



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Rapporto 2007

su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna

a cura di:

Mila Ferri e Alessio Saponaro

con scritti di:

**Gabriella Antolini, Valentina Bini, Silvia Briani, Daniela Casalboni,
Alessandro Mariani D'Altri, Ilaria De Santis, Cristina Doveri,
Marilena Durante, Marcella Fanelli, Annamaria Ferrari, Mila Ferri,
Angelo Fioritti, Franca Francia, Maurizio Laezza, Valentina Lorenzoni,
Camilla Lupi, Monica Malagoli, Fabio Mariani, Sabrina Molinaro,
Linda Montanari, Gianni Morandi, Francesca Nasuelli, Umberto Nizzoli,
Cristiana Podetti, Edo Polidori, Michele Sanza, Alessio Saponaro,
Valeria Siciliano, Cristina Sorio, Monica Teodorani, Gabriele Trivellino,
Paolo Ugolini, Eleonora Verdini, Cristiano Visser, Umberto Zuliani**



Assessorato alle Politiche per la Salute

Regione Emilia-Romagna
Assessorato alle Politiche per la Salute
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri
Area Dipendenze
Viale Aldo Moro, 21
40100 Bologna
Email: miferri@regione.emilia-romagna.it

Collaborazioni nella redazione del Rapporto 2007

- EMCDDA – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze)
- Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno
- Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna
- Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna
- Osservatori delle Aziende USL di Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini

Redazione del Rapporto:

Introduzione, Angelo Fioritti e Mila Ferri – Regione Emilia-Romagna

Cap. 1 - Linda Montanari, e Valentina Bini - *Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA)*

Cap. 2 - Valeria Siciliano, Valentina Lorenzoni, Sabrina Molinaro, Fabio Mariani - *CNR Pisa*

Cap. 3 - Valeria Siciliano, Valentina Lorenzoni, Sabrina Molinaro, Fabio Mariani - *CNR Pisa*

Cap. 4 - Sabrina Molinaro, Valeria Siciliano, Valentina Lorenzoni, Fabio Mariani - *CNR Pisa*

Cap. 5, 6 e 7 - Mila Ferri, Ilaria De Santis, Alessio Saponaro – *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 8 - Cristina Sorio e Gabriella Antolini – *AUSL Ferrara*

Cap. 9 - Mila Ferri, Alessio Saponaro, Eleonora Verdini e Cristiano Visser - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 10 - Cristina Sorio e Gabriella Antolini – *AUSL Ferrara*

Cap. 11 - Mila Ferri, Alessio Saponaro, Eleonora Verdini e Camilla Lupi – *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 12 - Cristina Sorio*¹, Gabriella Antolini*¹, Gianni Morandi*², Monica Malagoli*², Umberto Nizzoli*³ -

*¹ *AUSL Ferrara*, *² *AUSL Modena*, *³ *AUSL Reggio Emilia*

Cap. 13 - Michele Sanza*¹, Sabrina Molinaro*², Fabio Mariani*², Silvia Briani*⁵, Daniela Casalboni*³, Alessandro Mariani D'Altri*¹, Cristina Doveri*², Marcella Fanelli*⁵, Valentina Lorenzoni*², Francesca Nasuelli*¹, Edo Polidori*⁴, Alessio Saponaro*³, Monica Teodorani*¹, Gabriele Trivellini*², Paolo Ugolini*¹ -

*¹ *AUSL Cesena*, *² *CNR di Pisa*, *³ *AUSL Rimini*, *⁴ *AUSL Forlì*, *⁵ *AUSL Ravenna*

Cap. 14 - Franca Francia - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 15 - Marilena Durante, Maurizio Laezza, Cristiana Podetti - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 16 - Annamaria Ferrari, Maurizio Laezza, Cristiana Podetti - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 17 - Umberto Zuliani - *Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno*

La presente relazione è disponibile in formato PDF sul sito della Regione Emilia-Romagna:
<http://www.saluter.it/dipendenze>.

© **Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Regione Emilia-Romagna - 2007**

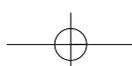
Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Indice

	pag.
Introduzione	5
1. Il profilo dei pazienti in trattamento per uso di droga in Europa: ultimi dati dell'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze	7
Parte I - Il consumo di sostanze nella popolazione dell'Emilia-Romagna	
2. Uso sostanze nella popolazione residente	15
3. Uso di sostanze negli studenti di scuola media superiore	21
4. Il policonsumo nella popolazione adulta e giovanile	31
Parte II - L'utenza dei Servizi per le dipendenze nel 2006	
5. L'utenza dei Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna	37
6. Le caratteristiche di chi accede ai Servizi per le dipendenze	43
7. Le sostanze d'abuso	47
Parte III - La salute e la mortalità connesse all'uso di sostanze psicoattive	
8. Le patologie infettive correlate all'uso di droga	55
9. Ricoveri per uso di droghe e alcol	59
10. La mortalità tra i tossicodipendenti e gli alcolisti afferenti ai Servizi dell'Emilia-Romagna	63
11. La mortalità connessa all'assunzione di sostanze nella popolazione generale dell'Emilia-Romagna	71
Parte IV - Nuovi fenomeni e nuovi scenari sull'uso di sostanze	
12. Gli esiti dei trattamenti dei soggetti in carico per uso di cocaina presso i SerT di Ferrara e Modena: i risultati preliminari di uno studio regionale	79
13. Valutazione dei trattamenti dei cocainomani nei servizi di Area Vasta Romagna: risultati preliminari	85
Parte V - Gli interventi sulla prevenzione e la promozione della salute	
14. Gli interventi del Coordinamento Unità di strada	93



	pag.
15. Linee di indirizzo per la prevenzione, cura e controllo dell'alcolismo e delle problematiche alcol-correlate	97
16. Linee di indirizzo per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo	103
Parte VI - I sequestri di droga e l'attività dell'autorità giudiziaria	
17. L'attività delle Forze dell'ordine: sequestri, denunce e mortalità per uso di sostanze nella Regione Emilia-Romagna	109
Finestre informative	
Progetto nazionale "Farmaci sostitutivi"	114
Progetto Tabacco	116
Centro di didattica multimediale "Luoghi di prevenzione"	117
Gli Osservatori Aziendali sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna	119
Allegato statistico	121



Introduzione

Il Rapporto 2007 curato dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Regione Emilia-Romagna si presenta ancora più ricco di contenuti rispetto agli anni precedenti. Innanzi tutto è cambiato il titolo: non più rapporto sulle *dipendenze*, ma rapporto su *consumo e dipendenze in Emilia-Romagna*. E' stato costruito con l'intento di fornire informazioni a 360° sui comportamenti relativi al consumo di sostanze stupefacenti legali e illegali, sulle dipendenze patologiche e le conseguenze in termini di salute connessi con l'uso/abuso.

Rimane l'intento delle precedenti relazioni.

Innanzitutto l'utilizzo di un linguaggio nella descrizione dei fenomeni e una rappresentazione dei dati quanto più possibile vicina a chi, per competenza professionale o interesse, sia coinvolto nella prevenzione, cura e riabilitazione dell'uso/abuso di sostanze. Il rapporto è rivolto ai decisori politici e istituzionali, per orientare la programmazione e le strategie per migliorare le condizioni di vita dei tossicodipendenti e prevenire l'insorgenza del fenomeno, ai direttori dei servizi sanitari e sociali e ai professionisti che progettano gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, ai componenti dei tavoli che si occupano della stesura dei Piani di Zona distrettuale, alle famiglie e ai cittadini che possono costruirsi un quadro sull'uso e abuso di droghe legali e illegali sul territorio dell'Emilia-Romagna.

Inoltre il Rapporto 2007 contiene contributi in linea con quanto indicato nel *Piano italiano di azione sulle droghe*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 39 del 15.02.2008, soprattutto per quanto riguarda il supporto informativo sulle attività di programmazione e pianificazione degli interventi, valutazione e monitoraggio. Nell'area degli obiettivi relativi alla *informazione, formazione, ricerca e valutazione* è chiaramente indicato come sia necessario un «migliore comprensione del fenomeno degli uso degli abusi di droghe; migliore diffusione delle conoscenze dei fenomeni... definizione di modalità di valutazione di modalità di valutazione adeguate alle azioni previste e all'interno del piano di azione; programmazione di ricerche *long term*; rafforzamento della presenza di ricercatori italiani nei forum europei e internazionali». Il Piano d'azione prevede una serie di precisi obiettivi da raggiungere, molti dei quali chiaramente riportati nel seguente Rapporto della Regione Emilia-Romagna:

- miglioramento della qualità dei dati sui consumi di droghe (ob. 53);
- rilevazione dei dati sull'utenza dei servizi (ob. 54);
- implementare la raccolta dei dati sulla popolazione generale (ob. 56);
- diffusione del patrimonio scientifico nel settore (ob. 57);
- migliorare la partecipazione della ricerca italiana in campo europeo (ob. 59);
- implementare la ricerca su settori ancora poco conosciuti (ob. 61), come può essere la valutazione degli esiti degli interventi nei confronti dei cocainomani;
- estendere la ricerca sanitaria nel campo delle dipendenze patologiche (ob. 62).

Il rapporto è inoltre coerente con le indicazioni della *Strategia dell'Unione europea in materia di droga 2005-2012*¹: migliorare la conoscenza dell'uso/abuso di sostanze psicotrope sul territorio regionale al fine di progettare risposte efficaci e valutare i risultati ottenuti sino ad oggi con gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione”, e con il Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008)² dove nel capitolo *Informazione, ricerca e valutazione*, vengono riportati gli obiettivi da raggiungere: i) l'applicazione dei cinque indicatori epidemiologici definiti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona ai fini dell'analisi dell'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze sui territori, della formulazione e valutazione delle linee in materia di tossicodipendenza³; ii) fornire informazioni affidabili sulla situazione droga; iii) elaborare precise informazioni sulle tendenze e sui modelli emergenti nel campo del consumo e dei mercati della droga.

Per raggiungere questi obiettivi l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze ha allargato in maniera consistente le collaborazioni con diverse Agenzie o Enti interne o esterne alla Regione Emilia-Romagna. Infatti i contributi forniti alla redazione provengono da:

- EMCDDA – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (*Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze*);
- Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa;
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno;
- Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna;
- Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna;
- Osservatori delle Aziende USL di Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Il Rapporto si compone di sei parti, e comprende aree relative al monitoraggio, programmazione e valutazione degli interventi inerenti l'uso/abuso di droghe e alcol.

Panorama sulla domanda di trattamento in Europa

L'Osservatorio Europeo sulle dipendenze di Lisbona ha fornito un quadro sulla situazione delle problematiche inerenti gli utenti che afferiscono ai servizi per le dipendenze europei, disegnando uno scenario di possibile evoluzione futura dell'andamento dell'utenza.

Consumo di sostanze nella popolazione dell'Emilia-Romagna

Vengono riportati i risultati delle due indagini realizzate in tutta Italia per la stima dei consumatori di sostanze psicotrope sia nella popolazione generale (indagine Ipsad-Italia) sia nella popolazione studentesca di età 15-19 anni (indagine Espad-Italia). In questo modo è stato possibile confrontare l'uso di sostanze psicotrope sia in Regione Emilia-Romagna in confronto con altre Regioni italiane, sia all'interno della stessa regione tra territori provinciali.

L'utenza dei Servizi per le dipendenze nel 2006

Questa sezione resta fondamentale, in quanto descrive le caratteristiche e le problematiche delle persone che accedono ai servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna, oltre ad analizzare l'evoluzione delle sostanze e dei comportamenti d'abuso che permettono la programmazione delle politiche socio-sanitarie.

Alcune parti sono state sintetizzate rispetto ai precedenti rapporti, altre sono state esplose in ulteriori capitoli. Attraverso l'appendice statistica è comunque possibile ricavare tutti i dati utili.

La salute e la mortalità connessa all'uso di sostanze psicoattive

L'uso di sostanze ha speso conseguenze rilevanti sulla salute delle persone. Alcune di queste ricorrono ai servizi pubblici per le dipendenze, altre ricorrono ai ricoveri in situazioni di emergenza-urgenza, per una disintossicazione o per curare gli effetti dannosi di lunghi anni passati a usare sostanze (es. Hiv, epatiti, cirrosi, ...), altri ancora purtroppo muoiono per overdose, per cause accidentali o per patologie correlate.

Nuovi fenomeni e nuovi scenari sull'uso di sostanze

La Regione Emilia-Romagna, come specificato in precedenza, ha sempre operato nell'ottica del monitoraggio e della valutazione dei programmi e dei progetti. In questa logica le attività di ricerca sostenute hanno sempre avuto una funzione prettamente operativa, e non conoscitiva tout court. In questa parte vengono presentati i risultati preliminari di due ricerche sulla valutazione degli interventi effettuati nei confronti degli utenti cocainomani in carico ai SerT dell'Emilia-Romagna.

Gli interventi di promozione della salute, di reinserimento sociale e di riduzione del danno

La Regione Emilia-Romagna ha attivato una serie di interventi innovativi nel campo della prevenzione, trattamento, riduzione del danno, reinserimento sociale. La valutazione riveste un ruolo fondamentale al fine di verificare se e quanto le azioni messe in atto abbiano effettivamente raggiunto gli obiettivi prestabiliti. Vengono riportati i risultati delle attività delle Unità di strada dell'Emilia Romagna e delle azioni di prevenzione e contrasto sui problemi connessi con l'uso di alcol e tabacco.

I sequestri di sostanze

La lotta al narcotraffico rappresenta sia uno dei "quattro pilastri" dell'Unione Europea per una efficace politica sulle droghe, sia uno degli obiettivi indicati nel Piano italiano di azione sulle droghe. Per tale motivo le informazioni fornite dalle Forze dell'ordine rappresentano una parte consistente del seguente rapporto. Inoltre, le informazioni sui sequestri sono un campanello di allarme in relazione alle sostanze d'abuso che circolano sul mercato.

La scena del consumo-abuso di sostanze è profondamente cambiata negli ultimi anni. I dati quantitativi e qualitativi provenienti dai servizi, dai progetti di prossimità e da rilevazioni di tipo epidemiologico hanno contribuito in modo sostanziale alla messa a punto delle recenti linee-guida regionali sul tema (deliberazione della Giunta regionale n. 1533/2006). Le stesse linee-guida sottolineano l'importanza di disporre di fonti informative aggiornate e attendibili. Ci auguriamo che lo sforzo compiuto con la stesura di questo rapporto si traduca in un utile strumento di lavoro e di consultazione per tutti coloro che si occupano del contrasto alle dipendenze patologiche.

Angelo Fioritti, Responsabile Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

Mila Ferri, Dirigente Area Dipendenze

¹ Consiglio dell'unione Europea, *Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2005-2012)*, Bruxelles, 22 novembre 2004 (03.01).

² Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008), 2005/C 168/01.

³ I cinque indicatori sono:

1. dimensione e caratteristiche del consumo di droga nella popolazione in generale;
2. diffusione del problema della tossicodipendenza;
3. domanda di trattamento da parte dei tossicodipendenti;
4. decessi legati alla droga e mortalità dei tossicodipendenti;
5. malattie contagiose connesse con la droga (HIV, epatite).

1. Il profilo dei pazienti in trattamento per uso di droga in Europa: ultimi dati dell'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze

Introduzione

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze è stato creato nel 1993 dai paesi dell'Unione Europea con l'obiettivo di raccogliere e disseminare informazioni valide, attendibili e comparabili sul consumo di droghe e le sue conseguenze in Europa, nonché le risposte sociali (trattamento e prevenzione) al problema della droga. Tra le principali fonti di informazione dell'Osservatorio rientrano i cinque indicatori epidemiologici chiave, che includono: il consumo di droghe tra la popolazione generale e la popolazione scolare; la prevalenza del consumo problematico di droghe tra la popolazione; le malattie infettive correlate all'uso di droghe; la mortalità, la domanda di trattamento.

L'indicatore sulla domanda di trattamento (TDI) fornisce informazioni sulle caratteristiche dei pazienti che entrano in trattamento per problemi correlati al consumo di droghe, sull'organizzazione e la disponibilità dei servizi di trattamento in Europa. Il TDI costituisce un indicatore indiretto della prevalenza del consumo problematico di droghe in Europa, dei modelli di consumo di sostanze e delle sue evoluzioni nel tempo e fornisce informazioni sull'organizzazione dei servizi e le sue differenze territoriali e politiche tra gli Stati membri, nonché l'evoluzione nel tempo delle politiche di intervento.

L'indicatore sulla domanda di trattamento raccoglie dati sui pazienti che entrano in trattamento per uso di droghe durante l'ultimo anno di registrazione; le informazioni sono relative al numero e alle caratteristiche dei pazienti che per la prima volta nella loro vita cominciano un trattamento per droga o a quelli che intraprendono un nuovo trattamento nell'anno di riferimento, pur avendo seguito un trattamento in anni precedenti. Il TDI non raccoglie dati sulle persone in trattamento per un periodo prolungato e che continuano il trattamento da anni precedenti. Tuttavia recentemente l'Osservatorio sta avviando un progetto pilota per la raccolta di dati anche su questo gruppo di utenti, che rappresenta una proporzione rilevante dei pazienti in trattamento.

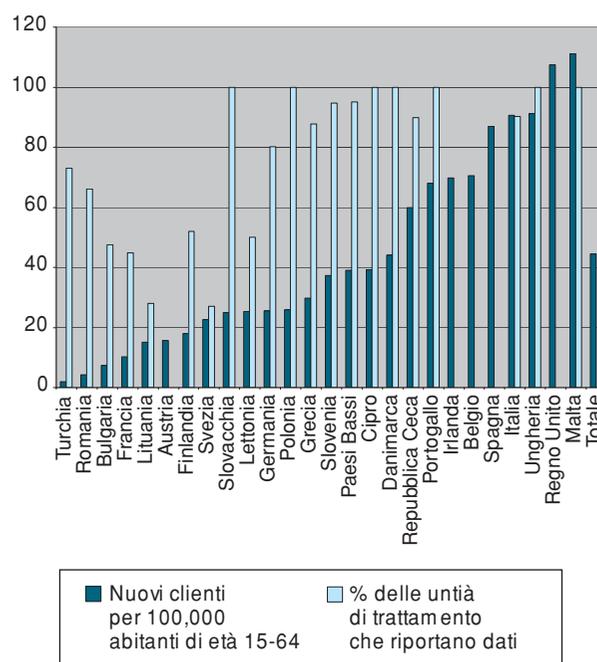
Di seguito vengono presentati i dati europei più recenti (riferiti all'anno 2005) sulla domanda di trattamento per problemi legati al consumo di droga, attraverso una descrizione iniziale del profilo generale dei pazienti in trattamento e una successiva analisi delle caratteristiche degli utenti classificati secondo la sostanza d'abuso primaria utilizzata. Per ogni tipo di droga vengono discussi l'epidemiologia dei modelli e dei trend di consumo ed il profilo dei pazienti che hanno fatto una domanda di trattamento (EMCDDA, 2007 a).

Profilo Generale dei pazienti in trattamento per uso di droga in Europa

Nel 2005 nei 21 Paesi che hanno raccolto dati sui pazienti in trattamento, un totale di circa 330.000 pazienti sono entrati in trattamento per consumo di droga in Europa; di questi ultimi circa 130.000 sono utenti entrati in trattamento per la prima volta nel 2005 (EMCDDA, 2007 b).

Dal confronto tra il numero dei nuovi utenti in trattamento e quello della popolazione adulta nei vari Paesi europei, emerge un tasso medio di incidenza di 44,4 nuovi pazienti in trattamento per droga per ogni 100.000 abitanti (Unione Europea e Turchia). Notevoli sono le differenze tra i singoli Paesi, con valori di incidenza che vanno da 2 pazienti ogni 100.000 abitanti in Turchia a 111 a Malta. Tali differenze dipendono da numerosi fattori, a partire dalla differente copertura nel sistema di raccolta delle informazioni, alla disponibilità di centri di trattamento e al diverso livello di prevalenza di consumo problematico sul territorio.

Figura 1 - Nuove domande di trattamento per uso di droga: proporzione per 100000 abitanti nel 2006 e copertura dei dati



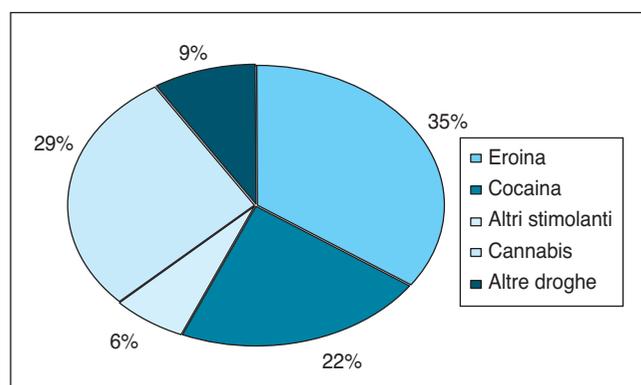
La maggior parte dei dati si riferiscono a pazienti in trattamento in centri ambulatoriali (89%) e in misura minore a centri di trattamento residenziali (8%), o altri tipi di centri di trattamento (3%), quali le agenzie di bassa soglia, le unità di trattamento nelle carceri, i medici di medicina generale.

I pazienti maschi rappresentano la maggioranza dei pazienti in trattamento, anche se il rapporto maschi/femmine varia secondo i Paesi e la sostanza di abuso primaria. Se in Svezia ci sono 1,8 uomini in trattamento per ogni donna, in Italia il rapporto è di 6,3 uomini per ogni donna. Rilevanti differenze emergono anche in merito alle sostanze d'abuso primarie: il rapporto uomini/donne per i pazienti in trattamento per cannabis è di 6 a 1 mentre è inferiore a 1 per i pazienti in trattamento per uso di ipnotici e sedativi (pur se è necessario considerare che i numeri assoluti in questo ultimo caso sono piuttosto bassi).

La maggior parte dei pazienti ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni, con un'età media che varia dai 24,2 anni in Bulgaria ai 32,4 in Svezia. In generale chi entra in trattamento per la prima volta nella vita è da 2 a 4 anni più giovane rispetto a coloro che hanno fatto precedenti tentativi di trattamento.

Rispetto alla distribuzione dei pazienti secondo la droga primaria di consumo, il 48% dei pazienti ha fatto una richiesta di trattamento per uso di eroina, il 13% per cocaina, il 20% per cannabis; ancora una volta rilevanti sono le variazioni da paese a paese. Rispetto al totale dei pazienti entrati in trattamento, fra i nuovi pazienti in trattamento la percentuale di consumatori di eroina è più ridotta (35%), mentre sono più elevate le proporzioni di consumatori di altre sostanze (29% cannabis, 22% cocaina e 6% altri stimolanti).

Figura 2 – Nuovi pazienti entrati in trattamento nel 2005 per sostanza primaria (21 paesi europei + Turchia)



Rispetto all'andamento nel tempo, il numero di centri di trattamento che hanno partecipato alla raccolta dei dati è passato dal 1996 al 2005 da 2.209 centri a 3.388, con una lieve diminuzione dal 2004 al 2005. Il numero delle domande di trattamento in 10 anni è aumentato del 25% (dal 45% guardando alle nuove domande di trattamento), pur se in modo non uniforme da Paese a Paese. Rispetto alle sostanze di abuso emerge una diminuzione delle nuove domande di trattamento per eroina di circa il 33% nell'arco degli ultimi 7 anni (dal 1999 al 2005¹) ed un opposto aumento delle altre sostanze; tale cambiamento è meno marcato se si includono

anche i pazienti con trattamenti precedenti. Nonostante ciò il consumo di eroina e i problemi ad essa connessi rappresentano ancora la principale ragione per un ingresso in trattamento.

Osservando le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti in trattamento, emergono notevoli differenze tra gli utenti secondo il paese di residenza e la droga d'abuso primaria. Le variazioni sono dovute a differenze nell'organizzazione dei servizi, nel profilo dei consumatori problematici di sostanze e ad altri fattori non ancora chiari.

E' comunque possibile sintetizzare i seguenti elementi comuni ai pazienti in trattamento per consumo di sostanze in Europa:

la maggioranza dei pazienti ha una condizione abitativa stabile e solo una minoranza vive in una situazione precaria, in particolare senzatetto (7%-13%) o in istituzioni pubbliche (8%-10%);

circa il 40% degli utenti vive nella famiglia di origine; il 15% dei pazienti dei servizi ambulatoriali e il 7% di quelli di servizi residenziali coabita con dei bambini;

circa il 10% dei pazienti non ha mai frequentato la scuola o non ha terminato la scuola primaria e solo il 4% ha un titolo di studio universitario;

la proporzione di pazienti senza un'occupazione regolare è piuttosto elevata, specie se comparata a quella della popolazione generale. I tassi di disoccupazione, che sono intorno al 9% nella popolazione adulta generale, raggiungono il 45% tra i pazienti seguiti da centri ambulatoriali e del 76% tra gli utenti di servizi residenziali.

Oppiacei

In molti Paesi europei, gli oppiacei, principalmente l'eroina, rimangono la droga principale per la quale i pazienti fanno una richiesta di trattamento. Su un totale di 326.000 richieste di trattamento segnalate nel 2005 secondo l'indicatore di domanda di trattamento, gli oppiacei sono stati registrati come droga primaria nel 40% dei casi, e circa il 46% di questi pazienti ha dichiarato di assumerli per via parenterale.

La percentuale dei pazienti che fanno richiesta di trattamento per consumo di oppiacei varia da Paese a Paese. Sulla base dei dati disponibili, i pazienti che usano oppiacei come sostanza primaria costituiscono il 40-70% di tutte le richieste di trattamento in 12 Paesi, meno del 40% in sette Paesi e più del 70% in sei Paesi.

Tali variazioni tra i Paesi riflettono differenze nella prevalenza del consumo problematico di oppiacei, nel tipo di organizzazione dei servizi di trattamento e nel sistema di raccolta e comunicazione dei dati.

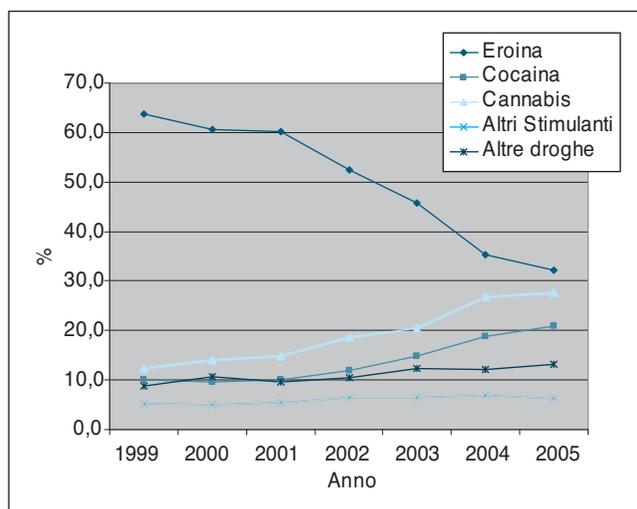
Se nella maggioranza dei casi gli utilizzatori di oppiacei consumano eroina, alcuni Paesi segnalano una percentuale significativa di richieste di trattamento relative al consumo di oppiacei diversi dall'eroina. In Finlandia ed in Francia la buprenorfina rappresenta la droga primaria d'abuso rispettivamente per il 41% e il 7.5% dei pazienti in trattamento. Nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, circa il 4% dei pazienti sono segnalati come consumatori primari di metadone utilizzato non a scopo terapeutico. In Spagna, Lettonia e Svezia, tra il 5% e il 7% dei tossicodipendenti fanno una

domanda di trattamento per uso primario di oppiacei diversi dall'eroina e dal metadone, ma non altrimenti specificati. In Ungheria, infine, che ha una tradizione di consumo di sostanze derivate dal papavero da oppio e prodotte localmente, circa il 4% delle richieste di trattamento sono correlate al consumo di oppio.

La maggior parte dei consumatori di oppiacei vengono riportati come utenti dei servizi ambulatoriali; tuttavia, in Svezia il 71% dei consumatori di oppiacei è inserito in una struttura residenziale, indicando probabilmente una peculiarità dei servizi svedesi. Inoltre è stata segnalata una piccola percentuale (3%) delle domande di trattamento dei pazienti in servizi residenziali per consumo di oppiacei dal Regno Unito. Nei pochi Paesi che riportano dati sulla richiesta di trattamento nei servizi a bassa soglia, la maggior parte dei pazienti di quei servizi fa un uso primario di oppiacei.

In termini di tendenze temporali si è assistito negli ultimi anni ad una diminuzione degli ingressi in trattamento per uso primario di oppiacei. Nella maggior parte dei Paesi il numero di pazienti che sono entrati in trattamento per la prima volta nella vita per uso di oppiacei è in diminuzione, passando da 79.911 a 50.880 dal 1999 al 2005. Sul totale dei pazienti entrati in trattamento per tutti i tipi di droga, la percentuale dei nuovi pazienti entrati in trattamento per uso di eroina è diminuita del 33% (dal 70% al 37%). E tale tendenza è confermata in tutti i Paesi, tranne in Bulgaria e Grecia.

Figura 3 – Tendenze nella stima del numero di nuovi pazienti entrati in trattamento dal 1999 al 2005 per sostanza di abuso primaria (valori %)



Tale decremento è meno accentuato osservando i dati dei pazienti che hanno fatto una richiesta di trattamento durante l'anno di riferimento, comprendendo i pazienti con precedenti tentativi di trattamento. La percentuale di utenti in trattamento per uso primario di eroina sul totale dei pazienti è passata da 58.6% nel 1999 al 46.5% nel 2005, con un aumento nel numero assoluto dei pazienti di circa 45.000 utenti (da 100789 a 14984), a fronte di un aumento del numero totale di utenti di circa 140.000 pazienti, prevalentemente consumatori di sostanze diverse dall'eroina.

È necessario, tuttavia, tenere presente che l'indicatore

europeo di domanda di trattamento non comprende i dati sui casi prevalenti, benché da uno studio pilota su 9 Paesi europei è emerso che tali pazienti rappresentano la maggioranza della popolazione in trattamento per droga a livello europeo.

Da un'analisi del profilo socio-demografico dei pazienti in trattamento per problemi correlati al consumo di oppiacei emerge che gli utenti dei servizi tossicodipendenze in Europa hanno in media un'età di 31-32 anni, una condizione sociale precaria, con un elevato tasso di disoccupazione, un basso titolo di studio e una precaria condizione abitativa (fra il 10% ed il 18% sono senza tetto).

Il rapporto maschi/femmine tra i pazienti in trattamento per uso primario di oppiacei è di tre uomini per ogni donna (4 a 1 nei servizi residenziali), pur con rilevanti differenze tra i singoli Paesi europei, in particolare tra i Paesi del Sud e del Nord Europa (la percentuale di uomini è più elevata tra i primi che tra i secondi).

Rispetto alla modalità di assunzione della sostanza, il 58% dei pazienti assume oppiacei per via parenterale (53% tra i nuovi pazienti). La percentuale di iniettori è più elevata in Romania, Repubblica Ceca e Finlandia, più bassa in Olanda, Danimarca e Spagna.

La maggior parte dei pazienti è rappresentata da poli-consumatori che associano l'uso di oppiacei al consumo di un'altra sostanza secondaria, soprattutto altri oppiacei (35%) o cocaina (23%) o infine cannabis (17%).

Il 60% dei pazienti ha iniziato ad utilizzare oppiacei prima dei 20 anni e pochi sono coloro che hanno cominciato dopo i 25 anni. Fra il primo uso di oppiacei ed il primo contatto con i centri di trattamento intercorre in media un periodo di 7-8 anni.

Alcuni Paesi segnalano un'elevata frequenza di co-occorrenza di dipendenza da oppiacei e disturbi psichiatrici e, in particolare, disturbi d'ansia, antisociali, borderline di personalità e depressione maggiore (Mateu et al., 2005).

Cannabis

Dopo gli oppiacei, i cannabinoidi sono la seconda ragione per avviare un trattamento per uso di droga in Europa. Su un totale di 330.000 richieste di trattamento segnalate nel 2005 in 21 Paesi Europei, la cannabis costituisce la ragione principale per l'ingresso in trattamento per circa il 20% dei pazienti che si rivolgono ai servizi, soprattutto ambulatoriali.

A differenza degli utilizzatori di altre sostanze, i pazienti che consumano cannabis come sostanza primaria più raramente fanno uso di sostanze secondarie. Tra coloro che consumano cannabis insieme ad altre droghe, la maggior parte utilizza cannabis + alcool (37%) o + amfetamine ed ecstasy (28%). La cannabis invece viene spesso utilizzata come droga secondaria, consumata insieme ad altre sostanze d'abuso e dopo l'alcool (38%) è la droga secondaria più frequentemente utilizzata.

Tra i circa 130.000 pazienti che si sono sottoposti per la prima volta nella loro vita ad una terapia per consumo di droga, i consumatori di cannabis rappresentano il 29% di tutte le nuove richieste di trattamento, costituendo il secondo gruppo di utenti dopo i nuovi utenti consumatori di eroina (35%).

Dal 1999 al 2005 il numero di nuove richieste di

trattamento per consumo primario di cannabis in Europa è quasi triplicato, passando da 15.439 a 43.677. L'aumento è stato meno accentuato, ma pur sempre rilevante, sul totale dei pazienti, compresi quelli che hanno seguito un trattamento in anni precedenti (che sono passati da 23.384 a 64.479). Tenendo conto dei dati più recenti, la tendenza in ascesa sembra tuttavia essersi stabilizzata.

L'aumento di pazienti in trattamento per uso di cannabis è segnalato in tutti i Paesi europei, pur con differenze rilevanti da Paese a Paese. Nel 2005 la percentuale di pazienti in trattamento per uso di cannabis va da meno del 5% in Bulgaria, Lituania, Polonia e Romania a più del 30% in Ungheria e Francia. Negli altri Paesi la percentuale di pazienti consumatori primari di cannabis è compresa fra il 5% ed il 20% (in 12 Paesi) o fra il 21% ed il 29% (in 7 Paesi). Tra le prime richieste di trattamento tali variazioni sembrano ancora più rilevanti: da meno del 10% dei pazienti in Bulgaria, Lituania, Lussemburgo, Polonia e Romania a più del 50% in Danimarca, Germania, Francia ed Ungheria.

L'aumento della domanda di trattamento per cannabis non è un dato di semplice interpretazione; numerosi fattori possono giocare un ruolo importante nell'influenzare una richiesta di trattamento, compreso il livello di prevalenza del consumo, la qualità dei dati, l'offerta di servizi, le modalità di invio ai servizi (EMCDDA, 2007 c).

In primo luogo un aumento di un consumo di cannabis non saltuario ma intensivo tra la popolazione generale e in particolare tra quella giovanile può avere conseguenze problematiche sulla salute fisica, psicologica o sociale dei consumatori.

In secondo luogo, il miglioramento dei sistemi di raccolta ed analisi delle informazioni, come riportato da molti Paesi, con particolare riferimento ai centri di trattamento non residenziali, dove si rivolge la maggior parte di consumatori di cannabis può avere influenzato un aumento del numero dei pazienti registrati come consumatori primari di cannabis.

In diverse realtà inoltre, a fronte di un aumento della domanda di trattamento per consumo di cannabis, si è verificato un aumento dell'offerta di servizi o di interventi mirati al consumo intensivo di tale sostanza; e ciò ha a sua volta condotto ad un aumento della domanda di trattamento. In Francia, ad esempio, dove nel 2004 sono stati creati centri di trattamento specialistici per consumatori di cannabis, si è verificato un considerevole aumento delle domande di trattamento. L'apertura di servizi per adolescenti o fasce giovanili di consumatori ha altresì contribuito ad un aumento degli utenti più giovani, spesso assuntori di cannabis.

Un altro importante elemento che può aver contribuito ad un aumento della domanda è il cambiamento nelle modalità di invio ai servizi di pazienti consumatori di cannabis. Si è verificato un incremento delle segnalazioni da parte di polizia e forze dell'ordine, a volte dovuto ad un cambiamento nelle legislazioni nazionali, che hanno adottato approcci più orientati al trattamento che alla repressione; a ciò si aggiunge un maggior ruolo della scuola e dei servizi sociali, a loro volta più informati e consapevoli dei rischi connessi al consumo di cannabis.

E' infine necessario tenere presente che, nonostante l'aumento delle domande di trattamento e i fattori legati a tale incremento, i consumatori di cannabis che si rivolgono ai servizi e che sono segnalati dai sistema di raccolta dati,

rappresentano solo una piccola parte del totale dei consumatori intensivi di cannabis e una porzione ancora più ridotta di coloro che hanno sperimentato cannabis una o più volte nel corso della loro vita.

In merito alle caratteristiche dei pazienti che si sottopongono per la prima volta ad una terapia ambulatoriale per uso primario di cannabis, si evidenzia una tipologia di consumatore generalmente giovane, di sesso maschile, spesso studente che vive ancora con la famiglia di origine.

Rispetto agli altri pazienti, il rapporto uomini/donne è più elevato (5,3 maschi per ogni femmina) così come la percentuale di giovani (l'età media è di 24.5 anni). Tra i nuovi pazienti l'età media è ancora più bassa (età media 23.8); inoltre, la maggior parte dei pazienti più giovani in trattamento per uso di droga riporta la cannabis come sostanza primaria di abuso (il 67% dei pazienti con un'età compresa tra i 15 ed i 19 anni e l'80% dei minori di 15 anni). Tuttavia, negli ultimi tre anni, si è registrato un aumento dell'età dei nuovi pazienti consumatori di cannabis.

Rispetto all'intensità del consumo, è possibile suddividere i consumatori di cannabis in tre gruppi: utilizzatori occasionali (34%), consumatori settimanali (una o più volte la settimana) (27%) e consumatori quotidiani (39%). Notevoli sono anche in tal caso le differenze fra paesi, che dipendono sia dalla effettiva presenza di un maggior o minor numero di consumatori intensivi tra la popolazione generale, in particolare quella giovanile, che dal sistema di segnalazioni e modalità di invio ai servizi, in particolar modo dagli invii da parte delle forze di polizia; fattore, quest'ultimo, che si collega in parte al tipo di legislazione in vigore nei diversi Paesi. L'Olanda, la Danimarca e la Spagna riportano le percentuali maggiori di consumatori quotidiani o quasi fra i pazienti in trattamento, mentre l'Ungheria, la Germania e l'Italia segnalano la percentuale più elevata di consumatori occasionali.

Cocaina e crack

Dopo gli oppiacei e la cannabis, il consumo di cocaina è la ragione più frequente per fare una richiesta di trattamento per uso di sostanze in Europa.

Nel 2005, sono state segnalate circa 48.000 domande di trattamento per uso di cocaina come droga primaria che rappresentano circa il 13% di tutte le richieste di trattamento. La cocaina è inoltre indicata come droga secondaria da circa il 15% dei pazienti in trattamento nei servizi non residenziali. La maggior parte degli utenti fa uso di cocaina in polvere (cocaina cloridrato, 84%) e soltanto il 16% dei pazienti riporta l'uso di crack. Quasi tutti i casi (94%) sono registrati nei centri di trattamento non residenziali. E' da considerare tuttavia che i dati sulla richiesta di trattamento per uso di cocaina forniti dai servizi ospedalieri e dai medici di base sono incompleti, e che le cliniche private che trattano pazienti con problemi di cocaina non partecipano alla raccolta dei dati europei dell'OEDT.

Notevoli sono le differenze nel contesto europeo: la maggior parte dei Paesi presenta percentuali basse di consumatori di cocaina fra i pazienti in trattamento e solo due paesi (Olanda 35% e Spagna 41% nel 2004) segnalano da qualche anno percentuali elevate di pazienti consumatori di cocaina.

Tra i nuovi pazienti in trattamento, la percentuale di consumatori di cocaina è maggiore rispetto a quella registrata nella totalità dei pazienti (inclusi i pazienti con precedenti tentativi di trattamento): circa il 22% di tutte le nuove richieste di trattamento (33.000 soggetti in 22 Paesi) sono segnalate come correlate all'uso di cocaina.

La tendenza ad un incremento del numero di domande di trattamento per consumo di cocaina segnalata negli anni scorsi dai paesi europei viene confermata nel 2005. Tra il 1999 ed il 2005, la percentuale di nuovi pazienti che hanno richiesto un trattamento per uso di cocaina e' passata dall'11% al 24% ed il numero assoluto di casi segnalati da 13.000 a 33.000.

Tra gli elementi che possono aver contribuito ad un aumento del numero di richieste di trattamento per cocaina, si possono indicare: un aumento della prevalenza del consumo di cocaina e dei problemi ad esso connesso, un aumento degli invii da parte di forze di polizia, servizi sociali e sanitari ai centri di trattamento specializzati, un incremento del numero di poliassuntori che consumano cocaina insieme ad altre sostanze, un'accresciuta disponibilità di servizi e interventi specifici e un aumento del numero di ex utilizzatori di oppiacei passati ad un consumo prevalente di cocaina.

I consumatori di cocaina in trattamento nei servizi ambulatoriali sono i pazienti più anziani dopo i consumatori di oppiacei ed hanno un'età media di 31 anni. Si tratta principalmente di uomini: il rapporto maschi/femmine è di 5 a 1 sul totale dei pazienti e di 6 a 1 tra i nuovi ingressi. L'età di primo utilizzo è concentrata fra i 15 e i 24 anni e la modalità di assunzione è soprattutto lo sniffo (46%), il fumo (34%) e solo in percentuale ridotta l'iniezione (9%). Tra i pazienti in trattamento circa la metà consuma la droga quotidianamente e l'altra metà in modo meno regolare; notevoli differenze sono riportate dai singoli paesi europei rispetto alle modalità e alla frequenza di assunzione.

Spesso il consumo di cocaina è associato all'uso di un'altra sostanza, dalla cannabis (28%), all'alcol (23%), agli oppiacei (16%). Sulla base di tali combinazioni e dei differenti modelli di consumo, è possibile identificare tre tipi di pazienti in trattamento per uso di cocaina in Europa:

- i consumatori di cocaina in polvere, che usano la sostanza da sola o in combinazione con cannabis e alcol; si tratta di un gruppo di consumatori che arriva ai servizi spontaneamente o inviato dal sistema giudiziario, con una condizione sociale più stabile sia in termini abitativi che lavorativi, rispetto agli altri due gruppi presentati di seguito (SIVZ/IVZ, 2006);
- i consumatori di crack, che spesso combinano l'uso di cocaina in pasta con altre sostanze, compresa l'eroina. Pur rappresentando un numero ridotto di consumatori (solo il 2.5% di tutti i pazienti in trattamento per droga in Europa), costituiscono un gruppo di utenti particolarmente problematici per la loro condizione spesso caratterizzata da emarginazione sociale e da una lunga storia di abuso di molteplici sostanze. Tali pazienti sono quasi sempre concentrati in grandi agglomerati metropolitani, in particolare Londra e Parigi;
- i poliassuntori, consumatori di cocaina ed eroina. Talvolta si tratta di ex consumatori di eroina passati ad utilizzare cocaina, pur mantenendo l'uso di oppiacei come sostanza secondaria. I pazienti che consumano contemporaneamente eroina e cocaina (combinazione

comunemente chiamata "speedball"), assumono la sostanza per via parenterale, con i conseguenti maggiori rischi per la salute. Da studi nazionali sugli utenti dei servizi che consumano cocaina, sembra che tale gruppo rappresenti il maggior numero di pazienti cocainomani; tuttavia l'incremento dei pazienti per cocaina nei servizi pare aver riguardato solo in misura minore tale fascia di utenti.

ATS: amfetamine, ecstasy, metamfetamine

Un altro gruppo di sostanze registrato nell'indicatore di domanda di trattamento per cui viene riportato un numero significativo di pazienti è il gruppo degli anfetaminici ("Amphetamines Type Stimulants" (ATS)) che comprendono amfetamine, ecstasy, metamfetamine.

Il numero di domande di trattamento relativo al consumo di ATS in Europa è relativamente basso. Nella maggior parte dei 21 Paesi per i quali i dati sono disponibili, tale sostanza è raramente la ragione principale che porta ad un ingresso in trattamento. Si tratta in tal caso principalmente di consumatori di amfetamine e soltanto in misura molto minore di utilizzatori di ecstasy.

Tra i pochi paesi che in Europa riportano una percentuale non trascurabile di pazienti che consumano ATS come sostanza primaria, rientrano:

la Repubblica Ceca e la Slovacchia con una percentuale rilevante di domande di trattamento relative all'uso primario di metamfetamine (rispettivamente il 58% ed il 24% di tutti i pazienti);

la Svezia, la Finlandia e la Lettonia che riportano circa un terzo del totale dei pazienti in trattamento per uso primario di amfetamine;

l'Irlanda, l'Olanda, il Regno Unito e la Francia con percentuali fra l'1% ed il 5% di consumatori di amfetamine, compresa l'ecstasy.

In tutti i Paesi, con esclusione della Grecia e della Svezia, la percentuale di nuovi pazienti che entrano in trattamento per uso primario di amfetamine ed ecstasy è superiore alla percentuale del totale dei pazienti in trattamento per tali sostanze. Tale dato, che fornisce una indicazione indiretta di un incremento nel tempo delle richieste di trattamento per consumo primario di ATS, viene confermato osservando i dati di tendenza dei nuovi pazienti entrati in trattamento dal 1999 al 2005. In 6 anni il numero delle prime richieste di trattamento per consumo primario di amfetamine ed ecstasy è aumentato di oltre 3.000 casi passando da 6.500 a 10.000 pazienti. È tuttavia necessario tenere presente le limitazioni nella copertura dei dati.

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti in trattamento per ATS, si tratta di persone con un'età media di 27 anni (25 se entrano in trattamento per la prima volta), che hanno iniziato ad usare la sostanza per la prima volta all'età di 19 anni.

Tra i pazienti in trattamento per consumo primario di ATS, gli utilizzatori di ecstasy sono, con i consumatori di cannabis, i pazienti più giovani in trattamento per abuso di droghe.

La percentuale di donne fra i pazienti che fanno uso di amfetamine è la più elevata di tutti i pazienti, in particolare tra

i gruppi di età più giovani. La ratio uomini/donne è quasi 1 uomo per ogni donna per i pazienti che usano amfetamine, mentre è 5-6 uomini per ogni donna per i pazienti che usano cannabis e cocaina, 4 uomini per ogni donna nel caso degli oppiacei

I pazienti di ATS consumano generalmente la sostanza in combinazione con altre sostanze, soprattutto cannabis ed alcool; in alcuni Paesi, in particolare dove i pazienti fanno uso di metamfetamine, viene segnalato l'uso di ATS per via iniettiva.

E' da notare infine non solo una differenziazione da paese a paese, ma anche una variazione geografica all'interno dei singoli paesi. Ad esempio, nella Repubblica Ceca il maggior numero di consumatori di metamfetamine risiede al di fuori dalla capitale; un simile quadro viene riportato anche dagli Stati Uniti, dove le zone non-metropolitane presentano tassi più alti di domande di trattamento per uso di anfetamine e di metamfetamine (Dasis, 2006).

Riferimenti bibliografici

- DASIS (2006, Methamphetamines/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004, *The DASIS Report*, Issue 27.
- EMCDDA (2007 a), *Annual Report 2007: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitorino Centre for Drug and Drug Addiction, Lisbon
- EMCDDA (2007 b), *Statistical Bulletin 2007*, European Monitorino Centre for Drug and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007 c), *Cannabis Monograph*, On-going publication, European Monitorino Centre for Drug and Drug Addiction, Lisbon
- Mateu, G., Astals, M. and Torrens, M. (2005), 'Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiaceos: del diagnostico al tratamiento', in Miranda, J.J.F. and Melich, M.T. (editors), *Monografia opiáceos, Adicciones*, 17, pp.111-21.
- SIVZ/IVZ (2006), 'Cocaine-related treatment demand in outpatient addiction care in the Netherlands (2000-2005)', *The LADIS bulletin*, December 2006, www.sivz.nl

¹ I dati sui pazienti divisi per sostanza d'abuso sono disponibili dal 1999 in un numero di Paesi sufficiente per permettere un'analisi temporale dei dati.

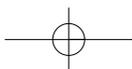
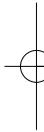
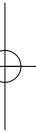
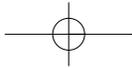


Parte prima
**Il consumo di sostanze
nella popolazione
dell'Emilia-Romagna**

2007

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze





2. Uso sostanze nella popolazione residente

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive illegali nella popolazione della Regione Emilia-Romagna sono estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia@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 54 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. Nel corso del 2006 sono stati somministrati 1.2000 questionari ai residenti dell'Emilia-Romagna.

Consumi di alcol

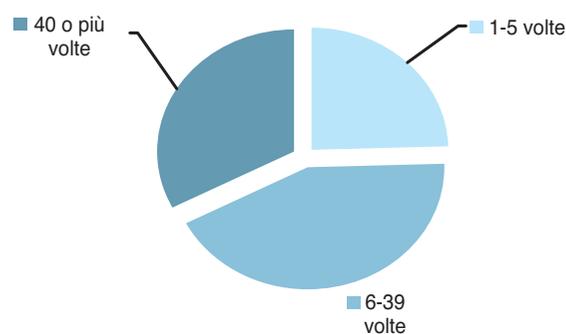
Nella regione Emilia-Romagna si stima che circa 1.730.000 soggetti abbiano fatto uso di alcol nell'ultimo anno. I dati rilevati a livello regionale risultano in linea con le prevalenze registrate a livello nazionale (Emilia-Romagna 79,4%; Italia 78,8%).

L'utilizzo di questa sostanza negli ultimi dodici mesi è caratterizzato da un andamento decrescente per le femmine e sostanzialmente omogeneo per i maschi (Fig. 1). I maschi con età compresa tra i 15 ai 44 anni di età riferiscono un uso che

oscilla tra l'80% e l'85%, mentre per i 45-54enni la prevalenza d'utilizzo è di circa il 90%. Per le femmine invece si passa dal 90% delle 15-24enni (prevalenza superiore a quella riferita dai coetanei: 86%) al 70% delle 45-54enni.

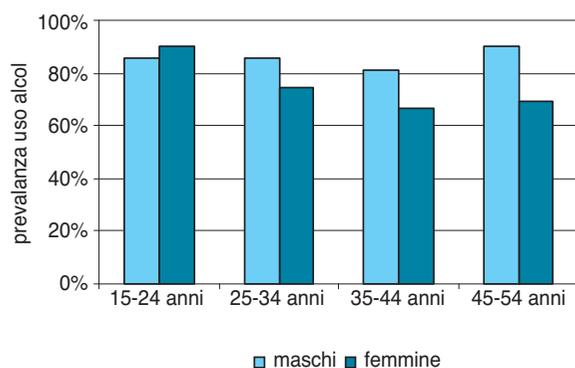
Fra coloro che hanno riferito di aver fatto uso di alcol negli ultimi dodici mesi, circa il 43% ne ha fatto uso da 6 a 39 volte, mentre il 24% ne ha fatto un uso sporadico (da una a 5 volte), ed il 33% ne ha consumato più di 40 volte.

Fig. 2: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



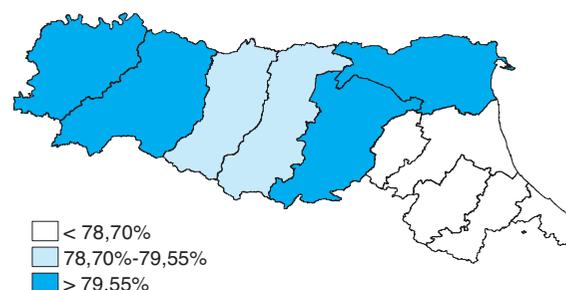
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Fig. 1: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Fig. 3: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

La provincia dove si registra la più alta prevalenza di utilizzo di alcolici è Ferrara con l'81,2%, seguono Piacenza e Parma (80,9%) e Bologna (80%). Rimini è la provincia dove si registra il più basso consumo della regione (76,5%), insieme a Ravenna (78%) e Forlì-Cesena (78,6%). Modena e Reggio Emilia sono in linea col dato regionale.

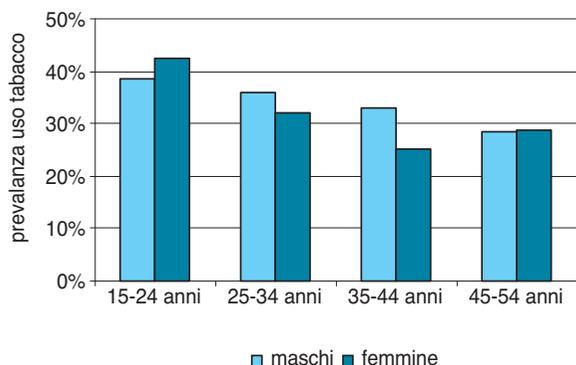
Consumi di tabacco

L'uso di tabacco nell'ultimo anno è riferito da circa 700.000 soggetti residenti nella regione Emilia-Romagna. Stessa tendenza viene registrata per i dati a livello nazionale (Emilia-Romagna 32,2%; Italia 31,7%).

Per l'utilizzo di sigarette (Fig. 4), si nota un consumo leggermente maggiore per le ragazze tra i 15 ed i 24 anni, anche rispetto ai coetanei (femmine: 42,5%; maschi: 38,6%).

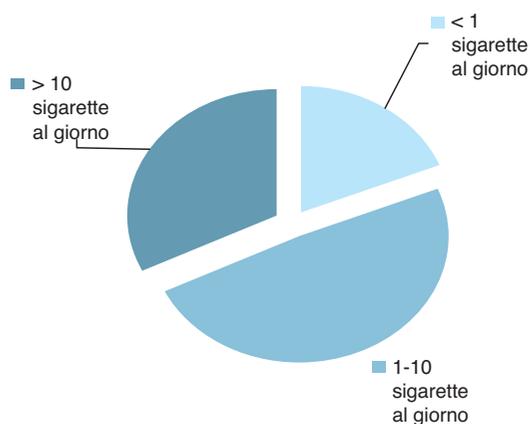
Tuttavia, un consumo maggiore tra i maschi rispetto alle femmine si nota nelle classi dei 25-34enni e 35-44enni,

Fig. 4: Uso di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Fig. 5: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi).



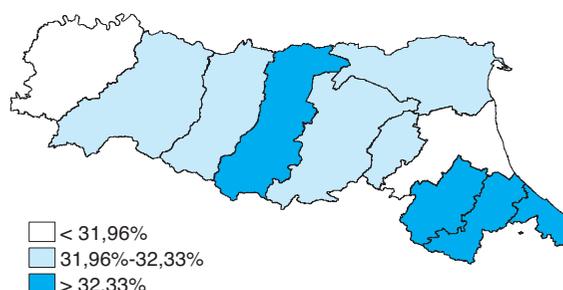
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

mentre medesime prevalenze di utilizzo di registrano per i 45-54enni (intorno al 28,5%).

Riguardo al consumo di tabacco negli ultimi dodici mesi, dalla distribuzione di frequenza di utilizzo dei rispondenti si evince che la metà dei soggetti riferisce di aver fumato da 1 a 10 sigarette al giorno, circa il 32% ne ha fumate più di 10 ed il 19% fuma meno di una sigaretta al giorno.

La distribuzione provinciale della prevalenza d'uso di tabacco (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) oscilla tra il 32,5% di Rimini ed il 31,9% di Piacenza, non evidenziando così particolari differenze tra le province dell'Emilia-Romagna.

Fig. 6: Uso di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.

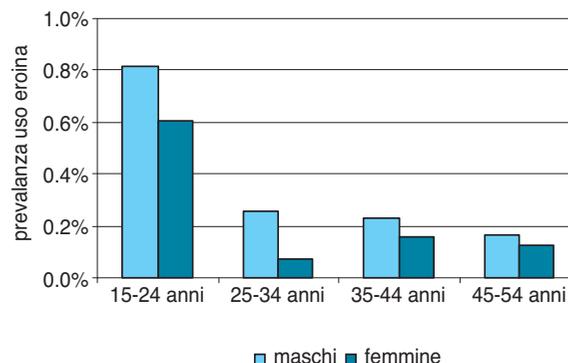


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Consumi di eroina

Si stima che nella popolazione residente nella regione Emilia-Romagna siano circa 5.500 i soggetti tra i 15 e i 54 che hanno utilizzato almeno una volta eroina nell'ultimo anno, tuttavia, il dato è sostanzialmente in linea con quello nazionale (Emilia-Romagna 0,25%; Italia 0,3%). Dalle analisi della distribuzioni dei consumi della sostanza (Fig. 7), si evidenzia una differenza di genere nell'utilizzo riferito nelle diverse classi di età. È la classe d'età dei più giovane a far registrare il maggior consumo, circa lo 0,8% dei maschi e lo 0,6% delle

Fig. 7: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

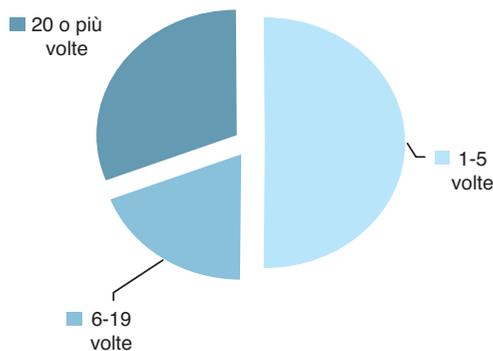


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

femmine. Per i residenti di sesso maschile la prevalenza passa dallo 0,26% dei 25-34enni allo 0,16% dei 45-54enni, mentre, per le donne sono le 35-44enni (0,16%) a riferire una maggiore contiguità alla sostanza, dopo le giovanissime.

Tra coloro che riferiscono di aver fatto uso di eroina negli ultimi dodici mesi, circa la metà dei soggetti l'ha utilizzata da 1 a 5 volte, circa il 19% da 6 a 19 volte (il 13% in Italia), ed il restante 31% (il 40% a livello nazionale) degli utilizzatori riferisce un utilizzo che va dalle 20 volte o più volte (Fig. 8).

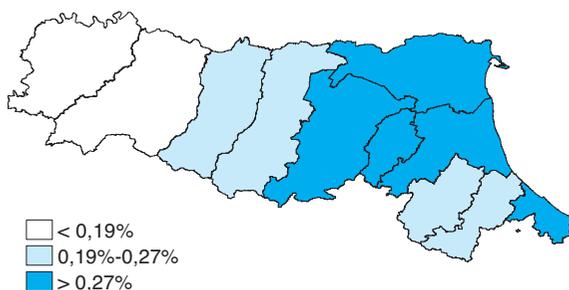
Fig. 8: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

La distribuzione provinciale (Fig. 9) della prevalenza d'uso di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) oscilla tra lo 0,4% di Rimini e lo 0,14% di Piacenza. Tra le province che fanno registrare un utilizzo maggiore della sostanza troviamo anche Bologna (0,33%), Ravenna e Ferrara (circa lo 0,28%). Mentre una diffusione minore si osserva a Parma (0,17%). Le restanti province sono sostanzialmente in linea con dato regionale.

Fig. 9: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

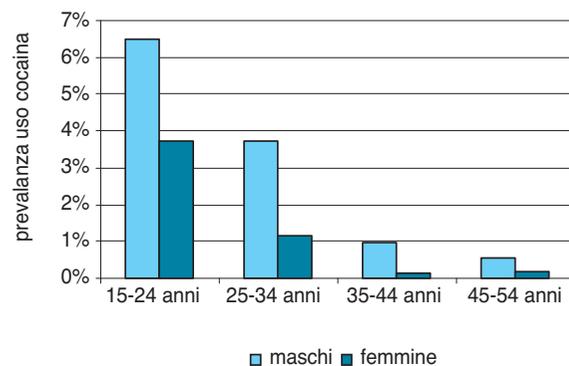
Consumi di cocaina

Negli ultimi dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario, si stima siano stati circa 38.000 i residenti della regione Emilia-Romagna ad aver consumato almeno una volta cocaina. Ciò nonostante, la prevalenza è inferiore a quella registrata per i rispondenti del resto della penisola (Emilia-Romagna 1,8%; Italia 2,3%).

Il consumo di cocaina (Fig. 10) riguarda maggiormente i soggetti di sesso maschile: infatti, in tutte le classi di età prese in esame sono i maschi a riferire un maggior utilizzo rispetto alle coetanee. Come per l'eroina, per entrambi i generi, sono i giovanissimi ad evidenziare un maggior uso della sostanza indagata, rispettivamente il 6,5% e il 3,7% per i maschi e le femmine 15-24enni, per poi diminuire con l'aumentare dell'età degli intervistati fino allo 0,6% dei maschi e lo 0,2% delle femmine 45-54enni.

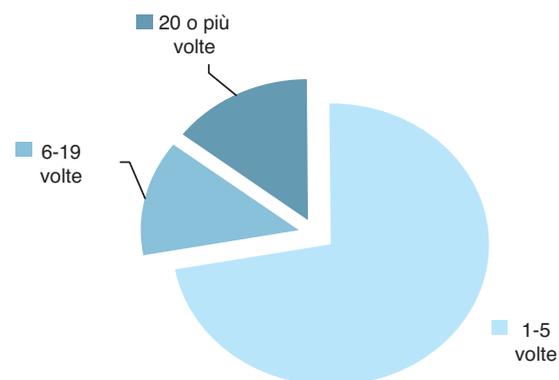
Tra i soggetti residenti nella regione che hanno riferito di aver fatto uso di cocaina nel corso dell'ultimo anno (Fig. 11), il 72% l'ha utilizzata da 1 a 5 volte (in Italia il 68%), il 13% tra le

Fig. 10: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Fig. 11: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

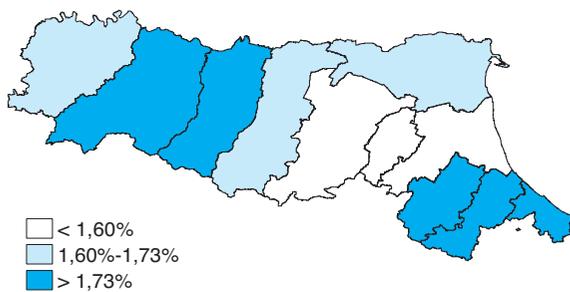


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

6 e le 19 volte (il 18% nella nazione), mentre il 14% l'ha consumata 20 o più volte (simile prevalenza è stata registrata nella nazione).

La distribuzione dei consumatori di cocaina (Fig. 12) tra i 15 ed i 54 anni nelle varie province dell'Emilia-Romagna, varia tra il 2,4% di Rimini e l'1,5% di Ravenna. Tra le province più esposte all'utilizzo di cocaina, Reggio Emilia (2,2%), Forlì-Cesena e Parma (1,8%), mentre Bologna e Ravenna (1,5%) sono quelle che fanno registrare i consumi minori. Le restanti province oscillano tra l'1,6% e l'1,7%.

Fig. 12: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



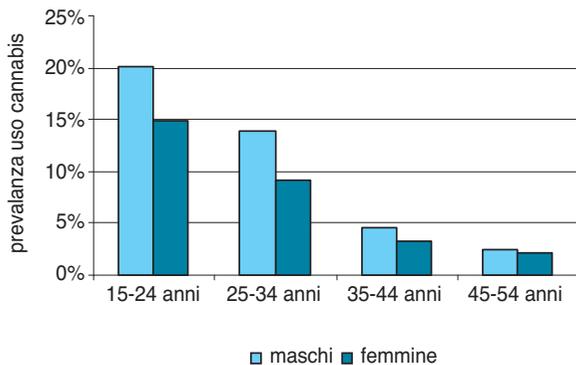
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Consumi di cannabis

Per quanto riguarda l'uso di cannabis vengono stimati circa 169.000 individui che possano aver utilizzato la sostanza una o più volte negli ultimi dodici mesi in Emilia-Romagna, dato inferiore a quello nazionale (il 7,8% nella regione e l'11,7% in Italia).

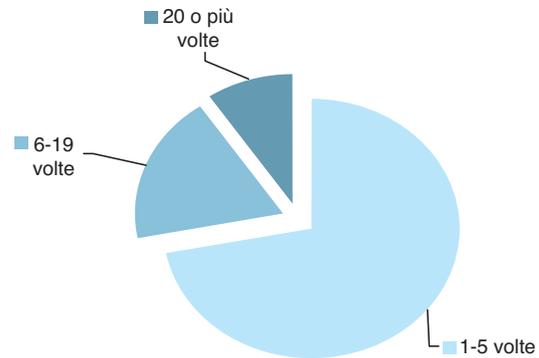
Dall'analisi effettuata sul campione dei rispondenti, risulta che sono i maschi più giovani ad aver consumato maggiormente cannabis (20%) negli ultimi dodici mesi, rispetto anche alle loro coetanee (15%).

Fig. 13: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Fig. 14: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).



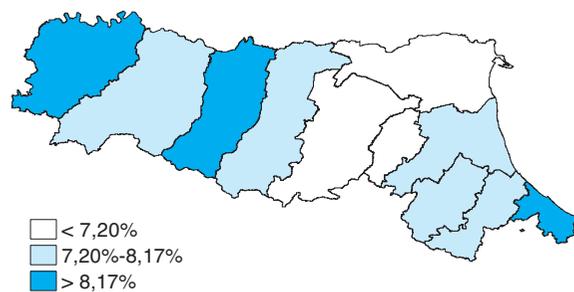
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Nella fascia di età successiva, 25-34enni, è sempre il sesso maschile a far registrare un maggior uso (14%), mentre le femmine della stessa fascia d'età si attestano al 9,2%. Infine, i consumi diminuiscono fino a circa il 2,5% della classe d'età maggiore.

Per quanto riguarda la frequenza d'uso durante degli ultimi 12 mesi si osserva che, sul totale dei rispondenti, il 72% riferisce di aver utilizzato cannabis da 1 a 5 volte, mentre sono il 19% coloro che ne hanno consumato da 6 a 19 ed il 9% quelli che hanno utilizzato la sostanza 20 o più volte.

La provincia dell'Emilia-Romagna nella quale si registra la più alta diffusione della sostanza indagata è Reggio Emilia con circa l'8,8% dei suoi residenti, seguono Rimini (8,7%), Piacenza e Parma (8,2%). Le province con i più bassi consumi sono invece Ferrara e Bologna (poco inferiori al 7,2%). Per le altre province i consumi variano tra il 7,3% di Ravenna e il 7,6% di Forlì-Cesena.

Fig. 15: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



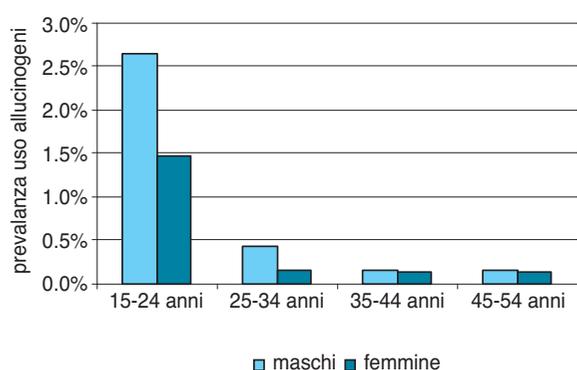
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Allucinogeni e stimolanti

Si stima che intorno a 11.000 residenti della regione abbiano consumato almeno una volta negli ultimi dodici mesi allucinogeni.

Dalla Fig. 16 si osserva che il contatto con gli allucinogeni è maggiore per entrambi i sessi nella classe di età più bassa (maschi 2,6%; femmine 1,5%). Le percentuali di consumo si abbassano allo 0,4% per i maschi e allo 0,2% per le femmine che hanno tra i 25 e i 34 anni, mentre si attestano allo 0,15% per entrambi i sessi nella fascia di età 35-54enni.

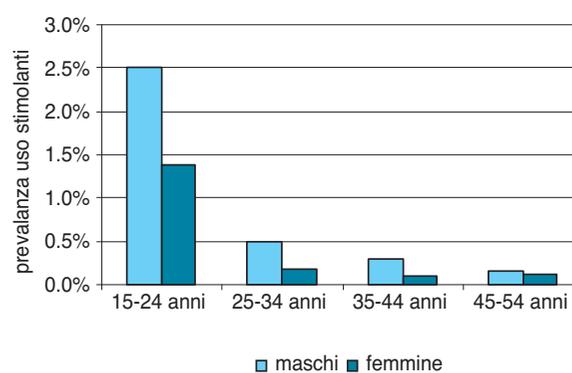
Fig. 16: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



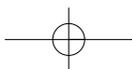
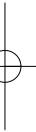
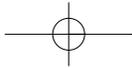
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Un andamento simile si registra per l'utilizzo di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi (circa 11.000 soggetti residenti), dove sono i maschi e le femmine più giovani a riferire un maggior utilizzo (maschi 2,5%; femmine 1,4%). Per quanto riguarda i soggetti tra i 25 e 34 anni la percentuale registrata è pari allo 0,5% per i maschi e allo 0,2% per le femmine. Infine, nelle restanti classi di età si osservano consumi pressoché uguali nei due sessi, circa lo 0,3% per i maschi e 0,1% per le femmine 35-44enni e intorno allo 0,15% per l'ultima classe.

Fig. 17: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006



3. Uso di sostanze negli studenti di scuola media superiore

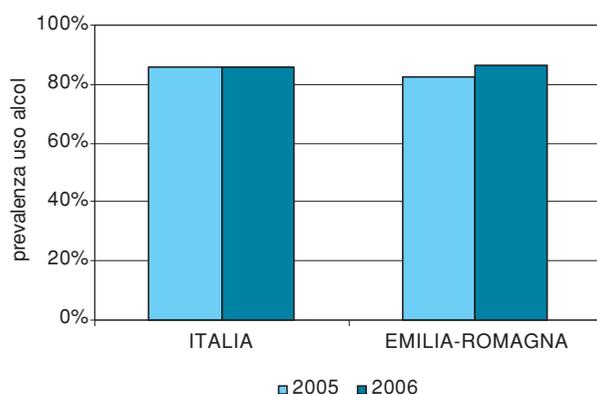
I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione studentesca sono stati estratti dallo studio ESPAD-Italia@2006. L'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe tra gli studenti delle scuole medie superiori, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato. Gli studenti della regione Emilia-Romagna, con età compresa tra i 15 ed i 19 anni, che sono stati coinvolti nell'indagine sono stati circa 3.000.

Consumi di alcol

Dalle analisi effettuate si stima che circa 120.000 studenti tra i 15 e i 19 anni abbiano consumato almeno una volta alcolici nell'ultimo anno. Come si può osservare dal Fig. 1, per ciò che riguarda il dato nazionale non si osservano differenze tra il 2005 ed il 2006, mentre per l'Emilia-Romagna si ha un leggero aumento (2005: 82,7%; 2006: 86,6%).

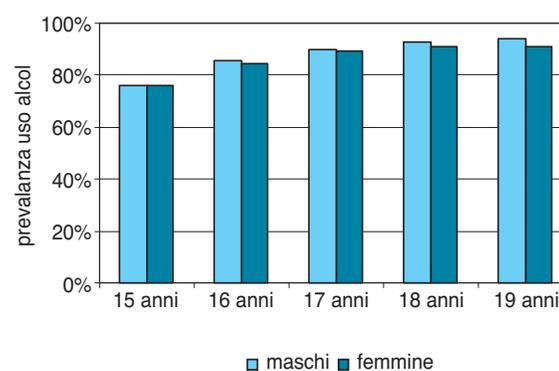
Rispetto all'utilizzo di alcolici negli ultimi trenta giorni (Fig. 2),

Fig. 1. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia-Romagna, anni 2005-2006.



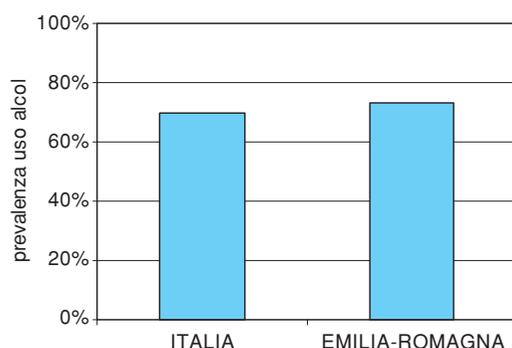
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005, ESPAD-Italia@2006

Fig. 3: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

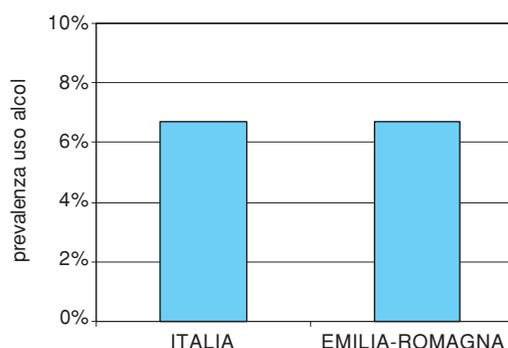


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 2: Uso di alcol. Confronto Italia - Emilia-Romagna. a) grafico a sinistra: uso di alcol una o più volte negli ultimi 30 giorni; b) grafico a destra: uso di alcol abituale.

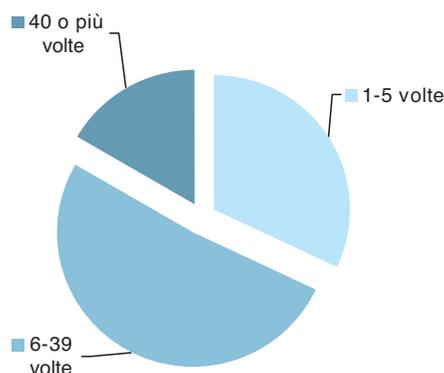


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006



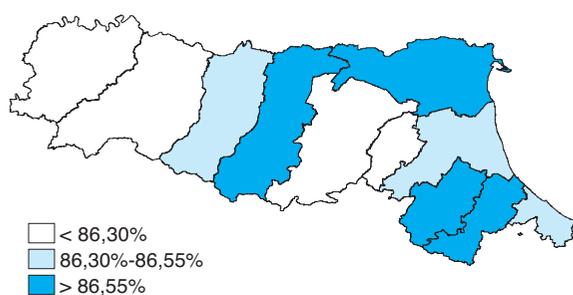
la prevalenza di studenti che ne hanno fatto uso in Emilia-Romagna è leggermente superiore a quella del resto d'Italia (72,9% contro 69,6% nella nazione).

Fig. 4: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



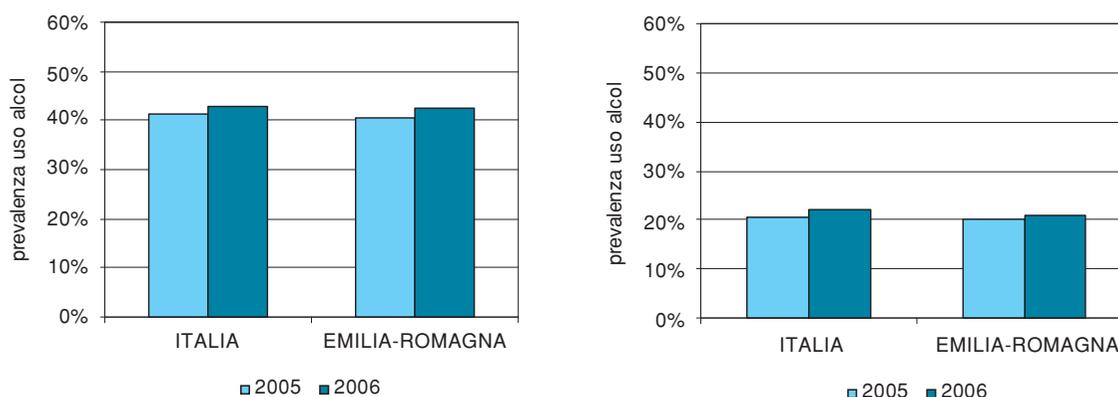
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 5: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 6: Ubriacature Confronto Italia - Emilia-Romagna. a) grafico a sinistra: ubriacature una o più volte negli ultimi 12 mesi; b) grafico a destra: ubriacature una o più volte negli ultimi 30 giorni.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Non sembrano esserci differenze invece per quel che riguarda l'utilizzo di alcol giornaliero (6,7%).

Nella popolazione studentesca della Emilia-Romagna la prevalenza d'utilizzo di alcol, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, ha un andamento omogeneo tra i maschi e le femmine nelle varie classi di età in studio (Fig. 3).

Il 76% dei 15enni ha assunto alcolici almeno una volta tra il 2005 ed il 2006, percentuale che aumenta nelle classi d'età successive fino a raggiungere tra i 19enni il 94% dei maschi ed il 91% delle femmine.

Come si può osservare dal Fig. 4, sul totale degli studenti che dichiarano di aver utilizzato alcol negli ultimi 12 mesi, il 32% l'ha consumato da 1 a 5 volte, il 51% da 6 a 19 volte, mentre il 17% ne ha bevuto 40 volte o più volte.

La prevalenza di studenti che ha fatto uso di alcolici (una o più volte negli ultimi dodici mesi) varia tra l'88% di Modena e l'85,6% di Parma (Fig. 5).

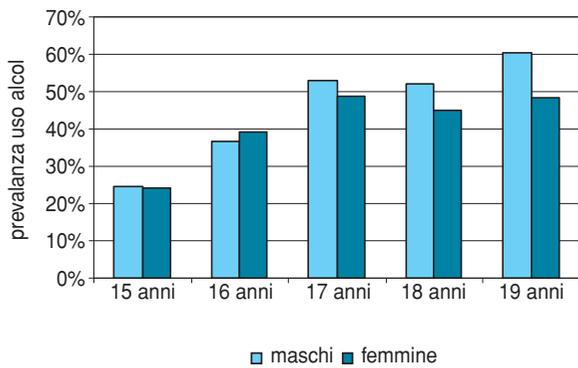
Insieme a Modena, anche Ferrara (87,5%) e Forlì-Cesena (circa l'87%) fanno registrare consumi leggermente superiori alla media regionale.

Le prevalenze rilevate a Bologna (85,8%) e Piacenza (86,3%) sono leggermente inferiori al dato della regione. Le percentuali di utilizzo per le altre province si aggirano intorno all'86,4%.

Dal Fig. 6 non sembrano evidenziarsi differenze tra i dati rilevati nel 2005 e nel 2006 per ciò che riguarda la prevalenza di ubriacature (almeno una volta negli ultimi dodici mesi). In Italia si passa dal 41,3% al 42,8%, mentre in Emilia-Romagna dal 40,6% al 42,4%. Medesima tendenza si registra per l'abuso di tale sostanza nell'arco dell'ultimo mese (Fig. 6b): nel 2006 in Italia hanno abusato il 22,8% degli studenti intervistati e nell'Emilia-Romagna il 20,8%.

Per ciò che riguarda l'abuso di alcol negli ultimi dodici mesi, dal Fig. 7 si osserva come la prevalenza aumenti al crescere dell'età. I maschi 17-18enni si attestano intorno al 53%, i 19enni al 60%, mentre le ragazze tra i 17 ed i 19 anni fanno registrare una prevalenza tra il 45% ed il 50%. Nella classe di età inferiore, sia per i ragazzi che le ragazze, si stima un'esperienza di intossicazione alcolica del 25%, percentuale che sale al 37% per i maschi 16enni ed è pari al 39% per le femmine della stessa classe di età.

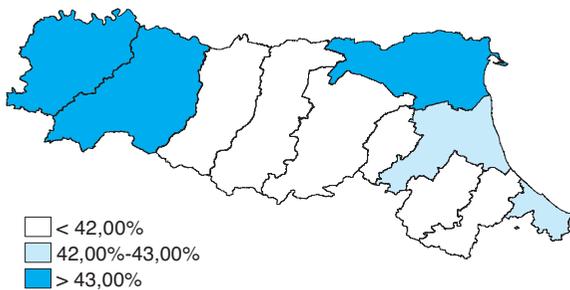
Fig. 7: Ubriacature (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Sono Parma, Piacenza e Ferrara (44%) le province dell'Emilia-Romagna con la più alta prevalenza di ubriacature tra gli studenti, mentre Forlì-Cesena è la provincia che ha fatto registrare la prevalenza più bassa (41%), insieme a Reggio Emilia, Bologna e Modena (poco meno del 42%). Le altre due province, Rimini e Ravenna, sono nella media regionale.

Fig. 8: Abuso di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

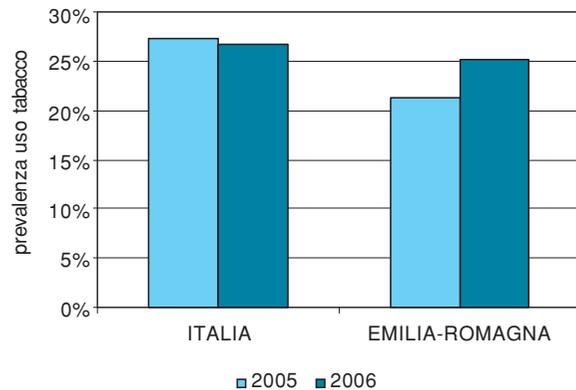
2.2.4 Consumi di tabacco

Nella popolazione studentesca della regione Emilia-Romagna, si stima che siano 34.000 gli studenti che hanno utilizzato quotidianamente tabacco nell'ultimo anno. Rispetto al 2005 (Fig. 8), mentre non si osservano differenze nei dati rilevati a livello nazionale (si passa dal 27,2% al 26,7%), si nota un aumento dei consumi nella regione (dal 21% al 25% nel 2006).

Per ciò che riguarda l'uso di sigarette (almeno una volta) nell'ultimo mese, la prevalenza registrata in Emilia-Romagna (38,4%) è leggermente inferiore rispetto a quella rilevata nel resto d'Italia (40,9%).

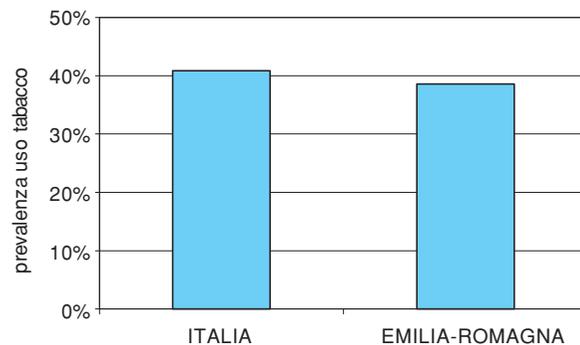
Dal Fig. 10, si può notare che il consumo giornaliero di tabacco (almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno) sia più alto nelle femmine rispetto ai propri coetanei maschi in

Fig. 8: Uso giornaliero di tabacco (una o più sigarette al giorno negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia-Romagna, anni 2005-2006.



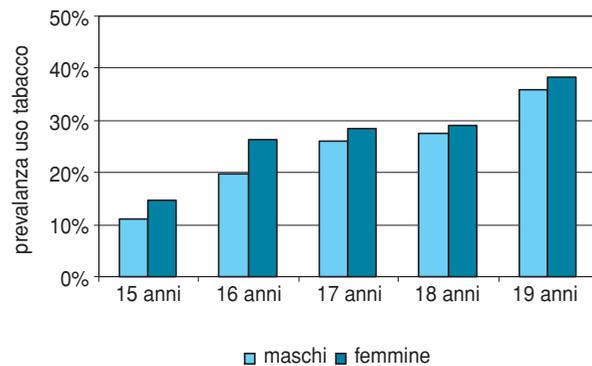
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005, ESPAD-Italia@2006

Fig. 9: Uso di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni). Confronto Italia - Emilia-Romagna.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 10: Uso giornaliero di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



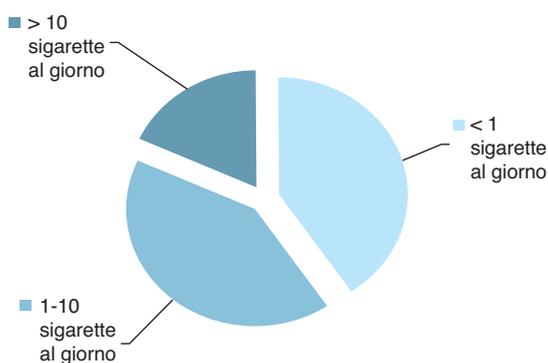
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

tutte le classi d'età (rispettivamente 26,8% e 23,3%).

Coloro che riferiscono un maggior uso di sigarette sono i maschi e le femmine 19enni, per i quali si attestano su valori percentuali del 36% e del 38%. Tuttavia, a 15 anni, circa l'11% dei maschi ed il 15% delle femmine consuma giornalmente almeno una sigaretta.

Tra tutti coloro che hanno fumato almeno una sigaretta negli ultimi dodici mesi, il 41% riferisce di fumare meno di una sigaretta al giorno, l'altro 41% ha fumato da 1 a 10 sigarette, mentre il 18% dei consumatori ha fumato 10 o più sigarette.

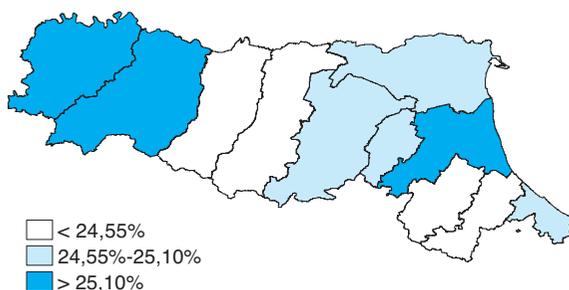
Fig. 11: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Di seguito vengono riportate le prevalenze per provincia degli studenti che riferiscono di aver giornalmente fumato sigarette nell'ultimo anno. Le percentuali oscillano tra il 27,3% di Piacenza ed il 23,9% di Forlì-Cesena. Tra le province con consumi più elevati, troviamo anche Ravenna (26,3%) e Parma (26%), mentre si fumano meno sigarette nelle province di Reggio Emilia e Modena (24,5%).

Fig. 12: Uso giornaliero di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



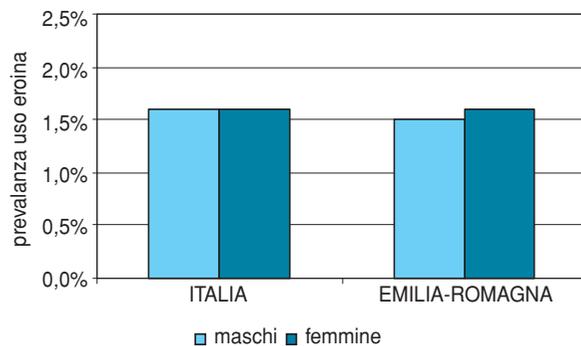
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Consumi di eroina

Tra gli studenti della regione Emilia-Romagna si stima che ad aver fatto uso di eroina, una o più volte nell'ultimo anno, siano stati circa 2.100 soggetti delle scuole superiori. L'uso di eroina è riferito dall'1,6% dei giovani della regione (Fig. 13), valore in linea con quello degli studenti appartenenti al campione intervistato in Italia. Per ciò che riguarda il confronto con la stessa indagine condotta nel 2005, non sembrano esserci sostanziali differenze nei consumi registrati nella regione (1,5%).

L'utilizzo di eroina riferito agli ultimi trenta giorni (Fig. 14a) è leggermente maggiore per il campione nazionale (Emilia-Romagna: 0,78%; Italia: 0,85%). Anche per ciò che riguarda l'uso abituale di eroina (Fig. 14b) si stimano lievemente maggiori consumi nel territorio nazionale (0,3%), mentre i rispondenti nell'area regionale si attestano allo 0,25%.

Fig. 13: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia-Romagna, anni 2005-2006.



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

Analizzando i consumi di eroina negli ultimi dodici mesi per genere e classi d'età (Fig. 15), si nota una sostanziale differenza nella distribuzione dei consumi tra i sessi. Per i maschi si registrano consumi più alti tra i 17 ed i 18 anni (1,9%), mentre per le restanti classi d'età si aggirano intorno all'1,6%.

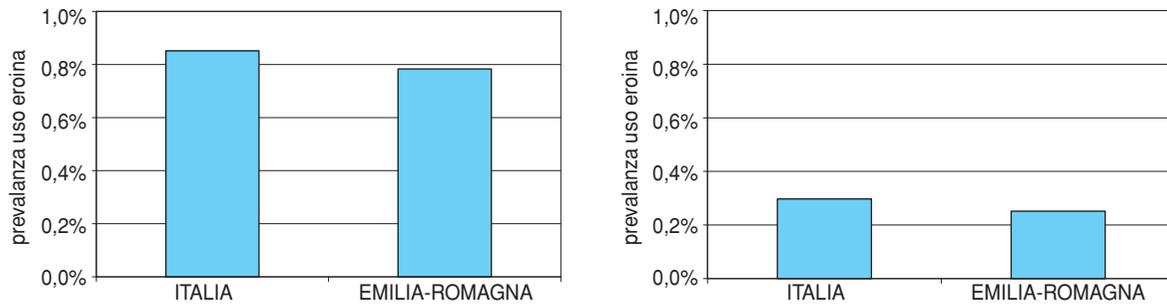
Per le femmine, invece, sono le 16enni che riferiscono consumi più elevati (1,9%), mentre per le altre classi d'età le prevalenze di utilizzo oscillano tra l'1% (18enni) e l'1,4% (17enni).

Nonostante ciò, circa l'1,6% dei maschi l'1,3% delle femmine 15enni ha fatto uso almeno una volta nel corso dell'ultimo anno di eroina.

Tra gli studenti della regione che hanno riferito di aver fatto uso negli ultimi dodici mesi di eroina, il 61% ne ha assunto da 1 a 5 volte (in Italia il 66%). Il 21% ha utilizzato la sostanza da 6 a 19 volte (il 18% nella nazione), mentre il 18% ha consumato eroina 20 o più volte (il 16% nel resto d'Italia).

Le prevalenze maggiori di studenti consumatori di eroina negli ultimi dodici mesi si concentrano nelle province di Reggio Emilia (1,7%), Piacenza, Ravenna e Forlì-Cesena (intorno

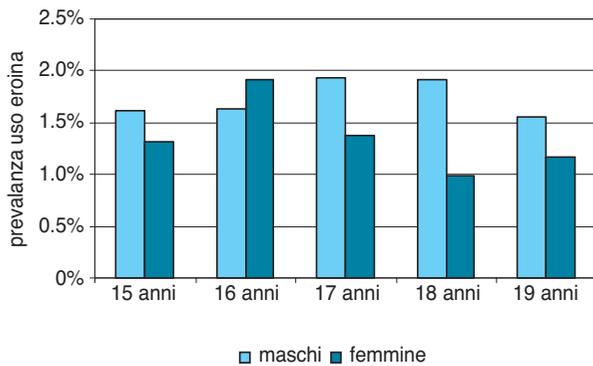
Fig. 14: Uso di eroina. Confronto Italia - Emilia-Romagna. a) grafico a sinistra: uso di eroina una o più volte negli ultimi 30 giorni; b) grafico a destra: uso di eroina abituale.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@200

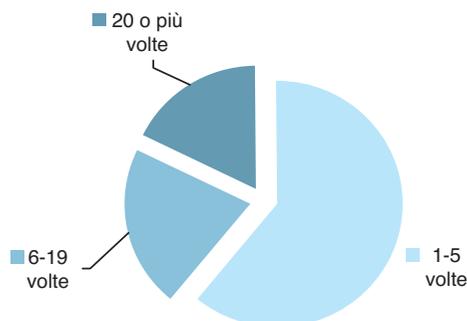
all'1,6%). Ferrara e Modena risultano essere le province con minore diffusione della sostanza indagata (di poco inferiore all'1,5%). Parma, Bologna e Rimini sono in linea con dato regionale.

Fig. 15: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



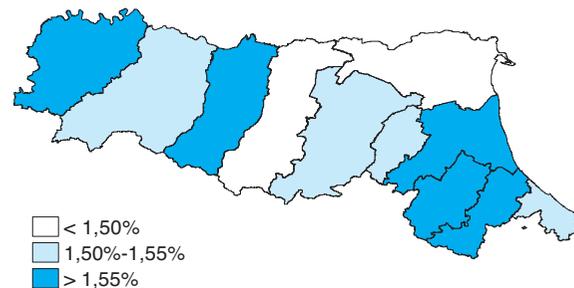
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 16: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 17: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



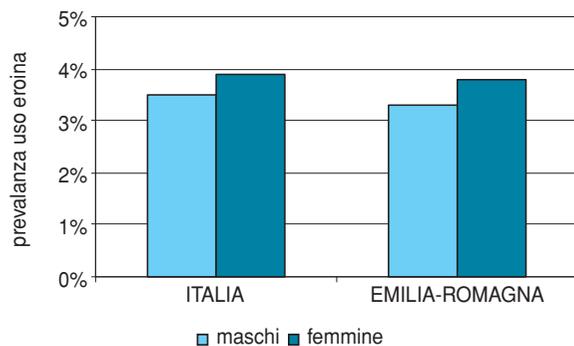
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Consumi di cocaina

In tutta l'Emilia-Romagna, si stima che il consumo nell'ultimo anno (almeno una volta) di cocaina possa riguardare circa 5200 studenti.

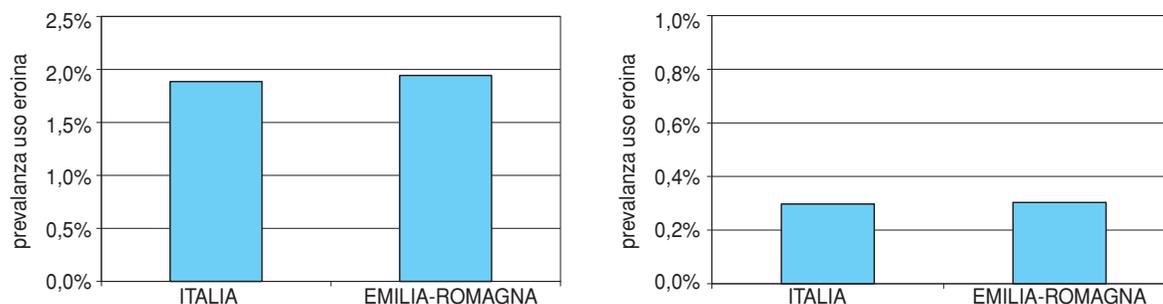
I consumi di cocaina dal 2005 al 2006 sembrano aumentati in Italia così come nella regione (Fig. 18), passando

Fig. 18: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia-Romagna, anni 2005-2006.



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

Fig. 19: Uso di cocaina. Confronto Italia - Emilia-Romagna. 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

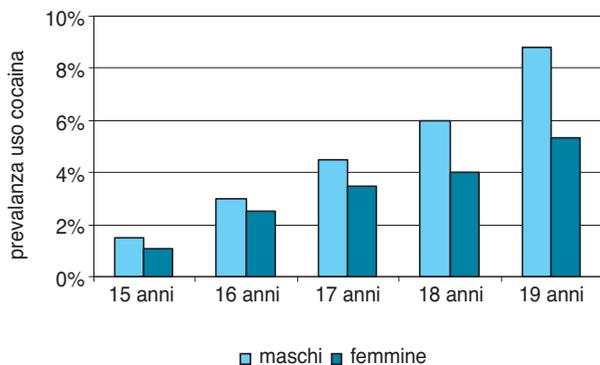
in Emilia-Romagna dal 3,3% al 3,8%, mentre nel resto della penisola si passa dal 3,5% al 3,9%.

Per il consumo di cocaina negli ultimi trenta giorni (Fig. 19a) non sembrano rilevarsi differenze tra gli studenti della regione con il resto dei coetanei nazionali (circa l'1,9%). Ciò si rileva nel Fig. 19b anche per quanto riguarda l'uso abituale di cocaina (0,3%).

Il consumo di cocaina una o più volte negli ultimi dodici mesi nella regione Emilia-Romagna (Fig. 20), a differenza dell'eroina, aumenta con l'età del campione intervistato ed ha una diffusione maggiore tra i ragazzi in tutte le classi d'età (maschi: 4%; femmine: 2,7%).

Si passa dall'1,1% delle femmine e l'1,5% dei maschi 15enni, al 5,3% delle femmine e l'8,8% dei maschi di 19 anni.

Fig. 20: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

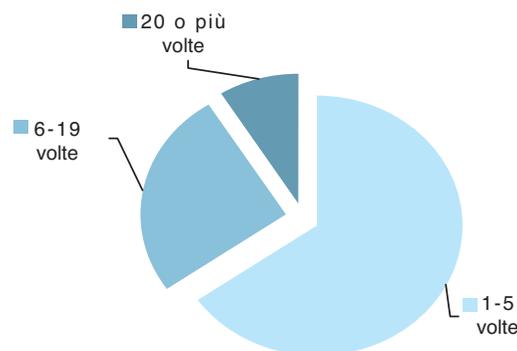


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

La maggior parte degli utilizzatori di cocaina (Fig. 21) riferisce di averne consumato da 1 a 5 volte nell'ultimo anno (65%); la quota degli studenti che ammettono una frequenza di utilizzo tra le 6 e le 19 volte è pari al 26%, mentre il consumo più continuo, 20 o più volte, è riferito dal 9%.

Forlì-Cesena è la provincia dell'Emilia-Romagna con la più alta prevalenza di utilizzo di cocaina (4,3%), seguono Parma,

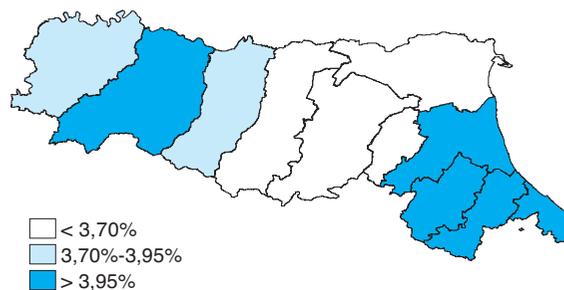
Fig. 21: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Rimini e Ravenna (intorno al 4%). Bologna, Modena e Ferrara (intorno al 3,6%) sono quelle che hanno fatto registrare una diffusione minore della sostanza. Le restanti province, Parma e Reggio Emilia, sono in linea col dato regionale.

Fig. 22: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.

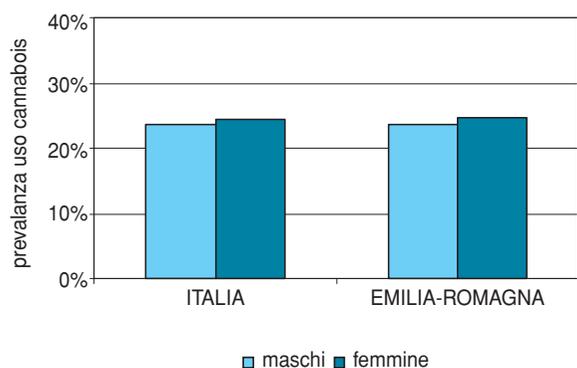


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Consumi di cannabis

Dall'analisi riguardo l'utilizzo di cannabis si stimano circa 34.000 studenti che riferiscono di averne fatto uso una o più volte negli ultimi dodici mesi. La prevalenza dell'uso di cannabis nell'ultimo anno nella regione, non sembra mostrare sostanziali differenze né col dato nazionale né col dato dell'anno precedente (Emilia-Romagna: 2005 23,6%; 2006 24,6%).

Fig. 23: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia-Romagna, anni 2005-2006.



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

Circa il 15,6% degli studenti dell'Emilia-Romagna riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo mese, percentuale che risulta in linea con quella rilevata a livello Nazionale (15,3%).

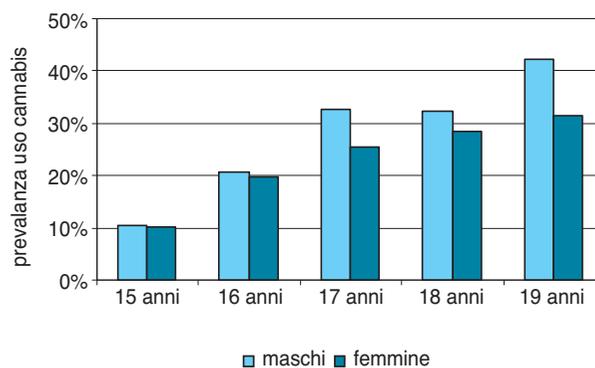
Simili osservazioni si possono dedurre per l'uso giornaliero della sostanza indagata (Fig. 24b): 2,95% per gli studenti residenti nella regione e 2,9% per i coetanei nazionali.

Analogamente al campione nazionale l'uso di cannabis nella popolazione studentesca dell'Emilia-Romagna assume un andamento proporzionale all'età (Fig. 25). Per i maschi si passa dall'11% dei 15enni, a più del 30% tra i 17 ed i 18 anni, fino ad arrivare al 42% dei 19enni. Per le studentesse si passa dal 10% delle 15enni, al 20% delle 16enni, per poi

stabilizzarsi tra il 26% ed il 31% per le ragazze tra i 17 ed i 19 anni.

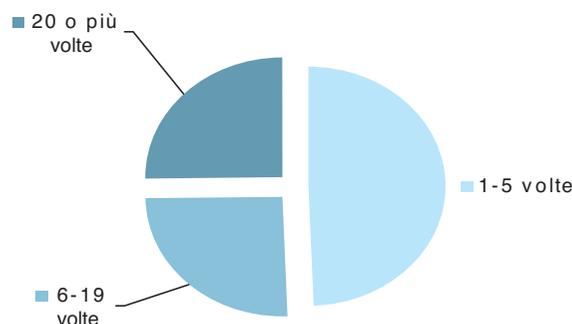
La metà di coloro che hanno riferito l'uso di cannabis negli ultimi dodici mesi afferma di averla utilizzata da 1 ad un

Fig. 25: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



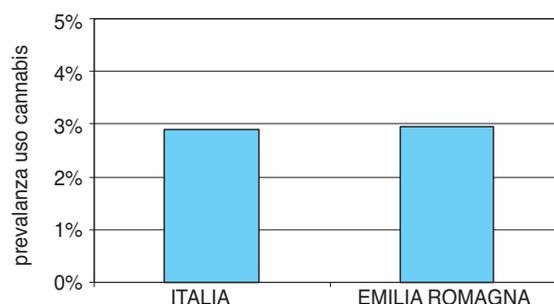
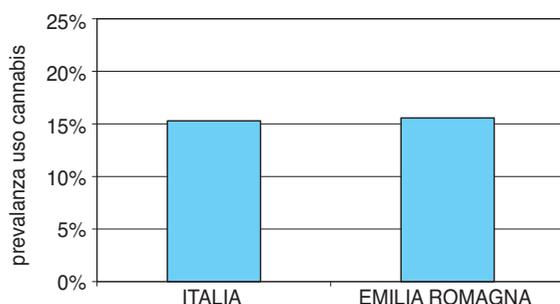
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 26: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 24: Uso di cannabis. Confronto Italia - Emilia-Romagna. a) grafico a sinistra: uso di cannabis una o più volte negli ultimi 30 giorni; b) grafico a destra: uso di cannabis giornaliero.

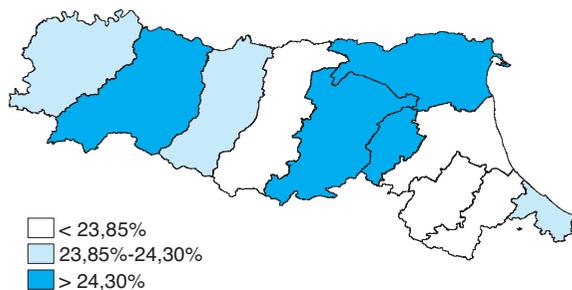


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

massimo di 5 volte; la quota degli studenti che invece attesta di utilizzare la cannabis da 6 a 19 volte è pari al 25%, così come quelli che ne riferiscono un consumo più continuo, ossia 20 o più volte.

L'utilizzo di cannabis (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) tra tutte le province dell'Emilia-Romagna trova una maggiore diffusione a Bologna(26,7%), Parma (26,2%) e Ferrara (24,7%), mentre consumi minori si registrano a Forlì-Cesena (23,2%), Modena (23,3%) e Ravenna (23,8%). Le restanti province oscillano intorno al 24%.

Fig. 27: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per province.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

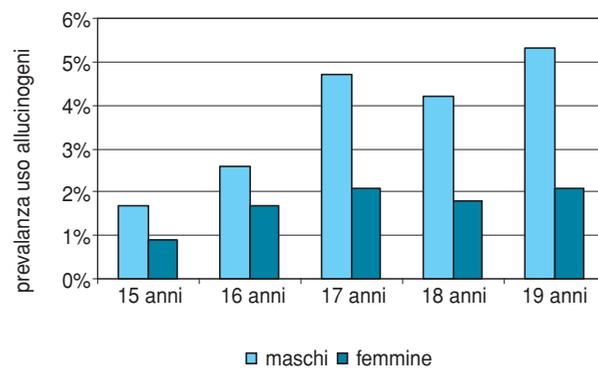
Allucinogeni e stimolanti

Circa il 2,6% degli studenti (circa 3600 soggetti) in Emilia-Romagna ha fatto uso di sostanze allucinogene negli ultimi dodici mesi, prevalenza che risulta poco superiore rispetto al campione nazionale (2,4%) e rispetto alla stessa prevalenza rilevata nel 2005 (2,3%).

Per quanto riguarda il consumo delle sostanze negli ultimi trenta giorni, si osserva (Fig. 28b) una leggera superiorità di consumi nel campione regionale (1,3%) rispetto a quello intervistato nel resto della nazione (1,1%).

Per quanto riguarda il consumo di allucinogeni una o più volte nell'ultimo anno, nella regione Emilia-Romagna si

Fig. 29: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

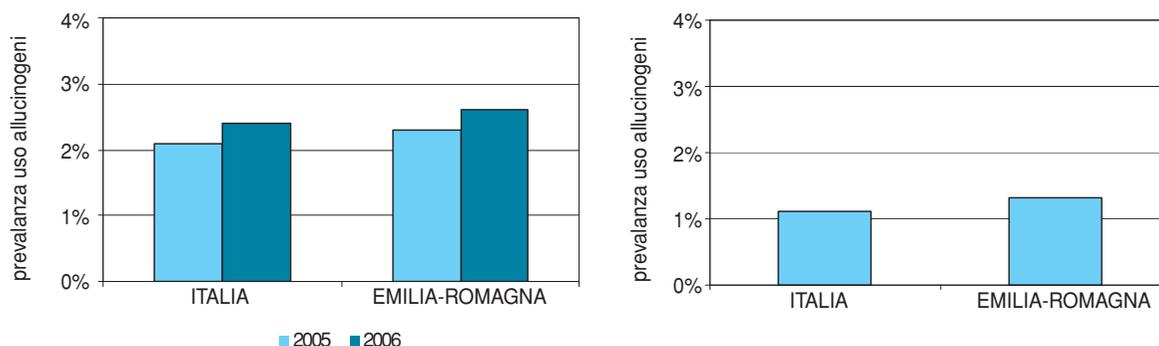
registra un consumo dell'1,7% per i maschi 15enni e dello 0,9% per le femmine della medesima classe d'età. I consumi aumentano fino ai 17 anni, col 4,7% dei maschi ed il 2,1% delle femmine. A 18 anni, i consumi diminuiscono leggermente per poi raggiungere la massima prevalenza tra i 19enni (maschi: 5,3%; femmine: 2,1%).

Per quanto riguarda l'uso di stimolanti, si stima che siano circa 3200 gli studenti delle scuole dell'Emilia-Romagna che ne hanno fatto uso negli ultimi dodici mesi, pari al 2,3%; valore in linea con quello riferito dal campione nazionale (2,2%). Consumi superiori rispetto al 2005, si registrano sia per l'Italia che per l'Emilia-Romagna; infatti l'anno precedente i dati si attestavano all'1,7% per la nazione e all'1,8% per la regione.

Rispetto all'uso delle stesse sostanze riferito all'ultimo mese (Fig. 30b), la stima regionale è pari all'1,3%, mentre risulta di poco più bassa la prevalenza nazionale (1,1%).

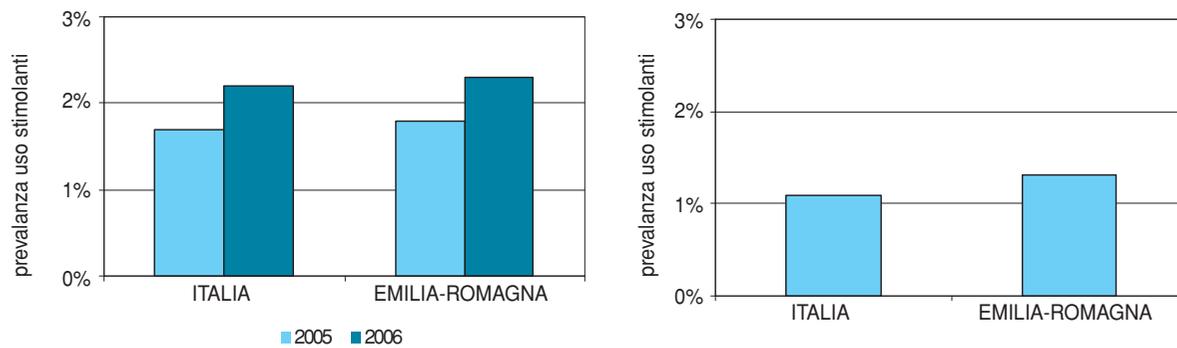
Come per gli allucinogeni, anche per gli stimolanti, in Emilia-Romagna, sono i maschi 19enni a riferire il maggior utilizzo negli ultimi dodici mesi (5,4%), mentre tra le femmine sono le 17enni (2,5%). Tuttavia, a 15 anni ad averne fatto uso almeno una volta è circa l'1,4% dei maschi e l'1% delle loro coetanee.

Fig. 28: Uso di allucinogeni. Confronto Italia - Emilia-Romagna. 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.



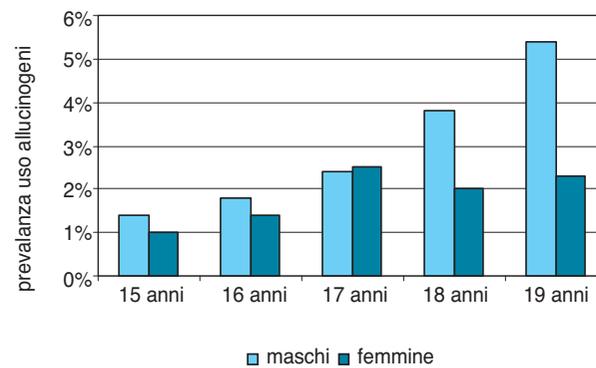
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 30: Uso di stimolanti. Confronto Italia - Emilia-Romagna. 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.

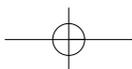
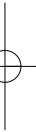
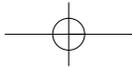


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 31: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006



4. Il policonsumo nella popolazione adulta e giovanile

Tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, l'81% ha consumato una sola sostanza, circa l'11% ha consumato due sostanze ed l'8% tre o più droghe illegali.

Dai dati rilevati dal campione residente nella regione Emilia-Romagna, si evidenzia che tra coloro che riferiscono di aver utilizzato eroina negli ultimi dodici mesi, circa il 40% ha assunto anche cannabis nello stesso periodo, mentre il 30% ne riferisce un utilizzo in concomitanza con altre sostanze illegali (Fig. 49a); il restante 30% ha utilizzato solo eroina.

Per i consumatori di cocaina invece, il 78% ha utilizzato in concomitanza la cannabis mentre il 5% di essi ha associato altre sostanze illegali; il 17% ha usato solo cocaina.

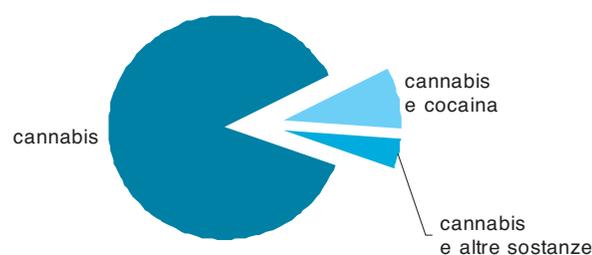
Per quanto riguarda la distribuzione percentuale dei poli-consumatori fra i soggetti che riferiscono l'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi, si registra che il 9% consuma sia cannabis che cocaina e il 5% la associa ad altre sostanze.

Il policonsumo negli studenti di scuola media superiore

Nel Fig. 51 si osserva una prevalenza del tutto simile tra gli studenti che riferiscono il consumo di alcol negli ultimi trenta giorni associato all'utilizzo di eroina, cocaina o cannabis nell'arco dell'ultimo anno (tra il 93% ed il 95%).

Per quanto riguarda la distribuzione, invece, dei studenti che hanno consumato le stesse sostanze illegali ma associate all'uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo mese), si evidenziano stessi valori per l'eroina e la cannabis

Fig. 2: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



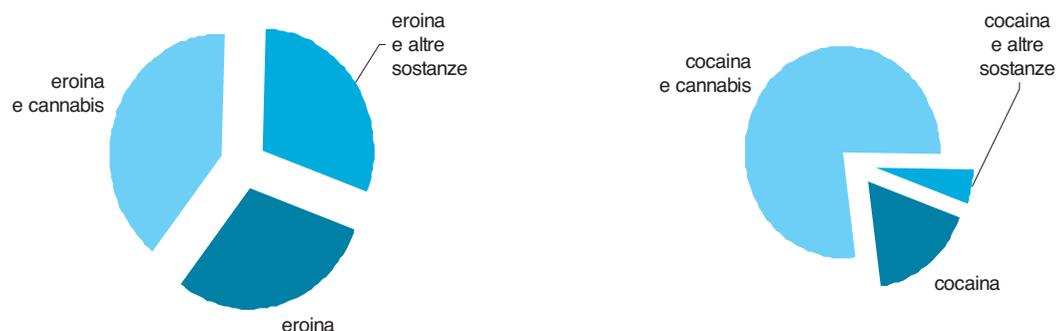
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

(rispettivamente il 68% ed il 62%), mentre per la cocaina si attestano all'81%.

Analizzando il policonsumo per gli studenti che risulta abbiano utilizzato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, si osserva che il 77% ha consumato una sola sostanza, circa il 12% ha consumato due sostanze ed l'11% tre o più droghe illegali.

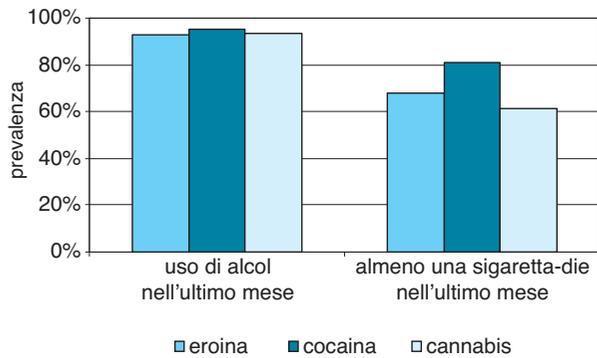
Dai dati rilevati dal campione di studenti dell'Emilia-Romagna, si evidenzia che tra coloro che riferiscono di aver utilizzato eroina negli ultimi dodici mesi, circa il 75% la ha assunta in concomitanza alla cannabis, mentre il 12,5% ha utilizzato eroina ed altre sostanze illegali nello stesso arco

Fig. 1: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi. a) sinistra eroina; b) destra cocaina



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Fig. 3: 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

temporale (Fig. 39a); il restante 12,5% ha assunto solo eroina.

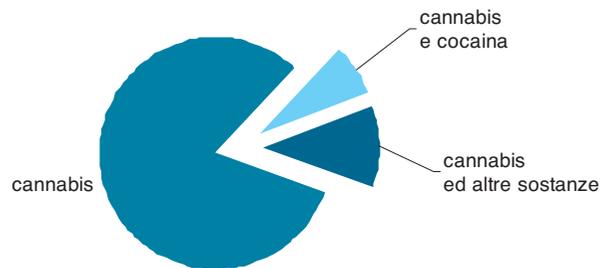
Per l'83,3% dei consumatori di cocaina si osserva l'utilizzo anche di cannabis e solo il 2,1% di essi la usa con altre sostanze illegali; il 14,6% la consuma senza associarla ad altre sostanze.

Per quanto riguarda la distribuzione percentuale dei poli-consumatori fra gli studenti che riferiscono di aver fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi, si evidenzia che l'11,5% associa cannabis con altre sostanze e il 7% lo fa con la cocaina, ma la maggioranza dei soggetti (81,5%) fa un uso della singola sostanza.

Opinione pubblica e percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive

Le sostanze percepite come più rischiose per la propria salute dai residenti dell'Emilia-Romagna risultano essere l'eroina e la cocaina, rispettivamente per il 99,6% e il 97,7% (Fig. 54a).

Fig. 5: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

A seguire la sostanza identificata come più pericolosa per la propria persona è il tabacco (88,7%), mentre risulta più bassa la percezione della pericolosità dell'utilizzo di cannabis (77,5%).

Simile tendenza si registra per quanto riguarda la disapprovazione dell'uso delle stesse sostanze, il 96,3% disapprova l'utilizzo dell'eroina e il 94% della cocaina, il 74% non approva l'uso di tabacco e di cannabis.

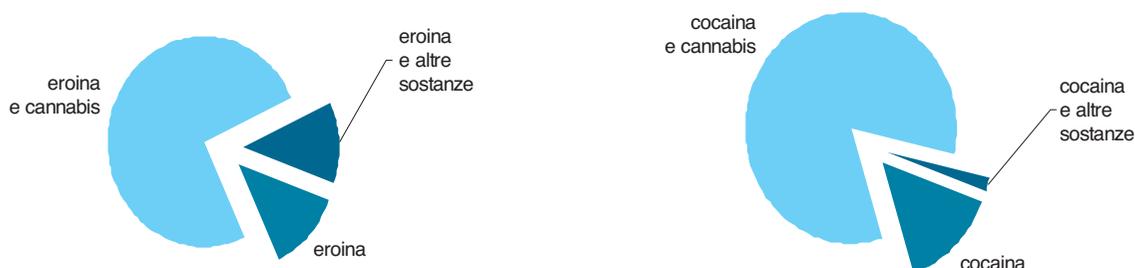
Nel Fig. 55 vengono riportate le prevalenze di coloro che si sono sentiti offrire almeno una volta negli ultimi dodici mesi cannabis, cocaina ed eroina. Risulta evidente come siano i più giovani, e soprattutto i soggetti di sesso maschile ad esser maggiormente esposti all'offerta di sostanze psicotrope illegali.

Circa il 13,2% dei maschi e l'1% delle femmine con età compresa tra i 15 ed i 24 anni si è sentita offrire eroina, prevalenza che diminuisce all'aumentare dell'età degli intervistati; infatti il 2,7% dei maschi e lo 0,8% delle femmine 45-54enni si è sentito offrire la sostanza negli ultimi dodici mesi.

Per la cocaina, invece, sono i maschi 25-34enni ad essere i maggiori destinatari dell'offerta della sostanza (circa il 18%), tuttavia per i giovani (15-24enni) la prevalenza si attesta intorno al 16%, superiore a quella delle coetanee (11,4%).

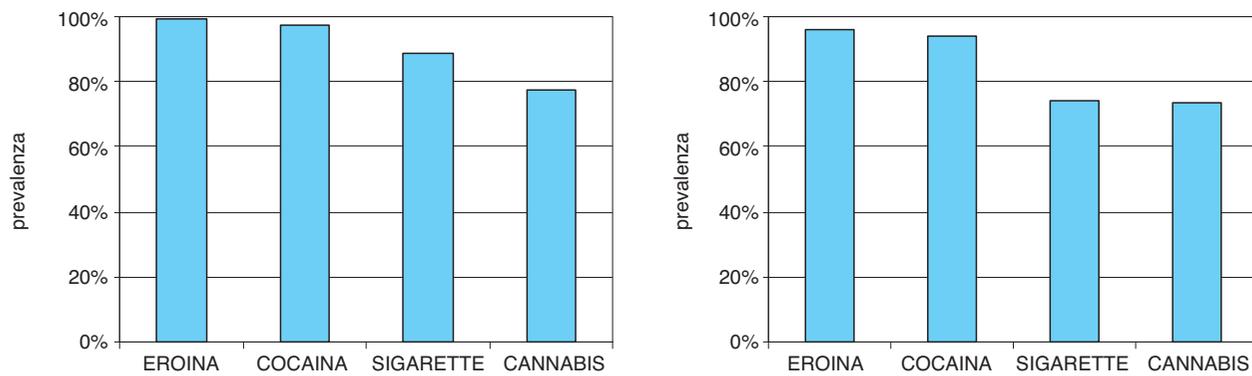
Per quanto riguarda la cannabis, circa il 52% dei maschi ed il 34% delle femmine 15-24enni si è sentito offrire la sostanza nell'ultimo anno. Così come per le altre sostanze

Fig. 4: 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



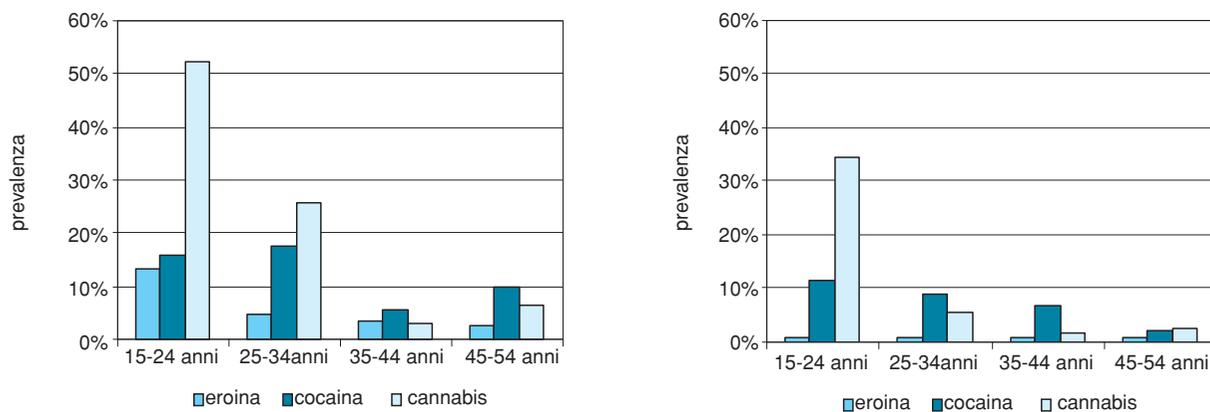
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

Fig. 6: Percezione del rischio e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali articolate per sostanza. a) sinistra: percezione; b) destra: disapprovazione



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Fig. 7: Distribuzione della prevalenza dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione residente, articolata per sesso e classi d'età. a) sinistra: maschi; b) destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

l'offerta diminuisce con l'età, e a 45-54 anni si attesta per i maschi 6,5% (inferiore all'offerta di cocaina 9,7%) e per le femmine al 2,6%.

Tra gli studenti di scuola media superiore della regione Emilia-Romagna, le sostanze percepite come più rischiose per la propria salute sono l'eroina (86,5%) e le sigarette (81,7%) (Fig. 56a). Circa il 75% degli studenti identifica come pericoloso per la propria persona l'utilizzo di cocaina e quello di alcol, mentre risulta più bassa la percezione della pericolosità rispetto all'utilizzo di cannabis (59,6%).

Per quanto riguarda la disapprovazione dell'utilizzo delle stesse sostanze, circa l'87,2% degli studenti disapprova l'uso di eroina e l'83,7% di cocaina, intorno al 47% sono coloro che condannano l'utilizzo di cannabis, mentre si attestano rispettivamente al 5,5% e al 16,5% i ragazzi e le ragazze che disapprovano l'utilizzo di alcol e quello di sigarette.

Il 50% degli studenti intervistati in Emilia-Romagna dichiara che qualora volesse far uso di sostanze psicotrope illegali (cannabis, eroina e/o cocaina), potrebbe trovarla facilmente a casa dello spacciatore.

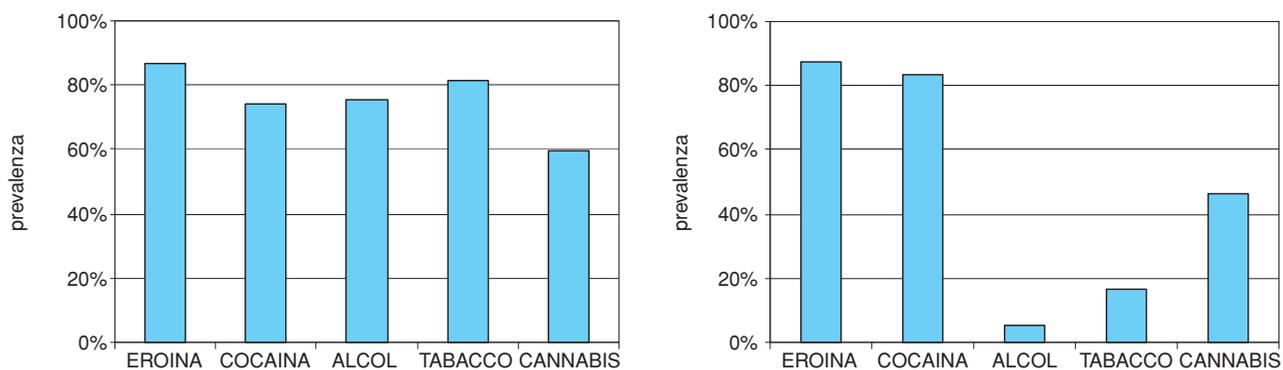
E' la discoteca il secondo luogo indicato dove è più facile reperire sia eroina (34%) che cocaina (47%), mentre per la cannabis è in strada che si può accedere maggiormente alla sostanza (51%).

La scuola resta un luogo dove prevalentemente è più facile reperire cannabis (48%) che eroina (7,3%) e/o cocaina (13,4%).

Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

Insieme alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali, il questionario ESPAD®Italia2006 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.

Fig. 8: Percezione del rischio e disapprovazione dell'uso di sostanze legali ed illegali articolate per sostanza. a) sinistra: percezione; b) destra: disapprovazione.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

L'aver fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe risulta essere il fattore più associato "positivamente" al consumo di alcol, cocaina, cannabis e sigarette (OR 3,2; $p < 0,05$ per l'alcol; OR 6,8; $p < 0,05$ per la cocaina; OR 10,3; $p < 0,05$ per la cannabis; OR 5,1; $p < 0,05$ per il tabacco).

Mentre l'eroina è maggiormente associata ai soggetti che riferiscono di aver fatto uso di psicofarmaci senza prescrizione medica (OR 21; $p < 0,05$), e successivamente all'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 11,9; $p < 0,05$) e all'aver fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe (OR 9,7; $p < 0,05$).

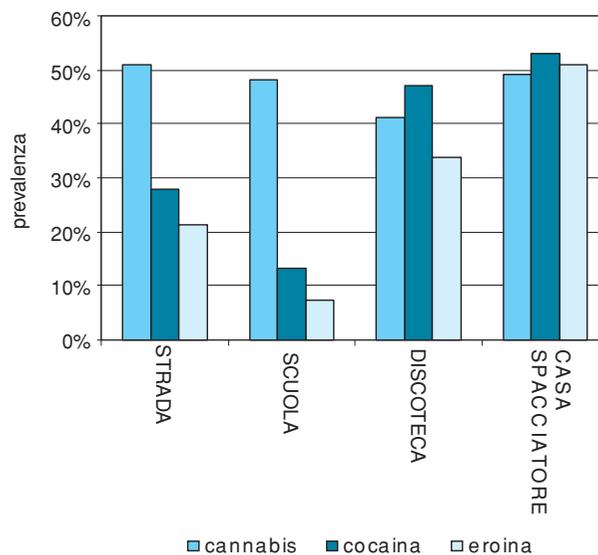
Per quanto riguarda il consumo di cocaina, aver fatto uso di psicofarmaci senza prescrizione medica (OR 5,5; $p < 0,05$), così come l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (OR 4,9; $p < 0,05$) sembrano essere fattori associati all'uso della sostanza, assieme all'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 4,9; $p < 0,05$) e all'aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 4,5; $p < 0,05$).

Per ciò che riguarda il consumo di tabacco negli ultimi 30 giorni sono associati positivamente l'aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo (OR 3,9; $p < 0,05$) e l'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 2,7; $p < 0,05$).

Non essere fumatore è la più influente "caratteristica" che si associa al non uso delle sostanze illegali (OR 0,013; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 0,01; $p < 0,05$ per cocaina; OR 0,01; $p < 0,05$ per cannabis).

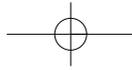
Risultano fattori associati al non uso anche il non essersi ubriacati negli ultimi trenta giorni (OR 0,04; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 0,09; $p < 0,05$ per cocaina; OR 0,14; $p < 0,05$

Fig. 9: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente eroina, cocaina e cannabis.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

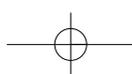
per cannabis). Tra gli altri fattori correlati al non uso citiamo il percepire attenzione da parte dei genitori, essere soddisfatti del rapporto con loro, e l'aver un rendimento scolastico medio-alto.

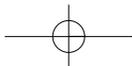
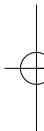
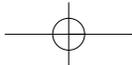


Parte seconda
L'utenza dei Servizi
per le dipendenze
nel 2006

2007

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze





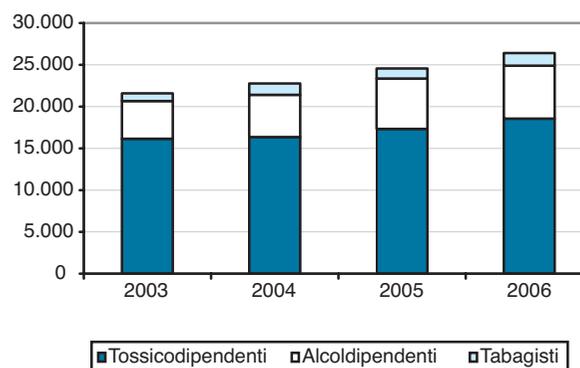
5. L'utenza dei Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna

Il 2006 ha rappresentato per l'Emilia-Romagna un anno di passaggio relativamente al conteggio delle persone che fruiscono dei Servizi per le dipendenze, in quanto è stato adottato il nuovo sistema informativo regionale denominato SistER (Sistema informativo sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna). Questo ha permesso la raccolta di informazioni più dettagliate rispetto al passato per la maggior parte dei SerT, anche se ancora in forma aggregata, e garantirà per il prossimo futuro la possibilità di incrociare informazioni sugli utenti¹ (sempre anonime) con un più elevato livello di contenuto informativo utile alla progettazione delle politiche e degli interventi².

Anche per il 2006 i dati trasmessi all'Osservatorio regionale sulle dipendenze mostrano una crescita della *domanda di trattamento*³, cioè un aumento del numero di persone che chiedono di entrare in terapia nei Servizi della Regione Emilia-Romagna per affrontare una problematica connessa con le dipendenze, quali la dipendenza da droghe, alcol, gioco d'azzardo o tabacco. Nel corso degli anni i Servizi si sono modificati e strutturati per accogliere le persone che presentano nuovi e vecchi comportamenti problematici. La stessa tendenza alla crescita si riscontra nei Servizi per le dipendenze presenti in Europa e in Italia.

Nel corso del 2006 gli utenti che hanno avuto accesso ai Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna – prescindendo dal tipo di intervento⁴ e dalla tipologia di problematica presentata – sono stati 26.405. L'incremento è notevole, se si considera che nel 2003 erano 21.598. Il numero di persone che chiede un trattamento può essere correlato da un lato all'organizzazione locale del sistema di cura, più o meno strutturato per rispondere a esigenze diverse, e dall'altro alla diversa presenza del fenomeno nei singoli territori.

Fig. 1. Utenza offerita ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna (Anni 2003-2006, v.a.).



Sicuramente i tossicodipendenti rappresentano la quota più consistente di utenza dei Servizi per le dipendenze (70,3%); a prescindere dalla tipologia e intensità del trattamento e dalla provenienza, in un anno sono aumentati di 1.226 unità, passando da 17.344 del 2005 a 18.570 del 2006. Seppur non nelle stesse proporzioni numeriche, anche per le persone con dipendenza da alcol si nota la stessa crescita: da 6.014 del 2005 a 6.317 del 2006. Le persone con problematiche connesse all'uso di tabacco sono passate da 1.195 del 2005 a 1.518 del 2006.

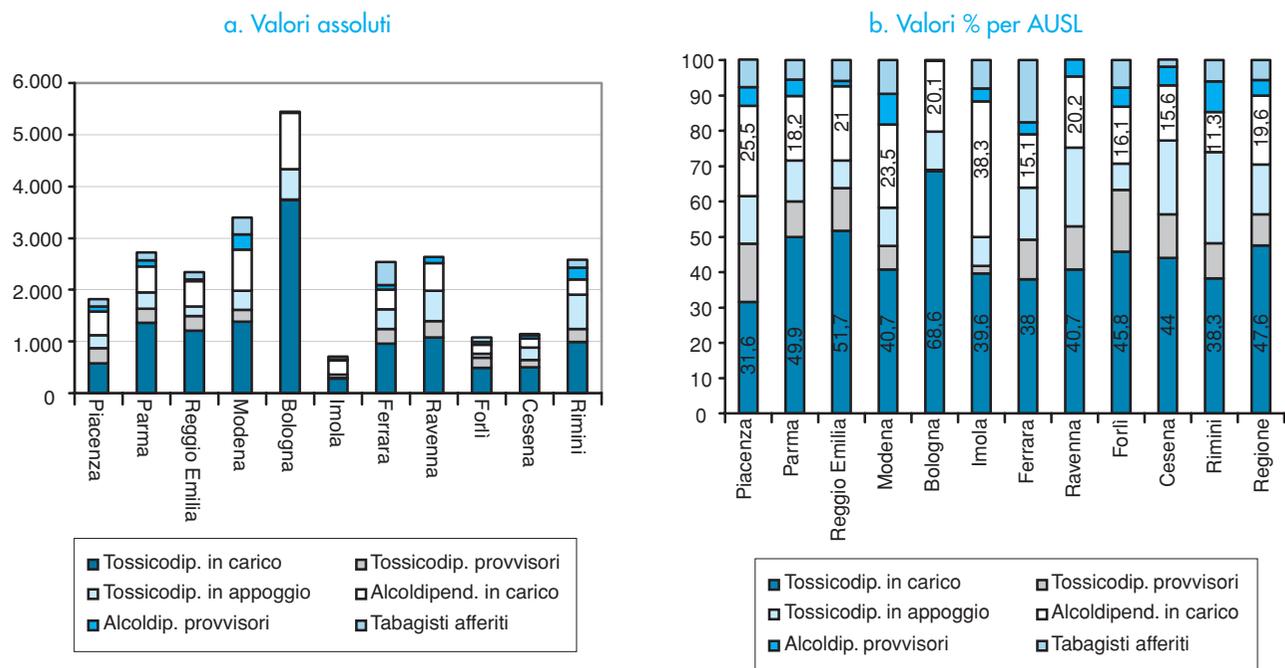
Le analisi del presente report si soffermano in particolare sulle persone definite "in carico", cioè che hanno aderito ad un progetto terapeutico-riabilitativo che prevede un accordo tra terapeuta e utente, con una chiara definizione del tipo di

Tab. 1. Utenza offerita ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna (Anni 2003-2006, v.a.).

Tipologia utenti	2003	2004	2005	2006
Tossicodipendenti in carico	10.774	11.231	12.210	12.559
Tossicodipendenti provvisori	1.611	1.750	1.660	2.312
Tossicodipendenti in appoggio	3.759	3.371	3.474	3.699
Alcoldipendenti in carico	4.176	4.686	5.108	5.174
Alcoldipendenti provvisori	359	362	906	1.143
Tabagisti	919	1.377	1.195	1.518
Totale Regione	21.598	22.777	24.553	26.405

* La tabella non conteggia il numero di persone che erano in carico negli anni passati e si sono ripresentati al SerT senza però intraprendere un programma terapeutico e il numero di persone in trattamento per gioco d'azzardo.

Fig. 2. Composizione dell'utenza in carico ai Servizi per le dipendenze (Anno 2006, valori assoluti (a) e % per AUSL(b))



intervento, degli obiettivi e dei risultati attesi.

Una analisi meno dettagliata è stata realizzata sulle persone che non sono state inserite in uno specifico progetto terapeutico, in particolare: i) i *provvisori* - coloro che sono ancora in fase di osservazione e diagnosi o che non hanno maturato ancora la decisione di aderire ad un progetto terapeutico; ii) gli *appoggi* - coloro che provengono da altri SerT italiani e fruiscono, per un periodo limitato di tempo, dei servizi dei SerT emiliano-romagnoli per la continuazione del percorso terapeutico.

Le differenze tra le AUSL dell'Emilia-Romagna appaiono, comunque, sempre consistenti (per approfondimenti, si vedano le tabelle in allegato statistico), sia dal punto di vista della numerosità dell'utenza, sia dalla distribuzione percentuale di utenza. Ad esempio, Bologna - che è l'AUSL con maggior numero di persone in trattamento - presenta una utenza composta prevalentemente da tossicodipendenti in carico (68,6%), pochi tossicodipendenti provvisori (0,3%) e alcolisti in carico (20,1%). Altre AUSL quali Piacenza, Modena e Imola si caratterizzano per un elevato numero di utenti alcolodipendenti in carico; altre ancora, come Modena, Ferrara e Rimini, per un intervento particolarmente orientato anche nei confronti dei tabagisti.

L'impatto delle dipendenze da droghe e alcol sui territori

I dati che pervengono annualmente presso l'Osservatorio sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna non consentono di suddividere le persone in carico nei servizi tra residenti e non residenti⁵. Questo limita la possibilità di utilizzare il rapporto tra utenza in carico e popolazione residente, rapporto utile per individuare la problematicità locale.

Seguendo le indicazioni fornite nella Relazione annuale al

Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia⁶, è possibile ottenere un indicatore di problematicità locale rapportando la popolazione in carico nei servizi con la popolazione residente per età specifica per problematiche alcol-droga correlate. In questo modo si misura l'*impatto generale* del fenomeno tossicodipendenza e alcolodipendenza sul territorio, considerando gli utenti in carico nelle AUSL.

L'impatto dei nuovi utenti

Uno degli aspetti più importanti per l'analisi dell'andamento del fenomeno delle dipendenze (nuovi consumi, caratteristiche, problematicità, ...) è costituito dai nuovi utenti (*casi incidenti*)⁷. Si tratta di persone che effettuano una richiesta di trattamento per la prima volta in quel specifico SerT o Centro alcolologico, ma che virtualmente potrebbero essere stati in passato utenti presso altri servizi della Regione o italiani. Nei dati sono inclusi coloro che effettuano trattamenti per problematiche connesse con l'uso di droga e alcol⁸ all'interno delle carceri dell'Emilia-Romagna.

Nel corso degli anni l'afflusso della nuova utenza tossicodipendente si è mantenuta sostanzialmente costante: il range va da 2.000 ai 2.500 nuovi utenti tossicodipendenti e da 1.100 a 1.300 per gli alcolisti, anche se per entrambe le problematiche nell'ultimo anno si è notata una flessione considerevole.

In particolare i nuovi tossicodipendenti in carico nel 2006 (2.510 utenti) sono calati dell'8,1% rispetto all'anno precedente. Si tratta di un fenomeno di *assestamento*; infatti, nel corso del periodo 2004-2005 vi è stato un forte aumento dei nuovi utenti tossicodipendenti in carico ai SerT (+19,1%), per ragioni ancora non note. Nel periodo successivo (anni 2005-2006) il numero di nuovi utenti è rientrato nei precedenti trend annuali di crescita. La diminuzione nella nuova utenza ha interessato, con diverse proporzioni, trasversalmente tutte le AUSL della Regione; in particolare Forlì

(-28,9%), Ravenna (-25,4%) e Ferrara (-10,2%). L'unica Azienda USL con un valore positivo è stata Bologna (+2,2%).

La stessa tendenza si è riscontrata per i nuovi alcolisti in carico (1.149 nel 2006), diminuiti del 9,5% rispetto all'anno precedente. Successivamente all'istituzione dei Centri alcolistici in Emilia-Romagna (anno 1996) vi è stata un forte impulso all'accesso ai servizi; negli ultimi anni il fenomeno ha visto un assestamento. Nelle specifiche realtà i Centri alcolistici hanno avuto tendenze diverse; in particolare si evidenzia una diminuzione della nuova utenza a Imola, Rimini, Reggio Emilia e Ferrara, mentre si assiste ad un aumento Forlì, Ravenna e Piacenza.

Gli indicatori relativi (rapporto nuovi utenti SerT/popolazione target) mostrano gli stessi andamenti. E' necessario premettere che la presenza di una sede di carcere sui territori incide fortemente nella determinazione dei valori forniti dell'indicatore⁹. Nel 2001 vi erano 9,4 nuovi tossicodipendenti in carico ogni 10.000 residenti di età 15-54 anni in Regione, valore cresciuto a 12,5 nel 2005 e calato a 11,4 nel 2006.

Il rapporto nuovi utenti alcolisti in carico e popolazione target di età 15-64 anni mostra un andamento di crescita dal 2001 al 2004 e di progressivo assestamento nel periodo 2005-2006. Precisamente nel 2005 vi erano 4,7 nuovi utenti in carico per ogni 10.000 cittadini, valore che cala al 4,2 nel 2006. Anche in questo caso valgono le premesse metodologiche indicate per i tossicodipendenti.

A livello locale, come mostrano i cartogrammi, le differenze sono sostanziali e da ricondursi a due aspetti in particolare: i) le caratteristiche del fenomeno tossicodipendenza sul territorio, con le realtà metropolitane più interessate dal fenomeno tossicodipendenza rispetto alle zone suburbane e montane, nelle quali la popolazione giovanile è meno rappresentata; ii) l'offerta di servizi sui territori aziendali.

Le AUSL dove si registra un maggior impatto di nuovi utenti tossicodipendenti rispetto alla popolazione residente sono quelle di: Bologna (20,8 x 10.000 abitanti), che si colloca nettamente al di sopra della media regionale e Rimini (17,0); non a caso sono gli ambiti dove vi è un numero rilevante di persone in carico non residenti, per motivazioni legate prevalentemente allo studio e al lavoro. Seguono Parma (11,0), Forlì (9,9), Reggio Emilia (9,5) e Ferrara (8,9).

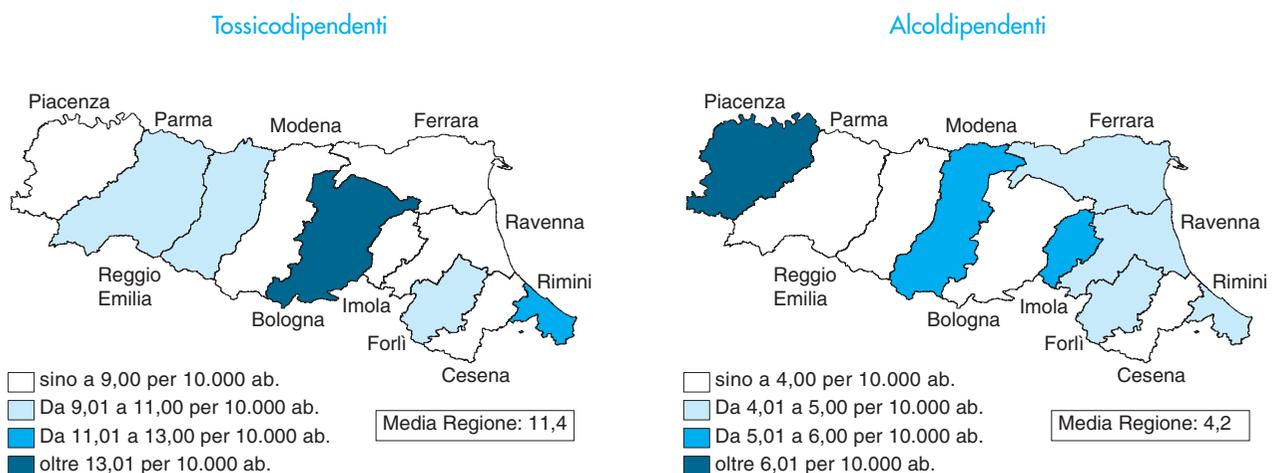
Il panorama muta se si considerano gli utenti alcolodipendenti. Le aziende dove si registrano i maggiori valori sono Piacenza (6,0 per 10.000 abitanti), Imola (5,6), Modena (5,0), Rimini (4,9) e Forlì (4,6).

L'impatto complessivo

Popolazione residente, popolazione proveniente da altre regioni o da altre nazioni, caratteristiche della dipendenza e dei consumi problematici di sostanze sui territori, organizzazione dei servizi, sono variabili che contribuiscono a determinare la domanda di trattamento ai servizi. Non meno importante è la capacità dei SerT di *ritenere in trattamento*, riuscire a portare cioè il progetto terapeutico concordato con l'utente fino alla conclusione, evitandone – per quanto possibile – l'interruzione.

Rapportando il numero dei tossicodipendenti in carico ai servizi per le dipendenze con la popolazione target si ottiene un indicatore che descrive un quadro interessante, soprattutto nel confronto con i valori nazionali. Come è descritto nella Relazione annuale al Parlamento 2006, «se si rapporta il numero dei soggetti in carico in ogni anno alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni d'età (registrata alla data del 1° gennaio di ogni singolo anno), si contano nel 2001 circa 53 soggetti ogni 10.000 abitanti in carico presso i servizi, mentre nel 2006 tale rapporto si attesta su circa 55 persone ogni 10 mila residenti»¹⁰. Se nel 2005 vi era una

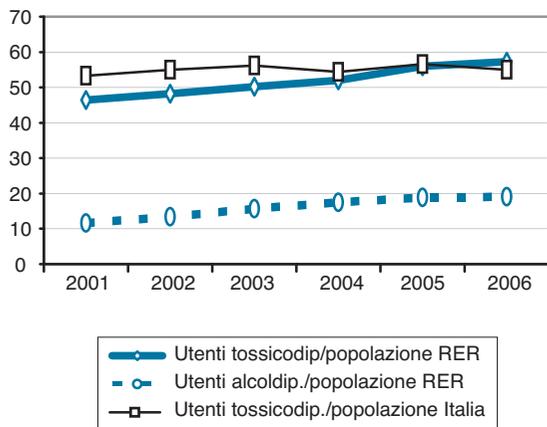
Fig. 3. Rapporto tra nuovi utenti e popolazione target (Rapporto per 10.000 abitanti).



Note

- Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata; il valore del rapporto potrebbe essere influenzato da questo elemento.
- Standard Ministero della Salute per le classi di età: popolazione 15-54 anni per i tossicodipendenti, 15-64 anni per gli alcolodipendenti.
- Dati sulla popolazione: Anagrafi comunali al 1 gennaio di ogni anno rilevati dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici - Regione Emilia-Romagna.

Fig. 4. Rapporto tra utenti tossicodipendenti e alcoldipendenti e popolazione target – confronto Italia - Emilia-Romagna (Anno 2006).



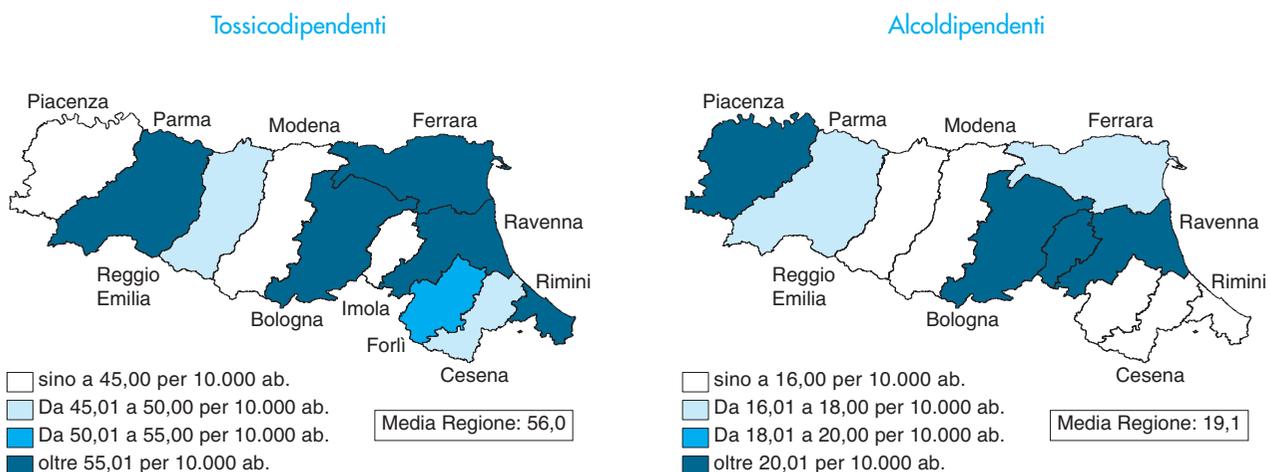
Fonte dati nazionali: Relazione annuale al Parlamento, Anno 2006, pag. 83.

coincidenza dei valori nazionali e quelli dell'Emilia-Romagna, rispettivamente 56,6 e 56,0, nel corso del 2006 il panorama si è leggermente modificato: in Italia si registra un tasso del 55,0, mentre in Regione il valore è superiore (57,3). La differenza tra le AUSL regionali è rilevante: Bologna con un valore del 88,2 per 10.000 abitanti, Rimini (63,1) e Parma (62,1) si pongono al di sopra della media regionale.

Per quanto riguardagli utenti alcoldipendenti non esiste la possibilità di effettuare confronti nazionali; viene quindi descritta la situazione regionale. Il valore del rapporto popolazione alcolista in carico ai servizi e popolazione target (15-64 anni) è cresciuto progressivamente nel corso degli anni.: era 11,6 per 10.000 abitanti nel 2001, è divenuto 19,1 nel 2006. In sostanza, il numero di utenti alcolisti in carico aumenta costantemente, così come il rapporto utenti/popolazione. Questo dato dimostra come i Centri alcolologici abbiano sviluppato una maggiore capacità di ritenere in trattamento i propri utenti.

I valori più elevati si riscontrano nei territori di Imola (34,1), Piacenza (26,4), Ravenna (22,6) e Bologna (20,6), mentre i valori più bassi si registrano tra le AUSL dell'Area vasta romagna.

Fig. 5. Rapporto tra utenti tossicodipendenti alcoldipendenti e popolazione target per AUSL (Anno 2006, rapporto * 10.000 residenti)

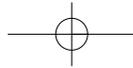


Note:

- Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata; il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento.

- Standard Ministero della Salute: popolazione 15-54 anni per i tossicodipendenti, 15-64 anni per gli alcoldipendenti.

- Dati sulla popolazione: Anagrafi comunali al 1 gennaio di ogni anno rilevati dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici - Regione Emilia-Romagna.



¹ La Regione Emilia-Romagna ha aderito al protocollo nazionale di raccolta informazioni sui trattamenti erogati dai Servizi per le dipendenze (progetto nazionale SIND), su indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle tossicodipendenze di Lisbona (OEDT) che ha identificato un obiettivo prioritario: "la disponibilità di informazioni comparabili, attendibili e anonime sulle caratteristiche delle persone sottoposte al trattamento per il consumo di droga negli Stati membri".

L'obiettivo principale del Progetto è quello di diffondere, in maniera coordinata e concordata con le Regioni/Province Autonome e il Ministero della Salute, i criteri e gli standard per la realizzazione un sistema informativo nazionale conforme alla realtà Europea. Per informazioni in merito: <http://www.nsis.ministerosalute.it>.

² Ne è un esempio la recente deliberazione di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1533/2006 "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope"; Circolare n. 12 del 30 novembre 2006, a firma del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna "Linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope (deliberazione della Giunta regionale n. 1533 del 6 novembre 2006): indicazioni operative".

³ L'Osservatorio europeo sulle dipendenze definisce la "domanda di trattamento" come uno dei cinque indicatori chiave per l'analisi dell'uso di sostanze legali e illegali. Con questo termine si intendono tutte le informazioni relative alle persone che chiedono di entrare in terapia per problemi connessi all'uso di droghe. «Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia (come le caratteristiche sociali) ed i comportamenti legati al consumo (come la percentuale di chi fa uso di oppiacei o di stupefacenti per via parenterale) sono potenziali indicatori di più ampie linee di tendenza nel consumo problematico di stupefacenti. Anche i dati relativi alla domanda di trattamento danno un'idea dell'organizzazione dei centri terapeutici in Europa». Cfr. Sito Osservatorio Web Europea EMCDDA <http://ar2003.emcdda.europa.eu/it/page019-it.html>.

⁴ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2007. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Lisbona, 2007.

⁵ Ministero della Solidarietà Sociale, *Relazione annuale al Parlamento, Anno 2006, Ministero della Solidarietà sociale, Roma, 2007*.

⁶ Nelle statistiche inviate all'Osservatorio Regionale sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna non compaiono ancora tutti i flussi informativi sugli utenti che afferiscono al sistema dei servizi della Regione Emilia-Romagna. Non sono conteggiati, ad esempio, gli alcolodipendenti inseriti in gruppi di auto-mutuo-aiuto (AA, Alanon, etc.) che non accedono ai SerT, i tabagisti trattati presso i Centri Antifumo dell'Unità operative di Pneumologia, Dipartimenti di Sanità pubblica, Consulitori ostetrici, Lega Italiana contro i Tumori, Istituto Oncologico Romagnolo, Istituto Ortopedico Rizzoli. Allo stesso modo non vengono compresi gli utenti affetti da altre forme di dipendenza patologica, quali i disturbi alimentari, mentre per il primo anno sono già disponibili i dati sui giocatori d'azzardo.

Sono disponibili, presentati in un altro report, i dati relativi ai flussi informativi provenienti dagli Enti accreditati (comunità terapeutiche) dell'Emilia-Romagna; grazie all'Accordo CEA-Regione Emilia-Romagna, i dati sugli utenti in trattamento nelle comunità del territorio regionale per la prima volta saranno conteggiati su record individuali anonimi.

⁷ Attualmente è in fase di costruzione il nuovo sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND), che prevede l'invio e l'analisi di informazioni anonime sugli utenti in trattamento presso i Servizi per le dipendenze. Una struttura dei dati articolata in tal modo dovrebbe eliminare molti limiti informativi che attualmente non consentono approfondimenti specifici, quali ad esempio l'impossibilità di calcolare i tassi di prevalenza e incidenza relativi alla popolazione locale.

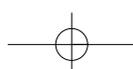
⁸ «Per effettuare una corretta analisi a livello territoriale è fondamentale rapportare l'utenza alla popolazione residente, prendendo in considerazione la fascia di età tra i 15 e i 54 anni»; in merito consultare Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2003*, Ministero del lavoro e delle Politiche sociali, Roma, 2004, pag. 36; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2006*, pag. 83.

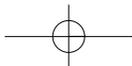
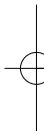
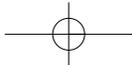
⁹ Le differenze sulle caratteristiche dell'utenza nuova e dell'utenza utenza già in carico saranno esaminate più dettagliatamente nel capitolo successivo.

¹⁰ Con il D.L. 230/99 a titolo "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della legge 30.11.98 n° 419", il Ministero della Giustizia ha dato indicazioni sulle modalità di organizzazione della medicina penitenziaria nelle strutture penitenziarie italiane. In particolare, con una serie di emanazioni e circolari varie successive, ma soprattutto con il D.M. 10/4/2000 a titolo "Individuazione del personale operante nei settori della prevenzione e dell'assistenza dei detenuti e agli internati tossicodipendenti" e successive, tutto il personale sanitario delle strutture penitenziarie che lavorava in favore dei reclusi tossicodipendenti viene trasferito (con indicazioni dei nominativi) alle AUSL territoriali di competenza. Per questo, ne consegue che poiché il personale ha un rapporto diretto con le AUSL e i SerT, il "carico" di lavoro del personale penitenziario di cui al D.M. 10/4/2000 deve rientrare all'interno delle statistiche SerT Ministeriali.

¹¹ Come evidenziato in precedenza, il valore del rapporto è influenzato dal fatto che i dati inviati attualmente in Regione non distinguono, per ora, tra utenti residenti e provenienti da altre province o altre regioni. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento. Ad ogni modo ci si uniforma alle indicazioni fornite dal competente ministero della relazione annuale al Parlamento.

¹² Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2006*, Ministero del lavoro e delle Politiche sociali, Roma, 2007, pag. 83.





6. Le caratteristiche di chi accede ai Servizi per le dipendenze

Da diversi anni si evidenzia una progressiva modificazione delle caratteristiche dell'utenza che accede ai servizi per le dipendenze regionali e nazionali. Ciò è frutto sia di un cambiamento in atto nel consumo di sostanze (es. incremento di uso di cocaina), sia di un'apertura dei servizi a nuove problematiche (ad esempio il gioco d'azzardo, il tabagismo o le problematiche alimentari), sia il presentarsi di nuove problematiche (doppia diagnosi, policonsumo, invecchiamento dei tossicodipendenti dei servizi, ..). Non meno importanti sono gli effetti dei progetti sul territorio, sia di tipo preventivo sia di riduzione del danno (in merito a questo si veda la sezione relativa agli interventi di prevenzione e promozione della salute).

Utenti nuovi e utenti già in carico

L'utenza dei SerT e dei centri alcolologici viene suddivisa in due tipologie: coloro che si presentano per la prima volta a quello specifico SerT o Centro alcol (denominati *nuovi utenti*) – ma potrebbero essere stati trattati in precedenza presso un'altra struttura - e coloro che erano inseriti all'interno di un progetto terapeutico anche nell'anno/i precedente/i a quello in considerazione (*utenti già in carico*).

L'attenzione particolare riservata ai nuovi utenti è dettata dal fatto che essi rappresentano uno spaccato altamente significativo delle nuove dinamiche connesse con l'assunzione problematica di sostanze. Attraverso l'analisi della nuova utenza è possibile conoscere le novità relativamente alle sostanze utilizzate e alle attuali caratteristiche sociali dei consumatori problematici. Un aspetto rilevante riguarda anche l'impatto delle politiche di prevenzione e contrasto messe in atto sul territorio.

Dai dati forniti dall'ultima Relazione annuale al Parlamento 2006, emerge come «l'utenza dei SerT è composta per il 14% da soggetti che effettuano una domanda di trattamento per la prima volta nel corso del 2006 (nuovi utenti) mentre l'86% dei casi sono soggetti che proseguono un trattamento attivato in anni precedenti o che rientrano in trattamento, ad esempio a causa di una recidiva (utenti già in carico)»¹. Sul territorio regionale i nuovi casi sono percentualmente più elevati rispetto alla media nazionale (20,0% contro 14%), confermando una tendenza riscontrata anche negli anni precedenti.

Percentualmente più elevati sono i nuovi utenti alcolodipendenti che hanno fruito dei servizi regionali (22,2%).

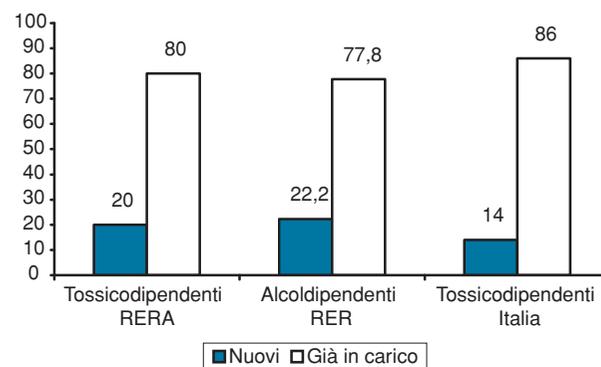
Come riscontrato negli anni scorsi, le differenze nei territori delle Aziende USL sono consistenti. Anche in questo caso occorre tenere presente le premesse metodologiche delineate

nel capitolo relativo alla domanda di trattamento. In modo particolare, alcune variabili che possono influire sulla fisionomia delle caratteristiche locali dell'utenza nuova in trattamento, quali la presenza di persone non residenti: ad esempio, l'inclusione di soggetti detenuti nelle statistiche regionali e ministeriali ha incrementato il numero di nuovi utenti in carico di alcune AUSL. Ma le differenze tra AUSL devono essere attribuite anche ad altri due aspetti: i) le caratteristiche del fenomeno della tossico-alcolodipendenza sul territorio dell'AUSL; ii) le politiche attuate dai diversi Servizi in merito alla capacità di attrarre e/o ritenere in trattamento l'utenza².

Anche per il 2006 tre territori si confermano come quelli che presentano una percentuale di nuovi utenti superiore alla media regionale: Rimini (27,0%), Bologna (23,6%) e Reggio Emilia (21,1%). In questi casi prevalgono alcuni elementi: la collocazione geografica/economica del territorio che favorisce l'affluenza di utenti provenienti da altre province, ma domiciliate sul territorio dell'AUSL, per motivi di lavoro, studio, salute o altri motivi personali, e le caratteristiche metropolitane, con presenza di situazioni di marginalità.

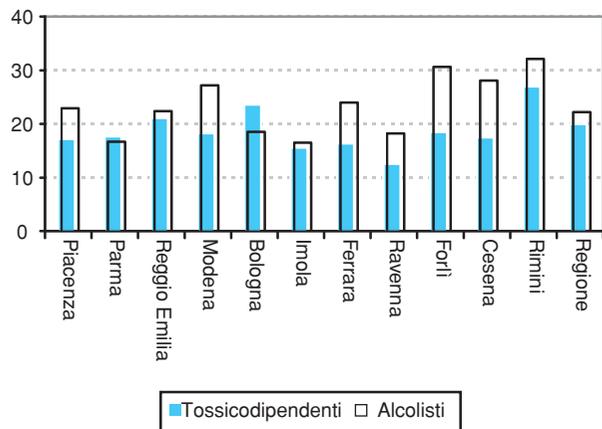
L'Area vasta Romagna si caratterizza per un'elevata quota di soggetti alcolisti nuovi in carico nel 2006, a conferma di quanto avvenuto anche negli anni passati. In particolare si distinguono Rimini con il 27,0% di nuovi utenti, seguita da Forlì (18,5%) e Cesena (17,5%). Nel resto della Regione la AUSL con maggiori accessi di nuovi utenti alcolodipendenti è Modena (18,3%).

Fig. 1. Utenza nuova e già in carico ai servizi: confronti Regione e media nazionale (Anno 2006, %, valori regionali e nazionali).



* Fonte dati nazionali: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze, 2006, pag. 83.

Fig. 2. Percentuale di nuovi utenti alcol dipendenti sul totale e di nuovi tossicodipendenti sul totale per AUSL (Anno 2005, utenti in carico).



Sesso ed età

Si è più volte messo in evidenza come il genere sia un elemento cardine per interpretare correttamente i fenomeni connessi con l'uso di sostanze psicotrope. I maschi risultano essere più attratti dall'assunzione di droghe e rappresentano i 3/4 dell'utenza dei servizi per le dipendenze almeno per quanto riguarda il consumo di sostanze illegali. Non meno importante è il fatto che «la maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose è di sesso maschile, per un totale del 65-100% dei casi; nella maggioranza dei paesi la percentuale è compresa tra il 75% e il 90%»³.

Nell'ultima relazione annuale dell'Osservatorio europeo sono citati una serie di studi sulla relazione esistente tra uso di sostanze, genere e accesso ai servizi⁴.

L'Italia, così come più volte indicato nelle diverse Relazioni annuali al Parlamento sulle tossicodipendenze, rientra tra quelle nazioni in cui il rapporto maschi/femmine è molto elevato. Nel 2006 l'«87% dei casi l'utenza è costituita da soggetti di genere maschile; tale percentuale si mantiene invariata sia nel collettivo dei nuovi che in quello dei soggetti già in carico»⁵.

I valori dell'Emilia-Romagna si sono sempre discostati rispetto ai trend nazionali, anche se nel corso del tempo la differenza si è fatta meno evidente. Ad esempio, nel 2001 le donne tossicodipendenti rappresentavano un 21,6% dell'utenza in carico – una donna ogni 3,6 uomini – il valore è calato progressivamente sino ad arrivare al 16,4% del 2006, con un rapporto di 1 donna ogni 5 maschi.

I valori delle singole AUSL si presentano molto differenti, con una variabilità che va da Imola con 3 maschi ogni donna a Forlì dove vi sono 6,7 maschi per ogni donna.

Senza dubbio, l'alcol dipendenza è un fenomeno che vede coinvolte molte donne: nel 2006 esse hanno rappresentato il 27,0% del totale degli utenti in carico. E anche in questo caso si può parlare di un fenomeno in trasformazione: cresce il numero di donne con problemi legato all'abuso di alcol che si rivolge alle strutture dell'Emilia-Romagna. Per dare una dimensione a questa trasformazione, si pensi che nel 1996 vi

erano 3,3 uomini per ogni donna, nel 2006 il rapporto si è ridotto a 2,7 uomini per ogni donna.

Tab. 1. Percentuale maschi e femmine nell'utenza in carico nei SerT e Centri alcolici: confronti Regione e Italia (Anno 2006, %).

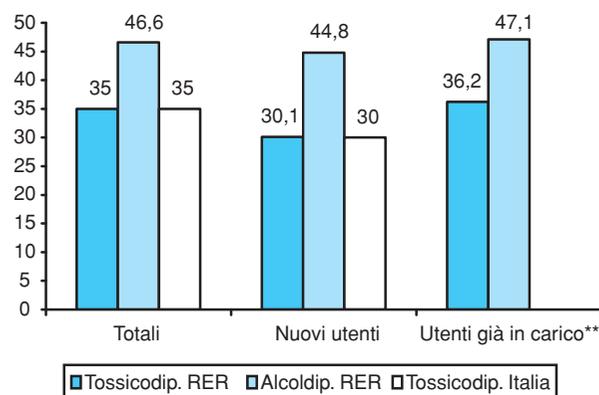
	Maschi	Femmine
Alcol dipendenti RER	73,0	27,0
Tossicodipendenti RER	83,6	16,4
Tossicodipendenti Italia	87,0	13,0

* Fonti dati nazionali: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze, 2006, pag. 83.

L'età costituisce un altro fattore determinante per l'analisi del fenomeno delle dipendenze sul territorio. Solitamente gli utenti accedono ai Servizi dopo alcuni (o molti) anni di consumo di sostanze, quando la problematicità connessa all'uso diviene più rilevante. A livello europeo l'età media dei soggetti che si presentano per la prima volta ai servizi (casi incidenti) è di 26 anni⁶; valore molto differenziato tra i vari Paesi. Sul versante nazionale «rispetto ad un'età media complessiva di quasi 35 anni, si osserva che i casi incidenti hanno un'età media inferiore, pari a 30 anni. Tale differenza è ancora più evidente nella disaggregazione per sesso, risultando più giovani le femmine nuove con un'età media di 29 anni»⁷.

Nell'esame dei dati disponibili presso la Regione Emilia-Romagna emergono due aspetti rilevanti. In primo luogo invecchia complessivamente la popolazione in carico ai SerT – come tra l'altro accade in Italia⁸ –: dal 1991 al 2006 l'età media si è elevata di 14 anni, passando da un valore medio di

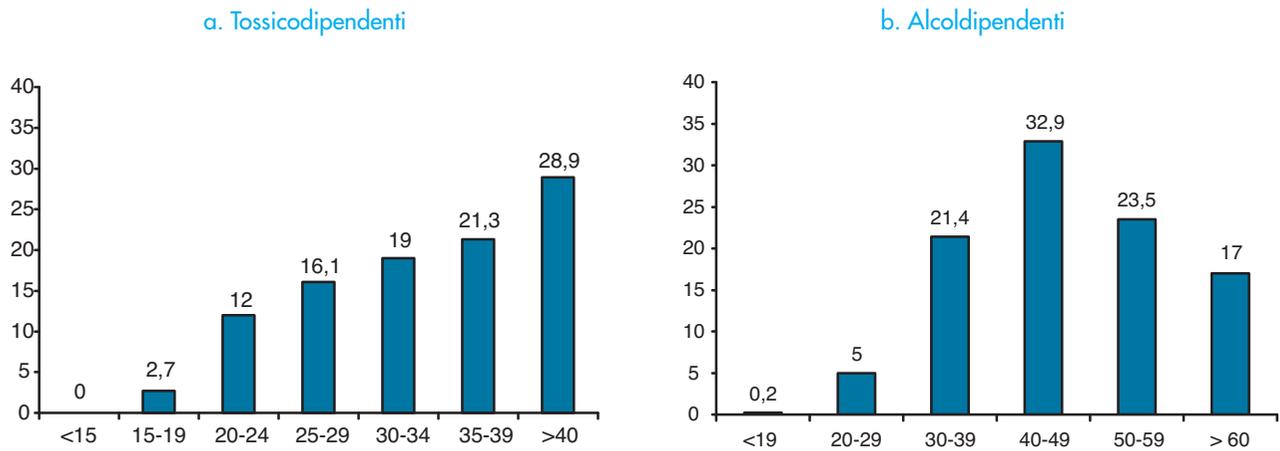
Fig. 3. Età media degli utenti tossicodipendenti e alcol dipendenti: Italia e Regione Emilia-Romagna (Anno 2006, valori medi).



* Fonti dati nazionali: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze, 2005.

** Solo dati Regione Emilia-Romagna.

Fig. 4. Suddivisione degli utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti per classi di età (Anno 2006. valori %).



* Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT, per cui sono da considerarsi dati parziali.

27,1 a 35 anni. Le persone con età superiore ai 40 anni - che nella maggior parte dei casi rappresentano utenti in carico da tempo - rappresentano il 28,9% del totale dell'utenza; erano l'1,8% nel 1991, 7,9% nel 1996, 12,9 nel 2000.

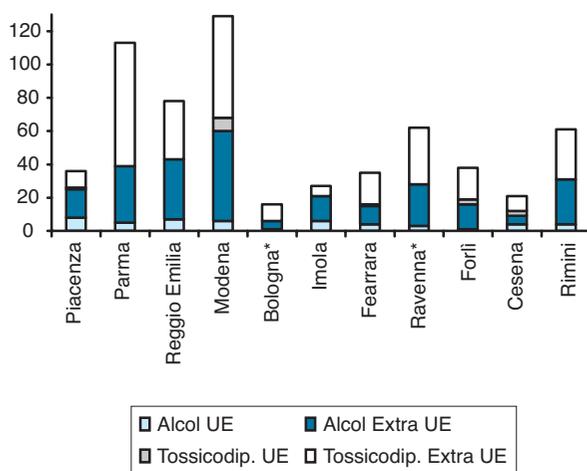
L'utenza alcolodipendente presenta caratteristiche differenti: è nettamente più vecchia, con una età media nel 2006 di 46,6 anni, così come lo sono gli utenti nuovi (44,8 anni) e già in carico (47,1 anni). La spiegazione è attribuibile a più fattori; ad esempio gli utenti dei Centri alcolici - come anche dei servizi privati - accedono ai servizi dopo una lunga "storia" di uso di alcol. Sono le problematiche cronico-degenerative alcolcorrelate che inducono il più delle volte i pazienti a ricorrere ai servizi quando la situazione è divenuta insostenibile dal punto di vista psico-fisico, sociale, economico, relazionale e familiare.

Come specificato più volte nel presente rapporto, i dati sono stati raccolti attraverso schede aggregate; in breve non è possibile costruire le stesse classi di età per le due tipologie di pazienti in carico ai SerT. Ad ogni modo il grafico riporta la differente composizione dell'utenza: la percentuale più elevata di tossicodipendenti si situa nelle due classi di età 35-39 (21,3%) e soprattutto oltre i 40 anni (28,9%). Per gli alcolisti la maggiore percentuale si ritrova tra i 40 e i 49 anni (32,9%).

Gli utenti di nazionalità UE o extra UE

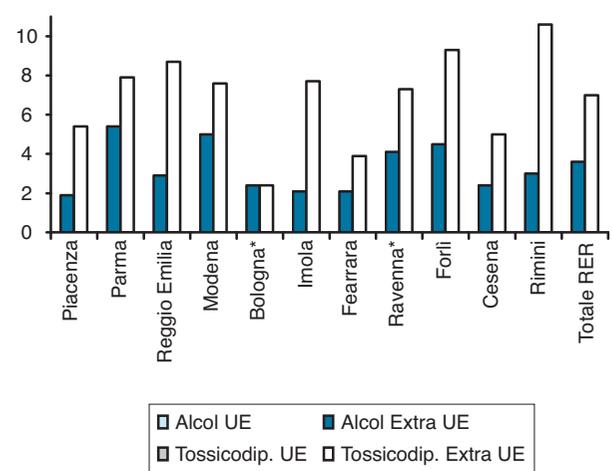
Le persone con nazionalità di un paese dell'Unione Europea o extra europea sono divenute una realtà significativa non solo nella popolazione generale ma anche tra l'utenza che

Fig. 5. Numero di persone di nazionalità straniera tossicodipendenti e alcolodipendenti in carico presso i servizi dell'Emilia-Romagna (Anno 2006, valori assoluti).



* Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT, per cui sono da considerarsi dati parziali.

Fig. 6. Percentuale di utenti stranieri sul totale dell'utenza in carico tossicodipendente e alcolodipendente (Anno 2006, valori %).



* Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT, per cui sono da considerarsi dati parziali.

accede ai Servizi per le dipendenze. Numerosi studi da anni sottolineano quanto la diffusione di droghe e alcol sia rilevante tra la popolazione di nazionalità straniera, tanto da rappresentare una quota altamente significativa del sommerso, cioè di coloro che non accedono ai servizi di cura nonostante il problema dell'abuso di sostanze.

Sono anche significativi i dati relativi alla mortalità di persone straniere; secondo quanto riportato dalla Relazione annuale al Parlamento 2006 «la quota di stranieri deceduti nel nostro paese è stata al di sotto del 5% in tutti gli anni, tranne nel 2004 e 2006, in cui ha raggiunto il 7% (nell'ultimo anno si è trattato prevalentemente di persone di nazionalità afferente all'area del maghreb e della Russia/est europeo)⁹.

Presso i SerT dell'Emilia-Romagna nel corso del 2006 gli

stranieri tossicodipendenti e alcolodipendenti in carico ai servizi sono stati 616, dei quali 293 alcolodipendenti e 323 tossicodipendenti. Va però rilevato che non sono disponibili i dati di alcuni SerT delle AUSL di Bologna e di Ravenna.

Le realtà di Parma, Modena, Ravenna e Rimini (e sicuramente Bologna), sono quelle più interessate dal punto di vista quantitativo al fenomeno di utenti stranieri in carico per problemi droga-alcol correlati. In particolare sono gli utenti alcolodipendenti che maggiormente fruiscono dei servizi: a livello regionale si registra che il 3,6% degli utenti tossicodipendenti in carico erano di nazionalità straniera – erano il 2,5% nel 2003 -, valore che si eleva al 7,0% per gli alcolodipendenti. E' un dato particolarmente evidente a Parma, Reggio Emilia, Modena, Ravenna e Rimini.

¹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2006*, Ministero del lavoro e delle Politiche sociali, Roma, 2007, pag. 83.

² Per approfondimenti si rimanda alle relazioni degli Osservatori aziendali sulle dipendenze, disponibili sul sito: www.regione.emilia-romagna.it/dipendenze, nella sezione relativa agli Osservatori sulle dipendenze.

³ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2006 sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea*, Lisbona, 2006, pag. 84.

⁴ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2007: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Lisbona, 2007.

⁵ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2006*, Ministero del lavoro e delle Politiche sociali, Roma, 2007, pag. 83.

⁶ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia 2004*, Lisbona, 2005, pag. 66.

⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Op. cit.*, 2006, pag. 84.

⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2003*, Roma, 2004.

⁹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Op. cit.*, 2006, pag. 130.

7. Le sostanze d'abuso

La popolazione che accede ai servizi per le alcol-tossicodipendenze in Italia – e in Europa – è caratterizzata da una forte problematicità nel rapporto con la sostanza, tanto da poter essere definita *utenza problematica* (nella definizione dell'Osservatorio europeo: « caratterizzata da un consumo di stupefacenti per via parenterale oppure da un consumo da lunga data/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine»¹). E' tuttavia necessario premettere che alcune persone accedono ai SerT su invio dalla Prefettura perché trovati a consumare sostanze illegali (cosiddetti articoli 121 o 75, legge 309/90) e non necessariamente esprimono una vera e propria "domanda" di trattamento; di frequente per queste persone non viene attivato un vero e proprio progetto terapeutico, ma una forma di consulenza. Esistono poi persone che esprimono la volontà di essere inseriti in uno specifico trattamento terapeutico anche per la loro particolare condizione di ristretti: i detenuti.

Con l'attuale modalità di invio dei dati all'Osservatorio regionale sulle dipendenze (dati aggregati e non su record individuale), non è possibile in alcun modo correlare la modalità di accesso alla sostanza consumata. Dalle rilevazioni ed analisi effettuate su record individuali dagli Osservatori aziendali sulle dipendenze, si nota ad esempio come i detenuti rappresentino una ampia fetta dell'utenza che consuma cocaina.

Va inoltre considerato che se negli anni passati l'utenza SerT era caratterizzata dall'utilizzo prevalente di una sostanza, attualmente una parte dell'utenza stessa presenta una fisionomia molto più complessa, caratterizzata non solo dal

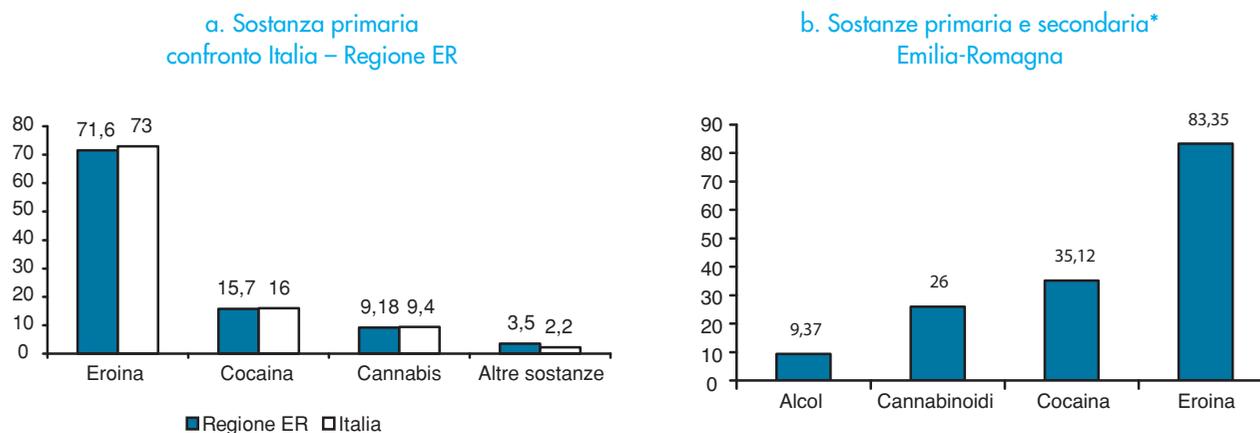
contemporaneo consumo di più sostanze (policonsumo), ma anche con una "ricca" storia di sperimentazione di molte altre sostanze.

Comunque chi accede ai SerT utilizza principalmente tre classi di sostanze: oppiacei – soprattutto eroina; cocaina; cannabis, a volte combinate fra loro o con altre sostanze. Questo è il profilo riscontrabile in quasi tutte le regioni italiane, come pure – con alcuni distinguo – in Europa.

Nel 2006 a livello nazionale si rileva che «il 73% dei soggetti in trattamento ... per disturbi correlati al consumo problematico di sostanze psicoattive illegali ha come sostanza definita "primaria" gli oppiacei (eroina o altri oppiacei), seguita dalla cocaina, definita "primaria" nel 16% degli stessi, e dalla cannabis, nel 9,4%; infine, il 2,2% dell'utenza risulta in trattamento per uso problematico "primario" di altre sostanze illegali»². Molto simile è il quadro riscontrato in Regione Emilia-Romagna: il 71,6% riferisce eroina come sostanza primaria, il 15,7% cocaina, il 9,18 cannabis e il 3,5% altre sostanze. La quota di altre sostanze in Emilia-Romagna, anche se meno rilevante dal punto di vista percentuale, mostra dati interessanti per la presenza di benzodiazepine, alcol, amfetamine, allucinogeni, inalanti o barbiturici.

Questo tipo di elaborazione dei dati fornisce la possibilità di confrontare i dati della Regione Emilia-Romagna con i dati di altre regioni, italiani e europei. Tuttavia, in un contesto dove molti utenti usano anche più sostanze, diviene interessante la descrizione delle situazioni in cui un utente dei servizi utilizza anche altre sostanze associate alla primaria⁽³⁾. Risulta, ad

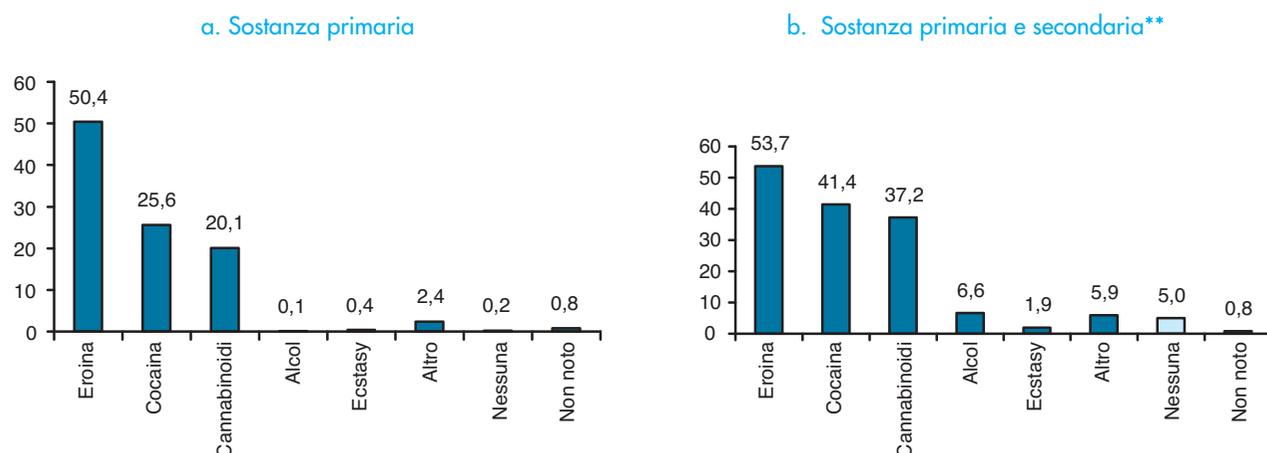
Figg. 1. Distribuzione percentuale delle sostanza tra gli utenti SerT in Emilia-Romagna e Italia (Anno 2006, valori %).



Fonte dati nazionali: Relazione annuale al Parlamento, Anno 2006, Progetto SIMI, pag. 84.

* Rapporto sostanza e primaria su totale utenti tossicodipendenti in carico.

Figg. 2. Distribuzione percentuale delle sostanze tra i nuovi utenti* SerT in Emilia-Romagna (Anno 2006, valori %).



* Per le AUSL di Bologna e Ravenna non sono disponibili i dati di tutti i SerT.

** Rapporto sostanza e primaria su totale utenti tossicodipendenti nuovi in carico.

Tab. 1. Utenti SerT suddivisi per sostanza primaria d'abuso e AUSL (Anno 2006, valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Altro	Totale
Piacenza	369	107	59	39	574
Parma	994	198	128	39	1.359
Reggio Emilia	832	209	141	27	1.209
Modena	1.028	185	113	58	1.384
Bologna	2.818	610	185	133	3.746
Imola	204	35	21	22	282
Ferrara	674	116	151	22	963
Ravenna	698	194	148	43	1.083
Forlì	272	108	77	36	493
Cesena	357	71	56	18	502
Rimini	752	139	74	23	988
Regione	8.998	1.972	1.153	395	12.559

esempio, che l'eroina è utilizzata dall'83,3% delle persone che accedono ai SerT (sia come sostanza primaria sia come secondaria), la cocaina dal 35,1%, i cannabinoidi dal 26,0%, l'alcol dal 9,4%.

Come evidenziato nel precedente capitolo, l'analisi delle caratteristiche dei nuovi utenti consente di tracciare un profilo delle nuove forme di problematiche connesse al consumo. Con l'adozione del nuovo sistema informativo regionale sulle dipendenze - Regione Emilia-Romagna (SistER) è stato possibile ottenere una informazione aggiuntiva, relativa alle nuove sostanze d'abuso di coloro che si sono presentati per la prima volta al SerT. Per il 2006 non sono disponibili presso l'Osservatorio regionale sulle dipendenze i dati specifici di 6 SerT dell'AUSL di Bologna e di 1 dell'AUSL di Ravenna.

Lo scenario muta radicalmente rispetto a quanto emerge dall'analisi dell'utenza complessiva. Considerando la sola sostanza primaria (quella che maggiormente ha determinato il trattamento presso il SerT) emergono elementi molto interessanti (Figg. 2/a e b):

- in primo luogo la poliassunzione: solo il 5% dell'utenza nuova non riferisce una sostanza secondaria d'abuso (Fig. 2/b). La poliassunzione si conferma un modello di consumo attuale e molto praticato;

- i consumatori di eroina rappresentano il 50,4% del totale dei nuovi utenti (sostanza primaria) e il 53,7% se si considera anche il consumo di sostanze secondarie. Un valore che può essere interpretato da due diverse angolature: i) l'eroina continua ad essere presente, anche se consumata con diverse modalità; ii) emerge un comportamento connesso al consumo diverso rispetto a quello degli anni passati;

- la cocaina è decisamente la droga più abusata dai nuovi utenti, dopo l'eroina. Anche in questo caso emergono due elementi: i) la cocaina è usata come sostanza primaria dal 25,6% dei nuovi utenti; ii) complessivamente il 41,4% degli utenti in carico in Emilia-Romagna durante il 2006 ha usato cocaina;

- i cannabinoidi sono utilizzati dal 20,1% dell'utenza come sostanza primaria e complessivamente dal 37,2% dei nuovi;

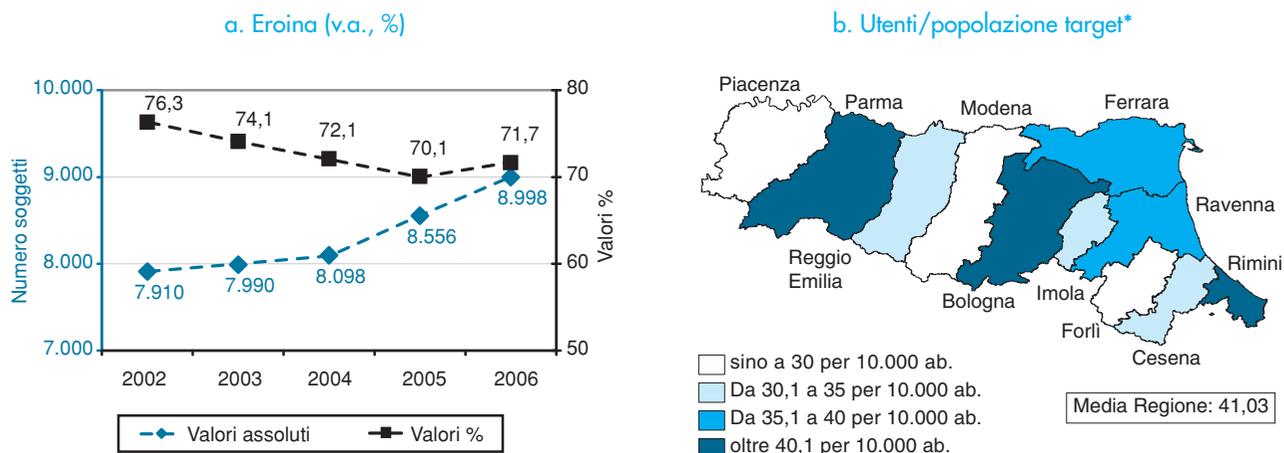
- a queste sostanze se ne aggiungono altre come alcol (6,6 complessivamente), ecstasy (1,9%) o altre (5,9%).

Eroina

Il mercato delle sostanze è determinato da un lato dalla domanda, dall'altro dall'offerta. L'Osservatorio europeo nel Rapporto 2007 sottolinea: «La sostenibilità della situazione generale stabile o in via di miglioramento che è stata osservata per quanto riguarda il consumo di eroina in Europa è messa in discussione dall'aumento della produzione di oppio in Afghanistan. Le stime riferite al 2006 rivelano che la produzione è cresciuta del 43% in conseguenza di un sostanziale incremento della superficie coltivata»⁴. La stessa informazione emerge dalla Relazione al Parlamento 2006⁵.

In breve, sempre su sollecitazione delle indicazioni fornite dall'OEDT, occorre considerare che maggiore disponibilità, prezzo in calo e aumento del numero di giovani che la consumano «sottolineano la necessità di non abbassare la guardia»⁶.

Fig. 2. Distribuzione degli utenti in carico con eroina come sostanza primaria (Anni 2002-2005, valori assoluti e %), e rapporto utenti in carico con sostanza primaria eroina e popolazione target di età 15-54 anni (Anno 2006, Valore * 10.000 abitanti).



* Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento. Dati sulla popolazione: Anagrafi comunali al 1 gennaio di ogni anno rilevati dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici - Regione Emilia-Romagna.

Si è già evidenziato come l'eroina rappresenta la sostanza più frequentemente utilizzata da coloro che accedono ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna (71,6% usa eroina come sostanza primaria, l'83,3% del complessivo degli utenti la usava come primaria o secondaria). E' una tendenza, comunque, che si riscontra in tutte le regioni italiane e i paesi europei.

Se è vero che in passato i dati dell'Emilia-Romagna sono sempre stati lievemente inferiori alla media nazionale e in linea con le regioni del nord-est, per il 2006 si assiste ad un maggiore allineamento, probabilmente soprattutto a causa del numero di nuovi utenti che consumano eroina.

Oltre ai danni provocati dalla sostanza, l'eroina rappresenta un rilevante problema anche per l'uso iniettivo, che negli anni ha provocato un numero elevato di casi di infezione da HIV ed epatiti. In Emilia-Romagna, nel corso del 2006, su 8.998 persone che utilizzavano l'eroina come sostanza primaria, 6.623 hanno fatto un uso per via iniettiva (73,60%). Lo stesso rapporto si riscontra a livello nazionale (74%)⁷.

Il numero di consumatori di eroina nei SerT dell'Emilia-Romagna è in costante aumento; analizzando solo la sostanza primaria emerge un incremento di circa 400-500 utenti ogni anno dal 2004, esattamente 8.098 nel 2004, 8.556 nel 2005 e 8.998 nel 2006. Se si considera anche la sostanza secondaria i valori si elevano ulteriormente: nel 2006 sono stati presi in carico 9.361 consumatori di eroina.

In breve, nel corso degli anni si è progressivamente ridotta la quota percentuale di eroinomani sul totale degli utenti SerT, a causa dell'aumento dei consumatori di altre sostanze, ma in termini assoluti gli eroinomani sono aumentati. Anzi, nel 2006 si intravede addirittura un lieve incremento percentuale degli eroinomani (71,7%) rispetto all'anno precedente (70,1%).

Tra i SerT dell'Emilia-Romagna la differenza è consistente, a volte di oltre venti punti percentuali tra una AUSL e un'altra. Ad esempio, mentre l'AUSL di Rimini riporta un 76,1% di utenti con eroina come sostanza primaria e Bologna il 75,2%,

tra gli utenti dell'AUSL di Forlì la percentuale è del 55,2%. Numerosi elementi possono contribuire a determinare il numero di persone dipendenti da eroina che si rivolgono ai SerT. Il primo fattore da prendere in considerazione è la rilevanza del fenomeno sul territorio, determinato dalle problematiche sociali che caratterizzano le aree territoriali, lo spaccio di sostanze, la dimensione metropolitana rispetto a quella provinciale, la migrazione di soggetti di altri territori (lavoratori, studenti, emigrati, stranieri, ...).

Il rapporto utenti eroinomani su popolazione target fornisce un valore grezzo per la stima della rilevanza locale del fenomeno e del livello di funzionamento/specializzazione dei servizi (vedi cartogramma). Le AUSL di Bologna (66,6 per 10.000), Rimini (48,0) e Parma (45,5) sono al di sopra della media regionale (41,03).

Cocaina

La cocaina è la sostanza che desta maggiore attenzione per diverse motivazioni. E' quella su cui è stato rilevato un incremento del consumo sulla popolazione generale (vedi capitolo di riferimento del presente rapporto), quella che ha visto la maggiore crescita assoluta e relativa tra la popolazione dei servizi per le dipendenze, quella per la quale non esistono solidissime evidenze per quanto riguarda il trattamento (vedi capitoli sulla valutazione dei risultati). In qualsiasi contesto si rilevi, la cocaina sembra essere la sostanza con il maggior livello di consumo. L'aumento della domanda di trattamento in relazione all'uso di cocaina è quella che ha visto il maggior incremento negli anni. L'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze riporta che la cocaina è al secondo posto tra le droghe più comunemente segnalate da chi entra in terapia (dopo l'eroina), seppure con notevoli differenze da un paese all'altro⁸.

È per questo motivo che le strategie nazionali e delle Regione Emilia-Romagna pongano una particolare attenzione

nei confronti di coloro che consumano cocaina (es. Delibera della Giunta regionale n. 1533/2006)⁹.

Il commento dei dati relativamente a coloro che accedono ai servizi per le dipendenze, e quindi effettuano una domanda di trattamento, deve essere fatto a più livelli. Innanzi tutto va presa in considerazione una evoluzione storica; se si esamina la sola sostanza primaria, le persone in trattamento per uso di cocaina sono passate da 59 nel 1991 a 1.972 nel 2006, a cui si devono aggiungere i 16 consumatori di crack. I numeri aumentano considerevolmente se si sommano anche le persone che hanno usato la cocaina come sostanza secondaria: erano 417 nel 1991, sono divenute 3.944 nel 2006, a cui si sommano 32 consumatori di crack. Questa forte crescita è abbastanza recente; l'incremento è partito attorno al 2000.

Tutto questo ha avuto un riflesso sulla struttura dell'utenza dei SerT. Nel 2006 i cocainomani rappresentavano il 15,7% dell'utenza dei SerT, il 35,12% se si considera anche la sostanza primaria. Come evidenziato in precedenza, i dati raccolti nel 2006 attraverso il nuovo sistema informativo, hanno fornito delle informazioni in più, quale ad esempio le caratteristiche dell'utenza che si è presentata per la prima volta. Dall'analisi della maggior parte dei SerT emiliano-romagnoli risulta che i nuovi utenti sono per il 25,6% dei casi cocainomani, percentuale che si alza al 41,4% se si analizza anche la sostanza secondaria.

Cannabis e altre sostanze

Si è già detto che non è trascurabile la quota di persone che accedono ai SerT per sostanze quali i cannabinoidi, le benzodiazepine, la morfina, l'ecstasy, i barbiturici e altri farmaci non su prescrizione medica.

Nel 2006 1.153 persone, pari al 9,2% del totale dell'utenza, sono state inserite in uno specifico trattamento per uso di cannabinoidi. Se si considera anche la sostanza

secondaria, gli utenti SerT che consumano cannabis sono 2.920. La cannabis è la sostanza più consumata tra la popolazione generale, soprattutto tra le classi più giovani (vedi i relativi capitoli di questo rapporto). Va premesso che l'attuale legislazione prevede che i soggetti sorpresi al consumo di sostanze stupefacenti vengano inviati dalla Prefettura (Art. 75 e 121 legge 309/90) ai SerT per un approfondimento diagnostico o per colloqui di consultazione clinica. Molte di queste persone accedono ai SerT per consumo di cannabinoidi, ma non tutte queste persone rientrano all'interno di un vero e proprio progetto terapeutico.

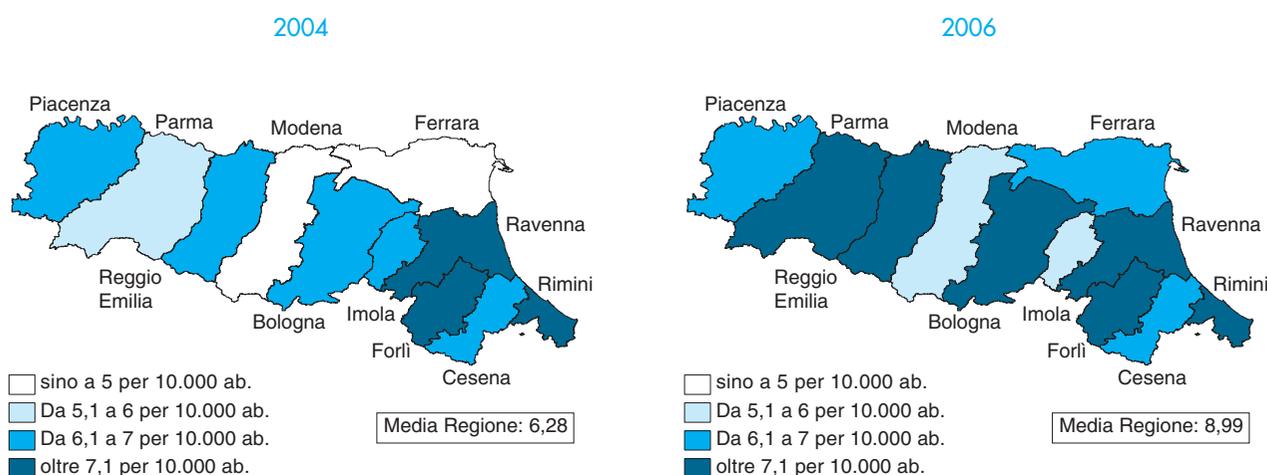
Le differenze di accesso di consumatori di cannabinoidi tra i diversi SerT sono rilevanti e verosimilmente correlati a tre aspetti: i) il numero di soggetti che chiedono un trattamento per uso primario di cannabis; ii) il numero di invii dalla Prefettura; iii) le politiche locali di intervento nei confronti di consumatori di cannabis (prevenzione, attività di strada, ...). Le AUSL che riportano la maggior quota di sostanza primaria cannabinoidi sono Ferrara (16,7%), Forlì (16,6%) e Ravenna (13,7%), la quota più bassa si ritrova a Bologna (4,9%), Imola (7,4%) e Rimini (7,8%)

Altre 420 persone sono state inserite in un trattamento a causa dell'uso di altre droghe, quali allucinogeni, amfetamine, barbiturici, ecstasy, altri oppiacei, inalanti di vario tipo. Il numero sale a 1.670 se si considerano anche le sostanze secondarie.

Fig. 4. Distribuzione della cocaina tra gli utenti in carico ai SerT (Anni 2003-2006, valori % sul totale degli utenti o sui nuovi).

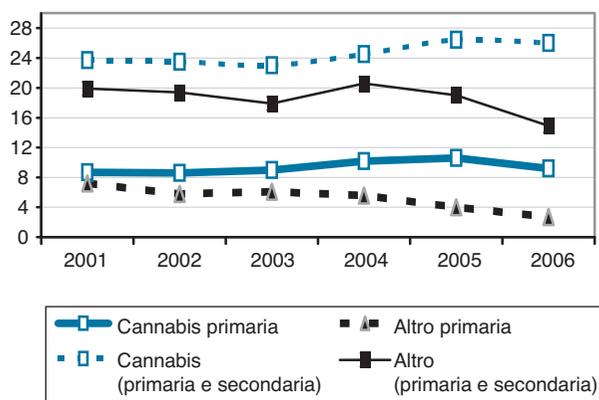
Cocaina	2003	2004	2005	2006
Solo primaria	10,52	12,08	14,93	15,70
Primaria o secondaria	23,04	29,66	36,49	35,12
Nuovi primaria*				25,6

Fig. 5. Rapporto tra utenti in carico con sostanza primaria cocaina e popolazione target di età 15-54 anni (Anni 2004 e 2006 a confronto, valore * 10.000 abitanti).



* Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento. Dati sulla popolazione: Anagrafi comunali al 1 gennaio di ogni anno rilevati dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici - Regione Emilia-Romagna.

Fig. 4. Distribuzione percentuale della sostanza tra gli utenti in carico ai SerT, eroina e cocaina esclusa (Anni 2000-2006, valori % sostanza primaria e primaria e secondaria sommate).



* Dal grafico sono state escluse l'eroina e la cocaina (riportate nei grafici precedenti).

Le bevande alcoliche

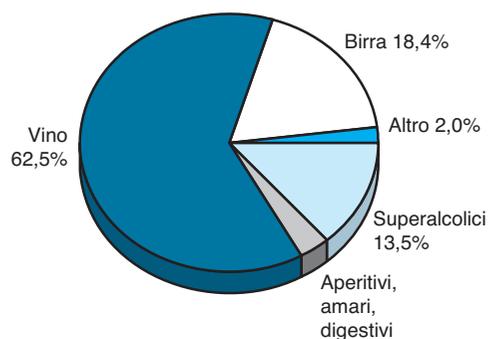
Quello dell'alcolista è un comportamento da analizzare durante l'arco del giorno in cui, a seconda dei vari momenti, si consumano diversi tipi di alcolici: vino durante i pasti, aperitivi al di fuori dei pasti, gli amari nel pomeriggio, la birra la sera, ecc.. Spesso all'uso di alcolici è associato l'uso di droghe e/o farmaci.

Nel caso dell'uso di alcolici entrano in gioco due aspetti

non irrilevanti. Da un lato la "socialità" connessa con l'uso di alcolici; ad esempio vino e birra sono sostanze spesso consumate in contesti o familiari, o in contesti aggregativi spesso associati al consumo ludico. Inoltre, se si esclude la vendita ai minori, gli alcolici sono facilmente accessibili e il consumo non è sanzionato per legge, a meno che non si commetta un reato come la guida in stato di ebbrezza.

Il vino, con il 62,5%, è la sostanza per la quale la maggior parte degli utenti si rivolge ai centri alcolologici regionali, seguito da birra (18,4%) – in aumento negli ultimi 2 anni –, superalcolici (13,5%), amari/digestivi/aperitivi e altre sostanze. È interessante notare come nel 2006 vi siano 336 utenti che sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti (in calo rispetto all'anno precedente) e 521 che hanno assunto anche dei farmaci (in aumento rispetto all'anno precedente).

Fig. 7. Distribuzione percentuale del tipo di alcolici prevalenti tra gli utenti in carico ai Centri alcolologici (Anno 2005, valori %).



¹ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2006*, Op. Cit., pag. 67.

² Ministero della Solidarietà Sociale, *Relazione annuale al Parlamento, Anno 2006*, Ministero della Solidarietà sociale, Roma, 2007, pag. 86.

³ Il protocollo di rilevazione europeo e ministeriale di raccolta dati sulle sostanze utilizzate dalle persone che chiedono un trattamento presso i SerT italiani prevede la rilevazione sia della sostanza primaria, cioè la sostanza per la quale viene prioritariamente richiesto il trattamento, sia delle sostanze secondarie, cioè la sostanza utilizzate in aggiunta o in maniera concomitante alla prima. La stessa tipologia di rilevazione viene utilizzata dall'Osservatorio europeo sulle dipendenze.

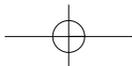
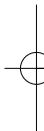
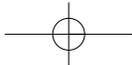
⁴ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2007. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Lisbona, 2007, pag. 15.

⁵ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento, 2006*, Roma, 2007, pag. 18.

⁶ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2007*. Op. cit., pag. 15.

⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Relazione annuale al Parlamento, 2006*, Roma, 2007, pag. 85.

⁸ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2006*, Op. Cit., pag. 13.



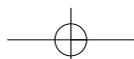
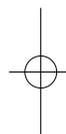


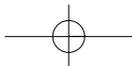
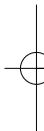
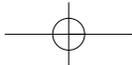
Parte terza

La salute e la mortalità connesse all'uso di sostanze psicoattive

2007

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze





8. Le patologie infettive correlate all'uso di droga

L'analisi degli effetti morbosi legati all'assunzione di sostanze psicotrope costituisce un importante elemento per delineare la dimensione della gravità e della capacità invalidante della tossicodipendenza. In particolare le patologie infettive Hiv, Hcv e Hbv costituiscono un fenomeno ricorrente nelle popolazioni in studio. Infatti la tossicodipendenza comporta lo sviluppo di patologie connesse alle pratiche iniettive di sostanze, che rappresentano la chiave per valutare i risultati ottenuti dall'adozione di differenti strategie preventive ed eventualmente per pianificarne ed adottarne di nuove.

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

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

Nell'ultimo decennio, sia a livello europeo che nazionale, è cresciuto il livello di consapevolezza su alcuni elementi chiave necessari per garantire risposte efficaci alla diffusione delle malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. In Emilia-Romagna sono ormai consolidate risposte di prevenzione articolate che vanno dai programmi di informazione e distribuzione di strumenti sterili, all'educazione sulla riduzione dei rischi veicolata tra pari, fino alla consulenza volontaria ed esami non obbligatori per la diagnosi e a programmi di immunizzazione e cura delle malattie infettive. Particolarmente importante è la disponibilità di un numero sufficiente di terapie sostitutive, per i consumatori di oppioidi che si iniettano la sostanza, dal momento che questo fattore riduce in maniera significativa il comportamento a elevato rischio di trasmissione delle malattie infettive collegate alla droga.

La diffusione dell'Hiv tra i soggetti afferenti ai SerT e dell'Aids nella popolazione generale

In riferimento alla diffusione del virus dell'Hiv tra i soggetti afferenti ai SerT italiani nel 2006 la percentuale di utenti sieropositivi, rispetto al totale dei testati, è risultata pari al 12%, valore in costante calo negli ultimi anni (13,8% nel

2005). Analizzando i dati per sesso e per anzianità di rapporto con il SerT si rileva che la percentuale di pazienti sieropositivi è più bassa nei nuovi ingressi di sesso maschile (3,9%) e più elevata in quelli già in carico di sesso femminile (19,7%). Analizzando la serie storica per ogni sottogruppo di utenti, distinto in base al sesso e all'anzianità, si nota un andamento tendenzialmente decrescente della percentuale di sieropositivi; solamente nell'ultimo anno per i nuovi utenti si osserva un nuovo aumento. La percentuale di positività presenta una forte variabilità geografica passando da valori inferiori al 4% (Friuli Venezia Giulia, Molise, Campania, Calabria) a valori almeno del 30% per la Provincia Autonoma di Bolzano, l'Emilia-Romagna e la Sardegna¹.

Anche dall'analisi epidemiologica del Servizio di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna², emerge una diminuzione dei tassi di incidenza di Aids nella popolazione generale (da 15 x 100.000 a metà degli anni 90 a 4 x 100.000 negli ultimi quattro anni), associata ad un aumento della sopravvivenza dei malati grazie all'uso di terapie che riducono i rischi di sviluppo di patologie correlate. Tuttavia la riduzione dei casi di Aids verificatisi negli ultimi anni è da attribuire non tanto ad una riduzione delle infezioni da Hiv, ma principalmente alla diffusione delle nuove terapie che consentono un aumento del tempo trascorso tra la sieropositività e la malattia.

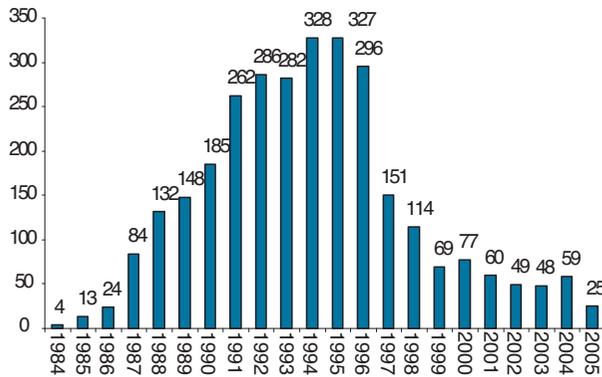
Dal confronto tra i tassi di incidenza annuale di Aids per provincia di residenza, nel biennio 2004-2005 le province che si collocano al di sopra del tasso regionale (3,2x100.00) risultano: Ravenna (6,8 x 100.000), Piacenza (4,9 x 100.000), Rimini (4,0 x 100.000), Forlì-Cesena (3,8 x 100.000) e Ferrara (3,6 x 100.000).

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione della malattia nella popolazione adulta residente in Emilia-Romagna, complessivamente nel 56% dei casi diagnosticati nel periodo 1984-2005 la trasmissione dell'infezione è legata all'assunzione per via endovenosa di sostanze stupefacenti, mentre per il 15% a rapporti omosessuali o bisessuali e per il 19% a rapporti eterosessuali.

Tuttavia occorre considerare che dalla metà degli anni '90 si incrementa la modalità di esposizione legata ai rapporti sessuali non protetti, infatti negli ultimi quattro anni (2002-2005) tra i casi di Aids in adulti residenti il 59% delle donne e il 37% degli uomini hanno riferito come fattore di rischio il contatto eterosessuale, mentre il contagio via parenterale per uso di droghe iniettive rappresenta nelle femmine il 35% e nei maschi il 28%.

Dai dati dei SerT della Regione Emilia-Romagna, nel 2006, sono risultati positivi al test Hiv 877 soggetti, di cui 30 nuovi utenti e 847 già in carico o reingressi. Considerando

Fig. 1 Distribuzione dei casi di Aids in adulti tossicodipendenti residenti in Emilia-Romagna per anno di diagnosi. Periodo 1984-2005.



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Assessorato politiche per la salute – “Lo stato dell’infezione da Hiv/Aids al 31/12/2005 in Emilia-Romagna” – Servizio Sanità pubblica.

tutti gli utenti in carico il 7% risulta essere affetto da Hiv (8,4% degli utenti già in carico; 1,2% dei nuovi utenti).

Anche nel contesto regionale, l’analisi temporale dei risultati al test Hiv tra i nuovi utenti, evidenzia un trend in calo passando dal 13,7% nel 1991 al 1,2% nel 2006. Tale dato va letto nel quadro complessivo di diminuzione di incidenza della malattia nella popolazione generale. Va sottolineato che molti utenti non sono sottoposti al test dell’Hiv per cause diverse che vanno dal rifiuto per motivazioni personali all’impraticabilità venosa che richiederebbe interventi più invasivi che non vengono accettati dal paziente

In linea generale le diagnosi di nuove infezioni rilevate solo sui soggetti in contatto con i SerT risultano basse nella maggior parte delle realtà provinciali, tuttavia dall’analisi geografica, l’Azienda Usl di Bologna ha segnalato nel 2006 un elevato numero di nuove infezioni (24 casi), nettamente al di sopra delle percentuali medie registrate dagli altri territori. Diversamente, tutte le altre realtà registrano un numero di infezioni in linea con l’anno precedente o addirittura in calo.

Fig. 2 Distribuzione dei casi di positività al test Hiv sui nuovi utenti rilevati dai SerT della Regione Emilia-Romagna per anno di rilevazione. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.

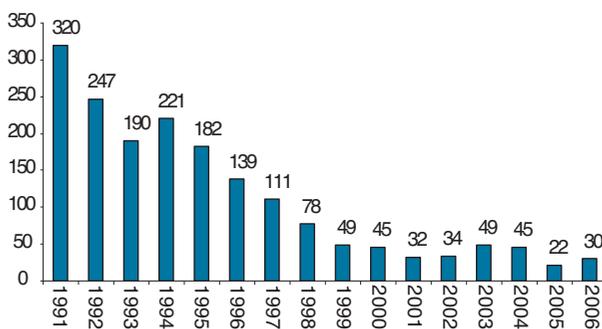
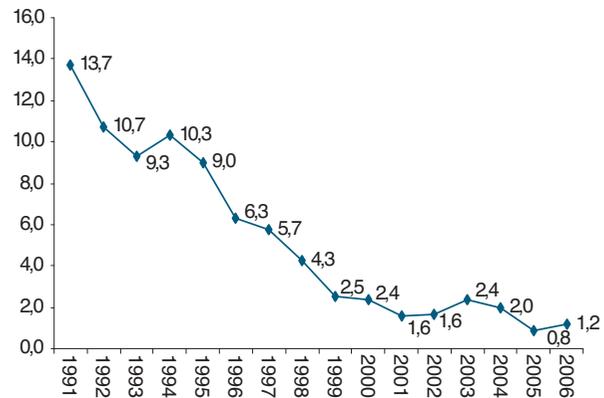
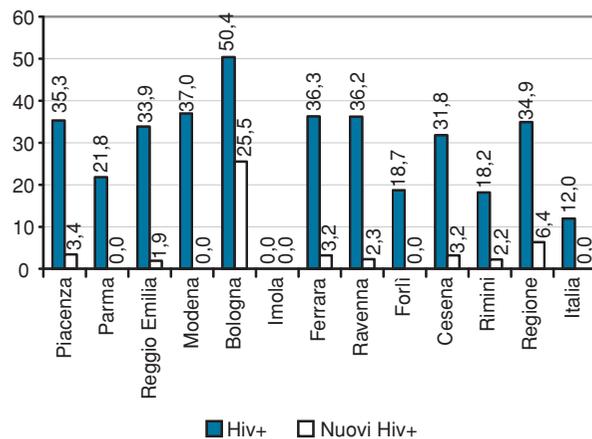


Fig. 3 Distribuzione della percentuale di positivi al test Hiv sui nuovi utenti per anno di rilevazione. Periodo 1991-2006. Valori %



Complessivamente nel 2006 i SerT della Regione hanno sottoposto a test 472 nuovi utenti dei quali il 6,4% è risultato positivo all’Hiv. Tra tutti i soggetti testati dai SerT nell’ultimo anno o negli anni precedenti il 34,9% è risultato positivo all’Hiv confermando ancora una volta il forte impatto di questa patologia nelle popolazioni a rischio.

Fig. 4 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hiv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza.



Le infezioni da epatiti virali fra i tossicodipendenti dei SerT

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

Nei SerT italiani³ il 48,1% di tutti i soggetti presi in carico è stato sottoposto al test per l’accertamento della presenza del

virus dell'Epatite C, di questi il 62% è risultato positivo. L'infezione risulta essere meno diffusa tra i nuovi utenti rispetto agli utenti già in carico in entrambi i sessi, in particolare la positività è minima nei nuovi utenti maschi (31%) e massima negli utenti già in carico femmine (69,3%).

Analizzando la distribuzione regionale dell'infezione si conferma la gravità della situazione infettiva della popolazione tossicodipendente dei servizi della Regione Emilia-Romagna, con una percentuale di positivi al test HCV pari all'83% dei testati. Dal 1998, anno di inizio della rilevazione della positività al test HCV tra gli utenti SerT, si conferma il forte impatto di questa malattia infettiva nelle popolazioni osservate, passando dal 79,8% all' 85,7% nel 2000, fino all'83% del 2006.

I fattori di esposizione alla malattia sono gli stessi già descritti per l'infezione HIV e riguardano l'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa e i rapporti sessuali con soggetti affetti da HCV. Tuttavia negli ultimi anni, in seguito alla sensibilizzazione ottenuta con le campagne anti-Aids, si assiste alla comparsa di una modalità di contagio per via parenterale "inapparente". Infatti, pur rilevando misure di precauzione efficaci nei confronti del virus HIV, persistono comportamenti responsabili di infezioni da virus epatitici quali l'uso promiscuo di cucchiaini e utensili comuni per la preparazione della droga e di strumenti inalatori per lo sniffing⁴.

Oggi, anche in considerazione dell'efficacia ottenuta con la vaccinazione contro il virus dell'Epatite B e al decremento delle infezioni da HIV, la vera emergenza è rappresentata dall'infezione dell'Epatite C, per la sua caratteristica tendenza ad evolvere verso la cronicizzazione, fino alla cirrosi e al cancro⁵.

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

Fig. 5 Distribuzione della percentuale dei risultati del test Epatite C sul totale degli utenti. Periodo 1998-2006.

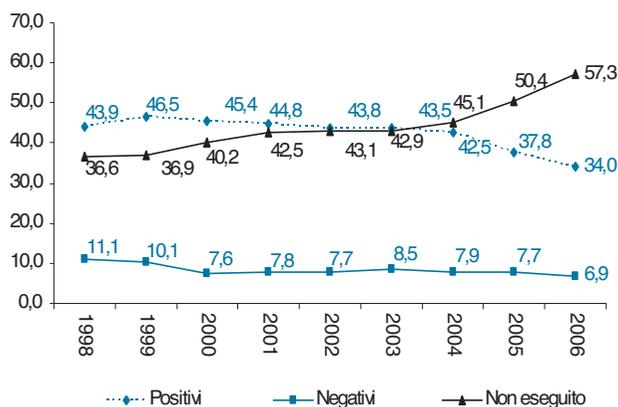
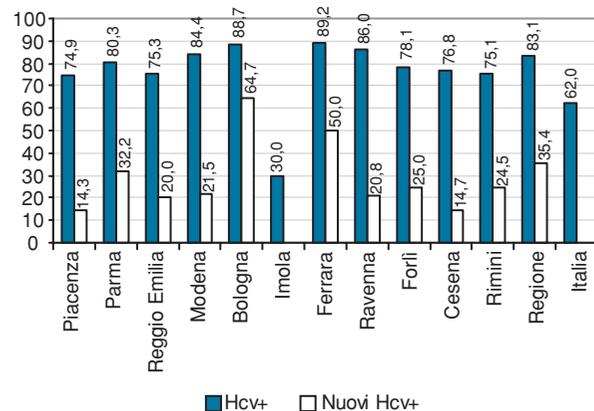


Fig. 6 Distribuzione percentuale di positivi al test Hcv sui nuovi utenti e sul totale utenti testati per Ausl di provenienza.



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

Dai dati della Regione Emilia-Romagna del 2006, si conferma la gravità della situazione infettiva della popolazione tossicodipendente con tutte le possibili implicazioni a livello di sanità pubblica. Infatti gli utenti positivi all'Epatite B rappresentano il 17,4% della popolazione in carico ai servizi, ma il 63,8% di coloro che si sono sottoposti al test.

Dall'analisi geografica si rileva una forte variabilità dell'infezione nei pazienti, probabilmente dovuta a differenze legate ai programmi vaccinali dei territori di riferimento. Nel 2006 tre Aziende Usl hanno riportato percentuali di nuovi positivi rispetto ai testati, superiori alla media regionale (19,3%): Cesena (40%), Ravenna (33,3%) e Bologna (22,6%).

Fig. 7 Distribuzione dei risultati del test virale Epatite B. Periodo 1991-2006. Valori assoluti

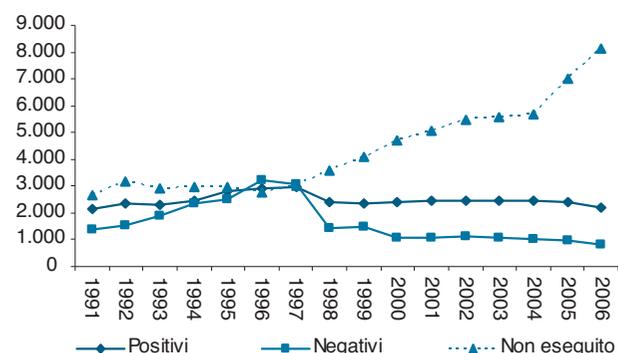
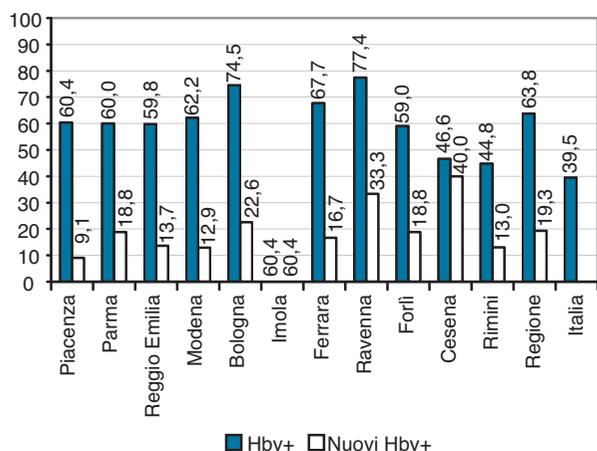


Fig. 8 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hbv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza.



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

Conclusioni

Ormai da diversi anni si rileva un forte grado di diffusione dell'HCV tra gli eroinomani, è possibile che l'andamento in

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

Infine, problema di particolare rilievo è quello della co-infezione HIV-HCV, che si è iniziato ad osservare in seguito alla migliorata sopravvivenza conseguita con la terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART).

Va peraltro tenuto presente che l'HIV nei confronti dell'HCV aumenta il rischio di trasmissione sessuale o perinatale e di evolutività della malattia. L'HCV, invece, nei confronti dell'HIV incrementa il rischio di progressione in Aids e la potenziale tossicità dei farmaci antiretrovirali⁶.

Per affrontare il problema da HIV non diagnosticata è stata pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷ una guida per poter aumentare il numero di persone che si sottopongono volontariamente al test HIV.

In particolare si suggerisce agli operatori sanitari di adottare un approccio proattivo, raccomandando una visita medica volontaria periodica associata al test dell'HIV e a un servizio di consulenza sulle malattie infettive.

¹ Ministero della salute, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio VII, Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili. Rilevazione attività nel settore Tossicodipendenze. Anno 2006.

² Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, Lo stato dell'infezione da Hiv/Aids al 31/12/2005 in Emilia-Romagna, Servizio Sanità pubblica.

³ Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili". Anno 2006.

⁴ Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche Azienda Usl di Ferrara, Progetto regionale Distribuzione di kit sterili a persone dipendenti da sostanze per via iniettiva, relazione finale, giugno 2006.

⁵ Medicina delle Tossicodipendenze, Droga. Epatite C, anno XIV, n. 52/53, 2006.

⁶ J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

⁷ OMS/UNAIDS, 2007, in Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione Annuale 2007.

9. Ricoveri per uso di droghe e alcol

Un indicatore che descrive la situazione di salute delle persone che abusano di droghe e alcol è rappresentato dai ricoveri presso strutture pubbliche o private. Si tratta di un indicatore indiretto della situazione problematica connessa con l'uso / abuso di sostanze psicotrope in un determinato contesto, nonché del livello di ricorso alle strutture sanitarie e di offerta di servizi.

Anche in questo caso, come si vedrà nei capitoli relativi alla mortalità per uso di droghe e alcol nella popolazione generale, i dati forniscono un quadro non esaustivo della reale portata del fenomeno, in quanto le schede che vengono utilizzate per la dimissione ospedaliera (SDO) non evidenziano tutti quei ricoveri che hanno come causa concomitante l'abuso di sostanze. È il caso, ad esempio, dei ricoveri per incidenti stradali, molto spesso etichettati come traumatismi - ma che nella maggior parte dei casi potrebbero essere attribuibili all'assunzione di sostanze -, le malattie cardiache connesse con l'uso di cocaina o alle malattie infettive (Hiv Hcv) connesse alle condotte iniettive.

Le informazioni sono state desunte dalla Banca dati SDO della Regione Emilia-Romagna rilevando le informazioni dell'anno 2006. Sono stati selezionati i ricoveri ospedalieri classificati in base al bisogno assistenziale e alle cure erogate dalla struttura sanitaria (tecnicamente il sistema dei DRG - diagnosis related group). In particolare è stata focalizzata l'attenzione sui ricoveri compresi nella categoria *Abuso di alcol o droghe e disturbi mentali organici indotti* (MDC 20 del sistema DRG); sono stati inclusi anche i casi meno frequenti in cui il paziente, a cui si propone la degenza, ha rifiutato il ricovero contro il parere dei sanitari¹.

Ricoveri, domanda interna alle Aziende USL e patologie

Nell'esame dei ricoveri ospedalieri emergono molte informazioni sia di carattere epidemiologico, sia di carattere organizzativo dei singoli territori quali, in particolare, la quantità della domanda di ricovero per problemi alcol-droga correlati e, al contempo, il livello di fruizione dei servizi interni all'Azienda.

Nel corso del 2006 in Regione Emilia-Romagna sono stati rilevati complessivamente 2.065 ricoveri connessi alle problematiche dell'abuso di alcol, droghe o la combinazione di entrambe le sostanze. L'anno precedente sono stati rilevati 2.144 ricoveri, confermando un trend regionale abbastanza costante negli anni.

Anche a livello delle singole Aziende USL si confermano orientativamente i trend di ricovero ma, al contempo, si

delineano alcune specificità locali. Non sembra esserci nessuna relazione tra ricoveri per problematiche alcol-droga correlate e popolazione residente. Infatti, sia per il 2005 e il 2006 il maggior numero di ricoveri è stato effettuato - a prescindere dal luogo del ricovero - da cittadini residenti nell'AUSL di Modena (434 nel 2006, in calo rispetto al 2005), seguite da Parma (389, in aumento rispetto al 2005) e in terza posizione Bologna (317, costante negli anni). Le differenze divengono ancora più sostanziali se si considerano le macro aree. Le AUSL dell'Area vasta Romagna esprimono complessivamente solo il 18,5% della domanda di ricovero regionale, mentre le AUSL dell'Area vasta Emilia il 56,35%.

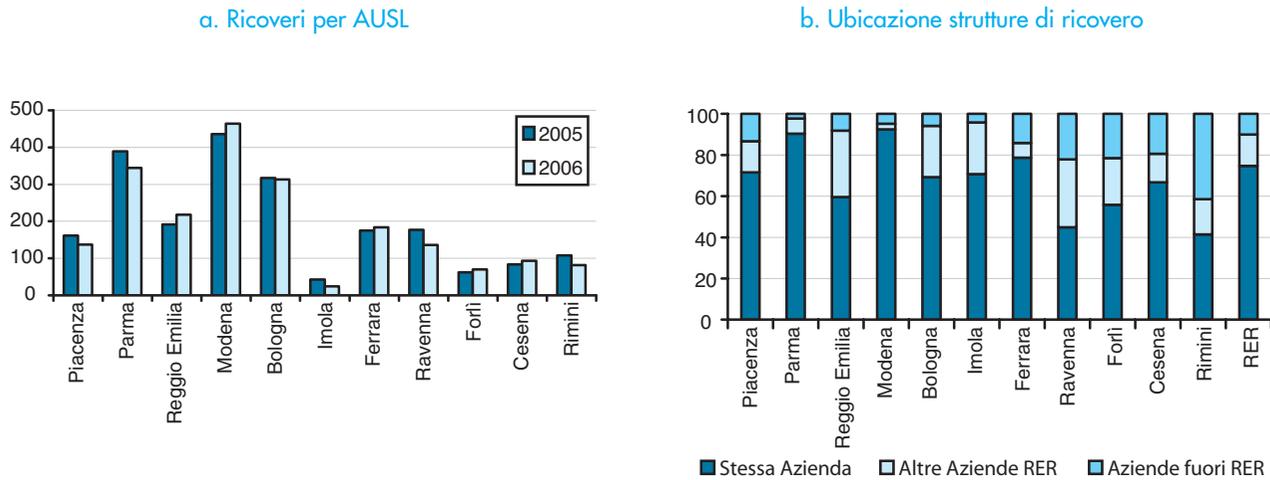
I diversi livelli potrebbero essere spiegate tenendo presente la diversa problematicità connessa con l'assunzione di droghe e alcol nei territori aziendali e la diversa organizzazione locale dei servizi.

I ricoveri ospedalieri causati da abuso di droghe e alcol, come tra l'altro ogni tipo di ricovero, possono essere dettati da diverse motivazioni, sia di "emergenza-urgenza", come in caso di intossicazione acuta o overdose, sia meno intensivo, come in caso di trattamento di disintossicazione da oppiacei. Gli ospedali possono essere più o meno strutturati per accogliere specifica domanda di ricovero per i problemi alcol-drogacorrelati, attraverso l'adozione di protocolli interni di trattamento delle dipendenze, o essere maggiormente orientati a indirizzare i propri cittadini per queste problematiche verso altri centri. Questo in parte potrebbe spiegare la differenza rilevante che esiste tra le AUSL dell'Emilia-Romagna in merito all'ubicazione dei luoghi di ricovero dei propri cittadini. Si va dall'AUSL di Modena che nel 2006 ha avuto il 92,4% dei propri cittadini ricoverati per problemi alcol-droga correlati all'interno delle proprie strutture sanitarie - confermando la tendenza dell'anno precedente -, a Rimini che ha avuto un valore molto più basso (41,5%).

Inversamente vi sono AUSL, soprattutto dell'Area vasta Romagna, che tendono a ricoverare presso strutture posizionate al di fuori della Regione Emilia-Romagna, è il caso di Rimini (41,5%), Ravenna (22,1%), Forlì (21,4%) e Cesena (19,4%).

Come specificato in premessa, le motivazioni dei ricoveri sono molto ampie, e si va da patologie che interessano prettamente i consumatori di alcol (ad esempio, delirium tremens, demenza alcolica, le psicosi alcoliche, sindrome da astinenza e gli stati di intossicazione), o di droghe a causa di oppioidi, in primo luogo, ma anche per sostanze quali cocaina, anfetamine, antidepressivi o allucinogeni. In tutti casi può trattarsi di assunzione occasionale o di situazioni di abuso conclamato.

Fig. 1. Andamento dei e luogo dei ricoveri in Emilia-Romagna per droga e/o alcol (Anno 2006, valori assoluti e %)

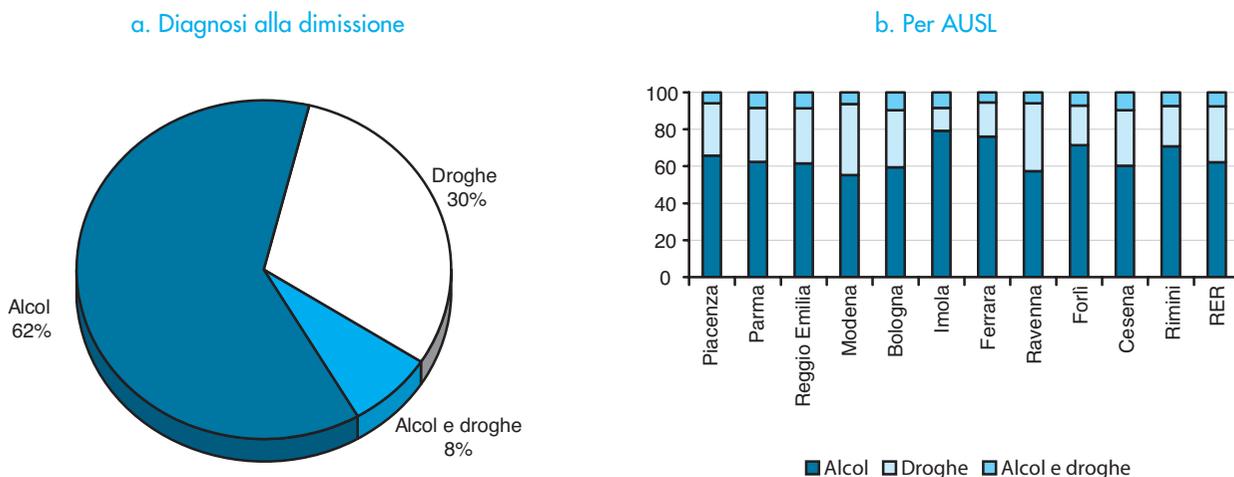


Le patologie connesse all'assunzione dell'alcol sono nettamente prevalenti (62,1%), seguite da quelle relative alle droghe (30,4%). Sono sempre più frequenti le situazioni in cui alcol e droghe vengono assunti assieme; questi casi nel 2006 hanno rappresentato il 7,5% dei ricoveri. Nei prossimi anni si potrà valutare se l'incremento di questo indicatore sarà

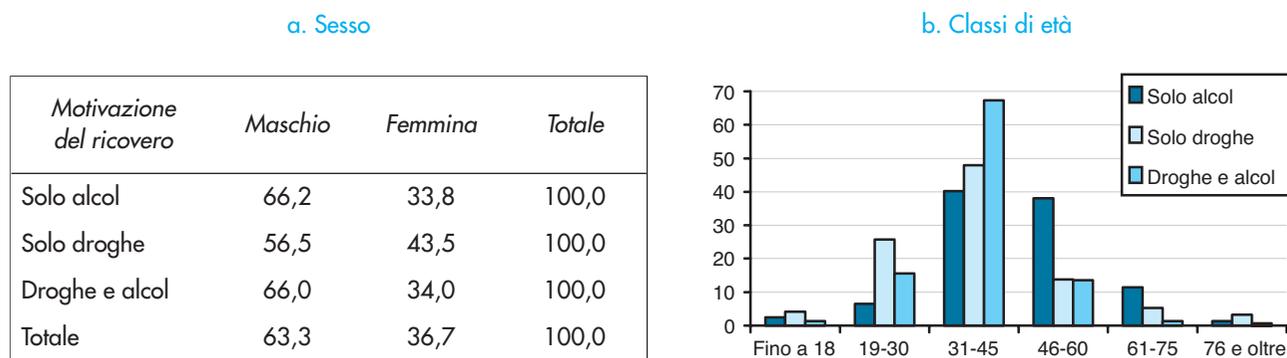
confermato.

Le differenze tra le Aziende USL, oltre per i valori assoluti come visto in precedenza, persistono anche per la natura della diagnosi dei ricoveri. Vi sono quasi venti punti percentuali che differenziano i ricoveri per problemi alcol correlati di Ferrara (79,2% sul totale), Forlì (71,4%) e Rimini (70,7%) rispetto a

Fig. 2. Distribuzione dei ricoveri per tipologia di diagnosi alla dimissione e per AUSL (Anno 2006, valori %).



Tab./Fig. 3. Patologia del ricovero per sesso ed età (Anno 2006, valori %).



Modena (55,2%), Ravenna (57,4%) e Bologna (59,4%) che hanno molti più utenti ricoverati per problemi droga correlati.

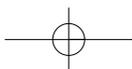
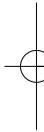
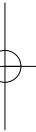
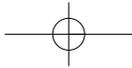
Alcune caratteristiche dei ricoverati

L'analisi di alcune caratteristiche socio-anagrafiche di coloro che sono stati ricoverati presenta alcuni elementi di conferma, altri estremamente nuovi. L'analisi della suddivisione per sesso delle persone ricoverate per uso di alcol conferma i

trend già conosciuti e che si riscontrano sulla popolazione generale per i consumi, nell'accesso ai Centri alcolologici, tra la mortalità tra la popolazione dei servizi e la popolazione generale: le donne rappresentano orientativamente sempre un terzo o massimo un quarto della popolazione (nel caso dei ricoveri 33,8%).

Non è così relativamente ai ricoveri per patologie legate all'uso di droghe: le donne, che solitamente rappresentano meno di un quinto dell'utenza dei SerT e che muoiono in misura nettamente inferiore, nel 2006 sono state il 43,5%.

¹ I DRG oggetto di studio sono il 521 Abuso o dipendenza da alcol e droghe con complicanze; il DRG 522 Abuso o dipendenza da alcol e droghe con riabilitazione senza complicanze; il DRG 523 Abuso o dipendenza da alcol e droghe senza riabilitazione senza complicanze; il DRG 433 Abuso o dipendenza da alcol e droghe dimessi contro il parere dei sanitari.



10. La mortalità tra i tossicodipendenti e gli alcolisti afferenti ai Servizi dell'Emilia-Romagna

In tutti gli studi italiani il rischio di decesso nei tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale è altissimo. Ne consegue che questo gruppo di soggetti contribuisce in modo consistente alla mortalità nelle classi di età giovanili di entrambi i sessi. In Emilia-Romagna la mortalità nelle popolazioni di tossicodipendenti è caratterizzata da una discreta variabilità territoriale, come risulta dall'analisi dei flussi storici relativi alla popolazione tossicodipendente afferente ai SerT.

Alcuni studi longitudinali, condotti in alcune realtà territoriali della regione, su soggetti tossicodipendenti da eroina per via endovenosa, hanno confermato un eccesso di mortalità per tutte le cause rispetto alla popolazione generale della stessa età e sesso, simile a quello rilevato in altri studi italiani e notevolmente elevato nelle femmine.

In particolare nella coorte di Ferrara, Modena e Piacenza nel periodo 1975-1995 i rapporti standardizzati di mortalità sono risultati nei maschi 16,7 e nelle femmine 33,4². In uno studio successivo condotto nel periodo 1975-1999 sugli utenti dei SerT delle Ausl di Ferrara e Modena i rapporti standardizzati sono risultati 12,12 nei maschi e 20,26 nelle femmine³. Per la città di Bologna, infine, per il periodo 1975-1998 i maschi presentano un rischio di morte di 21,1 volte e le femmine di 42,8 volte superiore alla mortalità che si rileva nella popolazione generale della stessa età e sesso⁴.

Riprendendo i risultati emersi dallo studio di coorte condotto nelle province di Ferrara e Modena nel periodo 1975-1999, emergono tassi di mortalità per Aids più bassi per i soggetti arruolati negli ultimi cinque anni rispetto ai pazienti presi in carico nel decennio 1975-1984.

Diversamente nel periodo 1995-99 aumentano decisamente i tassi di mortalità per overdose tra gli eroinomani maschi, conformemente a quanto già osservato in studi condotti in alcune regioni del nord Italia ed in altri contesti europei. Per spiegare l'aumento della mortalità per overdose alcune ipotesi possono essere avanzate: da un lato si potrebbe alludere a cambiamenti nel mercato degli stupefacenti, relativamente al tipo e purezza di droga disponibile, ma dall'altro, forse più verosimilmente, l'incremento potrebbe essere legato alla poliassunzione da parte dell'eroinomane di più sostanze, lecite e non, alla sospensione dei trattamenti presso i servizi dedicati, alla perdita di tolleranza all'eroina, o ancora al mascheramento del suicidio con l'overdose da eroina, anche se questa ultima ipotesi è scarsamente accreditata da alcuni studi.

La mortalità per Aids negli eroinodipendenti arruolati nell'ultimo quinquennio 1995-99, appare più bassa rispetto a quella registrata nei precedenti periodi temporali di presa in carico, ma questa differenza potrebbe essere legata ad un

aumento del tempo di incubazione dell'Aids e della speranza di vita tra le persone infettate, anche se gli eroinomani per via endovenosa sembrano, da studi recenti, beneficiare meno dell'aumento della sopravvivenza rispetto ai soggetti che si sono infettati attraverso trasmissione sessuale.

Infine va ricordato che a partire dagli anni '90 una delle principali strategie terapeutiche adottate dai SerT dell'Emilia-Romagna è stata quella di orientarsi verso trattamenti terapeutici integrati che comprendessero anche l'utilizzo di metadone, fattori questi che sembrerebbero essere protettivi nei confronti della morte per overdose.

In effetti anche da ricerche più recenti come lo studio multicentrico nazionale VEdeTTE⁵, condotto su 10.376 tossicodipendenti da eroina, il trattamento terapeutico, indipendentemente dalla tipologia, sembra costituire un fattore protettivo per la mortalità per overdose. Il rischio di morte rilevato, superiore di 10 volte a quello della popolazione generale della stessa età, varia da 4 volte per i soggetti in trattamento a più di 20 volte per i soggetti usciti dal trattamento.

Una migliore conoscenza della variabilità spaziale e temporale della mortalità nei tossicodipendenti e l'analisi dei fattori sociali e demografici possono suggerire ipotesi per migliorare le strategie e gli interventi volti a prevenire i decessi. Inoltre un follow-up prolungato costituisce un importante sistema di sorveglianza dell'andamento temporale della mortalità in relazione con il modificarsi delle strategie di trattamento.

Trend, cause di morte e distribuzione geografica della mortalità tra i tossicodipendenti dei SerT

Nel corso del tempo la mortalità osservata tra i tossicodipendenti che hanno seguito almeno un trattamento presso i SerT regionali, dopo un'impennata dal 1992 al 1996, ha registrato un trend in calo con due piccole riprese nel 2000 e nel 2004.

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

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

Dal 2001 il quadro di insieme si modifica: oltre a ridursi drasticamente la mortalità per overdose in relazione a progetti

specifici per la prevenzione delle morti, l'introduzione della terapia antiretrovirale ad alta attività⁶ e le campagne informative nazionali e locali portano ad una riduzione della morbilità e della mortalità dovute al virus Hiv. Nel 2006 infatti per la prima volta dopo più di dieci anni, anche se con dati notevolmente ridimensionati, l'overdose torna a superare l'Aids come numero di casi osservati.

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

Tab. 1 Trend della mortalità osservata tra i tossicodipendenti che hanno seguito almeno un trattamento presso i SerT. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.

	Aids	Overdose	Epatopatie	Altro	Totale
1991	105	68	3	60	236
1992	110	77	7	41	235
1993	147	130	9	45	331
1994	190	121	7	53	371
1995	220	125	13	54	412
1996	193	111	6	39	349
1997	78	92	14	62	246
1998	44	81	17	53	195
1999	45	67	11	66	189
2000	55	72	14	81	222
2001	41	32	13	63	149
2002	27	20	17	75	139
2003	33	22	9	70	134
2004	35	37	22	91	141
2005	28	15	13	86	141
2006*	22	23	15	61	121

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

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

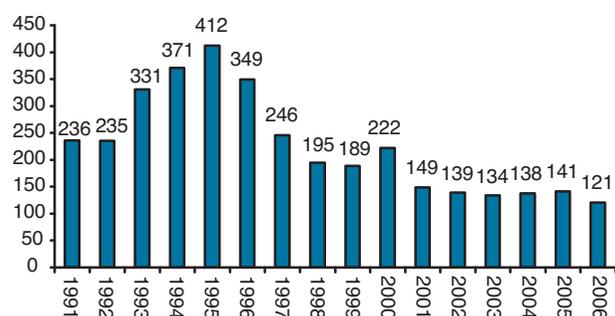
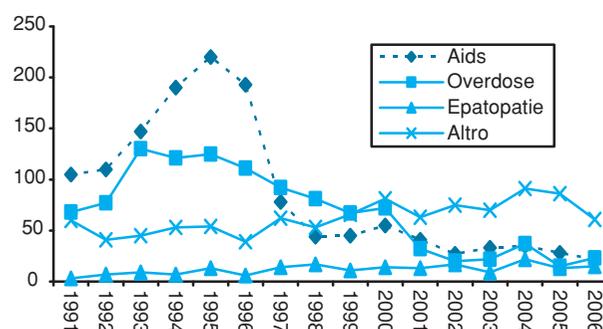


Fig. 2 Cause di morte degli utenti tossicodipendenti. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.



Dal punto di vista del peso delle singole cause, si confermano Aids, overdose, epatopatie ed incidenti traumatici come principali componenti della mortalità proporzionale osservata. Si segnala inoltre, in conformità con gli studi nazionali e regionali, un rischio di mortalità per tumore.

L'Aids e l'overdose continuano ad essere, anche se con proporzioni diverse rispetto al passato, le prime cause di morte tra gli utenti dei SerT. Nel 2006 i decessi per Aids sono stati 22 a livello regionale, pari al 18,2% delle morti; nel 1995, anno che risente maggiormente del picco epidemico, erano state 220 pari al 53,4%.

Sul territorio regionale il rischio di mortalità per overdose associata al consumo di eroina per via endovenosa ha trovato il picco massimo nel periodo 1993-1996 con oltre 100 casi di decessi annui (il 1993 è l'anno con il maggior numero di morti: 130 pari al 39,3%), per poi decrescere gradualmente dal 1997 al 2006 (23 decessi). Il campo di variazione registrato, ottenuto dalla differenza tra il valore massimo del 1993 (130) e il valore minimo del 2005 (15), è di 115.

L'overdose da oppiacei è una delle cause principali di morte tra i giovani in Europa, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile delle zone urbane⁷. La maggior parte dei decessi dovuti al consumo di oppiacei è causata dall'eroina, benché spesso siano state individuate anche altre sostanze potenzialmente implicate, in particolare alcol, benzodiazepine o altri oppiacei e, in alcuni paesi europei, la cocaina. La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose è di sesso maschile, con un'età compresa tra i 20 e i 40 anni, (età media nella maggior parte dei paesi 35 anni).

Anche nella Relazione al Parlamento 2006⁸ si conferma questa differenza di genere, infatti negli ultimi 6 anni, dal rapporto tra i tassi di mortalità per overdose nei due sessi, si evidenzia un rischio per i maschi che va dal 10% all'80% in più rispetto alle femmine. A livello nazionale dal 2001 l'età media alla morte è progressivamente aumentata: infatti se all'inizio del periodo considerato circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%.

Nel quadro nazionale la Regione Emilia-Romagna nel 2006 si colloca al terzo posto per numero assoluto di decessi per overdose: 23 casi pari al 19%. La mortalità acuta per droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile, infatti si contano 22 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne (in Italia 10:1) e colpisce i soggetti intorno ai 37 anni (min 31 - max 52), contro un'età media alla morte della

popolazione totale osservata che si attesta sui 41 anni nel 2006⁹ (min 21 - max 62).

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

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

Infine da studi regionali condotti su tossicodipendenti da eroina sono stati messi in luce alcuni fattori demografici e socioeconomici associati con un più elevato rischio di mortalità, quali: essere maschio, entrare in trattamento presso il servizio pubblico in età relativamente matura, avere un livello di istruzione basso ed essere senza lavoro.

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

A fronte di un elevato impatto della mortalità, Ravenna e Ferrara hanno invece una posizione intermedia relativamente

Tab. 2. Numero di decessi osservati tra gli utenti tossicodipendenti e mortalità proporzionale per le principali cause di morte. Anni 2005-2006.

Cause di morte	2005		2006*	
	V.a.	%	V.a.	%
Aids	28	19,9	22	18,2
Overdose	15	10,6	23	19,0
Incidente traumatico	19	13,5	15	12,4
Epatopatia	13	9,2	15	12,4
Suicidio	8	5,7	8	6,6
Malattie sistema circolatorio	11	7,8	1	0,8
Tumore	6	4,3	6	5,0
Malattie apparato respiratorio	1	0,7	1	0,8
Malattie apparato digerente	2	1,4	0	0
Avvelenamento	2	1,4	0	0
Omicidio	1	0,7	0	0
Causa sconosciuta	10	7,1	13	10,7
Altro	25	17,7	17	14,0
Tutte le cause	141	100,0	121	100,0

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

Fig. 3. Mortalità proporzionale degli utenti tossicodipendenti distinta per le principali cause di morte. Anni 2005-2006.

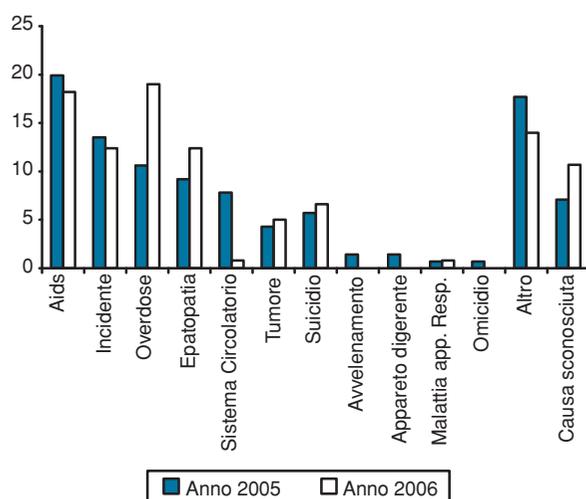


Fig. 4. Mortalità proporzionale degli utenti tossicodipendenti per sesso. Anni 2005-2006.

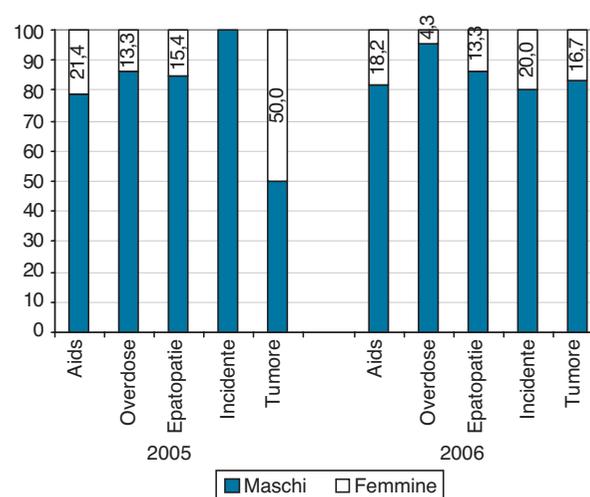
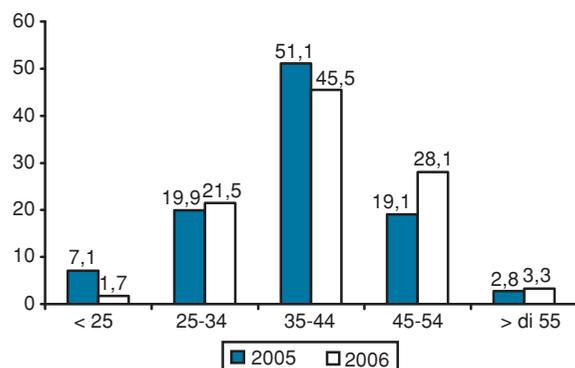


Fig. 5. Mortalità proporzionali degli utenti tossicodipendenti per classi di età. Anni 2005-2006.



alla prevalenza stimata di utilizzatori problematici di sostanze

La classificazione dei territori delle Aziende Usl della Regione Emilia-Romagna in base ai tassi di mortalità standardizzati colloca Ravenna, Ferrara, Bologna, Piacenza e Modena tra le aree che, rispetto alle altre, presentano valori al di sopra della media regionale nel 2005. Nel 2006, tenuto conto della instabilità dei dati a disposizione che trovano conferma nell'anno successivo alla rilevazione, emergono le realtà territoriali di Ravenna, Ferrara e Piacenza per tassi superiori al 5 per 100.000 residenti.

La mortalità correlata al consumo problematico di Alcol

Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità, ogni anno in Italia circa 24.000 decessi sono associati all'alcol e riguardano più di 17.000 uomini e circa 7.000 donne. Si evidenzia un tasso di mortalità di 35 decessi su 100.000

Tab. 3. Numero di decessi osservati e mortalità proporzionale degli utenti tossicodipendenti per Azienda USL. Anni 2005-2006.

Ausl	2005		2006*	
	V.a.	%	V.a.	%
Piacenza	9	6,4	12	9,9
Parma	11	7,8	11	9,1
Reggio Emilia	15	10,6	9	7,4
Modena	22	15,6	7	5,8
Bologna	37	26,2	26	21,5
Imola	0	0	2	1,7
Ferrara	13	9,2	15	12,4
Ravenna	18	12,8	24	19,8
Forlì	7	5,0	4	3,3
Cesena	6	4,3	3	2,5
Rimini	3	2,1	8	6,6
Regione	141	100,0	121	100,0

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

abitanti per i maschi e di 8,4 decessi per le donne attribuibili all'alcol. Circa il 10% di tutti i decessi registrati nel corso di un anno sono da ritenersi morti premature causate dall'alcol (l'11% di tutti i decessi tra i maschi e il 5,2% tra le donne), decessi evitabili parzialmente o totalmente a fronte di un minore consumo di alcolici.

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

Nella popolazione seguita dai Centri Alcolologici della Regione Emilia-Romagna si sono registrati 71 casi di morte nel 2006 contro i 78 del 2005. L'età media al decesso nel 2006 è di 55 anni con un minimo di 23 anni ed un massimo di 81 (deviazione standard 12,4); nel 2005 era di 53 anni con un minimo di 23 e un massimo di 83 anni. L'analisi per genere evidenzia una prevalenza di maschi che rappresentano il 76,1% (54 casi) contro le femmine che sono 23,9% (17 casi).

Le cause di morte che presentano la più elevata frequenza sono i tumori (20,5%), la cirrosi epatica (17,9%), le malattie del sistema circolatorio (14,1%) e gli incidenti (10,2%). I tumori sono la prima causa di morte nei soggetti alcolodipendenti e colpiscono mediamente intorno ai 60 anni. I decessi per epatopatie colpiscono il 78,6% dei maschi e il 21,4% delle

Tab. 4. Tassi di mortalità standardizzati tra i tossicodipendenti dei SerT delle Aziende Usl. Anni 2005-2006.

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

*non è stato possibile rilevare il dato della residenza sull'utenza della provincia di Bologna pertanto i tassi possono risultare leggermente sovrastimati.

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

Fig. 6. Mortalità proporzionale tra gli utenti tossicodipendenti distinta per Ausl. Anni 2005-2006. Valori %.

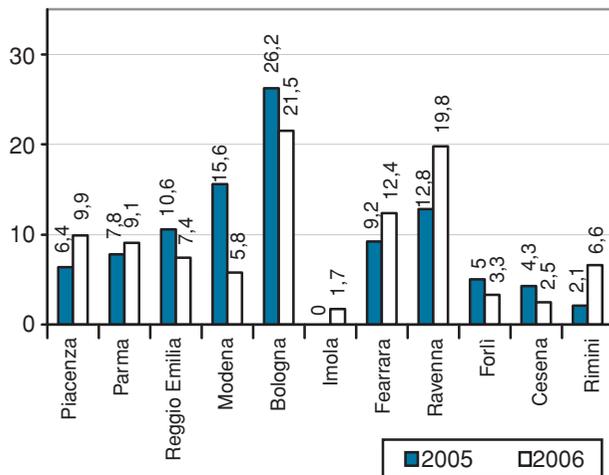
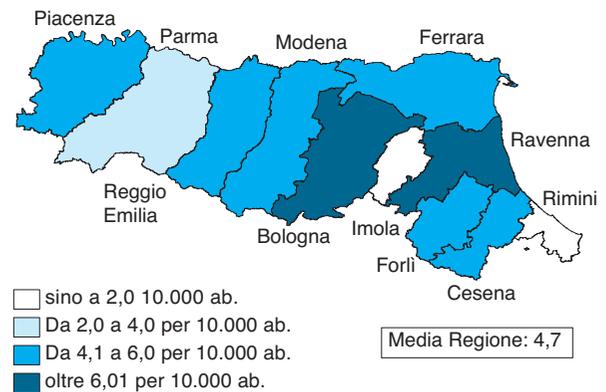


Fig. 7. Tassi di mortalità standardizzati per Ausl. Anno 2005. (Tasso per 100.000 residenti)

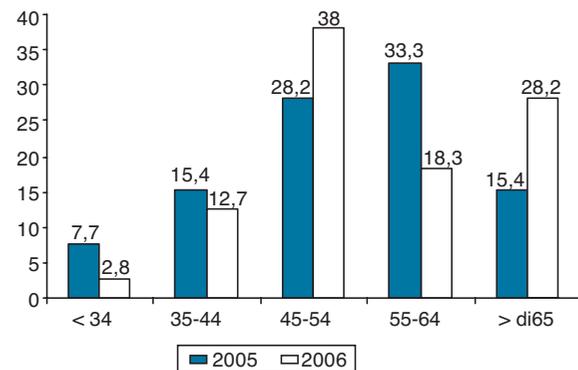


Tab. 5. Decessi osservati tra gli alcolisti dei SerT delle Aziende UsI .Anni 2005-2006. Valori assoluti e %

Ausl	2005		2006*	
	V.a.	%	V.a.	%
Piacenza	11	14,1	17	23,9
Parma	9	11,5	13	18,3
Reggio Emilia	7	9,0	3	4,2
Modena	23	29,5	12	16,9
Bologna	5	6,4	9	12,7
Imola	0	0	1	1,4
Ferrara	9	11,5	5	7,0
Ravenna	5	6,4	4	5,6
Forlì	4	5,1	2	2,8
Cesena	2	2,6	2	2,8
Rimini	3	3,8	3	4,2
Regione	78	100,0	71	100,0

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

Fig. 8. Mortalità per classi di età. Anni 2005-2006. Valori %



donne ad un'età media di 55 anni; la mortalità per incidente traumatico che ha interessato l'87,7 dei maschi e il 12,5% delle femmine con un'età media di 46 anni con un minimo di 23 anni ed un massimo di 62.

Tab. 6. Numero di decessi osservati e mortalità proporzionale per le principali cause di morte. Anni 2005-2006. Valori assoluti e %.

Cause di morte	2005		2006*	
	V.a.	%	V.a.	%
Tumore	16	20,5	10	14,1
Epatopatia	14	17,9	12	16,9
Malattie sistema circolatorio	11	14,1	11	15,5
Incidente traumatico	8	10,2	5	7,0
Malattie apparato respiratorio	5	6,4	2	2,8
Suicidio	4	5,1	5	7,0
Overdose	2	2,6	2	2,8
Aids	1	1,3	0	0
Malattia infettiva	1	1,3	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	2	2,8
Causa sconosciuta	13	16,7	9	12,7
Altro	3	3,8	13	18,3
Tutte le cause	78	100,0	71	100,0

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

Fig. 9. Mortalità proporzionale tra gli utenti alcolisti distinte per Ausl. Anni 2005-2006.

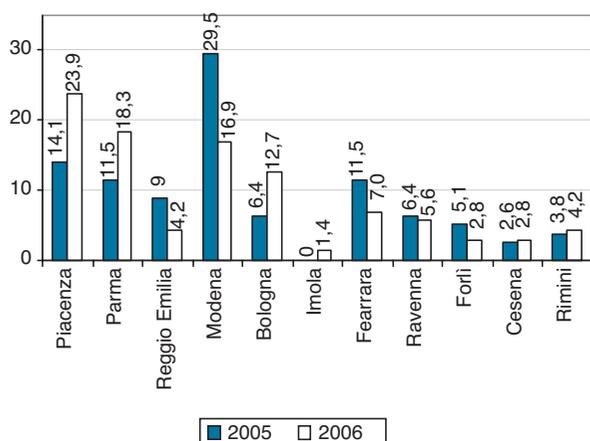
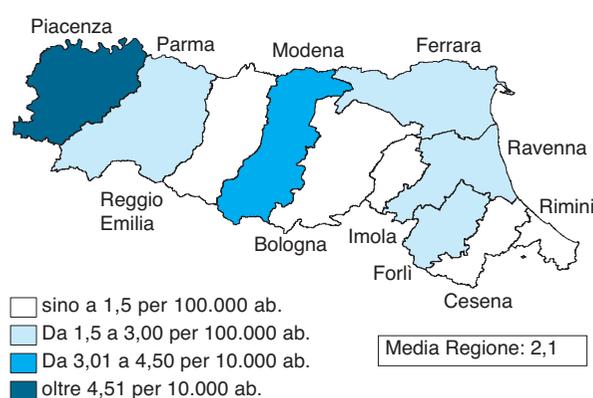


Fig. 10. Tassi grezzi di mortalità tra gli alcolisti distinti per Ausl. Anno 2005



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

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

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

Conclusioni

In conclusione proponiamo tre tipi di riflessioni associate ai rischi di mortalità evidenziati dall'analisi dei dati regionali.

Innanzitutto dai risultati di uno studio nazionale¹⁰, volto a valutare l'efficacia degli interventi effettuati dai SerT italiani nel trattamento della tossicodipendenza da eroina, la chiave di volta della protezione dalla mortalità acuta da overdose sembra essere rappresentata dalla ritenzione in trattamento. Tra i tossicodipendenti usciti dal trattamento il rischio di morte per overdose è 11 volte quello rilevato tra coloro che vi sono rimasti. Il rischio di morte per overdose è più elevato nei primi 30 giorni dall'uscita dal trattamento, in seguito all'alta frequenza di ricadute nell'uso di eroina. Se il rischio di morire è pari all'1 per 1.000 durante il trattamento, nel primo mese dall'uscita questo sale a 23 per 1.000. Il fattore predittivo più significativo della ritenzione in trattamento è il tipo di terapia, con una minore ritenzione per le terapie orientate all'astinenza e per le quali il rischio di abbandono è tre volte più alto rispetto al mantenimento con metadone ad elevati dosaggi. Indipendentemente dal tipo di terapia, la ritenzione risulta maggiore nei trattamenti integrati; inoltre l'assenza di una psicoterapia e, più in generale di un trattamento psicosociale associato, raddoppia il rischio di lasciare il

Tab. 7. Tassi grezzi di mortalità tra gli alcolodipendenti dei SerT delle Aziende Usl. Anni 2005-2006.

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

*non è stato possibile rilevare il dato della residenza sull'utenza della provincia di Bologna pertanto i tassi possono risultare leggermente sovrastimati.

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

In secondo luogo è senz'altro evidente che l'infezione da Hcv tra i tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna sta mostrando un progressivo incremento. Dalla letteratura emerge che non si è ancora chiarito in modo definitivo quale sia la naturale evoluzione della infezione/malattia da virus Hcv. Nella popolazione generale il 10% di chi si infetta con epatite C è destinato a sviluppare cirrosi e tumore del fegato nel corso della propria vita. Da studi nazionali ed internazionali emerge che le epatopatie costituiscono la seconda causa di morte tra i pazienti con infezione da Hiv. La coinfezione da Hcv rappresenta infatti la più frequente causa di danno al fegato nel paziente con infezione da Hiv. Quanto tempo

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

In considerazione dell'elevata incidenza della co-infezione Hiv e Hcv in tutto il mondo, lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche più efficaci e di linee guida per la gestione ottimale di questi pazienti rappresenta un obiettivo importante per il futuro¹¹.

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

¹ SMR

² L. Ciccolallo, G. Morandi, R. Pavarin, C. Sorio, E. Buiatti, *La mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna ed i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale*, Epidemiologia e Prevenzione, n. 2, 2000. (coorte= 4260 soggetti- periodo 1975-1995).

³ G. Antolini, M. Pirani, G. Morandi, C. Sorio, *Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999*, Epidemiologia e Prevenzione, n. 2, 2006. (coorte=4644 soggetti).

⁴ R. Pavarin, *La mortalità dei tossicodipendenti nella città di Bologna ed i suoi determinanti*, Gli Ospedali della vita, n. 4, luglio 2001. (coorte=1965 soggetti - periodo 1975-98).

⁵ Ministero della Salute, Studio Nazionale per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina, settembre 1998-marzo 2001.

⁶ Terapia HAART introdotta per la prima volta nel 1997

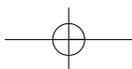
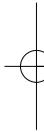
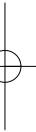
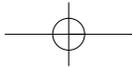
⁷ OEDT, Relazione annuale 2007, Evoluzione del fenomeno della droga in Europa, Lisbona, 2007.

⁸ Ministero della Solidarietà Sociale, Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2006, Roma. 2006

⁹ Deviazione standard 7,50

¹⁰ Studio multicentrico nazionale VedeTTE al quale hanno partecipato i SerT delle Aziende Usl di Ferrara e Bologna. Nel periodo di osservazione di 26 mesi, su una coorte di 10.376 tossicodipendenti, si sono verificati 190 decessi, il 36,8% è stato causato da overdose. M. Ferri, A.M. Bargagli, F. Faggiano et al., *Mortalità in una coorte di tossicodipendenti da eroina arruolati presso i SerT in Italia, 1998-2001*, Epidemiologia & Prevenzione, n. 5, 2007.

¹¹ J.K. Rochstroh, U. Spengler, *Lancet Infect Disease*, n. 4, 2004.



11. La mortalità connessa all'assunzione di sostanze nella popolazione generale dell'Emilia-Romagna

In questo capitolo vengono riportati i dati relativi alle persone decedute a causa dell'assunzione diretta di alcol e droghe nel corso del 2006; si tratta di quei casi in cui è stato possibile accertare direttamente la causa. Parte di questi dati mostreranno la mortalità di soggetti consumatori problematici di alcol e droghe – alcuni dei quali afferenti ai servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna -, parte mostreranno la mortalità connessa ai consumatori occasionali di sostanze. Come meglio sarà specificato nel capitolo, non sono incluse tutte le morti "indirettamente" causate dall'assunzione di droghe o alcol (ad esempio Aids, epatiti, traumatismi connessi con incidenti stradali a causa dell'assunzione di sostanze, cirrosi, ...).

La mortalità connessa all'assunzione di sostanze psicotrope illegali è uno degli indicatori che l'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT) ha definito come strategici e rilevanti ai fini della valutazione delle politiche di prevenzione negli Stati europei. Un esempio concreto è dato dai risultati ottenuti attraverso la realizzazione di politiche di riduzione del danno in Italia e in Emilia-Romagna, che hanno portato ad un drastico ridimensionamento delle morti per eroina, così come i dati di seguito riportati dimostreranno. E' indubbio, infatti, che il decremento nelle morti per overdose da eroina sia da attribuirsi soprattutto alla disponibilità di interventi specifici.

Occorre tuttavia considerare che se è vero che le politiche possono fortemente contribuire a ridurre il rischio di mortalità per uso di droghe – ad esempio attraverso l'istituzione di servizi di prossimità, l'organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza, SerT, unità mobili, ecc. - vi sono delle oggettive specifiche situazioni problematiche che mettono a dura prova le politiche locali e quindi la capacità di ridurre il rischio di mortalità, come ad esempio il numero di consumatori di sostanze per via iniettiva, il mercato di sostanze, l'uso concomitante di più sostanze o l'associazione con l'alcol.

«Il consumo problematico di stupefacenti è una delle cause principali di morte tra i giovani adulti nella maggior parte dei paesi dell'UE»¹; il tasso di mortalità tra i soggetti in trattamento presso i Servizi per le dipendenze è «estremamente alto tra i consumatori di oppiacei rispetto ai loro coetanei: 6-20 volte più alto tra i maschi e 10-50 volte più alto tra le femmine»².

Attualmente vengono utilizzate più fonti sui decessi connessi con l'uso di sostanze stupefacenti. In primo luogo i dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), che ha il compito di raccogliere i dati sui decessi per uso di sostanze stupefacenti nel Registro

Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno. I dati sono riportati sulla Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

Come evidenziato nel capitolo precedente, oltre che per overdose, i consumatori problematici "e non" di sostanze muoiono anche per altre cause comunque collegate all'abuso di sostanze. In particolare si fa riferimento alle morti per patologie associate al consumo di droghe per via iniettiva (via parenterale), quali l'Aids e le epatiti virali, per non parlare delle morti violente correlate all'assunzione di sostanze (suicidio, incidenti stradali o sul lavoro). «Si calcola che, perlomeno in alcune città europee, il 10-20% della mortalità tra i giovani adulti potrebbe essere imputata al consumo diretto o indiretto di oppiacei»³. Il problema sta nel fatto che la connessione uso di sostanze – mortalità è, nella maggior parte dei casi, di difficile quantificazione. Gli studi in materia parlano per lo più di stime, tendenze, ma un quadro realistico diviene molto difficile da costruire; si veda ad esempio il caso dell'abuso di cocaina, i cui effetti mortali vengono raramente quantificati.

Queste problematiche di rilevazione si accentuano nel momento in cui si sposta l'asse di analisi su livelli più ampi come i livelli nazionali o tra stati europei. L'Osservatorio europeo sulle droghe (OEDT) ha rilevato che sebbene negli ultimi anni i dati siano maggiormente confrontabili, persistono differenze tra i singoli Paesi che non permettono un chiaro confronto dei dati. Lo stesso può dirsi a livello nazionale e a livello locale.

Le statistiche attualmente usate per la mortalità si basano sulle "schede di morte compilate dai medici curanti su di un modulo prefissato e poi codificate secondo le regole dettate dalla Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte. Se questa procedura può essere considerata soddisfacente per analisi descrittive su aree vaste e per patologie relativamente comuni, è noto da lungo tempo che la qualità dei dati di mortalità non è sempre ottimale, ma soprattutto non è costante nel tempo e nello spazio: infatti può variare a seconda della patologia, dell'età del deceduto, delle caratteristiche del medico certificatore, ecc.. Questo rende delicato l'uso dei dati correnti di mortalità per causa in studi etiologici o di valutazione di interventi sanitari»⁴.

Per questa ragione per identificare i decessi "direttamente correlati all'uso di sostanze psicotrope" sono state utilizzate le linee guida dall'OEDT⁵. In breve, sono stati estratti i decessi che si considerano provocati direttamente da un abuso di sostanze stupefacenti, verificatisi poco dopo l'assunzione delle sostanze. Le cause rilevate, sempre secondo quanto indicato dall'Osservatorio

europeo sulle dipendenze, sono di vario tipo, quali le psicosi da farmaci, l'abuso di droghe generico, gli atti di suicidio sotto l'effetto di sostanze psicotrope, gli avvelenamenti accidentali. In particolare, il decesso, per poter essere definito "correlato all'uso di stupefacenti", deve rispondere a due requisiti: i) essere provocato direttamente da un uso di droghe; ii) intervenire poco dopo l'assunzione di droghe.

Per l'analisi dei decessi correlati al consumo di alcol – di cui sino ad oggi non esiste uno standard europeo – sono state selezionate le cause di morte già utilizzate in altri studi e ricerche⁶; si tratta di psicosi alcoliche, abuso di alcol senza dipendenze, cirrosi del fegato e altre cause.

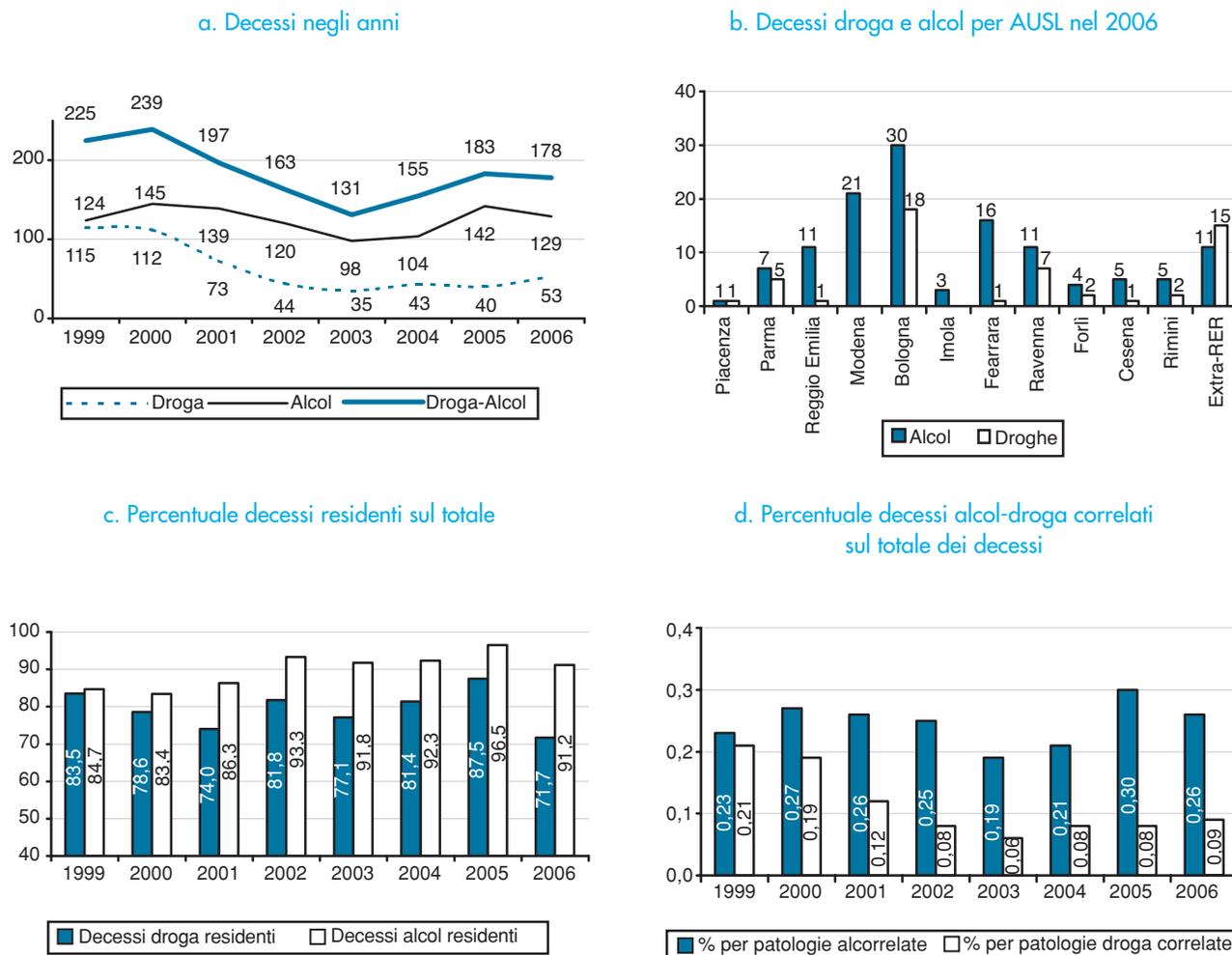
I dati utilizzati per la produzione delle tabelle e dei grafici sono stati estratti dall'archivio regionale di mortalità (Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna) che contiene le informazioni desumibili dalla scheda di morte dei deceduti residenti in Emilia-Romagna anche se morti fuori Regione e le informazioni relative a persone residenti fuori Regione purché il loro decesso sia avvenuto in territorio regionale⁷, attraverso l'estrazione di alcuni codici particolari di cause di morte (codici ICD-9).

I decessi per uso di alcol e droga in Emilia-Romagna

L'analisi delle informazioni sui decessi nel corso degli anni fornisce un importante indicatore sul consumo problematico di sostanze stupefacenti sul territorio, comprensivo delle diverse tipologie di sostanze utilizzate, nonché sull'efficacia delle politiche di prevenzione e di contrasto alla mortalità. Come evidenziato in fase introduttiva del seguente capitolo, le politiche di riduzione del danno hanno portato a un fortissimo contenimento dei decessi nel corso degli anni. Un contributo significativo potrebbe derivare anche dal mercato delle sostanze, ad esempio con la riduzione delle importazioni di oppio derivanti da altri paesi e non di meno con il calo di uso di sostanze per via iniettiva (parenterale) che abbassa fortemente la possibilità di un decesso per overdose.

In termini assoluti nel corso del 2006 complessivamente 178 persone sono decedute a causa dell'assunzione diretta di alcol e droghe (a prescindere dal tipo di droga). Più precisamente vi sono stati 53 decessi per abuso di droga – che come si vedrà meglio di seguito

Fig. 1. Decessi direttamente attribuibili a patologie alcol e droga correlate: andamento negli anni, e percentuale di deceduti residenti sul totale (Anni 1999-2006, valori assoluti e %).



Fonte: Elaborazioni su Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

sono appannaggio soprattutto di alcuni territori - e 129 per abuso di alcol. I dati storici disponibili mostrano un picco di mortalità nel 2000 (239 morti) e un progressivo calo sino al 2003 (131 morti); successivamente vi è stata una ripresa dei decessi, soprattutto a causa dell'abuso di alcol, nel 2005 sino ad arrivare al 2006 dove si evidenzia una diminuzione nel numero di morti per abuso di alcol, ma un aumento per uso di droghe.

La situazione territoriale è fortemente differenziata. In termini assoluti l'AUSL di Bologna risulta essere il territorio con il maggior numero di decessi; nel 2006, considerando i residenti, conta 30 decessi per abuso di alcol e 18 per droghe. Durante l'anno precedente i decessi per uso di droghe erano 10, mentre erano 35 per uso di alcol. L'AUSL di Modena nel 2006 riporta 21 decessi di residenti per uso di alcol, più che raddoppiati rispetto all'anno precedente (9 casi), mentre non si è verificato nessun caso di decessi per uso di droghe mantenendo orientativamente lo stesso livello degli anni precedenti. Ferrara presenta 16 decessi per uso di alcol seguita da Ravenna e Reggio Emilia entrambe con 11 decessi.

Un aumento dei decessi si riscontra tra le persone non residenti in Regione: nel 2006 si sono verificati il triplo dei decessi rispetto all'anno precedente per uso di droghe (15 contro 5) con un aumento anche nel caso dei decessi per uso di alcol (11 contro 6). Nel corso degli anni la quota di decessi di persone non residenti ha valori variabili dal 12% del totale dei decessi al 28,3% del 2006 che ha rappresentato il picco degli ultimi otto anni esaminati. Per i decessi per uso di alcol le quote sono molto meno rilevanti in particolare negli ultimi anni, con un 8,8% nel 2006 (3,5% nel 2005).

Le caratteristiche socio-anagrafiche delle persone decedute

Alcune caratteristiche socio-anagrafiche appaiono come costanti nell'ambito delle dipendenze. Ad esempio, è noto come la predisposizione al consumo e all'abuso di sostanze sia una caratterizzazione soprattutto maschile rispetto a quella femminile, seppure con delle evidenti differenze tra droghe illegali e alcol. Allo stesso modo la gravità dipendenza da sostanze e il tipo di sostanza d'abuso sono fortemente correlate alle diverse fasce di età. Con proporzioni diverse lo stesso fenomeno lo si ha per i decessi, confermando in parte i trend già conosciuti.

Per quanto riguarda l'età e il rischio di decesso per fasce di età occorre considerare come vi siano delle differenze tra coloro che abusano di alcol o alcolisti e coloro che abusano di droghe o tossicodipendenti. Nelle rilevazioni effettuate in tutti questi anni dall'Osservatorio regionale sulle dipendenze, si è descritto come in media l'utenza problematica che accede ai servizi per le dipendenze per abuso di sostanze illegali ha una età che vai dai 30 ai 40 anni, mentre nei Centri alcolici l'età media è più elevata, con una rappresentazioni delle classi di età dai 40 ai 60 anni. Lo stesso fenomeno si riscontra tra coloro deceduti per abuso diretto di droghe e alcol in Emilia-Romagna nel corso del 2006. E' evidente (Fig. 2a-b) come vi siano due fasce di popolazione completamente differenti: coloro che hanno abusato di droghe hanno una età

media di 35,5 anni, mentre per chi ha abusato di alcol l'età media si eleva a 63,2 anni, cioè vi è uno scarto medio di poco meno di trenta anni tra le due popolazioni esaminate.

Emergono una serie di elementi utili per la programmazione delle politiche di prevenzione e di riduzione del danno, anche se, come già evidenziato, questi dati non misurano tutta la realtà dei dati sulla mortalità per uso di sostanze. In particolare, per i decessi connessi con l'abuso di droghe:

nel 2006 vi sono stati 3 decessi di giovani 15-24enni, con una forte diminuzione rispetto ai 21 dell'anno 2000, ma sempre importanti come indicatore di problematicità;

meno della metà dei decessi per abuso di droghe (47,2%) si concentra nella fascia di età 35-44 anni. Segue a distanza la classe 45-54 anni (11,3%);

se si considera la percentuale di decessi per abuso di droghe rispetto al totale dei decessi avvenuto in Emilia-Romagna per classi di età (mortalità proporzionale, vedi tabelle in allegato), si evince come la classe di età in cui avviene la maggior quota di decessi è quella dei 25-34enni (5,5%) - confermando un trend -, mentre la classe 35-44enni presenta un 3,3% sul totale delle morti, dopodiché i valori scendono in maniera rilevante (0,4% nei 45-54enni).

Come evidenziato, per i decessi per abuso di alcol lo scenario muta radicalmente:

nell'anno 2006 non sono stati registrati decessi per persone con età al di sotto dei 34 anni;

i decessi si concentrano soprattutto nelle classi di età adulte e, soprattutto negli anziani: il 20,8% tra i 45-54enni il 20,8% nei 55-64enni. E' importante rilevare come quasi la metà dei decessi si concentri nella popolazione di età superiore ai 65 anni (48,8%);

le fasce di età oltre i 65 anni sono particolarmente interessate ad una maggiore mortalità rispetto a quelle giovanili o adulte, per cui la mortalità proporzionale mostra un 0,9% di decessi sul totale dei decessi avvenuti in Emilia-Romagna nella fascia dei 55-64enni e 0,2% nella fascia degli oltre 65enni.

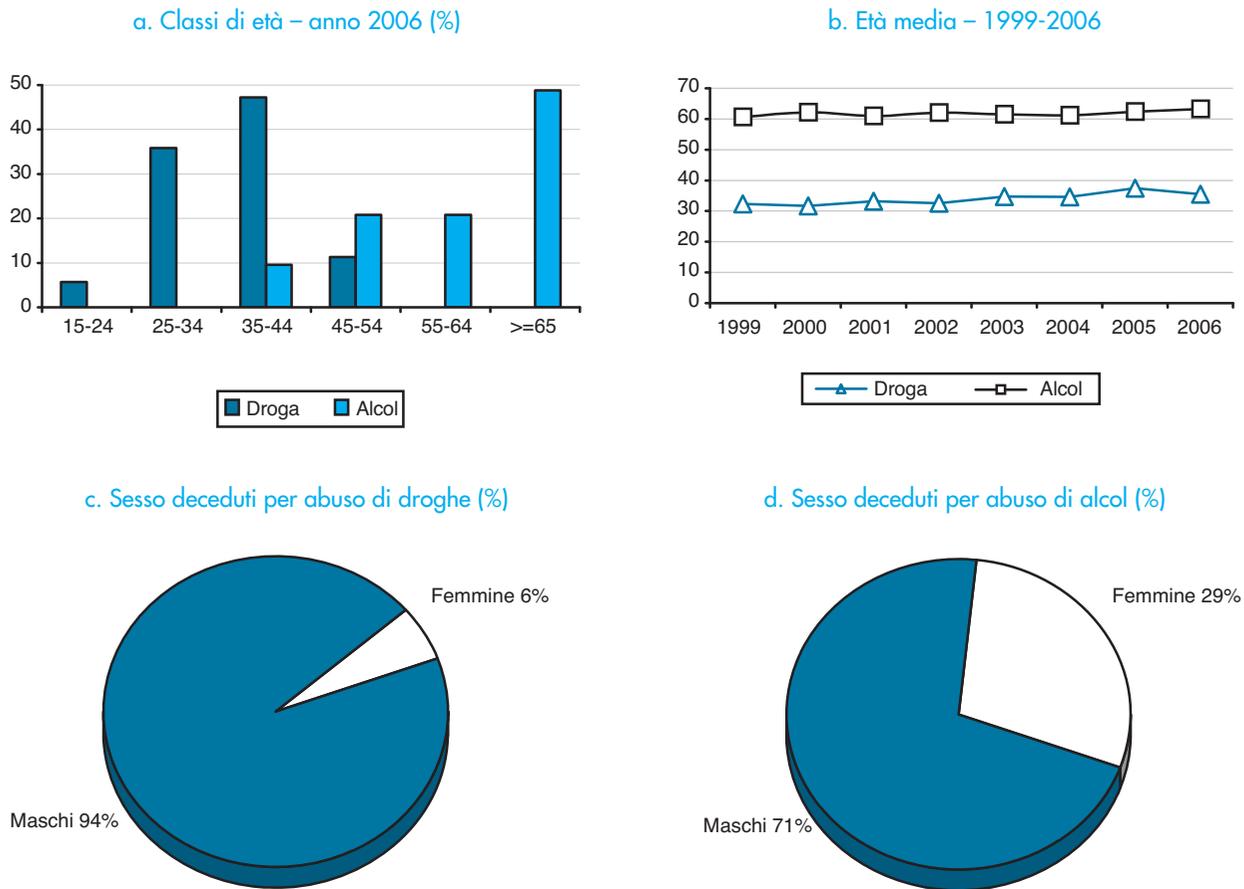
In generale i fenomeni sopra illustrati sembrano essere, nelle linee essenziali, di tipo strutturale: i trend storici evidenziano tendenze che si mantengono abbastanza costanti nel corso degli ultimi cinque anni, seppur con significative diminuzioni della numerosità delle persone decedute.

Il genere rappresenta il secondo indicatore di rischio in relazione alla probabilità di incorrere in un decesso. Tra i consumatori problematici di droghe 1/5 sono di sesso femminile; tra gli alcolisti le donne sono proporzionalmente più rappresentate, ma sempre con una netta predominanza degli uomini. In sintesi sono gli uomini a utilizzare maggiormente le sostanze in maniera problematica, sono sempre gli uomini a ricorrere ai servizi per le dipendenze e sono sempre gli uomini che hanno un elevato maggior rischio di morire a causa dell'abuso di sostanze.

E' un fenomeno comune, seppur con i dovuto distinguo, in tutta Europa. «La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose da oppiacei è di sesso maschile (59-100%); le percentuali più elevate di donne si registrano in Repubblica ceca, Polonia e Slovacchia, quelle più basse in Italia, Lituania e Lussemburgo. Il più delle vittime per overdose ha un'età compresa tra i 20 e i 40 anni: l'età media nella maggior parte dei paesi è di 35 anni»⁸.

Nel caso dei decessi per abuso di droghe, nel corso del

Fig.2. Alcune caratteristiche anagrafiche dei deceduti per abuso di droga o alcol: classi di età e sesso (Anni 1999-2006, valori %, medie).



2006 il 94% delle persone era maschio e il restante 6% femmina (stessa età media). Per gli alcolisti la percentuale di donne (29%) è di gran lunga più elevata rispetto a quella, sempre consistente, degli uomini (71%).

Le sostanze che hanno causato il decesso

Il decesso può essere causato da diversi tipi di sostanze assunte, con diverse modalità di assunzione, in diverse situazioni e contesti.

Mentre nella maggior parte dei casi di abuso di alcol la causa del decesso è abbastanza riconoscibile e codificabile, ciò diviene una operazione di gran lunga più difficile nel caso delle droghe illegali per una ampia serie di motivazioni. Vi sono molti studi che mettono in evidenza come di fatto molte overdose da sostanze siano da collegarsi a suicidi o a tentati suicidi; in breve in alcuni casi si tratterebbe di un atto intenzionale, e non una sottovalutazione dei rischi.

In linea generale i decessi direttamente attribuibili all'abuso di sostanze si stanno progressivamente riducendo, soprattutto dagli anni 2000 in poi. I decessi per abuso di *oppioidi*, soprattutto *eroina*, si sono fortemente ridimensionati grazie agli interventi di riduzione del danno e di prevenzione della mortalità per overdose, alla riduzione dell'offerta di eroina sul mercato e alla riduzione dell'assunzione della sostanze per via

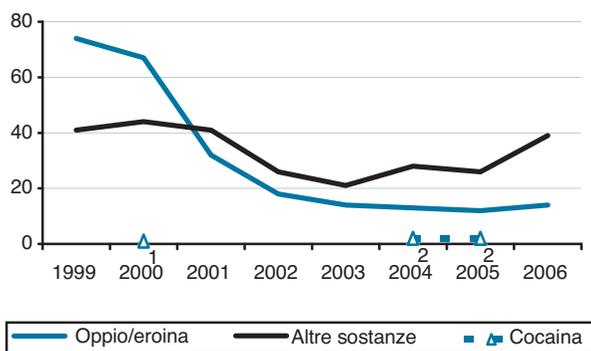
iniettiva. E' una tendenza che dal 2000 è evidente in tutti i paesi dell'Unione europea e in Italia.

Secondo le informazioni desunte dal Registro mortalità ReM della Regione Emilia-Romagna, si è passati da 74 decessi per uso di oppio/eroina nel 1999, a 14 nel 2006. Si tratta di una riduzione altamente significativa e rilevante, anche se negli ultimi quattro anni non tende ad abbassarsi ulteriormente.

Analizzando i dati relativi ai decessi connessi con l'abuso di cocaina ci si trova di fronte a una forte sottostima epidemiologica del fenomeno. Più ricerche, più studiosi in diversi contesti hanno sottolineato che le rilevazioni effettuate con le modalità sino ad oggi adottate non consentono di descrivere, per diverse ragioni, la situazione effettiva rispetto alle morti correlate all'assunzione di cocaina. Nelle cause di morte riportate in Regione Emilia-Romagna risultano solo 4 casi in 4 anni (1 nel 2000, 1 nel 2004, 2 nel 2005).

Questo risulta essere in forte contraddizione con altre stime sulla diffusione del consumo (capitoli sul nella popolazione generale di questo rapporto) e le proporzioni che sta assumendo l'uso di cocaina tra la popolazione generale e di quella che afferisce ai servizi per uso problematico (vedi relativi capitoli). Molte di queste persone incorreranno senza dubbio in problematiche cardiovascolari, alcune delle quali porteranno necessariamente alla morte della persona. Nella maggior parte dei casi queste morti non verranno mai registrate come connesse all'assunzione di cocaina, poiché: i)

Fig. 3. Andamento dei decessi per tipo di sostanza (Anni 1999-2006, valori assoluti).



* La tendenza relativa ai decessi per abuso di alcol è già descritta in Fig. 1.

non è semplice rilevare per i clinici la diretta connessione della morte con l'assunzione di cocaina; ii) non viene effettuata nessuna analisi tossicologica sui numerosi decessi per malattie cardiovascolari, a meno che non vi sia un sospetto o una necessità specifica. Ne consegue che le morti connesse indirettamente all'assunzione di cocaina non verranno mai rilevate dalle statistiche; si potranno effettuare stime solo attraverso la conduzione di studi ad hoc.

L'Osservatorio europeo evidenzia che «i decessi per

overdose da cocaina sono più difficili da rilevare rispetto ai decessi provocati dagli oppiacei e spesso sono l'esito di una concomitanza di cause, piuttosto che della sola azione tossica della cocaina. Gli studi condotti hanno messo in luce il fatto che i decessi per cocaina sono correlati al consumo cronico di questa sostanza e sono spesso la conseguenza di problemi cardiovascolari e neurologici provocati dal consumo di cocaina nel lungo periodo, soprattutto nei consumatori con condizioni predisponenti o con fattori di rischio»⁹.

Di fatto, l'unico modo per ottenere statistiche attendibili su questo fenomeno è quello di effettuare una analisi tossicologica su tutti i deceduti al di sotto una determinata fascia d'età – fascia di età in cui le i decessi per malattie cardiovascolari dovrebbero essere meno rilevanti -, cosa che solleverebbe comunque non pochi problemi dal punto di vista organizzativo, legale e sull'effetto che una tale diagnosi avrebbe su familiari sino a quel momento all'oscuro della dipendenza o dell'uso di sostanze illegali.

Vi sono una serie di altre sostanze psicotrope che possono portare, anche se con minore probabilità, al decesso della persona che ne assume una dose eccessiva (non sono riportate le sostanze in dettaglio). Alcune quali ecstasy o amfetamine contribuiscono in maniera sicuramente non incisiva nel determinare i decessi. Secondo quanto indicato dall'Osservatorio europeo, nelle cause di mortalità per uso di droghe sono state incluse anche le psicosi correlate all'uso di sostanze, quali ad esempio il delirium tremens, l'avvelenamento accidentale connesso all'uso di droghe o il suicidio da uso di sostanze.

¹ <http://ar2003.emcdda.europa.eu/it/page028-it.html>.

² Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2006. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Lisbona, 2006, pag. 80.

³ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2007. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Lisbona, 2007, pag. 84.

⁴ http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/rem/iniziativa/2005_03_02/.

⁵ La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: <http://stats04.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5216>. Entrando nel dettaglio, i codici ICD-9 selezionati sono:

psicosi da farmaci (cod.: 292)

farmacodipendenza (cod.: 304.0, 304.2-9)

abuso di droghe senza dipendenza (cod.: 305.2-3, 305.5-7, 305.9)

avvelenamento accidentale (cod.: E850.0, E850.8 (*), E854.1-2, E855.2, E858.8 (**))

suicidio e autolesione per avvelenamento (cod.: E950.0 (*), E950.4 (**))

avvelenamento non specificato se accidentale o intenzionale (cod.: E980.0 (*), E980.4 (**))

(*) solo se associato ad uno dei seguenti codici: 965.0, 968.5, 969.6, 969.7

⁶ In particolare, le cause ICD-9 selezionate sono state le seguenti:

psicosi alcoliche (cod.: 291)

sindrome di dipendenza dall'alcol (cod.: 303)

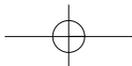
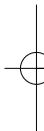
abuso di alcol senza dipendenza (cod.: 305.0)

cirrosi e altre malattie croniche del fegato (cod.: 571.0-3)

⁷ Legge Regionale 19/2004.

⁸ www.emcdda.europa.eu/html.cfm.index41529it.html.

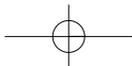
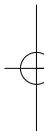
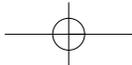
⁹ www.emcdda.europa.eu/html.cfm.index41529it.html.



Parte quarta
Nuovi fenomeni
e nuovi scenari
sull'uso di sostanze

2007

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze



12. Gli esiti dei trattamenti dei soggetti in carico per uso di cocaina presso i SerT di Ferrara e Modena: i risultati preliminari di uno studio regionale

Introduzione

Dall'analisi dei dati sulle dipendenze in Emilia-Romagna, è emersa una rilevante e progressiva crescita dell'uso problematico di cocaina e psicostimolanti nell'utenza SerT, che passa dal 6,3% nel 2000 al 15,7% nel 2006. Lo stesso fenomeno si riscontra anche nei dati nazionali e in quelli dell'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze. Molte indicazioni fanno presumere una ben più elevata diffusione nella popolazione giovanile e non solo, anche se questi consumatori mostrano una scarsa propensione all'accesso ai servizi. Ai fini di una corretta ed efficace programmazione delle politiche e degli interventi regionali in materia di prevenzione all'uso e abuso di sostanze psicostimolanti, la Regione ha considerato prioritario promuovere uno studio sul fenomeno di incremento nell'uso di cocaina e sull'esito dei trattamenti al fine di delineare possibili interventi di elezione.

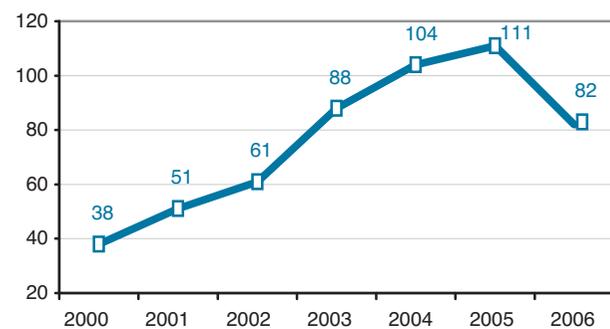
Lo studio multicentrico sui consumatori problematici di cocaina, qui presentato, è la prima analisi retrospettiva condotta in Emilia-Romagna, e ha l'obiettivo di valutare l'efficacia dei trattamenti offerti dai SerT per la dipendenza da cocaina. Allo studio, avviato dalle Ausl di Ferrara, Modena e Reggio Emilia, hanno progressivamente aderito 37 SerT¹, la quasi totalità dei servizi per le tossicodipendenze regionali (86%).

Questo articolo presenta i primi risultati emersi dall'analisi descrittiva dell'utenza dei servizi delle Aziende Usl di Ferrara e Modena, elaborati da due degli Osservatori capofila dello studio regionale. Si tratta di una riflessione preliminare utile per portare a conclusione l'analisi complessiva della coorte che si prevede terminata nei primi mesi del 2008. Lo studio ha la finalità di raggiungere una significativa ricaduta sia a livello regionale che locale e di ottenere una migliore conoscenza delle dimensioni e caratteristiche del fenomeno attraverso un approfondimento sull'evoluzione della domanda di trattamento negli ultimi sette anni. Inoltre l'analisi delle risposte terapeutiche offerte dai servizi permetterà di focalizzare la riflessione sui risultati ottenuti in termini di efficacia dei trattamenti.

Lo studio ha arruolato i nuovi utenti (incidenti) presi in carico dai SerT nel periodo che va dall'1/1/2000 al 31/12/2006, che presentavano al momento dell'inclusione una diagnosi di dipendenza, abuso o consumo problematico di cocaina (anche in compresenza di altre sostanze in posizione di secondo piano per rilevanza clinica), compresi i soggetti in carcere, in Strutture Terapeutiche e i non residenti nel territorio di competenza. Sono stati esclusi dallo studio i soggetti già in carico negli anni precedenti e tutti i casi per i quali non era ricostruibile il minimo di informazioni rilevate

all'interno del sistema informativo regionale sulle dipendenze (SistER).

Fig. 1 Soggetti cocainomani incidenti per anno di presa in carico ai SerT di Ferrara e Modena. Anni 2000-2006. Valori assoluti.



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

La popolazione in studio analizzata in questo articolo è costituita da 535 tossicodipendenti che si sono rivolti ai 12 SerT delle Aziende USL di Ferrara e Modena. La composizione per sesso vede una prevalenza di uomini (87% contro il 13% di donne), l'età media al momento dell'arruolamento è stata di 31 anni a Ferrara e 28 a Modena². Si tratta di una popolazione che per il 65% è celibe o nubile contro il 14% di sposati o conviventi e il 6% separato o divorziato. Si tratta in prevalenza di italiani (solo il 3% è rappresentato da utenti stranieri) residenti in regione (92%). Il titolo di studio più frequente è la licenza di scuola media inferiore (67%), seguito dal 23% con il diploma di scuola media superiore o università. La situazione occupazionale si differenzia significativamente dalle caratteristiche della nuova utenza totale in carico ai SerT regionali: infatti il 71% degli utenti con abuso di cocaina ha un lavoro regolare (contro il 43,6% dei nuovi utenti totali della regione nel 2005), il 14% è disoccupato (contro il 30,7%) e il 4% ha un lavoro irregolare (contro il 6,9%). L'84% degli utenti arruolati nello studio ha avuto problemi con la giustizia (71% denunce o condanne, 13% carcere o misure alternative), infatti il 45% è stato inviato dalla Prefettura contro il 25% che si è rivolto al servizio volontariamente. Solo il 7,3% ha richiesto un trattamento in carcere.

Tab. 1 Caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione arruolata dagli Osservatori di Ferrara e di Modena. Valori assoluti e %.

	Ferrara		Modena		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Soggetti arruolati nei SerT	164		371		535	
Sesso						
Maschi	141	86.0	326	87.9	467	87.3
Femmine	23	14.0	45	12.1	68	12.7
Nazionalità						
Italiana	151	92.1	366	98.7	517	96.6
Straniera	13	7.9	5	1.3	18	3.4
Residenza						
In regione Emilia-Romagna	142	86.6	351	94.6	493	92.1
Fuori regione Emilia-Romagna	22	13.4	19	5.1	41	7.7
Non noto	0	0	1	0.3	1	0.2
Età all'arruolamento (anni)						
<=27	50	30.5	184	49.6	234	43.7
28-30	36	22.0	61	16.4	97	18.1
31-35	38	23.2	76	20.5	114	21.3
>=36	40	24.4	50	13.5	90	16.8
Stato civile						
Celibe/Nubile	114	69.5	235	63.3	349	65.2
Coniugato/a	27	16.5	50	13.5	77	14.4
Separato/Divorziato/Vedovo	17	10.4	17	4.6	34	6.4
Livello d'istruzione (anni)						
<=5 (Nessuno/elementari)	10	6.1	25	6.7	35	6.5
6-8 (Media inferiore)	106	64.6	252	67.9	358	66.9
>8 (Media superiore/laurea)	46	28.0	79	21.3	125	23.4
Condizione lavorativa						
Lavoro regolare	116	70.7	262	70.6	378	70.7
Lavoro irregolare	4	2.4	19	5.1	23	4.3
Disoccupato	20	12.2	58	15.6	78	14.6
Condizione non professionale	6	3.7	11	3.0	17	3.2
Sospesa causa forza maggiore	16	9.8	6	1.6	22	4.1
Situazione giuridica						
Incensurato	10	6.1	40	10.8	50	9.3
Denunce/Condanne	80	48.8	195	52.6	275	51.4
Carcere/Misure alternative	39	23.8	31	8.4	70	13.1
Canale di invio						
Autonomo	40	24.4	95	25.6	135	25.2
Prefettura	71	43.3	170	45.8	241	45.0
Carcere	25	15.2	14	3.8	39	7.3
Su indicazione di altri servizi	14	8.5	71	19.1	85	15.9
Altro	7	4.3	21	5.7	28	5.2

La modalità d'assunzione prevalente della cocaina è quella sniffata (79%), seguita dal 9% di soggetti che scelgono di fumarla, e dal 6% che la inietta. Una parte della popolazione osservata, oltre ad assumere la cocaina da sola, la associa ad altre sostanze (227 soggetti pari al 42%). Le sostanze secondarie principali sono i cannabinoidi (54,2%) e l'alcol (23,8%). Complessivamente i soggetti poliassuntori sono risultati 54 (Ferrara 3,6% e Modena 12,9%).

Al momento dell'accesso al servizio il 37% degli utenti è stato diagnosticato astinente in quanto proveniente dalla Prefettura o dal carcere (Ferrara: 55,1% invio dalla Prefettura, 31,7% in carcere; Modena: 61,6% invio dalla Prefettura, 4,3% in carcere).

Rispetto alla frequenza d'uso della sostanza il 18% presenta un uso giornaliero, il 21% ha dichiarato un consumo plurisettimanale e il 21,1% una o più volte al mese.

Tab. 2 Soggetti distinti per frequenza di assunzione della cocaina. Valori assoluti e %.

	Ferrara		Modena		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Astinente	60	36.6	138	37.6	198	37.3
Non assunta nell'ultimo mese/occasionale	2	1.2	9	2.5	11	2.1
Una o più volte al mese	36	22.0	61	16.6	97	18.3
Una volta a settimana o meno	1	0.6	14	3.8	15	2.8
Due-sei giorni a settimana	38	23.2	74	20.2	112	21.1
Quotidiana	27	16.5	71	19.3	98	18.4
Totale	164	100	367	100	531	100

Tab. 3 Modalità di assunzione della cocaina. Valori assoluti e %.

	Ferrara		Modena		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Endovenosa	11	6.7	20	5.4	31	5.8
Nasale (sniffata)	122	74.4	301	81.1	423	79.1
Fumata/Inalata	21	12.8	29	7.8	50	9.3
Orale	3	1.8	1	0.3	4	0.7
Altro	1	0.6	1	0.3	2	0.4
Dato mancante	6	3.7	19	5.1	25	4.7
Totale	164	100	371	100	535	100

Tab. 4 Sostanza secondaria d'abuso. Valori assoluti e %.

	Ferrara		Modena		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Alcol	12	21.8	42	24.3	54	23.8
Anfetamine	2	3.6	1	0.6	3	1.3
Cannabinoidi	31	56.4	92	53.5	123	54.2
Eroina	5	9.1	26	15.1	31	13.7
Extasy	4	7.3	6	3.5	10	4.4
Altri allucinogeni	0	0	2	1.2	2	0.9
Benzodiazepine	0	0	2	1.2	2	0.9
Metadone	0	0	1	0.6	1	0.4
Altro	1	1.8	0	0	1	0.4
Totale	55	100	172	100	227	100

I Programmi terapeutici

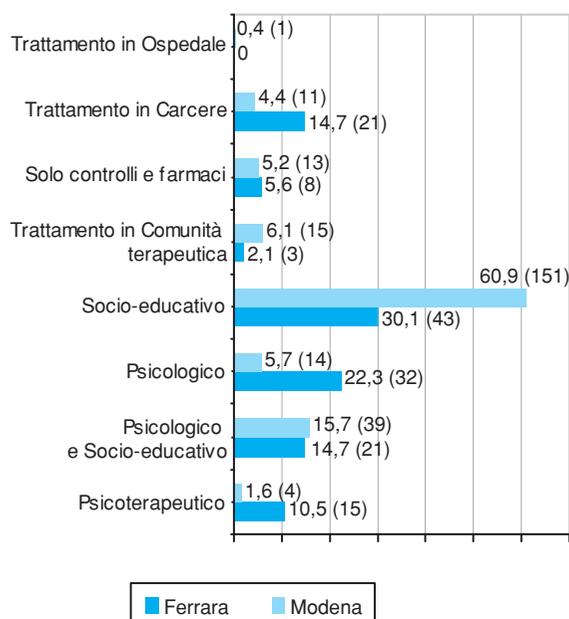
In fase di rilevazione dei dati sono stati estrapolati da SistER tutti i programmi terapeutici aperti dalla data di presa in carico di ciascun soggetto fino al 31/12/2006, con i relativi trattamenti erogati. Successivamente sono stati differenziati i soggetti sulla base del numero, della durata dei programmi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

In linea generale, i dati sui trattamenti non evidenziano l'adozione di una strategia privilegiata d'intervento ma illustrano una molteplicità di soluzioni. Esaminando i primi programmi conclusi dagli utenti i percorsi terapeutici sono eterogenei per abbinamenti e numerosità di singole terapie: da utenti che hanno svolto solo un tipo di trattamento a utenti che ne hanno seguiti anche sei, da utenti che non hanno mai ripetuto lo stesso trattamento a utenti che l'hanno ripetuto due volte e più. Al fine di leggere ed interpretare una tale elevata distribuzione di trattamenti è stato necessario consultare gli operatori dei SerT per delineare gli approcci e le prassi terapeutiche prevalenti nei diversi servizi. Dalle testimonianze raccolte sono emersi alcuni elementi comuni alle due realtà provinciali che sono stati declinati in classificazioni che esprimono il senso dell'obiettivo terapeutico.

Ai pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara viene proposto un percorso che inizia dalla fase di osservazione e diagnosi effettuata dal medico e dallo psicologo, seguita dalla definizione di un trattamento terapeutico che può essere distinto in 5 macro segmenti.

Il primo percorso è stato predisposto per i soggetti inviati dalla Prefettura per un programma terapeutico obbligatorio (30,1%): in questo caso l'intervento prevede colloqui e attività di sostegno sociale ed educativo associati a controlli periodici dello stato di salute e al monitoraggio dei metaboliti urinari per la ricerca delle sostanze di abuso.

Fig. 2 Tipologie di trattamento relative al primo programma concluso nelle Ausl di Ferrara e di Modena. Valori assoluti e %.



La seconda offerta terapeutica propone colloqui di consultazione e sostegno psicologico, orientamento alla famiglia associati a controlli dello stato di salute e urinari (22,3%); oppure colloqui di consultazione psicologica integrati con colloqui di sostegno educativo e/o interventi che rispondono a bisogni di tipo sociale quali: inserimento lavorativo, formazione professionale, prestazioni socio-economiche (14,7%).

Tab. 5 Esito dei Programmi terapeutici. Valori assoluti e %.

	Ferrara		Modena		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Numero programmi terapeutici seguiti						
Un solo programma	148	90,2	336	90,6	484	90,5
Due programmi	15	2,8	33	8,9	48	9
Più di due programmi	1	0,2	2	0,5	3	0,5
Esito primo programma terapeutico						
Completato	85	51,8	128	34,5	213	39,8
Dimissione concordata	27	16,5	34	9,2	61	11,4
Passaggio ad altra struttura	0	0	7	1,9	7	1,3
Interrotto	28	17,1	99	26,7	127	23,7
Altro	3	1,8	8	2,2	11	2
In corso	21	12,8	95	25,6	116	21,7
Durata primo programma terapeutico (in giorni)*						
<=130	36	25,2	88	31,9	124	29,6
131-211	36	25,2	64	23,2	100	23,9
212-333	36	25,2	50	18,1	86	20,5
>333	35	24,4	74	26,8	109	26

Il terzo percorso prevede la psicoterapia individuale (10,5%) come fase propedeutica all'ingresso nei gruppi di psicoterapia ad approccio cognitivo comportamentale.

Il quarto percorso si indirizza ai soggetti in carcere (14,7%) con trattamenti in prevalenza di sostegno psicologico e/o di tipo socio-educativo.

Infine una piccola quota di pazienti segue un trattamento residenziale in strutture riabilitative convenzionate con il SerT, che non esclude nella scelta del percorso la terapia farmacologica (2,1%).

Rispetto ai tipi di trattamento erogati dai SerT di Ferrara, i dati modenesi evidenziano un ricorso ancor più marcato ai trattamenti "socio-educativi" (comprensivi anche dei controlli sanitari e dello stato di salute) (60,9%), proposta d'intervento che si rivela consolidata in primis per gli utenti inviati dalla Prefettura.

Seguono i trattamenti psicologici e socio-educativi (15,7%), per utenti che intraprendono un percorso di cura che contempla, oltre alla visita medica e ai controlli dei liquidi biologici, il supporto psicologico e interventi educativi (inserimento lavorativo, formazione, prestazioni socio-economiche, colloqui di sostegno sociale/educativo).

Interventi orientati esplicitamente verso l'area psicologica sono stati seguiti dal 7,3% degli utenti, di cui solamente una piccola quota ha svolto psicoterapia (1,6%).

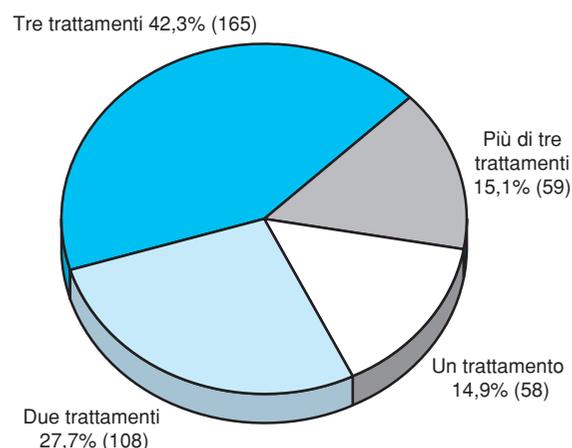
Altri interventi sono stati prestati ad utenti inseriti in strutture esterne ai SerT: in Comunità terapeutica (6,1%), in carcere (4,4%), erogato perlopiù il trattamento specifico "SEATT" (Sezione Carceraria Attenuata), in ospedale (0,4%).

Infine, una piccola quota si reca ai SerT esclusivamente per eseguire i controlli sanitari e/o di stato di salute e ricevere la terapia farmacologica (5,2%); in generale, la sola terapia farmacologica è assunta dal 6% degli utenti.

Nell'arco dei sette anni di osservazione il 90,5% dei pazienti ha seguito un solo programma terapeutico che si è sviluppato nella prevalenza dei casi in due o tre trattamenti.

Relativamente alla capacità dei 14 SerT analizzati di offrire trattamenti appropriati ai pazienti cocainomani va evidenziato che 213 pazienti (39,8%), hanno completato il primo programma, per 127 utenti si è interrotto (23,7%) ed è in corso per 116 (21,7%).

Fig. 3 Trattamenti attivati all'interno del primo programma terapeutico. (% - Valori assoluti).



La durata dei programmi si distribuisce equamente all'interno di un range che va da meno di 4 mesi a più di undici mesi, con una durata media del primo programma che si attesta sui 9 mesi³.

Conclusioni

La ricerca è stata progettata in relazione ad una notevole modifica del mercato dei consumi e del profilo dell'utenza tentando di dare risposte soddisfacenti a una pluralità di quesiti tra i quali: come è evoluta nel tempo la domanda dei soggetti consumatori di cocaina che si rivolgono ai servizi, con quali soggetti consumatori di cocaina si ottengono risultati soddisfacenti e quali soggetti non ricevono un trattamento appropriato.

Lo studio, partendo dall'analisi del fenomeno nella sua globalità, ipotizza un percorso virtuoso di 'dialogo' fra ricercatori e clinici, mediato dai decisori, per adattare in passaggi successivi le conoscenze alle pratiche e viceversa, orientando l'innovazione e la formazione.

I risultati preliminari, relativi ai SerT delle due Ausl di riferimento per questo articolo, indicano che il trend di progressivo aumento dell'accesso dei pazienti cocainomani registra una flessione a partire dal 2005. Questo dato deve essere confermato e confrontato con l'intero quadro regionale: se questo trend fosse stabile, sarebbe preoccupante sia in relazione alla stima sull'andamento dei consumi di cocaina, sia se riferito alla programmazione della Regione Emilia-Romagna che, con la Direttiva 1533 della fine del 2006, chiede una decisa riconversione del sistema dei servizi per facilitare l'incontro con una potenziale domanda finora largamente inespressa.

È importante rilevare che, nonostante la capacità di attrazione dei servizi sembri risentire del cambiamento del target di utenza, le risposte cliniche vengono giudicate adeguate per una buona parte dei pazienti in studio. I servizi non sembrano in sintonia con la domanda ma appaiono in grado di offrire risposte appropriate almeno per un certo tipo di utenza. Quindi più che una carenza di competenze, sembra emergere un iato comunicativo fra istanze sociali e risposte dei servizi.

Sicuramente nello sviluppo della ricerca dovranno essere approfonditi e controllati tutti gli aspetti che afferiscono alla relazione tra il profilo dei soggetti in trattamento e l'adeguatezza della cura.

Tuttavia se questa ipotesi risulterà confermata, i decisori ai vari livelli, ivi compresi i servizi ed i loro operatori, mentre continuano ad aggiornare le pratiche, dovranno colmare la distanza conoscitiva e di fiducia con il 'sociale' più consapevole del proprio valore professionale.

Bibliografia

- Camposeragna A. (a cura di), Revisione della letteratura, Istituto Superiore di Sanità, 2005.
- De Angeli M., Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome nelle tossicodipendenze, Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, 2001.
- EMCDDA literature reviews, Treatment of problem cocaine use: a

review of the literature, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007.

Garuti C., Furba P. et al., Caratteristiche e percorsi dei consumatori di cocaina in tre SerT bresciani, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo N. 1/2003 – XXVI, pp. 17/21.

Ministero della salute Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, Ufficio VII Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili,

Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze, Anno 2006.

National Treatment Agency for Substance Misuse, Treating cocaine/crack dependence, August 2002.

National Treatment Agency for Substance Misuse, Commissioning cocaine/crack treatment, August 2002.

Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2006 sulle dipendenze in Emilia-Romagna, 2006.

¹ Hanno aderito allo studio le seguenti Ausl: Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Piacenza, Parma, Rimini, Bologna.

² Età media: Ferrara = 31 anni (min. 17 – max. 50; deviazione standard 6,96), Modena = 28 anni (min. 16 – max. 57; deviazione standard 6,8).

³ Durata media primo programma: Ferrara =270 (deviazione standard 217,1); Modena=264 (deviazione standard 233) - Durata mediana primo programma: Ferrara = 211; Modena = 193.

13. Valutazione dei trattamenti dei cocainomani nei servizi di Area Vasta Romagna: risultati preliminari

Il "Progetto cocaina-Area Vasta Romagna" ha come obiettivo lo studio dei soggetti in trattamento per uso di cocaina, anche associata ad altre sostanze ad esclusione di oppiacei, ai fini del miglioramento dell'intervento terapeutico e preventivo. Nel presente lavoro vengono descritti i casi nuovi (incidenti) in trattamento nei SerT. con diagnosi riferibile ai criteri ICD10 e/o DSM-IV di dipendenza o abuso di cocaina e/o politossicodipendenza ad esclusione di oppiacei nel periodo 2000-2006 in merito a genere, età, stato civile e altre caratteristiche socio-anagrafiche integrate all'interno del sistema informativo regionale sulle dipendenze (SistER). Viene inoltre presentata l'analisi della durata dei trattamenti articolata nelle diverse tipologie delle variabili predittive.

Nel corso degli anni considerati, sono stati esaminati 768 nuovi casi di persone che hanno usato cocaina e si sono presentati alle strutture territoriali per le dipendenze presenti nell'Area Vasta Romagna. Il 49% dei casi ha usato cocaina e cannabis, il 25% cocaina ed alcol, il 18% cocaina da sola o con altri stimolanti e l'8% con altre sostanze (benzodiazepine, tabacco e altro). Il 92% dei soggetti è risultato di nazionalità italiana, l'89% di genere maschile, mentre la classe tra i 25 e i 34 anni rappresenta la moda, ed anche quella in cui cade la mediana (rispettivamente il 48% e il 76% dei casi). Il 76% dei soggetti era celibe o nubile, il 15% coniugato o coniugata e il 9% divorziato o separato. Il 62% è risultato occupato o precario, mentre il 33% disoccupato e il 5% economicamente non attivo o in altre condizioni occupazionali. Il 92% dei soggetti aveva una scolarità medio alta, il 69% dei soggetti viveva in famiglia, il 27% da solo e il 4% in altre condizioni.

Relativamente al consumo di cocaina, le persone che hanno riferito un consumo quotidiano sono il 28% del campione, quelle che hanno riferito un consumo con frequenza mensile sono il 50% dei casi, mentre il 22% dei soggetti, al momento dell'osservazione, si dichiarava astinente. Il 77% dei soggetti riferiva di sniffare la sostanza (cocaina), il 19% di fumarla, il 4% riportava uso orale o iniettivo. Il 69% dei soggetti in trattamento ambulatoriale presso i SerT ha generato, inizialmente, un intervento psicosociale, contro l'87% dei soggetti in carcere e il 38% dei soggetti in comunità. Gli interventi farmacologici (inclusi i ricoveri e i controlli periodici), sono attivati per il 31% dei soggetti presenti nei SerT. e per il 6% dei soggetti in carcere. Il 7% dei soggetti in carcere segue un programma presso una sezione di custodia attenuata. I trattamenti, definiti al momento della prima presa in carico, risultano portati a termine con successo dal 39% dei soggetti, il 13% ha terminato il trattamento per dimissione concordata, il 13% è passato ad altre strutture di trattamento e il 27% ha invece abbandonato o interrotto il programma. Lo 0,5% ha terminato il trattamento perché arrestato e lo 0,1% perché deceduto. Il 50% dei

soggetti ha terminato il primo trattamento dopo circa due anni, il restante 25% dopo circa cinque anni e la quota restante (25%) entro sette anni. Alcuni elementi in particolare, sembrano esercitare un'influenza diretta sul completamento del programma terapeutico: la condizione occupazionale, la condizione abitativa (con chi), il canale di invio e la frequenza d'uso della cocaina⁽¹⁾.

Introduzione

Recenti indagini, condotte sulla popolazione europea, hanno evidenziato che almeno 10 milioni di persone che vivono nell'Unione hanno esperienza d'uso di cocaina (prevalenza una tantum), circa il 3% della totalità degli adulti. Le prevalenze nazionali del consumo riferito sono comprese tra lo 0,5% e il 6% della popolazione tra i 15 e i 54 anni di età. Figurano in cima alle statistiche europee l'Italia (4,6%), la Spagna (5,9%) e il Regno Unito (6,1%). Si calcola, in Italia, che circa 3,5 milioni di adulti abbiano usato la cocaina nel corso del 2005, pari all'1% circa di tutta la popolazione adulta. Le statistiche sui trattamenti per cocaina in Europa indicano che circa l'80% dei nuovi pazienti consumatori di cocaina trattati in regime ambulatoriale fa uso di idrocloruro di cocaina, mentre meno del 20% consuma crack.

Esaminando il profilo dei soggetti in cura a livello ambulatoriale per dipendenza da cocaina, si evidenzia che i soggetti che fanno per la prima volta domanda di trattamento con cocaina come droga primaria sono solitamente più anziani rispetto ai consumatori di altre droghe: il 70% appartiene infatti alla fascia di età 20-34 anni, mentre una percentuale minore (13%) ha un'età compresa tra i 35 e i 39 anni.

La cocaina è spesso usata in associazione con altre droghe sussidiarie, lecite o illecite, spesso cannabis (31,6%), oppiacei (28,6%) o alcol (17,4%). Tra coloro che riferiscono un uso primario degli oppiacei, in Italia il 31% dei soggetti, riporta un consumo secondario di cocaina il 42% nei Paesi Bassi e il 44% nel Regno Unito. Tra i consumatori di cocaina come sostanza primaria, il 28% dei soggetti in Italia e il 38% nel Regno Unito riferisce un uso secondario di oppiacei. L'azione terapeutica più promettente per i consumatori di cocaina e di altri psicostimolanti appare al momento la combinazione di più interventi terapeutici specifici di tipo psicosociale. L'uso concomitante dell'approccio di rinforzo comunitario (community reinforcement approach, CRA) e di interventi basati su rinforzi positivi (contingency management) ha dimostrato un contributo a ridurre il

consumo di cocaina nel breve termine (Higgins e altri, 2003; Roozen e altri, 2004). Effetti positivi sul consumo di droga e sul funzionamento psicosociale nella fase di trattamento e nel successivo periodo di follow-up, sono stati evidenziati in soggetti cocainomani trattati in regime ambulatoriale, benché gli effetti sul consumo di cocaina appaiano limitati al periodo di trattamento (Higgins e altri, 2003). La specificità e l'eterogeneità dei consumatori di cocaina richiedono trattamenti flessibili e interattivi. Uno di quelli che si è rivelato maggiormente efficace, secondo quanto è emerso da recenti studi, è la terapia cognitivo-comportamentale (CBT)².

La presente ricerca che ha come obiettivo lo studio dei soggetti in trattamento per l'uso di cocaina, anche associata ad altre sostanze ad esclusione di oppiacei, ai fini del miglioramento dell'intervento terapeutico e preventivo, è stata articolata in due parti. Un primo studio, retrospettivo, ha individuato a partire dal 1 gennaio 2000, i casi con le caratteristiche adeguate per rientrare nell'indagine, mediante consultazione della documentazione presente. I casi, e tutte le informazioni socio anagrafiche nonché quelle relative al trattamento, sono state estratte dai sistemi informativi dei SerT partecipanti alla ricerca. Tutte le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno informatizzato la raccolta dati dei soggetti in cura presso i SerT a partire dal 1998 con l'introduzione del sistema GIAS, sostituito nel 2003 da SISTER. Entrambi i sistemi, oltre a raccogliere informazioni di base sugli utenti dei servizi, contengono notizie cliniche e valutazioni diagnostiche, alla stregua di una cartella territoriale. Pertanto, la fonte dei dati costituisce un registro dei casi, che si è rivelato molto utile per lo sviluppo metodologico della presente ricerca, basata sulla raccolta di alcune caratteristiche individuali al momento del primo contatto con il servizio e ad ogni trattamento successivo fino al 31 dicembre 2006.

Il secondo studio del progetto di ricerca Cocaina Area Vasta Romagna è un follow-up di carattere prospettico sui nuovi casi presentatisi ai servizi nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2007 e il 30 aprile 2008. Questi soggetti, selezionati in base ai medesimi criteri di inclusione del primo studio, sono stati studiati per le variabili definite dall'Europ-ASI ridotto, al momento del primo contatto, e nei sei mesi successivi, fino al 31 ottobre 2008. I dati relativi all'incidenza di nuovi eventi (legali, sanitari e sociali), presenti nelle cartelle individuali delle ASL, riferibili al periodo di follow-up sono stati messi in relazione, correggendo per l'effetto delle variabili di confondimento (sesso, età, durata e modalità dell'assunzione), con la tipologia e la durata dell'intervento terapeutico. In questo primo rapporto vengono presentati i dati relativi alle caratteristiche della popolazione entrata nello studio retrospettivo e l'analisi del loro valore predittivo verso la durata del primo trattamento.

Popolazione interessata allo studio

Sono stati considerati, nello studio retrospettivo, i soggetti di sesso maschile e femminile che tra il 1 gennaio 2000 e il 31 dicembre 2006, come risulta dalla prima rilevazione della scheda "dipendenza patologica" dei sistemi GIAS e SISTER, sono entrati in trattamento presso i servizi partecipanti. I soggetti individuati sono residenti in Area Vasta Romagna con

età inferiore ai 44 anni, con diagnosi riferibili ai criteri (ICD10 e/o DSM-IV) di dipendenza o abuso di cocaina e/o politossicodipendenza ad esclusione di oppiacei, anche se inviati dalla Prefettura per il trattamento (ex. Art. 75 e/o 121 DPR. 309/90) o dal Carcere. Gli anonimi sono stati esclusi dallo studio, in quanto non sarebbe stato possibile incrociare i dati della cartella clinica con quelli di altri archivi. Il protocollo di raccolta dati è stato valorizzato tramite gli elementi riportati nelle cartelle cliniche o in altri archivi delle strutture di servizio. Nello studio prospettico sono stati inclusi i nuovi utenti, in trattamento presso i SerT dell'Area Vasta Romagna, con una diagnosi riferibile ai criteri (ICD10 e/o DSMIV) di dipendenza o abuso di cocaina o politossicodipendenza da sostanze ad esclusione di oppiacei (come risulta dalla diagnosi riportata nella scheda "valutazione multidisciplinare"³), che tra il 1 gennaio e il 30 giugno 2007 sono entrati in carico presso i servizi partecipanti. Per tutti i soggetti reclutati è stato completato il protocollo di raccolta dati tramite gli elementi riportati nelle cartelle cliniche o in altri archivi delle strutture di servizio e compilato l'EUROPASI. La durata totale della ricerca sarà di 18 mesi di cui i primi 6 dedicati alla fase di organizzazione funzionale e alla validazione dei protocolli dello studio retrospettivo e alla raccolta dei dati dello studio prospettico. I restanti 12 sono stati e saranno dedicati all'analisi dei dati e alla stesura degli elaborati di entrambi gli studi.

Caratteristiche della popolazione dello studio retrospettivo

La popolazione arruolata nello studio retrospettivo è costituita da 768 soggetti distribuiti nei servizi dell'Area vasta Romagna come riportato in Tabella 1. Il 40,4% dei soggetti è residente nella Provincia di Forlì, il 32,3% nella Provincia di Ravenna e il restante 27,3% nella Provincia di Rimini.

Tab. 1. Distribuzione dei soggetti incidenti e arruolati per servizio.

Servizio	Soggetti incidenti arruolati	% soggetti
Cesena	144	18,8%
Faenza	45	5,9%
Forlì	166	21,6%
Lugo	48	6,35%
Ravenna	117	15,2%
Riccione	117	15,2%
Rimini	131	17,1%
Totale	768	100,0%

Elaborazione dati su singolo record forniti dai servizi.

Nella Tabella 2 sono riportate le principali caratteristiche dei soggetti rilevate al momento del primo contatto. Rispetto alla popolazione generalmente trattata nei Servizi per le tossicodipendenze, le persone che usano cocaina si

differenziano rispetto alla popolazione complessivamente in trattamento nei SerT, per un'età di contatto con i servizi sensibilmente più bassa, circa 30 anni (30 anni in media per i soggetti di sesso maschile e 27 anni per le femmine) contro i 32 rilevati per l'utenza complessiva a livello nazionale

Tab. 2. Caratteristiche socio demografiche dei soggetti incidenti arruolati al momento dell'attivazione del primo contatto.

Caratteristiche socio demografiche		Soggetti incidenti arruolati (n. 768)
Nazionalità	italiano	91,7%
	straniero	8,3%
Sesso	maschio	89,3%
	femmina	10,7%
Classe di età	15-24	27,8%
	25-34	48,2%
	35-44	19,7%
	45-54	3,1%
	55-64	1,2%
Stato civile	celibe/nubile	75,9%
	coniugato/a	14,9%
	divorziato/separato	8,9%
	vedovo/a	0,3%
Condizione occupazionale	disoccupato	32,7%
	occ. precaria/saltuaria	10,2%
	occupato	51,5%
	econ.non attivo	4,4%
	altro	1,2%
Livello di scolarità	basso	8,4%
	medio	75,9%
	alto	15,7%
Condizione abitativa-Con chi	da solo	26,9%
	con famiglia di origine	64,4%
	con famiglia acquisita	4,6%
	altro	4,1%

Elaborazione dati su singolo record.

L'analisi delle abitudini d'uso di sostanze evidenzia che il 71% dei soggetti selezionati assume cocaina come sostanza primaria e il 29% la utilizza come sostanza secondaria associata principalmente all'utilizzo di cannabinoidi (64%) e alcol (28%). Più in dettaglio il 49% dei casi usa cocaina e cannabis, il 25% cocaina ed alcol, il 18% cocaina da sola o con altri stimolanti e l'8% con altre sostanze (benzodiazepine, tabacco e altro). Oltre il 27% dei soggetti dichiara di utilizzare la cocaina quotidianamente e il 32% la assume una o più volte la settimana; la modalità di assunzione più diffusa risulta l'assunzione per via inalatoria (77%), una consistente quota di soggetti fuma la cocaina, mentre la quota di iniettori risulta

pari al 3% (dato coerente con quanto si rileva a livello nazionale).

Tab. 3. Caratteristiche d'uso delle sostanze dei soggetti incidenti arruolati al momento dell'attivazione del primo contatto.

Caratteristiche legate all'uso di sostanze		Soggetti nuovi arruolati (n. 768)
Sostanze usate	cocaina da sola	11,8%
	cocaina e cannabis	48,8%
	cocaina e alcol	25,1%
	cocaina e stimolanti	6,0%
	cocaina e tabacco	2,5%
	cocaina e benzodiazepine	1,2%
	cocaina e altre sostanze	4,6%
Modalità d'uso cocaina	Iniettata	2,8%
	Fumata/inalata	19,2%
	Sniffata	77,2%
	Orale	0,8%
Frequenza d'uso cocaina	Quotidiano	27,5%
	Una o più volte la settimana	31,9%
	Più volte al mese	18,1%
	Astinente	21,7%
	Non ultimo mese/occasionale	0,8%
Poliassuntore	si	88,2%
	no	11,8%

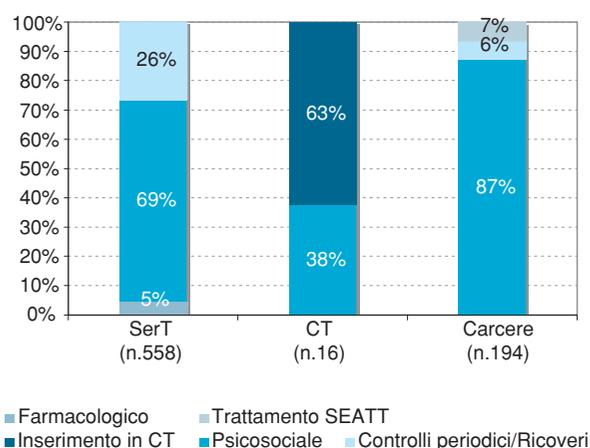
Elaborazione dati su singolo record.

Rispetto ai programmi terapeutici si osserva che il 72% dei soggetti è sottoposto a un programma di tipo psicosociale, per il 25% degli utenti il programma attivato è di tipo farmacologico (inclusi ricoveri e controlli periodici dello stato di salute), per una quota di utenti pari all'1% è previsto l'inserimento in strutture pubbliche e il 2% risulta seguire un programma presso la sezione custodia attenuata (SEATT).

I trattamenti risultano portati a termine con successo dal 39% dei soggetti, il 13% ha terminato il trattamento per dimissione concordata, il 13% è passato ad altre strutture di trattamento e il 27% ha invece abbandonato o interrotto il programma. Una quota di soggetti, circa lo 0,5%, risulta aver terminato il trattamento perché è stato arrestato; complessivamente si registra un decesso per overdose.

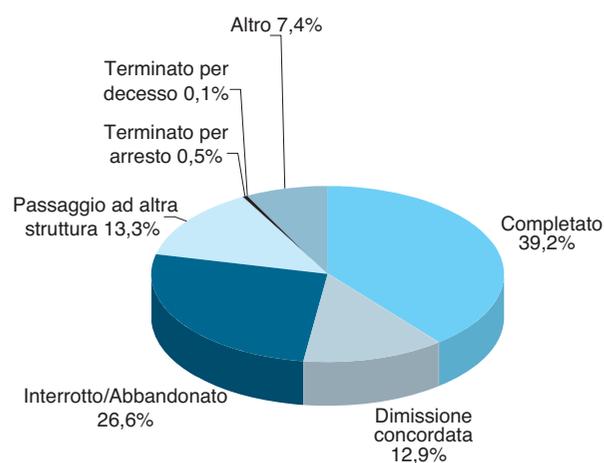
La durata del programma di trattamento, tenendo conto dei tempi di sopravvivenza troncati, quelli per i quali non si è verificato l'evento di interesse (completamento del primo programma terapeutico) è stata analizzata attraverso il metodo statistico della sopravvivenza (Kaplan Meier). È stato considerato il numero di giorni dalla data di inizio del primo programma terapeutico sino al momento della conclusione

Fig. 1. Distribuzione percentuale della tipologia del primo trattamento per sede di erogazione.



Elaborazione dati su singolo record.

Fig. 2. Distribuzione percentuale dei soggetti per esito del trattamento.



Elaborazione dati su singolo record.

dello stesso o alla data di uscita dallo studio per motivi diversi dal completamento della terapia. E' opportuno evidenziare che nella popolazione studiata, al di là delle differenze rilevate nella durata del programma rispetto a caratteristiche socio demografiche dei soggetti o a comportamenti d'uso, il canale d'invio ai servizi rappresenta una delle maggiori determinanti della durata dei programmi terapeutici.

I soggetti inviati ai servizi dalle Prefetture sono generalmente sottoposti a programmi terapeutici particolari che prevedono trattamenti specifici e che generalmente hanno una durata media sensibilmente inferiore rispetto ai trattamenti erogati agli altri utenti (vedi Tabella 4). Il tempo medio stimato per il completamento di un programma è pari a circa 1063 giorni e dalla curva di sopravvivenza adattata alla popolazione in studio emerge che il 50% degli individui

Tab. 4. Indici descrittivi relativi alla durata del primo programma per canale di invio ai servizi.

Canale di invio/accesso	Media	Mediana
Servizi pubblici	539,3	467,0
Carcere	401,1	349,5
Prefetture	298,1	174,5
Medici	506,2	300,0
Volontario	536,7	373,0
Altro	388,1	250,5

Elaborazione dati su singolo record.

termina il programma dopo 833 giorni.

L'andamento della curva di sopravvivenza sembra evidenziare un andamento del rischio (interruzione del programma) proporzionale al tempo. Come si evince ancor più agevolmente dal grafico che riporta la funzione di rischio, il rapporto tra probabilità di concludere il programma di trattamento e il tempo è approssimabile graficamente ad una retta, ad indicare, quindi, una relazione lineare. Le caratteristiche, sia socio demografiche che relative al comportamento d'uso delle sostanze, riportate sopra in maniera analitica, sono state utilizzate come possibili variabili predittive della 'sopravvivenza' (permanenza in trattamento) prima singolarmente, per valutarne il singolo contributo, poi inserite in un unico modello che ci ha permesso di selezionare le variabili significative nella determinazione della funzione di sopravvivenza. Per ciascuna delle variabili la diversa sopravvivenza è stata valutata attraverso due test (Log Rank e il test di Breslow), in quanto il primo valuta meglio le differenze delle funzioni di sopravvivenza alla fine del fenomeno, mentre l'altro valuta meglio la fase iniziale.

La stima della funzione di sopravvivenza attraverso il metodo di Kaplan-Meier ha evidenziato effetti non significativi per la maggior parte delle variabili socio demografiche utilizzate nell'analisi. I fattori risultati significativi ai fini della continuazione del trattamento sono stati: la frequenza di assunzione registrata al momento del primo contatto (relazione inversa), le condizioni occupazionali e di coabitazione (relazione diretta). Ovvero, mentre l'elevata frequenza di assunzione di cocaina sembrerebbe un fattore predittivo di una più precoce interruzione del trattamento, si verifica che il mantenimento dello stato occupazionale e il vivere con qualcuno siano fattori positivamente associati al mantenimento della prospettiva di cura su di un periodo più lungo.

Conclusioni

Questa prima parte di presentazione dei dati della ricerca retrospettiva apre la strada ad una serie di rapporti successivi che approfondiranno l'analisi della durata del trattamento per i soggetti che hanno portato a termine con successo il programma. Verrà valutato sia l'effetto delle covariate, sia l'incidenza di altri "eventi" ancora da inserire nel modello di

analisi. Sebbene quindi sia prematuro trarre conclusioni definitive sugli esiti del trattamento nei SerT, è possibile sottolineare alcuni elementi che emergono dallo studio preliminare del Progetto Cocaina Area Vasta Romagna. In primo luogo è da evidenziare che un numero significativo di utenti che usano cocaina siano avviati ai servizi dalle Prefetture, e che questo canale d'invio si associa ad una minore durata del trattamento. In secondo luogo i fattori sociali del vivere in coabitazione, e quindi non da soli, e dell'avere una attività lavorativa, sembrano correlarsi ad una migliore adesione al trattamento. La frequenza di assunzione registrata al primo momento di contatto, indice della gravità dello stato di dipendenza, si correla invece ad una prospettiva di minore durata del progetto terapeutico.

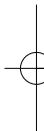
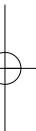
Riferimenti bibliografici

- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. e altri (2005), Tiered approach to drug prevention and treatment among young people, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. e altri (2005), Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londra (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- OEDT (2005a), Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2005b), 'Assistance to OEDT for the analysis of drug profiles from OEDT Databank on surveys of drug use', relazione finale, progetto CT.03.P1.200, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2005c), 'Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU', relazione finale, progetto CT.04.P2.329, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. e altri (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users', *World psychiatry*, 4(3), pagg. 173-176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. e altri (2004), The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries, Consiglio svedese di informazione su alcool e altre droghe (CAN) e gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. e altri (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, pagg. 1043-52.
- Kandel, D. and Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use', in: Glantz, M. and Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* pagg. 211-53. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, CFR. and Spoth, R. (1996), 'The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations', in: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. e altri (2005), Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index. Home Office Online Report 24/05. Home Office, Londra (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. and Haasen, C. (2006), Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. e altri (2006), 'Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population', *Archives of general psychiatry* 63, pagg. 219-228.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e altri (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European addiction research* 10, pagg. 147-55.
- Relazioni nazionali Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. and Becker, J (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), pagg. 85-99.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. e altri (2004), 'A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction', *Drug and alcohol dependence* 74, pagg. 1-13.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. e altri (2005), 'Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence', *American journal of psychiatry* 162, pagg. 340-349.
- Shearer, J. and Gowing, L.R. (2004), 'Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research', *Drug and alcohol review* 23, pagg. 203-11.
- Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), pagg. 196-8.

¹ Kaplan-Meier risulta significativa (Log. Rank e Breslow test con un $p \leq 0,05$).

² EMCDDA, Selected issue 2007. *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Lisbona, 2007, Pag. 23.

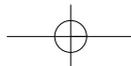
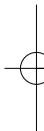
³ Diagnosi prevalente compresa fra F14 e F14.9, e dalla scheda "dipendenza patologica"



Parte quinta
Gli interventi
sulla prevenzione
e la promozione
della salute

2007

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze



14. Gli interventi del Coordinamento Unità di strada

Il Coordinamento regionale delle Unità di strada, che svolgono attività di informazione e riduzione del danno nei luoghi del divertimento (locali, stabilimenti balneari, feste, concerti, rave ecc) in cui vi è presenza di giovani, consumo/abuso di sostanze legali ed illegali e messa in atto di comportamenti a rischio, istituito con Determinazione

dirigenziale n. 17024/2005, è composto dagli operatori referenti dei progetti (nel 2006 sono stati 19).

Nel 2006, 8 progetti sono stati coordinati dai Servizi per le tossicodipendenze locali e 11 dai Comuni delle Zone sociali. Gli interventi sono in gran parte gestiti da Associazioni del terzo settore o da Cooperative.

Tab. 1. Progetti che partecipano al coordinamento regionale dell'Unità di strada (Anno 2006).

<i>Territorio</i>	<i>Committente</i>	<i>Ente gestore</i>
Piacenza	Comune Piacenza (Progetto MAP)	Associazione LILA
	Comune Piacenza (Progetto Uds)	Associazione LILA
Parma	Provincia (Strade e dintorni)	AUSL
Reggio Emilia	Comune Reggio Emilia (UP)	Centro Sociale Papa Giovanni XXIII
	Comuni Distretto Guastalla e Correggio (GIG)	Centro Sociale Papa Giovanni XXIII
Modena	Comune (Progetto Buonalanotte)	Comune
	AUSL (Riduzione del danno)	Sert
Bologna	Comune (Progetto Unità d'aiuto)	Coop. Nuova Sanità e Coop. La Carovana
	Comune (Progetto Quality Members)	Comune
	Distretto S.Lazzaro (In sostanza)	Coop La Carovana
Imola	Comprensorio di Imola	Coop. Soc. Il Gabbiano e Sol.co Imola
Ferrara	Comune e AUSL	Acli
	Comuni Distretto Codigoro (Progetto Ai lidi con il camper)	Sert Codigoro/Portomaggiore
Ravenna	Comuni Distretto Ravenna e Ausl (Sicuramente al mare)	Sert Ravenna
	AUSL	Sert Faenza
Forlì	Comune (Progetto educativa di strada)	Comune
Cesena	Ausl (Progetto Notti sicure)	Sert
	Distretto Cesena e Rubicone	Sert
Rimini	Distretto Rimini Nord (Circolando)	Sert e Associazione Alter.Ops.

Gli obiettivi principali del Coordinamento sono:

- condividere le esperienze e le conoscenze acquisite nei servizi di appartenenza;

- mettere a punto, anche con azioni formative, modalità operative comuni, procedure e "buone prassi" di intervento nei luoghi dell'aggregazione e del divertimento giovanile sul tema dei consumi di sostanze e dei comportamenti a rischio ad essi collegati;

- collaborare alla definizione di linee guida per l'organizzazione degli interventi e dei servizi di riduzione del danno e per l'integrazione tra servizi sociali e sanitari;

- evidenziare le necessità di formazione, aggiornamento professionale e approfondimento culturale sui temi del lavoro di strada;

- garantire il coordinamento tra i diversi servizi esistenti nel territorio regionale

Con l'istituzione del Coordinamento la Regione Emilia-Romagna, coerentemente con gli obiettivi della Delibera di Giunta n. 1533 del 6 novembre 2006 "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope", ha confermato l'interesse sugli interventi di

prossimità e sulle forme innovative di relazione con le giovani generazioni e la scelta di investire risorse su servizi che si sono rivelati necessari nella rete dell'offerta, poiché si caratterizzano per essere nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario e mettere la relazione al centro del proprio intervento. I cambiamenti degli stili di consumo rendono necessaria la ridefinizione degli obiettivi degli interventi di prevenzione. La prevenzione deve infatti rivolgere l'attenzione alla conoscenza ed alla comprensione dei comportamenti, più che alle sostanze in sé e si deve misurare con gli stili di vita e con i sistemi valoriali in tema di salute, rischio, piacere, in particolare dei giovani e giovanissimi.

Il Coordinamento, con una riflessione collettiva sugli stili di vita e di consumo dei giovani e sulle modificazioni intervenute, contribuisce all'aggiornamento delle politiche regionali ed alla ridefinizione delle modalità di intervento dei servizi del territorio.

Dal settembre 2006 al marzo 2007 la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'AUSL di Reggio Emilia, ha organizzato un "Corso di perfezionamento per coordinatori" finalizzato a sostenere e qualificare il ruolo di coordinatore in riferimento al sistema di servizi a rete e nella prospettiva di un consolidamento degli interventi.

Alcuni dati sull'attività delle Unità di strada che partecipano al Coordinamento regionale

Il Coordinamento regionale ha condiviso alcuni indicatori significativi dell'attività delle unità di strada ed è in corso di predisposizione una scheda regionale per la raccolta dei dati di attività. In tal modo sarà possibile confrontare negli anni e tra i progetti il numero di operatori che svolgono le attività, i contatti, le uscite sul territorio. Alcuni dei progetti locali rilevano informazioni molto più articolate: con strumenti di rilevazione dei materiali informativi consegnati, del numero di profilattici, siringhe o etilometri e delle caratteristiche socio-anagrafiche e di provenienza delle persone contattate. Questo ha consentito di rilevare alcuni significativi cambiamenti fenomenologici avvenuti in alcune realtà locali in termini di accesso alle sostanze e cambiamento degli stili di consumo.

E' necessario tuttavia premettere che la raccolta dei dati non è ancora omogenea; in particolare non è ancora condivisa a livello regionale la definizione di *contatti significativi*, quelli cioè che hanno comportato una relazione con l'operatore. Alcuni progetti rilevano infatti il numero complessivo dei soggetti che si sono presentati alle Unità di strada, anche soltanto per ritirare materiale informativo.

Operatori

Nel corso del tempo le Unità di strada, grazie anche all'attività formativa ed all'esperienza maturata, si sono sempre più professionalizzate. La figura più rappresentata tra gli operatori di strada è quella di educatore, proprio per le specifiche competenze (relazionali ed educative, capacità di leggere il territorio e di utilizzarne e valorizzarne le risorse, capacità di lavorare in rete con altri servizi) richieste da questo tipo di lavoro. Sono presenti anche altre professionalità quali infermieri, assistenti sociali e psicologi e altre figure.

Il numero di operatori impegnati nelle unità di strada è

diminuito nel corso degli ultimi due anni. Nel 2005 gli operatori erano 193, nel 2006 sono stati rilevati 133 operatori, anche se manca il dato di una realtà progettuale che lo scorso anno impegnava complessivamente 10 operatori.

Le variazioni di tali dati sono da imputarsi a più fattori:

i. ridimensionamento di alcuni progetti: l'Unità di aiuto di Bologna è passata da 7 operatori del 2005 a 4 nel 2006;

ii. progetti non più attivi: il progetto *Lab57* e il progetto *Casteldebole* di Bologna;

iii. variazione del numero di volontari: ad esempio i progetti dell'AUSL di Modena e Ravenna o il progetto *Notti sicure* di Cesena, dove alcuni volontari sono diventati collaboratori

iv. aumento del numero di ore di attività degli operatori: in alcuni progetti sono state potenziate le ore di attività in strada, come è nel caso dei progetti di Piacenza;

v. aumento del numero degli operatori, come a Cesena e Rimini.

Alcuni operatori sono dipendenti AUSL o del Comune (in prevalenza i coordinatori); la maggior parte ha invece un rapporto di lavoro con le cooperative o le associazioni convenzionate. Vi sono alcune situazioni di rapporto libero professionali e di co.co.pro.

Tab. 2. Numero di operatori per territorio (Anno 2006)*.

Territorio	2005	2006**
Piacenza	17	8
Parma	8	8
Reggio Emilia	13	10
Modena	22	13
Bologna	38	7
Imola	9	7
Ferrara	9	7
Ravenna	34	23
Forlì	4	4
Cesena	33	36
Rimini	6	10
Regione	193	133

* Gli operatori sono a tempo pieno, tempo parziale e volontari.

** Non sono disponibili i dati del progetto "Quality Members" del Comune di Bologna.

Attività

Le attività delle Unità di strada sono articolate in maniera differenziata a seconda dei luoghi, dei bisogni rilevati e dei gruppi di popolazione di riferimento. Vi sono due principali tipologie di intervento:

i. attività di *riduzione del danno* che si rivolge alle persone con problemi di dipendenza da sostanze illegali e legali e rischio di marginalità sociale. In questi contesti gli obiettivi dell'intervento sono di tutela della salute e riduzione dei comportamenti a rischio (overdose, trasmissione HIV/AIDS,

malattie a trasmissione sessuale) anche mediante distribuzione di materiali di profilassi (siringhe, profilattici ecc); miglioramento della qualità della vita (distribuzione generi di prima necessità, mense, ospitalità di emergenza, consulenza legale) e informazioni sui servizi presenti sul territorio;

ii. presenza nei *luoghi di divertimento/agggregazione*, come discoteche e stabilimenti balneari, feste, concerti, piazze ecc. In questi contesti viene in genere strutturato all'interno dell'evento uno spazio in cui viene esposto e distribuito materiale informativo sulle sostanze e sui comportamenti a rischio (guida sicura, sesso sicuro, rischi connessi al mix di sostanze) e viene svolta attività di ascolto, informazione, consulenza ed orientamento. Quando è possibile ed utile si organizza anche uno spazio relax in cui si può misurare il tasso alcolico ed è possibile riposarsi prima del ritorno a casa.

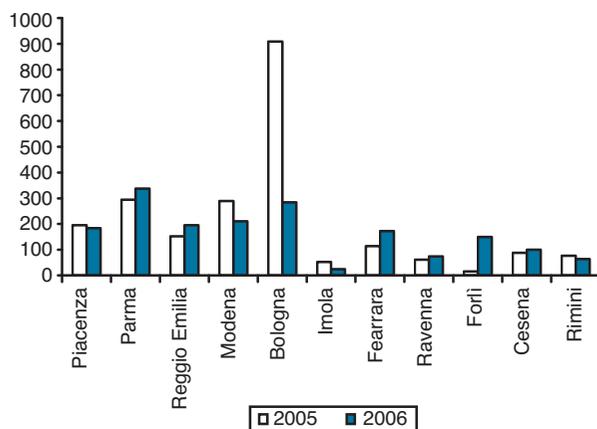
Nei luoghi del divertimento si lavora prevalentemente di sera o di notte, le attività di riduzione del danno si svolgono nei giardini, piazze o strade frequentate dai consumatori e sono prevalentemente diurne e serali.

L'intervento è differenziato sui territori in base all'analisi dei bisogni e delle problematiche locali: sulla costa romagnola si effettuano prevalentemente interventi sui luoghi del divertimento, mentre nei capoluoghi si fanno anche interventi di riduzione del danno. La differenziazione avviene anche tra i progetti: alcuni svolgono entrambe le attività, altri sono specializzati su una delle due attività. Alcuni progetti gestiscono anche drop-in (spazi di accoglienza diurna a bassa soglia di accesso) e centri di ascolto (Parma e Cesena).

Per il confronto dei dati si deve quindi tener conto delle specificità territoriali.

Il numero di uscite tra il 2005 e il 2006 cala da 2.247 a 1.797. Le motivazioni, come sopra specificato, sono attribuibili alla chiusura di alcuni progetti e al mancato invio di alcuni dati. La diminuzione si concentra nel territorio di Bologna. Altri territori hanno aumentato il numero assoluto di uscite come il caso di Parma, Reggio Emilia, Ferrara, Ravenna, Forlì e Cesena.

Fig. 1. Numero di uscite effettuate dalle Unità di strada (Anni 2005 e 2006, valori assoluti).



* Non sono disponibili i dati del progetto "Quality Members" del Comune di Bologna.

ORE

Nel 2006 per lo svolgimento delle attività di strada sono state impiegate 13.765 ore, con un calo del 32,1% rispetto all'anno precedente. Non sono state rilevate le ore dedicate ad attività organizzative, formazione del personale, discussione sui casi, supervisione, riunioni, attività con altri servizi o con Enti, che si aggiungono alle precedenti.

La variazione delle ore è spiegabile con le diverse strategie locali sugli interventi in strada, oltre al già citato ridimensionamento e chiusura di alcuni progetti locali. Un aumento significativo si registra nei progetti dei territori di Piacenza (40,3%), che ha potenziato le attività di riduzione del danno, Parma (27,3%), che ha avviato nuove attività nelle sale giochi e nei centri giovanili, Ferrara (33,9%), Forlì (800,0%) e Rimini (55,8%) che hanno potenziato l'attività di strada sul territorio.

Il calo, oltre che a Bologna, si registra a Modena (-34,3%) nel progetto della AUSL, che ha concentrato le attività di riduzione del danno in due zone della città identificate come maggiormente problematiche, Ravenna (-24,8%) e Imola (-81,8%).

Tab. 3. Numero di ore di attività in strada delle Unità di strada (Anno 2005 e 2006, valori assoluti e variazioni %).

Territorio	2005	2006*	Variazione % 2005/'06
Piacenza	1.723	2.417	40,3
Parma	3.410	4.340	27,3
Reggio Emilia	1.104	1.030	-6,7
Modena	1.764	1.159	-34,3
Bologna	8.026	992	-87,6
Imola	1.300	236	-81,8
Ferrara	1.072	1.435	33,9
Ravenna	1.204	906	-24,8
Forlì	50	450	800,0
Cesena	307	300	-2,3
Rimini	321	500	55,8
Totale	20.018	13.765	-32,1

* Non sono disponibili i dati del progetto "Quality Members" del Comune di Bologna.

** Escluso le ore dedicate alle équipe, organizzazione dell'attività, formazione, ecc.

CONTATTI

L'indicatore che consente di comprendere meglio la rilevanza dell'attività delle Unità di strada dell'Emilia-Romagna è rappresentato dai contatti con le persone. Resta inteso che il numero di contatti attivato sui territori è legato alle specificità dell'intervento: in generale gli interventi nei luoghi di divertimento si caratterizzano per un maggior numero di contatti e un minor tempo dedicato alla relazione con le singole persone, mentre un intervento di riduzione del danno,

per la sua specificità, richiede necessariamente un approfondimento relazionale.

Vengono utilizzati diversi strumenti di contatto, quali distribuzione di materiale informativo, generi di conforto, materiale di profilassi (siringhe, profilattici ecc), rilevazione dei tassi di alcol assunto attraverso i test alcolimetrici, organizzazione di eventi, attività di animazione e laboratori, organizzazione di spazi chill-out (spazi di decompressione e riadattamento alla normalità).

La finalità del contatto non è la semplice consegna di materiale o altro, ma la costruzione di una relazione (seppur breve) con la persona contattata, che, attraverso le informazioni ricevute dagli operatori, viene messa in grado di evitare comportamenti a rischio.

E' necessario ribadire che modalità diverse di rilevazione dei dati possono creare difficoltà nei confronti tra i diversi progetti. Ad esempio, come già detto sopra, nella definizione dei *contatti significativi*. L'adozione di una scheda regionale unica permetterà di superare questi problemi di rilevazione.

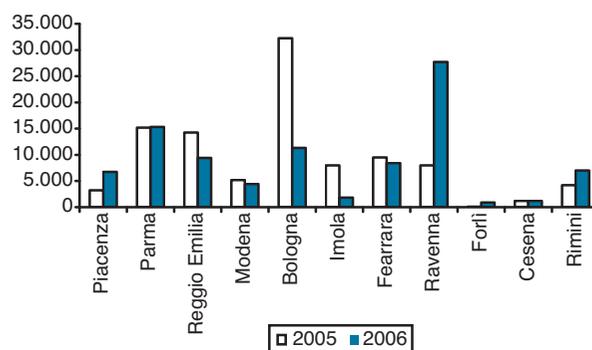
Nonostante il ridimensionamento e la chiusura di alcuni progetti, a livello regionale non si registra un calo rilevante del numero di contatti: si è passati da 101.048 del 2005 a 94.218 del 2006, con una diminuzione complessiva del 6,8%, ma è aumentata la capacità di contatto, dato che si è passati da 5 contatti per ora del 2005 a 6,8 del 2006.

Alcuni progetti hanno fortemente aumentato la loro capacità di contatto. Ravenna ha più che triplicato il numero di contatti passando da 8.000 del 2005 a 27.700 del 2006; il

dato è attribuibile sia ad un aumento effettivo dei contatti, che ad una diversa rilevazione dei contatti comprendente ogni tipo di richiesta effettuata. Aumenti si riscontrano anche a Piacenza, Forlì e Rimini che hanno potenziato le attività.

Il calo si riscontra, oltre che a Bologna, a Reggio Emilia dove è stata razionalizzata l'attività di raccolta dati, Modena e Imola.

Fig. 2. Numero di contatti effettuati dalle Unità di strada (Anni 2005 e 2006, valori assoluti).



* Non sono disponibili i dati del progetto "Quality Members" del Comune di Bologna.

15. Linee di indirizzo per la prevenzione, cura e controllo dell'alcolismo e delle problematiche alcol-correlate

Il consumo di alcol, assieme al fumo di sigaretta, all'attività fisica e all'alimentazione è uno degli elementi determinanti per la salute della popolazione ed è ormai evidente a livello scientifico la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di morbidità e disabilità psicofisica nonché di mortalità per alcune cause.

Secondo l'OMS, ogni anno sono attribuibili al consumo di alcolici circa il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i ricoveri, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 9% delle invalidità. I costi annuali, sociali e sanitari, sono pari al 2-5% del PIL di ogni Paese.

Dallo studio "Passi 2006", condotto in Emilia-Romagna, emerge che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e circa un quinto ha abitudini di consumo considerabili a rischio. Sono definiti "consumatori a rischio" tre tipologie di bevitori: i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) i bevitori fuori pasto e coloro che effettuano grandi bevute o "binge drinking" (consumo almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione). In particolare, i risultati dell'indagine evidenziano che complessivamente il 21% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio; il 7% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto; il 10% è un bevitore "binge" ed il 9% può essere considerato un forte bevitore.

Nell'anno 2006 la Regione Emilia-Romagna ha ulteriormente sviluppato le Linee di indirizzo sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati contenute nella Delibera di Giunta n° 1639 del 1996.

In ogni Azienda USL è attivo un Sistema dei Servizi per le Dipendenze Patologiche che si muove all'interno di una rete di cui fanno parte, oltre i Centri Alcolologici dei Sert, con le loro équipes multidisciplinari, i Centri Ospedaliero-Universitari, altri Servizi Sanitari pubblici e privati, gli Enti Ausiliari, i gruppi di auto mutuo aiuto, gli Enti Locali.

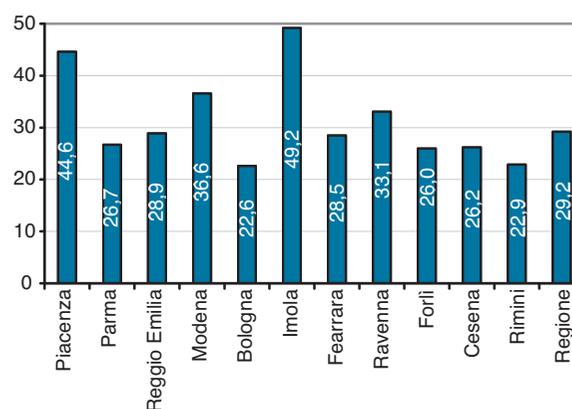
Un significativo scambio culturale ha permesso, negli anni, di potenziare la capacità di questi diversi soggetti di mettersi in connessione, valorizzando le competenze reciproche e rendendo visibile la rete di assistenza per un più agevole percorso di riconoscimento e presa in carico dei problemi collegati all'uso di alcol.

Anche nel 2006 è andata progressivamente aumentando l'offerta di programmi di assistenza nei confronti di pazienti con problemi alcol-correlati, che risultano essere, nella nostra regione, 5.174, pari al 29,2% del totale complessivo dei pazienti che accedono ai Sert. (vedi capitolo sull'utenza

alcolologica). È interessante evidenziare come l'organizzazione dei servizi e la fenomenologia locale portino a significative differenze tra le AUSL in termini di percentuale di utenti alcolodipendenti in carico.

La Regione ha, inoltre, avviato nel 2005 un apposito studio per valutare la prevalenza di soggetti con problemi alcol - correlati afferenti ai Sert e agli Ospedali del territorio emiliano-romagnolo.

Fig. 1. Percentuale di utenti alcolodipendenti in carico presso i Centri alcolologici sul totale dell'utenza alcol-tossicodipendente per AUSL (Anno 2006, valori %).



l'impegno nel campo della diagnosi e del trattamento si è accompagnato ad un altrettanto significativo potenziamento delle azioni di sensibilizzazione e contrasto.

Si ricorda qui la realizzazione in ogni territorio provinciale di eventi pubblici in occasione di "Aprile mese della prevenzione alcolologica" e la presenza sempre più significativa in diversi territori di stands di informazione alcolologica alle Feste tradizionali dove il consumo di alcol è protagonista (Festa della Birra, Sagra del Lambrusco ...).

Le manifestazioni hanno coinvolto i cittadini con l'obiettivo della sensibilizzazione al riconoscimento dei rischi connessi all'uso di alcol, con accenti sui consumi giovanili e sui rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza.

Gli eventi hanno visto la collaborazione attiva delle Associazioni di auto mutuo aiuto e degli Enti Locali.

In diverse realtà della nostra regione l'elaborazione dei locali Piani di Zona/Piani per la Salute vede l'inserimento di specifici progetti integrati per un'educazione al consumo

Studio sulla prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati nella Regione Emilia-Romagna nel corso del 2005

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

Hanno aderito al progetto le Aziende USL di Bologna, Cesena, Ferrara, Forlì, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia e Rimini. L'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Bologna ha affiancato i referenti aziendali nelle fasi di acquisizione dei dati, impostazione del file di lavoro, procedure di analisi. Le elaborazioni sono state effettuate a livello di Azienda USL.

Nel territorio delle otto Aziende, che rappresentano il 68% degli utenti alcolisti e il 56% dei ricoveri ospedalieri in regione, la prevalenza stimata di soggetti con problemi alcol correlati è di 4.28 per 1000 residenti tra i maschi e di 1.62 tra le femmine.

I soggetti con problemi alcol correlati sono almeno 6549, il 63% è stato in carico presso un Sert, il 45% è stato ricoverato in Ospedale, l'8% è stato sia all'Ospedale che al Sert, il 10% erano tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol.

Si stima che per ogni soggetto con problemi alcol correlati trattato, vi sia un numero di soggetti potenziali compreso tra 4 e 10, diverso a seconda delle zone.

Lo studio è coordinato da Raimondo Pavarin (ASL Bologna) e Antonio Mosti (AUSL Piacenza) con la collaborazione di Silvia Marani (AUSL Bologna).

consapevole di alcol da parte dei cittadini. A tale proposito si cita, come esempio, il "Codice di autoregolamentazione per un bere senza rischi" predisposto dai Comuni di Bagno di Romagna, Mercato Saraceno, Sarsina e Verghereto, insieme all'Unità Operativa Ser.T. e al Polo Ospedaliero di Alcologia Clinica e Riabilitativa di S. Piero in Bagno dell'Azienda USL di Cesena, nell'ambito del progetto più generale di "Prevenzione Alcol e Problemi Correlati nella Valle del Savio".

Il protocollo, che si rivolge ai promotori di feste, sagre ed eventi pubblici di interesse sociale e ai gestori dei locali autorizzati alla vendita e somministrazione di bevande alcoliche, è finalizzato alle buone pratiche per il contenimento

dei rischi connessi con l'abuso di alcool.

Le dieci regole previste nel Codice di autoregolamentazione richiamano le leggi già esistenti che disciplinano la vendita e la somministrazione degli alcolici, ma soprattutto prevedono un ulteriore impegno da parte dei gestori e degli organizzatori di eventi pubblici nel favorire il bere di qualità, e comportamenti responsabili verso sé stessi e verso la collettività, da parte di quanti consumano bevande alcoliche.

Si riportano ora di seguito alcuni approfondimenti relativi a tre sottoprogetti di particolare rilevanza clinico-epidemiologica e di forte impatto sociale.

Codice di autoregolamentazione per il bere senza rischi

Buone pratiche per ridurre i rischi connessi con gli abusi di alcolici durante feste, sagre, eventi pubblici di interesse sociale.

L'organizzazione dell'evento (festa, sagra, o altro convegno pubblico di tipo ricreativo) si impegna a:

1. Distribuire e vendere le bevande alcoliche fuori pasto solo dopo le 16.00 ed entro le 23.00;
2. Sospendere la distribuzione e la vendita delle bevande alcoliche un'ora prima della chiusura dell'evento;
3. Far rispettare i limiti di accessibilità alle bevande alcoliche previsti dalla legge (16 anni) e contenere l'accessibilità dei minori di anni 18 sconsigliandone l'uso;
4. Far rispettare gli articoli di legge che inibiscono la distribuzione di bevande alcoliche a persone che si trovino in manifeste condizioni di deficienza psichica e persone in evidente stato di ubriachezza;
5. Non distribuire o vendere bevande alcoliche alle donne in gravidanza come suggerisce l'OMS;
6. Astenersi da azioni di marketing che utilizzano l'alcool come messaggio diretto o indiretto di promozione dell'evento;
7. Astenersi da azioni di promozione sulla vendita degli alcolici in specifiche fasce orarie (Happy Hours) e incentivazioni cumulative (la decima è gratis);
8. Adottare messaggi promozionali positivi sul bere moderato e dissuasivi di comportamenti a rischio connessi col bere in associazione alla pubblicizzazione dell'evento;
9. Concedere spazi per messaggi promotivi (sul tipo chi beve non guida), materiali di informazione ed eventualmente la presenza di operatori dei servizi;
10. Garantire che gli eventi specificamente destinati ai giovani con età inferiore ai 18 anni siano alcol-free.

Progetto sperimentale di comunità di Correggio

Obiettivi

- Qualificare le iniziative di informazione e sensibilizzazione per la popolazione generale sui rischi legati all'uso di alcol, con l'obiettivo di codificare un modello di intervento da diffondere in ambito regionale.
- Creare protocolli di intesa fra tutti coloro che possono dare un contributo alla prevenzione delle patologie alcol correlate al fine di migliorare l'efficacia degli interventi.
- Modificare gli atteggiamenti della popolazione rispetto all'alcol aumentando il livello di percezione dei rischi connessi al consumo non appropriato.

Azioni portate a compimento nel 2005

- Costituzione di un gruppo di lavoro con rappresentanti di tutte le istituzioni territoriali coinvolte (Comuni del distretto sanitario, scuole, forze dell'ordine, società sportive, principali aziende produttive del territorio, associazioni di categoria dei baristi e ristoratori, scuole guida, media locali).
- Conferenza stampa e coinvolgimento dei media per la diffusione del progetto.
- Prima campagna informativa per la popolazione generale.
- Inserimento del Progetto nei Piani per la Salute e nei Piani Sociali di Zona.
- Preparazione degli strumenti di monitoraggio e valutazione del Progetto.
- Visita al centro didattico "Luoghi di Prevenzione" da parte delle scuole del territorio e formazione dei pari.
- Coinvolgimento e sensibilizzazione delle forze dell'ordine.
- Coinvolgimento e sensibilizzazione dei medici di medicina generale.
- Collaborazione con i Comuni del distretto e le associazioni locali per l'organizzazione di iniziative alcol-free in occasione della "Festa della Birra".

Azioni 2006

- Formazione dei ragazzi impegnati nella "formazione fra pari" e coordinamento delle diverse attività (coinvolte 3 scuole superiori).
- Organizzazione delle giornate "scuola aperta", partecipate ed animate dai ragazzi.
- Partecipazione attiva insieme ad Ente Locale (polizia municipale), Volontariato (Associazione Pro.di.gio), ragazzi delle scuole superiori, alla seconda edizione della Festa della Birra (che è stata ri-nominata "Festa in Festa") della durata di 9 giorni con gestione di stand attrezzato per garantire corretta informazione ai giovani e alle famiglie (disponibilità di test con etilometro, somministrazione di test con questionario Cage mascherato).
- Formazione Ostetriche e Pediatri di libera scelta al counselling sull'alcol, propedeutica all'azione attivata all'inizio del 2007, con definizione e condivisione degli strumenti di rilevazione delle abitudini di consumo alcolico

1. Sottoprogetto Alcol e Giovani

E' proseguito nell'anno 2006 il progetto "...E sai cosa bevi" che prevede l'utilizzo di un kit didattico multimediale realizzato negli anni precedenti dall'Azienda USL di Piacenza e messo a disposizione di insegnanti ed alunni di diversi Istituti Scolastici rappresentativi di aree del territorio regionale.

Nel territorio dell'ASL di Reggio Emilia e in collaborazione con la sede locale della Lega Tumori, questo progetto si è arricchito di altre metodologie per stimolare la partecipazione dei giovani, come i laboratori di scrittura creativa e le esperienze espressive del "Playback Theatre" e del Teatro dell'Oppresso.

Nell'ottobre 2006 a Reggio Emilia si è tenuta la seconda edizione del Festival "Alcol e Fumo: prevenire creando, le emozioni della salute" che ha registrato la presenza di oltre tremila persone.

E', inoltre, proseguita l'attività del centro regionale di didattica multimediale "Luoghi di prevenzione" (vedi finestre informative del presente Rapporto) che ha accolto da gennaio a dicembre 2006 circa 15.000 visitatori, tra studenti, docenti e operatori socio-sanitari..

E' stato ulteriormente implementato, nel Distretto sanitario di Correggio (RE), il progetto sperimentale regionale di

prevenzione alcolologica di comunità, avviato nel 2004, che vede come attori il Comune di Correggio, i Comuni del distretto, la Provincia, l'Azienda USL e la Lega Tumori di Reggio Emilia.

Sempre nel campo della prevenzione alcolologica rivolta ai giovani, si ricorda l'attività svolta dalle Aziende USL attraverso le Unità di strada nei luoghi del divertimento e gli interventi realizzati attraverso gli Spazi Giovani e i Centri Adolescenza, anche in collaborazione con gli Enti Locali.

2. Sottoprogetto Alcol e Guida

Si ricorda la Delibera di Giunta n° 1423/04 con cui la Regione Emilia-Romagna ha definito linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza (violazione art. 186 del Codice della strada).

I dati del 2006 relativi alle attività delle Commissioni Mediche Locali nelle diverse Province fanno registrare un marcato aumento del numero dei soggetti visitati (17.486) rispetto al precedente periodo 1 gennaio 2004 - 30 giugno 2005 (13.069). L'incremento testimonia le dimensioni e l'importanza del fenomeno, che va affrontato, evidentemente, non solo in termini sanzionatori ma anche, e soprattutto,

preventivi.

Al fine di accrescere il valore preventivo dell'intero percorso di valutazione e favorire la modifica del comportamento a rischio nei soggetti segnalati, si sta intervenendo con azioni mirate a intensificare i momenti di informazione /educazione.

Si ricorda, a tale proposito l'esperienza pilota dell'AUSL di Modena che ha realizzato materiale informativo da consegnare ai neopatentati e agli utenti delle Commissioni

Mediche Locali (opuscolo "Conta i bicchieri perché contano").

L'Azienda USL di Modena ha inoltre realizzato una formazione rivolta agli operatori dei Centri Alcolologici dei Servizi per le Dipendenze, al fine di avviare nell'anno 2007 la sperimentazione di gruppi infoeducativi rivolti ai guidatori segnalati dalla CML. Tali gruppi sono stati attivati anche nel territorio delle Aziende USL di Rimini e di Bologna. E' prevista, a partire dal 2008, l'estensione di queste esperienze all'intero ambito regionale.

Tab. 1. Attività delle Commissioni Mediche Locali operanti nelle Aziende USL dell'Emilia-Romagna per violazione dell'art. 186 del Codice della strada (Periodo gennaio 2004/giugno 2005 e 2006, Valori assoluti).

Periodo	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN	Totale
Gennaio 2004 – Giugno 2005	1.787	961	1.161	1.652	1.472	2.854	1.232	*	1.950	13.069
Anno 2006	1.904	1.281	2.775	3.974	2.377	1.398	1.551	328	1.898	17.486

3. Sottoprogetto Alcol e Lavoro

Il progetto regionale è coordinato dall'Azienda USL di Modena. Come previsto nel piano generale del progetto (vedi box), nell'anno 2006 è stata realizzata una formazione regionale congiunta per 80 operatori appartenenti ai Centri Alcolologici (Servizi Dipendenze Patologiche) e ai Servizi per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Durante la formazione sono stati illustrati e distribuiti materiali didattici per la realizzazione del progetto (opuscolo "Alcol e Lavoro" e regolo "Alcolmetro" per misurare le unità alcoliche assunte).

In ogni Azienda USL, inoltre, si è costituito un gruppo integrato di operatori dei due Servizi citati per l'avvio di contatti con aziende produttive locali interessate a realizzare l'intervento di prevenzione alcolologica loro proposto.

La collaborazione tra il personale dei due Servizi Sanitari coinvolti nel progetto di prevenzione costituisce uno dei punti

di forza del progetto stesso.

Il medesimo obiettivo di condivisione professionale ha sostenuto nel dicembre 2006 l'Azienda USL di Modena quando ha condotto, nell'ambito di un progetto pilota regionale, un corso di formazione rivolto ai Medici competenti locali "Stili di vita e ambienti di lavoro. Le problematiche legate ai comportamenti individuali (fumo, alcol, droghe) e l'idoneità lavorativa".

L'iniziativa ha fornito utili indicazioni per analoghe esperienze di collaborazione da attivarsi in altri territori dell'ambito regionale.

La diffusione del progetto regionale "Alcol e Lavoro" si pone in collegamento con il Progetto Nazionale del Ministero della Salute, gestito dall'Azienda USL 10 di Firenze con la partecipazione di numerose Regioni italiane sullo stesso obiettivo di prevenzione e riduzione delle problematiche alcolcorrelate negli ambienti di lavoro.

Il progetto regionale Alcol e lavoro

Finalità:

Prevenzione e riduzione delle problematiche alcol correlate negli ambienti di lavoro.

Obiettivi:

Costituzione di un gruppo di coordinamento regionale "Alcol e Lavoro" presso l'AUSL di Modena, per la ricerca, la programmazione, l'intervento in tema di prevenzione dei problemi alcol correlati negli ambienti di lavoro.

Definizione di modelli di intervento, con predisposizione di strumenti e materiali, per l'attuazione di progetti di prevenzione dei problemi alcol correlati negli ambienti di lavoro.

Favorire in ambito regionale:

la costituzione, in ogni AUSL che aderirà al progetto, di una équipe multidisciplinare che avrà il compito di realizzare e gestire gli interventi di prevenzione nelle aziende del territorio di riferimento;

la formazione degli operatori che costituiranno le équipes di progetto;

il supporto tecnico - professionale - scientifico per l'adozione e l'attuazione dei progetti regionali (compresa la fornitura di un kit operativo da utilizzare);

lo sviluppo della fondamentale integrazione e collaborazione tra servizi Dipendenze Patologiche (Ser.T) e Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

Azioni realizzate nel 2005

Individuazione di due coordinatori regionali di progetto: uno per l'area dei servizi alcolologici ed uno per l'area medicina del lavoro.

Incontri di presentazione e condivisione del progetto con i referenti aziendali delle due aree citate.

Preparazione dei materiali informativi per i lavoratori: opuscolo "Alcol e lavoro".

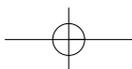
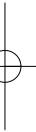
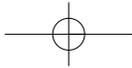
Preparazione del programma e del pacchetto didattico del corso di formazione per gli operatori delle Aziende sanitarie.

Azioni realizzate nel 2006

Formazione regionale congiunta degli operatori (seminario formativo in ottobre 2006, articolato in tre giornate per un totale di 20 ore, accreditato ECM, 80 operatori coinvolti) con distribuzione di materiale didattico e strumenti di lavoro: opuscolo "Alcol e lavoro" e regolo "Alcolmetro" per misurare l'alcolemia in base alle Unità alcoliche assunte.

Attivazione in ciascuna Azienda USL di un gruppo integrato di operatori dei Servizi alcolologici e dei Servizi per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL) che hanno avviato contatti con aziende produttive locali interessate a realizzare interventi di prevenzione alcolologica.

A cura di Claudio Annovi (AUSL di Modena)



16. Linee di indirizzo per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo

Il Ministero della Salute, nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, ha indicato il controllo del fumo attivo e passivo di tabacco tra gli obiettivi prioritari di salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il tabacco come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società. La nicotina viene oggi riconosciuta, al pari dell'alcol, cocaina, allucinogeni e oppiacei tra le sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza fisica e psichica. Ogni anno il fumo uccide in Italia circa 84.000 persone. Al fumo sono attribuibili un terzo di tutte le morti per cancro ed il 15% di tutte le cause di morte. Dall'indagine PASSI 2006 risulta che in Emilia Romagna il 49% delle persone intervistate riferisce di non fumare, il 28% di fumare e il 23% di essere un ex fumatore. L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini (31%) che tra le donne (26%). Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute, che presenta aspetti complessi di tipo tossicologico, psicologico e socio-culturale, occorre adottare politiche di intervento globali capaci di sviluppare alleanze e sinergie attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico, nel mondo del volontariato e nel campo dell'informazione. L'intento comune deve essere quello di promuovere con esempi positivi e azioni persuasive, unitamente al rispetto della normativa vigente sul divieto di fumo, la formazione di una cultura ampiamente diffusa e condivisa del "non fumo".

La Regione Emilia-Romagna, in applicazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, ha inserito nel proprio Piano Sanitario Regionale 1999-2001 un programma di azioni per il contrasto del fumo di tabacco (Delibera di Giunta n. 785/1999 "Progetto Tabagismo"). Tra i risultati ottenuti in questi anni, attraverso l'attuazione del Progetto Tabagismo, vanno ricordati:

- l'incremento dei servizi per la cura del tabagismo presso le Aziende sanitarie (i Centri Antifumo sul territorio regionale sono passati da 3 (nel 1999) agli attuali 35;
- il coinvolgimento tra il 2005-2006 di circa 30.000 soggetti, tra studenti, docenti e operatori socio-sanitari, nei programmi di prevenzione del fumo condotti presso le scuole medie inferiori e superiori;
- l'emanazione di regolamenti applicativi per il divieto di fumo in tutte le Aziende Sanitarie;
- la formazione formatori, dei medici di medicina generale e delle ostetriche, al *counselling* antifumo in tutte le Aziende Sanitarie;
- l'attivazione di interventi di controllo del fumo, anche nei luoghi di lavoro privati tramite accordi consensuali con gli imprenditori e le associazioni dei lavoratori;
- la crescita del partneriato locale, testimoniato dal

continuo aumento del numero di soggetti che cooperano alla realizzazione dei progetti "Provincia senza fumo": enti locali, aziende sanitarie, scuole ed agenzie educative, privato sociale, volontariato, in una logica di alleanze che premia la partecipazione, l'intersectorialità e la multidisciplinarietà.

Il 27 luglio 2007 l'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna ha approvato la Legge regionale n. 17 "Disposizioni in materia di Prevenzione, cura e controllo del tabagismo" (vedi finestra informativa) che prevede l'attuazione di un Piano regionale triennale di contrasto del tabagismo.

Obiettivo di salute del nuovo Piano triennale, che sarà coordinato a livello regionale in stretta collaborazione con il Servizio Sanità Pubblica e il Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, è la prevenzione delle malattie cronico-degenerative dovute al fumo di tabacco, con conseguente riduzione della morbosità e mortalità correlata.

Obiettivi specifici sono:

- la riduzione del numero di fumatori sia attraverso l'aumento della quantità di coloro che smettono di fumare sia mediante la riduzione del numero di giovani che iniziano a fumare;
- la riduzione del numero di persone esposte ad inalazione di fumo passivo.

Il Piano è articolato in tre aree progettuali, che riprendono e sviluppano ulteriormente le linee d'intervento previste dai sottoprogetti nel precedente "Progetto tabagismo":

- A. *Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni*
- B. *Assistenza e cura del tabagismo*
- C. *Ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo*

A. Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni

Nell'anno scolastico 2005/2006 sono stati ulteriormente sviluppati i programmi regionali di prevenzione del fumo, con l'obiettivo di creare un continuum di percorsi formativi, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado, in grado di interagire con gli studenti mediante linguaggi diversi e metodologie appropriate alle varie fasce d'età.

Si ricordano, in particolare, i programmi didattici:

- "Infanzia a colori", dedicato ai bambini della scuola del ciclo primario, basato su un approccio favolistico-ecologico di promozione della salute e protezione dell'ambiente;
- "Lasciateci Puliti", per i ragazzi delle scuole medie e

prime superiori, finalizzato a sviluppare conoscenze e abilità per resistere alle pressioni sociali (esempio dei coetanei, modelli familiari, consenso sociale) che spingono ad iniziare a fumare;

- "Smoke-free class competition", concorso a premi per i ragazzi di scuola media e prime superiori che, come gruppo classe, riescano a mantenersi non fumatori;

- "Scuole libere dal fumo" per le scuole superiori, basato sulla combinazione di interventi complementari di tipo educativo, di supporto alla disassuefazione dal tabagismo e di vigilanza sul rispetto del divieto di fumo in ambiente scolastico, con forte coinvolgimento dei ragazzi in attività di educazione tra pari.

Nel 2006 si è ulteriormente sviluppata l'attività del Centro di riferimento regionale di didattica multimediale "Luoghi di prevenzione", progetto della Regione Emilia-Romagna, realizzato dall'Azienda Usl e dalla Lega Tumori di Reggio Emilia in collaborazione con la Provincia e il Comune di Reggio Emilia, che ha fatto registrare circa 15.000 presenze tra studenti, docenti e operatori socio-sanitari, anche di altre regioni.

Dall'ottobre 2007 "Luoghi di prevenzione" ha sede presso l'ex Ospedale Spallanzani di Reggio Emilia e dispone di nuovi percorsi didattici anche in tema di alcol, salute e ambiente, neuroscienze, salute ed emozioni, prevenzione oncologica, disturbi e simbologia del comportamento alimentare (vedi finestra informativa).

Assistenza e cura del tabagismo

1. Intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori delle cure primarie

La formazione regionale effettuata negli scorsi anni sul tabagismo, rivolta a medici di medicina generale, agenti accertatori, ostetriche, infermieri, ha contribuito ad aumentare il livello di informazione sugli effetti dannosi del fumo. Dall'indagine PASSI (2006) risulta che circa 2 fumatori su 3 (64%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte dal medico di famiglia o altra figura sanitaria, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori della salute.

Nel 2006 va registrato, in particolare, l'ottimo livello di collaborazione raggiunto con le Università degli Studi della nostra regione nella formazione delle allieve dei corsi di laurea abilitanti alla professione di Ostetrica. Sono stati realizzati, infatti, due corsi di formazione sul tabagismo alle allieve del secondo e terzo anno, improntate ad un forte raccordo operativo con il progetto regionale "Baby no- smoke" per la prevenzione del fumo in gravidanza.

2. Attività dei Centri antifumo

I Centri Antifumo aziendali presenti sul territorio regionale sono complessivamente 35, a cui si aggiungono 6 centri della Lega italiana per la lotta contro tumori ed 1 centro gestito da struttura privata convenzionata, per un totale di 42. I servizi aziendali coinvolti sono i SerT, le U.O. di Pneumologie territoriali/ospedaliere, i Dipartimenti di Sanità pubblica e i Dipartimenti di Cure Primarie. In molte realtà sono state attivate collaborazioni e integrazioni funzionali tra servizi

aziendali e privato sociale (Lega contro i tumori e Istituto oncologico romagnolo).

Gli utenti dei Centri Antifumo nel 2006 sono stati 2.192, di cui 1.518 (69,3%) afferiti ai SerT (Tab. 1 e Fig. 1). Il numero degli utenti è aumentato in modo consistente dal 2001 al 2004 (73,3%). Nel 2005 si è registrato un andamento decrescente rispetto all'anno precedente (-16,4%), che si conferma in modo meno evidente nel 2006 (-1,1%). L'analisi disaggregata per territorio evidenzia un panorama eterogeneo:

- territori che incrementano in maniera consistente la propria utenza, come nel caso di Ferrara, Rimini, Cesena, Imola e Piacenza;

- territori con un calo significativo dell'utenza, quali Bologna, Reggio Emilia, Ravenna e Modena;

- servizi gestiti dai SerT che complessivamente sono caratterizzati da una costante crescita dell'utenza nel corso degli anni.

Il calo degli utenti dei Centri antifumo, fenomeno peraltro comune anche nelle dimensioni a quanto avviene nel resto del territorio nazionale, induce a riflettere sulle azioni da porre in essere per invertire questa tendenza. Occorre, in particolare:

- incrementare il livello di pubblicizzazione dei Centri antifumo attraverso strategie di *marketing* sanitario più efficaci e innovative;

- curare maggiormente il rapporto di collaborazione e cogestione del paziente tabagista con il medico di famiglia e con i medici specialisti per le patologie fumo-correlate (pneumologi, cardiologi, ecc.) sia nella fase d'invio al Centro sia in quella post-dimissioni, in modo da rafforzare anche le azioni di supporto e prevenzione delle ricadute;

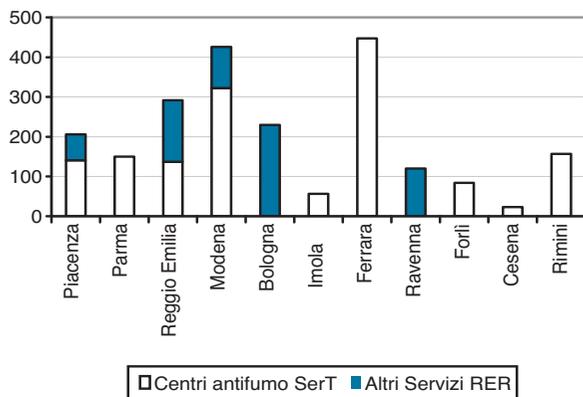
- sviluppare gli interventi di prevenzione, cura e controllo negli ambienti di lavoro, sensibilizzando tutte le figure addette alla protezione e sicurezza, in particolare i medici competenti, alla pratica del consiglio breve e ricercando con i datori di

Tab. 1. Utenti afferiti ai Centri Antifumo in Emilia-Romagna (Anni 2001-2006, Valori assoluti)

Territori	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piacenza	0	0	35	119	150	206
Parma	190	110	168	129	143	150
Reggio Emilia	297	289	506	533	433	292
Modena	208	448	503	682	518	426
Bologna	509	430	402	471	380	230
Imola	8	46	18	34	41	57
Ferrara	179	171	241	328	203	447
Ravenna	70	151	186	175	152	120
Forlì	0	0	0	28	78	84
Cesena	12	10	29	21	16	23
Rimini	56	61	61	130	102	157
Regione	1.529	1.716	2.149	2.650	2.216	2.192

* I dati 2006 sono stati raccolti con strumenti informativi difforni. E' in corso la costruzione di linee operative per uniformare le modalità di raccolta dati per gli utenti tabagisti.

Fig. 1. Distribuzione dell'utenza tabagista nei Servizi della Regione Emilia-Romagna, differenziata per Centri antifumo dei SerT e di altri Servizi pubblici e del privato sociale* (Anno 2006, valori assoluti).



* Ad esempio: UO di Pneumologia, Dipartimenti di sanità pubblica, Lega tumori, ecc.

lavoro soluzioni informative e organizzative che favoriscano la partecipazione dei dipendenti ai corsi per smettere di fumare;

- consentire al cittadino l'accesso gratuito ai percorsi di cura, come per le altre dipendenze,;
- migliorare ulteriormente l'efficacia dei trattamenti, potenziando anche le risorse dedicate.

Vanno in questo senso le previsioni contenute nella Legge regionale 27 luglio 2007 n. 17 sopra citata.

Per quanto concerne la valutazione dell'efficacia terapeutica, si ricorda lo studio, citato anche nel Rapporto 2005, realizzato dal Centro Antifumo di Parma (1) su 409 fumatori che hanno completato 1 anno di trattamento. La frequenza totale di astinenza (confermata con misurazione del CO espirato) è del 40% a 3 mesi, del 32% a 6 e del 31% a 12 mesi.

Una ricerca realizzata dal Centro Antifumo di Ferrara (2) ha evidenziato tra le principali caratteristiche predittive di successo a un anno, fumare meno di 20 sigarette al giorno, essere di sesso maschile, avere una dipendenza da nicotina medio-bassa ed avere alle spalle meno di tre tentativi di smettere di fumare.

Progetto Sperimentale di Comunità di Scandiano

Finalità del progetto: sperimentare modelli multicomponenti di integrazione socio-sanitaria per la lotta al tabagismo.

Obiettivi:

Cambiare la percezione e gli atteggiamenti della popolazione di Scandiano rispetto al problema tabagismo (campagne informative, counselling individuale e di comunità);

Sviluppare una rete di organizzazioni/associazioni e di professionisti che condividono l'idea di collaborare e intervenire in modo multidisciplinare per migliorare l'efficacia degli interventi;

Creare occasioni di orientamento, facilità di accesso alle attività di assistenza sanitaria e di autoaiuto per chi vuole smettere di fumare.

Strategia

I due assi fondamentali, attorno a cui ruota l'esperienza di Scandiano, sono l'asse sociale/sanitario e l'asse territorio/ospedale.

La strategia scelta è quella di una crescente integrazione fra questi due assi, che mettano l'utente e la sua famiglia in grado di orientarsi ed essere "accompagnati" nel proprio percorso di assistenza e cura.

Il modello organizzativo è quello, non facile, di "disegnare" una "rete" delle conoscenze e delle esperienze, intese come relazioni sociali/professionali, di "attori" con culture diverse per generare un forte rapporto di partnerships.

A Scandiano, in questi anni, si sono sviluppati i requisiti per potere realizzare progetti di "rete"; in particolare si sta

creando un buon rapporto di collaborazione tra diversi professionisti, capace di sostenere e far condividere logiche, valori e prospettive comuni (fiducia, reciprocità, impegno, cooperazione, co-progettazione).

Criticità emerse:

Non tutti i MMMG aderiscono a questa esperienza, anche se si segnala un numero crescente di medici di famiglia che è disposto a lavorare in rete.

Esistono ancora degli ostacoli nella comunicazione alle persone e alle famiglie, tra operatori sociali e medici, tra ospedalieri e professionisti del territorio, che hanno storie, esperienze e culture diverse. Occorre migliorare ulteriormente i percorsi formativi per la gestione dell'informazione da parte dei referenti all'interno della rete.



A cura di Mauro Grossi, Direttore Distretto di Montecchio - Azienda Usl di Reggio Emilia

3. Intervento di comunità

Nel 2006 è stato ulteriormente implementato il progetto di comunità di Scandiano, iniziato nel 2004, che vede come attori la Provincia di Reggio Emilia, il Comune di Scandiano, l'Azienda USL e la Lega tumori di Reggio Emilia.

C. Ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo

1. Ambienti sanitari liberi dal fumo

Tutte le Aziende sanitarie hanno deliberato il regolamento interno per l'applicazione del divieto di fumo (messa a norma dei cartelli, nomina degli agenti accertatori, precisazione delle procedure sanzionatorie e attività info-educativa).

Nell'anno 2006, sono state eseguite 2 ispezioni dei NAS nelle strutture sanitarie: nell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e nell'Azienda USL di Cesena. In nessuno dei due casi sono emerse irregolarità.

2. Luoghi di lavoro liberi dal fumo

Nell'ambito delle politiche di prevenzione, cura e controllo dal fumo attivo e passivo, la Regione Emilia-Romagna ha, da tempo, preso in considerazione gli ambienti di lavoro pubblici e privati. Già infatti nella Delibera di Giunta n. 785/1999 "Progetto Tabagismo" veniva previsto un apposito sottoprogetto n. 5 articolato in obiettivi ed azioni finalizzate ad ottenere "Luoghi di lavoro liberi dal fumo".

Bibliografia

- Giuliano Giucastro, Emilio Marangio, Alessia Verduri, Mario Del Donno " Il Centro Antifumo di Parma. Studio retrospettivo (2000-2005) su 549 fumatori", *Tabaccologia* n. 4/2005.
- Cristina Sorio, Gabriella Antolini, Stefano Gambetti, Doriana Beltrami, Maurizio Laezza "Il corso per smettere di fumare organizzato dal Centro Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno (1999-2003)", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* n. 3-4/2005.

Tabagismo e luoghi di lavoro

Nel triennio 2002-2004, è stato realizzato il Progetto pilota regionale "Luoghi di lavoro liberi dal fumo" da parte dell'Azienda USL di Bologna-Area Bologna Sud, presso il Consorzio Interregionale Cooperative di Consumo di Anzola dell'Emilia (CICC), con la collaborazione del Comune di Anzola dell'Emilia. L'esperienza, presentata nel precedente Rapporto 2005, ha coinvolto 443 lavoratori del CICC e ha rappresentato un'importante esperienza di anticipazione della legge 3/2003 ("legge Sirchia") fornendo elementi preziosi per la programmazione regionale in questo settore.

Nel 2004 il Ministero della Salute - CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) ha chiesto la collaborazione alla Regione Emilia-Romagna per la definizione e l'attuazione di un "Programma nazionale di formazione per Pianificatori sui problemi socio-sanitari e sugli aspetti organizzativi delle politiche di prevenzione regionali contro il fumo di tabacco" in cui sono compresi i luoghi di lavoro, che devono essere oggetto di pianificazione di azioni specifiche finalizzate al non-fumo, così come sancito dal divieto imposto dalla normativa vigente. Hanno partecipato al programma 105 operatori, in rappresentanza di tutte le regioni italiane. Sono state concordate linee d'indirizzo tecnico-organizzative per l'area progettuale "Luoghi di lavoro liberi dal fumo", da porre all'attenzione dei decisori regionali per la pianificazione degli interventi.

Il 27 luglio 2007 la Regione Emilia-Romagna ha approvato la Legge Regionale n. 17, finalizzata alla protezione dal fumo attivo e passivo con particolare riguardo ai luoghi di lavoro. La Legge sancisce che venga predisposto un Piano di intervento triennale che prevede interventi intersettoriali concernenti:

- la prevenzione del tabagismo, attraverso la promozione di stili di vita sani e liberi dal fumo nella comunità, con particolare riguardo alle scuole ed ai luoghi di lavoro;
- l'assistenza ed il supporto alla disassuefazione dal tabagismo, prevedendo l'accesso gratuito ai servizi aziendali per la cura del tabagismo e per smettere di fumare, valorizzando, in particolare, la collaborazione dei medici di medicina generale;
- il rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici e di lavoro, prevedendo che, ai fini di tale divieto, si intenda per utente anche il personale dipendente od altrimenti addetto ad attività lavorativa."

La Regione Emilia-Romagna ha anche collaborato attivamente ai seguenti progetti, che il Ministero della Salute-CCM ha affidato alla Regione Veneto:

- un programma nazionale di monitoraggio degli effetti della legge 3/2003 nei luoghi di lavoro pubblici e privati, effettuato mediante somministrazione di un questionario concordato a livello nazionale, in 110 aziende del territorio regionale, oggetto di sopralluogo avvenuto nella normale attività di vigilanza dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) afferenti ai Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL della Regione;
- la predisposizione di linee guida operative per l'appropriata applicazione della normativa, in chiave promotiva, integrando il materiale prodotto dall'Azienda Usl di Bologna nell'ambito del citato progetto pilota di Anzola Emilia con la documentazione della Regione Veneto.

A cura di Mara Bernardini, Dipartimento di Sanità pubblica - Azienda USL di Modena

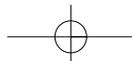


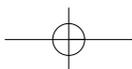
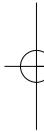
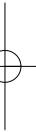
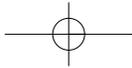
Parte sesta

**I sequestri di droga
e l'attività dell'autorità
giudiziaria**

2007

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze





17. L'attività delle Forze dell'Ordine: sequestri, denunce e mortalità per uso di sostanze in Emilia-Romagna nel 2006

Il complesso dei dati e delle informazioni acquisite circa le caratteristiche e l'andamento del fenomeno criminale del narcotraffico consente di affermare che il segno complessivo della situazione della criminalità organizzata in Emilia-Romagna, sia in termini assoluti e sia in comparazione con quella delle altre principali regioni dell'Italia settentrionale (in particolare Lombardia e Piemonte), continua ad essere rappresentato da minore diffusione ed intensità delle aggregazioni delinquenti riconducibili alle organizzazioni mafiose tradizionali.

Occorre, però, osservare che l'Emilia-Romagna, in virtù del consolidato sviluppo di attività produttive in diversi settori, rappresenta una delle aree di maggior benessere della Nazione, e tale prosperità potrebbe essere alla base della crescente importanza, recentemente registrata, da un lato, dei nuovi processi di aggregazione criminale che contrassegnano il controllo del mercato illegale degli stupefacenti e, dall'altro, di significative accentuazioni del rischio di infiltrazione di soggetti e interessi prettamente mafiosi nel tessuto economico regionale.

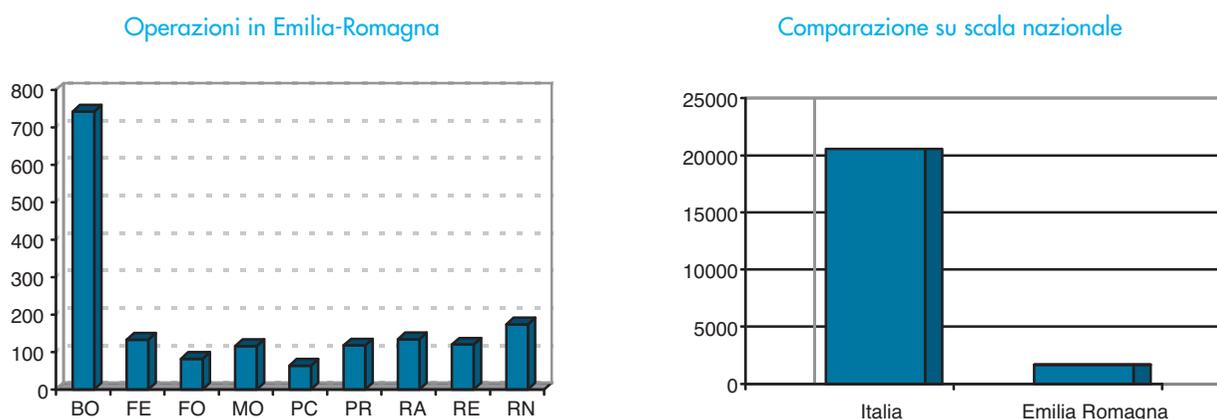
Le numerose denunce a carico di soggetti sospettati di appartenere a sodalizi criminali di un certo spessore, dimostrano l'interesse che questa regione riveste soprattutto nell'ottica del reinvestimento di proventi del narcotraffico in attività apparentemente lecite.

Le consorterie di matrice etnica (nigeriani, dominicani, tunisini, albanesi, marocchini), sono anch'esse coinvolte, spesso con ruoli di rilievo, nei traffici di sostanze stupefacenti (oltre, ovviamente, ad altre attività delittuose di diverso tipo), i cui illeciti profitti vengono, anche in questo caso, investiti in attività legali, infiltrando settori dell'economia locale, con particolare riguardo all'edilizia.

Per quanto riguarda le operazioni antidroga, nel 2006, si sono avute nella regione 1.683 operazioni, il 3,13% in più rispetto al 2005.

Negli anni, le operazioni antidroga si sono mantenute su una media di circa 1.500 l'anno. Il picco più alto è stato registrato nel 1998 (1.785) e quello minimo nel 2003 (1.384).

Fig. 1. Operazioni antidroga nelle province dell'Emilia-Romagna e in Italia (Anno 2006, valori assoluti)



Sequestri di stupefacenti

Nella regione, lo scorso anno, sono stati sequestrati: 146,12 kg di cocaina, 62,07 kg di eroina, 924,97 kg di hashish, 17,51 kg di marijuana, nr. 934 piante di cannabis e nr. 9.159 dosi di droghe sintetiche.

In Emilia-Romagna si è avuto il 3,16% della cocaina sequestrata a livello nazionale, il 4,68% dell'eroina, il 4,82% dell'hashish, lo 0,32 della marijuana ed il 6,86% delle droghe sintetiche.

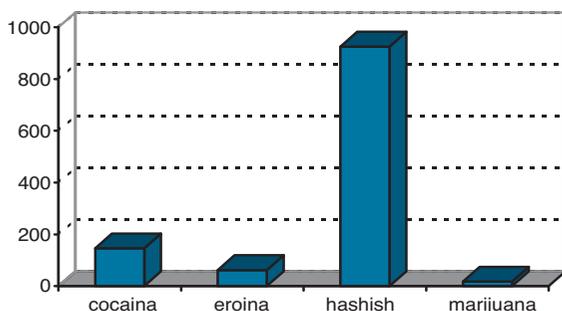
Il sequestro quantitativamente più elevato è stato quello

relativo a kg. 310 di hashish avvenuto a Castellarano (RE) nel mese di giugno.

Il flusso di tutti i tipi di droga verso questa regione è notevole. Si osserva tuttavia, nell'ultimo anno, un calo nei sequestri di eroina, marijuana e di droghe sintetiche, una lieve flessione di cocaina ed una impennata nei sequestri di hashish.

La lieve flessione registrata nei sequestri di cocaina (-6,49% rispetto al 2005), sembra in controtendenza con l'incremento complessivo, su scala nazionale, rispetto all'anno precedente (+5,74%).

Fig. 2. Sequestri di sostanze stupefacenti per tipologia (Anno 2006, v.a.)



Certamente, non bisogna trascurare l'efficacia dell'azione di contrasto attuata dalle Forze dell'Ordine soprattutto alle frontiere, dove è stata confermata un'elevata capacità investigativa e operativa dei reparti territoriali.

In tale quadro, l'Emilia-Romagna, attesa la sua posizione geografica che la colloca distante dai consueti punti d'ingresso della cocaina in territorio nazionale, deve essere considerata un terminale di destinazione di questa droga e, come tale, le statistiche regionali risentono dei sequestri effettuati dalle Forze dell'Ordine al momento in cui lo stupefacente arriva in territorio nazionale.

Prova ne sia il sequestro, operato nel luglio 2006 nel porto di Livorno, di 118 kg di cocaina purissima destinato ad un'organizzazione dominicana operante tra le province di Rimini e Ravenna, o i frequenti arresti di corrieri, assoldati in Germania e provenienti dall'Olanda, il cui carico era destinato all'Emilia-Romagna (area modenese e Riviera romagnola), da parte di organizzazioni tunisine.

A proposito dell'eroina, è utile soffermarsi ad analizzare, brevemente, l'attuale scenario del traffico e della distribuzione di questo stupefacente.

Cosa nostra ha oramai abbandonato il mercato dell'eroina che l'aveva vista, negli anni '70 e '80, leader mondiale nel traffico della sostanza proveniente dagli Stati Uniti.

Infatti, dopo la cosiddetta "Pizza Connection", vi è stato un graduale passaggio del *business* dell'eroina che, per quanto concerne il mercato europeo, è quasi tutta di provenienza afgana e

viene trafficata, almeno quella destinata al nostro Paese, sulla rotta balcanica.

Il traffico dalle aree di produzione verso l'Europa è gestito interamente dalla mafia turca, che, per la distribuzione nel Vecchio Continente, ha stabilito degli accordi di cartello con gruppi di etnia albanofona, peraltro profondamente radicati in Emilia-Romagna.

Grazie all'azione di contrasto posta in essere dalle Autorità italiane nel Canale d'Otranto e all'intensificarsi dei rapporti di cooperazione internazionale tra Italia ed Albania, i serrati controlli e la conseguente diminuzione degli sbarchi hanno avuto anche ripercussioni sulle spedizioni di marijuana, da cui il brusco calo dei sequestri in Emilia-Romagna (-79,15 rispetto all'anno passato).

La difficoltà di approvvigionamento della marijuana spiega il maggiore consumo di hashish (+33,81% rispetto al 2005, con 325 kg sequestrati a Reggio Emilia), maggiormente disponibile, anche perché il suo traffico è storicamente monopolizzato dalle organizzazioni marocchine, tunisine ed algerine, che vantano presenze consistenti in Emilia-Romagna e che, attraverso la presenza di loro connazionali residenti in Spagna e in Francia, controllano il flusso dello stupefacente che si sviluppa lungo tutta la rotta che dal Marocco giunge in Italia.

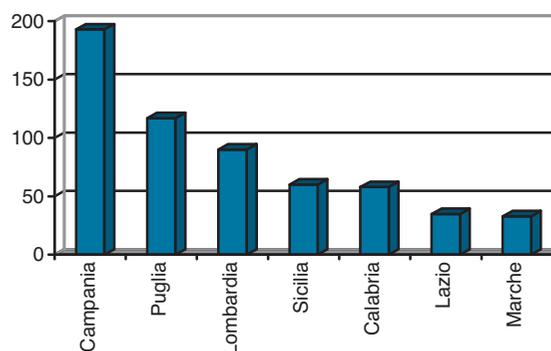
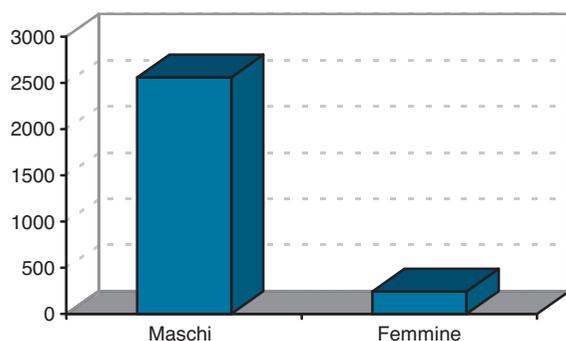
Per quanto concerne le droghe sintetiche, sebbene in ambito nazionale si sia registrato un calo nei sequestri, si può osservare come la Riviera romagnola, con 2754 pasticche di ecstasy sequestrate nella sola Rimini nel 2006, in cui si è avuto il 6,86% dei sequestri rispetto al totale nazionale, conferma il dato di una forte richiesta che è da attribuirsi, verosimilmente, alla presenza di discoteche e locali notturni ove il consumo di tali sostanze rimane, notoriamente, elevato.

Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria

Il numero delle persone segnalate nel 2006 all'Autorità Giudiziaria per motivi di droga (2.802) corrisponde all'8,54% del totale nazionale. Le denunce, aumentate rispetto al 2005 del 4,83%, hanno riguardato per il 97,32% il reato di traffico illecito e per il 2,43% quello di associazione finalizzata al traffico.

L'andamento delle denunce negli ultimi anni mostra un dato in crescita. Nel decennio il picco massimo si è avuto nel 2006 con 2.802.

Fig. 3. Persone segnalate all'Autorità giudiziaria in Emilia-Romagna per sesso e regione di nascita (Anno 2006, v.a.)



Le persone nate in Emilia-Romagna e indagate in altre regioni sono state 143, di cui 8 per associazione finalizzata al traffico.

Gli italiani nati fuori regione e denunciati in Emilia-Romagna per motivi di droga sono stati 765. Quelli di origine campana hanno registrato il maggior numero di denunce (193), seguiti da quelli di origine pugliese (117), lombarda (90) e siciliana (60).

In particolare, nelle province di Bologna, Parma, Piacenza e sulla riviera romagnola è stata localizzata la presenza di cosche della 'ndrangheta del crotonese; nelle province di Ferrara e Rimini sono presenti clan appartenenti alla criminalità organizzata pugliese; nelle province di Modena, Parma e Reggio Emilia, è accertata la presenza di affiliati alla *camorra* (clan camorristici del casertano), mentre *'cosa nostra* è stata individuata nelle province di Reggio Emilia, Modena e Ravenna.

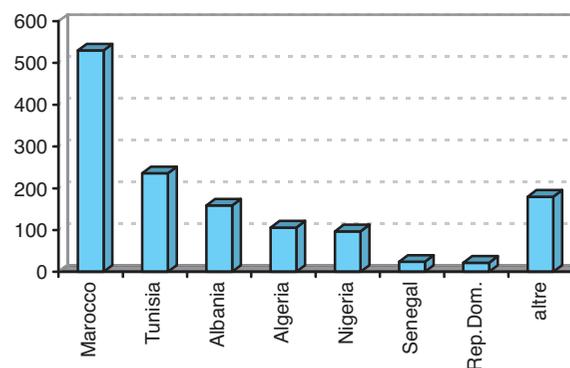
Stranieri segnalati

L'Emilia-Romagna ha registrato un alto numero di stranieri coinvolti, risultati essere 1.354 e corrispondenti al 14,19% del totale dei denunciati a livello nazionale.

Con 530 segnalazioni alla magistratura per reati di cui al D.P.R. 309/1990, i marocchini risultano essere l'etnia più deferita all'A.G. in Emilia-Romagna, subito seguiti dai tunisini (236).

Gli albanesi, terzi per numero di segnalazioni all'A.G. in Emilia-Romagna (159), evidenziano un livello di penetrazione che sembra più accentuato al Centro Nord rispetto al Centro Sud, e presentano le stesse caratteristiche che li accomunano, per metodi e struttura, alle associazioni mafiose.

Fig. 4. Persone segnalate all'Autorità giudiziaria in Emilia-Romagna per nazionalità (Anno 2006, v.a.)



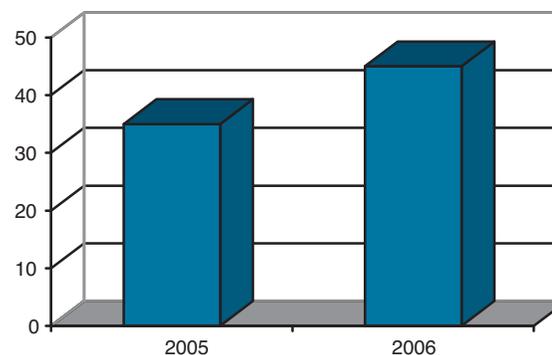
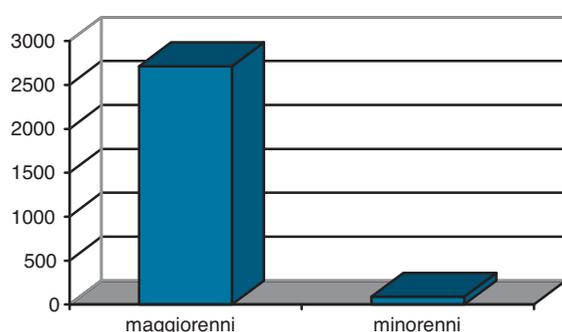
Minori segnalati

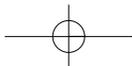
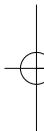
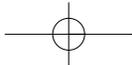
I minori segnalati sono stati 89, pari all'8,57% del totale nazionale.

Decessi da abuso di stupefacenti

Infine, si sono registrati nella Regione Emilia-Romagna, nel 2006, 45 decessi per overdose, con un incremento del 28,57% rispetto al 2005 (35 casi) che rappresentano, rispetto al dato nazionale (517), l'8,70%. Nella regione i decessi, negli ultimi 10 anni, hanno registrato il picco massimo nel 1997 (134) e il picco minimo nel 2002 (26).

Fig. 5. Persone decedute per uso di sostanze stupefacenti per maggiorenni/minorenni e anno (Anno 2006, confronto con 2005, v.a.)





Finestre informative

Progetto nazionale "Farmaci sostitutivi"

Legge regionale sul tabagismo

Centro di dattatica multimediale "Luoghi di prevenzione"

Gli Osservatori Aziendali sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna

Progetto nazionale “Farmaci sostitutivi: Stato dell’arte e costruzione di una piattaforma di consenso per il miglioramento della qualità dei programmi di trattamento”

Il progetto è finanziato nell’ambito del Fondo Nazionale per la Lotta contro la Droga – Esercizio finanziario 2001. Soggetto assegnatario: Ministero della Salute.

- Soggetto esecutore: Regione Emilia-Romagna (Regione capofila), in collaborazione con:

- Azienda USL Ferrara, per la gestione amministrativa, economico-finanziaria

- Ricerca srl, con sede a Roma, via Tripoli 110, per la gestione tecnico-scientifica

- Soggetti partecipanti: Regioni Veneto, Toscana, Umbria, Abruzzo, Marche, Molise, Calabria, Campania, Puglia e Provincia Autonoma di Bolzano

Il sito web

www.saluter.it/oppiacei

Responsabile del progetto

dott.ssa Mila Ferri , dirigente area dipendenze RER
miferri@regione.emilia-romagna.ir

Obiettivi

- Ricognizione delle principali strategie di intervento adottate dai Servizi italiani, pubblici e privati accreditati, per i trattamenti farmacologici sostitutivi nella dipendenza da oppiacei: definizione del trattamento, integrazione con altri trattamenti, funzionalità dell’equipe, accesso alle evidenze scientifiche.

- Raggiungimento di una piattaforma di consenso e formulazione di indicazioni operative condivise dalle Regioni partecipanti per la gestione dei trattamenti con farmaci sostitutivi: “Patient Placement Criteria”, o “Treatment Matching”, e qualità dei trattamenti.

- Diffusione delle informazioni raccolte e dei documenti prodotti dal progetto tramite: conferenze regionali, congresso nazionale previsto a conclusione delle azioni progettuali, nell’autunno 2008, e il sito web del progetto.

Stato di attuazione dei quattro sottoprogetti

1. Evidenze scientifiche

Sul sito del progetto www.saluter.it/oppiacei sono disponibili le prime traduzioni degli abstract di studi pubblicati sulle riviste scientifiche a forte impatto, cominciando da quelli più recenti, selezionati da fonti autorevoli, quali: Pubmed Central (PMC); Heroin Addiction and Related Clinical Problems; Cochrane Library, Europad. Gli studi sono stati individuati tenendo conto delle aree tematiche di interesse dei professionisti, così come delineate dai risultati emersi nella rilevazione effettuata dal progetto. Sono disponibili, inoltre, approfondimenti su temi specifici (p.e. l’affidamento del farmaco) e raccolte di opere base (*essential*) sul tema. Funzioni per rendere il sito più interattivo ed altri servizi informativi saranno implementati nei prossimi mesi.

Responsabile del sottoprogetto 1 per Ricerca srl:
dott.ssa Antonella Camposeragna

2. Qualità dei prodotti di trattamento

Il 22 febbraio 2008 ha avuto luogo a Bologna la prima conferenza regionale prevista dal progetto per presentare i contenuti emersi dai questionari strutturati e dai focus group realizzati con i professionisti dei Servizi pubblici e privati. L’obiettivo dell’indagine è stato quello di rilevare opinioni e atteggiamenti riguardo ai trattamenti farmacologici sostitutivi: conoscenza terapie, procedure per assegnazione dei casi, coinvolgimento delle figure professionali nella realizzazione dei trattamenti sostitutivi, impatto dei trattamenti sulle aree critiche dei pazienti e sulla qualità del servizio, integrazione dei trattamenti sostitutivi con i trattamenti psico-sociali. Le altre conferenze regionali avranno luogo nei prossimi mesi e serviranno a predisporre il materiale di lavoro della conferenza finale (autunno 2008).

Responsabili del sottoprogetto 2 per Ricerca srl:
dott.ssa Federica Volpi, dott.ssa Sabina Tassinari

3. Definizione del trattamento più adeguato per ogni paziente

In gennaio 2008 hanno avuto inizio gli incontri del *panel* di esperti, coordinato dal prof Ambros Uchtenhagen¹, per identificare i criteri di massima (inclusione ed esclusione) dei principali assi di trattamento delle dipendenze patologiche. L’obiettivo è quello di giungere alla stesura di un documento di raccomandazioni cliniche, supportate dalla letteratura scientifica e dal parere di esperti autorevoli in ambito nazionale e internazionale, per l’affidamento dei pazienti ai diversi trattamenti (“Patient Placement Criteria”, o “Treatment Matching”). Il documento sarà presentato nella conferenza finale.

Responsabili del sottoprogetto 3 per Ricerca srl:
dott. Maurizio Coletti, dott.ssa Lolita Gulimanoska

4. Esiti dei trattamenti in relazione alla funzionalità delle équipes

Attraverso un'analisi condotta su un campione di Servizi, pubblici e privati, si intende comprendere se esistano differenze significative negli esiti dei trattamenti che rimandano alle caratteristiche ed ai processi relativi all'équipe.

L'indagine intende esplorare e rendere esplicite eventuali configurazioni, strutturali e/o funzionali, dello staff che dovessero caratterizzarsi come dimensioni critiche o di successo dei trattamenti, al fine di consentire la definizione di raccomandazioni in materia. La rilevazione prevista dal progetto è terminata ed attualmente è in corso l'elaborazione dei dati. I risultati saranno discussi nella conferenza finale.

Responsabile del sottoprogetto 4 per Ricerca srl:
dott. Francesco Gaudio

¹ Già professore di psichiatria all'Università di Zurigo, già presidente di Institut für Suchtforschung (ISF), consulente dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze e dell'OMS

Legge regionale sul tabagismo

Legge regionale 27 luglio 2007 n. 17 "Disposizioni in materia di Prevenzione, cura e controllo del tabagismo"

Novità introdotte dalla Legge regionale rispetto alle disposizioni normative statali in materia.

Promuovere una strategia globale di contrasto del tabagismo (non solo divieti)

La Giunta regionale dovrà predisporre un apposito Piano triennale d'intervento finalizzato a:

prevenire l'abitudine al fumo attraverso la promozione di stili di vita sani, in particolare tra i giovani e nei luoghi di lavoro;

curare il tabagismo. Al tabagismo viene riconosciuta dignità di malattia, in quanto dipendenza patologica, e ai fumatori, in quanto pazienti, è garantito l'accesso gratuito ai servizi di cura del Sistema sanitario regionale, come già avviene per l'alcol e le altre dipendenze;

favorire il rispetto del divieto di fumo mediante la combinazione di azioni persuasive (campagne di comunicazione volte a sviluppare la cultura del non-fumo tra i cittadini) e dissuasive (vigilanza e controllo da parte degli organi preposti).

Estendere le tutele per la salute dei cittadini della Regione Emilia-Romagna, non scendendo mai al di sotto dei livelli di tutela contenuti nelle previsioni statali

Nelle scuole

La legge (facendo proprie le raccomandazioni dell'O.M.S.) promuove la totale assenza di fumo nelle scuole, anche nei cortili, mediante azioni volte a sensibilizzare gli studenti ed il

personale, docente e non docente, circa l'opportunità educativa e preventiva di tale scelta. E' prevista anche l'attribuzione di premi annuali per gli istituti scolastici che meglio hanno sviluppato il tema della promozione di "ambienti scolastici favorevoli alla salute", completamente liberi dal fumo;

Nelle strutture sanitarie

Per tutelare la salute dei pazienti e per motivi d'igiene e di decoro ambientale, nelle strutture sanitarie il divieto di fumo è esteso anche alle aree aperte limitrofe agli accessi e ai percorsi sanitari, appositamente individuate e segnalate;

Nei luoghi di lavoro

La legge nazionale, per quanto riguarda i luoghi di lavoro privati, non include necessariamente i lavoratori tra i soggetti da tutelare dal fumo passivo: parla genericamente di "utenti". La legge regionale precisa che per utenti sono da intendersi anche gli stessi lavoratori;

Ricerca con la categoria dei pubblici esercenti un rapporto collaborativo e premiante, affinché sensibilizzino gli utenti a comportamenti rispettosi del divieto di fumo

La Circolare Min. Salute del 17.12. 2004, è stata dichiarata illegittima dal Tar del Lazio, con sentenza n. 6068 del 2005, nella parte che prevede sanzioni per gli esercenti che non abbiano segnalato le infrazioni ai pubblici ufficiali.

La legge regionale prevede invece, nell'ottica della promozione della salute, specifiche iniziative promozionali che premiano con adeguata visibilità gli "esercizi liberi dal fumo" (fermi restando gli obblighi di tutela della salute da parte dei datori di lavoro nei confronti dei propri dipendenti, previsti anche dal D.Lgs 626, compresi quelli di informare sulla nocività del fumo di tabacco e sulle modalità efficaci per smettere di fumare).

Centro di dattica multimediale

“Luoghi di prevenzione”

“Luoghi di prevenzione”

Il Centro Regionale di didattica multimediale “Luoghi di prevenzione” della Regione Emilia Romagna, si inserisce nell’ambito delle politiche regionali volte a promuovere la salute e i corretti stili di vita.

Il Centro è gestito dalla “Lega contro i Tumori” di Reggio Emilia, Ente a cui è affidato il coordinamento scientifico e la gestione organizzativa, in stretta collaborazione con l’Azienda Usl, il Comune e la Provincia di Reggio Emilia.

“Luoghi di Prevenzione”, nato come continuazione ideale della rassegna itinerante multimediale “Le vie del fumo” (che ha registrato nel triennio 2003/2005 oltre 12.000 presenze di pubblico negli allestimenti di Reggio Emilia, Rimini, Ravenna, Scandiano, Napoli, Bologna) si caratterizza come sede permanente per la fruizione continua, da parte di insegnanti, operatori socio-sanitari, educatori ambientali, esponenti del volontariato sociale, di strumenti di didattica innovativi ed interattivi sui temi della prevenzione dell’abitudine al fumo, del consumo/abuso di alcol, dell’interazione fra salute e ambiente e, a partire da gennaio 2006, della prevenzione oncologica.

All’interno del Centro si realizzano percorsi didattici di formazione/formatori e iniziative di aggiornamento per Aziende Sanitarie, Enti locali, Scuole e Associazioni.

Le proposte educative nell’ambito della promozione della salute, sono veicolate da obiettivi intermedi riconducibile alle life skills e alle competenze trasversali e si articolano in percorsi laboratoriali pluridisciplinari che utilizzano giochi per l’apprendimento attivo, attivazioni espressive, esperienze “scientifiche”, avvalendosi di molteplici linguaggi: informatico, neurobiologico, psicologico, letterario, musicale, artistico, corporeo, espressivo e metaforico.

I destinatari principali dei percorsi di “Luoghi di Prevenzione” sono prevalentemente operatori socio/ sanitari, docenti e studenti di scuola media inferiore e superiore.

Si stanno ampliando le richieste di formazione da parte di amministratori locali, personale con funzioni specialistiche nell’ambito delle imprese, target specifici della popolazione generale (per esempio: associazioni dei genitori, consulte studenti, associazioni sportive) e privato/sociale.

“Luoghi di Prevenzione” offre, in sintesi le seguenti possibilità:

Per chi si occupa della progettazione e realizzazione di interventi e percorsi di promozione della salute riguardanti i temi trattati nel centro, è un’ opportunità per la programmazione di azioni di aggiornamento interistituzionale partecipate, oltre che di selezione e raccolta di documentazione innovativa rispetto all’uso della multimedialità

multidisciplinare nella prevenzione;

Per i docenti e gli educatori è un modo per acquisire metodologia e strumenti aggiornati per la realizzazione di moduli didattici tematici nei propri ambiti di competenza, nell’ambito della propria materia di insegnamento o del tema di salute che si propone alla scuola;

Per gli studenti universitari è un utile completamento ad un percorso di formazione che riguardi l’ambito sanitario/assistenziale, pedagogico/formativo, della comunicazione scientifica;

Per gli studenti di scuola media superiore è una via innovativa per l’approfondimento multidisciplinare e la motivazione ad intervenire attivamente e responsabilmente riguardo a stili di vita, significati, comportamenti su fumo, alcol, ambiente;

Per gli studenti di scuola media inferiore è un’opportunità per affrontare in modo innovativo, ludico e coinvolgente temi che appartengono alla didattica “curriculare” delle discipline scientifiche.

“Luoghi di prevenzione” consente un percorso personale e/o di gruppo per iniziare o approfondire il discorso sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, ambiente e consapevolezza nella scelta.

Obiettivi, metodologia e significato di “Luoghi di Prevenzione”

Salute, educazione sanitaria, educazione alla salute: un percorso ormai ventennale ha segnato il lento passaggio da una concezione di salute come “assenza di malattia” ad una concezione di salute che vede l’individuo responsabile delle proprie scelte, sia quando si trova a dover individuare il percorso terapeutico più adatto al proprio caso, sia quando si pone di fronte alla prevenzione, alla riflessione sui propri stili di vita, ai comportamenti che favoriscono una buona qualità della vita intesa come armonia fra benessere fisico, psicologico, spirituale, relazionale.

Questo passaggio è stato accompagnato e, spesso, facilitato, dalle strategie adottate dalle politiche per la promozione della salute.

Il percorso ha implicato da un lato la necessità di migliorare e rendere più efficaci i mezzi di informazione, dall’altro la necessità di integrare i moduli informativi con le componenti relazionali ed emozionali che condizionano i processi decisionali.

La metodologia usata (“apprendimento attivo” attraverso le esperienze del laboratorio) si avvale dei seguenti punti fondamentali:

Per le scuole primarie e dell'infanzia usa il linguaggio fantastico, la fantasia guidata, la drammatizzazione, l'educazione alla musica e le attività di educazione alla corporeità e al movimento;

Per le scuole secondarie di primo grado usa l'inchiesta giornalistica, le attività espressive legate alla capacità di produrre e leggere messaggi pubblicitari, il gioco di ruolo e l'analisi di situazione;

Per le scuole secondarie di secondo grado usa i linguaggi del laboratorio scientifico/ esperienziale, le tecniche di visualizzazione, l'analisi immaginativa, l'educazione fra pari, la scrittura creativa terapeutica autobiografica.

Dal 2003 la "Lega contro i Tumori" di Reggio Emilia ha attivato la modalità del percorso didattico interattivo multimediale, secondo le metodologie sopraindicate, che ha condotto all'apertura di "Luoghi di Prevenzione".

Il percorso didattico può essere usato da operatori socio-sanitari, amministratori locali, pedagogisti, esperti di formazione nell'educazione alla salute e docenti, per progettare, contestualizzare, approfondire, i temi di salute affrontati con i giovani.

Ogni percorso tematico (sono attivi i percorsi su tabagismo, alcol, salute e ambiente, neuroscienze, salute e emozioni, prevenzione oncologica, disturbi e simbologia del comportamento alimentare) è affrontato con laboratori che

approfondiscono l'argomento, utilizzando i diversi linguaggi sopracitati.

Il vantaggio dell'esperienza a "Luoghi di Prevenzione" è sostenuto dal fatto che vi si ricevono un forte rinforzo motivazionale rispetto al tema, si è coinvolti in un'esperienza che implementa e valorizza la relazione fra punto di vista soggettivo e oggettivo della salute, ci si confronta con molte tecniche per sviluppare un atteggiamento critico e creativo rispetto ai problemi.

Ogni percorso unisce al rigore e alla precisione degli approfondimenti scientifici, il recupero dell'armonia funzionale fra ambito cognitivo e ambito affettivo/ emotivo/ relazionale.

Nei processi decisionali legati al cambiamento dei comportamenti è, infatti, essenziale tenere presente, sia che li si consideri per le ricadute individuali, sia che li si consideri per le ricadute didattiche, sociali e sanitarie, che l'aspetto prioritario della programmazione riguarda una concezione di "persona" nelle sue dimensioni corporee, cognitive, relazionali, affettivo/emozionali.

Il Centro mette a disposizione di docenti e operatori socio-sanitari, nuove metodiche e tecnologie di intervento e supporto. Negli spazi di "Luoghi di Prevenzione" è possibile organizzare seminari, corsi d'aggiornamento e stages per operatori della formazione.

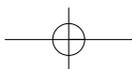
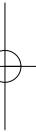
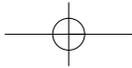
A cura di Sandra Bosi - LILT di Reggio Emilia

Gli Osservatori Aziendali sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna

Per i dati e le relazioni relative ai singoli territori delle AUSL dell'Emilia-Romagna è possibile rivolgersi ai referenti degli Osservatori aziendali sulle dipendenze:

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Piacenza	Antonio Mosti Marco Controguerra
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Parma	Paolo Volta Mario Lunghi
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Reggio Emilia	Giampiero Montanari
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Modena	Gianni Morandi Monica Malagoli
Osservatorio metropolitano sulle dipendenze AUSL Bologna	Raimondo Maria Pavarin Samantha Sanchini
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Imola	Giuseppe Pascarella
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Ferrara	Cristina Sorio Gabriella Antolini Donata Soffritti
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Ravenna	Marcella Fanelli Matteo Gori
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Forlì	Edo Polidori Samantha Sanchini
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Cesena	Paolo Ugolini Monica Teodorani Alessandro Mariani D'Altri
Osservatorio sulle dipendenze AUSL Rimini	Stella Salaris Matteo Gori Michela Buda

Gli indirizzi degli Osservatori sono sul sito Regionale Area Dipendenze: www.saluter.it/dipendenze



Allegato statistico

**1. L'utenza complessiva
dei Servizi per le dipendenze nel 2006**

2. Utenza tossicodipendente

3. Utenza alcoldipendente

4. Utenza tabagista

**5. Allegato cap. 8.
Le patologie infettive
correlate all'uso di droga**

**6. Allegato cap 10.
La mortalità tra i tossicodipendenti
e gli alcolisti afferenti
ai Servizi dell'Emilia-Romagna**

2007

1. L'utenza complessiva dei Servizi per le dipendenze nel 2006

Tab. 1. Carico complessivo utenza dei servizi per le dipendenze per AUSL e anni

A. Sintesi per anni

Anni	Tossicodipendenti in carico	Tossicodipendenti provvisori	Tossicodipendenti in appoggio	Alcoldipendenti in carico	Alcoldipendenti provvisori	Tabagisti afferiti	Totale
2003	10.774	1.611	3.759	4.176	359	919	21.598
2004	11.231	1.750	3.371	4.686	362	1.377	22.777
2005	12.210	1.660	3.474	5.108	906	1.195	24.553
2006	12.559	2.312	3.699	5.174	1.143	1.518	26.405

Anno 2006

Azienda USL	Tossicodipendenti in carico	Tossicodipendenti provvisori	Tossicodipendenti in appoggio	Alcoldipendenti in carico	Alcoldipendenti provvisori	Tabagisti afferiti	Totale
Piacenza	574	300	243	463	96	141	1.817
Parma	1.359	276	317	496	127	150	2.725
Reggio Emilia	1.209	283	183	491	35	137	2.338
Modena	1.384	228	366	799	298	322	3.397
Bologna	3.730	18	588	1.092	12	0	5.440
Imola	282	15	59	273	26	57	712
Ferrara	963	283	372	384	86	447	2.535
Ravenna	1.075	321	588	532	123	0	2.639
Forlì	493	189	80	173	58	84	1.077
Cesena	502	142	237	178	60	23	1.142
Rimini	988	257	666	293	222	157	2.583
Regione	12.559	2.312	3.699	5.174	1.143	1.518	26.405

2. Utenza tossicodipendente

Tab. 1. Utenti tossicodipendenti in carico nei Servizi (Anni dal 1991 al 2006, Valori assoluti e variazioni %).

Anni	v.a.	variaz. % (base = 1991)	variaz. % (anno per anno)
1991	7.114	-	-
1992	7.570	6,4	6,4
1993	7.677	7,9	1,4
1994	8.290	16,5	8,0
1995	8.709	22,4	5,1
1996	8.979	26,2	3,1
1997	9.058	27,3	0,9
1998	9.041	27,1	-0,2
1999	9.422	32,4	4,2
2000	9.747	37,0	3,4
2001	10.010	40,7	2,7
2002	10.372	45,8	3,6
2003	10.774	51,4	3,9
2004	11.231	57,9	4,2
2005	12.210	71,6	8,7
2006	12.559	76,5	2,9

Tab. 2. Tipologia utenza tossicodipendente per AUSL (Anni 2005 e 2006, valori assoluti)

Azienda USL	Totale		Nuova		Utenza già in carico o reingressi		Provvisori*	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006*
Piacenza	595	574	101	99	494	475	48	300
Parma	1.353	1.359	258	241	1.095	1.118	222	276
Reggio Emilia	1.215	1.209	281	255	934	954	549	283
Modena	1.336	1.384	279	253	1.057	1.131	229	228
Bologna	3.343	3.730	860	879	2.483	2.851	35	18
Imola	395	282	95	44	300	238	0	15
Ferrara	991	963	176	158	815	805	108	283
Ravenna	1.068	1.075	181	135	887	940	205	321
Forlì	521	493	128	91	393	402	41	189
Cesena	455	502	91	88	364	414	92	142
Rimini	938	988	280	267	658	721	131	257
Regione	12.210	12.559	2.730	2.510	9.480	10.049	1.660	2.312

* Per compilare la tabella sono stati presi in considerazione i dati dei nuovi utenti provvisori di SistER

Tab. 3. Cittadinanza utenti tossicodipendenti in carico dei SerT (anno 2006)

AUSL	Città	Non nota		Italiana		UE		Extra UE	
		Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
	Borgonovo Val Tidone	0	0	10	87	0	0	3	1
	Piacenza	0	0	49	257	0	1	0	1
	Cortemaggiore/Val D'arda	0	0	34	126	0	0	3	2
Piacenza		0	0	93	470	0	1	6	4
	Parma	0	0	78	540	0	0	3	20
	Fidenza	1	0	14	135	0	0	0	5
	Fornovo di Tarò - Borgotaro	0	0	11	84	0	0	0	0
	Langhirano	0	0	17	93	0	0	0	2
	Colorno	0	0	28	134	0	0	0	6
	Colorno Carcere	0	0	69	81	0	0	20	18
Parma		1	0	217	1067	0	0	23	51
	Montecchio Emilia	0	0	25	91	0	0	1	0
	Reggio Emilia	0	0	95	385	0	0	13	9
	Guastalla	1	0	32	137	0	0	1	4
	Correggio	0	0	31	96	0	0	2	2
	Scandiano	1	0	47	140	0	0	0	1
	Castelnovo nei Monti	0	0	6	87	0	0	0	2
Reggio Emilia		2	0	236	936	0	0	17	18
	Carpi	0	1	31	148	0	2	5	3
	Mirandola	1	0	24	108	0	0	0	0
	Modena	0	0	48	378	0	1	5	21
	Sassuolo	0	0	57	208	0	3	1	8
	Pavullo nel Frignano	0	0	7	36	0	0	0	1
	Vignola	0	0	23	100	1	0	1	2
	Castelfranco Emilia	0	0	46	99	0	1	3	11
Modena		1	1	236	1077	1	7	15	46
	Zola Predosa - Casalecchio R. *								
	Vergato *								
	San Lazzaro di Savena *								
	Budrio	0	0	17	89	0	0	1	2
	San Giorgio di Piano	0	0	25	143	0	0	2	3
	San Giovanni in Persiceto	0	0	23	106	0	0	0	2
	Bologna - Sert Est *								
	Bologna - Borgo Ovest *								
	Bologna - Navile Nord *								
	Carcere Bo *								
Bologna		0	0	65	338	0	0	3	7
Imola	Imola	0	0	40	236	0	0	4	2
	Ferrara	2	0	49	362	1	0	10	4
	Portomaggiore	0	0	17	95	0	0	0	0
	Codigoro	0	0	33	153	0	0	1	0
	Copparo	0	0	16	115	0	0	1	0
	Cento	1	0	26	74	0	0	1	2
Ferrara		3	0	141	799	1	0	13	6
	Ravenna	0	2	61	451	0	0	4	22
	Lugo *								
	Faenza	1	0	46	244	0	0	2	6
Ravenna		1	2	107	695	0	0	6	28
Forlì	Forlì	2	0	82	387	0	3	7	12
Cesena	Cesena	0	0	83	407	2	1	3	6
	Rimini	1	0	140	425	0	0	14	7
	Riccione	0	0	106	286	0	0	6	3
Rimini		1	0	246	711	0	0	20	10
Totale RER		11	3	1.546	7.123	4	12	117	190

NB: I SerT contrassegnati con asterisco (*) per il 2006 non hanno installato il nuovo sistema informativo SistER e quindi non hanno fornito i dati sulla nazionalità.

Tab. 4. Cittadinanza utenti tossicodipendenti in carico dei SerT (anno 2006)**A. Valori assoluti, suddivisione tra nuovi e già in carico**

AUSL	Non nota		Italiana		UE		Extra UE	
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
Piacenza	0	0	93	470	0	1	6	4
Parma	1	0	217	1.067	0	0	23	51
Reggio Emilia	2	0	236	936	0	0	17	18
Modena	1	1	236	1.077	1	7	15	46
Bologna*	0	0	65	338	0	0	3	7
Imola	0	0	40	236	0	0	4	2
Ferrara	3	0	141	799	1	0	13	6
Ravenna*	1	2	107	695	0	0	6	28
Forlì	2	0	82	387	0	3	7	12
Cesena	0	0	83	407	2	1	3	6
Rimini	1	0	246	711	0	0	20	10
Totale RER	11	3	1.546	7.123	4	12	117	190

NB: Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

B. Valori assoluti

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0	563	1	10	574
Parma	1	1.284	0	74	1.359
Reggio Emilia	2	1.172	0	35	1.209
Modena	2	1.313	8	61	1.384
Bologna*	0	403	0	10	413
Imola	0	276	0	6	282
Ferrara	3	940	1	19	963
Ravenna*	3	802	0	34	839
Forlì	2	469	3	19	493
Cesena	0	490	3	9	502
Rimini	1	957	0	30	988
Totale RER	14	8.669	16	307	9.006

NB: Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

C. Valori % per AUSL

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0,0	98,1	0,2	1,7	100,0
Parma	0,1	94,5	0,0	5,4	100,0
Reggio Emilia	0,2	96,9	0,0	2,9	100,0
Modena	0,1	94,9	0,6	4,4	100,0
Bologna*	0,0	97,6	0,0	2,4	100,0
Imola	0,0	97,9	0,0	2,1	100,0
Ferrara	0,3	97,6	0,1	2,0	100,0
Ravenna*	0,4	95,6	0,0	4,1	100,0
Forlì	0,4	95,1	0,6	3,9	100,0
Cesena	0,0	97,6	0,6	1,8	100,0
Rimini	0,1	96,9	0,0	3,0	100,0
Totale RER	0,2	96,3	0,2	3,4	100,0

NB: Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

Tab. 5. Andamento dell'utenza tossicodipendente segnalata in base all'Art.121 e Art. 75 della legge 309/90 per AUSL e anni (Valori assoluti)

Aziende USL	Art. 121		Art 75	
	2005	2006	2005	2006
Piacenza	20	108	27	29
Parma	54	39	58	31
Reggio Emilia	168	97	78	184
Modena	51	31	93	56
Bologna	119	76	95	51
Imola	23	0	44	0
Ferrara	143	157	164	107
Ravenna	237	143	144	94
Forlì	167	155	53	29
Cesena	157	112	48	29
Rimini	80	126	53	27
Regione	1.219	1.044	857	637

Tab. 6. Utenza tossicodipendente suddivisa per sesso e anni (Anni 1991-2004, valori assoluti, % e rapporti)

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Rapporto maschi/femmine	% Maschi	% Femmine	% Totale
2004	9.252	1.979	11.231	4,7	82,4	17,6	100,0
2005	10.170	2.040	12.210	5,0	83,3	16,7	100,0
2006	10.495	2.064	12.559	5,1	83,6	16,4	100,0

Tab. 7. Utenti tossicodipendenti in carico suddivisi per sesso e AUSL (Anni 1991-2004)**A. Valori assoluti**

Azienda USL	2004			2005			2006		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piacenza	475	92	567	487	108	595	470	104	574
Parma	1.008	192	1.200	1.165	188	1.353	1.165	194	1.359
Reggio Emilia	1.085	194	1.279	1.033	182	1.215	1.032	177	1.209
Modena	1.189	233	1.422	1.103	233	1.336	1.141	243	1.384
Bologna	2.053	535	2.588	2.742	601	3.343	3.103	627	3.730
Imola	292	74	366	316	79	395	212	70	282
Ferrara	865	136	1.001	848	143	991	818	145	963
Ravenna	793	197	990	867	201	1.068	881	194	1.075
Forlì	400	76	476	446	75	521	429	64	493
Cesena	368	83	451	377	78	455	405	97	502
Rimini	724	167	891	786	152	938	839	149	988
Regione	9.252	1.979	11.231	10.170	2.040	12.210	10.495	2.064	12.559

B. Valori % e rapporto maschi/femmine

Azienda USL	2004			2005			2006		
	% M	% F	Rapp. M/F	% M	% F	Rapp. M/F	% M	% F	Rapp. M/F
Piacenza	83,8	16,2	5,2	81,8	18,2	4,5	81,9	18,1	4,5
Parma	84,0	16,0	5,3	86,1	13,9	6,2	85,7	14,3	6,0
Reggio Emilia	84,8	15,2	5,6	85,0	15,0	5,7	85,4	14,6	5,8
Modena	83,6	16,4	5,1	82,6	17,4	4,7	82,4	17,6	4,7
Bologna	79,3	20,7	3,8	82,0	18,0	4,6	83,2	16,8	4,9
Imola	79,8	20,2	3,9	80,0	20,0	4,0	75,2	24,8	3,0
Ferrara	86,4	13,6	6,4	85,6	14,4	5,9	84,9	15,1	5,6
Ravenna	80,1	19,9	4,0	81,2	18,8	4,3	82,0	18,0	4,5
Forlì	84,0	16,0	5,3	85,6	14,4	5,9	87,0	13,0	6,7
Cesena	81,6	18,4	4,4	82,9	17,1	4,8	80,7	19,3	4,2
Rimini	81,3	18,7	4,3	83,8	16,2	5,2	84,9	15,1	5,6
Regione	82,4	17,6	4,7	83,3	16,7	5,0	83,6	16,4	5,1

Tab. 8. Utenti suddivisi per sesso, nuovi e già in carico e AUSL (Anno 2006)

AUSL	Totale	Totale utenti		Nuovi utenti		Già in carico	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	574	470	104	82	17	388	87
Parma	1.359	1.165	194	207	34	958	160
Reggio Emilia	1.209	1.032	177	211	44	821	133
Modena	1.384	1.141	243	216	37	925	206
Bologna	3.730	3.103	627	745	134	2.358	493
Imola	282	212	70	27	17	185	53
Ferrara	963	818	145	131	27	687	118
Ravenna	1.075	881	194	118	17	763	177
Forlì	493	429	64	82	9	347	55
Cesena	502	405	97	66	22	339	75
Rimini	988	839	149	230	37	609	112
Totale RER	12.559	10.495	2.064	2.115	395	8.380	1.669

Tab. 9. Utenti tossicodipendenti in carico suddivisi per nuovi e già in carico, sesso, SerT e totale per AUSL (Anno 2006, valori assoluti)

AUSL	Città	Nuovi o già conosciuti		Sesso		Nuovi		Già conosciuti		Totale
		Nuovi	Già in carico	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
	Borgonovo Val Tidone	13	88	86	15	12	1	74	14	88
	Piacenza	49	259	242	66	39	10	203	56	259
	Cortemaggiore/Val D'arda	37	128	142	23	31	6	111	17	128
Piacenza		99	475	470	104	82	17	388	87	475
	Parma	81	560	528	113	60	21	468	92	560
	Fidenza	15	140	126	29	10	5	116	24	140
	Fornovo di Taro - Borgotaro	11	84	86	9	10	1	76	8	84
	Langhirano	17	95	96	16	15	2	81	14	95
	Colorno	28	140	143	25	25	3	118	22	140
	Colorno Carcere	89	99	186	2	87	2	99	0	99
Parma		241	1.118	1.165	194	207	34	958	160	1.118
	Montecchio Emilia	26	91	103	14	24	2	79	12	91
	Reggio Emilia	108	394	428	74	92	16	336	58	394
	Guastalla	34	141	145	30	24	10	121	20	141
	Correggio	33	98	117	14	29	4	88	10	98
	Scandiano	48	141	159	30	37	11	122	19	141
	Castelnovo nei Monti	6	89	80	15	5	1	75	14	89
Reggio Emilia		255	954	1.032	177	211	44	821	133	954
	Carpi	36	154	150	40	28	8	122	32	154
	Mirandola	25	108	109	24	17	8	92	16	108
	Modena	53	400	360	93	43	10	317	83	400
	Sassuolo	58	219	239	38	56	2	183	36	219
	Pavullo nel Frignano	7	37	36	8	5	2	31	6	37
	Vignola	25	102	110	17	23	2	87	15	102
	Castelfranco Emilia	49	111	137	23	44	5	93	18	111
Modena		253	1.131	1.141	243	216	37	925	206	1.131
	Zola Predosa - Casalecchio R.	31	209	203	37	23	8	180	29	209
	Vergato	22	78	78	22	17	5	61	17	78
	San Lazzaro di Savena	23	229	203	49	20	3	183	46	229
	Budrio	18	91	94	15	15	3	79	12	91
	San Giorgio di Piano	27	146	140	33	24	3	116	30	146
	San Giovanni in Persiceto	23	108	110	21	21	2	89	19	108
	Bologna - Sert Est	104	572	526	150	76	28	450	122	572
	Bologna - Borgo Ovest	197	655	660	192	154	43	506	149	655
	Bologna - Navile Nord	58	249	252	55	46	12	206	43	249
	Carcere Bo	376	514	837	53	349	27	488	26	514
Bologna		879	2.851	3.103	627	745	134	2.358	493	2.851
Imola		44	238	212	70	27	17	185	53	238
	Ferrara	62	366	364	64	50	12	314	52	366
	Portomaggiore	17	95	94	18	13	4	81	14	95
	Codigoro	34	153	157	30	29	5	128	25	153
	Copparo	17	115	115	17	15	2	100	15	115
	Cento	28	76	88	16	24	4	64	12	76
Ferrara		158	805	818	145	131	27	687	118	805
	Ravenna	65	475	444	96	57	8	387	88	475
	Lugo	21	215	201	35	20	1	181	34	215
	Faenza	49	250	236	63	41	8	195	55	250
Ravenna		135	940	881	194	118	17	763	177	940
Forlì		91	402	429	64	82	9	347	55	402
Cesena		88	414	405	97	66	22	339	75	414
	Rimini	155	432	495	92	134	21	361	71	432
	Riccione	112	289	344	57	96	16	248	41	289
Rimini		267	721	839	149	230	37	609	112	721
Totale RER		2.510	10.049	10.495	2.064	2.115	395	8.380	1.669	10.049

Tab. 10. Incrocio tra classi di età, sesso utenti nuovi e già in carico o reingressi**A. Totale utenti**

Classi di età	2004			2005			2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
età <15	12	1	13	1	0	1	0	0	0
età 15/19	213	71	284	269	86	355	242	103	345
età 20/24	1.023	278	1.301	1.210	283	1.493	1.199	302	1.501
età 25/29	1.582	344	1.926	1.729	338	2.067	1.703	317	2.020
età 30/34	1.980	372	2.352	2.078	402	2.480	2.021	368	2.389
età 35/39	2.163	439	2.602	2.198	411	2.609	2.271	399	2.670
età >39	2.279	474	2.753	2.685	520	3.205	3.059	575	3.634
Totale	9.252	1.979	11.231	10.170	2.040	12.210	10.495	2.064	12.559

B. Nuovi utenti

Classi di età	2004			2005			2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
età <15	11	1	12	1	0	1	0	0	0
età 15/19	136	46	182	203	54	257	145	61	206
età 20/24	414	99	513	544	116	660	479	118	597
età 25/29	464	72	536	519	57	576	457	76	533
età 30/34	391	57	448	459	75	534	414	58	472
età 35/39	284	47	331	327	41	368	328	41	369
età >39	229	37	266	298	36	334	292	41	333
Totale	1.929	359	2.288	2351	379	2.730	2115	395	2.510

C. Utenti già in carico o reingressi

Classi di età	2004			2005			2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
età <15	1	0	1	0	0	0	0	0	0
età 15/19	77	25	102	66	32	98	97	42	139
età 20/24	609	179	788	666	167	833	720	184	904
età 25/29	1.118	272	1.390	1210	281	1.491	1.246	241	1.487
età 30/34	1.589	315	1.904	1619	327	1.946	1.607	310	1.917
età 35/39	1.879	392	2.271	1871	370	2.241	1.943	358	2.301
età >39	2.050	437	2.487	2387	484	2.871	2.767	534	3.301
Totale	7.323	1.620	8.943	7819	1661	9.480	8380	1669	10.049

Tab. 11. Utenza tossicodipendente in carico presso le AUSL per fasce di età e anni (Anni 1999-2005).**A. Età media**

<i>Ambito</i>	2004	2005	2006
Totali utenti RER	34,4	34,5	35,0
Totali utenti Italia			35,0
Nuovi utenti RER	29,8	29,6	30,1
Nuovi utenti Italia	29,9	30,1	30
Utenti già in carico RER	35,6	35,9	36,2
Utenti già in carico Italia	34,0	34,1	*

B. Totale utenti (nuovi e già in carico) - Valori assoluti e %

<i>Classi di età</i>	<i>Valori assoluti</i>			<i>Valori %</i>		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
<15	13	1	0	0,1	0,0	0,0
15-19	284	355	345	2,5	2,9	2,7
20-24	1.301	1.493	1.501	11,6	12,2	12,0
25-29	1.926	2.067	2.020	17,1	16,9	16,1
30-34	2.352	2.480	2.389	20,9	20,3	19,0
35-39	2.602	2.609	2.670	23,2	21,4	21,3
>40	2.753	3.205	3.634	24,5	26,2	28,9
Totale dati validi	11.231	12.210	12.559	100,0	100,0	100,0

C. Utenti tossicodipendenti "già in carico o rientrati", distinti per fasce d'età

<i>Classi di età</i>	<i>Valori assoluti</i>			<i>Valori %</i>		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
<15	1	0	0	0,0	0,0	0,0
15-19	102	98	139	1,1	1,0	1,4
20-24	788	833	904	8,8	8,8	9,0
25-29	1.390	1.491	1.487	15,5	15,7	14,8
30-34	1.904	1.946	1.917	21,3	20,5	19,1
35-39	2.271	2.241	2.301	25,4	23,6	22,9
>40	2.487	2.871	3.301	27,8	30,3	32,8
Totale dati validi	8.943	9.480	10.049	100,0	100,0	100,0

D. Utenti tossicodipendenti "nuovi", distinti per fasce d'età

<i>Classi di età</i>	<i>Valori assoluti</i>			<i>Valori %</i>		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
<15	12	1	0	0,5	0,0	0,0
15-19	182	257	206	8,0	9,4	8,2
20-24	513	660	597	22,4	24,2	23,8
25-29	536	576	533	23,4	21,1	21,2
30-34	448	534	472	19,6	19,6	18,8
35-39	331	368	369	14,5	13,5	14,7
>40	266	334	333	11,6	12,2	13,3
Totale dati validi	2.288	2.730	2.510	100,0	100,0	100,0

Tab. 12. Utenti tossicodipendenti in carico per classi di età, SerT e totale per AUSL (Anno 2006)

AUSL	Citta	>15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	Totale
	Borgonovo Val Tidone	0	5	9	7	18	29	33	101
	Piacenza	0	17	40	56	38	51	106	308
	Cortemaggiore/Val D'arda	0	11	34	33	28	33	26	165
Piacenza		0	33	83	96	84	113	165	574
	Parma	0	14	72	109	130	156	160	641
	Fidenza	0	3	18	32	28	34	40	155
	Fornovo Di Taro - Borgotaro	0	2	22	22	17	15	17	95
	Langhirano	0	3	13	20	23	23	30	112
	Colorno	0	7	31	34	35	31	30	168
	Colorno Carcere	0	2	15	35	46	42	48	188
Parma		0	31	171	252	279	301	325	1.359
	Montecchio Emilia	0	3	19	29	22	20	24	117
	Reggio Emilia	0	14	62	69	110	106	141	502
	Guastalla	0	9	22	34	27	34	49	175
	Correggio	0	4	24	28	23	24	28	131
	Scandiano	0	6	41	45	27	30	40	189
	Castelnovo nei Monti	0	1	12	16	17	22	27	95
Reggio Emilia		0	37	180	221	226	236	309	1.209
	Carpi	0	12	37	24	28	33	56	190
	Mirandola	0	7	12	21	25	23	45	133
	Modena	0	6	42	60	66	98	181	453
	Sassuolo	0	7	49	56	61	52	52	277
	Pavullo nel Frignano	0	0	4	5	11	10	14	44
	Vignola	0	0	12	21	24	33	37	127
	Castelfranco Emilia	0	1	17	28	30	41	43	160
Modena		0	33	173	215	245	290	428	1.384
	Zola Predosa - Casalecchio R.	0	4	12	27	42	64	91	240
	Vergato	0	4	25	20	17	15	19	100
	San Lazzaro di Savena	0	4	14	32	45	54	103	252
	Budrio	0	5	13	16	26	24	25	109
	San Giorgio di Piano	0	0	8	26	40	50	49	173
	San Giovanni in Persiceto	0	3	14	10	23	29	52	131
	Bologna - Sert Est	0	7	58	93	143	137	238	676
	Bologna - Borgo Ovest	0	4	86	117	185	191	269	852
	Bologna - Navile Nord	0	3	22	45	53	73	111	307
	Carcere Bo	0	27	139	197	205	172	150	890
Bologna		0	61	391	583	779	809	1.107	3.730
Imola	Imola	0	7	21	21	45	65	123	282
	Ferrara	0	4	35	59	70	103	157	428
	Portomaggiore	0	2	16	24	15	19	36	112
	Codigoro	0	7	16	34	40	44	46	187
	Copparo	0	2	8	20	29	35	38	132
	Cento	0	2	20	25	24	16	17	104
Ferrara		0	17	95	162	178	217	294	963
	Ravenna	0	7	50	78	111	121	173	540
	Lugo	0	1	18	36	38	59	84	236
	Faenza	0	16	25	29	50	73	106	299
Ravenna		0	24	93	143	199	253	363	1.075
Forlì	Forlì	0	12	56	84	102	109	130	493
Cesena	Cesena	0	50	68	81	82	98	123	502
	Rimini	0	20	81	95	112	108	171	587
	Riccione	0	20	89	67	58	71	96	401
Rimini		0	40	170	162	170	179	267	988
Totale RER		0	345	1.501	2.020	2.389	2.670	3.634	12.559

Tab. 13. Utenti in appoggio per sesso, SerT e AUSL (anno 2006)

AUSL	Città	Maschi	Femmine	Totale
	Borgonovo Val Tidone	43	1	44
	Piacenza	131	32	163
	Cortemaggiore/Val D'arda	30	6	36
Piacenza		204	39	243
	Parma	228	24	252
	Fidenza	25	6	31
	Fornovo di Taro - Borgotaro	5	2	7
	Langhirano	1	1	2
	Colorno	22	3	25
	Colorno Carcere	0	0	0
Parma		281	36	317
	Montecchio Emilia	19	2	21
	Reggio Emilia	53	7	60
	Guastalla	1	1	2
	Correggio	12	3	15
	Scandiano	7	2	9
	Castelnovo nei Monti	60	16	76
Reggio Emilia		152	31	183
	Carpi	37	5	42
	Mirandola	12	1	13
	Modena	171	31	202
	Sassuolo	36	2	38
	Pavullo nel Frignano	1	1	2
	Vignola	13	7	20
	Castelfranco Emilia	42	7	49
Modena		312	54	366
	Zola Predosa - Casalecchio R.	85	5	90
	Vergato	16	3	19
	San Lazzaro di Savena	40	4	44
	Budrio	17	0	17
	San Giorgio di Piano	20	2	22
	San Giovanni in Persiceto	31	3	34
	Bologna - Sert Est	145	35	180
	Bologna - Borgo Ovest	150	32	182
	Bologna - Navile Nord	0	0	0
	Carcere Bo	0	0	0
Bologna		504	84	588
Imola	Imola	45	14	59
	Ferrara	122	18	140
	Portomaggiore	10	1	11
	Codigoro	110	16	126
	Copparo	37	5	42
	Cento	39	14	53
Ferrara		318	54	372
	Ravenna	276	75	351
	Lugo	29	2	31
	Faenza	181	25	206
Ravenna		486	102	588
Forlì	Forlì	58	22	80
Cesena	Cesena	201	36	237
	Rimini	360	78	438
	Riccione	186	42	228
Rimini		546	120	666
Totale RER		3.107	592	3699

Tab. 14. Utenti in appoggio per AUSL e anni

AUSL	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Piacenza	298	306	243	8,87	8,81	6,57
Parma	310	272	317	9,22	7,83	8,57
Reggio Emilia	264	259	183	7,85	7,46	4,95
Modena	207	300	366	6,16	8,64	9,89
Bologna	554	601	588	16,48	17,30	15,90
Imola	27	5	59	0,80	0,14	1,60
Ferrara	311	319	372	9,25	9,18	10,06
Ravenna	507	524	588	15,08	15,08	15,90
Forlì	55	57	80	1,64	1,64	2,16
Cesena	191	219	237	5,68	6,30	6,41
Rimini	637	612	666	18,95	17,62	18,00
Regione	3.361	3.474	3.699	100,00	100,00	100,00

Tab. 15. Incidenza e prevalenza sulla popolazione tossicodipendente per AUSL e anni

Azienda USL	Totale utenza in carico presso le Aziende USL			Utenza nuova in carico presso le Aziende USL			Tasso di prevalenza (rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-54 anni *10.000)			Tasso di incidenza (rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-54 anni *10.000)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Piacenza	567	595	574	119	101	99	41,0	42,6	40,8	8,6	7,2	7,0
Parma	1.200	1.353	1.359	178	258	241	56,1	62,3	62,2	8,3	11,9	11,0
Reggio Emilia	1.279	1.215	1.209	290	281	255	49,3	46,0	45,2	11,2	10,6	9,5
Modena	1.422	1.336	1.384	306	279	253	40,4	37,6	38,9	8,7	7,9	7,1
Bologna	2.588	3.343	3.730	498	860	879	61,7	79,2	88,2	11,9	20,4	20,8
Imola	366	395	282	108	95	44	57,0	61,2	43,6	16,8	14,7	6,8
Ferrara	1.001	991	963	187	176	158	56,2	55,5	54,1	10,5	9,9	8,9
Ravenna	990	1.068	1.075	193	181	135	53,1	56,8	56,7	10,3	9,6	7,1
Forlì	476	521	493	104	128	91	52,3	56,7	53,4	11,4	13,9	9,9
Cesena	451	455	502	82	91	88	43,2	43,2	47,5	7,8	8,6	8,3
Rimini	891	938	988	223	280	267	57,7	60,2	63,1	14,4	18,0	17,0
Regione	11.231	12.210	12.559	2.288	2.730	2.510	52,0	56,0	57,3	10,6	12,5	11,4

* Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento.

** Standard Ministero del Welfare

**** Dati sulla popolazione: Anagrafi comunali al 1 gennaio di ogni anno rilevati dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici - Regione Emilia-Romagna;

Tab. 16. Utenti in carico totali suddivisi per sostanza d'abuso**A. Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso primaria**

Sostanza primaria	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Allucinogeni	7	8	5	0,06	0,07	0,04
Amfetamine	23	29	23	0,20	0,24	0,18
Barbiturici	6	5	2	0,05	0,04	0,02
Benzodiazepine	77	71	58	0,69	0,58	0,46
Cannaibinoidi	1.143	1.289	1.153	10,18	10,56	9,18
Cocaina	1.357	1.823	1.972	12,08	14,93	15,70
Crack	5	7	16	0,04	0,06	0,13
Eroina	8.098	8.556	8.998	72,10	70,07	71,65
Metadone	47	49	69	0,42	0,40	0,55
Morfina	6	2	7	0,05	0,02	0,06
Ecstasy	86	69	51	0,77	0,57	0,41
Altri oppiacei	28	26	4	0,25	0,21	0,03
Inalanti	4	2	4	0,04	0,02	0,03
Alcol	179	157	41	1,59	1,29	0,33
Altro/Non indicato	165	70	73	1,47	0,57	0,58
Non indicato		47	83		0,38	0,66
Totale	11.231	12.210	12.559	100,00	100,00	100,00

B. Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso secondaria

Sostanze secondarie	2004	2005	2006
Allucinogeni	30	28	5
Amfetamine	29	40	23
Barbiturici	6	7	2
Benzodiazepine	286	241	58
Cannaibinoidi	1.613	1.675	1767
Cocaina	1.974	2.275	1972
Crack	3	6	16
Eroina	283	326	363
Metadone	89	104	69
Morfina	13	5	7
Ecstasy	126	132	51
Altri oppiacei	30	23	30
Inalanti	0	1	4
Alcol	865	914	1011
Altro	212	154	73
Totale casi validi (utenti con secondaria)	5.559	5.931	5.451

C. Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza primaria d'abuso – Aggregazione*

Sostanza primaria aggregata	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Eroina	8.098	8.556	8.998	72,1	70,3	72,1
Cocaina e crack	1.362	1.830	1.988	12,1	15,0	15,9
Cannabis	1.143	1.289	1.153	10,2	10,6	9,2
Benzodiazepine	77	71	58	0,7	0,6	0,5
Altro	551	417	279	4,9	3,4	2,2
Totale	11.231	12.163	12.476	100,0	100,0	100,0

* Non sono stati conteggiati i missing

Tab. 17. Rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sul numero di utenti in carico e in rapporto alla popolazione target

Sostanze I° + II°	Valori % - rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sul numero di utenti in carico (Valori %)			Rapporto tra sostanza primaria e popolazione target (*10.000)			Rapporto tra sostanza primaria e secondaria (sommate) e popolazione target (*10.000)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Allucinogeni	0,33	0,32	0,09	0,03	0,04	0,02	0,17	0,16	0,05
Amfetamine	0,46	0,61	0,41	0,11	0,13	0,10	0,24	0,32	0,21
Barbiturici	0,11	0,11	0,04	0,03	0,02	0,01	0,06	0,05	0,02
Benzodiazepine	3,23	2,78	1,03	0,36	0,33	0,26	1,68	1,43	0,53
Cannaibinoidi	24,54	26,39	26,00	5,29	5,91	5,26	12,75	13,58	13,32
Cocaina	29,66	36,49	35,12	6,28	8,35	8,99	15,41	18,78	17,99
Crack	0,07	0,12	0,28	0,02	0,03	0,07	0,04	0,06	0,15
Eroina	74,62	79,08	83,35	37,46	39,21	41,03	38,77	40,71	42,69
Metadone	1,21	1,36	1,23	0,22	0,22	0,31	0,63	0,70	0,63
Morfina	0,17	0,06	0,12	0,03	0,01	0,03	0,09	0,03	0,06
Ecstasy	1,89	1,79	0,91	0,40	0,32	0,23	0,98	0,92	0,47
Altri oppiacei	0,52	0,44	0,30	0,13	0,12	0,02	0,27	0,22	0,16
Inalanti	0,04	0,03	0,07	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,04
Alcol	9,30	9,54	9,37	0,83	0,72	0,19	4,83	4,91	4,80
Altro	3,36	1,99	1,30	0,76	0,32	0,33	1,74	1,03	0,67

* E' stata sommata la sostanza primaria e la sostanza secondaria. Le percentuali non si sommano in quanto gli utenti potevano assumere più sostanze.

Tab. 18. Sostanza primaria e secondaria su tutti gli utenti per AUSL

A. Sostanza primaria per AUSL (Valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	369	107	59	0	8	4	1	2	1	0	0	0	1	0	3	19	574
Parma	994	198	128	0	4	7	14	7	0	0	0	1	2	1	1	2	1.359
Reggio Emilia	832	209	141	0	5	7	0	1	2	1	1	0	2	1	4	3	1.209
Modena	1.028	185	113	0	11	5	5	6	4	0	0	1	0	0	7	19	1.384
Bologna	2.818	610	185	41	11	9	30	9	7	3	0	1	3	0	11	8	3.746
Imola	204	35	21		4	3	4	0	0	0	1	0	0	1	8	1	282
Ferrara	674	116	151	0	2	5	1	2	1	0	0	0	0	1	6	4	963
Ravenna	698	194	148	0	8	0	0	2	3	0	0	0	1	0	25	4	1.083
Forlì	272	108	77		1	3	6	0	2	1	0	0	0	0	4	19	493
Cesena	357	71	56		1	4	5	0	1	0	0	3	1	0	1	2	502
Rimini	752	139	74	0	3	4	3	1	2	0	0	1	6	0	3	0	988
Regione	8.998	1.972	1.153	41	58	51	69	30	23	5	2	7	16	4	73	57	12.559

B. Valori % per AUSL/Riga

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	64,29	18,64	10,28	0,00	1,39	0,70	0,17	0,35	0,17	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,52	3,31	100,00
Parma	73,14	14,57	9,42	0,00	0,29	0,52	1,03	0,52	0,00	0,00	0,00	0,07	0,15	0,07	0,07	0,15	100,00
Reggio Emilia	68,82	17,29	11,66	0,00	0,41	0,58	0,00	0,08	0,17	0,08	0,08	0,00	0,17	0,08	0,33	0,25	100,00
Modena	74,28	13,37	8,16	0,00	0,79	0,36	0,36	0,43	0,29	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,51	1,37	100,00
Bologna	75,23	16,28	4,94	1,09	0,29	0,24	0,80	0,24	0,19	0,08	0,00	0,03	0,08	0,00	0,29	0,21	100,00
Imola	72,34	12,41	7,45	0,00	1,42	1,06	1,42	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,35	2,84	0,35	100,00
Ferrara	69,99	12,05	15,68	0,00	0,21	0,52	0,10	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,62	0,42	100,00
Ravenna	64,45	17,91	13,67	0,00	0,74	0,00	0,00	0,18	0,28	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	2,31	0,37	100,00
Forlì	55,17	21,91	15,62	0,00	0,20	0,61	1,22	0,00	0,41	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	3,85	100,00
Cesena	71,12	14,14	11,16	0,00	0,20	0,80	1,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,60	0,20	0,00	0,20	0,40	100,00
Rimini	76,11	14,07	7,49	0,00	0,30	0,40	0,30	0,10	0,20	0,00	0,00	0,10	0,61	0,00	0,30	0,00	100,00
Regione	71,65	15,70	9,18	0,33	0,46	0,41	0,55	0,24	0,18	0,04	0,02	0,06	0,13	0,03	0,58	0,45	100,00

C. Rapporto tra popolazione target 15-54 anni e sostanza primaria per AUSL (Valori X 10.000)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	26,24	7,61	4,20	0,00	0,57	0,28	0,07	0,14	0,07	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,21	1,35	40,82
Parma	45,47	9,06	5,86	0,00	0,18	0,32	0,64	0,32	0,00	0,00	0,00	0,05	0,09	0,05	0,05	0,09	62,17
Reggio Emilia	31,12	7,82	5,27	0,00	0,19	0,26	0,00	0,04	0,07	0,04	0,04	0,00	0,07	0,04	0,15	0,11	45,22
Modena	28,86	5,19	3,17	0,00	0,31	0,14	0,14	0,17	0,11	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,20	0,53	38,85
Bologna	66,64	14,43	4,37	0,97	0,26	0,21	0,71	0,21	0,17	0,07	0,00	0,02	0,07	0,00	0,26	0,19	88,59
Imola	31,50	5,41	3,24	0,00	0,62	0,46	0,62	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,15	1,24	0,15	43,55
Ferrara	37,84	6,51	8,48	0,00	0,11	0,28	0,06	0,11	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,34	0,22	54,07
Ravenna	36,80	10,23	7,80	0,00	0,42	0,00	0,00	0,11	0,16	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,32	0,21	57,10
Forlì	29,44	11,69	8,34	0,00	0,11	0,32	0,65	0,00	0,22	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	2,06	53,37
Cesena	33,80	6,72	5,30	0,00	0,09	0,38	0,47	0,00	0,09	0,00	0,00	0,28	0,09	0,00	0,09	0,19	47,52
Rimini	48,01	8,88	4,72	0,00	0,19	0,26	0,19	0,06	0,13	0,00	0,00	0,06	0,38	0,00	0,19	0,00	63,08
Regione	41,03	8,99	5,26	0,19	0,26	0,23	0,31	0,14	0,10	0,02	0,01	0,03	0,07	0,02	0,33	0,26	57,27

D. Sostanza secondaria per AUSL (Valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Totale
Piacenza	25	79	62	64	23	4	2	8	1	1	0	0	0	0	2	271
Parma	49	268	244	114	20	12	16	2	2	4	0	0	0	1	0	732
Reggio Emilia	42	251	167	121	24	12	8	5	5	3	3	0	1	0	0	642
Modena	35	256	236	112	46	8	20	3	3	5	2	3	0	1	5	735
Bologna	98	868	347	191	59	39	36	6	6	6	0	4	2	1	18	1.681
Imola	3	18	8	8	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	41
Ferrara	33	166	95	84	16	3	4	0	6	1	0	0	0	0	0	408
Ravenna	26	178	222	117	20	15	5	3	0	2	1	0	0	0	3	592
Forlì	28	63	88	40	15	11	3	0	7	4	1	1	1	0	18	280
Cesena	9	92	47	78	3	3	3	1	0	1	0	0	0	0	0	237
Rimini	15	293	251	82	19	14	5	2	1	0	0	0	3	0	1	686
Regione	363	2.532	1.767	1.011	245	121	105	30	31	27	7	8	7	3	48	6.305

E. Numero di utenti con sostanza primaria e secondaria indicata (Valori assoluti: somma sostanza primaria sostanza secondaria)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Totale
Piacenza	394	186	121	64	31	8	3	10	2	1	0	0	1	0	5	845
Parma	1.043	466	372	114	24	19	30	9	2	4	0	1	2	2	1	2.091
Reggio Emilia	874	460	308	121	29	19	8	6	7	4	4	0	3	1	4	1.851
Modena	1.063	441	349	112	57	13	25	9	7	5	2	4	0	1	12	2.119
Bologna	2.916	1.478	532	232	70	48	66	15	13	9	0	5	5	1	29	5.427
Imola	207	53	29	8	4	3	7	0	0	0	1	0	0	1	9	323
Ferrara	707	282	246	84	18	8	5	2	7	1	0	0	0	1	6	1.371
Ravenna	724	372	370	117	28	15	5	5	3	2	1	0	1	0	28	1.675
Forlì	300	171	165	40	16	14	9	0	9	5	1	1	1	0	22	773
Cesena	366	163	103	78	4	7	8	1	1	1	0	3	1	0	1	739
Rimini	767	432	325	82	22	18	8	3	3	0	0	1	9	0	4	1.674
Regione	9.361	4.504	2.920	1.052	303	172	174	60	54	32	9	15	23	7	121	18.864

* Non riportati i dati del non rilevato.

F. Rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sul numero di utenti in carico (Valori %)

Sostanze I° + II°	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Totale
Piacenza	66,22	31,26	20,34	10,76	5,21	1,34	0,50	1,68	0,34	0,17	0,00	0,00	0,17	0,00	0,84	142,02
Parma	77,09	34,44	27,49	8,43	1,77	1,40	2,22	0,67	0,15	0,30	0,00	0,07	0,15	0,15	0,07	154,55
Reggio Emilia	71,93	37,86	25,35	9,96	2,39	1,56	0,66	0,49	0,58	0,33	0,33	0,00	0,25	0,08	0,33	152,35
Modena	79,57	33,01	26,12	8,38	4,27	0,97	1,87	0,67	0,52	0,37	0,15	0,30	0,00	0,07	0,90	158,61
Bologna	87,23	44,21	15,91	6,94	2,09	1,44	1,97	0,45	0,39	0,27	0,00	0,15	0,15	0,03	0,87	162,34
Imola	52,41	13,42	7,34	2,03	1,01	0,76	1,77	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,25	2,28	81,77
Ferrara	71,34	28,46	24,82	8,48	1,82	0,81	0,50	0,20	0,71	0,10	0,00	0,00	0,00	0,10	0,61	138,35
Ravenna	67,79	34,83	34,64	10,96	2,62	1,40	0,47	0,47	0,28	0,19	0,09	0,00	0,09	0,00	2,62	156,84
Forlì	57,58	32,82	31,67	7,68	3,07	2,69	1,73	0,00	1,73	0,96	0,19	0,19	0,19	0,00	4,22	148,37
Cesena	80,44	35,82	22,64	17,14	0,88	1,54	1,76	0,22	0,22	0,22	0,00	0,66	0,22	0,00	0,22	162,42
Rimini	81,77	46,06	34,65	8,74	2,35	1,92	0,85	0,32	0,32	0,00	0,00	0,11	0,96	0,00	0,43	178,46
Regione	76,67	36,89	23,91	8,62	2,48	1,41	1,43	0,49	0,44	0,26	0,07	0,12	0,19	0,06	0,99	154,50

G. Rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sulla popolazione target 15-54 anni (Valori X 10.000)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Totale
Piacenza	28,02	13,23	8,60	4,55	2,20	0,57	0,21	0,71	0,14	0,07	0,00	0,00	0,07	0,00	0,36	60,09
Parma	47,71	21,32	17,02	5,22	1,10	0,87	1,37	0,41	0,09	0,18	0,00	0,05	0,09	0,09	0,05	95,66
Reggio Emilia	32,69	17,21	11,52	4,53	1,08	0,71	0,30	0,22	0,26	0,15	0,15	0,00	0,11	0,04	0,15	69,24
Modena	29,84	12,38	9,80	3,14	1,60	0,36	0,70	0,25	0,20	0,14	0,06	0,11	0,00	0,03	0,34	59,48
Bologna	68,96	34,95	12,58	5,49	1,66	1,14	1,56	0,35	0,31	0,21	0,00	0,12	0,12	0,02	0,69	128,34
Imola	31,97	8,18	4,48	1,24	0,62	0,46	1,08	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,15	1,39	49,88
Ferrara	39,70	15,83	13,81	4,72	1,01	0,45	0,28	0,11	0,39	0,06	0,00	0,00	0,00	0,06	0,34	76,98
Ravenna	38,17	19,61	19,51	6,17	1,48	0,79	0,26	0,26	0,16	0,11	0,05	0,00	0,05	0,00	1,48	88,32
Forlì	32,47	18,51	17,86	4,33	1,73	1,52	0,97	0,00	0,97	0,54	0,11	0,11	0,11	0,00	2,38	83,68
Cesena	34,65	15,43	9,75	7,38	0,38	0,66	0,76	0,09	0,09	0,09	0,00	0,28	0,09	0,00	0,09	69,96
Rimini	48,97	27,58	20,75	5,24	1,40	1,15	0,51	0,19	0,19	0,00	0,00	0,06	0,57	0,00	0,26	106,88
Regione	42,69	20,54	13,32	4,80	1,38	0,78	0,79	0,27	0,25	0,15	0,04	0,07	0,10	0,03	0,55	86,03

Tab. 19. Sostanza primaria e secondaria per nuovi utenti in carico AUSL

A. Sostanza primaria per AUSL (Valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannaibinoidi	Alcol	Ecstasy	Altro	Nessuna	Non noto	Totale
Piacenza	37	29	25	0	1	2	1	4	99
Parma	146	53	34	1	1	6	0	0	241
Reggio Emilia	100	81	69	1	1	3	0	0	255
Modena	123	65	42	0	1	3	0	0	234
Bologna*	39	18	9	0	0	2	0	0	68
Imola	20	12	5	0	0	6	0	1	44
Ferrara	66	26	62	0	0	4	0	0	158
Ravenna*	44	39	21	0	0	4	0	6	114
Forlì	35	28	23	0	0	1	2	2	91
Cesena	52	21	12	0	1	1	0	1	88
Rimini	174	53	32	0	1	7	0	0	267
Totale RER	836	425	334	2	6	39	3	14	1.659

Le AUSL contrassegnate con asterisco () per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

B. % per AUSL

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannaibinoidi	Alcol	Ecstasy	Altro	Nessuna	Non noto	Totale
Piacenza	37,4	29,3	25,3	0,0	1,0	2,0	1,0	4,0	100,0
Parma	60,6	22,0	14,1	0,4	0,4	2,5	0,0	0,0	100,0
Reggio Emilia	39,2	31,8	27,1	0,4	0,4	1,2	0,0	0,0	100,0
Modena	52,6	27,8	17,9	0,0	0,4	1,3	0,0	0,0	100,0
Bologna*	57,4	26,5	13,2	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	100,0
Imola	45,5	27,3	11,4	0,0	0,0	13,6	0,0	2,3	100,0
Ferrara	41,8	16,5	39,2	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	100,0
Ravenna*	38,6	34,2	18,4	0,0	0,0	3,5	0,0	5,3	100,0
Forlì	38,5	30,8	25,3	0,0	0,0	1,1	2,2	2,2	100,0
Cesena	59,1	23,9	13,6	0,0	1,1	1,1	0,0	1,1	100,0
Rimini	65,2	19,9	12,0	0,0	0,4	2,6	0,0	0,0	100,0
Totale RER	50,4	25,6	20,1	0,1	0,4	2,4	0,2	0,8	100,0

Le AUSL contrassegnate con asterisco () per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

C. Sostanza secondaria per AUSL (Valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannaibinoidi	Alcol	Ecstasy	Altro	Nessuna	Totale
Piacenza	1	11	8	6	1	4	2	33
Parma	15	57	40	6	3	14	12	147
Reggio Emilia	4	27	45	22	7	7	1	113
Modena	10	29	52	9	2	1	0	103
Bologna*	1	8	5	9	0	0	0	23
Imola	1	1	2	2	0	1	2	9
Ferrara	8	25	19	7	1	1	2	63
Ravenna*	1	11	19	17	3	9	3	63
Forlì	5	8	18	2	2	11	2	48
Cesena	3	6	14	16	3	3	5	50
Rimini	6	78	61	12	4	8	51	220
Totale RER	55	261	283	108	26	59	80	872

Le AUSL contrassegnate con asterisco () per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

D. Numero di utenti con sostanza primaria e secondaria indicata (Valori assoluti: somma sostanza primaria + sostanza secondaria)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannaibinoidi	Alcol	Ecstasy	Altro	Nessuna	Non noto	Totale
Piacenza	38	40	33	6	2	6	3	4	132
Parma	161	110	74	7	4	20	12	0	388
Reggio Emilia	104	108	114	23	8	10	1	0	368
Modena	133	94	94	9	3	4	0	0	337
Bologna*	40	26	14	9	0	2	0	0	91
Imola	21	13	7	2	0	7	2	1	53
Ferrara	74	51	81	7	1	5	2	0	221
Ravenna*	45	50	40	17	3	13	3	6	177
Forlì	40	36	41	2	2	12	4	2	139
Cesena	55	27	26	16	4	4	5	1	138
Rimini	180	131	93	12	5	15	51	0	487
Totale RER	891	686	617	110	32	98	83	14	2.531

Le AUSL contrassegnate con asterisco () per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

E. Rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sul numero di utenti nuovi in carico (Valori %)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannaibinoidi	Alcol	Ecstasy	Altro	Nessuna	Totale
Piacenza	38,4	40,4	33,3	6,1	2,0	6,1	3,0	4,0
Parma	66,8	45,6	30,7	2,9	1,7	8,3	5,0	0,0
Reggio Emilia	40,8	42,4	44,7	9,0	3,1	3,9	0,4	0,0
Modena	56,8	40,2	40,2	3,8	1,3	1,7	0,0	0,0
Bologna*	58,8	38,2	20,6	13,2	0,0	2,9	0,0	0,0
Imola	47,7	29,5	15,9	4,5	0,0	15,9	4,5	2,3
Ferrara	46,8	32,3	51,3	4,4	0,6	3,2	1,3	0,0
Ravenna*	39,5	43,9	35,1	14,9	2,6	11,4	2,6	5,3
Forlì	44,0	39,6	45,1	2,2	2,2	13,2	4,4	2,2
Cesena	62,5	30,7	29,5	18,2	4,5	4,5	5,7	1,1
Rimini	67,4	49,1	34,8	4,5	1,9	5,6	19,1	0,0
Totale RER	53,7	41,4	37,2	6,6	1,9	5,9	5,0	0,8

Tab. 20. Soggetti inseriti nei diversi tipi di trattamenti e numero trattamenti

Trattamenti	Numero di soggetti per trattamento			Percentuale di soggetti inseriti nello specifico trattamento in rapporto al totale degli utenti in carico			Numero di Trattamenti		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Solo psicosociale e riabilitativo	3.739	3.948	4103	33,3	32,3	33,6	5.087	5.366	5540
Sostegno psicologico	3.481	3.784	3521	31,0	31,0	28,8	4.094	4.403	4008
Psicoterapia	747	778	764	6,7	6,4	6,3	838	874	892
Interventi di servizio sociale	5.857	6.363	6144	52,2	52,1	50,3	7.064	7.619	7302
Metadone breve termine	274	206	158	2,4	1,7	1,3	297	222	171
Metadone medio termine	1.494	1.508	1505	13,3	12,4	12,3	1.649	1.602	1616
Metadone lungo termine	3.561	3.902	4235	31,7	32,0	34,7	5.140	4.087	4491
Naltrexone	140	126	369	1,2	1,0	3,0	148	130	386
Clonidina	146	84	9	1,3	0,7	0,1	150	106	9
Altri farmaci non sostitutivi	1.467	1.822	418	13,1	14,9	3,4	1.677	2.096	484

* Ogni utente poteva essere inserito in più tipi di trattamenti nel corso dell'anno.

** Per gli inserimenti in comunità vengono conteggiati solo il numero di soggetti inseriti nell'anno.

Tab. 21. Numero di soggetti e numero di trattamenti per ogni attività terapeutica per AUSL

A. Numero soggetti per trattamento

AUSL	Solo psico- sociale o riabilitativo	Psico-sociale o riabilitativo			Farmacologico					Altri farmaci non sost.
		Sostegno psicologico	Psicoterapia	Servizio sociale	Metadone breve	Metadone medio	Metadone lungo	Naltrexone	Clonidina	
Piacenza	200	109	45	270	0	11	261	11	8	146
Parma	530	311	114	1146	20	55	409	54	0	0
Reggio Emilia	504	386	55	543	25	96	387	9	0	0
Modena	619	231	79	1102	21	135	426	15	0	0
Bologna	689	987	109	1379	32	812	1258	251	0	31
Imola	94	209	32	27	0	6	98	0	0	88
Ferrara	322	280	94	510	2	44	463	1	0	0
Ravenna	372	354	52	333	15	56	342	9	0	0
Forlì	230	193	75	281	1	30	160	6	0	132
Cesena	207	226	43	183	6	123	119	13	1	21
Rimini	336	235	66	370	36	137	312	0	0	0
Regione	4103	3521	764	6144	158	1505	4235	369	9	418

B. Numero trattamenti

AUSL	Solo psico- sociale o riabilitativo	Psico-sociale o riabilitativo			Farmacologico					Altri farmaci non sost.
		Sostegno psicologico	Psicoterapia	Servizio sociale	Metadone breve	Metadone medio	Metadone lungo	Naltrexone	Clonidina	
Piacenza	231	121	50	309	0	11	280	11	8	171
Parma	729	382	118	1324	25	62	440	61	0	0
Reggio Emilia	610	480	57	594	26	104	397	10	0	0
Modena	820	248	83	1293	22	140	435	16	0	0
Bologna	971	1084	115	1725	33	870	1349	258	0	35
Imola	102	212	33	32	0	6	98	0	0	94
Ferrara	498	345	138	691	2	45	512	1	0	0
Ravenna	459	391	56	409	15	60	350	9	0	0
Forlì	416	219	126	301	1	37	180	6	0	160
Cesena	286	277	49	213	6	129	122	14	1	24
Rimini	418	249	67	411	41	152	328	0	0	0
Regione	5540	4008	892	7302	171	1616	4491	386	9	484

C. Percentuale di soggetti per trattamento (Rapporto numero di soggetti per ogni attività terapeutica e numero totale di utenti in carico per AUSL) (Rapporto %)

AUSL	Solo psico- sociale o riabilitativo	Psico-sociale o riabilitativo			Farmacologico					
		Sostegno psicologico	Psicoterapia	Servizio sociale	Metadone breve	Metadone medio	Metadone lungo	Naltrexone	Clonidina	Altri farmaci non sost.
Piacenza	33,6	18,3	7,6	45,4	0,0	1,8	43,9	1,8	1,3	24,5
Parma	39,2	23,0	8,4	84,7	1,5	4,1	30,2	4,0	0,0	0,0
Reggio Emilia	41,5	31,8	4,5	44,7	2,1	7,9	31,9	0,7	0,0	0,0
Modena	46,3	17,3	5,9	82,5	1,6	10,1	31,9	1,1	0,0	0,0
Bologna	20,6	29,5	3,3	41,3	1,0	24,3	37,6	7,5	0,0	0,9
Imola	23,8	52,9	8,1	6,8	0,0	1,5	24,8	0,0	0,0	22,3
Ferrara	32,5	28,3	9,5	51,5	0,2	4,4	46,7	0,1	0,0	0,0
Ravenna	34,8	33,1	4,9	31,2	1,4	5,2	32,0	0,8	0,0	0,0
Forlì	44,1	37,0	14,4	53,9	0,2	5,8	30,7	1,2	0,0	25,3
Cesena	45,5	49,7	9,5	40,2	1,3	27,0	26,2	2,9	0,2	4,6
Rimini	35,8	25,1	7,0	39,4	3,8	14,6	33,3	0,0	0,0	0,0
Regione	33,6	28,8	6,3	50,3	1,3	12,3	34,7	3,0	0,1	3,4

3. Utenza alcoldipendente

Tab. 1. Utenza alcolista per anni (Valori assoluti e variazioni %).

Anni	v.a.	Variaz. % (base = 1996)	Var. % per anno
1996	1.567	-	-
1997	1.768	12,83	12,83
1998	2.166	38,23	22,51
1999	2.432	55,20	12,28
2000	2.720	73,58	11,84
2001	3.090	97,19	13,60
2002	3.580	128,46	15,86
2003	4.176	166,50	16,65
2004	4.686	199,04	12,21
2005	5.108	225,97	9,01
2006	5.174	230,19	1,29

Tab. 2. Utenza alcoldipendente nuova e già in carico (Anni 1999-2004, valori assoluti e %)

Anno di riferimento	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale	Rapporto nuovi/già in carico	% nuovi	% già in carico	Totale %
1996	666	901	1.567	0,74	42,50	57,50	100
1997	733	1.035	1.768	0,71	41,46	58,54	100
1998	822	1.344	2.166	0,61	37,95	62,05	100
1999	847	1.585	2.432	1,87	34,83	65,17	100
2000	916	1.804	2.720	1,97	33,68	66,32	100
2001	994	2.096	3.090	2,11	32,17	67,83	100
2002	1.117	2.463	3.580	2,21	31,20	68,80	100
2003	1.191	2.982	4.173	2,50	28,54	71,46	100
2004	1.337	3.349	4.686	2,50	28,53	71,47	100
2005	1.269	3.839	5.108	3,03	24,84	75,16	100
2006	1.149	4.025	5.174	3,50	22,21	77,79	100

Tab. 3. Utenza alcoldipendente in carico totale per Azienda USL e per anno

Azienda USL	Totale utenti			Nuovi			Già in carico o reingressi		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Piacenza	438	486	463	125	98	106	313	388	357
Parma	431	504	496	88	102	83	343	402	413
Reggio Emilia	483	526	491	145	136	110	338	390	381
Modena	727	745	799	296	233	217	431	512	582
Bologna	951	1.065	1.092	187	201	202	764	864	890
Imola	308	327	273	86	86	45	222	241	228
Ferrara	384	391	384	112	111	92	272	280	292
Ravenna	442	452	532	112	78	97	330	374	435
Forlì	113	131	173	26	38	53	87	93	120
Cesena	141	157	178	44	49	50	97	108	128
Rimini	268	324	293	116	137	94	152	187	199
Regione	4.686	5.108	5.174	1.337	1.269	1.149	3.349	3.839	4.025

Tab. 4. Utenza alcol dipendente suddivisa per sesso e anni (Anni 1996-2004, valori assoluti e rapporti %)

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Rapporto maschi / femmine	% Maschi	% Femmine	% Totale
1996	1.206	361	1.567	3,3	77,0	23,0	100,0
1997	1.348	420	1.768	3,2	76,2	23,8	100,0
1998	1.639	527	2.166	3,1	75,7	24,3	100,0
1999	1.820	612	2.432	3,0	74,8	25,2	100,0
2000	2.050	670	2.720	3,1	75,4	24,6	100,0
2001	2.330	760	3.090	3,1	75,4	24,6	100,0
2002	2.682	898	3.580	3,0	74,9	25,1	100,0
2003	3.064	1.109	4.173	2,8	73,4	26,6	100,0
2004	3.455	1.231	4.686	2,8	73,7	26,3	100,0
2005	3.753	1.355	5.108	2,8	73,5	26,5	100,0
2006	3.776	1.398	5.174	2,7	73,0	27,0	100,0

Tab. 5. Utenti alcolisti provvisori per AUSL (Valori assoluti)

AUSL	2003	2004	2005	2006
Piacenza	17	17	24	96
Parma	39	22	80	127
Reggio Emilia	44	32	233	35
Modena	60	69	189	298
Bologna	9	22	12	12
Imola	0	0	25	26
Ferrara	16	33	69	86
Ravenna	50	23	65	123
Forlì	19	22	37	58
Cesena	14	16	24	60
Rimini	91	106	148	222
Regione	359	362	906	1143

Tab. 6. Utenza alcol dipendente suddivisa per classi di età (Anni 1996-2004)**A. Valori medi**

	2004	2005	2006
Nuovi utenti	44,2	44,3	44,8
Utenti già in carico	46,7	46,9	47,1
Utenti totali	46,0	46,3	46,6

B. Nuovi utenti

Età	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
<19	7	9	6	0,5	0,7	0,5
20-29	114	107	92	8,5	8,4	8,0
30-39	361	336	291	27,0	26,5	25,3
40-49	415	401	362	31,0	31,6	31,5
50-59	265	241	224	19,8	19,0	19,5
> 60	175	175	174	13,1	13,8	15,1
Totale casi validi	1.337	1.269	1.149	100,0	100,0	100,0

C. Utenti già in carico o reingressi - Valori assoluti

Età	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
< 19	4	0	4	0,1	0,0	0,1
20-29	161	178	168	4,8	4,6	4,2
30-39	723	796	815	21,6	20,7	20,2
40-49	1.065	1.264	1.341	31,8	32,9	33,3
50-59	856	960	991	25,6	25,0	24,6
> 60	540	641	706	16,1	16,7	17,5
Totale casi validi	3.349	3.839	4.025	100,0	100,0	100,0

D. Totale utenti in carico - Valori assoluti

Età	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
< 19	11	9	10	0,2	0,2	0,2
20-29	275	285	260	5,9	5,6	5,0
30-39	1.084	1.132	1.106	23,1	22,2	21,4
40-49	1.480	1.665	1.703	31,6	32,6	32,9
50-59	1.121	1.201	1.215	23,9	23,5	23,5
> 60	715	816	880	15,3	16,0	17,0
Totale casi validi	4.686	5.108	5.174	100,0	100,0	100,0

Tab. 6. Utenti alcol dipendenti in carico per classi di età e AUSL/SerT (Valori assoluti) - Anno 2006

AUSL	Città	>19	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	Totale
	Borgonovo Val Tidone	0	5	24	25	18	9	81
	Piacenza	0	7	36	79	47	34	203
	Cortemaggiore/Val d'Arda	2	7	30	54	45	41	179
Piacenza		2	19	90	158	110	84	463
	Parma	0	17	69	98	60	36	280
	Fidenza	0	1	6	15	6	1	29
	Fornovo di Taro - Borgotaro	0	2	11	19	18	15	65
	Langhirano	0	3	12	26	22	18	81
	Colorno	0	3	3	9	6	5	26
	Colorno Carcere	0	1	6	5	2	1	15
Parma		0	27	107	172	114	76	496
	Montecchio Emilia	0	1	10	12	11	2	36
	Reggio Emilia	0	8	26	36	15	8	93
	Guastalla	0	2	9	39	17	15	82
	Correggio	0	3	19	32	25	9	88
	Scandiano	0	7	22	24	22	11	86
	Castelnovo nei Monti	0	4	16	31	31	24	106
Reggio Emilia		0	25	102	174	121	69	491
	Carpi	0	4	17	20	18	12	71
	Mirandola	1	7	24	37	21	18	108
	Modena	1	5	33	38	53	30	160
	Sassuolo	0	13	47	62	44	28	194
	Pavullo nel Frignano	1	4	22	29	26	19	101
	Vignola	0	3	11	26	22	21	83
	Castelfranco Emilia	0	3	17	28	20	14	82
Modena		3	39	171	240	204	142	799
	Zola Predosa - Casalecchio R.	0	5	22	37	27	18	109
	Vergato	0	2	13	33	33	25	106
	San Lazzaro di Savena	0	1	14	26	15	18	74
	Budrio	0	1	13	31	22	14	81
	San Giorgio di Piano	0	4	23	27	26	28	108
	San Giovanni in Persiceto	0	1	9	18	21	16	65
	Bologna - Sert est	0	10	37	71	54	53	225
	Bologna - Borgo ovest	0	21	68	98	64	29	280
	Bologna - Navile nord	0	0	3	2	2	0	7
	Carcere Bo	0	7	14	9	5	2	37
Bologna		0	52	216	352	269	203	1092
Imola	Imola	1	12	46	80	67	67	273
	Ferrara	0	9	39	53	40	29	170
	Portomaggiore	1	2	10	19	12	15	59
	Codigoro	0	5	15	16	16	10	62
	Copparo	0	1	11	19	9	11	51
	Cento	0	3	7	16	8	8	42
Ferrara		1	20	82	123	85	73	384
	Ravenna	0	12	55	74	52	37	230
	Lugo	0	7	39	40	32	32	150
	Faenza	0	10	29	52	37	24	152
Ravenna		0	29	123	166	121	93	532
Forlì	Forlì	1	7	40	64	38	23	173
Cesena	Cesena	1	12	45	58	41	21	178
	Rimini	1	18	83	115	45	29	291
	Riccione	0	0	1	1	0	0	2
Rimini		1	18	84	116	45	29	293
Totale RER		10	260	1.106	1.703	1.215	880	5.174

NB: I SerT contrassegnati con asterisco (*) per il 2006 non hanno installato il nuovo sistema informativo SistER e quindi non hanno fornito i dati sulla nazionalità.

Tab. 7. Utenza alcol dipendente per classi di età, nuovi e già in carico e AUSL (Valori assoluti) - Anno 2006

AUSL	<19			20-29			30-39			40-49			50-59			>60			Totale		
	Nuovi	Già	Totale	Nuovi	Già	Totale	Nuovi	Già	Totale	Nuovi	Già	Totale	Nuovi	Già	Totale	Nuovi	Già	Totale	Nuovi	Già	Totale
Piacenza	1	1	2	5	14	19	24	66	90	37	121	158	20	90	110	19	65	84	106	357	463
Parma	0	0	0	6	21	27	24	83	107	27	145	172	13	101	114	13	63	76	83	413	496
Reggio Emilia	0	0	0	7	18	25	27	75	102	35	139	174	25	96	121	16	53	69	110	381	491
Modena	1	2	3	22	17	39	53	118	171	56	184	240	47	157	204	38	104	142	217	582	799
Bologna	0	0	0	19	33	52	52	164	216	64	288	352	40	229	269	27	176	203	202	890	1.092
Imola	1	0	1	2	10	12	10	36	46	15	65	80	5	62	67	12	55	67	45	228	273
Ferrara	1	0	1	5	15	20	21	61	82	30	93	123	21	64	85	14	59	73	92	292	384
Ravenna	0	0	0	4	25	29	29	94	123	37	129	166	16	105	121	11	82	93	97	435	532
Forlì	1	0	1	5	2	7	14	26	40	17	47	64	10	28	38	6	17	23	53	120	173
Cesena	0	1	1	4	8	12	8	37	45	17	41	58	14	27	41	7	14	21	50	128	178
Rimini	1	0	1	13	5	18	29	55	84	27	89	116	13	32	45	11	18	29	94	199	293
Regione	6	4	10	92	168	260	291	815	1.106	362	1.341	1.703	224	991	1.215	174	706	880	1.149	4.025	5.174

Tab. 8. Cittadinanza utenti alcol dipendenti in carico dei SerT - Anno 2006

AUSL	Città	Non nota		Italiana		UE		Extra UE	
		Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
	Borgonovo Val Tidone	0	0	17	57	0	2	1	4
	Piacenza	0	0	42	149	1	4	1	6
	Cortemaggiore/Val D'arda	0	0	41	132	1	0	2	3
Piacenza		0	0	100	338	2	6	4	13
	Parma	0	0	30	228	1	1	5	15
	Fidenza	0	0	2	24	0	2	1	0
	Fornovo di Taro - Borgotaro	0	0	15	47	0	0	2	1
	Langhirano	0	0	13	65	0	0	1	2
	Colorno	0	0	7	14	1	0	1	3
	Colorno Carcere	0	0	4	8	0	0	0	3
Parma		0	0	71	386	2	3	10	24
	Montecchio Emilia	0	0	12	21	0	0	0	3
	Reggio Emilia	0	0	28	51	0	2	8	4
	Guastalla	0	0	17	59	0	0	1	5
	Correggio	0	0	3	74	1	1	1	8
	Scandiano	0	0	29	53	1	1	2	0
	Castelnovo nei Monti	0	0	6	95	1	0	0	4
Reggio Emilia		0	0	95	353	3	4	12	24
	Carpi	0	0	23	44	1	0	1	2
	Mirandola	0	0	33	67	0	1	3	4
	Modena	0	0	22	125	1	1	2	9
	Sassuolo	0	0	50	130	0	0	8	6
	Pavullo nel Frignano	0	0	25	66	2	0	3	5
	Vignola	0	0	15	65	0	0	0	3
	Castelfranco Emilia	1	0	23	50	0	0	4	4
Modena		1	0	191	547	4	2	21	33
	Zola Predosa - Casalecchio R. *								
	Vergato *								
	San Lazzaro di Savena *								
	Budrio	0	0	23	57	0	0	0	1
	San Giorgio di Piano	0	1	18	86	0	1	0	2
	San Giovanni in Persiceto	0	0	7	56	0	0	0	2
	Bologna - Sert Est *								
	Bologna - Borgo Ovest *								
	Bologna - Navile Nord *								
	Carcere Bo *								
Bologna		0	1	48	199	0	1	0	5
Imola	Imola	0	0	40	212	1	5	4	11
	Ferrara	0	0	33	130	0	0	2	5
	Portomaggiore	0	0	16	40	2	0	1	0
	Codigoro	0	1	17	40	1	1	0	2
	Copparo	2	0	8	40	0	0	0	1
	Cento	0	0	10	32	0	0	0	0
Ferrara		2	1	84	282	3	1	3	8
	Ravenna	0	0	45	167	1	2	2	13
	Lugo *								
	Faenza	2	0	24	116	0	0	4	6
Ravenna		2	0	69	283	1	2	6	19
Forlì	Forlì	0	0	40	117	1	0	12	3
Cesena	Cesena	0	0	47	122	1	3	2	3
	Rimini	2	0	73	185	1	3	18	9
	Riccione	0	0	0	2	0	0	0	0
Rimini		2	0	73	187	1	3	18	9
Totale RER		7	2	858	3.026	19	30	92	152

NB: I SerT contrassegnati con asterisco (*) per il 2006 non hanno installato il nuovo sistema informativo SistER e quindi non hanno fornito i dati sulla nazionalità.

Tab. 9. Cittadinanza utenti alcol dipendenti in carico dei SerT - Anno 2006**A. Valori assoluti – Suddivisione nuovi e già in carico e cittadinanza**

AUSL	Non nota		Italiana		UE		Extra UE	
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
Piacenza	0	0	100	338	2	6	4	13
Parma	0	0	71	386	2	3	10	24
Reggio Emilia	0	0	95	353	3	4	12	24
Modena	1	0	191	547	4	2	21	33
Bologna*	0	1	48	199	0	1	0	5
Imola	0	0	40	212	1	5	4	11
Ferrara	2	1	84	282	3	1	3	8
Ravenna*	2	0	69	283	1	2	6	19
Forlì	0	0	40	117	1	0	12	3
Cesena	0	0	47	122	1	3	2	3
Rimini	2	0	73	187	1	3	18	9
Totale RER	7	2	858	3.026	19	30	92	152

NB: Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

B. Valori assoluti - Suddivisione per cittadinanza

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0	438	8	17	463
Parma	0	457	5	34	496
Reggio Emilia	0	448	7	36	491
Modena	1	738	6	54	799
Bologna*	1	247	1	5	254
Imola	0	252	6	15	273
Ferrara	3	366	4	11	384
Ravenna*	2	352	3	25	382
Forlì	0	157	1	15	173
Cesena	0	169	4	5	178
Rimini	2	260	4	27	293
Totale RER	9	3.884	49	244	4.186

NB: Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

C. Valori % per AUSL

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0,0	94,6	1,7	3,7	100,0
Parma	0,0	92,1	1,0	6,9	100,0
Reggio Emilia	0,0	91,2	1,4	7,3	100,0
Modena	0,1	92,4	0,8	6,8	100,0
Bologna*	0,4	97,2	0,4	2,0	100,0
Imola	0,0	92,3	2,2	5,5	100,0
Ferrara	0,8	95,3	1,0	2,9	100,0
Ravenna*	0,5	92,1	0,8	6,5	100,0
Forlì	0,0	90,8	0,6	8,7	100,0
Cesena	0,0	94,9	2,2	2,8	100,0
Rimini	0,7	88,7	1,4	9,2	100,0
Totale RER	0,2	92,8	1,2	5,8	100,0

NB: Le AUSL contrassegnate con asterisco (*) per il 2006 hanno fornito i dati solo di alcuni SerT

Tab. 10. Rapporto di incidenza e prevalenza sulla popolazione alcolodipendente di età 15-64 anni per AUSL e anni

Azienda USL	Totale utenza in carico presso le Aziende USL			Utenza nuova in carico presso le Aziende USL			Tasso di prevalenza (rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-54 anni *10.000)			Tasso di incidenza (rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-54 anni *10.000)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Piacenza	438	486	463	7,2	5,6	6,0	125	98	106	25,2	27,8	26,4
Parma	431	504	496	3,3	3,8	3,1	88	102	83	16,2	18,8	18,4
Reggio Emilia	483	526	491	4,6	4,2	3,4	145	136	110	15,3	16,4	15,2
Modena	727	745	799	6,9	5,4	5,0	296	233	217	16,8	17,1	18,3
Bologna	951	1.065	1.092	3,5	3,8	3,8	187	201	202	18,0	20,1	20,6
Imola	308	327	273	10,8	10,8	5,6	86	86	45	38,8	41,0	34,1
Ferrara	384	391	384	4,9	4,9	4,1	112	111	92	16,9	17,2	17,0
Ravenna	442	452	532	4,8	3,3	4,1	112	78	97	19,0	19,3	22,6
Forlì	113	131	173	2,3	3,3	4,6	26	38	53	9,9	11,4	15,0
Cesena	141	157	178	3,4	3,8	3,9	44	49	50	11,0	12,2	13,7
Rimini	268	324	293	6,1	7,2	4,9	116	137	94	14,1	17,0	15,3
Regione	4.686	5.108	5.174	5,0	4,7	4,2	1.337	1269	1149	17,5	18,9	19,1

* Tra gli utenti in carico ai Centri alcolologici vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento.

** Standard Ministero del Welfare

**** Dati sulla popolazione: Anagrafi comunali al 1 gennaio di ogni anno rilevati dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici - Regione Emilia-Romagna;

Tab. 11. Utenza alcolodipendente suddivisa per tipo di sostanza alcolica (Valori assoluti)

Tipo di alcolico	Valori assoluti			Valori %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Superalcolici	593	663	682	12,7	13,0	13,2
Aperitivi, amari, digestivi	166	176	184	3,5	3,4	3,6
Vino	2335	2.967	3.170	49,8	58,1	61,3
Birra	658	914	930	14,0	17,9	18,0
Altro	934	388	100	19,9	7,6	1,9
Non rilevato			108			2,1
Totale	4.686	5.108	5.174	100,0	100,0	100,0

Tab. 12. Utenti alcolisti suddivisi per alcolico prevalente d'uso e AUSL (Valori assoluti) - Anno 2006

AUSL	Superalcolici	Aperitivi	Vini	Birra	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	56	13	283	76	1	34	463
Parma	51	15	320	106	0	4	496
Reggio Emilia	61	11	340	78	0	1	491
Modena	98	17	488	166	0	30	799
Bologna	203	80	575	147	87	0	1.092
Imola	23	6	202	40	2	0	273
Ferrara	37	15	269	62	1	0	384
Ravenna	57	14	316	102	5	38	532
Forlì	21	3	102	45	1	1	173
Cesena	31	3	103	41	0	0	178
Rimini	44	7	172	67	3	0	293
Regione	682	184	3.170	930	100	108	5.174

Tab. 13. Utenti alcolisti per sesso, alcolico assunto e Centro alcolologico/SerT (Valori assoluti) - Anno 2006

AUSL	SerT	Super- alcolici	Aperitivi	Vini	Birra	Altro	Non rilevato	Totale
	Borgonovo Val Tidone	3	5	51	20	0	2	81
	Piacenza	19	2	116	36	1	29	203
	Cortemaggiore/Val d'Arda	34	6	116	20	0	3	179
Piacenza		56	13	283	76	1	34	463
	Parma	34	11	157	78	0	0	280
	Fidenza	2	0	21	6	0	0	29
	Fornovo di Taro - Borgotaro	2	1	47	11	0	4	65
	Langhirano	6	3	67	5	0	0	81
	Colorno	4	0	19	3	0	0	26
	Colorno Carcere	3	0	9	3	0	0	15
Parma		51	15	320	106	0	4	496
	Montecchio Emilia	3	0	26	7	0	0	36
	Reggio Emilia	12	3	64	14	0	0	93
	Guastalla	14	4	57	7	0	0	82
	Correggio	15	2	55	15	0	1	88
	Scandiano	7	1	58	20	0	0	86
	Castelnovo nei Monti	10	1	80	15	0	0	106
Reggio Emilia		61	11	340	78	0	1	491
	Carpi	13	3	39	16	0	0	71
	Mirandola	16	2	58	32	0	0	108
	Modena	19	1	91	36	0	13	160
	Sassuolo	29	5	126	33	0	1	194
	Pavullo nel Frignano	7	1	68	18	0	7	101
	Vignola	7	3	51	15	0	7	83
	Castelfranco Emilia	7	2	55	16	0	2	82
Modena		98	17	488	166	0	30	799
	Zola Predosa - Casalecchio R.	8	2	47	18	34	0	109
	Vergato	44	1	56	5	0	0	106
	San Lazzaro di Savena	2	0	43	8	21	0	74
	Budrio	6	10	46	18	1	0	81
	San Giorgio di Piano	11	3	80	14	0	0	108
	San Giovanni in Persiceto	5	3	46	11	0	0	65
	Bologna - SerT est	54	50	93	10	18	0	225
	Bologna - Borgo ovest	68	9	133	57	13	0	280
	Bologna - Navile nord	1	0	5	1	0	0	7
	Carcere Bo	4	2	26	5	0	0	37
Bologna		203	80	575	147	87	0	1.092
Imola	Imola	23	6	202	40	2	0	273
	Ferrara	15	5	120	29	1	0	170
	Portomaggiore	9	5	37	8	0	0	59
	Codigoro	6	1	46	9	0	0	62
	Copparo	6	2	35	8	0	0	51
	Cento	1	2	31	8	0	0	42
Ferrara		37	15	269	62	1	0	384
	Ravenna	20	6	135	45	0	24	230
	Lugo	19	5	86	26	5	9	150
	Faenza	18	3	95	31	0	5	152
Ravenna		57	14	316	102	5	38	532
Forlì	Forlì	21	3	102	45	1	1	173
Cesena	Cesena	31	3	103	41	0	0	178
	Rimini	44	7	171	66	3	0	291
	Riccione	0	0	1	1	0	0	2
Rimini		44	7	172	67	3	0	293
Totale RER		682	184	3.170	930	100	108	5.174

NB: I SerT contrassegnati con asterisco (*) per il 2006 non hanno installato il nuovo sistema informativo SistER e quindi non hanno fornito i dati sulla nazionalità.

Tab. 14. Uso di alcol e droghe da parte di utenti alcolisti (Valori assoluti)

AUSL	Stupefacenti			Farmaci		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Piacenza	27	44	39	26	34	49
Parma	36	46	43	52	58	69
Reggio Emilia	21	41	9	26	42	72
Modena	83	85	38	48	47	89
Bologna	73	81	90	15	20	31
Imola	23	20	0	12	11	27
Ferrara	39	47	30	23	20	31
Ravenna	35	36	36	42	43	57
Forlì	8	16	17	0	5	9
Cesena	29	21	14	10	12	32
Rimini	3	5	20	17	21	55
Regione	377	442	336	271	313	521

Tab. 15. Numero di soggetti inseriti e numero di trattamenti per soggetti alcolodipendenti

Trattamenti	Soggetti per ogni trattamento			Percentuale di soggetti inseriti in ogni trattamento			Numero di trattamenti attivati per soggetti alcolodipendenti		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Medico-farmacologico	3.582	3.904	6.005	6,851	7,742	4,336	76,4	76,4	84,9
Psicoterapeutico individuale	487	349	487	412	244	239	10,4	6,8	4,7
Psicoterapeutico di gruppo o familiare	163	159	183	209	210	169	3,5	3,1	3,3
Counselling all'utente o alla famiglia	1.374	1.348	1.510	1.465	1.656	1.543	29,3	26,4	30,2
Inserimento in gruppi di auto/aiuto	477	482	506	532	411	374	10,2	9,4	7,3
Trattamento socio-riabilitativo	1.537	1.709	1.813	1.983	2.130	1.873	32,8	33,5	36,7
Inserimento in comunità	222	346	246	380	310	274	4,7	6,8	5,4
Ricoveri	305	346	336	380	295	266	6,5	6,8	5,2
Altri interventi	50	61	21	67	200	193	1,1	1,2	3,8
Totale	8.197	8.704	11.107	12.279	13.198	9.267	174,9	170,4	181,4

* Ogni soggetto poteva essere inserito in più trattamenti nel corso di un programma terapeutico

Tab. 16. Soggetti alcolisti inseriti in specifici trattamenti e trattamenti per alcolisti per AUSL - Anno 2006**A. Numero di soggetti**

AUSL	Medico-farmacologico	Psicoterapeutico individuale	Psicoterapeutico di gruppo o familiare	Counselling all'utente o alla famiglia	Inserimento in gruppi di auto/aiuto	Trattamento socio-riabilitativo	Inserimento in comunità	Ricovero	Altri interventi
Piacenza	419	23	3	71	12	125	16	31	24
Parma	453	36	2	118	36	187	28	40	27
Reggio Emilia	367	19	2	107	68	271	28	12	22
Modena	668	15	6	126	81	566	32	32	5
Bologna	942	45	71	458	94	202	47	44	35
Imola	164	47	9	162	0	31	27	1	37
Ferrara	341	20	45	92	20	135	16	4	5
Ravenna	456	11	6	191	15	121	13	18	15
Forlì	132	8	11	61	34	54	11	29	5
Cesena	168	5	6	81	14	91	26	2	9
Rimini	226	10	8	76	0	90	30	53	9
Regione	4.336	239	169	1.543	374	1.873	274	266	193

B. Numero di trattamenti

<i>AUSL</i>	<i>Medico-farmacologico</i>	<i>Psicoterapeutico individuale</i>	<i>Psicoterapeutico di gruppo o familiare</i>	<i>Counselling all'utente o alla famiglia</i>	<i>Inserimento in gruppi di auto/aiuto</i>	<i>Trattamento socio-riabilitativo</i>	<i>Inserimento in comunità</i>	<i>Ricovero</i>	<i>Altri interventi</i>
Piacenza	792	27	3	73	13	152	21	31	26
Parma	1.142	36	2	136	37	232	32	48	28
Reggio Emilia	469	19	2	119	72	286	33	12	23
Modena	969	15	6	149	81	607	33	34	5
Bologna	1.545	45	72	478	108	236	52	49	38
Imola	241	47	9	163	0	37	31	1	37
Ferrara	650	20	83	105	35	170	19	4	5
Ravenna	761	11	7	200	15	142	15	18	15
Forlì	433	9	11	63	35	64	13	32	5
Cesena	335	5	6	92	15	99	28	2	9
Rimini	405	10	9	78	0	105	33	64	9
Regione	7.742	244	210	1.656	411	2.130	310	295	200

4. Utenza tabagista

Tab. 1. Utenti tabagisti afferiti ai Centri antifumo dell'Emilia-Romagna (Valori assoluti)

AUSL	Servizio	2004	2005	2006
Piacenza	Azienda USL/SerT	53	81	141
	LILT			14
	Presidio di pneumologia	6		8
	Ospedale S. Giacomo	60	69	43
Parma	Azienda Ospaliera/SerT	98	123	150
	LILT	31	20	
Reggio Emilia	Azienda Ospedaliera	90	50	19
	U.O. Peumologia Scandiano	76	49	32
	Consultorio Famil. Guastalla***	85		
	LILT	225	250	104
	SerT	57	84	137
Modena	LILT	48	38	104
	Distretto 1 Carpi	90	51	19
	Distretto 2 Mirandola	57	26	36
	Distretto 3 Modena	184	108	82
	Distretto 4 Sassuolo	201	181	105
	Distretto 6 Vignola	67	47	22
	C.di c. Villa Pineta/SerT**	15		
	Distretto 5 Pavullo/LILT		26	25
	Castelfranco E./SerT	20	41	33
Bologna	Presidio di pneumologia	130	99	71
	Azienda Ospedaliera S. Orsola - Malpighi	90	90	40
	I.I.O.R.R.	71	65	41
	LILT	15	14	10
	Ospedale Bellaria	120	82	58
	Casalecchio di Reno***	15		
	Dip. Sanità Pubblica S. Giorgio Piano	30	30	10
	CAF Casalecchio di Reno***			
Imola	Dipartimento di Prevenzione/SerT	34	41	57
Ferrara	SerT Ferrara	129	66	189
	SerT Copparo/Pneumologia	73	59	96
	SerT Portomaggiore	36	24	57
	SerT Codigoro	46	27	75
	SerT Cento	44	27	30
Ravenna	Centro per la prevenzione e cura tabagismo Ravenna	64	68	
	Centro per la prevenzine e cura tabagismo Bagnacavallo	53	48	120
	Centro per la prevenzione e cura tabagismo Faenza	58	36	
Forli	U.O. Pneumologia/SerT	28	78	84
Cesena	Istituto Oncologico/SerT	21	16	23
Rimini	LILT***	6	8	
	I.O.R di Cattolica/SerT***			
	I.O.R di Riccione***		5	
	SerT	124	89	157
Regione		2.650	2.216	2.192

*In verde: Servizi gestiti dai SerT

** Servizio non più attivo

*** Attività sospesa temporaneamente

Aggregazione per AUSL

AUSL	2004	2005	2006
Piacenza	119	150	206
Parma	129	143	150
Reggio Emilia	533	433	292
Modena	682	518	426
Bologna	471	380	230
Imola	34	41	57
Ferrara	328	203	447
Ravenna	175	152	120
Forlì	28	78	84
Cesena	21	16	23
Rimini	130	102	157
Regione	2.650	2.216	2.192

Tab. 2. Utenti tabagisti afferiti nei soli Centri antifumo dei Servizi per le dipendenze

AUSL	Servizio	2004	2005	2006
Piacenza	Azienda USL/SerT	53	81	141
Parma	Azienda Ospaliera/SerT	98	123	150
Reggio Emilia	SerT	57	84	137
Modena	Distretto 1 Carpi	90	51	19
	Distretto 2 Mirandola	57	26	36
	Distretto 3 Modena	184	108	82
	Distretto 4 Sassuolo	201	181	105
	Distretto 6 Vignola	67	47	22
	C.di c. Villa Pineta/SerT**	15	0	0
	Distretto 5 Pavullo/LILT	0	26	25
	Castelfranco E./SerT	20	41	33
Bologna	CAF Casalecchio di Reno			0
Imola	Dipartimento di Prevenzione/SerT	34	41	57
Ferrara	SerT Ferrara	129	66	189
	SerT Copparo/Pneumologia	73	59	96
	SerT Portomaggiore	36	24	57
	SerT Codigoro	46	27	75
	SerT Cento	44	27	30
Ravenna				
Forlì	U.O. Pneumologia/SerT	28	78	84
Cesena	Istituto Oncologico/SerT	21	16	23
Rimini	I.O.R di Cattolica/SerT***	0	0	0
	SerT	124	89	157
Regione		1.377	1.195	1.518

Aggregazione per AUSL

AUSL	2004	2005	2006
Piacenza	53	81	141
Parma	98	123	150
Reggio Emilia	57	84	137
Modena	634	480	322
Bologna	0	0	0
Imola	34	41	57
Ferrara	328	203	447
Ravenna	0	0	0
Forlì	28	78	84
Cesena	21	16	23
Rimini	124	89	157
Regione	1.377	1.195	1.518

5. Allegato cap. 8. Le patologie infettive correlate all'uso di droga

Tab. 1. Esiti del Test Hiv effettuati sull'utenza già in carico. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.

<i>E sito</i>	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Positivi	1.737	1.608	1.303	1.397	1.532	1.441	1.286	1.194	1.085	1.117	1.111	1.087	1.052	1.029	957	847
Negativi	1.951	2.297	2.745	3.223	3.743	4.112	4.341	2.462	2.228	1.805	1.648	1.788	1.737	1.711	1.599	1191
Non sottoposti a screening	1.090	1.336	1.586	1.527	1.405	1.229	1.490	3.402	3.813	4.698	4.972	5.365	5.595	5.867	6.530	7938
Non noto	0	0	0	0	0	0	0	159	323	225	246	315	318	294	297	73
Totale	4.778	5.241	5.634	6.147	6.680	6.782	7.117	7.217	7.449	7.845	7.977	8.555	8.702	8.901	9.383	10.049

Tab. 2. Esiti del Test Hiv effettuati sulla nuova utenza. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.

<i>Esito</i>	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Positivi HIV	320	247	190	221	182	139	111	78	49	45	32	34	49	45	22	30
Negativi HIV	1.137	1.165	916	901	977	1.012	853	752	793	589	552	532	585	523	543	442
Non sottoposti a screening	879	897	937	1.021	870	1.046	977	910	1.017	1.117	1.321	1.355	1.276	1.577	1.975	2029
Non noto	0	0	0	0	0	0	0	84	114	151	128	167	162	126	113	9
Totale	2.336	2.309	2.043	2.143	2.029	2.197	1.941	1.824	1.973	1.902	2.033	2.088	2.072	2.271	2.653	2.510

Tab. 3. Esito dei Test Hiv per Ausl. Anno 2006. Valori assoluti

<i>AUSL</i>	<i>Test HIV+</i>			<i>Test HIV-</i>			<i>Test HIV non eseguito</i>			<i>Test HIV non noto</i>			<i>Totale</i>		
	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico</i>	<i>Totale</i>
Piacenza	1	53	54	28	71	99	70	349	419	0	2	2	99	475	574
Parma	0	81	81	53	237	290	188	798	986	0	2	2	241	1.118	1.359
Reggio Emilia	1	59	60	52	65	117	200	826	1.026	2	4	6	255	954	1.209
Modena	0	114	114	62	132	194	191	884	1.075	0	1	1	253	1.131	1.384
Bologna	24	255	279	70	205	275	783	2.355	3.138	2	36	38	879	2.851	3.730
Imola	0	0	0	0	0	0	44	238	282	0	0	0	44	238	282
Ferrara	1	92	93	30	133	163	125	579	704	2	1	3	158	805	963
Ravenna	1	116	117	42	164	206	92	658	750	0	2	2	135	940	1.075
Forlì	0	20	20	31	56	87	60	320	380	0	6	6	91	402	493
Cesena	1	26	27	30	28	58	57	358	415	0	2	2	88	414	502
Rimini	1	31	32	44	100	144	219	573	792	3	17	20	267	721	988
Regione	30	847	877	442	1.191	1.633	2.029	7.938	9.967	9	73	82	2.510	10.049	12.559

Tab. 4. Distribuzione di positivi al test Hiv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza. Anno 2006. Valori assoluti e %.

AUSL	Utenti positivi / Totale utenti testati		Nuovi utenti positivi / Nuovi utenti testati	
	V.A.	%	V.A.	%
Piacenza	54	35,3	1	3,4
Parma	81	21,8	0	0,0
Reggio Emilia	60	33,9	1	1,9
Modena	114	37,0	0	0,0
Bologna	279	50,4	24	25,5
Imola	0	0	0	0
Ferrara	93	36,3	1	3,2
Ravenna	117	36,2	1	2,3
Forlì	20	18,7	0	0,0
Cesena	27	31,8	1	3,2
Rimini	32	18,2	1	2,2
Regione	877	34,9	30	6,4

Tab. 5. Distribuzione di positivi al test Hcv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza. Anno 2006. Valori Assoluti e %

AUSL	Utenti positivi / Totale utenti testati		Nuovi utenti positivi / Nuovi utenti testati	
	V.A.	%	V.A.	%
Piacenza	212	74,9	5	14,3
Parma	541	80,3	19	32,2
Reggio Emilia	268	75,3	12	20,0
Modena	525	84,4	14	21,5
Bologna	1.128	88,7	97	67,4
Imola	3	30,0	0	0,0
Ferrara	519	89,2	20	50,0
Ravenna	454	86,0	10	20,8
Forlì	168	78,1	8	25,0
Cesena	202	76,8	5	14,7
Rimini	247	75,1	12	24,5
Regione	4.267	83,1	202	35,4

Tab. 6. Esito dei Test per l'Epatite C per Ausl. Anno 2006. Valori assoluti.

AUSL	Test epatite C+			Test epatite C-			Test epatite C non eseguito			Test epatite C non noto			Totale		
	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale
Piacenza	5	207	212	30	41	71	63	215	278	1	12	13	99	475	574
Parma	19	522	541	40	93	133	181	480	661	1	23	24	241	1.118	1.359
Reggio Emilia	12	256	268	48	40	88	195	649	844	0	9	9	255	954	1.209
Modena	14	511	525	51	46	97	184	539	723	4	35	39	253	1.131	1.384
Bologna	97	1.031	1.128	47	97	144	727	1.677	2.404	8	46	54	879	2.851	3.730
Imola	0	3	3	4	3	7	40	232	272	0	0	0	44	238	282
Ferrara	20	499	519	20	43	63	118	257	375	0	6	6	158	805	963
Ravenna	10	444	454	38	36	74	85	418	503	2	42	44	135	940	1.075
Forlì	8	160	168	24	23	47	58	206	264	1	13	14	91	402	493
Cesena	5	197	202	29	32	61	52	182	234	2	3	5	88	414	502
Rimini	12	235	247	37	45	82	217	426	643	1	15	16	267	721	988
Regione	202	4.065	4.267	368	499	867	1.920	5.281	7.201	20	204	224	2.510	10.049	12.559

Tab. 7. Esito del Test per l'Epatite C effettuato sull'utenza in carico ai SerT. Periodo 1998-2006. Valori assoluti.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Positivi	3.970	4.377	4.421	4.482	4.657	4.692	4.764	4.551	4.267
Negativi	1.006	956	738	779	819	919	885	929	867
Non eseguito	3.310	3.477	3.920	4.253	4.590	4.627	5.049	6.063	7.201
Non noto	755	612	668	496	577	536	506	493	224
Totale	9.041	9.422	9.747	10.010	10.643	10.774	11.204	12.036	12.559

Tab. 8. Distribuzione di positivi al test Hbv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati e percentuale dei vaccinati per Ausl di provenienza. Valori assoluti e %. Anno 2006.

	Nuovi utenti positivi / Nuovi utenti testati		Utenti positivi / Totale utenti testati		Utenti vaccinati / Totale utenti testati	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Piacenza	116	60,4	3	9,1	1	0,5
Parma	282	60,0	9	18,8	22	4,7
Reggio Emilia	134	59,8	7	13,7	11	4,9
Modena	202	62,2	4	12,9	65	20,0
Bologna	579	74,5	12	22,6	48	6,2
Imola	0	0	0	0	0	0,0
Ferrara	287	67,7	5	16,7	64	15,1
Ravenna	246	77,4	8	33,3	11	3,5
Forlì	95	59,0	6	18,8	0	0,0
Cesena	110	46,6	14	40,0	88	37,3
Rimini	130	44,8	6	13,0	87	30,0
Regione	2.181	63,8	74	19,3	397	11,6

Tab. 9. Esito dei Test per l'Epatite B per Ausl. Anno 2006. Valori assoluti.

AUSL	Test epatite B+			Test epatite B-			Vaccinazione			Test epatite B non eseguito			Test epatite B non noto			Totale		
	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale	Nuovi	Già in carico	Totale
Piacenza	3	113	116	30	45	75	0	1	1	63	284	347	3	32	35	99	475	574
Parma	9	273	282	39	127	166	0	22	22	181	674	855	12	22	34	241	1.118	1.359
Reggio Emilia	7	127	134	42	37	79	2	9	11	195	750	945	9	31	40	255	954	1.209
Modena	4	198	202	27	31	58	0	65	65	185	507	692	37	330	367	253	1.131	1.384
Bologna	12	567	579	38	112	150	3	45	48	726	1.925	2.651	92	200	292	871	2.849	3.720
Imola	0	0	0	0	1	1	0	0	0	40	233	273	4	4	8	44	238	282
Ferrara	5	282	287	25	48	73	0	64	64	117	368	485	11	43	54	158	805	963
Ravenna	8	238	246	16	45	61	0	11	11	87	567	654	24	79	103	135	940	1.075
Forlì	6	89	95	26	40	66	0	0	0	58	263	321	1	10	11	91	402	493
Cesena	14	96	110	20	18	38	1	87	88	52	208	260	1	5	6	88	414	502
Rimini	6	124	130	28	45	73	12	75	87	218	451	669	3	26	29	267	721	988
Regione	74	2.107	2.181	291	549	840	18	379	397	1.922	6.230	8.152	197	782	979	2.502	10.047	12.549

Tab. 10. Esiti del Test per l'Epatite B effettuato sull'utenza in carico ai SerT. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.

Esito	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Positivi	2.143	2.342	2.289	2.460	2.802	2.906	2.963	2.387	2.341	2.380	2.445	2.446	2.464	2.449	2.402	2.181
Negativi	1.398	1.534	1.873	2.328	2.518	3.213	3.082	1.439	1.468	1.099	1.056	1.125	1.094	1.002	976	840
Non eseguito	2.637	3.181	2.907	2.948	2.986	2.783	3.012	3.585	4.092	4.723	5.061	5.491	5.580	5.679	7.005	8.152

6. Allegato cap 10. La mortalità tra i tossicodipendenti e gli alcolisti afferenti ai Servizi dell'Emilia-Romagna

Tab. 1. Numero di decessi osservati e mortalità proporzionale per le principali cause di morte nei maschi e nelle femmine tossicodipendenti. Anno 2005. Valori assoluti e %.

Cause di morte	Maschi		Femmine	
	V.a.	%	V.a.	%
Overdose	13	10,9	2	9,1
Aids	22	18,5	6	27,3
Epatopatia	11	9,2	2	9,1
Incidente traumatico	19	16,0	0	0
Suicidio	7	5,9	1	4,5
Tumore	3	2,5	3	13,6
Malattie sistema circolatorio	10	8,4	1	4,5
Malattie apparato respiratorio	1	0,8	0	0
Malattie apparato digerente	2	1,7	0	0
Avvelenamento	2	1,7	0	0
Omicidio	1	0,8	0	0
Causa sconosciuta	8	6,7	2	9,1
Altro	20	16,8	5	22,7
Tutte le cause	119	100,0	22	100,0

Tab. 2. Numero di decessi osservati e mortalità proporzionale per le principali cause di morte nei maschi e nelle femmine tossicodipendenti. Anno 2006. Valori assoluti e %.

Cause di morte	Maschi		Femmine	
	V.a.	%	V.a.	%
Overdose	22	21,8	1	5,0
Aids	18	17,8	4	20,0
Epatopatia	13	12,9	2	10,0
Incidente traumatico	12	11,9	3	15,0
Suicidio	7	6,9	1	5,0
Tumore	5	5,0	1	5,0
Malattie sistema circolatorio	1	1,0	0	0
Malattie apparato respiratorio	1	1,0	0	0
Malattie apparato digerente	0	0	0	0
Avvelenamento	0	0	0	0
Omicidio	0	0	0	0
Causa sconosciuta	9	8,9	4	20,0
Altro	13	12,9	4	20,0
Tutte le cause	101	100,0	20	100,0

Tab. 3. Decessi per causa e per Ausl – Tossicodipendenti – Anno 2005. Valori assoluti.

	Overdose	Aids	Epatopatie	Incidenti traumatici	Suicidio	Omicidio	Mal. Apparato digerente	Mal. Apparato respiratorio	Mal. Sistema circolatorio	Tumore	Avvelenamenti	Causa sconosciuta	Altro	Totale
Piacenza	0	2	0	1	2	0	1	0	1	0	0	2	0	9
Parma	2	1	1	2	0	1	0	0	1	1	0	1	1	11
Reggio Emilia	2	2	0	2	4	0	1	0	0	1	0	0	3	15
Modena	3	2	3	6	1	0	0	0	4	1	0	1	1	22
Bologna	5	9	5	2	0	0	0	0	3	0	0	1	12	37
Imola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ferrara	2	4	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	13
Ravenna	0	5	2	4	0	0	0	0	0	0	0	3	4	18
Forlì	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	7
Cesena	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	6
Rimini	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Regione	15	28	13	19	8	1	2	1	11	6	2	10	25	141

Tab. 4. Decessi per causa e per Ausl – Tossicodipendenti – Anno 2006. Valori assoluti

	Overdose	Aids	Epatopatie	Incidenti traumatici	Suicidio	Omicidio	Mal. Apparato digerente	Mal. Apparato respiratorio	Mal. Sistema circolatorio	Tumore	Avvelenamenti	Causa sconosciuta
Piacenza	0	3	3	0	0	0	0	0	0	5	1	12
Parma	4	1	0	3	1	0	0	0	1	0	1	11
Reggio Emilia	1	1	0	3	3	0	0	0	1	0	0	9
Modena	1	1	2	0	0	0	0	0	2	0	1	7
Bologna	6	5	2	1	2	0	0	0	0	1	9	26
Imola	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Ferrara	1	2	5	3	1	0	1	0	0	2	0	15
Ravenna	8	5	1	2	0	0	0	0	2	4	2	24
Forlì	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	4
Cesena	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Rimini	2	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	8
Regione	23	22	15	15	8	0	1	0	6	13	17	121

Tab. 5. Tassi di mortalità tra i tossicodipendenti dei SerT delle Aziende Usl. Anno 2006 Popolazione standard 15-64: Italia 2001

Anno 2006	Casi di decesso residenti (pop. Ausl 31.12.2006)	Tassi di mortalità Standardizzati *100.000	Tassi di mortalità grezzi *100.000	Intervallo di Confidenza *100.000
Piacenza	11	6,2	5,4	2,2 – 8,6
Parma	11	4,1	3,9	1,6 – 6,2
Reggio Emilia	9	2,7	2,6	0,9 – 4,3
Modena	7	1,6	1,5	0,4 – 2,6
Bologna	26*	4,9	4,5	2,7 – 6,2
Imola	2	2,5	2,0	0,00 – 4,8
Ferrara	15	6,6	6,4	3,1 – 9,6
Ravenna	19	8,0	7,1	3,9 – 10,3
Forlì	3	2,6	2,6	0,0 – 5,7
Cesena	2	1,5	1,5	0,0 – 3,5
Rimini	5	2,6	2,4	0,3 – 4,5
Regione	109	4,0	3,7	3,0 – 4,4

* Non è stato possibile rilevare il dato della residenza sull'utenza della provincia di Bologna pertanto i tassi possono risultare leggermente sovrastimati. I tassi standardizzati calcolati su un numero di casi di morte inferiore a 4 sono instabili e quindi non riflettono in maniera precisa la situazione.

Tab. 6. Tassi di mortalità tra i tossicodipendenti dei SerT delle Aziende Usl. Anno 2005 Popolazione standard 15-64: Italia 2001.

Anno 2005	Casi di decesso residenti (pop. Ausl 31.12.2005)	Tassi di mortalità grezzi *100.000	Tassi di mortalità Standardizzati *100.000	Intervallo di Confidenza *100.000
Piacenza	9	5,1	5,3	1,8 - 8,8
Parma	10	3,7	3,5	1,3 - 5,6
Reggio Emilia	15	4,6	4,3	2,1 - 6,5
Modena	22	5,0	5,0	2,9 - 7,1
Bologna	37*	7,0	6,1	4,1 - 8,1
Imola	0	0	0	0
Ferrara	12	5,3	5,3	2,2 - 8,3
Ravenna	18	7,6	7,1	3,8 - 10,5
Forlì	5	4,3	4,2	0,5 - 8,0
Cesena	6	4,6	4,2	0,8 - 7,6
Rimini	2	1,0	0,9	0,0 - 2,3
Regione	136	5,0	4,7	3,9 - 5,5

*non è stato possibile rilevare il dato della residenza sull'utenza della provincia di Bologna pertanto i tassi possono risultare leggermente sovrastimati
I tassi standardizzati calcolati su un numero di casi di morte inferiore a 4 sono instabili e quindi non riflettono in maniera precisa la situazione.

Fig. 1 Tassi di mortalità standardizzati tra i tossicodipendenti distinti per Ausl. Anno 2006

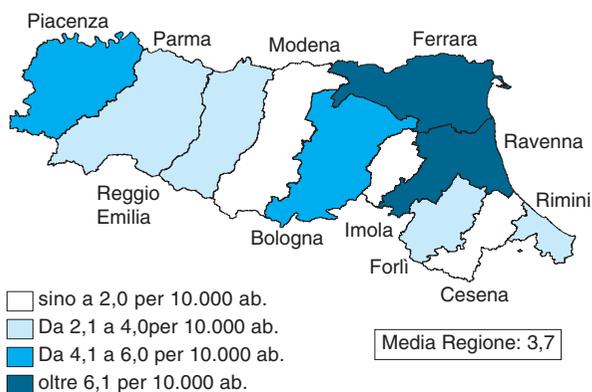
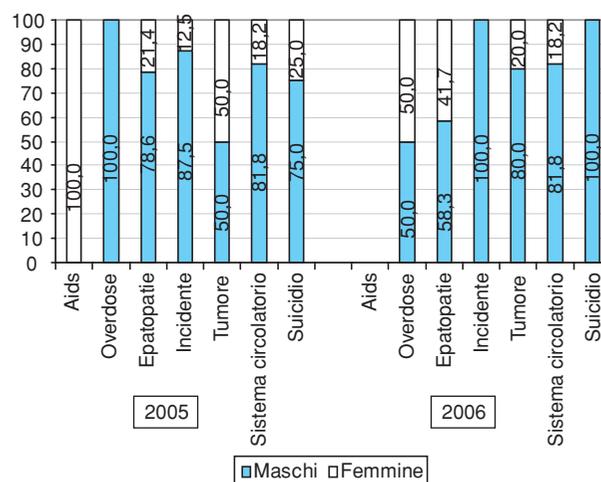


Fig. 2 Mortalità proporzionale per sesso. Anni 2005 - 2006.



Tab. 7. Tassi di mortalità tra i tossicodipendenti dei SerT delle Aziende Usl. Anni 2005-2006 Popolazione standard 15-64: Italia 2001.

	2005		2006	
	Tassi di mortalità grezzi *100.000 (pop. Ausl 31.12.2005)	Tassi di mortalità Standardizzati *100.000	Tassi di mortalità grezzi *100.000 (pop. Ausl 31.12.2006)	Tassi di mortalità Standardizzati *100.000
Piacenza	5,1	5,3	6,2	5,4
Parma	3,7	3,5	4,1	3,9
Reggio Emilia	4,6	4,3	2,7	2,6
Modena	5,0	5,0	1,6	1,5
Bologna	7,0	6,1	4,9	4,5
Imola	0	0	2,5	2,0
Ferrara	5,3	5,3	6,6	6,4
Ravenna	7,6	7,1	8,0	7,1
Forlì	4,3	4,2	2,6	2,6
Cesena	4,6	4,2	1,5	1,5
Rimini	1,0	0,9	2,6	2,4
Regione	5,0	4,7	4,0	3,7

Tab. 8. Decessi per causa e per Ausl – Alcolisti – Anno 2006. Valori assoluti.

	Epatopatie	Aids	Incidenti	traumatici	Mal. Apparato respiratorio	Apparato digerente	Mal. Sistema circolatorio	Tumore	Overdose	Suicidio	Causa sconosciuta	Altro
Piacenza	7	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	17
Parma	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1	4	13
Reggio Emilia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Modena	2	0	1	1	0	1	3	0	1	0	3	12
Bologna	0	0	1	1	0	4	0	0	0	1	1	9
Imola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Ferrara	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	5
Ravenna	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	4
Forlì	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Cesena	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Rimini	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3
Regione	12	0	5	2	1	11	10	2	5	9	13	71

Tab. 9. Decessi per causa e per Ausl – Alcolisti – Anno 2005. Valori assoluti.

	Epatopatie	Aids	Incidenti	traumatici	Mal. Apparato respiratorio	Apparato digerente	Mal. Sistema circolatorio	Tumore	Overdose	Suicidio	Causa sconosciuta	Altro
Piacenza	1	0	2	1	0	2	0	0	0	5	0	11
Parma	1	0	1	0	0	3	1	1	0	2	0	9
Reggio Emilia	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0	7
Modena	6	0	1	2	1	3	7	0	1	0	2	23
Bologna	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	5
Imola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ferrara	1	0	0	0	0	2	4	1	1	0	0	9
Ravenna	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5
Forlì	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4
Cesena	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rimini	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3
Regione	14	1	8	5	1	11	16	2	4	13	3	78

Fig. 3 Mortalità proporzionale per sesso. Anni 2005 - 2006.

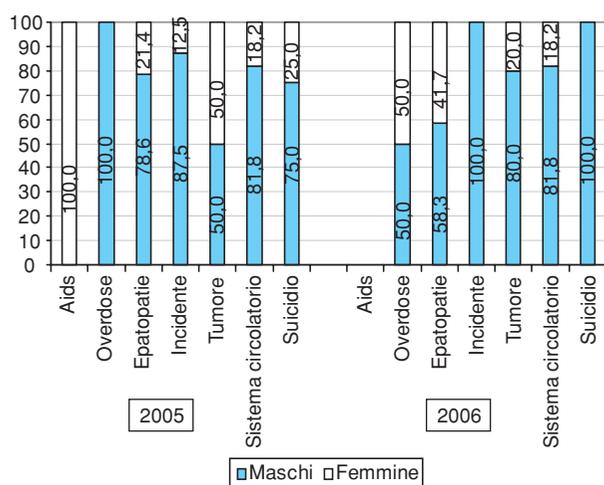
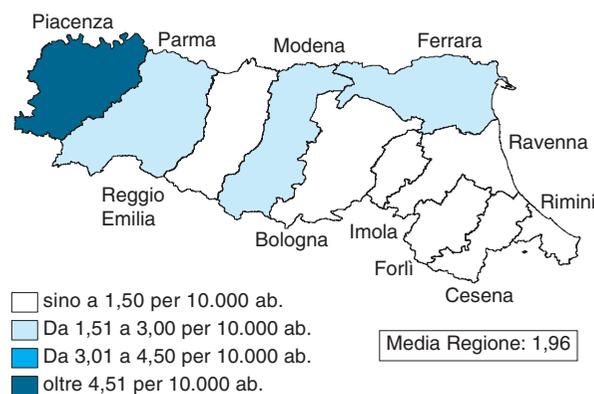
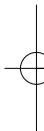


Fig. 4 Tassi di mortalità grezzi tra gli alcolisti distinti per AUSL. Anno 2006.





Finito di stampare
nel mese di Marzo 2008
da GRAFICHE ZANINI - BOLOGNA

