



Regione Lombardia



Dipartimento ASSI  
Dipartimento 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**  
**sul Territorio della ASL MI 3**  
Anno 2007





Regione Lombardia



Dipartimento ASSI  
Dipartimento 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**  
**sul Territorio della ASL MI 3**  
Anno 2007



**Gli autori del rapporto sono:**

Claudia Luppi\*\*  
Maurizio Resentini\*  
Valeria Andreoni\*  
Antonino Caruso\*  
Valeria Colombo\*  
Simonetta Conti\*  
Sara D'Aniello\*  
Emanuela De Santi\*  
Barbara Lissoni\*  
Roberta Marzo\*  
Maria Merendi\*  
Giuseppe Monaco\*  
Antonio Nettuno\*  
Chiara Rebucci\*  
Sergio Salviati\*  
Biagio Sanfilippo\*  
Biagio Tinghino\*  
Francesca Zucchetta\*  
Michela Franchini\*\*\*  
Valeria Siciliano\*\*  
Valentina Lorenzoni\*\*  
Luca Bastiani\*\*  
Matilde KaraKachoff\*\*  
Olivia Curzio\*\*  
Marco Musu\*\*  
Annalisa Pitino\*\*  
Mercedes Gori\*\*  
Emanuela Colasante\*\*  
Cristina Doveri\*\*  
Andrea Boni\*\*  
Stefano Salvadori\*\*  
Sabrina Molinaro\*\*  
Fabio Mariani\*\*

\* Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

\*\* Istituto di Fisiologia Clinica del CNR – sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

\*\*\* Epidemiologia AUSL 11 Empoli

Ringraziamo le Direzioni e RSU delle Aziende coinvolte e della Camera di Lavoro di Milano, l'èquipe operativa di Kimbanda della Cooperativa Lotta contro l'emarginazione e La Fondazione Cariplo – Milano per il contributo alla stesura della parte Progetti del presente Rapporto.

Si ringrazia il Dott. Pierluigi Consonni per il Servizio Epidemiologico.

Si ringrazia inoltre il Dott. Roberto Mancin, la Sig.ra Franceschina Alcaro, i Responsabili di UO e di Sede e tutti gli operatori del Dipartimento Dipendenze.

Un particolare ringraziamento, infine, al gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Loredana Fortunato, Rosanna Panini, Stefanella Pardini, Michele De Nes, Gabriele Trivellini).



# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	7
<b>Introduzione</b> .....	9
<b>1. Uso di sostanze psicoattive nella popolazione</b>	
1.1 Consumi nella popolazione generale.....	17
1.2 Consumi nei giovani scolarizzati.....	26
1.3 Policonsumo.....	42
<b>2. Prevenzione</b>	
2.1 Prevenzione universale.....	47
2.2 Prevenzione selettiva e mirata.....	50
2.3 Progetti.....	51
<b>3. Uso problematico di sostanze psicoattive</b>	
3.1 Stime di prevalenza di uso problematico.....	75
3.2 Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento.....	77
3.3 Analisi dei tempi di latenza.....	83
<b>4. Trattamenti ed interventi</b>	
4.1 La rete dei servizi.....	87
4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT.....	93
4.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA.....	104
4.4 Profilo dei soggetti in trattamento presso il carcere.....	111
<b>5. Implicazioni e conseguenze per la salute</b>	
5.1 Ricoveri alcol e droga correlati.....	121
5.2 Malattie infettive droga correlate.....	130
5.3 Doppia diagnosi.....	135
5.4 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga.....	138
<b>6. Implicazioni e conseguenze sociali</b>	
6.1 Segnalazioni alle Prefetture.....	143
6.2 Reati droga correlati.....	146
6.3 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari.....	150
6.4 Reinserimento sociale.....	152

<b>7.</b>	<b>Mercato della droga</b>	
7.1	Percezione sulla disponibilità delle droghe.....	159
7.2	Operazioni antidroga.....	160
7.3	Purezza.....	161

**CD-ROM allegato**



## PREFAZIONE

È con piacere che presento l'edizione aggiornata al 2007 del rapporto sul fenomeno delle dipendenze sul territorio della ASL MI3.

Per la stesura del presente rapporto dell'Osservatorio Territoriale sulle Dipendenze è proseguita la collaborazione con ricercatori dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa, che hanno fornito un contributo fondamentale sia per la sistematizzazione e l'analisi epidemiologica dei dati, che per l'inserimento di dati rilevati da altri rapporti a livello nazionale e relativi all'uso problematico delle sostanze a livello della popolazione generale e scolastica (IPSAD® ed ESPAD-Italia®), alle implicazioni e conseguenze per la salute e sociali, al mercato della droga, permettendo un confronto tra la situazione nazionale, regionale, provinciale e di questa ASL.

Di fatto il rapporto annuale sul fenomeno rappresenta un indispensabile strumento di lavoro per tutti gli operatori, sia del pubblico che del privato, coinvolti nelle attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza, a maggior ragione in un momento di transizione che vedrà all'inizio del prossimo anno nuovi assetti territoriali.

A tal proposito, il fatto che anche altre due delle Aziende Sanitarie Locali coinvolte nel nuovo riassetto utilizzino per il rapporto annuale sul fenomeno delle dipendenze la medesima metodologia ed il medesimo indice, rappresenta un ulteriore elemento facilitante il "passaggio di consegne". Il confronto tra le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno tra le varie realtà confinanti è infatti in tal modo reso immediato e faciliterà i processi di integrazione e programmazione.

Anche in questo rapporto vi sono sezioni relative alle attività illegali correlate alle sostanze stupefacenti, alle segnalazioni relative alle sanzioni amministrative (Prefettura) ed alla situazione carceraria, che rappresentano uno strumento di notevole importanza per la corretta conoscenza del fenomeno a livello locale.

Rispetto all'edizione precedente e grazie al supporto metodologico dei ricercatori dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa è stato possibile inserire anche una sezione relativa a progetti o ricerche attuate sul territorio della ASL, che ritengo di particolare interesse ed attualità.

Nella sezione relativa alla prevenzione si trovano:

- una sintesi della ricerca sul consumo problematico di alcool nei luoghi di lavoro, argomento di grande attualità in considerazione delle recenti disposizioni legislative in materia
- una sintesi della ricerca sul fenomeno del gioco d'azzardo problematico sul territorio. Ritengo che tali elementi siano interessanti anche al di fuori della stretta dimensione territoriale, in considerazione del fatto che il gambling rappresenta un problema diffusamente emergente ed oggetto di particolare attenzione
- una sintesi di un progetto attivo nel mondo del divertimento e della notte che fornisce elementi di valutazione di un fenomeno anch'esso di grande attualità nel dibattito nazionale (abuso di alcool e stupefacenti e guida)
- una sintesi della ricerca di fattori di efficacia nel trattamento del tabagismo, dipendenza da sostanze legali che a pieno titolo rientra tra i compiti di cura del SERD.

Nella sezione "conseguenze ed implicazioni per la salute" si trova invece l'elaborazione di dati relativi ai pazienti con comorbidità psichiatrica. Le valutazioni derivanti dall'analisi di questi dati hanno consentito di avviare, su basi oggettive, il difficile cammino della definizione di protocolli di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende Ospedaliere di riferimento territoriale. Protocolli che, faticosamente, stanno iniziando ad uscire da un ambito "teorico" per arrivare al confronto sulla gestione dei singoli casi, tentando di superare un arroccamento su specifiche competenze non più giustificabile e sostenibile alla luce delle caratteristiche dell'utenza.

Anche in considerazione della prossima programmazione triennale del Piani di Zona e dell'integrazione tra essi e i Piani di Salute distrettuali, auspico che il presente rapporto rappresenti, per gli operatori interessati, un valido strumento di conoscenza del fenomeno, dei bisogni della popolazione e di programmazione condivisa.

L'obiettivo del Dipartimento Dipendenze è quello di proseguire anche in futuro nella pubblicazione di un report annuale, mantenendone la strutturazione attuale, proseguendo nell'illustrazione sia di ulteriori progetti attivi sul territorio che delle attività degli Enti accreditati, con i quali si è condivisa ed è iniziata una fattiva collaborazione sulla valutazione dei bisogni di trattamento degli utenti e sui i risultati dei programmi di cura, fornendo così al Comitato di Dipartimento il necessario strumento per la programmazione e la gestione della rete dei servizi.

Per concludere voglio ringraziare tutti gli operatori del Servizio Dipendenze e del Servizio Epidemiologico della ASL che hanno contribuito, con un impegno non trascurabile, alla realizzazione di questo rapporto, assieme ai collaboratori del CNR che hanno affiancato il Dipartimento in tutte le fasi di lavoro.

Maurizio Resentini  
Direttore Dipartimento Dipendenze ASL MI3  
Professore a contratto – Università Milano Bicocca

## INTRODUZIONE

Il presente Report è il secondo rapporto sul fenomeno delle dipendenze nella ASL MI3, esso utilizza dati e informazioni provenienti da diverse strutture ed istituzioni presenti sul territorio che a vario titolo intercettano i soggetti tossicodipendenti ed alcolodipendenti.

L'analisi è stata condotta tramite la raccolta dei dati su singolo record dell'utenza trattata: tutti i servizi del Dipartimento raccolgono da diverso tempo, infatti, i dati in modo analitico. Sono state inoltre utilizzate, per i SerT, le informazioni sull'utenza trattata e trasferite a livello ministeriale tramite i modelli di rilevazione SEM e ANN e, per i NOA, attraverso le schede ministeriali ALC.

La Provincia di Milano, comprendente la ASL MI3, ha svolto inoltre ruolo di punto campione per due indagini campionarie nazionali: l'indagine IPSADI® (indagine sul consumo di sostanze nella popolazione residente di età compresa tra i 15 ed i 54 anni) e l'indagine ESPAD-Italia® (indagine 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.

Altre informazioni sulle problematiche alcol e droga correlate sono emerse dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Infine tutte le informazioni riguardanti la 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.

### **TENDENZE E SVILUPPI: UNA PANORAMICA NELLA ASL MI 3**

#### ***Quali sono gli indicatori che sono stati utilizzati per definire il fenomeno droga nella ASL MI3? E quali sono le sue dimensioni in questo territorio?***

La descrizione del fenomeno di consumo ed abuso di sostanze psicotrope e di alcol qui presentata cerca di essere il più completa ed esaustiva possibile, monitorando quante più componenti identificabili del fenomeno stesso.

Sono stati utilizzati essenzialmente gli indicatori suggeriti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA) congiuntamente all'analisi degli attuali flussi informativi ministeriali: uso di sostanze nella popolazione generale, prevalenza d'uso problematico delle sostanze psicoattive, domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze, mortalità degli utilizzatori di sostanze, malattie infettive.

Le analisi sui dati 2006 confermano, come già osservato l'anno scorso, una maggiore vicinanza della popolazione residente nella provincia di Milano e, quindi anche nel territorio della ASL MI3, alle sostanze psicotrope rispetto al resto della popolazione residente nelle altre regioni italiane.

#### ***Che cosa rappresenta l'indicatore "uso di sostanze nella popolazione generale"? Che dimensioni assume nella ASL MI3?***

Questo indicatore va a rilevare i comportamenti nei confronti di alcol e sostanze psicoattive legali ed illegali da parte della popolazione generale. In Italia tale rilevazione viene effettuata attraverso l'indagine campionaria IPSAD®. A questa indagine si affianca l'indagine ESPAD-Italia® che invece va a rilevare le abitudini

di uso di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe nella popolazione giovanile studentesca.

Come già affermato precedentemente, dai dati di entrambe le indagini emerge in generale una maggiore contiguità della popolazione milanese alle sostanze psicotrope rispetto alla popolazione delle altre regioni italiane.

Per quanto riguarda l'uso della cannabis almeno una volta nella vita, dall'indagine IPSAD questo sembra riguardare il 10,7% della popolazione residente. L'uso della sostanza una volta o più nell'ultimo anno sembra riguardare maggiormente i maschi con età compresa tra i 15 ed i 34 anni (46%). Anche per le femmine la maggior parte delle utilizzatrici si pone all'interno di questa fascia d'età. All'aumentare dell'età diminuiscono i consumi in entrambi i sessi.

Nell'indagine ESPAD il 27% dei rispondenti afferenti a scuole situate nel territorio della ASL MI3 ha affermato di aver utilizzato la cannabis negli ultimi 12 mesi. La prevalenza degli studenti in oggetto è superiore, seppur di poco, al dato del resto della regione e al dato nazionale.

Rispetto all'uso di cocaina, per quanto riguarda la popolazione generale, la provincia di Milano si pone a livelli di utilizzo più alti rispetto al resto d'Italia (5,3% contro il 2,3% del dato nazionale). Come per la cannabis, la fascia d'età maggiormente interessata è quella compresa tra i 15 ed i 34 anni per entrambi i sessi.

L'uso negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolarizzata sembra interessare maggiormente i maschi 19enni (10%) e le femmine 17enni (5%). La distribuzione tra i due sessi, in questo caso, cambia: se per i maschi si assiste ad un incremento dei consumi all'aumentare dell'età, il picco dei consumi tra le femmine è ai 17 anni per poi abbassarsi al massimo al 3,8% tra le 18-19enni.

Anche l'uso di eroina nella popolazione generale nella provincia di Milano fa registrare consumi maggiori rispetto ai consumi regionali e nazionali: circa lo 0,5% degli intervistati ha riferito di aver consumato eroina almeno una volta nella propria vita. Rispetto ai consumi più recenti, si evidenziano delle differenze nel consumo in base al sesso: per i maschi all'aumentare dell'età diminuisce gradualmente il consumo; tra le donne, invece, si assiste ad un utilizzo maggiore tra le 15-24enni, mentre per tutte le altre classi d'età i valori sono stabili intorno allo 0,2%.

La popolazione scolarizzata ha fatto segnare un incremento nell'assunzione di eroina passando da un uso negli ultimi 12 mesi dell'1,4% del 2005, all'1,9% nel 2006. Incremento, tra l'altro, registrato anche a livello provinciale, regionale e, seppur lieve, nazionale. Il picco di utilizzo della sostanza nell'ultimo anno si registra tra i maschi 18enni (2,4%) e le femmine 16enni (2,5%).

Rispetto all'uso di alcol, si assiste ad un andamento omogeneo nei due sessi nella classe d'età tra i 15 ed i 24 anni. Entrambi i sessi segnano un decremento nelle classi d'età successive per aumentare ancora nell'ultima classe d'età, quindi tra i 45 ed i 54 anni, ma sono i maschi a dichiarare un maggior consumo.

L'analisi del consumo di alcol nella popolazione scolarizzata pone gli studenti delle scuole afferenti al territorio della ASL MI3 in linea con gli studenti della provincia, della regione e della nazione: l'85% degli studenti della provincia di Milano 1 e di Milano intera, infatti, si equivalgono all'86% degli studenti italiani che hanno affermato di aver utilizzato alcol negli ultimi 12 mesi. Negli studenti di sesso maschile si assiste ad un aumento dei consumi al crescere dell'età e sono coloro che dichiarano un maggior consumo; le studentesse evidenziano un incremento nei consumi dai 15 ai 18 anni, le 19enni, invece, fanno segnare un lieve decremento dei consumi.

***Che cosa rappresenta la “prevalenza d’uso problematico delle sostanze psicoattive” e quale impatto ha nella ASL MI3?***

L’EMCDDA definisce l’uso problematico come “il consumo per via iniettiva o da lunga data e regolare di oppiacei, cocaina o amfetamine”. Questa definizione può essere intesa anche ad indicare l’utenza potenziale che potrebbe formulare una domanda di trattamento.

La metodologia utilizzata per la determinazione della stima del numero di soggetti utilizzatori per l’anno 2006 è stata quella del cattura/ricattura; questa è stata applicata a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti trattati presso i servizi territoriali per le dipendenze e quella relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliera. Attraverso questa metodologia sono stati stimati, per il 2006, circa 6.700 utilizzatori problematici nel territorio della ASL MI3; vale a dire più di 9 soggetti ogni mille residenti con un’età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Per quello che riguarda i consumatori problematici di oppiacei sono stati stimati sul territorio, nel 2006, 4.100 casi, pari ad una prevalenza di poco inferiore ai 6 soggetti utilizzatori problematici ogni mille residenti. Questo dato risulta essere di poco superiore al dato nazionale secondo cui, per l’anno 2005, i soggetti stimati sono stati circa 5,4 ogni mille residenti nella fascia di età a rischio.

I consumatori di cocaina stimati per il 2006 sono circa 4.200: 5,9 soggetti ogni mille residenti.

Per quanto riguarda i consumatori problematici di bevande alcoliche, sul territorio sono stati stimati 4.700 utilizzatori corrispondenti ad una prevalenza stimata di 6,6 soggetti ogni mille residenti.

***Quali caratteristiche assume l’indicatore considerato “domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze”? Quindi quali sono le caratteristiche dei soggetti che si rivolgono alle strutture di intervento?***

Nel 2006 sono stati 2.369 gli utenti trattati presso i SerT della ASL MI3. L’82% di essi risulta essere già noto ai servizi o per prese in carico che si trascinano dagli anni precedenti o per recidive. Il dato incidente, invece, è pari al 18% dell’utenza trattata.

L’età media dei soggetti è di poco inferiore ai 36 anni.

La maggioranza degli utenti è trattata per dipendenza da oppiacei (60%), tuttavia sono in aumento le domande di trattamento per problematiche legate all’uso di altre sostanze: più precisamente i cocainomani ed i soggetti in trattamento per cannabis. Infatti, tra i nuovi utenti, sono il 42% dei soggetti a far domanda di trattamento per cocaina ed il 21% per cannabis; per gli oppiacei, invece, il valore si assesta al 34%.

Analizzando il livello di scolarità dell’utenza, a prescindere dalla sostanza d’abuso primaria, si rileva che il 71% dell’utenza in carico presso i SerT possiede un livello di scolarità medio.

La maggior parte dell’utenza risulta occupata stabilmente (62%); risulta disoccupato il 32% dei soggetti in carico.

La condizione abitativa vede quasi il 90% dell’utenza vivere in una residenza fissa; grosse differenze, in base alla sostanza d’abuso, si rilevano rispetto alla convivenza: quasi il 70% degli utilizzatori di cannabis, infatti, vive con i genitori, mentre tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina questo dato scende rispettivamente al 40% e 44%.

Nel 2006, presso la ASL MI3, sono stati in carico 891 soggetti con problemi legati al consumo di alcol: di questi la maggior parte sono maschi (74%). Gli utenti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta sono il 32% dell’utenza complessiva.

L'età media dell'utenza in carico per problemi legati al consumo di alcol è di circa 46 anni.

Il 18% dell'utenza alcol dipendente ha dichiarato di utilizzare anche sostanze illegali: la sostanza maggiormente associata all'alcol è la cocaina seguita dalla cannabis.

Tra gli utenti alcolodipendenti, il 49% presenta un livello di istruzione medio; il 63% risulta essere occupato dal punto di vista lavorativo, il 22% economicamente non attivo ed il 15% disoccupato.

***Cosa emerge dagli altri due indicatori identificati dall'OEDT: "decessi" e "malattie infettive"?***

Si tratta di indicatori indiretti, cioè che prendono in considerazione aspetti particolari del fenomeno dell'uso di droghe ed il modo in cui impattano sulla popolazione.

Dai dati forniti dalla DCSA nel 2006 si sono registrati, nel distretto della ASL MI3, 2 decessi per overdose. Nell'intera provincia i decessi sono stati 18 e 40 nella regione Lombardia. Questo significa che si conta meno di un decesso ogni 100.000 abitanti a livello aziendale; valore in linea con il dato provinciale e regionale ma inferiore al dato nazionale che vede 1,3 decessi ogni 100.000 residenti.

Per quello che riguarda le malattie infettive, le percentuali di positività ai rispettivi test per HIV, HBV e HCV tra gli utenti dei SerT mostrano che, tra i soggetti testati, i valori di positività sono maggiormente rintracciabili tra gli utenti già in carico rispetto ai nuovi utenti. Alta la percentuale dei soggetti risultati positivi al test rivolto all'individuazione del virus responsabile dell'epatite C (tra i soggetti testati: il 51% degli utenti già in carico ed il 20% dei nuovi).

***Quale rilevanza assumono i fenomeni di attività criminale connessa alla droga nel distretto della ASL MI3?***

Per quello che riguarda le denunce per violazioni di artt. 73 e 74 del DPR 309/90, l'analisi dell'impatto delle attività delle Forze dell'Ordine sulla popolazione a rischio residente nel territorio del distretto della ASL MI3 evidenzia un tasso standardizzato, nel 2006, pari a circa 4 denunciati ogni 10.000 abitanti tra i 15 ed i 64 anni contro i circa 8 rilevati a livello nazionale. Tra tali denunce quasi il 10% riguarda il reato più grave di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 74).

Il 93% dei denunciati sono di sesso maschile e l'età media è di circa 30 anni.

La cocaina è la sostanza maggiormente coinvolta nelle denunce; il dato nel territorio della provincia di Milano 31 arriva al 47%, la percentuale in Lombardia sale al 48%. Seguono denunce per cannabinoidi (circa 36%) ed eroina (circa 12%).

La popolazione carceraria della provincia e della regione vede una netta preponderanza di soggetti maschili, di nazionalità straniera con un'età media di circa 32 anni.

***Un ulteriore indicatore indiretto analizzato è l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera: cosa emerge dei ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope?***

Nel 2006 si sono registrati complessivamente 16.028 ricoveri correlati ad alcol, droga e tabacco. 14.737 sono i ricoveri per i quali la diagnosi è indirettamente attribuibile al consumo di alcol, pari a quasi il 90% dell'intero collettivo.

L'analisi sui ricoveri con diagnosi principale o concomitante totalmente attribuibile, dimostra che per i ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci la sostanza maggiormente correlata sono i tranquillanti (14%).

I pazienti ricoverati per diagnosi di ricovero per patologie correlate all'uso di alcol, droga e tabacco sono prevalentemente maschi. Poco più della metà (52%) dei pazienti che presentano diagnosi relative al consumo di sostanze psicotrope ha un'età compresa tra i 25 ed i 44 anni.

***Ci sono altri indicatori il cui studio ha approfondito l'analisi sul fenomeno delle dipendenze sul territorio della ASL MI3? Quali indicazioni ne conseguono?***

Nell'ambito delle attività di monitoraggio è stato condotto lo studio della mappatura a livello comunale dell'utenza dipendente da sostanze psicoattive censita presso i servizi.

La mappatura dell'utenza censita ha avuto come principale obiettivo quello di evidenziare la presenza di aree territoriali in cui l'utenza nota si presenta, rispetto alla popolazione residente, con valori numericamente più elevati rispetto ad altre aree.

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza evidenzia un fenomeno che si esplica sul territorio in maniera differente per le diverse tipologie di utilizzatori considerate.

Rispetto alla collocazione dell'utenza sul territorio, gli utilizzatori di oppiacei si concentrano nella parte centrale, rispetto al 2005 si osserva una maggior concentrazione attorno ai comuni di Arcore e Usmate Velate.

Gli utilizzatori di stimolanti risultano omogeneamente distribuiti sul territorio, con una maggior concentrazione, però, nell'area di Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo.

Gli utilizzatori di cannabinoidi si concentrano maggiormente lungo la fascia occidentale del territorio.





# **1. USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE**

## **1.1 Consumi nella popolazione generale**

- 1.1.1 Consumi di eroina
- 1.1.2 Consumi di cocaina
- 1.1.3 Consumi di alcol
- 1.1.4 Consumi di tabacco
- 1.1.5 Consumi di cannabis
- 1.1.6 Altri consumi psicoattivi

## **1.2 Consumi nei giovani scolarizzati**

- 1.2.1 Consumi di eroina
- 1.2.2 Consumi di cocaina
- 1.2.3 Consumi di alcol
- 1.2.4 Consumi di tabacco
- 1.2.5 Consumi di cannabis
- 1.2.6 Altri consumi psicoattivi
- 1.2.7 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

## **1.3 Policonsumo**

- 1.3.1 Il policonsumo nella popolazione residente
- 1.3.2 Il policonsumo nei giovani scolarizzati



## 1. USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE

### 1.1 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

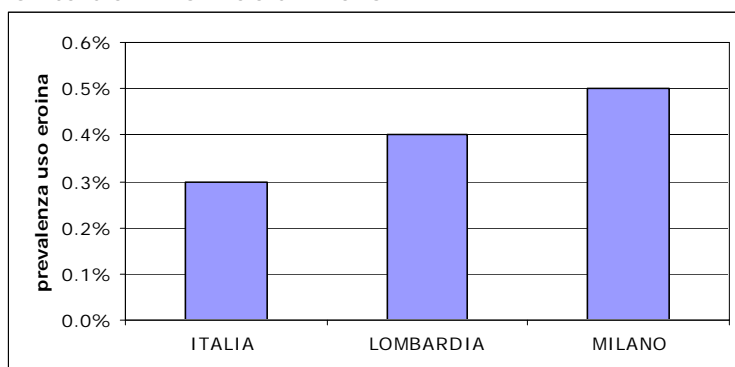
I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive illegali e legali nella popolazione della provincia di Milano sono estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD®2005-2006 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Tale indagine ha lo scopo di monitorare i consumi di droghe, di alcol e di tabacco nella popolazione di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, in accordo con gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT).

Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione rappresentativo di soggetti; le domande presenti nel questionario non permettono di risalire all'identità di chi lo compila.

#### 1.1.1 Consumi di eroina

Si stima che nella popolazione della provincia di Milano siano circa lo 0,5% dei residenti fra i 15 e i 54 ad aver utilizzato almeno una volta eroina nell'ultimo anno; il dato è leggermente più alto di quello registrato a livello regionale (0,4%) e a livello nazionale (0,3%).

**Grafico 1.1: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia – Provincia di Milano.**

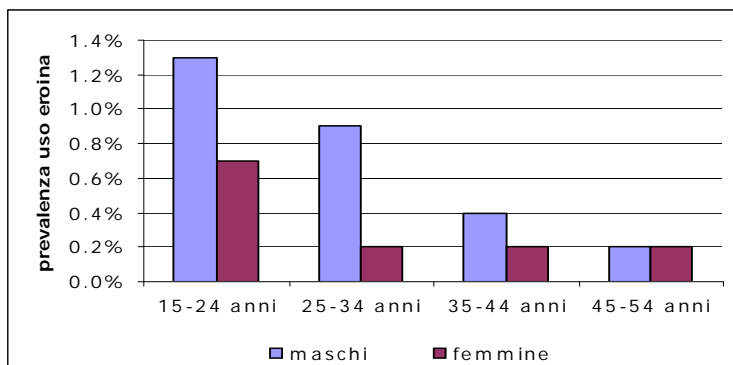


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Dall'analisi sui consumi di eroina negli ultimi dodici mesi, si evidenzia che le stime sul campione intervistato nell'area di Milano decrescono all'aumentare dell'età.

I maschi 15-24enni riferiscono un uso pari all'1,3%, percentuale doppia rispetto alle femmine della stessa classe di età. Nel gruppo femminile fra i 25 e i 34 anni la prevalenza d'uso è pari allo 0,2%, mentre per i maschi coetanei si stima una diffusione dell'uso 4 volte maggiore. Per entrambi i sessi, nelle ultime classi di età indagate, si registrano percentuali di utilizzo che oscillano tra lo 0,2% e lo 0,4%.

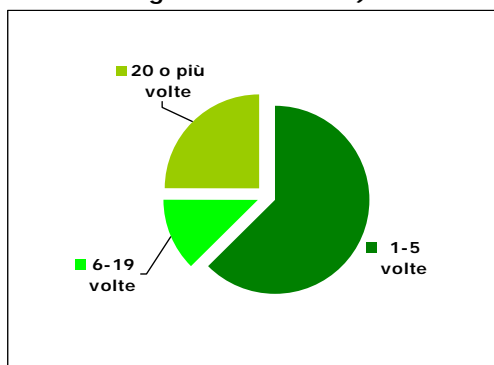
**Grafico 1.2: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Rispetto alla frequenza d'uso di eroina, tra coloro che riferiscono di averne consumata negli ultimi 12 mesi (Grafico 1.3), si osserva che più della metà dei soggetti l'ha assunta da 1 a 5 volte (62,5%), il 13% da 6 a 19 volte, e un quarto degli utilizzatori dichiara una frequenza che va oltre le 20 volte.

**Grafico 1.3: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

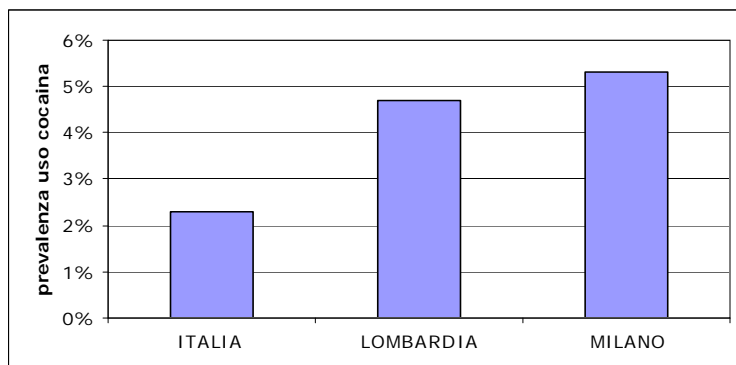


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

### 1.1.2 Consumi di cocaina

Nei dodici mesi antecedenti alla compilazione del questionario, si stima che il 5,3% dei residenti nella provincia di Milano abbia consumato almeno una volta cocaina. La prevalenza è superiore a quella registrata per i residenti della regione e a quella rilevata nel resto della penisola (Lombardia: 4,7%; Italia 2,3%).

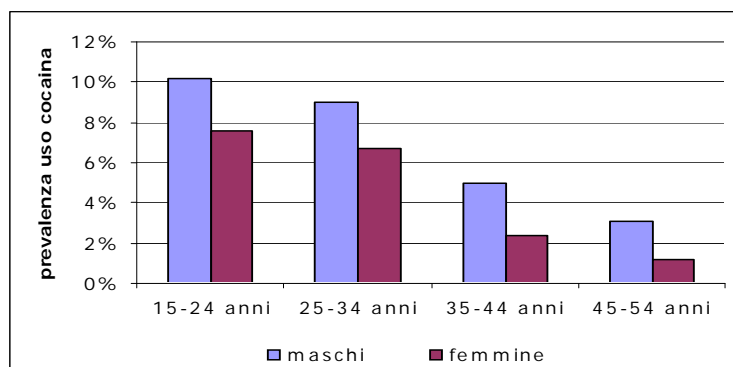
**Grafico 1.4: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia - Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Come per l'eroina, l'esperienza d'uso della cocaina assume un andamento decrescente con l'aumento dell'età degli intervistati. In tutte le classi di età sono i maschi a riferire un maggior utilizzo, passando dal 10% dei 15-24enni al 3% nel campione dei più adulti. Mentre le femmine più giovani si attestano intorno all'8%, percentuale che scende all'1% nella classe di età 45-54enni.

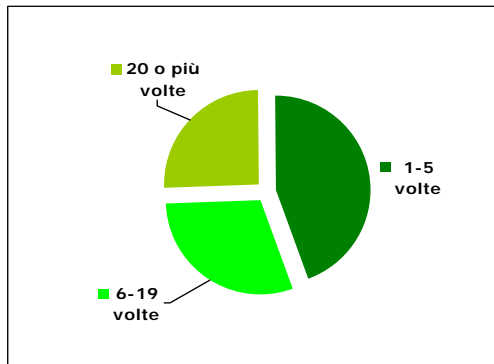
**Grafico 1.5: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Per quanto riguarda la frequenza d'uso della cocaina fra i consumatori, negli ultimi 12 mesi, si osserva che il 44% riferisce di aver utilizzato la sostanza da 1 a 5 volte, il 20% da 6 a 19 volte e il 26% ne ha consumato 20 o più volte (Grafico 1.6).

**Grafico 1.6: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

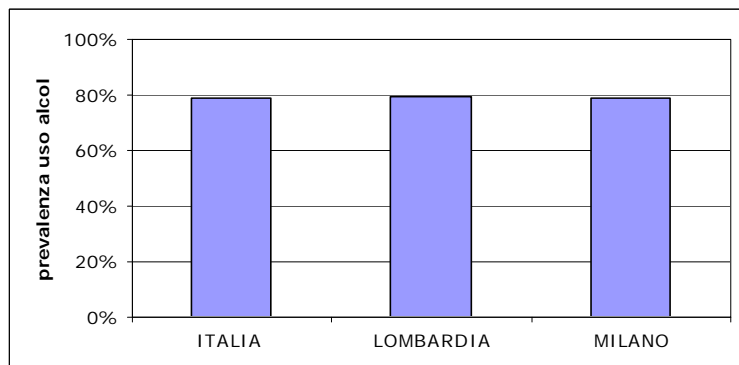


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

### 1.1.3 Consumi di alcol

Nella provincia di Milano si stima che circa il 78,8% dei residenti abbia fatto uso di alcol nell'ultimo anno: dati in linea con le prevalenze registrate a livello regionale e nazionale (Lombardia 79,4%; Italia 78,8%).

**Grafico 1.7: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia – Provincia di Milano.**



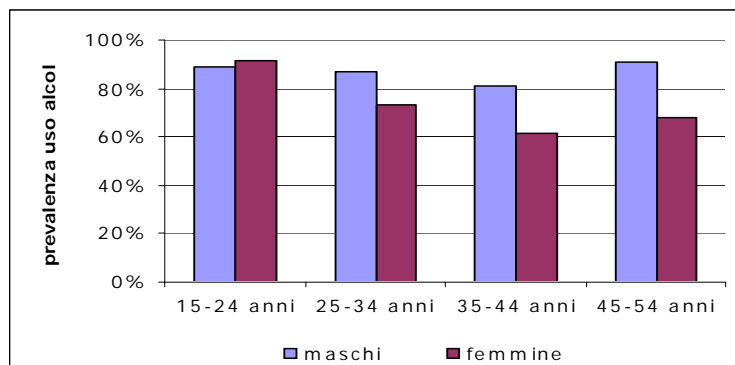
Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

L'uso di sostanze alcoliche nell'ultimo anno è caratterizzato da un andamento omogeneo nei due sessi nella classe di età più giovane in esame (maschi:89%; femmine:91%).

Per entrambi i generi, nelle altre classi di età le prevalenze diminuiscono, ma sono i maschi a dichiarare un maggior utilizzo, difatti, tra i 25 e i 34 anni si rileva una prevalenza dell'87%, mentre le femmine della stessa classe di età si attestano al 73,4%.

Tra i 35-54enni le prevalenze dei maschi oscillano tra l'80 e il 90%, mentre sono circa il 60% le femmine che dichiarano l'utilizzo di alcol.

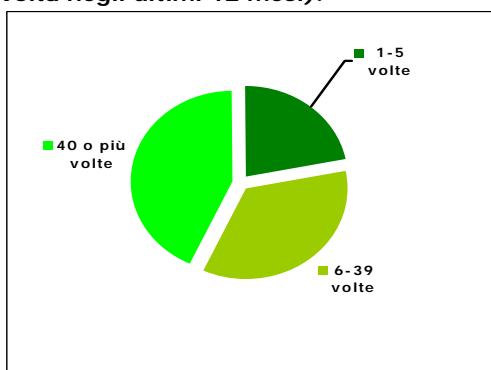
**Grafico 1.8: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

La frequenza del consumo di alcol negli ultimi dodici mesi (Grafico 1.9), risulta da 1 a 5 volte per il 22% dei consumatori; coloro che dichiarano di aver utilizzato alcol da 6 a 39 volte sono il 35% ed infine, la classe di consumo più elevata, 40 o più volte, è pari al 43% di coloro che fanno uso.

**Grafico 1.9: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

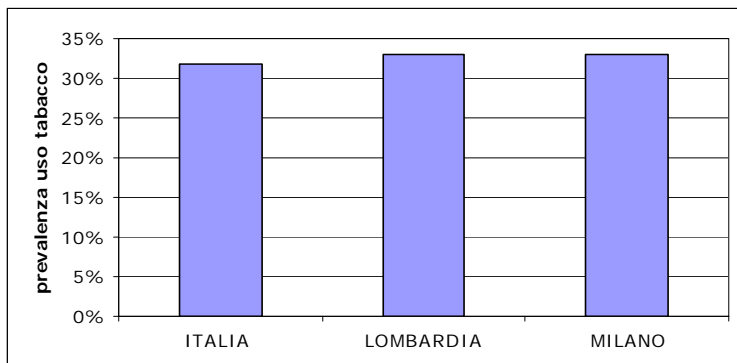


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

#### 1.1.4 Consumi di tabacco

L'uso di tabacco nell'ultimo anno riguarda circa il 33% dei residenti della provincia di Milano. Stessa tendenza viene registrata per i dati a livello regionale (Lombardia: 33%) mentre risulta leggermente inferiore a livello nazionale (Italia: 31,7%).

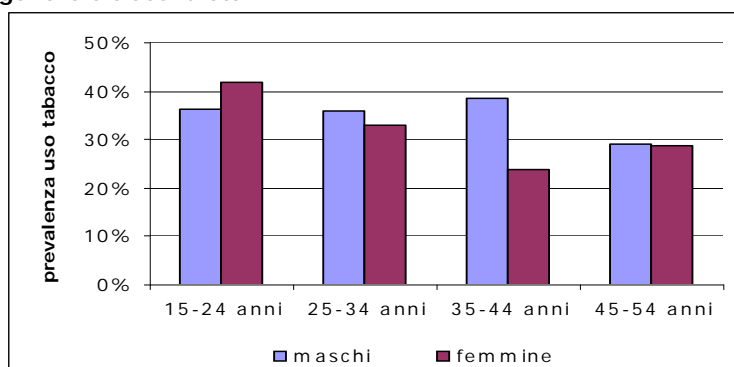
**Grafico 1.10: Uso di tabacco (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia – Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

L'utilizzo di tabacco una o più volte nell'ultimo anno, nella popolazione dell' area di Milano è presente in percentuale simile tra i due sessi, eccetto che per il 35-44enni: in tale classe d'età sono i maschi a dichiarare un maggior utilizzo (maschi:38,7%; femmine:24%). Nelle restanti fasce di età tale abitudine è presente nel 40% dei 15-24enni e nel 35% dei soggetti della classe di età successiva; poco inferiore al 30% risulta nella classe 45-54 anni.

**Grafico 1.11: Uso di tabacco (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

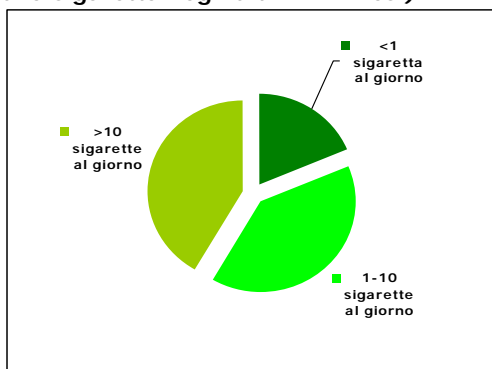


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Riguardo alla frequenza d'uso di tabacco negli ultimi dodici mesi (Grafico 1.12), si rileva che circa il 29% dei fumatori dichiara di aver fumato meno di una sigaretta al giorno, il 40% ne ha fumate da 1 a 10 e il 42% fuma più di mezzo pacchetto di sigarette in una giornata.



**Grafico 1.12: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi).**

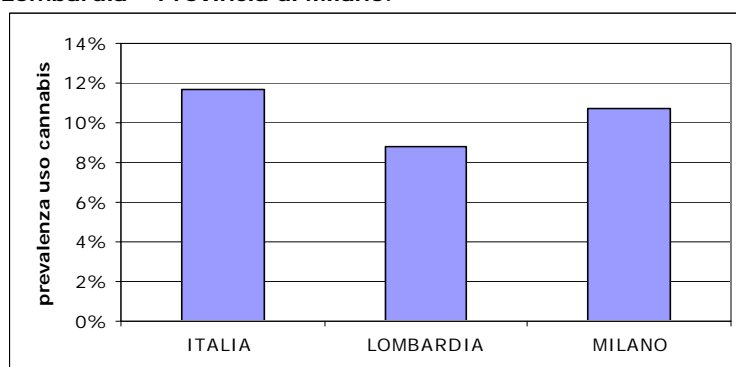


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

### 1.1.5 Consumi di cannabis

Per quanto riguarda l'uso di cannabis, il fenomeno interessa il 10,7% dei residenti nella provincia di Milano, dato inferiore a quello nazionale (l'11,7% in Italia), ma superiore a quello registrato nel resto della regione (9%).

**Grafico 1.13: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia – Provincia di Milano.**

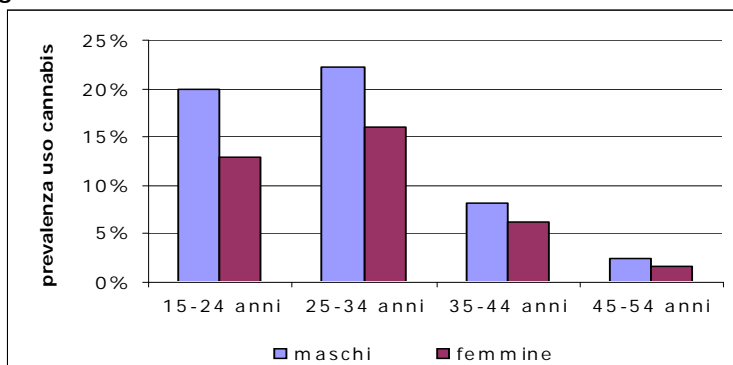


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Dall'analisi effettuata sul campione dei rispondenti, sull'uso di cannabis una o più volte nell'ultimo anno, sono i più giovani a consumare in maggior misura (maschi 15-24enni: 24%; femmine 15-24enni: 13% - maschi 25-34enni: 22,3%; femmine 25-34enni: 16%).

Nelle fasce di età successive i consumi diminuiscono per entrambi i sessi, e si registrano consumi oltre 5% per i maschi e le femmine con età compresa tra i 35 e 44anni e il 2% per i 45-54enni.

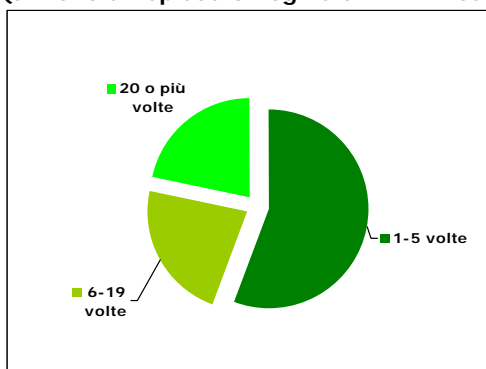
**Grafico 1.14: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Per quanto riguarda la frequenza d'uso (Grafico 1.15) si osserva che sul totale dei consumatori di cannabis più della metà dichiara di averla utilizzata nel corso dell'ultimo anno da 1 a 5 volte (55%). Sono il 23% sia coloro che nell'arco di un anno hanno consumato da 6 a 19 volte la sostanza sia quelli che la utilizzano 20 o più volte.

**Grafico 1.15: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).**



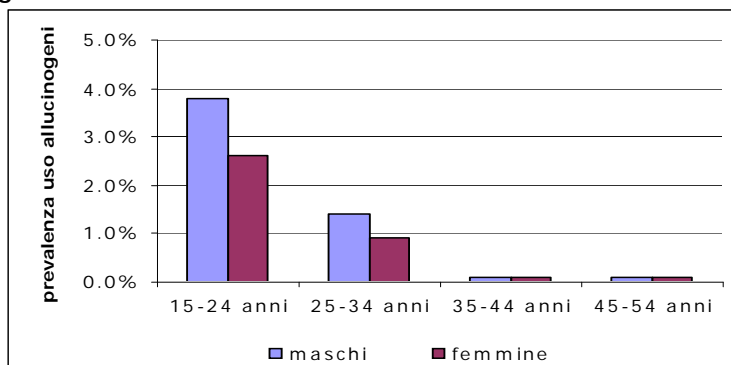
Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

### 1.1.6 Altri consumi psicoattivi

Per entrambi i sessi, la contiguità con gli allucinogeni risulta maggiore nelle classi di età più basse. Nei più giovani le frequenze d'uso si attestano al 3,8% per i maschi e al 2,6% per le femmine, mentre tra i 25 e i 34 anni i consumi dichiarati sono dell'1,4% per il sesso maschile e dello 0,9% nelle coetanee.

L'utilizzo della sostanza diminuisce allo 0,1% per le altre classi di età indagate.

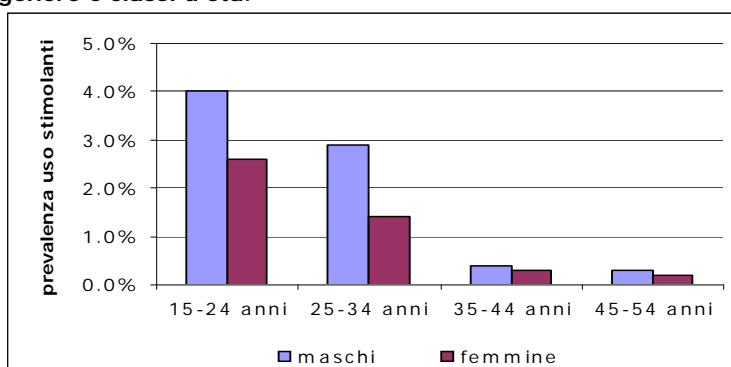
**Grafico 1.16: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Stessa tendenza viene registrata per l'uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi (Grafico 1.17): sono i maschi e le femmine più giovani a dichiarare un maggior utilizzo (rispettivamente 4% e 2,6%). Percentuali più basse risultano per i soggetti tra i 25 e 34 anni: l'uso stimato è pari al 2,9% per i maschi e all'1,4% per le femmine. Infine, nelle restanti classi di età, si osservano stessi consumi nei due sessi (0,2%).

**Grafico 1.17: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

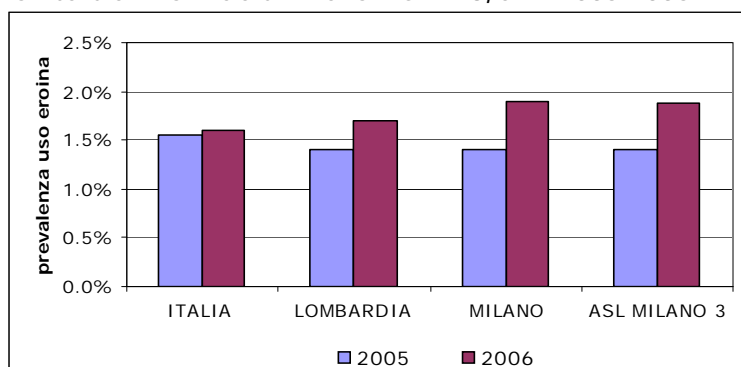
## 1.2 CONSUMI NEI GIOVANI SCOLARIZZATI

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione studentesca del territorio della ASL Milano 3, della provincia di Milano e della Regione Lombardia sono stati estratti dallo studio ESPAD-Italia®2006. Scopo dell'indagine è quello di monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe tra gli studenti delle scuole medie superiori, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato.

### 1.2.1 Consumi di eroina

Nei territori della ASL Milano 3, nell'anno 2006, l'1,9% dei giovani scolarizzati si stima abbia fatto uso di eroina negli ultimi 12 mesi, una o più volte. Tale percentuale risulta essere in aumento se confrontata col dato dell'anno precedente (2005:1,4%) ma in linea con quella riscontrata per il 2006 nella stessa provincia di Milano. Rispetto all'ASL Milano 3 si osservano, sia per la Lombardia che per l'Italia, prevalenze minori (rispettivamente 1,7% e 1,6%); differenze che non si evidenziavano nell'indagine precedente. Nel passaggio dall'anno 2005 al 2006 sembra infatti aumentato il consumo nella regione, nella provincia e nell'ASL (Grafico 1.18).

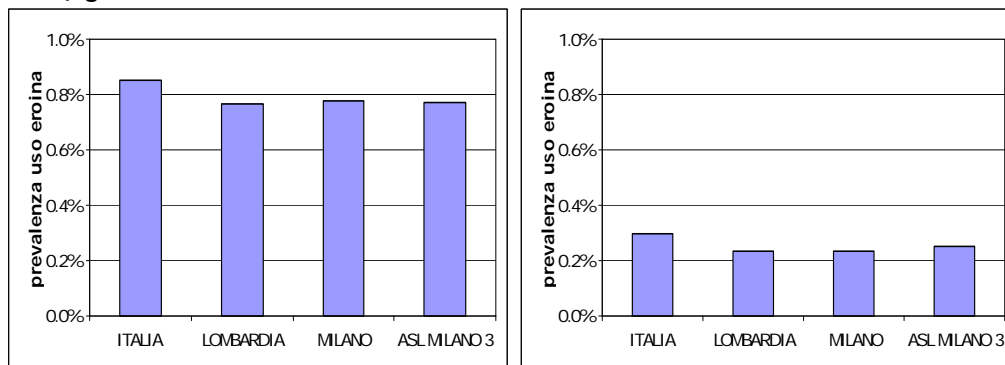
**Grafico 1.18: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI3, anni 2005-2006.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

L'uso di eroina una o più volte negli ultimi 30 giorni si rileva nello 0,77% del campione ed il dato è inferiore, per le aree lombarde al dato nazionale (Italia:0,85%). Situazione analoga si osserva per l'uso abituale di eroina: lo 0,25% dei giovani della ASL Milano 3 e lo 0,30% degli italiani. La percentuale di soggetti che nella ASL Milano 3 fa un uso abituale di eroina rappresenta 1/3 dei soggetti che ha usato eroina una o più volte negli ultimi trenta giorni (0,25% e 0,77%).

**Grafico 1.19: Uso di eroina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**  
 a) grafico a sinistra: uso di eroina una o più volte negli ultimi 30 giorni;  
 b) grafico a destra: uso di eroina abituale.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

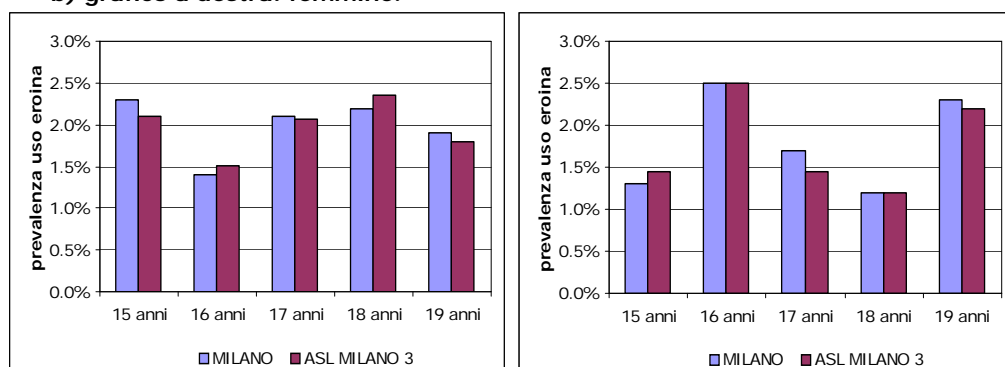
Tra i diciannovenni nella ASL Milano 3, l'1,8% dei maschi ed il 2,2% delle femmine hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi. Dati questi non dissimili da ciò che è stato rilevato per il territorio della provincia di Milano, per la medesima fascia di età.

La sottopopolazione che presenta la prevalenza più alta di uso di eroina negli ultimi 12 mesi sono le femmine di 16 anni che consumano, sia nella provincia di Milano che nella ASL in osservazione, nel 2,5% dei casi. Per quanto riguarda i maschi i consumi maggiori si notano tra i diciottenni (2,4% nella ASL e 2,2% nella provincia di Milano) e tra i quindicenni (2,3% a Milano e 2,1% nella ASL).

E' interessante notare che l'andamento dei consumi per fascia di età risulta essere quindi piuttosto diverso per i maschi rispetto alle coetanee, con picchi e variazioni in momenti differenti.

**Grafico 1.20: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 3.**

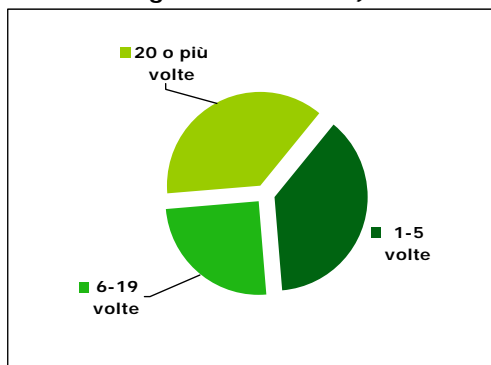
a) grafico a sinistra: maschi;  
 b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Tra i giovani consumatori di eroina della ASL Milano 3, che rappresentano l'1,9% del campione, il 38% ne ha fatto uso venti o più volte, il 37% da una a cinque volte, ed il 25% dalle sei alle diciannove volte.

**Grafico 1.21: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

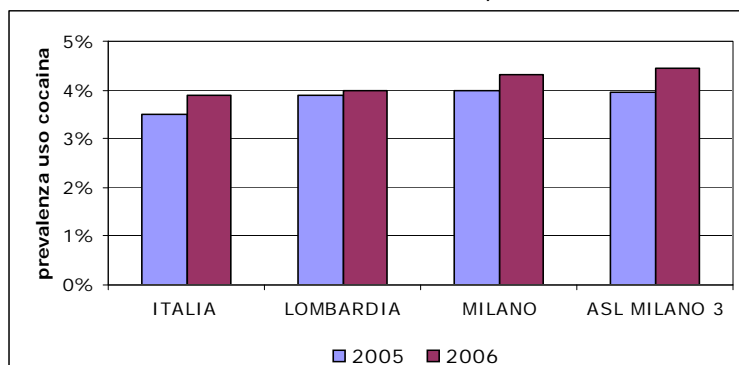


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

### 1.2.2 Consumi di cocaina

Nell'anno 2006, il 4,4% dei giovani della ASL Milano 3 ha fatto uso di cocaina negli ultimi 12 mesi; percentuale in crescita rispetto al 2005 (4,0%). Questo valore di prevalenza è in linea col dato della provincia di Milano (4,3%), e più alto rispetto ai risultati che coinvolgono la regione Lombardia (4,0%) ed il valore nazionale (3,9%) per l'anno 2006.

**Grafico 1.22: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3, anni 2005-2006.**

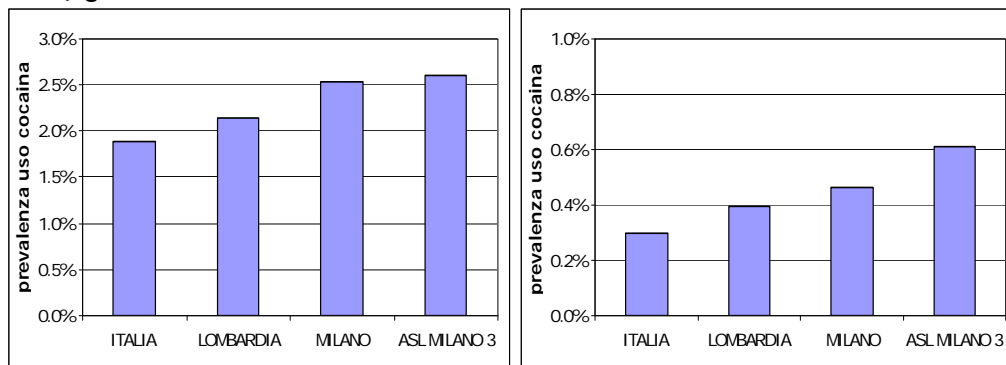


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

Tra i giovani della ASL Milano 3 il 2,6% ha fatto uso di cocaina una o più volte negli ultimi trenta giorni (valore in linea con quello provinciale: 2,5%) e lo 0,61% riferisce di assumerla abitualmente (nella provincia di Milano: 0,46%). Come si osserva dal Grafico 1.23 i valori che riguardano la ASL sono maggiori rispetto alle altre aree considerate nel confronto.

**Grafico 1.23: Uso di cocaina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**

- a) grafico a sinistra: uso di cocaina una o più volte negli ultimi 30 giorni;  
 b) grafico a destra: uso di cocaina abituale.



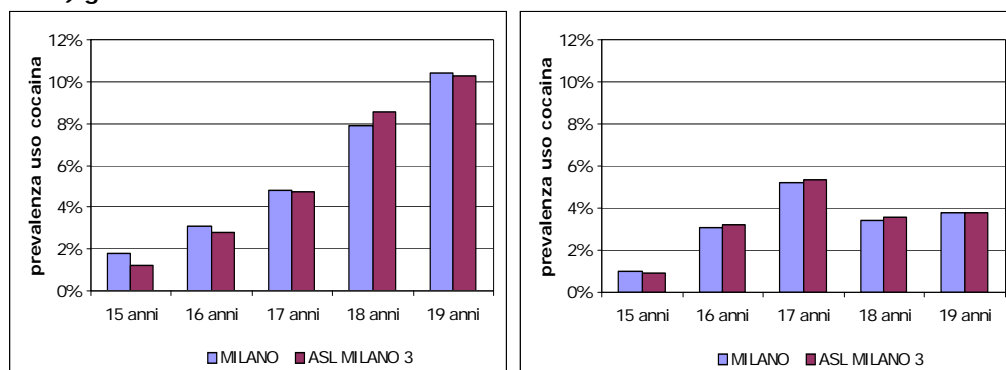
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Sono i soggetti di sesso maschile di 18 e 19 anni a riferire maggiormente l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi, sia a Milano che nella ASL Milano 3. Il 10,4% dei giovani maschi diciannovenni a Milano ed il 10,3% nella ASL Milano 3 hanno fatto uso di cocaina.

Per ciò che riguarda le femmine, prevalenze maggiori di consumo si osservano invece per le diciassettenni, il 5,3% delle studentesse ne riferisce l'uso contro il 4,8% dei coetanei, mentre per le altre ragazze i consumi oscillano tra il 3,2% (16enni) e il 3,8% (19enni), fatta eccezione delle 15enni (1%).

**Grafico 1.24: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 3.**

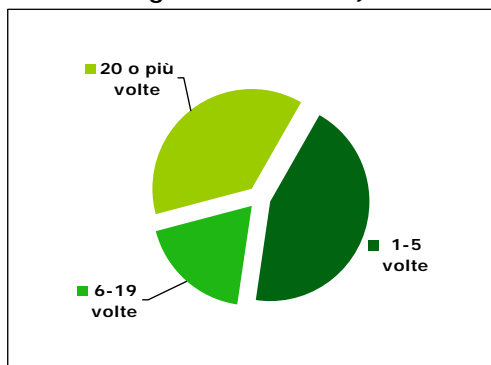
- a) grafico a sinistra: maschi;  
 b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Della quota di giovani che nella ASL Milano 3 ha riferito di avere fatto uso di cocaina negli ultimi 12 mesi (4,4% del totale), il 43% sostiene di averne fatto uso meno di 5 volte nell'arco dell'anno ed il 38% più di 20 volte.

**Grafico 1.25: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

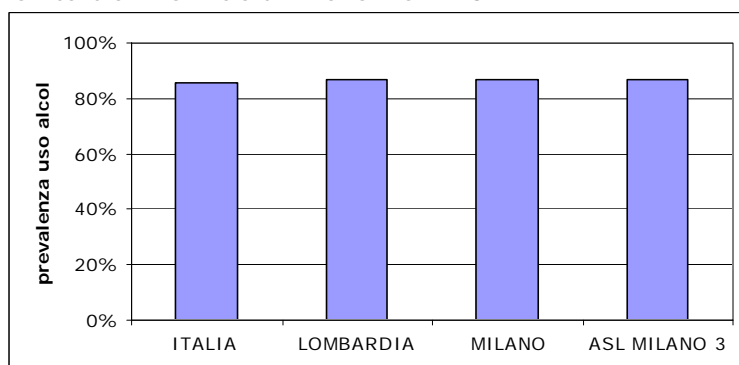


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

### 1.2.3 Consumi di alcol

Per quanto riguarda l'uso di alcol possiamo notare valori omogenei nel confronto tra le aree lombarde ed il dato nazionale (85% e 86%). Solo il 15% dei giovani scolarizzati risulta quindi completamente astemio nell'ultimo anno.

**Grafico 1.26: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

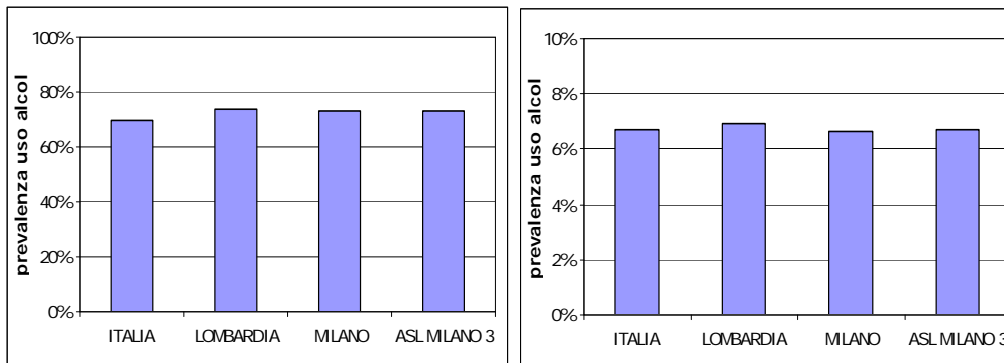
La prevalenza d'uso negli ultimi 30 giorni di alcol tra i giovani si attesta, nelle aree considerate, intorno al 73%. Si osserva un valore superiore per la Lombardia (74%) ed inferiore per il dato nazionale (70%). L'uso abituale è riferito dal 6,7% dei giovani della ASL e di Milano e corrisponde alla media nazionale; per la Lombardia osserviamo un 7% di giovani che ha utilizzato abitualmente alcolici.



**Grafico 1.27: Uso di alcol. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**

a) grafico a sinistra: uso di alcol una o più volte negli ultimi 30 giorni;

b) grafico a destra: uso di alcol abituale.



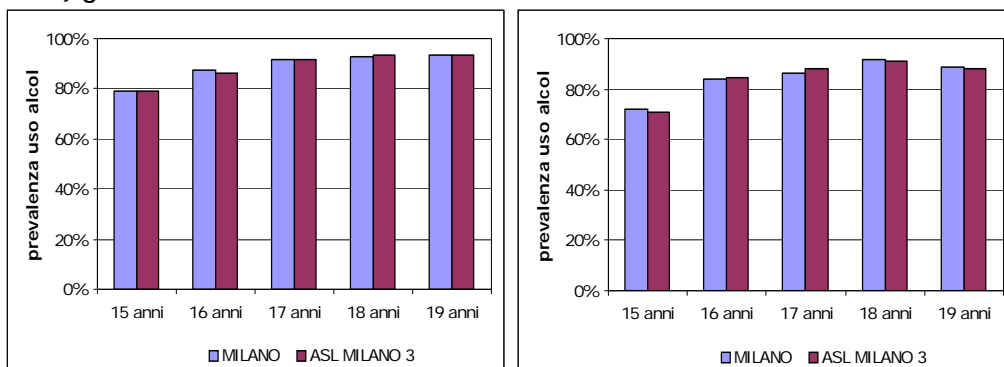
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Tra i diciannovenni il 94% dei maschi e l'88% delle femmine ha utilizzato bevande alcoliche e, tra i quindicenni, il 79% dei maschi ed il 71% delle femmine. Sono le diciottenni che consumano maggiormente (91%). Non si riscontrano particolari differenze tra i valori della provincia di Milano e quelli della ASL Milano 3.

**Grafico 1.28: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 3.**

a) grafico a sinistra: maschi;

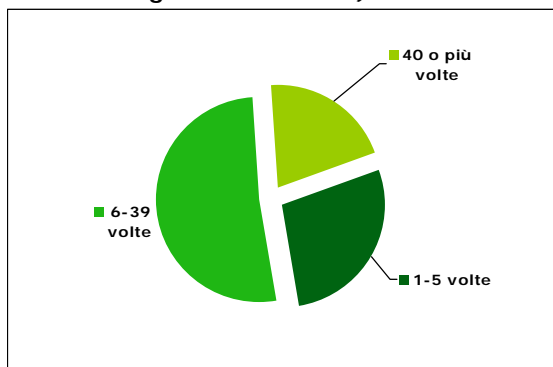
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Tra gli studenti che hanno consumato alcol almeno una volta negli ultimi 12 mesi (87% del campione in esame), il 20% ne ha fatto uso 40 o più volte ed il 52% da 6 a 39 volte.

**Grafico 1.29: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

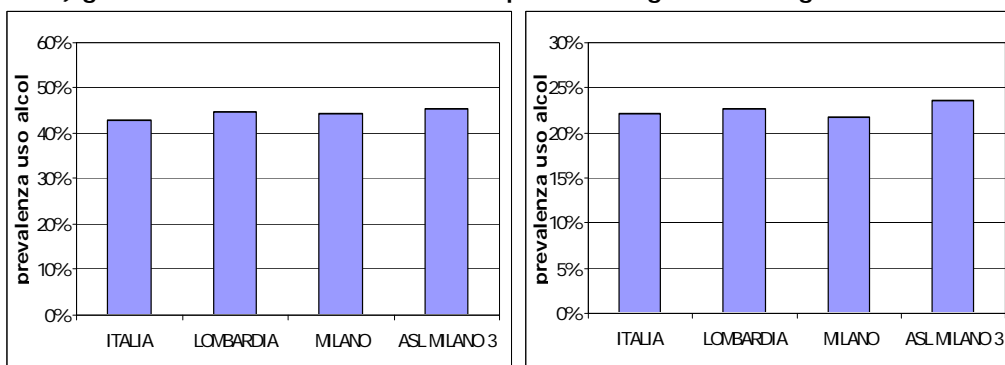


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Per quanto riguarda l'abuso di alcol il 45% dei soggetti della ASL Milano 3 si è ubriacato almeno una volta negli ultimi 12 mesi ed il 24% una o più volte negli ultimi trenta giorni, non evidenziando sostanziali differenze con le altre aree indagate (Grafico 1.30a e 1.30b).

**Grafico 1.30: Abuso di alcol. Confronto Italia–Lombardia–Provincia di Milano–ASL MI 3.**

- a) grafico a sinistra: ubriacature una o più volte negli ultimi 12 mesi;  
 b) grafico a destra: ubriacature una o più volte negli ultimi 30 giorni.



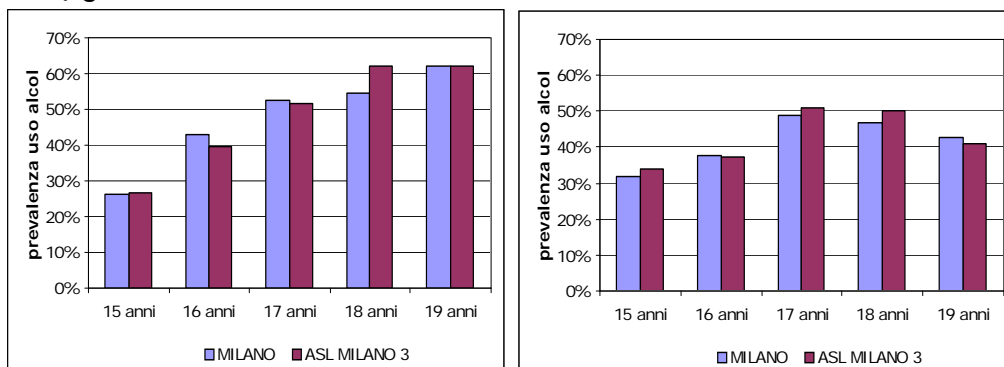
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Nei territori della ASL Milano 3 la prevalenza di abuso di alcol negli ultimi dodici mesi passa per i maschi da un valore del 26% per i quindicenni ad un valore del 62% dei diciannovenni. Anche tra le femmine il valore minimo si trova per le quindicenni (34%) mentre la prevalenza più elevata tra le diciassettenni (51%) e le diciottenni (50%).

**Grafico 1.31: Abuso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI3.**

a) grafico a sinistra: maschi;

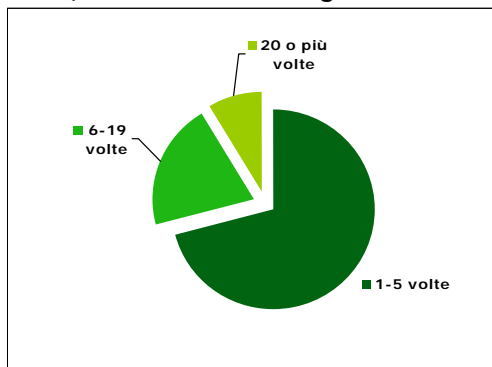
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Tra coloro che hanno abusato di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) il 71% ne ha abusato meno di 5 volte, il 21% tra le 6 e le 19 volte ed il 9% più di 20 volte.

**Grafico 1.32: Distribuzione della frequenza di ubriacature fra coloro che hanno abusato di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

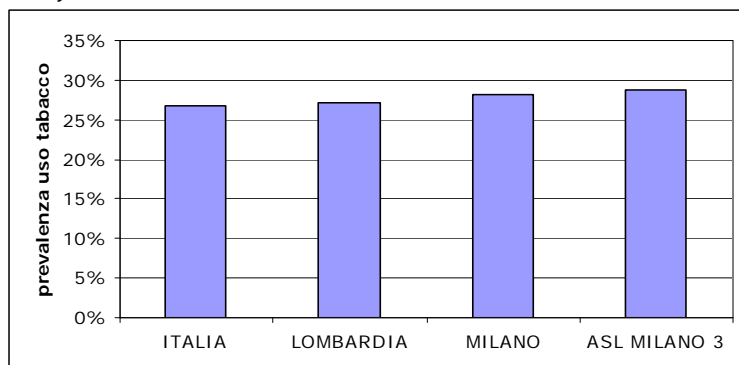


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

#### 1.2.4 Consumi di tabacco

L'uso giornaliero di tabacco riguarda il 29% dei soggetti intervistati nella ASL Milano 3, il 28% si rileva per la provincia di Milano ed il 27% per la Lombardia ed il resto d'Italia.

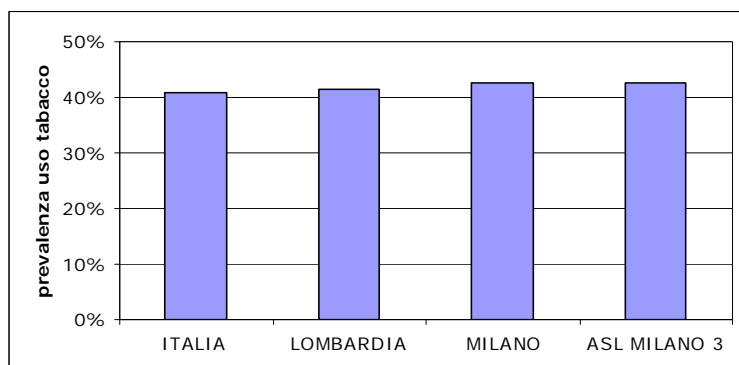
**Grafico 1.33: Uso giornaliero di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Almeno una sigaretta negli ultimi trenta giorni è stata fumata dal 43% dei giovani scolarizzati di Milano e della ASL Milano 3; dato leggermente superiore al dato regionale e nazionale (41% e 42%).

**Grafico 1.34: Uso di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**

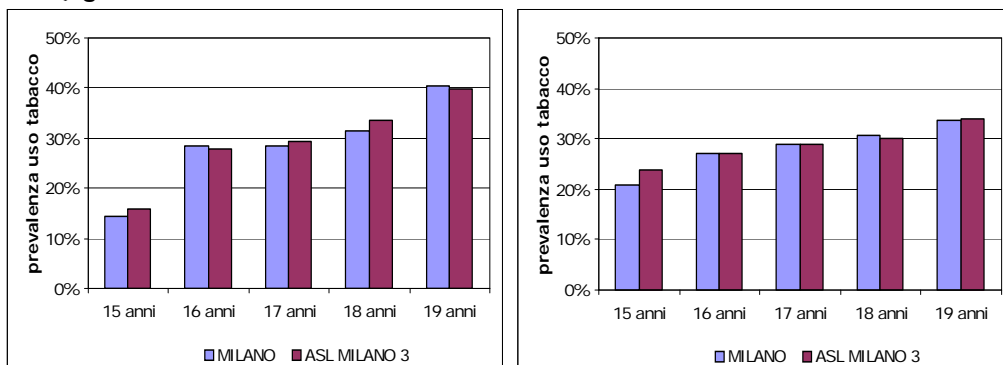


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Sono i diciannovenni i maggiori consumatori di tabacco (40% i maschi e 34% le femmine). Per i maschi il momento di maggior incremento si osserva nel passaggio tra i 15 ed i 16 anni (dal 16% al 28%), mentre tra le ragazze si osserva un lieve aumento dei consumi con l'età (Grafico 2.35).

**Grafico 1.35: Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 3.**

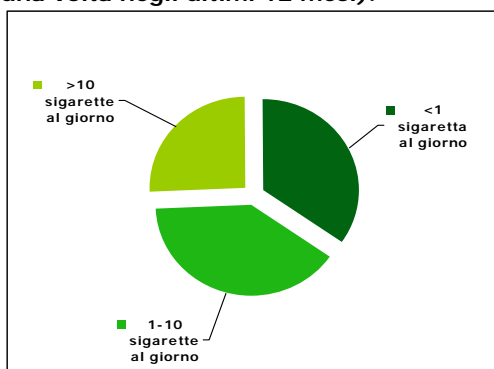
a) grafico a sinistra:maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Il 26% della popolazione degli studenti fumatori utilizza più di 10 sigarette al giorno ed il 39% tra una e dieci sigarette.

**Grafico 1.36: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

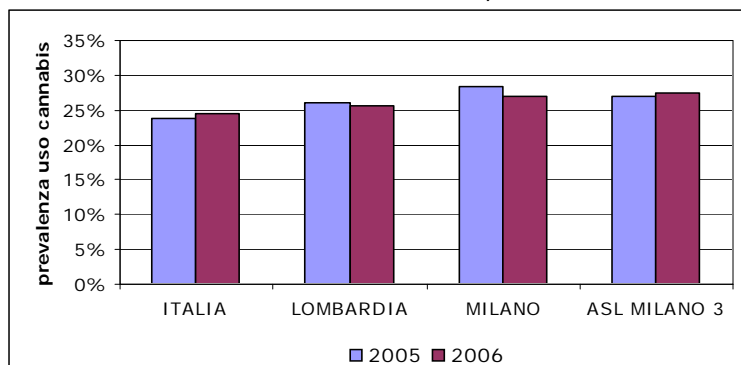


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

### 1.2.5 Consumi di cannabis

L'uso di cannabis è diffuso nel 27% dei giovani della ASL Milano 3 e della provincia di Milano. Il dato lombardo si attesta sul 26% e quello italiano sul 24%. Non sembrano evidenziarsi differenze rispetto all'indagine dell'anno precedente, eccetto una leggera diminuzione per la provincia di Milano (2005: 28,4%).

**Grafico 1.37: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3, anni 2005-2006.**



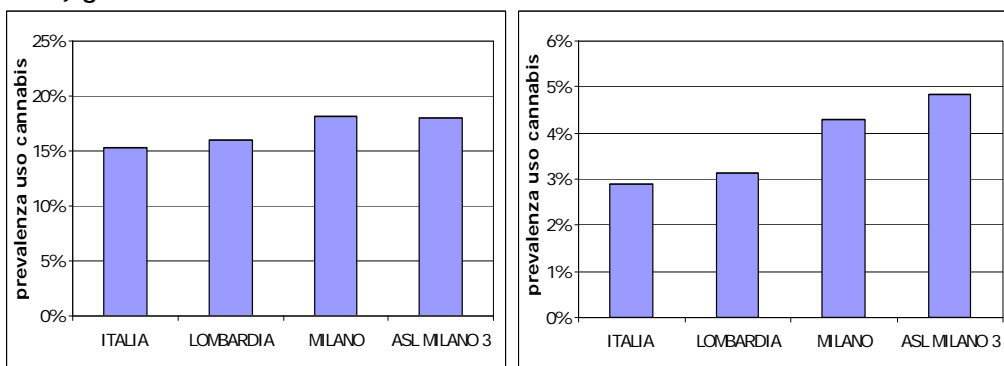
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

L'uso riferito di cannabinoidi, una o più volte negli ultimi trenta giorni, è riportato dal 18% degli studenti dell'ASL e della provincia di Milano, dal 16% dei lombardi e dal 15% dei coetanei nazionali (Grafico 1.38a).

L'uso abituale di cannabis è riferito dal 5% dei giovani intervistati nella ASL Milano 3; dato superiore a quello di Milano (4%), della Lombardia e al dato medio nazionale (3%).

**Grafico 1.38: Uso di cannabis. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**

- a) grafico a sinistra: uso di cannabis una o più volte negli ultimi 30 giorni;  
b) grafico a destra: uso di cannabis abituale.

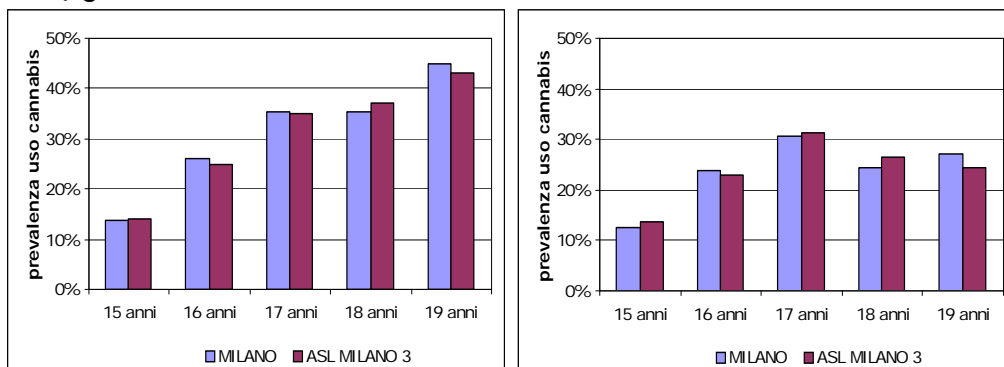


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

I diciannovenni maschi e le diciassetenni femmine risultano essere i maggiori consumatori sia per la provincia di Milano (rispettivamente 45% e 31%) che per la ASL in esame (43% e 31%). A 15 anni ad aver provato almeno una volta cannabis è circa il 14% degli studenti, percentuale che aumenta al 25% per i maschi ed al 23% per le femmine di 16 anni. Mentre per i soggetti di sesso maschile l'utilizzo della sostanza aumenta gradualmente con l'età, per le ragazze, dopo i 17 anni, diminuisce: tra i 18 ed i 19 anni si attestano consumi simili a quelli registrati per le 16enni (rispettivamente 26% e 24%).

**Grafico 1.39: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 3.**

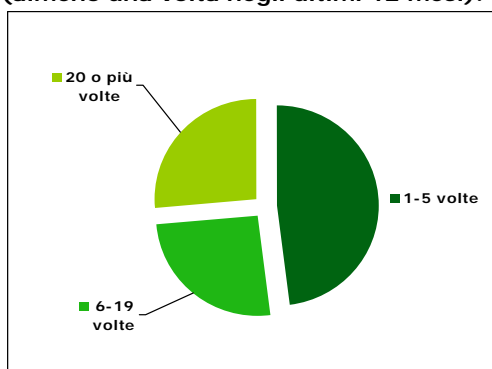
a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Tra gli utilizzatori di cannabinoidi, il 48% ne riferisce l'uso tra una e cinque volte e la restante quota si suddivide in un 26% che ne ha fatto uso dalle sei alle diciannove volte ed in un altro 26% che ne ha fatto uso 20 o più volte, negli ultimi dodici mesi.

**Grafico 1.40: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

### 1.2.6 Altri consumi psicoattivi

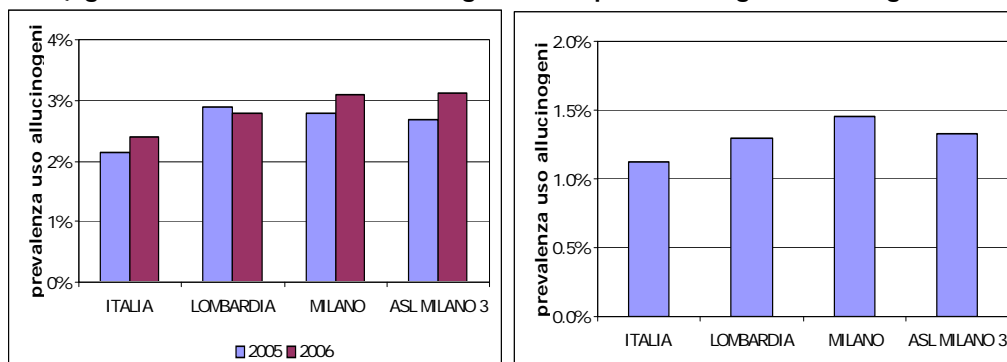
Il 3,1% dei soggetti intervistati nella ASL Milano 3 e nella provincia di Milano ha fatto uso nell'ultimo anno di sostanze allucinogene; negli ultimi trenta giorni, l'1,3% nella ASL Milano 3 e l'1,5% nella provincia di Milano ne riferiscono l'utilizzo: valori superiori ai valori medi italiani (2,4% negli ultimi dodici mesi e 1,1% negli ultimi trenta giorni).

**Grafico 1.41: Uso di allucinogeni. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**

a) grafico a sinistra: uso di allucinogeni una o più volte negli ultimi 12 mesi.

Confronto anni 2005-2006;

b) grafico a destra: uso di allucinogeni una o più volte negli ultimi 30 giorni.



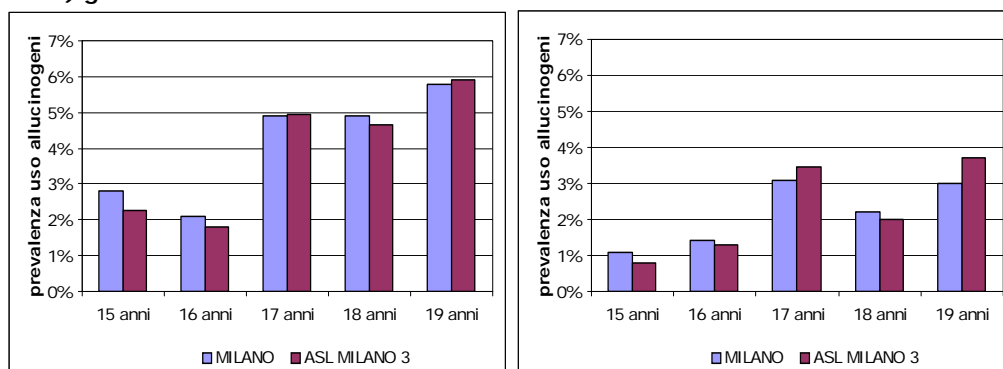
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

I maschi diciannovenni hanno utilizzato allucinogeni una o più volte negli ultimi dodici mesi nel 5,9% dei casi, i diciottenni nel 4,7% ed i diciassettenni nel 4,9%. Le femmine che riportano consumi maggiori sono le diciannovenni (3,7%) e le diciassettenni (3,5%). A 15 anni ad aver fatto uso almeno una volta allucinogeni di recente è il 2,3% dei maschi e lo 0,8% delle femmine.

**Grafico 1.42: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 3.**

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

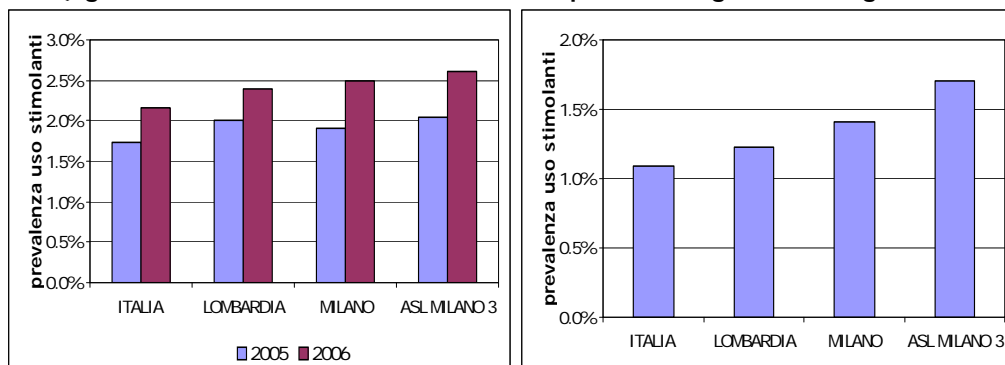
L'uso di stimolanti negli ultimi 12 mesi coinvolge il 2,6% dei giovani intervistati nella ASL Milano 3. Si nota un incremento nella prevalenza d'uso rispetto all'anno 2005 (2%) e tale incremento è comune a tutte le aree territoriali indagate (Grafico 1.43a).

L'uso negli ultimi trenta giorni è riportato dall'1,7% dei soggetti della ASL che mostra un utilizzo lievemente maggiore di tali sostanze rispetto alle altre aree (Italia: 1,1%; Lombardia: 1,2%; Milano: 1,4%).



**Grafico 1.43: Uso di stimolanti. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 3.**

- a) grafico a sinistra: uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi.  
Confronto anni 2005-2006;  
b) grafico a destra: uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 30 giorni.



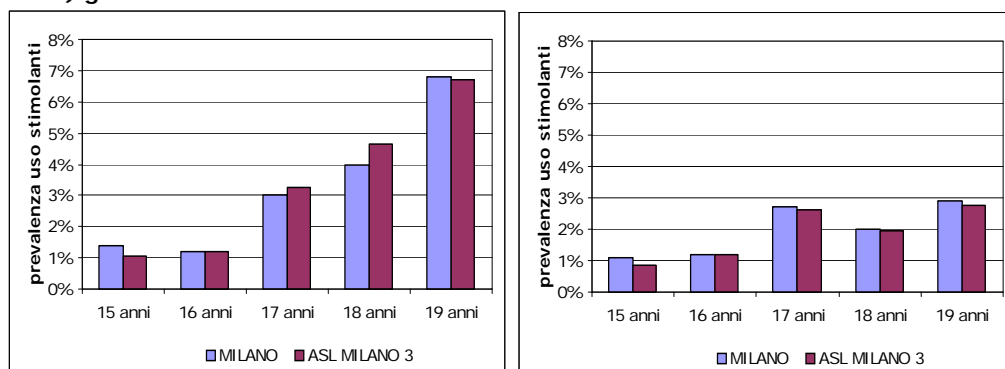
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

L'uso di stimolanti è diffuso nel 6,7% dei giovani maschi della ASL Milano 3 e nel 2,8% delle femmine di 19 anni.

Si osserva un forte incremento nell'uso di tali sostanze nel passaggio tra i 16 ed i 17 anni sia tra i maschi (da 1,2% a 3,2%) che tra le femmine (da 1,2% a 2,6%).

**Grafico 1.44: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 3.**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



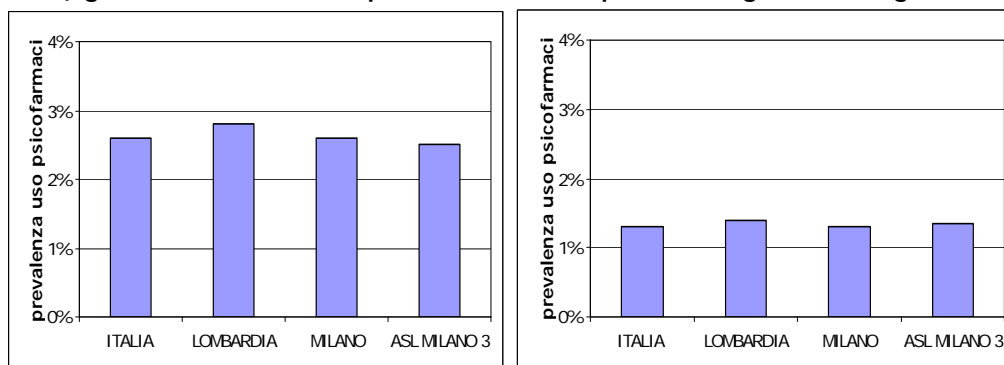
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

Circa il 2,5% degli studenti nel distretto dell'ASL Milano 3 ha fatto uso di psicofarmaci negli ultimi dodici mesi (Grafico 1.45a), prevalenza che risulta in linea con quella stimata per la provincia (2,6%) e rilevata per il resto della nazione (2,6%), e leggermente inferiore alla prevalenza regionale (2,8%).

Per quanto riguarda il consumo di psicofarmaci negli ultimi trenta giorni, si osserva (Grafico 1.45b) una prevalenza d'uso simile in tutte le altre aree di interesse (ASL MI3: 1,35%; Milano:1,3%; Lombardia:1,4%; Italia:1,3%).

**Grafico 1.45: Uso di psicofarmaci senza prescrizione medica. Confronto Italia–Lombardia–Provincia di Milano–ASL MI 3.**

- a) grafico a sinistra: uso di psicofarmaci una o più volte negli ultimi 12 mesi.  
 b) grafico a destra: uso di psicofarmaci una o più volte negli ultimi 30 giorni.



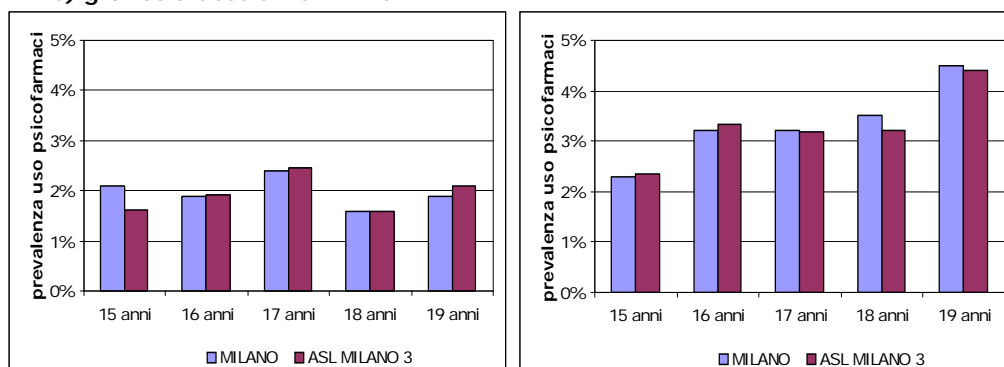
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Sono le studentesse a riferire una maggiore contiguità all'utilizzo di psicofarmaci senza prescrizione medica (almeno una volta negli ultimi dodici mesi): il 3,3% contro l'1,9% dei coetanei. Non si osservano sostanziali differenze nella distribuzione dei consumi tra gli studenti della provincia di Milano e quelli dell'ASL (Grafico 1.46a e 1.46b).

Per ciò che riguarda i soggetti di sesso maschile, si passa dall'1,6% dei 15enni (Provincia di Milano: 2,1%) al 2,5% dei 17enni, mentre si attesta all'1,6% nei 18enni e al 2,1% degli studenti 19enni (Milano 19enni: 1,9%). Per le studentesse dell'ASL invece si passa dal 2,3% delle 15enni al 3,2% tra i 16 ed i 18 anni, ed infine al 4,4% delle 19enni.

**Grafico 1.46: Uso di psicofarmaci senza prescrizione medica (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 3.**

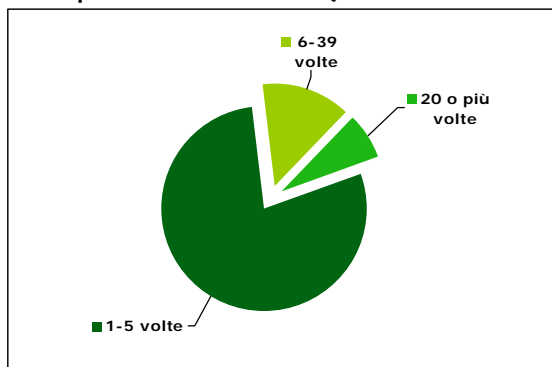
- a) grafico a sinistra: maschi;  
 b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Tra gli studenti delle scuole del territorio dell'ASL di Milano 3 che hanno riferito di far aver fatto uso di psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo anno, il 79% ha assunto la sostanza da 1 a 5 volte, il 14% da 6 a 19 volte ed il 7% ha utilizzato 20 volte o più psicofarmaci.

**Grafico 1.47: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di psicofarmaci senza prescrizione medica (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

### 1.2.7 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

Insieme alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali, il questionario ESPAD-Italia©2006 presenta alcuni quesiti che indagano altre abitudini e comportamenti degli studenti; è possibile rilevare caratteristiche individuali che risultano associate "positivamente" o "negativamente" al consumo di sostanze psicoattive. Nello studio sono state indagate le associazioni fra varie caratteristiche e comportamenti d'uso.

L'abitudine a fare giochi in cui si spendono soldi, l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo e l'aver avuto rapporti sessuali non protetti risultano essere caratteristiche comportamentali con una forte associazione con l'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali.

In particolare, l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo risulta avere un'associazione con comportamenti d'uso di eroina (OR 1,8;  $p < 0,05$ ), cocaina (OR 11,6;  $p < 0,05$ ), cannabis (OR 2,5;  $p < 0,05$ ), alcol (OR 2,0;  $p < 0,05$ ) e sigarette (OR 3,1;  $p < 0,05$ ). All'abitudine a fare giochi in cui si spendono soldi risulta associato l'uso di eroina (OR 6,9;  $p < 0,05$ ), di cocaina (OR 5,3;  $p < 0,05$ ) e di alcol (OR 2,1;  $p < 0,05$ ), mentre, l'aver avuto rapporti sessuali non protetti risulta essere fattore di rischio per l'uso di eroina (OR 4,3;  $p < 0,05$ ), cocaina (OR 2,9;  $p < 0,05$ ), cannabis e sigarette (OR 2,1;  $p < 0,05$ ).

Il non aver fatto uso di sedativi e/o psicofarmaci (OR 0,05;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,07;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,09;  $p < 0,05$  per cannabis), così come il non essere fumatore (OR 0,3;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,01;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,2;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 0,06;  $p < 0,05$  per cannabis) e il non aver abusato di alcolici recentemente (OR 0,06;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,07;  $p < 0,05$  per le sigarette; OR 0,05;  $p < 0,05$  per cannabis) sono le caratteristiche negativamente associate, e quindi protettive verso l'uso di sostanze psicotrope.

Risulta fattore protettivo anche non avere fratelli che fanno uso di droghe e/o abusano di alcol (OR 0,13;  $p < 0,05$  per la cocaina; OR 0,09;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 0,17;  $p < 0,05$  per la cannabis). Oltre alle caratteristiche sopra riportate, fortemente protettivi per l'uso delle sostanze risultano il percepire attenzione da parte dei proprio genitori e l'essere soddisfatto del rapporto con gli stessi, avere uno stato socio-economico percepito come medio-alto e fare spesso attività sportiva.

### 1.3 POLICONSUMO

#### 1.3.1 Il policonsumo nella popolazione residente

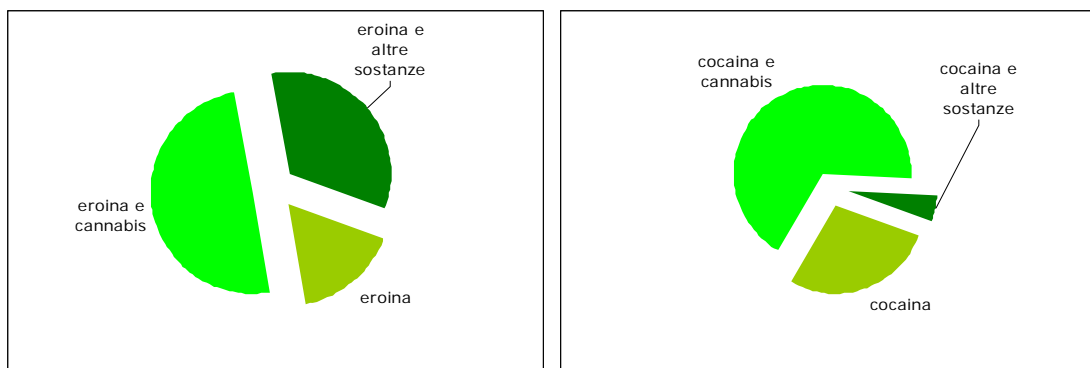
Tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, l'85% ha consumato una sola sostanza, circa il 12% ha consumato due sostanze ed il 3% tre o più droghe illegali.

Nella popolazione tra i 15 e i 54 anni, tra coloro che utilizzano eroina (Grafico 1.48a), circa la metà fa uso anche di cannabis, il 33% associa la sostanza con l'utilizzo di altre, mentre sono il 17% quelli che nell'arco degli ultimi dodici mesi consumano solo eroina.

Per quanto riguarda i consumatori di cocaina, sono il 28% quelli che utilizzano solo la sostanza indagata, il 67% quelli che la associano alla cannabis e il 5% coloro che la consumano insieme ad altre sostanze.

**Grafico 1.48: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.**

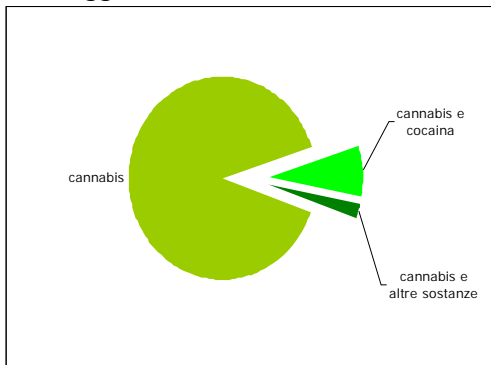
- a) sinistra eroina;  
b) destra cocaina.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Per quanto riguarda i soggetti che hanno utilizzato cannabis negli ultimi 12 mesi (Grafico 1.49), sono l'89% coloro che fanno un uso esclusivo della sostanza, l'8% la associa alla cocaina e il 3% utilizza la cannabis insieme ad altre sostanze.

**Grafico 1.49: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.**



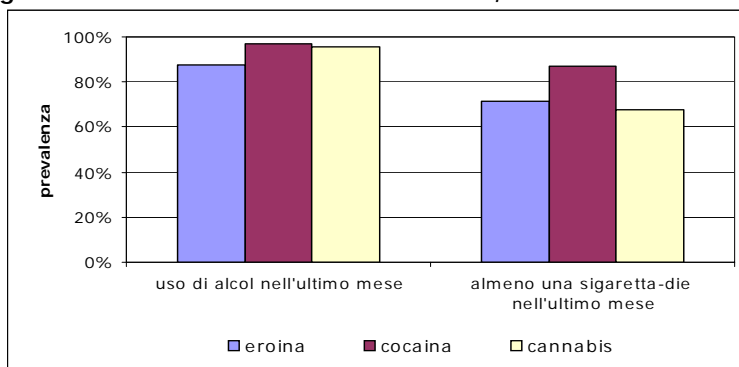
Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

### 1.3.2 Il policonsumo nei giovani scolarizzati

Nel collettivo degli studenti che riferiscono di utilizzare eroina, cocaina e cannabis possiamo osservare una prevalenza d'uso di alcol del 97% tra i consumatori di cocaina, del 96% tra i consumatori di cannabis e dell'88% tra gli assuntori di eroina.

Riferiscono di aver fumato sigarette nell'ultimo mese l'87% degli utilizzatori di cocaina, il 71% degli assuntori di eroina ed il 68% di coloro che fanno uso di cannabinoidi.

**Grafico 1.50: Distribuzione percentuale dei consumatori di sostanze psicoattivi legali fra gli studenti che hanno fatto uso di eroina, cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

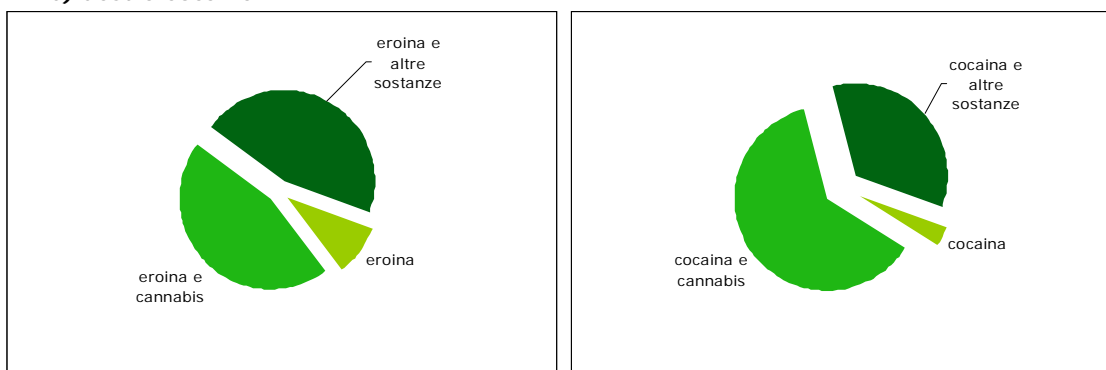
Tra i giovani che riferiscono di aver consumato sostanze illegali nell'ultimo anno il 72% ha consumato una sola sostanza, il 12% due sostanze ed il 16% tre o più sostanze illegali.

Tra gli utilizzatori di eroina il 9% riferisce di consumare esclusivamente la suddetta sostanza mentre il 46% consuma anche cannabis. Eroina ed altre sostanze illegali vengono usate in concomitanza dal 45% di coloro che usano eroina.

I consumi di cocaina sono associati anche all'uso di cannabis nel 63% degli studenti assuntori di cocaina e all'uso di altre sostanze illegali nel 34% dei soggetti considerati. Solo il 3% usa la sostanza in maniera esclusiva.

**Grafico 1.51: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra gli studenti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.**

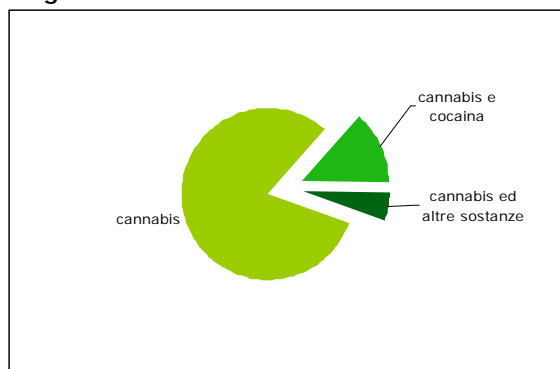
- a) sinistra eroina;
- b) destra cocaina.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

L'uso esclusivo di cannabis riguarda l'81% dei consumatori della sostanza; tale uso si associa alla cocaina nel 14% dei casi e ad altre sostanze illegali nel 5% degli assuntori di cannabis.

**Grafico 1.52: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

## **2. PREVENZIONE**

---

### **2.1 Prevenzione universale**

- 2.1.1 A scuola
- 2.1.2 In famiglia
- 2.1.3 Nella società civile

### **2.2 Prevenzione selettiva e mirata**

- 2.2.1 In contesti ricreazionali
- 2.2.2 Fra gruppi a rischio
- 2.2.3 Su famiglie a rischio

### **2.3 Progetti**

- 2.3.1 Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo della popolazione dell'ASL 3 di Monza
- 2.3.2 Ricerca-intervento sulle problematiche alcolologiche nei luoghi di lavoro
- 2.3.3 Fattori di efficacia nella cura del tabagismo
- 2.3.4 Progetto Kimbanda





## 2. PREVENZIONE

Gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una data popolazione; l'ipotesi sottostante è che tutti i componenti della popolazione considerata condividano lo stesso rischio di sviluppare un'eventuale condizione problematica per la salute, sebbene tale rischio possa variare tra individuo ed individuo.

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

Al fine di ottenere un quadro della situazione italiana per ciò che concerne le attività di prevenzione del consumo problematico di sostanze in accordo con i criteri e con gli strumenti indicati dall'EMCDDA, nell'ambito del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, SIMI®Italia2006 e del progetto ESPAD-Italia®2006 sono state effettuate specifiche indagini.

### 2.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

A livello di prevenzione universale la Regione Lombardia ha implementato progetti nei contesti scolastici e nella società civile, attraverso programmi indirizzati agli studenti ed alle famiglie più problematiche.

#### 2.1.1 A scuola

Nell'anno scolastico 2006-2007, nell'ambito dello studio campionario di prevalenza del consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali nella popolazione di studenti delle scuole superiori secondarie ESPAD-Italia®2006, è stata effettuata una rilevazione, tramite questionario indirizzato al Dirigente scolastico, sulle iniziative di prevenzione all'interno delle 573 scuole del campione nazionale. Gli Istituti scolastici rispondenti nell'area territoriale dell'ASL MI3 descrivono, attraverso le risposte date al questionario, l'impostazione generale della scuola in termini di prevenzione e riportano ognuna almeno un progetto attivo nell'anno scolastico d'interesse.

Gli enti che maggiormente svolgono attività di prevenzione nelle scuole dell'area risultano essere, le ASL, le cooperative sociali, le associazioni, le comunità e le autorità scolastiche stesse.

Nell'89% degli istituti del campione è definito un regolamento scolastico che disciplina i comportamenti e i consumi in materia di sostanze lecite (tabacco, alcol ecc.), inoltre, nel 70% delle scuole presenti nella ASL MI3, vengono organizzate giornate di studio interamente dedicate alla prevenzione delle droghe. Nel 30% di queste è il doping l'argomento affrontato.

Nella maggior parte degli istituti si prevedono interventi di esperti esterni e i progetti risultano articolati su più moduli o incontri che fanno parte di attività trasversali (i contenuti sono articolati su varie materie).

Sono previsti interventi per il rilevamento precoce di alunni in difficoltà (90%), ma non sono contemplati progetti genere specifici.

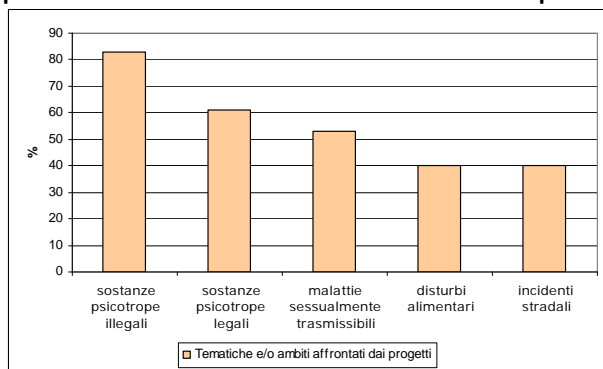
Nel 40% dei casi vengono attuate attività extracurricolari (non direttamente previste dalla programmazione scolastica) per la prevenzione del consumo di sostanze.

Gli interventi di prevenzione censiti dell'ASL MI3 prevedono sia la formazione degli insegnanti (90%) che l'organizzazione di seminari ed incontri per il nucleo familiare degli studenti (50%).

I progetti attuati nelle scuole del territorio indagato affrontano tematiche ed ambiti problematici multipli.

Si nota, attraverso la rilevazione effettuata, una certa sensibilità verso il problema dell'uso ed abuso di sostanze psicotrope illegali (83%) e legali (61%). Sono inoltre presenti attività specifiche orientate a diminuire i fattori di rischio per le malattie sessualmente trasmissibili (53%), per la prevenzione dei disturbi alimentari (40%) e sulla tematica degli incidenti stradali (40%) (Grafico 2.1).

**Grafico 2.1: Distribuzione percentuale delle tematiche affrontate negli interventi di prevenzione universale svolti nelle scuole superiori presenti nel territorio dell'ASL MI 3.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2006

In più della metà dei progetti attivi vengono affrontate problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione. Gli istituti dedicano interventi orientati verso i soggetti alla ricerca di "sensazioni forti", verso gli studenti immigrati, gli studenti con famiglie problematiche o a rischio, studenti problematici per rendimento scolastico e studenti che vivono in quartieri disagiati.

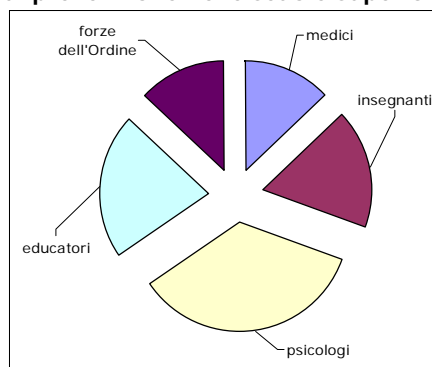
La maggior parte degli interventi effettuati negli istituti del territorio dell'ASL MI 3 risultano inseriti nel piano dell'offerta formativa (POF) della scuola (91%) e sono organizzati, per la metà dei casi, in più moduli formativi. Il 30% dei progetti si estende su più anni scolastici ed ha una durata media di circa quattro mesi.

Gli obiettivi prioritari di queste attività risultano essere quello di accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute e/o sociali di certi comportamenti e quello di migliorare l'autostima e la percezione del sé.

Le modalità operative maggiormente utilizzate nelle attività risultano essere i lavori di gruppo (72%), gli incontri e/o seminari (41%), le lezioni frontali (60%), i corsi interattivi e le ricerche individuali (10% entrambi).

Le principali figure professionali responsabili della realizzazione degli interventi sono gli psicologi (35%), seguiti dagli educatori (22%), dagli insegnanti (17%), dai medici e dai rappresentanti delle forze dell'ordine (13% per entrambe le tipologie) (Grafico 2.2).

**Grafico 2.2: Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte negli interventi di prevenzione nelle scuole superiori presenti nel territorio dell'ASL MI 3.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

Nella maggior parte dei casi, allo scopo di far acquisire competenze specifiche alle figure professionali coinvolte, vengono previsti incontri formativi della durata di circa sei ore.

Gli indicatori maggiormente segnalati per la valutazione dei progetti riguardano il grado generale di partecipazione alle attività (73%), il livello di partecipazione alle attività di gruppo (32%), l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo di relazioni interpersonali (30% entrambi), le modificazioni nella percezione del sé e nell'autostima (10%).

Il metodo e lo strumento di raccolta dei dati per la costruzione degli indicatori risulta, nel 59% dei progetti, il monitoraggio periodico in itinere e/o ex-post. Nel 19% dei casi vengono utilizzate griglie di osservazione, mentre nell'11% registri di classe ed interviste.

Viene eseguita una valutazione sia dei risultati che di processo nel 40% dei progetti. Nei restanti interventi viene eseguita o la valutazione di processo o quella dei risultati.

Si rileva infine che la maggior parte degli interventi è già stata realizzata nel passato e che se ne prevede un'ulteriore realizzazione futura.

### 2.1.2 In famiglia

Le attività di prevenzione rivolte alle famiglie mirano a promuovere la funzione educativa e quindi preventiva del nucleo familiare stesso, dando la possibilità di migliorare la comunicazione ed individuare precocemente gli eventuali fattori di rischio per l'uso ed abuso di sostanze.

Attraverso i questionari strutturati in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, si sono rilevate le informazioni sui programmi di formazione rivolti alle famiglie ed agli incontri con i genitori.

### 2.1.3 Nella società civile

Nel 2006, le attività di prevenzione universale più rilevanti presenti nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali regionali risultano, per la Lombardia, essere in primo luogo quelle relative alle attività di formazione rivolte a soggetti attivi sul territorio e a quelle attuate attraverso l'uso dei media. Da menzionare inoltre sono le azioni per lo sviluppo di piani a livello locale sulle droghe, le azioni per lo sviluppo di sistemi di reti (non esclusivamente finalizzate alla prevenzione dell'uso di droghe), le azioni di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale, lo sviluppo di centri di associazione e counselling per i giovani, di spazi culturali e/o ricreativi.

## 2.2 PREVENZIONE SELETTIVA E MIRATA

### 2.2.1 In contesti ricreazionali

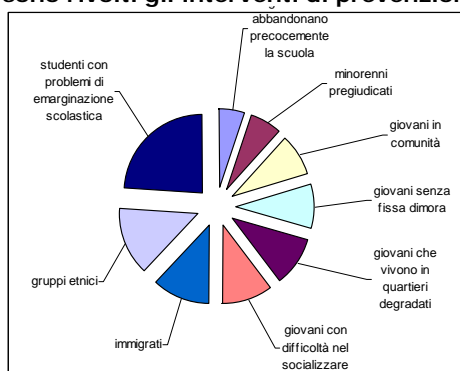
Nei documenti ufficiali relativi alle politiche sanitarie della Regione Lombardia esistono svariati riferimenti espliciti inerenti alle attività di prevenzione rivolte ai giovani in contesti ricreazionali, quali concerti, rave party, locali notturni, discoteche: nel corso del 2006, sono stati finanziati a livello regionale 15 progetti in tale ambito.

Tali interventi sono iscritti nell'ambito di una serie di attività rivolte a differenti gruppi a rischio.

### 2.2.2 Fra gruppi a rischio

Tra i progetti finanziati a livello regionale verso particolari gruppi a rischio, a seguito di specifici riferimenti presenti nella documentazione sulle politiche sociali e sanitarie, i più frequenti (Grafico 2.3) sono stati quelli rivolti agli studenti con problemi di emarginazione scolastica (24%), seguiti da interventi di prevenzione rivolti a particolari gruppi etnici (14%) e agli immigrati (12%), ai giovani con difficoltà nel socializzare e che vivono in quartieri degradati (10%).

**Grafico 2.3: Distribuzione del numero di progetti attivi nel 2006 sui gruppi a rischio cui sono rivolti gli interventi di prevenzione selettiva e mirata.**

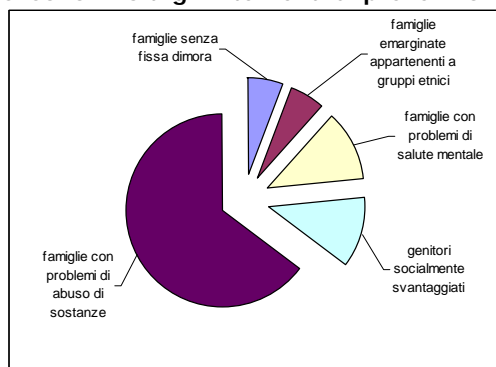


Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

### 2.2.3 Su famiglie a rischio

Altri interventi individuati nella documentazione ufficiale, riguardano l'attività di prevenzione mirata rivolta verso particolari tipologie di famiglie a rischio: famiglie con problemi di abuso di sostanze, alcol compreso (65%), famiglie con problemi di salute mentale al loro interno e genitori socialmente svantaggiati, famiglie senza fissa dimora e famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici (Grafico 2.4).

**Grafico 2.4: Distribuzione del numero di progetti attivi nel 2006 sulle famiglie a rischio cui si sono rivolti gli interventi di prevenzione selettiva e mirata.**



Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

## 2.3 PROGETTI

### 2.3.1 Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo della popolazione dell'ASL3 di Monza

Il fenomeno del gioco d'azzardo è diffuso e in progressiva crescita. In Italia si sta assistendo ad un ampliamento dell'offerta e della tipologia di giochi e dei luoghi in cui giocare. Questi fattori hanno aumentato il rischio di sviluppare comportamenti di gioco eccessivi o di dipendenza, con le inevitabili ricadute negative sull'individuo, sulla sua famiglia e sulla comunità in cui è inserito.

#### Bisogni identificati

Il fenomeno del gioco d'azzardo è diffuso e in progressiva crescita con un ampliamento: dell'offerta, della tipologia di giochi e dei luoghi nei quali giocare. È stato ritenuto importante avere un quadro preciso delle dimensioni del fenomeno sul territorio della ASL MI3 attraverso uno studio epidemiologico che analizzasse i comportamenti di gioco e misurasse la prevalenza di giocatori eccessivi e patologici, individuandone le loro caratteristiche e i fattori di rischio: prima della presente indagine non esistevano né ricerche né studi epidemiologici. Alcuni dati provenienti da interventi di educativa di strada segnalano modalità di utilizzo compulsivo di slot e poker machines in adolescenti e aggregazioni spontanee di giovani davanti alle sale scommesse.

#### Finalità e obiettivi del progetto

Aumentare negli operatori dei servizi territoriali la conoscenza del fenomeno del gioco d'azzardo attraverso una ricerca, finanziata con i fondi della L.45, svolta su un campione statisticamente rappresentativo della popolazione degli individui residenti nella ASL MI3.

Gli obiettivi del progetto:

- rilevare i comportamenti di gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi della popolazione di età compresa tra i 18 ed i 74 anni;
- determinare la prevalenza e l'incidenza dei giocatori problematici ed eccessivi;
- definire il profilo e le caratteristiche dei giocatori;
- aumentare le competenze specifiche degli operatori del SerT;
- sensibilizzare ed informare la popolazione e gli operatori interessati sui rischi legati al gioco d'azzardo.

Nello specifico l'indagine si è occupata di verificare:

- le dimensioni e il profilo socio-demografico di quanti hanno giocato utilizzando soldi negli ultimi 12 mesi;
- la frequenza con cui hanno giocato a ciascuna tipologia di gioco a soldi;
- se altri membri della famiglia hanno avuto problemi di gioco (cioè hanno speso più delle disponibilità economiche, si sono indebitati, hanno trascurato lavoro o studio o relazioni sociali, matrimoniali o famigliari per dedicarsi al gioco);
- la percezione del problema del gioco d'azzardo nella zona della ASL MI3;
- risorse di aiuto per i giocatori patologici conosciute o ipotizzate.

Per coloro che hanno giocato più di una volta al mese per almeno un gioco, puntando soldi, sono inoltre stati indagati:

- la cifra massima giocata in un solo giorno;
- i comportamenti tipici del gioco eccessivo:
- giocare più di quanto si ha intenzione di giocare tornare a giocare per riguadagnare ciò che è stato perso;
- dire di aver vinto dei soldi quando in realtà se ne hanno persi;
- avere problemi di gioco;
- nascondere agli occhi del coniuge/figli/altre persone importanti i segni del gioco;
- togliere tempo ai propri impegni per dedicarsi al gioco;
- il modo in cui i giocatori si procurano soldi per giocare/pagare debiti di gioco;
- se è capitato che non restituissero uno o più prestiti;
- gli atteggiamenti tipici del gioco eccessivo:
- sentirsi in colpa per il modo di giocare;
- non riuscire a smettere di giocare, nonostante si voglia farlo;
- cosa viene cercato nel gioco;
- i loro rapporti con gli altri e in particolare:
- se hanno discussioni in famiglia a proposito di come viene gestito il denaro in generale e a proposito del denaro speso per il gioco;
- il fatto che qualcuno li abbia criticati per il loro modo di giocare;
- se il gioco ha compromesso la loro reputazione.

### **Metodologia, campione e strumento d'indagine**

L'indagine è stata svolta in collaborazione con la società di ricerche CRA che si è occupata di costruire il campione e di effettuare le interviste telefoniche.

Il vantaggio della metodologia telefonica è quello di assicurare il miglior rapporto costi/benefici per intervistare un campione ampio e ben rappresentativo della popolazione tenendo conto di molti parametri di segmentazione (sexo, età, area geografica, ecc...) e poter confrontare i dati con ricerche svolte con la stessa metodologia.

I limiti della metodologia telefonica sono: la sottostima del fenomeno (dovuta alla reticenza degli intervistati che tendono a rifiutare subito l'argomento e a rispondere in modo non veritiero per la presenza di altre persone in casa o per la presenza stessa dell'intervistatore) e la difficoltà a "intercettare" i giocatori patologici perché persone che stanno più delle altre fuori casa.

È stato intervistato un campione di 1.520 soggetti rappresentativi della popolazione dai 18 ai 74 anni, residente nell'area di pertinenza della ASL di Monza. Le interviste sono state effettuate dalle 18 alle 22.

Il questionario comprendeva:

- domande anagrafiche (sesso, età, ...);
- domande su percezione del fenomeno;
- screening su comportamenti di gioco d'azzardo a tutti gli intervistati.

A tutti gli intervistati che hanno dichiarato di giocare più di una volta al mese è stato somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS): test più noto a livello internazionale e più utilizzato negli studi epidemiologici e clinici; basato sui criteri diagnostici del DSMIV.

Il test valuta, in base ad un punteggio assegnato, il livello di comportamento di gioco e suddivide i giocatori in:

sociali "giocano senza perdere il controllo";

eccessivi "iniziano ad evidenziare segnali di perdita del controllo";

patologici "manifestano sintomi di dipendenza".

### Risultati della ricerca

Per Gioco d'azzardo si intende un gioco nel quale i giocatori puntano denaro o oggetti di valore; la posta, una volta puntata, non può essere ritirata e, infine, il risultato del gioco è basato prevalentemente o esclusivamente sul caso/fortuna.

I soggetti sono stati suddivisi in varie tipologie come esplicito nella Tabella 2.1. I giocatori che hanno affermato di aver giocato una o più volte nell'ultimo mese sono stati ulteriormente suddivisi in base ai punteggi dati a domande su come si sono procurati i soldi per giocare e pagare i debiti di gioco e su una serie di comportamenti messi in atto relativi al mondo del gioco.

**Tabella 2.1: Classificazione dei giocatori rispondenti all'intervista.**

Tipologia	Descrizione
Non giocatori	chi non ha mai giocato puntando soldi negli ultimi 12 mesi
Giocatori occasionali	chi ha giocato ad almeno un gioco puntando soldi negli ultimi 12 mesi con l'obiettivo di vincere chi ha giocato occasionalmente/ meno di una volta al mese ai giochi che ha attivato
Giocatori una o più volte al mese	chi ha giocato una o più volte al mese ad almeno uno dei giochi che ha attivato
Giocatori sociali	Coloro che hanno totalizzato 0/2 punti per ciascuna domanda
Giocatori eccessivi	Coloro che hanno totalizzato 3/4 punti per ciascuna domanda
Giocatori patologici	Coloro che hanno totalizzato da 5 punti in su
Giocatori problematici	Giocatori eccessivi + giocatori patologici

Dei 1.520 intervistati il 36,9% risultano non giocatori a fronte del 63,1% dei giocatori. Scendendo nello specifico, i giocatori si dividono tra occasionali (42,1%) ed abituali (21%); a loro volta i giocatori abituali si dividono in giocatori sociali (19,7%) e problematici (1,3%) di cui lo 0,8% sono giocatori eccessivi e lo 0,5% giocatori patologici.

Il gioco al quale hanno giocato maggiormente tutti i giocatori indistintamente negli ultimi 12 mesi è il Lotto/Superenalotto col 64,7%. La percentuale sale all'85,9% per i giocatori sociali e all'89% per i problematici. Seguono lotterie, gratta e vinci, bingo, ecc... (Tabella 2.2)

**Tabella 2.2: Distribuzione percentuale dei giochi ai quali hanno giocato negli ultimi 12 mesi per tipologia di giocatori.**

	<b>Totale</b> (n=1,520) %	<b>Totale giocatori</b> (n=959) %	<b>Giocatori occasionali</b> (n=640) %	<b>Giocatori sociali</b> (n=299) %	<b>Giocatori problematici</b> (n=20) %
ALMENO UN GIOCO	63,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Lotto/Superenalotto	40,8	64,7	54,0	85,9	89,0
Lotterie	26,4	41,8	42,0	41,7	34,2
Gratta e vinci	24,7	39,1	35,4	45,8	58,7
Bingo	7,3	11,6	7,4	17,8	49,8
Schedina totocalcio	6,9	10,9	7,8	16,5	29,1
Tombole	5,6	8,9	11,0	4,6	5,7
Casinò	4,6	7,3	5,7	9,5	22,4
Scommesse sportive	4,6	7,3	3,6	14,1	28,3
Gioco in borsa	4,1	6,5	6,5	7,2	
Carte	3,6	5,7	4,3	7,7	19,7
Schedina, totip/corse, tris	3,0	4,8	2,2	8,9	23,9
Slot-machines e videopoker	2,7	4,3	3,1	5,7	23,5
Biliardo, bocce/giochi di abilità	1,3	2,1	0,8	3,9	13,1
Scommesse su cavalli e altri animali	1,2	1,9	0,5	2,7	38,9
Dadi o backgammon	0,3	0,5	0,3	0,3	4,8
Giochi a soldi su internet	0,3	0,5	0,2	1,0	5,2
Altro	0,8	1,3	1,5	0,6	
NESSUN GIOCO	36,9				

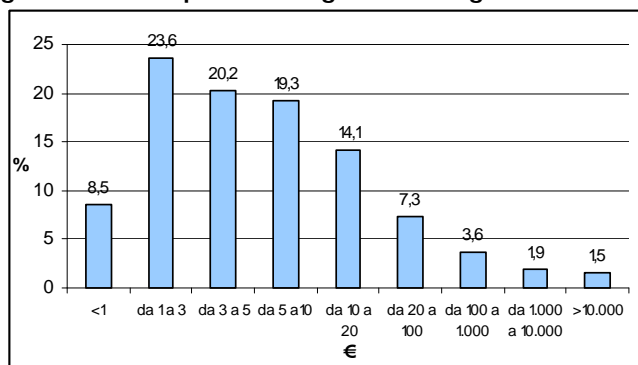
Suddividendo il campione per sesso si osserva come giochino più i maschi delle femmine (il 66,4% dei primi contro il 59,9% delle seconde hanno giocato ad almeno un gioco negli ultimi 12 mesi). Entrambi i sessi prediligono gli stessi giochi, ad eccezione dei giochi inerenti il mondo sportivo ed a quelli in borsa preferiti dai giocatori di sesso maschile.

Il campione è stato suddiviso in 4 classi d'età: 18-24, 25-44, 45-64 e 65-74. Al crescere delle classi d'età diminuisce la percentuale di coloro che hanno giocato negli ultimi 12 mesi, ma all'interno delle singole classi le tipologie di gioco si distribuiscono diversamente: in tutte le classi è sempre il lotto il gioco maggiormente scelto; il bingo piace soprattutto ai giovani con il 24,3% (contro il 7,4% il 4,3% ed il 3,8% delle altre classi) così come le scommesse sportive (21% contro 5,8%, 1% e 0%), giochi a carte 814,2% contro 2,6%, 3% e 2,8%) e slot-machines o videopoker (11,9% contro 2%, 2,1% e 0,9%). Le altre classi d'età si concentrano maggiormente su lotto, lotterie e gratta e vinci con percentuali sopra il 15%; tutti gli altri giochi non raggiungono mai l'8%.

Agli intervistati che hanno dichiarato di aver giocato una o più volte nell'ultimo mese (319 soggetti) è stato chiesto qual è stata la cifra massima giocata in un solo giorno. Più del 60% hanno risposto di aver giocato da 1€ a 10€. Sono il 7% coloro che hanno giocato più di 100€ (Grafico 2.5).

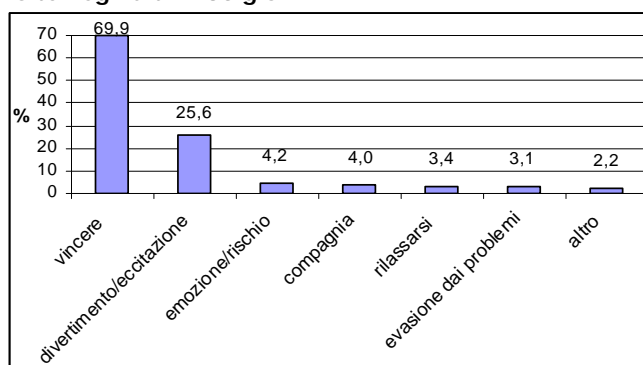


**Grafico 2.5: Distribuzione percentuale della cifra massima giocata in un solo giorno tra i giocatori una o più volte negli ultimi 30 giorni.**



Ai soggetti che hanno dichiarato di aver giocato una o più volte nell'ultimo mese è stato chiesto cosa cercassero nel gioco. Quasi il 70% ha dichiarato di giocare per vincere mentre il 25,6% cerca divertimento ed eccitazione (Grafico 2.6). Di questi ultimi il 42,8% rientrano nella classe d'età 18-24 anni.

**Grafico 2.6: Distribuzione percentuale di cosa viene cercato nel gioco tra i giocatori una o più volte negli ultimi 30 giorni.**



All'intero campione è stato chiesto se qualche membro della famiglia avesse mai avuto problemi con il gioco: l'1,1% ha dato risposta affermativa. Più precisamente lo 0,3% il padre, lo 0,2% fratelli/sorelle, lo 0,1% la madre ed i figli/figlie ed infine lo 0,4% altri membri della famiglia.

È stato chiesto anche se fossero a conoscenza di strutture alle quali potrebbero rivolgersi persone con disturbi dovuti al gioco d'azzardo: il 36,7% hanno risposto di rivolgersi ad uno specialista, il 18,6% ad associazioni/gruppi ed il 10,7% ai servizi della ASL. Quasi il 30% degli intervistati non ha saputo dare una risposta.

Rispetto alla percezione del problema, alla domanda se secondo loro esistono persone con tali disturbi nella zona in cui vivono, il 41,2% del campione ha risposto positivamente; il 33,2% non sa rispondere ed il 25,6% ha risposto negativamente.

Tra coloro che hanno affermato di aver giocato una o più volte nell'ultimo mese è stato indagato se avessero adottato modalità "particolari" per procurarsi denaro per giocare o per pagare debiti di gioco (Tabella 2.3). I giocatori problematici affermano di aver messo in atto almeno una modalità nel 48% dei casi; nel 43,3% dei casi i soldi sono stati prelevati dai soldi di casa e quasi il 23% li ha chiesti al partner. Più basse, invece, le percentuali dei giocatori sociali e dei giocatori nell'ultimo mese in generale.

**Tabella 2.3: Distribuzione percentuale di modalità "particolari" per procurarsi soldi tra i giocatori una o più volte al mese.**

	<b>Totale</b>	<b>Giocatori sociali</b>	<b>Giocatori problematici</b>
	(n=319)	(n=299)	(n=20)
	%	%	%
ALMENO UNA MODALITA'	12,6	10,3	48,0
Li ha presi da soldi di casa	10,7	8,6	43,3
Li ha chiesti al conige/partner	2,5	1,1	22,7
Li ha chiesti a banche/finanziarie, ecc...	0,6		9,8
Ha fatto debiti sul proprio conto corrente	0,6		9,8
Li ha chiesti a parenti/amici	0,5		7,5
Li ha presi da carte di credito (non avendo soldi sul c/c)	0,5		7,5
Li ha chiesti ad usurai	0,3	0,3	
Ha convertito azioni/obbligazioni/BOT/altri titoli	0,3	0,3	
Ha venduto proprietà personali/familiari	0,3	0,3	

Rispetto ai comportamenti indagati per suddividere nelle varie tipologie i giocatori, si rileva che i giocatori problematici raggiungono alte percentuali in tutti gli items (Tabella 2.4). Da notare che l'86,5% dei giocatori sociali che hanno affermato di aver avuto discussioni sono giocatori problematici.

**Tabella 2.4: Distribuzione percentuale di di risposte affermativa tra i giocatori sociali e problematici.**

	<b>Giocatori sociali</b>	<b>Giocatori problematici</b>
	(n=299)	(n=20)
	%	%
Giocato più di quanto aveva intenzione di giocare	16,9	73,4
Tornato per riguadagnare ciò che ha perso	13,6	72,7
Discussioni a proposito di come gestisce denaro***	3,8	34,4
Criticato per il gioco	3,6	49,1
Non riuscire a smettere di giocare	3,3	50,3
Sentito in colpa per il modo di giocare	3,2	44,9
Ha avuto problemi di gioco	1,7	25,6
Nascosto i segni del gioco	1,0	25,4
Afferma di aver vinto quando ha perso	1,0	22,3
Non ha restituito uno o più prestiti	1,0	
Tolto tempo ai suoi impegni	0,7	26,9
Gioco ha compromesso la reputazione	0,3	

### 2.3.2 Ricerca-intervento sulle problematiche alcoliche nei luoghi di lavoro

La ricerca-intervento è stata realizzata dal Nucleo Operativo Alcolologia (NOA) di Sesto San Giovanni del Dipartimento Dipendenze ASL Milano 3, nell'ambito delle attività del fondo nazionale "Lotta alla droga" 2003-2004 L. n. 45/99, con il coinvolgimento dell'Ufficio Politiche Sociali CGIL, CISL e UIL, nel periodo dall'aprile 2005 fino al novembre 2006.

La cornice teorica che ha orientato la realizzazione di questo progetto fa riferimento alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che indica la necessità di adottare politiche sull'alcol che tengano in considerazione il contesto lavorativo.

Secondo le stime dell'OMS, infatti, dal 10% al 30% degli infortuni in ambito lavorativo avrebbero come causa l'uso e l'abuso di alcol.

Sono stati organizzati incontri nelle singole aziende con i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, dopo aver acquisito preliminarmente il consenso favorevole dalla Direzione dell'Azienda, per concordare le modalità operative e le finalità del progetto.

Obiettivi dell'intervento:

- sensibilizzare rispetto ai rischi connessi al consumo di bevande alcoliche;
- analizzare le quattro aree comportamentali principali (dieta, attività fisica, fumo, uso di sostanze psicoattive e consumo di bevande alcoliche) che possono essere dei fattori di rischio per il benessere psicofisico;
- quantificare il problema alcol in un campione omogeneo dal punto di vista occupazionale;
- restituzione dei dati raccolti, con eventuale lettura, ai rappresentanti sindacali e a quelli dei lavoratori per la sicurezza.

Lo studio include tutti gli occupati in tre grandi aziende della periferia-hinterland nord di Milano, due metalmeccaniche e una della grande distribuzione.

Del campione di 604 lavoratori, 427 hanno aderito al progetto che prevedeva, a seguito di un incontro di educazione alla salute, la compilazione di un questionario.

In ciascuna azienda è stato proposto come, metodo di intervento, un incontro di educazione alla salute per una prima sensibilizzazione rispetto ad una delle aree comportamentali che costituiscono un rischio per la salute: il consumo di alcol.

I temi trattati, utilizzando modalità interattive, vertevano su:

alcol e caratteristiche della sostanza (descrizione dei suoi effetti, alcolemia, false credenze, patologie alcolcorrelate); alcol come fattore di rischio per il benessere psicofisico; contesto sociale in cui si inserisce il consumo di alcol; alcol e guida; servizi di cura e riabilitazione.

Per la raccolta delle informazioni è stato utilizzato il Questionario della Salute, suddiviso in tre aree principali:

Area anagrafica

- Area dei comportamenti (volta ad indagare le condotte riguardanti lo stile di vita: alimentazione, attività fisiche, condotte tabagiche, uso di sostanze psicoattive/uso improprio di psicofarmaci, consumo di alcol);
- Questionario CAGE (costituito da quattro domande che orientano verso la diagnosi di abuso o dipendenza da alcol. Una risposta positiva costituisce un sospetto negli adolescenti, mentre è da considerarsi negativa per gli adulti; due risposte positive danno un'alta probabilità negli adulti, mentre tre risposte positive danno un orientamento certo).

Obiettivi dell'intervento:

- sviluppare una maggior consapevolezza, informazione e sensibilità sulle problematiche legate al consumo di alcol nelle diverse componenti dei luoghi di lavoro (delegati sindacali, referenti del Servizio Protezione/Prevenzione, responsabili e opinion leader dei diversi settori);
- fornire una prima occasione di aggancio per quelle situazioni che presentano in vario grado livelli di compromissione e/o malfunzionamento;
- sperimentare un'alleanza fra la rete di Servizi e le realtà lavorative del territorio;
- fornire informazioni in merito all'esistenza e al funzionamento dei Servizi territoriali competenti;
- valutare la possibilità di realizzare percorsi formativi strutturati sul tema alcol, rivolti a figure specifiche, ancora da individuare, con lo scopo di creare "moltiplicatori" dell'azione preventiva.

## Risultati

### Area anagrafica

I soggetti partecipanti all'intervento sono stati raggruppati per l'analisi dei dati in due popolazioni: quella del settore metalmeccanico e quella dell'ipermercato.

Il profilo di sintesi che emerge dal primo gruppo di soggetti è quello di un maschio (94% dei casi), coniugato (58%) o celibe (32%), di circa 40 anni (range 20-59) e con licenza media come titolo di studio (46%), maturità superiore (23%) o diploma professionale/attestato (22%).

Il profilo che emerge dai dati analizzati relativi ai soggetti appartenenti all'ipermercato è quello di una donna (57% dei casi), nubile (51%) o coniugata (36%), di circa 33 anni (range 20-54) e con diploma di medie superiori come titolo di studio (40%), licenza medie inferiori (32%) o diploma professionale/attestato (23%).

In entrambe le popolazioni le categorie più rappresentate sono quelle di operaio, rispettivamente nel 75% e nel 95% dei casi, di lavoro su turni (61% e 77%) e di un tempo di pendolarità inferiore ai 40 minuti rispettivamente nel 77% e nell'83% dei casi (0-20 minuti nel 47% e nel 51%).

Le tre domande successive chiedevano di indicare il numero di giorni di malattia, la somma dei giorni di infortunio e il numero di infortuni relativi agli ultimi 12 mesi.

Nella prima popolazione sono stati rilevati in media quasi 8 giorni di malattia e quasi 3 giorni di infortunio; il 44% dei soggetti ha dichiarato un numero di giorni di malattia negli ultimi 12 mesi compreso tra 1 e 10 (38% zero giorni) e l'83% zero come somma di giorni di infortunio negli ultimi 12 mesi (9% tra 1 e 10 giorni).

Nella seconda popolazione si registrano valori medi inferiori, pari a quasi 7 giorni per la prima domanda e circa 2 giorni per la seconda; il 43% dei soggetti ha dichiarato un numero di giorni di malattia negli ultimi 12 mesi compreso tra 1 e 10 (40% zero giorni) e l'88% ha dichiarato zero come somma di giorni di infortunio (5% tra 1 e 10 giorni).

### Area comportamenti: dieta ed esercizio fisico

Il 17% dei soggetti nella prima popolazione dichiara di aver fatto negli ultimi tre mesi una dieta per ridurre il proprio peso riuscendo esattamente nei 3/4 dei casi a perdere da 1 a 7 Kg (nel 48% da 1 a 3 Kg).

Quasi il 29% sono invece nella seconda popolazione i soggetti che dichiarano di aver fatto una dieta riuscendo in quasi il 62% dei casi a perdere da 1 a 7 Kg (nel

51% da 1 a 3 Kg); da segnalare che esattamente in un terzo dei casi i soggetti dichiarano di aver perso più di 7 Kg.

Sono risultate quasi identiche le proporzioni di soggetti che dichiarano di aver fatto negli ultimi 3 mesi esercizio fisico per sentirsi o mantenersi in forma, rispettivamente il 42% nella prima popolazione (di questi esattamente l'84% indica da 1 a 4 come numero di giorni della settimana dedicati, il 53% 1-2 giorni) e il 44% nella seconda (di questi quasi l'82% indica da 1 a 4 giorni, esattamente il 60% 1-2 giorni).

#### Abitudini tabagiche

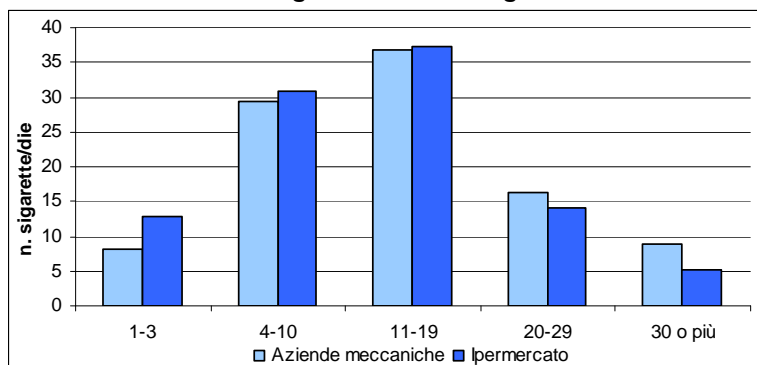
È stata indagata l'abitudine al fumo, sia attuale sia pregressa, distinguendo tra attuali fumatori, ex-fumatori (che avevano smesso da almeno tre mesi) e non fumatori.

Quasi il 48% dei soggetti della prima popolazione rispondenti la domanda dichiara di aver fumato negli ultimi 3 mesi; di questi, in quasi i 3/4 dei casi è indicato mediamente un consumo da 1 a 19 sigarette al giorno (in quasi il 37% da 11 a 19).

Nella seconda popolazione si registra una quota superiore di soggetti, circa il 57%, che dichiara di aver fumato negli ultimi 3 mesi; di questi, in quasi l'81% dei casi è indicato mediamente un consumo da 1 a 19 sigarette al giorno (in circa il 37% da 11 a 19).

Complessivamente il 93% dei soggetti nella prima popolazione e il 96% nella seconda fumano solo sigarette.

**Grafico 2.7: Numero di sigarette fumate al giorno dai consumatori di tabacco.**



Veniva inoltre chiesto se il soggetto avesse fumato o meno in un periodo antecedente gli ultimi 3 mesi; 149 erano i soggetti della prima popolazione dichiaranti di non aver fumato negli ultimi 3 mesi, di questi 140 rispondono alla domanda di cui sopra e nel 51% dei casi in modo affermativo.

I soggetti della seconda popolazione dichiaranti di non aver fumato negli ultimi 3 mesi erano, invece, 58; di questi 50 rispondono alla domanda di cui sopra e solo nel 36% dei casi in modo affermativo.

#### Uso di sostanze psicoattive e/o di psicofarmaci in modo improprio

Quasi il 10% dei soggetti nella prima popolazione rispondenti la domanda ha dichiarato di farne uso negli ultimi 3 mesi; il valore fatto registrare nella seconda popolazione è inferiore ed è pari a quasi il 6%.

Nell'andare a indagare il tipo di sostanza assunta si rileva che nel 68% dei casi nella prima popolazione e nell'87% nella seconda si trattava di uso di solo hashish.

Consumo di bevande alcoliche

Birra

Quasi il 79% (229 soggetti) della prima popolazione dichiara di aver bevuto alcolici negli ultimi 3 mesi; di questi, 180 soggetti riferiscono di aver bevuto birra: nel 43% dei casi mediamente un giorno alla settimana, nel 31% 2 giorni alla settimana, nell'8% tutti i giorni.

Quasi il 68% (92 soggetti) della seconda popolazione dichiara di aver bevuto alcolici negli ultimi 3 mesi; 77 soggetti riferiscono di aver bevuto birra: nel 49% dei casi mediamente un giorno alla settimana, nel 22% 2 giorni alla settimana, nel 5% tutti i giorni.

Nel 65% dei casi nella prima popolazione e in quasi il 73% nella seconda, i rispondenti la domanda dichiarano in media di bere una lattina-boccale da 33 cl; 2 lattine invece rispettivamente nel 21% e nel 19% dei casi.

Vino

188 soggetti della prima popolazione, sui 229 che dichiarano di aver bevuto alcolici negli ultimi 3 mesi, riferiscono di aver bevuto vino: nel 31% dei casi un giorno alla settimana, nel 19% 2 giorni alla settimana e nel 28% tutti i giorni.

59 soggetti della seconda popolazione, sui 92 che hanno dichiarato di aver bevuto alcolici negli ultimi 3 mesi, riferiscono di aver bevuto vino: nel 34% dei casi un giorno alla settimana, nel 24% 2 giorni alla settimana e il 24% tutti i giorni.

Nel 40% dei casi nella prima popolazione e in circa il 54% nella seconda, i soggetti rispondenti la domanda dichiarano in media di bere un bicchiere da 13 cl; 2 bicchieri invece rispettivamente nel 35% e nel 25% dei casi.

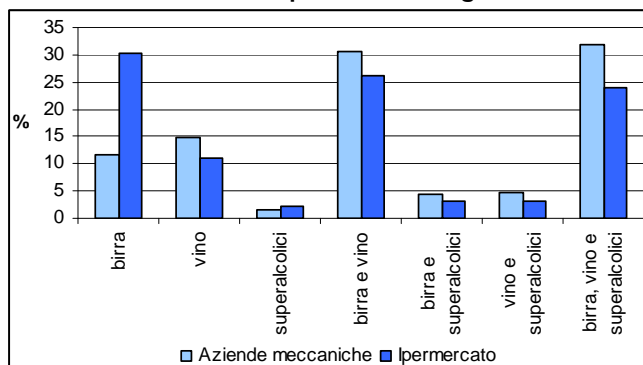
Superalcolici

98 soggetti della prima popolazione riferiscono di aver bevuto superalcolici: nel 53% dei casi un giorno alla settimana, nel 20% 2 giorni alla settimana e nel 7% tutti i giorni.

30 soggetti della seconda popolazione riferiscono di aver bevuto superalcolici: nel 60% dei casi un giorno alla settimana, nel 30% 2 giorni alla settimana e nel 3% tutti i giorni.

In circa il 65% dei casi nella prima popolazione e nel 60% nella seconda, i soggetti rispondenti la domanda dichiarano in media di bere un bicchierino da 4 cl; 2 bicchieri invece rispettivamente nel 18% e nel 27% dei casi.

**Grafico 2.8: Distribuzione delle bevande tra i consumatori di alcol delle aziende metalmeccaniche e dell'ipermercato negli ultimi 3 mesi.**



Nella prima popolazione 62 soggetti riferiscono di non aver bevuto alcolici negli ultimi 3 mesi, di questi 13 affermano invece di aver bevuto alcolici in un periodo antecedente e 44 rispondono di non aver bevuto alcolici neanche in un periodo antecedente; 5 soggetti non si esprimono.

Nella seconda popolazione 44 soggetti rispondono di non aver bevuto alcolici negli ultimi 3 mesi, di questi 13 affermano invece di aver bevuto alcolici in un periodo antecedente e 31 rispondono di non aver bevuto alcolici neanche in un periodo antecedente.

#### Questionario CAGE

Le indicazioni che si possono ricavare dal questionario Cage sono di sospetto, negli adolescenti ma non negli adulti, di problemi alcolcorrelati o di alcoldipendenza in caso di una risposta affermativa su quattro.

Per circa il 6% della prima popolazione e il 2% della seconda si può parlare di alta probabilità di problemi alcolcorrelati o di alcoldipendenza sulla base di due risposte affermativie su quattro.

Infine, per circa il 7% della prima popolazione e quasi l'1% della seconda si può parlare di certezza di problemi alcolcorrelati o di alcoldipendenza sulla base di almeno tre risposte affermativie su quattro.

**Tabella 2.5: Distribuzione percentuale risposte positive al Questionario CAGE nelle due tipologie d'azienda.**

Domande	Risposte affermativie (%)	
	Aziende metalmeccaniche	Ipermercato
Ha mai sentito la necessità di ridurre il bere?	18,6	5,9
È mai stato infastidito da critiche sul suo modo di bere?	12,1	4,4
Ha mai provato disagio o senso di colpa per il suo modo di bere?	11,6	2,2
Ha mai bevuto alcolici appena alzato?	6,3	1,5

Sono state poi indagate le caratteristiche sia socio-demografiche che comportamentali di questi soggetti con almeno due risposte affermativie su quattro al questionario Cage (data la scarsa numerosità della seconda popolazione, è stata effettuata solo per i lavoratori delle aziende metalmeccaniche).

La tabella sottostante vuole mettere in risalto proprio queste differenze riportando la o le categorie con le maggiori frequenze rilevate.

**Tabella 2.6: Caratteristiche dei lavoratori delle aziende metalmeccaniche e di coloro che hanno dato almeno 2 risposte positive al questionario.**

<b>Intera casistica</b>	<b>Almeno 2 risposte positive al Cage</b>
Maschi: 94.2%	Maschi: 100.0%
Coniugati: 58.4%, Celibi: 31.6%	Celibi: 48.6%, Coniugati: 29.7%
Età media: 40.2	Età media: 37.8
Medie inf.: 45.7%, Medie sup.: 27%	Medie inf.: 32.4%, Medie sup.: 32.4%
Operaio: 74.9%	Operaio: 86.5%
Turnista: 60.8%	Turnista: 70.3%
Pendolarità 0'-20': 47.1%	Pendolarità 0'-20': 62.2%
Giorni di malattia: 7.8 (valore medio)	Giorni di malattia: 7.4 (valore medio)
1-10 giorni: 43.9%	1-10 giorni: 44.4%
Giorni di infortunio: 2.8 (valore medio)	Giorni di infortunio: .4 (valore medio)
0 giorni: 83.1%	0 giorni: 80.6%
N° infortuni: 0 (83.1%)	Numero infortuni: 0 (80.6%)
Dieta: 17.0% (di cui Kg persi 1-3: 47.9%)	Dieta: 16.7% (di cui Kg persi 1-3: 50.0%)
Esercizio fisico: 42.2% (di cui 1-2 giorni/settimana: 52.9%)	Esercizio fisico: 52.8% (di cui 1-2 giorni/settimana: 63.2%)
<b>Fumatori: 47.7%</b>	<b>Fumatori: 61.1%</b>
Sigarette: (1-19) – 74.3%, (11-19) – 36.8%	Sigarette: (1-19) – 72.7%, (11-19) – 31.8%
Sigari (nessuno): 94.1%	Sigari (nessuno): 86.4%
Pipate (nessuna): 98.5%	Pipate (nessuna): 100.0%
<b>Solo sigarette: 93.4%</b>	<b>Solo sigarette: 86.4%</b>
<b>Ex fumatori – 25.3%</b>	<b>Ex fumatori – 27.8%</b>
<b>Altre sostanze: 9.8%</b>	<b>Altre sostanze: 18.9%</b>
di cui Solo Hashish: 67.9%	di cui: Solo Hashish: 85.7%
<b>Alcolici: 78.7%</b>	<b>Alcolici: 86.5%</b>
Birra 1 giorno/settimana: 42.8%	Birra 1 giorno/settimana: 32.1%
Quantità: 1 lattina/boccale 33 cl – 65%,	Quantità: 1 lattina/boccale 33 cl – 25.0%
2 lattine/boccali 33 cl – 21.1%	2 lattine/boccali 33 cl – 39.3%
Vino 1 giorno/settimana: 31.4%	Vino 1 giorno/settimana: 33.3%
Tutti i giorni: 28.2%	Tutti i giorni: 20.0%
Quantità 1 bicchiere da 13 cl – 40.4%	Quantità 1 bicchiere da 13 cl – 30.0%
2 bicchieri da 13 cl – 34.6%	2 bicchieri da 13 cl – 26.7%
Superalcolici 1 giorno/settimana: 53.1%	Superalcolici 1 giorno/settimana: 56.5%
Quantità: 1 bicchierino da 4 cl – 65.3%	Quantità: 1 bicchierino da 4 cl – 60.9%
Birra, vino e superalcolici: 31.9%	Birra, vino e superalcolici: 68.8%
Birra e vino: 30.6%	Birra e vino: 12.5%
Alcolici solo nel passato: 4.5%	Alcolici solo nel passato: 13.5%

### 2.3.3 Fattori di efficacia nella cura del tabagismo

Gli studi clinici esistenti hanno dimostrato la grande variabilità di fattori che incidono sull'efficacia dei trattamenti di disassuefazione dal fumo. Essi sono costituiti fondamentalmente dalle pressioni esterne, dal delicato equilibrio delle motivazioni interne e da fattori inerenti alla struttura di personalità. In particolare sono noti alcuni elementi in grado di determinare l'esito o la propensione del fumatore ad abbandonare la sua dipendenza.

Per approfondire e identificare i fattori predittivi di efficacia nella cura del tabagismo, il gruppo di lavoro del Centro Per il Trattamento del Tabagismo di Monza ha sviluppato un progetto di ricerca, a titolarità della Regione Lombardia e con il cofinanziamento della Fondazione Cariplo, conclusosi nel 2007. I primi dati emersi hanno permesso di identificare delle macroaree decisive per il percorso di diagnosi del tabagismo e alcuni indicatori sensibili rispetto alla prognosi.

Il motivo ispiratore dello studio è stato costituito dalla eterogeneità degli strumenti attualmente in uso per la valutazione dei fumatori, ma soprattutto dalla loro relativa difficoltà a dare un'idea sufficientemente ampia dei vari aspetti coinvolti nella dipendenza da tabacco. L'ipotesi era che un questionario "multiarea" potesse fornire elementi utili al clinico per gestire un fenomeno così complesso, dando allo stesso tempo strumenti di orientamento dell'approccio terapeutico.

Verificati i dati della letteratura internazionale, si è deciso di indagare tredici aree (Tabella 2.7).



Il disegno dello studio prevedeva tre periodi:

1. arruolamento e valutazione diagnostica,
2. trattamento,
3. follow-up.

**Tabella 2.7: Aree indagate tra i fattori predittivi di efficacia.**

<b>Aree</b>	
Dati anagrafici/socio-culturali	Età, anni di fumo, condizioni socio-economiche, titolo di studio
Abitudini legate al fumo	N. sigarette fumate, periodi precedenti di astinenza, n. tentativi di smettere, bisogno di fumare al mattino, capacità di resistere all'offerta di sigarette.
Grado di ambivalenza	Collocazione in fase precontemplativa o contemplativa
Attitudine rispetto all'agire la cessazione	Collocazione in fase di determinazione o dell'azione
Tipo di motivazione a smettere	Motivazioni esterne Motivazioni legate alla salute Motivazioni pertinenti al prendersi cura di se stesso
Grado di frattura interiore	Valutazione del grado di conflitto interno rispetto al fumare e all'impedimento che il fumo costituisce rispetto ad un livello soddisfacente di vita
Grado di soddisfazione interiore	Quanto il cliente è soddisfatto della sua vita attuale, in senso complessivo
Autoefficacia	Quanto il cliente ritiene di poter riuscire con le proprie forze nel tentativo di smettere di fumare
Comorbilità per altre dipendenze	Abuso o dipendenza da alcol presenti o pregressi Uso o dipendenza da altre sostanze psicotrope presenti o pregressi
Disturbi del comportamento alimentare	Presenti o pregressi
Disturbo d'ansia	Attuale o pregresso
Disturbo depressivo maggiore	Attuale o pregresso
Uso di psicofarmaci	

### **Arruolamento**

Erano arruolabili pazienti tra i 18 e i 70 anni di età, maschi e femmine, con un consumo minimo di 10 sigarette al giorno, da almeno 1 anno. L'adesione è avvenuta su base volontaria, attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale, farmacie, centri antifumo, luoghi di lavoro ecc... Si escludevano dallo studio pazienti con infermità mentali tali da determinare una incapacità di intendere e di volere. I soggetti che hanno aderito, sono stati sottoposti ad uno screening sanitario e a un colloquio psicologico. È stato misurato il CO espirato e somministrato il questionario, costituito da 40 domande chiuse. Per coloro che hanno risposto in modo positivo agli items 28-40 (area psichiatrica) e per cui lo psicologo ha ritenuto ci fossero indizi clinici sufficienti, era previsto un secondo livello diagnostico, consistente nella somministrazione della SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) per la conferma di diagnosi per i disturbi dell'asse I del DSMIV.

### **Trattamento**

I soggetti inseriti, entro 30 giorni dall'arruolamento, sono stati trattati da una équipe composta da un medico e uno psicologo, con tecniche di counselling sanitario e sostegno psicologico individuale o di gruppo, per un totale di 7 incontri, distribuiti nell'arco di 5 settimane.

### Follow-up

Il follow-up consisteva in una prima valutazione a fine trattamento e una seconda valutazione telefonica (a 4 settimane) che coincideva con un colloquio clinico, durante il quale era misurato il CO espirato.<sup>1</sup>

### I risultati

Sono stati presi in considerazione i questionari di 1.231 fumatori, il cui numero medio di sigarette fumate al giorno è risultato essere pari a 23,6. Il tasso di cessazione complessivo a quattro settimane dal trattamento era del 38,9%. Con l'aumentare dell'età aumentavano gli anni di fumo, per cui sono giunti sott'osservazione persone che spesso avevano una lunga storia di tabagismo.

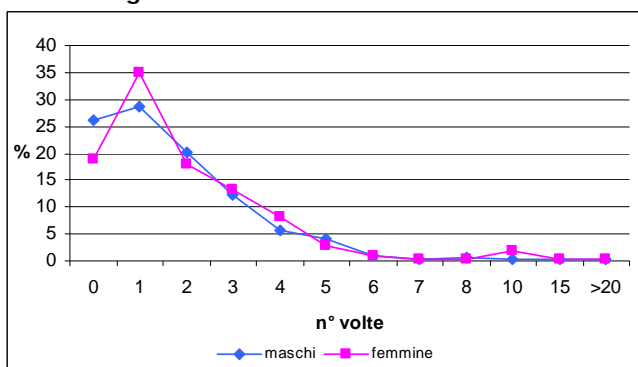
Il dato "periodo più lungo di astinenza" per le donne del campione era pari a una mediana di 30 giorni ed un massimo di 3.650 giorni.

Per gli uomini il periodo più lungo di astinenza era pari ad una mediana di 30 giorni con un massimo di 7.300 giorni.

Per quanto riguarda i tentativi di smettere di fumare è stato rilevato che i maschi nel 19% dei casi non avevano mai tentato di farlo, il 35% aveva provato per almeno una volta, il 18% 2 volte, il 12% 3 volte, mentre tra l'8% e l'1% hanno tentato dalle 4 alle 6 volte e lo 0,4 % diverse decine di volte (Grafico 2.9).

Una prima valutazione dei dati mostra una correlazione tra il numero di tentativi precedenti di smettere e l'efficacia, in quanto (a parte chi non ha mai provato a smettere) è avvantaggiato chi ha compiuto pochi tentativi. I soggetti con ripetuti e numerosi insuccessi hanno una probabilità decrescente di smettere di fumare.

**Grafico 2.9: Distribuzione percentuale del numero di tentativi di smettere di fumare in entrambi i generi.**



Il 52,2% dei fumatori ha dichiarato di fumare più nelle prime ore della mattinata.

Il 44,1% ha affermato di fumare più nei momenti di stress, il 55,6% nei momenti di relax, mentre solo 0,1% sosteneva di fumare continuamente.

La percentuale di quanti hanno smesso è più elevata nei fumatori che fumano soprattutto per stress. È risultato più difficile interrompere la dipendenza in coloro che usano sigarette per connotare i momenti di relax ed impossibile per chi fuma "continuamente".

<sup>1</sup> I pazienti che al contatto telefonico per il secondo incontro (a 4 settimane) dichiaravano di fumare abitualmente non venivano testati col CO espirato. Si intendeva validata la dichiarazione del paziente di non aver fumato qualora la misurazione del CO espirato risultasse minore o uguale a 10 ppm.

**Tabella 2.8: Percentuali di successo e momenti legati al fumo.**

	Stress	relax	Continuamente
% successo	38	28,5	0

Chi fuma meno di 10 sigarette al giorno ha dimostrato di avere minori probabilità di smettere, rispetto a chi ne fuma tra 10 e 30. La percentuale di successo decresce nuovamente quando si superano le 30 sigarette al giorno.

**Tabella 2.9: Percentuali di successo e numero di sigarette fumate.**

N sigarette	<10	10-20	20-30	>30
% successo	28,9	39,2	44,8	38,7

L'idea di potere usare alcol in alternativa al fumo è un fattore predittivo negativo di efficacia. Sebbene la quantità di risposte positive a questo item non sia elevata, le differenze tra i due gruppi sono forti: tra coloro che non hanno smesso il 57,9% ha dichiarato di usare alcol in alternativa alle sigarette contro il 42,1% di coloro che hanno smesso.

Quando si è passati a considerare la capacità di riconoscere l'ambivalenza (riconoscersi nella frase "mi piace di fumare ma a volte vorrei provare a smettere") si è osservato che le risorse introspettive sono determinanti. Le risposte riferite ad una scala Likert (1-5) sottolineano che chi non si riconosce nella situazione di ambivalenza (punteggi bassi) ha pochissime probabilità di riuscire, rispetto a chi invece ottiene i punteggi più alti.

**Tabella 2.10: Percentuali di successo e riconoscimento dell'ambivalenza.**

Scala Likert	1	2	3	4	5
% di successo	14,8	16,3	33,9	44,1	39,6

Il sentirsi pronti a smettere, caratteristica della fase della determinazione, è un buon indicatore di efficacia. Quanto più, nella scala 1-5, ci si colloca nei punteggi mediani (3-4), tanto più si supera la dipendenza tabagica. Chi invece dichiara di non sentirsi pronto (punteggio 1) smette solo nel 9,2% dei casi. L'essere passati all'azione è un altro predittore favorevole. Chi non sta facendo nulla per smettere ha difficoltà a farcela anche se immesso successivamente in una fase di terapia (70,3% di insuccessi contro il 54,0% di chi ha già intrapreso nel tentativo).

**Tabella 2.11: Percentuali di successo e determinazione nel voler smettere.**

Punteggio	1	2	3	4	5
% di successo	9,2	31,6	34,4	40,8	47,1

La percezione che il fumo sia un ostacolo allo svolgimento di una attività quotidiana o che impedisca di fare qualcosa che piace si evidenzia in tutti i 5 punteggi Likert senza rilevanza rispetto alla cessazione, salvo che per il punteggio 1 (chi ritiene che il fumo non costituisca un impedimento a fare ciò che vuole). Su quest'ultima condizione si concentra la maggior percentuale di insuccessi.

L'esame dei tipi di motivazione a smettere ha evidenziato l'effetto equivalente della volontà di smettere di fumare a seguito di pressioni esterne (o percepite tali) o comunque a causa delle proprie condizioni di salute: rispettivamente il 40,1% ed il 39,1% dei soggetti che hanno dichiarato questa intenzione è riuscita nel tentativo. Una quota maggiore di successi (48,1%) si è rilevata per quei soggetti che hanno dichiarato come motivazione quella di "prendersi cura di se stesso.

Quasi nessuna differenza tra successi e insuccessi è stata verificata in chi è giunto alla decisione di smettere per motivi di salute.

Il grado di soddisfazione nella vita è un elemento importante di efficacia. Chi sta attraversando un momento di scarsa soddisfazione difficilmente riesce a smettere. Il punteggio più alto si osserva nell'item 4 della scala Likert, mentre coloro che sono perfettamente soddisfatti (punteggio 5) tornano a perdere, in maniera comunque moderata, efficacia nel processo di disassuefazione.

**Tabella 2.12: Percentuali di successo e grado di soddisfazione nella vita.**

Scala Likert	1	2	3	4	5
% successo	26,7	28,3	35,7	45,0	41,2

Un elemento che è risultato determinante è costituito dalla modalità di invio. Chi è stato arruolato nel corso di manifestazioni pubbliche e in stand smette poco (7,8% dei casi). L'invio sanitario si rivela correlato all'efficacia nel 43,9% dei casi, mentre la richiesta spontanea evidenzia un tasso di successo pari al 47,9%.

**Tabella 2.13: Percentuali di successo e modalità di invio.**

	spontaneo	sanitario	manifestazioni
% successo	47,9	43,9	7,8

### 2.3.4 Progetto Kimbanda

Il progetto Kimbanda lavora da tre anni nel territorio dell'ASL 3, come unità mobile giovani.

Con il passare del tempo, grazie ai contatti sempre più assidui e articolati con i gestori del mondo del divertimento, il progetto ha garantito interventi costanti e continuativi nel corso dell'anno nel mondo della notte, sia durante i weekend sia infrasettimanali. Sebbene alcune zone rimangono ancora scoperte si è cercato di intervenire in tutti i distretti, con modalità e frequenze differenti in base ai contesti incontrati.

#### Metodi e strumenti

La strategia di lavoro del progetto su un territorio così ampio è stata quella di intercettare locali in cui lavorare, laddove possibile, con continuità al fine di verificare se, attraverso la presenza del progetto, si verificassero dei cambiamenti di contesto.

#### Contenuti informativi

Le informazioni che sono state date e discusse con i soggetti intercettati sono state:

rischi specifici delle sostanze e livello del coinvolgimento della persona/gruppo contattato

rischio legato ai mix (ad esempio sostanze e alcool)

tagli presenti nelle sostanze

collegamento tra effetti desiderati dalla sostanza ed effetti indesiderati nel breve, medio e lungo termine

rischi legali (la nuova normativa in materia di droghe e il codice della strada).

L'esperienza insegna che funziona come deterrente e dissuasore al consumo la conoscenza dei rischi relativi alle conseguenze legali di determinati comportamenti. La parte relativa all'aspetto sanitario giova ma si rivela, spesso,

poco incisiva nei confronti dell'utenza (per l'alcool questa considerazione vale ancora di più).

Fa parte integrante del lavoro degli operatori di Kimbanda la riduzione dei rischi connessi a comportamenti sessuali non protetti e in rapporto all'assunzione di sostanze. Il preservativo è a disposizione dell'utenza, ma previa informazione, sia diretta sia attraverso materiale cartaceo.

#### Riduzione dei rischi

Le analisi condotte negli anni precedenti, sul consumo di alcool e di sostanze stupefacenti, nonché sulla guida in stato alterato, da parte di una percentuale considerevole delle persone contattate, hanno evidenziato un quadro preoccupante in relazione ai rischi che le persone corrono durante la serata.

Si è dunque iniziato un processo per arrivare all'elaborazione di strumenti ulteriori che favorissero il prolungarsi della relazione tra il target e gli operatori degli interventi, in modo tale da poter costruire relazioni maggiormente approfondite necessarie per la realizzazione di strategie di riduzione del danno.

Le persone che risultano in uno stato psico-fisico alterato vengono invitate a sostare presso il camper: il camper in questo modo si connota come un vero e proprio spazio di "decompressione".

#### **Nodi critici relativi al modello di intervento**

Il progetto ha subito uno spostamento eccessivo verso l'alcool dovuto all'attrattiva dell'etilometro.

Per le sostanze illegali non si possiedono analoghi strumenti di misurazione e questo rende il confronto virtuale e poco concreto agli occhi dei soggetti. Si è cercato di fare fronte a questo, restringendo l'utilizzo dell'etilometro alla fine della serata e promuovendo invece colloqui individuali e a piccoli gruppi attraverso lo strumento di MDMA.

#### **Gli accessi al sito e l'uso della posta di Kimbanda**

Il sito di Kimbanda, [www.kimbanda.it](http://www.kimbanda.it), è nato nel 2002: dalla metà del 2004 è stato possibile monitorarne il traffico. Da allora si sono contati più di 6.000 contatti. Notevole l'incremento dei contatti nel 2006: 62%.

Una crescita di tale portata è il risultato del progressivo miglioramento della grafica e dei contenuti e, soprattutto, di una efficace campagna pubblicitaria, effettuata sia nei luoghi di ritrovo dei giovani durante le uscite sia nel web stesso.

Kimbanda.it è andata gradualmente ampliando la gamma degli argomenti trattati. Attualmente, oltre alle statistiche sull'uso e l'abuso delle sostanze legali ed illegali, ai report curati dalle più importanti agenzie nazionali e internazionali e ai documenti relativi alle droghe, sono presenti un vademecum di pronto soccorso, una prova on line dell'etilometro (grazie a [www.stradenove.it](http://www.stradenove.it)), un test sulle conoscenze relative alle sostanze, mappe facilmente comprensibili sugli effetti di alcol e altre sostanze, news aggiornatissime su sanità, società e legislazione e altri argomenti di intrattenimento, come le previsioni del tempo (anche specifiche per le località coinvolte dagli interventi), quelle astrologiche, il motore di ricerca Google, video di carattere sociale (grazie ad Arcoiris Tv), giochi per provare il proprio stato psicofisico eccetera.

Il sito è sempre aggiornato, soprattutto per quanto concerne il calendario delle uscite, i report, i documenti e le notizie più rilevanti relative al mondo delle sostanze il maggior numero di contatti si registra nel fine settimana, cioè quando più intensa è l'attività del camper itinerante nei luoghi del divertimento notturni,

una conferma di come il progetto susciti curiosità ed attese, soprattutto nel pubblico giovanile.

Dal dato complessivo è però bene eliminare il numero dei coloro che sono giunti su Kimbanda.it cliccando sui motori di ricerca keyword come "macumba", "voodoo", "africanismo", "magia negra" ecc... che spesso riportano al termine Kimbanda.

Tuttavia, pur dimezzando il numero dei contatti, si giunge a 3.000 unità, cioè più di mille contatti l'anno. Anche eliminando i contatti "interni" e di servizio (quelli provenienti dalla Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione), il numero si attesta poco al di sotto delle 2.500 unità.

Unica nota stonata del rapporto tra il sito del progetto e il web è l'indirizzo di posta elettronica (infokimbanda@libero.it) al quale non scrive praticamente nessuno.

### La rilevazione alcolemica

Vengono presentati ora le rielaborazioni dei dati raccolti durante le uscite in tre anni di lavoro (2004-2006) che riguardano le rilevazioni alcolimetriche effettuate, abbinate ai questionari di auto-percezione, che hanno permesso di indagare la percezione soggettiva delle persone contattate rispetto al loro stato, nel qui ed ora, comparata in seguito con il dato oggettivo della rilevazione.

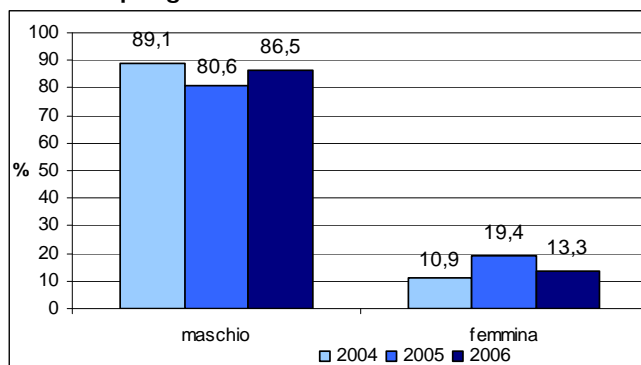
### Campione contattato

Il campione analizzato che ha effettuato le prove alcolimetriche e compilato il questionario, è stato di 876 persone; non si tratta di un campione probabilistico, bensì di rilevazioni effettuate nell'ambito di interventi preventivi e che comunque forniscono informazioni di contesto interessanti da analizzare. Le caratteristiche prevalenti sono: maschio tra i 18 ed i 29 anni, studente e lavoratore, con un diploma di scuola media inferiore e superiore, non sposato. I contatti complessivi delle femmine sono rappresentati solo da un 13,5%.

**Tabella 2.14: Numerosità e distribuzione percentuale del campione per sesso, classi d'età, condizione occupazionale e titolo di studio (anni 2004-2006).**

		N	%
Sesso	Maschio	750	86,5
	Femmina	117	13,5
Classi d'età	<18	44	5,1
	18-24	504	58,5
	25-29	221	25,6
	30-34	61	7,1
	>34	32	3,7
Condizione occupazionale	Studente	266	34,1
	Lavoratore	422	54,1
	Studente lavoratore	70	9,0
	Disoccupato	22	2,8
Titolo di studio	Elementari	3	0,4
	Medie inferiori	212	27,0
	Medie superiori	492	62,7
	Diploma universitario	33	4,2
	Laurea	45	5,7
Stato civile	Celibe	710	92,4
	Convivente	31	4,0
	Coniugato/a	17	2,2
	Separato/a	8	1,0
	Divorziato/a	2	0,3

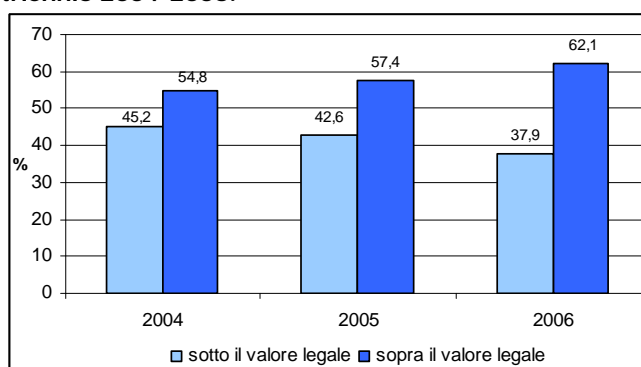
**Grafico 2.10: Distribuzione percentuale del campione contattato nel triennio 2004-2006, articolato per genere.**



### Alcolemia

In media le alcolemie rilevate presentano un aumento costante che va da 0,64 gr/l del 2004 a 0,72 del 2006. Inoltre nel campione contattato la quota di soggetti con alcolemia oltre il limite legale si è incrementato dal 54,8% del 2004 al 62,1% del 2006. L'aumento progressivo riguarda i maschi mentre si assiste ad una leggera flessione nelle femmine, anche se quest'ultime rappresentano un campione poco rappresentativo.

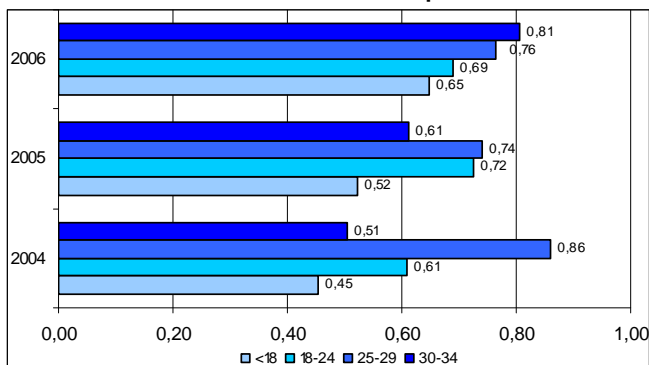
**Grafico 2.11: Distribuzione percentuali delle alcolemie rilevate rispetto al valore legale nel triennio 2004-2006.**



### Età e alcolemie

Nel 2004 è stato contattato un numero elevato di ragazzi tra i 25 ed i 29 anni con una media di alcolemia superiore allo 0,8. Nel 2005 si nota come ci sia un aumento anche tra i 18enni ed i 24enni, con una leggera flessione di alcolemia nella fascia precedentemente menzionata (Grafico 2.12). Nel 2006 è stato, invece, rilevato un aumento di consumi tra i 30 ed i 34 anni e, dato ancora più preoccupante, tra i minorenni.

**Grafico 2.12: Medie delle alcolemie per fascia d'età nel triennio 2004-2006.**



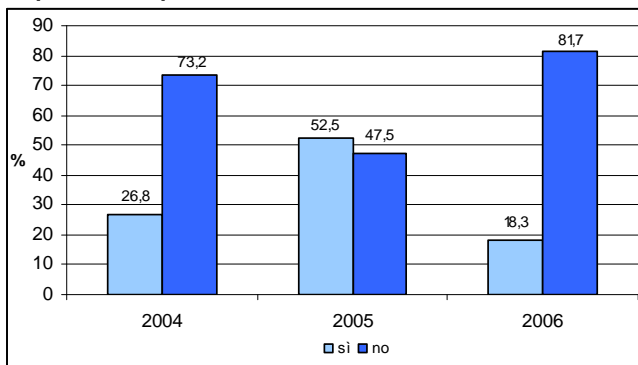
**Guida e alcolemia**

Durante gli interventi, soprattutto nei contesti in cui la presenza di Kimbanda è consolidata, sono aumentate le persone che chiedono di fare la prova alcolimetrica per sapere se sono al di sopra del limite legale. Questo denota l'avvio di un lento processo di consapevolezza rispetto ai rischi legali della guida in stato di ebbrezza.

**Consumi di sostanze illegali durante la serata**

I dati relativi ai consumi di sostanze illegali durante la serata sono poco rappresentativi rispetto all'anno 2006 per i motivi esplicitati in premessa. La percezione degli operatori è che i consumi siano comunque presenti e consistenti e che, in seguito agli irrigidimenti legislativi, ci sia stata qualche difficoltà in più da parte dei contattati a dichiarare l'uso di sostanze illegali.

**Grafico 2.13: Distribuzioni percentuali dei rispondenti alla domanda "hai assunto sostanze stupefacenti questa sera?" nel triennio 2004-2006.**





**Tabella 2.15: Numerosità e distribuzione percentuale delle sostanze assunte dal campione nel triennio 2004-2006.**

Sostanza		2004	2005	2006
Hashish/Marijuana	N	89	80	54
	%	96,74	94,12	79,41
Cocaina/Crack	N	4	7	6
	%	4,35	8,24	8,82
Ecstasy	N	1	6	4
	%	1,09	7,06	5,88
Psicofarmaci	N	2	1	0
	%	2,17	1,18	0,00

Ai soggetti del campione con alcolemia sopra il valore legale, è stato chiesto avrebbero guidato: la percezione della propria possibilità di poter guidare aumenta nel triennio di osservazione. Se, infatti, nel 2004 è il 35,3% la percentuale di coloro che dichiarano di poter guidare "senza problemi", nel 2006 la quota sale al 52,5%. Scendono di conseguenza le percentuali di coloro che affermano di poter guidare "forse tra mezz'ora" (dal 51,9% al 42%) e di coloro che affermano di non poter guidare (dal 12,8% al 5,5%).

Sempre tra i soggetti con alcolemia sopra il valore legale, è stata indagata l'assunzione di sostanze stupefacenti così come riportato nella seguente tabella.

**Tabella 2.16: Numerosità e distribuzione percentuale dell'assunzione di sostanze, nel campione con alcolemia superiore al valore legale, nel triennio 2004-2006.**

Anno		Hai assunto sostanze stupefacenti stasera?	
		Sì	No
2004	N	28	63
	%	30,8	69,2
2005	N	17	14
	%	54,8	45,2
2006	N	25	90
	%	21,7	78,3

Da sottolineare l'importante quota di soggetti, facenti parte del campione, provenienti da territori esterni alla ASL MI3. Molti di loro hanno fatto rilevare alcolemie al di sopra del valore legale. Osservando tutti e tre gli anni di rilevazione, mentre il valore medio dell'alcolemia per i soggetti appartenenti ai Distretti della ASL MI3 si attesta a 0,67, i soggetti provenienti da territori fuori ASL rilevano un'alcolemia media pari a 0,72.

Rispetto ai distretti appartenenti alla ASL, nel corso dell'ultimo anno, il Distretto nel quale il collettivo dei soggetti contattati ha presentato misure dell'alcolemia più elevate è quello di Monza, seguito da Vimercate. Se si osservano tutti e tre gli anni della rilevazione si può notare come in tale Distretto la media dell'alcolemia sia sempre risultata al di sopra dello 0,7. Inoltre il valore è aumentato di anno in anno fino ad arrivare, nel corso del 2006, al valore medio di 0,84.



## **3. CONSUMO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE**

---

### **3.1 Stime di prevalenza di uso problematico**

3.1.1 Gli utilizzatori problematici

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

3.2.1 Consumatori di oppiacei

3.2.2 Consumatori di stimolanti

3.2.3 Consumatori di cannabinoidi

3.2.4 Utenti alcolodipendenti

### **3.3 Analisi dei tempi di latenza**



### 3. CONSUMO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

#### 3.1 STIME DI PREVALENZA DI USO PROBLEMATICO

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>1</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 informazione 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 3, 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 tre gruppi specifici di sostanze: gli oppiacei, la cocaina e le bevande alcoliche.

##### 3.1.1 Gli utilizzatori problematici

Per la determinazione della stima, per l'anno 2006, del numero di soggetti utilizzatori problematici nel territorio della ASL Milano 3, è stata utilizzata la metodologia denominata cattura/ricattura applicata a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti in carico e trattati presso SerT e quella relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliera con diagnosi principale o concomitante riconducibile alle sostanze di riferimento della definizione dell'Osservatorio Europeo, come riportato in Tabella 3.1.

Nel complesso sul territorio sono stimati circa 6.700 utilizzatori problematici (IC 95% 5.414 – 9.304) corrispondenti ad una prevalenza stimata di 9,5 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

**Tabella 3.1: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
6.759	5.414	9.304	9,6	7,6	13,1

<sup>1</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.

Tale valore risulta tendenzialmente superiore, benché ai limiti della significatività statistica, al dato medio nazionale stimato in 8,0 soggetti ogni mille residenti di età a rischio ed è in linea con quanto stimato per altre due ASL che compongono il territorio della provincia di Milano, ovvero la ASL Milano 1 e la ASL Milano 2.

### Gli utilizzatori problematici di oppiacei

Limitando l'analisi ai flussi relativi ai soggetti trattati e con oppiacei come sostanza di abuso primario, ai soggetti con Scheda di Dimissione Ospedaliera con diagnosi riconducibile all'uso di oppiacei ed applicando la stessa metodologia, per l'anno 2006 sono stimati circa 4.100 utilizzatori problematici di oppiacei residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza di poco inferiore ai 6 soggetti (IC 95% 3,4 – 8,4) ogni mille di età a rischio, come mostrato in Tabella 3.2.

**Tabella 3.2: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
4.108	2.393	5.982	5,8	3,4	8,4

Rispetto alla stima relativa all'anno 2005 i valori per il 2006 sono del tutto in linea e non differiscono né dal valore nazionale, che attesta a 5,4 ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, né dai valori stimati per le ASL Milano 1 e Milano 2.

### Gli utilizzatori problematici di cocaina

Le stime dell'uso problematico di cocaina per l'anno 2006, elaborate tramite la stessa metodologia sugli stessi flussi presentati in precedenza e focalizzando l'attenzione alla sostanza di interesse, presentano valori prossimi ai 4.200 casi prevalenti (IC 95% 2.234 – 6.201), per una prevalenza stimata di 5,9 residenti (IC 95% 3,1 – 8,7) ogni mille di età a rischio.

**Tabella 3.3: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
4.168	2.234	6.201	5,9	3,1	8,7

Nel confronto con l'anno precedente i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi tendenzialmente al di sopra del valore medio nazionale pari a 3,8 per mille residenti e non differenziandosi con quanto rilevato nella ASL Milano1 e Milano 2.

### Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

Le metodologie di stima del totale di popolazioni elusive come quella dei soggetti tossicodipendenti, una volta rispettati i criteri di applicabilità richiesti, forniscono risultati tanto più affidabili quanto maggiore è il grado di copertura dei flussi informativi utilizzati; per i soggetti tossicodipendenti, nella realtà nazionale, la quasi totalità di quelli che inizia o continua un percorso terapeutico transita attraverso i SerT e questo garantisce adeguatamente l'analisi in termini di completezza della rilevazione dell'utenza nota. Per l'utenza alcolodipendente tale copertura può essere parziale in quanto possono essere presenti sul territorio altre strutture di trattamento che attirano utenza con problematiche legate al consumo di bevande alcoliche senza che essa sia nota ai Nuclei Operativi Alcologia operanti sul territorio stesso, causando una possibile distorsione delle stime.

Anche per l'anno 2006 sono state comunque elaborate stime della prevalenza degli utilizzatori problematici di bevande alcoliche incrociando i flussi relativi all'utenza in carico ai NOA ed alle SDO con diagnosi principale o concomitante riconducibile all'uso di alcolici, come riportato in Tabella 3.4.

Nell'anno in esame si stimano circa 4.700 utilizzatori problematici di bevande alcoliche residenti nel territorio della Asl e corrispondenti ad una prevalenza stimata pari a 6,6 soggetti (IC 95% 5,5 – 8,0) residenti ogni mille di età a rischio.

**Tabella 3.4: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
4.659	3.885	5.673	6,6	5,5	8,0

Rispetto alle stime 2005 i valori si mostrano essere del tutto sovrapponibili.

### 3.2 MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

Un ulteriore aspetto del fenomeno dipendenze che può essere analizzato è la distribuzione spaziale dell'utenza in carico presso i servizi per le dipendenze della ASL.

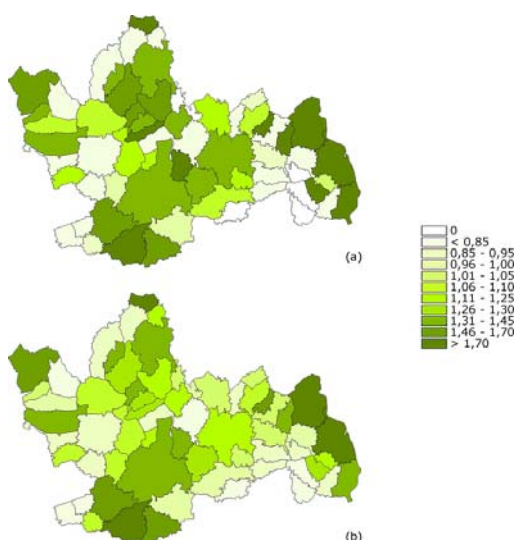
In linea con quanto fatto per l'anno 2005, in questo tipo di analisi sono stati considerati i soggetti residenti sul territorio della ASL di età compresa tra i 15 e i 64 anni per quanto riguarda gli utilizzatori di sostanze illegali, e tra i 15 e i 74 anni per quello che concerne i soggetti alcolodipendenti. Nell'analisi non sono state prese in considerazione le singole sostanze illegali, ma si sono raggruppate in tre tipologie: oppiacei, stimolanti e cannabinoidi.

La ripetizione dell'analisi (utilizzando la stessa metodologia) per anni successivi, oltre a fornire la descrizione della dislocazione del fenomeno per l'anno in esame, consente anche di esprimere un giudizio qualitativo su eventuali cambiamenti o omogeneità della distribuzione dell'utenza sul territorio.

### 3.2.1 I consumatori di oppiacei

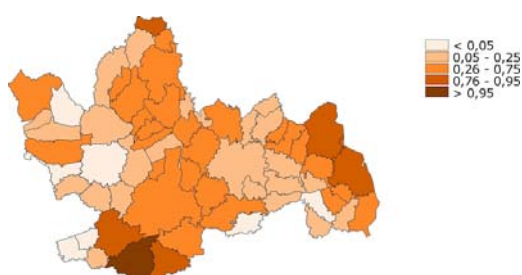
Nel Grafico 3.1 sono riportate le mappe relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per gli utilizzatori di oppiacei.

**Grafico 3.1: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**



Un solo comune, Sesto San Giovanni, riporta un valore di probabilità a posteriori indicativo di una prevalenza stimata significativamente maggiore del valore medio della ASL (preso come valore di riferimento), a questo si aggiungono 5 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta tendenzialmente superiore al valore di riferimento: Cologno Monzese, Cinisello Balsamo, Trezzo sull'Adda, Cornate d'Adda e Veduggio con Colzano.

**Grafico 3.2: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.**



7 sono invece i comuni che riportano un valore di prevalenza stimata significativamente inferiore al valore di riferimento, mentre per altri 24 comuni la prevalenza stimata risulta inferiore al valore medio della ASL in maniera tendenziale.

Questi comuni si raggruppano in due aree, una nella parte occidentale del territorio e l'altra nella parte orientale delimitata dai comuni di Vimercate, Pozzo d'Adda e Ronco Briantino.

I comuni per i quali i valori di prevalenza stimata non risultano differenti (in maniera significativa o tendenziale) dal valore di riferimento sono 26 e si concentrano soprattutto nella parte centrale del territorio.

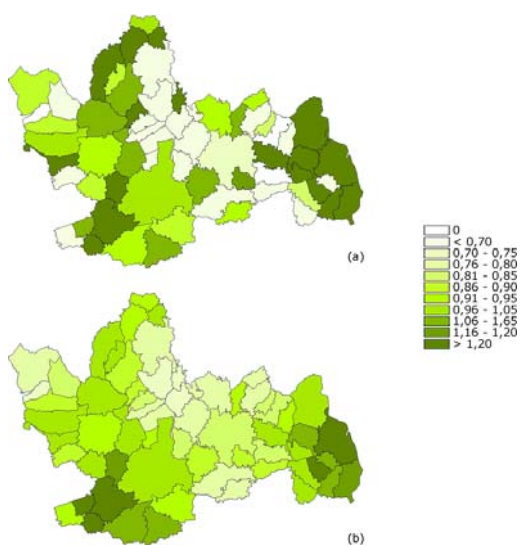


Rispetto all'anno 2005 si osserva un'ulteriore concentrazione dell'utenza e l'allineamento dei valori di prevalenza dei comuni di Arcore e Usmate Velate, nell'anno precedente superiori rispetto al valore di riferimento.

### 3.1.2 I consumatori di stimolanti

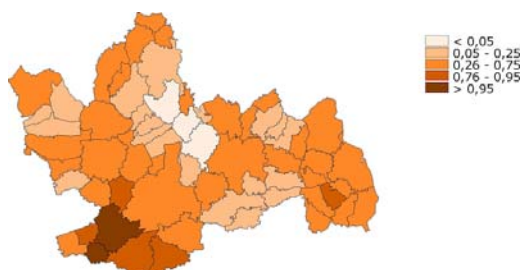
Le mappature delle prevalenze osservate e stimate relative agli utilizzatori di stimolanti sono riportate nel Grafico 3.3.

**Grafico 3.3: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**



Anche in questo caso la lettura della mappa delle probabilità a posteriori suggerisce un fenomeno concentrato in pochi comuni sparsi sul territorio: 2 comuni, nella parte meridionale (Cinisello Balsamo e Bresso), mostrano un valore di prevalenza stimata significativamente maggiore del valore di riferimento, per altri 5 comuni la prevalenza stimata risulta invece tendenzialmente maggiore, questi risultano quasi esclusivamente concentrati attorno ai due comuni prima citati.

**Grafico 3.4: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.**



Per 3 comuni (Arcore, Lesmo e Triuggio) il valore di probabilità a posteriori è indicativo di una prevalenza stimata significativamente inferiore al valore di riferimento; attorno a questi si concentrano alcuni dei 20 comuni per i quali la prevalenza stimata è tendenzialmente inferiore al valore medio della ASL.

I restanti comuni che riportano un valore di prevalenza stimata tendenzialmente inferiore al valore di riferimento si raggruppano in tre diverse zone: nell'area a

sud di Vimercate a confine con l'ASL 2 di Milano, attorno ad Aicurzio e nella punta nord occidentale.

Per 33 comuni, circa la metà dei comuni della ASL, il valore di prevalenza stimata non differisce dal valore di riferimento in maniera significativa o tendenziale.

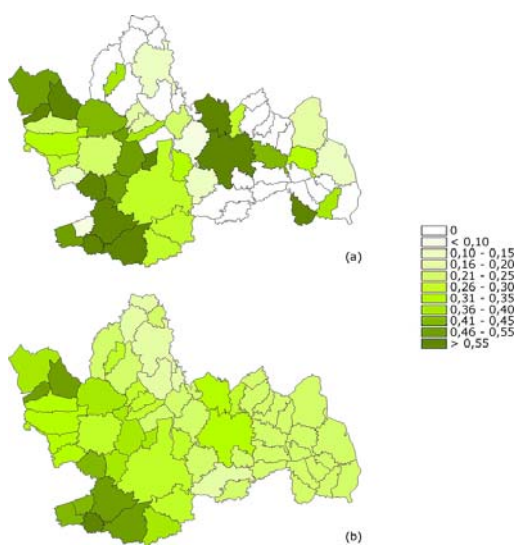
Rispetto al 2005 si osserva una maggiore omogeneità del fenomeno sul territorio vista la diminuzione di comuni con valori di prevalenza significativamente differenti (in eccesso o in difetto) dal valore di riferimento.

La distribuzione spaziale dell'utenza risulta maggiormente delineata, in particolar modo si osserva che i comuni con prevalenza maggiore del valore di riferimento, prima sparsi su tutto il territorio, si concentrano ora quasi esclusivamente nell'area di Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo.

### 3.1.3 I consumatori di cannabinoidi

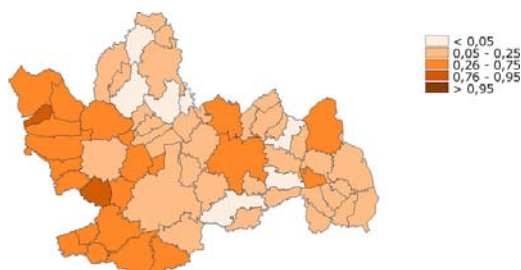
Ancora diversa è l'immagine della distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di cannabinoidi suggerita dalla mappa delle prevalenze stimate riportata nel Grafico 3.5(b).

**Grafico 3.5: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.**



La mappatura delle probabilità a posteriori relativa gli utilizzatori di cannabis evidenzia che per nessun comune il valore di prevalenza stimata risulta significativamente superiore al valore di riferimento mentre per due comuni (Barlassina e Nova Milanese) la prevalenza stimata risulta tendenzialmente superiore al valore medio della ASL.

**Grafico 3.6: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.**



I comuni per i quali la prevalenza stimata risulta inferiore al valore medio della ASL in maniera significativa (7 comuni) o tendenziale (34 comuni) coprono praticamente tutta la parte centrale e orientale del territorio della ASL.

Lungo la fascia occidentale del territorio si concentrano invece i comuni per i quali la prevalenza stimata non è differente dal valore di riferimento (20 comuni).

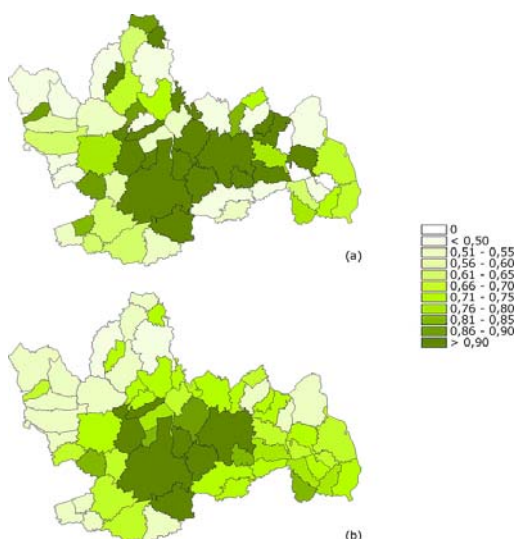
Rispetto al 2005 si osserva innanzitutto che i comuni che riportavano valori di prevalenza significativamente maggiori del valore di riferimento, nell'anno in esame fanno rilevare valori non differenti dalla media della ASL.

E' evidente inoltre il passaggio di tutta la fascia occidentale da valori tendenzialmente minori del valore di riferimento a valori a questo allineati.

### 3.1.4 Gli utenti alcoldependenti

L'analisi della distribuzione spaziale è stata effettuata anche per gli utenti alcoldependenti in carico presso i Nuclei Operativi Alcologia della ASL.

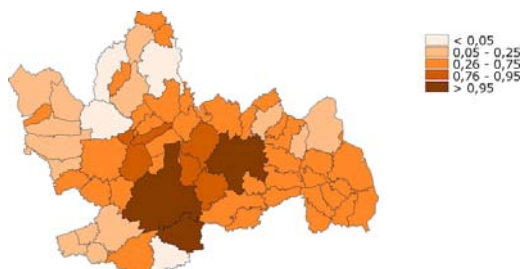
**Grafico 3.7: Utenti alcoldependenti, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-74. Anno 2006.**



La mappa che riporta le probabilità a posteriori suggerisce una dislocazione spaziale dell'utenza abbastanza precisa: nell'area tra Monza e Vimercate si concentrano i 3 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta significativamente superiore al valore di riferimento (Brugherio, Monza e Vimercate) e i 6 comuni per i quali invece il valore stimato di prevalenza è

tendenzialmente superiore rispetto al valore medio della ASL (Arcore, Concorrezzo, Lissone, Macherio e Villasanta).

**Grafico 3.8: Utenti alcoldipendenti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.**



Per 4 comuni la prevalenza stimata risulta inferiore al valore medio della ASL (Besana in Brianza, Cologno Monzese, Giussano e Seregno), a questi si aggiungono 24 comuni per i quali il valore stimato di prevalenza è tendenzialmente inferiore alla media della ASL che si collocano principalmente nella parte occidentale e settentrionale del territorio.

E' importante comunque sottolineare che la distribuzione spaziale di questa tipologia di utilizzatori risulta fortemente influenzata dalla presenza sul territorio preposte alla cura di questa tipologia di pazienti.

Dal punto di vista interpretativo, per gli utilizzatori di stimolanti e i soggetti alcoldipendenti, l'elevata quota di comuni con valori di prevalenza non differenti dal valore di riferimento, indica una distribuzione abbastanza omogenea di questi utilizzatori sul territorio della ASL.

Si nota poi che per gli utilizzatori di stimolanti emerge un cluster di comuni con valori di prevalenza significativamente maggiori del valore di riferimento nell'area di Cinisello Balsamo, mentre per gli utenti alcoldipendenti i comuni dell'area Vimercate e Monza fanno osservare una prevalenza maggiore del valore di riferimento.

Per quanto riguarda la distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di oppiacei, il territorio può essere suddiviso in cinque aree: la parte settentrionale e l'area tra Cavenago in Brianza e Ronco Briantino caratterizzate da valori di prevalenza stimata minori del valore di riferimento (in maniera significativa o tendenziale), la parte centrale dove si concentrano i comuni per i quali la prevalenza stimata non è differente dal valore medio della ASL, e le aree attorno a Sesto San Giovanni e Trezzo sull'Adda dove si concentrano invece i comuni che hanno riportato valori di prevalenza superiori alla media della ASL.

Per quanto concerne infine gli utilizzatori di cannabis, l'elevata quota di comuni con valori di prevalenza stimati inferiori, in maniera significativa o tendenziale, al valore medio della ASL (65%) indica un fenomeno molto concentrato e due sono i comuni che fanno osservare valori stimati tendenzialmente maggiori del valore di riferimento, Barlassina e Nova Milanese, collocati nella parte accidentale del territorio a confine con la ASL 1 di Milano.

### 3.3 ANALISI DEI TEMPI DI LATENZA

Il tempo di latenza, qui definito come il periodo che intercorre tra il primo uso di una specifica sostanza e la prima richiesta di trattamento presso un servizio per le tossicodipendenze, costituisce un buon indicatore epidemiologico della capacità attrattiva e della rapidità nell'attivazione di un primo trattamento, da parte dei servizi, nei confronti di soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze.

In particolare la presente analisi è volta all'individuazione di specifiche variabili socio-anagrafiche (età al primo utilizzo di sostanze, genere, livello di studio, condizione occupazionale, condizione abitativa) che possono influire nel determinare tale intervallo di tempo. Più nello specifico nel presente paragrafo si studia la distribuzione del tempo che intercorre tra il primo uso di oppiacei o cocaina e la prima richiesta di trattamento ad un servizio pubblico e si valutano eventuali legami con le variabili sesso, età al primo uso delle due sostanze considerate, condizione lavorativa, titolo di studio e condizione abitativa.

La metodologia impiegata è l'Analisi della Sopravvivenza i cui obiettivi sono quelli di studiare la distribuzione del tempo di accadimento di un certo evento all'interno di una popolazione. In particolare l'effetto che le suddette variabili hanno sul "rischio" (cioè sulla probabilità) di richiedere per la prima volta un trattamento è stato studiato attraverso l'utilizzo del modello di regressione di Weibull.

Dalle analisi condotte, si evince che il tempo medio di latenza è circa 10 e 9 anni rispettivamente per gli oppiacei e la cocaina, mentre la mediana è pari a 9 e 8 anni: ciò significa che in media un soggetto entra in cura circa 10 e 9 anni dopo aver iniziato ad utilizzare rispettivamente oppiacei e cocaina, e che la metà del campione ha richiesto per la prima volta un trattamento entro 9 e 8 anni dal primo utilizzo delle due sostanze.

Per valutare l'effetto delle variabili sesso, età al primo uso delle due sostanze considerate, condizione lavorativa, titolo di studio e condizione abitativa sulla probabilità di entrare in trattamento è stato utilizzato il modello Weibull, di cui in Tabella 3.5 si riportano i risultati.

**Tabella 3.5: Risultati del modello di Weibull.**

		Oppiacei		Cocaina	
		Rapporto dei rischi (HR)	IC	Rapporto dei rischi (HR)	IC
<b>Genere</b>	Maschio *				
	Femmina	1,4†	1,1 – 1,7	0,8	0,6 – 1,1
<b>Età al primo uso</b>	20 anni o meno*				
	21 anni o più	1,7 †	1,5 – 1,9	1,9†	1,7 – 2,3
<b>Titolo di studio</b>	Fino all'obbligo *				
	Oltre l'obbligo	1	0,8 – 1,1	1,3†	1,1 – 1,5
<b>Occupazione</b>	Non lavora *				
	Lavora	1	0,9 – 1,2	1,1	0,9 – 1,2
<b>Condizione abitativa</b>	Altro *				
	Con i genitori	1,7†	1,5 – 1,9	1,7†	1,4 – 1,9

\* Categoria di riferimento

† Valori statisticamente significativi

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 3.5 con un asterisco). Per cui, valori maggiori dell'unità identificano un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa.

Per la variabile "Età al primo uso della sostanza" è stata scelta come categoria di riferimento "20 anni o meno". Per coloro che hanno "21 anni o più", il rapporto dei rischi è risultato pari a 1,7 e 1,9 rispettivamente per i consumatori di oppiacei e cocaina; ciò significa che tale categoria di consumatori, ha una probabilità di richiedere un trattamento più precocemente che è del 70% (oppiacei) e 90% (cocaina) in più rispetto a chi aveva "20 anni o meno" quando ha iniziato a far uso di sostanze; ne deriva, pertanto, che il loro tempo di latenza è più corto.

Nell'ultima colonna, inoltre, è riportato l'intervallo di confidenza del rapporto dei rischi: per la variabile "Età al primo uso della sostanza" gli intervalli di confidenza relativi alle due sostanze considerate non comprendono l'1, pertanto, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa.

I risultati ottenuti con il modello Weibull evidenziano effetti significativi sul periodo di latenza oltre che della variabile "età al primo uso", anche della "condizione abitativa" per entrambe le sostanze analizzate; associazioni significative si rilevano anche relativamente al genere per i soli consumatori di oppiacei ed al titolo di studio per chi risulta in trattamento al servizio per abuso di cocaina/crack.

## **4. TRATTAMENTI ED INTERVENTI**

---

### **4.1 La rete dei servizi**

4.1.1 Il Dipartimento Dipendenze

### **4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Unità Operative SerT**

4.2.1 Trattamenti droga correlati

### **4.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA**

### **4.4 Profilo dei soggetti in trattamento presso il carcere**

4.4.1 Caratteristiche dei soggetti in carico nel corso del 2006





## 4. TRATTAMENTI ED INTERVENTI

### 4.1 LA RETE DEI SERVIZI

L'offerta trattamentale e di attività nel territorio dell'ASL MI3 consta di numerosi servizi distribuiti omogeneamente.

L'Azienda Sanitaria Locale, date le proprie caratteristiche e finalità istituzionali, nello svolgimento delle sue diverse attività interagisce con una fitta rete di soggetti, individui, gruppi o organizzazioni, destinatari ed erogatori dei servizi.

Tra gli erogatori di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali si trovano 736 Medici di medicina generale e 136 Pediatri di Libera Scelta.

Sul territorio della ASL MI3 sono presenti 245 farmacie e 50 punti di forniture ortopediche, ottiche ed acustiche.

I laboratori per analisi sono 114: 90 Centri prelievo e 24 Laboratori Analisi Cliniche.

I Poliambulatori e gli Ambulatori Medicina Specialistica sono 113.

Sono 15 le strutture che si contano tra Ospedali e Cliniche in tutto il territorio e le strutture di primo soccorso, articolate in Guardia Medica, Pronto soccorso e Ambulanze, sono 21.

L'area dedicata agli anziani vede numerose strutture: sono, infatti, 57 le strutture presenti tra Centri Diurni, Centri Diurni Integrati e Residenze Sanitarie Assistenziali.

Presenti anche le strutture per disabili: 3 Servizi di Integrazione Lavorativa, 6 centri Diurni Disabili ed un Centro Diurno Riabilitativo.

Rispetto alla Salute Mentale, la ASL 3 nel 2004 ha dato vita all'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM), recependo le indicazioni del Piano Regionale per la Salute Mentale della Regione Lombardia che ha fatto proprie le linee di indirizzo della dichiarazione sulla salute mentale della Conferenza Europea dell'OMS del Gennaio 2005.

All'Organismo di Coordinamento per la salute mentale partecipano ASL, DSM delle Aziende Ospedaliere, Erogatori accreditati, Comuni, Associazioni del Terzo Settore. Forte la collaborazione anche con il Terzo Settore: è costituito il Tavolo di confronto quale strumento di analisi, confronto e condivisione di proposte e linee di indirizzo riferite ad attività inerenti le tematiche relative all'area sanitaria, socio-sanitaria ed all'integrazione con l'area socio-assistenziale.

Il Terzo Settore (costituito dall'insieme degli enti e organizzazioni senza fini di lucro che operano prevalentemente nelle aree socio-assistenziale, sanitaria, educativa e culturale) censiti e operanti sul territorio dell' ASL sono rappresentati da:

298 organizzazioni di volontariato iscritte ai relativi registri;

61 associazioni di promozione sociale;

58 associazioni di familiari;

56 cooperative di tipo A e 24 cooperative di tipo B;

13 fondazioni ex IPAB e una fondazione bancaria;

1 azienda di servizi alla persona.

#### 4.1.1 Il Dipartimento Dipendenze

Il Dipartimento delle Dipendenze, istituito ai sensi della DGR VI/12622 del 07.04.2003, è un Dipartimento funzionale extra aziendale che ha l'obiettivo di integrare e coordinare, attraverso un sistema di rete, gli interventi dei diversi soggetti coinvolti nel campo delle Dipendenze. Le funzioni principali del Dipartimento sono:

organizzare modalità di integrazione interistituzionale, che prevedono la partecipazione, nelle specifiche competenze, del privato sociale accreditato ed autorizzato operante nel territorio o richiesto da altri territori e degli enti locali, nel coordinamento e programmazione degli interventi;

definire opportune relazioni con le aree ed i dipartimenti della salute mentale e materno-infantile;

costruire progetti integrati, con particolare riguardo agli ambiti di confine, quali alcolismo, problemi dell'adolescenza, doppia diagnosi, gioco d'azzardo;

programmare, gestire e valutare le azioni di contrasto delle dipendenze;

coordinare la rete di unità operative;

Il Direttore di Dipartimento è il Direttore del Servizio Dipendenze della Azienda.

Il Comitato di Dipartimento è un organismo del Dipartimento Dipendenze. In esso sono rappresentati gli Enti Locali e le realtà di Privato Sociale e Volontariato accreditato che nel territorio dell'Azienda si occupano di dipendenze.

Il Coordinamento Territoriale, di cui alla deliberazione di G.R. della Lombardia n. 4768 del 24.5.2001, deliberato dalla ASL Provincia di Milano 3 con provvedimento n. 607 del 3.11.2003, è un'articolazione del Comitato di Dipartimento.

### **Il Servizio Dipendenze**

Il Servizio Dipendenze è struttura complessa e si articola in due Unità Operative semplici:

U.O. Territoriale Nord; U.O. Territoriale Sud.

Le Unità Operative territoriali si articolano a loro volta in sedi territoriali ove vengono erogate le prestazioni di tipo clinico.

Esistono inoltre delle Unità Funzionali, a carattere trasversale e sovraterritoriale, di supporto al Dipartimento/Servizio per le attività programmatiche e per le specifiche aree progettuali:

- il Gruppo Operativo Carcere, con sede operativa presso la Casa Circondariale di Monza, garantisce le prestazioni assistenziali a favore dei detenuti tossico – alcol dipendenti;
- l'Osservatorio Epidemiologico;
- il Gruppo prevenzione, riduzione rischi e giovani consumatori.

Al Servizio Dipendenze sono attribuite le seguenti funzioni aziendali:

- garantire il massimo livello di contrasto di tutte le dipendenze e dei fenomeni di consumo ed abuso di sostanze legali ed illegali, anche attraverso la valorizzazione delle esperienze organizzative e sperimentali realizzate a livello locale;
- garantire le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
- garantire le attività prevenzione, cura e riabilitazione dell'abuso e dipendenza da alcol e delle malattie ad esso correlate;
- garantire l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti della Casa Circondariale di Monza;
- fornire la valutazione e la definizione di programmi individualizzati, comprendenti interventi di tipo sanitario, psicologico e socio-educativo;
- gestire i rapporti con le Strutture riabilitative;
- gestire i processi di reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti del SerD;
- fornire consulenza per pazienti, familiari ed altre persone interessate;
- effettuare interventi di prevenzione ed educazione sanitaria, specialmente in ambito scolastico;
- collaborare con gli enti locali e le realtà del privato sociale operanti nel territorio.

#### Unità Operativa Territoriale Nord

L'Unità Operativa Territoriale Nord è struttura semplice organizzata in 4 sedi territoriali: sede di Carate Brianza e Desio, sede di Seregno, sede di Vimercate e sede di Trezzo. Alcune sedi sono organizzate in più ambulatori.

Tutte le sedi dell'Unità Operativa Territoriale Nord hanno la funzione di gestire le attività di accoglienza, trattamento, sia a livello ambulatoriale sia in collaborazione con Strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali accreditate e risocializzazione degli assuntori di sostanze d'abuso lecite ed illecite che determinano stati di dipendenza, compresi stati derivanti da poliabuso.

Le sedi territoriali dell'Unità Operativa si diversificano per tipologia di utenza.

Sede di Carate Brianza e Desio (con possibile futura istituzione di una sede per Desio nel territorio del Distretto competente):

- utenza con stati di dipendenza da poliabuso (programmi cogestiti con la sede di Seregno), con particolare attenzione agli stati di dipendenza da sostanze stupefacenti e con necessità di somministrazione di sostitutivi.

Sede di Seregno:

- utenza con stati di dipendenza alcolica;
- utenza con stati di dipendenza da poliabuso (con programmi cogestiti con la sede di Carate Brianza e Desio), con particolare attenzione agli stati di dipendenza alcolica.

Sede di Vimercate:

- utenza con stati di dipendenza alcolica;
- utenza con stati di dipendenza da sostanze stupefacenti.

Sede di Trezzo:

- utenza con stati di dipendenza da poliabuso, con particolare attenzione agli stati di dipendenza da sostanze stupefacenti con necessità di somministrazione di sostitutivi.

#### Unità Operativa Territoriale Sud

L'Unità Operativa Territoriale Sud è struttura semplice organizzata in 3 sedi territoriali: sede di Monza, sede di Cinisello Balsamo, sede di Sesto San Giovanni. Alcune sedi sono organizzate in più ambulatori.

Tutte le sedi dell'Unità Operativa Territoriale Nord hanno la funzione di gestire le attività di accoglienza, trattamento, sia a livello ambulatoriale sia in collaborazione con Strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali accreditate, e risocializzazione degli assuntori di sostanze d'abuso lecite ed illecite che determinano stati di dipendenza, compresi stati derivanti da poliabuso.

Le sedi territoriali dell'Unità Operativa si diversificano per tipologia di utenza.

Sede di Monza:

- utenza con stati di dipendenza da sostanze stupefacenti e con necessità di somministrazione di sostitutivi, garantita per tutti i giorni dell'anno;
- utenza con stati di dipendenza alcolica;
- utenza con stati di dipendenza da poliabuso, con particolare attenzione ai giovani consumatori di sostanze illecite;
- utenza con dipendenza tabagica;

Sede di Sesto San Giovanni:

- utenza con stati di dipendenza da sostanze stupefacenti e con necessità di somministrazione di sostitutivi;
- utenza con stati di dipendenza alcolica;

Sede di Cinisello Balsamo

- utenza con stati di dipendenza da poliabuso, con particolare attenzione agli stati di dipendenza da sostanze stupefacenti
- utenza con stati di dipendenza non da sostanze (Gambling ).

### **Gruppo Operativo Grave Marginalità - Carcere**

Ad esso sono attribuite le seguenti funzioni:

- predisporre programmi per tossico-alcolodipendenti;
- garantire l'assistenza ai tossico-alcolodipendenti detenuti presso la Casa Circondariale di Monza;
- garantire la prosecuzione delle terapie sostitutive già in atto;
- elaborare i programmi alternativi alla detenzione;
- raccordarsi con i servizi per le alcol-tossicodipendenze competenti per territorio;
- effettuare screening e rilasciare certificazione medico-legale sugli stati di tossico-alcolodipendenza;
- fornire sostegno e/o trattamento intramurario per cittadini italiani, stranieri ed extracomunitari (regolari/irregolari);
- somministrare sostitutivi 365 gg/anno.

### **Osservatorio Epidemiologico**

L'Unità Funzionale Osservatorio Epidemiologico è trasversale al Servizio Dipendenze con funzioni di supporto al Dipartimento Dipendenze ed al Comitato di Dipartimento.

Ad esso sono attribuite le seguenti funzioni:

gestire la raccolta dei flussi informativi provenienti dai servizi e dal territorio atti;

monitorare l'andamento del fenomeno sul territorio;

la programmazione dipartimentale e gestire il debito informativo per il Dipartimento Dipendenze.

### **Gruppo Prevenzione, Riduzione Rischi e Giovani Consumatori**

Il Gruppo Prevenzione, Riduzione Rischi e Giovani Consumatori è trasversale al Servizio Dipendenze, con funzioni di supporto al Dipartimento Dipendenze.

Ad esso sono attribuite le seguenti funzioni:

programmare e coordinare per tutto il territorio della ASL, anche in raccordo con il Comitato di Dipartimento, le attività di informazione, prevenzione, riduzione dei rischi e del danno e aggancio precoce dei giovani consumatori, al fine di fornire una corretta informazione sugli effetti e le conseguenze dell'uso di sostanze e di favorire l'invio precoce ai servizi in caso di iniziale consumo;

effettuare le azioni programmate, sperimentali e di diretta erogazione nei campi di specifico intervento, avvalendosi di risorse del Servizio Dipendenze o dell'Azienda.

*Sedi del servizio di tossicodipendenze.*

Le sedi del servizio di tossicodipendenze presenti sul territorio della azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 3 sono quattro e, più precisamente:

- la sede di Carate Brianza<sup>1</sup>
- la sede di Cinisello Balsamo<sup>2</sup>
- la sede di Monza<sup>3</sup>
- il polo di Trezzo sull'Adda e Vimercate<sup>4</sup>

Risultano 0,6 servizi per le tossicodipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 492 utenti tossicodipendenti.

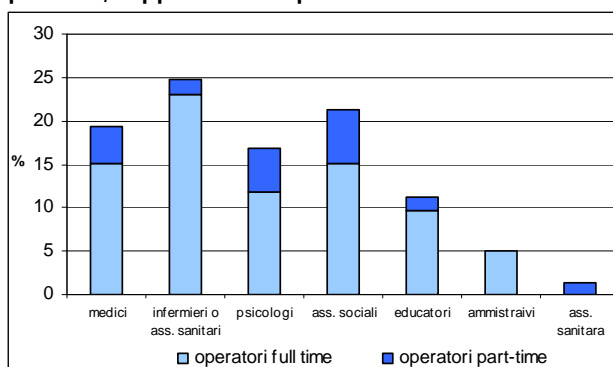
*Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i SerT.*

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 totale degli addetti alle tossicodipendenze è pari a 59, di questi il 19% medici, il 26% infermieri o assistenti sanitari, il 21% assistenti sociali, il 17% psicologi, il 12% educatori ed il 5% amministrativi. L'80% degli operatori è impiegato a tempo pieno, contro il 20% impiegato a tempo parziale (Grafico 4.1).

Il rapporto tra gli operatori che lavorano nel campo delle tossicodipendenze e la popolazione a rischio residente sul territorio è di 1 a 12.000 circa.

**Grafico 4.1: Caratteristiche del personale assegnato al servizio tossicodipendenze per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.**



<sup>1</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Albiate, Besana in Brianza, Briosco, Carate Brianza, Renate, Triuggio, Veduggio con Colzano, Verano Brianza. Provvisoriamente anche i comuni appartenenti al distretto di Desio: Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio, Muggiò, Nova Milanese, Varedo.

<sup>2</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni.

<sup>3</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Biassono, Brugherio, Lissone, Macherio, Monza, Sovico, Vedano al Lambro, Villasanta.

<sup>4</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Basiano, Busnago, Cornate d'Adda, Grezzago, Masate, Pozzo d'Adda, Roncello, Trezzano Rosa, Vaprio d'Adda; e per i comuni: Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Basiano, Busnago, Cornate d'Adda, Grezzago, Masate, Pozzo d'Adda, Roncello, Trezzano Rosa, Vaprio d'Adda.

*Sedi del servizio di alcol dipendenze.*

Le sedi del servizio per le alcoldipendenze presenti sul territorio della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 3 sono quattro:

- la sede di Monza<sup>5</sup>
- la sede di Seregno<sup>6</sup>
- la sede di Sesto San Giovanni<sup>7</sup>
- la sede di Vimercate<sup>8</sup>

Risultano 0,6 servizi per le alcoldipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 223 utenti alcoldipendenti.

*Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i NOA.*

Anche per quanto riguarda 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).

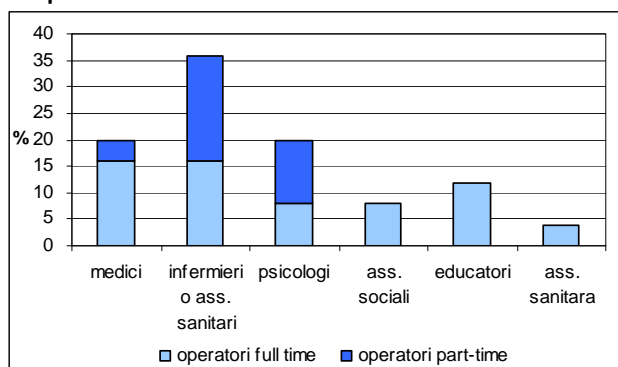
Gli addetti alle alcoldipendenze in totale sono 25: il 20% medici, il 40% infermieri o assistenti sanitari ed il 20% psicologi, il 12% educatori e l'8% assistenti sociali. Non sono presenti amministrativi.

Il 64% degli operatori sono impiegati a tempo pieno ed il 36% a tempo parziale (Grafico 4.2).

Nello specifico delle professionalità possiamo notare che la percentuale maggiore di operatori part-time si trova tra gli infermieri (20% sul totale degli operatori).

Considerando la popolazione residente a rischio ed i servizi per le alcoldipendenze, si calcola un rapporto di un operatore ogni 28.300 soggetti circa.

**Grafico 4.2: Caratteristiche del personale assegnato al servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.**



<sup>5</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Brughiero, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Monza, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza, Villasanta.

<sup>6</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Barlassina, Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio, Giussano, Lentate sul Seveso, Meda, Nova Milanese, Seregno, Seveso, Varedo.

<sup>7</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni.

<sup>8</sup> Effettua la prestazione per i seguenti comuni: Agrate Brianza, Aicurzio, Arcore, Basiano, Bellusco, Bernareggio, Burago di Molgora, Busnago, Camparada, Caponago, Carnate, Cavenago Di Brianza, Concorezzo, Cornate d'Adda, Correzzana, Grezzago, Masate, Mezzago, Ornago, Pozzo d'Adda, Roncello, Ronco Briantino, Sulbiate, Trezzano Rosa, Trezzo Sull'adda, Usmate Velate, Vaprio d'Adda, Vimercate

#### 4.2 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE UNITÀ OPERATIVE SERT

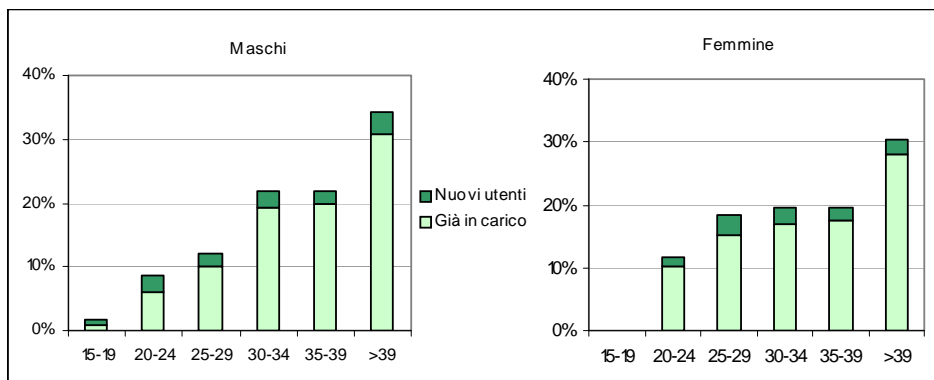
I soggetti in carico presso i sei servizi della ASL MI3 nel corso del 2006 sono complessivamente 2.369; l'82% dei soggetti in carico è rappresentato da utenti già in carico e il rimanente 18% sono soggetti che hanno effettuato domanda di trattamento per la prima volta nell'anno.

Circa il 17% degli utenti in trattamento sono soggetti in carico presso altri servizi ma temporaneamente appoggiati presso uno dei servizi della ASL.

L'età media dei soggetti in trattamento è di poco inferiore ai 36 anni, con una differenza di quattro anni tra nuovi utenti e utenti già in carico (32 anni e 36 anni rispettivamente).

La distribuzione dell'utenza per sesso evidenzia, per entrambi i generi, una concentrazione dell'utenza nella classe di età superiore ai 39 anni (il 34% dei maschi e il 30% delle femmine), si osserva inoltre che se le femmine sono distribuite in maniera pressoché omogenea nelle fasce di età tra i 20 e i 39 anni, il 44% dei maschi ha un'età compresa tra i 30 e i 39 anni e il rimanente 22% si distribuisce nelle fasce minori. Questa differente distribuzione per classe di età e sesso si riflette in un'età media leggermente superiore per i soggetti di sesso maschile (36 anni contro i 34 anni delle femmine).

**Grafico 4.3: Distribuzione percentuale degli soggetti in carico per sesso, classe di età e presenza nel servizio. Anno 2006.**

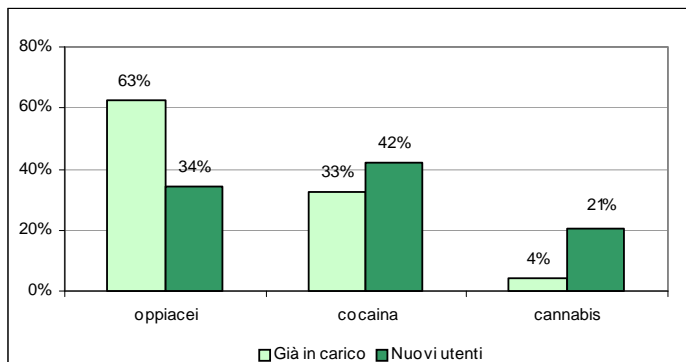


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per il 60% degli utenti la sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento sono gli oppiacei, il 34% è in trattamento per problemi legati all'utilizzo di cocaina e una minoranza di soggetti fa uso di cannabis (6%) o altre sostanze (1%).

Una netta differenza rispetto alla sostanza che ha determinato il trattamento si osserva tra i nuovi ingressi e i soggetti già in carico: tra i primi più consistente è la domanda di trattamento da parte degli utilizzatori di cocaina (42% contro il 33% dei già in carico) e cannabis (21% e 4% rispettivamente), mentre nettamente minore è il dato relativo a soggetti che fanno richiesta di trattamento per problemi legati all'uso di oppiacei (34% contro il 63% dei già in carico).

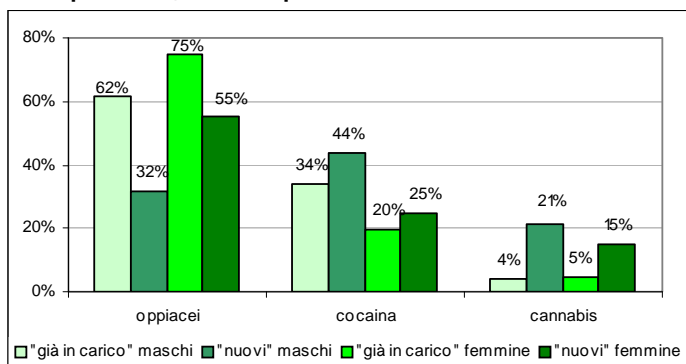
**Grafico 4.4: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio per sostanza d'uso primaria e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Dal Grafico 4.5 si osserva che la propensione al consumo delle diverse sostanze si differenzia non solo in base alla presenza all'interno del servizio ma anche tra i due generi: il consumo di oppiacei oltre ad essere riscontrato in misura maggiore tra i soggetti già in carico si rileva soprattutto tra le utenti femmine (75% delle già in carico e 55% delle nuove utenti), la cocaina invece risulta utilizzata in misura maggiore tra i maschi (34% e 44% rispettivamente); per la cannabis non si osservano differenze tra i sessi.

**Grafico 4.5: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio per sostanza d'uso primaria, sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

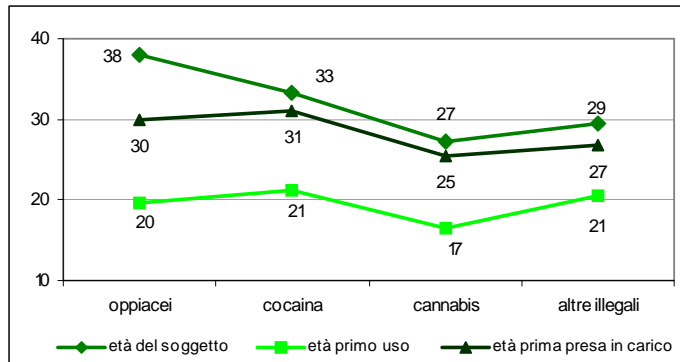
Le differenze osservate tra gli utilizzatori delle diverse sostanze relativamente al sesso e, soprattutto alla presa in carico, si riflettono anche nella composizione per età dei differenti collettivi, più anziani risultano gli utilizzatori di oppiacei che fanno rilevare un'età media di circa 38 anni, cinque anni più giovani risultano gli utilizzatori di cocaina mentre per gli utilizzatori di altre illegali e cannabis l'età media è pari rispettivamente a 29 e 27 anni.

Rispetto all'età di prima presa in carico si osserva che sono gli utilizzatori di cannabis i soggetti che, mediamente, vengono presi in carico più giovani (25 anni), seguono gli utilizzatori di altre illegali (27 anni), oppiacei (30 anni) e più elevata risulta l'età di prima presa in carico per i cocainomani (31 anni).

Gli utilizzatori di cannabis fanno osservare anche l'età di primo uso più bassa (17 anni); pari a 20 anni è l'età di primo uso per i consumatori di oppiacei ed è di un anno maggiore per i cocainomani e gli utilizzatori di altre sostanze illegali.



**Grafico 4.6: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria e dell'età attuale dei soggetti per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.**



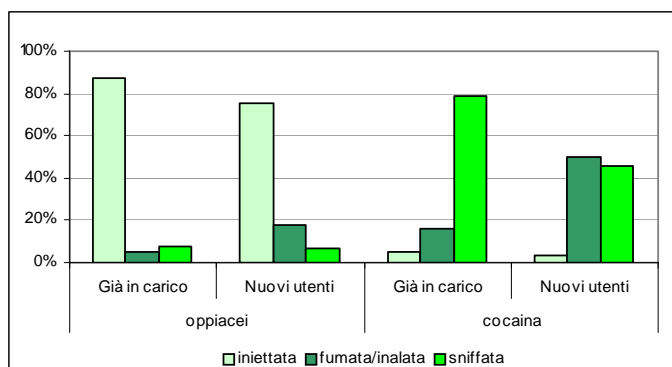
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I soggetti in trattamento che dichiarano di far uso iniettivo della sostanza sono poco più della metà degli utenti (54%). Questa modalità di assunzione risulta diffusa soprattutto tra gli utilizzatori di oppiacei (l'86% fa uso iniettivo): tra i consumatori di cocaina il 5% dei soggetti dichiara di assumere la sostanza per via iniettiva.

Considerando solo queste due tipologie di utilizzatori e distinguendo tra nuovi e vecchi utenti, per gli utilizzatori di oppiacei si osserva una diminuzione dell'utilizzo endovenoso tra i nuovi utenti rispetto ai già in carico (75% e 86% rispettivamente) a favore di una maggiore diffusione tra i nuovi utenti dell'abitudine ad assumere oppiacei fumandoli o inalandoli.

Anche tra gli utilizzatori di cocaina la pratica iniettiva appare in diminuzione tra i nuovi utenti (3% contro il 5% dei già in carico).

**Grafico 4.7: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio utilizzatori di oppiacei e cocaina per sostanza d'uso primaria, modalità di assunzione e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica<sup>9</sup> ai soli utilizzatori di oppiacei e cocaina evidenziano che è statisticamente significativa

<sup>9</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.

l'associazione è positiva tra l'essere un soggetto già in carico e il far uso della sostanza per via iniettiva, significativa e positiva è anche l'associazione tra la pratica iniettiva e l'aver un'età superiore ai 35 anni e l'aver cominciato a far uso della sostanza prima dei 18 anni; negativa è invece l'associazione tra il sesso femminile e l'uso iniettivo della sostanza.

**Tabella 4.1: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso iniettivo della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	0,53 (0,35-0,80)*
età attuale > 35 anni vs. età < 35 anni	4,93 (3,80-6,40)*
età primo uso < 18 anni vs. > 18 anni	2,44 (1,88-3,17)*
già in carico vs. nuovi utenti	2,81 (1,84-4,29)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Il 70% dei soggetti in carico dichiara di far uso di altre sostanze oltre a quella che ha determinato il trattamento, in particolare il 42% dei soggetti fa uso di una sola sostanza secondaria, mentre il 28% ne utilizza almeno altre due.

Il poliuso appare maggiormente diffuso tra gli utilizzatori di oppiacei (79%) e cocaina (64%), mentre la maggior parte degli utilizzatori di cannabis (70%) fa uso della sola sostanza primaria.

**Tabella 4.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico distinti per sostanza d'abuso primario in base al numero di sostanze consumate. Anno 2006.**

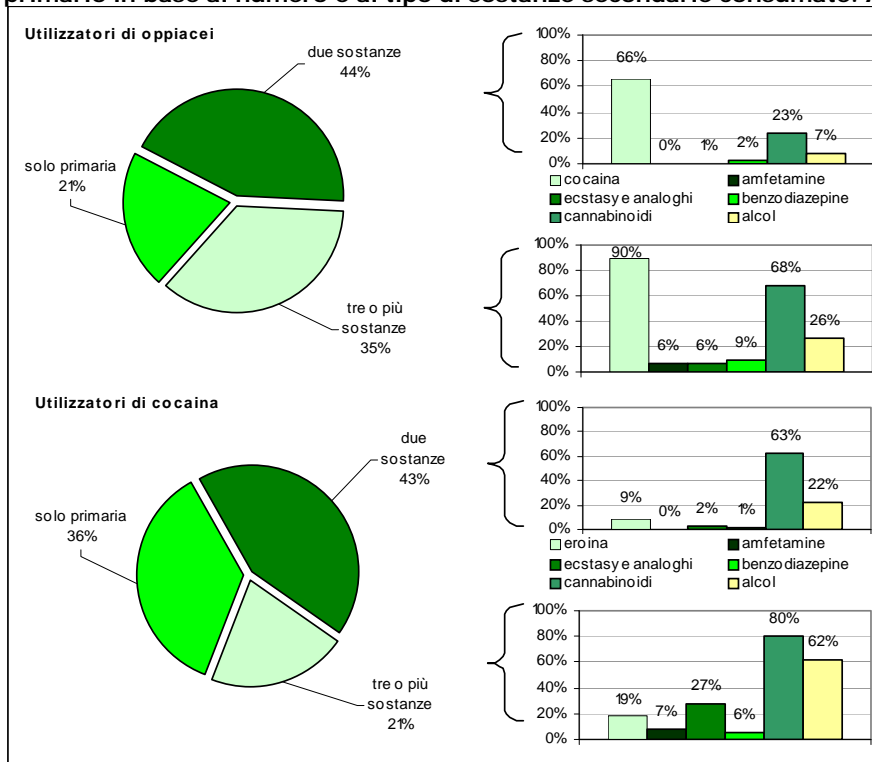
	Sostanza di abuso primaria		
	oppiacei	cocaina	cannabis
Utilizzatori di una sola sostanza	21,4%	36,3%	70,2%
Utilizzatori di due sostanze	43,7%	42,9%	26,6%
Utilizzatori di tre sostanze	35,0%	20,8%	3,2%

Il 44% dei consumatori di oppiacei utilizza una sola sostanza secondaria e il 35% associa agli oppiacei due o più secondarie, la sostanza maggiormente utilizzata in associazione agli oppiacei è la cocaina (66% degli utilizzatori di una sola secondaria e 90% dei soggetti che fanno uso di più secondarie), seguono la cannabis (rispettivamente 23% e 68%), l'alcol (7% e 26%), le benzodiazepine (2% e 9%) e l'ecstasy (1% e 6%). Il 6% dei soggetti che fanno uso di due o più secondarie associa anche amfetamine.

Tra gli utilizzatori di cocaina i soggetti che fanno uso di una sola secondaria sono il 43%, il 21% ne usa invece due o più. Tra i primi si rileva l'uso soprattutto di cannabinoidi (63%), in misura minore anche di alcol (22%) ed eroina (9%).

I cocainomani che utilizzano più sostanze secondarie associano oppiacei (80%), alcol (62%) e in misura minore ecstasy (27%), eroina (19%), amfetamine (7%) e benzodiazepine (6%).

**Grafico 4.8: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico distinti per sostanza d'abuso primaria in base al numero e al tipo di sostanze secondarie consumate. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica, oltre a confermare quanto rilevato sopra circa la propensione a questo comportamento da parte degli utilizzatori di oppiacei piuttosto che dei soggetti che fanno uso di cocaina o cannabis, evidenziano un'associazione negativa tra la pratica del poliabuso e l'essere un nuovo utente o avere un'età superiore ai 35 anni.

**Tabella 4.3: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso di altre sostanze oltre alla sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	0,83 (0,57-1,20)
cocaina vs. oppiacei	0,44 (0,34-0,57)*
cannabis vs. oppiacei	0,11 (0,07-0,18)*
altre illegali vs. oppiacei	0,97 (0,26-3,65)
nuovi utenti vs. già in carico	0,58 (0,42-0,82)*
età > 35 anni vs. età < 35 anni	0,66 (0,51-0,85)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

La distribuzione dell'utenza per canale d'invio ai servizi e sostanza d'abuso primaria evidenzia differenze tra gli utilizzatori delle varie sostanze.

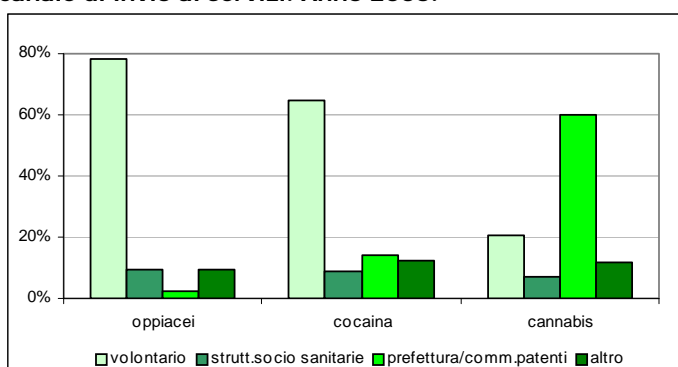
Complessivamente la maggioranza dei soggetti giunge ai servizi per scelta volontaria (70%), il 10% è inviato dalle autorità, il 9% da strutture socio sanitarie e un 11% giunge attraverso altri canali.

Tra i consumatori di oppiacei l'80% si trova in trattamento per scelta volontaria, mentre i soggetti che sono arrivati ai servizi per l'invio da parte delle autorità sono il 3%.

Tra gli utilizzatori di cocaina il 65% è in trattamento per scelta volontaria, il 14% risulta inviato dalle autorità, il 9% da strutture socio sanitarie e il 13% è giunto in trattamento attraverso altri canali.

La maggior parte dei consumatori di cannabis (60%), si trova in trattamento per l'invio da parte delle autorità, il 7% è stato inviato da strutture socio sanitarie e il 21% ha scelto spontaneamente di sottoporsi a trattamento.

**Grafico 4.9: Distribuzione percentuale degli utenti in carico per sostanza d'uso primaria e canale di invio ai servizi. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

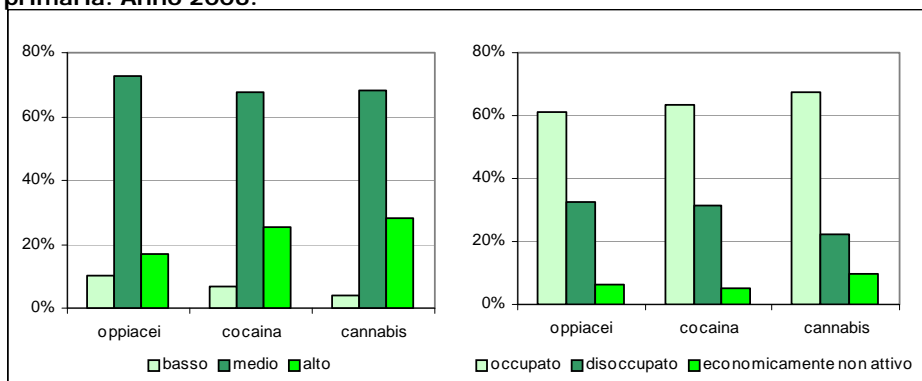
L'analisi delle caratteristiche legate alla scolarità e alla condizione occupazionale dei soggetti non evidenzia differenze significative tra gli utilizzatori delle diverse sostanze.

Il 71% degli utenti in carico ha un livello di istruzione medio, il 21% ha proseguito gli studi oltre l'obbligo e il rimanente 9% ha invece ottenuto al massimo la licenza elementare.

Tra gli utilizzatori di oppiacei si rileva un 10% di utenti che ha un basso livello di istruzione e il dato relativo ai soggetti con elevato livello di istruzione è pari al 17%, sensibilmente minore rispetto a quello che si rileva tra i consumatori di cocaina e cannabis (26% e 28% rispettivamente).

Rispetto alla condizione occupazionale, il 62% dei soggetti risulta occupato, il 32% è disoccupato e il 6% economicamente non attivo, distinguendo in base alla sostanza d'abuso primaria si rileva solo tra gli utilizzatori di cannabis una quota più consistente di soggetti economicamente non attivi (10%) e occupati (68%).

**Grafico 4.10: Distribuzione percentuale degli utenti in carico in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

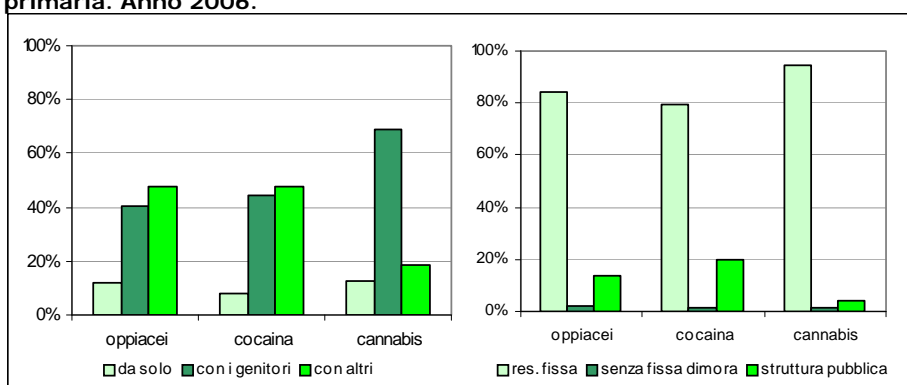
L'analisi della condizione coabitativa evidenzia differenze tra i consumatori di cannabis e gli utilizzatori di oppiacei o cocaina.

Tra i primi il 69% dei soggetti abita con i genitori, il 13% vive da solo e il 18% abita con altre persone; tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina la quota di utenti che vive con i genitori è pari rispettivamente al 40% e 44% mentre vive da solo il 12% dei consumatori di oppiacei e l'8% degli utilizzatori di cocaina.

L'83% dei soggetti in carico ha una residenza fissa, il 15% abita in strutture pubbliche e il 2% non ha fissa dimora.

Tra i consumatori di cannabis il dato relativo agli utenti che hanno una fissa dimora è pari al 95%, tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina risulta invece più elevata rispetto al dato generale la quota di utenti in carico che abita in strutture pubbliche (rispettivamente 14% e 20%).

**Grafico 4.11: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio in base alla condizione abitativa (con chi-grafico a sinistra e dove-grafico a destra) per sostanza d'uso primaria. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Gli utenti stranieri in carico ai servizi rappresentano poco meno del 5% dell'utenza complessiva e si tratta per il 90% di soggetti di sesso maschile. Rispetto all'uso di sostanze invece si rileva che il 43% di questi utenti risulta in trattamento per problemi legati all'uso di oppiacei, un altro 43% fa uso di cocaina e il 13% di cannabis.

Per completare la descrizione dei soggetti in trattamento, attraverso l'adattamento di un modello di regressione logistica si è tentato di delineare il profilo degli utilizzatori delle diverse sostanze.

L'utilizzo di oppiacei risulta associato in maniera positiva con il sesso femminile, l'essere un soggetto già in carico e con l'avere un livello di scolarità medio o basso piuttosto che alto; negativa è invece l'associazione tra l'utilizzo di oppiacei e l'arrivo ai servizi attraverso le autorità o altri canali piuttosto che per scelta volontaria.

Rispetto all'uso di cocaina invece si osserva un'associazione negativa con l'essere un soggetto di sesso femminile, un utente già in carico, un soggetto con un livello di scolarità basso o medio e un utente economicamente non attivo piuttosto che occupato; positiva è invece l'associazione con l'arrivo ai servizi attraverso le autorità.

Il consumo di cannabis invece è associato in maniera negativa con l'essere un utente già in carico, positiva è l'associazione con l'essere un soggetto economicamente non attivo e l'essere arrivato ai servizi attraverso le autorità o per altri canali.

**Tabella 4.4: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso delle diverse sostanze primarie ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)		
	oppiacei	cocaina	cannabis
femmine vs. maschi	1,62 (1,04-2,52)*	0,62 (0,40-0,98)*	0,75 (0,26-2,19)
già in carico vs. nuovi utenti	3,56 (2,38-5,32)*	0,57 (0,39-0,83)*	0,21 (0,11-0,39)*
basso vs. alto	2,39 (1,36-4,20)*	0,53 (0,30-0,92)*	0,21 (0,02-1,77)
medio vs. alto	1,98 (1,45-2,71)*	0,59 (0,43-0,80)*	0,59 (0,30-1,14)
disoccupato vs. occupato	1,11 (0,80-1,54)	0,87 (0,63-1,21)	1,44 (0,69-2,99)
economicamente non attivo vs. occupato	1,30 (0,72-2,33)	0,50 (0,26-0,95)*	3,65 (1,33-10,03)*
abita con i genitori vs. abita da solo	0,90 (0,57-1,40)	1,03 (0,66-1,61)	0,84 (0,33-2,18)
abita con altri vs. abita solo	1,15 (0,73-1,82)	0,98 (0,62-1,55)	0,39 (0,13-1,17)
res.fissa vs. senza fissa dimora	1,11 (0,40-3,04)	1,41 (0,46-4,34)	0,51 (0,06-4,44)
res.fissa vs. res.in strutt.pubb.	0,64 (0,22-1,84)	2,40 (0,75-7,73)	0,12 (0,01-2,28)
strutt.socio sanitarie vs. volontario	1,19 (0,67-2,11)	0,78 (0,43-1,42)	1,65 (0,43-6,26)
autorità vs. volontario	0,12 (0,07-0,19)*	2,18 (1,42-3,34)*	16,50 (8,17-33,33)*
altro vs. volontario	0,62 (0,41-0,92)*	1,41 (0,94-2,12)	3,13 (1,28-7,62)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

#### 4.2.1 Trattamenti droga correlati

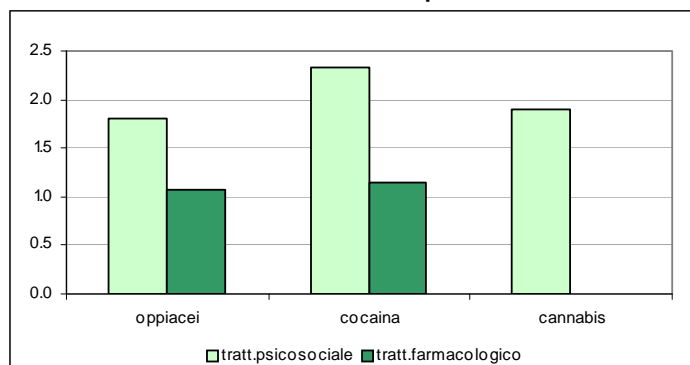
Nel corso del 2006 circa la metà dei trattamenti di tipo psicosociale erogati presso i servizi per le tossicodipendenze della ASL di Milano 3 è stata affiancata a cure di tipo farmacologico.

Ogni utente ha ricevuto in media 2,7 trattamenti, valore che scende a 2,4 se si considerano solo i soggetti non poliabusatori.

Tra questo sottogruppo di utenti si osserva che sono gli utenti cocainomani a ricevere mediamente il più alto numero di trattamenti di tipo psicosociale per soggetto (2,3), seguono gli utilizzatori di cannabis (1,9) e infine i consumatori di oppiacei (1,8).

Rispetto ai trattamenti farmacologici si osservano invece un numero medio di trattamenti per utente analogo tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina (1,1), è però necessario sottolineare che solo una minoranza degli utilizzatori di cocaina (non poliabusatori) risulta sottoposta a trattamento farmacologico, così come tra gli utilizzatori di cannabis che fanno uso solo di questa sostanza si rileva un solo soggetto sottoposto a trattamento farmacologico.

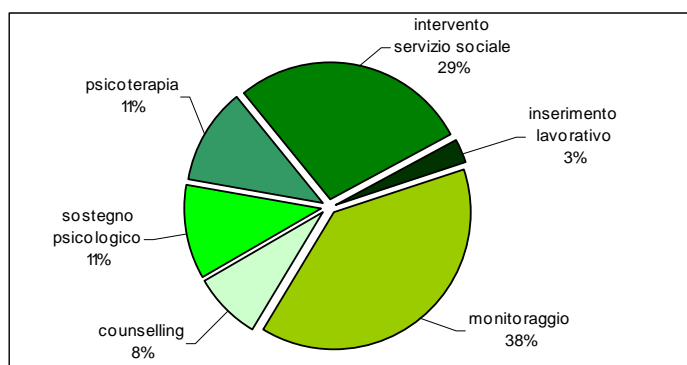
**Grafico 4.12: Numero medio di trattamenti per soggetto secondo la tipologia di trattamento e la sostanza di abuso primaria. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Esaminando nel dettaglio le tipologie di interventi erogati si osserva che la maggior parte dei trattamenti di tipo psicosociale sono interventi di monitoraggio (38%), il 29% interventi del servizio sociale, l'11% psicoterapia (individuale, di gruppo o familiare), un altro 11% sono interventi di sostegno psicologico, l'8% counselling e il 3% fa invece riferimento a interventi di inserimento lavorativo.

**Grafico 4.13: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali erogati per tipo. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Se si analizzano le tipologie di trattamento psicosociale cui sono stati sottoposti i diversi utilizzatori di sostanze si possono rilevare alcune differenze degne di nota.

Sottolineando che gli utenti possono essere sottoposti a più tipologie di interventi, si osserva che l'82% degli utilizzatori di oppiacei riceve interventi di monitoraggio (il monitoraggio racchiude un insieme di interventi che hanno come fine il monitoraggio clinico del paziente, dai colloqui agli esami clinici), il 51% risulta sottoposto a interventi del servizio sociale, mentre quote sensibilmente minori di questi utilizzatori ricevono anche interventi di sostegno psicologico (18%), psicoterapia (18%), counselling (11%) e interventi di inserimento lavorativo.

Tra gli utilizzatori di cocaina il 71% degli utenti è sottoposto a monitoraggio, il 69% riceve interventi del servizio sociale, il 34% segue trattamenti di psicoterapia, un altro 34% sostegno psicologico e il 22% counselling.

Il 70% degli utilizzatori di cannabis invece segue interventi di inserimento lavorativo, il 65% di questi utilizzatori è sottoposto a monitoraggio, il 27% a counselling, il 21% segue interventi di psicoterapia e il 13% è sottoposto a sostegno psicologico.

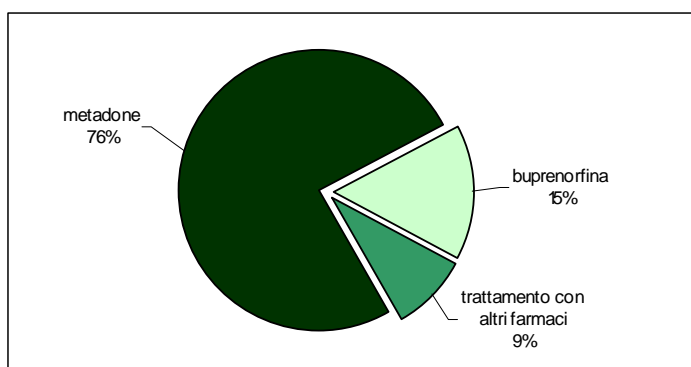
**Tabella 4.5: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento psicosociale per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.**

	oppiacei	cocaina	cannabis
counselling	10,6%	21,8%	27,3%
sostegno psicologico	18,0%	33,6%	13,0%
psicoterapia	17,6%	33,6%	20,8%
intervento servizio sociale	50,5%	68,8%	0,0%
monitoraggio	82,0%	70,9%	64,9%
inserimento lavorativo	6,8%	3,9%	70,1%

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I trattamenti farmacologici erogati sono soprattutto cure di tipo metadonico (76%), il 15% sono a base di buprenorfina e il rimanente 9% sono cure a base di altri farmaci.

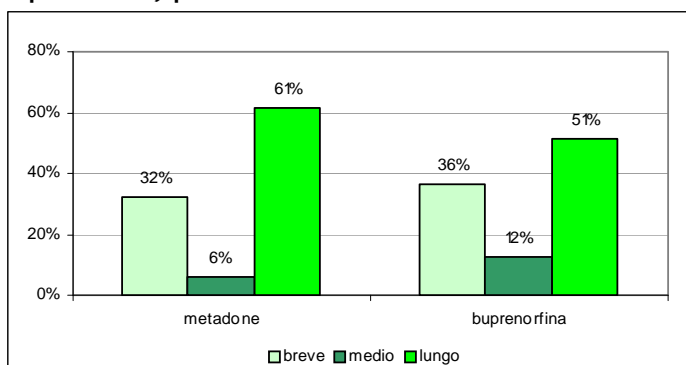
**Grafico 4.14: Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici erogati per tipo. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Con riferimento ai trattamenti a base di metadone e buprenorfina si osserva che la maggior parte di questi trattamenti prevede una durata di lungo termine (61% e 51% rispettivamente), il 6% dei trattamenti metadonici ha una durata a medio termine e il 32% a breve termine, tra i trattamenti a base di buprenorfina invece il 12% è a medio termine e il 36% a breve termine.

**Grafico 4.15: Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici (solo metadone e buprenorfina) per durata del trattamento. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I collettivi dei soggetti sottoposti a trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo e farmacologico, si differenziano sia per la tipologia di sostanza usata che per le caratteristiche anagrafiche.

Tra gli utenti sottoposti a trattamenti solo psicosociali e/o riabilitativi il 26% utilizza oppiacei, il 63% cocaina, il 10% cannabis e l'1% altre illegali. I soggetti sottoposti a trattamenti farmacologici sono invece quasi esclusivamente utilizzatori di oppiacei (94%).

Nel collettivo degli utenti che segue interventi psicosociali e/o riabilitativi si osserva una percentuale maggiore di soggetti di sesso femminile rispetto a quanto si rileva invece tra i soggetti in trattamento farmacologico (14% e 9% rispettivamente), emerge anche una diversa composizione per età dei due collettivi, l'età media degli utenti sottoposti a trattamenti psicosociale e/o



riabilitativi è leggermente inferiore rispetto a quella degli utenti in trattamento farmacologico (34 anni e 38 anni rispettivamente).

Distinguendo tra trattamenti solo psicosociali e/o riabilitativi e integrati e differenziando l'utenza in carico in base alla sostanza di abuso primaria si osserva che mentre la maggior parte degli utilizzatori di oppiacei riceve un trattamento di tipo integrato (79% contro il 7% dei cocainomani e l'8% degli utilizzatori di cannabis), quasi tutti gli utilizzatori di cocaina e cannabis ricevono trattamenti esclusivamente di tipo psicosociale e/o riabilitativo.

Tra gli utilizzatori di oppiacei si osserva anche che il 21% dei soggetti è sottoposto a interventi esclusivamente psicosociali e/o riabilitativi.

**Tabella 4.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per sostanza d'abuso primaria e tipologia di trattamento. Anno 2006.**

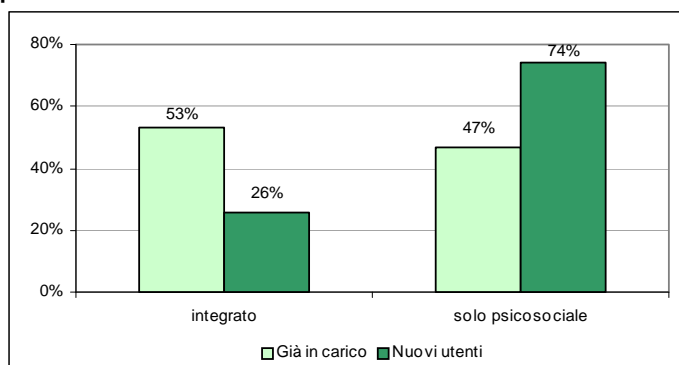
	oppiacei	cocaina	cannabis
trat.integrato	79,0%	7,1%	7,9%
trat.solo psicosociale	21,1%	92,8%	92,1%

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Una differenza nella tipologia di trattamento ricevuta si osserva anche tra nuovi utenti e già in carico, questa differenza è riconducibile alla diversa composizione dei due collettivi rispetto alla tipologia di sostanza utilizzata.

Il trattamento di tipo integrato si osserva in misura maggiore tra i soggetti già in carico (53% contro il 26% dei nuovi utenti), mentre maggiore è il dato relativo ai soggetti in trattamento esclusivamente psicosociale tra i nuovi utenti (74% e 47% rispettivamente).

**Grafico 4.16: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per tipologia di trattamento e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Le caratteristiche dei soggetti in trattamento integrato e solo psicosociale e/o riabilitativo possono essere sintetizzate attraverso i risultati dell'adattamento di due diversi modelli di regressione logistica dove come variabile dipendente è stata utilizzata la tipologia di trattamento seguita.

L'essere sottoposto a un trattamento di tipo integrato risulta associato in maniera negativa con l'essere disoccupato piuttosto che occupato, essere in trattamento per l'invio da parte delle autorità piuttosto che volontario e con l'uso di cocaina e cannabis piuttosto che oppiacei; risulta invece positiva l'associazione con i trattamenti di tipo integrato e l'essere un utente già in carico.

Rispetto ai trattamenti di tipo esclusivamente psicosociale e/o riabilitativo si osserva un'associazione negativa con l'essere un soggetto già noto ai servizi,

avere un'età superiore o uguale ai 35 anni e avere un livello di scolarità medio piuttosto che alto.

L'associazione è invece positiva con l'essere disoccupato o economicamente non attivo, utilizzare cocaina e cannabis piuttosto che oppiacei e con il giungere ai servizi per l'invio da parte delle autorità piuttosto che per scelta volontaria.

**Tabella 4.7: Misure dell'associazione tra la tipologia di trattamento e alcune caratteristiche degli utenti in carico. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)	
	trat.integrato	trat.solo psicosociale e/o riabilitativo
età >= 35 anni vs. < 35 anni	1,32 (0,94-1,85)	0,69 (0,48-0,98)*
femmine vs. maschi	1,32 (0,79-2,20)	0,72 (0,42-1,24)
livello scolarità basso vs. alto	0,99 (0,51-1,93)	0,94 (0,47-1,88)
livello scolarità medio vs. alto	1,51 (0,99-2,30)	0,61 (0,4-0,94)*
disoccupati vs. occupati	0,38 (0,27-0,55)*	2,41 (1,65-3,53)*
econ.non attivi vs. occupati	0,42 (0,22-0,81)	2,05 (1,03-4,09)*
abita con i genitori vs. solo	1,11 (0,65-1,89)	0,87 (0,50-1,54)
abita con altri vs. solo	1,02 (0,60-1,73)	1,25 (0,71-2,19)
cocaina vs. oppiacei	0,02 (0,01-0,04)*	40,52 (26,46-62,06)*
cannabis vs. oppiacei	0,07 (0,02-0,18)*	8,76 (4,00-19,21)*
inviato da strutt.socio-sanitarie vs. volontario	1,18 (0,61-2,29)	0,54 (0,25-1,15)
inviato dalle autorità vs. volontario	0,10 (0,04-0,25)*	4,89 (2,36-10,15)*
inviato da altri canali vs. volontario	0,99 (0,58-1,68)	1,21 (0,71-2,07)
già noto ai servizi vs. sconosciuto	1,89 (1,08-3,33)*	0,42 (0,24-0,72)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

#### 4.3 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE UNITA' OPERATIVE ALCOLDIPENDENZE

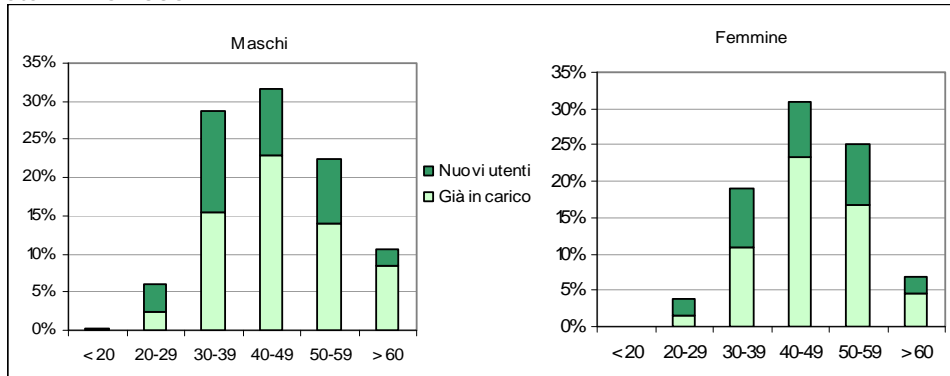
I soggetti trattati presso i Servizi per l'alcoldipendenza della ASL MI3 nel corso del 2006 sono complessivamente 891 (dato sensibilmente superiore a quanto osservato per il 2005, 755 soggetti); il 36% dei soggetti fa riferimento al Noa di Monza, il 22% risulta in carico presso il Noa di Sesto, il 26% è in trattamento al Noa di Seregno e il rimanente 15% è rappresentato dai soggetti in carico al Noa di Vimercate.

La distribuzione dell'utenza per genere non mostra differenze rispetto al dato relativo al 2005: il 74% dei soggetti sono di sesso maschile e il 26% femmine.

Gli utenti già in carico da anni precedenti rappresentano il 68% del totale e non si rilevano differenze significative all'interno dei due generi.

La distribuzione dell'utenza per classi di età evidenzia che la maggior parte dell'utenza risulta concentrata tra i 30 e i 59 anni.

**Grafico 4.17: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per tipologia, sesso e classe di età. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Distinguendo l'utenza anche in base al genere, se per entrambi i sessi la classe di età modale risulta quella tra 40 e 49 anni, la distribuzione per classe di età dei maschi è più spostata verso le classi di età più giovani (il 29% dei maschi in carico ha, infatti, un'età tra i 30 e i 39 anni, dato che scende al 19% per le femmine).

Questo andamento si riflette nelle età medie dei due collettivi, se complessivamente l'utenza in carico ha un'età media pari a 46 anni, tra i maschi l'età è di circa 45 anni e sale a 49 anni per le femmine.

E' evidente la differente composizione di età di questo tipo di utenza rispetto ai soggetti tossicodipendenti che mediamente risultano più giovani degli alcolodipendenti.

Tra nuovi utenti e già in carico si osserva una differenza di età di 3 anni: 44 in media i primi e 47 anni i già in carico.

Anche l'età di prima presa in carico dei soggetti alcolodipendenti risulta sensibilmente elevata, circa 44 anni, mentre il primo uso di alcol si osserva a un'età relativamente giovane, circa 21 anni; va sottolineato comunque che nel caso dell'utenza alcolodipendente, a differenza dei tossicodipendenti, il primo utilizzo di alcolici non è strettamente legato all'insorgenza di una dipendenza patologica. Tenendo presente quanto detto prima, solo a titolo descrittivo, si osserva una differenza significativa tra maschi e femmine nell'età di primo uso della sostanza (20 anni per i maschi e 26 anni per le femmine) ad indicare un avvicinamento più precoce per i maschi al consumo di alcol rispetto alle femmine.

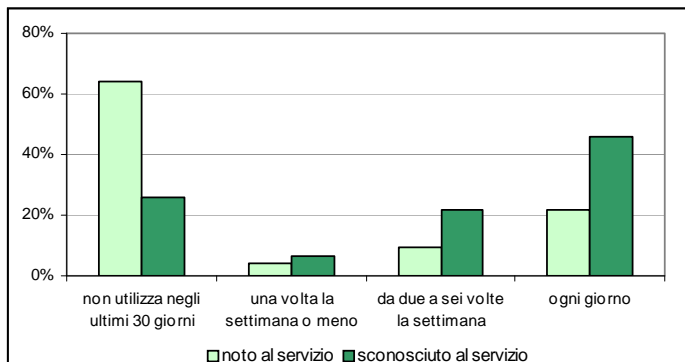
Rispetto alla frequenza di consumo di alcol, la maggior parte dei soggetti (51%) dichiara di non averne fatto uso negli ultimi 30 giorni, il 31% invece ne fa uso quotidiano, il 14% assume alcol da due a sei volte la settimana e il 5% una volta la settimana o meno.

Se non si osservano differenze rilevanti tra i generi rispetto alla frequenza di assunzione, evidenti sono le differenze tra nuovi utenti e già in carico, spiegabili con molta probabilità dal fatto che nei già in carico l'avvio al trattamento può aver avuto effetti sull'uso della sostanza.

Negli utenti già in carico il 64% non ha utilizzato alcol negli ultimi 30 giorni e la quota di utenti che dichiara di farne uso quotidiano è invece pari al 22%.

Tra i nuovi utenti il 46% fa uso di alcol ogni giorno, il 22% lo usa da due a sei volte la settimana e il 26% non ne ha usato negli ultimi 30 giorni.

**Grafico 4.18: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per frequenza d'uso della sostanza primaria e tipologia. Anno 2006.**



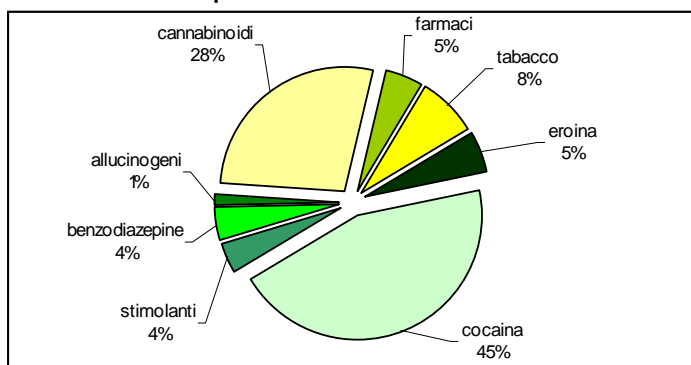
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

L'82% degli utenti in carico non dichiara di utilizzare altre sostanze (illegali o psicoattive) oltre l'alcol, il 18% risulta invece un poliassuntore; in particolare il 79% dei poliabusatori utilizza oltre l'alcol, solo sostanze illegali, il 16% vi abbina solo sostanze psicoattive e il 6% associa all'alcol sia sostanze illegali che psicoattive.

Il comportamento di poliassunzione si mostra differente tra i due generi; tra i maschi gli utilizzatori di più sostanze sono il 20%, per le femmine il dato è pari al 10%.

La sostanza più frequentemente associata all'utilizzo di alcol è la cocaina (60%), seguono cannabinoidi (28%), e in misura minore tabacco (8%), eroina, farmaci (5% per entrambi), stimolanti (4%), benzodiazepine (4%) e allucinogeni (1%).

**Grafico 4.19: Distribuzione percentuale delle sostanze utilizzate in associazione alla sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Il profilo del poliassuntore tracciato attraverso l'adattamento di un modello di regressione logistica in cui si è usata come variabile dipendente l'essere poliassuntore o meno, evidenzia, coerentemente con quanto già osservato, che i maschi hanno una probabilità maggiore rispetto alle donne di essere poliassuntori, così come i soggetti di età inferiore ai 35 anni rispetto agli utenti più anziani.

**Tabella 4.8: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso di altre sostanze oltre la primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

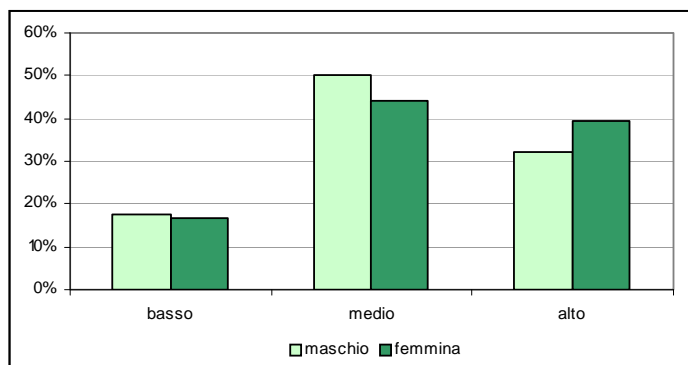
	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	0,42 ( 0,25-0,73)*
nuovi utenti vs. già in carico	0,66 (0,43-1,00)
età attuale >35 anni vs. < 35 anni	0,31 (0,20-0,48)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Analizzando le caratteristiche socio demografiche degli utenti in carico si osserva che il 49% dei soggetti ha un livello di scolarità medio, il 34% alto e il 17% degli utenti ha invece ottenuto al massimo la licenza elementare.

Distinguendo l'utenza in base al genere si osserva tra le femmine una quota maggiore di utenti con un elevato livello di istruzione (39% contro il 32% dei maschi) a scapito di una percentuale minore di utenti femmine con un livello di istruzione medio (44% contro il 55% dei maschi).

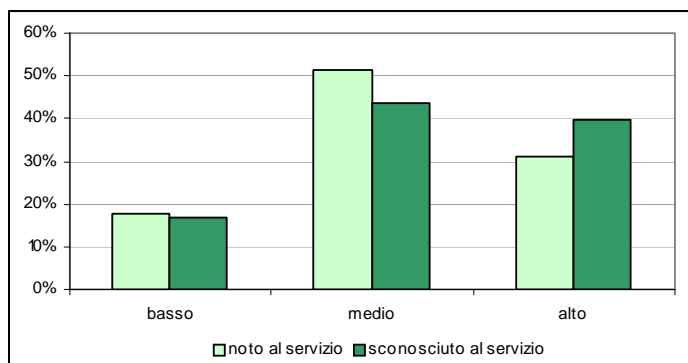
**Grafico 4.20: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per titolo di studio e sesso. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

La distinzione in base alla presenza all'interno del servizio invece evidenzia che, se è analogo in entrambi i collettivi il dato relativo all'utenza con un basso livello di istruzione, tra i nuovi utenti si osservano quote maggiori di soggetti che hanno un elevato livello di scolarità (40% contro il 31% dei già in carico).

**Grafico 4.21: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per titolo di studio e presenza nel servizio. Anno 2006.**



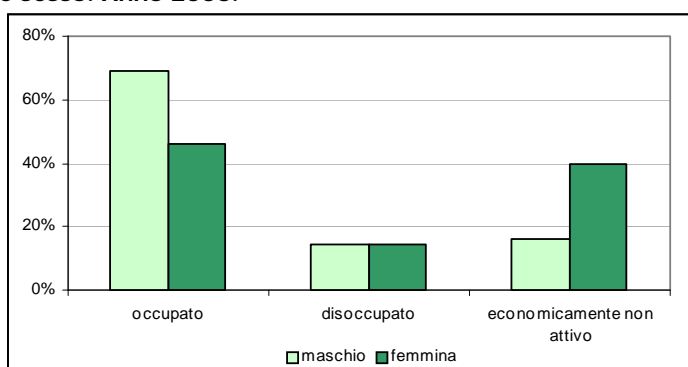
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Rispetto alla condizione occupazionale, il 63% dei soggetti risulta occupato, il 22% è economicamente non attivo e il 15% disoccupato.

Più che doppio è il dato relativo ai soggetti economicamente non attivi tra le femmine rispetto ai maschi (40% contro 16%), in prevalenza casalinghe, a fronte di una percentuale maggiore di occupati tra i maschi (69% contro il 46% delle femmine).

Non si osservano invece differenze rispetto alla condizione occupazionale tra nuovi utenti e soggetti già in carico.

**Grafico 4.22: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione occupazionale e sesso. Anno 2006.**

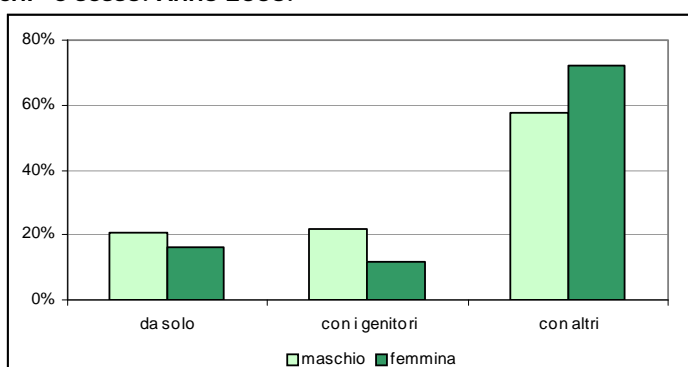


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Il 19% dell'utenza dichiara di abitare da solo, un altro 19% vive con i genitori, mentre la maggioranza dei soggetti (61%) vive con altre persone in particolare con partner e/o figli.

Tra i soggetti di sesso maschile è doppia rispetto alle femmine la quota di utenti che vive ancora con i genitori (22% contro il 12% delle femmine), minore è invece il dato relativo ai soggetti maschi che abitano con altre persone (58% contro il 72% delle femmine).

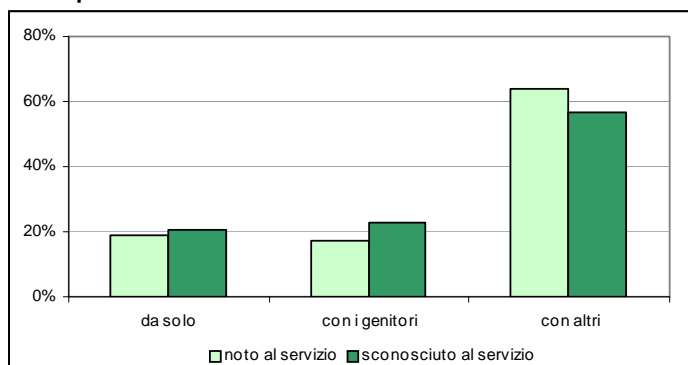
**Grafico 4.23: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione abitativa "con chi" e sesso. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Distinguendo tra nuovi utenti e già in carico si osserva solo tra i primi una quota maggiore di utenti che vive ancora con i genitori (23% contro il 17% dei già in carico) a discapito di una minor percentuale di soggetti che vive con persone diverse dalla famiglia di origine (57% contro 64%).

**Grafico 4.24: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per condizione abitativa "con chi" e presenza nel servizio. Anno 2006.**

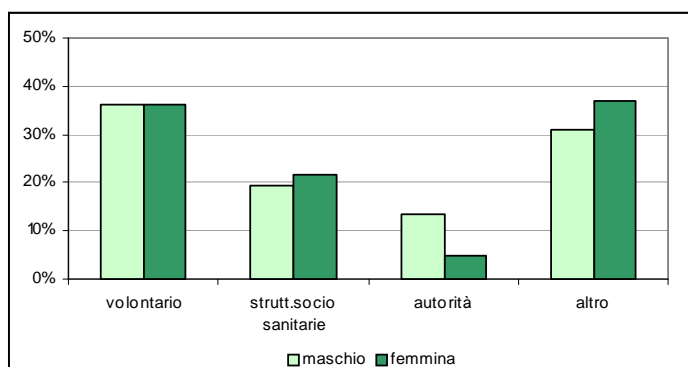


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Il luogo di abitazione è per il 96% degli utenti una fissa dimora, l'1% dichiara di non aver fissa dimora e il 2% degli utenti risiede in strutture pubbliche; non si osservano differenze rilevanti né tra i generi né tra nuovi utenti e già in carico. Il 36% dei soggetti in carico è giunto in trattamento per scelta volontaria, il 20% è stato inviato da strutture socio sanitarie, l'11% dalle autorità e il 32% è giunto attraverso altri canali.

Tra le femmine è meno frequente l'arrivo ai servizi per l'invio delle autorità (5% contro il 13% dei maschi), mentre più elevato è il dato relativo alle utenti di sesso femminile arrivate alle strutture di trattamento attraverso altri canali (37% contro il 31% dei maschi).

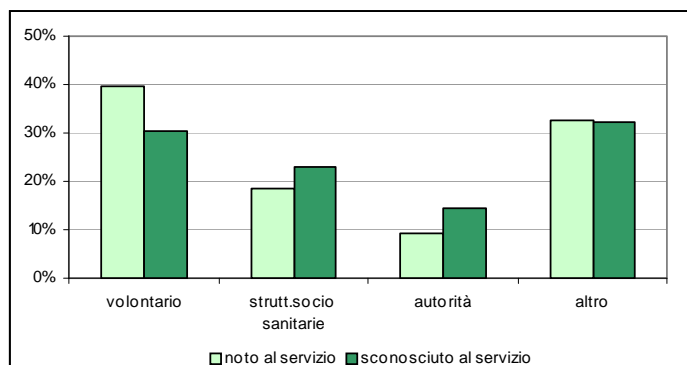
**Grafico 4.25: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per canale d'invio e sesso. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Distinguendo invece l'utenza in base alla presenza all'interno del servizio, si osserva tra i soggetti già in carico una quota maggiore di utenti in trattamento per scelta volontaria (40% contro il 30% dei maschi), minore è invece il dato relativo ai soggetti già in carico giunti ai servizi per l'invio da parte di strutture socio sanitarie (18% contro il 23% dei nuovi utenti) o delle autorità (9% contro 14%).

**Grafico 4.26: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per canale d'invio e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Provando a delineare le caratteristiche peculiari dell'utenza già in carico o "nuova" attraverso un modello di regressione logistica emergono solo differenze legate all'età e al canale di invio, con una probabilità maggiore di essere avviato alle strutture di trattamento dalla autorità per i nuovi utenti.

Maggiori sono le differenze che emergono tra i due generi. I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica mostrano un'associazione negativa tra l'essere di sesso femminile e l'aver un livello di scolarità basso piuttosto che alto, positiva è l'associazione tra il genere femminile e l'essere un soggetto economicamente non attivo, positiva per le femmine è anche l'associazione con l'essere un soggetto non poliabusatore.

**Tabella 4.9: Misure dell'associazione (odds ratio) tra il sesso femminile e alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
nuovi utenti vs. già in carico	0,91 (0,61-1,36)
basso vs. alto	0,52 (0,30-0,90)*
medio vs. alto	0,70 (0,46-1,06)
disoccupato vs. occupato	1,59 (0,90-2,81)
economicamente non attivo vs. occupato	3,46 (2,22-5,39)*
con genitori vs. solo	0,97 (0,48-1,95)
con altri vs. da solo	1,59 (0,96-2,63)
res.fissa vs. senza fissa dimora	3,31 (0,38-28,76)
res.in strutt.pubb. vs. senza fissa dimora	1,8 (0,12-26,61)
strutt.socio sanitarie vs. volontario	1,18 (0,71-1,97)
autorità vs. volontario	0,52 (0,24-1,15)
altro vs. volontario	1,05 (0,67-1,63)
età attuale < 35 anni vs. > 35 anni	1,10 (0,61-1,97)
non poliabusatore vs. poliabusatore	1,88 (1,02-3,47)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

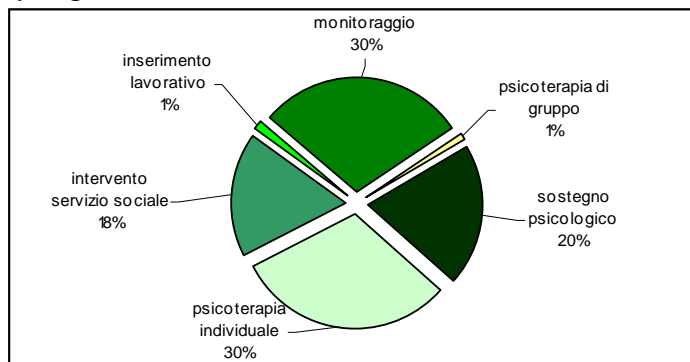
Gli utenti alcol dipendenti in carico nel corso del 2006 hanno ricevuto quasi esclusivamente trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo, solo un 3% di soggetti ha abbinato a questa tipologia di trattamenti una cura farmacologica. Il 23% dei soggetti ha ricevuto un solo trattamento, il 24% due, il 25% tre e il 29% ha seguito da quattro a cinque trattamenti.



Il numero medio di trattamenti per soggetto è pari a 2,6, valore che scende a 1 se si considerano solo le terapie di tipo farmacologico.

La psicoterapia individuale e il monitoraggio sono le tipologie di trattamento maggiormente erogate (30% per entrambi), seguono il sostegno psicologico (20%) e l'intervento del servizio sociale (18%). In misura minore si rilevano interventi di psicoterapia di gruppo e inserimento lavorativo (1% per entrambi).

**Grafico 4.27: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi per tipologia di intervento. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI3

Le cure farmacologiche fanno invece riferimento solo a trattamenti con naltrexone.

#### 4.4 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO IL CARCERE

##### 4.4.1 Caratteristiche dei soggetti in carico nel corso del 2006

I soggetti trattati presso il SerT carcere di Monza nel corso del 2006 sono complessivamente 592, si tratta per il 65% di utenti trattati per la prima volta nell'anno, mentre il 35% fa riferimento a soggetti già in carico da anni precedenti.

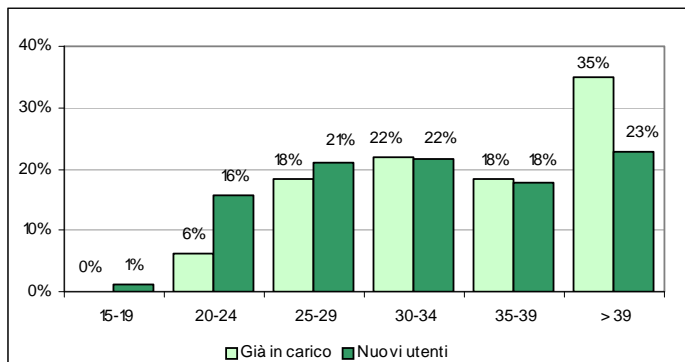
Nella distinzione per genere si osserva una netta prevalenza del sesso maschile (94%) senza differenze tra il collettivo dei già in carico e dei nuovi ingressi.

Consistente, rispetto a quanto rilevato generalmente nei servizi, è anche la presenza di utenti stranieri, il 20%, con una forte componente di soggetti di nazionalità extracomunitaria (19% e 1% di nazionalità UE).

L'età media dei soggetti in trattamento è di 34 anni con una differenza di circa due anni tra i maschi (34 anni) e le femmine (32 anni).

La distribuzione dell'utenza per classe di età e genere evidenzia una presenza sensibilmente maggiore di nuovi utenti nella fascia di età tra i 20 e i 24 anni (16% contro il 6% dei già in carico), dato che si inverte nella fascia superiore ai 39 anni dove si rileva una quota pari al 35% di soggetti già in carico contro il 23% di nuovi utenti; questa distribuzione si riflette nei valori delle età medie dei due collettivi: 33 anni in media tra i nuovi utenti e 36 tra i già in carico.

**Grafico 4.28: Distribuzione percentuale degli soggetti in carico per presenza nel servizio e classe di età. Anno 2006.**



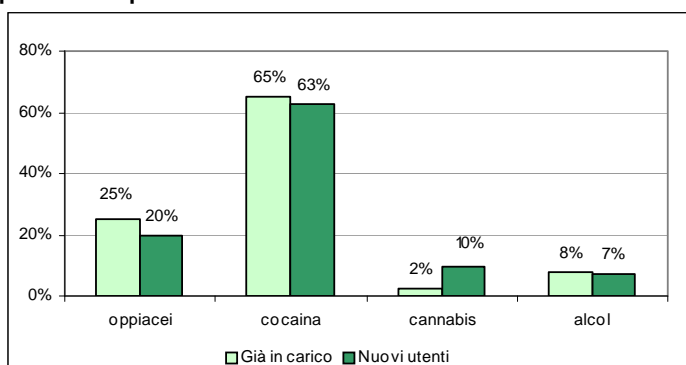
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

A differenza del dato osservato negli altri servizi della ASL, la maggior parte dei soggetti è in trattamento per problemi legati all'uso problematico di cocaina (64%), il 21% risulta utilizzatore di eroina, il 7% fa uso di cannabis, un altro 7% è rappresentato da soggetti alcolodipendenti e una piccola minoranza di soggetti fa uso di altre sostanze.

La differente tipologia di utilizzatori in carico presso il SerT carcere di Monza potrebbe essere legata soprattutto al fatto che, come osservato in precedenza, la maggior parte dei soggetti risulta trattato per la prima volta nell'anno e anche i soggetti già in carico hanno una storia 'clinica' all'interno del servizio relativamente recente (rispetto a quanto si osserva in generale nei SerT): la maggior parte dei soggetti già noti risulta, infatti, in carico al massimo da due anni.

La distinzione tra nuovi utenti e già in carico evidenzia, tra i primi, una componente maggiore di utilizzatori di oppiacei (25% e 20% tra i nuovi utenti), mentre sensibilmente minore è il dato relativo agli utilizzatori di cannabis tra i già in carico (2% contro il 10% dei nuovi utenti).

**Grafico 4.29: Distribuzione percentuale degli soggetti in carico per sostanza d'abuso primaria e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Il 78% degli utenti in carico dichiara di far uso iniettivo della sostanza e sono soprattutto gli utilizzatori di oppiacei ad utilizzare questa modalità di assunzione (82%); una piccola minoranza di utilizzatori di cocaina assume la sostanza per via iniettiva (7%).

Se non emergono differenze significative rispetto alla modalità di assunzione della sostanza tra nuovi utenti e già in carico; i risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica dove si è utilizzata come variabile dipendente l'assunzione della sostanza per via iniettiva, evidenziano un'associazione positiva tra questa modalità di assunzione e l'essere un soggetto di nazionalità italiana e avere un'età superiore ai 35 anni.

**Tabella 4.10: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso iniettivo della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	2,06 (0,82-5,20)
età > 35 anni vs. età < 35 anni	1,96 (1,24-3,09)*
italiani vs. stranieri	3,20 (1,65-6,22)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Il 52% dei soggetti in trattamento dichiara di far uso di altre sostanze oltre a quella che ha determinato il trattamento, in particolare il 43% dei soggetti fa uso solo di un'altra sostanza oltre alla primaria e il 9% ne utilizza almeno altre due.

Il comportamento di poliabuso si differenzia tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze: se tra gli utilizzatori di oppiacei la maggior parte dei soggetti è un poliassuntore (79%), tra i consumatori di cocaina i poliassuntori sono poco meno della metà di questa tipologia di utenti (49%), mentre rappresentano solo una minoranza degli utilizzatori di cannabis (36%) e soprattutto degli alcolodipendenti (23%).

**Tabella 4.11: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso di altre sostanze oltre alla sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

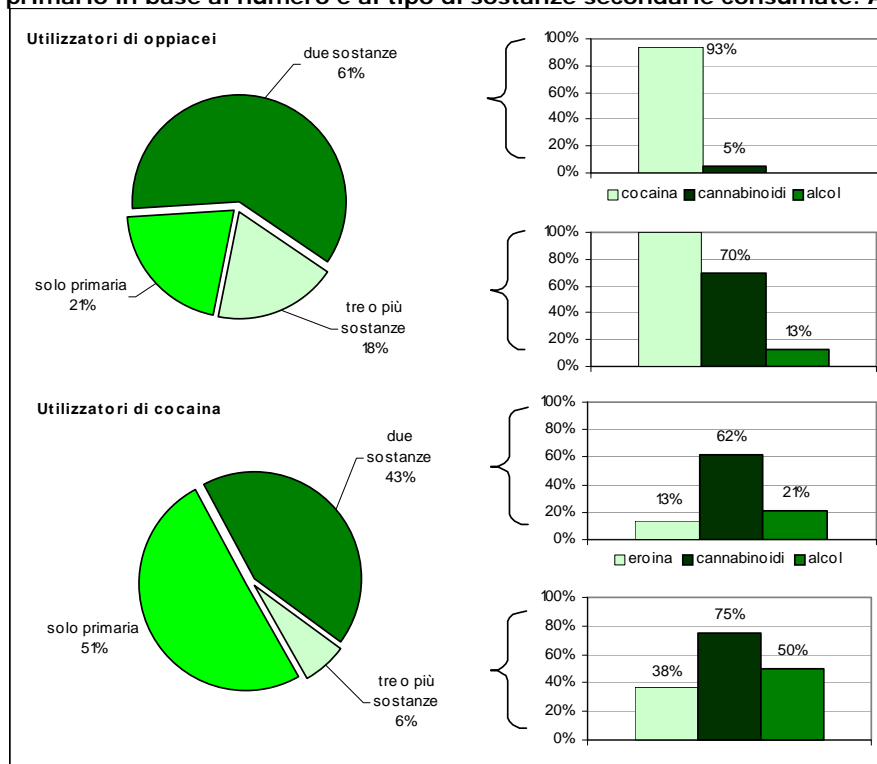
	Sostanza di abuso primaria			
	oppiacei	cocaina	cannabis	alcol
Utilizzatori di una sola sostanza	20,8%	50,5%	64,3%	76,7%
Utilizzatori di due sostanze	60,8%	43,0%	33,3%	14,0%
Utilizzatori di tre sostanze	18,4%	6,5%	2,4%	9,3%

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Gli utilizzatori di oppiacei che assumono una sola sostanza secondaria utilizzano soprattutto cocaina (93%) e in misura minore cannabis (5%); tra coloro che utilizzano più sostanze secondarie oltre a cocaina (100%) e cannabis (70%), si rileva anche l'utilizzo di alcol in associazione agli oppiacei (13%).

Gli utilizzatori di cocaina invece vi associano soprattutto cannabinoidi (62% dei soggetti che utilizzano una sola secondaria e 75% di coloro che ne usano almeno due), alcol (rispettivamente 21% e 50%) ed eroina (13% e 38% rispettivamente).

**Grafico 4.30: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico distinti per sostanza d'abuso primario in base al numero e al tipo di sostanze secondarie consumate. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Il profilo dei soggetti poliabusatori che emerge dai risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica permette di concludere che i soggetti poliabusatori sono soprattutto utilizzatori di oppiacei (piuttosto che di altre sostanze), utenti già in carico di età inferiore ai 35 anni.

**Tabella 4.12: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso di altre sostanze oltre alla sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

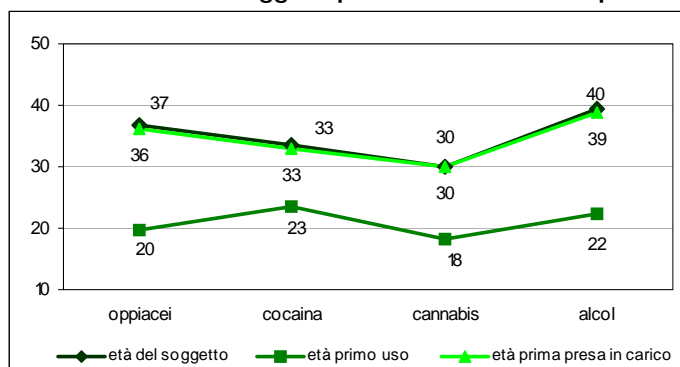
	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	1,04 (0,48-2,28)
cocaina vs. oppiacei	0,23 (0,14-0,38)*
cannabis vs. oppiacei	0,14 (0,06-0,32)*
alcol vs. oppiacei	0,08 (0,03-0,18)*
nuovi utenti vs. già in carico	0,48 (0,33-0,70)*
età attuale > 35 anni vs. < 35 anni	0,63 (0,43-0,92)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Il Grafico 4.31 riporta i valori medi dell'età attuale dei soggetti, dell'età di prima presa in carico e dell'età di primo uso per gli utilizzatori delle diverse sostanze. E' evidente innanzitutto l'omogeneità dei valori medi dell'età attuale e di prima presa in carico per tutti gli utilizzatori di sostanze a conferma di quanto osservato in precedenza che la maggior parte dei soggetti ha una presa in carico relativamente recente.

Il confronto delle età attuali dei diversi utilizzatori di sostanze evidenzia una differenza di 10 anni tra gli utilizzatori di cannabis (30 anni) e gli utenti alcolodipendenti (40 anni); pari a 33 anni è l'età media degli utilizzatori di cocaina e sale a 37 anni per i consumatori di oppiacei.

**Grafico 4.31: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria e dell'età attuale dei soggetti per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

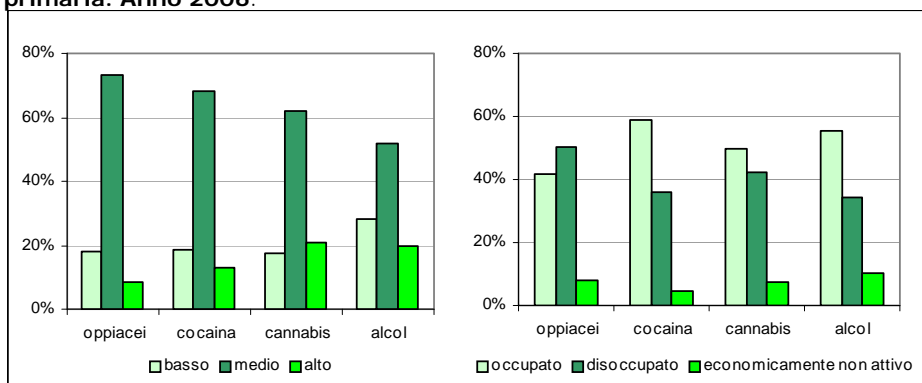
Rispetto all'età di primo uso, in media a 18 anni avviene il primo utilizzo per gli utenti in carico per problemi legati all'uso di cannabis, due anni più tardi iniziano gli utilizzatori di oppiacei e pari a 23 anni è l'età di primo uso per i cocainomani. Relativamente alle caratteristiche socio demografiche degli utenti si osserva che il 68% dei soggetti ha un livello di istruzione medio, il 19% ha ottenuto al massimo la licenza elementare e il 13% ha un elevato livello di istruzione.

Distinguendo i soggetti in base alla sostanza che ha determinato il trattamento, si osserva una quota minore di soggetti con un elevato livello di istruzione tra gli utilizzatori di oppiacei (8%) rispetto al dato generale, mentre pari al 21% è invece il dato relativo ai soggetti con elevato livello di istruzione tra i consumatori di cannabis. Tra i soggetti alcolodipendenti, oltre a una maggiore quota (rispetto al dato generale) di soggetti che ha proseguito gli studi oltre l'obbligo, si osserva anche il dato più alto relativo agli utenti con un basso livello di istruzione (28%).

Rispetto alla condizione occupazionale si rileva la presenza di una consistente quota di soggetti disoccupati (40%), dato più critico tra gli utilizzatori di oppiacei tra i quali i soggetti disoccupati sono il 51%.

Tra i consumatori di cocaina si osserva la più alta quota di soggetti occupati (59%), mentre fra gli alcolodipendenti è pari all'11% il dato relativo ai soggetti economicamente non attivi.

**Grafico 4.32: Distribuzione percentuale degli utenti in carico in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Il profilo dei nuovi utenti che emerge dall'adattamento di un modello di regressione logistica evidenzia che a contraddistinguere in maniera significativa i nuovi utenti dai già in carico è, per i primi, un'età inferiore ai 35 anni e l'uso di cannabis piuttosto che oppiacei.

**Tabella 4.13: Misure dell'associazione (odds ratio) tra la nuova utenza ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
cocaina vs. oppiacei	1,08 (0,70-1,66)
cannabis vs. oppiacei	4,37 (1,59-12,04)*
alcol vs. oppiacei	1,15 (0,55-2,38)
età attuale < 35 anni vs. > 35 anni	1,62 (1,11-2,36)*
italiani vs. stranieri	0,99 (0,65-1,52)

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Data la consistente quota di soggetti di nazionalità straniera, attraverso l'adattamento di un modello di regressione logistica si è cercato di delineare anche il profilo di questa categoria di utenza; si osserva che gli utenti stranieri sono soprattutto soggetti di età inferiore ai 35 anni, utilizzatori di cocaina o cannabis piuttosto che di oppiacei.

**Tabella 4.14: Misure dell'associazione (odds ratio) tra la nazionalità straniera ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
età attuale > 35 anni vs. < 35 anni	0,20 (0,13-0,33)*
nuovi utenti vs. già in carico	1,00 (0,65-1,54)
cocaina vs. oppiacei	1,86 (1,05-3,30)*
cannabis vs. oppiacei	2,80 (1,21-6,50)*
alcol vs. oppiacei	1,66 (0,63-4,36)

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Nel corso del 2006 la maggior parte degli utenti trattati presso il SerT carcere ha ricevuto un solo trattamento (60%), il 28% ne ha ricevuti due e il rimanente 12% è stato sottoposto da un minimo di tre a un massimo di cinque trattamenti. I trattamenti erogati sono quasi esclusivamente interventi psicosociali e/o riabilitativi, solo il 13% dei soggetti ha abbinato a questo tipo di trattamenti anche terapie farmacologiche.

La maggior parte dei trattamenti di tipo psicosociale erogati sono interventi di psicoterapia individuale o di gruppo (62%), il 32% monitoraggi e in misura minore risultano interventi di sostegno psicologico (4%), interventi del servizio sociale (2%) e inserimenti lavorativi (1%).

Distinguendo gli utenti in base alla sostanza primaria, si osserva che quasi tutti gli utilizzatori delle diverse sostanze hanno ricevuto almeno un intervento di psicoterapia (97% degli utilizzatori di oppiacei e cocaina e 95% dei consumatori di cannabis e degli alcolodipendenti).

Per gli utilizzatori di cannabis, accanto agli interventi di psicoterapia si rilevano solo monitoraggi; tra gli utilizzatori di oppiacei il 47% è stato sottoposto a monitoraggio e il 14% a sostegno psicologico.

Il 3% degli utenti cocainomani è stato sottoposto a monitoraggio, il 5% di questi utenti ha ricevuto interventi di sostegno psicologico e il 4% interventi del servizio sociale.

Tra gli alcolodipendenti, accanto al 33% di monitoraggio, si osserva un 7% di soggetti sottoposti a sostegno psicologico, il 5% ha ricevuto interventi del servizio sociale e il 2% ha seguito programmi di inserimento lavorativo.

**Tabella 4.15: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento psicosociale per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.**

	oppiacei	cocaina	cannabis	alcol
sostegno psicologico	14%	5%	0%	7%
psicoterapia	97%	97%	95%	95%
intervento servizio sociale	1%	4%	0%	5%
monitoraggio	47%	31%	15%	33%
inserimento lavorativo	1%	0%	0%	2%

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Rispetto ai trattamenti farmacologici invece il 94% è rappresentato da cure metadoniche e il 6% sono trattamenti a base di buprenorfina.

Le tipologie di trattamento cui sono stati sottoposti gli utenti si differenziano sensibilmente in base alla sostanza d'abuso primario: mentre gli utilizzatori di cannabis, alcol e altre sostanze hanno ricevuto solo interventi di tipo psicosociale e/o riabilitativo, una piccola quota di utenti cocainomani (3%) ha abbinato alle terapie psicosociali cure di tipo farmacologico e oltre la metà degli utilizzatori di oppiacei ha ricevuto un trattamento di tipo integrato (55%).





## **5. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE**

---

### **5.1 Ricoveri alcol, droga e tabacco correlati**

- 5.1.1 Episodi di ricovero
- 5.1.2 Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci

### **5.2 Profilo Malattie infettive droga correlate**

- 5.2.1 Test sierologico HIV
- 5.2.2 Test epatite virale B
- 4.2.3 Test epatite virale C

### **5.3 Doppia diagnosi**

- 5.3.1 Doppia diagnosi utenti tossicodipendenti
- 5.3.2 Doppia diagnosi utenti alcoldipendenti

### **5.4 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga**



## 5. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

### 5.1 RICOVERI ALCOL, DROGA E TABACCO CORRELATI

Nel seguente paragrafo si fornisce una descrizione, per l'anno 2006, del ricorso alle strutture ospedaliere da parte di pazienti residenti nella ASL MI3, per motivi correlati al consumo di alcol tabacco e droghe.

Si analizzano le categorie diagnostiche (classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM) che riportano una diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di droghe, alcol e tabacco.

Nelle Tabelle 5.1 e 5.2 si riportano i codici ICD-9 CM impiegati ai fini della stesura del presente paragrafo<sup>1</sup>.

**Tabella 5.1: Categorie di diagnosi correlate all'uso di alcol e tabacco.**

<b>Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol</b>	<b>Codici ICD-9 CM (1997)</b>
Psicosi da alcol	291, 291.0-9
Sindrome di dipendenza da alcol	303, 303.0-9
Abuso di alcol senza dipendenza	305.0
Polineuropatia alcolica	357.5
Cardiomiopatia alcolica	425.5
Gastrite alcolica	535.3
Steatosi, epatite e cirrosi alcolica	571.0-3
Alcolemia elevata	790.3
Effetti tossici da alcol etilico	980.0
Danni da alcol al feto o al neonato attraverso la placenta	7607.1
<b>Diagnosi di ricovero ad eziologia multifattoriale per le quali si suppone un rapporto di causalità con l'alcol</b>	
Tumori maligni del cavo orale e faringe	140-149
Tumori maligni dell'esofago	150
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari	155
Tumori maligni della laringe	161
Iperensione essenziale	401
Altre malattie epatiche croniche o cirrosi senza menzione di alcol	571.5-6, 8-9
Coma epatico ed ipertensione portale	572.2-3
<b>Diagnosi di ricovero correlate all'uso di tabacco</b>	
Disturbi da uso di tabacco	305.1
Effetti tossici del tabacco	989.84

<sup>1</sup> Tali codici risultano peraltro consigliati anche dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), dal National Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal Ministero della Salute.

**Tabella 5.2: Categorie di diagnosi correlate all'uso di droghe e psicofarmaci.**

Diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe e psicofarmaci	Codici ICD-9 CM (1997)
Psicosi da droghe	292, 292.0-9
Dipendenza da droghe	304, 304.0-9
Abuso di droghe senza dipendenza	305, 305.2-9
Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati	965.0
Avvelenam. da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione - cocaina	968.5,9
Avvelenamento da sostanze psicotrope	969, 969.0-9
Avvelenamento da sedativi e ipnotici	967, 967.0-6, 8-9
Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza	6483, 6483.0-4
Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato	7607.2-3,5 779.4-5

### 5.1.1 Episodi di ricoveri

Nell'anno 2006 i ricoveri correlati a droghe, alcol e tabacco, che hanno riguardato pazienti residenti nella ASL MI3, sono stati complessivamente 16.028. Tali ricoveri presentano nella diagnosi principale e/o in una delle concomitanti uno o più codici riportati nelle Tabelle 5.1 e 5.2. Per quanto attiene alle degenze con diagnosi correlata all'uso di alcolici, sono stati inizialmente considerati sia il gruppo con diagnosi direttamente correlata all'uso di alcol che quello ad eziologia multifattoriale per il quale si suppone un rapporto di causalità con l'alcol.

I ricoveri con diagnosi correlata indirettamente (ad eziologia multifattoriale) al consumo di alcol sono 14.737 (pari a circa il 90% dell'intero collettivo), 1.157 (circa il 7% dell'intero collettivo) totalmente attribuibili all'uso di alcol, 102 (circa il 1% dell'intero collettivo) a quello di tabacco e 388 (circa il 2% dell'intero collettivo) quelli con diagnosi direttamente correlata all'uso di droghe e psicofarmaci (Tabelle 5.3 e 5.4); il totale complessivo supera la suddetta quota di 16.028 ricoveri in quanto alcuni ricoveri riportano nelle diverse diagnosi concomitanti codici che fanno riferimento contemporaneamente a più tipologie diagnostiche.

**Tabella 5.3: Distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri alcol e tabacco correlati. Anno 2006.**

<b>Diagnosi di ricovero ad eziologia multifattoriale per le quali si presume un rapporto di casualità con l'alcol</b>	<b>Anno 2006</b>
Tumori maligni del cavo orale e faringe	3,4%
Tumori maligni dell'esofago	1,4%
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari	5,2%
Tumori maligni della laringe	1,3%
Ipertensione essenziale	77,2%
Coma epatico ed ipertensione portale	1,9%
Altre malattie epatiche	9,6%
<b>Totale n.</b>	<b>14.737</b>
<b>%</b>	<b>100</b>
<b>Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'uso di alcol</b>	
Psicosi da alcol	3,9%
Sindrome di dipendenza da alcol	22,5%
Abuso di alcol senza dipendenza	14,3%
Polineuropatia alcolica	1,6%
Cardiomiopatia alcolica	0,9%
Gastrite alcolica	0,1%
Alcolemia elevata	0,1%
Effetti tossici da alcol etilico	0,3%
Steatosi, epatite e cirrosi alcolica	56,3%
Danni da alcol al feto o al neonato attraverso la placenta	0,1%
<b>Totale n°</b>	<b>1.157</b>
<b>%</b>	<b>100</b>
<b>Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'uso di tabacco</b>	
Disturbi da uso di tabacco	102

Elaborazione su dati della ASL MI3

**Tabella 5.4: Distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci. Anno 2006.**

Diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe e alcol	Anno 2006
Psicosi da droghe	6,7%
Dipendenza da oppioidi	7,5%
Dipendenza da barbiturici, sedativi o ipnotici	2,8%
Dipendenza da cocaina	8,0%
Dipendenza da cannabinoidi	2,6%
Dipendenza da combinazioni di sost. oppioidi con altre	0,3%
Dipendenza da combinazioni senza oppioidi	1,3%
Dipendenza da altre droghe	3,9%
Abuso di cannabinoidi	3,9%
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	7,2%
Abuso di oppioidi	1,8%
Abuso di cocaina	9,8%
Abuso di amfet. o altri psicostimolanti	0,3%
Abuso di antidepressivi	1,3%
Abuso di altre droghe o combinazioni	20,1%
Avvelenamento da oppio	0,3%
Avvelenamento da altri oppiacei	0,8%
Avvelenamento da barbiturici	0,8%
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	0,8%
Avvelenamento da antidepressivi	2,1%
Avvelenamento da tranquillanti	13,4%
Avvelenamento da altre sostanze psicotrope	3,6%
Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe	1,0%
<b>Totale n°</b>	<b>388</b>
<b>%</b>	<b>100</b>

Elaborazione su dati della ASL MI3

La maggior parte di tali degenze si sono tenute all'interno dei reparti di psichiatria (circa 43%) nel caso delle diagnosi correlate all'uso di droghe e psicofarmaci, quelli di medicina generale per quanto attiene alle diagnosi direttamente e indirettamente correlate all'uso di alcol (rispettivamente circa 48% e 29%) ed quelli di recupero e riabilitazione funzionale (48%) per le diagnosi correlate all'uso di tabacco. In Tabella 5.5 si riportano le frequenze percentuali degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi.

**Tabella 5.5: Frequenza percentuale degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi. Anno 2006.**

REPARTO	Diagn. correl ad uso di droghe e psicofarmaci	Diagn. dirett. correlate ad uso di alcol	Diagnosi correlate ad uso di tabacco	Diagnosi indirettamente correlate ad uso di alcol
Cardiochirurgia	0,0	0,2	5,9	1,1
Cardiologia	0,5	0,6	5,9	10,7
Chirurgia Generale	0,3	5,2	0,0	6,5
Chirurgia Vascolare	0,0	0,1	0,0	1,1
Malattie endocr. del ricambio e nutr.	0,3	0,3	0,0	3,9
Malattie infettive e tropicali	2,3	1,0	0,0	0,6
Medicina del lavoro	0,0	0,0	11,8	0,0
Medicina Generale	19,1	48,5	12,7	28,7
Nefrologia	0,3	0,8	0,0	3,9
Neurologia	18,1	4,1	2,9	4,3
Oculistica	0,0	0,0	0,0	1,4
Ortopedia e Traumatologia	0,3	0,8	0,0	1,6
Ostetricia e Ginecologia	0,0	0,3	0,0	1,5
Otorinolaringoiatria	0,0	0,4	0,0	2,5
Pediatria	3,4	0,0	1,0	0,4
Psichiatria	43,3	20,4	2,0	0,1
Urologia	0,0	0,0	0,0	0,0
Terapia Intensiva	2,3	0,0	0,0	0,0
Unità Coronarica	0,8	0,0	0,0	0,0
Recupero e Riabilitazione Funzionale	6,2	6,9	48,0	14,4
Gastroenterologia	0,0	3,5	0,0	1,6
Oncologia	0,3	0,2	0,0	0,0
Pneumologia	0,0	0,5	0,0	0,0
Altri Reparti	2,8	6,5	9,8	15,7
<b>Totale n°</b>	<b>388</b>	<b>1.157</b>	<b>102</b>	<b>14.737</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100,</b>	<b>100</b>

Elaborazione su dati della ASL MI3

Nei paragrafi a seguire verranno analizzati solo i ricoveri con diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, droga e tabacco; verrà pertanto escluso il gruppo riportante diagnosi ad eziologia multifattoriale.

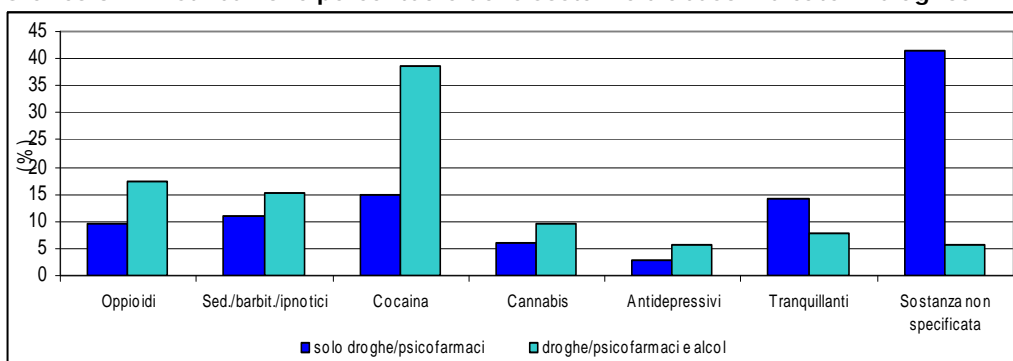
### 5.1.2 Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci

#### Ricoveri

La presente analisi riguarda i 1.589 ricoveri con diagnosi principale o concomitante totalmente attribuibile in circa il 70% dei casi all'uso di alcolici, seguono le sostanze stupefacenti ed il tabacco con valori che sono rispettivamente di quasi il 21% e 6%; la restante quota, pari al 3% dell'intero collettivo presenta diagnosi che fanno riferimento a ricoveri relativi all'uso di alcol abbinato a droghe/psicofarmaci.

Tra i ricoveri attribuibili all'uso di sole droghe e psicofarmaci la maggior parte delle degenze hanno riguardato l'uso di tranquillanti (circa 14%) e cocaina (circa 15%); quest'ultima, anche se in quota percentuale decisamente più elevata (circa 38%), risulta la sostanza maggiormente rappresentata anche tra i ricoveri che presentano diagnosi droga correlate abbinata al consumo alcolici (Grafico 5.1).

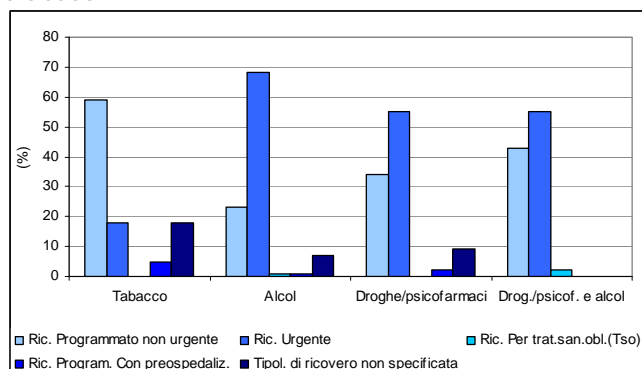
**Grafico 5.1: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso indicate in diagnosi.**



Elaborazione su dati della ASL MI3

Quasi il 62% dei 1.589 ricoveri è stato a carattere urgente, il 28% di tipo programmato non urgente, per l'1% si è trattato di trattamenti sanitari obbligatori e ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione (per il restante 7% non risulta specificata la tipologia di ricovero effettuato): nel Grafico 5.2 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di ricovero, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi.

**Grafico 5.2: Frequenza percentuale delle diverse tipologie di ricovero, per sostanza d'abuso.**



Elaborazione su dati della ASL MI3

## Pazienti ricoverati

### Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di alcol e tabacco

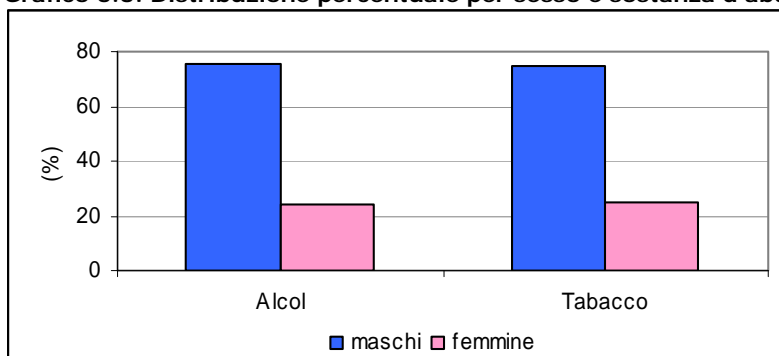
Di seguito viene effettuata un'analisi dei pazienti che presentano in diagnosi di ricovero patologie correlate all'uso di alcol e tabacco.

I 1.157 e 102 ricoveri alcol e tabacco correlati, avvenuti nell'anno 2006, fanno riferimento rispettivamente a 794 e 91 pazienti.

I maschi risultano maggiormente rappresentati sia relativamente al consumo di alcol che a quello di tabacco con valori percentuali che sono rispettivamente pari al 76% e 75% (Grafico 5.3).



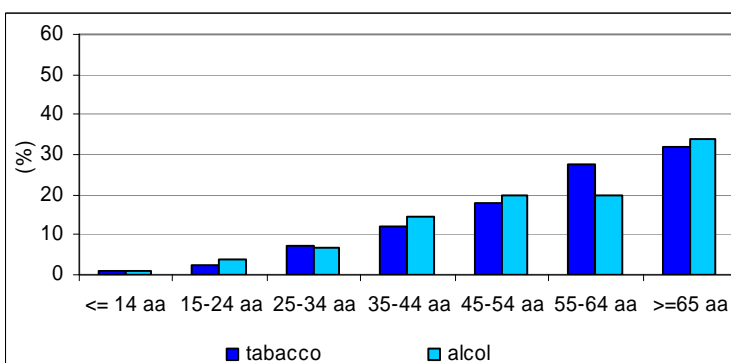
**Grafico 5.3: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.**



Elaborazione su dati della ASL MI3

Circa il 60% e 54% dei pazienti ricoverati, che presentano diagnosi ICD9 attribuibili rispettivamente all'abuso di tabacco e alcol sono ultra 55enni (Grafico 5.4).

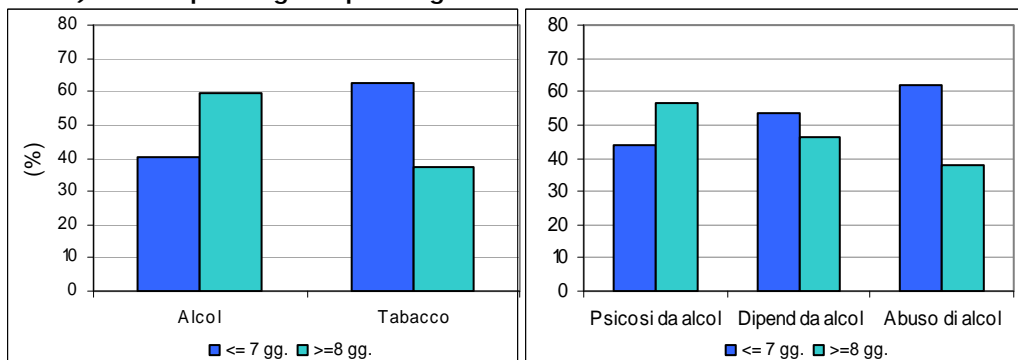
**Grafico 5.4: Distribuzione percentuale per classi d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.**



Elaborazione su dati della ASL MI3

L'analisi della distribuzione percentuale del numero di giornate di degenza alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario (Grafico 5.5) evidenzia che, la quota più elevata di pazienti sottoposti ad 8 o più giorni di ricovero la ritroviamo tra coloro che presentano diagnosi ICD9 attribuibili all'abuso di alcolici (circa 59%) ed ancor più nello specifico tra i pazienti che presentano diagnosi di psicosi alcolica (circa 56%).

**Grafico 5.5: Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero**  
 a) sinistra: per sostanza d'abuso correlata al ricovero;  
 b) destra: per diagnosi psicologica.

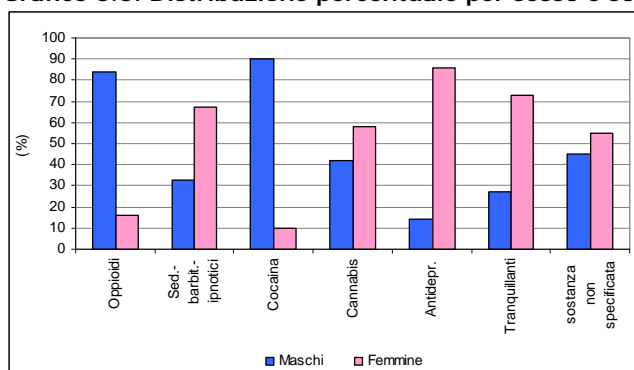


Elaborazione su dati della ASL MI3

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di droghe e psicofarmaci

Nel Grafico 5.6 si riporta la distribuzione per sesso e sostanza d'abuso dei pazienti ricoverati per consumo di droghe e psicofarmaci. I maschi e le femmine risultano ugualmente rappresentati nella quota del 50%; la distribuzione effettuata in base alle sostanze consumate evidenzia che le femmine sono maggiormente rappresentate tra i degenti che fanno uso di antidepressivi, sedativi/barbiturici e tranquillanti mentre i maschi tra i consumatori di cannabinoidi, cocaina ed oppiacei (Grafico 5.6).

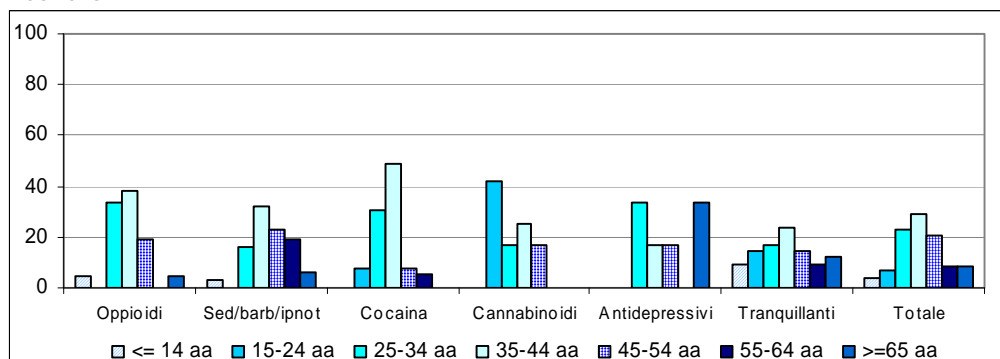
**Grafico 5.6: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.**



Elaborazione su dati della ASL MI3

Poco più della metà dei pazienti che presentano diagnosi relative al consumo di sostanze psicotrope ha un'età compresa tra i 25 ed i 44 anni (circa 52%); nel Grafico 5.7 si riporta la distribuzione dell'età, effettuata in base alle diverse sostanze correlate al ricovero.

**Grafico 5.7: Distribuzione percentuale per sostanza d'abuso e classe d'età correlata al ricovero.**

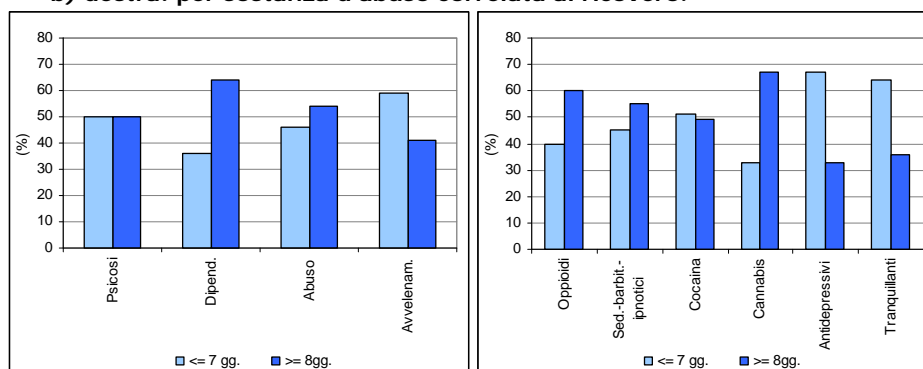


Elaborazione su dati della ASL MI3

L'analisi della distribuzione percentuale del numero di giornate di degenza (Grafico 5.8) alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario evidenzia che, la percentuale più elevata di pazienti sottoposti ad 8 o più giorni di ricovero nel corso dell'anno 2006, la ritroviamo tra i consumatori di cannabinoidi (circa 67%) e tra chi presenta diagnosi di "dipendenza" (circa 64%) da sostanze.

**Grafico 5.8: Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero**

- a) sinistra: per diagnosi psicologica;
- b) destra: per sostanza d'abuso correlata al ricovero.

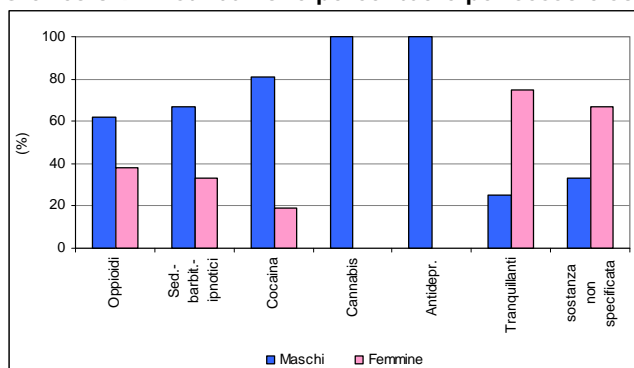


Elaborazione su dati della ASL MI3

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di droghe/psicofarmaci abbinati anche all'uso di alcolici

Nel Grafico 5.9 si riporta la distribuzione per sesso e sostanza d'abuso dei pazienti ricoverati con diagnosi ICD9-CM relative al consumo di droghe/psicofarmaci abbinati all'uso di alcolici. I maschi sono generalmente maggiormente rappresentati (68% contro 32%) fatta unica eccezione relativamente ai tranquillanti.

**Grafico 5.9: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.**



Elaborazione su dati della ASL MI3

La distribuzione per età evidenzia che circa il 49% e 26% dei pazienti che hanno abbinato all'alcol l'uso di sostanze hanno un'età compresa rispettivamente tra i 35 ed i 44 anni e tra i 25 e 34 anni.

## 5.2 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Le malattie infettive droga correlate (HIV, Epatite B ed Epatite C) rappresentano uno dei cinque indicatori per il monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno della droga individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCDDA).

Risulta quindi di grande interesse sia la valutazione dell'attività svolta all'interno dei servizi per il monitoraggio di questo tipo di malattie, sia l'analisi delle caratteristiche dei soggetti affetti da questo tipo di patologie.

### 5.2.1 Test sierologico HIV

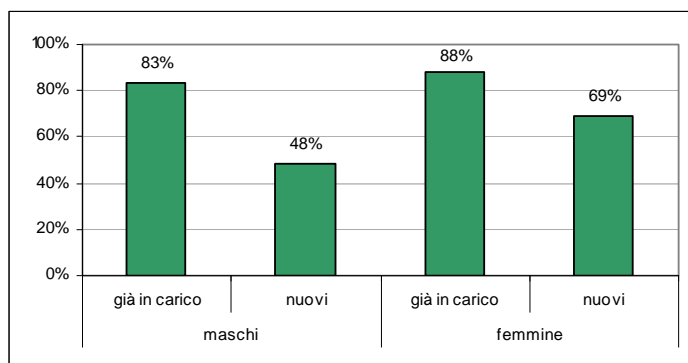
Conoscere il numero dei soggetti testati e l'eventuale positività di questi rappresenta un elemento rilevante per il monitoraggio dell'attività sviluppata nei servizi e per la comprensione e l'analisi della situazione infettiva relativa al servizio.

Coloro che risultano non testati nel corso dell'anno possono essere soggetti per i quali è già conosciuta la condizione sierologica rispetto all'HIV o individui per i quali effettivamente il test non è stato effettuato.

Nei servizi per le tossicodipendenze della ASL MI3 nel corso del 2006 è stata sottoposta al test sierologico per l'HIV il 78% dell'utenza in carico.

Il test è stato eseguito sul 77% dei maschi e l'84% delle femmine, in entrambi i gruppi si rileva una quota maggiore di testati fra i soggetti già in carico (83% dei maschi e 88% delle femmine).

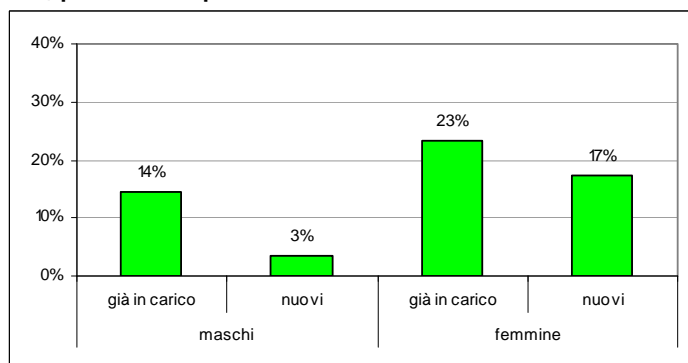
**Grafico 5.10: Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HIV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Sono risultati positivi al test il 13% dei maschi testati e il 22% delle femmine. La positività è stata riscontrata in misura maggiore tra i soggetti già in carico, questo potrebbe essere legato al fatto che tra i nuovi utenti realmente questo virus risulta meno diffuso; va comunque sottolineato che i nuovi utenti sottoposti al test sono in numero abbastanza esiguo.

**Grafico 5.11: Distribuzione percentuale dei soggetti positivi al test sui soggetti testati per HIV, per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I soggetti risultati positivi al virus dell'HIV sono soprattutto utilizzatori di oppiacei (92%) e l'89% di questi soggetti dichiara di far uso iniettivo della sostanza.

Si tratta inoltre di soggetti che hanno un'età media più elevata rispetto al dato complessivo dell'utenza in carico (41 anni).

I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica cui la variabile dipendente è la positività o meno al test, confermano l'associazione (positiva) osservata tra l'uso iniettivo e la positività all'HIV, positiva risulta anche l'associazione con il sesso femminile e con l'essere un soggetto di età superiore ai 35 anni.

**Tabella 5.6: Misure dell'associazione (odds ratio) tra la positività al test per l'HIV ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

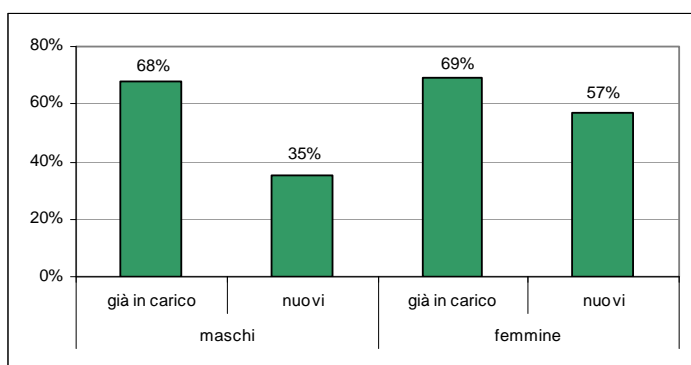
	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	2,52 (1,27-4,97)*
età attuale > 35 anni vs. < 35 anni	3,50 (1,86-6,59)*
nuovi utenti vs. già in carico	0,45 (0,13-1,55)
iniettata vs. altra via	10,08 (3,58-28,40)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

### 5.2.2 Test epatite virale B

Rispetto all'epatite B, si rileva che i test eseguiti per verificare la presenza del virus responsabile di questo tipo di epatite sono stati effettuati sul 63% dell'utenza.

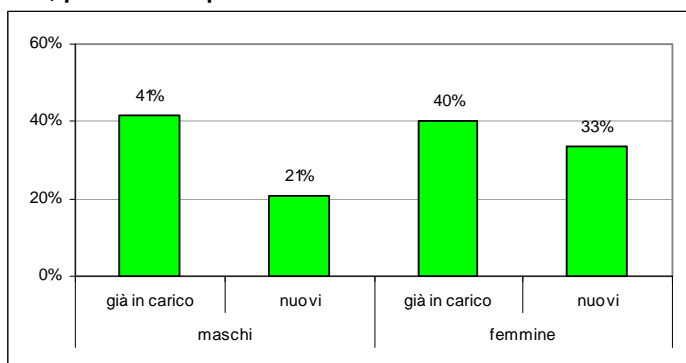
**Grafico 5.12: Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HBV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

La distinzione per sesso e presenza nel servizio evidenzia che sono stati sottoposti all'esame il 68% dei maschi già in carico e il 35% dei nuovi utenti dello stesso sesso. Tra le utenti di sesso femminile il test è stato effettuato sul 69% delle già in carico e sul 57% delle nuove utenti.

**Grafico 5.13: Distribuzione percentuale dei soggetti positivi al test sui soggetti testati per HBV, per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

La positività al test risulta relativamente bassa tra le donne (il 23% delle utenti testate); tra i maschi è risultato positivo al test il 41% dei soggetti.

Anche tra i soggetti positivi al virus responsabile dell'epatite B si osserva un'elevata percentuale di utilizzatori di oppiacei (93%) e di utilizzatori per via iniettiva (91%).

Si osserva anche un'età media di questi soggetti superiore a quella rilevata per il totale dell'utenza (circa 40 anni).

I risultati di un modello di regressione logistica (analogo a quello utilizzato per l'HIV) suggeriscono un'associazione positiva tra la positività al test per l'epatite B e l'essere un soggetto di età superiore ai 35 anni così come il far uso della sostanza per via iniettiva; negativa è invece l'associazione con il sesso femminile.

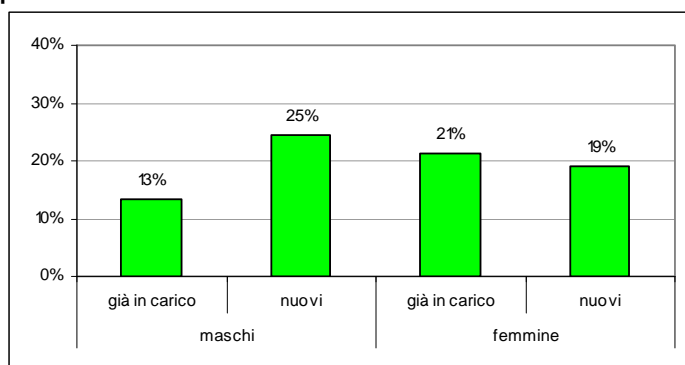
**Tabella 5.7: Misure dell'associazione (odds ratio) tra la positività al test per l'HBV ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	0,33 (0,11-0,97)*
età attuale > 35 anni vs. < 35 anni	1,94 (1,13-3,34)*
nuovi utenti vs. già in carico	1,96 (0,89-4,33)
iniettata vs. altra via	6,90 (3,18-14,95)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Rispetto al virus dell'epatite B, si osserva che il 16% dell'utenza complessiva è stata vaccinata, soprattutto i nuovi utenti (19% delle femmine e 25% dei maschi contro il 19% e 21% rispettivamente tra i soggetti già in carico).

**Grafico 5.14: Distribuzione percentuale dei soggetti vaccinati per HBV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



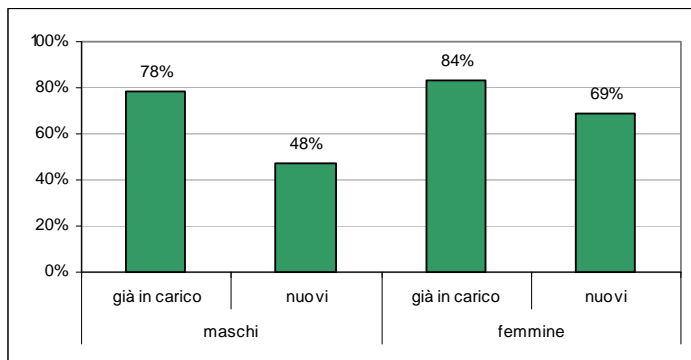
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

### 5.2.3 Test epatite virale C

I test per verificare la presenza del virus responsabile dell'epatite C sono stati eseguiti sul 74% degli utenti in carico.

Risultano sottoposte al test in misura maggiore le donne e soprattutto le utenti già in carico (84% contro il 69% tra le nuove utenti); tra i maschi il test risulta effettuato sul 78% dei soggetti già in carico e sul 48% dei nuovi utenti.

**Grafico 5.15: Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HCV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**

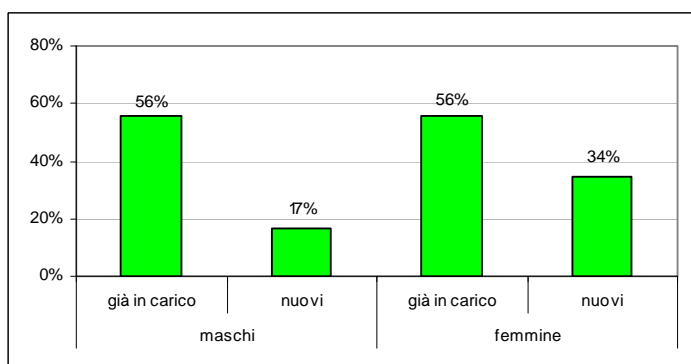


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per questo tipo di indagine clinica si rileva una positività più elevata rispetto a quanto osservato per l'epatite B e per l'HIV ad indicare o una maggiore diffusione di questo tipo di virus, o una maggiore selezione degli utenti da sottoporre al test.

Risultano positivi al test soprattutto i soggetti già in carico (56% contro il 20% dei nuovi utenti).

**Grafico 5.16: Distribuzione percentuale dei soggetti positivi al test sui soggetti testati per HCV, per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Anche per il test dell'epatite C i risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica evidenziano un'associazione positiva tra l'essere affetto dal virus dell'epatite C ed essere un soggetto di età superiore ai 35 anni e iniettore. Negativa è invece l'associazione con l'essere un soggetto preso in carico per la prima volta nell'anno.

**Tabella 5.8: Misure dell'associazione (odds ratio) tra la positività al test per l'HCV ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.**

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	1,03 (0,51-2,08)
età attuale > 35 anni vs. < 35 anni	2,79 (1,76-4,40)*
nuovi utenti vs. già in carico	0,31 (0,14-0,71)*
iniettata vs. altra via	23,34 (14,34-37,99)*

Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3



### 5.3 DOPPIA DIAGNOSI

Dalle informazioni acquisite a livello analitico è possibile esaminare le caratteristiche dell'utenza tossicodipendente e alcoldipendente oggetto dello studio in merito alla presenza concomitante di disturbi psichiatrici.

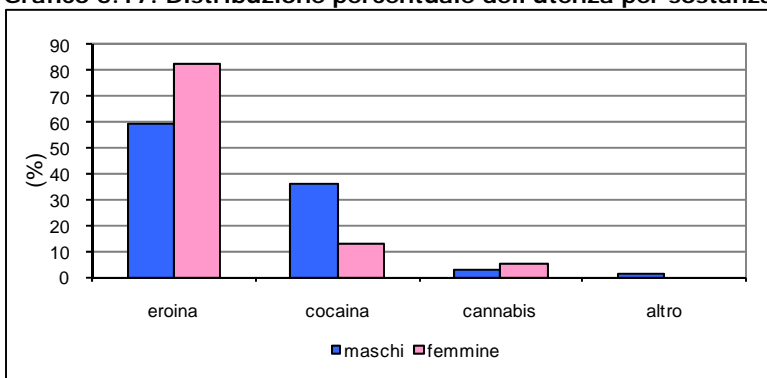
Le analisi di seguito riportate fanno riferimento a quanto rilevato in uno studio ad hoc condotto sull'utenza trattata dai servizi tra la fine del 2006 ed il primo trimestre 2007.

#### 5.3.1 Doppia diagnosi utenti tossicodipendenti

L'utenza tossicodipendente comorbile rilevata nello studio è composta da 170 soggetti, il 77% è rappresentato da maschi, l'età media è di 36 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi (maschi 37 anni, femmine 35 anni). Rispetto alla sostanza "primaria" che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT, il 64% degli utenti in doppia diagnosi sono associati all'uso primario di eroina, il 31% sono utilizzatori di cocaina e il 4% di cannabis.

Distinguendo l'utenza oltre che per sostanza primaria, anche per sesso, si osserva che fra le femmine è nettamente maggiore la quota di consumatori di eroina (82%) e di gran lunga minore quella degli utilizzatori di cocaina (13%) rispetto ai maschi che presentano percentuali rispettivamente pari a 59% e 36% (Grafico 5.17).

**Grafico 5.17: Distribuzione percentuale dell'utenza per sostanza "primaria" e sesso.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

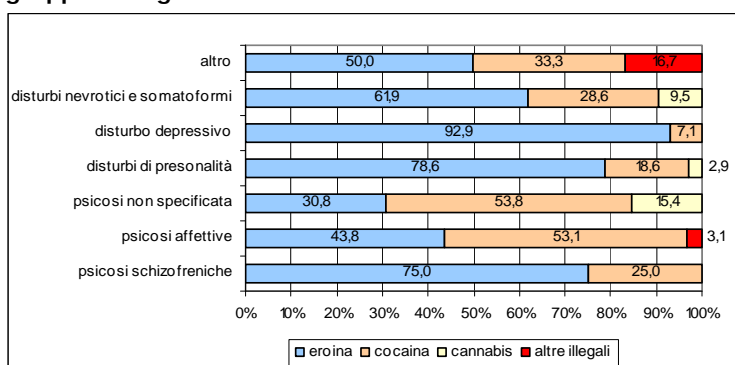
Il 52% dell'utenza risulta trattata per consumo associato di più sostanze: alla sostanza primaria, il 65% dei poliabusatori associa cocaina, il 16% bevande alcoliche, il 7% cannabinoidi e il 6% eroina; il rimanente 6% associa altre sostanze illegali.

Nel confronto col totale dell'utenza tossicodipendente in trattamento si notano differenze nella distribuzione per sesso (89% maschi utenza totale; 77% maschi utenza comorbile) e nella quota dei poliabusatori (70% utenza totale; 52% utenza comorbile), mentre l'età media è la stessa nei due gruppi e sono simili le distribuzioni percentuali della sostanza primaria di abuso, solamente fra le femmine nell'utenza totale si osserva una quota più alta di utilizzatori di cocaina (20%) e una percentuale più bassa nell'abuso di oppiacei (72%).

Rispetto la modalità con cui gli utenti giungono al Dipartimento di salute mentale inviati dal SerT oppure al SerT inviati dal Dipartimento di salute mentale, per il 43% dei soggetti si è trattato di un invio telefonico, per il 13% di un invio scritto, il 31% si è presentato volontariamente e il 13% a seguito di riunioni tra gli operatori SerT e del Dipartimento di salute mentale per la presentazione del caso e la definizione dei livelli di collaborazione rispettiva.

Le singole diagnosi psichiatriche sono state aggregate in macrogruppi, riportati nel Grafico 5.18. Il 43% dei soggetti in doppia diagnosi presenta disturbi di personalità, il 19% psicosi affettive, il 13% disturbi nevrotici e somatoformi, in particolare nelle donne (20% contro 10% uomini), il 5% psicosi schizofreniche, l'8% psicosi non specificate, l'8% disturbi depressivi e il 4% altri disturbi. Dalla distribuzione delle diagnosi per sostanza di abuso "primaria" si osserva che fra le psicosi affettive e non specificate è più diffuso l'uso di cocaina, mentre tra i disturbi depressivi è più diffuso il consumo di eroina.

**Grafico 5.18: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sostanza utilizzata e gruppi di diagnosi.**

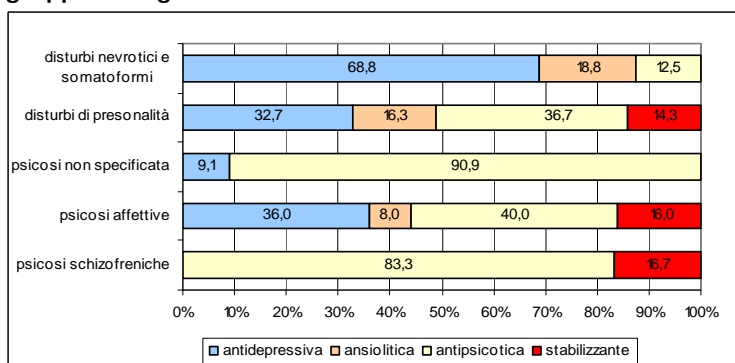


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per quanto riguarda la terapia psichiatrica prevalente alla quale vengono sottoposti gli utenti per il 43% si tratta di una terapia antipsicotica, per il 33% antidepressiva e il rimanente 24% si divide a metà tra terapia ansiolitica e stabilizzante.

Nei disturbi nevrotici e somatoformi la terapia maggiormente utilizzata è quella antidepressiva, nelle psicosi schizofreniche e non specificate si utilizza nella gran parte dei casi la terapia antipsicotica, nelle psicosi affettive oltre alla cura antipsicotica si utilizza anche la terapia antidepressiva, rimedio simile si adotta nei disturbi di personalità per i quali si utilizzano in minor parte anche terapie ansiolitiche e stabilizzanti. Per quanto riguarda i soggetti con disturbi depressivi non sono note nella gran parte dei casi le terapie psichiatriche applicate (Grafico 5.19).

**Grafico 5.19: distribuzione percentuale degli utenti comorbili per terapia psichiatrica e gruppi di diagnosi.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per la metà dei casi (49%) il livello di collaborazione dell'utenza viene definito sufficiente, per il 25% buono e per il rimanente 26% insufficiente.

### 5.3.2 Doppia diagnosi utenti alcoldependenti

L'utenza alcoldependente con presenza concomitante di disturbi psichiatrici censita nello studio è composta da 103 soggetti, il 58% è rappresentato da maschi, l'età media è di 44 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi (maschi 43 anni, femmine 45 anni).

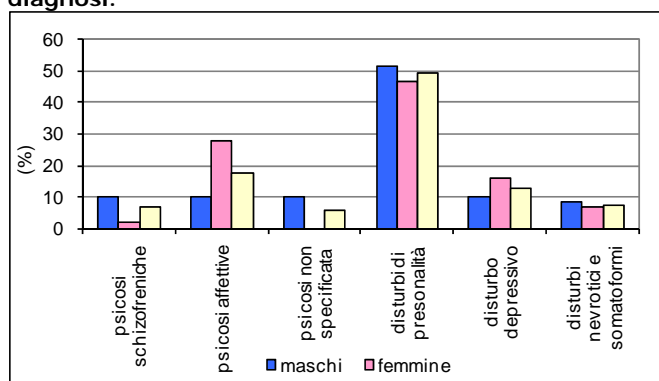
Il 48% dell'utenza risulta trattata per consumo associato di più sostanze: alla sostanza primaria, il 59% dei poliabusatori associa cocaina, il 31% altre sostanze illegali, il 6% eroina e il rimanente 4% associa cannabinoidi.

Nel confronto col totale dell'utenza alcoldependente in trattamento si notano differenze nella distribuzione per sesso (74% maschi utenza totale; 58% maschi utenza comorbile) e nella quota dei poliabusatori (18% utenza totale; 48% utenza comorbile), mentre nell'utenza totale l'età media è più elevata di due anni e i maschi e le femmine sono più grandi rispettivamente di due e quattro anni.

Rispetto la modalità di interscambio degli utenti tra il SerT e il Dipartimento di salute mentale, per il 51% dei soggetti si è trattato di un invio telefonico, per il 20% di un invio scritto, il 5% volontariamente e il 24% a seguito di riunioni di presentazione del caso.

Il Grafico 5.20 riporta le singole diagnosi psichiatriche, che per una più facile lettura sono state aggregate in macrogruppi. Il 49% dei soggetti in doppia diagnosi presenta disturbi di personalità, il 17% psicosi affettive, in particolare nelle donne (28% contro 10% uomini), l'8% disturbi nevrotici e somatoformi, il 7% psicosi schizofreniche, il 6% psicosi non specificate e il 13% disturbi depressivi, in particolare nelle donne (16% contro 10% uomini). Nei maschi le diagnosi più frequenti rispetto al sesso femminile sono le psicosi schizofreniche (10% contro 2% femmine) e le psicosi non specificate, nessuna femmina presenta questo tipo di diagnosi contro il 10% dei maschi.

**Grafico 5.20: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sesso e gruppi di diagnosi.**



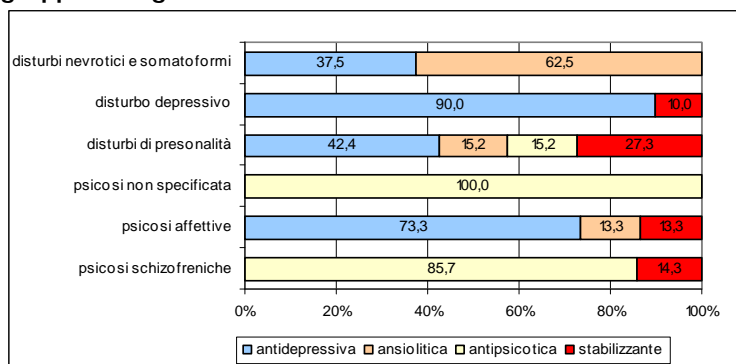
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per quanto riguarda la terapia psichiatrica prevalente alla quale vengono sottoposti gli utenti per il 47% si tratta di una terapia antidepressiva, per il 22% antipsicotica, per il 16% stabilizzante e il rimanente 15% riceve una terapia ansiolitica.

Nei disturbi nevrotici e somatoformi viene utilizzata o una terapia ansiolitica o in minor parte una terapia antidepressiva, nelle psicosi schizofreniche e non specificate si utilizza rispettivamente nella gran parte e nella totalità dei casi la

terapia antipsicotica, nelle psicosi affettive e nei disturbi depressivi la terapia maggiormente utilizzata è quella antidepressiva, infine nei disturbi di personalità oltre alla cura antidepressiva si utilizza anche la terapia stabilizzante e in minor parte anche terapie ansiolitiche e antipsicotiche (Grafico 5.21).

**Grafico 5.21: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per terapia psichiatrica e gruppi di diagnosi.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per il 58% dei casi il livello di collaborazione dell'utenza viene definito buono, per il 24% sufficiente e per il rimanente 18% insufficiente.

#### 5.4 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA

In base ai dati del Registro Speciale di Mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, che, sebbene con alcuni limiti<sup>1</sup>, rappresentano la fonte più aggiornata sulla mortalità per overdose, nel 2006 nei comuni afferenti all'area dell'ASL MI3 si sono registrati 2 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose, sui complessivi 18 verificati nell'intera provincia ed i 40 regionali.

Rapportando tali valori alla popolazione (di età 15-64 anni) residente nelle rispettive aree, si conta meno di un decesso ogni 100 mila abitanti (a livello aziendale 0,3 mentre su quello provinciale e regionale si attesta rispettivamente sullo 0,7 e 0,6) a fronte di 1,3 della media nazionale (Grafico 5.22).

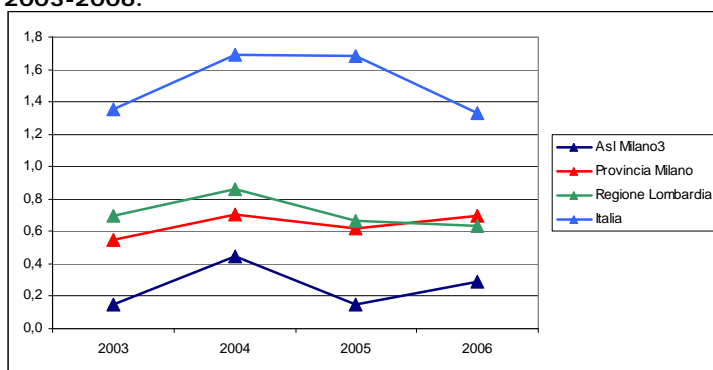
Rispetto al triennio precedente, se a livello aziendale e provinciale si osservi un leggero aumento nell'ultimo anno, rispetto alla diminuzione dei tassi rilevati nel

<sup>1</sup> I dati della DCSA si riferiscono ai casi di decessi riconducibili direttamente all'abuso di sostanze stupefacenti, in base a circostanze e segni inequivocabili riferibili a episodi di overdose e non a seguito di specifici esami tossicologici; non comprende quindi i decessi causati indirettamente dall'assunzione di droghe (incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, o decessi da parte di assuntori di droghe dovuti a complicazioni patologiche) e quei casi in cui non siano state coinvolte le Forze di Polizia.

Le altre fonti disponibili in Italia sono quelle del Registro Generale di Mortalità dell'Istat, in cui, come in quello della DCSA, non si prevedono le cause di morte "indirettamente" correlate all'uso di sostanze stupefacenti e gli ultimi dati disponibili sono quelli dell'anno 2002 secondo il sistema di classificazione ICD IX; vi sono poi gli Istituti di medicina legale che, seppur svolgendo indagini tossicologiche al fine di rilevare cause di morte sia direttamente che indirettamente correlate all'uso di droga, hanno una copertura parziale (le indagini tossicologiche vengono effettuate solo in seguito ad esplicita richiesta dell'Autorità Giudiziaria che può affidarle anche ad altri istituti, qualora non siano presenti sul territorio quelli di medicina legale).

2005, a livello regionale e nazionale, dopo un incremento registratosi nel 2004, si assiste ad una tendenza verso la riduzione dei decessi per overdose.

**Grafico 5.22: Tassi di decesso per overdose ogni 100 mila residenti di età 15-64 anni - Anni 2003-2006.**



Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno

Rispetto alla popolazione con uso problematico di sostanze, stimata a livello nazionale e regionale (si veda paragrafo sulle stime di prevalenza di uso problematico), si contano in media in Italia 1,6 decessi ogni 1.000 soggetti eleggibili al trattamento, laddove a livello regionale tale valore è pari a 0,7.

Nel 2006 i soggetti deceduti nel territorio dell'ASL MI3, così come quelli nell'intera provincia, erano tutti di sesso maschile (a livello regionale e nazionale si contano circa un decesso tra le donne ogni 10 decessi tra gli uomini). L'età media al decesso a livello aziendale è di 31 anni, laddove a livello regionale è pari a 34 anni e mezzo anni, mentre a livello nazionale e provinciale è pari a 36 anni.

Le sostanze a cui sono stati attribuiti<sup>2</sup> i due decessi verificatisi nel territorio aziendali sono in un caso imprecisata e nell'altro attribuita all'eroina; a livello provinciale, regionale e nazionale per più della metà dei casi non è stato possibile per le FFOO ricondurre nessuna sostanza al decesso, mentre nei restanti casi l'eroina risulta essere la sostanza che maggiormente ha determinato il decesso.

Un deceduto nel territorio aziendale era di nazionalità italiana, mentre l'altro di origine senegalese; a livello provinciale e regionale circa 1 soggetto su 10 risulta stranieri, laddove a livello nazionale gli stranieri deceduti nel 2006 sono il 7% dei casi rilevati.

<sup>2</sup> La riconduzione del decesso da parte delle FFOO a qualche sostanza che lo ha determinato si basa su elementi circostanziali e non a seguito di specifici esami tossicologici.



## **6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI**

---

### **6.1 Segnalazioni alle Prefetture**

### **6.2 Reati droga correlati**

- 6.2.1 Reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti
- 6.2.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

### **6.3 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari**

### **6.4 Reinserimento sociale**

- 6.4.1 Istruzione e formazione professionale
- 6.4.2 Occupazione
- 6.4.3 Alloggio
- 6.4.4 Assistenza sociale di base





## 6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

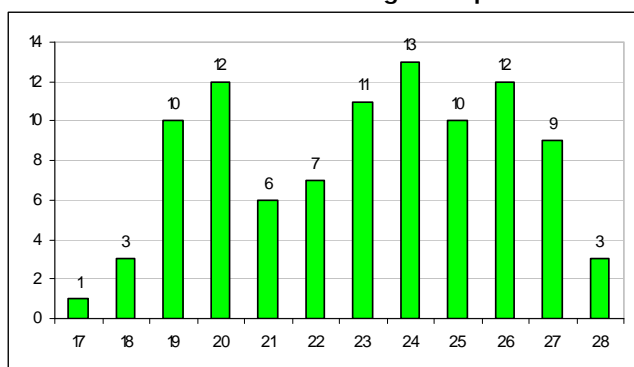
### 6.1 SEGNALAZIONI ALLE PREFETTURE

L'ASL MI3 è stata coinvolta nella Sperimentazione coordinata tra Regione Lombardia e Prefettura di Milano per il trattamento dei soggetti segnalati alla prefettura ai sensi degli artt. 75 e 121 del DPR 309/90. Tale progetto prevede che i soggetti segnalati per art. 75 entro il limite di età di 26 anni vengano convocati a colloquio direttamente presso le sedi dei Servizi Territoriali delle Dipendenze del proprio bacino d'utenza.

Nel 2006 non sono stati raccolti tutti i dati dei soggetti convocati a colloquio presso il Centro di Educazione Polivalente, ma solamente quelli di coloro che hanno avviato un trattamento presso tale struttura (cioè coloro che sono stati inviati a programma).

Nel 2006 sono stati inviati a programma, a seguito del colloquio, 97 individui presso il Centro di Educazione Polivalente. Il 96% dei soggetti sono maschi, l'età media è pari a 23 anni e la metà dei segnalati ha un'età compresa tra i 20 ed i 24 anni (Grafico 6.1).

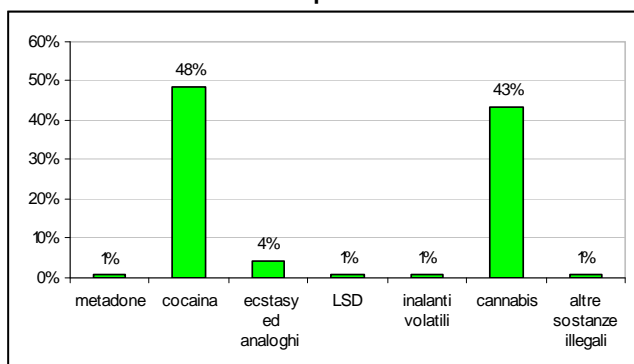
**Grafico 6.1: Distribuzione dei segnalati per età.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Le sostanze di segnalazione prevalenti sono la cocaina e la cannabis, rispettivamente con il 48% e il 43% dei soggetti (Grafico 6.2).

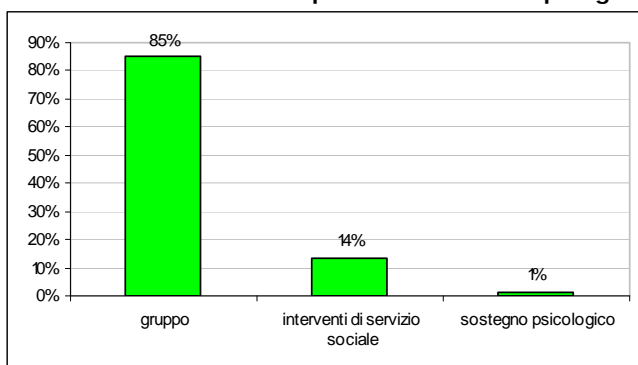
**Grafico 6.2: Distribuzione percentuale della sostanza di segnalazione.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

I soggetti inviati al programma presso il Centro Educativo Polivalente hanno intrapreso un programma di gruppo nell'85% dei casi. Il 14% ha seguito programmi individuali di interventi di servizio sociale e l'1% programmi di sostegno psicologico (Grafico 6.3).

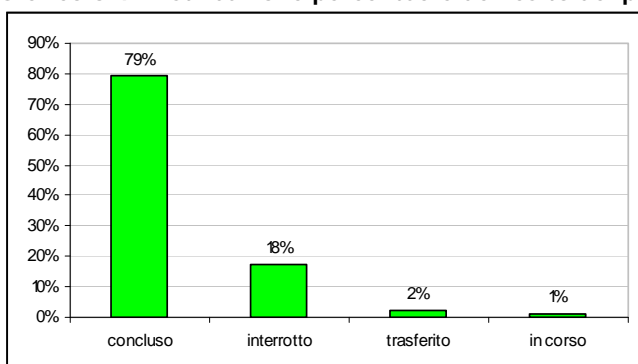
**Grafico 6.3: Distribuzione percentuale della tipologia dei programmi CEP.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

A metà del 2007 il 79% dei programmi avviati presso il Centro Educativo Polivalente risultavano giunti a conclusione, il 18% era stato interrotto e solamente l'1% risultava ancora in corso (Grafico 6.4).

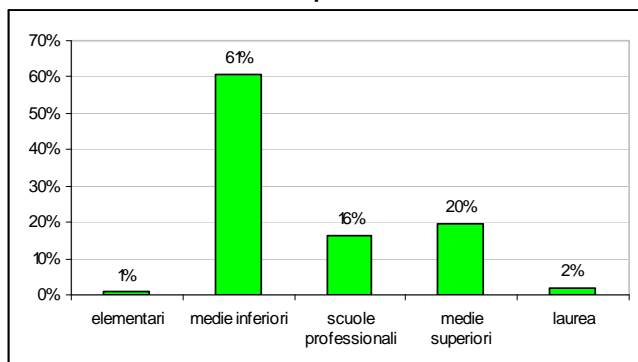
**Grafico 6.4: Distribuzione percentuale dell'esito dei programmi CEP.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Dei soggetti che si sono presentati a colloquio e che successivamente sono stati inviati a programma, il 61% possiede la licenza media inferiore, il 20% ha conseguito il diploma di media superiore, il 16% ha un attestato di scuola professionale, solamente l'1% ha la licenza elementare ed il 2% ha conseguito la laurea (Grafico 6.5).

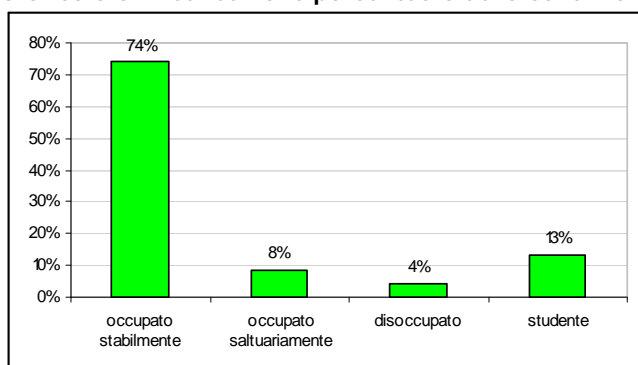
**Grafico 6.5: Distribuzione percentuale del livello di istruzione.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Per quanto riguarda la condizione abitativa, la maggior parte dei segnalati vive con i genitori (88%), il 6% con il partner e il 5% da solo; riassumendo solo il 12% dei colloquiati non vive più in famiglia (Grafico 6.6).

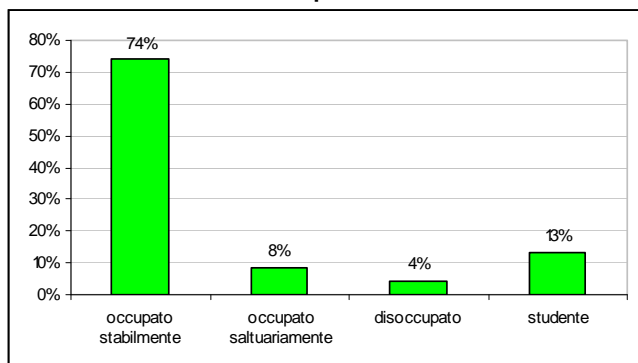
**Grafico 6.6: Distribuzione percentuale della condizione abitativa.**



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

La maggior parte dei colloquiati lavora: il 74% ha un lavoro stabile e l'8% saltuario; il 4% dei segnalati sono disoccupati e il 13% è ancora all'interno del circuito scolastico (Grafico 6.7).

**Grafico 6.7: Distribuzione percentuale della condizione occupazionale.**

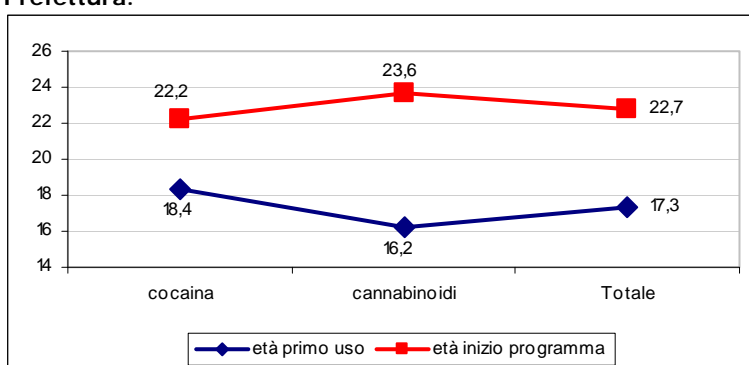


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

Si osservano differenze per quanto riguarda la sostanza di segnalazione e l'età media di primo utilizzo che è pari a 16 anni per coloro che utilizzano cannabis e a 18 per coloro che sono stati segnalati per cocaina.

Analizzando il tempo di latenza che intercorre tra il primo utilizzo della sostanza e il primo trattamento effettuato a seguito della segnalazione, si nota che è leggermente più lungo per chi ha consumato cannabis rispetto a chi ha consumato cocaina. Il tempo di latenza medio per i segnalati per cannabis è poco più di 7 anni, mentre per i segnalati per cocaina il tempo di latenza media è di poco inferiore ai 4 anni (Grafico 6.8).

**Grafico 6.8: Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di primo utilizzo della sostanza di segnalazione e dell'età di inizio del programma dei soggetti segnalati dal Progetto Prefettura.**



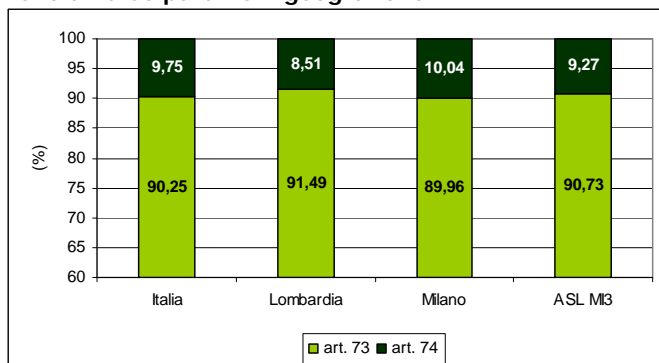
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI3

## 6.2 REATI DROGA CORRELATI

### 6.2.1 Reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti

Nel corso del 2006 in Italia sono state effettuate 32.807 denunce, di cui 5.102 in Lombardia, 2.371 a Milano ed, in particolare, 248 nei comuni di competenza dell'ASL MI3.

Quasi il 10% delle denunce ha riguardato il reato di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74), quota che rimane sostanzialmente stabile in tutte le partizioni geografiche (nella Regione, nella provincia e nei comuni ASL rispettivamente il 9%, il 10% ed il 9%). Gli altri reati previsti dalla specifica normativa hanno riguardato meno dell'1% delle denunce effettuate in Italia ed in Lombardia e sono del tutto assenti a livello provinciale (Grafico 6.9).

**Grafico 6.9: Distribuzione percentuale delle denunce per artt. 73 e 74 effettuate nel 2006 nelle diverse partizioni geografiche.**


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

Il numero stimato di soggetti denunciati per i soli articoli 73 e 74 è stato di 31.807 in Italia di cui, come per le denunce, circa il 15% in Lombardia, il 7% a Milano e meno dell'1% nei comuni di competenza della ASL.

Rispetto alla popolazione residente nelle aree di interesse, nel 2006 in Italia ed in Lombardia il tasso di denunciati è di circa 8 ogni 10.000 residenti tra i 15 ed i 64 anni, circa 9 a Milano e 4 nei comuni della ASL.

Circa il 90% dei denunciati per questi reati è di genere maschile, percentuale che sale al 93% passando dal livello regionale a quello dell'area MI3 (circa il 91% in Lombardia ed il 93% nella provincia).

Gli stranieri, poco meno del 29% in Italia, rappresentano il 50% dei denunciati in Lombardia, il 53% a Milano ed il 46% nei comuni afferenti alla ASL.

Soprattutto nelle aree milanesi, gli italiani risultano coinvolti nel reato più grave previsto dall'art. 74 in proporzione maggiore rispetto agli stranieri (circa l'11% contro l'8% in Italia, il 9% contro l'8% in Lombardia, il 14% contro l'8% a Milano, il 14% contro il 5% nei comuni ASL).

L'età media dei denunciati è di circa 30 anni in Italia e nei comuni della ASL, 31 in Lombardia e quasi 32 nella Provincia di Milano, complessivamente più elevata tra i deferiti per l'art. 74 e tra gli italiani (Tabella 6.1).

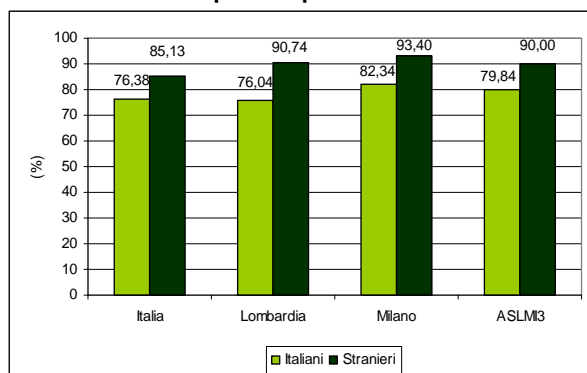
**Tabella 6.1: Distribuzione dell'età media e deviazioni standard degli italiani e stranieri denunciati per artt. 73 e 74 nelle diverse partizioni geografiche.**

	Totale Denunciati		Art. 73		Art. 74	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Italiani	30,6	9,9	30,0	9,7	35,2	10,1
Stranieri	29,9	8,4	29,6	8,3	33,8	8,6
Italia	30,4	9,5	29,9	9,3	34,4	9,8
Italiani	32,0	10,2	31,4	10,0	37,6	10,3
Stranieri	30,2	8,4	29,8	8,3	34,2	8,9
Lombardia	31,1	9,4	30,6	9,2	36,0	9,8
Italiani	33,5	10,5	32,8	10,3	38,1	10,1
Stranieri	30,3	8,8	29,7	8,5	36,8	9,7
Milano	31,8	9,7	31,1	9,5	37,6	9,9
Italiani	31,8	10,6	30,3	9,9	40,8	10,4
Stranieri	28,9	8,5	28,6	8,4	35,0	10,2
ASLM3	30,5	9,8	29,5	9,2	39,5	10,4

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

L'emanazione dei provvedimenti restrittivi ha riguardato circa il 79% dei denunciati in Italia, l'83% in Lombardia, l'88% a Milano e l'85% nell'area ASL MI3, proporzioni complessivamente superiori tra gli stranieri rispetto agli italiani (Grafico 6.10).

**Grafico 6.10: Distribuzione percentuale degli italiani e stranieri denunciati per gli artt. 73 e 74 nel 2006 sottoposti a provvedimenti di arresto nelle diverse partizioni geografiche.**

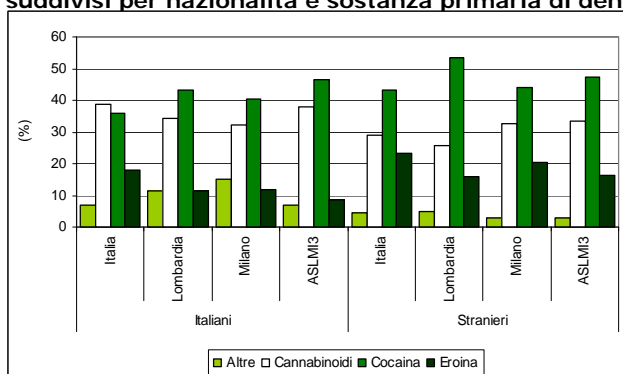


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

In tutte le partizioni geografiche considerate, la sostanza primaria di denuncia più frequente è la cocaina, seguita dai cannabinoidi (sia derivati che piante) e, a distanza, dall'eroina. La quota di denunciati per cocaina, è infatti, di circa il 38% in Italia, il 48% in Lombardia, il 43% a Milano ed il 47% nell'ASL MI3, mentre quella per i cannabinoidi rispettivamente circa il 36% in Italia e nei comuni ASL, il 30% nella Regione ed il 32% nel capoluogo. I deferiti per eroina rappresentano infine, rispettivamente circa il 20% dei denunciati nella penisola, il 14% in Lombardia, il 16% nella provincia ed il 12% a livello locale.

Distinguendo per nazionalità, si osserva che, in tutte le partizioni considerate, le quote di denunciati per eroina e cocaina risultano superiori tra gli stranieri rispetto agli italiani, mentre tra questi ultimi si registra una proporzione di deferiti per traffico di cannabinoidi superiore all'altro gruppo (Grafico 6.11).

**Grafico 6.11: Distribuzione percentuale dei denunciati nelle diverse partizioni geografiche suddivisi per nazionalità e sostanza primaria di denuncia.**

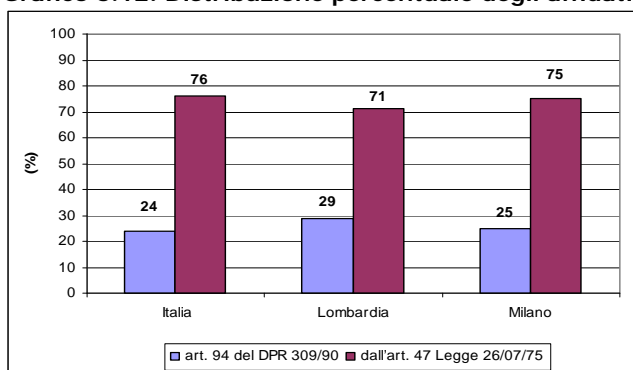


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

### 6.2.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

Nel 2006, in Italia, sono state affidate ai Servizi sociali 11.653 persone, 2.139 in Lombardia e 1.086 nella provincia di Milano. Sostanzialmente in linea con quanto rilevato a livello nazionale, a Milano (Grafico 6.12) la quota di soggetti che hanno iniziato o proseguito un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza<sup>1</sup> (in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90) è pari al 25% dell'intero collettivo, il restante 75% risulta costituito da persone in affidamento per l'esecuzione di pene non superiori ai tre anni (come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche).

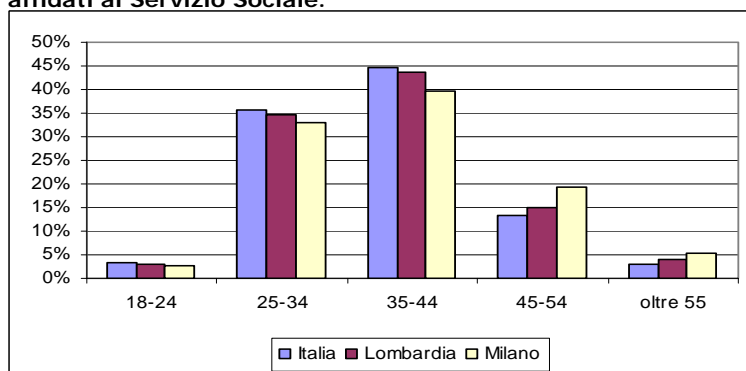
**Grafico 6.12: Distribuzione percentuale degli affidati al Servizio Sociale (anno 2006).**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

L'età media degli affidati per art. 94 è circa 39 anni, 38 e 37 rilevati rispettivamente a Milano, in Lombardia e in Italia. Se a livello nazionale non si evidenziano particolari differenze in base alla nazionalità ed al sesso, a Milano ed in Lombardia tale età varia tra i 39 anni per i maschi e 36 per le femmine ed i 38 per gli italiani e 33 degli stranieri.

**Grafico 6.13: Distribuzione percentuale, per classi di età, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.**



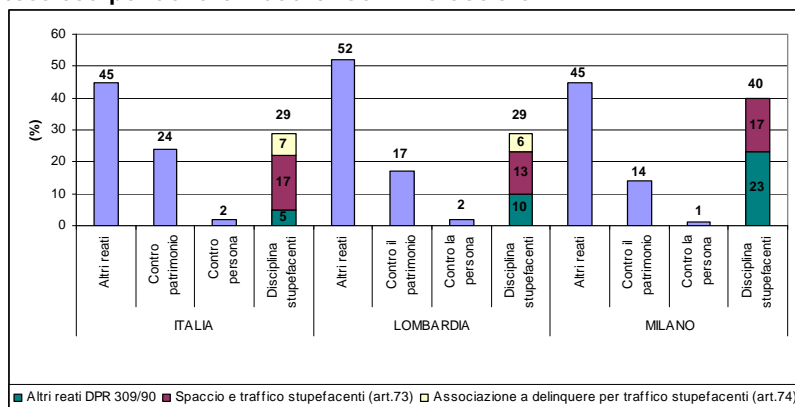
Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

<sup>1</sup> L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (art. 94 DPR 309/90) riguarda sia i tossicodipendenti che gli alcolodipendenti, nella quasi totalità dei casi si tratta però di soggetti tossicodipendenti.

Sempre all'interno del gruppo degli affidati per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza, gli stranieri rappresentano circa il 4% dell'intero collettivo all'interno di tutte e tre le partizioni geografiche considerate; cala invece la quota di femmine che passano dall'8% rilevato a livello nazionale, 6% della Lombardia al 5% della provincia di Milano.

A Milano, hanno commesso reati in violazione della disciplina sugli stupefacenti (DPR 309/90) circa il 40% (Grafico 6.14) dei tossicodipendenti affidati agli uffici di esecuzione penale esterna; in particolare il 23% è condannato per reati meno gravi di produzione, vendita e traffico (art. 73) ed il rimanente 17% per altri reati previsti dalla stessa normativa (non si evidenziano reati commessi in violazione dall'art. 74 che riguarda l'associazione finalizzata al traffico di sostanze).

**Grafico 6.14: Distribuzione percentuale, per reato commesso, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

### 6.3 CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI ENTRATI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Senza variazioni rispetto al livello nazionale, la proporzione di detenuti entrati negli istituti lombardi per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti varia tra il 28% ed il 29% del totale degli ingressi.

**Tabella 6.2: Ingressi complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90.**

	Ingressi	Ingressi DPR	% ingressi per DPR 309/90
Italia	90.714	25.399	28%
Lombardia	14.595	4.252	29%
Milano	7.211	2.067	29%
Monza	1.298	360	28%

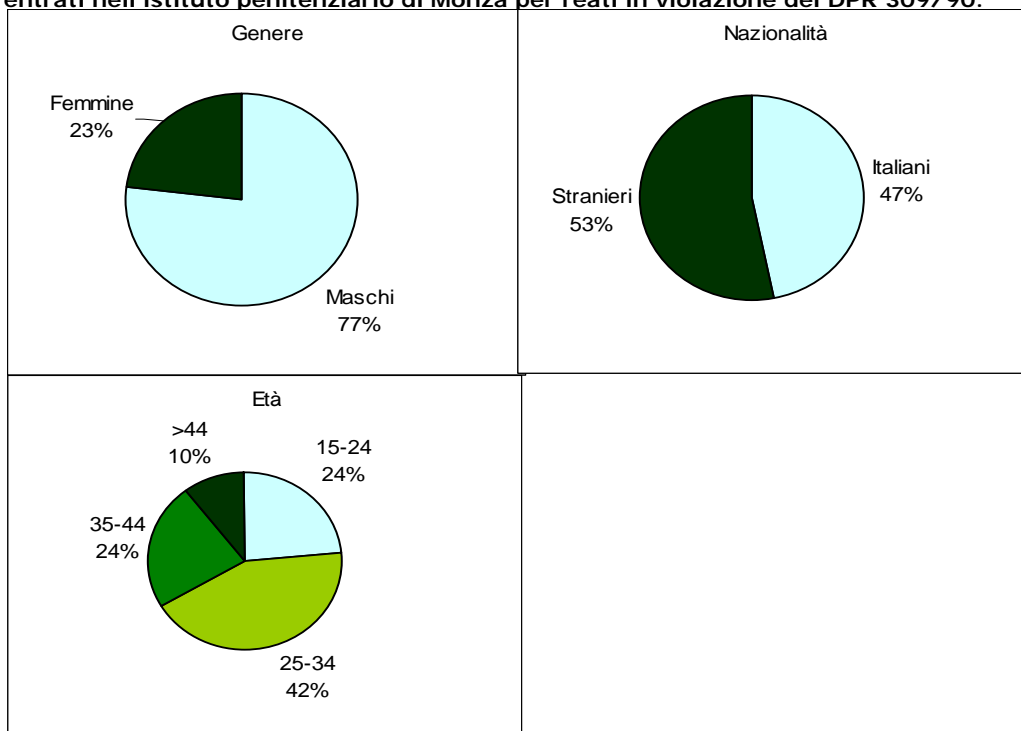
Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

In linea con quanto osservato nella penisola, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche (Grafico 6.15) evidenzia la netta preponderanza del genere maschile, mentre la presenza di detenuti di nazionalità estera nella struttura monzese, pur risultando superiore al 40% rilevato a livello nazionale, è meno consistente di quella regionale e provinciale (rispettivamente il 61% ed il 65%). In tutte le partizioni considerate, la classe di età maggiormente rappresentata è



quella dai 25 ai 34 anni e l'età media è di circa 32, complessivamente più bassa tra gli stranieri (circa 30 contro 34 anni).

**Grafico 6.15: Distribuzione percentuale per genere, nazionalità, e classi di età dei soggetti entrati nell'istituto penitenziario di Monza per reati in violazione del DPR 309/90.**

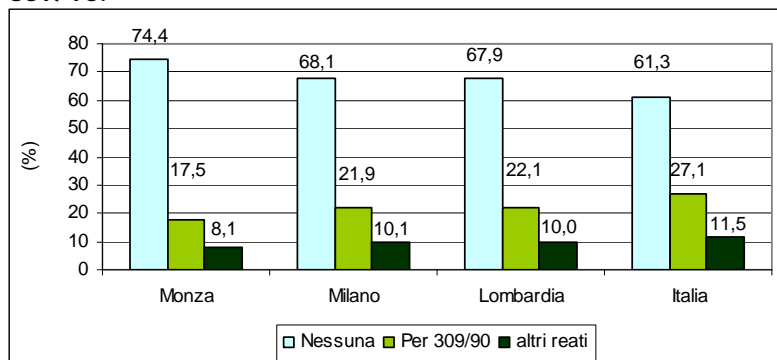


Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Tra i detenuti per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti, la quasi totalità è entrata per reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (il 93% in Italia, il 95% in Lombardia, il 96% a Milano ed il 94% a Monza) ed una minima parte per i crimini di associazione previsti dall'art. 74 dello stesso DPR.

Con una proporzione leggermente superiore a quella della Regione e della Provincia, e più marcata rispetto a quella nazionale, circa il 74% dei casi entrati nell'istituto di Monza non ha precedenti carcerazioni. Dei restanti, meno del 18% è rientrato per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti, valore inferiore al 22% rilevato sia a livello regionale che provinciale ed al 27% nazionale (Grafico 6.16).

**Grafico 6.16: Distribuzione percentuale per precedenti carcerazioni dei soggetti entrati negli istituti penitenziari delle diverse partizioni geografiche per reati in violazione del DPR 309/90.**



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Tra gli stranieri la quota di neocarcerati si assesta a valori compresi tra il 74% in Italia e Lombardia, il 75% a Milano e sale all'85% nell'istituto di Monza, mentre tra gli italiani tali percentuali risultano nettamente inferiori (circa il 53% in Italia, il 58% in Lombardia, il 55% a Milano ed il 63% a Monza).

In particolare, nell'istituto di Monza, a parità di genere, età, reato e posizione giuridica, gli stranieri hanno un rischio significativamente inferiore rispetto agli italiani di avere avuto precedenti carcerazioni (OR 0,33 con IC 0,18-0,58). Sempre a parità delle altre variabili, tale rischio risulta inferiore anche per le femmine rispetto ai maschi e tra coloro che sono in attesa di primo giudizio piuttosto che in altre posizioni giuridiche, mentre cresce all'aumentare dell'età.

**Tabella 6.3: Risultati del modello di regressione logistica aggiustato per genere, età, nazionalità, posizione giuridica e reato (precedenti carcerazioni contro prima detenzione).**

	Odds ratio (IC 95%)
stranieri vs. italiani	0,33 (0,18-0,58)
femmine vs. maschi	0,20 (0,08-0,5)
25-34 vs. <25	4,58 (1,78-11,76)
35-44 vs. <25	4,53 (1,68-12,25)
>44 vs. <25	9,53 (3,03-30,03)
art.74 vs. art.73	2,02 (0,75-5,49)
in attesa primo giudizio vs. altro	0,39 (0,22-0,69)

Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## 6.4 REINSERIMENTO SOCIALE

Le attività messe in atto in tema di reinserimento sociale di tossicodipendenti (o ex) sono state analizzate in base alle risposte fornite dalla Regione Lombardia al questionario strutturato dell'EMCDDA: nel 2006 risulta attivo, all'interno di una strategia regionale sulle droghe, il "Progetto Regionale per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi di dipendenza", adottato dal 2004, i cui obiettivi principali riguardano la promozione di relazioni di sussidiarietà locale, di integrazione con le attività dei servizi e la definizione di un modello di intervento che valorizzi le procedure di inserimento lavorativo.

Si segnala, inoltre, a livello regionale organismo di coordinamento per il reinserimento sociale dei tossicodipendenti (o ex), finalizzato alla gestione dell'erogazione dei trattamenti, al monitoraggio e alla valutazione.

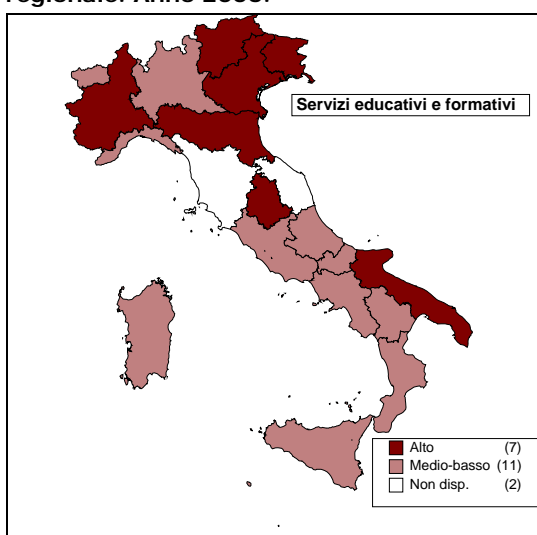
Complessivamente, gli ambiti di intervento specifici sono relativi a quattro aree relative all'istruzione/formazione professionale, all'occupazione lavorativa, all'alloggio e all'assistenza sociale di base.

#### 6.4.1 Istruzione e formazione professionale

Se in merito agli interventi volti al completamento dell'istruzione di base e/o secondaria indirizzati a consumatori ed ex consumatori (sia in quanto tali che come categoria svantaggiata) non si registrano interventi attivi nel 2006 nella Regione Lombardia, nel settore della formazione professionale si segnalano progetti attivi rivolti ai tossicodipendenti (o ex), con buoni giudizi in termini di accessibilità e disponibilità, mentre non sono previsti interventi a cui possa accedere tale target in quanto categoria socialmente svantaggiata.

In questo modo, la Regione Lombardia si caratterizza per livelli medio-bassi di fornitura e differenziazione di servizi educativi e formativi erogati ai soggetti tossicodipendenti (o ex), vista la lacuna in termini di servizi volti al completamento dell'istruzione scolastica (Grafico 6.17).

**Grafico 6.17: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi educativi e formativi a livello regionale. Anno 2006.**



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

### 6.4.2 Occupazione

L'inserimento lavorativo di soggetti consumatori ed ex consumatori di droga è un altro settore in cui la Regione registra interventi attivi nel 2006, attraverso l'erogazione di borse lavoro e/o tirocini, rivolti esclusivamente ai tossicodipendenti (o ex), valutati positivamente, mentre non se ne registrano verso tale target in quanto categoria socialmente svantaggiata.

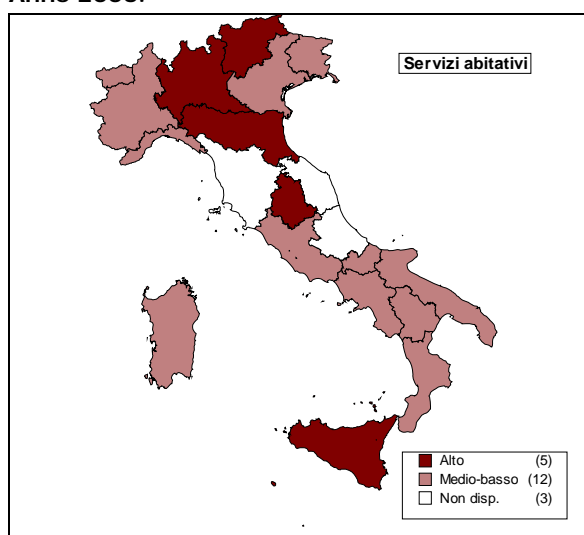
### 6.4.3 Alloggio

La Regione Lombardia ha previsto nel 2006 interventi o servizi per l'alloggio rivolto sia in modo specifico ai consumatori ed ex consumatori di droga, che ad essi in quanto categoria socialmente svantaggiata: tali interventi sono stati giudicati dalla stessa Regione con una buona accessibilità (il termine indica la misura in cui il servizio è aperto ed accessibile ai consumatori ed ex consumatori di droga) e disponibilità (indica in che misura i consumatori ed ex consumatori di droga sono effettivamente raggiunti dall'intervento).

Inoltre, si segnalano attive nel 2006 strutture residenziali specializzate per il reinserimento sociale di tossicodipendenti (o ex), oltre che altri interventi più a lungo termine, quali per esempio sussidi per l'affitto, rivolti a soggetti socialmente svantaggiati, tra cui possono accedere anche i tossicodipendenti: entrambe tali tipologie di intervento sono state considerate positivamente in termini di accessibilità e disponibilità per i consumatori ed ex consumatori di sostanze.

Complessivamente, la Regione Lombardia, caratterizzandosi per una buona fornitura e differenziazione di servizi abitativi erogati ai soggetti tossicodipendenti (o ex), si colloca all'interno di un quadro nazionale che vede per lo più le Regioni del nord (Grafico 6.18) come le più attive in tale ambito d'intervento.

**Grafico 6.18: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi abitativi a livello regionale. Anno 2006.**

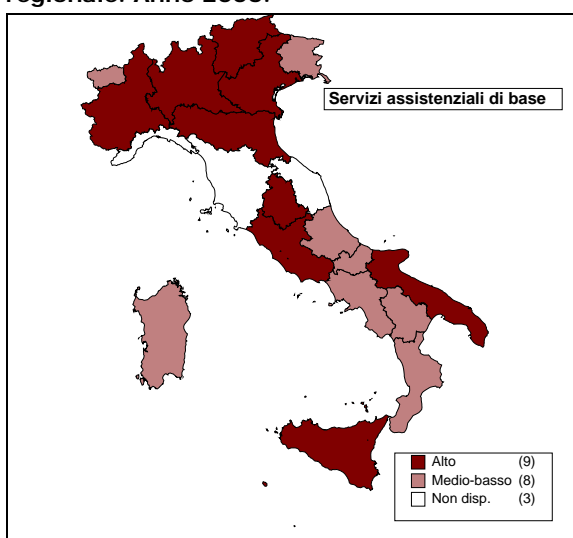


Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

#### 6.4.4 Assistenza sociale di base

Tra le altre tipologie di intervento volto al reinserimento sociale si segnalano attive a livello Regionale l'assistenza sociale e psicologica per le relazioni sociali e familiari dei consumatori (o ex) di sostanze, l'assistenza legale, la sistemazione temporanea di pronta accoglienza di soggetti tossicodipendenti (o ex), le attività di impiego del tempo libero: tali attività sono state valutate positivamente dalla Regione, posizionandola tra le Regioni, prevalenti nel nord Italia (Grafico 6.19), che offrono una più alta e variegata tipologia di assistenza sociale di base per i soggetti tossicodipendenti.

**Grafico 6.19: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi assistenziali di base a livello regionale. Anno 2006.**



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni



## **7. MERCATO DELLA DROGA**

---

**7.1 Percezione sulla disponibilità delle droghe**

**7.2 Operazioni antidroga**

**7.3 Purezza**





## 7. MERCATO DELLA DROGA

### 7.1 PERCEZIONE SULLA DISPONIBILITÀ DELLE DROGHE

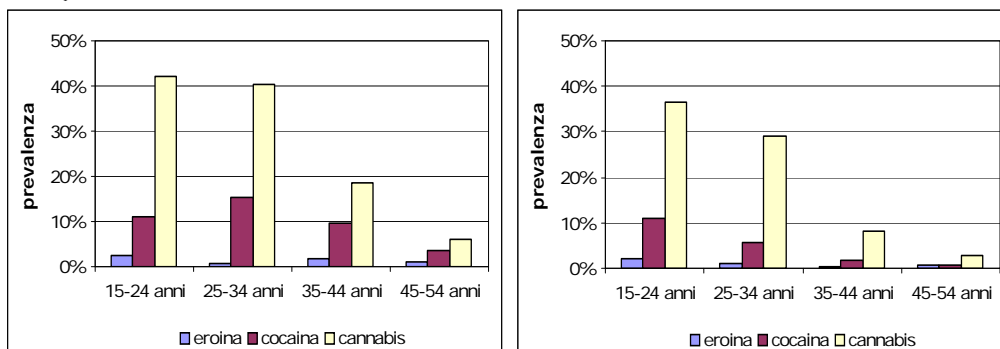
Nel Grafico 7.1 vengono riportate le prevalenze di coloro che si sono sentiti offrire almeno una volta negli ultimi dodici mesi cannabis, cocaina ed eroina. Risulta evidente che siano i più giovani, e soprattutto i soggetti di sesso maschile ad esser maggiormente esposti all'offerta di sostanze psicotrope illegali.

Circa il 2,6% dei maschi e il 2,1% delle femmine con età compresa tra i 15 ed i 24 anni si è sentita offrire eroina, prevalenza che diminuisce all'aumentare dell'età degli intervistati, infatti l'1% dei maschi e lo 0,6% delle femmine 45-54enni si è sentito offrire la sostanza negli ultimi dodici mesi. Per la cocaina, invece, sono i maschi 25-34enni ad essere i maggiori destinatari dell'offerta della sostanza (circa il 15,4%), tuttavia per i giovani (15-24enni) la prevalenza si attesta intorno all'11%, pari a quella delle coetanee. Per quanto riguarda la cannabis, circa il 40% dei maschi tra i 15 ed i 34 anni si è sentito offrire la sostanza nell'ultimo anno, mentre per le femmine l'offerta riguarda il 36% delle 15-24enni ed il 29% delle 25-34enni. Così come per le altre sostanze l'offerta diminuisce con l'età, e a 45-54 anni si attesta per i maschi 6,2% e per le femmine al 2,9%.

**Grafico 7.1: Distribuzione della prevalenza dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione residente, articolata per sesso e classi d'età.**

a) sinistra: maschi;

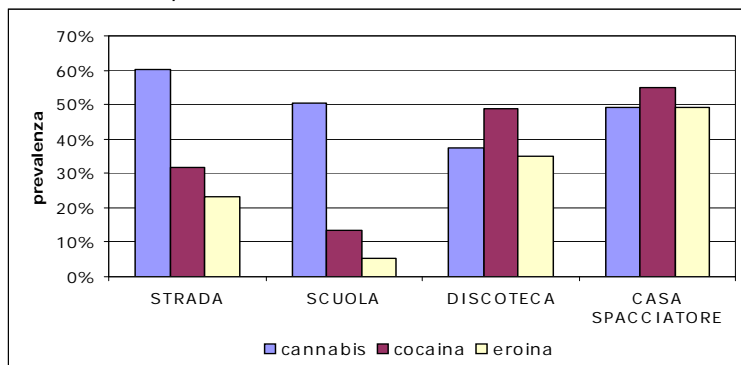
b) destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD © 2005-2006

Per quanto riguarda invece la reperibilità delle sostanze da parte della popolazione scolarizzata, il 60,3% degli studenti riferisce che la cannabis è facilmente reperibile per strada, il 50,5% a scuola, il 49,3% a casa di uno spacciatore. La cocaina è reperibile per il 55% del campione a casa di uno spacciatore e per il 48,7% in discoteca. Anche per l'eroina le risposte più frequenti fanno riferimento alla casa di uno spacciatore (49,1%) e alla discoteca. In discoteca è quindi reperibile soprattutto la cocaina mentre per strada e a scuola la cannabis, mentre il posto dove è facilmente reperibile le sostanze indagate è la casa di uno spacciatore (per almeno il 50% degli intervistati).

**Grafico 7.2: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente l'uso di eroina, cocaina e cannabis.**



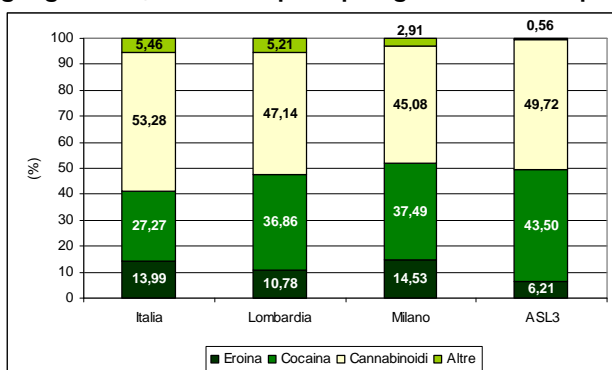
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

## 7.2 OPERAZIONI ANTIDROGA

Nel 2006 le Forze dell'Ordine (FFOO) hanno effettuato 20.580 interventi sul territorio nazionale, 3.638 in Lombardia, 1.519 nella provincia di Milano di cui 168 nei comuni dell'area di competenza della ASL MI3.

Come già evidenziato nel 2005, nelle aree lombarde le quote di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina risultano superiori a quella nazionale (Grafico 7.3): si passa, infatti, da poco più del 27% in Italia a quasi il 44% nei comuni afferenti alla ASL<sup>1</sup>. Passando dal livello nazionale a quello provinciale si osserva di contro una progressiva diminuzione delle operazioni che hanno portato all'intercettazione di cannabis e derivati la cui quota passa da circa il 53% in Italia a poco più del 45% nell'area di Milano, per poi risalire al 50% in quella di competenza dell'Azienda Sanitaria.

**Grafico 7.3: Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate nelle diverse partizioni geografiche, suddivise per tipologia di sostanza psicoattiva intercettata.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

In Italia e nei comuni ASL sono stati intercettati in media circa 700 gr di cocaina per operazione, valore che si approssima a 900 in Lombardia e scende a circa 600 nella provincia di Milano.

Nella metà degli interventi condotti sul territorio nazionale, comunque, non sono stati intercettati più di 8,3 gr di sostanza, valore che risulta più elevato in tutte le

<sup>1</sup> Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ogni sostanza.

aree lombarde (circa 14 in Lombardia, 10,5 a Milano e 13 nella ASL MI3). Nettamente superiori rispetto al valore nazionale risultano anche i quantitativi di eroina e cannabinoidi sequestrati e rinvenuti nei comuni afferenti alla ASL: se nel 50% delle operazioni condotte in Italia, sono stati intercettati fino a circa 13 gr di hashish e marijuana e 4 gr di eroina, nell'area ASL MI3 la metà degli interventi ha portato a sequestrare e rinvenire sino a 54,5 gr di cannabinoidi e 10,3 di eroina (Tabella 7.1).

**Tabella 7.1: Distribuzione dei quantitativi in gr di sostanze nelle diverse partizioni geografiche, complessivi ed intercettati nel 25%, 50% e 75% delle operazioni effettuate nel 2006.**

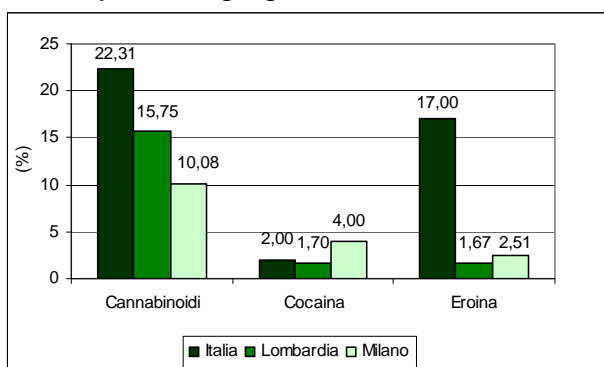
		I quartile	Mediana	III quartile	Totale
Cannabinoidi	Italia	3,80	13,03	51,00	24.653.567,23
	Lombardia	3,50	12,50	56,00	5.554.117,96
	Milano	5,00	16,85	78,15	3.426.391,87
	ASL MI3	13,43	54,50	173,00	313.246,34
Cocaina	Italia	2,35	8,30	50,00	4.625.787,47
	Lombardia	3,00	14,00	150,00	1.384.670,45
	Milano	3,00	10,58	97,95	388.943,92
	ASL MI3	3,75	13,00	80,50	54.632,90
Eroina	Italia	1,30	4,23	16,33	1.325.682,97
	Lombardia	1,50	5,00	27,30	271.752,35
	Milano	1,40	4,00	20,26	181.422,01
	ASL MI3	4,00	10,30	52,20	20.536,70

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

### 7.3 PUREZZA

In Italia sono stati analizzati circa il 22%, il 2% ed il 17% dei quantitativi di cannabinoidi, cocaina ed eroina intercettati. Passando dal livello nazionale a quello provinciale si osserva una complessiva diminuzione dei quantitativi sottoposti ad analisi con l'unica eccezione della cocaina sequestrata e rinvenuta a Milano, di cui è stato analizzato circa il 4%.

**Grafico 7.4: Distribuzione della percentuale di quantitativi analizzati dalle FFOO nelle diverse partizioni geografiche.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

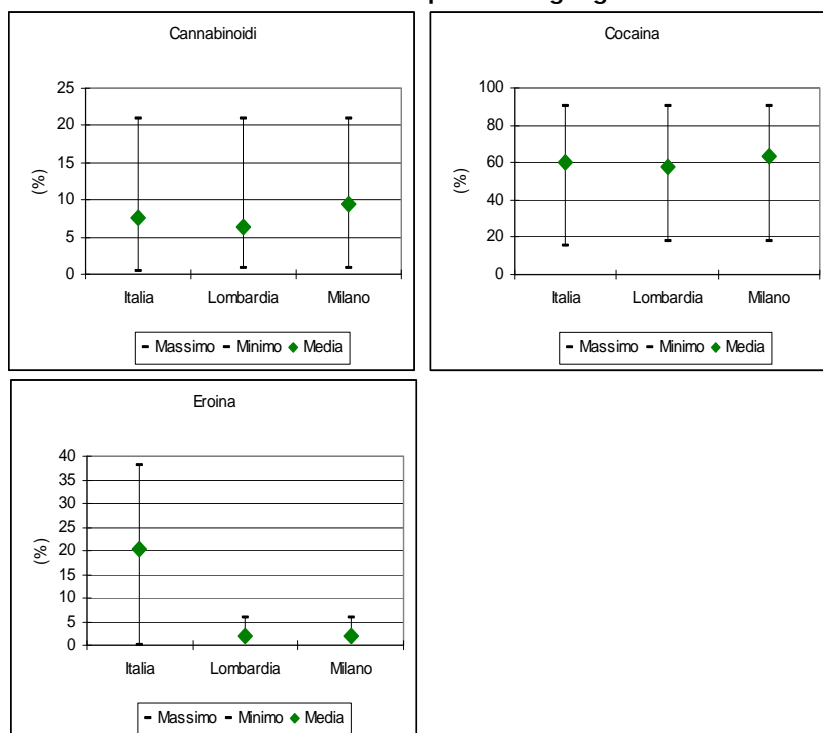
Tali differenze, insieme alla disomogeneità della tipologia dei campioni analizzati ed al numero di operazioni che hanno portato all'intercettazione delle sostanze, possono in parte spiegare le variazioni riscontrate nei livelli medi di purezza.

In particolare, per la cocaina rintracciata nella Provincia questo varia da poco meno del 18% al 90%, con un valore medio calcolato sui quantitativi intercettati di circa il 63%, di poco superiore a quello nazionale del 60% in cui comunque si osservano oscillazioni del livello di sostanza che vanno da un minimo del 15% ad un massimo del 90%.

Per l'eroina, di contro, il valore medio calcolato a livello nazionale risulta superiore a quello delle altre partizioni geografiche assestandosi a circa il 20% contro l'1,9% delle altre aree. Anche in questo caso le oscillazioni dei livelli di purezza minimi e massimi vanno dallo 0,12% al 38% in Italia, mentre risultano più contenuti a livello locale.

Infine, per quanto riguarda i cannabinoidi, in tutte le partizioni geografiche la percentuale massima di principio attivo è del 21% mentre quella minima è dello 0,5% in Italia e dello 0,9% in Lombardia e Milano. Anche in questo caso, il livello medio di purezza calcolato sui quantitativi intercettati nella Provincia risulta leggermente superiore a quello nazionale e regionale (Grafico 7.5).

**Grafico 7.5: Distribuzioni del livello di purezza medio, minimo e massimo, riscontrato nelle sostanze intercettate nelle diverse partizioni geografiche nel 2006.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

