sono utilizzatori di cocaina, il 12% di oppiacei e il 12% di cannabis, mentre la rimanente parte di questo collettivo utilizza bevande alcoliche (6%) oppure è in carico per dipendenze da gioco (8%). Inoltre, un terzo di questi soggetti è giunto ai servizi volontariamente (33%).

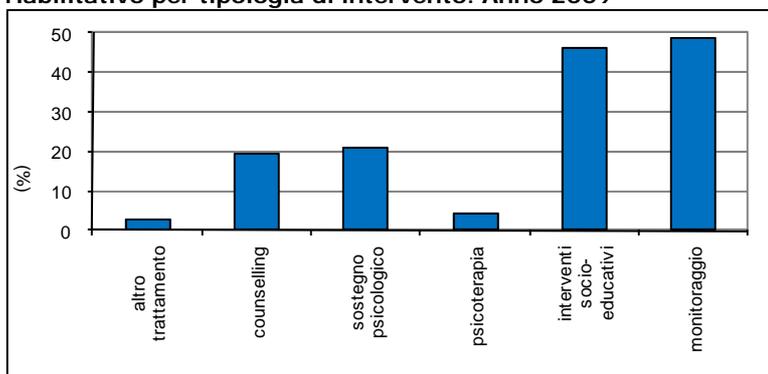
**Figura 6.1: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo non integrato con farmaci per sostanza primaria. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto riguarda lo specifico degli interventi svolti a favore di questo collettivo, poco meno della metà dei soggetti è stata sottoposta a monitoraggio (49%) e a interventi socioeducativi (46%); al 19% dell'utenza sono stati erogati interventi di counselling e il 21% dei soggetti ha seguito interventi di sostegno psicologico.

**Figura 6.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo riabilitativo per tipologia di intervento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla sostanza primaria, emerge una distribuzione differente tra le tipologie di interventi rivolti agli utilizzatori di oppiacei, cocaina e cannabis.

La maggior parte dei soggetti in carico che fa uso di cannabis riceve, nel corso dell'anno, interventi socioeducativi (58%) e di monitoraggio (48%), counselling (19%) e interventi di sostegno psicologico (9%).

Due terzi degli utilizzatori di oppiacei (66%) è stato sottoposto a interventi di monitoraggio e una quota consistente (35%) ad interventi socioeducativi, mentre una percentuale minore di questi utenti ha effettuato trattamenti di sostegno psicologico (14%) e counselling (8%).

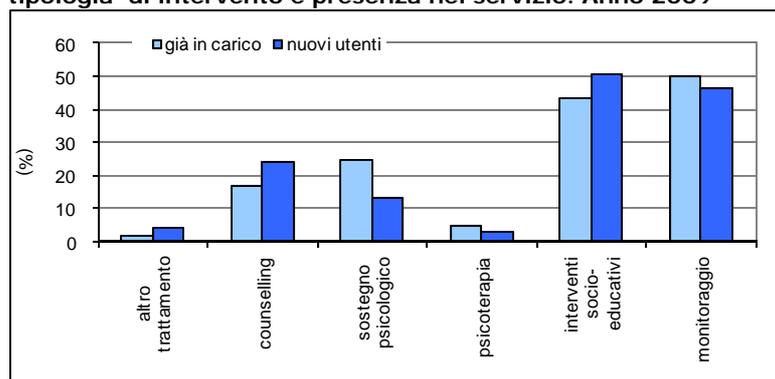
Tra i soggetti cocainomani la maggior parte dei trattamenti rilevati si riferisce a interventi socioeducativi (44%) e di monitoraggio (46%), seguiti dagli interventi di sostegno psicologico (27%) e di counselling (20%); tra le altre tipologie di trattamenti, il 7% dei soggetti risulta sottoposto a psicoterapia e il 3% ha seguito altri trattamenti.

**Tabella 6.1: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in psicosocioeducativo per tipologia di intervento e sostanza di abuso primaria. Anno 2009**

	Oppiacei	Cocaina	Cannabis	Alcol e dipendenze da gioco
Altro trattamento	1,2	3,4	1,2	0,0
Counselling	8,1	20,1	18,8	23,9
Sostegno psicologico	14,0	27,6	9,4	9,8
Psicoterapia	0,0	7,2	0,0	1,1
Interventi socioeducativi	34,9	43,8	57,6	57,6
Monitoraggio	66,3	46,0	48,2	46,7

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Distinguendo le differenti tipologie di intervento tra nuovi utenti e soggetti già in carico, si osserva tra i nuovi utenti una percentuale maggiore di soggetti sottoposti a counselling (24% contro 17% dei già conosciuti) e a interventi socioeducativi (51% contro 43% dei già conosciuti), mentre risulta più bassa la percentuale di soggetti sottoposti a monitoraggio (46% contro 50% dei già conosciuti), e sostegno psicologico (13% contro 25% dei già conosciuti).

**Figura 6.3: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo per tipologia di intervento e presenza nel servizio. Anno 2009**

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per approfondire l'attività svolta all'interno dei servizi, sono state analizzate le tipologie di intervento in relazione alla sostanza di abuso primaria e al momento di ingresso all'interno dei servizi.

Fra gli utilizzatori di oppiacei, i nuovi utenti ricevono in misura maggiore interventi di monitoraggio (69% contro il 66% dei soggetti già in carico), mentre gli interventi socioeducativi risultano rivolti in misura maggiore agli utenti già in carico (36% contro il 31% dei nuovi utenti).

Fra gli utilizzatori di cocaina, i nuovi utenti presentano quote più elevate di interventi socioeducativi (48% contro il 42% dei soggetti già in carico) e di counselling (24% contro il 18% dei soggetti già in carico), a fronte di percentuali più basse di interventi di sostegno psicologico (17% contro il 32% dei soggetti già in carico).

Tra gli utilizzatori di cannabis, gli interventi socioeducativi sono rivolti principalmente agli utenti al primo ingresso al servizio (61% contro 51% tra i soggetti già in carico), mentre il proseguimento del percorso terapeutico risulta caratterizzato dagli interventi di monitoraggio (54% contro il 44% tra i nuovi utenti).

**Tabella 6.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento psicosocioeducativo per tipologia di intervento e sostanza di abuso primaria. Anno 2009**

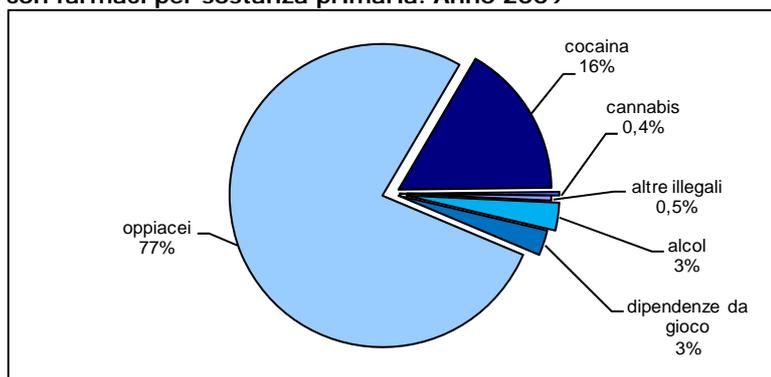
	Oppiacei		Cocaina		Cannabis		Alcol e dipendenze da gioco	
	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti	Già in carico	Nuovi utenti
Altro trattamento	1,4	0,0	2,4	5,5	0,0	1,9	0,0	0,0
Counselling	8,2	7,7	18,3	24,2	18,2	19,2	16,0	33,3
Sostegno psicologico	13,7	15,4	32,2	17,2	9,1	9,6	14,0	4,8
Psicoterapia	0,0	0,0	7,6	6,3	0,0	0,0	2,0	0,0
Interventi socioeducativi	35,6	30,8	42,2	47,7	51,5	61,5	58,0	57,1
Monitoraggio	65,8	69,2	47,1	43,8	54,5	44,2	42,0	52,4

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### Trattamento farmacologico integrato

Il profilo dell'utente sottoposto a trattamenti farmacologici integrati è quello di un soggetto utilizzatore di oppiacei (77%), maschio (85%), già in carico da anni precedenti (82%) e giunto al Servizio per scelta volontaria (68%). Molto differente, quindi, rispetto al collettivo analizzato in precedenza.

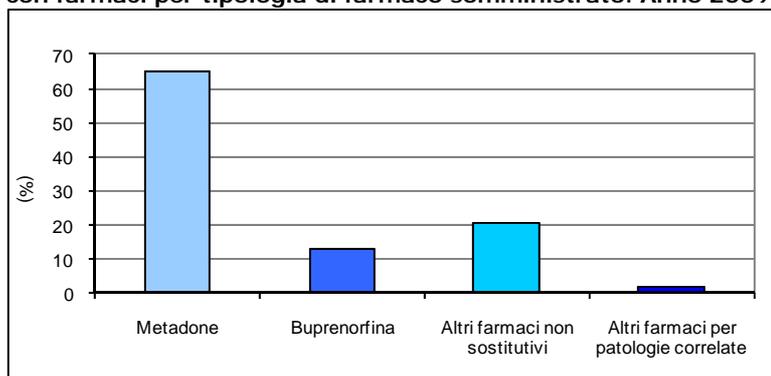
**Figura 6.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato con farmaci per sostanza primaria. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Al 65% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche è stato somministrato metadone, al 13% buprenorfina e al 21% altri farmaci non sostitutivi, mentre una minoranza di tale utenza è stata trattata con altri farmaci per patologie correlate (2%).

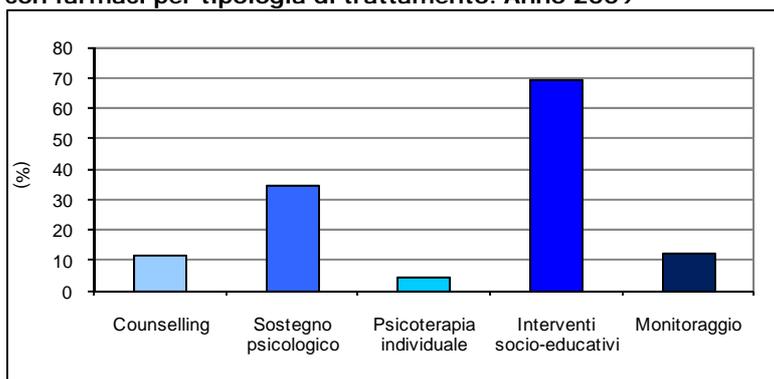
**Figura 6.5: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato con farmaci per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La maggior parte dei soggetti sottoposti a trattamenti farmacologici integrati ha ricevuto interventi socioeducativi (69%), circa un terzo ha affiancato alla terapia farmacologica il sostegno psicologico (34%), il 12% interventi di monitoraggio e l'11% interventi di counselling. Solamente il 5% dei soggetti sottoposti a interventi integrati sono stati trattati con la psicoterapia individuale.

**Figura 6.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato con farmaci per tipologia di trattamento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il trattamento offerto all'utenza afferente ai SerT ha previsto anche l'attività di gruppo e trova uno specifico approfondimento nel paragrafo 6.2.2: Interventi di gruppo.

### 6.1.2 Trattamenti alcol correlati tra i soggetti in carico nel corso del 2009 presso i NOA della ASL Milano 1

La metà dei soggetti in carico nei NOA della ASL Milano 1 ha ricevuto nel corso del 2009 un unico trattamento (49%), il 28% ne ha seguiti 2, per il 14% sono stati erogati 3 trattamenti, il 7% ne ha ricevuti 4 e il 2% ne ha seguiti 5 o 6. In particolare, ogni utente risulta sottoposto a circa 1,8 trattamenti nel corso dell'anno.

Anche se ogni Servizio esprime una propria specificità operativa, l'analisi seguente va ad identificare le principali dimensioni trattamentali:

Trattamento psicosocioeducativo, a cui sottendono terapie quali l'intervento socio-educativo, psicoterapie individuali e di gruppo, attività di gruppo, interventi di servizio sociale, sostegno psicologico e il monitoraggio

Trattamento farmacologico integrato, dove sono presenti terapie farmacologiche sostitutive, avversative e per patologie alcol-correlate, in associazione ad altri interventi psicosocioeducativi

In relazione alla fase trattamentale dell'utente le due tipologie di trattamento possono essere connotate dalla prevalenza di azioni diagnostiche, trattamentali o riabilitative e si configurano sempre come multidisciplinari.

I trattamenti non farmacologici prevedono sempre una valutazione medica iniziale ed, in itinere, una sorveglianza clinica, caratterizzata anche da indagini ematochimiche per il controllo dei parametri biologici e dalla ricerca dei metaboliti urinari di alcol ed eventuali sostanze psicoattive.

Il 38% dei soggetti ha seguito una terapia farmacologica integrata, mentre il 54% dell'utenza ha ricevuto trattamenti psicosocioeducativi. L'8% dell'utenza ha invece seguito altri trattamenti che fanno riferimento ad un'esclusiva attività

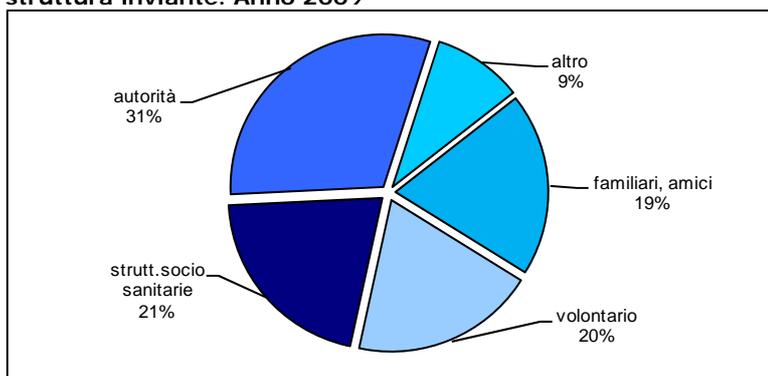
diagnostica, legata prevalentemente alla richiesta di accertamento di presenza o assenza della condizione di dipendenza da parte, tra le altre, della Commissione Medico Locale Patenti. Un approfondimento a tale riguardo viene trattato nell'ottavo capitolo (8.2 Soggetti presi in carico a seguito della segnalazione della Commissione Medica Locale Patenti).

Di seguito vengono analizzate le due tipologie di trattamento: dall'analisi emergono differenze significative tra i due collettivi.

### Trattamento psicosocioeducativo

Fra i soggetti sottoposti a trattamenti di tipo psicosocioeducativo è abbastanza elevata la quota di nuovi utenti (43%) e di maschi (83%); inoltre, il 20% di questi soggetti è giunto ai servizi per scelta volontaria, il 19% mediante familiari e/o amici, il 21% attraverso strutture socio-sanitarie e il 29% a causa di un invio da parte delle Commissioni Medico Locali Patenti.

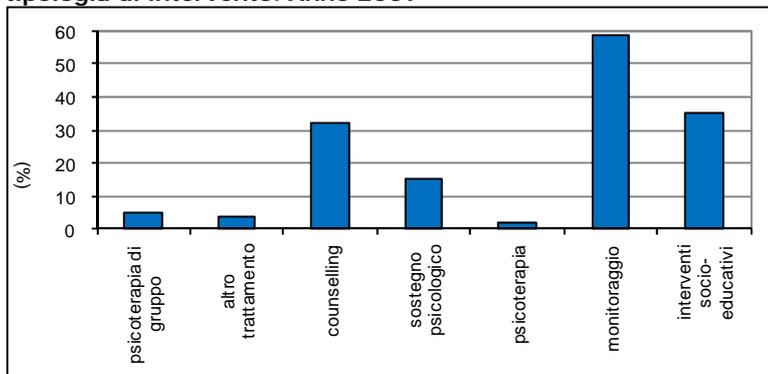
**Figura 6.7: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo per struttura inviante. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 59% dei soggetti che ha ricevuto trattamenti diagnostico psicosocioeducativi risulta sottoposto nel corso dell'anno a monitoraggio; figurano in più piccole percentuali le altre tipologie di intervento: il 36% dei soggetti ha ricevuto interventi socioeducativi, il 32% counselling (medico, psicologico, sociale, educativo, infermieristico) e il 16% sostegno psicologico.

**Figura 6.8: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocio-educativo tipologia di intervento. Anno 2009**

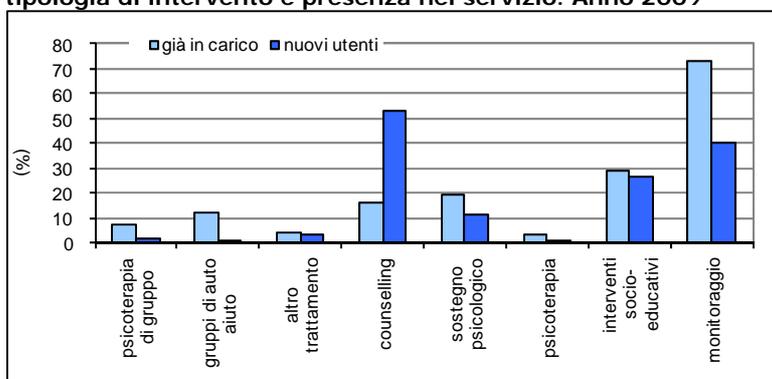


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Se si analizzano le tipologie di trattamento in relazione al momento di ingresso al Servizio, si osserva che tra i nuovi utenti sono più elevate le quote del counselling (53% contro 16% dei già in carico), e più basse le percentuali di soggetti sottoposti a monitoraggio (40% contro 73% dei già conosciuti), a psicoterapie di gruppo (2% contro 7% dei già in carico), a sostegno psicologico (11% contro 19% dei già conosciuti) e a interventi socioeducativi (27% contro 42% dei già in carico).

È importante sottolineare che nell'ambito degli interventi socio-educativi e di monitoraggio vengono ricomprese tutte le attività di gruppo offerte all'utenza relativamente alla fase di accoglienza e di trattamento. Di questa attività viene data ampia rilevanza nello specifico paragrafo 6.2.2: Interventi di gruppo.

**Figura 6.9: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo per tipologia di intervento e presenza nel servizio. Anno 2009**

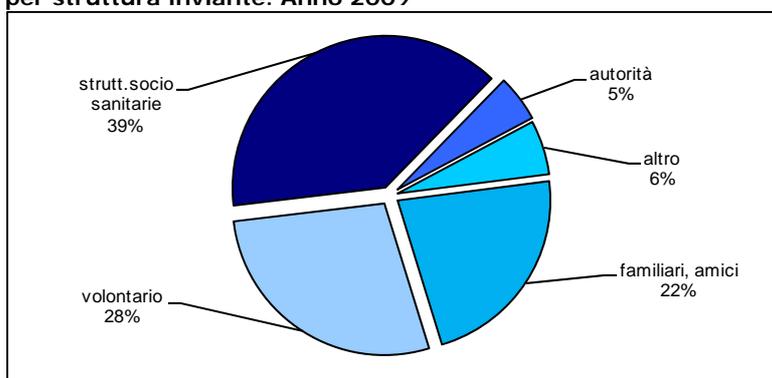


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### Trattamento farmacologico integrato

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologicamente assistiti, si osserva che il collettivo di utenti è costituito per la maggior parte da maschi (75%), utenti già noti o rientrati (68%) e giunti al servizio attraverso strutture sociosanitarie (39%), mediante familiari e/o amici (22%) o per scelta volontaria (28%).

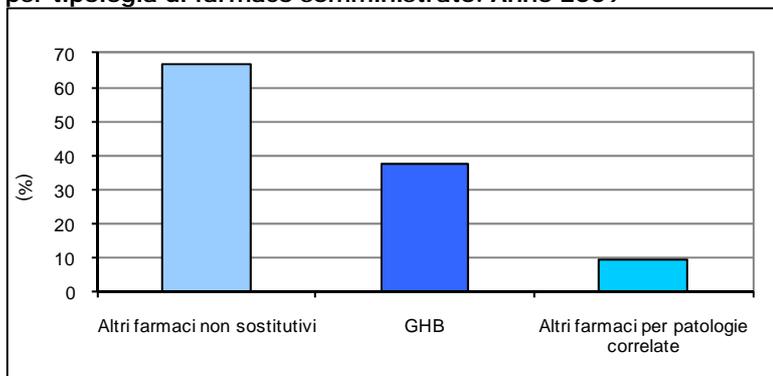
**Figura 6.10: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato per struttura inviante. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La maggior parte delle terapie farmacologiche fa riferimento a farmaci non sostitutivi, compresi gli avversativi (67%), mentre al 37% dei soggetti è stato somministrato GHB (sale sodico dell'acido gammaidrossibutirrico) e al 9% sono stati somministrati altri farmaci per patologie correlate.

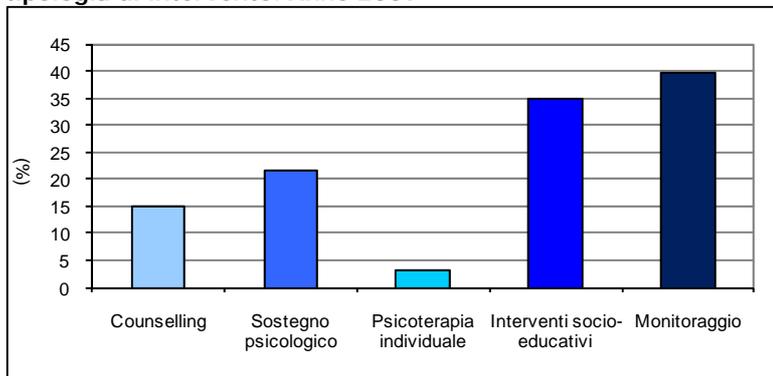
**Figura 6.11: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 40% abbina alla terapia farmacologica il monitoraggio, il 35% ha ricevuto interventi socioeducativi, il 22% segue anche trattamenti di sostegno psicologico e il 15% affianca alla terapia farmacologica interventi di counselling; infine una minoranza dei soggetti viene trattata con sedute di psicoterapia individuale (3%).

**Figura 6.12: Distribuzione percentuale dei soggetti in farmacologico con farmaci per tipologia di intervento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

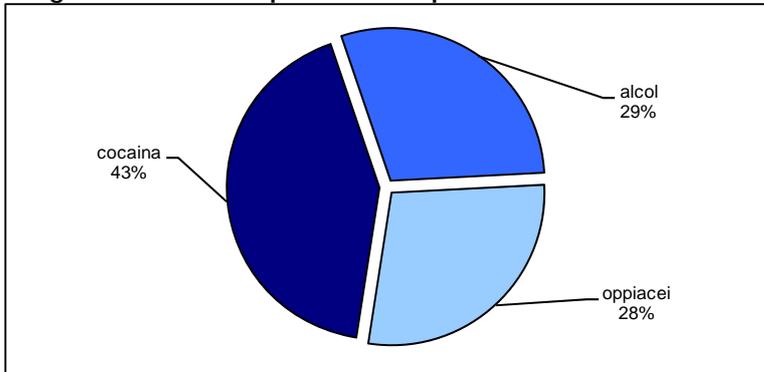
### 6.1.3 Trattamenti alcol droga correlati tra i soggetti in carico nel corso del 2009 presso le Comunità Terapeutiche del territorio della ASL Milano 1

Nel corso del 2009 sono stati erogati mediamente 2,3 trattamenti per ogni utente in carico. La maggior parte dei soggetti ha effettuato nel corso dell'anno 3 trattamenti (38%), il 30% ne ha seguiti 2, il 17% 4, il 13% un solo trattamento, mentre per il rimanente 2% dell'utenza sono stati effettuati 5 o più trattamenti.

#### Trattamento psicosocioeducativo

I soggetti che hanno ricevuto esclusivamente trattamenti di tipo psicosocioeducativo sono per il 55% nuovi utenti e per l'85% sono soggetti maschi; il 43% sono utilizzatori di cocaina, il 28% di oppiacei e il 29% di bevande alcoliche.

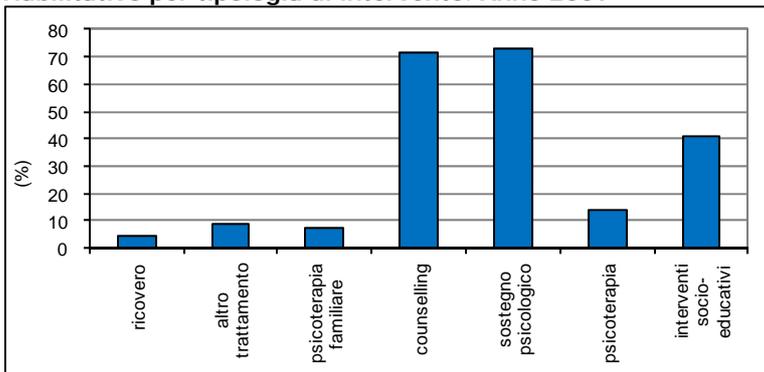
**Figura 6.13: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo non integrato con farmaci per sostanza primaria. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Analizzando gli interventi svolti a favore di questo collettivo, la maggior parte dei soggetti (circa il 72%) è stata sottoposta a counselling e a sostegno psicologico, mentre il 41% a interventi socioeducativi; in quote minori sono state erogate le altre tipologie di trattamento.

**Figura 6.14: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo riabilitativo per tipologia di intervento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla sostanza primaria, emerge una distribuzione differente tra le tipologie di interventi rivolti agli utilizzatori di oppiacei, cocaina e bevande alcoliche.

La maggior parte dei soggetti in carico che fa uso di alcolici riceve, nel corso dell'anno, interventi di sostegno psicologico (93%), cui seguono il counselling e gli interventi socioeducativi (52% per entrambi).

L'81% degli utilizzatori di oppiacei è stato sottoposto a counselling, il 73% a sostegno psicologico e una quota consistente (61%) a interventi socioeducativi, mentre una percentuale minore di questi utenti ha effettuato trattamenti di psicoterapia familiare (15%) e individuale (11%).

Tra i soggetti cocainomani la maggior parte dei trattamenti rilevati si riferisce a interventi di counselling (79%) e di sostegno psicologico (59%), seguiti dagli interventi socioeducativi (38%) e dalla psicoterapia (23%).

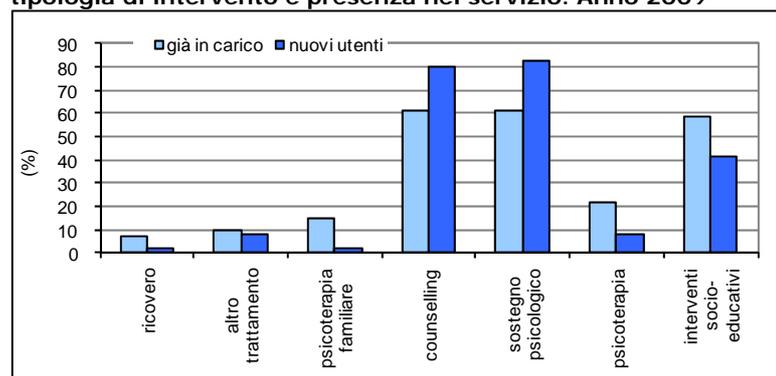
**Tabella 6.3: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento psicosocioeducativo per tipologia di intervento e sostanza di abuso primaria. Anno 2009**

	Oppiacei	Cocaina	Alcol
Ricovero	0,0	10,3	0,0
Altro trattamento	3,8	5,1	18,5
Psicoterapia familiare	15,4	7,7	0,0
Counselling	80,8	79,5	51,9
Sostegno psicologico	73,1	59,0	92,6
Psicoterapia	11,5	23,1	3,7
Interventi socioeducativi	61,5	38,5	51,9

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Distinguendo le differenti tipologie di intervento tra nuovi utenti e soggetti già in carico, si osserva tra i nuovi utenti una percentuale maggiore di soggetti sottoposti a counselling (80% contro 61% dei già conosciuti) e a sostegno psicologico (80% contro 61% dei già conosciuti), mentre più bassa risulta la percentuale di soggetti sottoposti a interventi socioeducativi (41% contro 59% dei già conosciuti) e a psicoterapia (8% contro 22% dei già conosciuti).

**Figura 6.15: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento psicosocioeducativo per tipologia di intervento e presenza nel servizio. Anno 2009**

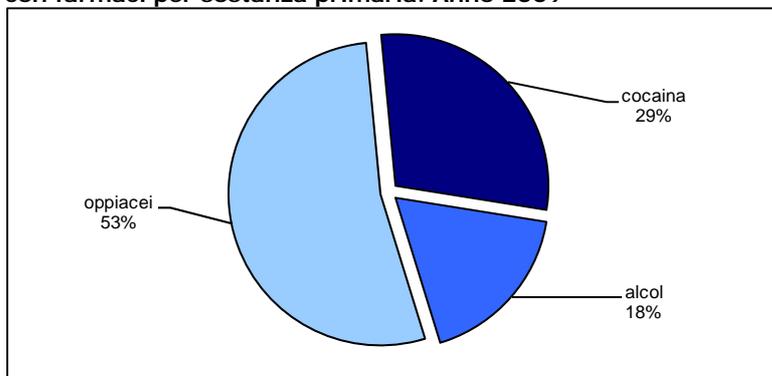


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### Trattamento farmacologico integrato

La metà degli utenti sottoposti a trattamenti farmacologici integrati risultano utilizzatori di oppiacei (53%), il 75% sono maschi e il 68% non conosciuti al Servizio. La situazione è molto differente rispetto al collettivo analizzato in precedenza.

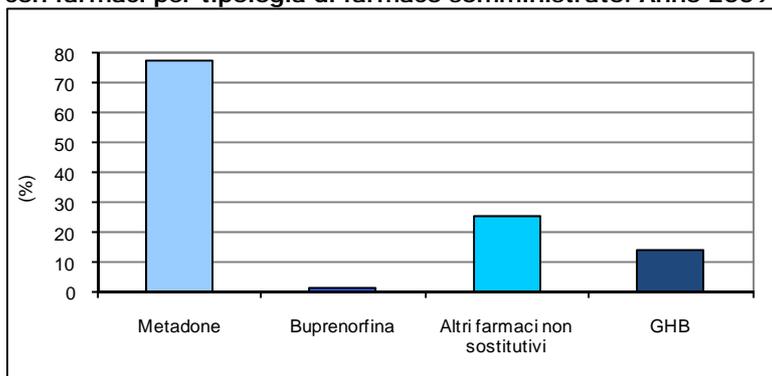
**Figura 6.16: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato con farmaci per sostanza primaria. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Al 78% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche è stato somministrato metadone, al 14% GHB (sale sodico dell'acido gammaidrossibutirrico) e al 25% altri farmaci non sostitutivi, mentre una minoranza è stata trattata con buprenorfina (2%).

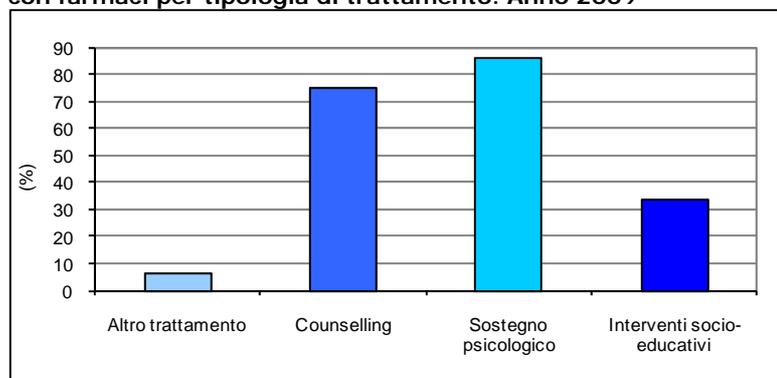
**Figura 6.17: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato con farmaci per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La maggior parte dei soggetti sottoposti a trattamenti farmacologici integrati ha ricevuto interventi di sostegno psicologico (86%) e di counselling (75%), mentre un terzo di questa utenza ha affiancato alla terapia farmacologica interventi socioeducativi (33%).

**Figura 6.18: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato con farmaci per tipologia di trattamento. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

## 6.2 INTERVENTI SPECIFICI

### 6.2.1 Interventi per giocatori d'azzardo patologici

Il trattamento rivolto ai giocatori d'azzardo è stato implementato come attività d'istituto presso il SerT di Parabiago. Questo servizio ha iniziato ad occuparsi di gioco d'azzardo nel 2004 con un progetto ex L. 45 (Reti d'Azzardo) realizzato in collaborazione con l'associazione AND (Azzardo e Nuove Dipendenze) e la cooperativa sociale Il Progetto.

Come già descritto nei report precedenti, Reti d'azzardo ha permesso di costituire una équipe specialistica per la cura dei giocatori d'azzardo patologici e di creare una rete territoriale di supporto.

Il progetto si è concluso nel 2006 e l'équipe del SerT ha proseguito la presa in carico dei giocatori avvalendosi, per la gestione dei progetti terapeutici, anche di risorse esterne all'ASL esistenti sul territorio regionale (gruppi terapeutici gestiti dall'associazione AND, gruppi di giocatori anonimi, associazione san Bernardino, consulenza legale, ecc.).

Nel 2008 – 2009 è stato realizzato un ulteriore progetto, Reti Familiari, sempre gestito dall'Associazione AND e co-finanziato dall'ASL Milano 1. Il progetto Finanziato dalla Provincia di Milano su fondi destinati a famiglie a rischio di fragilità, ha permesso di ampliare l'offerta del servizio con particolare attenzione ai familiari dei giocatori patologici oltre che di realizzare azioni di prevenzione specifica.

In particolare:

- Sperimentazione di un gruppo a termine per partner femminili di giocatori patologici presso il servizio co-gestito da operatori del SerT e terapeuti dell'associazione AND. L'esigenza del gruppo è nata dal crescente bisogno di affrontare la tematica della codipendenza sempre più evidente nelle relazioni di coppia degli utenti giocatori patologici. Tale esperienza è risultata positiva per le partecipanti in quanto ha consentito di aumentare la consapevolezza rispetto al proprio ruolo nelle dinamiche di coppia e ha favorito una progettualità più adeguata per se stesse e la famiglia. Anche gli operatori hanno riscontrato una ricaduta positiva sulla gestione dei programmi terapeutici dei nuclei familiari coinvolti. L'esperienza del gruppo potrà essere riproposta.
- La traduzione e la validazione di un video preventivo specifico per la fascia di età dei giovani adulti, mutuato dall'esperienza Canadese del prof. Ladouceur

e della sua equipe universitaria; tale strumento sperimentato in alcune scuole superiori dei Distretti 4 e 5 potrà essere utilizzato in tutte le scuole superiori del territorio (prevalentemente nell'ultimo biennio)

In questi anni di lavoro anche la rete con i medici di medicina di base, i servizi psichiatrici territoriali e ospedalieri, i servizi sociali di base dei comuni, si è consolidata favorendo l'accesso degli utenti al servizio e il lavoro di collaborazione.

L'incremento degli accessi spontanei al SerT nell'ultimo anno è da riferirsi alla maggior conoscenza della offerta del servizio anche in relazione alle ripetute azioni di sensibilizzazione e pubblicizzazione sul territorio svolte dal SerT tramite l'utilizzo di materiale pubblicitario (carte, locandine, brochure) e organizzazione di eventi a tema.

Nel 2009 il SerT di Parabiago è diventato l'unico centro di trattamento specifico del gioco patologico del territorio della ASL Milano 1. Al Servizio inoltre afferiscono utenti provenienti da territori delle ASL limitrofe.

Nel 2009, inoltre, si è ampliato il numero degli utenti gap seguiti dal servizio che presentano una condizione sociale, economica e di indebitamento molto compromessa per i quali si sono attivati interventi di protezione giuridica. Di conseguenza è stato necessario un lavoro di confronto costante con l'ufficio di Protezione Giuridica della ASL che si è consolidato nel tempo e ha consentito di strutturare una collaborazione stabile ed efficace.

Il modello di presa in carico dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari si è perfezionato nel corso degli anni e prevede:

- Primo colloquio sociale e sanitario finalizzato ad un iniziale inquadramento delle problematiche del giocatore
- Percorso di psicoeducazione strutturato in 3 incontri settimanali della durata di un'ora. La psicoeducazione fa parte delle tecniche del campo dell'educazione degli adulti; è uno strumento che, affrontando direttamente la tematica del gioco d'azzardo, ha la finalità di motivare una riflessione su di sé e una successiva terapia. Viene utilizzata per tutti gli utenti che accedono al servizio in quanto, per la sua durata limitata, è facilmente accettata anche da giocatori non disponibili a percorsi di maggior durata e di fatto è un intervento terapeutico di primo livello. Nella psicoeducazione viene preferibilmente coinvolta, quando presente, la famiglia.
- Percorso terapeutico successivo: monitoraggio sociale, monitoraggio medico in particolare delle eventuali terapie farmacologiche, tutoraggio economico, sostegno psicologico individuale, consulenza di coppia, attività di gruppo (interne o esterne al servizio), consulenza legale ed intermediazione finanziaria (esterne al SerT), attivazione e collaborazione con l'amministratore di sostegno.

Nello strutturare la presa in carico degli utenti si è sempre posta l'attenzione ad un coinvolgimento attivo dei familiari del giocatore in quanto la problematica coinvolge intensamente il nucleo familiare. La famiglia al servizio trova uno spazio per esprimere il proprio disagio e parallelamente può diventare una risorsa per la cura. Spesso sono i familiari a rivolgersi per primi al SerT ed è possibile anche una presa in carico specifica, finalizzata ad attivare strumenti di protezione per la famiglia e a favorire un eventuale coinvolgimento del giocatore.

Gli operatori del servizio che si occupano di gioco d'azzardo hanno ritenuto fondamentale mantenere un legame con l'associazione AND al fine di assicurarsi un aggiornamento continuo in un'area delle dipendenze di recente studio e aperta a numerose sperimentazioni. La proficua collaborazione con l'associazione riguarda sia l'area del trattamento che le molteplici azioni che si sono organizzate negli anni (corsi di formazione, serate a tema, sensibilizzazione del territorio, progetti, ecc.). Gli operatori che si occupano di gioco patologico inoltre partecipano all'attività di intervizione Clinica legata al gruppo del Canton Ticino GAT-P.

### Profilo degli utenti in trattamento per dipendenza da gioco d'azzardo

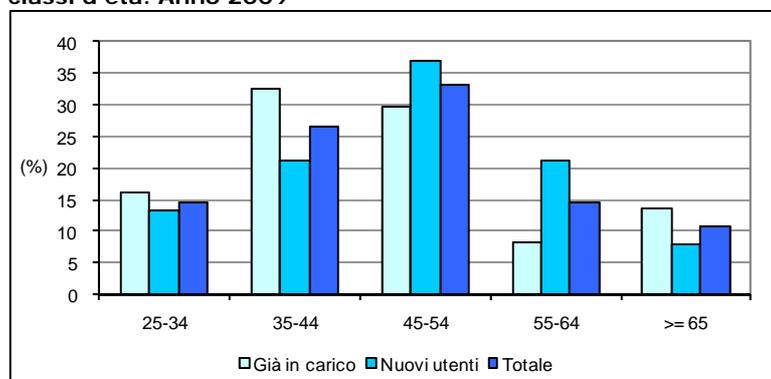
Nel corso del 2009 i soggetti in carico per dipendenza da gioco d'azzardo presso il Servizio per le Tossicodipendenze della ASL di Milano 1 sono stati 75.

La distribuzione per sesso mostra una prevalenza di maschi (85%), mentre coloro che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta nell'anno rappresentano il 51% dell'utenza.

L'età media dei soggetti in carico è pari a 47 anni, con i nuovi utenti che risultano circa 3 anni più anziani (49 anni) rispetto ai soggetti già in carico (46 anni).

La distribuzione per classi di età evidenzia che la maggior parte degli utenti già in carico si concentra tra i 35 e i 44 anni (32%), mentre tra i nuovi utenti si concentra nella classe 45-54 anni (37%).

**Figura 6.19: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i servizi per tipologia, e classi d'età. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 90% dei soggetti non riferisce l'uso concomitante di sostanze illegali o di bevande alcoliche.

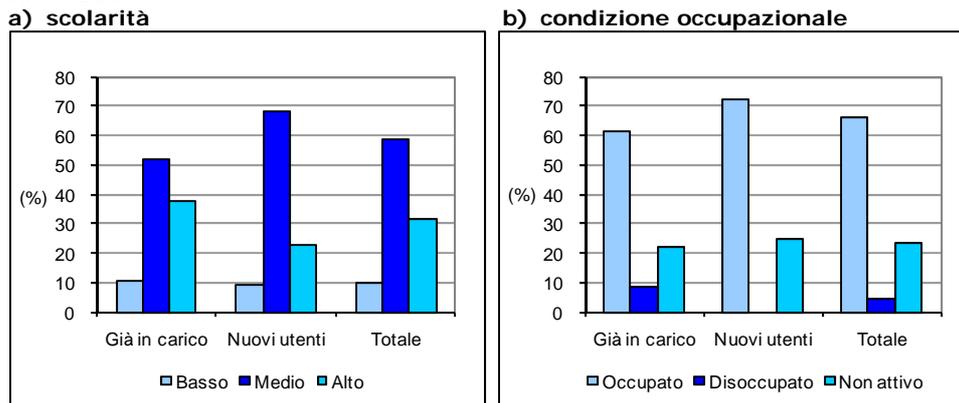
L'età media di primo accostamento al gioco d'azzardo è 31 anni, mentre l'ingresso in trattamento avviene mediamente a 44 anni. Si tenga presente che l'inizio del comportamento di gioco non coincide con lo sviluppo della dipendenza che di solito insorge in un periodo successivo, variabile in relazione a diversi fattori tra cui il tipo di gioco praticato.

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza, si osserva che la maggior parte (59%) dichiara un livello di scolarità medio, il 31% un livello di scolarità elevato e il 10% ha invece ottenuto solamente la licenza elementare. Tra gli utenti già in carico si osserva una maggiore quota di soggetti con un elevato livello di istruzione (38% contro il 28% dei nuovi utenti).

Per quanto riguarda la condizione occupazionale, si osserva che la maggior parte dell'utenza risulta occupata (66%), il 4% dei soggetti è disoccupato e il 24% è

economicamente non attivo, mentre il rimanente 6% dichiara di trovarsi in altra condizione. Tra i soggetti già in carico si osserva una quota inferiore di occupati (61% contro il 72% dei nuovi utenti), mentre è nulla la percentuale dei nuovi utenti disoccupati (0% contro l'8% dei già in carico).

**Figura 6.20: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio in base al livello di scolarità e alla condizione occupazionale per tipologia di presa in carico. Anno 2009**



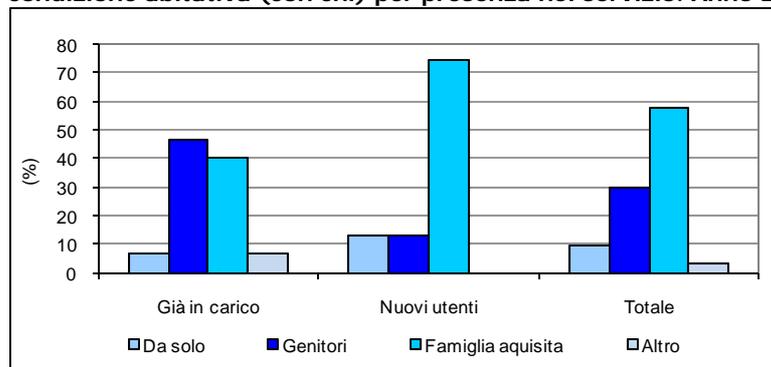
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla condizione abitativa, il 30% dei soggetti dichiara di vivere con i genitori, il 57% abita con partner e/o figli, il 10% da solo e il 3% con altre persone.

Distinguendo per tipologia di presa in carico, tra i nuovi utenti si osserva una quota superiore di soggetti che abitano con la famiglia costituita (74% contro il 40% dei già in carico), mentre è inferiore la percentuale di quelli che abitano con i genitori (13% contro il 47% dei già in carico).

L'analisi del luogo di abitazione evidenzia che il 97% dei soggetti in carico ha una residenza fissa e il 3% vive in strutture pubbliche (condizione che si osserva solamente tra i soggetti già in carico).

**Figura 6.21: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i servizi in base alla condizione abitativa (con chi) per presenza nel servizio. Anno 2009**



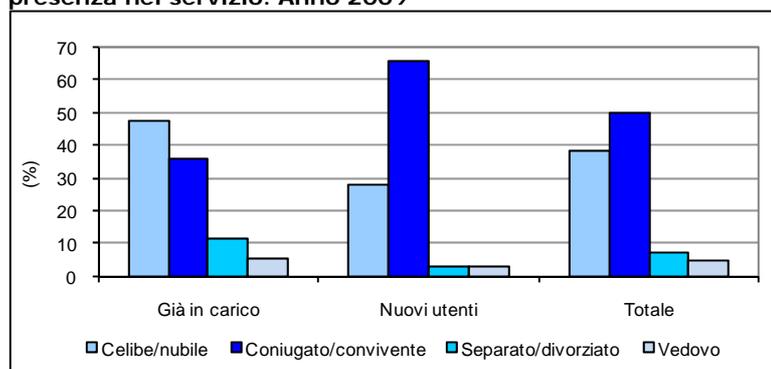
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Per quanto concerne lo stato civile, la maggior parte dell'utenza risulta coniugata o convivente (50%), il 38% è celibe/nubile, il 7% è separato o divorziato e il 5% è vedovo.

Tra gli utenti già in carico si rilevano quote superiori di persone celibi (47% contro il 28% dei nuovi utenti) e di soggetti separati o divorziati (11% contro il

3% dei nuovi utenti), mentre sono inferiori i coniugati (36% contro il 66% dei nuovi utenti).

**Figura 6.22: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento in base allo stato civile e presenza nel servizio. Anno 2009**

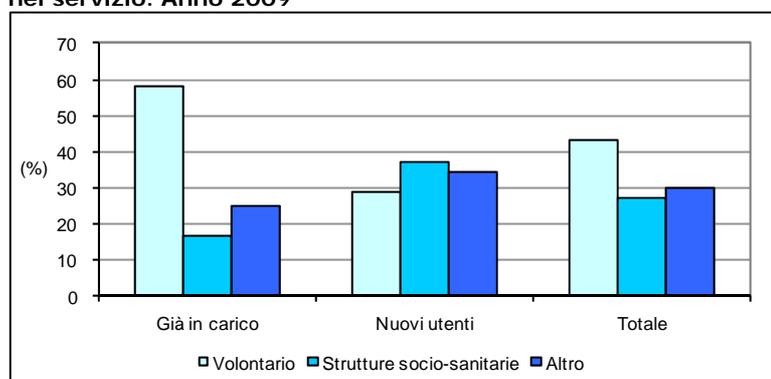


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 43% degli utenti risulta in trattamento per scelta volontaria, il 27% a seguito dell'invio da parte di strutture socio-sanitarie e il 30% è giunto attraverso altri canali.

Tra i nuovi ingressi è meno frequente l'accesso volontario ai servizi (29% contro il 58% dei già in carico), mentre è maggiore la quota di soggetti giunti per l'invio da parte delle strutture socio-sanitarie (37% contro il 17% dei già in carico).

**Figura 6.23: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per canale d'invio e presenza nel servizio. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### 6.2.2 L'attività di gruppo nei servizi per le dipendenze della ASL Milano 1

Nel trattamento della dipendenza da sostanze, il gruppo può favorire tra i suoi membri, la condivisione di nuovi codici culturali di reinterpretazione dello stile di vita, che insieme alla revisione del proprio passato e alle motivazioni al cambiamento per il futuro, sono la cornice entro la quale gli utenti e i loro familiari possono riorganizzare la loro vita senza le sostanze.

Nei servizi per le dipendenze della ASL Milano 1 il gruppo costituisce una dimensione operativa privilegiata per il perseguimento di obiettivi informativi, preventivi, promozionali, di sostegno, in quanto viene utilizzato quale strumento di supporto sia per l'individuo che per l'organizzazione. Il gruppo può divenire luogo di cambiamento, di trasformazione ed al contempo luogo di lettura del bisogno e di riconoscimento delle risorse necessarie all'ottenimento della

soddisfazione del bisogno, un luogo nel quale la relazione operatore – utente si realizza attraverso tecniche e metodi professionali.

Il gruppo, oltre ad essere strumento operativo, diventa un luogo di controllo, sostegno e rinforzo personale. Attraverso la compartecipazione, la funzione di rispecchiamento, supporto e contenimento, il gruppo facilita la nascita del senso d'appartenenza, della motivazione e rimotivazione, la definizione di obiettivi e quindi la costruzione e verifica di nuovi comportamenti.

Di seguito vengono descritti i gruppi che sono stati attivati nel corso dell'anno 2009 in favore degli utenti e/o dei loro familiari presso le unità operative del Dipartimento Dipendenze della ASL Milano 1.

A seconda della tipologia prevalente di utenza (alcoldipendenti e tossicodipendenti, utenti e familiari, ecc.) e della specificità professionale del conduttore, l'offerta si è strutturata in modo puntiforme e non omologata ad un singolo modello di intervento, costituendo una rete di intervento, come si vedrà, assai ricca che ha consolidato la modalità di offerta centrata sull'individuazione dei bisogni emergenti dell'utenza e in risposta alla crescente riduzione delle risorse organizzative.

A tale riguardo si pensi ad esempio all'utenza afferente ai NOA o ai SerT a seguito delle segnalazioni per la patente (Commissione Medica Locale) o per il possesso di sostanze (Prefettura) per i quali non solo il gruppo ha favorito processi motivazionali o di sensibilizzazione, ma ha anche consentito di ottimizzare le risorse (spazi, operatori, prestazioni) presenti nell'organizzazione.

### **Gruppi realizzati presso i NOA**

Il gruppo è lo strumento che più viene utilizzato all'interno dei servizi per l'alcologia.

Si possono individuare due macro categorie di gruppo:

- di **accoglienza**, rivolto ad utenti e loro familiari nella fase iniziale al trattamento e che ha scopi informativi, motivazionali e che possono coinvolgere anche utenti in fase diagnostica (es. i gruppi rivolti agli utenti inviati dalla commissione medico locale patenti):
- di **sostegno** oppure **psicoterapeutico**, rivolto in prevalenza ad utenti in trattamento intensivo o in fase di mantenimento.

La traduzione operativa di queste due tipologie (durata, strumenti, metodologia) presenta comunque delle diversità da équipe a équipe, poiché costituisce il frutto della riflessione e dell'esperienza maturata dai singoli professionisti e dal gruppo di lavoro. Il gruppo viene così progettato e "cucito su misura" alla realtà dell'utenza, agli orientamenti professionali presenti, alle necessità organizzative del servizio.

Le caratteristiche strutturali di questi gruppi cambiano anche in base agli obiettivi che si vogliono perseguire ed alla loro composizione. I gruppi di sostegno, a seconda della fase trattamentale nella quale sono inseriti ed in base alla tipologia di utenza a cui si riferiscono, possono avere obiettivi relativi al sostegno e al mantenimento dell'astensione da sostanze, il cambio degli stili di vita, e supporto al reinserimento sociale e all'autonomia, ed alla prevenzione della ricaduta.

Anche gli strumenti sono diversificati. In alcuni gruppi gli obiettivi terapeutici o di mantenimento vengono ad esempio raggiunti grazie a tecniche corporee, ed espressive specifiche.

Alcuni gruppi inoltre si rivolgono a specifici target di utenza a seconda delle loro caratteristiche di genere o anagrafiche (giovani, donne) o in relazione alle

condizioni di bisogno specifiche (relative alla sostanza consumata o alla condizione sociale conseguente).

Le tipologie di gruppo offerte dai NOA della ASL MI 1 nel 2009 suddivise per cadenza temporale sono illustrate nelle seguenti tabelle.

**Tabella 6.4: Numero dei gruppi per tipologia rivolti all'utenza presso le strutture NOA**

Numero gruppi	Tipologia	Cadenza
1	Accoglienza	Settimanale
1	Sostegno	Quindicinale
3	Psicoterapeutico <sup>1</sup>	Settimanale

**Tabella 6.5: Numero dei gruppi per tipologia rivolti ai familiari presso le strutture NOA**

Numero gruppi	Tipologia	Cadenza
1	Gruppo auto-aiuto	Quindicinale
1	Sostegno	Settimanale
1	Psicoterapeutico	Settimanale

**4 tipologie di gruppi di accoglienza**, due a durata bimestrale e due a durata mensile (pertanto ripetibili). uno di questi gruppi è stato dedicato ad utenza specifica (inviata dalla commissione locale patenti) mentre gli altri tre sono stati rivolti a utenti e loro familiari.

Il numero degli incontri offerti varia dai tre agli otto con cadenza settimanale e per lo più vengono condotti da operatori di differente qualifica professionale.

**7 tipologie di gruppi di sostegno**, tutti con durata annuale (l'ingresso e la dimissione dell'utenza avviene indipendente dalla durata del gruppo, a differenza dei gruppi di accoglienza), quattro con cadenza settimanale, due quindicinali ed uno con cadenza mensile. di questa tipologia di gruppo, 6 sono stati rivolti ad utenti e loro familiari, uno solo rivolto esclusivamente ad utenti.

**6 tipologie di gruppi psicoterapeutici**, tutti con durata annuale a cadenza settimanale, due di essi sono rivolti ad utenti e loro familiari, uno solo a familiari mentre il rimanente è rivolto solo ad utenti; per questi ultimi tre la specificità risiede nell'utilizzo di tecniche espressive e corporee specifiche.

**2 tipologie di gruppi di autoaiuto**, promossi da un'associazione di utenti che collabora con l'UO di Limbiate (Associazione Smeraldo), un gruppo è rivolto ai genitori, uno ad utenti e loro familiari ed anno durata annuale, con cadenza, uno settimanale ed uno quindicinale.

Presso il NOA di Limbiate è presente un'attività di laboratorio a carattere diurno, che si fonda sull'accompagnamento educativo dell'utenza nell'arco della giornata, attraverso il prevalente trattamento gruppale. Oltre ai gruppi educativi, è stato organizzato il gruppo di arteterapia, di bioenergetica, e di fronteggiamento del craving.

Nel 2009 tutte le figure professionali dei NOA sono state coinvolte a diverso titolo nell'attività di gruppo.

---

<sup>1</sup> Si definisce psicoterapeutico il gruppo che, oltre ad avere questo obiettivo dichiarato, sia rispettoso di una specifica metodologia e condotto da operatori psicoterapeuti.

### Gruppi realizzati presso i SerT

Nei SerT l'offerta trattamentale di gruppo è destinata a fasce d'utenza particolare e riferita a fasi progettuali specifiche. Infatti, a differenza dei NOA il gruppo non è tradizionalmente uno strumento di routine all'interno della presa in carico nei SerT. Differenza che, probabilmente, deriva da alcune controindicazioni che soprattutto in passato potevano presentarsi nella gestione dei gruppi in regime ambulatoriale.

Le attività qui descritte assumono quindi un carattere sperimentale e innovativo rispetto alla metodologia abituale di trattamento e mirano all'introduzione di tecniche particolari a fronte di target specifici di utenza.

Analogamente ai Noa possono essere suddivisi in base alla fase del percorso. Nella tabella sottostante vengono riportate le tipologie presenti nell'anno 2009 distinte rispetto alla cadenza temporale.

**Tabella 6.6: Numero dei gruppi per tipologia rivolti all'utenza presso le strutture SerT**

Numero gruppi	Tipologia	Cadenza
2	Sostegno	Settimanale
3	Sostegno	Quindicinale

**Tabella 6.7: Numero dei gruppi per tipologia rivolti ai familiari presso le strutture SerT**

Numero gruppi	Tipologia	Cadenza
2	Accoglienza	Settimanale
3	Sostegno	Quindicinale

Le tipologie di gruppo offerte dai SERT della ASL Milano 1 nel 2009 sono:

**2 gruppi di accoglienza**, uno a durata bimestrale, uno a durata trimestrale (ripetibili), rivolti a familiari con cadenza settimanale e prevedono tre incontri ciascuno.

**8 gruppi di sostegno**, finalizzati sia al sostegno del trattamento intensivo, che al mantenimento dell'aggancio terapeutico al servizio, in particolare i gruppi rivolti ai familiari possono riferirsi a fasi terapeutiche differenti dell'utente, al fine di favorire l'aggancio e la cura dell'utente stesso. Due hanno durata annuale, rivolti solo ad utenti, uno con cadenza quindicinale ed uno con cadenza settimanale. Quattro hanno durata semestrale, solo alcuni di essi ripetibili, due rivolti a familiari e due rivolti a utenti. Gli altri due hanno invece durata bimestrale e trimestrale, ripetibili ed offerti ad utenti, con cadenza quindicinale.

I gruppi offerti all'utenza diretta del SerT hanno coinvolto soggetti consumatori di cocaina ed eroinomani in terapia sostitutiva.

Per le caratteristiche dei gruppi attivati nei SerT il coinvolgimento degli operatori ha riguardato maggiormente le figure professionali appartenenti all'area socio educativa.

"L'offerta del gruppo, che prevede un lavoro diretto e indiretto con l'utenza, ha valore e promuove cambiamento solo se si riconosce al "cliente" una personale competenza nella soluzione del problema che lo riguarda direttamente, rendendolo così partecipe e protagonista nel processo di aiuto"<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Zini M T, Miodini S, *Il gruppo*, Carocci editore, Roma, 1999, pag 43.

### Profilo degli utenti in trattamento con prestazioni di gruppo

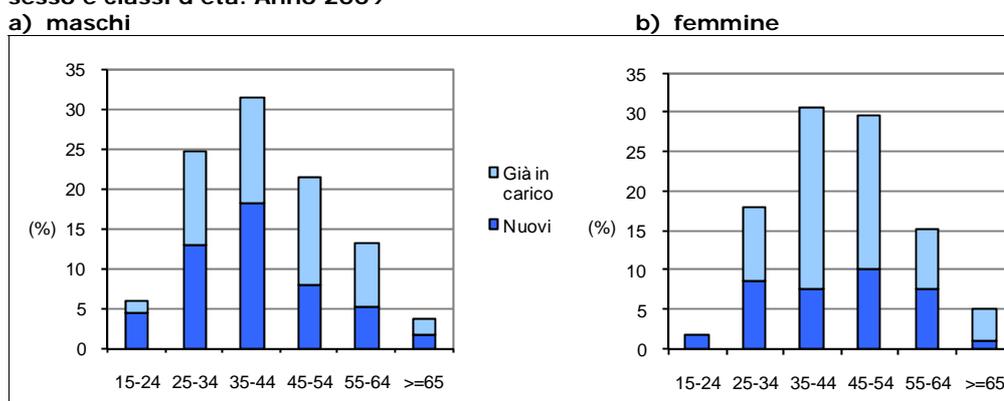
La popolazione qui considerata ha come unico elemento comune l'aver ricevuto prestazioni di gruppo.

I soggetti che nel 2009 hanno ricevuto prestazioni di gruppo presso il Servizio per le Tossicodipendenze della ASL di Milano 1 sono 479, di cui 44 sono familiari ai quali è stata aperta una cartella clinica. Occorre specificare che in alcune sedi operative la partecipazione ai gruppi da parte dei familiari non è preordinata all'apertura della cartella clinica.

La maggior di questi soggetti è di sesso maschile (75%) e coloro che proseguono un trattamento avviato da anni precedenti rappresentano il 53% dell'utenza; il dato è più basso rispetto a quanto rilevato a livello generale e indica una maggior presenza in questo sottogruppo di utenti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta nell'anno (47%). L'età media di soggetti che hanno partecipato a gruppi è pari a 42 anni con i nuovi utenti che risultano circa 4 anni più giovani (40 anni) rispetto ai soggetti già in carico (44 anni).

Anche la composizione per età dei soggetti di sesso maschile e femminile risulta differente: i maschi sono soggetti mediamente più giovani (42 anni contro 44 anni delle femmine) e la distribuzione per classi di età evidenzia che la maggior parte degli utenti maschi si concentra tra i 35 e i 44 anni (32%), mentre tra le donne l'utenza si concentra tra le classi 35-44 anni (31%) e 45-54 anni (30%).

**Figura 6.24: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i servizi per tipologia, sesso e classi d'età. Anno 2009**

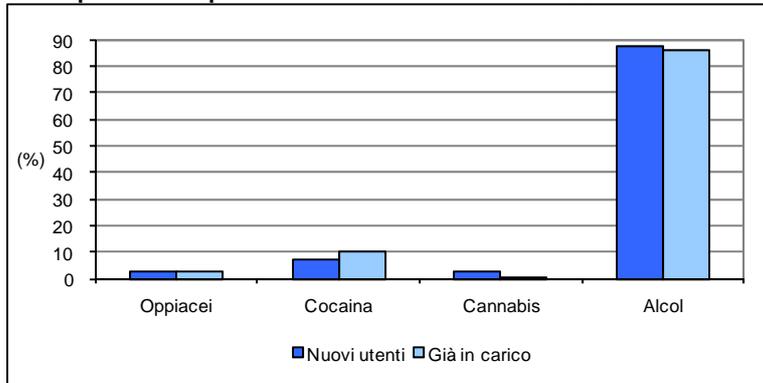


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

L'87% dei soggetti in trattamento utilizza come sostanza primaria le bevande alcoliche, il 3% fa uso di oppiacei, il 9% utilizza cocaina e l'1% dei soggetti dichiara di far uso di cannabis.

Distinguendo tra soggetti già in carico presso i servizi e nuovi ingressi, non si osservano particolari differenze, si evidenzia solamente tra i casi incidenti una percentuale minore di utilizzatori di cocaina, il 7% contro il 10% dei già in carico.

**Figura 6.25: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i servizi per sostanza d'uso primaria e presenza nel servizio. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La distinzione per sesso evidenzia che sono soprattutto le donne, in trattamento per l'alcoldipendenza ad usufruire dei gruppi (92% contro l'85% dei maschi). Non si registrano tra le donne casi in carico per abuso primario di cannabis, mentre la quota di maschi che riferiscono l'uso di cocaina (9%) è più elevata rispetto a quella delle femmine (6%).

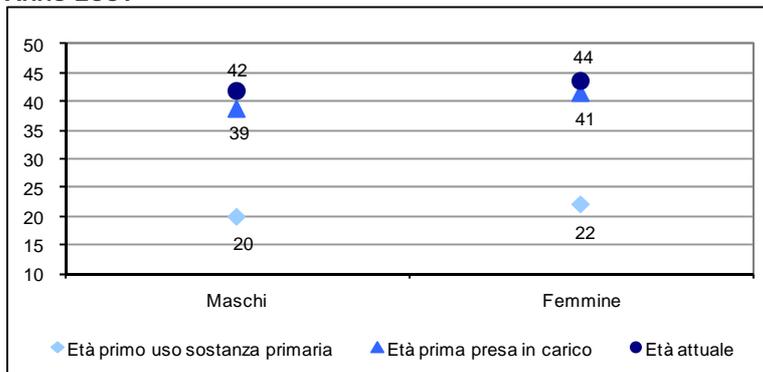
Il 60% dei soggetti sottoposti a trattamento riferisce l'uso di una sola sostanza, il 29% degli utenti dichiara invece di utilizzarne un'altra oltre a quella che ha determinato il trattamento e l'11% utilizza almeno altre due sostanze secondarie.

Il poliabuso risulta una pratica più diffusa tra i maschi (44%) rispetto alle femmine (25%), mentre nella distinzione degli utenti per presenza all'interno del servizio, non si rileva alcuna differenza.

Tra le sostanze secondarie è la cocaina la più utilizzata (40%), seguita dalla cannabis (28%), solo una minoranza di utenti fa uso di eroina (2%) e di altre sostanze illegali (5%).

Oltre che per l'età attuale (42 anni per i maschi e 44 anni per le femmine) gli utenti dei due sessi si differenziano anche per l'età media di prima presa in carico; si osserva, infatti, che mentre i maschi entrano in trattamento mediamente a 39 anni, il primo ingresso nelle strutture per le femmine avviene intorno ai 41 anni. Risulta più precoce tra i maschi l'età media di primo avvicinamento alla sostanza primaria, 20 anni contro i 22 anni delle femmine.

**Figura 6.26: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico per sesso. Anno 2009**



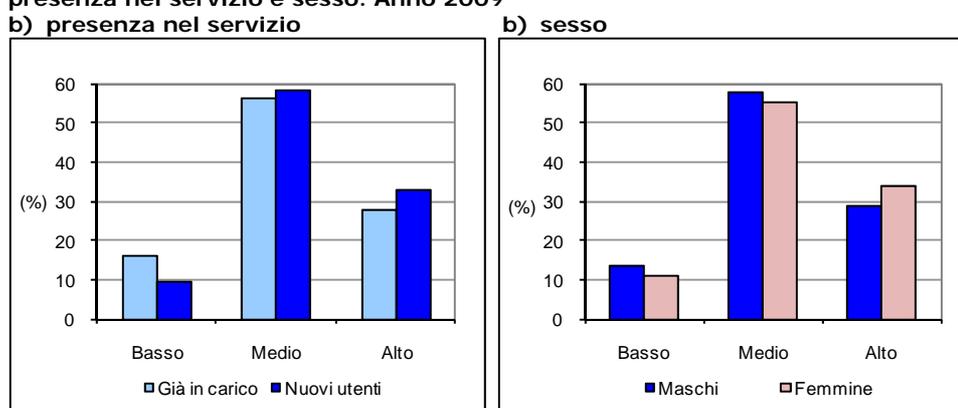
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alle caratteristiche socio demografiche dell'utenza, si osserva che il 57% dei soggetti dichiarano un livello di scolarità medio, il 30% degli utenti ha un livello di scolarità elevato e il 13% ha invece ottenuto la licenza elementare.

La distribuzione dell'utenza per livello di scolarità e sesso evidenzia tra le femmine quote minori di utenti che dichiarano un livello di scolarità basso (11% contro il 13% dei maschi) o medio (55% contro il 58% dei maschi), mentre maggiore è tra le femmine il dato relativo ai soggetti che hanno un elevato livello di istruzione (34% contro il 29% dei maschi).

Il livello di scolarità tra utenti già in carico e nuovi mostra tra i primi una percentuale maggiore di soggetti che possiedono un basso livello di scolarità (16% contro il 9% tra i nuovi) a scapito di un dato più basso per quanto riguarda gli utenti con un livello di scolarità alto (28% contro il 32% tra i nuovi).

**Figura 6.27: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per livello di scolarità, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**



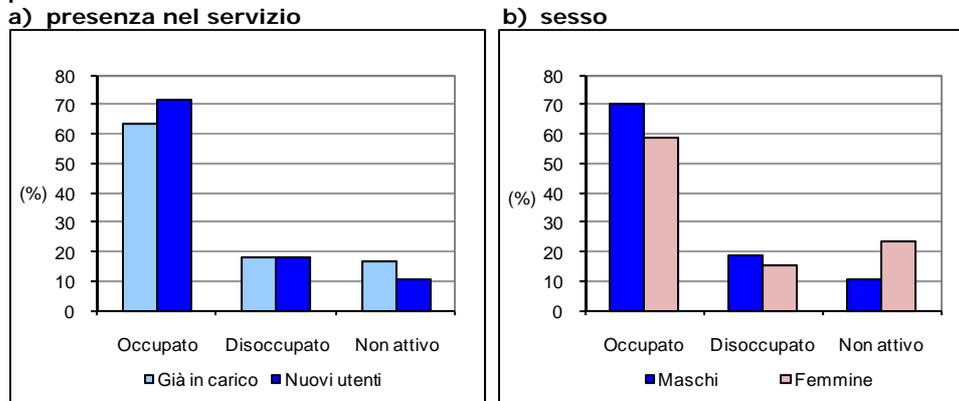
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla condizione occupazionale si osserva che complessivamente la maggior parte dell'utenza risulta occupata (68%), il 18% dei soggetti si dichiara disoccupato e il 14% è economicamente non attivo.

Tra i maschi i soggetti occupati rappresentano il 70% di questo collettivo, il 19% degli utenti di sesso maschile è disoccupato e l'11% economicamente non attivo. Decisamente differente è la condizione occupazionale delle utenti femmine, il 59% delle femmine risulta occupata, il 15% è disoccupata e il 23% di questi utenti si dichiara economicamente non attiva.

Distinguendo tra utenti nuovi e già in carico, tra i primi si osserva una quota superiore di soggetti occupati (72% contro il 64% dei già in carico), mentre è inferiore la percentuale dei nuovi utenti non attivi (10% contro il 17% dei già in carico).

**Figura 6.28: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione occupazionale, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**

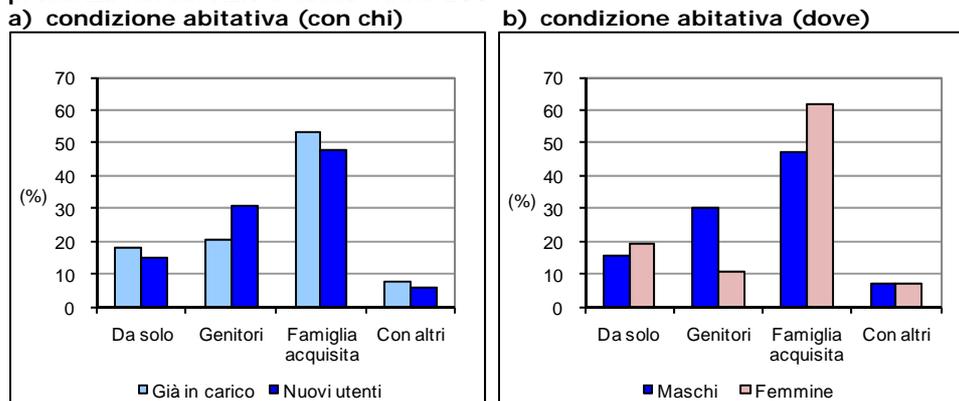


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto alla condizione coabitativa, il 26% dei soggetti dichiara di vivere con i genitori, il 51% dell'utenza abita con partner e/o figli, il 16% abita da solo e il 7% con altre persone.

Nel collettivo femminile, la quota di utenti che abita con partner e/o figli risulta superiore a quella maschile (62% contro il 47% dei maschi), mentre inferiore risulta la quota di utenti che abita con i genitori (11% contro il 30% dei maschi). Distinguendo per tipologia di presa in carico, tra i nuovi utenti si osserva una quota superiore di soggetti che abitano con i genitori (31% contro il 20% dei già in carico), mentre è inferiore la percentuale dei nuovi utenti che abitano con la famiglia costituita (48% contro il 53% dei già in carico).

**Figura 6.29: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione abitativa, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

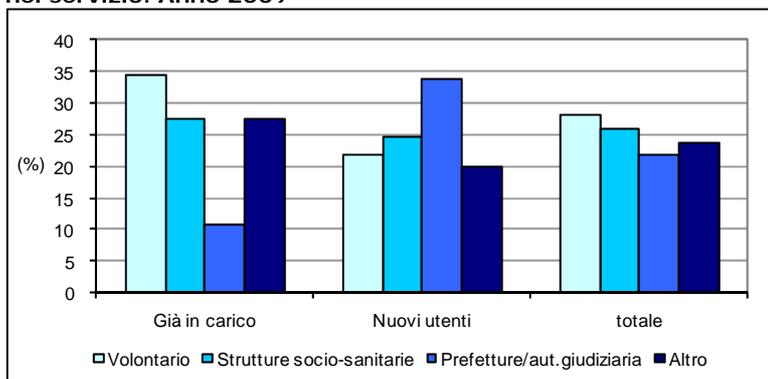
Il 26% degli utenti risulta in trattamento a seguito dell'invio da parte di strutture socio sanitarie, il 28% per scelta volontaria, il 25% risulta inviato dalle autorità e il 21% è giunto attraverso altri canali (tra questi, il 15% è inviato da familiari/amici).

Tra le utenti femmine risulta maggiore la scelta volontaria di sottoporsi a trattamento (36% contro il 26% dei maschi) e l'invio da parte di strutture socio sanitarie (34% contro il 23% dei maschi), minore, invece, è il dato relativo alle utenti inviate dalle autorità (6% contro il 30% dei maschi).

La distinzione tra nuovi ingressi e utenti già in carico evidenzia che tra i primi meno frequente è l'accesso volontario ai servizi (22% e 34% rispettivamente),

mentre maggiore è il dato relativo ai soggetti giunti per l'invio da parte delle autorità (34% e 16% rispettivamente).

**Figura 6.30: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per canale d'invio e presenza nel servizio. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

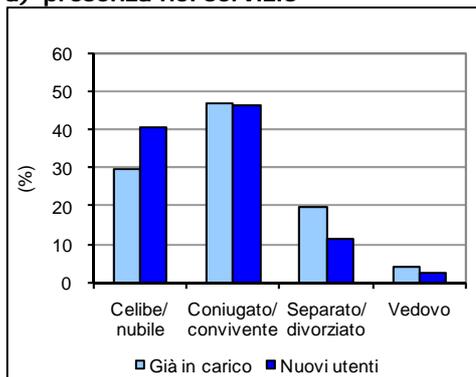
Per quanto riguarda lo stato civile la maggior parte dell'utenza risulta coniugata o convivente (46%), il 35% è celibe/nubile, il 16% è separato o divorziato e il 3% è vedovo.

Tra i maschi è più elevata la quota di utenti celibi (40% contro il 20% delle femmine), mentre tra le femmine è più alta la percentuale di coniugati o conviventi (55% contro il 44% dei maschi), separate (19% contro il 14% dei maschi) e vedove (6% contro il 2% dei maschi).

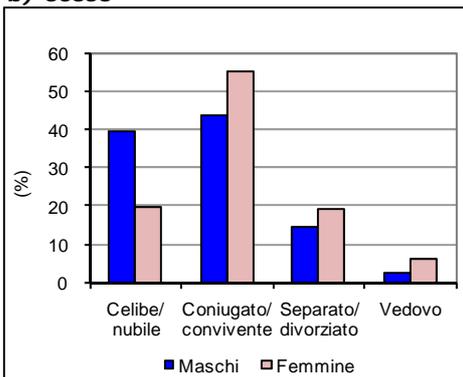
Tra gli utenti già in carico si rilevano quote superiori di soggetti separati o divorziati (20% contro l'11% dei nuovi utenti) e inferiori di persone celibi (30% contro il 40% dei nuovi utenti.)

**Figura 6.31: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per stato civile, presenza nel servizio e sesso. Anno 2009**

**a) presenza nel servizio**



**b) sesso**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

## **6.3 INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO E LIMITAZIONE DEI RISCHI**

### **6.3.1 Unità Mobile Giovani - Evoluzione dal 2007 al 2010**

La cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione è presente già da diversi anni sul territorio della ASL Milano 1 con le Unità Mobili Giovani e Divertimento. Le unità mobili si occupano di prevenzione e riduzione dei rischi: lavorano nei contesti connessi al divertimento notturno con l'obiettivo principale di ridurre i comportamenti a rischio causati dall'assunzione di alcol e sostanze (in particolar modo per i rischi di incidenti stradali conseguenti agli stati alterati). A ciò si aggiungono anche finalità preventive rispetto agli effetti psico-fisici dell'assunzione delle sostanze e dell'alcol.

Le equipe di lavoro inoltre partecipano, all'interno della cooperativa, alla produzione degli strumenti di ricerca e all'analisi dei dati. Contribuiscono attraverso un processo condiviso di costruzione degli strumenti e di modalità di utilizzo, e un confronto sugli scenari dei diversi territori o sul mutare degli stessi nel corso del tempo.

Attraverso l'analisi comparata di tutti i dati raccolti tramite questionari a partire dal maggio 2007 è possibile comprendere come si evolvano i consumi e i comportamenti registrati nel territorio dell'ASL Milano 1 nelle 4 rilevazioni condotte fino a febbraio 2010. Va tenuto conto che tale rilevazione non si pone come studio di tipo epidemiologico in senso proprio, visto che nel contatto vengono acquisite informazioni sui soggetti che si presentano alle Unità Mobili, per i quali non esiste una selezione di tipo campionario e che quindi non assumono valenza di rappresentatività in senso strettamente statistico. Le informazioni rilevate sono comunque preziose perché fortemente indicative del contesto entro il quale sono raccolte e utili ai fini descrittivi. Il periodo monitorato comprende 4 periodi di attività (maggio 2007-dicembre 2007, gennaio 2008-aprile 2008, maggio 2008-aprile 2009 e maggio 2009-febbraio 2010) nei quali complessivamente sono stati raccolti poco meno di 900 questionari.

Se si osservano i dati socio-anagrafici dei soggetti intercettati non si notano sostanziali differenze nei diversi periodi di rilevazione.

Rispetto al genere la tendenza prevalente è quella di incontrare il target maschile (circa 3 persone su 4 in tutte le rilevazioni).

Anche per quanto riguarda le altre variabili indagate non si rilevano differenze importanti: il titolo di studio più frequente è "medie superiori" seguito da "medie inferiori"; interessante è la quota di persone laureate contattate e superiore al 10% tranne che nel terzo periodo di rilevazione.

Inoltre, nella ASL Milano 1, si riscontra che le persone contattate sono lavoratori (più di 6 su 10 in tutte le rilevazioni) o studenti (2 su 10). In tutte le rilevazioni la fascia di età maggiormente rappresentata è quella che va dai 18 ai 34 anni (8/9 persone su 10) con un maggiore presenza di giovani tra i 18 e i 24 anni nelle ultime due rilevazioni.

**Tabella 6.8: Caratteristiche socio anagrafiche dei soggetti contattati sul territorio della ASL di Milano 1. Periodo 2007-2010**

Socio-anagrafica	mag07 - dic07* (%)	gen08 - apr08 (%)	mag08 - apr09 (%)	mag09 - feb10 (%)
Maschi	84,9	80,4	84,9	79,4
Femmine	15,1	19,6	15,1	20,6
Elementari	-	0,0	2,7	0,0
Medie	-	26,2	14,1	39,8
Formazione professionale	-	7,7	7,9	3,1
Superiori	-	41,5	57,6	41,8
Laurea breve	-	9,2	11,0	5,1
Laurea	-	15,4	6,7	10,2
Studente	28,1	15,4	23,1	21,4
Lavoratore	65,4	69,2	61,5	65,3
Studente/lavoratore	6,5	7,7	10,3	7,1
Disoccupato	-	7,7	5,1	6,1
14-15 anni	1,2	1,2	0,0	0,0
16-17	7,2	10,7	1,9	2,1
18-24	37,5	22,6	51,5	54,6
25-34	48,1	54,8	38,8	32,0
> 34	6,0	10,7	7,8	11,3
<b>Totale (N)</b>	<b>403</b>	<b>92</b>	<b>287</b>	<b>98</b>

\*Alcune variabili non rilevate nel questionario adottato  
UMG Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione

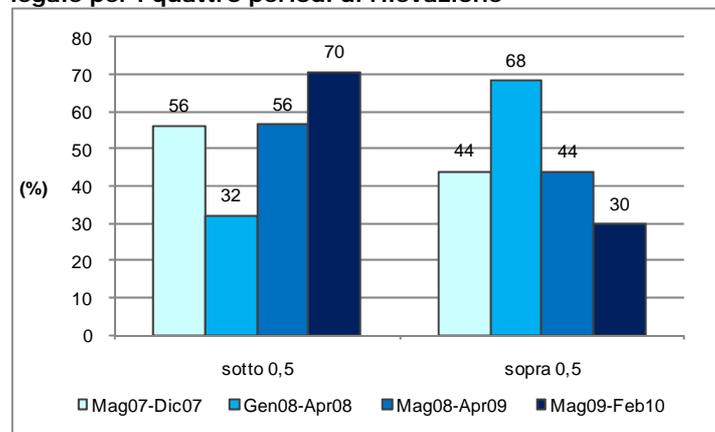
### Alcolemia

La rilevazione dell'alcolemia avviene tramite un etilometro analogo a quello utilizzato dalle Forze dell'Ordine che quindi fornisce rilevazioni della concentrazione di alcol nel sangue (espressa qui in g/l).

Il primo dato che viene analizzato riguarda la percentuale di coloro che sono risultati sopra o sotto il valore limite di alcolemia per mettersi alla guida di un veicolo.

Come si può osservare nel grafico seguente, se si esclude il primo periodo di rilevazione, si evidenzia una diminuzione nel corso del tempo della quota di persone contattate con valore di alcolemia superiore al limite imposto dalla legge per la guida e che è posto a 0,5 g/l.

**Figura 6.32: Distribuzione percentuale della rilevazione dell'alcolemia rispetto al limite legale per i quattro periodi di rilevazione**



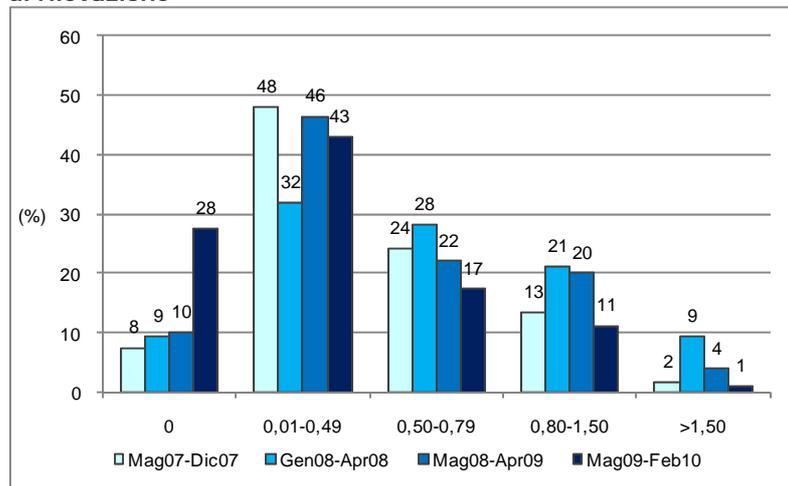
UMG Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione

Per definire ulteriormente la distribuzione delle alcolemie nel campione i valori di alcolemia riscontrati sono stati ricodificati in cinque classi corrispondenti a:

- 1) coloro che sono stati trovati con valore di alcolemia pari a zero;
- 2) coloro che pur avendo un valore superiore a zero sono risultati con un valore al di sotto del valore legale di alcolemia per potersi mettere alla guida (< 0,50 g/l);
- 3) coloro che hanno un'alcolemia compresa tra 0,50 g/l e 0,79 g/l (scelto come criterio perché 0,80 g/l rappresenta il precedente limite legale);
- 4) coloro che hanno un'alcolemia compresa tra 0,80 g/l e 1,50 g/l;
- 5) coloro che hanno un'alcolemia superiore a 1,5 g/l.

Se si osserva la figura seguente si può notare come nell'ultima rilevazione emerga un dato interessante sulla quota del 28% di persone contattate e con alcolemia pari a 0 g/l.

**Figura 6.33: Distribuzione percentuale della rilevazione dell'alcolemia per i quattro periodi di rilevazione**



UMG Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione

### Guida e alcolemia

Nelle quattro rilevazioni sono state raccolte le informazioni sulla guida dei veicoli per comprendere come cambiano, nel corso del tempo, i comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza) nei contesti del divertimento.

Nella tabella si sono suddivisi i guidatori da coloro che hanno dichiarato di non dover guidare (che nella maggior parte dei casi sono passeggeri di altre persone, visti i bassissimi tassi percentuali di coloro che utilizzano i mezzi pubblici).

L'aspetto più interessante dell'analisi riguarda la diminuzione, negli ultimi tre periodi, della quota di guidatori con alcolemia rilevata oltre la soglia legale dei 0,5 g/l: tale quota passa dal 54,2% rilevato tra Gennaio e Aprile 2008 al 29,3% del periodo Maggio 2009-Febbraio 2010.

**Tabella 6.9: Tassi alcolemici rilevati tra guidatori e non guidatori, rispetto al valore legale, per i quattro periodi di rilevazione**

Valore legale di alcolemia	mag07 - dic07			gen08 - apr08			mag08 - apr09			mag09 - feb10			
	<0,5	>0,5	Totale										
<b>Guidatore</b>	N	127	72	199	20	22	42	84	55	139	41	17	58
	%	63,8	36,2		47,6	52,4		60,4	39,6		70,7	29,3	
<b>Non guidatore</b>	N	99	87	186	12	29	41	74	61	135	28	12	40
	%	53,2	46,8		29,3	70,7		54,8	45,2		70,0	30,0	
<b>Totale</b>	N	226	159	385	32	51	83	158	116	274	69	29	98
	%	58,9	41,1		38,6	61,4		57,7	42,3		70,4	29,6	

UMG Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione

### Consumo di sostanze

Le unità mobili hanno raccolto informazioni sia sui consumi di sostanze stupefacenti in riferimento "all'intera" vita dei soggetti intervistati (vengono quindi considerati anche i consumi passati e le eventuali sperimentazioni di sostanze che, nel corso degli anni, sono state abbandonate) che sui consumi attuali o recenti (riferiti cioè all'ultimo mese dal momento della rilevazione) registrando, infine, il quadro dei consumi al momento della rilevazione, per ottenere dati utili per eventuali progettazioni sulla prevenzione di tali comportamenti.

La prima tabella è quella relativa ai consumi durante l'arco della vita. Va notato come, in tutte le rilevazioni, si riscontrino percentuali elevate di soggetti che hanno consumato almeno una sostanza stupefacente, con un incremento delle percentuali stesse nei tre periodi in studio. Tale aumento, almeno per quanto riguarda l'ordine di grandezza quantitativo, può essere anche addebitato ad una maggior confidenza nei confronti degli operatori che vanno ad investigare aspetti della vita delle persone che comporterebbero comunque una sanzione di tipo amministrativo.

**Tabella 6.10: Distribuzione percentuale del consumo nella vita e della sperimentazione di sostanze psicotrope**

Consumi nella vita LTP	gen08 - apr08 (%)	mag08 - apr09 (%)	mag09 - feb10 (%)
Si	25,0	47,4	73,5
No	75,0	52,6	26,5
Hashish/Marijuana	23,9	43,5	70,4
Ecstasy	8,7	13,6	19,4
Anfetamine	5,4	8,0	10,2
Oppiacei	2,2	3,8	5,1
Allucinogeni	5,4	10,8	14,3
Inalanti	7,6	13,9	15,3
Cocaina	9,8	18,8	26,5
Ketamina	2,2	9,1	8,2
Crack	0,0	3,8	4,1
Farmaci	4,3	2,8	2,0

UMG Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione

I derivati del THC sono la tipologia di sostanza trasversale a tutte le rilevazioni, seguita dalla cocaina e dagli altri stimolanti (Ecstasy e Anfetamine). Anche in questo caso va ricordato che le evidenze espresse tramite la percentuale dei soggetti contattati che hanno utilizzato o meno le diverse sostanze, sono da leggere in termini della specificità del contesto in cui si è svolta la rilevazione.

Per quanto riguarda le prevalenze d'uso di sostanze nell'ultimo mese emergono in maniera più netta le due principali sostanze (derivati THC e cocaina) viste in precedenza.

**Tabella 6.11: Distribuzione percentuale del consumo nell'ultimo mese e di sostanze psicotrope**

<b>Consumi nell'ultimo mese LMP</b>	<b>gen08 - apr08 (%)</b>	<b>mag08 - apr09 (%)</b>	<b>mag09 - feb10 (%)</b>
Hashish/Marijuana	13,0	31,4	41,8
Ecstasy	1,1	4,5	2,0
Anfetamine	0,0	2,1	2,0
Oppiacei	0,0	2,4	2,0
Allucinogeni	0,0	2,8	2,0
Inalanti	1,1	5,6	2,0
Cocaina	3,3	10,8	11,2
Ketamina	0,0	3,1	5,1
Crack	0,0	2,4	0,0
Farmaci	0,0	2,1	2,0

UMG Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione



## **7. LA FORMAZIONE**

---



## 7. LA FORMAZIONE

La formazione continua del personale riveste una importanza strategica sia dal punto di vista della gestione delle risorse umane che per le importanti ricadute sulla qualità dell'offerta all'utenza.

Ciò a maggior ragione nel settore delle dipendenze, riconosciuto come uno degli ambiti a maggiore rischio di burn out per gli operatori.

Il personale dei nostri servizi è costituito soprattutto da professionisti con una permanenza prolungata nel settore delle dipendenze, che dunque hanno maturato un'esperienza consolidata sia nel campo della clinica che della prevenzione, anche se tale caratteristica rappresenta allo stesso tempo un fattore importante di logoramento.

La risorsa umana può diventare leva del miglioramento organizzativo, esprimendo al meglio la ricchezza delle proprie competenze, solo se l'organizzazione investe a lungo termine in percorsi formativi fortemente agganciati alla prassi operativa.

L'establishment gestionale deve, pertanto, porre massima attenzione a sostenere la motivazione dei professionisti, fisiologicamente minacciata dal burn out, e ad offrire loro gli strumenti necessari a fronteggiare le continue sfide a cui sono sottoposti.

La formazione in un certo senso deve essere in grado di anticipare i fenomeni emergenti, precorrendo il loro impatto sui servizi e ipotizzandone le ricadute sul livello organizzativo.

La strategia che si è da sempre seguita ha mirato a coinvolgere direttamente gli operatori rendendoli attori e non solo destinatari delle diverse iniziative.

Ciò allo scopo di valorizzarne l'autonoma creatività, favorire uno spirito di ricerca, incoraggiare la sperimentazione, come antidoto all'appiattimento della routine.

Il ripensamento dei modelli clinici e l'innovazione delle tecniche influisce inoltre positivamente sulla percezione di autoefficacia dell'operatore, continuamente minata dalla fatica connessa alla gestione di una patologia recidivante e della crescente complessità dell'utenza.

Uno strumento utilizzato negli ultimi anni è quello dei gruppi di miglioramento, che hanno visto una larga adesione da parte degli operatori dei servizi del dipartimento.

Nell'anno 2008 tutte le equipe hanno effettuato dei percorsi autogestiti di miglioramento organizzativo, che hanno esitato nel 2009 in un convegno.

La possibilità di dare visibilità all'impegno degli operatori e ai risultati raggiunti ha permesso un confronto fra le diverse realtà, rispettandone le specificità.

Da sottolineare che questo strumento, non prevedendo spese aggiuntive, risulta anche sostenibile sotto il profilo dei costi.

Un'altra attenzione posta in questi anni riguarda infine la possibilità di favorire e sostenere, attraverso la formazione, lo sviluppo di una rete di agenzie in grado di collaborare e/o cogestire attività che si situano sul confine dei diversi ambiti di competenza. È importante a tal fine mantenere nel coinvolgimento dei destinatari la dimensione territoriale, così che il confronto in aula avvenga fra professionisti che si ritrovano a interagire direttamente nella realtà per la gestione di progetti o di utenti.

Attraverso queste esperienze si è riscontrato come l'incontro fra operatori e l'opportunità di confrontarsi in esperienze non condizionate dall'urgenza operativa possano migliorare la conoscenza dell'offerta presente nelle altre agenzie, incentivare delle collaborazioni maggiormente aderenti alla situazione

locale, ridurre i conflitti causati da aspettative eccessive rispetto alle opportunità realmente offerte, avviare un confronto sulle diverse filosofie di intervento per la costruzione di un modello condiviso.

I corsi di aggiornamento organizzati dal dipartimento dipendenze per l'anno 2009 sono stati definiti in base all'analisi del fabbisogno formativo riferito sia nelle singole unità operative, che nei singoli distretti, che per gruppi di operatori, che per categorie specifiche di utenza emergenti nella pratica clinica.

Dagli schemi seguenti è possibile riconoscere come l'attività formativa risponda all'esigenza di adeguare il sistema dei servizi in relazione al costante cambiamento del profilo dell'utenza, senza perdere di vista la peculiarità dei diversi territori.

L'aggiornamento continuo ha avuto anche come finalità l'approfondimento di tecniche specifiche, l'addestramento sugli strumenti (gruppi, bioenergetica, strumenti educativi), l'apertura a chiavi di lettura capaci di allargare le potenzialità terapeutiche degli operatori, la valorizzazione e la condivisione delle esperienze innovative e delle buone prassi presenti nelle unità operative.

Vi è stata anche una attenzione a migliorare le loro competenze nel relazionarsi con le realtà e i soggetti genericamente intesi come "clienti". Si tratta di istituzioni o privati cittadini che richiedono ai servizi la consulenza necessaria a gestire il rapporto con chi utilizza sostanze stupefacenti e le conseguenze derivanti dai comportamenti d'abuso.

Collegato a questo ambito è stato anche l'aggiornamento degli aspetti normativi e delle loro implicazioni nel lavoro clinico.

Per quanto riguarda l'ambito della prevenzione si è avuto cura di proporre un corso di formazione in linea con il progetto "Re-ligo: osservare e costruire": promuovere la metodologia delle Life Skills, in una prospettiva nuova rispetto alle esperienze precedenti di lavoro con la scuola e l'acquisizione di un metodo di progettazione condivisa.

Nelle tabelle seguenti si riportano le iniziative formative realizzate nell'anno 2009.

Titolo	<b>Aspetti teorici e applicazioni cliniche della terapia cognitivo comportamentale nella cura e riabilitazione di tossico e alcolodipendenti</b>
Il bisogno formativo	Formare un gruppo di operatori in grado di condurre gruppi per pazienti poliabusatori attraverso tecniche cognitivo-comportamentali
Obiettivo	Acquisizione di competenze tecnico-teoriche per il corretto utilizzo della terapia cognitivo comportamentale con particolare riferimento ai trattamenti di gruppo
Destinatari	Medici, psicologi, educatori, infermieri.
Numero partecipanti	20
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	30 ore

Titolo	<b>La consulenza al cittadino e alle istituzioni nel servizio per le dipendenze</b>
Il bisogno formativo	Offrire agli operatori uno spazio per approfondire il ruolo del servizio nell'offrire consulenza agli enti e alla cittadinanza relativamente al fenomeno delle dipendenze e alle sue conseguenze sulla popolazione negli ambiti di vita e di lavoro"
Obiettivo	Acquisizione di competenze relazionali e strumenti in grado di interagire efficacemente con i destinatari di interventi di consulenza.
Destinatari	Tutte le professioni
Numero partecipanti	30
Previsti destinatari esterni	No
Durata	22 ore

Titolo	<b>Il lavoro educativo nelle dipendenze: sviluppo di competenze per l'applicazione di strumenti specifici di trattamento e valutazione</b>
Il bisogno formativo	Gruppo miglioramento per educatori professionali
Obiettivo	A continuazione dell'edizione precedente, approfondimento delle tecniche trattamentali e di valutazione
Destinatari	Educatori professionali
Numero partecipanti	14
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	18 ore

Titolo	<b>La presa in carico degli adolescenti a rischio: sviluppo di competenze per l'attivazione di interventi in un'ottica di rete</b>
Il bisogno formativo	Gruppo di miglioramento, in collaborazione con il distretto 4
Obiettivo	Confronto fra servizi sulle diverse modalità di presa in carico e sulle rispettive competenze e sviluppo di linee operative funzionali alla integrazione degli interventi
Destinatari	Tutte le professioni
Numero partecipanti	14
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	18 ore

Titolo	<b>Il protagonismo degli operatori nell'innovazione e nel miglioramento organizzativo</b>
Il bisogno formativo	Seminario di presentazione dei risultati dei gruppi di miglioramento delle 8 équipes
Obiettivo	Condivisione e diffusione fra gli operatori dei contenuti tecnici espressi nei gruppi di miglioramento
Destinatari	Tutte le professioni
Numero partecipanti	70
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	7 ore

Titolo	<b>Tecniche attive nella conduzione dei gruppi</b>
Il bisogno formativo	Formazione specifica finalizzata al trattamento psicosociale di pazienti e familiari
Obiettivo	Apprendimento di tecniche bioenergetiche e psicocorporee per la conduzione di gruppi di sostegno e terapeutici
Destinatari	Medici; psicologi; educatori; infermieri;
Numero partecipanti	20
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	30 ore

Titolo	<b>Il case management infermieristico: sviluppo di competenze per l'individuazione di strumenti operativi e buone prassi</b>
Il bisogno formativo	Gruppo miglioramento per infermieri professionali
Obiettivo	Aumento delle capacità nella gestione del case management infermieristico individuando target, modalità e strumenti di azione
Destinatari	Infermieri professionali
Numero partecipanti	14
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	18 ore

Titolo	<b>Il paziente con comorbidità psichiatrica: modelli e strumenti per l'integrazione tra servizi di cura</b>
Il bisogno formativo	Analizzare e migliorare gli ambiti di collaborazione per la gestione di programmi terapeutici d'intesa con il dipartimento salute mentale
Obiettivo	Acquisizione di competenze relazionali e tecniche finalizzate alla gestione congiunta di pazienti con comorbidità psichiatrica
Destinatari	Medici; psicologi
Numero partecipanti	30
Previsti destinatari esterni	Sì
Durata	25 ore

Titolo	<b>Corso di formazione sulle life skills per operatori socio-sanitari che operano nel campo della promozione alla salute nelle scuole di ogni ordine e grado – 2° fase</b>
Il bisogno formativo	Costruzione di équipe multidisciplinari e interdipartimentali e a costruire percorsi educativi per le scuole di ogni ordine e grado
Obiettivo	Apprendimento della metodologia delle "life skills"
Destinatari	Personale coinvolto nel progetto Re-ligo Osservare e costruire: medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali, assistenti sanitari, ostetriche
Numero partecipanti	34
Previsti destinatari esterni	No
Durata	28 ore

Titolo	<b>La metodologia delle "Life Skills" nell'ambito della promozione della salute</b>
Il bisogno formativo	Costruzione di equipe multidisciplinari e intradipartimentali e di costruire percorsi educativi in ambito scolastico ed extrascolastico
Obiettivo	Acquisizione competenze rispetto all'utilizzo della metodologia delle life skills in ambito scolastico ed extrascolastico
Destinatari	Personale coinvolto nel progetto Re-ligo Osservare e costruire: Medici; psicologi, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori, infermieri, ostetriche
Numero partecipanti	_____
Previsti destinatari esterni	No
Durata	52,5 ore

## **8. LA TUTELA DELLA COMUNITÀ E DEL CITTADINO - CONSUMATORE**

---

**8.1 Il Progetto Prefettura**

**8.2 Soggetti presi in carico a seguito della segnalazione della  
Commissione Medica Locale Patenti**

**8.3 L'accertamento di assenza di tossicodipendenza nei lavoratori**



## 8. LA TUTELA DELLA COMUNITÀ E DEL CITTADINO - CONSUMATORE

Il progressivo diffondersi dell'uso di sostanze in ogni ambito di vita ha aumentato o comunque reso più evidente il rischio derivante da comportamenti pericolosi nei confronti di terzi connessi all'uso di droghe.

Parallelamente, negli ultimi anni, sono state varate leggi o modificate norme vigenti che hanno avuto come obiettivo una maggiore tutela del cittadino rispetto a tali rischi.

Sono state così introdotte o aumentate sia le sanzioni sia gli strumenti di controllo per questo tipo di comportamenti.

Le leggi che rientrano in questa fattispecie sono riportate nella tabella seguente.

Codice della strada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maggiore severità per il rilascio , conferma , revisione della patente in caso di uso di sostanze stupefacenti</li> <li>• Inasprimento pene per la guida sotto effetto di sostanze e in stato di ebbrezza</li> <li>• Perdita dei requisiti morali da parte delle persone sanzionate sulla patente per possesso personale di sostanze e da parte dei condannati per l'art 73</li> <li>• Limitazione alla guida di veicoli con potenza specifica superiore a 55 kW/t</li> </ul>
Legge 309/90 modificazioni del 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art 73 ampliamento delle fattispecie penali.</li> <li>• Art 75 bis :misure di sicurezza in caso di recidive e persone ritenute pericolose.</li> </ul>
D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81, art. 41)	Divieto per chi usa sostanze stupefacenti di svolgere le mansioni ritenute a rischio per la propria o altrui incolumità.

In ognuna di queste norme il Servizio per le dipendenze o per le alcoldipendenze viene coinvolto come soggetto istituzionale che ha la competenza di verificare e certificare l'assenza di tossico o alcoldipendenza oppure di collaborare con le commissioni mediche patenti nell'accertamento della stessa.

Queste competenze sono andate ad aggiungersi a quelle già tradizionalmente svolte a cavallo fra interventi di aiuto e di controllo, quali i trattamenti in regime di pena alternativa e i programmi terapeutici a seguito di segnalazione art. 75.

Allo stesso modo si è assistito ad un aumento delle richieste di accertamento di tossicodipendenza nei confronti di coppie richiedenti l'idoneità all'adozione o di genitori per i quali sussiste il dubbio che vi sia un abuso di sostanze connesso a trascuratezza e/o maltrattamento dei figli.

Diversamente dal passato gli operatori si vedono impegnati in una attività sempre più consistente, dove vi è una richiesta da parte di un committente esterno, il quale a sua volta contratta con il soggetto l'opportunità di un accertamento al SerT ed effettua un invio per la valutazione.

Un'altra differenza consiste nel fatto che, per buona parte di tali soggetti, il rapporto con il Servizio si conclude dopo la valutazione e che solo una parte di essi presenta un comportamento d'abuso tale da richiedere successivi interventi.

L'esercizio di tali attività non può prescindere da un elemento che differenzia in modo sostanziale questi soggetti dall'utente che volontariamente, seppur su pressione dei familiari o altri, si rivolge al Servizio per una richiesta di aiuto.

Nei confronti del SerT o NOA il soggetto non ha alcuna aspettativa di essere "curato" o quantomeno "ascoltato" nei suoi problemi, ma al contrario di ricevere un'attestazione della assenza di essi. Aspettativa presente anche quando la persona in realtà sa di avere un consumo di sostanze, più o meno problematico.

Questo sostanziale rovesciamento delle premesse alla base del rapporto operatore-cliente, modifica in modo essenziale il setting nel quale avvengono i

primi incontri, cosa che comporta per gli operatori una fatica non indifferente nel dotarsi di strumenti e atteggiamenti capaci di preservare la chiarezza e il rispetto dei relativi ruoli, anche in vista di una possibile evoluzione del rapporto del soggetto con il servizio. Se il soggetto è realmente portatore di una problematica di abuso assume inoltre un ruolo cruciale l'attenzione dell'operatore a sostenere la sua pur debole motivazione alla cura.

Un'altra criticità riguarda invece le possibili conseguenze negative per il soggetto in seguito all'applicazione di tali norme, ad esempio quando certe sanzioni o certe procedure possono pregiudicare la sua attività lavorativa.

In determinate situazioni il Servizio si può trovare nella doppia veste di ente che da una parte ha certificato un uso di sostanze in base al quale si è determinata una perdita dello status di lavoratore e dall'altra si trova ad intervenire come agenzia deputata a promuovere il reinserimento sociale della persona.

## **8.1 IL PROGETTO PREFETTURA**

IL progetto, finanziato dalla Regione Lombardia che coinvolge la nostra ASL dal 2005; si rivolge alle persone segnalate alla Prefettura di Milano per possesso di sostanze stupefacenti al di sotto dei 26 anni al momento del fermo.

Il colloquio viene effettuato da personale ASL e presso una nostra sede anziché presso la Prefettura. Inoltre per la fase successiva al colloquio è presente un'offerta educativa specifica per l'utenza giovane.

### **L'organizzazione dell'attività**

Nell'anno 2009 l'attività è stata svolta da operatori provenienti dal Dipartimento Dipendenze e dai seguenti enti del Privato Sociale: Cooperativa Atipica, Comunità Nuova, Associazione Contrasti, Associazione Albatros.

I percorsi educativi, che possono essere svolti con modalità individuale o di gruppo, vengono effettuati:

- per il distretto di Garbagnate presso il CEP di Limbiate;
- per i distretti di Legnano e Castano presso il SerT di Parabiago;
- per i distretti di Rho, Corsico, Magenta e Abbiategrasso i programmi di gruppo vengono effettuati in parte presso il SerT ed in parte a Sedriano, mentre i programmi individuali vengono svolti nella sede SerT concordata con la persona;
- per la zona di Abbiategrasso è possibile, su richiesta, anche concordare un programma individuale presso il NOA.

### **Età dei soggetti segnalati (al momento del colloquio)**

Il tempo che passa dall'evento del fermo alla convocazione è piuttosto variabile; per i più passano almeno 12 mesi, tranne i soggetti minorenni ai quali si dà priorità nella convocazione.

Le percentuali di età più rappresentate sono quelle che vanno dai 21 ai 23 anni e quelle che vanno dai 18 ai 20 anni, per questi ultimi va considerato tuttavia che molti di loro hanno subito il fermo da minorenni.

La fascia dei minori di età convocati a colloquio (la procedura prevede la convocazione insieme al genitore), ha riguardato invece il 10.3% del totale.

Rispetto all'anno 2008 si è riscontrata una diminuzione dell'età media dei convocati.

**Tabella 8.1: distribuzione percentuale e numerosità dei soggetti segnalati per fascia d'età. Anno 2009**

Fasce d'età	Numero soggetti	%
Dai 15 ai 17 anni	23	10,3
Dai 18 ai 20 anni	65	28,6
Dai 21 ai 23	80	35,2
Dai 24 ai 26	50	22,0
Dai 27 ai 29	7	3,0
Non rilevata	2	0,8
Totale	227	100,0

Dati sperimentazione prefettura anno 2009

### La sostanza di segnalazione

Per quanto riguarda la sostanza di segnalazione si rileva una maggioranza di sequestri per hashish, precisamente 159 fermi (73,1% della popolazione selezionata per i colloqui del 2009), molti dei quali reiterati (si vedrà infatti che i programmi proposti sono per la maggioranza rivolti a soggetti plurisegnalati), seguiti dalla cocaina, 42 (19.3%). I casi nei quali il fermo ha rivelato il possesso di più sostanze, rappresenta il 4.4%. È tuttavia da precisare che la sostanza di segnalazione spesso non è indicativa delle reali abitudini della persona: la stragrande maggioranza delle persone fermate per hashish afferma infatti di avere sperimentato altre sostanze stupefacenti illegali (più spesso cocaina) e di abusare di alcol in situazioni ricreative.

**Tabella 8.2: Distribuzione della sostanza di segnalazione per genere. Anno 2009**

Sostanza sequestrata durante il fermo	Maschi	Femmine	Totale	%
Cocaina	42	2	44	19,3
Thc	159	7	166	73,1
Ecstasy - MDMA	2	0	2	0,8
Più sostanze	9	1	10	4,4
Eroina	1	1	2	0,8
Non rilevato	3	0	3	1,3
Totale	216	11	227	100,0

Dati sperimentazione prefettura anno 2009

Nel 2009, su 68 persone inviate a programma, solo per 35 di queste la sostanza sequestrata coincide con la sostanza d'abuso. Infatti, alcune persone segnalate per cocaina sono state poi trattate come THC ed il contrario in altri casi.

Meno utilizzate, anche se spesso sperimentate in passato, sono altre sostanze, fra le quali la ketamina, l'ecstasy e allucinogeni

L'abuso di alcool nel fine settimana è considerato "normale", perché è una sostanza legale e la maggior parte degli adulti ha un atteggiamento più tollerante verso tale abuso rispetto all'assunzione di droghe.

Nel caso dell'hashish vi è spesso un uso ricreativo in gruppo, momento di ritualità, spesso confinato in una certa fase della crescita, che non interferisce significativamente con altri ambiti della vita della persona (lavoro, studio, vita di relazione, salute); tuttavia è sempre più diffuso l'uso individuale e assiduo anche in età adolescenziale, capace di sfociare in una dipendenza psicologica.

L'adolescente di fronte alle difficoltà quotidiane utilizza più volte al giorno una sostanza capace di sedare l'ansia e che crea distanza dai problemi, ma che gli impedisce di affrontare con le proprie forze i problemi che incontra.

Le abitudini di vita riscontrate sono quelle mediamente presenti nella popolazione di questa fascia di età. Vivono in famiglia e, in maggioranza, lavorano. In misura molto più limitata, studiano. In aumento rispetto all'anno precedente è il numero di disoccupati e anche quello dei precari, in relazione alla crisi del mercato del lavoro

Sempre significativo è il frequente abbandono della scuola superiore nei primi anni

Dei 227 soggetti convocati a colloquio presso le sedi CEP, 40 di essi non si sono presentati; in questa popolazione sono ricompresi i soggetti che hanno richiesto di effettuare il colloquio nell'anno successivo (10). Vedi tabella sotto.

**Tabella 8.3: Esito delle convocazioni a colloquio. Anni 2006, 2007, 2008, 2009**

	Convocati	%	Non presentati	%	Presentati	%
<b>2006</b>	163	100	27	17	136	83
<b>2007</b>	54	100	11	20	43	80
<b>2008</b>	205	100	22	11	183	89
<b>2009</b>	227	100	40	17,6	187	82,3
<b>Totale</b>	649		100		549	

Dati sperimentazione prefettura anni 2006-2009

I dati riportati nella tabella sottostante rappresentano il numero delle convocazioni effettuate e l'esito successivo al colloquio.

Di seguito vengono riportati gli esiti dei 187 colloqui effettuati; tali dati non fanno riferimento all'esito (sanzionatorio o di formale invito) di competenza del Prefetto. In questo si evidenzia il delicato rapporto tra la funzione di sostegno e di controllo che questo particolare ambito di intervento prevede.

**Tabella 8.4: Esito dei colloqui\*. Anni 2006, 2007, 2008, 2009**

	Senza proposta di programma	%	Proposta di Programma	%	Rinviato ad altra Prefettura	%	Totale	%
<b>2006</b>	71	52	65	48	1	0	137	100
<b>2007</b>	31	72	11	26	1	2	43	100
<b>2008</b>	80	44	101	55	2	1	183	100
<b>2009</b>	119	63,6	68	36,3	0	0	187	100
<b>Totale</b>	301		245		4		550	

\*Percentuale sul totale dei presentati

Dati sperimentazione prefettura anni 2006-2009

Le situazioni per le quali non è stato proposto un invio a programma, che ammontano al 63,6%% dei soggetti, riguardano esclusivamente ragazzi fermati per una singola segnalazione per hashish, per i quali non è stata rilevata una necessità in tal senso (in tali casi il procedimento viene archiviato da parte della Prefettura attraverso un'ammonizione a non fare più uso di sostanze stupefacenti).

L'invio a programma ha riguardato 68 soggetti (il 36,3% sul totale dei presentati), corrispondenti a: tutti i soggetti fermati per cocaina, almeno 20 soggetti che avevano segnalazioni plurime, quei casi nei quali si è rilevata la necessità di un sostegno sia cognitivo che relazionale utile alla sospensione completa del consumo di sostanze e di un supporto a riconoscere le condizioni di rischio.

La tabella seguente mostra l'esito dei programmi attivati.

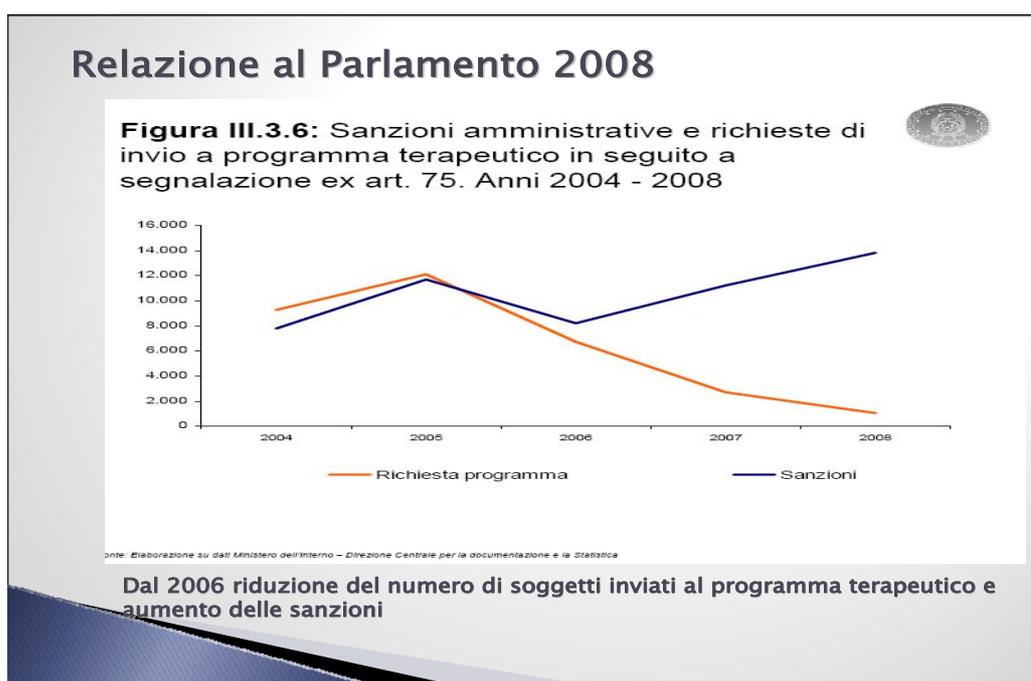
**Tabella 8.5: Esito dei programmi\* . Anni 2006, 2007, 2008, 2009**

	Conclusi positivamente	%	In corso	%	Interrotti o conclusi negativamente	%	Totale inviati a programma	%
<b>2006</b>	49	75	5	8	11	17	65	100
<b>2007</b>	8	73	2	18	1	9	11	100
<b>2008</b>	61	60	17	17	23	23	101	100
<b>2009</b>	32	47,0	36	52,9	0	0	68	100
<b>Totale</b>	150		60		35		245	

\*Percentuale sugli invii a programma (esito al 31/12/2009)  
 Dati sperimentazione prefettura anni 2006-2009

Il 47,0% dei soggetti che hanno preso contatto con i servizi (sul totale degli invii a programma - 68 soggetti), ha concluso positivamente il percorso intrapreso. Il 52,9% aveva il programma in corso al 31.12.2009 e a quella data nessuno aveva interrotto il programma.

La nuova normativa, che non prevede la sospensione della sanzione nel caso di programma ad esito positivo ha contribuito a ridurre la percentuale di programmi proposti, con un lieve aumento degli abbandoni , anche se non in misura drastica come avvenuto a livello nazionale, come si evince dalla figura sottostante.



Nell'anno 2009 la normativa è stata integrata da un nuovo provvedimento legislativo e precisamente la Legge n 94 del 15.7.2009 (Pacchetto sicurezza). Tale dispositivo ha portato a 3 anni il limite massimo della sospensione della patente per le persone segnalate art 75 e a 4 anni il limite massimo per le misure di cui all'articolo 75 bis. Inoltre prevede che le persone sanzionate sulla patente per il fermo di cui all'art 75 L 309/90 perdano per almeno tre anni i requisiti morali per l'acquisizione della patente di guida.

Si è quindi avuto rispetto al passato un complessivo inasprimento delle sanzioni previste, che per le loro conseguenze pratiche potrebbero limitare la possibilità del soggetto di reperire e mantenere un posto di lavoro.

## 8.2 SOGGETTI PRESI IN CARICO A SEGUITO DELLA SEGNALAZIONE DELLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI

Nel 2009 sono stati raccolti i dati dei soggetti che hanno avviato una valutazione diagnostica ed un eventuale percorso terapeutico presso i servizi territoriali della ASL Milano 1 a seguito dell'invio della Commissione Medica Locale.

L'invio avviene prevalentemente nei casi in cui la persona è recidiva e ha reiterato la guida in stato di ebbrezza, oppure nel caso in cui il soggetto è in possesso di una patente speciale o a seguito dell'accertamento, effettuato in sede medico-legale che ha favorito il dubbio di abuso o dipendenza da alcol.

Nel 2009 sono stati 235 i soggetti in carico a seguito di tali segnalazioni: circa il 97% dei soggetti è di sesso maschile, l'età media è pari a 41 anni e il 66% dei soggetti non era conosciuto ai servizi.

La classe d'età maggiormente rappresentata è quella dei 35-44enni (32%) seguita dalle classi dei 25-34enni e dei 45-54enni (25% in entrambe le classi d'età).

Le femmine risultano il collettivo mediamente più vecchio presentando un'età media pari a 49 anni contro i 41 anni del collettivo maschile. Sono inoltre i soggetti già noti ai servizi ad essere mediamente più anziani (43 anni contro i 40 anni dei nuovi utenti).

La sostanza dichiarata come prevalente dai soggetti qui descritti è per il 60% il vino, per il 7% birra, il 2% dichiara superalcolici, l'1% aperitivi, amari e digestivi mentre il 30% dichiara altri alcolici in generale. Quasi l'1% non dichiara alcuna sostanza.

**Tabella 8.6: Distribuzione percentuale della sostanza primaria. Anno 2009**

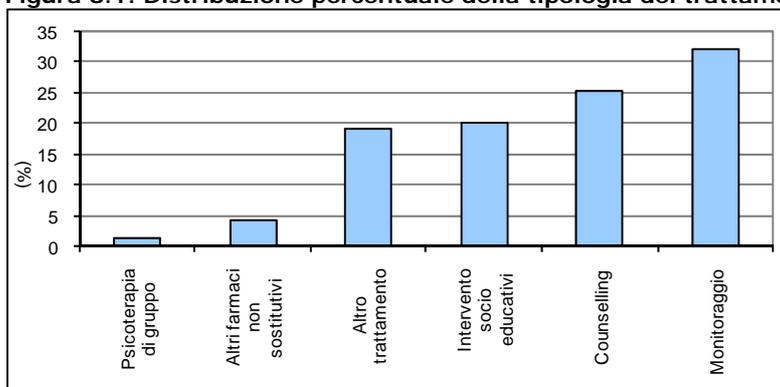
Bevanda	%
Superalcolici	1,70
Aperitivi/amari/digestivi	0,85
Vini	59,57
Birra	7,23
Altri alcolici	29,79
Nessuna bevanda	0,85

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

L'intervento a favore di questa tipologia d'utenza prevede in prima istanza il percorso diagnostico che ha lo scopo di accertare la reale situazione di consumo (consumo adeguato/abuso/dipendenza); questa tipologia d'intervento rientra nel 19% di "altri trattamenti". La produzione di certificazione conseguente, richiesta all'utente dalla Commissione Medica Locale avviene dopo interventi di monitoraggio (32%), interventi di counselling (25%) e socioeducativi (20%). L'intervento diagnostico viene accompagnato da controlli relativi al consumo/astensione dalla sostanza e da attività informative e di sensibilizzazione rispetto alla normativa, alla sostanza stessa e ad eventuali comportamenti di rischio.

Al 4% dei soggetti sono stati somministrati farmaci non sostitutivi e l'1% ha seguito interventi di psicoterapia di gruppo.

**Figura 8.1: Distribuzione percentuale della tipologia dei trattamenti. Anno 2009**



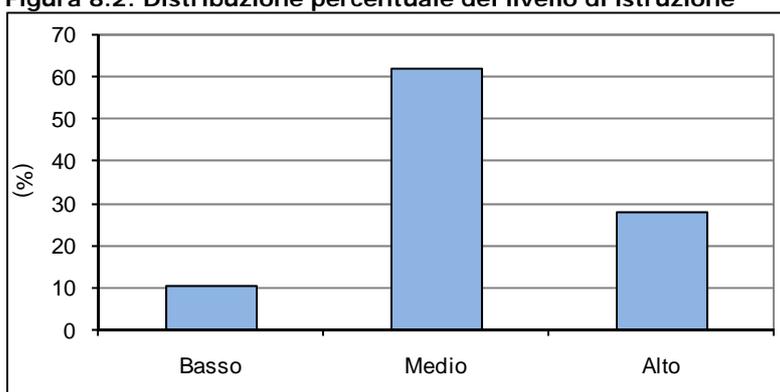
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Il 38% dei soggetti alla fine del 2009 risultavano essere ancora in carico ai servizi; per lo più si tratta di utenza che a seguito del percorso diagnostico ha espresso la necessità di un trattamento. Il 43% ha concluso il programma nell'anno. Il 18% dei soggetti ha invece interrotto il percorso, più precisamente: il 15% è stato perso di vista mentre il 3% ha interrotto in accordo con il servizio.

I soggetti sono rimasti in carico ai servizi, in media, 210 giorni. Emergono delle differenze se si distinguono i pazienti in base alla presenza nel servizio: se, infatti, i soggetti nuovi presentano una durata media della presa in carico pari a 131 giorni, i soggetti già noti sono stati in carico, mediamente, 355 giorni. Non emergono differenze, invece distinguendo tra maschi e femmine (m=210 gg; f=199 gg).

Le caratteristiche di questa tipologia di utenza rilevano che il 62% dei soggetti possiede un titolo di studio medio, il 28% ha un titolo di studio elevato mentre il 10% ha conseguito al massimo la licenza elementare.

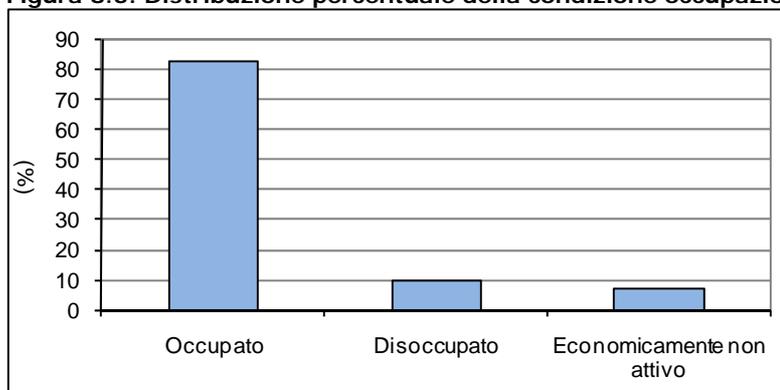
**Figura 8.2: Distribuzione percentuale del livello di istruzione**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La maggior parte dei soggetti lavora: l'83% dei soggetti è infatti occupato stabilmente, il 10% dei soggetti è disoccupato, il 7% è economicamente non attivo.

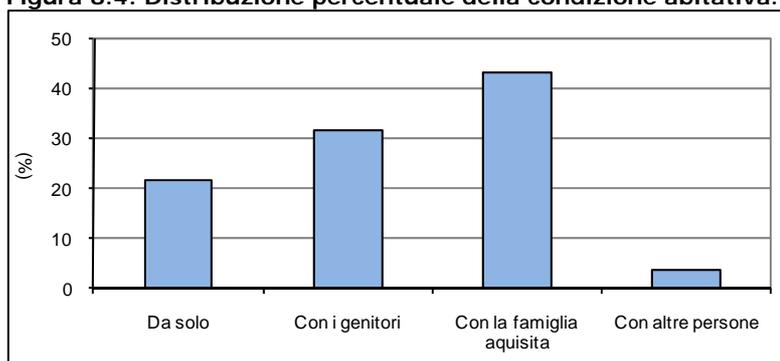
**Figura 8.3: Distribuzione percentuale della condizione occupazionale. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La quasi totalità dei soggetti (92%) ha una residenza fissa. Tra questi, il 43% vive con la famiglia acquisita, il 32% vive con i genitori, il 22% vive solo ed il restante 4% vive con altre persone.

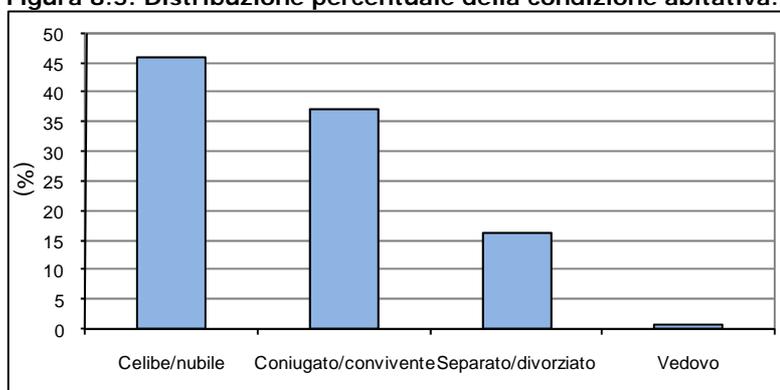
**Figura 8.4: Distribuzione percentuale della condizione abitativa. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Rispetto allo stato civile, il 46% dei soggetti è celibe o nubile, il 37% è coniugato o convivente, il 16% è separato o divorziato ed il restante 1% è vedovo.

**Figura 8.5: Distribuzione percentuale della condizione abitativa. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### 8.3 L'ACCERTAMENTO DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA NEI LAVORATORI

Con il Provvedimento 30.10.2007 "Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza", l'accordo tra Stato Regioni e province Autonome di Trento e Bolzano del 18 settembre 2008 e relativa circolare applicativa regionale del 22.1.2009 Prot. H1.2009.0002333 viene sancita l'obbligatorietà da parte del datore di lavoro di sottoporre a specifica sorveglianza sanitaria tramite il Medico Competente i lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. Tali categorie di lavoratori riguardano una serie di attività fra le quali: conduzione di veicoli stradali o di vari mezzi di trasporto aziendali, (macchine di movimentazione terra e merci), produzione esplosivi, impiego gas tossici, guida e manutenzione treni, ecc. Nelle procedure attuative si possono distinguere 2 livelli nello svolgimento degli accertamenti sanitari preventivi e periodici per l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione.

Il **1° livello** è correlato all'obbligo da parte del medico competente dell'esecuzione dei test di screening atti a verificare l'assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Il **2° livello** si avvia in caso di positività a tali test di screening: il lavoratore dovrà essere inviato, dal medico competente aziendale, al SerT dell'ASL, in cui territorio ha sede l'azienda, o in cui risiede il lavoratore, per l'effettuazione di ulteriori accertamenti.

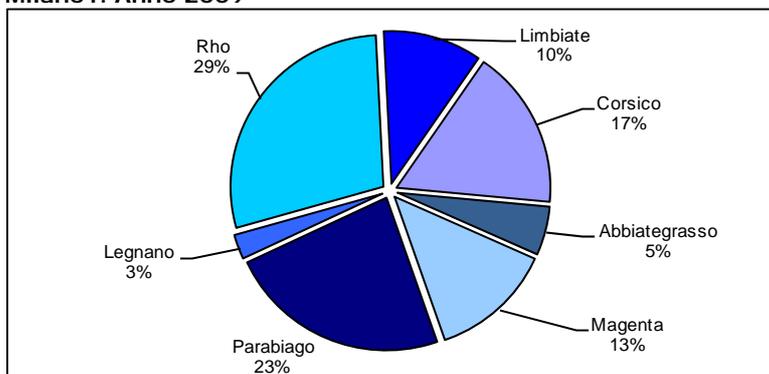
#### Dati relativi al 2° livello

Nell'anno 2009 le segnalazioni giunte ai Servizi per le dipendenze della ASL Milano 1 da parte dei Medici Competenti riguardano 77 soggetti, 55 dei quali sono giunti al termine dell'accertamento.

L'iter che riguarda l'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza coinvolge prevalentemente i SerT del territorio della ASL Milano 1, anche se i NOA hanno favorito l'accesso alla procedura diagnostica per quei lavoratori residenti sul loro distretto di competenza. Per il Distretto Uno, l'assenza del SerT su quel territorio, ha favorito l'utilizzo della sede del NOA.

Il 28,5 % delle segnalazioni è stato preso in carico dal SerT di Rho, il 23,3% da Parabiago, il 16% da Corsico, il 12,9% da Magenta, il 10,3% dal NOA di Limbiate, il 5,1% da Abbiategrasso ed il 2,5% da Legnano.

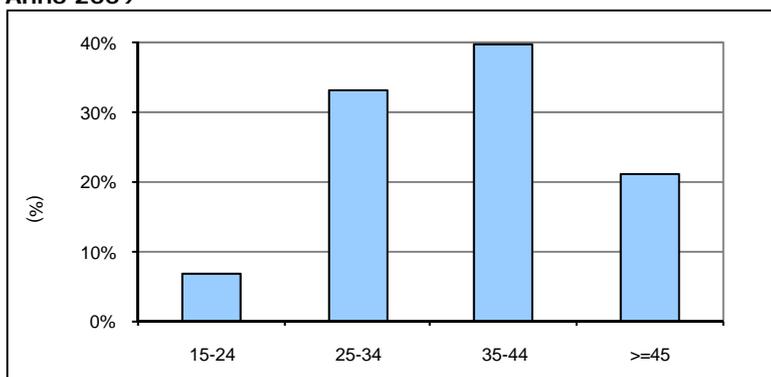
**Figura 8.6: Distribuzione percentuale delle segnalazioni per sede d'accertamento. ASL Milano1. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

I lavoratori inviati al 2° livello di accertamento hanno un'età compresa tra i 35 ed i 44 anni per il 39,5%, per il 32,9% hanno un'età compresa tra i 25 e i 34 anni; il 21,1% supera i 45 anni ed il restante 6,6% ne ha 24 o meno.

**Figura 8.7: Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per classi d'età. ASL Milano1. Anno 2009**



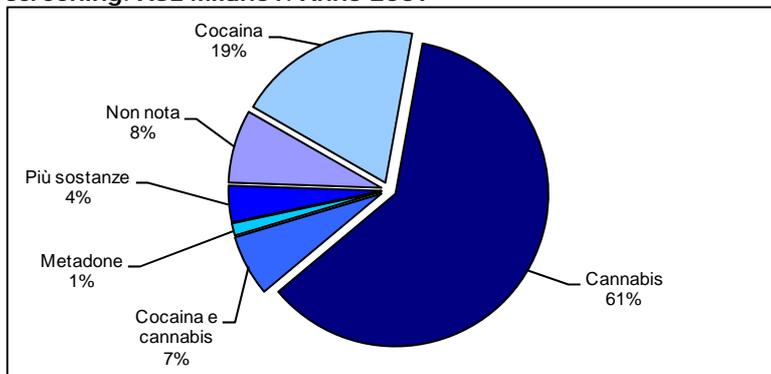
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

La circolare regionale prevede che il Medico Competente, nel 1° livello, possa ricercare le seguenti sostanze psicoattive:

- amfetamina/metamfetamina;
- buprenorfina;
- cannabinoidi;
- cocaina;
- MDMA;
- metadone;
- oppiacei;
- altre sostanze, a giudizio del medico.

La sostanza riscontrata nel primo screening (effettuato dal Medico Competente) dei soggetti inviati ai servizi, quella che chiameremo sostanza di invio, è per il 61% cannabis, per il 19% cocaina e l'1% metadone (da considerare che nel 3% di più sostanze, la maggior parte dei casi vede il consumo di metadone associato a cocaina ed eroina e si tratta per lo più di lavoratori già conosciuti dai Servizi per le tossicodipendenze).

**Figura 8.8: Distribuzione percentuale delle sostanze di segnalazione riscontrate al primo screening. ASL Milano1. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

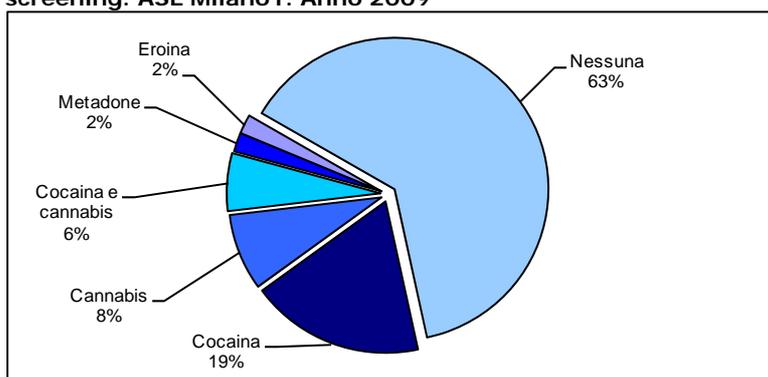
Entro trenta giorni dalla richiesta del medico competente il SerT svolge gli accertamenti di secondo livello, attraverso la visita medica, l'esame tossicologico delle urine e l'esame del capello.

L'azienda ha in carico l'intero costo del procedimento e inoltre ha l'obbligo di sospendere dalla mansione, considerata a rischio, il lavoratore per almeno sei mesi o comunque sino a quando il SerT non certifica l'astensione del soggetto dall'uso di sostanze.

Sono 49 i soggetti che hanno effettuato il secondo screening medico legale e ad esso il 63% non riscontrava nessuna sostanza, il 18% era positivo alla cocaina e l'8% alla cannabis.

Per la maggior parte delle situazioni la positività è risultata dall'esame del capello che risale ad un uso pregresso di alcuni mesi, solo in pochissimi casi è risultata dal prelievo urinario (a volte malgrado la negatività del capello) e in un paio di casi l'esame del capello ha fatto rilevare la presenza di più sostanze, oltre quella di segnalazione.

**Figura 8.9: Distribuzione percentuale delle sostanze di segnalazione riscontrate al secondo screening. ASL Milano1. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

In base al risultato degli accertamenti, il SerT produce la certificazione. I possibili **certificati** sono:

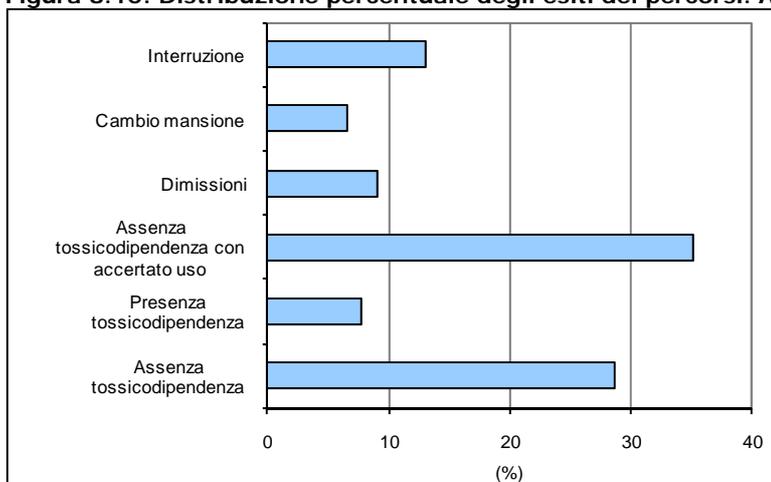
- **assenza di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti**, che esita nel ripristino della mansione rischiosa;
- **presenza di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti**, condizione per la quale, prima di tornare a svolgere la mansione, il lavoratore dovrà sottoporsi, ad un programma terapeutico e dimostrare, successivamente, di non usare droghe per almeno 12 mesi;
- **assenza di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti con riscontrato uso di una determinata "sostanza" x**, in questo caso il reintegro alla mansione, a discrezione del Medico Competente, può essere consentita al lavoratore, a seguito del monitoraggio (esame urine e capello) con risultati di assenza di consumo, della durata di sei mesi.

Dei 77 lavoratori inviati, 55 sono i soggetti che sono giunti alla certificazione di cui 49 sottoposti al secondo screening; 6 lavoratori non stati sottoposti allo screening di secondo livello in quanto già conosciuti come persone tossicodipendenti, con un programma trattamentale in atto o in via di definizione.

Dei 55 lavoratori sottoposti all'accertamento, il 35% ha avuto una certificazione di assenza di tossicodipendenza con accertato uso di sostanze, il 28% di assenza di tossicodipendenza, il 7% presenza di tossicodipendenza.

Nel 9% dei lavoratori il rapporto di lavoro si è interrotto prima che fosse effettuato l'accertamento di secondo livello, mentre per il 6% dei lavoratori vi è stata la collocazione a diversa mansione prima dell'intero iter. Il 12% invece ha interrotto il percorso (rifiuto di sottoporsi all'esame del capello, non si è presentato agli appuntamenti ecc.).

**Figura 8.10: Distribuzione percentuale degli esiti dei percorsi. ASL Milano1. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

**Le attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione sono:**

- impiego di gas tossici (art. 8 del regio decreto 1927, e successive modificazioni);
- fabbricazione e uso di fuochi di artificio (di cui al regio decreto 6 maggio 1940, n. 635) e posizionamento e brillamento mine (di cui al decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 302);
- direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari (di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1970, n. 1450, e s.m.).

**Mansioni inerenti le attività di trasporto che richiedono la certificazione di assenza di tossicodipendenza:**

- conducenti di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
- personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario che esplichino attività di condotta, verifica materiale rotabile, manovra apparati di sicurezza, formazione treni, accompagnamento treni, gestione della circolazione, manutenzione infrastruttura e coordinamento e vigilanza di una o più attività di sicurezza;
- personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di camera e di mensa;
- personale navigante delle acque interne con qualifica di conduttore per le imbarcazioni da diporto adibite a noleggio;

- personale addetto alla circolazione e a sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitane, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari, aerei e terrestri;
- conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;
- personale marittimo di prima categoria delle sezioni di coperta e macchina, limitatamente allo Stato maggiore e sottufficiali componenti l'equipaggio di navi mercantili e passeggeri, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività off-shore e delle navi posatubi;
- controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;
- personale certificato dal registro aeronautico italiano;
- collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;
- addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;
- addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci e di carrelli elevatori, mulettisti.

Vi sono, inoltre, mansioni considerate **potenzialmente a rischio per terzi**: ad esempio per chi utilizza auto aziendali (patente B), se il datore di lavoro ha un ragionevole dubbio che abbiano usato sostanze illecite, può essere richiesto l'accertamento.

I lavoratori sottoposti all'iter di secondo livello, hanno dichiarato di svolgere mansioni illustrate nella tabella sottostante.

**Tabella 8.7: Distribuzione delle mansioni dei soggetti sottoposti all'iter di secondo livello. ASL Milano1. Anno 2009**

Mansione	Numero soggetti	%
Mulettista	27	35,06
Autista	13	16,88
Operaio	6	7,79
Magazziniere	4	5,19
Responsabile	2	2,60
Altro	7	9,09
Non noto	18	23,38

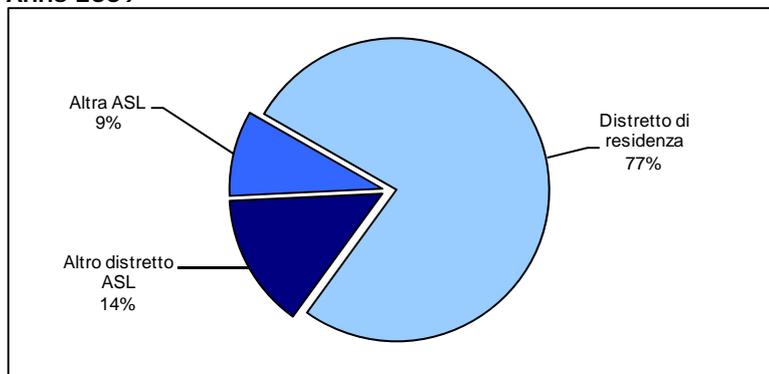
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### Residenza del lavoratore

La normativa prevede che il lavoratore possa scegliere presso quale unità operativa rivolgersi, il 76% dei lavoratori ha privilegiato il servizio di riferimento relativo alla propria residenza, il 14% ha scelto altra sede operativa ma appartenente alla propria ASL di residenza, mentre il 9% giunge da comuni non appartenenti alla ASL Milano 1, a volte coincide con la residenza dell'azienda altre volte la scelta è favorita dalla opportunità logistica.

La scelta della nostra ASL di assicurare tale attività in ogni sede di intervento riteniamo inoltre abbia favorito sia l'accesso della persona sia l'eventuale adesione a un programma terapeutico, se necessario, evitando inutili passaggi fra il servizio certificante e quello preposto alla cura.

**Figura 8.11: Distribuzione percentuale della residenza dei lavoratori. ASL Milano1. Anno 2009**

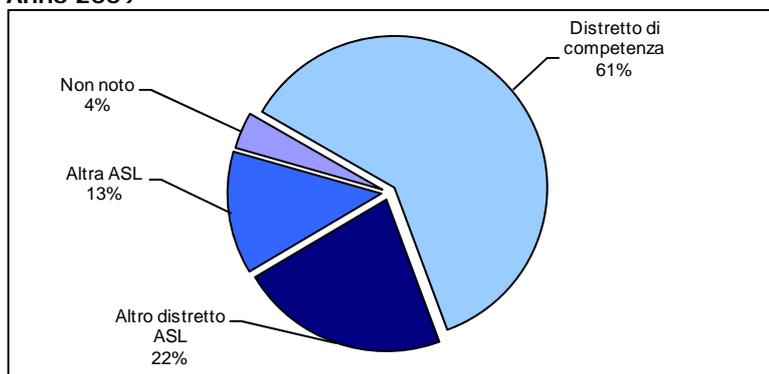


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

### Residenza dell'azienda

Il 61% delle aziende risiede sul territorio del SerT presso il quale il medico competente ha inviato il lavoratore, per il 22% i medici competenti hanno utilizzato il servizio afferente ad altro distretto, mentre il 13% delle aziende derivano da comuni fuori ASL.

**Figura 8.12: Distribuzione percentuale della residenza delle Aziende. ASL Milano1. Anno 2009**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

## **9. DIMENSIONI SOCIALI E SANITARIE ALCOL DROGA CORRELATE**

---

### **9.1 Malattie infettive droga correlate**

- 9.1.1 Test sierologico HIV
- 9.1.2 Test epatite virale HBV
- 9.1.3 Test epatite virale HCV

### **9.2 Reati droga correlati**

### **9.3 Caratteristiche dei soggetti entrati negli Istituti Penitenziari**

### **9.4 Misure alternative al Carcere per tossicodipendenti**

### **9.5 Operazioni antidroga**

### **9.6 Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti**

### **9.7 Il reinserimento lavorativo: indagine su bisogni e risorse**



## 9.1 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Le malattie infettive droga correlate costituiscono uno dei cinque indicatori per il monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno della droga individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCDDA).

Il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario e riferito all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze (Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze, Schede ANN.04, ANN.05, ANN.06) per il monitoraggio dell'HIV, HBV e HCV.

Il numero di soggetti testati per la ricerca del virus HIV tra gli utenti in carico ai SerT è un elemento rilevante per il monitoraggio dell'attività sviluppata nei servizi e per la comprensione e l'analisi della situazione infettiva a livello Aziendale. Il monitoraggio del numero di test effettuati per l'HBV sulla popolazione afferente ai servizi è un utile indicatore della possibilità di contrastare il fenomeno, oltre che con altri rimedi di prevenzione primaria, per la presenza del vaccino in commercio, di provata efficacia.

La definizione della scheda ministeriale di soggetto "vaccinato" fa riferimento ad un "soggetto che ha regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che ha eseguito un successivo controllo sierologico che ha confermato la risposta al vaccino". È da considerare che il vaccino non ha efficacia né utilità in soggetti con epatite B in atto o pregressa.

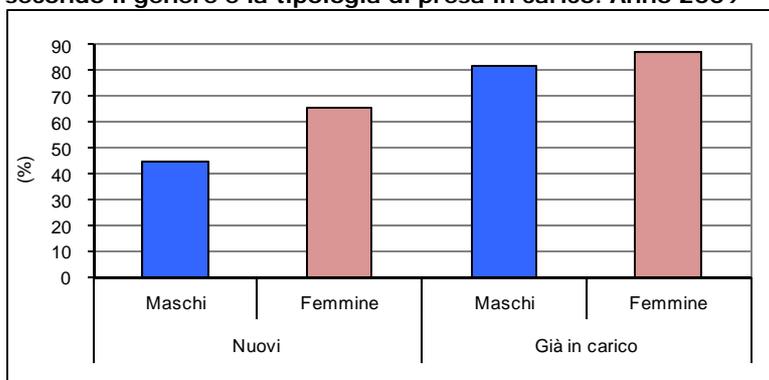
### 9.1.1 Test sierologico HIV

Presso i SerT della ASL di Milano 1 nel corso dell'anno 2009 sono stati effettuati 1.125 test per la determinazione del virus responsabile dell'HIV, coinvolgendo il 73,5% dell'utenza in carico nel corso dell'anno.

Il test sierologico è stato effettuato sull'83% dell'utenza in carico ai servizi prima del 2009 e sul 46,5% degli utenti trattati per la prima volta nel corso dell'anno.

In entrambe le tipologie di presa in carico, l'utenza femminile risulta maggiormente monitorata: l'87% delle utenti già in carico (contro l'82% dei maschi) ed il 66% circa delle utenti in trattamento per la prima volta nell'anno (contro il 45% dei maschi) sono state sottoposte al test (Femmine=83%, Maschi=72%).

**Figura 9.1: Distribuzione percentuale di soggetti testati per HIV (sull'utenza complessiva) secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2009**

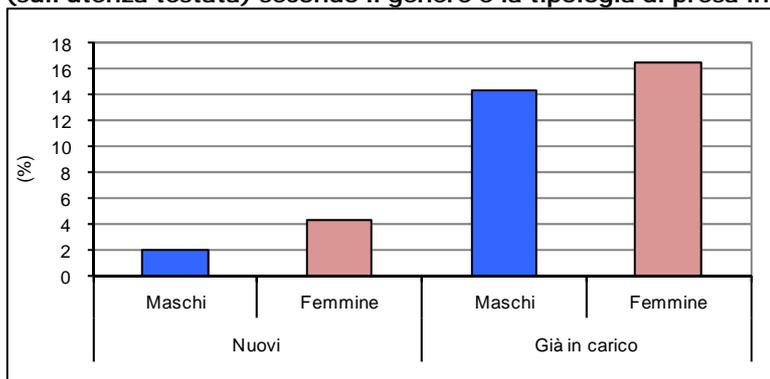


Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

Il 12,6% dell'utenza testata è risultata positiva al test sierologico per la ricerca del virus HIV (pari al 9% dell'utenza totale). Tra i soggetti testati, la positività sierologica risulta superiore tra gli utenti già noti: 14,6% contro il 2,2% dei

nuovi ingressi. Inoltre, nel collettivo femminile si evidenzia una quota più consistente di test con esito positivo (15%) rispetto a quanto rilevato nell'utenza maschile (12%). Tra le utenti testate, la positività al virus ha riguardato il 16,5% delle utenti in carico prima del 2009, mentre il 4% delle nuove utenti è risultata positiva. I maschi sottoposti a test e risultati positivi, invece, sono il 14% circa dei soggetti già noti ai servizi ed il 2% dei nuovi ingressi.

**Figura 9.2: Distribuzione percentuale degli utenti risultati positivi al test per l'HIV (sull'utenza testata) secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2009**



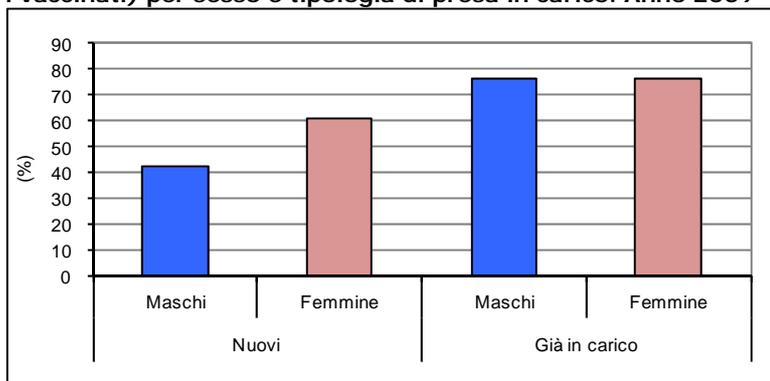
Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

### 9.1.2 Test epatite virale HBV

Nel corso del 2009, presso i SerT della ASL Milano 1, 771 utenti sono stati sottoposti al test sierologico per rilevare la presenza del virus dell'epatite B, corrispondenti al 68% dell'utenza complessivamente in carico nel corso dell'anno, esclusi i vaccinati.

Le quote maggiori di utenti sottoposti al test sierologico si rilevano nell'utenza già nota (76% rispetto al 44% della nuova utenza), sia maschile che femminile, e nel collettivo femminile (73% contro il 68% dei maschi testati), in particolare tra le nuove utenti (61%; m=43%).

**Figura 9.3: Distribuzione percentuale di soggetti testati per HBV (sull'utenza totale, esclusi i vaccinati) per sesso e tipologia di presa in carico. Anno 2009**



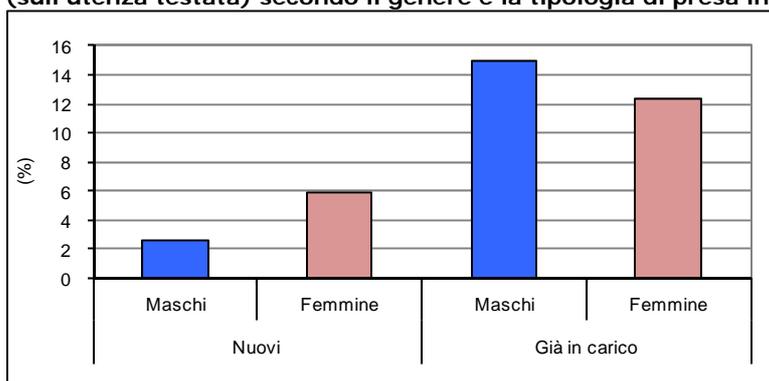
Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

Tra i soggetti testati, il 13% è risultato positivo al test HBV (pari al 9% dell'utenza totale esclusi i vaccinati), in particolare i soggetti già noti, 15% contro 3% della nuova utenza.

Tra le nuove utenti la quota di test positivi (6%) risulta superiore a quella del corrispondente collettivo maschile (3%), mentre tra gli utenti maschi la quota di

soggetti già noti positivi (15%) risulta superiore alla corrispondente quota femminile (12%). Nel collettivo maschile si evidenzia una quota leggermente più elevata di test con esito positivo (13%) rispetto a quanto rilevato nell'utenza femminile (11%).

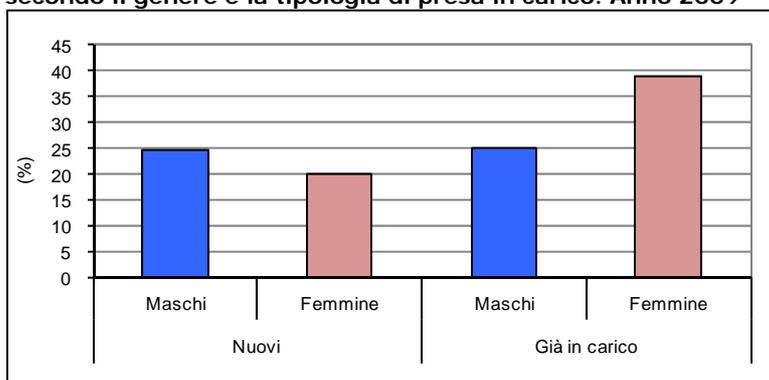
**Figura 9.4: Distribuzione percentuale degli utenti risultati positivi al test per l'HBV (sull'utenza testata) secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2009**



Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

Il 26% dell'utenza è stata vaccinata per HBV. Le quote maggiori di soggetti vaccinati si rilevano tra i soggetti in carico prima dell'anno 2009, 27% contro il 24% della nuova utenza. Il collettivo femminile si distingue per la quota superiore di utenti vaccinate, 35% contro il 25% rilevato tra l'utenza maschile.

**Figura 9.5: Distribuzione percentuale di soggetti vaccinati per HBV (sull'utenza totale), secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2009**

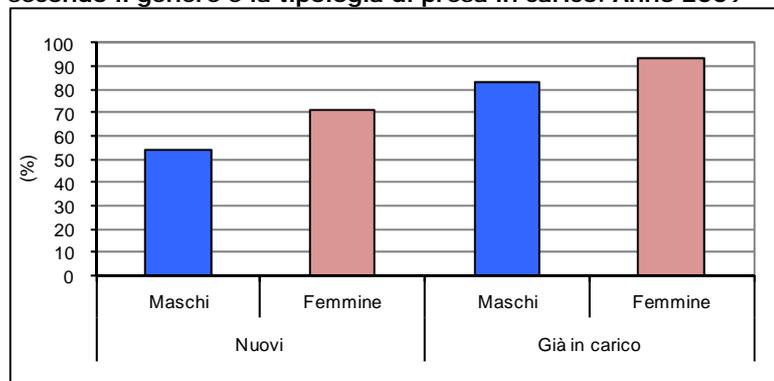


Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

### 9.1.3 Test epatite virale HCV

Nel corso dell'anno 2009, il 77% degli assistiti è stato sottoposto al test sierologico per l'individuazione dell'epatite virale di tipo C (1.183 soggetti). La maggiore attività di testing è stata effettuata nei soggetti già noti (85% contro il 55% della nuova utenza), sia maschi (83,5% contro il 54%) sia femmine (93,5% contro 71%) e nell'utenza femminile (89% contro il 76% dei maschi) in entrambe le tipologie di presa in carico.

**Figura 9.6: Distribuzione percentuale di soggetti testati per HCV (sull'utenza totale) secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2009**

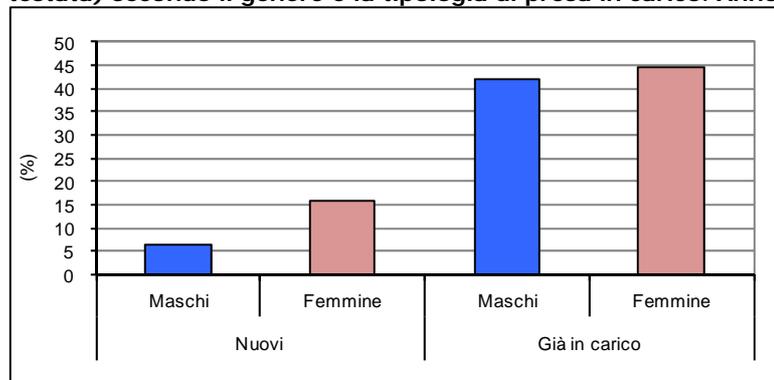


Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

Il 36% dell'utenza sottoposta al test sierologico è risultata positiva (pari al 28% dell'utenza complessivamente in carico), soprattutto tra l'utenza già nota (42% contro il 7% della nuova utenza), in entrambi i generi.

Differenze più lievi si rilevano, in entrambe le tipologie di presa in carico, se si considera il sesso: il 40% dell'utenza femminile sottoposta al test sierologico risultata positiva, contro il 36% dell'utenza maschile.

**Figura 9.7: Distribuzione percentuale di soggetti risultati positivi al test HCV (sull'utenza testata) secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2009**



Elaborazione su dati ministeriali – ASL MI 1

## 9.2 REATI DROGA CORRELATI

Delle 36.277 denunce per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti registrate in Italia nel 2009, 5.745 sono state effettuate in Lombardia e 2.839 nella provincia di Milano. In controtendenza rispetto al territorio nazionale, in cui rispetto al 2008 il numero di denunce ha subito un lieve aumento (circa il 2%), nella regione i deferimenti sono diminuiti di circa l'8% rimanendo sostanzialmente stabili nell'area provinciale.

Nella quasi totalità dei casi, le denunce si riferiscono al reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti previsto dall'art. 73 della stessa Legge (in Italia e nella provincia, circa il 92%, in Lombardia circa il 95%), mentre il crimine più grave di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74) ha riguardato circa l'8% dei casi in Italia e nella provincia ed il 5% in Lombardia. Gli altri reati previsti dalla stessa normativa costituiscono

rispettivamente circa lo 0,04% in Italia e lo 0,02% in Lombardia, risultando del tutto assenti nell'area milanese.

Senza variazioni sostanziali rispetto al 2008, con una frequenza nettamente superiore a quella nazionale, più della metà delle denunce effettuate nella regione e nella provincia ha coinvolto stranieri (circa il 55% in Lombardia, il 58% nella provincia ed il 34% in Italia) che, come gli italiani, in oltre il 90% dei casi sono stati coinvolti nel reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73; in Italia circa il 91% degli italiani ed il 93% degli stranieri; in Lombardia rispettivamente il 95 ed il 94% ed a Milano circa il 91 ed il 92%).

Circa l'82% e l'85% delle denunce effettuate in Italia ed in Lombardia hanno esitato in un arresto, proporzioni che si confermano inferiori a quella provinciale in cui tale provvedimento è stato adottato in circa il 93% dei casi.

Come negli anni passati, tale provvedimento risulta più frequente nel caso le denunce abbiano coinvolto stranieri.

**Tabella 9.1: Distribuzione percentuale degli arresti (comprensivi dei casi irreperibili) tra italiani e stranieri denunciati per art 73 e 74 nelle diverse partizioni geografiche nel biennio 2008-2009**

	2008				2009			
	Arresti (%)	Italiani	Arresti (%)	Stranieri	Arresti (%)	Italiani	Arresti (%)	Stranieri
MI	89,3	1.182	96,8	1.671	90,8	1.205	95,0	1.634
Lombardia	80,6	2.728	88,9	3.529	79,5	2.609	90,2	3.135
Italia	80,8	23.830	86,1	11.495	79,9	23.843	87,4	12.421

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2010)

La cocaina si conferma la sostanza di denuncia più frequente in Lombardia e nella provincia di Milano, riguardando rispettivamente circa il 50 ed il 52% delle denunce contro il 37% nazionale. Seguono i cannabinoidi e l'eroina con rispettivamente circa il 31 ed il 13% nella regione, il 29 ed il 15% nella provincia ed il 37 ed il 19% in Italia.

Qualora si distingua per nazionalità, comunque, si osserva che, ad eccezione della provincia milanese, in tutte le partizioni considerate gli stranieri vengono denunciati più frequentemente degli italiani per crimini connessi al traffico di cocaina ed eroina e meno per quello di cannabinoidi. Nella provincia, di contro, le denunce per traffico e smercio di cocaina hanno coinvolto allo stesso modo italiani e stranieri.

**Tabella 9.2: Distribuzione tra italiani e stranieri delle denunce per sostanza primaria effettuate nelle diverse partizioni**

		Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altre	Totale
Italiani	MI	11,0	52,4	33,1	3,5	1.205
	Lombardia	11,7	43,7	37,7	6,9	2.610
	Italia	17,0	34,1	41,6	7,3	23.856
Stranieri	MI	17,3	52,4	26,6	3,7	1.634
	Lombardia	13,9	55,2	25,1	5,8	3.135
	Italia	23,7	42,7	27,6	6,0	12.421

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2010)

### 9.3 CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI ENTRATI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

In decremento rispetto all'anno precedente, nel 2009 gli ingressi negli istituti penitenziari italiani sono stati 88.066 (-5% circa), 14.668 quelli nelle strutture lombarde (-6% circa) e 7.428 in quelle di Milano.

In circa il 33% dei casi in Italia e nel 34% in Lombardia e nelle strutture milanesi, si tratta di ingressi per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti.

Come nel corso del 2008, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche dei detenuti per questi crimini evidenzia in tutte le partizioni considerate, la preponderanza del genere maschile (rispettivamente circa il 93% in Italia e nelle strutture milanesi, il 94% in quelle lombarde) e di soggetti tra i 25 ed i 34 anni (quasi il 41% in Italia, circa il 44% in Lombardia ed a Milano).

L'età continua a mostrare variazioni in base alla nazionalità ed al tipo di reato. In particolare gli stranieri si caratterizzano per un'età inferiore rispetto agli italiani, così come i detenuti per il reato meno grave previsto dall'art. 73 (produzione, traffico e vendita) rispetto ai ristretti per associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74).

**Tabella 9.3: Distribuzione nelle diverse partizioni della media dell'età articolata per nazionalità e tipologia di reato. Anno 2009**

	Italiani	Stranieri	art.73	art.74
Italia	34,2	29,6	31,9	37,3
Lombardia	36,4	30,0	32,0	38,9
Milano	37,7	29,8	32,1	39,1

Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Nel complesso la quasi totalità della popolazione carceraria per questa tipologia di crimine è costituita da detenuti per i reati previsti dall'art. 73 (rispettivamente circa il 93% in Italia, il 95% in Lombardia ed il 94% a Milano) e nelle strutture lombarde e provinciali per lo più da stranieri (circa il 64 ed il 65% rispettivamente nella regione e provincia contro poco più del 42% in Italia).

In linea con l'anno precedente, con una proporzione leggermente superiore a quanto rilevato in Italia ed inferiore al livello regionale, circa il 64% dei casi entrati negli istituti della provincia non ha precedenti carcerazioni (in Italia circa il 60%, in Lombardia il 66%). Dei restanti, quasi il 27% è rientrato per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti e quasi il 9% per altri reati (in Italia rispettivamente il 29 e l'11%; in Lombardia circa il 25 ed il 9%).

In tutte le partizioni geografiche considerate, si conferma la maggior presenza di neocarcerati tra gli stranieri rispetto agli italiani, mentre tra questi ultimi è maggiore la proporzione di pluricarcerati per reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti rispetto agli stranieri.

In particolare, tra gli stranieri la proporzione di neocarcerati varia tra il 70% in Italia al 72% nella provincia (circa il 71% in Lombardia). Tra gli italiani tali percentuali oscillano tra circa il 49% di Milano ed il 57% della Lombardia (circa il 53% in Italia).

La recidiva carceraria per crimini previsti dall'ex DPR 309/90 riguarda il 38% degli italiani detenuti nelle strutture milanesi e circa il 21% degli stranieri, proporzioni rispettivamente di circa il 34% ed il 22% in Italia, e del 31 e 22% in Lombardia.

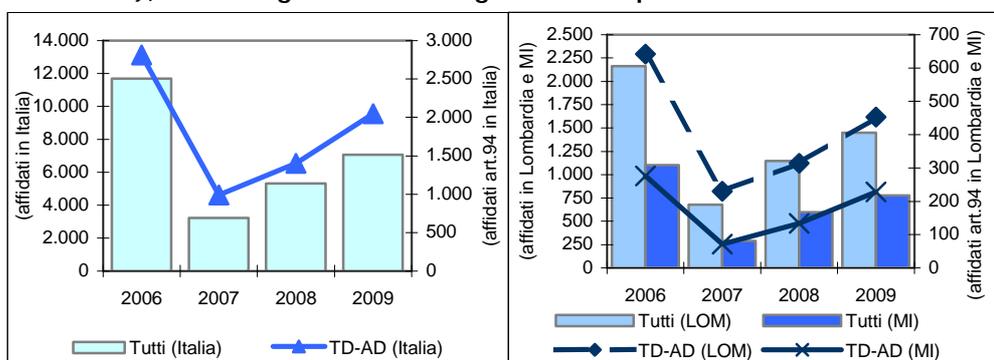
#### 9.4 MISURE ALTERNATIVE AL CERCERE PER TOSSICODIPENDENTI

Nel corso del 2009, le persone affidate agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)<sup>1</sup> italiani sono state complessivamente 7.077 di cui, quasi il 29% (circa 2.000 persone) per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza ed alcolodipendenza (art. 94 del DPR 309/90 e succ. modifiche; i restanti usufruiscono del cosiddetto affidamento ordinario così come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche).

Agli UEPE della regione sono state complessivamente affidate 1.451 persone, di cui 776 ai Servizi di Milano. In linea con il valore nazionale, in circa il 31% dei casi in Lombardia e nel 29% nella provincia, si tratta di affidamenti per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento della dipendenza.

Rispetto al 2007, anno in cui si è manifestato più fortemente l'effetto dell'applicazione della Legge 241 del 31 luglio 2006<sup>2</sup> relativa alla concessione dell'indulto, il numero di affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna è continuato a crescere. In particolare nell'ultimo biennio gli incrementi sono oscillati da un minimo del 27% in Lombardia, ad un massimo del 33% in Italia (a Milano circa il 30%) per quanto riguarda il numero complessivo di affidati, e da un minimo del 44% in Lombardia ad un massimo del 70% a Milano (circa il 46% in Italia) per quanto riguarda gli affidati in casi particolari (art. 94).

**Figura 9.8: Distribuzione del numero di persone, complessivi e tossicodipendenti (anni 2006-2009), affidate agli UEPE nella regione e nella provincia**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

La maggior parte degli affidati in casi particolari è di genere maschile (quasi il 94% in Italia, il 96% in Lombardia ed il 98% a Milano), con un'età media di circa 37 anni, per lo più italiani. Nonostante il leggero incremento rispetto all'anno precedente, infatti, gli stranieri continuano ad essere scarsamente rappresentati, costituendo circa l'8% del collettivo a Milano e nella regione (circa il 5% nel 2008), e poco meno del 6% in Italia.

<sup>1</sup> I dati della Direzione Generale dell'esecuzione Penale esterna sono stati forniti per gentile concessione dell'Osservatorio delle Misure alternative.

<sup>2</sup> L'applicazione della suddetta Legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno.

Come già evidenziato nel corso del 2008 la proporzione dei crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti commessi dai tossicodipendenti ed alcolodipendenti affidati agli UEPE, ed il numero di affidati provenienti da condizioni detentive sono aumentati.

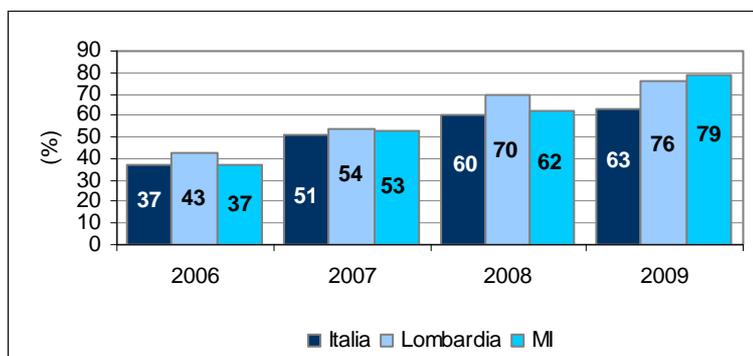
Come già sottolineato relativamente all'aumento del numero di affidati annualmente agli UEPE, anche tali incrementi possono essere interpretati alla luce dell'applicazione della Legge 241/2006 relativa alla concessione dell'indulto. In effetti, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, la riduzione di pena prevista da questa Legge, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative a condannati a pene detentive superiori ai tre anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell'accesso di quei condannati fino a tre anni che avrebbero usufruito della misura, direttamente dalla libertà. Inoltre, non essendo stata applicata nel caso dei crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti, ha modificato la proporzione di accessi al beneficio della misura alternativa dei condannati per questi reati.

Questi tipi di crimini sono quindi arrivati a costituire rispettivamente il 39% dei reati in Italia, il 47% in Lombardia ed il 55% a Milano (nel 2008 rispettivamente circa il 36%, il 44% ed il 54%). Come sempre nella maggior parte dei casi si tratta di reati connessi alla produzione, vendita e traffico di stupefacenti (art. 73) anche se, rispetto al 2008, la loro proporzione è lievemente aumentata in Italia (da circa il 24% dei reati al 26%) e diminuita in Lombardia e Milano (rispettivamente da circa il 30 al 27%; da circa il 37 al 31%). Stabili a livello nazionale e regionale, ed in lieve flessione nella provincia, la proporzione dei reati più gravi previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico: circa il 7% in Italia e l'8% in Lombardia; a Milano tale quota è passata da circa il 2% al meno dello 0,5%), mentre si rileva un complessivo aumento delle proporzioni degli altri crimini previsti dalla stessa normativa (da circa il 5 al 6% in Italia, da quasi il 7 al 12% in Lombardia, e da circa il 14 al 23% a Milano).

In lieve flessione i reati contro il patrimonio che, nel biennio, sono passati dal 28 al 27% in Italia, dal 27 al 23% in Lombardia, e dal 19 al 17% a Milano.

Passando all'analisi della condizione di provenienza degli affidati in casi particolari, si osserva che nel 2009 circa il 63% dei casi in Italia, il 76% in Lombardia ed il 79% a Milano, proviene da condizioni detentive, valori nettamente superiori a quelli precedenti l'applicazione della Legge 241/2006 in cui gli affidati provenienti dal carcere costituivano meno della metà dei casi in tutte le partizioni considerate.

**Figura 9.9: Distribuzione percentuale dei tossicodipendenti/alcolodipendenti provenienti dalla detenzione, affidati nelle diverse partizioni geografiche al Servizio Sociale. Anni 2006-2009**



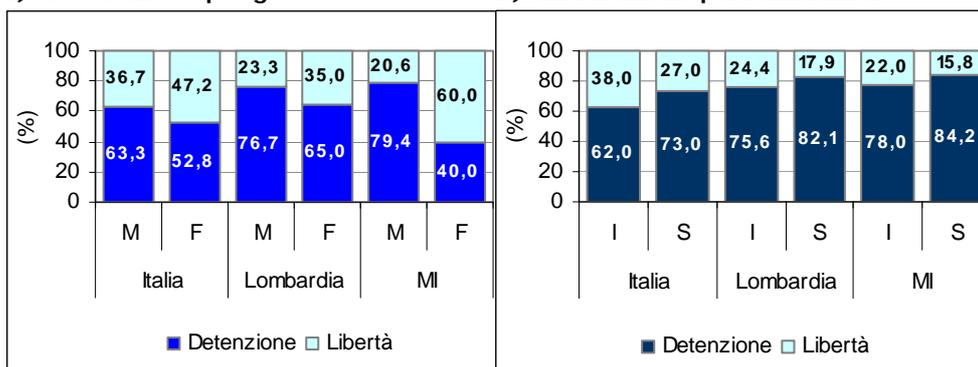
Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Come negli anni precedenti, i casi provenienti dalla detenzione risultano più frequenti tra gli stranieri e tra i maschi, differenze che complessivamente risultano più marcate man mano che si passa dal livello nazionale a quello provinciale.

**Figura 9.10: Distribuzione percentuale, per genere e nazionalità, dei soggetti tossicodipendenti affidati nelle diverse partizioni geografiche ai Servizi Sociali secondo la condizione di provenienza. Anno 2009**

a) distribuzione per genere

b) distribuzione per nazionalità



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

## 9.5 OPERAZIONI ANTIDROGA

In Italia nel corso del 2009 le Forze dell'Ordine (FFOO) hanno effettuato 23.187 interventi antidroga di cui 3.929 in Lombardia e 1.840 nella provincia di Milano. Rispetto al 2008, a fronte di una sostanziale stabilità rilevata a livello nazionale e provinciale, il numero di operazioni effettuate nella regione ha subito una flessione di circa il 7%.

Come già rilevato nel corso degli anni precedenti ed a differenza di quanto rilevato sul territorio nazionale, gli interventi condotti in Lombardia e nella provincia milanese sono stati principalmente rivolti al contrasto del traffico e smercio di cocaina (oltre il 45%), seguiti da quelli relativi ai cannabinoidi ed, a distanza, all'eroina.

**Tabella 9.4: Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate nel 2009 nelle diverse partizioni geografiche, suddivise per tipologia di sostanza psicoattiva**

	Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altre
MI	12,88	49,08	34,62	3,42
Lombardia	10,69	46,12	38,53	4,66
Italia	16,58	31,87	46,11	5,44

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2010)

A fronte della sostanziale stabilità del numero di operazioni effettuate nel biennio, i quantitativi di sostanza intercettati<sup>3</sup> nel 2009 risultano inferiori a quelli dell'anno precedente.

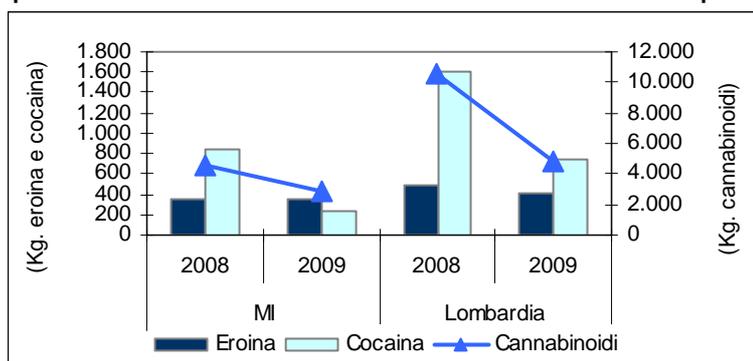
In particolare, in Italia queste hanno portato ad intercettare più di 1.100 Kg di eroina, 4.000 di cocaina e quasi 27 tonnellate di cannabinoidi, registrando un decremento rispettivamente di circa il 12%, l'1% ed il 27%.

<sup>3</sup> Si ricorda che alcune operazioni non portano ad intercettare quantitativi di sostanza, mentre altre portano a sequestrarne o rinvenirne più di una.

Più accentuata la diminuzione dei quantitativi intercettati in Lombardia; per l'eroina si è, infatti, passati dagli oltre 480 Kg del 2008 a circa 410 Kg, per la cocaina da circa 1.600 a 751 Kg e per i cannabinoidi dagli oltre 10.500 Kg a poco più di 4.800 Kg.

Nella provincia, infine, non si osservano differenze relativamente all'eroina (circa 349 Kg nel 2008 e 348 Kg nel 2009), mentre le quantità di cocaina e derivati della cannabis sono passate rispettivamente dagli oltre 830 Kg e 4.600 Kg nel 2008 a poco più di 234 e 2.860 Kg nel 2009.

**Figura 9.11: Distribuzione dei quantitativi di sostanza intercettati nel corso delle operazioni effettuate nel biennio 2008-2009 nelle diverse partizioni geografiche**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2010)

## 9.6 ANALISI DEI CONSUMI MEDIANTE QUESTIONARIO AI PAZIENTI

Nei primi mesi del 2010 è stato somministrato un questionario anonimo ai pazienti della ASL presso 6 unità operative<sup>4</sup> al fine di raccogliere informazioni relative al mercato della droga.

Lo strumento adottato è un questionario semistrutturato facoltativo ed anonimo che ha raccolto informazioni relative alle sostanze acquistate ed utilizzate, al loro costo ed alla loro qualità. Sono state indagate anche informazioni relative al luogo abituale d'acquisto e al venditore. Ad ognuno dei rispondenti si chiedeva di indicare il proprio sesso e la classe d'età d'appartenenza.

<sup>4</sup> I SerT di Corsico, Magenta, Parabiago e Rho ed i NOA di Legnano e di Abbiategrasso.

Figura 9.12: Questionario somministrato ai pazienti

**QUESTIONARIO ANONIMO**

Sesso:  M  F

Età:  < 18  19 – 25  26 – 35  > 35

Qual è l'ultima sostanza stupefacente che hai acquistato? \_\_\_\_\_

Quando?  ieri o nell'ultima settimana  più di una settimana fa  più di un mese fa  
 da sei mesi a un anno fa  più di un anno fa

Indicane la quantità:  grammi  dosi (pastiglie, ecc...)

Quanto l'hai pagata?  Euro

Dai un voto da 1 a 10 alla qualità:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Dove l'hai acquistata?  comune di residenza  provincia di Milano  Milano  altro

È sempre la stessa persona che ti rifornisce?  sì  no

Bevi sostanze alcoliche?  sì  no

Quale bevanda preferisci?  superalcolici  aperitivi, amari, digestivi  vini  birra

Quando l'hai assunta l'ultima volta?  ieri o nell'ultima settimana  più di una settimana fa  
 più di un mese fa  da sei mesi a un anno fa  più di un anno fa

L'hai assunta da solo o in compagnia?  da solo  in compagnia

Dove?  a casa  in bar e/o locali  a casa di amici  all'aperto (parco, piazza, stadio, ecc...)

Hai consumato alcol contemporaneamente ad altre sostanze stupefacenti?  sì  no

Se sì, con quale sostanza? \_\_\_\_\_

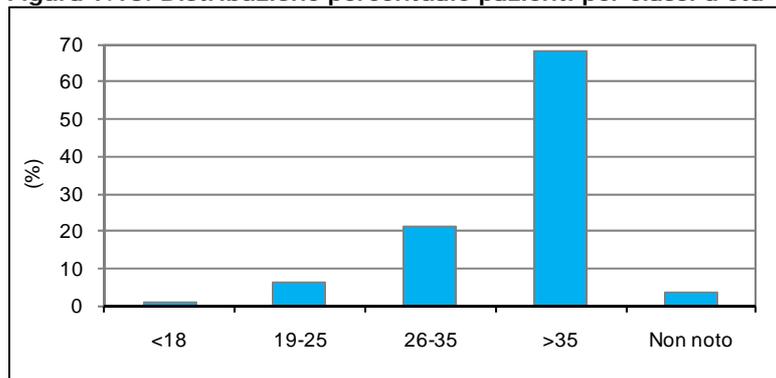
COMMENTO LIBERO

Sono stati raccolti 347 questionari: 140 compilati da pazienti in trattamento presso le UO NOA e 207 presso le UO SerT.

Il 74% dei rispondenti è di sesso maschile, il 21% invece di sesso femminile. Il restante 5% dei rispondenti non ha dichiarato il genere d'appartenenza.

La maggior parte dei rispondenti appartiene alla classe d'età maggiore, ossia quella sopra i 35 anni (68%), il 21% rientra nella classe intermedia con un'età compresa tra i 26 ed i 35 anni, il 6% sono i giovani tra i 19 ed i 25 anni e il restante 1% ha meno di 18 anni. Da considerare che il 4% non ha risposto alla domanda sull'età.

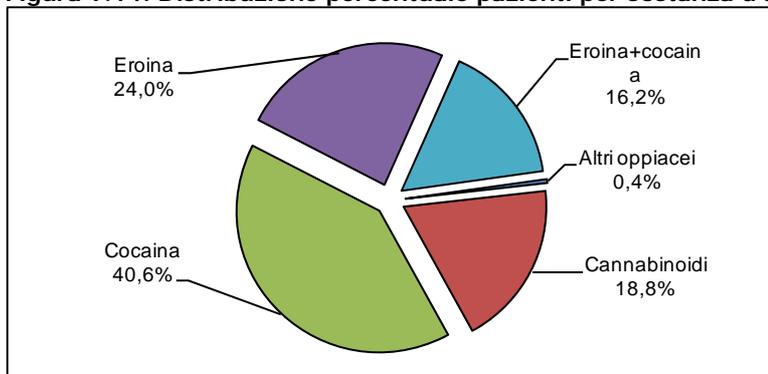
Figura 9.13: Distribuzione percentuale pazienti per classi d'età



Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Il 26% dei soggetti che hanno compilato il questionario ha affermato di non usare più sostanze stupefacenti. Dalle risposte di coloro che invece affermano di aver acquistato sostanze, emerge che nell'ultimo episodio il 40,6% ha acquistato cocaina, il 24% eroina, il 16,2% eroina abbinata a cocaina ed il 18,8% cannabis.

**Figura 9.14: Distribuzione percentuale pazienti per sostanza d'abuso**



Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Il quantitativo medio dichiarato nell'ultimo acquisto varia da sostanza a sostanza. Se per l'eroina è pari a 1,4 grammi, per la cocaina il quantitativo medio sale a 6,2, mentre per la cannabis è nettamente maggiore superando di poco i 50 grammi. Infine, per eroina e cocaina abbinate il quantitativo medio dichiarato è di 2,1 grammi.

**Tabella 9.5: Quantitativo medio in grammi dichiarato nell'ultimo acquisto per sostanza d'abuso**

Sostanza d'abuso	cannabinoidi	cocaina	eroina	eroina + cocaina
Quantitativo medio in gr.	50,78	6,22	1,39	2,12

Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Anche il costo medio varia molto da sostanza a sostanza; da poco più di 10 euro per la cannabis, ai 44 euro per eroina e ai quasi 60 per l'eroina abbinata a cocaina. Mentre è la cocaina la sostanza con il prezzo medio più alto, 64 euro al grammo.

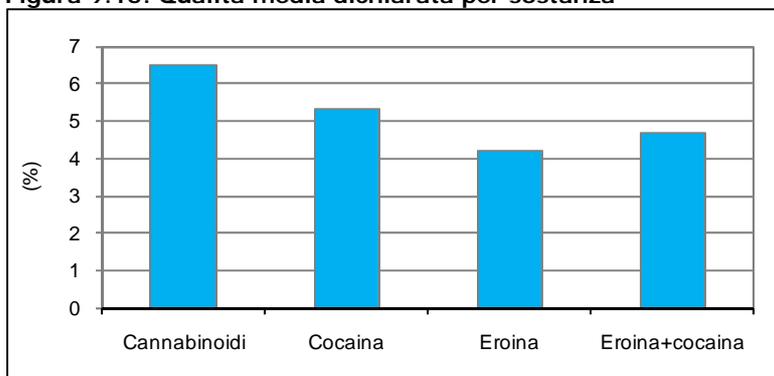
**Tabella 9.6: Costo medio in euro al grammo dichiarato nell'ultimo acquisto per sostanza d'abuso**

Sostanza d'abuso	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina	Eroina + cocaina
Costo medio in euro al gr.	11,63	63,78	43,62	58,26

Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Per quanto riguarda la qualità delle sostanze, l'unica a riportare una qualità media sufficiente è la cannabis con un valore, su scala da 1 a 10, pari a 6,5. La sostanza che ha la qualità media più bassa è, invece, l'eroina (4,2). Per le altre due sostanze: 4,7 eroina abbinata a cocaina e 5,3 cocaina.

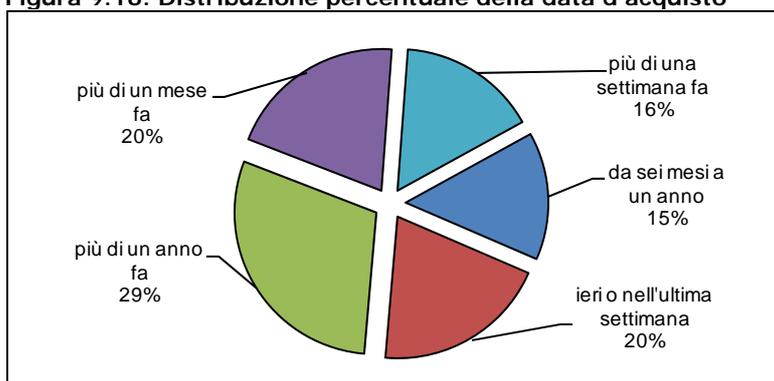
**Figura 9.15: Qualità media dichiarata per sostanza**



Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Il 29% dei rispondenti ha affermato di aver acquistato la sostanza oltre un anno prima la compilazione del questionario, al contrario il 20% ha affermato di aver acquistato sostanze nella settimana precedente. Il 20% dei soggetti ha acquistato dopo almeno un mese ma entro i 6 mesi antecedenti la compilazione, il 16% tra una settimana e un mese ed il 15% tra sei mesi e l'anno.

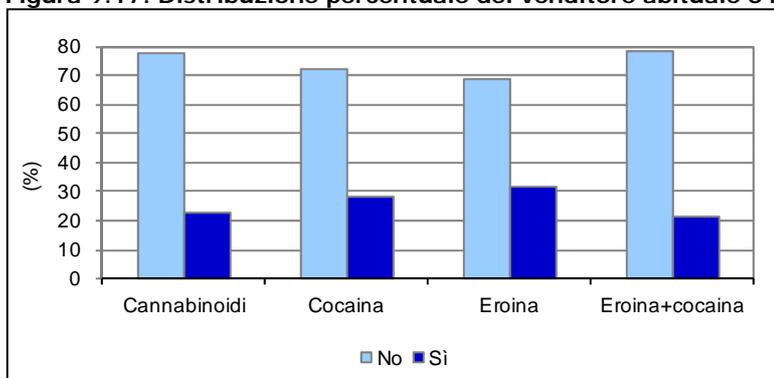
**Figura 9.16: Distribuzione percentuale della data d'acquisto**



Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Alla domanda "è sempre la stessa persona che ti rifornisce?", il 74% dei rispondenti afferma di non avere un venditore abituale. Indipendentemente dalla sostanza utilizzata gli intervistati prediligono acquistare da venditori differenti: 78% per gli acquirenti di cannabis, 72% per cocaina, 69% per eroina e 78% per chi ha acquistato eroina e cocaina abbinata.

**Figura 9.17: Distribuzione percentuale del venditore abituale o meno, per sostanza**

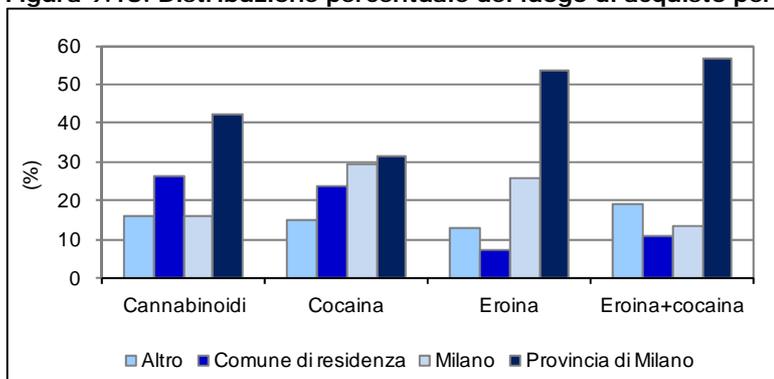


Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Per quanto riguarda il luogo di acquisto, il 43% dei rispondenti ha comperato la sostanza in provincia di Milano, il 23% a Milano, il 18% nel comune di residenza e il 16% in altri luoghi.

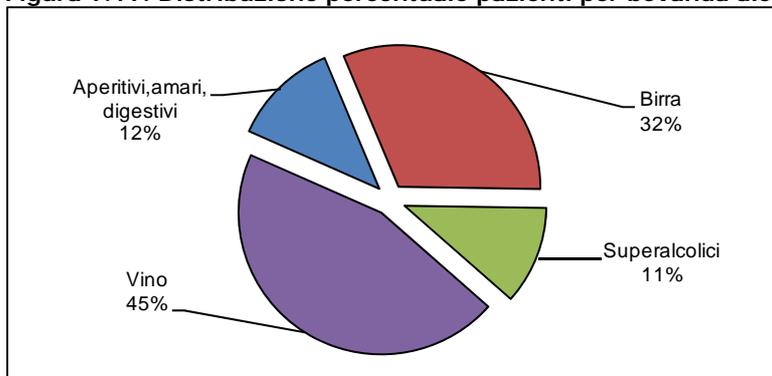
Distinguendo per sostanza si osserva che i consumatori di eroina, sia da sola che abbinata con la cocaina, prediligono come luogo di acquisto Milano e provincia. Il 32% dei consumatori di cocaina acquista nella provincia di Milano, il 29% a Milano, il 24% nel comune di residenza e il 15% in altro luogo. I consumatori di cannabis sembrano prediligere la provincia di Milano e il comune di residenza (rispettivamente 42% e 26%).

**Figura 9.18: Distribuzione percentuale del luogo di acquisto per sostanza**



Dati questionario Dipartimento Dipendenze

L'85% degli intervistati (295 soggetti) consuma bevande alcoliche, tra i rispondenti si osserva che il 45% preferisce il vino, il 32% la birra, il 12% aperitivi o amari, e l'11% i superalcolici. Da notare che il 13% dei consumatori di bevande alcoliche non riferisce la preferenza.

**Figura 9.19: Distribuzione percentuale pazienti per bevanda alcolica consumata**

Dati questionario Dipartimento Dipendenze

Il 38% dei rispondenti ha assunto la bevanda per l'ultima volta nell'ultima settimana, il 20% più di un mese fa (ma da meno di 6 mesi), il 16% più di un anno fa, il 14% ha consumato alcolici tra i sei mesi e l'anno e il 13% più di una settimana fa (ma meno di un mese fa).

Il 60% dei soggetti dichiara di aver bevuto in compagnia e il restante 40% da solo.

Il 45% dei rispondenti ha consumato la bevanda alcolica in locali pubblici, il 35% a casa propria, il 12% all'aperto (parco, piazza, stadio, ecc) e l'8% a casa di amici.

Il 32% dei pazienti ha consumato alcol contemporaneamente ad altre sostanze stupefacenti. La maggior parte dei soggetti che compongono questo sottogruppo utilizza oltre alle bevande alcoliche la cocaina (61%), il 14% utilizza eroina abbinata a cocaina, il 12% eroina e il 10% cannabis. Percentuali più basse si osservano per quanto riguarda gli utilizzatori di ecstasy ed analoghi (1%) e di farmaci e/o sostanze dopanti (2%).

## 9.7 IL REINSERIMENTO LAVORATIVO: INDAGINE SU BISOGNI E RISORSE

Nel corso del 2010 è stata realizzata un'indagine esplorativa sui bisogni e le risorse nell'area del reinserimento lavorativo riferito a persone con problemi di tossico alcoldipendenza e alcoldipendenza.

Questa indagine ha coinvolto le diverse agenzie che si occupano di questo aspetto quali i Servizi per le dipendenze, le Comunità Terapeutiche, i Servizi per l'inserimento lavorativo (SIL/NIL), le Cooperative Sociali di tipo B del territorio.

Obiettivo di questa indagine (focalizzata sull'anno 2009) è stato quello di rilevare le evidenze più recenti del fenomeno, in funzione di eventuali azioni future, con approfondimenti più puntuali.

A tal fine è stato predisposto un questionario di rilevazione, condiviso con gli operatori e redatto in due versioni, una specifica per i Servizi per le dipendenze e le Comunità Terapeutiche ed una per i Servizi per l'inserimento lavorativo e le Cooperative Sociali di tipo B, che è stato quindi sottoposto alle agenzie sopracitate.

Il questionario riportato in Figura 9.19 è stato somministrato ai Servizi Territoriali per le Dipendenze<sup>5</sup> ed alle Comunità Terapeutiche e Riabilitative<sup>6</sup> presenti sul territorio della ASL della Provincia di Milano 1.

Le aree indagate hanno riguardato il bisogno dell'utenza in carico, le risposte effettive che si sono conseguite, gli strumenti e le agenzie utilizzate.

---

<sup>5</sup> Hanno risposto al questionario i SerT di Corsico, Magenta, Parabiago e Rho ed i NOA di Legnano e Abbiategrasso.

<sup>6</sup> Hanno risposto al questionario le comunità: Micaela, Stefano Casati, Cascina Contina.

Figura 9.20: Questionario somministrato a SerT, NOA e Comunità Terapeutiche

**1 Rilevazione del bisogno dell'utenza nell'anno 2009**

1a Qual è stato il **potenziale bisogno** del vostro servizio rispetto al reinserimento lavorativo?  SÌ  NO

1b Quanti sono stati i soggetti accompagnati al reinserimento del vecchio lavoro?  SÌ  NO

1c Avete inviato vostri utenti a qualcuna delle seguenti agenzie?

	SI		NO		N.	GENERE		ETA'			
						M	F	<20	20-30	>30	
1 SIL/NIL											
2 Agenzia per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro											
3 Informagiovani											
4 Cooperative Sociali di tipo B											
5 Agenzie di lavoro interinale											
6 Enti accreditati per gestire doti lavoro e/o formazione											
7 Altro .....											

1d In **totale** quanti utenti sono stati inviati alle varie agenzie?

N.	GENERE		ETA'		
	M	F	<20	20-30	>30

**2 Secondo le vostre conoscenze che tipo di risposte hanno ricevuto gli utenti inviati**

SIL/NIL	Ag. Formazione mercato Lavoro	Info giovani	Coop. Soc. B	Agenzie di lavoro interinale	Doti lavoro / formazione	Altro

2a Quante **risposte** sono risultate **soddisfacenti** alla luce degli obiettivi previsti?  SÌ  NO

N.	GENERE		ETA'		
	M	F	<20	20-30	>30

2c Quante risposte sono risultate soddisfacenti alla luce degli **obiettivi specifici**?

N.	GENERE		ETA'		
	M	F	<20	20-30	>30

**obiettivi educativi** (es. crescita della responsabilità personale, acquisizione delle regole minime riferite al lavoro: arrivare in orario, avvisare in caso di malattia, rispetto delle regole in generale, ecc)

**obiettivi di socializzazione** (es. miglioramento della capacità di relazionarsi con altre persone, crescita delle capacità collaborative, sviluppo di relazioni significative, ecc)

**obiettivi di professionalizzazione** (es. acquisizione di conoscenze e competenze riferite alla mansione, miglioramento capacità organizzative, attenzione alla quantità e qualità del lavoro svolto, ecc)

**obiettivi di stabilità lavorativa** (es. acquisizione di un lavoro con caratteristiche di maggiore stabilità rispetto alle esperienze precedenti, assunzione a tempo indeterminato, ecc)

Commenti

---

**3 Reperibilità lavoro autonomo**

3a Secondo le vostre conoscenze quanti utenti sono stati in grado di reperire un lavoro **"regolare"** in modo autonomo (anche tramite amici, famigliari, ecc.)?  SÌ  NO

3b Secondo le vostre conoscenze quanti utenti sono stati in grado di reperire un lavoro **"in nero"** in modo autonomo (anche tramite amici, famigliari, ecc.)?  SÌ  NO

3c Secondo le vostre conoscenze quanti utenti sono stati in grado di reperire un lavoro "regolare" avvalendosi dell'aiuto di **altri servizi** (es. servizi del Comune)?  SÌ  NO

**4 Agenzie per il lavoro e la formazione professionale**

4a Quali agenzie per il lavoro utilizzate abitualmente nella vostra attività?

	SI	NO
1 SIL/NIL		
2 Agenzia per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro		
3 Informagiovani		
4 Cooperative Sociali di tipo B		
5 Agenzie di lavoro interinale		
Altro .....		

4b Quali agenzie per la formazione e l'aggiornamento professionale?

	SI	NO
1 CFP		
2 Corsi FSE		
Altro .....		

4c Ci sono accordi formalizzati?  
Se sì, quali?

	SI	NO

4d Ci sono accordi non formalizzati?  
Se sì, quali?

	SI	NO

**5 Avete proposte per la gestione della fase re-inserimento per il futuro?**

**6 Avete rilevato bisogni che non rientrano nelle categorie indicate sopra? Quali?**

Nell'anno 2009 nei servizi territoriali SerT e NOA rispondenti sono stati rilevati 316 soggetti che necessitavano di un intervento per il reinserimento lavorativo, corrispondente al (13,6%), dell'utenza in carico. Di questi, 147 (46,5%) sono stati inviati ad una o più agenzie per il reinserimento mentre, prossima al 9% è stata la quota dei pazienti accompagnati al reinserimento nel vecchio posto di lavoro.

Dei pazienti inviati alle agenzie preposte 1 su 4 (il 25,2%) è risultato essere di genere femminile e 3 su 4 (il 74,5%) con un'età superiore ai 30 anni.

Le comunità terapeutiche partecipanti alla rilevazione hanno dichiarato un bisogno potenziale relativamente al reinserimento lavorativo in 17 soggetti corrispondente al 24% dei pazienti in carico; di questi, 11 (il 64,7%) sono stati inviati ad una o più agenzie di cui circa 1 su 4 (il 27,3%) è risultato essere di genere femminile e circa 3 su 4 (il 77,7%) di età superiore ai 30 anni.

La totalità dei Servizi per le dipendenze ha inviato utenti ai SIL/NIL, 5 su 6 alle Cooperative sociali di tipo B, 2 su 6 alle agenzie per la formazione l'orientamento ed il lavoro, così come alle agenzie di lavoro interinale, mentre meno frequenti sono risultati i contatti (il 16,7% dei servizi) con l'Informagiovani o gli enti accreditati per gestire doti lavoro e/o formazione. Interessante è la quota pari al 33,3% dei servizi che si rivolgono ad altre tipologie di agenzie, prevalentemente i Servizi Sociali/Invalidità civile. Complessivamente sono stati rilevati 192 contatti per invio ad almeno una delle agenzie considerate.

Entrando più nello specifico, gli utenti inviati alle agenzie SIL/NIL da parte dei Servizi per le dipendenze rispondenti, sono stati in totale 45 dei quali il 77,8% di sesso maschile e con un'età prevalente superiore ai 30 anni (60%).

55 persone sono state inviate alle Agenzie di Lavoro interinale (di cui quasi il 71% maschi e il 47,3% con un'età superiore ai 30 anni). Gli invii effettuati alle Agenzie per la formazione, l'orientamento e il lavoro sono stati 27, e 26 sono stati quelli effettuati presso agenzie identificate con la voce "Altro". Nel complesso sono stati 30 gli invii rilevati per l'Informagiovani, o le cooperative sociali di tipo B o gli enti accreditati per gestire doti lavoro e/o formazione.

Per quanto riguarda le strutture del Privato Sociale rispondenti, la maggior parte tende ad appoggiarsi alle Cooperative Sociali di tipo B così come alle agenzie per la formazione l'orientamento ed il lavoro ed in maniera meno frequente all'Informagiovani e alle agenzie di lavoro interinale. Per tali strutture la collaborazione nell'invio con i servizi territoriali per le dipendenze risulta alterna.

Una parte interessante della rilevazione ha riguardato la tipologia di risposte fornite all'utenza inviata alle diverse agenzie considerate.

Gli utenti inviati ai SIL/NIL dai Servizi territoriali hanno usufruito di tutti gli strumenti indagati dal questionario, in particolare di colloqui di orientamento, supporto alla ricerca, tutoraggio per tirocinio, compilazione di curricula e, in maniera minore, dell'inserimento in banca dati e la possibilità di accedere a lavoro temporaneo. Le agenzie per la formazione, l'orientamento e il lavoro, si sono caratterizzate per la compilazione di curricula, l'inserimento in banca dati, i colloqui di orientamento così come le agenzie di lavoro interinale: in aggiunta a queste ultime hanno anche fornito all'utenza inviata possibilità di accedere a lavoro temporaneo. Trasversalmente alle agenzie considerate, è risultata marginale la risposta fornita in termini di assunzione diretta, che si presenta

poco frequente ed in due sole tipologie di agenzie (SIL/NIL e Cooperative Sociali di tipo B).

Gli utenti inviati dalle strutture del privato sociale hanno trovato principalmente risposte relative all'inserimento in banca dati e al colloquio per l'orientamento così come al supporto alla ricerca ed al tutoraggio per il tirocinio.

Complessivamente il 45,2% dei soggetti inviati dai Servizi per le dipendenze ha ottenuto risposte giudicate soddisfacenti alla luce degli obiettivi previsti; nello specifico il 40,1% per obiettivi di tipo educativo, il 34,3% per obiettivi di socializzazione, il 12,4% per obiettivi di professionalizzazione ed il 13,8% per obiettivi di stabilità lavorativa.

Per quanto riguarda le strutture del privato sociale, complessivamente circa la metà dei soggetti inviati ha ottenuto risposte soddisfacenti alla luce degli obiettivi previsti, dato che si mantiene stabile sulle 4 aree specifiche considerate.

La reperibilità del lavoro in forma autonoma da parte degli utenti è stata un'altra area investigata dall'indagine. Degli utenti trattati presso i Servizi per le dipendenze e con potenziale bisogno di reinserimento lavorativo, il 20,2% è stato giudicato essere in grado di reperire un lavoro "regolare" in modo autonomo a fronte del 30,7% giudicato in grado di reperire un lavoro "in nero", mentre soltanto il 7,6% ha reperito in maniera autonoma un lavoro "regolare" avvalendosi dell'aiuto di altri servizi.

Per quanto riguarda i soggetti trattati presso le comunità terapeutiche e con bisogno di reinserimento lavorativo il 23,5% è stato in grado di reperire un lavoro "regolare" o "in nero".

Tutti i Servizi Territoriali collaborano abitualmente con le agenzie SIL/NIL, 4 Servizi su 6 anche con Cooperative Sociali di tipo B, Agenzie per la formazione, l'orientamento e il lavoro e alle Agenzie di lavoro interinale, mentre 2 servizio su 6 con l'Informagiovani. Meno utilizzate risultano le Agenzie per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro e le Agenzie di lavoro interinale (50%). Solo il 33% si rivolge agli Informagiovani.

Diversa la distribuzione tra le Comunità: nessuna di esse si rivolge a SIL/NIL mentre tutte si rivolgono a Cooperative Sociali di tipo B e alle Agenzie per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro, 2 su 3 alle Agenzie di lavoro interinale e 1 su 3 anche agli Informagiovani.

Tutte le Comunità si sono rivolte all'area della formazione professionale (CFP – aggiornamento professionale) in fase di reinserimento lavorativo.

Un questionario analogo (figura 9.20) è stato inviato alle Agenzie per il Lavoro presenti sul territorio<sup>7</sup>. A queste è stato chiesto con quale tipologia di soggetti hanno lavorato e quali interventi sono stati messi in atto.

---

<sup>7</sup> Hanno risposto al questionario: Il Fiore Società Cooperativa Sociale, Coop Il Corniolo, Coop Betania Onlus, Coop Arcadia, Coop ESTIA, Coop Il Portico, Coop La Mano, Coop L'alveare, Coop Il Mandorlo, Coop Il Melograno, Coop In Lavoro, Coop Nidi, Coop Jolly Service, Coop La Zattera, SIL Abbiategrosso, SIL Magenta, SIL Cerro, SIL Comuni Insieme per lo Sviluppo Sociale.



Le Agenzie rispondenti si occupano prevalentemente di persone con documento di invalidità ex legge 68/99 (88,9%) e praticamente tutte si occupano anche di altri soggetti deboli (senza legge 68/99); più precisamente, di queste: l'88,9% si occupa di persone con problemi psichici, il 72,2% di persone con problemi di dipendenza da alcool, il 55,5% di persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti, il 33,3% di persone detenute/ex detenute o in misura alternativa e il 22,2% di minori a rischio. Interessante evidenziare la quota del 44,4% delle Agenzie che si occupa di persone con altre problematiche, prevalentemente di tipo fisico.

Nel 2009 le Agenzie rispondenti hanno effettuato complessivamente 401 interventi indirizzati a soggetti deboli (con certificazione di invalidità). Di questi il 50,1% verso persone con problemi psichici, il 15,0% verso persone prevalentemente con problemi fisici, il 13,2% verso persone detenute/ex detenute, il 9,5% verso persone tossicodipendenti, il 7,7% verso persone alcolodipendenti e meno del 5% verso minori a rischio.

Gli strumenti maggiormente utilizzati con persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti sono il tutoraggio per tirocinio (88,9%), i colloqui di orientamento e l'erogazione di borse lavoro (66,7%), la compilazione di curricula, l'inserimento in banche dati e il supporto alla ricerca (55,6%). Meno utilizzati il rapporto di lavoro a termine (44,4%), l'assunzione a tempo indeterminato (33,3%) e il lavoro temporaneo (11,1%).

Le tipologie di intervento si differenziano per i soggetti con problemi legati alla dipendenza da alcool.

Per tali soggetti lo strumento maggiormente utilizzato ha riguardato il tutoraggio per tirocinio (66,7), i colloqui d'orientamento e la compilazione di curricula (58,3%) e l'inserimento in banca dati. Meno frequenti gli interventi relativi al supporto alla ricerca, il rapporto di lavoro a termine e l'erogazione borsa lavoro (41,7%), l'assunzione a tempo indeterminato (33,3%) ed il lavoro temporaneo (8,3%).

Per quanto riguarda gli accordi con i SerT e i NOA del territorio le agenzie rispondenti riferiscono un 27,8% di accordi formalizzati e un 33,3% di accordi presenti ma non formalizzati.

Per quanto riguarda gli accordi con le Comunità terapeutiche risulta dalla ricerca che l'11,1% delle agenzie ha dichiarato l'esistenza di accordi formalizzati o informali.

