



Regione Lombardia



AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI MILANO N° 1

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 1
Anno 2007

Gli autori del rapporto sono:

Claudia Luppi**
Renato Durello*
Rosanna Ballello*
Romana Baronchelli*
Paola Duregon*
Katuscia Gambacorta*
Lidia Migliavacca*
M.Angela Taverna*
Ernestino Gola*
Valeria Siciliano**
Valentina Lorenzoni**
Luca Bastiani**
Matilde KaraKachoff**
Olivia Curzio**
Marco Musu**
Annalisa Pitino**
Mercedes Gori**
Emanuela Colasante**
Gabriele Trivellini**
Michele De Nes**
Stefano Salvadori**
Sabrina Molinaro**
Fabio Mariani**

* Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI1

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

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

Si ringrazia il Gruppo di lavoro dell'Osservatorio: Antonina Cardia e Roberto Calloni, SerT di Limbiate; Monica Nocentini, NOA di Limbiate; Leopoldina Bragheri e Anna Porcellini, SerT di Rho; Alberto Ciccarelli, SerT di Corsico; Stefania Bruletti, SerT di Parabiago; Maria Rosa Pagani e Antonio Bellicoso, NOA di Legnano; Claudia Rossignoli, SerT di Magenta; Marina Meneghello, SerT di Magenta; Ivana Balistrocchi, NOA di Abbiategrasso; Giovanni Gaiera, Responsabile Comunità Contina; Giovanni Carrino e Daniela Pozzoli, Comunità Dianova; Laura Andreoni, Ufficio Epidemiologico.

Si ringrazia inoltre il Dott. Maurizio Bersani Direttore dell'UOC Osservatorio Epidemiologico.

Un ringraziamento anche a tutti gli Enti del Privato Sociale che hanno fornito la loro collaborazione nel territorio dell'ASL MI1.

Un particolare ringraziamento, infine, al gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Loredana Fortunato, Rosanna Panini, Stefanella Pardini, Andrea Boni, Cristina Doveri).

INDICE

Prefazione	7
Introduzione	9
1. Contesto e politiche regionali e locali	
1.1 Quadro giuridico.....	17
1.2 Quadro istituzionale.....	19
1.3 I Progetti Legge 45/99.....	21
1.4 Tavolo tematico.....	23
2. Uso di droghe nella popolazione	
2.1 Contesto sociale e culturale.....	27
2.2 Consumi psicoattivi nella popolazione generale.....	29
2.3 Consumi psicoattivi nei giovani scolarizzati.....	35
2.4 Policonsumo.....	49
3. Prevenzione	
3.1 Prevenzione universale.....	55
3.2 Prevenzione selettiva e mirata.....	57
3.3 Progetto Re-ligo.....	61
4. I consumatori problematici di droghe	
4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT.....	65
4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA.....	72
4.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso Comunità Terapeutiche.....	74
4.4 Consumo problematico di sostanze psicoattive.....	76
4.5 Mappatura territoriale dell'utenza.....	79
5. Trattamenti ed interventi	
5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale.....	87
5.2 Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistiti e non farmacologicamente assistiti.....	93
5.3 Interventi rivolti a target emergenti.....	98
5.4 Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi.....	105

6.	Implicazioni e conseguenze per la salute	
6.1	Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga.....	113
6.2	Malattie infettive droga correlate.....	114
6.3	Ricoveri alcol e droga correlati.....	117
7.	Implicazioni e conseguenze sociali	
7.1	Reati droga correlati.....	133
7.2	Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari.....	135
8.	Risposte alle conseguenze sociali e per la salute	
8.1	Reinserimento sociale.....	141
8.2	Misure alternative al carcere per tossicodipendenti.....	143
9.	Analisi dei costi e prestazioni	
9.1	Prestazioni tariffarie.....	149
9.2	Simulazione dei ricavi da prestazioni tariffarie nel 2006.....	150
9.3	Prestazioni rese a soggetti con diversa sostanza d'abuso primaria.....	151
10.	Mercato della droga	
10.1	Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti.....	157
10.2	Operazioni antidroga	160
10.3	Purezza.....	162
11.	Fragilità psichiatrica e dipendenze	
11.1	Razionale e obiettivi.....	165
11.2	Costruzione dell'anagrafica.....	165
11.3	Profilo della popolazione osservata per problematica di salute....	166
11.4	Profilo della popolazione osservata per tipologia di paziente.....	168
11.5	Consumi sanitari per tipologia di paziente.....	170
11.6	Valutazioni per tipologia di paziente.....	173
	Allegati	176
	CD-ROM allegato	

PREFAZIONE

Questa seconda edizione del rapporto dell'Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze della nostra ASL costituisce la prosecuzione del programma di lavoro intrapreso lo scorso anno, che si prefigge di mettere a disposizione di tutti gli interessati le basi conoscitive sull'evoluzione dei fenomeni di dipendenza sul nostro territorio e sulle iniziative di contrasto dei medesimi messe in atto dai diversi soggetti sociali a ciò deputati.

In questa edizione è presente una importante novità, vengono infatti messi a disposizione dati ed informazioni sul rapporto fra dipendenze e fragilità psichiatrica, che sono stati indagati grazie alla collaborazione dell'Osservatorio Epidemiologico dell'ASL ed elaborati con l'aiuto dei ricercatori del CNR.

La presenza di comorbidità psichiatrica, accanto a fenomeni di poliabuso e di compresenza di abuso di sostanze e di altri comportamenti di addiction, quali ad esempio, il gioco d'azzardo patologico, costituiscono elementi della grande complessità che manifesta, nel suo continuo evolversi, il fenomeno dipendenze patologiche ed è sembrato, pertanto, particolarmente significativo offrire elementi di orientamento alla programmazione degli interventi anche in relazione a questa criticità.

Poiché la finalità di supporto ad una programmazione efficace rappresenta la principale ragion d'essere del report e dell'Osservatorio stesso, è particolarmente gradita l'occasione per mettere a disposizione degli Ambiti Territoriali ricompresi nella nostra ASL, gli elementi conoscitivi qui presentati ai fini della elaborazione dei prossimi Piani di Zona Triennali, nell'ottica della costante ricerca della fruttuosa integrazione fra interventi sociali e sociosanitari nell'ambito delle dipendenze.

Dott. Ernestino Gola
Direttore del Dipartimento delle Dipendenze

INTRODUZIONE

Il presente Report è il secondo rapporto sul fenomeno delle dipendenze nella ASL MI1, esso utilizza dati ed informazioni provenienti da diverse strutture ed istituzioni presenti sul territorio che a vario titolo intercettano i soggetti tossicodipendenti.

L'analisi è stata condotta tramite la raccolta locale per i SerT delle 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. Sono stati inoltre utilizzati tutti i dati informatizzati raccolti dai singoli servizi del territorio; prima di procedere all'analisi statistica, attraverso apposite procedure, le informazioni raccolte sono state standardizzate.

La Provincia di Milano, comprendente la ASL MI1, ha svolto inoltre ruolo di punto campione per due indagini campionarie nazionali: l'indagine IPSAD® (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.

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

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

Per il rapporto di quest'anno sono state raccolte informazioni anche dai flussi presenti presso l'Osservatorio Epidemiologico della ASL MI1: il flusso regionale in uso presso la regione per il monitoraggio delle prestazioni in Psichiatria territoriale (Psiche), i flussi della farmaceutica territoriale e della distribuzione diretta di farmaci, con attenzione particolare agli antipsicotici e agli antidepressivi ed, infine, il flusso delle esenzioni individuando i soggetti esenti per psicosi o problemi alcol/droga correlati.

TENDENZE E SVILUPPI: UNA PANORAMICA NELLA ASL MI 1

Quali sono gli indicatori che sono stati utilizzati per definire il fenomeno droga nella ASL MI 1? 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 la 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 MI1, 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 MI 1?

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 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-Italia® il 28,5% dei rispondenti afferenti a scuole situate nel territorio della ASL MI1 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 provincia. Maggiore lo scarto, invece, con il resto della regione e col dato nazionale.

Rispetto all'uso di cocaina nella popolazione generale, 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 4% tra le 18-19enni.

Per quanto riguarda l'uso di eroina nella provincia di Milano, 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 dall'1,5% 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 15enni (2,2%) 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 MI1 in linea con gli studenti della provincia, della regione e della nazione: il 92% degli studenti della provincia di Milano 1 e di Milano intera, infatti, si equivalgono al 91% degli studenti italiani che hanno affermato di aver utilizzato alcol negli ultimi 12 mesi. Per entrambi i generi si assiste ad un aumento dei consumi al crescere dell'età e sono sempre gli studenti di sesso maschile a dichiarare un maggior consumo.

Cosa rappresenta la “prevalenza d’uso problematico delle sostanze psicoattive” e quale impatto ha nella ASL MI 1?

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 6.000 utilizzatori problematici nel territorio della ASL MI1; vale a dire poco 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, 3.300 casi, pari ad una prevalenza di 5 soggetti utilizzatori problematici ogni mille residenti. Questo dato risulta essere in linea col 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 3.200: quasi 5 soggetti ogni mille residenti.

Per quanto riguarda i consumatori problematici di bevande alcoliche, sul territorio sono stati stimati 4.400 utilizzatori corrispondenti ad una prevalenza stimata di 6,7 soggetti ogni 1.000 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 2.149 gli utenti trattati presso i SerT della ASL MI1, compresi gli appoggiati (vedi nota al cap. 4). Il 78% 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 22% dell’utenza trattata.

Vi è una netta predominanza di utenti di sesso maschile: l’88% contro il 12% di femmine.

La maggioranza degli utenti è trattata per dipendenza da oppiacei, 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 57% dei soggetti a far domanda di trattamento per cocaina ed il 22% per cannabis; per gli oppiacei, invece, il valore scende al 15%.

Analizzando il livello di scolarità dell’utenza, a prescindere dalla sostanza d’abuso primaria, si rileva che il 72% dell’utenza in carico presso i SerT possiede un livello di scolarità medio.

La maggior parte dell’utenza risulta occupata stabilmente (64%); risulta disoccupato il 28% dei soggetti in carico.

La condizione abitativa vede il 59% degli utenti della ASL MI1 abitare con i genitori ed il 32% con altre persone; quasi il 90% dell’utenza vive in una residenza fissa.

Nel 2006, presso la ASL MI1, sono stati in carico 857 soggetti con problemi legati al consumo di alcol: di questi la maggior parte sono maschi (78%). Gli utenti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta sono il 30% dell’utenza complessiva.

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

Tra gli utenti alcolodipendenti, il 52% presenta un livello di istruzione medio; il 57% risulta essere occupato dal punto di vista lavorativo, il 21% disoccupato ed il 22% economicamente non attivo.

Il 6% dell'utenza alcol dipendente ha dichiarato di utilizzare anche sostanze illegali: la sostanza maggiormente associata all'alcol è la cocaina seguita dalla cannabis.

Cosa emerge degli 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 (Direzione Centrale Servizi Antidroga) nel 2006 si sono registrati, nel distretto della ASL MI1, 5 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 (51% dei soggetti testati).

Quale rilevanza assumono i fenomeni di attività criminale connessa alla droga nel distretto della ASL MI1?

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 MI1 evidenzia un tasso standardizzato, nel 2006, pari a circa 2 denunciati ogni 10.000 abitanti tra i 15 ed i 64 anni contro i circa 8 rilevati a livello nazionale; tra tali denunce il 10% riguarda il reato più grave di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 74).

Il 90% 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 1 arriva al 42%, la percentuale in Lombardia sale, invece, sino al 48%. Seguono denunce per cannabinoidi (circa 30%) ed eroina (circa 16%).

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 periodo 2000-2006, si sono registrati complessivamente 120.578 ricoveri correlati ad alcol, droga e tabacco. 13.203 sono i ricoveri per i quali la diagnosi principale o concomitante è totalmente attribuibile al consumo di sostanze psicotrope e l'alcol è la sostanza che ha maggiormente provocato tali ricoveri: più precisamente il 73% degli stessi.

Dei 2.528 ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci la sostanza maggiormente correlata sono i tranquillanti (18%).

Purtroppo per la maggior parte di tali ricoveri (30%) nella diagnosi non risulta indicata la sostanza d'abuso. Il 15% di ricoveri droga correlati riportano anche diagnosi legate all'abuso di alcolici; la sostanza per la quale maggiormente risulta abbinato l'alcol è la cocaina.

I pazienti ricoverati per diagnosi di ricovero per patologie correlate all'uso di alcol e tabacco sono prevalentemente maschi. Se per i ricoveri legati all'alcol la classe d'età maggiormente rappresentata è quella degli ultra 55enni, nei ricoveri tabacco correlati il picco lo si raggiunge nella classe 45-54.

Anche per quanto riguarda i ricoveri droghe e psicofarmaci correlati sono i maschi ad essere maggiormente rappresentati (52%); le femmine, però, sono maggiormente rappresentate tra i degenti che fanno uso di antidepressivi, sedativi/barbiturici e tranquillanti. Le percentuali più elevate dei consumatori di droghe si trovano nelle classi d'età più giovani, mentre un po' più elevate sono le età dei consumatori di psicofarmaci.

Sono generalmente i maschi ad essere maggiormente rappresentati nei ricoveri correlati all'uso di droghe/psicofarmaci abbinato all'alcol. Pressoché pari le quote di maschi e femmine tra i consumatori di sedativi e barbiturici. Le femmine spiccano nei ricoveri per tranquillanti abbinati ad alcol (54%).

Ci sono altri indicatori il cui studio ha approfondito l'analisi sul fenomeno delle dipendenze sul territorio della ASL MI1? 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 settentrionale, in particolare nell'area compresa tra Rho e Legnano; anche gli utilizzatori di cannabinoidi sono raggruppati nella parte settentrionale, ma nella zona centro orientale delimitata dai comuni di Nerviano, Cuggiono, Nosate e Rescaldina.

Gli utilizzatori di stimolanti risultano invece sparsi lungo le fasce orientale e occidentale.

1. CONTESTO E POLITICHE REGIONALI E LOCALI

1.1 Quadro giuridico

1.1.1 Ruolo delle ASL nei confronti del territorio come soggetti di coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari

1.2 Quadro istituzionale

1.3 Progetti legge 45/99

1.4 Tavolo Tematico

1. CONTESTO E POLITICHE REGIONALI E LOCALI

1.1 QUADRO GIURIDICO

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

Nel 2006 la Giunta regionale della Lombardia ha assunto una "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007", denominata altrimenti "regole di sistema".

Alla Determinazione sono allegate le specifiche che declinano il ruolo e gli obiettivi delle ASL per l'anno corrente, di cui si danno alcuni accenni.

Per l'anno 2007 è proseguito il percorso individuato nell'anno 2006 con l'intento di rafforzare le attività di coordinamento, indirizzo e controllo delle ASL rispetto agli interventi sanitari, sociosanitari e all'integrazione con il sociale, e le attività di presidio sanitario specialistico territoriale delle AO, confermando i principi di carattere generale che sono alla base della politica sanitaria lombarda.

1.1.1 Ruolo delle ASL nei confronti del territorio come soggetti di coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari

Le ASL devono proseguire nello sviluppo del coinvolgimento responsabile dei soggetti presenti nel territorio relativamente alle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione.

Analogamente, è importante continuare il percorso di coinvolgimento delle istituzioni territoriali, in particolare dei Comuni, che hanno tra le proprie funzioni il compito di interpretare i bisogni di assistenza della propria collettività; il loro ruolo deve essere "responsabilizzato" in funzione delle risorse a disposizione delle aziende sanitarie, fatta salva la facoltà degli stessi di intervenire con risorse proprie.

A tale proposito ciascuna ASL anche nell'anno 2007 ha predisposto un documento programmatico denominato "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari" nel quale sono indicate le politiche adottate dalla ASL stessa in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi socio sanitari e le correlate risorse disponibili.

Per la definizione degli interventi programmatici e gestionali predisposti in ambito territoriale, da ciascuna ASL, si individuano momenti di coordinamento quale livello di confronto sulle scelte e sulle attività di competenza delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere ed erogatori privati. Per il perseguimento di questi obiettivi, gli Assessorati Regionali competenti promuovono la realizzazione di "Tavoli di Confronto" per specifici settori funzionali di intervento, ove sono concordati gli indicatori ed i criteri epidemiologici che sovrintendono all'attivazione di Aree di Coordinamento Territoriale che coinvolgono in modo articolato dal punto di vista geografico le varie ASL.

Le valutazioni espresse in questi Tavoli di Confronto servono per promuovere una migliore erogazione delle prestazioni sotto il profilo della qualità, efficacia ed efficienza dei servizi e quindi dell'appropriatezza. A tal fine, utilizzando anche le valutazioni emerse dai Tavoli di Confronto, l'Assessorato alla Sanità procede all'elaborazione di apposite indicazioni per le ASL.

La programmazione delle ASL tiene altresì conto dei livelli di partecipazione ai Piani di Zona, ai fini dell'integrazione degli interventi di carattere sanitario con gli interventi di natura sociale la cui titolarità è dei Comuni prevedendo, quale

momento di confronto, l'Assemblea dei Sindaci; ulteriori momenti di confronto sono previsti dai Tavoli del Terzo Settore istituiti dalle ASL.

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini e sono finanziate con l'assegnazione della quota capitaria pro-capite/assistibile.

Per assistibili si intendono quei cittadini che, secondo i criteri concordati fra la Direzione Generale Sanità e i responsabili delle ASL stesse, alla data del 15 novembre 2006 sono risultati in carico alla ASL di competenza. Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi le ASL hanno disposto precisi indirizzi agli erogatori, pubblici e privati, per la verifica, sulle documentazioni di ricovero e/o delle altre prestazioni, della situazione degli assistiti segnalando separatamente i cittadini residenti e quelli domiciliati nonché quelli stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari, al fine di individuare correttamente quali di questi ultimi rientrano nella casistica prevista dalle norme vigenti ai fini del rimborso da parte delle Prefetture.

Coerentemente alla linea programmatico-finanziaria avviata nel 2006 con la DGR 12.12.2005 n. 1375, relativa alle "Regole" per la gestione del sistema socio sanitario regionale, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale, nel 2007 prosegue il blocco di nuovi accreditamenti o dell'ampliamento di nuovi accreditamenti, salvo che per alcuni casi.

Nel corso del 2007 infatti sono accreditabili i Consultori familiari e le unità d'offerta RSA, RSD, Hospice, CDI, CDD, CSS e Servizi Dipendenze realizzate con finanziamenti statali o regionali, nonché relative a casi specifici e per le motivazioni specificamente indicate.

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

In questi ultimi anni, a partire dall'iniziale riorganizzazione, la rete dei servizi si è sostanzialmente stabilizzata, confermando in ogni ASL il volume accreditato seppur con articolazioni e modulazioni interne.

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

- servizi multidisciplinari integrati;
- servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento;
- trasformazioni in moduli (posti di accoglienza e di trattamento specialistico) all'interno di servizi residenziali e semiresidenziali già accreditati, a condizione di non ampliare la capacità complessivamente accreditata.

1.2 QUADRO ISTITUZIONALE

L'ASL Provincia di Milano 1 si configura come un'azienda sanitaria pubblica territoriale che serve un bacino di utenza di 969.674 abitanti (dati ISTAT al 1° gennaio 2007), situati in un territorio di 798 kmq che comprende 78 comuni dell'area Nord-Ovest di Milano, raggruppati in 7 distretti (Allegato 1). La caratteristica territoriale di questa ASL è quella della presenza, nel suo territorio, sia di zone fortemente antropizzate con una elevata attività industriale, sia di zone agricole a bassa densità abitativa. Questa differenziazione territoriale giustifica la presenza dei distretti territoriali, al fine di poter rispondere al meglio ai bisogni socio sanitari della popolazione; difatti, ai distretti sono assegnati numerosi compiti ed attività di tipo sanitario, socio-assistenziale e veterinario (art. 9 L.R. 31/1997).

L'offerta sanitaria del territorio della ASL della Provincia di Milano 1 al 31 dicembre 2006 è costituita da 651 Medici di Medicina Generale, 130 Pediatri di Libera Scelta, 80 Medici di Continuità Assistenziale, 128 Associazioni di MMG/PLS, 202 Farmacie, 2 Aziende Ospedaliere con 8 presidi, 3 Case di Cura private accreditate, 5 Dipartimenti Emergenza e Urgenza e 3 Pronto Soccorso, n. 6 comunità terapeutiche per tossicodipendenti. L'azienda, inoltre, gestisce direttamente 11 Centri Diurni per Disabili (CDD), due Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), una Residenza Sanitaria per Anziani (RSA), 5 Servizi Tossicodipendenze e 3 Nuclei Operativi Alcolologia. Il personale in servizio alla data del 31 dicembre 2006 è pari a 1.444 dipendenti.

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

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

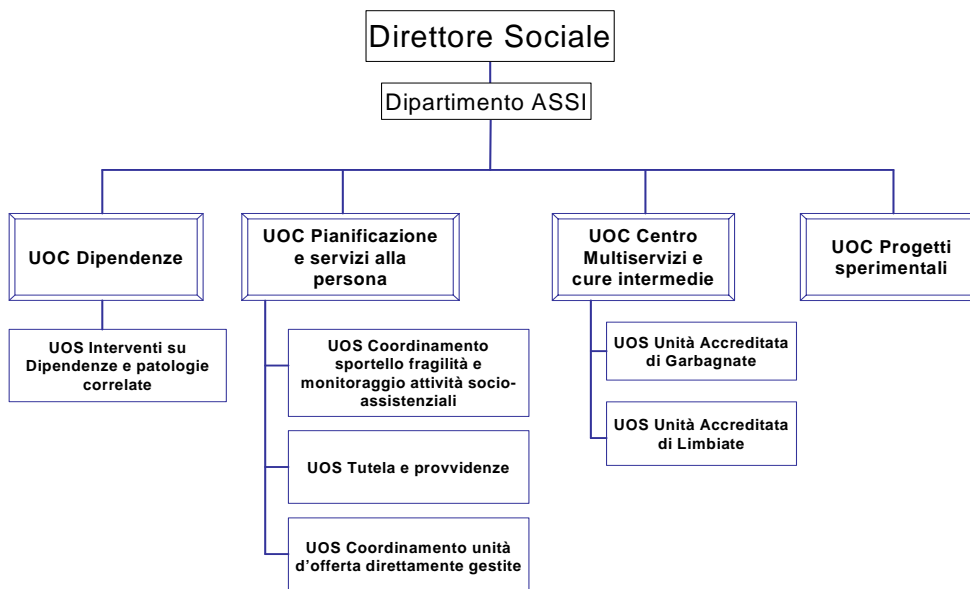
Nel Dipartimento Gestionale si concretizza una gestione comune delle risorse, finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti e verificati anche attraverso la negoziazione di budget. Caratteristica tipica del dipartimento gestionale è l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di un budget unico.

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

I Dipartimenti dell'Azienda sono:

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

La struttura organizzativa del Dipartimento ASSI.



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

I Distretti Socio-Sanitari sono:

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

Distretti Veterinari

I Distretti Veterinari hanno il compito di rilevare, nell'ambito territoriale di competenza, la domanda di prestazioni ed in base alla stessa produrre attività di tutela del benessere animale, di medicina preventiva e controllo sanitario nelle produzioni animali e nelle industrie di trasformazione collegate.

I Distretti Veterinari sono 3:

- Distretto Veterinario 1 Garbagnate Milanese – Rho – Corsico,
- Distretto Veterinario 2 Legnano - Castano Primo,
- Distretto Veterinario 3 Magenta – Abbiategrasso.

1.3 I PROGETTI LEGGE 45/99

La ripartizione di risorse del Fondo nazionale politiche sociali, in applicazione della Legge 328 del 2000, relativamente all'esercizio finanziario 2004 e all'esercizio finanziario 2005, ha avuto sviluppo nel 2006, anno che ha visto l'avvio di un modello innovativo di gestione delle leggi di settore.

Rispetto alla Legge 45/99 e agli interventi per la lotta alla droga, la DGR 7/19977 del 23.12.2004 articola il budget in due quote: il 70% da destinare a progetti e interventi singoli e/o a programmi di rete territoriale definiti in ordine alle priorità stabilite a livello regionale, siano essi progetti innovati e/o migliorativi del sistema dei servizi esistenti; il 30% è invece riservato all'attuazione di progetti ed interventi collegati alle sperimentazioni regionali.

Rispetto all'ultima quota il Dipartimento delle Dipendenze, in accordo con il Coordinamento Territoriale, ha individuato come prioritari attività o progetti collegati a Progetto Prefettura, Progetto prevenzione (Re-ligo), Sistema di allerta rapido (MDMA) e Progetto di intervento su specifiche popolazioni di tossico-alcooldipendenti (MOSAICO). Ha deciso inoltre di realizzare le attività dell'Osservatorio Territoriale utilizzando i fondi accantonati negli esercizi precedenti per le attività di miglioramento della qualità.

Una parte della quota di finanziamento sulla L. 45/99 è stata, invece, destinata ad interventi promossi direttamente dal Dipartimento nelle aree della prevenzione, dell'allerta rapido e del progetto Prefettura. Tali attività non richiedevano una progettazione secondo lo schema regionale.

Nel 2005 sono stati presentati 26 progetti.

Al termine della procedura di assegnazione sono risultati finanziati 15 progetti: 10 a valere sulla quota del 70% e 5 su quella del 30%. Questi ultimi erano tutti collegati al progetto regionale relativo allo sviluppo del sistema di allerta rapido (MDMA).

Inoltre sono stati finanziati 3 interventi per l'implementazione locale dei progetti Re-ligo (prevenzione), MDMA (sistema di allerta rapido), Prefettura, direttamente gestiti dal Dipartimento delle Dipendenze.

I 15 progetti finanziati dichiaravano le seguenti aree di intervento primario:

- prevenzione disadattamento/emarginazione (3);
- promozione (1);
- re-inserimento (1);
- riduzione del danno (6);
- trattamento (4).

L'assegnazione era avvenuta su base distrettuale pertanto in ogni distretto era stato finanziato uno o più progetti. Un solo progetto era stato presentato con una ricaduta sovra-distrettuale, mentre gli interventi programmati dal Dipartimento delle Dipendenze avevano tutti una ricaduta sovra distrettuale.

Tabella 1.1: Distribuzione dei progetti su base distrettuale e dipartimentale e loro finanziamento.

Distretto	n. progetti	Importo totale finanziato
1-Garbagnate	3	169.168,23
2-Rho	2	111.212,35
3-Corsico	3	81.463,43
4-Legnano	1	37.265,00
5-Castano Primo	2	42.950,00
4 e 5 Legnano e Castano Primo	1	44.991,00
6-Magenta	2	81.966,53
7-Abbiategrasso	1	40.844,54
Dipartimento Dipendenze	3	78.500,00
Totale su distretti		609.861,08
Totale complessivo		688.361,08

I titolari dei 15 progetti erano sia enti locali sia enti del privato sociale.

Tabella 1.2: Distribuzione dei progetti per titolarità e quota.

Titolare del progetto	Quota 70%	Quota 30%
Ente locale	3	2
Privato sociale	7	3

I progetti, tutti di durata annuale, sono stati avviati fra il primo settembre e il primo novembre 2005, al termine di eventuali progetti finanziati in precedenza dei quali si ponevano in continuità.

Alcuni progetti sono stati prorogati da 1 ad un massimo di 6 mesi, per consentire ai progettisti di concludere le attività previste nel piano operativo che richiedevano un periodo di tempo più lungo per il loro sviluppo. Si sono quindi conclusi fra settembre 2006 e marzo 2007.

Alcuni di questi progetti saranno descritti nei capitoli successivi poiché hanno portato allo sviluppo di nuovi servizi e/o modalità di intervento.

La fascia d'età prevalente per il target di tutti gli interventi è fra i 20 e i 25 anni. Seguono, per 13 progetti, quella fra i 14 e i 20 anni e fra i 25 e i 30 anni. Un paio di progetti hanno previsto interventi per i giovani di età inferiore ai 14 anni; 9 progetti hanno proposto azioni rivolte a persone di età maggiore di 30: in questo caso gli interventi erano rivolti ad adulti della comunità locale, della scuola, dei servizi.

La DGR 29.12.2005 n. 1642 ha introdotto sostanziali cambiamenti nell'assegnazione del budget e nella progettazione degli interventi.

Per quanto riguarda gli interventi relativi alla lotta alla droga, disciplinati dal DPR 309/90 e dalla Legge 45/99, la distinzione della competenza degli interventi di natura prevalentemente sociosanitaria in capo alle ASL e della competenza prevalentemente sociale in capo ai comuni è stata definita con la destinazione di una quota di finanziamento alle progettualità in ambito sociosanitario. Tale quota, mantenuta in capo alla Regione, è stata vincolata all'area degli interventi di lotta alla droga proposti dai Dipartimenti delle Dipendenze. Agli ambiti distrettuali, invece, compete l'attuazione degli interventi per la lotta alla droga per quanto di competenza dei comuni.

1.4 TAVOLO TEMATICO

Il Coordinamento Territoriale, attuativo della Legge 45/99, aveva reso possibile una forma partecipata di programmazione del Dipartimento Dipendenze essendo l'unico organismo presente e non essendo stato istituito il Comitato di Dipartimento.

Nell'aprile 2003 con la DGR 12621 "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze ASL: Progetto Regionale Dipendenze" viene prevista l'istituzione, all'interno del Dipartimento delle Dipendenze, del Comitato di Dipartimento per la programmazione degli interventi e la loro realizzazione.

La DGR prevede che il Comitato di Dipartimento possa articolarsi in commissioni, tra le quali il coordinamento territoriale.

Al momento attuale, in mancanza delle linee regionali in merito a questo organismo, l'ASL della Provincia di Milano 1 a seguito della DGR n VII/19881 del 16.12.04 che individua tra gli obiettivi strategici di interesse regionale la costituzione di un tavolo di confronto con i soggetti del terzo settore a livello di ogni singola ASL, in accordo con gli organismi del Terzo Settore e gli Enti Locali ha istituito (Decreto Direttoriale n. 14 del 31/01/07) il Tavolo Tematico delle Dipendenze come articolazione del tavolo di Confronto con il terzo settore, quale luogo di scambio, confronto ed elaborazione relativamente agli interventi sulle dipendenze.

Il Tavolo Tematico delle Dipendenze assicura alla Direzione Generale, alla Direzione Sociale ed alla UOC Dipartimento delle Dipendenze della ASL della Provincia di Milano 1 funzioni consultive e propositive in merito alla programmazione e alla integrazione degli interventi di prevenzione, trattamento, riabilitazione e reinserimento nell'ambito delle Dipendenze posti in essere sul territorio della ASL MI1.

In tal modo favorisce il necessario coordinamento degli interventi ed il perseguimento dell'obiettivo della messa in rete dei servizi allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e la loro puntuale definizione in funzione della migliore risposta ai bisogni identificati nel territorio.

Il Tavolo Tematico delle Dipendenze è così composto:

-Componenti eletti o designati

4 rappresentanti ASL MI1 di cui:

- 1 componente di diritto (Direttore UOC Dipartimento delle Dipendenze in qualità di presidente);
- componenti designati (Dirigente UOS Interventi sulle dipendenze e Patologie Correlate, Rappresentante Dipartimento Assi, Rappresentante Direzione Sanitaria);
- rappresentanti degli Enti Locali;
- rappresentanti tra gli Enti del Privato Sociale che operano nel territorio della ASL MI1 con interventi, progetti, servizi nel campo della prevenzione specifica, del trattamento e della riduzione del danno, del reinserimento sociale e/o lavorativo di persone con problemi di dipendenza.

Gli incontri, a cadenza mensile, hanno avuto come obiettivo: condividere analisi e valutazioni sul sistema dei servizi, capire quali sono le forze presenti sul territorio al fine di realizzare azioni/iniziative di raccordo con il Dipartimento delle Dipendenze (con particolare riferimento all'Osservatorio per le Dipendenze), armonizzare la programmazione e condividere dati sull'andamento del fenomeno, perseguire il raccordo con i distretti e con i Piani di Zona, in particolare sui temi

della prevenzione e del reinserimento lavorativo al fine di permettere di migliorare le dimensioni qualitative e quantitative degli interventi messi in atto a livello locale.

2. USO DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

2.1 Contesto sociale e culturale

2.1.1 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

2.2 Consumi psicoattivi nella popolazione generale

- 2.2.1 Consumi di eroina
- 2.2.2 Consumi di cocaina
- 2.2.3 Consumi di alcol
- 2.2.4 Consumi di tabacco
- 2.2.5 Consumi di cannabis
- 2.2.6 Altri consumi psicoattivi

2.3 Consumi psicoattivi nei giovani scolarizzati

- 2.3.1 Consumi di eroina
- 2.3.2 Consumi di cocaina
- 2.3.3 Consumi di alcol
- 2.3.4 Consumi di tabacco
- 2.3.5 Consumi di cannabis
- 2.3.6 Altri consumi psicoattivi

2.4 Il policonsumo

- 2.4.1 Il policonsumo nella popolazione generale
- 2.4.2 Il policonsumo nei giovani scolarizzati

2. USO DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

2.1 CONTESTO SOCIALE E CULTURALE

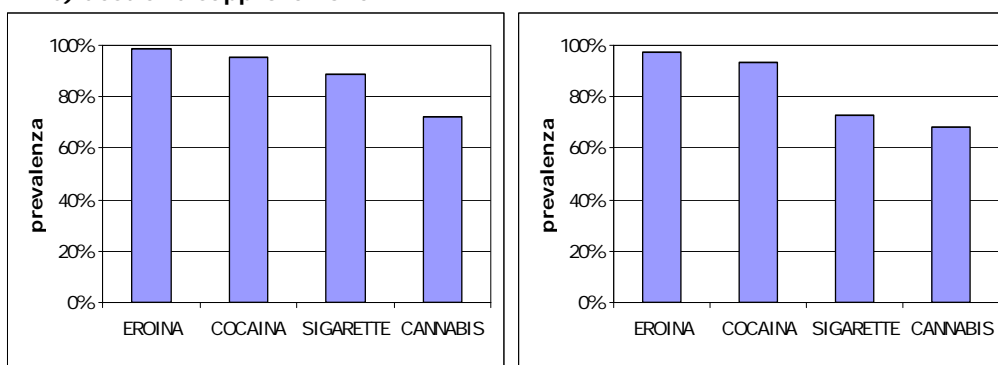
Le sostanze percepite come più rischiose per la propria salute dai residenti della provincia di Milano, risultano essere l'eroina e la cocaina, rispettivamente il 99% e il 95% (Grafico 2.1a).

Successivamente la sostanza identificata come più pericolosa per la propria persona è il tabacco (89%), mentre risulta più bassa la pericolosità dell'utilizzo di cannabis (72%).

Una tendenza simile si registra fra i residenti per quanto riguarda la disapprovazione dell'uso delle stesse sostanze, più del 97% disapprova l'utilizzo dell'eroina ed il 94% della cocaina, il 73% non acconsente all'uso di tabacco e il 68% condanna l'utilizzo di cannabis.

Grafico 2.1: Percezione del rischio e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali articolate per sostanza.

a) sinistra: percezione;
b) destra: disapprovazione.



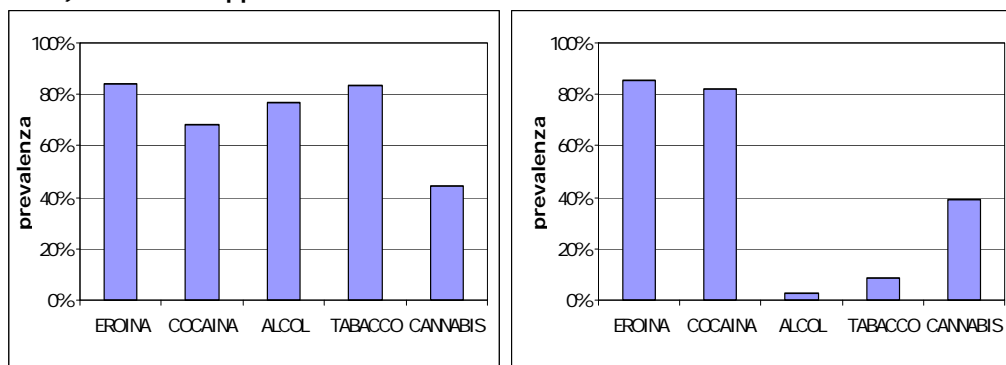
Elaborazione sui dati IPSAD® 2005-2006

Nella popolazione scolarizzata dell'ASL MI1 le sostanze percepite come più rischiose per la propria salute sono l'eroina e le sigarette (84%) (Grafico 2.2a). Circa il 68% degli studenti identifica come pericoloso per la propria persona l'utilizzo di cocaina mentre superiore risulta il rischio percepito per l'uso di alcolici (77%); risulta più bassa la percezione della pericolosità rispetto all'utilizzo di cannabis (44%).

Per quanto riguarda la disapprovazione dell'utilizzo delle stesse sostanze (Grafico 2.2b), circa l'86% degli studenti disapprova l'uso di eroina e l'82% di cocaina, intorno al 39% sono coloro che condannano l'utilizzo di cannabis, mentre si attestano rispettivamente al 3% e al 9% i ragazzi e le ragazze che disapprovano rispettivamente l'utilizzo di alcol e quello di sigarette.

Grafico 2.2: Percezione del rischio e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali articolate per sostanza.

a) sinistra: percezione;
b) destra: disapprovazione.



Elaborazione sui dati EPSAD-Italia®2006

2.1.1 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 abitudini e comportamenti degli studenti; esistono, infatti, attitudini e caratteristiche individuali che risultano associate "positivamente" o "negativamente" al consumo di sostanze psicoattive. Nello studio sono state indagate le associazioni fra caratteristiche e comportamenti d'uso.

La possibile associazione tra caratteristica e consumo della sostanza indagata viene espressa attraverso il rapporto "odds ratio" tra la probabilità di essere consumatore, se presente la caratteristica in analisi, e la probabilità di essere consumatore se questa caratteristica è assente. Il valore dell'"odds ratio" (OR) maggiore di 1 indica un'associazione positiva fra la caratteristica e il comportamento, mentre se inferiore ad 1 indica un'associazione negativa fra la caratteristica ed il comportamento.

Avere fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe risulta avere una forte associazione con comportamenti d'uso di eroina, cocaina e cannabis, alcol e sigarette (OR 1,8; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 2,0; $p < 0,05$ per la cocaina; OR 11,2; $p < 0,05$ per la cannabis; OR 14,3; $p < 0,05$ per l'alcol; OR 2,0; $p < 0,05$ per il tabacco). L'uso di eroina è maggiormente associato ad aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (OR 15,9; $p < 0,05$), ad aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 15,3; $p < 0,05$), all'abitudine a fare giochi in cui si spendono soldi (OR 10,7; $p < 0,05$) e l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (OR 7,8; $p < 0,05$). Caratteristiche queste maggiormente associate anche al consumo di cocaina (avere fatto uso di tranquillanti e/o sedativi: OR 17,2; $p < 0,05$; aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi: OR 9,5; $p < 0,05$) ed al consumo di cannabis (avere fatto uso di tranquillanti e/o sedativi: OR 4,9; $p < 0,05$; l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo OR 4,6; $p < 0,05$; aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi: OR 3,2; $p < 0,05$). L'abitudine a fare giochi in cui si spendono soldi (OR 8,4; $p < 0,05$) e l'aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 7,4; $p < 0,05$), si sono evidenziati come fattori di rischio per il consumo di tabacco. Coloro che non hanno "esagerato" con l'alcol risultano più protetti rispetto all'uso di eroina e cannabis (OR 0,06; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 0,03; $p < 0,05$ per cannabis). Risultano fattori protettivi anche non avere mai avuto un'esperienza di fumo di sigarette (OR 0,04; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 0,2; $p < 0,05$ per cannabis). Oltre alle caratteristiche sopra riportate, fortemente protettivi per l'uso di cocaina

risultano il percepire attenzione da parte dei proprio genitori (OR 0,07; $p < 0,05$) e l'essere soddisfatto del rapporto con gli stessi (OR 0,04; $p < 0,05$).

2.2 CONSUMI PSICOATTIVI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive illegali 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).

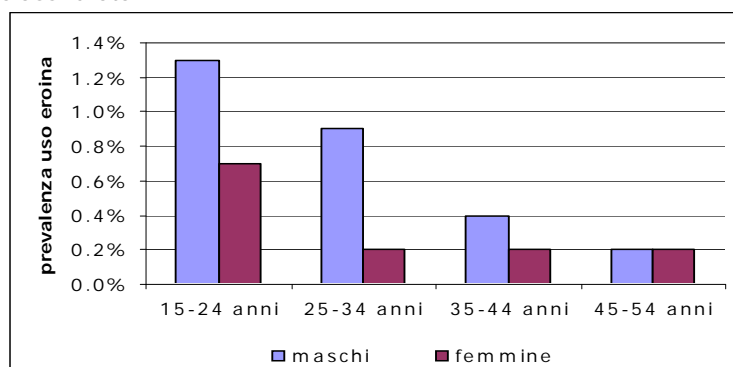
Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti: le domande presenti nel questionario non permettono di risalire in alcun modo all'identità di chi lo compila.

2.2.1 Consumi di eroina

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%.

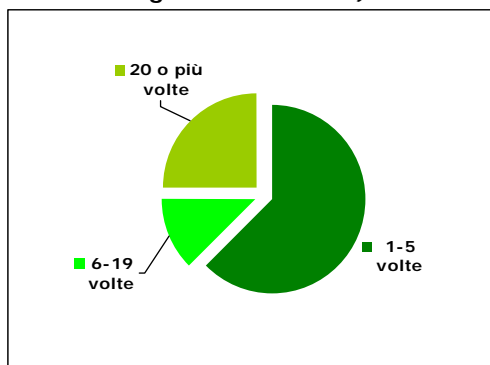
Grafico 2.3: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Rispetto alla frequenza d'uso di eroina, tra coloro che riferiscono di averne consumato negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.4), 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 2.4: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

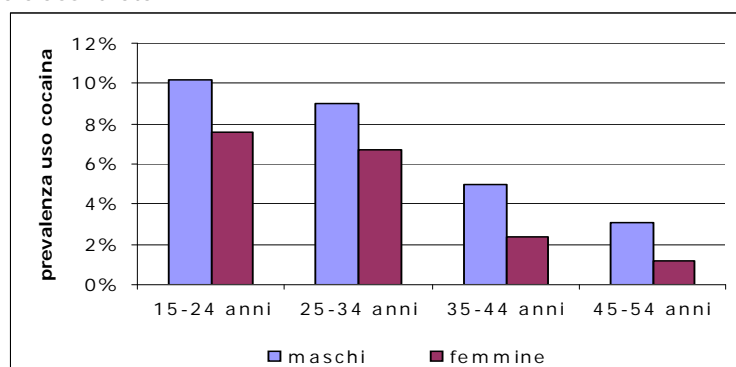


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

2.2.2 Consumi di cocaina

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.

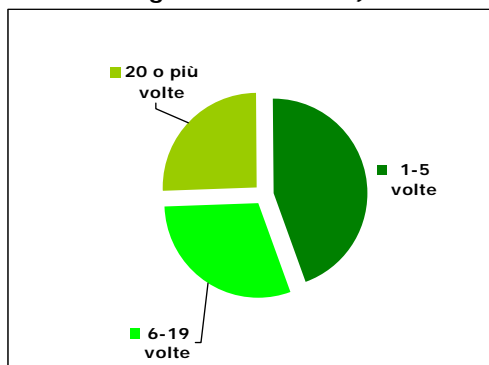
Grafico 2.5: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



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 da 20 a più volte (Grafico 2.6).

Grafico 2.6: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

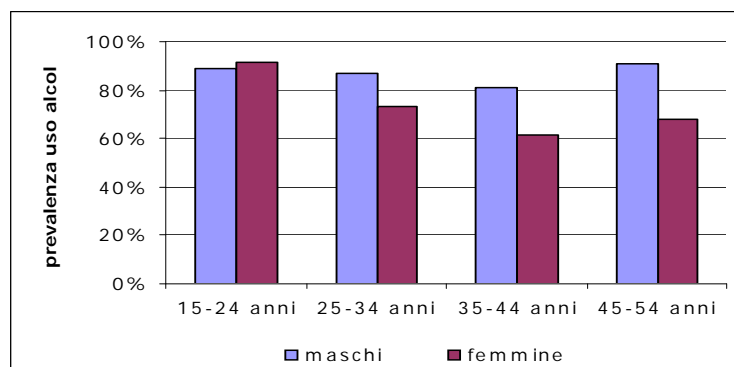
2.2.3 Consumi di alcol

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

Per entrambi i generi, nelle classi di età successive 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 80 e il 90%, mentre sono circa il 60% le femmine che dichiarano l'utilizzo di alcol.

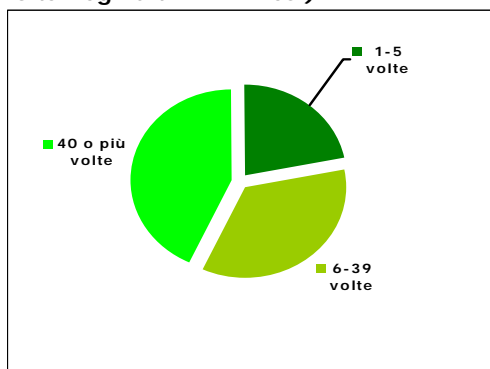
Grafico 2.7: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

La frequenza del consumo di alcol negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.8), risulta da 1 a 5 volte per il 22% dei consumatori, per coloro che dichiarano di aver utilizzato alcol da 6 a 39 volte è pari al 35% ed infine, nella classe di consumo più elevata, 40 o più volte, si attesta al 43% di coloro che fanno uso.

Grafico 2.8: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

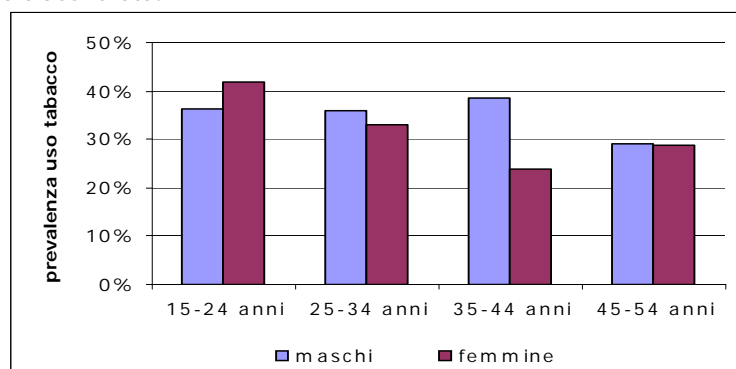


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

2.2.4 Consumi di tabacco

Per ciò che riguarda l'utilizzo di tabacco una o più volte nell'ultimo anno, nella popolazione generale rappresentante l'area di Milano non si registrano differenze di genere sostanziali, eccetto che per il 35-44enni, difatti, in tale classe d'età sono i maschi a dichiarare un maggior utilizzo (maschi: 38,7%; femmine: 24%). Nelle restanti fasce di età risultano simili i consumi tra i generi, intorno al 40% nei 15-24enni ed al 35% in quella successiva, mentre tra i 45-54enni si attestano di poco inferiori al 30%.

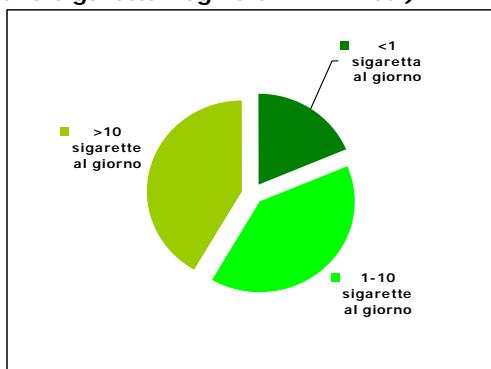
Grafico 2.9: Uso di tabacco (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Riguardo alla frequenza dell'utilizzo di tabacco negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.10), 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 2.10: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi).



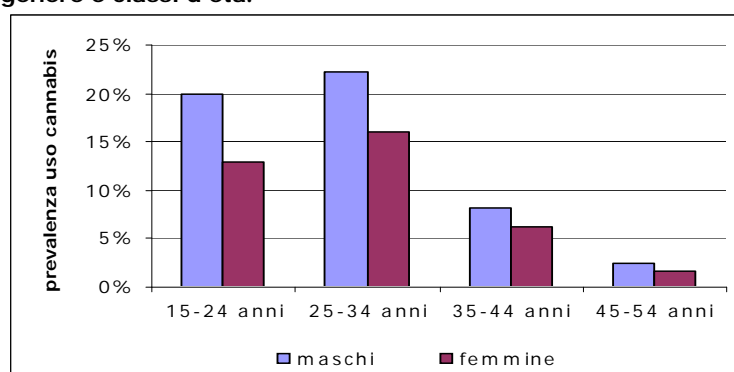
Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

2.2.5 Consumi di cannabis

Dall'analisi effettuata sul campione dei rispondenti, riguardo l'uso di cannabis una o più volte nell'ultimo anno, risulta che 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.

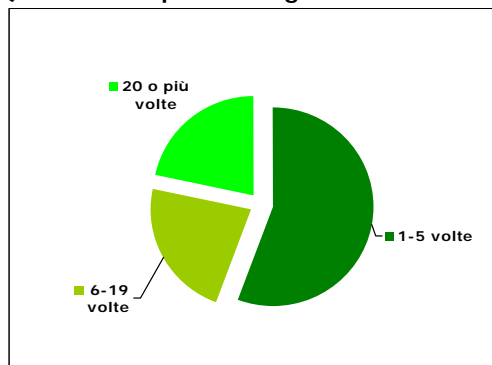
Grafico 2.11: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Per quanto riguarda la frequenza d'uso (Grafico 2.12) negli ultimi 12 mesi 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%), mentre 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 2.12: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).

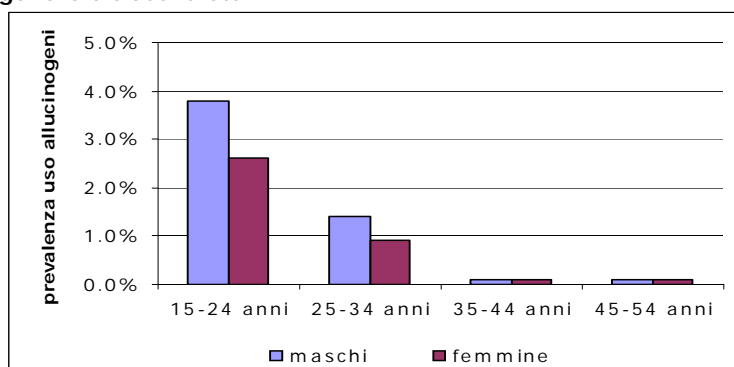


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

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

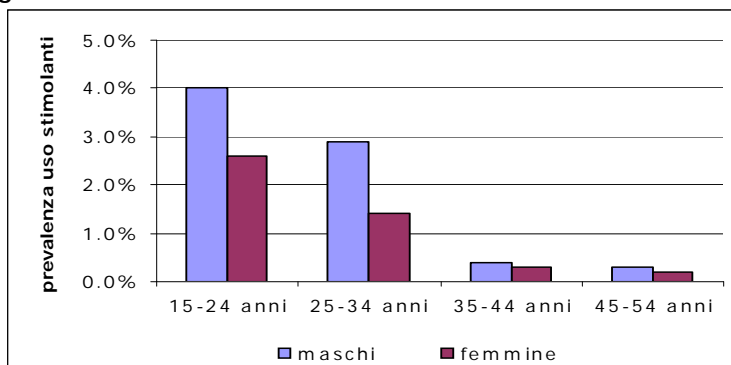
Grafico 2.13: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

Stessa tendenza viene registrata per l'uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.14), dove sono i maschi e le femmine più giovani a dichiarare un maggior utilizzo (Maschi 4%; Femmine 2,6%). Percentuali poco più basse per quanto riguarda i soggetti tra i 25 e 34 anni dove 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, che si attestano intorno allo 0,2% sia per i 35-44enni sia per l'ultima classe di età.

Grafico 2.14: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006

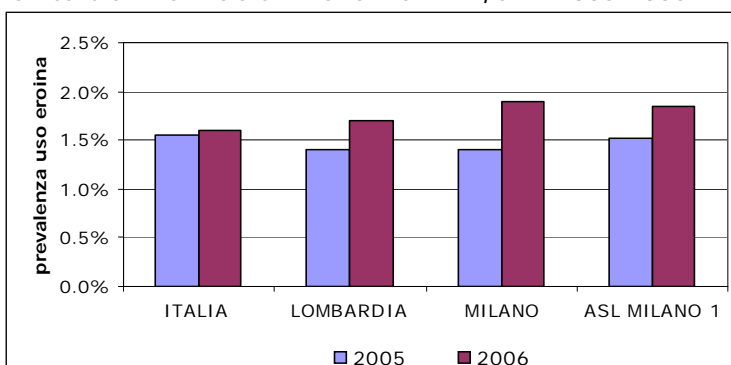
2.3 CONSUMI PSICOATTIVI NEI GIOVANI SCOLARIZZATI

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione studentesca 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.

2.3.1 Consumi di eroina

In tutta la provincia di Milano, si stima che il consumo negli ultimi dodici mesi (almeno una volta) di eroina possa riguardare circa l'1,9% degli studenti frequentanti le scuole medie superiori, che rispetto all'indagine del 2005 fanno registrare un aumento nell'uso (2005: 1,4%). In linea con i consumi della provincia anche quelli stimati per gli studenti dell'ASL MI1, per i quali i consumi aumentano dall'1,5% del 2005 all'1,8% del 2006. I consumi di eroina dal 2005 al 2006 (Grafico 2.15) sembrano rimasti invariati in Italia (intorno al 1,5%) mentre aumentati nella regione (dall'1,4% del 2005 all'1,7% del 2006).

Grafico 2.15: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1, anni 2005-2006.



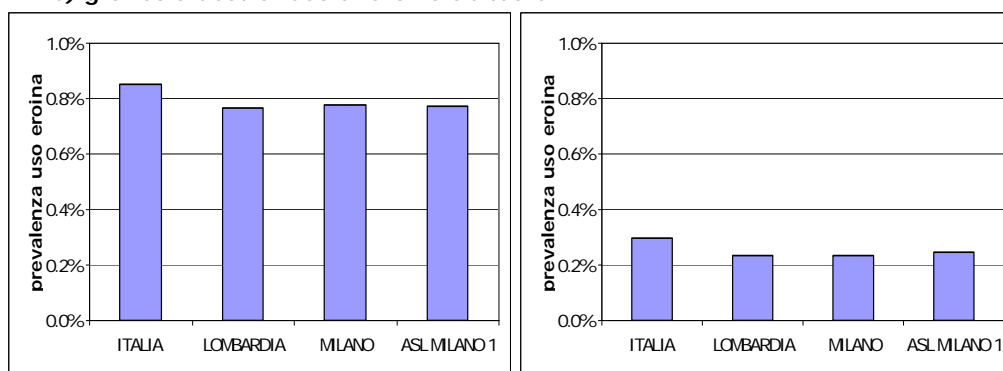
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

Per quanto riguarda la stessa sostanza, in merito all'utilizzo negli ultimi trenta giorni per i rispondenti della Lombardia, della provincia di Milano e per quelli dell'ASL MI1 (intorno allo 0,8%), si evidenziano stime di consumo in linea con il dato Nazionale (0,85%). Analoghe considerazioni possono essere fatte per le stime di consumo abituale di eroina, per gli studenti della regione, della provincia e quelli appartenenti alle scuole del territorio dell'ASL MI1 si registra un consumo pari allo 0,25%, percentuale pressoché analoga al dato nazionale (0,3%).

Grafico 2.16: Uso di eroina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.

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

b) grafico a destra: uso di eroina abituale.



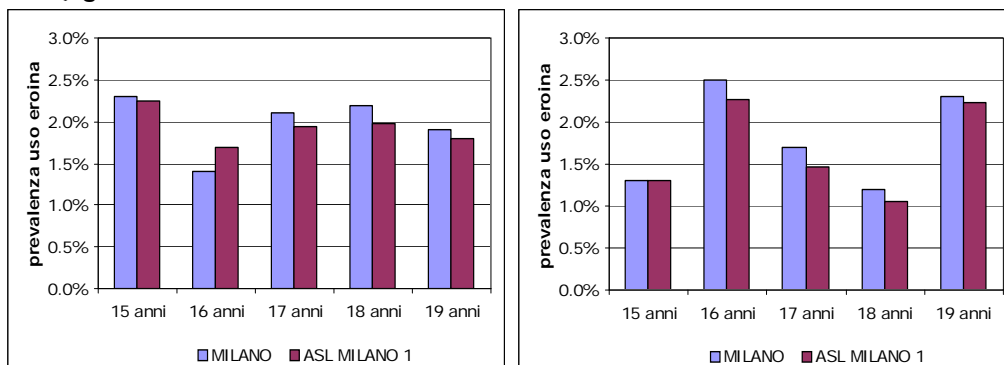
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Nei Grafici 2.17a e 2.17b sono riportati i consumi di eroina negli ultimi dodici mesi distribuiti per sesso e per aree territoriali di interesse, in provincia di Milano e ASL MI1. Per entrambi i sessi si può notare un inferiore consumo di eroina in quasi tutte le classi d'età nelle due zone indagate. Per gli studenti maschi 16enni dell'ASL MI1 (1,7%) si stima un utilizzo maggiore rispetto ai loro coetanei della provincia di Milano (1,4%), mentre per le altre classi d'età i consumi sono leggermente inferiori, in particolare tra i 17 ed i 18 anni (Grafico 2.17a), tuttavia sono i maschi 15enni a far registrare un uso maggiore (Milano:2,3%; ASL MI1:2,2%).

Tra le studentesse si registra un consumo maggiore di eroina tra le 16enni, la stima di utilizzo nell'ultimo anno è del 2,5% per ragazze della provincia di Milano, e del 2,3% per quelle dell'ASL MI1. Percentuali analoghe si osservano per le 19enni di entrambe le aree indagate, mentre per le ragazze delle altre fasce di età le stime oscillano tra l'1% e l'1,7%.

Grafico 2.17: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 1.

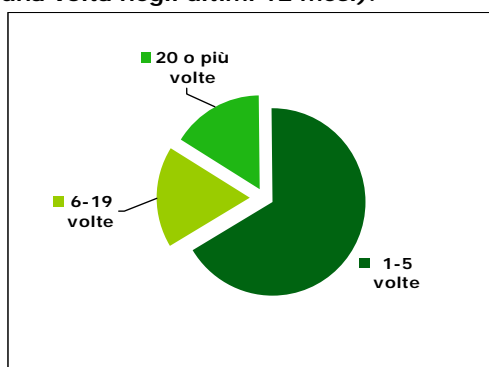
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

Circa il 66% degli studenti dell'ASL MI1 che riferisce di aver utilizzato eroina negli ultimi dodici mesi lo ha fatto da 1 a 5 volte, il 18% lo ha fatto da 6 a 19 volte, mentre il 16% sostiene di aver consumato la sostanza con una frequenza che va da 20 a più volte nell'anno.

Grafico 2.18: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

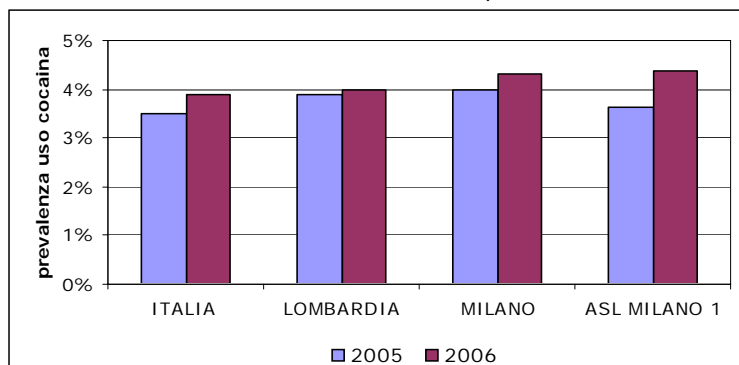


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

2.3.2 Consumi di cocaina

Nel Grafico 2.19 si mettono a confronto i consumi di cocaina negli ultimi 12 mesi per gli anni 2005 e 2006. Nel territorio italiano l'utilizzo della sostanza nell'ultimo anno aumenta leggermente rispetto all'anno precedente (dal 3,5% al 3,9% del 2006). Nella regione Lombardia invece restano pressoché invariati (intorno al 4%), nella provincia di Milano si passa dal 4% del 2005 all'4,3% dell'anno successivo, mentre un aumento maggiore si registra per l'ASL MI1 (2005: 3,6%; 2006: 4,4%).

Grafico 2.19: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1, anni 2005-2006.



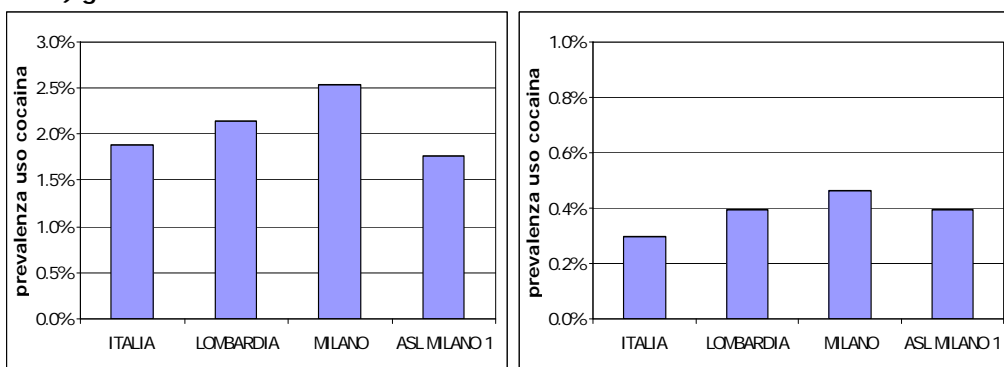
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

Se si analizza il consumo di cocaina negli ultimi trenta giorni (Grafico 2.20a) gli studenti frequentanti le scuole situate nel distretto dell'ASL MI1 sembrano riferire un consumo minore della sostanza (1,8%), in confronto alla provincia (2,5%) e alla regione (2,15%), tuttavia in linea col dato nazionale (1,9%).

Medesime considerazioni possono essere fatte in relazione al consumo abituale di cocaina tra gli studenti dell'ASL MI1 (Grafico 2.20b). I consumi sono leggermente inferiori (intorno allo 0,4%) a quelli registrati per la provincia di Milano (0,46%), ma perfettamente in linea con la regione Lombardia (0,39%) e leggermente superiori al resto d'Italia (0,3%).

Grafico 2.20: Uso di cocaina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.

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

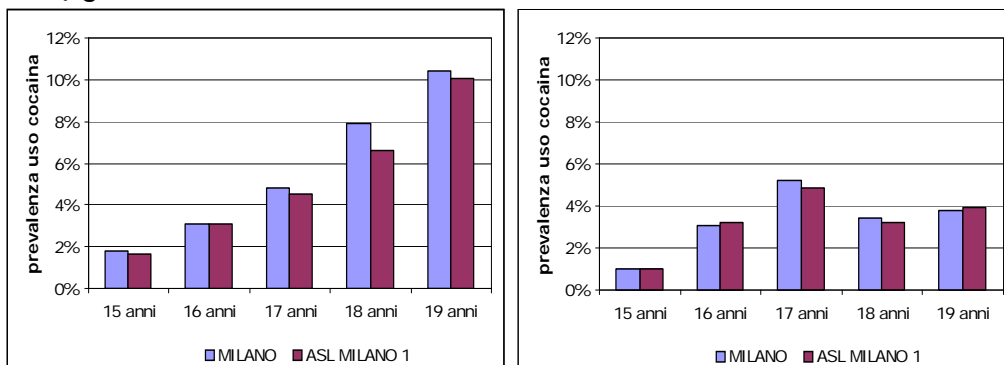


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Nel Grafico 2.21 è riportato l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi stimato per gli studenti dell'ASL MI1 e per la provincia di Milano. Per i ragazzi delle due aree indagate il consumo della sostanza è sostanzialmente simile ed aumenta con l'età, passando da circa il 2% dei 15enni al 10% dei 19enni, con leggere differenze solo per i 18enni (Milano:8%; ASL MI1:6,6%). Anche per le femmine non sembrano esserci differenze di consumo tra la provincia e l'ASL MI1, tuttavia si registra una distribuzione diversa dai coetanei, infatti, si ha un picco dei consumi tra le 17enni (intorno al 5%). Tra le studentesse 15enni i consumi si attestano all'1%, mentre tra le 19enni al 4%, per le 16enni e le 18enni si stimano prevalenze intorno al 3%.

Grafico 2.21: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.

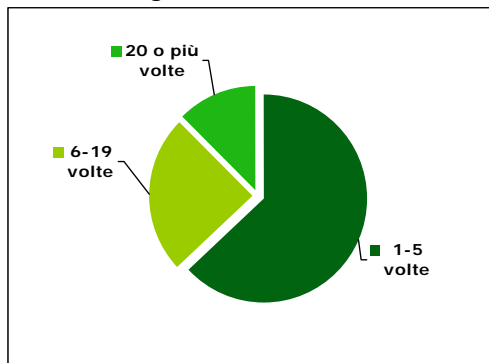
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Per ciò che riguarda la frequenza d'uso di cocaina nell'arco degli ultimi dodici mesi si registra che sul totale degli studenti che riferisce di averne consumato, il 63% ne ha utilizzato da 1 a 5 volte, mentre sono un quarto gli studenti che nell'arco di un anno hanno consumato da 6 a 19 la sostanza ed il 12% che hanno utilizzato 20 o più volte cocaina.

Grafico 2.22: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

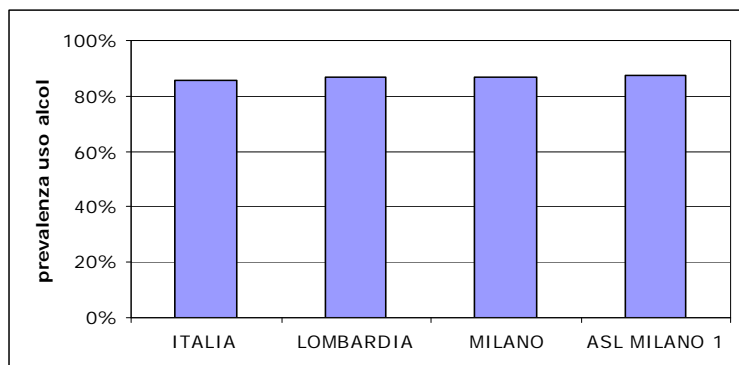


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

2.3.3 Consumi di alcol

Il consumo di alcolici negli ultimi dodici mesi tra gli studenti afferenti alle scuole situate nell'area dell'ASL MI1 si stima possa interessare il 93% dei frequentanti. Come si può osservare dal Grafico 2.23, per ciò che riguarda il confronto con le altre aree territoriali, non sembrano evidenziarsi sostanziali differenze tra i consumi nella provincia di Milano e in Lombardia (circa il 92%) e nel resto d'Italia (91%).

Gráfico 2.23: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

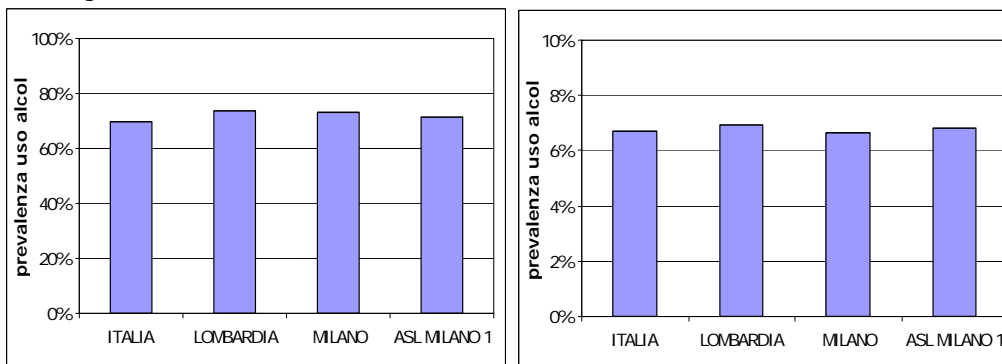
La prevalenza di studenti che ha utilizzato alcol negli ultimi trenta giorni (Gráfico 2.24a), in Lombardia è superiore a quella del resto d'Italia (73,6% contro 69,6% nella nazione), tuttavia è in linea con le prevalenze stimate per la provincia di Milano (72,9%) e dell'ASL MI1 (71,3%).

Non sembrano esserci differenze invece per quel che riguarda l'utilizzo di alcol giornaliero (intorno al 7%).

Gráfico 2.24: Uso di alcol. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.

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

b) gráfico a destra: uso di alcol abituale.

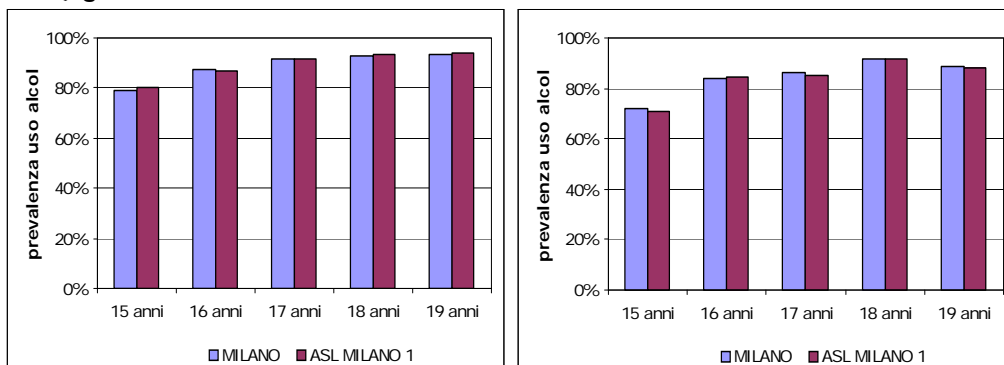


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Dall'analisi dei grafici riportati di sotto, si osserva che l'utilizzo di alcol tra gli studenti della provincia di Milano e quelli dell'ASL MI1 nell'ultimo anno (Gráfico 2.25) risulta avere una tendenza sostanzialmente simile nei due generi. Se nella classe di età più piccola sono i maschi ad essere maggiormente esposti al consumo di alcolici (80% contro il 71% delle coetanee), i consumi tra i 16 e i 18 anni sono simili nei due sessi e per le due aree territoriali indagate, oscillando tra 85 e il 92%, mentre differenze si notano tra i 19enni (maschi:94%; femmine 89%).

Grafico 2.25: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 1.

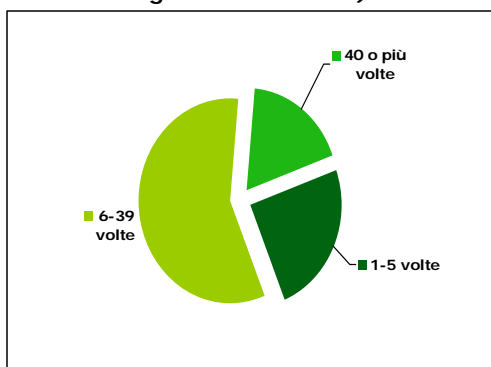
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

La frequenza di utilizzo nei consumatori di sostanze alcoliche si attesta al 24% per gli studenti che dichiarano di aver utilizzato la sostanza da 1 a 5 volte nell'ultimo anno, è pari al 58% del campione per coloro che affermano di aver assunto alcol da 6 a 39 volte, mentre sono il 18% dei giovani che hanno consumato 40 o più volte alcolici nell'arco di dodici mesi.

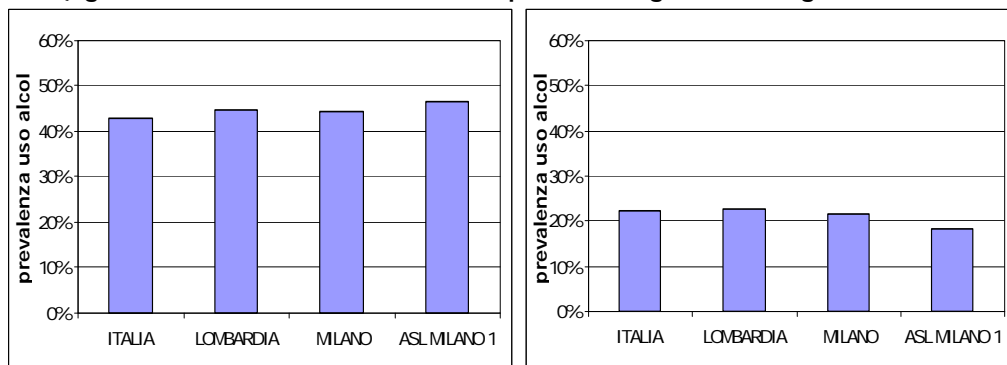
Grafico 2.26: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

Dal Grafico 2.27a non sembrano evidenziarsi sostanziali differenze per ciò che riguarda le prevalenze di abuso di alcol (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) nelle diverse aree di indagine. In Italia il dato si attesta al 42,8%, mentre in Lombardia al 44,8%; in linea con quello regionale è il dato provinciale (44%), mentre risulta leggermente più elevato quello relativo all'ASL MI1 (47%). Tendenza inversa si registra per l'abuso di tale sostanza nell'arco dell'ultimo mese (grafico 2.27b): nel 2006 in Italia hanno abusato il 22,8% degli studenti intervistati, in Lombardia il 22,7%, nella provincia di Milano il 21,7% e nel distretto dell'ASL MI1 il 18,3%.

Grafico 2.27: Abuso di alcol. Confronto Italia–Lombardia–Provincia di Milano–ASL MI 1.
 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.



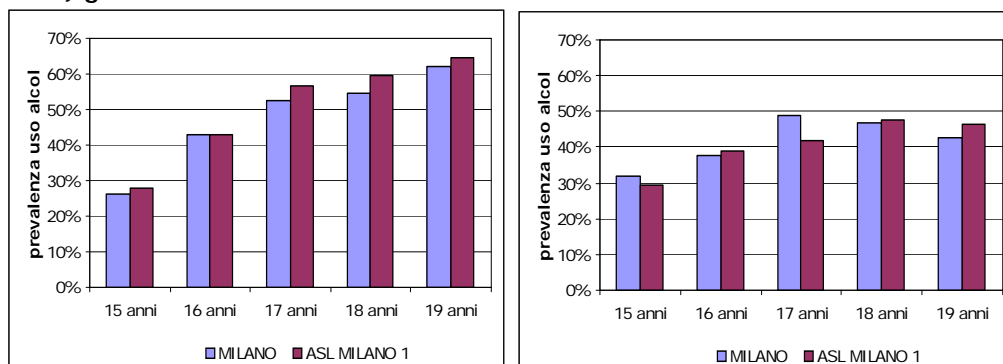
Elabora

zione sui dati ESPAD-Italia@2006

Analizzando i dati relativi all'abuso di alcol negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.28) si osserva come la prevalenza aumenti al crescere dell'età per entrambi i generi per gli studenti afferenti alle scuole del distretto dell'ASL MI1. Nella classe di età inferiore (15 anni), per i ragazzi si stima un'esperienza di intossicazione alcolica pari al 28%, mentre per le ragazze intorno al 30%, percentuale che sale al 43% per i maschi 16enni ed al 39% per le coetanee. Per gli studenti di sesso maschile, i consumi aumentano fino a circa il 65% dei soggetti nella classe d'età maggiore, per le femmine si registra nelle 19enni una prevalenza del 47% circa.

Grafico 2.28: Abuso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 1.

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

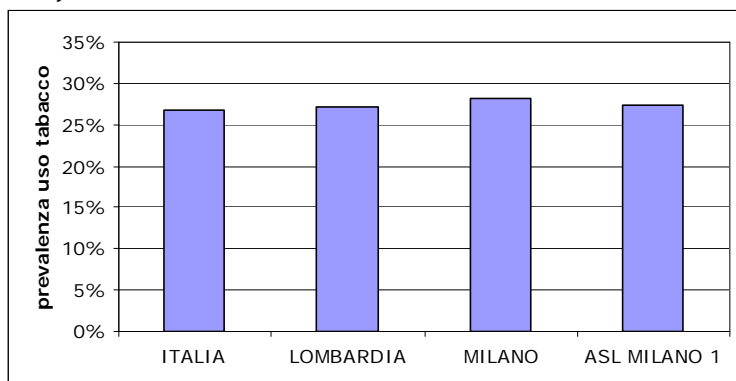


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

2.3.4 Consumi di tabacco

Nella popolazione studentesca della ASL MI1, si stima che circa il 27,3% degli studenti ha utilizzato quotidianamente tabacco negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.29); simile prevalenza si registra nella provincia di Milano (28%), nella regione e nel resto della nazione (Lombardia:27%; Italia:26,7%).

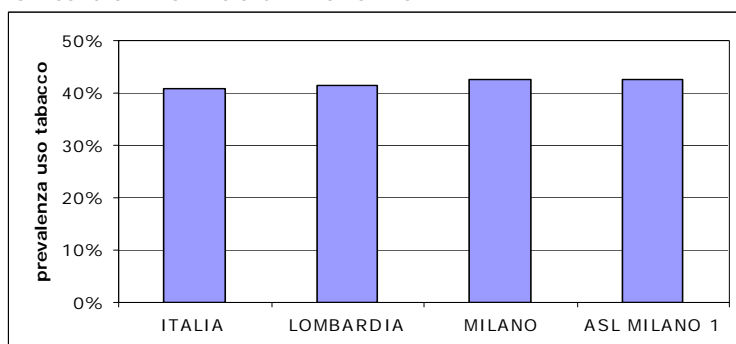
Grafico 2.29: Uso giornaliero di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Per ciò che riguarda l'uso di sigarette (almeno una volta) nell'ultimo mese, si registrano percentuali d'uso simili in tutte le aree d'interesse (ASL MI1:42,6%; Milano:42,7%; Lombardia:41,5%; Italia:41%).

Grafico 2.30: Uso di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.



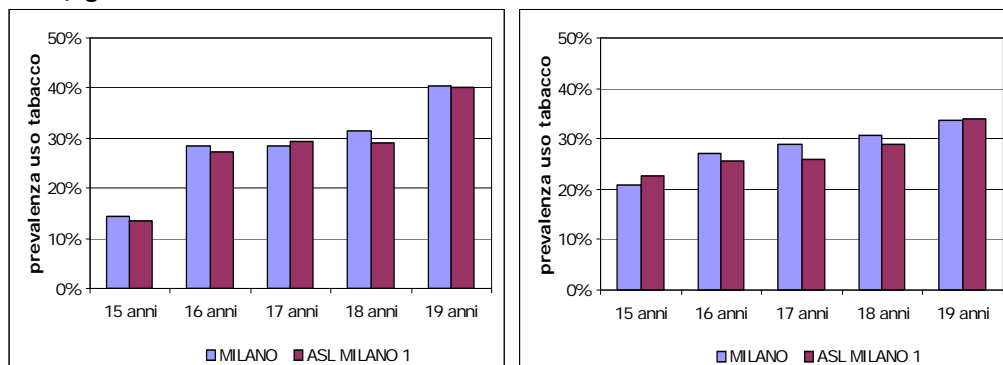
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Non sembrano esserci differenze nei consumi giornalieri di sigarette tra gli studenti della provincia di Milano e dell'ASL MI1 (Grafico 2.31).

Differenze tra i generi, invece, si registrano già a partire dalle classi d'età inferiori, così per i 15enni il consumo negli ultimi dodici mesi risulta essere del 13% tra i maschi e del 23% tra le femmine. Mentre per i ragazzi tra i 16 ed i 18 anni la prevalenza d'uso rimane stabile intorno al 30% per poi aumentare al 40% nei 19enni; tra le femmine, invece, si assiste ad un incremento d'uso con l'età, difatti, a 19 anni circa il 34% delle studentesse si stima fumi sigarette abitualmente.

Grafico 2.31: 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 1.

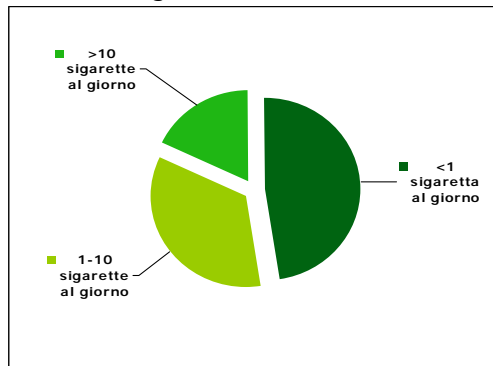
a) grafico a sinistra:maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Sul totale degli studenti che hanno riferito di utilizzare tabacco nell'ultimo anno dalla compilazione del questionario, sono il 48% quelli che hanno fumato meno di una sigaretta al giorno, il 34% coloro che nell'arco di 24 ore ne hanno fumato da 1 a 10, mentre risultano il 18% del campione quelli che ne hanno consumato più di 10.

Grafico 2.32: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



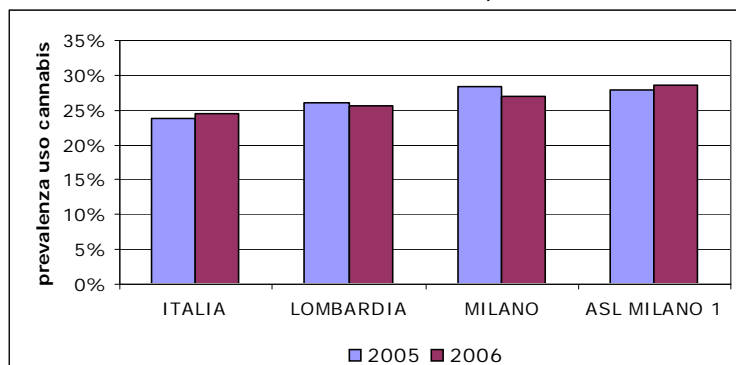
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

2.3.5 Consumi di cannabis

Per ciò che riguarda l'utilizzo di cannabis, circa il 28,5% degli studenti afferenti a scuole situate nel territorio dell'ASL MI1 si stima possano averne fatto uso una o più volte negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.33). La prevalenza dell'uso di cannabis nell'ultimo anno nel resto della provincia è leggermente inferiore (27%), ancora di più se si analizza la prevalenza regionale (25,7%) e nazionale (24,5%).

Non sembrano riscontrarsi sostanziali differenze nelle aree d'interesse con i dati dell'indagine del 2005, eccetto che per un leggero aumento nel 2006 per l'ASL MI1 (2005: 27,9%) e una diminuzione nello stesso anno per la provincia di Milano (2005: 28,4%).

Grafico 2.33: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1, anni 2005-2006.



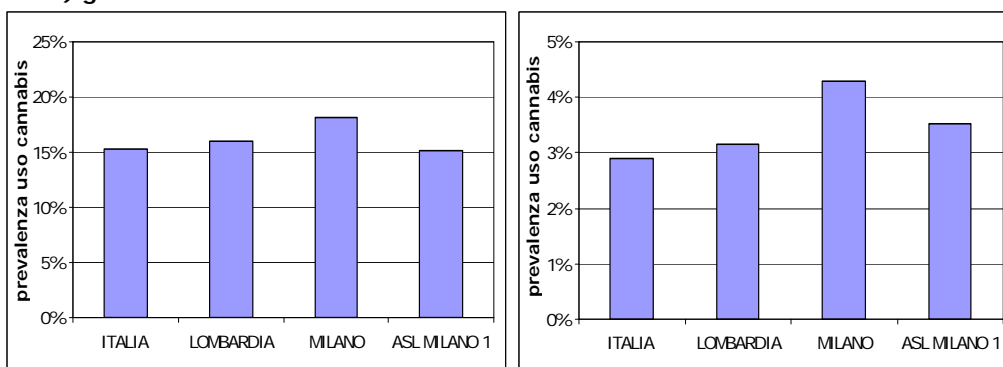
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005, ESPAD-Italia@2006

Circa il 15% degli studenti dell'ASL MI1 si stima abbia fatto uso di cannabis nell'ultimo mese (Grafico 2.34a) , percentuale che risulta inferiore a quella del resto della provincia (18,2%), ma sostanzialmente in linea rispetto alla prevalenza registrata nella regione (16%) e soprattutto rilevata a livello nazionale (15,3%).

Analoghe osservazioni si possono dedurre per l'uso giornaliero della sostanza indagata (Grafico 2.34b): 3,5% per gli studenti dell'ASL MI1 e 4,3% per i coetanei provinciali, mentre più simili sono le prevalenze registrate nel resto della regione Lombardia (3,2%) e dell'Italia (2,9%).

Grafico 2.34: Uso di cannabis. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.

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



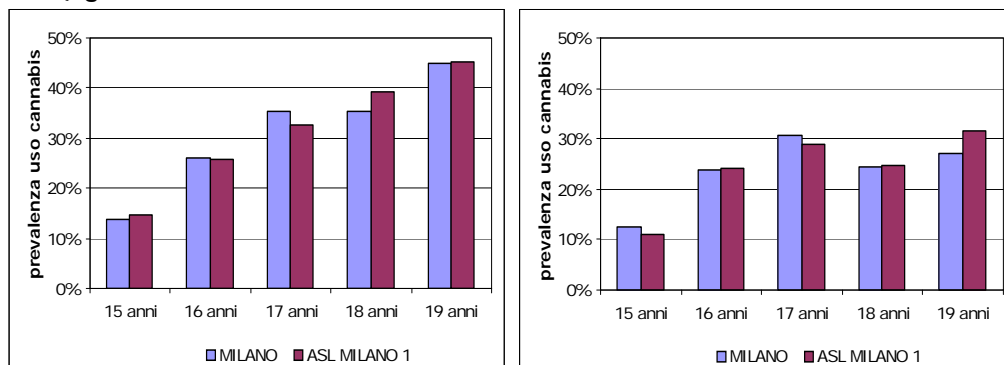
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

L'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi nell'ASL MI1 viene riferito maggiormente dagli studenti di sesso maschile (Grafico 2.35). Per l'ASL MI1, tra gli studenti 15enni si registra un uso intorno al 15%, consumo che aumenta fino al 33% nella classe di età intermedia (17 anni), ed al 45% per i maschi 19enni.

Le studentesse tra i 15 e i 16 anni si attestano rispettivamente all'11% ed al 24%, mentre per le 17enni si stima un utilizzo del 29%. Tuttavia i consumi sembrano diminuire nella classe d'età successiva (18 anni:25%) per poi arrivare al 31% nelle 19enni.

Grafico 2.35: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 1.

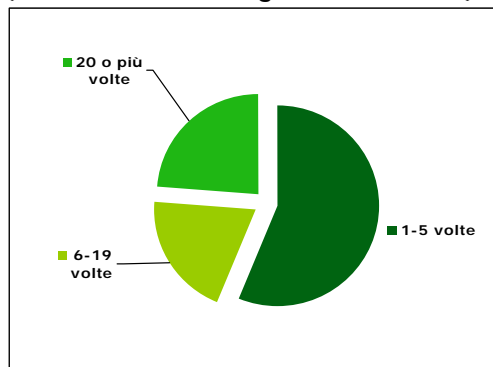
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Tra gli studenti delle scuole del territorio dell'ASL MI1 che hanno riferito di far aver fatto di cannabis nell'ultimo anno il 56% ha assunto la sostanza da 1 a 5 volte, il 20% da 6 a 19 volte ed il 24% ha utilizzato 20 volte o più cannabis.

Grafico 2.36: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

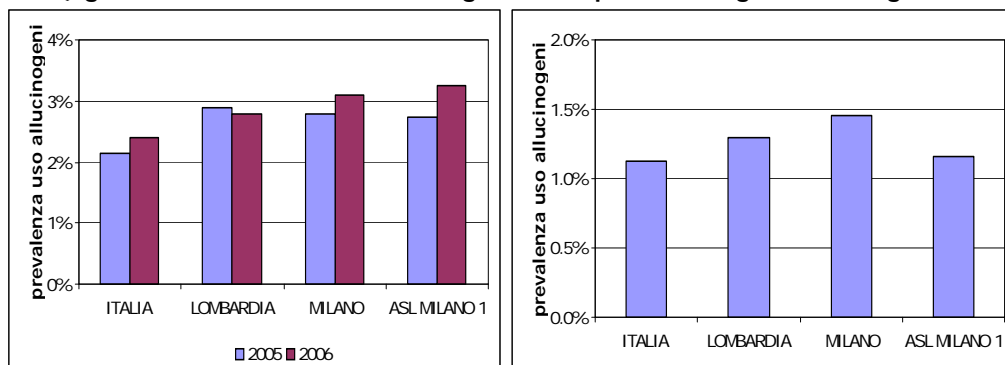
2.3.6 Altri consumi psicoattivi

Circa il 3,2% degli studenti nel distretto dell'ASL MI1 si stima abbia fatto uso di sostanze allucinogene negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.37a), prevalenza che risulta leggermente superiore rispetto a quella stimata per la provincia, ma superiore alla stessa prevalenza rilevata nel 2005 (2,7%). Tuttavia, aumenti si sono registrati, rispetto all'anno precedente, anche nella provincia di Milano (dal 2,8% al 3,1%) e nel resto della nazione (dal 2,1% al 2,4%), mentre sono rimasti sostanzialmente simili i consumi nel resto della regione Lombardia (2,9% nel 2005 e 2,8% nel 2006).

Per quanto riguarda il consumo di allucinogeni negli ultimi trenta giorni, si osserva (Grafico 2.37b) una superiorità di consumi tra gli studenti della provincia di Milano rispetto a tutte le altre aree di interesse (ASL MI1: 1,2%; Milano: 1,5%; Lombardia: 1,3%; Italia: 1,1%).

Grafico 2.37: Uso di allucinogeni. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.

- 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

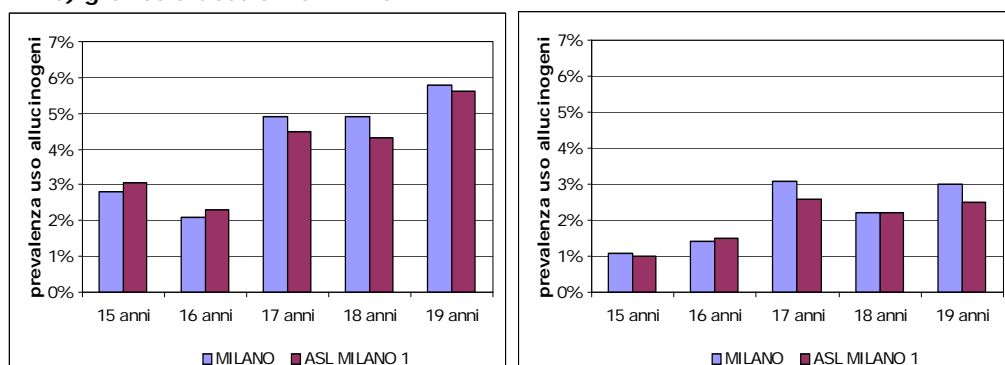
La distribuzione dei consumi di sostanze allucinogene tra gli studenti della provincia di Milano e dell'ASL MI1 risulta essere molto simile (Grafico 2.38) nelle due aree di interesse, tuttavia si osservano negli studenti di sesso maschile prevalenze doppie rispetto alle femmine in tutte le fasce di età.

Per i maschi 15enni si attesta un uso intorno al 3%, prevalenza che scende al 2% per gli studenti di 16 anni, mentre nelle classi di età successive l'utilizzo di allucinogeni si attesta tra il 4,5% nei 17-18enni (in tali classi d'età si rilevano differenze maggiori con la provincia, nella quale la prevalenza si attesta al 5%) e il 5,6% dei 19enni.

L'uso di allucinogeni per le studentesse tra i 15 e i 16 anni delle scuole dell'ASL MI1 e della Provincia di Milano si attesta rispettivamente all'1% e all'1,5%. Consumi più elevati per entrambe le aree di interesse si registrano per le 17enni (Milano: 3%; ASL MI1: 2,6%), infine, per le 18enni e le 19enni i consumi si attestano tra il 2% e il 3%.

Grafico 2.38: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.

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



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

Per quanto riguarda l'uso di stimolanti, circa il 2,7% degli studenti dell'ASL MI1 si stima ne abbia fatto uso negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.39a); valore in linea con quello registrato nel resto della provincia (2,5%), nel resto della regione (2,4%) e sostanzialmente anche nel resto d'Italia (2,2%). Tuttavia,

consumi superiori rispetto al 2005 si registrano per tutte le aree di interesse soprattutto per gli studenti afferenti all'ASL MI1 e nella provincia di Milano (l'1,9% nel 2005).

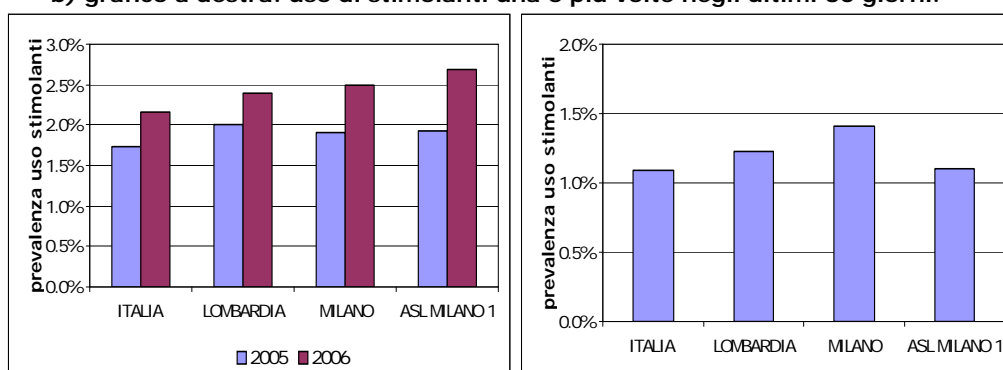
Rispetto all'uso delle stesse sostanze negli ultimi trenta giorni (Grafico 2.39b), si attestano all'1,1% le prevalenze riportate per l'ASL MI1, perfettamente in linea con le prevalenze delle altre aree di interesse (Milano:1,4%; Lombardia:1,2%, Italia:1,1%).

Grafico 2.39: Uso di stimolanti. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.

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

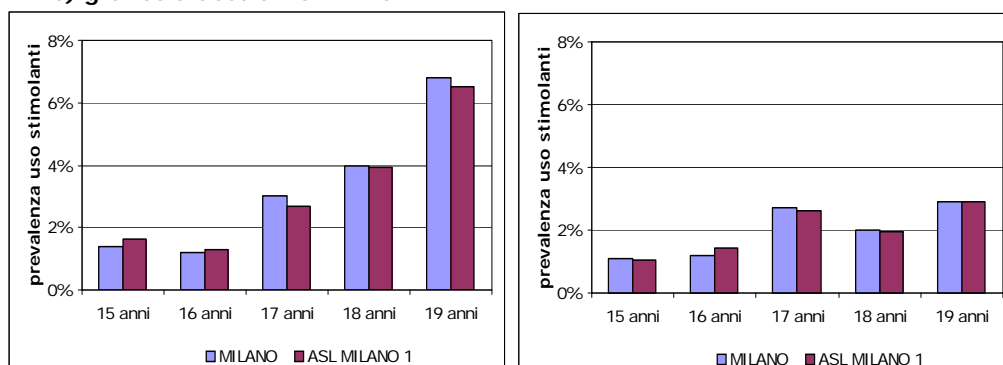
Anche per ciò che riguarda le stime d'uso di stimolanti tra gli studenti, non si osservano sostanziali differenze tra i rispondenti della provincia di Milano e quelli dell'ASL MI1. Nei maschi 15-16enni l'uso si attesta intorno all'1,5%, percentuale che sale al 3% nella classe di età successiva, mentre sono rispettivamente il 4% dei 18enni e il 6,5% degli studenti 19enni a riferire l'utilizzo della sostanza.

Per le studentesse, invece i consumi nelle prime classi (15 e 16 anni) di età indagate sono sostanzialmente simili con quelli dichiarati dai coetanei dell'altro sesso. Tendenza opposta si registra nelle classi di età successive dove per le ragazze tra i 17 e i 19 anni le percentuali oscillano il 2 e il 3%.

Grafico 2.40: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

2.4 IL POLICONSUMO

2.4.1 Il policonsumo nella popolazione generale

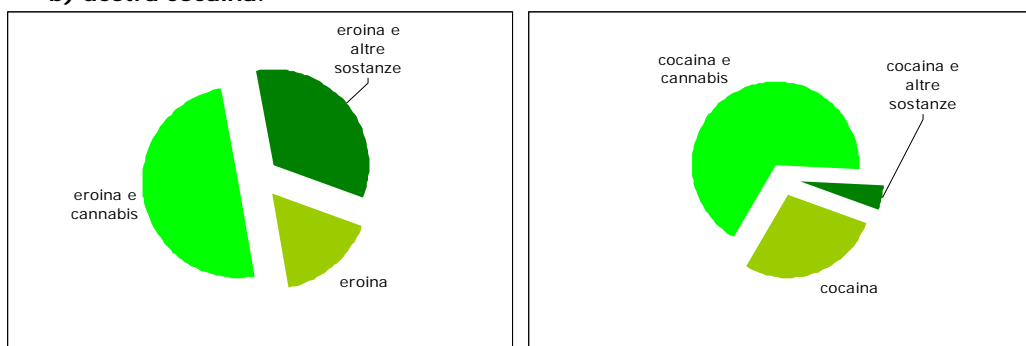
Tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, l'85% ha consumato una sola sostanza, circa il 12% ha consumato due sostanze ed il 3% tre o più droghe illegali.

Nella popolazione tra i 15 e i 54 anni, tra coloro che utilizzano eroina (Grafico 2.41a), 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 2.41: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

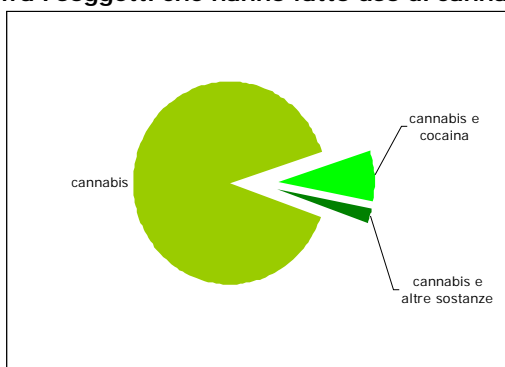
a) sinistra eroina;
b) destra cocaina.



Elaborazione sui dati IPSAD@2005-2006

Per quanto riguarda i soggetti che hanno utilizzato cannabis negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.42), 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 2.42: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



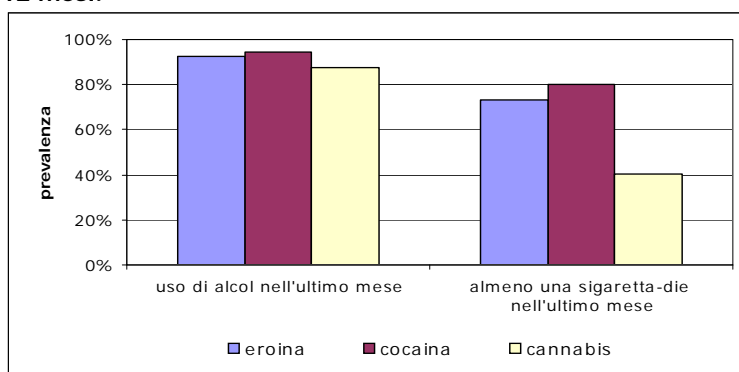
Elaborazione sui dati IPSAD@2005-2006

2.4.2 Il policonsumo nei giovani scolarizzati

Tra gli studenti che riferiscono di utilizzare eroina e cocaina, nell'ultimo anno, sono circa il 95% quelli che hanno assunto alcol negli ultimi trenta giorni, mentre tra coloro che hanno assunto cannabis l'88%.

Riferiscono di aver fumato nell'ultimo mese più sigarette gli utilizzatori di cocaina (80%) rispetto ai fruitori di eroina (73%) e cannabis (40%).

Grafico 2.43: Distribuzione percentuale dei consumatori di sostanze psicoattive legali fra gli studenti che hanno fatto uso di eroina, cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

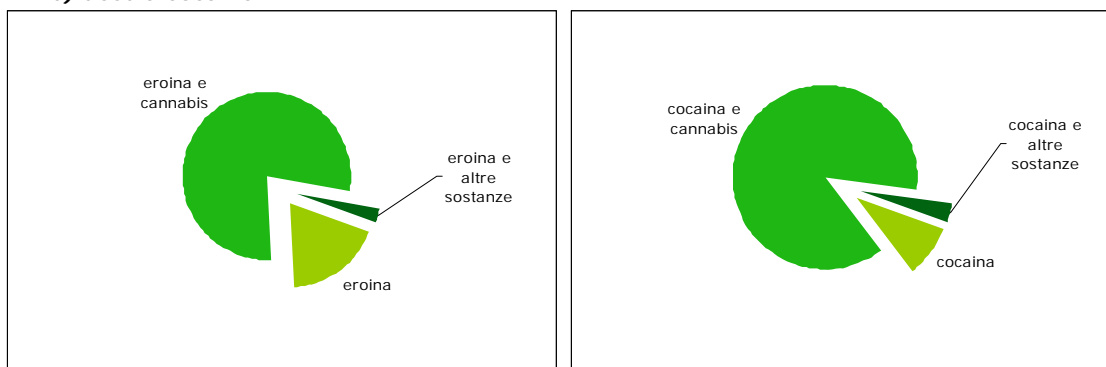
Tra gli studenti che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, l'84% ha consumato una sola sostanza, circa il 10% ha consumato due sostanze ed il 6% tre o più droghe illegali.

Nella popolazione studentesca intervistata, fra coloro che riferiscono di aver utilizzato eroina negli ultimi dodici mesi, sono circa l'80% coloro che associano la sostanza con cannabis, il 2% che lo fa in concomitanza con altre sostanze, mentre il 18% dichiara di utilizzare esclusivamente la sostanza indagata.

Dal Grafico 2.44b si osserva che tra gli studenti utilizzatori di cocaina sono l'87% quelli che insieme consumano anche la cannabis, il 3% lega l'utilizzo della sostanza con altre illegali, mentre sono il 10% quelli che riferiscono esclusivamente l'uso della sostanza indagata.

Grafico 2.44: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra gli studenti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

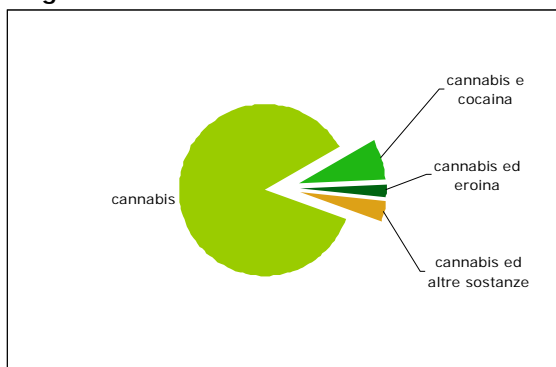
- a) sinistra eroina;
- b) destra cocaina.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Tra i soggetti che riferiscono di aver utilizzato cannabis nell'ultimo anno sono circa il 14% coloro che riferiscono di usarla in associazione con altre sostanze illegali (Grafico 2.45). Nello specifico sono il 7% quelli che associano la sostanza indagata con cocaina, il 3% con eroina e il 4% con altre sostanze illegali. Mentre l'uso esclusivo di cannabis è riferito dall'86% dei rispondenti.

Grafico 2.45: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2006

3. PREVENZIONE

3.1 Prevenzione universale

- 3.1.1 A scuola
- 3.1.2 In famiglia
- 3.1.3 Nella società civile

3.2 Prevenzione selettiva e indicata

- 3.2.1 Fra gruppi a rischio
- 3.2.2 Su famiglie a rischio
- 3.2.3 La sperimentazione del Progetto Prefettura

3. Progetto "Re-ligo"

3. PREVENZIONE

Le strategie e 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 largamente variare tra individuo ed individuo.

Gli interventi di prevenzione selettiva o indicata sono invece rivolti a specifici contesti o a sottogruppi di popolazione o a individui 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® Italia e del progetto ESPAD-Italia® sono state effettuate specifiche indagini nazionali.

3.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

3.1.1 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®, è stata effettuata una rilevazione, tramite questionario indirizzato al Dirigente scolastico, sulle iniziative di prevenzione all'interno delle 573 scuole del campione.

Per quanto riguarda gli istituti scolastici rispondenti nell'area territoriale dell'ASL MI1, si registra che, oltre a descrivere l'impostazione generale della scuola in termini di prevenzione, ognuno riporta almeno 1 progetto attivo nell'anno scolastico 2006-2007.

Gli enti che maggiormente svolgono attività di prevenzione nelle Scuole risultano essere le ASL, le Associazioni e le cooperative.

Negli Istituti scolastici del campione è definito un regolamento scolastico che disciplina i comportamenti e i consumi in materia di sostanze lecite (tabacco, alcol ecc.), inoltre, nella metà delle scuole presenti nella ASL MI1, vengono organizzate giornate di studio interamente dedicate alla prevenzione delle droghe e/o doping.

Si prevedono interventi di esperti esterni nei programmi di prevenzione e i progetti risultano articolati su più moduli o incontri che fanno parte di progetti trasversali i cui contenuti sono organizzati su varie materie.

Sono previsti maggiormente interventi per il rilevamento precoce di alunni in difficoltà e progetti sesso specifici. Inoltre vengono attuate attività extracurricolari non previste dalla programmazione scolastica per la prevenzione del consumo di sostanze.

Gli interventi di prevenzione censiti nell'ASL MI1 prevedono sia la formazione degli insegnanti che l'organizzazione di seminari ed incontri per il nucleo familiare degli studenti.

I progetti attuati nelle scuole del territorio indagato, affrontano tematiche ed ambiti problematici multipli. Gli interventi risultano avere una maggiore sensibilità verso il gruppo di coloro che usano ed abusano di sostanze psicotrope legali ed illegali e di sostanze dopanti.

Successivamente vengono eseguiti maggiormente i progetti specifici atti a prevenire disturbi alimentari e quelli rivolti a diminuire i fattori di rischio per l'abbandono scolastico.

In più della metà dei progetti attivi vengono particolarmente affrontate problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione. Analogamente si registra per gli interventi verso sottogruppi specifici: tutti gli istituti risultano più sensibili a mettere in atto interventi verso i soggetti con famiglie problematiche o a rischio, per gli studenti immigrati, per quelli problematici per rendimento scolastico e quelli con problemi di condotta.

Gli interventi effettuati negli istituti nell'ASL MI1 risultano inseriti nel piano dell'offerta formativa della scuola e sono organizzati per la maggior parte dei casi in più moduli formativi, con durata di circa 2 mesi.

L'obiettivo prioritario dei progetti risulta 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 maggiormente utilizzate ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra citati, risultano essere divisi tra incontri e seminari, sviluppati con lezioni frontali, interattive e con lavori di gruppo.

Le principali figure professionali responsabili della realizzazione degli interventi risultano gli insegnanti e gli educatori, seguiti dagli psicologi e dai medici.

Nella maggior parte dei casi, allo scopo di far acquisire competenze specifiche, per le figure professionali coinvolte vengono previsti incontri formativi della durata di circa 4 ore.

Gli indicatori maggiormente segnalati riguardano il grado di partecipazione alle attività del progetto, il livello di partecipazione alle attività di gruppo, l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo di relazioni interpersonali e la percezione del sé e della propria autostima.

I metodi e gli strumenti di raccolta dei dati sono i questionari con il monitoraggio periodico in itinere e/o ex-post e con l'ausilio di griglie di osservazione.

Dal punto di vista valutativo, nella maggior parte dei progetti viene eseguita una valutazione sia dei risultati che di processo e il valutatore risulta essere interno al progetto. Infine si rileva che una grande parte degli interventi è già stata realizzata nel passato e che prevede una continuazione futura.

3.1.2 In famiglia

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

Attraverso i questionari strutturati in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, si sono rilevate informazioni sulla presenza di programmi e/o progetti in materia di prevenzione rivolti alle famiglie, secondo tre tipologie di intervento: auto e/o reciproco aiuto tra famiglie, incontri con le famiglie e/o i genitori e formazione per famiglie. Sia a livello regionale che dipartimentale si registrano progetti attivati per tutte e tre le tematiche.

Nel Dipartimento Dipendenze ASL MI1 tali programmi risultano articolati sia in maniera continua che a lungo termine, sono valutati sia a livello di processo che di risultati e i canali di approccio più usualmente utilizzati per contattare le famiglie risultano essere le scuole, le associazioni, il privato sociale e le associazioni di volontariato.

3.1.3 Nella società civile

Nell'anno 2006, le attività di prevenzione universale più rilevanti presenti nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali regionali risultano essere quelle relative ad azioni per lo sviluppo di piani a livello comunale/locale sulle droghe, con 46 piani avviati, attivi e/o conclusi.

Successivamente si passa a 33 azioni, menzionate ufficialmente, volte allo sviluppo di sistemi di reti non esclusivamente finalizzati alla prevenzione dell'uso di droghe, circa 35 progetti atti a favorire spazi ricreativi e/o culturali e lo stesso numero di interventi di prevenzione rivolti ai giovani mediante gruppi di pari. Sono invece 29 le azioni di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale e i centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale, circa 10 sono sia le attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito territoriale o del quartiere, che i progetti di prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media.

Nell'ambito del Dipartimento Dipendenze ASL MI1 risultano maggiormente affrontate le azioni per lo sviluppo di piani a livello comunale sulle droghe, le offerte di spazi ricreativi e/o culturali, le azioni per lo sviluppo di sistemi di reti non esclusivamente finalizzati alla prevenzione delle droghe e quelle di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale. Tali interventi sono attivi a livello dipartimentale in media con 7 progetti, mentre la prime due tematiche risultano menzionate ufficialmente sulle politiche sanitarie e/o sociali, le altre vengono riconosciute solo come prioritarie. Per gli altri tipi di interventi (le attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del loro quartiere, i centri di associazione e counselling per giovani e i progetti rivolti ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati) sono in media 4 le azioni svolte nel territorio del Dipartimento Dipendenze ASL MI1. I suddetti programmi risultano menzionati ufficialmente e per tutti viene effettuata una valutazione di processo e/o di risultato.

3.2 PREVENZIONE SELETTIVA E INDICATA

3.2.1 Fra gruppi a rischio

Nel corso del 2006, sia a livello regionale che a quello dipartimentale (Dipartimento Dipendenze ASL MI1), esistono riferimenti espliciti nei documenti ufficiali relativi alle politiche sanitarie locali inerenti alle attività di prevenzione rivolte ai vari gruppi target.

Le tipologie di gruppi a rischio considerate come maggiormente rilevanti sul territorio della Regione Lombardia, risultano essere i giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party e pub (15 interventi), azioni rivolte a studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale (14 interventi) e progetti rivolti ai gruppi etnici con 5 azioni sviluppate a livello regionale.

Altra tipologia di intervento selettivo e mirato individuata nella documentazione ufficiale riguarda l'attività di prevenzione rivolta agli immigrati, con circa 10 progetti attivi. Successivamente risultano in media tra i 5 e 6 progetti avviati per i minorenni pregiudicati, i giovani in comunità e giovani alla ricerca di sensazioni forti. Tali programmi di prevenzione selettiva e mirata risultano tutti menzionati ufficialmente nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali della regione.

Per quanto riguarda le azioni svolte nel territorio del Dipartimento Dipendenze ASL MI1, in materia di prevenzione selettiva e mirata, sono attivi 8 progetti: 4 menzionati sui documenti ufficiali e rivolti a studenti con problemi di

emarginazione scolastica e/o sociali, sui quali viene effettuata una valutazione sia di processo che di risultato; 2 interventi, menzionati sui documenti ufficiali, indirizzati ai giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub sui quali viene effettuata una valutazione completa (sia di processo che di risultato); 2 azioni non menzionate sui documenti ufficiali e rivolte, una ai giovani in comunità /affidamento e l'altra ai giovani che presentano difficoltà nel socializzare, sui quali viene effettuata una valutazione di processo e/o di risultato.

3.2.2 Su famiglie a rischio

A livello regionale esistono riferimenti espliciti nei documenti ufficiali relativi alle politiche sanitarie locali inerenti alle attività di prevenzione selettiva rivolte ai nuclei familiari.

Sono 17 le attività rivolte a tale ambito, nello specifico risultano attivi 11 progetti verso i nuclei familiari con problemi di sostanze, 2 interventi avviati verso i nuclei familiari socialmente svantaggiati e 2 verso le famiglie con problemi di salute mentale, mentre è presente una singola azione per le famiglie senza dimora e quelle emarginate appartenenti a gruppi etnici.

Nell'ambito di questa tematica, nel territorio del Dipartimento Dipendenze ASL MI1 risulta avviato un progetto, menzionato sui documenti ufficiali, e rivolto ai nuclei familiari con problemi di sostanze, sul quale viene effettuata sia una valutazione di processo che di risultato.

3.2.3 La sperimentazione del Progetto Prefettura

IL progetto, finanziato dalla Regione Lombardia, coinvolge la nostra ASL dal 2005; si rivolge alle persone segnalate alla Prefettura di Milano per possesso di sostanze stupefacenti.

L'idea del Progetto è nata sulla base di alcune considerazioni:

- l'uso di sostanze stupefacenti è diventato un comportamento di massa. La diffusione di hashish, psicostimolanti, (soprattutto cocaina) ma anche di alcol, sta raggiungendo livelli mai registrati in passato
- i giovani rischiano di sottovalutare la loro pericolosità e le conseguenze del loro uso, perché sono droghe che circolano con estrema facilità, a prezzi sempre più ridotti e sono diverse dall'eroina, sia per come si presentano sia perché sono diffuse tra personaggi noti e di successo
- i consumatori di queste sostanze rifiutano di rivolgersi ai servizi per le dipendenze, temendo di essere considerati dei tossicodipendenti. Di conseguenza, soprattutto gli abusatori di psicostimolanti (ad es. cocaina) arrivano ai servizi solo dopo diversi anni dall'inizio dell'uso di sostanze, cosa che spesso compromette l'esito della cura.

Si è ritenuto che un modo per incontrare queste persone potesse essere rappresentato dai colloqui previsti dall'art. 75 della Legge 309/90 per le persone segnalate per detenzione di sostanze stupefacenti. Dal 2005, quindi, le persone minori di 26 anni effettuano questi colloqui non più in Prefettura, ma presso sedi e con operatori individuati dall' ASL.

L'organizzazione dell'attività

I colloqui si sono svolti in appositi Centri Educativi Polivalenti (CEP), con sede a: Limbiate, Parabiago e Arluno.

I colloqui con l'Assistente Sociale sono uno strumento per valutare la situazione della persona e offrire informazioni sia sulla legge che sui nostri servizi. Si

concludono con una proposta al Prefetto che, a seconda dei casi, può prevedere: il formale invito ad astenersi dall'uso di sostanze stupefacenti e archiviazione della pratica, l'applicazione di una delle sanzioni amministrative previste dalla legge (sospensione della patente e/o apposizione del divieto di espatrio sulla carta di identità), la sospensione della sanzione se la persona è interessata a svolgere un programma educativo o terapeutico. In quest'ultimo caso se il percorso viene concluso positivamente il procedimento viene archiviato.

È bene precisare che in base alle modifiche apportate al DPR 309/90 dalla Legge 21 febbraio 2006 n. 49, il formale invito può essere applicato per casi molto lievi e indipendentemente dal tipo di sostanza, mentre non è più prevista la possibilità di sospendere la sanzione se la persona accetta un programma educativo; la sanzione viene revocata solo successivamente al completamento del programma.

L'esperienza maturata in questi anni e i dati raccolti sulle sperimentazioni nella Provincia ci hanno dimostrato che questa diversa organizzazione dei colloqui aumenta le probabilità che una segnalazione esiti in un programma educativo piuttosto che in un provvedimento sanzionatorio.

I percorsi educativi si svolgono per la zona di Limbiate presso il CEP. Nelle altre due zone per le attività di gruppo sono state utilizzate sedi diverse messe a disposizione del privato sociale: sede in uso alla Coop. ATIPICA a Legnano per il CEP di Parabiago e sede AISE a Sedriano per il CEP di Arluno, mentre i colloqui individuali e i controlli sanitari vengono effettuati al SerT. In tutte e tre le équipe la sperimentazione ha coinvolto operatori del pubblico e del privato sociale provenienti dai seguenti servizi/enti :

- Servizio Pubblico: SerT di Limbiate, Noa di Limbiate, SerT di Rho, SerT di Parabiago, SerT di Magenta, SerT di Corsico;
- Privato sociale: Ass. Contrasti Onlus, Ass. Risvegli e Ass. Dianova, Cooperativa Atipica, Comunità Nuova.

Gli obiettivi dei percorsi educativi possono essere così sintetizzati:

- aumentare la consapevolezza sulle conseguenze dell'uso di sostanze;
- favorire una riflessione sul significato di queste scelte nella propria vita ed eventualmente favorire una presa in carico se si rileva un problema importante di abuso;
- far conoscere i servizi della ASL ai quali ci si può rivolgere in caso di necessità.

L'attività educativa è quindi molto diversa da quella tradizionalmente effettuata per l'utenza tossicodipendente, perché finalizzata alla prevenzione in soggetti a rischio.

Un risultato raggiunto dal progetto è stato anche quello di conoscere più da vicino questa popolazione giovanile, per poterne individuare meglio le caratteristiche e le specifiche esigenze.

Si tratta di giovani che conducono per lo più uno stile di vita comparabile a quello presente nella media della popolazione di riferimento: vivono in famiglia e, in maggioranza, lavorano. In misura molto più limitata, studiano; bassissimo è il numero di disoccupati e anche quello dei precari. Sono ben inseriti nel loro territorio e si preoccupano di avere una buona immagine sociale, così come di evitare conflitti o tensioni con la famiglia di origine. Anche per questo motivo aderiscono spesso ai percorsi educativi proposti, che diventano un modo di "rimettersi in regola" con la Prefettura.

Il lavoro ha un ruolo centrale nella propria esperienza, è svolto con senso di grande responsabilità e vissuto, soprattutto per chi ha interrotto il percorso

scolastico, come elemento di stabilità e di realizzazione personale. Un dato particolare è rappresentato dall'abbandono delle superiori nei primi anni di scuola, visto che non più del 20-25% dei ragazzi (mediamente sui 3 anni di sperimentazione) è in possesso di un diploma di Scuola Media Superiore.

Per quanto riguarda la sostanza di segnalazione si rileva una maggioranza di sequestri per hashish, 137 (63%), molti dei quali con più fermi, seguiti dalla cocaina, 67 (31%), dall'eroina, 7, e dall'ecstasy, 4. È tuttavia da precisare che la sostanza di segnalazione spesso non è indicativa delle reali abitudini del ragazzo: la stragrande maggioranza delle persone fermate per hashish afferma infatti di avere sperimentato altre sostanze stupefacenti illegali (più spesso cocaina) e di abusare di alcool in situazioni ricreative.

Di seguito si riportano i dati relativi al 2006/2007. In questo secondo anno il ridotto volume di attività è motivato sia dalla minore entità del finanziamento regionale, sia dalla priorità data alla valutazione della sperimentazione e all'organizzazione di un convegno nazionale.

Tabella 3.1: Esito delle convocazioni a colloquio anni 2006 e 2007.

	Convocati	Non presentati	Presentati
2006	162	27	136
2007	54	11	43
Totale	216	38	179

Dei 179 soggetti presentati a colloquio, la Tabella 3.2 mostra l'esito del colloquio.

Tabella 3.2: Esito dei colloqui anni 2006 e 2007.

	Formale invito	Programma	Solo sanzione	Rinviato ad altra Prefettura
2006	64	65	7	1
2007	25	11	6	0
Totale	89	76	13	0

La seguente tabella mostra l'esito dei programmi attivati:

Tabella 3.3: Esito dei programmi anni 2006 e 2007.

	Conclusi positivamente	In corso	Interrotti o conclusi negativamente
2006	49	5	11
2007	8	2	1
Totale	57	7	12

Come si può vedere dalle tabelle precedenti la maggior parte, quasi il 50% dei colloqui effettuati, si è concluso con un provvedimento di formale invito a non far più uso di sostanze stupefacenti; si tratta di persone con una singola segnalazione di hashish. Il 42% invece si è concluso con un invio a programma (in genere persone con più segnalazioni e con sequestri di cocaina, eroina, ecstasy). Oltre il 70% dei programmi si è inoltre concluso positivamente.

Considerando che la motivazione iniziale dei ragazzi coinvolti è in genere abbastanza limitata, poiché condizionata dalla necessità di evitare una sanzione amministrativa (spesso la sospensione della sola carta di identità per un periodo minimo), i risultati sopra illustrati appaiono assai soddisfacenti; essi sono indicativi dell'impegno compiuto dagli operatori nell'offrire una occasione di crescita in grado di superare le iniziali diffidenze dei ragazzi e di rispondere ad un bisogno presente, anche se non ancora percepito dal soggetto.

3.3 PROGETTO "RE-LIGO"

La costruzione di una rete locale è il punto centrale individuato nella prosecuzione del Progetto Re-ligo nell'ASL MI1.

Il progetto è stato denominato "Religo: osservare e costruire" e risponde all'esigenza di implementare la funzione di consulenza programmatoria, sviluppando a livello locale il processo di sostegno della rete sociale, per ciò che concerne l'attività di prevenzione.

Tra gli obiettivi perseguiti:

- la diffusione del Manuale e il confronto sulle buone prassi emerse dalla sperimentazione inter-regionale, con particolare riferimento agli Uffici di Piano ed agli Enti Locali, nonché ai Distretti ed ai Dipartimenti dell'ASL;
- potenziare l'interazione tra i diversi settori e istituzioni che si occupano direttamente e/o indirettamente di attività di prevenzione, sia delle dipendenze, sia del disagio;
- offrire occasioni formative in relazione ai temi della programmazione e della prevenzione.

All'interno del progetto il lavoro si è sviluppato a partire dai due fondamenti: osservare e costruire.

Si intende, quindi, relazionare con particolare attenzione a quanto "osservato" in merito al tema della prevenzione e quanto "costruito" con i diversi attori del territorio che si occupano, sia con funzioni di programmazione sia con ruoli attuativi, di interventi preventivi.

Lavoro di contatto degli attori territoriali: alcuni elementi osservati

Una specifica azione del progetto è stata rivolta a referenti e responsabili territoriali, appartenenti a strutture dell'ASL (Distretti socio sanitari), afferenti agli enti locali (in particolare Uffici di piano) ed al privato sociale.

È stato diffuso in modo capillare il testo pubblicato a seguito della sperimentazione inter-regionale "Per una prevenzione efficace a cura di L. Leone – C. Celata, ed. Il Sole 24 Ore Sanità" consegnandone una copia a tutti i Direttori di UOC, Responsabili di UOS distrettuali e a tutti i referenti degli Uffici di Piano. Lo strumento è particolarmente utile in quanto riporta, tra i diversi aspetti legati al tema, preziose indicazioni sia per i progettisti, sia per i programmatori.

Si riportano alcuni elementi osservati.

- Nell'ASL sono molteplici le attività di prevenzione, in particolare quelle che coinvolgono le scuole: con le scuole intervengono sia i servizi socio-sanitari, sia i servizi sociali comunali ed enti del privato sociale accreditato.
- La disomogeneità dei distretti che compongono l'ASL, non solo dal punto di vista sociale e demografico ma anche dal punto di vista dell'offerta dei servizi, della loro organizzazione e della rete istituzionale ed interistituzionale esistente.
- Emergono specificità territoriali riconducibili alle caratteristiche distrettuali: diverse le tradizioni di offerta, diverse le modalità organizzative e di attuazione delle attività preventive, così come diversificate sono le forme di coordinamento.
- Tutti gli attori contattati segnalano l'importanza di lavorare in un'ottica di rete, puntando su una forte integrazione tra le organizzazioni del pubblico e del privato sociale: la relazione tra diversi enti è, in alcuni casi, un punto di forza per la realizzazione delle attività; in altre situazioni e contesti territoriali è un punto di debolezza ed una difficoltà ancora da superare. In ogni caso lavorare in rete viene riconosciuto da tutti coloro

che sono stati contattati come basilare per proporre buone attività e progetti di prevenzione più efficaci.

- Negli incontri si è osservato che i distretti di Corsico, Rho, Garbagnate Milanese, posti geograficamente vicini alla città di Milano, presentano, rispetto alla condizione giovanile, problematiche simili a quelle delle grandi città. I distretti di Castano Primo e Abbiategrasso, più periferici e con zone ancora agricole, segnalano un fenomeno di emigrazione, in particolare di giovanissimi, verso la città. Nell'area del legnanese si segnala una forma diversa di diffusione delle sostanze che avviene attraverso uno spaccio più "organizzato".
- Sono stati rilevati pochi interventi che considerano il contesto lavorativo: in particolare nel distretto di Corsico è stato realizzato un progetto, finanziato dalla L. 45/99, che aveva come target privilegiato i lavoratori delle aziende e che, proprio per le caratteristiche di innovazione e sperimentazione, è stato selezionato ed inserito nella banca dati europea EDDRA.
- Nell'ambito scolastico le strategie messe in atto nei progetti possono essere ricondotte quasi esclusivamente a quelle di tipo informativo.

È stato realizzato un percorso formativo che ha coinvolto diversi soggetti e istituzioni. A partire dall'autunno 2006 sono stati proposti:

- il corso "Re-ligo – osservare e costruire: prevenzione territoriale alle dipendenze nell'ASL MI1" rivolto ai dirigenti di UOC distrettuali, ai responsabili UOS distrettuali e ai responsabili dei servizi per le dipendenze;
- nel marzo 2007 il convegno laboratorio "Re-ligo – osservare e costruire: prevenzione territoriale alle dipendenze nell'ASL MI1 - 2° fase", aperto agli operatori che si occupano di prevenzione alle dipendenze e di interventi di educazione alla salute e promozione del benessere nell'ASL, negli enti locali, nel privato sociale;
- tra maggio e giugno 2007 sono stati realizzati 3 gruppi di formazione sul campo che hanno visto la partecipazione di operatori di diverse istituzioni e servizi, con le seguenti tematiche:
 - Re-ligo – osservare e costruire (3° fase): Procedure per un intervento di prevenzione efficace nei Distretti 4 e 5;
 - Uso e abuso di sostanze nei lavoratori delle aziende profit, ridefinizione del fenomeno e miglioramento della capacità di analisi e delle strategie di intervento: come costruire un buon intervento;
 - Re-ligo – osservare e costruire (3° fase): La raccolta della domanda di intervento dalla scuola.

4. CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE

4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT

4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA

4.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso le strutture del Privato Sociale

4.4 Consumo problematico di sostanze psicoattive

- 4.4.1 Gli utilizzatori problematici
- 4.4.2 Gli utilizzatori problematici di oppiacei
- 4.4.3 Gli utilizzatori problematici di cocaina
- 4.4.4 Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

4.5 Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento

- 4.5.1 Consumatori di oppiacei
- 4.5.2 Consumatori di stimolanti
- 4.5.3 Consumatori di cannabinoidi

4. I CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE

4.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE UNITA' OPERATIVE SERT

Sono 2.149 i soggetti in trattamento nel 2006 presso i 5 Sert della ASL MI1, di cui 439 appoggiati*.

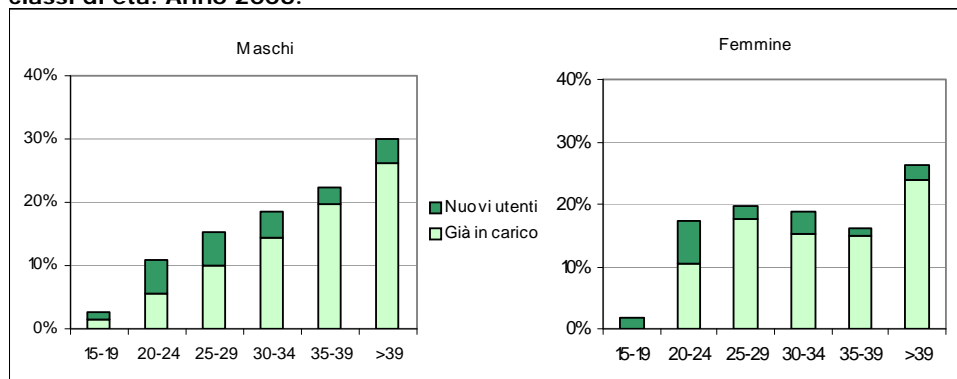
Il 78% dei soggetti risulta già in carico da anni precedenti o rientrato a causa di recidiva, rappresentano invece il 22% dell'utenza i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i servizi nell'anno in esame.

La distribuzione dei soggetti per sesso evidenzia una predominanza di utenti di sesso maschile (88% contro il 12% delle femmine); all'interno del collettivo dei nuovi utenti la quota di femmine appare sensibilmente più bassa (10%) rispetto al dato relativo agli utenti già in carico (12%).

Gli utenti in carico hanno un'età media di circa 34 anni, che varia sensibilmente sia all'interno del collettivo degli utenti già in carico (36 anni) e nuovi (31 anni), sia tra i generi con i maschi che risultano mediamente un anno più anziani delle femmine (35 e 34 anni rispettivamente).

Anche la distribuzione per classe di età e presenza nel servizio si mostra sostanzialmente diversa tra i due generi: per i maschi si osservano quote maggiori di utenti nel passaggio da una classe di età a quella successiva; le utenti di sesso femminile si distribuiscono invece in maniera omogenea nelle classi di età centrali (tra i 20 e i 39 anni) e presentano un picco nella classe di età più elevata (il 27% delle femmine ha un'età superiore a 39 anni).

Grafico 4.1: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per tipologia, sesso e classi di età. Anno 2006.



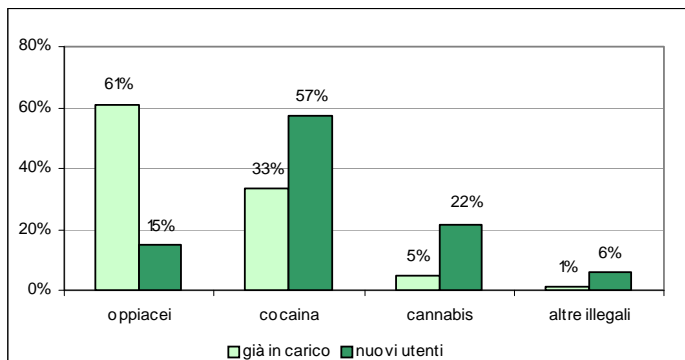
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 51% degli utenti ha fatto domanda di trattamento per problemi legati all'utilizzo di oppiacei (dato coerente con l'anno precedente e sensibilmente più basso rispetto al valore nazionale pari al 73%), il 38% degli utenti utilizza invece cocaina come sostanza primaria, il 9% fa uso di cannabis e una minoranza di utenti (2%) fa uso di altre sostanze illegali.

Distinguendo tra nuovi utenti e già in carico si osservano, tra i primi, quote maggiori di soggetti che si rivolgono alle strutture per problemi legati all'abuso di cocaina (58% contro 33%), cannabis (22% contro 5%) e altre sostanze illegali (6% contro 1%) mentre sensibilmente più basso è il dato relativo ai nuovi utenti che utilizzano oppiacei (15% contro 61%).

* Pazienti verso i quali vengono erogate prestazioni anche complesse per conto di SerT di altre ASL, effettivamente titolari del programma terapeutico.

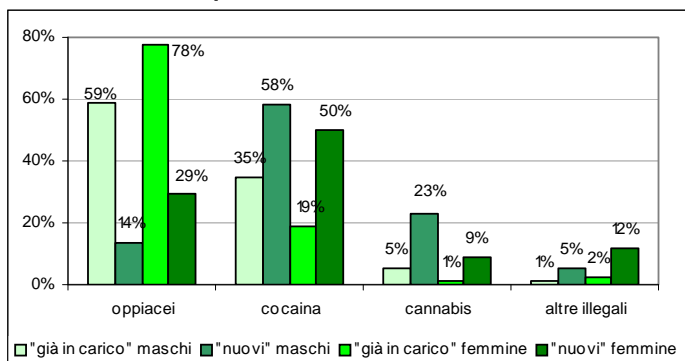
Grafico 4.2: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per tipologia e sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Gli oppiacei, infatti, risultano la sostanza maggiormente utilizzata dagli utenti già in carico soprattutto se femmine (78% e 59% dei maschi della stessa categoria), tra i nuovi utenti invece la cocaina è utilizzata dal 58% dei maschi e dal 50% delle femmine (contro il 35% e il 19% rispettivamente tra i soggetti già in carico). La cannabis è utilizzata soprattutto tra i nuovi utenti di sesso maschile (23% contro il 5% dei già in carico), mentre l'uso altre sostanze illegali risulta più diffuso tra le nuove utenti femmine (12% contro il 5% dei maschi).

Grafico 4.3: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per tipologia, sesso e sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



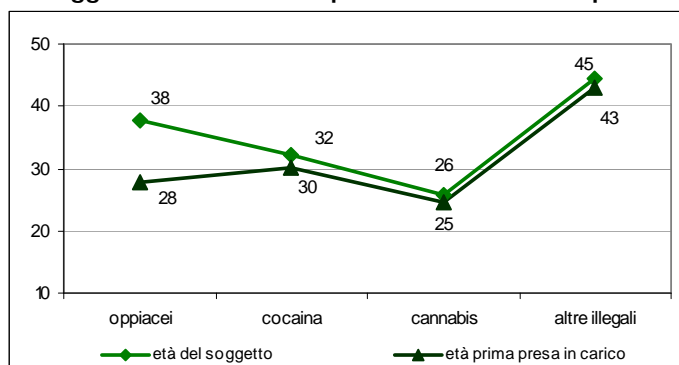
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La diversa distribuzione dell'utenza in relazione alla presenza nel servizio e alla sostanza d'abuso primaria si riscontra anche nell'analisi delle età medie degli utenti distinti in base alla sostanza d'abuso primaria (Grafico 4.4).

Gli utilizzatori di oppiacei in carico presso i servizi pur dichiarando un'età di prima presa in carico non sensibilmente diversa da quella degli utilizzatori di cocaina (rispettivamente 28 e 30 anni), risultano invece avere un'età attuale decisamente più elevata rispetto a quella degli utilizzatori di cocaina (38 anni e 32 anni rispettivamente).

Se si analizzano poi i tempi relativi alla permanenza all'interno del servizio, si osserva che mentre gli utilizzatori di oppiacei risultano in carico in media da 10 anni, per gli utilizzatori di cocaina il dato scende a circa 2 anni.

Grafico 4.4: Distribuzione dei valori medi dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in trattamento per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Sempre con riferimento alle età medie di prima presa in carico e attuali, si osserva che i soggetti più anziani risultano gli utilizzatori di altre sostanze illegali (45 anni) che risultano anche presi in carico più tardi rispetto agli altri utilizzatori (43 anni), le età di prima presa in carico e attuale più basse si rilevano invece tra gli utilizzatori di cannabis (rispettivamente 25 e 26 anni).

Con riferimento ai soli utilizzatori di oppiacei, si osserva che l'81% dei soggetti in trattamento dichiara di assumere la sostanza per via endovenosa.

I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica ci permettono inoltre di affermare che (sempre per i soli utilizzatori di oppiacei) esiste un'associazione positiva tra l'essere un soggetto di età superiore ai 35 anni e il far uso iniettivo della sostanza, nessuna associazione statisticamente significativa emerge invece tra l'uso iniettivo e il sesso o la presenza nel servizio.

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

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	0,92 (0,51–1,64)
età >=35 anni vs. età < 35 anni	3,55 (2,20–5,71)*
già noti vs. nuovi utenti	1,07 (0,45–2,53)

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente l'assunzione della sostanza per via iniettiva o attraverso altra modalità.

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 45% degli utenti dichiara di far uso di altre sostanze oltre a quella per cui risulta in trattamento, in particolare il 43% assume una sola sostanza secondaria e il 2% almeno due.

Gli utilizzatori che manifestano comportamenti di poliabuso sono soprattutto utilizzatori di oppiacei (il 60% di questi utenti), e in misura minore consumatori di cocaina (33%) e cannabis (18%).

Tabella 4.2: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per numero di sostanze utilizzate e sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.

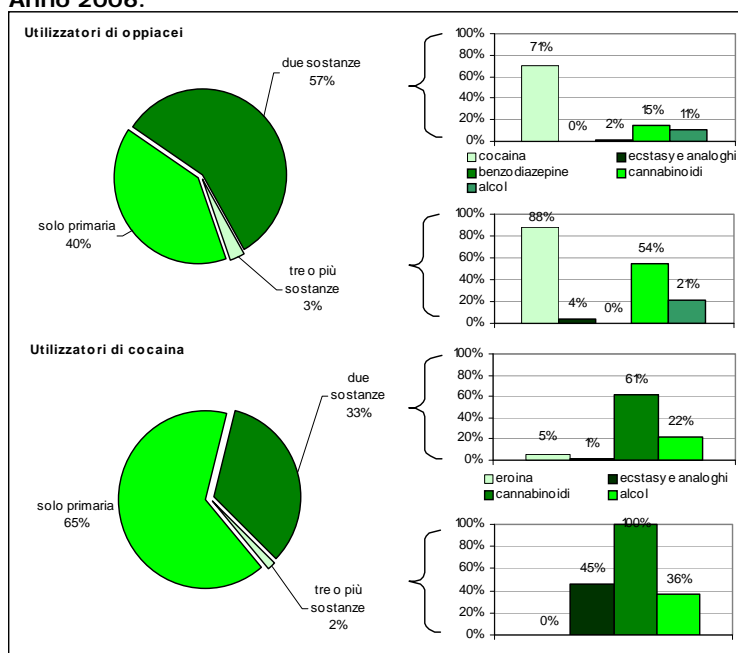
	Sostanza di abuso primaria		
	oppiacei	cocaina	cannabis
Solo primaria	40,0%	65,4%	82,1%
Due sostanze	57,4%	33,0%	16,6%
Tre o più sostanze	2,6%	1,6%	1,3%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Distinguendo l'utenza in base alla sostanza d'abuso primaria e al numero di sostanze secondarie utilizzate si sono analizzati i comportamenti di poliassunzione per le diverse tipologie di utilizzatori.

Gli utilizzatori di oppiacei che dichiarano di utilizzare una sola sostanza secondaria associano alla primaria soprattutto cocaina (71%), in misura minore benzodiazepine (2%), cannabinoidi (15%) o alcol (11%). Coloro che utilizzano invece più sostanze secondarie abbinano agli oppiacei oltre a cocaina (88%), cannabinoidi (54%) e alcol (21%), anche ecstasy (4%).

Grafico 4.5: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento distinti per sostanza d'abuso primario in base al numero e al tipo di sostanze secondarie consumate. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Per i soggetti in carico per problemi legati all'uso di cocaina i cannabinoidi sono la sostanza secondaria maggiormente utilizzata sia tra chi fa uso di una sola sostanza (61%) che tra chi ne usa due o più (100%), seguono alcol (22% e 36% rispettivamente), ecstasy (1% e 45%), e, tra gli utilizzatori di una sola sostanza secondaria, si rileva anche l'associazione di cocaina ed eroina (5%) (Grafico 4.5). I poliassuntori in carico per problemi legati all'utilizzo di cannabis invece utilizzano quasi esclusivamente una sola sostanza secondaria e si tratta nel 64% dei casi di cocaina e nel 28% alcol.

Anche per i poliabusatori sono state descritte le caratteristiche principali di questi utenti attraverso l'adattamento di un modello di regressione logistica (Tabella 4.3). La pratica del poliabuso risulta diffusa maggiormente tra i consumatori di oppiacei rispetto a tutte le altre tipologie di utilizzatori, al limite della significatività risulta anche la variabile relativa alla presenza all'interno del servizio, rispetto alla quale emerge una relazione negativa tra l'essere un nuovo utente ed il far uso di altre sostanze oltre alla primaria.

Tabella 4.3: Misure dell'associazione (odds ratio) tra il comportamento di poliassunzione primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei. Anno 2006.

	Odds ratio (IC 95%)
cocaina vs. oppiacei	0,37 (0,30-0,46)*
cannabis vs. oppiacei	0,16 (0,10-0,25)*
altre illegali vs. oppiacei	0,04 (0,01-0,17)*
nuovi utenti vs. già noti	0,76 (0,58-1,00)

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente l'assunzione di altre sostanze oltre alla primaria o meno.

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in trattamento si rileva che il 72% dei soggetti ha frequentato le scuole medie inferiori, il 17% ha un livello di istruzione elevato mentre il 10% ha conseguito al massimo la licenza elementare. Distinguendo l'utenza in base alla sostanza di abuso primaria si osservano tra gli utilizzatori di oppiacei e di altre sostanze illegali le quote maggiori di soggetti con un basso livello di istruzione (14% per entrambi gli utilizzatori), mentre tra gli utilizzatori di cannabis e altre illegali si rilevano proporzioni maggiori di utenti con un livello di istruzione elevato (rispettivamente 27% e 24%).

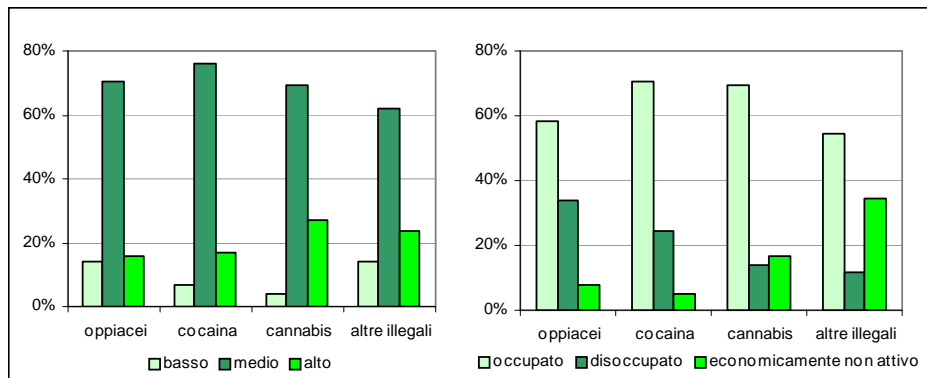
L'analisi della condizione occupazionale evidenzia che il 64% dei soggetti è occupato, il 28% disoccupato e il rimanente 8% si dichiara economicamente non attivo.

Tra gli utilizzatori di oppiacei si osserva una quota consistente di soggetti disoccupati (34%), il 58% è occupato e l'8% economicamente non attivo.

Risulta invece occupato il 70% dei consumatori di cocaina, mentre il 24% di questi utilizzatori è disoccupato.

Le quote più basse di disoccupati si rilevano tra gli utilizzatori di cannabis e altre sostanze illegali (rispettivamente 14% e 11%), ma, mentre tra i primi si rilevano percentuali maggiori della media sia di utenti occupati (79%) che economicamente non attivi (17%), tra i consumatori di altre sostanze illegali si osserva la più alta quota di soggetti economicamente non attivi (34%) e una percentuale di soggetti occupati pari al 54%.

Grafico 4.6: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento in base alla scolarità (grafico a destra) e alla condizione occupazionale (grafico a sinistra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.

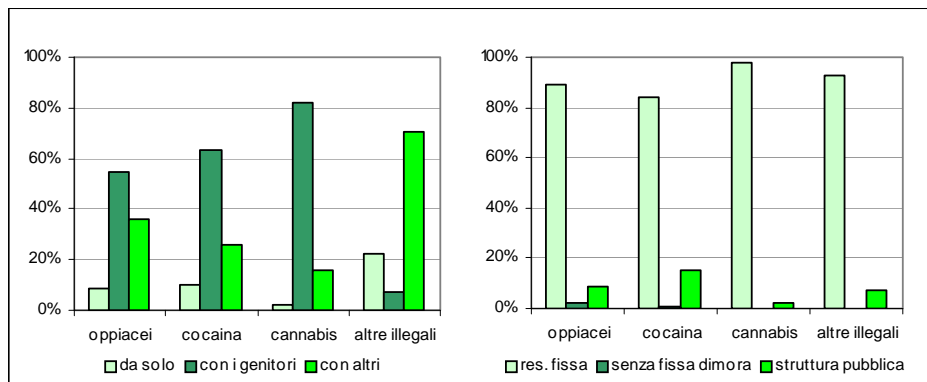


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Circa il 59% degli utenti in trattamento abita con i genitori, il 9% vive da solo e il 32% abita con altre persone; il luogo di abitazione è invece per l'89% degli utenti una fissa dimora, il 10% risiede in strutture pubbliche e poco più dell'1% dei soggetti dichiara di non avere fissa dimora.

Distinguendo l'utenza per sostanza di abuso primaria sembrano emergere differenze rispetto alla condizione abitativa (con chi e dove) che risultano però difficili da quantificare data l'elevata quantità di dati mancanti per queste variabili.

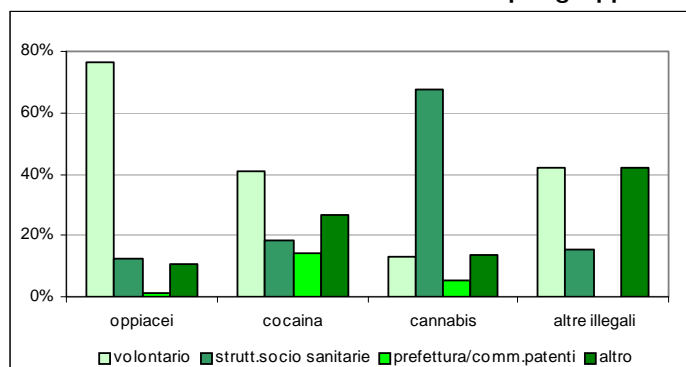
Grafico 4.7: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento in base alla condizione abitativa (con chi - grafico a sinistra e dove - grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Anche il canale di invio risulta non rilevato per oltre la metà degli utenti in trattamento, si può quindi solo osservare che rispetto ai dati disponibili, la maggior parte degli utenti risulta in trattamento per scelta volontaria (55%), il 20% è stato inviato da strutture socio sanitarie, il 7% risulta inviato alle strutture di trattamento dalle autorità e il rimanente 18% vi è giunto attraverso altri canali.

Grafico 4.8: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Per fornire un quadro riassuntivo dell'utenza in trattamento sono stati adattati modelli di regressione logistica che consentono di tracciare una descrizione complessiva dell'utenza in trattamento per gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze.

L'utilizzo di oppiacei risulta quindi associato in maniera positiva con l'essere un soggetto di sesso femminile, di età superiore ai 35 anni, già in carico da anni precedenti e disoccupato (piuttosto che occupato).

Gli utilizzatori di cocaina invece sono soprattutto utenti maschi, di età inferiore ai 35 anni, entrati in trattamento per la prima volta nell'anno e occupati piuttosto che non attivi.

Rispetto all'utilizzo di cannabis si osserva invece un'associazione negativa con l'essere di sesso femminile, l'aver un'età superiore ai 35 anni ed essere già nota al servizio; risulta invece positiva l'associazione tra l'essere un soggetto economicamente non attivo e l'uso di cannabis piuttosto che di altre sostanze.

Tabella 4.4: Misure dell'associazione (odds ratio) tra sostanza che determina il trattamento ed alcune caratteristiche socio-demografiche dei soggetti in trattamento utilizzatori di oppiacei, cannabis e cocaina. Anno 2006.

Sostanza d'abuso primario	Odds ratio (IC 95%)		
	oppiacei	cocaina	cannabis
femmine vs. maschi	2,78 (1,89-4,08)*	0,53 (0,37-0,77)*	0,20 (0,08-0,52)*
già in carico vs. nuovi utenti	7,79 (5,46-11,13)*	0,41 (0,32-0,54)*	0,27 (0,18-0,41)*
basso vs. alto	1,52 (0,94-2,44)	0,84 (0,53-1,34)	0,39 (0,14-1,09)
medio vs. alto	0,95 (0,69-1,30)	1,23 (0,91-1,66)	0,74 (0,47-1,18)
disoccupato vs. occupato	1,44 (1,10-1,87)*	0,78 (0,61-1,01)	0,67 (0,39-1,15)
economicamente non attivo vs. occupato	1,16 (0,74-1,81)	0,44 (0,28-0,70)*	3,30 (1,85-5,87)*
età > 35 anni vs. età < 35 anni	3,97 (3,14-5,03)*	0,38 (0,30-0,48)*	0,17 (0,10-0,30)*

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente l'uso o meno della sostanza in questione.

4.2 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE UNITA' OPERATIVE ALCOLDIPENDENZE

I soggetti in carico presso i Servizi per l'alcoldipendenza della ASL MI1 nel corso del 2006 sono complessivamente 875; sono 337 gli alcoldipendenti trattati presso il servizio di Limbiate (il 37%), 277 sono i soggetti trattati presso la sede di Legnano (30%) e i restanti 261 risultano in carico presso il servizio di Abbiategrosso (33%).

Gli utenti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta nel 2006 sono 348 (30%), la maggior parte dell'utenza è invece rappresentata da soggetti già in trattamento presso i servizi nell'anno precedente.

La distribuzione per sesso dei soggetti evidenzia una predominanza di utenti di sesso maschile (78%), senza rilevanti differenze distinguendo l'utenza in base alla conoscenza all'interno del servizio (79% tra i già in carico e 77% tra i nuovi utenti).

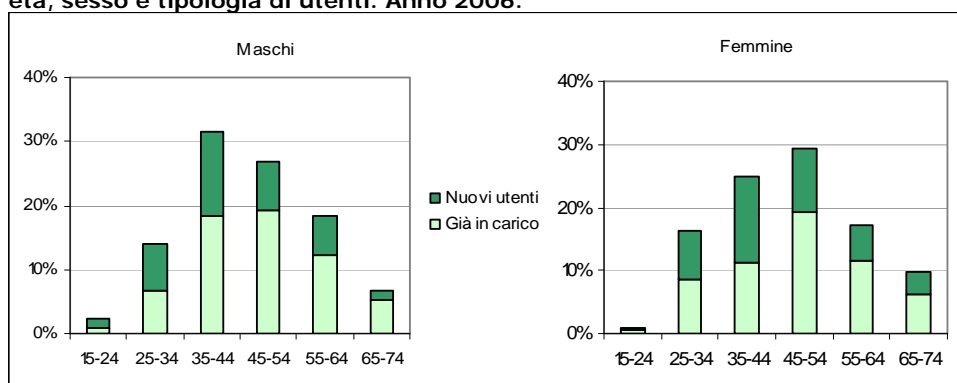
L'età media dei soggetti in trattamento è di circa 46 anni e il dato mette in evidenza la differenza tra la popolazione degli alcoldipendenti rispetto agli utilizzatori di altre sostanze illegali che risultano mediamente più giovani.

Distinguendo gli utenti in base al sesso si rileva una differenza di due anni tra le età medie dei due collettivi: 46 anni per le femmine e 48 per i maschi.

Tra nuovi utenti e già in carico si osserva invece una differenza di 4 anni: 48 anni per gli utenti già in carico e 44 per i nuovi.

La distribuzione per classe di età, sesso e presenza nel servizio evidenzia che sia i maschi che le femmine si concentrano nelle classi di età centrali (il 59% dei maschi e il 54% delle femmine ha un'età compresa tra i 35 e i 44 anni).

Grafico 4.9: Distribuzione dell'utenza in carico presso i NOA della ASL di MI1 per fascia di età, sesso e tipologia di utenti. Anno 2006.



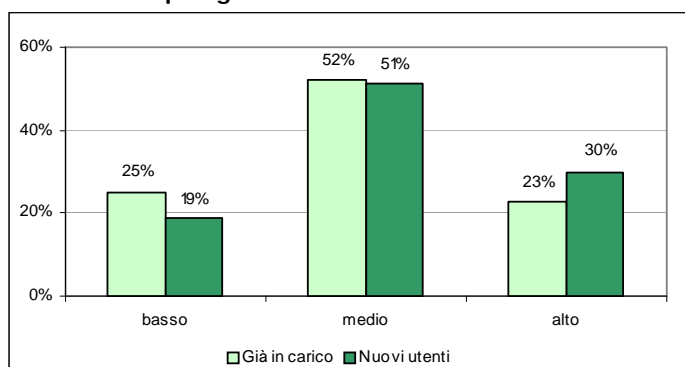
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Se l'analisi per età ha messo in evidenza differenze tra la popolazione degli alcoldipendenti e gli utilizzatori di altre illegali, rispetto alle caratteristiche socio demografiche rilevate, non si osservano differenze significative rispetto al livello di istruzione, mentre diversità emergono per quanto riguarda la condizione occupazionale.

Il 52% degli utenti in trattamento ha un livello di istruzione medio (ovvero ha frequentato al massimo le scuole medie inferiori), il 23% basso e il 25% ha invece proseguito gli studi oltre le scuole medie.

Tra gli utenti già in carico maggiore è la quota di soggetti che presenta un basso livello di istruzione (25% contro il 19% dei nuovi utenti), mentre minore risulta il dato relativo ai soggetti con un livello di istruzione elevato (23% tra i già in carico e 30% tra i nuovi utenti).

Grafico 4.10: Distribuzione dell'utenza in carico presso i NOA della ASL di MI 1 per livello di istruzione e tipologia di utenti. Anno 2006.

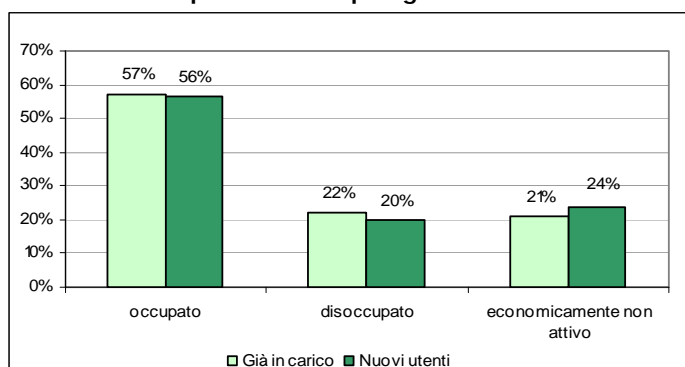


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Rispetto alla condizione occupazionale invece, il 57% dei soggetti si dichiara occupato, il 21% è disoccupato e il 22% economicamente non attivo.

Non si osservano differenze tra nuovi utenti e già in carico mentre differente risulta la condizione occupazionale tra i sessi.

Grafico 4.11: Distribuzione dell'utenza in carico presso i NOA della ASL di MI 1 per condizione occupazionale e tipologia di utenti. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Tra le donne il 36% dichiara di essere economicamente non attiva e il 41% risulta occupata, tra i maschi la quota di non attivi scende al 18% e il 61% di questi utenti risulta invece occupato.

Il 6% dell'utenza alcolodipendente dichiara anche di far uso di sostanze illegali, in particolare il 3% dei soggetti fa uso di una sola sostanza oltre l'alcol e un altro 3% ne utilizza almeno due.

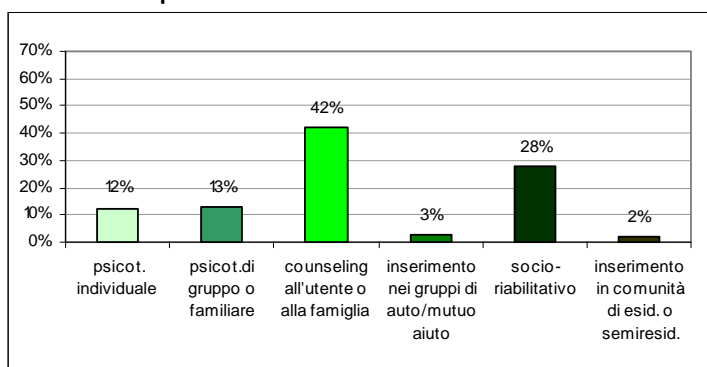
Le sostanze maggiormente associate all'alcol sono cocaina (67% degli utilizzatori di più sostanze) e cannabinoidi (50%), in misura minore si rileva anche l'associazione dell'alcol a benzodiazepine (17%), eroina (10%) e farmaci (14%).

La maggior parte degli utenti in trattamento presso i NOA, nel 2006 ha ricevuto trattamenti di tipo farmacologico integrato (88%).

Tra i trattamenti di tipo psicosociale, le tipologie di intervento si distribuiscono come raffigurato nel Grafico 4.12 il 42% dei soggetti è sottoposto a counselling, il 28% a interventi socio riabilitativi ed il 25% è stato sottoposto a interventi psicoterapeutici individuali o di gruppo.

In misura minore si osservano anche altre tipologie di interventi quali l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto (3%) e l'invio in comunità terapeutica (2%).

Grafico 4.12: Distribuzione dell'utenza in carico presso i NOA della ASL di MI1 per tipologia di intervento psicosociale. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

4.3 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE STRUTTURE DEL PRIVATO SOCIALE

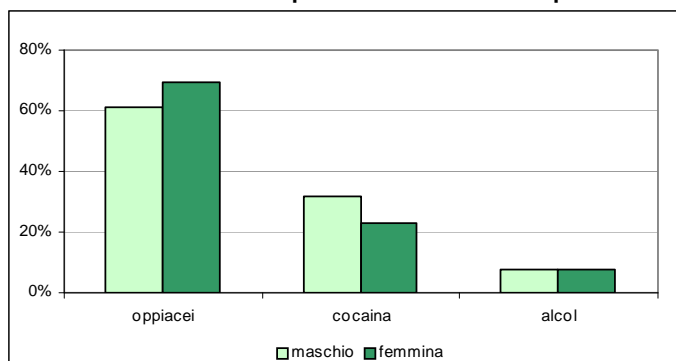
Sono 111 i soggetti trattati presso le due strutture del privato sociale presenti sul territorio della ASL MI1 che hanno fornito i dati sull'utenza in trattamento nell'anno 2006 (Comunità Dianova e Comunità Contina). Si tratta di soggetti quasi esclusivamente di nazionalità italiana, risulta infatti un solo utente di nazionalità straniera, e in prevalenza di maschi (88% contro il 12% delle femmine).

L'età media di questi soggetti è di circa 35 anni, senza differenze rilevanti tra i generi e in linea con quanto rilevato presso i SerT.

Il 62% dei soggetti risulta in trattamento per problemi legati all'uso di oppiacei (contro il 51% rilevato nei SerT), il 31% fa uso di cocaina e il rimanente 7% sono soggetti alcol dipendenti.

Tra le femmine si osserva una percentuale maggiore di utilizzatrici di oppiacei (69% contro il 61% dei maschi), mentre minore è il dato riferito alle donne utilizzatrici di cocaina (23% contro il 32% tra i maschi).

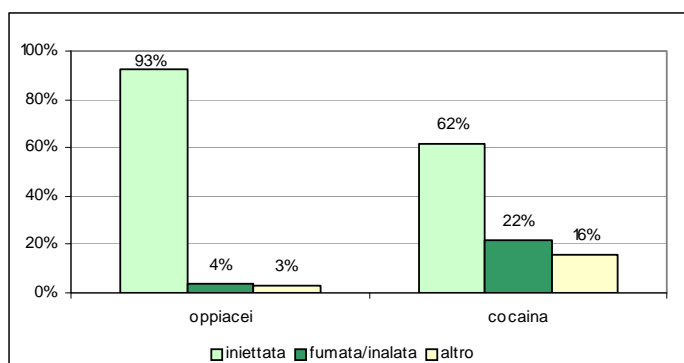
Grafico 4.13: Distribuzione dell'utenza in trattamento presso le strutture del privato sociale della ASL di MI 1 per sostanza d'abuso primaria e sesso. Anno 2006.



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

La maggior parte dei soggetti in trattamento dichiara di far uso per via iniettiva della sostanza (76%); sono soprattutto gli utilizzatori di oppiacei ad utilizzare questa modalità di assunzione (93%), ma anche tra i cocainomani più della metà dei soggetti dichiara l'uso iniettivo della sostanza (62%).

Grafico 4.14: Distribuzione dell'utenza in trattamento presso le strutture del privato sociale della ASL di MI 1 per sostanza d'abuso primaria e modalità di assunzione. Anno 2006.

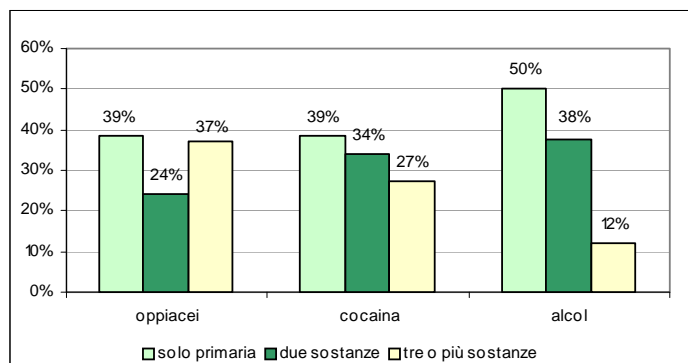


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI 1

Tra i soggetti presenti nelle strutture il 52% fa uso di altre sostanze oltre a quella che ha determinato il trattamento; in particolare il 29% dell'utenza complessiva utilizza una sola sostanza secondaria e il 23% ne usa almeno due.

Il comportamento di poliassunzione non si mostra sostanzialmente differente tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze: risultano poliabusatori il 61% degli utilizzatori di oppiacei, il 61% dei cocainomani e il 50% degli alcol dipendenti. Solo tra gli utilizzatori di oppiacei si evidenzia una percentuale maggiore di poliabusatori che fanno uso di più sostanze secondarie (37% contro il 27% per gli utilizzatori di cocaina e 12% per gli alcol dipendenti).

Grafico 4.15: Distribuzione dell'utenza in trattamento presso le strutture del privato sociale della ASL di MI1 per sostanza d'abuso primaria e numero di sostanze utilizzate. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La sostanza secondaria maggiormente utilizzata è la cocaina (50%), seguono alcol (32%), cannabis (25%), eroina (20%) e benzodiazepine (2%).

Distinguendo l'utenza in base alla sostanza che ha determinato il trattamento, si rileva che tra gli utilizzatori di opiacei che fanno uso di altre sostanze oltre alla primaria il 67% associa agli opiacei cocaina, il 38% alcol, il 28% cannabis e il 3% benzodiazepine.

I poliassuntori in trattamento per problemi legati all'utilizzo di cocaina invece associano nel 69% dei casi eroina, un 25% assume anche cannabis o alcol.

Tabella 4.5: Distribuzione dell'utenza in carico presso le strutture del privato sociale della ASL di MI1 per sostanza d'abuso primaria e tipo di sostanze secondarie utilizzate. Anno 2006.

Sostanza secondaria	Sostanza primaria	
	oppiacei	cocaina
eroina	0%	69%
cocaina	67%	0%
benzodiazepine	3%	0%
cannabis	28%	25%
alcol	39%	25%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

4.4 CONSUMO PROBLEMatico DI SOSTANZE PSICOATTIVE

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[†] definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla

[†] Per uso problematico di sostanze è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di opiacei, cocaina e/o amfetamine.

quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto od alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. La stima del cosiddetto sommerso, vista anche la tipologia di informazioni che solitamente viene analizzata e che deriva principalmente dai flussi informativi delle strutture di trattamento specifiche e non specifiche per l'utenza tossicodipendente, può essere interpretata come la stima del totale di quei soggetti che, residenti nell'area in studio, sono eleggibili al trattamento in un determinato periodo di tempo.

Grazie all'informazione a livello analitico rilevata all'interno delle attività di monitoraggio per il territorio della ASL MI1, 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.

4.4.1 Gli utilizzatori problematici

Per la determinazione della stima, per l'anno 2006, del numero di soggetti utilizzatori problematici nel territorio della ASL MI1, è stata utilizzata la metodologia denominata cattura/ricattura applicata a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti in carico e trattati presso i 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 4.6.

Nel complesso sul territorio sono stimati circa 6.000 utilizzatori problematici (IC 95% 3.943 – 8.167) corrispondenti ad una prevalenza stimata di poco più di 9 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Tabella 4.6: 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%)	
6.055	3.943	8.167	9,2	6,0	12,5

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.

4.4.2 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 3.300 utilizzatori problematici di oppiacei residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza di poco superiore ai 5 soggetti (IC 95% 2,0 – 8,2) ogni mille di età a rischio, come mostrato in Tabella 4.7.

Tabella 4.7: 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%)	
3.349	1.330	5.368	5,1	2,0	8,2

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

4.4.3 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 3.200 casi prevalenti (IC 95% 1.658 – 4.800), per una prevalenza stimata di 4,9 residenti (IC 95% 3,1 – 8,2) ogni mille di età a rischio.

Tabella 4.8: 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%)	
3.229	2.055	5.384	4,9	3,1	8,2

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.

4.4.4 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 Alcolologia 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 4.9.

Nell'anno in esame si stimano circa 4.400 utilizzatori problematici di bevande alcoliche residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza stimata pari a 6,7 soggetti (IC 95% 6,2 – 7,4) residenti ogni mille di età a rischio.

Tabella 4.9: 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%)	
4.415	4.047	4.846	6,7	6,2	7,4

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

4.5 MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

Anche per il 2006 l'analisi del fenomeno delle dipendenze è stata approfondita con lo studio della distribuzione spaziale dell'utenza in carico presso i servizi per le tossicodipendenze della ASL.

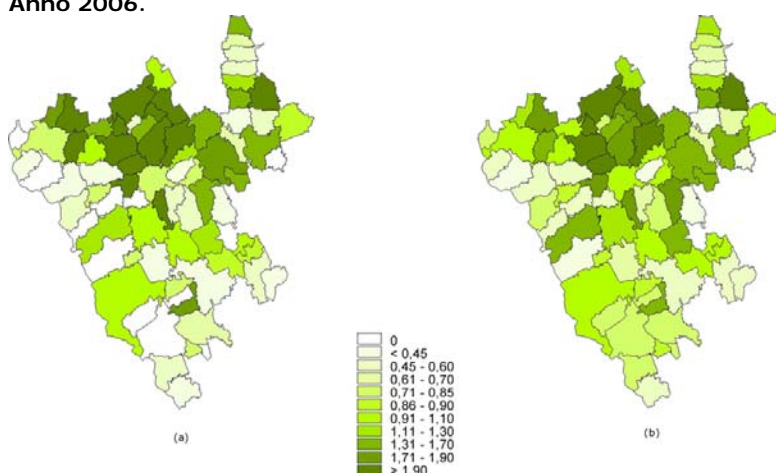
Coerentemente con quanto fatto per l'anno 2005, in questo tipo di analisi sono stati considerati i soggetti residenti sul territorio della ASL di età compresa tra i 15 e i 64 anni; rispetto alle sostanze, queste sono state raggruppate in tre tipologie: oppiacei, stimolanti e cannabinoidi.

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.

4.5.1 I consumatori di oppiacei

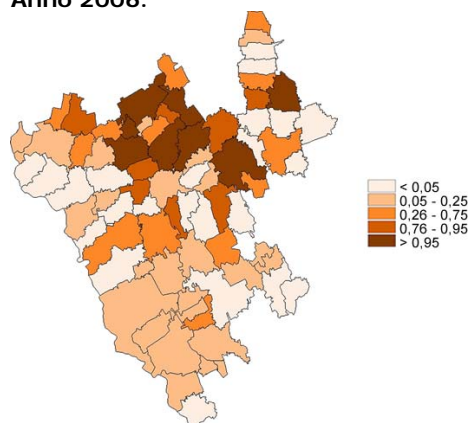
Nel Grafico 4.16 sono riportate le mappe relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per gli utilizzatori di oppiacei.

Grafico 4.16: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.



Dalla mappatura dei valori di probabilità a posteriori emerge una concentrazione dei comuni con valori di prevalenza stimata significativamente maggiori del valore medio della ASL (8 comuni) nella parte settentrionale del territorio tra Rho e Legnano, a ridosso di questi si collocano anche altri 8 comuni per i quali il valore di prevalenza stimato risulta tendenzialmente maggiore del valore di riferimento.

Grafico 4.17: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.



Nella parte meridionale si concentra invece la maggior parte dei comuni che riportano una prevalenza stimata tendenzialmente minore del valore medio della ASL (complessivamente 25 comuni), mentre i 23 comuni per i quali la probabilità a posteriori è indicativa di una prevalenza stimata significativamente minore del valore di riferimento sono sparsi nella zona centrale e nella punta estrema nord orientale.

Tabella 4.10: Utilizzatori di oppiacei, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2006.

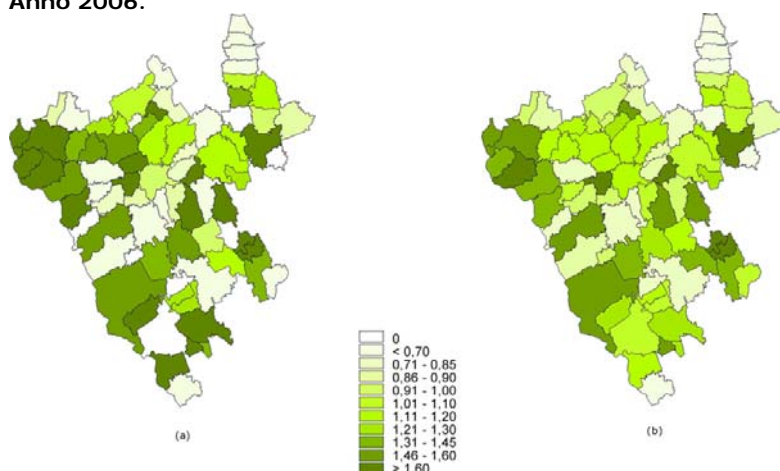
Comune	Oppiacei: probabilità a posteriori
Legnano	0,99
Nerviano	0,99
Busto Garolfo	0,99
Limbate	0,99
Rho	0,98
Parabiago	0,97
Cerro Maggiore	0,96
Villa Cortese	0,95
Cornaredo	0,94
Casorezzo	0,90
Vittuone	0,90
San Vittore Olona	0,90
Magnago	0,85
Lainate	0,80
Ossona	0,77
Cesate	0,77

Rispetto all'anno 2005, quando si evidenziavano due cluster di comuni con prevalenza maggiore del valore di riferimento (in maniera significativa o tendenziale), uno attorno a Legnano e l'altro a ridosso di Limbate, si osserva uno spostamento nella parte centro settentrionale dei comuni in cui la concentrazione di utenza utilizzatrice risulta superiore alla media.

4.5.2 I consumatori di stimolanti

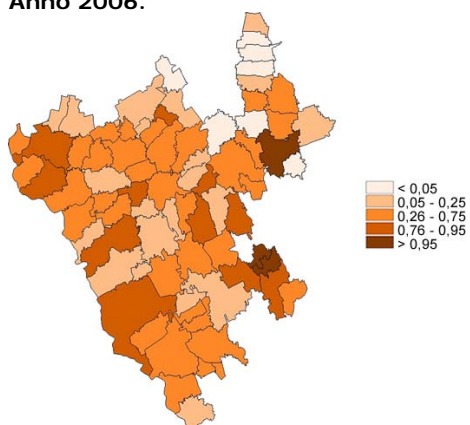
Le mappature delle prevalenze osservate e stimate relative agli utilizzatori di stimolanti sono riportate nel Grafico 4.18.

Grafico 4.18: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.



In questo caso la lettura della mappa delle probabilità a posteriori suggerisce un fenomeno concentrato in pochi comuni sparsi sul territorio: 3 comuni, nella parte orientale del territorio, mostrano un valore di prevalenza stimata significativamente maggiore del valore di riferimento, per altri 11 comuni la prevalenza stimata risulta invece tendenzialmente maggiore, questi sono sparsi lungo tutto il perimetro occidentale e orientale.

Grafico 4.19: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.



Questa dispersione sul territorio dei comuni con prevalenza stimata maggiore del valore di riferimento risulta in linea con quanto osservato per l'anno precedente anche se si rileva una maggiore dislocazione dell'utenza lungo la fascia orientale dove, nel 2005, i comuni con prevalenza stimata significativamente o tendenzialmente maggiore del valore di riferimento si concentravano tutti attorno a Bollate.

Per 7 comuni concentrati nell'estrema punta settentrionale la prevalenza stimata risulta significativamente inferiore rispetto al valore medio della ASL, a questi si

aggiungono 21 comuni per i quali la prevalenza stimata si mostra invece tendenzialmente minore.

Tabella 4.11: Utilizzatori di stimolanti, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2006.

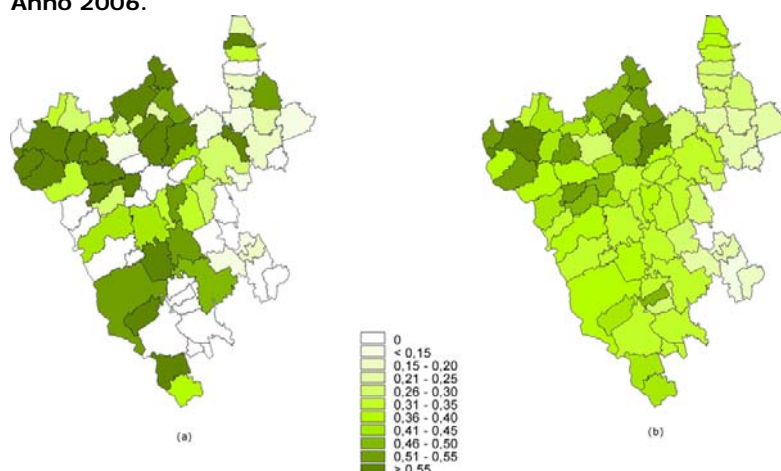
Comune	Stimolanti: probabilità a posteriori
Bollate	0,99
Corsico	0,99
Cesano Boscone	0,96
Abbiategrasso	0,92
Robecchetto con Induno	0,91
Ossona	0,90
Pregnana Milanese	0,90
Bareggio	0,90
Magenta	0,87
Buccinasco	0,85
Settimo Milanese	0,84
San Vittore Olona	0,83
Castano Primo	0,81
Trezzano sul Naviglio	0,76

Per 35 comuni, quasi la metà dei comuni della ASL, il valore di prevalenza stimata non differisce dal valore di riferimento in maniera significativa o tendenziale.

4.5.3 I consumatori di cannabinoidi

Ancora diversa è l'immagine della distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di cannabinoidi suggerita dalla natura delle prevalenze stimate riportata in Grafico 4.20 (b).

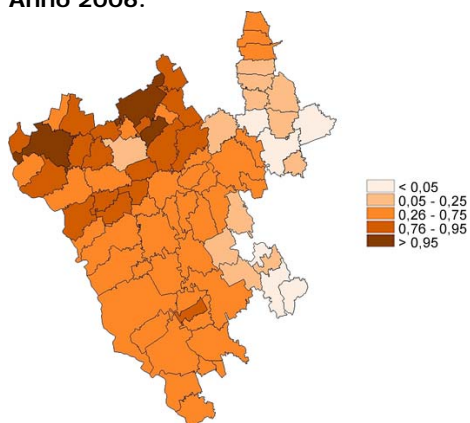
Grafico 4.20: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.



La mappatura delle probabilità a posteriori relative agli utilizzatori di cannabis evidenzia che i comuni con valori di prevalenza stimata significativamente (3

comuni) o tendenzialmente (17 comuni) maggiori del valore di riferimento si concentrano nella zona settentrionale attorno a Legnano e Castano Primo.

Grafico 4.21: 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 (6 comuni) o tendenziale (12 comuni), si concentrano invece lungo la fascia orientale.

Tutta la parte centrale e meridionale del territorio risulta coperta da comuni per i quali la prevalenza stimata non è differente dal valore di riferimento (39 comuni).

Rispetto al 2005 si osserva uno spostamento dei comuni con prevalenza stimata maggiore del valore di riferimento nella parte centro settentrionale e contemporaneamente una maggiore dispersione degli stessi in quest'area.

Tabella 4.12: Utilizzatori di cannabinoidi, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2006.

Comune	Cannabinoidi: probabilità a posteriori
Canegrate	0,97
Castano Primo	0,96
Legnano	0,96
Nerviano	0,95
Cerro Maggiore	0,95
Arconate	0,93
Parabiago	0,91
San Giorgio su Legnano	0,91
Robecchetto con Induno	0,90
Mesero	0,90
Zelo Surrigone	0,87
Rescaldina	0,87
Ossona	0,85
Dairago	0,84
Marcallo con Casone	0,83
Magnago	0,81
Buscate	0,80
Casorezzo	0,79
Bernate Ticino	0,77
Nosate	0,76

In sintesi 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.

Si osserva innanzitutto un fenomeno molto concentrato sul territorio per quanto riguarda gli utilizzatori di oppiacei, per i quali oltre il 60% dei comuni che compongono il territorio della ASL riportano una prevalenza stimata minore (significativamente o tendenzialmente) del valore di riferimento. Meno concentrata risulta la distribuzione relativa agli utilizzatori di stimolanti e cannabinoidi.

Rispetto alla collocazione dell'utenza sul territorio, gli utilizzatori di oppiacei si concentrano nella parte settentrionale, in particolare nell'area compresa tra Rho e Legnano; anche gli utilizzatori di cannabinoidi appaiono raggruppati nella parte settentrionale, ma nella zona centro orientale delimitata dai comuni di Nerviano, Cuggiono, Nosate e Rescaldina.

Gli utilizzatori di stimolanti risultano invece sparsi lungo la fascia orientale e occidentale.

Nel confronto tra le analisi degli anni 2005 e 2006 è importante sottolineare che il miglioramento nella raccolta dei dati a livello di singolo record, rispetto all'anno precedente, potrebbe essere responsabile delle differenze osservate: è quindi utile tener conto di questo fattore nell'interpretazione dell'analisi per non trarre conclusioni non rispondenti a realtà.

5. TRATTAMENTI ED INTERVENTI

5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale

- 5.1.1 Strutture del Privato Sociale accreditato: disponibilità, occupazione e rette
- 5.1.2 Sedi del Servizio di Tossicodipendenze
- 5.1.3 Sedi del Servizio di Alcoldipendenze

5.2 Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistiti e non farmacologicamente assistiti

5.3 Interventi rivolti a target emergenti

- 5.3.1 Protocollo psichiatria: prodotto, entità, servizi offerti, comunità doppia diagnosi
- 5.3.2 Mosaico
- 5.3.3 Giocatori d'azzardo - GAP – Giocarsi la vita

5.4 Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi

- 5.4.1 Sistema di monitoraggio e di allerta rapido

5. TRATTAMENTI ED INTERVENTI

5.1 RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE

5.1.1 Strutture del Privato Sociale accreditato: disponibilità, occupazione e rette

Gli Enti Gestori presenti sul territorio della ASL MI1 con strutture in grado di accogliere soggetti con disturbo da dipendenza da sostanze sono cinque:

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

Complessivamente questi Enti gestori gestiscono, nel territorio della ASL MI1, 6 Unità d'offerta, secondo la seguente articolazione:

- Associazione Dianova Onlus
"Centro di Garbagnate M.se";
- Associazione Fides Onlus
Comunità "Fides Cà nostra",
Comunità "Ergoterapica-Mesero";
- Associazione Micaela Onlus
Comunità "Irene",
- Cooperativa Sociale " A Stefano Casati"
Comunità "A Stefano Casati",
- Cooperativa Sociale Contina
Comunità "Cascina Contina".

Queste strutture sono accreditate in Regione Lombardia per una capienza massima di complessivi 95 posti letto.

In Tabella 5.1 è riportata la distribuzione dei posti letto per singola struttura, la tariffa giornaliera e l'indice di saturazione delle presenze per l'anno 2006, che varia dal 52,56% della Fides al 91,02% del "Centro di Garbagnate Milanese" dell'Associazione Dianova.

Tabella 5.1: Distribuzione posti letto anno 2006.

	Classificazione unita' d'offerta	Tariffa giornaliera	Posti accreditati	Indice di saturazione 2005
Centro Terapeutico di Garbagnate Viale forlanini 121 20024 Garbagnate Milanese Mi Tel.: 02/99026312	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	38	91,02%
Comunita' Irene Via San Carlo - Cascina Pogliasca 7 20010 Arluno Mi Tel. 02/90377333	Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale	44 €	14	61,47%
Comunita' "A Stefano Casati" Via Per Riazzolo- Cascina Vecchia Scamozza 1 20080 Albairate Mi Tel.: 02/9406219	Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale	44 €	9	75,16%
Comunita' Cascina Contina Via Cascina Contina 20088 Rosate Mi Tel.: 02/90849494	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	16	79,42%
Comunita' Ergoterapica – Mesero Via Grandi 3/5 20010 Mesero Mi Tel.: 02/9787273	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	9	52,56%
Comunita' Fides "Ca' Nostra" Via Trento 82 20011 Corbetta Mi Tel.: 02/97272500	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	9	52,56%
	Ped.-Ter.-Spec. 4-2-0		95	75,92%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Dei 95 posti accreditati, nell'anno 2006, 23 sono di tipo terapeutico riabilitativo con nessuna specifica specializzazione prevista dalle singole unità d'offerta; gli altri 72 posti sono di tipo pedagogico riabilitativo.

Nel corso del 2007 l'Associazione Dianova ha accreditato all'interno della struttura di Garbagnate Milanese un nuovo modulo di Servizio di accoglienza residenziale (SAR) convertendo 8 posti dal modulo pedagogico riabilitativo.

Rispetto al livello di saturazione delle giornate accreditate, quelle riferite a soggetti provenienti dalle UO SerT e NOA della ASL MI1 rappresentano il 10,84% del totale.

I soggetti in carico alle UO SerT e NOA, che nel corso del 2006 risultano inseriti in strutture residenziali sono 234: 19 soggetti (8.1%) sono stati inviati nelle Strutture presenti sul territorio; 10 di questi provengono dai Noa. Dei restanti: 187 (79,9%) sono inseriti in strutture che hanno sede su altri territori della regione Lombardia e 28 (12,0%) fuori regione.

Tale situazione non ha scostamenti di rilievo rispetto all'anno precedente (i soggetti inseriti erano 224), soprattutto per le percentuali riferite all'ubicazione delle strutture che sono sostanzialmente identiche a quelle del 2005.

Gli Enti Accreditati che gestiscono le strutture residenziali hanno una presenza storica nel territorio della ASL MI1 che negli anni si è tradotta in azioni di collaborazione con i servizi e nel loro coinvolgimento nella gestione di attività di prevenzione e trattamento su progetti specifici attivati nel territorio.

Nell'arco degli ultimi anni, infatti, gli operatori di tali Enti hanno partecipato insieme ai SerT e NOA ad iniziative quali: attività di educazione alla salute in ambito scolastico, reinserimento socio-lavorativo, attività di cura a carattere ambulatoriale su target specifici di utenza, attività formative per gli operatori

delle dipendenze organizzati dalla ASL. Inoltre i rappresentanti di tali organizzazioni hanno partecipato attivamente agli incontri del coordinamento territoriale così come ai tavoli distrettuali L. 45/99.

A fronte di ciò si rileva che, per quanto riguarda l'attività di accoglienza presso le loro strutture, la maggior parte dei soggetti tossicodipendenti residenti nel territorio è inserita in comunità terapeutiche situate fuori dal territorio ASL.

Ciò sembra essere determinato dal fatto che le strutture presenti sono accreditate per la maggior parte con modulo pedagogico riabilitativo e, quindi, poco rispondenti alla necessità di trattamento con maggior connotazione terapeutica se non specialistica per particolari tipologie d'utenza quali la polidipendenza e la comorbidità psichiatrica. Si consideri inoltre che una delle strutture a modulo Terapeutico Riabilitativo è rivolta esclusivamente ad una utenza femminile senza l'accoglienza di figli minori, popolazione presente in percentuale molto limitata nei servizi per le dipendenze, con la conseguente esiguità di invii.

Un altro elemento è rappresentato dal fatto che il servizio inviante spesso ritenga utile ai fini del trattamento residenziale l'allontanamento del soggetto dal territorio del contesto di vita.

D'altro canto la scelta di una comunità è il frutto di un processo che deve mirare ad un abbinamento ottimale tra le caratteristiche del soggetto e l'offerta della struttura stessa. I dati raccolti circa le modalità di invio da parte dei SerT evidenziano come i criteri prevalenti siano determinati da un lato dalla compatibilità fra la problematica del soggetto e l'attività svolta dalla struttura e, dall'altro, dalla coerenza fra l'impostazione terapeutica del servizio inviante e quella della comunità al fine di dare continuità ad un percorso che in genere è stato avviato da molto tempo. Ciò porta ad una selezione caso per caso delle varie possibilità e il risultato di tale processo è quindi variabile da situazione a situazione, tant'è che le strutture utilizzate dai servizi nel 2006 sono state circa 60 e a volte la difficoltà di realizzare tale abbinamento induce ad utilizzare strutture fuori regione. Ciò ovviamente comporta per gli operatori dei servizi un continuo aggiornamento delle opportunità esistenti e un maggiore dispendio di energie per la necessità di mantenersi in rete con un numero più ampio di organizzazioni, cosa che appare tuttavia irrinunciabile per garantire una sufficiente tenuta dei programmi

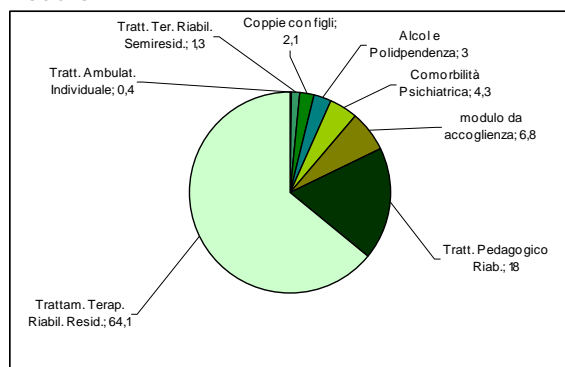
La suddivisione dei soggetti inseriti nel 2006 per tipologia di modulo è rappresentata in Tabella 5.2, in cui vengono riportate anche le quote giornaliere pagate in Regione Lombardia per ciascun modulo.

Tabella 5.2: Suddivisione soggetti inseriti per tipologia di modulo.

Modulo specialistico	Quota giornaliera (€)	n. soggetti nel 2006	%
SAR Servizio di accoglienza	49	16	6,8
SPR1 Coppie con figli	55	7	3,0
SPR2 Comorbidità psichiatrica	54	10	4,3
SPR3 Alcoldipendenza e polidipendenza	55	65	2,1
PRR Tratt. pedagogico-riabilitativo residenziale	37	42	17,9
TRR Tratt. terapeutico-riabilitativo residenziale	44	150	64,1
TRS Tratt. terapeutico-riabilitativo semi-residenziale	23,50	3	1,3
CPT Tratt. ambulatoriale individuale	17,87	1	0,4
Totale		234	100

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Grafico 5.1: Distribuzione percentuale dei soggetti inseriti nell'anno 2006 per tipologia di modulo.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Più dei due terzi dei soggetti sono inseriti in strutture appartenenti al modulo terapeutico riabilitativo, il modulo pedagogico riabilitativo appare in seconda posizione con il 17,9%.

Se si considerano insieme i valori relativi ai tre moduli specialistici, si ottiene un valore percentuale del 9,4% di soggetti inseriti in strutture ad alta specializzazione sul totale dell'utenza inserita. Questo evidenzia la presenza nei servizi di un utenza con caratteristiche di complessità che richiede interventi mirati e specifici oltre che in rete con altri servizi territoriali a volte coinvolti nella compartecipazione della spesa.

All'interno del protocollo di collaborazione stipulato con i dipartimenti di salute Mentale delle tre Aziende Ospedaliere presenti sul territorio è stata definita, ad esempio, una specifica procedura per la presa in carico congiunta di pazienti in doppia diagnosi e per l'invio in strutture riabilitative residenziali.

La spesa per l'inserimento nelle strutture residenziali nel 2006 è stata di 1.783.251,41€ per un numero complessivo di 39.955 giornate di degenza; la media è di 44,63€ per giornata di degenza con una spesa media per paziente di 7620,73€.

La permanenza media per utente nel 2006 è di 170,74 giorni, pari a circa sei mesi. Infatti, in linea con l'andamento generale degli inserimenti in strutture riabilitative di soggetti tossicodipendenti, una buona percentuale di soggetti abbandona la struttura nei primi mesi di trattamento.

Allo stato attuale particolare rilievo riveste la DGR 5509 del 10/10/2007 che introduce importanti cambiamenti nel sistema di accreditamento dei servizi nell'area delle dipendenze. Nel riconoscere il diritto di libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate, ai sensi della DGR 12621/2003, previa certificazione dello stato di dipendenza rilasciata dai Servizi Territoriali per le Dipendenze e dai Servizi Multidisciplinari Integrati, è prevista per ogni ASL l'assegnazione di budget per l'acquisto di prestazioni rese nel territorio di competenza e che le stesse negozino con i soggetti gestori, il budget di produzione da attribuire ad ogni unità d'offerta.

Inoltre, nell'estendere la durata del trattamento per i Servizi Terapeutico Riabilitativi e Pedagogico Riabilitativi ad una permanenza massima del soggetto sino a 36 mesi, la stessa DGR 5509/2007 aggiorna il sistema di remunerazione tariffaria delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali accreditate ai sensi della DGR 12621/2003, in considerazione dell'incremento dell'impegno clinico assistenziale in tutte le tipologie di servizio e in particolare in quelle per il

trattamento di persone affette da patologia psichiatrica o da patologia correlata all'abuso di alcol o più sostanze.

Pertanto, secondo le nuove tabelle regionali, le rette passano da 44,00€ a 52,80€ al giorno per soggetto inserito per il modulo terapeutico riabilitativo, da 37,00€ a 44,40€ per quello pedagogico riabilitativo, da 54,00€ a 120,00€ per il modulo specialistico per doppia diagnosi, da 55,00€ a 120,00€ per il modulo alcol e polibusatori e da 55,00€ a 66,00€ per il modulo coppie con figli.

5.1.2 Sedi del Servizio Tossicodipendenze

Le sedi del Servizio Tossicodipendenze presenti sul territorio della azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1 sono cinque e, più precisamente:

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

Risultano 0,8 servizi per le tossicodipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 342 utenti tossicodipendenti

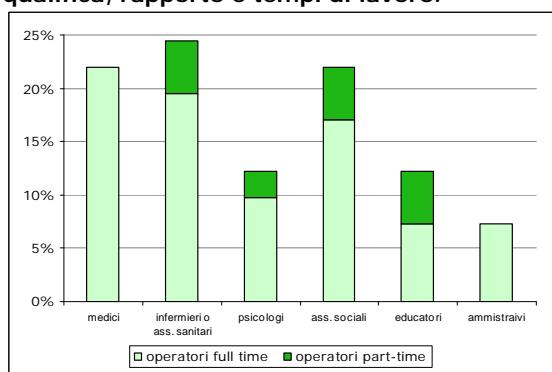
Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i SerT

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 41, di questi il 22% sono medici, il 24% infermieri o assistenti sanitari, il 12% psicologi, il 22% assistenti sociali, il 12% educatori ed il 7% amministrativi. L'83% degli operatori è impiegato a tempo pieno, contro il 17% impiegato a tempo parziale (Grafico 5.2).

Il rapporto tra gli operatori che lavorano nel campo delle tossicodipendenze e la popolazione a rischio residente sul territorio è di 1 a 15.800 circa.

Grafico 5.2: Caratteristiche del personale assegnato al servizio tossicodipendenze per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

5.1.3 Sedi del servizio di Alcoldipendenze

Le sedi del servizio per le alcoldipendenze presenti sul territorio della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1 sono tre:

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

Risultano 0,5 servizi per le alcoldipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 292 utenti alcoldipendenti.

Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i NOA

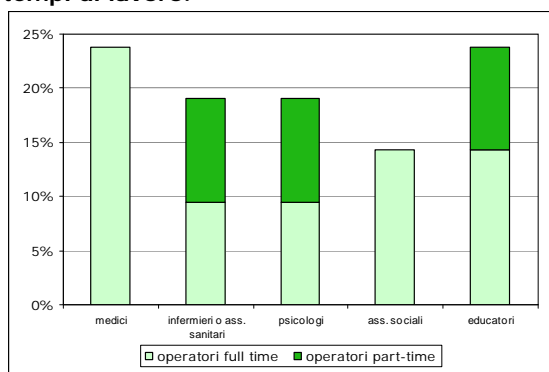
Anche per quanto riguarda l'analisi sui servizi delle alcoldipendenze, il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario, Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze (Schede SER. 01, SER. 02).

Gli addetti alle alcoldipendenze in totale sono 21, di cui il 24% medici, il 19% infermieri o assistenti sanitari così come gli psicologi, il 14% assistenti sociali ed il 24% educatori.

Il 71% degli operatori sono impiegati a tempo pieno, il 29% a tempo parziale.

Considerando la popolazione residente a rischio ed i servizi per le alcoldipendenze, si calcola un rapporto di un operatore ogni 30.900 soggetti circa.

Grafico 5.3: Caratteristiche del personale assegnato al servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

5.2 TRATTAMENTI DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/RIABILITATIVI FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI E NON FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI

L'evoluzione della tipologia di utenza afferente al Servizio per le dipendenze, diversa rispetto al passato per sostanza d'abuso, ma anche per una maggiore integrazione nel tessuto sociale e lavorativo, ha comportato ovviamente un adeguamento dell'offerta terapeutica in relazione ai nuovi bisogni individuati.

Per quanto riguarda l'intervento ambulatoriale ad esempio nei SerT, con la diminuzione dell'utenza eroinomane, si è ridotta nel corso del tempo la centratura dell'intervento farmacologico a favore di un modello di trattamento multidisciplinare, orientato al sostegno del soggetto e dei familiari attraverso incontri individuali e o di gruppo.

Per quanto riguarda i NOA, analogamente, la maggiore presenza di soggetti poliabusatori, di età mediamente inferiore all'utenza classica, ha comportato la messa in campo di nuove modalità di intervento, che richiedono un livello di integrazione sempre più elevato fra le diverse figure professionali.

Per supportare adeguatamente gli operatori in questo complesso lavoro di riconversione dei modelli terapeutici, è continuata anche nel periodo considerato l'intensa attività di formazione al personale, già avviata negli anni precedenti e avente l'obiettivo di divulgare fra i professionisti del settore la conoscenza degli strumenti e delle modalità di intervento più aggiornate e innovative per la cura delle dipendenze.

Nel biennio 2006-2007 per quanto riguarda l'area del trattamento delle dipendenze sono stati realizzate da questo Dipartimento le seguenti iniziative di aggiornamento in sede :

- o corso "Gli interventi rivolti ai giovani consumatori nei servizi per le dipendenze";
- o gruppo di miglioramento sulle linee guida per il trattamento delle patologie correlate alle dipendenze;
- o corso " Il coinvolgimento della famiglia nel programma terapeutico del tossico-alcoldipendente";
- o corso "Le dipendenze patologiche: una revisione degli aspetti neurobiologici e farmacologici";
- o gruppo di miglioramento per l'elaborazione/ revisione di strumenti per l'assistenza infermieristica nel servizio per le dipendenze;
- o gruppo di miglioramento "il lavoro educativo nei servizi per le dipendenze: metodologie e strumenti operativi".

I soggetti trattati presso i Servizi per le dipendenze della ASL MI1 nel corso del 2006 hanno ricevuto in media 1,86 trattamenti ciascuno (deviazione standard pari a 0,97). In particolare il 45% degli utenti è stato sottoposto ad un solo trattamento, il 32% ne ha ricevuti due, il 16% tre e il rimanente 6% ha effettuato da un minimo di quattro fino ad un massimo di sei trattamenti.

Con riferimento ai soli soggetti non poliabusatori e distinguendo tra trattamenti psicosociali e farmacologicamente assistiti, si osserva che in generale i soggetti durante l'anno sono stati sottoposti a 1,97 trattamenti di tipo psicosociale e a un solo trattamento farmacologicamente assistito.

E' bene precisare che tale dato non è indicativo della quantità delle prestazioni sanitarie erogate. Ad esempio la persona sottoposta per un intero anno a terapia sostitutiva, pur in presenza di un'intensità assistenziale elevata e di accessi al servizio quasi quotidiani, risulta avere ricevuto un solo trattamento farmacologico nell'anno considerato. Il rapporto sopra riportato fra il numero medio a persona dei trattamenti di tipo psicosociale e di trattamenti farmacologici deve quindi tener

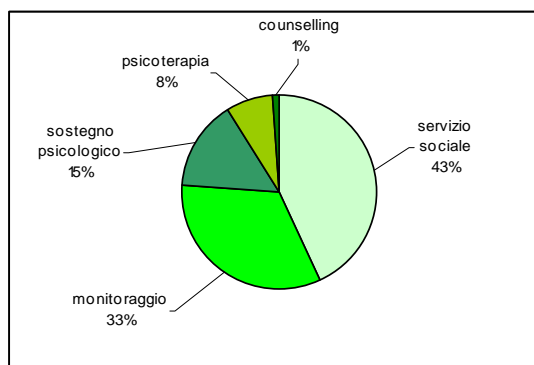
conto del fatto che i primi mediamente hanno una durata inferiore rispetto ai secondi (fatta esclusione dell'inserimento in comunità terapeutica).

Distinguendo gli utenti anche in base alla sostanza che ha determinato il trattamento, si osserva, pur non rilevando differenze significative, che sono gli utilizzatori di cocaina gli utenti sottoposti al maggior numero di trattamenti psicosociali (due interventi contro poco meno di due trattamenti per tutti gli altri utilizzatori); rispetto ai trattamenti farmacologici, solo gli utilizzatori di oppiacei e cocaina risultano sottoposti a queste tipologie di interventi e per entrambi si rileva una media di un trattamento a soggetto.

Analizzando nel dettaglio le tipologie di trattamento di tipo psicosociale e/o riabilitativo, che rappresentano il 64% dei trattamenti erogati, si osserva innanzitutto che mentre la maggior parte di questi trattamenti non risulta associata a nessuna terapia farmacologica, un 14% dei trattamenti fa riferimento a terapie di tipo integrato, ovvero interventi dati dall'associazione di terapie farmacologiche e trattamenti psicosociali e/ riabilitativi.

Con riferimento al totale dei trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo il 43% è rappresentato da interventi di servizio sociale, il 33% sono monitoraggi intesi come colloqui e management, il 15% interventi di sostegno psicologico, l'8% psicoterapia (individuale, di gruppo o familiare), mentre poco più dell'1% di questi trattamenti è rappresentato da counselling e interventi di inserimento lavorativo.

Grafico 5.4: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali erogati per tipo. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Analizzando invece le tipologie di interventi psicosociali e/o riabilitativi cui risultano sottoposti gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze emergono interessanti differenze.

Tra gli utilizzatori di oppiacei il 37% dei soggetti riceve interventi di servizio sociale, il 25% è sottoposto a monitoraggio, il 14% a interventi di sostegno psicologico e l'8% riceve invece interventi di psicoterapia (individuale, di gruppo o familiare). Tra gli utilizzatori di cocaina il 75% risulta sottoposto a interventi del servizio sociale, il 55% a monitoraggio e il 31% a sostegno psicologico; in misura minore si rilevano anche interventi di psicoterapia (17%) e counselling (2%).

La quasi totalità degli utilizzatori di cannabis è invece sottoposta a interventi di servizio sociale (94%) e/o monitoraggio (80%), altre tipologie di trattamenti si rilevano per una minoranza di questi utilizzatori: il 10% dei consumatori di cannabis riceve interventi di sostegno psicologico e il 5% trattamenti di psicoterapia.

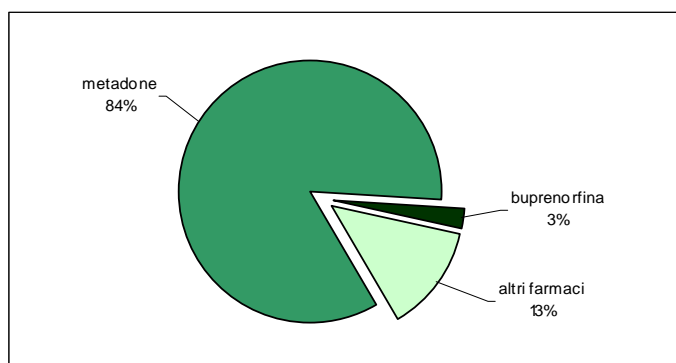
Tabella 5.3: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento psicosociale per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.

	oppiacei	cocaina	cannabis
counselling	0,0%	1,7%	0,0%
sostegno psicologico	14,3%	30,7%	9,8%
interventi di psicoterapia	7,9%	16,9%	4,9%
interventi di servizio sociale	36,7%	74,8%	94,1%
monitoraggio	25,0%	55,0%	80,4%
inserimento lavorativo	1,1%	0,2%	0,0%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

L'84% dei trattamenti di tipo farmacologico erogati sono di tipo metadonico, il 3% è a base di buprenorfina e il 13% è rappresentato invece da trattamenti con altri farmaci.

Grafico 5.5: Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici erogati per tipo. Anno 2006.

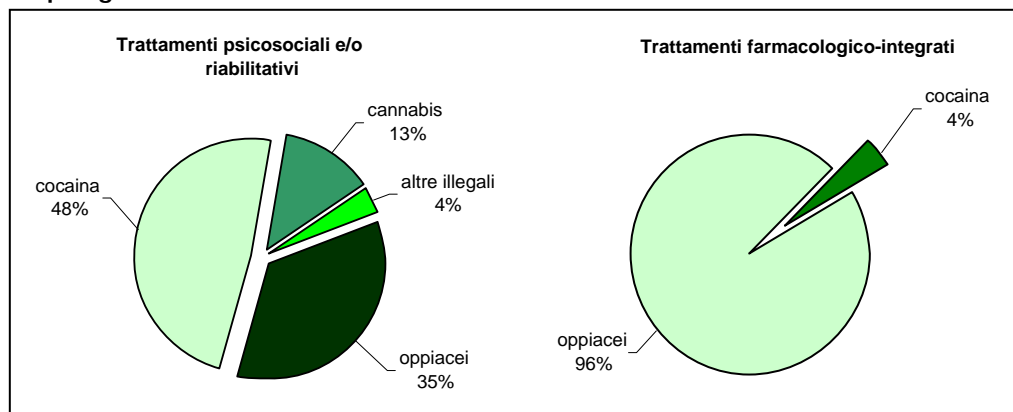


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Considerando il collettivo degli utenti sottoposti a trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo si osserva che il 48% dei soggetti è un utilizzatore di cocaina, il 35% di oppiacei, il 13% di cannabis mentre il rimanente 4% fa uso di altre sostanze illegali.

Tra gli utenti sottoposti a trattamenti farmacologici invece la quasi totalità dei soggetti è un utilizzatore di oppiacei (96%) e il 4% fa invece uso di cocaina.

Grafico 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per sostanza d'abuso primaria e tipologia di trattamento. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Tra i collettivi di utenti sottoposti alle due diverse tipologie di trattamento si osservano anche differenze in relazione alla presenza nel servizio e all'età degli utenti. I soggetti sottoposti a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi sono per il 69% utenti già noti ai servizi e il 31% è un nuovo utente, i soggetti in trattamento farmacologico (da intendersi sempre come integrato con interventi psicosociali e/o riabilitativi) sono quasi esclusivamente utenti già in carico (93%) e hanno anche un'età mediamente più elevata rispetto a coloro che ricevono interventi psicosociali e/o riabilitativi (38 anni contro 33 anni rispettivamente). Distinguendo i trattamenti in psicosociali e/o riabilitativi e farmacologico-integrati, si può concludere che mentre la maggior parte degli utilizzatori di oppiacei è sottoposto a trattamento solo di tipo farmacologico (83%), gli utilizzatori di cocaina e cannabis ricevono quasi esclusivamente interventi di tipo psicosociale e/o riabilitativo (rispettivamente 94% e 98%).

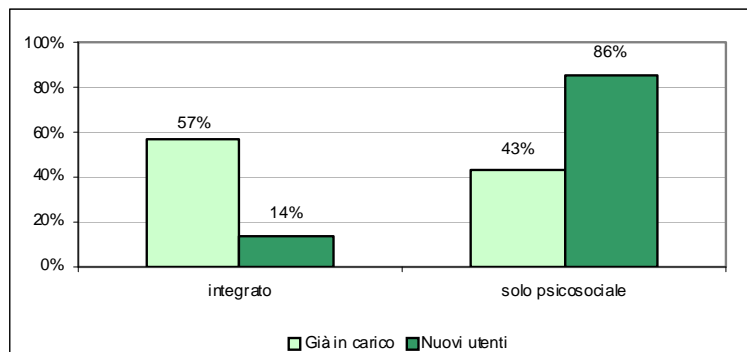
Tabella 5.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.

	oppiacei	cocaina	cannabis
trattamento farmacologico-integrato	82,5%	5,6%	2,0%
trattamento psicosociale e/o riabilitativo	17,5%	94,4%	98,0%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La diversità nei trattamenti osservata tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze si riflette anche nei collettivi degli utenti già in carico e nuovi. Mentre tra gli utenti già in carico il 43% dei soggetti risulta sottoposto a trattamento solo psicosociale e il 57% a trattamenti dati dalla combinazione di cure farmacologiche e terapie di tipo psicosociale e/o riabilitativo, i nuovi utenti (tra i quali sono maggiormente rappresentati gli utilizzatori di cocaina e cannabis) sono sottoposti quasi esclusivamente a trattamenti di tipo psicosociale (86%).

Grafico 5.7: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per tipologia di trattamento e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Le differenti caratteristiche degli utenti sottoposti alle diverse tipologie di trattamento individuate (psicosociale e/o riabilitativo e farmacologico-integrato) sono state sintetizzate attraverso l'adattamento di diversi modelli di regressione logistica nei quali è stata considerata come variabile dipendente la tipologia di trattamento seguita.

È quindi possibile affermare che esiste un'associazione positiva con l'essere un soggetto di sesso femminile e di età superiore ai 35 anni e il ricevere trattamenti di tipo farmacologico-integrato, l'associazione è invece negativa rispetto all'uso di cannabis o cocaina.

Relativamente ai trattamenti psicosociali e/o riabilitativi emerge invece un'associazione negativa con l'aver un'età superiore o uguale a 35 anni e l'essere un soggetto già in carico, risulta invece positiva l'associazione tra il ricevere un trattamento psicosociale e/o riabilitativo ed essere utilizzatore di cannabis e cocaina piuttosto che di oppiacei.

I soggetti in trattamento farmacologico-integrato sono invece soprattutto utilizzatori di oppiacei (piuttosto che cocaina) e soggetti disoccupati.

Tabella 5.5: Misure dell'associazione tra la tipologia di trattamento e alcune caratteristiche degli utenti in carico. Anno 2006.

Sostanza d'abuso primario	Odds ratio (IC 95%)	
	Trattamento farmacologico-integrato	Trattamento psicosociale e/o riab.
età >= 35 anni vs. < 35 anni	1,35 (1,02-1,79)*	0,69 (0,52-0,90)*
femmine vs. maschi	1,61 (1,09-2,38)*	0,91 (0,60-1,40)
livello scolarità basso vs. alto	1,01 (0,61-1,68)	0,67 (0,39-1,15)
livello scolarità medio vs. alto	1,37 (0,95-1,99)	0,91 (0,65-1,26)
disoccupati vs. occupati	1,11 (0,83-1,48)	0,88 (0,66-1,19)
econ.non attivi vs. occupati	1,24 (0,73-2,11)	1,61 (0,99-2,62)
sostanza d'abuso primario cocaina vs. oppiacei	0,04 (0,02-0,06)*	6,13 (4,58-8,20)*
sostanza d'abuso primario cannabis vs. oppiacei	0,02 (0,00-0,07)*	9,92 (6,21-15,87)*
già in carico vs. nuovi utenti	1,30 (0,77-2,18)	0,52 (0,39-0,70)*

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente la tipologia di trattamento.

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

5.3 INTERVENTI RIVOLTI A TARGET EMERGENTI

5.3.1 Protocollo psichiatria: prodotto, entità, servizi offerti, comunità doppia diagnosi

La comorbidità tra disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi psichiatrici costituisce una tematica che negli ultimi anni ha molto impegnato gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Il termine "doppia diagnosi" rimanda alla discussione, da tempo in atto, sulle correlazioni fra gli effetti delle sostanze d'abuso e le manifestazioni di patologie psichiatriche, essendovi fra di esse diverse possibili interazioni: le patologie psichiatriche infatti possono precedere l'uso di sostanze ed essere una importante concausa dell'instaurarsi dell'abuso oppure, viceversa, l'uso di sostanze può favorire l'insorgere di una patologia psichiatrica in soggetti a rischio. È anche possibile che i due fenomeni si influenzino reciprocamente oppure siano compresenti senza rapporti specifici di causa effetto.

Il termine doppia diagnosi rimanda però anche alla specificità organizzativa del Servizio Sanitario in Italia, che prevede due servizi distinti per la cura delle patologie psichiatriche e per la cura dei disturbi da uso di sostanze, collocati in Lombardia in due Aziende diverse: l'ASL - di cui fanno parte i Dipartimenti per le Dipendenze - e le Aziende Ospedaliere - di cui fanno parte i Dipartimenti di Salute Mentale. Questa divaricazione organizzativa ha prodotto e amplificato negli ultimi trent'anni differenze culturali, professionali e operative che oggi rendono più difficile un approccio organico al problema.

I dati epidemiologici provenienti da tutti i paesi occidentali ci dicono che il rischio di sviluppare un disturbo mentale e il rischio di sviluppare abuso di sostanze si potenziano a vicenda. Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo affettivo e, viceversa, il 32% di coloro che hanno un disturbo affettivo e il 47% di coloro che hanno un disturbo schizofrenico presentano anche abuso di sostanze.

Nella nostra realtà, i Servizi per le Dipendenze si trovano ad assistere numerose persone con disturbi psichiatrici, soprattutto disturbi di personalità, per il trattamento dei quali, talvolta, è opportuna la collaborazione degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale. Peraltro, gli psichiatri, che orientano più frequentemente il loro intervento alle psicosi e ai disturbi affettivi maggiori, hanno anch'essi problemi connessi alla gestione dei propri pazienti in relazione all'uso in primo luogo dell'alcol e secondariamente della cannabis, usati più frequentemente di altre sostanze da parte di questi pazienti. Il problema dell'uso di sostanze nei pazienti psichiatrici assume una rilevanza particolare per il gruppo, numericamente ristretto ma importante, degli esordi psicotici, in cui si pongono particolari problemi di diagnosi differenziale e appropriatezza di trattamento, tenendo conto dello stile di vita della fascia giovanile a cui in genere questi pazienti appartengono.

Per quanto riguarda i servizi psichiatrici va rilevato che circa il 10% dei ricoveri nei servizi psichiatrici ospedalieri nel territorio della ASL MI1 riportano una diagnosi di dimissione principale di disturbo legati all'uso di sostanze. Si pone quindi la necessità di collaborazione fra sistemi di intervento diversi con ampie aree di confine o di sovrapposizione.

Ci sono, inoltre, casi nei quali pazienti comorbili necessitano di interventi in strutture residenziali specializzate, generalmente gestite da Enti del Privato Sociale.

Frequentemente, infine, vi sono casi che si rivelano i più problematici, sia per gli utenti che per il contesto che li circonda, nei quali sono presenti rilevanti bisogni assistenziali di competenza degli Enti Locali.

È necessario, quindi, mettere in atto interventi integrati fra diversi soggetti istituzionali e diverse professionalità.

Per perseguire tale obiettivo, nel territorio della ASL MI1, nel 2006 sono stati sottoscritti protocolli di collaborazione (Allegato 2) fra il Dipartimento delle Dipendenze della ASL e i Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende Ospedaliere presenti sul territorio, l'AO di Legnano e l'AO "Salvini" di Garbagnate e stipulati accordi informali di collaborazione con gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale dell'AO "S. Carlo", competente per il territorio del Distretto di Corsico. Questi protocolli hanno come oggetto i casi in cui sia la dipendenza da sostanze sia il disturbo psichiatrico richiedano, per gravità clinica - presenza di disabilità sociale rilevante - altri fattori concomitanti, interventi complessi di entrambi i servizi.

I protocolli di collaborazione prevedono:

modalità con le quali si possono richiedere e offrire collaborazioni fra Servizi;

identificazione, nei casi gestiti in comune, di un responsabile del caso (case manager);

modalità di inserimento dei pazienti nelle strutture residenziali;

momenti comuni di formazione per condividere meglio le rispettive culture di riferimento;

costruzione comune, attraverso gruppi di lavoro misti, di strumenti di lavoro per facilitare la gestione integrata dei casi (es. schede di trattamento, schede per l'invio dei pazienti nelle strutture residenziali);

momenti periodici di revisione dei protocolli medesimi.

Un gruppo di lavoro misto, composto da operatori del Dipartimento delle Dipendenze e dei Dipartimenti di Salute Mentale delle tre Aziende Ospedaliere coinvolte, costituito nel corso del 2006, ha prodotto alcuni strumenti di lavoro e precisamente una scheda per la definizione del piano di trattamento integrato ed una scheda di invio dei casi fra servizi (Allegato 3 e 4) atti a facilitare la collaborazione sul campo attraverso l'identificazione di elementi condivisi di gestione dei casi.

Come previsto anche nei protocolli nel corso del 2007 si è avviata un'operazione di revisione e di adeguamento degli stessi, che è in corso tuttora. In particolare sarà soggetta a revisione tutta la procedura che riguarda l'inserimento nelle strutture residenziali.

5.3.2 Mosaico

Il progetto interregionale "Il Mosaico", sviluppato nell'arco degli anni 2004 e 2005, ha reso disponibili modelli sperimentali validati di presa in carico di soggetti tossicodipendenti nell'ambito delle strutture terapeutiche specialistiche semi-residenziali e residenziali pubbliche e private, accreditate, rivolte a tre diverse tipologie di complessità:

tossicodipendenti con complicanze psico-patologiche o psichiatriche;

donne o coppie tossicodipendenti con figli minori e donne tossicodipendenti in gravidanza;

immigrati tossicodipendenti.

Dall'anno 2006 al termine del progetto interregionale, il Dipartimento delle Dipendenze ha scelto di implementare gli interventi rivolti ad uno di questi target.

È stato scelto di attivare un progetto centrale che si occupa delle implicazioni della tossicodipendenza nella maternità, nel rapporto genitoriale e nella cura dei figli, con particolare attenzione all'integrazione delle diverse responsabilità e ruoli da parte di servizi ed enti diversi (servizi per le dipendenze – enti locali – servizi di tutela minori – consultori – ed altri).

È stato sostenuto in questa scelta dalle evidenze e dalla letteratura scientifica che indicano:

- aumento di donne o genitori tossicodipendenti con figli minori;
- presenza di rischi, nell'offerta di cure primarie non adeguate, relativamente al rapporto madre-figlio;
- conseguenti rischi di compromissione dello sviluppo psico-fisico dei figli;
- insufficiente tutela per i minori.

Il progetto, che si è sviluppato dal 2006 e prosegue nel 2008, prevede tre ambiti di intervento:

- ambito di "ricerca-esperienza";
- ambito formativo;
- ambito istituzionale.

Il percorso, fino ad oggi condiviso, ha permesso di sviluppare una cultura comune intorno ad alcuni concetti fondamentali nel percorso di cura delle famiglie multiproblematiche:

il minore deve sempre e comunque essere tutelato: lo stabilisce l'art.3 legge 176/91 che recepisce la Convenzione di New York sui diritti del fanciullo: "il superiore interesse del fanciullo" sia tenuto in preminente considerazione "in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi"

il processo d'aiuto deve essere necessariamente implementato in modo integrato fra i diversi servizi. In tali situazioni le esigenze di natura etica, tecnica, metodologica, l'osservanza dei vincoli normativi comportano necessariamente una messa in rete di responsabilità, di organizzazioni e di competenze in un procedimento unitario e integrato di presa in carico del contesto familiare

le Linee di indirizzo regionali per la stesura di un Protocollo Tecnico-Operativo tra servizi di aziende sanitarie, enti locali ed enti del privato sociale per la gestione di donne tossicodipendenti in gravidanza/con figli minori o coppie con figli minori evidenziano che "spesso i servizi degli adulti sono gli unici che possono venire a conoscenza del fatto che i bambini dei loro utenti corrono seri rischi".

L'ambito di ricerca-esperienza si è sviluppato in particolare nel 2006: un gruppo di operatori ha osservato, attraverso i dati dei servizi, la situazione delle donne tossicodipendenti in carico nel periodo gennaio – settembre 2005.

Obiettivo di questo lavoro era rilevare la presenza e l'entità di alcuni fattori di rischio relativi alla capacità genitoriale della donna e alla cura fisica e psichica dei figli. Sono state in carico, in quel periodo, 326 donne di cui 106 (32,52%) madri.

Fra le donne tossicodipendenti con figli il 58,5% risulta essere separata o nubile (rispettivamente il 32,08% ed il 26,42%), mentre nel 38,68% dei casi il partner è certamente a sua volta tossicodipendente o alcol dipendente.

Il 52,83% è disoccupata o occupata saltuariamente (rispettivamente il 40,57% ed il 12,26%).

Tabella 5.6: Stato civile, situazione del partner e situazione occupazionale dell'utenza femminile in carico presso la ASL MI 1. Anno 2006.

	n. totale	di cui madri	Stato civile			Situazione del partner			Situazione occupazionale				
			coniugata	separata	nubile	Td/Ad	non td/ad o ex td/ad	non rilevato	occupata	disoccupata	occ. salt.	attività illegali	non rilevato
n	326	106	44	34	28	41	50	15	46	43	13	3	1
%	100	32,52	41,51	32,08	26,42	38,68	47,17	14,15	43,4	40,57	12,26	2,83	0,94

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

I dati rilevati evidenziano che il 49,06% delle madri è soggetta ad un provvedimento del Tribunale dei Minori (Tabella 5.7).

Rispetto ai figli (in tutto 145) sono rappresentate tutte le età. La percentuale più alta (32,41%) è nella fascia d'età dai 6 ai 12 anni, corrispondente all'età della scuola primaria e del passaggio alla scuola secondaria di primo grado.

La fascia d'età da 0 a 2 anni è quella meno rappresentata (13,1%) ma è quella che, se il bambino non frequenta il nido o non ci sono segnalazioni alla nascita, più difficilmente può essere conosciuta dai servizi per i minori.

La maggior parte delle donne prese in considerazione ha un solo figlio (59,43%), ma la percentuale di donne che ha 2 o anche più figli è comunque rilevante (40,57%) (Tabella 5.7).

Tabella 5.7: Stato di gravidanza, decreti attivi del tribunale Minorile, numerosità ed età dei figli dell'utenza femminile (madri) in carico presso la ASL MI 1. Anno 2006.

	n. totale madri	Gravidanza i n corso	Decreto T.M	n. totale figli	Età dei figli (anni)				Numero figli per donna		
					0-2	3-5	6-12	>12	1	2	>2
n	106	4	52	145	19	35	47	44	63	32	11
%	100	3,77	49,06	100	13,10	24,14	32,41	30,34	59,43	30,19	10,38

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Delle 106 madri alcol-tossicodipendenti la percentuale più elevata (83,96%) è trattata in regime ambulatoriale, presso il SerT o il NOA. La situazione di dipendenza è pressoché divisa a metà fra dipendenza "attiva" (47,17%) e dipendenza "non attiva" (48,11%).

Emergono anche ulteriori fattori di rischio per il minore connessi alla presenza di comportamenti o condizioni di vita della madre come il subire maltrattamenti (17,92%) o l'essere soggetta a provvedimenti giudiziari (15,09%).

Tabella 5.8: Programmi terapeutici, dipendenza ed altri rischi dell'utenza femminile (madri) in carico presso la ASL MI 1. Anno 2006.

n. totale madri	programma terapeutico				situazione di td/al			ulteriore rischio					
	ambulatoriale	residenziale	altro (carcere, ...)	non rilevato	attiva	non attiva	non rilevato	prostituzione	spaccio	maltrattamenti	provvedim. giudiziari	non rilevato	altro
n	89	15	1	1	50	51	5	11	13	19	16	3	7
%	83,96	14,15	0,94	0,94	47,17	48,11	4,72	10,38	12,26	17,92	15,09	2,83	6,60

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

A seguito di questa rilevazione il lavoro era proseguito con una supervisione sulle prassi operative che aveva coinvolto anche alcuni operatori dei consultori, dei servizi sociali comunali, dei servizi di tutela minori.

La ricerca-esperienza ha fatto emergere alcune considerazioni condivise da tutti: vanno garantite tre funzioni:

il trattamento terapeutico degli adulti, la cura e tutela del processo di crescita dei figli in età evolutiva, il sostegno delle funzioni genitoriali ed eventuale mediazione dei conflitti nella coppia

perché queste producano esiti positivi è necessario un approccio integrato, interistituzionale, interorganizzativo, interprofessionale

occorre presidiare insieme le "zone grigie", le "zone di confine" tra le competenze delle istituzioni, organizzazioni, profili professionali

non è possibile definire buone prassi collaborative omogenee per tutta la ASL MI 1.

L'ambito formativo si è sviluppato con la realizzazione di due corsi di formazione.

Il primo, per una maggiore consapevolezza, ha coinvolto, nella primavera 2006, solo operatori ASL, in particolare SerT/NOA e Consultori; ha proposto agli operatori interventi di diverse discipline per affrontare i molteplici aspetti della questione: di carattere legale, sociale, medico, psicologico, dal punto di vista della madre alcol-tossicodipendente e dal punto di vista del figlio minore.

Il secondo, per una presa in carico condivisa, ha coinvolto insieme, nel maggio 2007, operatori ASL e operatori dei servizi sociali comunali, delle aziende e servizi di tutela minori, delle neuropsichiatrie infantili, del privato sociale che opera con i minori.

L'ambito istituzionale si sta sviluppando nel 2008 e, a partire dalle considerazioni emerse nei percorsi di ricerca e di formazione oltre che dalle evidenze e dalla letteratura scientifica, promuove l'attivazione in ogni distretto di un tavolo interorganizzativo e interistituzionale con le seguenti funzioni:

predisporre un protocollo collaborativo per la miglior presa in carico di nuclei familiari multiproblematici con genitori alcol-tossicodipendenti con figli minori
 creare le condizioni per la costituzione e il buon funzionamento di gruppi operativi sui casi

effettuare un monitoraggio periodico sull'applicazione del protocollo.

5.3.3 Giocatori d'azzardo – GAP – Giocarsi la vita

Nel periodo 2005-2006 si sono sviluppati nel territorio dell'ASL Milano 1 due progetti rivolti ai giocatori d'azzardo. Entrambi nascevano dalla necessità di dare risposte più organiche e qualificate ad una tipologia di bisogno che sta diventando sempre più diffusa.

Nel territorio dei Distretti 4 e 5 (Legnano e Castano) è stato finanziato con fondi L. 45/99 un progetto sperimentale sul gioco d'azzardo patologico intitolato *Reti d'azzardo* rivolto a giocatori patologici e loro famigliari, con la caratteristica di rivolgersi anche a operatori significativi della rete inviante. Il progetto è stato realizzato dagli operatori del SerT con la collaborazione dell'Associazione "AND" e della Cooperativa Sociale "Il Progetto".

Premessa per tale progetto era la riflessione che il comportamento di gioco d'azzardo patologico, seppur presente nella nosografia internazionale, non era sufficientemente indagato e affrontato, nonostante provochi conseguenze preoccupanti e distruttive nell'ambito delle relazioni famigliari, sociali, lavorative, nonché sul versante sanitario ed economico.

Il gioco d'azzardo rappresenta per la maggior parte delle persone un modo per rilassarsi e divertirsi ma, allorquando si oltrepassano i limiti, può diventare una vera e propria dipendenza che può generare considerevoli problemi.

Il progetto è stato articolato in tre tipologie di azioni, più una trasversale, con i seguenti obiettivi specifici:

- L'azione zero aveva l'obiettivo di attivare un gruppo di progetto (con operatori delle tre organizzazioni partner) che coordinasse le tre fasi occupandosi del monitoraggio e dell'armonizzazione delle azioni previste.
- L'azione uno aveva l'obiettivo di ricerca e sensibilizzazione:
 - indagare la conoscenza e la percezione del fenomeno tra alcuni interlocutori privilegiati (medici di medicina generale, pediatri, assistenti sociali dei Comuni, operatori dei SerT, dei NOA, dei Consultori Famigliari, dei Centri Psico-Sociali, parroci, operatori volontari Caritas, ecc.);
 - formare all'identificazione del problema e informare sui Servizi di cura specialistici;
 - restituire i risultati raccolti allo scopo di amplificare l'effetto delle azioni di sensibilizzazione.
- L'azione due aveva l'obiettivo di sperimentare e strutturare un modello di presa in carico ambulatoriale.
- L'azione tre aveva l'obiettivo di sperimentare e articolare un modello di presa in carico residenziale presso la Comunità Terapeutica della Cooperativa Sociale "Il Progetto", uno dei soggetti partner.

Nei due anni di progetto sono stati presi in carico presso il SerT di Parabiago 40 giocatori d'azzardo (33 maschi e 7 femmine), 23 dei quali fra i 30 e i 50 anni. In 33 casi i pazienti sono stati accompagnati da famigliari che hanno iniziato un percorso di sostegno parallelo al trattamento terapeutico. 29 soggetti avevano una attività lavorativa, che spesso rischia di essere compromessa dal problema del gioco.

I giochi prediletti fra questi giocatori sono le slot machine (25) seguite dalle scommesse sportive (9).

Le azioni di sensibilizzazione del territorio e di pubblicizzazione hanno permesso a diversi soggetti (129 medici di medicina generale, 17 pediatri di libera scelta, assistenti sociali degli enti locali dei due distretti) di acquisire informazioni sul tema, di confrontare le diverse esperienze, di acquisire competenze e di far parte di una rete territoriale che favorisca l'invio dei pazienti e dei famigliari ai servizi di cura.

Il progetto infatti ha permesso di costituire un'équipe specialistica sulla problematica e di attivare di un gruppo psico-educazionale per giocatori, ai quali è stato possibile offrire, oltre ad una presa in carico ambulatoriale, anche una consulenza legale e, in via sperimentale, percorsi terapeutici in una struttura residenziale.

Tutt'ora all'interno del servizio sono proposte diverse opzioni terapeutiche:

- percorso di psicoterapia individuale;
- terapia farmacologica specifica che tiene conto di eventuali comorbidità psichiatriche;
- percorsi di monitoraggio della situazione con o senza il coinvolgimento dei famigliari;
- piano di risanamento economico e riordino dei debiti;
- supporto ai famigliari.

Nel territorio del Distretto di Garbagnate Milanese il progetto, finanziato dalla Fondazione Cariplo, si è sviluppato a partire, oltre che da una significativa esperienza di presa in carico e trattamento multidisciplinare di persone con problemi di gioco d'azzardo patologico avviata circa due anni prima, da evidenze emerse in un precedente progetto rivolto a tossicodipendenti soggetti a procedimenti penali: i rischi di esclusione sociale si mostravano esponenzialmente maggiori per tutte quelle persone che associavano disturbi patologici da gioco d'azzardo con l'utilizzo di sostanze stupefacenti nell'ambito di un percorso giudiziario riferito alla commissione di reati.

A partire da segnalazioni di operatori penitenziari o di operatori ASL presenti negli istituti penali o su segnalazione dell'équipe del SerT di Limbiate per gli utenti in misura alternativa alla detenzione o in fine pena, il progetto prevedeva un inquadramento diagnostico multidisciplinare per valutare la presenza ed eventualmente la rilevanza della problematicità riferibile al gambling.

Nell'anno di sviluppo del progetto l'attività diagnostica ha riguardato 36 persone, delle quali 5 donne e 31 uomini, con un'età variabile dai 24 ai 63 anni, prevalentemente fra i 36 e i 55 anni (circa il 70%). Fra i 36 soggetti 20 erano in stato di detenzione nei diversi carceri di Milano e dell'area metropolitana, 5 agli arresti domiciliari, 7 in affidamento sociale sul territorio e 4 a fine pena.

L'indagine diagnostica ha evidenziato anche l'uso di sostanze stupefacenti da parte dei giocatori: 15 sono risultati utilizzare cocaina, 8 oppiacei, 6 alcool, 3 psicofarmaci e 4 nessuna sostanza.

Lo screening ha evidenziato la presenza di 8 "giocatori sociali", 19 "giocatori eccessivi" e 9 "giocatori patologici".

Fra loro sono stati presi in carico dall'équipe multidisciplinare 10 "giocatori eccessivi" e 6 "giocatori patologici" non in stato di detenzione in carcere. Le attività psico-educative sono state diversificate per le due categorie di soggetti. Complessivamente le attività proposte sono state l'accompagnamento educativo orientato al bilancio di competenze e all'orientamento alle risorse territoriali, interventi psicologici motivazionali e di sostegno al cambiamento, psicoterapie brevi, monitoraggio dei metaboliti per la verifica dell'astinenza da sostanze stupefacenti, interventi integrati ergo-socio-terapici ed educativi, terapia farmacologica antidepressiva, tutoring. Per ogni soggetto preso in carico è stata rinforzata la rete primaria di sostegno attraverso incontri con i famigliari.

Questa esperienza ha permesso di consolidare una metodologia di lavoro integrata e interprofessionale con operatori del privato sociale e di rinforzare le offerte trattamentali, sanitarie e riabilitative destinate all'utenza detenuta e con problematiche di dipendenza.

Tali azioni, a seguito delle due sperimentazioni, sono state implementate come attività d'istituto nei SerT di Parabiago e Limbiate.

5.4 INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO E LIMITAZIONE DEI RISCHI

Nel corso del 2006 è stata avviata l'attività dell' "Unità Mobile Giovani – Sistema di intervento per le nuove forme di consumo nei luoghi del divertimento", in via sperimentale, nei territori dei distretti di Rho, Corsico e Garbagnate Milanese. La realizzazione dell'Unità Mobile Giovani (UMG) è assegnata alla Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione (COLCE).

Precedenti esperienze, realizzate con i fondi della L.45/99 in questi distretti, avevano permesso di rilevare che:

tra i giovani viene considerato "normale" associare i momenti ricreativi, di tipo grupppale, all'uso di alcune sostanze che facilitano la comunicazione e "lo stare bene con gli altri" (aumento del piacere nell'incontro con gli amici o nella godibilità di un concerto)

l'alcol e la cocaina stanno diventando consumi (e spesso abusi) trasversali che coinvolgono sia la popolazione giovanile sia il mondo adulto

si assiste ad una massiccia diffusione e circolazione di sostanze e a consumatori ben informati sugli effetti ricercati

le stesse persone non dimostrano un'altrettanta buona informazione e competenza rispetto ai rischi connessi all'uso (guida in stato di ebbrezza, rapporti sessuali non protetti, colpo di calore) ed agli effetti indesiderati in relazione al consumo della sostanza in quanto tale (dipendenza, sindromi depressive, psicosi, overdose, ecc.)

spesso in loro manca la capacità di associare alcuni sintomi di disturbo della salute fisica e mentale, all'assunzione o all'abuso di droghe, con difficoltà ad esprimere richieste di aiuto.

L'intento della sperimentazione, che è finanziata con fondi della L. 45/99 riservati ad interventi di lotta alla droga di natura sociosanitaria, è di conseguire questi obiettivi:

offrire informazioni rispetto ai rischi connessi all'uso e abuso di sostanze psicoattive (lecite e illecite) ai giovani incontrati durante interventi diurni e/o notturni presso locali pubblici o durante manifestazioni quali concerti, feste ed eventi in genere che li coinvolgono

far conoscere ed orientare verso i diversi Servizi presenti sul territorio attraverso la realizzazione di queste azioni:

attività informative specifiche e distribuzione di materiale informativo sui rischi e sui danni

diffusione di occasioni di ascolto specifico, colloqui individuali, attività di counselling

orientamento e/o accompagnamento alla rete locale dei Servizi (SerT, NOA, Servizi Sociali, ecc.)

attività informative specifiche sugli aspetti legali

attività di promozione di stili di vita e di divertimento drug-free

lavoro di rete con gestori dei locali, lavoratori del mondo della notte, Forze dell'Ordine, Prefettura, Servizi Socio-sanitari di secondo livello, Servizi Sociali di area distrettuale e comunali, Volontariato e Privato sociale.

In una prima fase di sperimentazione (ottobre 2006 – aprile 2007) è stata posta particolare attenzione alla costruzione della rete con i servizi presenti nei tre distretti coinvolti (SerT di Rho, Corsico, Limbiate e NOA di Limbiate) e con i Piani di Zona degli stessi territori. In tutti e tre i distretti l'UMG partecipa al tavolo

tematico del Piano di Zona e, inoltre, nell'ambito del distretto di Rho è considerata parte integrante delle attività di prevenzione definite dal Piano di Zona.

È stata fatta inoltre una mappatura dei locali e dei luoghi del divertimento dei tre territori, e sono stati individuati alcuni gestori disponibili ad accogliere gli interventi dell'UMG; sul versante dei giovani e dei gruppi, le stesse uscite per la mappatura hanno permesso di ravvisare i contesti più problematici, di entrare in contatto con gruppi, di osservare comportamenti.

Nella seconda fase di attività della sperimentazione sono state effettuate 30 uscite (maggio - ottobre 2007) durante le quali gli operatori dell'UMG hanno incontrato 1212 persone. Di queste: 809 sono maschi e 403 sono femmine.

Le uscite consistono in interventi dell'UMG presso locali o nell'ambito di feste popolari o concerti. Vengono in genere privilegiati eventi organizzati, con un'affluenza consistente. Le attività coinvolgono più livelli e diversi momenti della "serata" (pre - durante - post). Il camper, di cui l'UMG è dotata e che contribuisce a renderla visibile, è il punto di riferimento e il luogo in cui si svolgono le attività, ad esempio:

distribuzione e presentazione di materiale informativo sulle sostanze stupefacenti, sulle malattie a trasmissione sessuale e sui Servizi Territoriali;

somministrazione di questionari e test sul consumo di alcol, con particolare riferimento al tema della guida in stato di ebbrezza;

somministrazione di questionari sul consumo di sostanze stupefacenti;

attività di animazione (tatuaggi con l'hennè, colorazione dei capelli, ecc.) come occasione di incontro con le persone;

proposta di momenti di sosta e di chill-out al termine di eventi significativi prima di riprendere il viaggio verso casa (uso dell'etilometro, fornitura di acqua, ecc.);

invio ed accompagnamento ai Servizi specialistici.

Fra le 1.212 persone incontrate dagli operatori della Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione che gestisce l'UMG durante una o più delle attività sopradescritte, 403 soggetti hanno accettato di sottoporsi al test dell'etilometro, hanno acconsentito alla registrazione dell'esito e alla somministrazione di un questionario.

Alcuni risultati significativi di questa rilevazione:

Tabella 5.9: Valori alcolimetrici.

Valori	n	%
da 0 a 0,49	226	56,08
0,5 limite legale	7	1,74
da 0,51 a 0,80	90	22,33
da 0,81 a 1,50	54	13,40
da 1,51 a 2,50	7	1,74
n.r.	19	4,71
Totale	403	100

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI1

Questa tabella permette di vedere che il 57,82% dei soggetti intercettati pur avendo assunto bevande alcoliche, risulta essere entro i limiti legali per mettersi alla guida.

Il restante 37,47% del campione risulta, invece, con un tasso superiore al limite legale, alcuni di questi in evidente stato di ubriachezza.

Delle persone con tasso sopra il limite legale, il 22,3% si colloca nella fascia 0,51-0,80, cioè in una situazione psicofisica nella quale mettersi alla guida diventa, oltre che un reato, anche difficoltoso e pericoloso per sé e per gli altri. Infatti, la letteratura afferma che con un tasso alcolico di 0,6 i movimenti e gli ostacoli vengono percepiti con ritardo; con 0,7 vi è una facilità a commettere errori anche di grave entità; con 0,8 vi è un'alterazione del comportamento e una guida pericolosa; con 0,9 vi è una forte diminuzione della capacità di giudizio e di valutazione delle distanze; con un tasso pari all'1,00 i tempi di reazione sono molto ritardati, la guida diviene irresponsabile e la capacità visiva minima.

Vi è poi un 13,4% che si colloca nella fascia 0,8-1,5 ed un 1,7% con un tasso alcolemico nella fascia 1,51-2,5 cioè con rischio, sempre secondo la letteratura, di coma etilico.

Occorre, comunque, dire che gli effetti dell'alcol non sono uguali per tutti e che esiste uno scarto tra quanto le persone dichiarano di percepire e gli effetti descritti in letteratura. Si riscontra, infatti, che molto spesso le persone non si riconoscono in questi ultimi. Ciò può essere spiegato in base a fisiologiche differenze nella capacità di ciascuno di metabolizzare l'alcol, oppure ad una diversa tolleranza alla sostanza, magari dovuta a differenti abitudini al consumo.

Resta comunque il dato che quasi il 37,5% delle persone testate risultano sopra il limite legale e che, se dovessero mettersi alla guida di un'auto o di una moto, commetterebbero un reato in maniera più o meno consapevole. In queste situazioni spesso gli operatori dell'unità mobile suggeriscono di non guidare, o di far guidare un'altra persona (amico/a, fidanzata/o, etc), oppure di non assumere più alcol durante la serata, di bere acqua e di tornare a effettuare un altro alcol test prima di mettersi in macchina. Accade anche che durante il colloquio, se la persona abbia intorno uno o più amici, qualcuno di loro si proponga come "guidatore sobrio".

Un'ulteriore area di indagine è stata l'intenzione di mettersi alla guida.

La Tabella 5.10 seguente riporta quante persone nella serata avrebbero dovuto guidare e che genere di mezzo.

Si osserva che il 58,56% (236 soggetti) ha risposto che avrebbe guidato un mezzo di trasporto, mentre il 40,45% (163 soggetti) non avrebbe guidato. Lo 0,99% (4 soggetti) non ha risposto alla domanda.

Ci si trova, quindi, di fronte a circa un 60% di guidatori.

Tabella 5.10: Intenzione di mettersi alla guida.

Stasera devi guidare?	n	%
Si	236	58,56
No	163	40,45
Non risponde	4	0,99
Totale	403	100,00

Quale mezzo devi guidare?	n	%
Auto	103	43,64
Moto/scooter	6	2,54
Bici	2	0,85
Non risponde	125	52,97
Totale	236	100,00

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La Tabella 5.11 riporta i valori delle etilometrie in relazione alla fascia di età. Non possono essere commentati i dati delle 2 fasce estreme in quanto la numerosità delle classi è troppo esigua.

Anche la fascia tra i 33 e i 37 anni è poco numerosa, solo 15 persone, pertanto, il dato che si evidenzia non è forse molto rappresentativo. Comunque, la maggior parte dei soggetti è oltre il limite legale: 11 su 15, pari al 73,33%, e di questi il 26,66% si trovavano in stato di forte alterazione.

Nella fascia di età dai 28 ai 32 anni oltre il 47% di coloro che si sono sottoposti al test hanno fatto rilevare un tasso superiore allo 0,5. È interessante notare come per questa fascia di età non vi siano grosse differenze numeriche tra coloro che si collocano tra 0,51 e 0,8 e coloro che si collocano tra 0,81 e 1,5, al contrario di quanto avviene nelle altre fasce di età.

Infine si osserva che la percentuale di chi si colloca oltre il limite legale cresce al crescere dell'età, così come crescono i valori delle etilometrie rilevate.

Tabella 5.11: Etilometrie per fasce d'età.

Valori	0/ 0,49	%	0,5	%	0,51/ 0,8	%	0,81/ 1,5	%	>1,5	%	Totale
Età											
13-17	5	71,43	2	28,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7
18-22	82	63,57	2	1,55	28	21,71	14	10,85	3	2,33	129
23-27	89	60,96	3	2,05	32	21,92	20	13,70	2	1,37	146
28-32	43	53,09	0	0,00	21	25,93	17	20,99	0	0,00	81
33-37	4	26,67	0	0,00	7	46,67	2	13,33	2	13,33	15
>37	3	50,00	0	0,00	2	33,33	1	16,67	0	0,00	6
Totale	226		7		90		54		7		384

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La Tabella 5.12 riporta i dati relativi al consumo di sostanze stupefacenti negli ultimi 30 giorni, così come dichiarato dal campione e messo in relazione con le modalità di consumo. Solo 102 soggetti hanno risposto alla domanda.

Le risposte restituiscono un quadro che vede in primo piano il consumo di cannabis e derivati, con una modalità di consumo abbastanza costante nel tempo: infatti, 53 dei 69 consumatori di cannabinoidi dichiarano di farlo con una frequenza mensile.

La seconda sostanza più utilizzata è la cocaina anche se con numeri decisamente più bassi.

Si ottiene, quindi, un quadro generale che evidenzia:

- a) le persone non sono tanto disponibili a parlare o a dire delle loro abitudini relative al consumo, vige una sorta di non fiducia: "non mi espongo perché non so chi sei";
- b) coloro che invece si fidano hanno consumi prevalentemente legati alla cannabis, non sporadici ma ben integrati nella vita quotidiana.

Tabella 5.12: Consumo di sostanze negli ultimi 30 giorni.

	Mai	1 volta al mese o meno	2-3 volte al mese	1-3 volte la settimana	4 volte la settimana o più spesso	Totale
Hashish o marijuana (spinelli, erba)	33	16	12	12	29	69
Ecstasy (pasticche ...)	97	1	4	0		5
Amfetamine (eccitanti)	99	3	0	0	0	3
Eroina e/o altri oppiacei (codeina, morfina, metadone)	102	0	0	0	0	0
Allucinogeni (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina,)	100	2	0	0	0	2
Sostanze inalanti (popper, colle, solventi..)	101	1	0	0	0	1
Cocaina	95	7	1	0	0	8
Crack	102	0	0	0	0	0

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

5.4.1 Il Sistema di monitoraggio e di allerta rapido

Obiettivo generale del progetto sperimentale MDMA era l'implementazione di un sistema di monitoraggio rapido dell'uso di nuove droghe e/o di droghe note che, per le variazioni nella loro composizione o per nuove modalità d'uso, possano considerarsi pericolose, ai fini di attivare il sistema di intervento e diffondere elementi di conoscenza sulle sostanze in questione ed il loro trattamento, anche immettendo le informazioni su apposito sito web.

Avevano partecipato alla sperimentazione a livello regionale, dal 2004 al 2006, le 4 ASL della provincia di Milano (Città di Milano, Milano 1, Milano 2, Milano 3), la Questura di Milano, il Comando Nucleo Regionale di Polizia Tributaria Lombardia della Guardia di Finanza, il Comando Provinciale dei Carabinieri, l'Università Statale di Milano, l'Istituto Superiore di Sanità con il compito di coordinamento e il Coordinamento degli Enti Ausiliari Regione Lombardia.

Dal 2007, dopo la conclusione del progetto sperimentale MDMA, la Regione ha deciso di dotarsi di un sistema efficace e coordinato di "allerta" e di "attenzione" in caso di circolazione di sostanze particolarmente pericolose o della comparsa di modalità di consumo particolarmente a rischio (Progetto SAR Droghe). Questo nuovo progetto coinvolge ora tutte le Aziende Sanitarie della Regione, oltre agli altri soggetti.

Il nuovo progetto prevede azioni specifiche a livello locale.

Nella ASL MI1 dal 2006 si sta sviluppando una rete locale stabile ed attiva di collaboratori di organizzazioni pubbliche e private, nonché di competenze professionali diverse, che rende possibile identificare precocemente sia le nuove droghe emergenti che i nuovi tipi di preparazione rispetto a droghe già conosciute, consentendo quindi un intervento preventivo di maggiore efficacia.

Le azioni del progetto SAR Droghe nell'ASL MI1 si sono sviluppate in ambiti considerati strategici attraverso le seguenti azioni:

scambio di informazioni

sviluppo della reciproca conoscenza per la costruzione di una rete e di una sinergia fra i diversi soggetti

diffusione di informazioni.

L'obiettivo è la realizzazione di un sistema locale a carattere continuativo, in grado di agire come dispositivo di segnalazione tempestiva, attraverso un'analisi scientifica ed una valutazione del rischio, con il coinvolgimento delle forze dell'ordine e della polizia locale. Ognuna delle parti si porrà come osservatore e referente privilegiato instaurando una relazione sinergica con il resto del sistema.

6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga

6.2 Malattie infettive droga correlate

6.2.1 Test sierologico HIV

6.2.2 Test epatite virale B

6.2.3 Test epatite virale C

6.3 Ricoveri alcol tabacco e droga correlati

6.3.1 Episodi di ricovero

6.3.2 Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci

6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

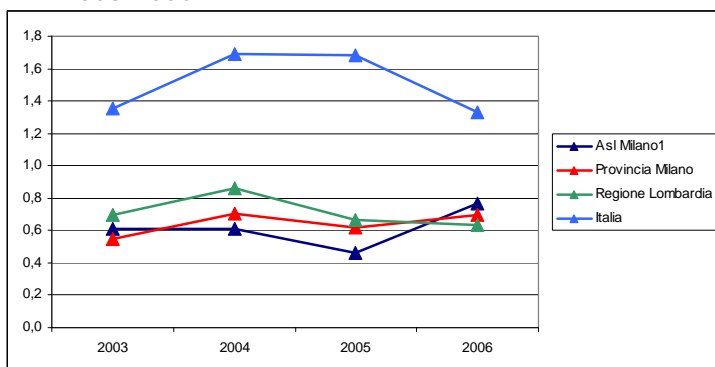
6.1 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA

I dati del Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, sebbene presentino alcuni limiti¹, rappresentano la fonte più aggiornata sulla mortalità per overdose.

Nel 2006 nei comuni afferenti all'area dell'ASL MI1 si sono registrati 5 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 0,8 mentre su quello provinciale e regionale si attesta rispettivamente sullo 0,7 e 0,6) a fronte di 1,3 della media nazionale (Grafico 6.1).

Rispetto al triennio precedente, si osservano sostanzialmente gli stessi trend a livello locale, con una diminuzione dei tassi rilevati nel 2005, ed un leggero incremento nell'ultimo anno, laddove a livello nazionale si registra una tendenza inversa.

Grafico 6.1: 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 MI1, così come quelli nell'intera provincia, erano tutti di sesso maschile (a livello regionale e nazionale

¹ 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).

si contano circa un decesso tra le donne ogni 10 decessi tra gli uomini). L'età media al decesso, pari a 34 anni e mezzo anni, è sostanzialmente simile a livello regionale (mentre a livello nazionale e provinciale è pari a 36 anni).

Le sostanze a cui sono stati attribuiti² i decessi verificatisi nel territorio aziendali sono per lo più imprecisate, è l'unico caso ricondotto a qualche sostanza rimanda all'abuso di cocaina (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).

I deceduti nel territorio aziendale nel 2006 erano tutti di nazionalità italiana, laddove a livello provinciale e regionale circa 1 su 10 risultano stranieri (a livello nazionale gli stranieri deceduti nel 2006 sono il 7% dei casi rilevati).

6.2 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Uno degli indicatori chiave per il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze indicato dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCCDA) è rappresentato dalle malattie infettive droga correlate (HIV, Epatite B ed Epatite C).

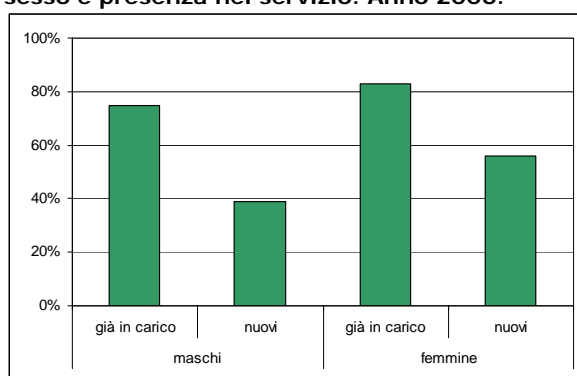
Risulta quindi di notevole importanza l'analisi del lavoro svolto all'interno dei servizi per l'individuazione di eventuali soggetti affetti dalle suddette malattie così come l'analisi delle caratteristiche di questi soggetti

6.2.1 Test serologico HIV

Presso i servizi per tossicodipendenze della ASL MI1 nel 2006 sono stati effettuati 1159 test volti alla ricerca del virus HIV.

I soggetti sottoposti a questo tipo di esame clinico sono soprattutto le utenti femmine (il 77% delle femmine in trattamento) e soggetti già noti ai servizi (76% contro il 41% dei nuovi utenti).

Grafico 6.2: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento sottoposti al test HIV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.

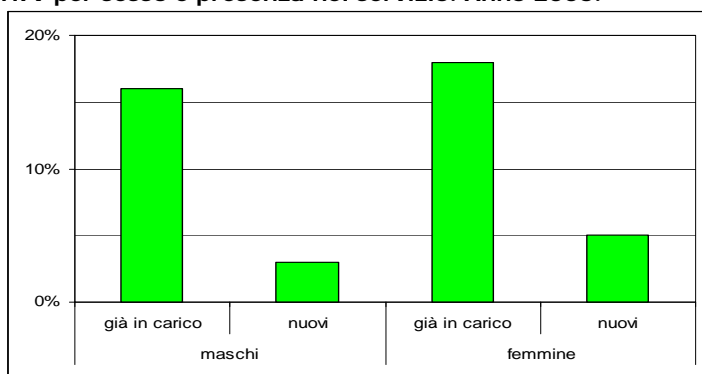


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

² 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.

È risultato positivo il 14% dei soggetti testati, la positività è stata riscontrata soprattutto tra i soggetti già in carico: è affetto dal virus HIV il 16% dei soggetti già in carico testati rispetto al 3% dei nuovi ingressi sottoposti al test.

Grafico 6.4: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento risultati positivi al test HIV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.

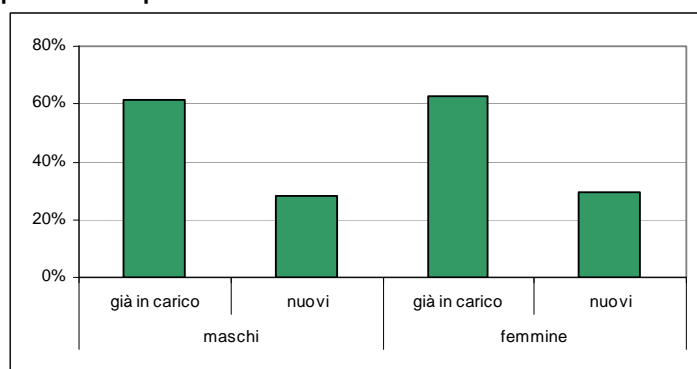


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

6.2.2 Test epatite virale B

Per la ricerca del virus dell'epatite di tipo B sono stati invece effettuati 918 test. Anche in questo caso sono soprattutto i soggetti già in carico ad esser stati sottoposti al test (il 62% contro il 29% dei nuovi utenti).

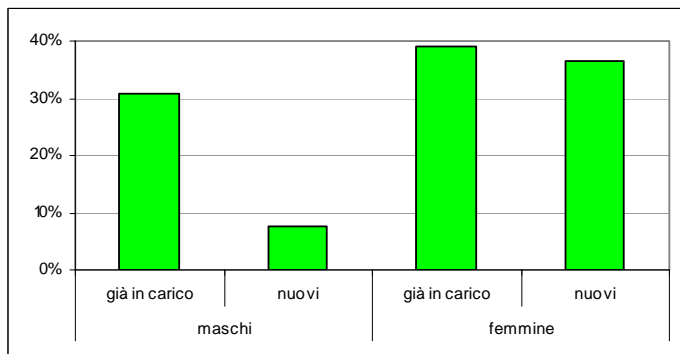
Grafico 6.3: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento sottoposti al test HBV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La positività è stata riscontrata nel 29% dei soggetti testati. In particolare sono risultati positivi tra i già in carico il 31% dei maschi e il 39% delle femmine, mentre tra i nuovi utenti risulta affetto dal virus dell'epatite B il 36% delle femmine e l'8% dei maschi sottoposti al test.

Grafico 6.4: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento risultati positivi al test HBV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

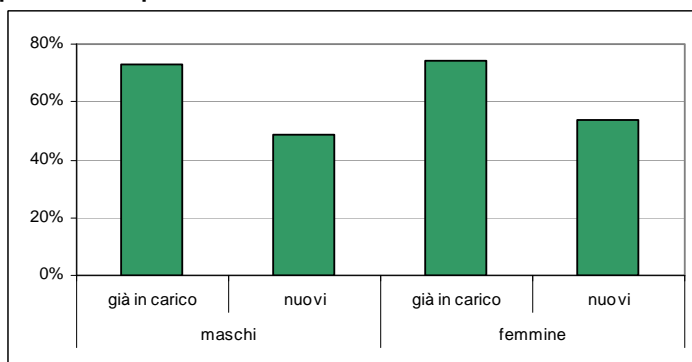
Rispetto alla vaccinazione per l'epatite B, si rileva che il 13% dei soggetti in carico risulta precedentemente vaccinato. Nella distinzione degli utenti per sesso e presenza all'interno del servizio, risultano vaccinati il 6% dei maschi già in carico e il 31% dei nuovi utenti dello stesso sesso, tra le femmine già in carico è vaccinata il 10% delle utenti rispetto al 35% tra i nuovi ingressi.

6.2.3 Test epatite virale C

Un maggior numero di test (1.154 esami) è stato rivolto all'individuazione del virus responsabile dell'epatite C.

Ad essere sottoposti al test sono in questo caso il 73% dei maschi già in carico e il 74% delle femmine della stessa categoria; tra i nuovi utenti l'esame per la ricerca del virus responsabile dell'epatite di tipo C è stato effettuato sul 49% dei maschi e il 54% delle femmine.

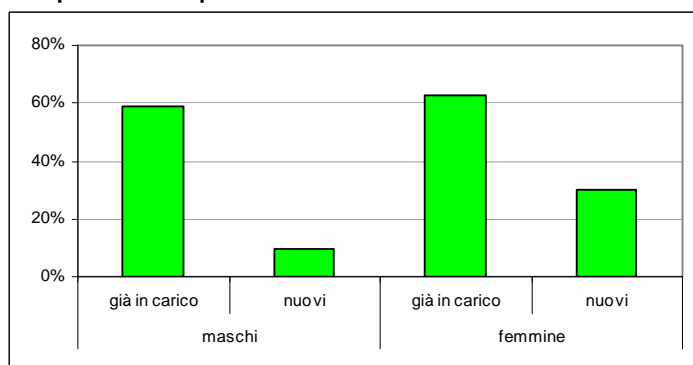
Grafico 6.5: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento sottoposti al test HCV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

L'elevata positività osservata a questo tipo di indagine (51% dei soggetti testati) potrebbe suggerire o una maggiore diffusione di questo virus tra l'utenza tossicodipendente o una maggiore selezione degli individui da sottoporre all'esame.

Grafico 6.6: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento risultati positivi al test HCV per sesso e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

6.3 RICOVERI ALCOL, DROGA E TABACCO CORRELATI

Nel seguente paragrafo viene fornita la descrizione, per gli anni 2000-2006, del ricorso alle strutture ospedaliere lombarde, per motivi correlati al consumo di alcol tabacco e droghe, da parte di residenti nel territorio della ASL MI1.

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 6.1 e 6.2 si riportano i codici ICD-9 CM impiegati ai fini della stesura del presente paragrafo³.

³ 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 6.1: Categorie di diagnosi correlate all'uso di alcol e tabacco.

Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol	
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
Diagnosi di ricovero ad eziologia multifattoriale per le quali si suppone un rapporto di causalità con l'alcol	
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
Ipertensione 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
Diagnosi di ricovero correlate all'uso di tabacco	
Disturbi da uso di tabacco	305.1
Effetti tossici del tabacco	989.84

Tabella 6.2: 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

6.3.1 Episodi di ricovero

Nel periodo 2000-2006 i ricoveri correlati a droghe, alcol e tabacco, che hanno riguardato pazienti residenti nella ASL MI1, sono stati complessivamente 120.578

Tali ricoveri presentano nella diagnosi principale e/o in una delle concomitanti uno o più codici riportati nelle Tabelle 6.1 e 6.2. Per quanto attiene ai ricoveri 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 110.033 (pari a ca. il 91% dell'intero collettivo), 10.062 (ca. il 9% dell'intero collettivo) totalmente attribuibili all'uso di alcol, 650 (ca. il 0.6% dell'intero collettivo) a quello di tabacco e 2.907 (circa il 2% dell'intero collettivo) quelli con diagnosi direttamente correlata all'uso di droghe e psicofarmaci (Tabelle 6.3 e 6.4); il totale complessivo supera la suddetta quota di 120.578 ricoveri in quanto alcuni ricoveri riportano nelle diverse diagnosi concomitanti codici che fanno riferimento contemporaneamente a più tipologie diagnostiche.

Tabella 6.3: Distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri alcol e tabacco correlati. Anni 2000-2006.

Diagnosi di ricovero ad eziologia multifattoriale per le quali si presume un rapporto di causalità con l'alcol	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	totale
Tumori maligni del cavo orale e faringe	2.7%	2.3%	2.2%	1.9%	2.6%	2.7%	3.1%	2.5%
Tumori maligni del esofago	1.3%	1.1%	1.4%	1.1%	1.3%	1.0%	1.0%	1.2%
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari	5.1%	4.7%	4.5%	4.5%	5.0%	5.4%	5.3%	4.9%
Tumori maligni della laringe	1.1%	1.1%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.3%	1.2%
Iperensione essenziale	76.7%	75.9%	75.5%	76.0%	74.7%	73.8%	72.7%	75.1%
Coma epatico ed ipertensione portale	1.8%	2.2%	2.4%	2.7%	2.5%	2.4%	3.4%	2.4%
Altre malattie epatiche	11.4%	12.6%	12.7%	12.4%	12.8%	13.4%	13.3%	12.6%
totale n°	16.152	17.296	16.768	15.560	15.652	14.955	13.650	110.033
%	100	100	100	100	100	100	100	100
Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'uso di alcol								
Psicosi da alcol	4.0%	3.3%	3.6%	3.8%	5.0%	4.9%	4.3%	4.1%
Sindrome di dipendenza da alcol	29.8%	29.6%	23.4%	24.0%	19.6%	21.0%	19.0%	24.1%
Abuso di alcol senza dipendenza	9.8%	8.6%	7.4%	7.8%	9.7%	11.7%	13.5%	9.7%
Polineuropatia alcolica	1.5%	1.3%	1.4%	1.3%	1.3%	1.5%	1.2%	1.4%
Cardiomiopatia alcolica	0.5%	0.6%	0.7%	0.5%	0.5%	0.7%	0.4%	0.6%
Gastrite alcolica	0.3%	0.8%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%
Alcolemia elevata	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
Effetti tossici da alcol etilico	0.3%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
Steatosi, epatite e cirrosi alcolica	53.8%	55.3%	62.9%	62.2%	63.6%	59.7%	60.8%	59.5%
Danni da alcol al feto o neonato attravers. la plac.	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
totale n°	1.533	1.710	1.491	1.378	1.288	1.294	1.368	10.062
%	100	100	100	100	100	100	100	100
Diagnosi di ricovero correlate all'uso di tabacco								
Disturbi da uso di tabacco	54	33	89	130	94	116	134	650

Elaborazione su dati della ASL MI1

Tabella 6.4: Distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci. Anni 2000-2006.

Diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe e psicofarmaci	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	totale
Psicosi da droghe	7.7%	8.1%	6.8%	6.6%	7.4%	7.0%	4.9%	7%
Dipendenza da oppioidi	17.4%	12.2%	9.4%	9.5%	8.8%	7.4%	5.6%	10%
Dip. da barbiturici, sedativi o ipnotici	2.0%	1.8%	1.0%	0.8%	0.9%	0.4%	1.2%	1%
Dipendenza da cocaina	4.2%	3.0%	4.2%	9.5%	7.4%	10.8%	5.1%	6%
Dipendenza da cannabinoidi	1.5%	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%	0.2%	1.6%	1%
Dip. da amfetamine o altri psicostimolanti	0.0%	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0%
Dipendenza da allucinogeni	0.0%	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0%
Dip. da combin. di sost. oppioidi con altre	0.2%	1.4%	0.5%	1.1%	1.4%	0.7%	0.2%	1%
Dipendenza da combinazioni senza oppioidi	0.0%	0.2%	0.5%	0.3%	0.2%	0.0%	1.2%	0%
Dipendenza da altre droghe	1.0%	2.1%	3.9%	4.2%	2.8%	3.1%	2.8%	3%
Abuso di cannabinoidi	5.0%	6.2%	6.5%	6.4%	7.9%	7.4%	8.1%	7%
Abuso di allucinogeni	0.5%	0.2%	0.3%	0.5%	0.2%	0.2%	0.5%	0%
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	4.2%	5.8%	6.0%	4.0%	4.6%	4.5%	3.5%	5%
Abuso di oppioidi	4.7%	3.7%	3.1%	2.1%	2.8%	0.9%	0.9%	3%
Abuso di cocaina	3.5%	5.1%	7.3%	10.6%	10.9%	8.1%	11.6%	8%
Abuso di amfet. o altri psicostimolanti	0.2%	0.5%	0.5%	0.3%	0.0%	0.4%	0.2%	0%
Abuso di antidepressivi	1.7%	0.7%	1.8%	0.5%	0.9%	1.6%	2.8%	1%
Abuso di altre droghe o combinazioni	9.9%	11.1%	9.4%	14.3%	14.2%	15.7%	14.4%	13%
Avvelenamento da oppio	0.0%	0.9%	0.3%	1.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0%
Avvelenamento da eroina	1.2%	0.9%	0.5%	0.3%	1.2%	0.2%	0.2%	1%
Avvelenamento da metadone	0.5%	0.5%	0.0%	0.3%	0.0%	0.2%	0.0%	0%
Avvelenamento altri oppiacei	0.0%	0.5%	0.8%	1.1%	1.2%	0.4%	0.7%	1%
Avvelenamento da barbiturici	1.5%	1.8%	1.6%	0.3%	0.9%	0.2%	1.2%	1%
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	5.0%	5.5%	3.4%	4.8%	7.2%	7.8%	4.4%	6%
Avvelenamento da anestetici -cocaina	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0%
Avvelenamento da antidepressivi	4.7%	3.9%	4.7%	2.4%	3.5%	4.7%	4.4%	4%
Avvelenamento da tranquillanti	19.9%	18.2%	21.1%	13.3%	11.6%	12.6%	19.9%	17%
Avvel. da psicodisleptici (allucinogeni)	0.2%	0.0%	0.5%	0.3%	0.0%	0.4%	0.2%	0%
Avvelenamento da psicostimolanti	0.5%	0.2%	0.0%	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0%
Avv. da altre sostanze psicotrope	1.2%	2.8%	2.1%	1.9%	1.6%	2.2%	2.3%	2%
Avv. da antagonisti degli oppiacei	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0%
Gravid. e bamb. nati da madri consum. di droghe	1.2%	1.6%	3.1%	3.2%	1.6%	1.3%	2.1%	2%
totale n°	403	434	384	377	431	446	432	2.907
%	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaborazione su dati della ASL MI1

La maggior parte di tali degenze sono avvenute all'interno dei reparti di psichiatria (circa 32%) 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 ca. 55% e 37%) ed infine quelli di cardiologia (poco più del 27%) per le diagnosi correlate all'uso di tabacco. In Tabella 6.5 si riportano le frequenze percentuali degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi.

Tabella 6.5: Frequenza percentuale degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi.

REPARTO	Diagnosi correlate all'uso di droghe e psicofarmaci	Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol	Diagnosi correlate all'uso di tabacco	Diagnosi indirettamente correlate all'uso di alcol
Cardiochirurgia	0.0%	0.0%	0.2%	1.3%
Cardiologia	0.6%	0.4%	27.5%	7.3%
Chirurgia generale	1.6%	4.9%	5.5%	8.3%
Chirurgia vascolare	0.1%	0.3%	0.5%	1.8%
Malattie endocrine del ricambio e nutr.	0.6%	0.1%	0.8%	1.1%
Malattie infettive e tropicali	4.0%	2.0%	0.0%	1.2%
Medicina del lavoro	0.0%	0.1%	15.8%	0.1%
Medicina generale	28.7%	55.3%	14.9%	36.7%
Nefrologia	0.1%	0.3%	0.0%	0.9%
Neurologia	13.2%	3.9%	9.8%	5.4%
Oculistica	0.1%	0.1%	0.0%	0.7%
Ortopedia e traumatologia	0.7%	1.2%	0.2%	2.6%
Ostetricia e ginecologia	1.1%	0.1%	0.3%	1.0%
Otorinolaringoiatria	0.2%	0.8%	0.0%	2.6%
Pediatria	3.9%	1.0%	6.0%	0.3%
Psichiatria	31.8%	14.4%	0.6%	0.3%
Urologia	0.4%	0.6%	0.2%	3.5%
Terapia Intensiva	6.9%	1.0%	1.2%	0.6%
Unita' Coronarica	0.9%	0.3%	1.4%	2.2%
Recupero e riabilitazione funzionale	1.3%	2.1%	4.8%	8.7%
Gastroenterologia	0.2%	7.1%	0.2%	2.2%
Oncologia	0.1%	0.7%	0.0%	2.8%
Pneumologia	0.2%	0.5%	8.6%	2.4%
Altri reparti	3.3%	3.1%	1.5%	6.1%
totale n°	2.907	10.062	650	110.033
%	100	100	100	100

Elaborazione su dati della ASL MI1

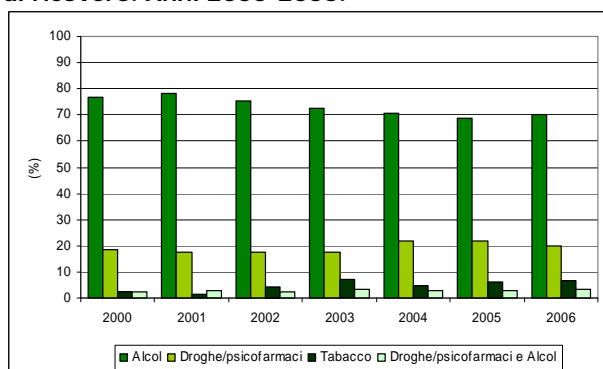
Nei paragrafi a seguire verranno analizzati solo i ricoveri con diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, droga e tabacco; verrà pertanto escluso il gruppo riportante diagnosi ad eziologia multifattoriale.

6.3.2 Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci

Ricoveri

La presente analisi riguarda i 13.203 ricoveri con diagnosi principale o concomitante totalmente attribuibile in circa il 73% dei casi all'uso di alcolici, seguono le sostanze stupefacenti ed il tabacco con valori che sono rispettivamente di quasi il 19% e 5%; 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 (nel Grafico 6.7 si riportano le variazioni percentuali rilevate nel corso del periodo di riferimento 2000-2006).

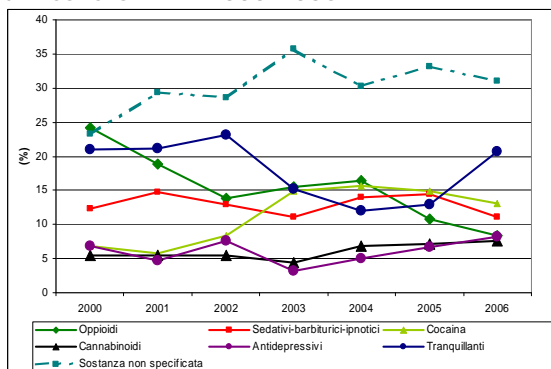
Grafico 6.7: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso indicate in diagnosi per anno di ricovero. Anni 2000-2006.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Per quanto attiene alle droghe e psicofarmaci (2.528 ricoveri) quasi il 18% delle degenze risultano attribuibili all'uso di tranquillanti, seguono gli oppioidi (circa 15%), sedativi-barbiturici-ipnotici (13%), cocaina (poco più dell'11%), cannabinoidi e antidepressivi (entrambi circa 6%); per circa il 30% delle diagnosi droga correlate non risulta indicata la sostanza d'abuso. Nel Grafico 6.8 si riporta la distribuzione delle sostanze d'abuso indicate in diagnosi nel corso del periodo 2000-2006.

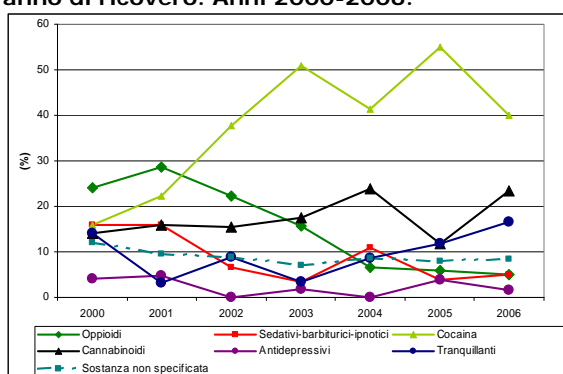
Grafico 6.8: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso indicate in diagnosi per anno di ricovero. Anni 2000-2006.



Elaborazione su dati della ASL MI1

In circa il 15% (pari a 377 ricoveri) dei ricoveri droga correlati si rilevano anche diagnosi legate all'abuso di alcolici. La sostanza che risulta abbinata all'alcol, nella maggior parte delle situazioni, è la cocaina (circa 37 %) seguono cannabinoidi (quasi 17%), oppioidi (16%), Sedativi-barbiturici-ipnotici/tranquillanti (poco più del 9%) ed infine antidepressivi (2%); per circa il 9% delle diagnosi droga correlate abbinate al consumo alcolici, non risulta indicata la sostanza d'abuso. Nel Grafico 6.9 si riporta la distribuzione delle diverse sostanze abbinata all'alcol nel corso del periodo 2000-2006.

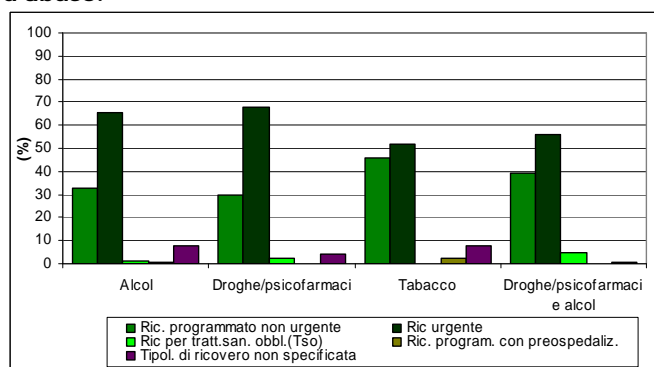
Grafico 6.9: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso abbinata all'uso di alcol, per anno di ricovero. Anni 2000-2006.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Quasi il 61% dei 13.203 ricoveri effettuati nel corso dell'intero periodo di riferimento è stato a carattere urgente, il 31% di tipo programmato non urgente, per l'1.4% si è trattato di trattamenti sanitari obbligatori e lo 0.5% ha riguardato ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione (per il restante 6.5% non risulta specificata la tipologia di ricovero effettuato): nel Grafico 6.10 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di ricovero, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi.

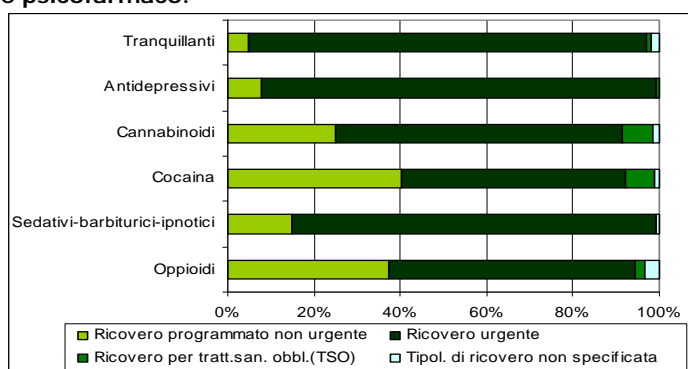
Grafico 6.10: Frequenza percentuale delle diverse tipologie di ricovero, per sostanza d'abuso.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Circa il 65% dei 2.528 ricoveri che presentano diagnosi attribuibili al consumo di droghe e psicofarmaci è stato a carattere urgente, il 28% di tipo programmato non urgente, per il 2,3% delle situazioni si è trattato di trattamenti sanitari obbligatori e lo 0,8% ha riguardato ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione (per il restante 4,3% non risulta specificata la tipologia di ricovero effettuato). Nel Grafico 6.11 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di ricovero, effettuate in base alle diverse droghe/psicofarmaci riportati in diagnosi.

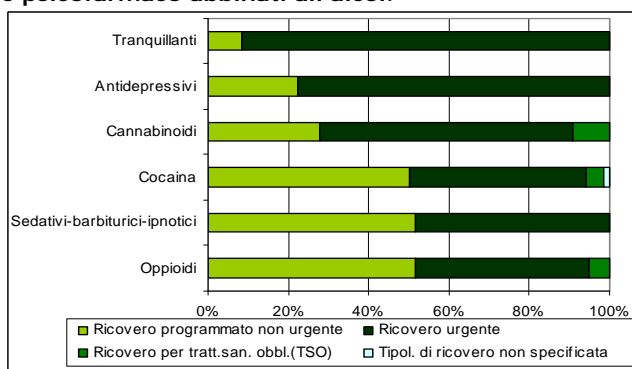
Grafico 6.11: Frequenza percentuale delle diverse tipologie di ricovero, per specifica droga e psicofarmaco.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Per quanto attiene ai 377 ricoveri che presentano diagnosi attribuibili all'uso di droghe/psicofarmaci in abbinamento con alcol, il 55,5% è stato a carattere urgente, il 39% di tipo programmato non urgente e per il 4,5% delle situazioni si è trattato di trattamenti sanitari obbligatori (per il restante 1% non risulta specificata la tipologia di ricovero effettuato). Nel Grafico 6.12 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di ricovero, effettuate in base alle diverse droghe/psicofarmaci riportati in diagnosi.

Grafico 6.12: Frequenza percentuale delle diverse tipologie di ricovero, per specifica droga e psicofarmaco abbinati all'alcol.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Pazienti ricoverati

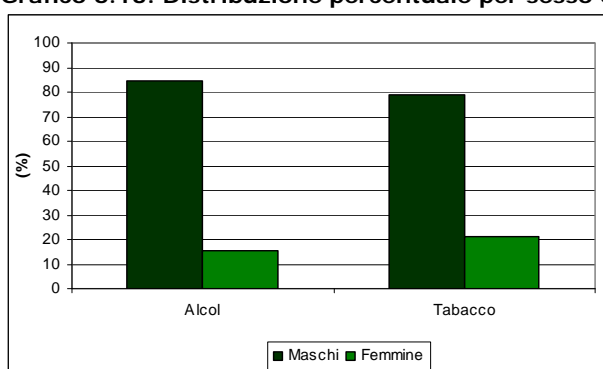
Alcol e tabacco

Nel presente paragrafo verrà effettuata un'analisi dei pazienti che presentano in diagnosi di ricovero patologie correlate all'uso di alcol e tabacco.

I 10.062 e 650 ricoveri alcol e tabacco correlati, avvenuti nel periodo 2000-2006, fanno riferimento rispettivamente a 5.413 e 618 pazienti.

I maschi risultano maggiormente rappresentati in entrambe le sostanze considerate con valori percentuali pari all'84% per l'alcol e 79% per il tabacco (Grafico 6.13).

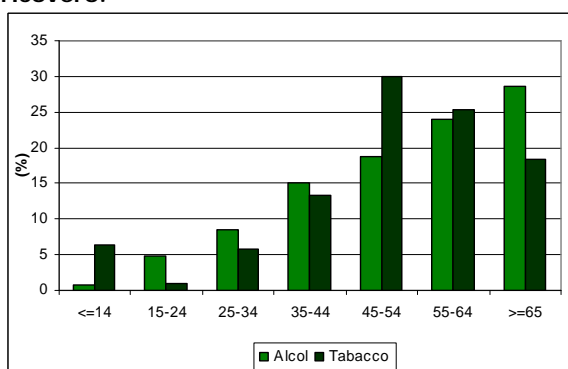
Grafico 6.13: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Differenze di rilievo si evidenziano invece relativamente all'età (Grafico 6.14): le percentuali più elevate di pazienti ricoverati per diagnosi attribuibili all'abuso di alcol le ritroviamo tra gli ultra 55enni (53%) mentre per quanto attiene al tabacco la maggior parte dei ricoverati li abbiamo nella classe d'età 45-54 anni (30%).

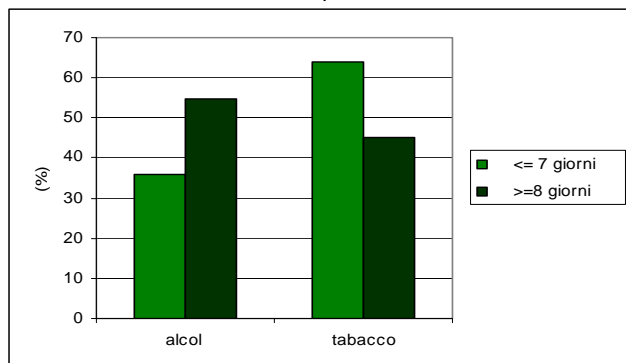
Grafico 6.14: Distribuzione percentuale per classi d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

L'analisi della distribuzione percentuale del numero di giornate di degenza alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario nel corso del periodo 2000-2006 evidenzia che, la percentuale più elevata di pazienti sottoposti ad 8 o più giorni di ricovero la ritroviamo tra gli alcolisti (Grafico 6.15).

Grafico 6.15: Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero, effettuata in base alla sostanza d'abuso, correlata al ricovero.

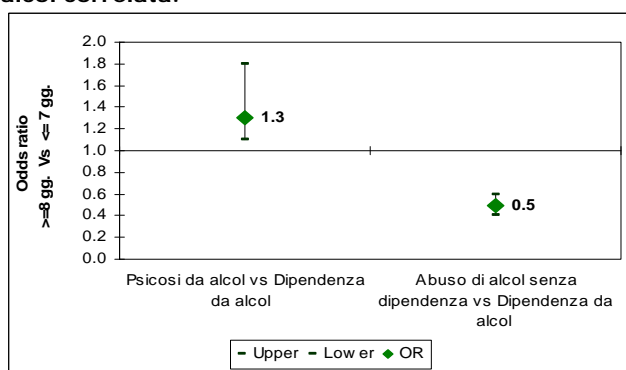


Elaborazione su dati della ASL MI1

Attraverso un modello di regressione logistica, si è voluto inoltre studiare l'associazione tra il tipo di diagnosi psicologica alcol correlata ed il numero di giornate di ricovero a cui i pazienti sono stati sottoposti sempre nel corso del periodo di riferimento (Grafico 6.16).

Nel Grafico 6.16 si riporta l'“odds ratio” (rapporto dei rischi) tra il “rischio” (quindi la probabilità) di venire sottoposti ad un numero di giornate di degenza pari a “8 o più” piuttosto che “7 o meno” che hanno i ricoverati con diagnosi di “Psicosi da alcol” o “Abuso di alcol senza dipendenza” rispetto alle situazioni di “Dipendenza”; tale probabilità, a parità di sesso ed età, è di circa il 30% in più (OR 1.3) per le situazioni di psicosi e si dimezza (OR 0.5) nel caso di quelle di abuso. Valori maggiori dell'unità identificano quindi un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa. Vengono riportati, inoltre, gli intervalli di confidenza (Upper/Lower) degli “odds-ratio”: se l'intervallo non comprende l'1, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa.

Grafico 6.16: Risultati del modello di regressione logistica relativo alla diagnosi psicologica alcol correlata.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Droghe e psicofarmaci

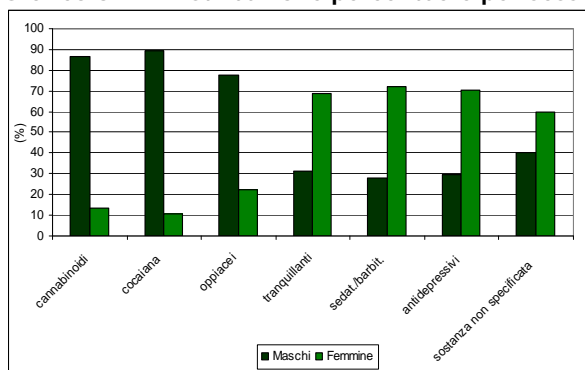
Nel presente paragrafo verranno analizzati i pazienti che presentano in diagnosi di ricovero patologie correlate all'uso di droghe e psicofarmaci.

I 2.907 ricoveri droga correlati, avvenuti nel periodo 2000-2006, fanno riferimento a 2.185 pazienti: circa l'88% (pari a 1.910 pazienti) presentano in diagnosi di ricovero codici relativi unicamente all'uso di droghe e psicofarmaci, la restante quota (pari a 275 pazienti) risultano invece ricoverati oltre che per uso di sostanze psicotrope anche di alcol.

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di droghe e psicofarmaci

Nel Grafico 6.17 si riporta la distribuzione per sesso e sostanza d'abuso dei pazienti ricoverati per consumo di droghe e psicofarmaci. I maschi rappresentano complessivamente circa il 52% del gruppo considerato; se le femmine risultano maggiormente rappresentate tra i degenti che fanno uso di antidepressivi, sedativi/barbiturici e tranquillanti le quote più elevate di maschi le ritroviamo tra i consumatori di cannabinoidi, cocaina ed oppiacei (Grafico 6.17).

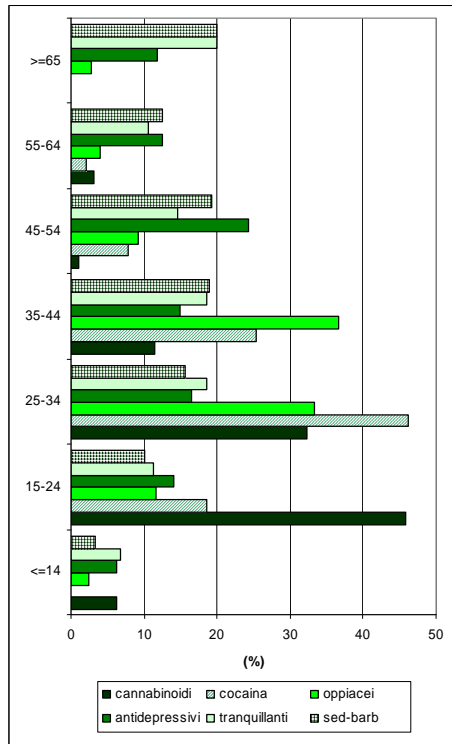
Grafico 6.17: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

L'analisi dell'età (Grafico 6.18) evidenzia che, se da un lato i consumatori di droghe sono maggiormente rappresentati nelle classi d'età più giovani, le percentuali più elevate di consumatori di psicofarmaci le ritroviamo tra coloro che sono un po' più avanti negli anni.

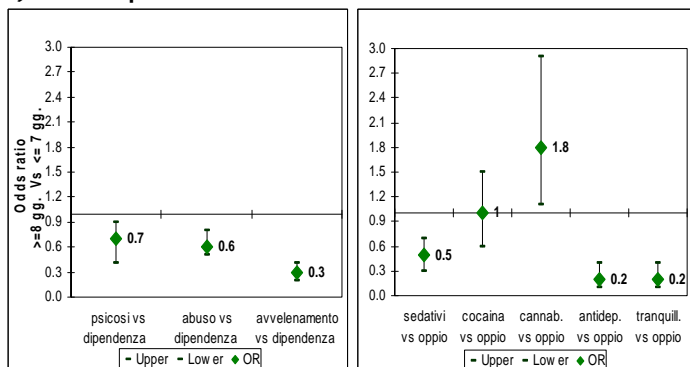
Grafico 6.18: Distribuzione percentuale per classe d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

Anche qui, attraverso due modelli di regressione logistica, si è voluto studiare l'associazione tra il tipo di diagnosi psicologica droga correlata (Grafico 6.19a) e la sostanza riportata in diagnosi (Grafico 6.19b) con il numero di giornate di ricovero: "8 o più giornate contro 7 giornate o meno".

Grafico 6.19: Risultati dei modelli di regressione logistica
a) sinistra: per diagnosi;
b) destra: per sostanza.



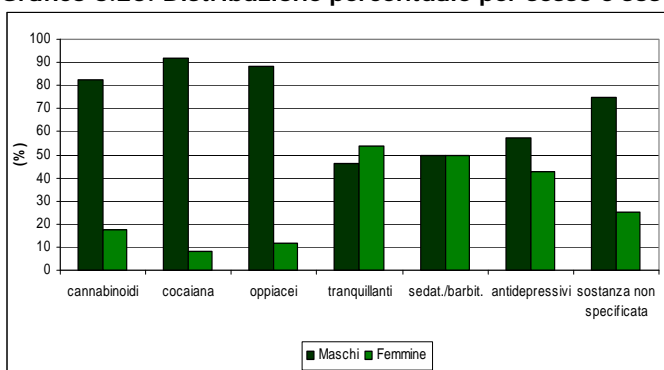
Elaborazione su dati della ASL MI1

Nel Grafico 6.19a si riporta l'“odds ratio” (rapporto dei rischi) tra il “rischio” (quindi la probabilità) di venire sottoposti ad un numero di giornate di degenza pari a “8 o più giornate” piuttosto che “7 o meno” che hanno i ricoverati con diagnosi di “Psicosi”, “Abuso” o “Avvelenamento” rispetto alle situazioni di “Dipendenza”; tale probabilità risulta inferiore ($OR < 1$) per tutte e tre le tipologie di diagnosi. Per quanto attiene invece alla sostanza (Grafico 6.19b), i pazienti che riportano diagnosi relative al consumo di “Cannabinoidi”, “Sedativi”, “Cocaina”, “Antidepressivi” e “Tranquillanti” rispetto all'uso di “Opiacei” presentano una probabilità di essere ricoverati per “8 o più giornate” che è di circa l'80% in più ($OR 1.8$) nel caso dei cannabinoidi, si dimezza ($OR 0.5$) per i sedativi e diminuisce ulteriormente ($OR 0.2$) quando si tratta di ricoverati per abuso di antidepressivi e tranquillanti (non si rilevano invece associazioni statisticamente significative per quanto attiene alla cocaina $OR=1$).

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di droghe/psicofarmaci abbinati anche all'uso di alcolici

Nel Grafico 6.20 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 fatta eccezione per i sedativi/barbiturici in cui i due sessi sono presenti in eguale misura ed i tranquillanti per i quali la quota delle femmine arriva a quasi il 54%.

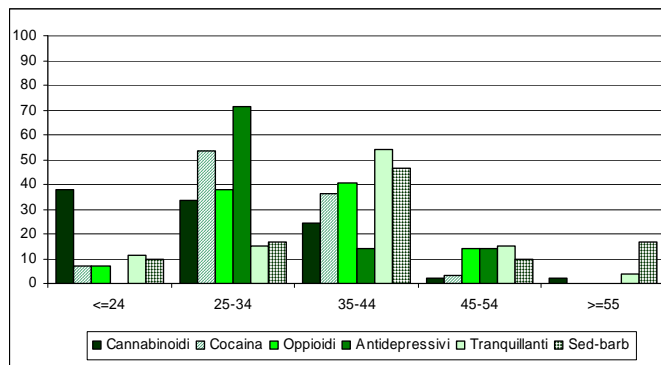
Grafico 6.20: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

La distribuzione per età (Grafico 6.21) evidenzia che se nella classe dei più giovani (under 24enni) ritroviamo la maggior parte dei pazienti che hanno abbinato all'alcol i cannabinoidi, tra i 25enni-34enni abbiamo soprattutto gli antidepressivi e cocaina e tra i 35enni-44enni i tranquillanti ed oppioidi.

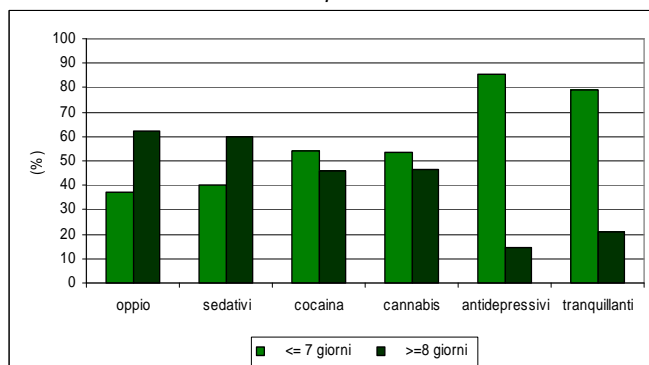
Grafico 6.21: Distribuzione percentuale per classi d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

L'analisi della distribuzione percentuale del numero di giornate di degenza (Grafico 6.22) alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario nel corso del periodo 2000-2006 evidenzia che, la percentuale più elevata di pazienti sottoposti ad 8 o più giorni di ricovero la ritroviamo tra quanti hanno abbinato all'abuso di alcolici anche quello di oppiacei (circa 63%) e sedativi (circa 60%).

Grafico 6.22: Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero, effettuata in base alla sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazione su dati della ASL MI1

7. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

7.1 Reati droga correlati

7.2 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari

7.2.1 Adulti

7.2.2 Minori

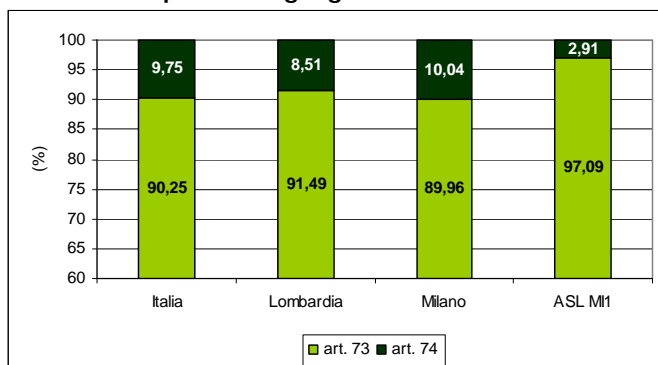
7. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

7.1 REATI DROGA CORRELATI

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, 103 nei comuni di competenza dell'ASL MI1.

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 nella Regione e nelle provincia di Milano (rispettivamente il 9% ed il 10%) e scende a circa il 3% nei comuni della ASL. 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 7.1).

Grafico 7.1: 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 ed il 3% nei comuni di competenza della ASL.

Rispetto alla popolazione residente nelle aree di interesse, nel 2006 in Italia ed in Lombardia sono stati denunciati circa 8 soggetti ogni 10.000 residenti tra i 15 ed i 64 anni, circa 9 a Milano ed 1 nei comuni della ASL. Standardizzando per età sulla popolazione italiana, il tasso osservato a livello comunale si attesta a circa 2x10.000, risultando comunque inferiore sia a quello della Regione che della Provincia (rispettivamente circa 8 e 9x10.000).

Circa il 90% dei denunciati per questi reati è di genere maschile, percentuale che sale al 92% passando dal livello regionale a quello dell'area MI1 (circa il 91% in Lombardia ed il 93% nella provincia di Milano).

Gli stranieri, poco meno del 29% in Italia, rappresentano il 50% dei denunciati in Lombardia, il 53% a Milano ed il 41% nei comuni afferenti alla ASL.

Ad eccezione dell'area MI1, in cui il numero di denunciati per associazione finalizzata al traffico è esiguo (3 soggetti), in tutte le altre partizioni geografiche, gli italiani risultano coinvolti nel reato più grave previsto dall'art. 74 in proporzione maggiore rispetto agli stranieri (circa l'11% vs l'8% in Italia, il 9% vs l'8% in Lombardia, il 14% vs l'8% a Milano).

L'età media dei denunciati è di circa 30 anni in Italia, circa 31 in Lombardia e nei comuni della ASL MI1 e quasi 32 nella Provincia di Milano, complessivamente più elevata tra i deferiti per l'art. 74 e tra gli italiani (Tabella 7.1).

Tabella 7.1: Distribuzione dell'età media e deviazioni standard degli italiani e stranieri denunciati per art. 73 e 74 nelle diverse partizioni geografiche.

	Totale Denunciati		Art. 73		Art. 74	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Italiani	30,57	9,87	30,02	9,69	35,17	10,13
Stranieri	29,95	8,41	29,60	8,30	33,79	8,65
Italia	30,39	9,48	29,90	9,31	34,84	9,81
Italiani	32,00	10,20	31,43	10,02	37,61	10,28
Stranieri	30,18	8,45	29,81	8,31	34,21	8,93
Lombardia	31,09	9,41	30,61	9,23	36,01	9,80
Italiani	33,51	10,46	32,78	10,34	38,11	10,06
Stranieri	30,26	8,77	29,71	8,47	36,80	9,70
Milano	31,79	9,74	31,11	9,49	37,60	9,92
Italiani	31,60	11,01	31,24	10,78	41,50	17,68
Stranieri	30,80	8,52	30,90	8,60	27,00	--
ASL MI1	31,27	10,02	31,10	9,89	36,67	15,04

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

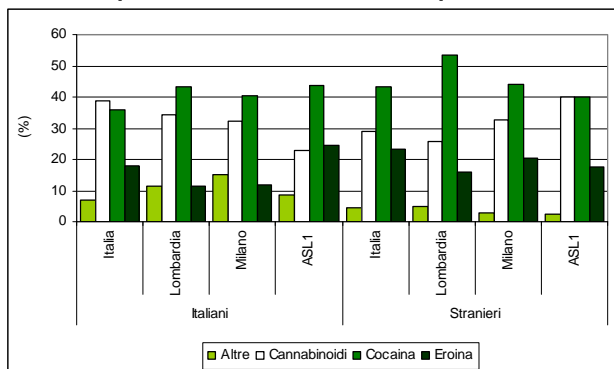
Senza differenze di rilievo in base al tipo di reato, l'emanazione dei provvedimenti restrittivi ha riguardato circa il 79% dei denunciati in Italia, l'83% in Lombardia, l'88% a Milano e l'87% nell'area ASL MI1.

Complessivamente tali provvedimenti riguardano più gli stranieri che gli italiani con quote dell'85% in Italia, del 91% in Lombardia, del 93% a Milano e del 98% nei comuni di competenza della ASL1 contro il 76% l'82% ed il 79%, rispettivamente in Italia e Lombardia, nella provincia ed a livello ASL.

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 42% nell'ASL MI1, mentre quella per i cannabinoidi rispettivamente circa il 36%, il 30% nella regione e nel territorio ASL, ed il 32% nel capoluogo. I deferiti per eroina rappresentano infine, rispettivamente circa il 20% dei denunciati, il 14%, il 16% ed il 22%.

Distinguendo per nazionalità, si osserva che, passando dal livello nazionale a quello provinciale, le quote di denunciati per eroina e cocaina risultano superiori tra gli stranieri rispetto agli italiani, mentre nel territorio ASL tale distribuzione si inverte (Grafico 7.2).

Grafico 7.2: 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)

7.2 CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI ENTRATI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

7.2.1 Adulti

Senza variazioni rispetto al livello nazionale, negli istituti penitenziari della Regione e della Provincia, nel corso del 2006 sono entrati rispettivamente 4.252 e 2.067 detenuti per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti, pari al 29% del totale degli ingressi.

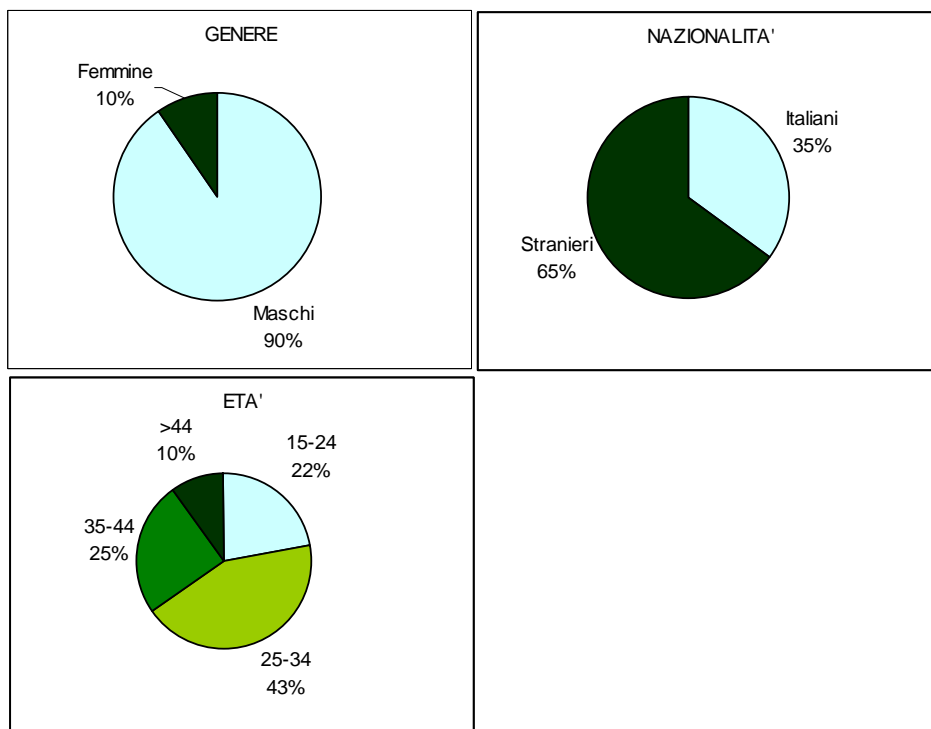
Tabella 7.2: Ingressi complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90.

	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%

Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

In linea con quanto osservato nella penisola, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche (Grafico 7.3) evidenzia la netta preponderanza del genere maschile, mentre la presenza di detenuti di nazionalità estera risulta consistentemente superiore al 40% rilevato a livello nazionale (61% in Lombardia, 65% a Milano). 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 vs 35 anni).

Grafico 7.3: Distribuzione percentuale per genere, nazionalità, e classi di età dei soggetti entrati negli istituti penitenziari della Provincia per reati in violazione del DPR 309/90.

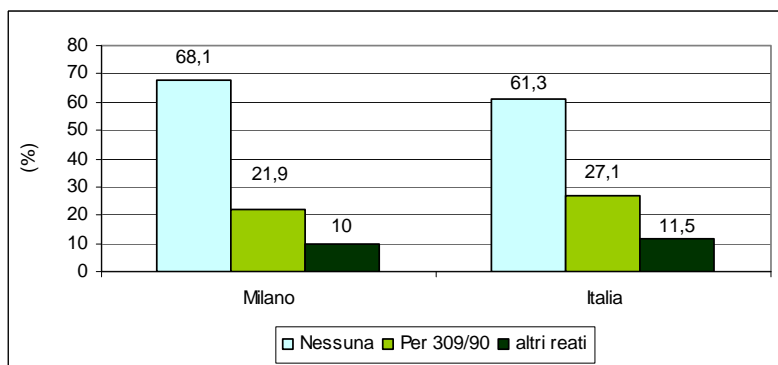


Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Il 95% dei detenuti in Lombardia ed il 96% a Milano, è entrato negli istituti penitenziari per reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti, mentre il restante 5% e 4% per i crimini di associazione previsti dall'art. 74 dello stesso DPR. A livello nazionale tali percentuali si assestano rispettivamente al 93% ed al 7%.

Senza variazioni rispetto al livello regionale, a Milano il 68% circa dei casi non ha precedenti carcerazioni, il 22% è rientrato per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti ed il restante 10% per altro tipo di crimini. Rispetto al territorio nazionale, risulta più elevata la quota di soggetti alla prima carcerazione (Grafico 7.4).

Grafico 7.4: Distribuzione percentuale per precedenti carcerazioni dei soggetti entrati negli istituti penitenziari delle diverse partizioni geografiche per reati in violazione del DPR 309/90.

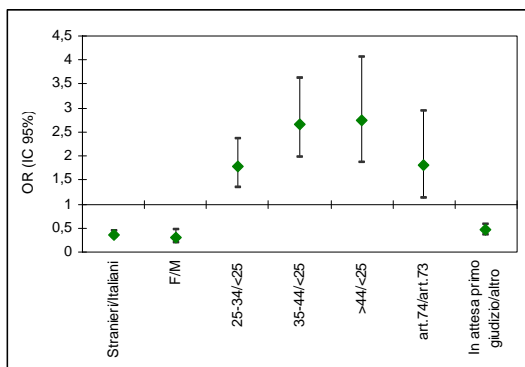


Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Tra gli stranieri la quota di neocarcerati si assesta a valori compresi tra il 74% in Italia e Lombardia, ed il 75% a Milano, mentre tra gli italiani tali percentuali non superano il 58% (circa il 53% in Italia ed il 55% a Milano).

Negli istituti di Milano, la probabilità di avere precedenti carcerazioni piuttosto che non averne, risulta significativamente inferiore per gli stranieri rispetto agli italiani, per le femmine rispetto ai maschi, tra coloro in attesa di primo giudizio piuttosto che in altre posizioni giuridiche. Tale probabilità risulta di contro, significativamente superiore per i detenuti di età maggiore rispetto ai più giovani e tra i soggetti entrati per i reati più gravi rispetto a quelli previsti dall'art. 73.

Grafico 7.5: Risultati del modello di regressione logistica aggiustato per genere, età, nazionalità, posizione giuridica e reato (precedenti carcerazioni vs prima detenzione).



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

7.2.2 Minori

Nel corso del 2006, i detenuti entrati nell'istituto penale per minorenni di Milano per crimini previsti dal DPR 309/90 sono stati 36.

Come già rilevato nel caso degli istituti penali per adulti, anche in quello per minorenni si osserva la netta preponderanza di stranieri (circa il 75% a Milano ed il 60% in Italia), circa il 72% proviene da Marocco e solo un caso dall'ex Jugoslavia.

L'età media è di poco inferiore ai 17 anni (deviazione standard di circa 1 anno), mentre la classe maggiormente rappresentata è quella tra i 16 ed i 17 anni.

La totalità dei casi è detenuta per reati relativi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73; in Italia il 93%) e, come già rilevato sul territorio nazionale, nella maggior parte dei casi non risultano precedenti carcerazioni (92% in Lombardia, 90% in Italia).

Il 64% è in attesa di primo giudizio (quasi il 66% in Italia), mentre il 28% è appellante (circa il 23% in Italia).

8. RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

8.1 Reinserimento sociale

- 8.1.1 Alloggio
- 8.1.2 Istruzione e formazione
- 8.1.3 Occupazione
- 8.1.4 Assistenza sociale di base

8.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

8. RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

8.1 REINSERIMENTO SOCIALE

In base alle risposte fornite dalla Regione Lombardia al questionario strutturato dell'EMCDDA sul reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, 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 4 aree relative all'alloggio, all'istruzione/formazione, all'occupazione e all'assistenza sociale di base.

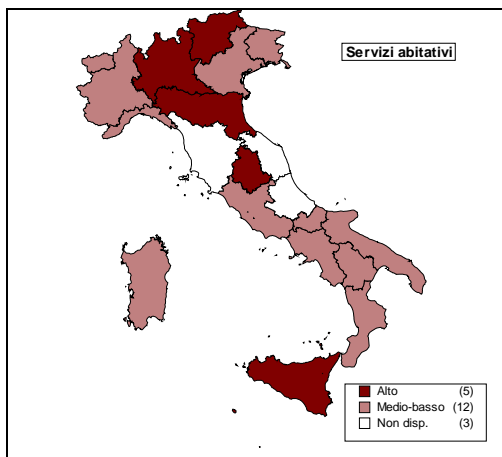
8.1.1 Alloggio

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 8.1) le più attive in tale ambito d'intervento.

Grafico 8.1: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi abitativi a livello regionale. Anno 2006.



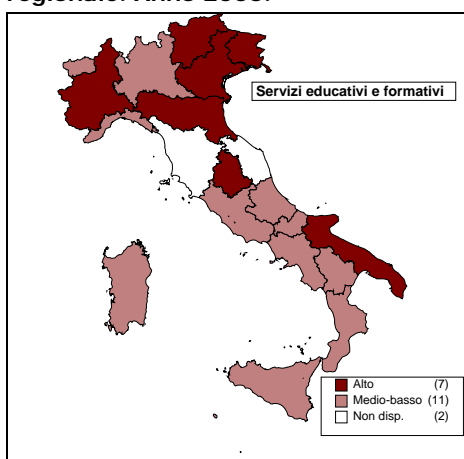
Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

8.1.2 Istruzione e formazione

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 medio-bassi livelli 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 8.2).

Grafico 8.2: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi educativi e formativi a livello regionale. Anno 2006.



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

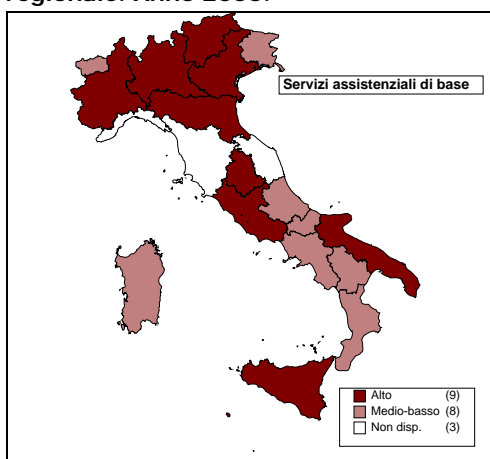
8.1.3 Occupazione

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.

8.1.4 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 8.3), che offrono una più alta e variegata tipologia di assistenza sociale di base per i soggetti tossicodipendenti.

Grafico 8.3: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi assistenziali di base a livello regionale. Anno 2006.



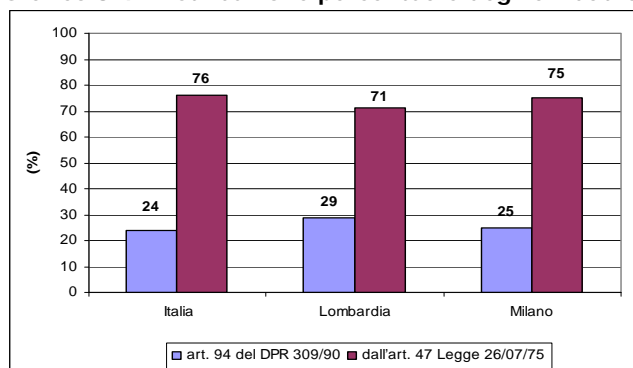
Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

8.2 MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE PER TOSSICODIPENDENTI

Nel 2006, in Italia, sono state affidate ai Servizi sociali 11.653 persone, 2139 in Lombardia e 1086 nella provincia di Milano. Sostanzialmente in linea con quanto rilevato a livello nazionale, a Milano (Grafico 8.4) la quota di soggetti che hanno iniziato o proseguito un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza¹ (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).

¹ L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (art. 94 TU 309.90) riguarda sia i tossicodipendenti che gli alcolodipendenti, nella quasi totalità dei casi si tratta però di soggetti tossicodipendenti.

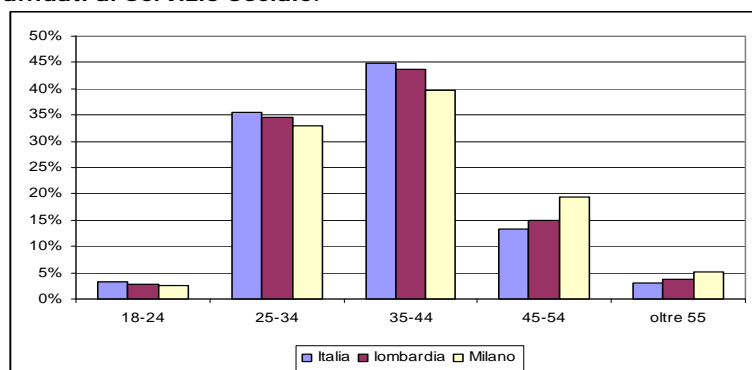
Grafico 8.4: Distribuzione percentuale degli affidati al Servizio Sociale (anno 2006).



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 stranieri.

Grafico 8.5: Distribuzione percentuale, per classi di età, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.

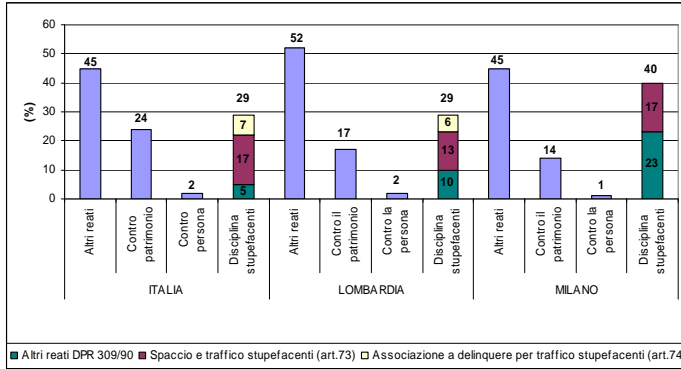


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

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 8.6) 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 8.6: 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

9. ANALISI DEI COSTI E DELLE PRESTAZIONI

9.1 Le prestazioni tariffarie

9.1.1 Le prestazioni tariffate per macroaggregazione

9.2 Simulazione dei ricavi da prestazioni tariffarie nel 2006

9.2.1 I ricavi

9.3 Le prestazioni rese a soggetti con diversa sostanza d'abuso primaria

9.3.1 Volume medio di prestazioni per utente e ricavi medi

9. ANALISI DEI COSTI E DELLE PRESTAZIONI

9.1 LE PRESTAZIONI TARIFFARIE

9.1.1 Le prestazioni tariffate per macroaggregazione

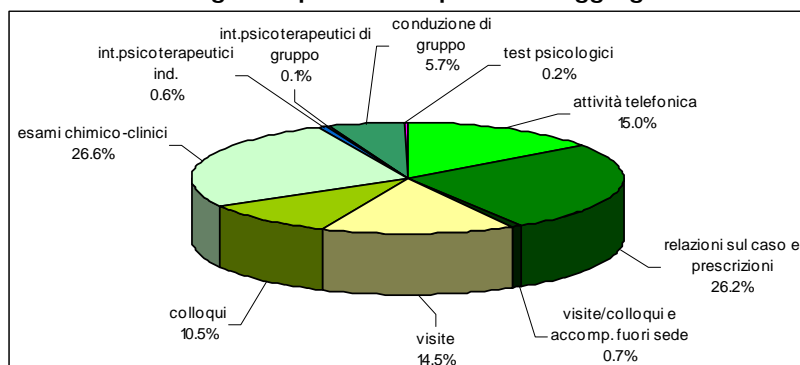
Nel corso del 2006 è andata stabilizzandosi la sperimentazione sulla tariffazione delle prestazioni erogate dai SerT della Lombardia, in atto nella regione dal 1° gennaio 2005 con la rilevazione dei dati effettuata su singolo record.

Il grafico seguente illustra la distribuzione percentuale delle prestazioni erogate nel 2006 a tutti gli utenti afferenti presso le Unità Operative del Servizio Territoriale Dipendenze della ASL MI1; va specificato che l'utenza qui considerata, ovvero i fruitori di prestazioni, comprende anche gli appoggiati e i soggetti non tossicodipendenti.

Le tipologie di prestazioni che risultano maggiormente erogate nelle sedi territoriali sono gli esami, le relazioni sul caso e prescrizioni dove in questa voce rientrano le certificazioni relative all'affido dei farmaci, le visite, i colloqui e l'attività telefonica (secondo le indicazioni SESIT sono comprese in questa categoria le informazioni specifiche di prevenzione, le informazioni sui test clinici, il counselling telefonico, il management clinico telefonico ed altre attività)

Non sono qui rappresentate, in quanto ricomprese nella quota forfettaria assegnata per ogni utente in carico, alcune attività con componente numerica significativa, quali ad esempio la somministrazione di farmaci e gli incontri di equipe. Sono altresì escluse quelle attività che rientrano nella sesta area (progettazione e attuazione di interventi di prevenzione, reinserimento lavorativo, ecc).

Grafico 9.1: Mixing delle prestazioni per macroaggregazione. Anno 2006.



Elaborazione dati su singolo record ASLMI1

9.2 SIMULAZIONE DEI RICAVI DA PRESTAZIONI TARIFFARIE NEL 2006

9.2.1 I ricavi

La tabella seguente (Tabella 9.1) riporta i ricavi derivanti dal sistema delle prestazioni tariffate per macroaggregazioni di prestazioni e a livello generale.

Tabella 9.1: Ricavi derivanti dalle prestazioni erogate dal servizio secondo le macroaggregazioni. Anno 2006.

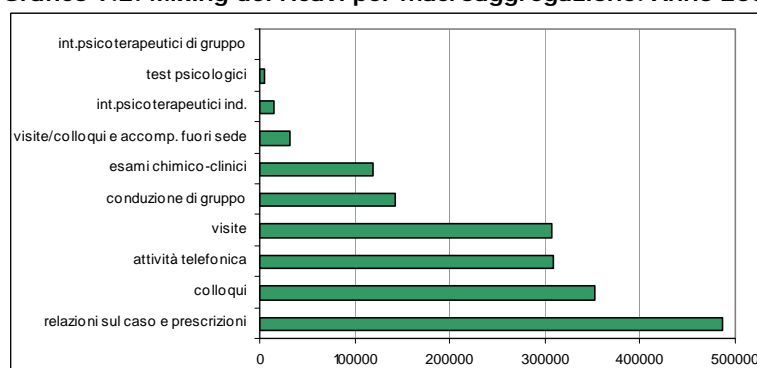
Macro-aggregazione di prestazioni	Ricavi 2006
Attività telefonica	€ 309.140
Relazione sul caso e prescrizioni	€ 485.831
Visite/colloqui e accompagnamenti fuori sede	€ 32.315
Visite	€ 306.846
Colloqui	€ 352.618
Esami chimico-clinici	€ 119.107
Interventi psicoterapeutici individuali	€ 15.554
Interventi psicoterapeutici di gruppo	€ 2.119
Conduzione di gruppo	€ 142.354
Test psicologici	€ 4.198
TOTALE	€ 1.770.081

Elaborazione dati su singolo record ASLMI1

Come rappresentato nel Grafico 9.2, nel 2006 la tipologia "Relazione sul caso/prescrizioni" risulta quella che apporta i ricavi maggiori seguita da "Colloqui", "Attività telefonica" e "Visite".

Decisamente ancora contenuti i ricavi legati alle attività di psicoterapia e ai test. La modalità di valorizzazione degli interventi psicoterapeutici di gruppo è stata equiparata a quella per la conduzione di gruppi non psicoterapeutici.

Grafico 9.2: Mixing dei ricavi per macroaggregazione. Anno 2006.



Elaborazione dati su singolo record ASL MI1

L'attività telefonica e di management, presente in misura consistente, testimonia la quantità di energie e tempo speso dagli operatori nel lavoro di rete necessario alla gestione dei casi. Gli interlocutori coinvolti, sempre con il consenso dell'interessato, sono sia istituzioni sanitarie (es. aziende ospedaliere, medici di famiglia, ecc.), sia strutture riabilitative, sia altri servizi del territorio.

Nei SerT le aggregazioni di attività prevalenti sono le "relazioni sul caso e prescrizioni" (33%) e gli "esami chimico-clinici" (30%), seguono "attività telefonica" (16%), "visite" (11%) e "colloqui" (7%); in misura minore si rilevano "interventi psicoterapeutici individuali", "visite/colloqui e accompagnamenti fuori sede" e "conduzione di gruppo" (1% per tutte queste tipologie).

Nei SerT, in considerazione della maggiore quota di utenti in terapia sostitutiva, sono maggiormente rappresentate alcune prestazioni ad essa collegate (certificazioni, esami urine, ecc). Analogamente a causa del maggior numero di utenti segnalati dalle prefetture o sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria è anche maggiore la percentuale delle relazioni

Differente risulta l'attività all'interno dei NOA dove le tipologie di prestazioni maggiormente erogate sono "visite" (24%), "conduzione di gruppo" (22%) e "colloqui" (21%).

Il 15% delle attività all'interno dei NOA fa riferimento a "esami chimico-clinici", il 13% è rappresentato da "attività telefonica", mentre le "relazioni sul caso e prescrizioni" e "visite/colloqui e accompagnamenti fuori sede" rappresentano rispettivamente il 2% e l'1% delle prestazioni complessivamente erogate in questa tipologia di struttura (Tabella 9.2).

Tabella 9.2: Distribuzione delle macro-aggregazioni per tipologia di servizio. Anno 2006.

	SerT	NOA
attività telefonica	16%	13%
relazioni sul caso e prescrizioni	33%	2%
visite/colloqui e accomp. fuori sede	1%	1%
visite	11%	24%
colloqui	7%	21%
esami chimico-clinici	30%	15%
int.psicoterapeutici ind.	1%	0%
int.psicoterapeutici di gruppo	0%	0%
conduzione di gruppo	1%	22%
test psicologici	0%	0%

Elaborazione dati su singolo record ASLMI1

9.3 LE PRESTAZIONI RESE A SOGGETTI CON DIVERSA SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

In questo paragrafo si analizza la distribuzione delle prestazioni erogate suddivise sulla base delle principali sostanze d'abuso primarie (eroina, cocaina e cannabis) dichiarate dai soggetti che hanno usufruito delle prestazioni stesse.

L'analisi ha lo scopo di descrivere eventuali differenze nella tipologia di attività rese a questi soggetti, sia tra loro, che rispetto al collettivo generale dei pazienti del Dipartimento.

Tabella 9.3: Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate per tipologia di intervento e sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.

	Oppiacei	Cocaina	Cannabis	Alcol
attività telefonica	11,8%	26,3%	17,9%	13,4%
relazioni sul caso e prescrizioni	42,8%	7,6%	11,1%	2,5%
visite/colloqui e accomp. fuori sede	0,4%	1,3%	1,0%	0,9%
visite	9,9%	15,3%	16,1%	24,0%
colloqui	4,7%	13,3%	11,8%	21,4%
esami chimico-clinici	29,9%	30,8%	37,6%	15,4%
int.psicoterapeutici ind.	0,3%	2,1%	0,3%	0,3%
int.psicoterapeutici di gruppo	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%
conduzione di gruppo	0,1%	2,3%	3,4%	21,9%
test psicologici	0,1%	0,9%	0,6%	0,0%

Elaborazione dati su singolo record ASL MI1

La Tabella 9.3 mostra il mixing delle prestazioni erogate per sostanza d'abuso primaria (per le sostanze illegali sono stati considerati i dati relativi ai SerT, per gli alcolodipendenti quelli relativi ai NOA).

Nei soggetti con oppiacei quale sostanza d'abuso primaria prevalgono le "relazioni sul caso e prescrizioni" (43%) e gli "esami chimico clinici" (30%), in misura minore si rilevano "attività telefonica" (12%), "visite" (10%) e "colloqui" (5%).

Gli eroinomani sono anche i maggiori destinatari delle somministrazioni farmaci, che però non sono riportate in tabella in quanto prestazioni non tariffate.

Tra i cocainomani la maggior parte delle prestazioni fa riferimento a "esami chimico-clinici" (31%), seguono "attività telefonica" (26%), "visite" (15%), "colloqui" (13%) e "relazioni sul caso e prescrizioni" (8%).

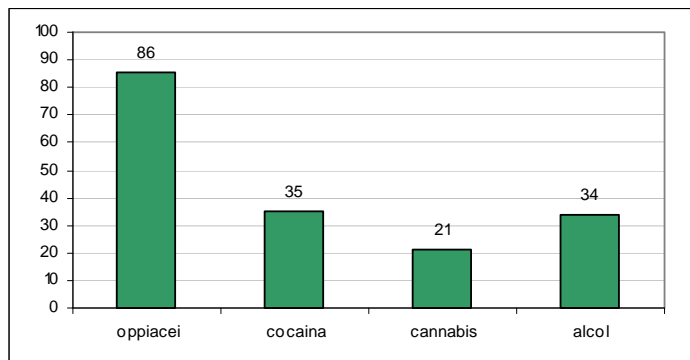
Nei soggetti in cura per abuso di cannabis prevalgono gli "esami chimico-clinici", seguono "attività telefonica" (18%), "visite" (16%), "colloqui" (12%) e "relazioni sul caso e prescrizioni" (11%).

Tra gli alcolodipendenti la maggior parte delle prestazioni fa riferimento a "viste" (24%), "conduzione di gruppo" (22%), "colloqui" (21%), "esami chimico-clinici" (15%) e "attività telefonica" (13%). Anche per questi utenti è rilevante la quota di somministrazioni e affido farmaci, che tuttavia non è riportata in quanto prestazione non tariffata.

9.3.1 Volume medio di prestazioni per utente e ricavi medi

Il dato relativo al numero di prestazioni medio per utente risulta sensibilmente diverso disaggregando l'utenza in base alla sostanza d'abuso primaria: sono gli utilizzatori di oppiacei a ricevere il maggior numero di prestazioni per soggetto, circa 86 prestazioni per soggetto. Il numero medio di prestazioni effettuate dagli utilizzatori di cocaina è molto minore, circa 34 interventi, il dato scende ulteriormente per quanto riguarda gli utilizzatori di cannabis (mediamente 21 prestazioni per utente) e si attesta a 34 per quanto riguarda l'utenza alcolodipendente.

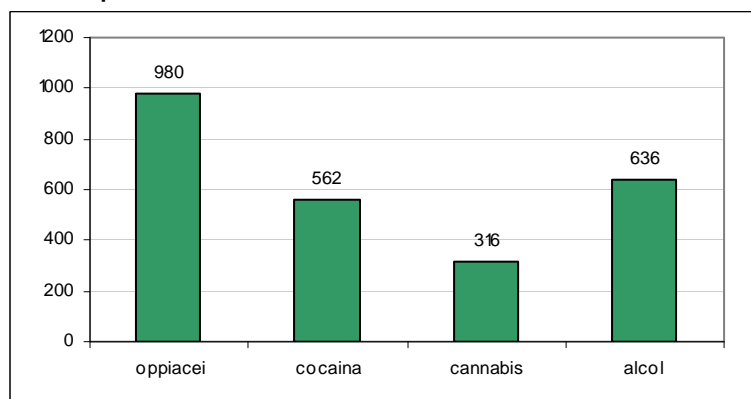
Grafico 9.3: Numero medio di prestazioni (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione dati su singolo record ASL MI1

La distribuzione dei ricavi medi ottenuti per ciascun soggetto, distintamente per sostanza d'abuso primaria utilizzata, mostra che il ricavo medio maggiore si osserva per gli utilizzatori di oppiacei per i quali anche il volume medio di prestazioni per soggetto risulta il più elevato.

Grafico 9.4: Ricavo medio in euro (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione dati su singolo record ASL MI1

10. IL MERCATO DELLA DROGA

10.1 Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti

10.2 Operazioni antidroga

10.3 Purezza

10. IL MERCATO DELLA DROGA

10.1 ANALISI DEI CONSUMI MEDIANTE QUESTIONARIO AI PAZIENTI

Nel mese di dicembre 2007 è stato somministrato un questionario anonimo ai pazienti della ASL presso tutte le UO SerT ed in due UO NOA al fine di raccogliere informazioni relative al mercato della droga.

Lo strumento adottato è un questionario semistrutturato facoltativo ed anonimo (Grafico 10.1) che ha permesso di raccogliere informazioni relative alle sostanze acquistate ed utilizzate, al loro costo ed alla loro qualità. Sono state indagate anche informazioni relative al luogo abituale d'acquisto e al venditore.

Grafico 10.1: Questionario somministrato ai pazienti.

<u>QUESTIONARIO ANONIMO</u>	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Qual è l'ultima sostanza che hai acquistato?	_____
Quando?	_____
Indicane la quantità	_____
Quanto l'hai pagata?	_____
Dai un voto da 1 a 10 alla qualità	_____ -
Dove l'hai acquistata?	
	<input type="checkbox"/> comune di residenza
	<input type="checkbox"/> provincia di Milano
	<input type="checkbox"/> Milano
	<input type="checkbox"/> altro
È sempre la stessa persona che ti rifornisce?	_____

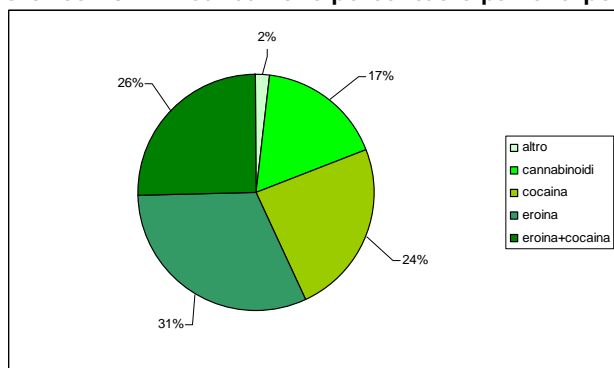
Sono stati raccolti 293 questionari: 56 compilati da pazienti in trattamento presso le UO NOA¹ e 237 presso le UO SerT².

Al questionario ha risposto l'11,5% dell'utenza in carico presso le sedi UO nell'anno 2007. Dalle risposte emerge che, nell'ultimo episodio, il 31% ha acquistato eroina, il 26% eroina abbinata a cocaina, il 24% cocaina, il 17% cannabis ed il restante 2% altre sostanze (Grafico 10.2).

¹ UO di Abbiategrasso e Limbiate.

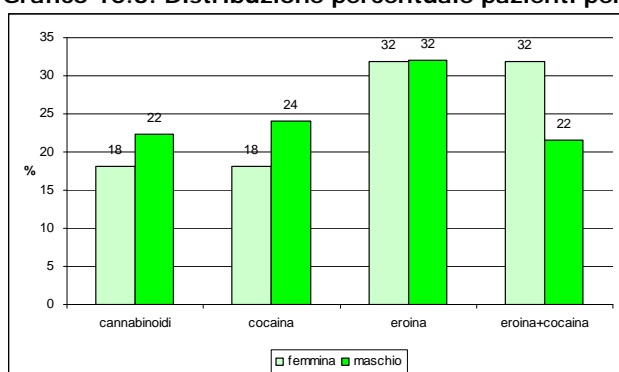
² UO di Corsico, Limbiate, Magenta, Parabiago e Rho

Grafico 10.2: Distribuzione percentuale pazienti per sostanza d'abuso.



Distinguendo per genere, si può notare come la sostanza maggiormente acquistata dai maschi sia l'eroina (32%). L'utenza di sesso femminile, invece, riporta le più alte percentuali per eroina ed eroina abbinata a cocaina (32% per entrambe) a discapito dell'acquisto di cannabis e cocaina che si attestano al 18%.

Grafico 10.3: Distribuzione percentuale pazienti per sesso e sostanza d'abuso.



Il quantitativo medio dichiarato nell'ultimo acquisto varia da sostanza a sostanza. Se per eroina e cocaina oscilla tra lo 0,9 e l'1,3 grammi, per la cannabis il quantitativo medio sale a 6,5.

Tabella 10.1: Quantitativo medio in grammi acquistato per sostanza.

Sostanza d'abuso	cannabinoidi	cocaina	eroina	eroina + cocaina
Quantitativo medio in gr.	6,48	1,35	0,89	1,31

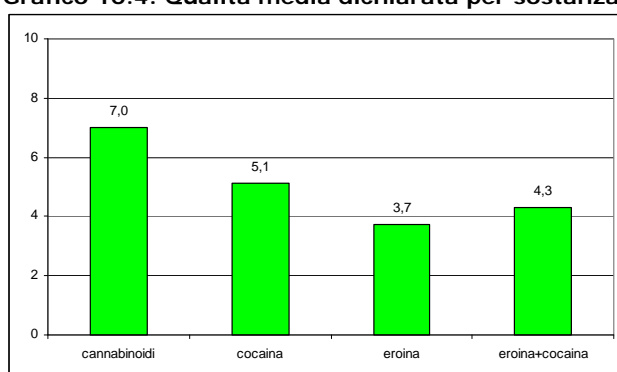
Anche il costo medio varia molto da sostanza a sostanza; dai quasi 6 euro per la cannabis, ai 38 euro per l'eroina e a 49 per eroina abbinata a cocaina. È la cocaina la sostanza con il prezzo medio più alto (61 euro al grammo).

Tabella10.2: Costo medio in euro al grammi dichiarato per sostanza.

Sostanza d'abuso	cannabinoidi	cocaina	eroina	eroina + cocaina
Costo medio in euro al gr.	5,78	61,19	37,87	48,53

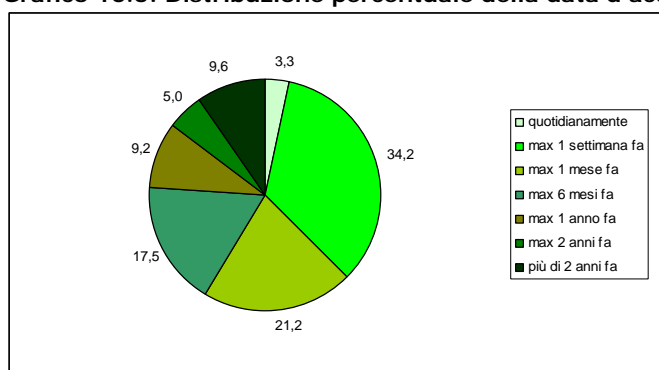
Per quanto riguarda la qualità delle sostanze, l'unica a riportare una qualità media elevata è la cannabis con un valore, su scala da 1 a 10, pari a 7. La sostanza che ha la qualità media più bassa è, invece, l'eroina (3,7). Per le altre due sostanze: 4,3 eroina abbinata a cocaina e 5,1 cocaina.

Grafico 10.4: Qualità media dichiarata per sostanza.



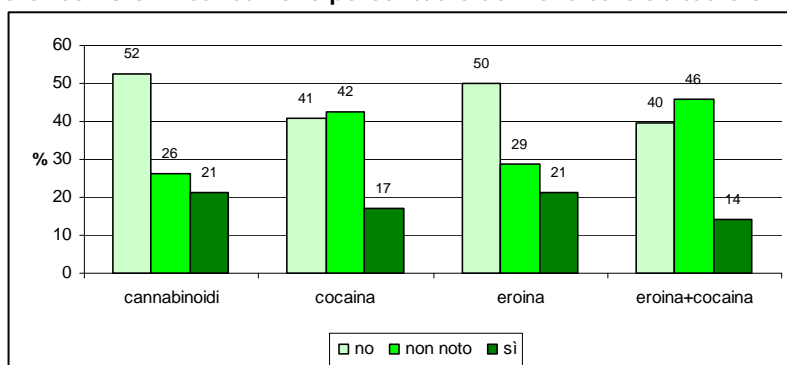
La maggior parte dei rispondenti (34%) ha affermato di aver acquistato la sostanza nel corso della settimana precedente alla compilazione del questionario. Più dei tre quarti affermano che il loro ultimo acquisto è avvenuto negli ultimi 6 mesi al massimo. Solo il 3% ha affermato di acquistare quotidianamente la sostanza d'abuso e quasi il 24% non acquista sostanze da un anno e più (Grafico 10.5).

Grafico 10.5: Distribuzione percentuale della data d'acquisto.



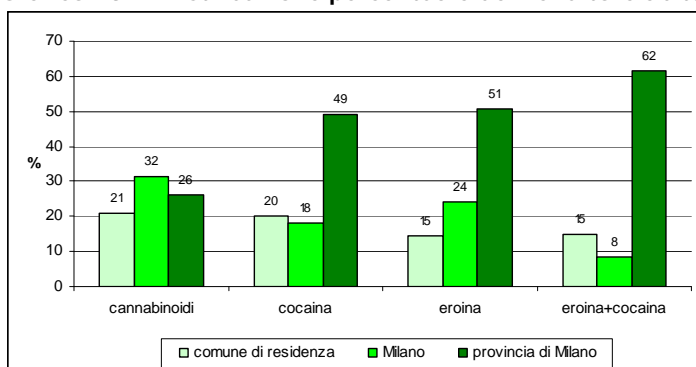
Alla domanda "è sempre la stessa persona che ti rifornisce?", coloro che hanno affermato di aver acquistato cannabis ed eroina, sono anche quelli che sembrano rifornirsi prevalentemente da venditori differenti (rispettivamente il 52% ed il 50%). Molto alta la percentuale di coloro che, a questa domanda, hanno preferito non rispondere; nel caso della cocaina e dell'eroina abbinata a cocaina la maggior parte dei rispondenti (42% e 46%). Basse le percentuali di coloro che hanno affermato di rifornirsi sempre dallo stesso venditore.

Grafico 10.6: Distribuzione percentuale del venditore abituale o meno.



Tranne che per la cannabis, dai questionari emerge che è prevalentemente la provincia milanese (escluso il comune di residenza) il luogo deputato al reperimento delle sostanze. Infatti il 49% dei consumatori di cocaina, il 51% dei consumatori di eroina e addirittura il 62% dei consumatori delle due sostanze abbinata affermano di acquistare su questo territorio. I consumatori di cannabis sembrano prediligere, nella maggior parte dei casi (32%), la città di Milano.

Grafico 10.7: Distribuzione percentuale del venditore abituale o meno.



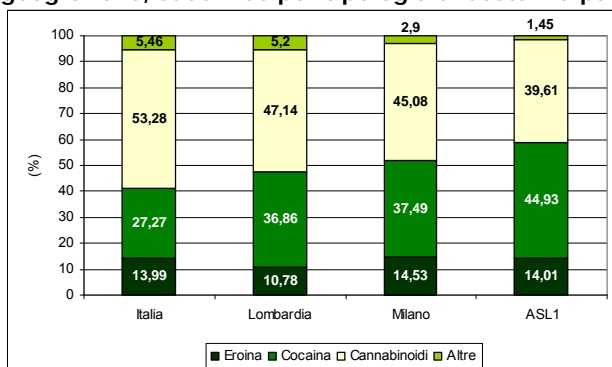
10.2 OPERAZIONI ANTIDROGA

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 174 nei comuni dell'area di competenza della ASL MI1.

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 10.8): si passa, infatti, da poco più del 27% in Italia a quasi il 45% nei comuni afferenti alla ASL³. In modo sostanzialmente complementare, passando dal livello nazionale a quello locale si osserva 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 meno del 40% nell'area di competenza dell'Azienda Sanitaria.

³ Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ogni sostanza.

Grafico 10.8: Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate nelle diverse partizioni geografiche, suddivise per tipologia di sostanza psicoattiva intercettata.

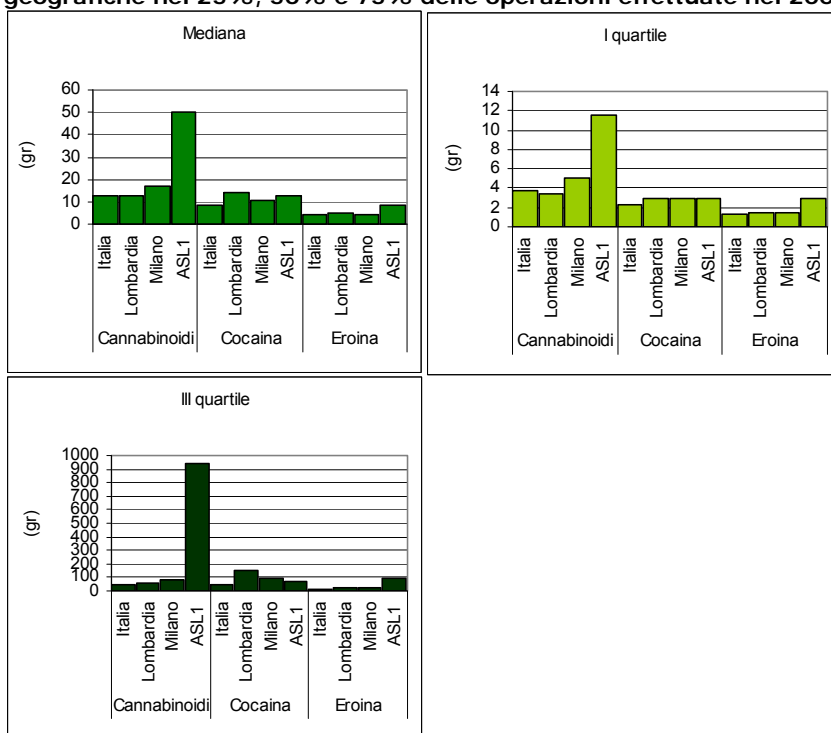


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

In Italia sono stati intercettati in media 700 gr di cocaina per operazione, valore che si approssima a 900 in Lombardia, scende a circa 600 nella provincia di Milano e 360 nei comuni della ASL.

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 aree lombarde (circa 14 in Lombardia, 10,5 a Milano e 13 nella ASL MI1). Più alti 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 5 gr di eroina, la metà degli interventi effettuati nell'area ASL MI1 ha portato a sequestrare e rinvenire sino a 50 gr di cannabinoidi e quasi 9 di eroina (Grafico 10.9).

Grafico 10.9: Distribuzione dei quantitativi di sostanze intercettate nelle diverse partizioni geografiche nel 25%, 50% e 75% delle operazioni effettuate nel 2006.

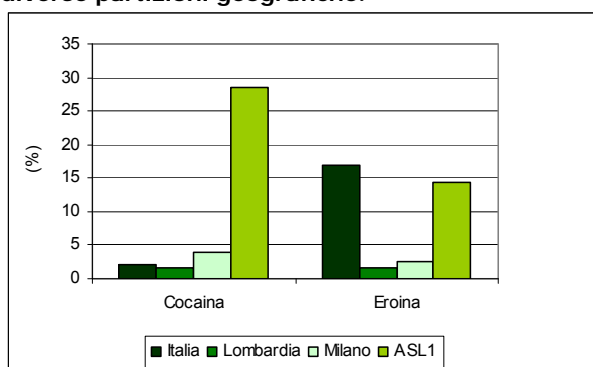


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

10.3 PUREZZA

In Italia sono stati analizzati circa il 2% ed il 17% dei quantitativi di cocaina ed eroina intercettati. Passando dal livello nazionale a quello locale, si osserva un aumento delle percentuali di quantitativi analizzati che, per la cocaina passano rispettivamente dal 2% in Lombardia al 4% a Milano ed al 29% nei comuni afferenti alla ASL, e per l'eroina rispettivamente da circa il 2% al 14%.

Grafico 10.10: Distribuzione della percentuale di quantitativi analizzati dalle FFOO nelle diverse partizioni geografiche.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

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 nei livelli medi di purezza.

Per la cocaina intercettata nei comuni della ASL questo varia dal 76% a quasi il 78%, con un valore medio calcolato sui quantitativi intercettati di poco meno del 77%, superiore a quello nazionale del 60% circa 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.

11. FRAGILITÀ PSICHIATRICA E DIPENDENZE

11.1 Razionale e obiettivi

11.2 Costruzione dell'anagrafica

11.3 Profilo della popolazione osservata per "problematica di salute"

11.4 Profilo della popolazione osservata per "tipologia di paziente"

11.5 Consumi sanitari per "tipologia di paziente"

11.6 Valutazioni per tipologia di paziente

11. FRAGILITÀ PSICHIATRICA E DIPENDENZE

11.1 RAZIONALE E OBIETTIVI

La mission istituzionale dell'ASL è di tutelare il diritto alla salute nella sua accezione più completa di benessere fisico, psichico e sociale.

L'ASL persegue questa finalità attraverso un'azione di "governo della domanda" che consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni e nel decidere come questa possa essere gestita in modo da tendere ad un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo. L'analisi della frequenza, del volume, della distribuzione e della modifica nel tempo dei comportamenti relativi alla fruizione dei servizi è un elemento di conoscenza imprescindibile per il governo della domanda. L'individuazione dell'allocazione spazio/temporale dei principali determinanti di spesa sanitaria permette infatti di monitorare e verificare il corretto funzionamento del sistema consentendo, inoltre, di valutare le priorità di allocazione delle risorse e del loro ottimale impiego.

A questo proposito, l'ASL dispone di flussi informativi relativi alle prestazioni fruite dai propri assistiti o residenti. Tali flussi sono di carattere prevalentemente amministrativo e contengono dati di carattere socio-demografico e di tipo sanitario che consentono di delineare le caratteristiche salienti della popolazione in oggetto e di evincere aspetti significativi dello stato di salute/malattia in riferimento ai fenomeni osservati.

L'analisi qui proposta è relativa al 2006 e prende in considerazione i soggetti che presentano problematiche alcol/droga correlate e/o per disagio psichico. In particolare si sono definite anagrafiche di popolazioni omogenee esclusive per alcol/tossicodipendenze, disturbi psichiatrici o per entrambe le problematiche. Gli specifici gruppi sono stati confrontati in relazione a:

- caratteristiche socio-demografiche,
- patologie concomitanti e consumi sanitari.

11.2 COSTRUZIONE DELL'ANAGRAFICA

Sono state utilizzate informazioni sui consumi sanitari/socio-sanitari della popolazione dell'ASL Provincia di Milano 1 relativamente all'anno 2006. Per la costruzione dell'anagrafica di riferimento sono stati individuati i soggetti presenti nelle basi dati relative a:

- SerT e NOA dell'ASL Provincia di Milano 1 (fonte: specifico applicativo in uso presso le singole strutture).
- Servizi di psichiatria (fonte: specifico flusso regionale in uso in Lombardia per il monitoraggio delle prestazioni di Psichiatria territoriale "Psiche").
- Ricoveri ospedalieri. Sono stati individuati i soggetti con ricoveri per patologie direttamente correlate a problemi di alcol, droga e tabacco; i soggetti con ricovero per patologie indirettamente correlate all'uso di alcol; i soggetti dimessi da reparto di psichiatrico (fonte: specifico flusso regionale - SDO).
- Farmaceutica territoriale e distribuzione diretta dei farmaci: sono stati individuati i soggetti che hanno fruito nel corso dell'anno di farmaci antipsicotici (ATC N05) e antidepressivi (ATC N06A) (fonte: specifici flussi regionali di farmaceutica territoriale e file F).
- Esenzioni: sono stati individuati i soggetti esenti per psicosi o per problemi alcol/droga correlati.

La popolazione è stata quindi analizzata secondo una doppia prospettiva:

- Una prospettiva di potenziale “problematica di salute”, intesa in termini ampi e desunta dalla presenza del soggetto nelle suddette basi dati, secondo i criteri enunciati.
- Una lettura più specifica, per “tipologia paziente”, finalizzata ad individuare un sottogruppo composto da soggetti con condizione di patologia/problematica conclamata attestata dalla presenza di una diagnosi e/o dall’essere in trattamento presso SerT, NOA o dall’essere stati ricoverati presso reparto ospedaliero di tipo psichiatrico.

11.3 PROFILO DELLA POPOLAZIONE OSSERVATA PER “PROBLEMATICHE DI SALUTE”

La popolazione di riferimento è costituita da circa 65.000 soggetti che, analizzando le basi dati di consumo sanitario e socio-sanitario, risulta caratterizzata da potenziale disagio di tipo psichico o correlato all’uso/abuso di alcol e droghe e tabacco.

La popolazione di riferimento corrisponde al 7% circa dei 969.000 residenti nell’ASL Provincia di Milano 1.

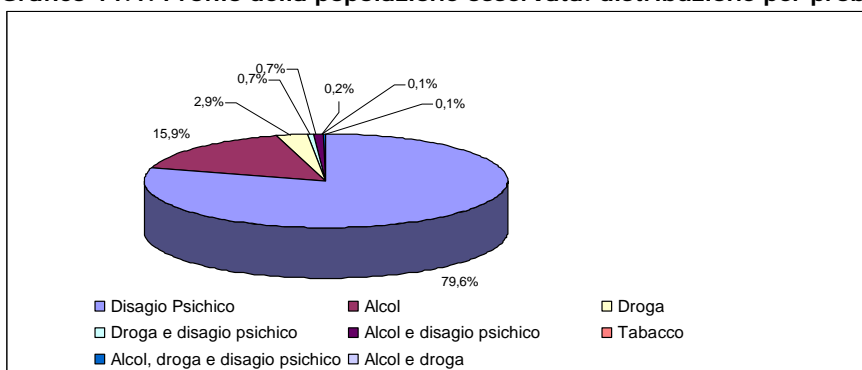
Il 79,6% dei soggetti individuati è riconducibile al gruppo con problemi di disagio psichico; la maggior parte dei soggetti ricondotti a questo gruppo (74%) sono stati individuati esclusivamente in quanto consumatori di farmaci antidepressivi o antipsicotici.

Il 15,9% presenta problematiche correlati all’uso/abuso/dipendenza da alcol; questo gruppo include anche soggetti che presentano ricoveri ospedalieri per patologie che potrebbero essere indirettamente correlate all’utilizzo di alcolici (es. alcune forme tumorali) e che rappresentano la quota più cospicua del gruppo (87%).

Il 2,9% presenta problematiche correlate all’uso/abuso o dipendenza da stupefacenti; in questo gruppo rientrano i soggetti in carico ai SerT, quelli con ricoveri ospedalieri per problemi droga correlati e i soggetti con esenzione specifica. Lo 0,2% dei soggetti ha effettuato ricoveri ospedalieri per disturbi correlati al tabacco (eventualmente anche con diagnosi indirettamente correlata all’alcol).

In percentuale residuale, si hanno i soggetti per i quali risultano un mix di problematiche caratterizzate dalla presenza di disagio psichico in combinazione con alcol, disagio psichico in combinazione con droga (0,7%) o da alcol in combinazione con droga o con droga e disagio psichico (0,1%).

Grafico 11.1: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per problematica di salute.



Per quanto riguarda la composizione per sesso, il gruppo più consistente correlato al disagio psichico risulta fortemente caratterizzato dalla presenza femminile (66,8% contro il 33,2% di maschi), coerentemente con i dati generali relativi alla prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale e in conseguenza del fatto che sono stati inclusi nell'anagrafica di riferimento più di 40.000 soggetti che fanno uso di antidepressivi sotto prescrizione medica (di essi quasi il 70% è rappresentato da donne).

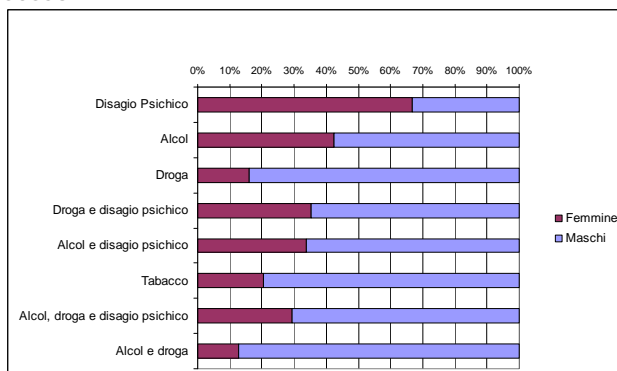
Negli altri gruppi risulta maggioritaria la componente maschile, in particolare laddove la problematica prevalente è caratterizzata dall'utilizzo esclusivo di droghe (84,1% contro il 15,9% di donne), o droghe in associazione ad alcol (87,1% contro il 12,9% di donne).

Sia per il tabacco, sia per problematiche correlate all'uso di alcol, droga con disagio psichico 7-8 soggetti su 10 sono rappresentati da uomini (le percentuali sono rispettivamente 79,4% maschi contro il 20,6% femmine nel caso del tabacco, 70,6% maschi contro il 29,4% femmine nel caso di alcol, droga e disagio psichico).

Per i gruppi con problematica mista disagio psichico e alcol o disagio psichico e droga più del 60% dei soggetti è rappresentato da uomini (66,2 % per il gruppo alcol e disagio psichico e 64,7% per il gruppo droga e disagio psichico).

Nel caso di problematica correlata esclusivamente all'utilizzo di alcol il 57,5% sono uomini contro il 42,5% di donne.

Grafico 11.2: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per problematica di salute e sesso.

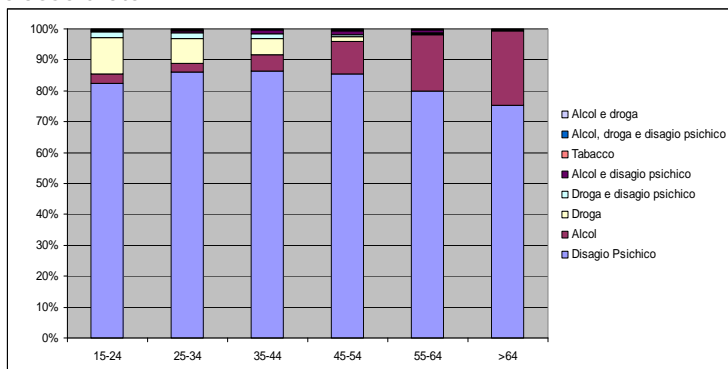


Analizzando i dati in riferimento alle classi d'età, si rileva che la problematica correlata al disagio psichico ha i valori in assoluto più alti in tutte le classi d'età, con un maggiore impatto tra i 25 e i 44 anni dove le percentuali sono superiori all'80%. Le problematiche droga-correlate o droga con disagio psichico colpiscono maggiormente le classi d'età inferiori; in particolare tra i 15 e i 24 anni l'11,7% delle persone in fascia ha problemi correlati all'uso-abuso di sostanze e l'1,7% a problemi di uso di sostanze e di disagio psichico.

I problemi alcol-correlati riguardano infine tutte le fasce d'età ma con un maggior impatto nelle fasce più avanzate (24,1% oltre i 65 anni).

Le percentuali riferite alle altre tipologie di gruppo risultano residuali (<1%) in tutte le classi d'età.

Grafico 11.3: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per problematica di salute e classe d'età.



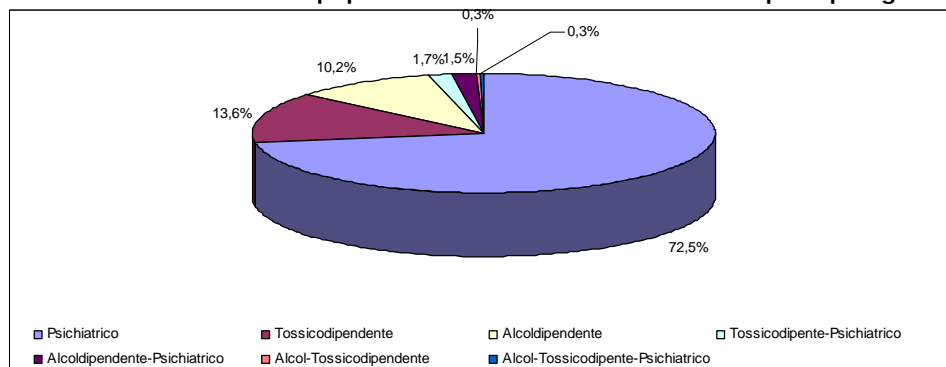
11.4 PROFILO DELLA POPOLAZIONE OSSERVATA PER “TIPOLOGIA DI PAZIENTE”

Il sotto-gruppo dei soggetti con patologia/problematica di salute conclamata (evidenziata dalla presenza di una diagnosi e/o di un trattamento presso servizio/reparto specialistico) è rappresentato da 15.231 soggetti, pari al 23% dell’intera popolazione osservata. La composizione di questo sotto-gruppo per “tipologia di paziente” è riportata nella tabella e nel grafico seguenti.

Tabella 11.1: Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati in termini numerici per tipologia di paziente .

Tipologia di paziente	n. soggetti
Alcol tossicodipendente psichiatrico	45
Alcol Tossicodipendente	48
Alcoldipendente	1.547
Alcoldipendente Psichiatrico	227
Psichiatrico	11.035
Tossicodipendente Psichiatrico	261
Tossicodipendente	2.068
TOTALE	15.231

Grafico 11.4: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per tipologia di paziente.



Il 72,5% (11.000 soggetti circa) è rappresentato da persone con problematiche di carattere psichiatrico. Il 94% di questi soggetti è in trattamento presso i servizi psichiatrici e presenta una diagnosi specifica. La parte rimanente è stata individuata come dimesso da reparto psichiatrico e/o con esenzione per psicosi.

Il 13,5% (2.000 circa) presenta problemi di droga. In larga parte si tratta di soggetti in carico presso i SerT (90%); il 7% ha avuto nell'arco dell'anno almeno un ricovero droga-correlato, il restante 3% è stato individuato in quanto soggetto con esenzione per tossicodipendenza.

Il 10,2% (1.540 circa) ha problemi alcol correlati. Il 34% è rappresentato da soggetti in carico presso i NOA; il resto del gruppo si suddivide tra soggetti che hanno avuto esclusivamente un ricovero ospedaliero per problemi di alcol (55%), soggetti con esenzione per problemi alcol-correlati (35%) e il 10% in quanto esenti e con ricovero.

In percentuali residuali si hanno soggetti con un mix di problematiche. Si tratta prevalentemente di soggetti che presentano una diagnosi di tipo psichiatrico, unitamente a problemi di tossicodipendenza (1,7%) e alcoldipendenza (1,5%); i soggetti alcol-tossicodipendenti costituiscono lo 0,3% del gruppo ed un ulteriore 0,3% è rappresentato da soggetti che presentano contemporaneamente le tre tipologie di problema.

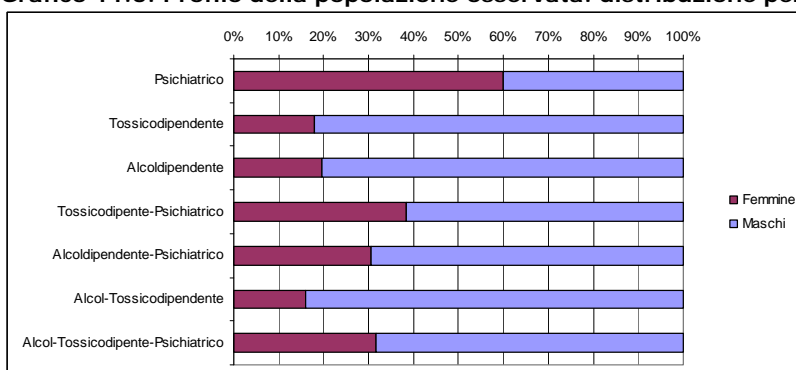
I dati relativi alla distribuzione per tipologia di paziente e per sesso ricalca sostanzialmente la distribuzione vista nel paragrafo precedente nell'osservazione della popolazione per problematica di salute.

Le donne costituiscono la maggioranza tra i pazienti trattati psichiatria (60,1% donne contro il 39,9% degli uomini).

Negli altri gruppi prevale la presenza maschile, in particolare laddove si tratti di soggetti esclusivamente tossicodipendenti (82,2% contro il 17,8% di donne) o alcoldipendenti (80,5% contro il 19,5% di donne), o per soggetti con problematiche conclamate sia di alcol che di droga (84,1% contro il 15,9% delle donne).

Per le restanti combinazioni di problematica, la componente maschile presenta percentuali più basse ma sempre maggiori al 60% (Tossicodipendente-Psichiatrico 61,6% contro il 38,4% delle donne; Alcoldipendente-Psichiatrico 69,3% contro il 30,7% delle donne; Alcol-Tossicodipendente-Psichiatrico 68,4% contro il 31,6 delle donne).

Grafico 11.5: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per sesso e tipologia paziente.

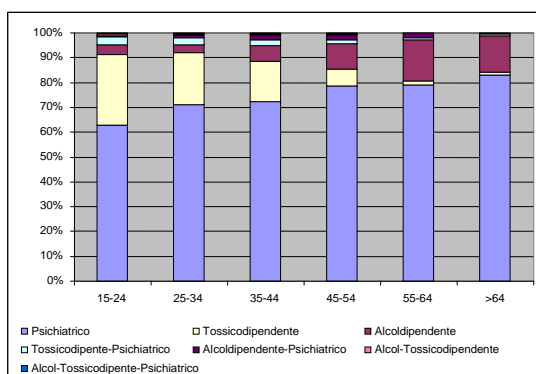


Analizzando il dato riferito all'età, si rileva la netta prevalenza dei soggetti con problemi di carattere psichiatrico per tutte le classi d'età, con un trend in crescita al crescere dell'età (dal 62,9% tra i 15 e i 24 anni all'82,9% nelle fasce più avanzate).

Il medesimo andamento si rileva per i soggetti con problematiche alcol-correlate, sebbene si rilevi una maggior concentrazione dei pazienti tra i 55 e i 65 anni (16,4%).

La problematica droga-correlata riguarda invece le fasce più basse, in particolare tra i 15 e i 24 anni in cui il 28,4% dei soggetti risulta appartenere a questo gruppo. Il medesimo andamento si rileva per i soggetti tossicodipendenti con problemi psichiatrici - con percentuali tuttavia molto inferiori (3,1% nella fascia 15-24 anni). Anche per i soggetti alcoldipendenti con problemi psichiatrici si registra un lieve incremento al crescere dell'età, con un picco del 2,1% nella fascia 45-64 anni. Per i rimanenti due gruppi (alcol-tossicodipendente e alcol-tossicodipendente con problemi di tipo psichiatrico) si rilevano percentuali residuali (<1%) in tutte le fasce d'età.

Grafico 11.6: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per tipologia paziente e classe d'età.



11.5 CONSUMI SANITARI PER "TIPOLOGIA DI PAZIENTE"

Il sotto-gruppo dei soggetti con patologia/problematica di salute conclamata (evidenziata dalla presenza di una diagnosi e/o di un trattamento presso servizio/reparto specialistico) rappresentato da 15.231 soggetti, è stato studiato in relazione alla concomitante presenza di una patologia prevalente e di consumi sanitari rappresentati in BDA.

Banca Dati Assistito (BDA) è un sistema di monitoraggio dei consumi sanitari e socio-sanitari della popolazione messo a punto partire dal 2002 in Regione Lombardia. Utilizzando in modo integrato dati di anagrafe assistiti, esenzione per patologia, ricoveri ospedalieri, consumo di farmaci e prestazioni ambulatoriali ogni soggetto è descrivibile in termini di categorie patologiche. Le categorie identificate sono 15, dalla "01 – Deceduto" alla "15 – Non consumatore". La categoria "14 – Altro" identifica soggetti consumatori di prestazioni non descrivibili nelle altre categorie. Il ranking per la definizione di categoria prevalente è stato definito in ragione dell'assorbimento di risorse delle diverse patologie.

Nelle seguenti Tabelle sono riportati in termini numerici e percentuali i soggetti interessati dal fenomeno dipendenze e/o fragilità psichiatrica con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati per categoria patologica prevalente BDA. Il soggetto è rappresentato una unica volta ed è iscritto ad una unica categoria.

Si descrivono compiutamente 14.043 soggetti su 15.231; questo fatto è dovuto alla diversa fonte della anagrafe di partenza o per incoerenze tra le diverse fonti di dato. Le anagrafi sono gli assistiti nel primo caso e i residenti nel secondo e le due popolazione differiscono in termini numerici per circa il 5%.

Tabella 11.2: Residenti ASL MI 1, anno 2006. BDA - Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati per categoria patologica prevalente.

Categoria patologica prevalente	n. casi	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcoldipendente	Alcoldipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente
01 - Deceduto	239			113	5	105	2	14
02 - Trapiantato	28			10		17		1
03 - Ins_renale	42			6		34	1	1
04 - HIV	282	1	3	12	3	55	18	190
05 - Neoplasia	563	1	3	114	3	429	3	10
06 - Diabete	884		2	173	17	669	4	19
07 - Cardiopatia	1.837	2	4	254	31	1.495	13	38
08 - Broncopatia	240		1	34	4	185	1	15
09 - Gastropatia	573	4	4	201	21	266	13	64
10 - Neuropatia	1.415	8	3	39	22	1.249	52	42
11 - Autoimmuni	41			1		40		
12 - Endocrinopatia	271		1	12	4	247	1	6
13 - Altro Parto	54					49		5
14 - Altro	7.574	19	19	407	91	5.904	123	1.011
Ricondotti a BDA	14.043	35	40	1.376	201	10.744	231	1.416
Popolazione in studio	15.231	45	48	1.547	227	11.035	261	2.068

Tabella 11.3: Residenti ASL MI 1, anno 2006. BDA - Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati per categoria patologica prevalente. Dati percentuali-

Categoria patologica prevalente	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcoldipendente	Alcoldipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente	Popolazione generale
01 - Deceduto	0	0	8,2	2,5	1	0,9	1	0,8
02 - Trapiantato	0	0	0,7	0	0,2	0	0,1	0,1
03 - Ins_renale	0	0	0,4	0	0,3	0,4	0,1	0,2
04 - HIV	2,9	7,5	0,9	1,5	0,5	7,8	13,4	0,2
05 - Neoplasia	2,9	7,5	8,3	1,5	4	1,3	0,7	3,1
06 - Diabete	0	5	12,6	8,5	6,2	1,7	1,3	3,8
07 - Cardiopatia	5,7	10	18,5	15,4	13,9	5,6	2,7	13,1
08 - Broncopatia	0	2,5	2,5	2	1,7	0,4	1,1	1,1
09 - Gastropatia	11,4	10	14,6	10,4	2,5	5,6	4,5	1,2
10 - Neuropatia	22,9	7,5	2,8	10,9	11,6	22,5	3	1,2
11 - Autoimmuni	0	0	0,1	0	0,4	0	0	0,3
12 - Endocrinopatia	0	2,5	0,9	2	2,3	0,4	0,4	1,5
13 - Altro Parto	0	0	0	0	0,5	0	0,4	0,8
14 - Altro	54,3	47,5	29,6	45,3	55	53,2	71,4	55,5
15 - Non consumatore	0	0	0	0	0	0	0	16,9
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

La valutazione dei costi complessivi restituisce il quadro rappresentato nelle seguenti due tabelle. In termini di consumi medi si apprezza una ampia variabilità del dato dai 2.038 € dei tossicodipendenti ai 6.526 € dei tossicodipendenti con problematiche psichiatriche. In termini di assorbimento percentuale di specifiche risorse si apprezzano rilevanti modulazioni in relazione alle diverse categorie di soggetti con patologia/problematica di salute conclamata.

Tabella 11.4: Residenti ASL MI1, anno 2006. Fenomeno dipendenze e BDA. Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata descritti in termini economici per consumi specifici, importi in €.

n. casi e importi	Totale	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcol dipendente	Alcol dipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente
casi	14.043	35	40	1.376	201	10.744	231	1416
totale importo	49.646.239	222.925	131.038	6.014.423	1.224.065	37.660.922	1.507.439	2.885.427
importo medio	3.535	6.369	3.276	4.371	6.090	3.505	6.526	2.038
SDO	18.432.497	141.661	97.311	4.426.198	689.349	11.147.938	737.149	1.192.891
Spec. ambulatoriale	5.148.211	18.286	17.387	469.899	80.976	4.008.813	99.255	453.596
farmaceutica	7.097.389	9.476	8.164	788.819	105.057	5.856.016	105.907	223.950
file F	2.432.578	1.240	8.176	294.518	15.357	862.762	246.488	1.004.037
psichiatria territoriale	15.350.026	52.263	0	345	333.326	14.646.167	315.580	2.346
RSA	1.185.537	0	0	34.645	0	1.139.225	3.060	8.607
ricoveri ordinari (di cui di SDO)	15.421.280	131.651	76.912	3.886.098	621.770	9.146.551	648.408	909.890
DH (di cui di SDO) Ric Riabilitativi (di cui di SDO)	1.609.437	6.096	1.117	255.514	25.676	1.148.571	68.313	104.150
	1.401.780	3.914	19.282	284.586	41.903	852.816	20.428	178.851

Tabella 11.5: Residenti ASL MI1, anno 2006. Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata descritti in termini economici per consumi specifici, valori percentuali.

n. casi e importi	Totale	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcol dipendente	Alcol dipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente
n. casi	14.043	35	40	1376	201	10744	231	1416
totale importo	49.646.239	222.925	131.038	6.014.423	1.224.065	37.660.922	1.507.439	2.885.427
importi in %								
SDO	37,1	63,5	74,3	73,6	56,3	29,6	48,9	41,3
specialistica ambulatoriale	10,4	8,2	13,3	7,8	6,6	10,6	6,6	15,7
farmaceutica	14,3	4,3	6,2	13,1	8,6	15,5	7,0	7,8
file F	4,9	0,6	6,2	4,9	1,3	2,3	16,4	34,8
psichiatria territoriale	30,9	23,4	0,0	0,0	27,2	38,9	20,9	0,1
RSA	2,4	0,0	0,0	0,6	0,0	3,0	0,2	0,3

11.6 VALUTAZIONI PER TIPOLOGIA DI PAZIENTE

I soggetti con patologia/problematica di salute conclamata arruolati nella categoria **Alcol tossicodipendente psichiatrico** sono 35 e assorbono risorse per 222.925 € con un importo medio di 6.369 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 63% e dalla psichiatria territoriale 23%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per neuropatia 23% e gastropatia 11%.

I soggetti arruolati nella categoria **Alcol Tossicodipendente** sono 40 e assorbono risorse per 131.038 € con un importo medio di 3.276 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 74% e dalla specialistica ambulatoriale 13%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 10%, gastropatia 10%, HIV 7%, neoplasia 7%, e neuropatia 7%.

I soggetti della categoria **Alcol dipendenti** sono 1.376 e assorbono risorse per 6.014.423 € con un importo medio di 4.371 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 74% e dalla farmaceutica 13%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 18%, gastropatia 15%, diabete 13% e neoplasia 8%.

I soggetti della categoria **Alcol dipendente Psichiatrico** sono 201 e assorbono risorse per 1.224.065 € con un importo medio di 6.090 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 56% e dalla psichiatria territoriale 27%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 15%, neuropatia 11%, gastropatia 10%, e diabete 8%.

I soggetti della categoria **Psichiatrico** sono 10.744 e assorbono risorse per 37.660.922 € con un importo medio di 3.505 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 30%, dalla psichiatria territoriale 39% e dalla farmaceutica 15%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 14%, neuropatia 12%, e diabete 6%.

I soggetti della categoria **Tossicodipendente Psichiatrico** sono 231 e assorbono risorse per 1.507.439 € con un importo medio di 6.526 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 49%, dalla psichiatria territoriale 21% e dal file F (farmaceutica ospedaliera, farmaci antiretrovirali in questo caso) 16%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per neuropatia 22%, e HIV 8%.

I soggetti della categoria **Tossicodipendente** sono 1.416 e assorbono risorse per 2.885.427 € con un importo medio di 2.038 €; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 41%, dal file F 35% e specialistica ambulatoriale 16%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per HIV 13%, e gastropatia 4%.

Di rilievo inoltre il riscontro di un elevato numero di decessi tra la popolazione afferente a **Alcoldipendenti** e **Alcoldipendente Psichiatrico** rispetto alla popolazione generale (8,2% e 2,5% rispetto a 0,8%).

ALLEGATI

Allegato 1

Popolazione ISTAT - 1 gennaio 2007										
		Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Totale x genere	TOTALE
0-4	F	5.943	3.868	2.722	4.130	1.562	2.911	1.901	23.037	47.382
	M	6.325	4.075	2.901	4.297	1.631	3.083	2.033	24.345	
05-09	F	5.842	3.906	2.608	3.878	1.460	2.719	1.709	22.122	45.639
	M	6.236	4.128	2.689	4.251	1.580	2.785	1.848	23.517	
10-14	F	5.667	3.705	2.513	3.777	1.353	2.468	1.596	21.079	43.590
	M	5.934	3.969	2.664	3.977	1.497	2.691	1.779	22.511	
15-19	F	5.774	3.551	2.500	3.696	1.437	2.549	1.667	21.174	43.835
	M	6.029	3.730	2.777	4.051	1.564	2.802	1.708	22.661	
20-24	F	6.007	3.767	2.612	4.169	1.641	2.809	1.785	22.790	46.431
	M	6.486	3.899	2.550	4.261	1.652	2.952	1.841	23.641	
25-29	F	7.332	4.637	3.096	5.005	2.097	3.654	2.172	27.993	57.488
	M	7.646	4.931	3.326	5.419	2.144	3.807	2.222	29.495	
30-34	F	9.725	6.407	4.411	7.026	2.733	4.700	3.117	38.119	78.324
	M	10.239	6.737	4.564	7.360	2.917	5.126	3.262	40.205	
35-39	F	10.733	7.277	4.954	7.731	2.810	5.058	3.363	41.926	85.706
	M	11.245	7.304	5.073	8.068	3.065	5.490	3.535	43.780	
40-44	F	11.176	7.418	4.880	7.635	2.799	5.066	3.229	42.203	85.969
	M	11.443	7.619	4.796	8.111	3.019	5.403	3.375	43.766	
45-49	F	9.438	6.226	4.270	6.649	2.381	4.403	2.685	36.052	71.948
	M	9.425	6.214	4.169	6.516	2.498	4.337	2.737	35.896	
50-54	F	8.577	5.738	4.025	6.029	2.243	4.126	2.515	33.253	65.582
	M	8.463	5.436	3.636	6.021	2.196	4.016	2.561	32.329	
55-59	F	8.541	6.081	4.423	6.135	2.330	4.142	2.599	34.251	67.394
	M	8.275	5.810	4.077	5.924	2.324	4.234	2.499	33.143	
60-64	F	6.934	5.171	3.952	5.213	1.919	3.340	2.079	28.608	56.410
	M	6.937	5.102	3.663	4.805	1.890	3.336	2.069	27.802	
65-69	F	7.294	5.045	3.713	5.574	2.067	3.565	2.204	29.462	56.671
	M	6.685	4.827	3.566	4.966	1.897	3.265	2.003	27.209	
70-74	F	6.145	4.077	2.734	4.773	1.803	2.997	1.846	24.375	44.676
	M	5.134	3.428	2.529	3.821	1.389	2.483	1.517	20.301	
75-79	F	5.075	3.308	2.067	4.219	1.548	2.582	1.558	20.357	34.269
	M	3.586	2.369	1.533	2.814	995	1.637	978	13.912	
80-84	F	3.499	2.464	1.440	3.164	1.176	1.933	1.221	14.897	22.623
	M	1.983	1.265	787	1.580	584	963	564	7.726	
85-90	F	1.841	1.355	746	1.738	638	990	648	7.956	10.908
	M	718	526	323	599	223	372	191	2.952	
> 90	F	878	664	346	835	333	483	355	3.894	4.829
	M	199	167	105	177	81	127	79	935	
TOTALE		249.409	166.201	113.740	178.394	67.476	119.404	75.050	969.674	969.674

Allegato 2

PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE
TRA
SERVIZIO DIPENDENZE DELL' ASL MILANO 1
E
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL' A. O. “.....”
di

I. SCOPO

Definire le modalità di collaborazione tra le UU.OO. del Servizio Dipendenze dell' ASL Milano 1 e quelle del Dipartimento di Salute Mentale dell' Azienda Ospedaliera ”.....“ di..... al fine di garantire un trattamento integrato e una presa in cura centrata sulla persona agli utenti che presentano sia disturbi psichiatrici, sia problemi di dipendenza o abuso di sostanze psicoattive

2. OBIETTIVI

- a) Garantire una valutazione diagnostica completa ed accurata agli utenti che presentino problemi di comorbidità per disturbi mentali e disturbi di dipendenza
- b) Garantire agli utenti con duplice diagnosi di disturbo mentale e disturbo di dipendenza un trattamento integrato, centrato sui problemi della persona
- c) Definire consensualmente i piani di trattamento complessi che coinvolgono entrambi i servizi e comportano l'inserimento in strutture riabilitative residenziali o semi residenziali
- d) Favorire la costruzione di culture d'intervento condivise, fondate sui principi della "medicina basata sulle evidenze", attraverso percorsi di formazione e aggiornamento comuni agli operatori di entrambi i servizi

3. VALUTAZIONE, DIAGNOSI E PRESA IN CARICO

- a) Il medico del Servizio Dipendenze cui l'utente si sia rivolto per diagnosi e trattamento di un disturbo da uso di sostanze, qualora ravvisi l'opportunità di una consulenza psichiatrica, avvertito l'utente e acquisito il consenso, prenderà contatto con lo psichiatra del servizio territorialmente competente per definire obiettivi, tempi e modi della visita di consulenza. La richiesta dovrà essere inoltrata utilizzando la scheda d'invio predisposta.
- b) Lo psichiatra dell'UO di Psichiatria, cui un utente si sia rivolto per diagnosi e trattamento di un disturbo mentale, qualora ne ravvisi la necessità, potrà richiedere la consulenza e la collaborazione del Servizio Dipendenze con le modalità di cui al paragrafo precedente.
- c) L'inviante e/o il consulente, qualora ritengano che la complessità del caso richieda una presa in carico integrata, organizzerà un incontro tra gli operatori delle due strutture al fine di confrontarsi sugli esiti dei rispettivi percorsi di valutazione e di individuare le indicazioni di trattamento. La presa in carico integrata rappresenta un percorso terapeutico appropriato solo nei casi in cui vi sia comorbidità tra disturbi di dipendenza e disturbi mentali gravi: schizofrenia e sindromi correlate, disturbo bipolare, depressione maggiore ricorrente, disturbo di personalità ove si siano manifestati sintomi psicotici. Nel corso dell'incontro sarà formulato, un Piano di Trattamento Individuale Integrato (PTII), specificando le competenze e le responsabilità dei diversi servizi ed operatori

coinvolti nel trattamento e individuando relativi case-manager. Le decisioni relative al trattamento integrato dovranno essere trascritte utilizzando l'apposita scheda di trattamento integrato che dovrà essere inserita nella cartella clinica.

4. TRATTAMENTO IN REGIME DI DEGENZA OSPEDALIERA

- a) Nei casi ove sia appropriato il trattamento integrato come descritto al paragrafo c) del punto precedente i case-manager coinvolti nel PTII, qualora ritengano utile ricorrere ad un ricovero ospedaliero in una determinata fase del trattamento, individuano la struttura più idonea alle esigenze cliniche del caso (SPDC, reparto di Medicina interna o altro) e concordano con questa tempi, modalità e finalità del ricovero.
- b) Il reparto di degenza interessato potrà avvalersi in qualunque momento della consulenza dell'equipe che si occupa del trattamento integrato (UOP-SERT/NOA) per i problemi di rispettiva competenza.
- c) Il ricovero deve avvenire normalmente con il consenso informato del paziente interessato. Ricoveri senza il consenso del paziente possono essere previsti esclusivamente per la cura di disturbi mentali e solo quando ricorrono i requisiti previsti dalla legge che regola la materia dei Trattamento Sanitari Obbligatorii (TSO).
- d) Qualora un paziente, ricoverato presso il SPDC, presenti problemi connessi con l'abuso e/o dipendenza da sostanze, lo psichiatra del SPDC prenderà contatto con il Servizio Dipendenze per richiedere consulenza e definire tempi e modalità di un eventuale invio al SERT/NOA.

5. TRATTAMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI O SEMIRESIDENZIALI

- a) Qualora il PTII, che è strumento del percorso clinico della presa in carico integrata solo per i casi di comorbidità tra disturbi di dipendenza e disturbi mentali gravi: schizofrenia e sindromi correlate, disturbo bipolare, depressione maggiore ricorrente, disturbo di personalità ove si siano manifestati sintomi psicotici, preveda l'opportunità di inserimento del paziente in struttura residenziale o semiresidenziale, i due case-manager dell'UOP e del SERT/NOA concorreranno nell'individuazione della struttura più adatta, sulla base dei programmi previsti dal piano di trattamento concordato e sottoscritto da entrambi i Responsabili di Unità Operativa. Per quanto riguarda gli eventuali aspetti di carattere assistenziale, dovrà essere coinvolto anche l'Ente Locale competente. I costi dell'inserimento, a fronte di una integrazione della retta per prestazioni specialistiche aggiuntive, saranno sostenuti con le modalità di ripartizione concordate fra i due Dipartimenti, anche tenendo conto di quanto sarà previsto dalla specifica normativa regionale e sempre nel rispetto delle situazioni individuali di bisogno.
- b) I case-manager responsabili del piano di trattamento integrato avranno cura di monitorare il trattamento del paziente presso le strutture residenziali/semiresidenziali.
- c) I case-manager potranno avvalersi della collaborazione degli operatori di entrambi i servizi coinvolti (UOP-SERT/NOA) per migliorare la conduzione del programma di trattamento riabilitativo-residenziale ed al fine di facilitare il reinserimento sociale del paziente

6. PROGRAMMAZIONE DELL' ATTIVITA'

Si costituirà un Tavolo Tecnico Integrato, composto da rappresentanti del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento Dipendenze, che s'incontrerà almeno una volta l' anno per definire i piani annuali d'intervento, rivedere le procedure e le linee guida che fossero divenute obsolete, programmare l'eventuale attivazione di nuovi servizi anche in considerazione del fatto che l' aumentata incidenza di pazienti con "duplice diagnosi" rende necessaria l'elaborazione di progetti di trattamento e l'individuazione di strutture specificamente dedicate a tale popolazione clinica.

7. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

I Direttori del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento Dipendenze, direttamente o attraverso i loro delegati alla formazione ed aggiornamento professionale, s'incontreranno almeno una

volta l'anno al fine di rilevare i bisogni formativi comuni e programmare iniziative di formazione con possibilità di fruizione da parte degli operatori di entrambi i Servizi.

Letto, confermato e sottoscritto

Legnano,

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
A.O. "....."

Il Direttore Dipartimento Dipendenze
ASL Provincia MI 1
Dr. E. Gola

Allegato 3

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE/DIPARTIMENTO DIPENDENZE

SCHEDA DI INVIO

SERVIZIO INVIANTE _____

Case manager _____ rif. telef. _____

Medico referente _____ rif. telef. _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Tel _____ Familiare di riferimento _____

Diagnosi tossicologica (DSM IV) _____

Diagnosi psichiatrica (DSM IV- ICD10): _____

Terapia farmacologica in atto _____

Motivazione richiesta:

- Diagnosi psichiatrica/tossicologica
- Terapia psicofarmacologica/tossicologica
- Formulazione programma terapeutico integrato
- Altro

Eventuali note cliniche pregresse o attuali, compliance del paziente, comportamenti antisociali:

Altre patologie correlate: _____

Prescrizioni specifiche: _____

Data: _____ Firma (medico/oper .inviante) _____

SERVIZIO RICEVENTE: _____

Esito: _____

Medico operatore: _____ tel./fax _____

Data: _____ Firma _____

Allegato 4

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE/DIPARTIMENTO DIPENDENZE

PIANO DI TRATTAMENTO INTEGRATO

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

Familiare di riferimento _____ Tel. _____

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Diagnosi tossicologica _____

Diagnosi psichiatrica _____

Informazioni psico sociali _____

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE INTEGRATA

Servizio Psichiatrico

Medico _____

Psicologo _____

Ass. Soc. _____

Infermiere _____

Altro _____

Servizio Dipendenze

Medico _____

Psicologo _____

Ass. Soc. _____

Infermiere _____

Altro _____

Case manager _____

Case manager _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO INTEGRATO

Terapia farmacologia_____

Consulenze specialistiche_____

Colloqui psichiatrici/psicologici_____

Altre terapie_____

Interventi sociali_____

Interventi familiari_____

Interventi riabilitativi_____

Ricoveri ospedalieri (esclusi ricoveri urgenti)_____

Data di compilazione_____

Data prevista di revisione_____

Firma case-manager psichiatria_____

Firma case-manager dipendenze_____

Firma del paziente_____

