



Regione Lombardia



Dipartimento ASSI  
Dipartimento Dipendenze

**Consiglio Nazionale delle Ricerche**



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

**Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze**  
**Il Fenomeno delle Dipendenze**  
**sul Territorio della ASL MI 1**  
Anno 2006



### **Gli autori del rapporto sono:**

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

\* Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL MI1

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

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

Si ringrazia il Gruppo di lavoro/corso di formazione CNR: Roberto Calloni, SerT di Limbiate; Concetta Micalizzi, NOA di Limbiate; Monica Nocenini, NOA di Limbiate; Anna Porcellini, SerT di Rho; Alberto Ciccarelli, SerT di Corsico; Stefania Bruletti, SerT di Parabiago; Antonio Bellicoso, NOA di Legnano; Claudia Rossignoli, SerT di Magenta; Marina Meneghello, SerT di Magenta; Ivana Balistrocchi, NOA di Abbiategrasso; Giovanni Gaiera, Responsabile Comunità Contina; Elena Malavenda, Comunità Dianova; Laura Andreoni, Ufficio Epidemiologico.

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

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

Un particolare ringraziamento, infine, al gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Cristina Salvatori, Federica Pieroni, Loredana Fortunato, Rosanna Panini, Stefanella Pardini, Michele De Nes, Andrea Boni, Gabriele Trivellini, Cristina Doveri, Maurizio Mangione).



# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	VII
<b>Introduzione</b> .....	IX
<b>1. Uso di sostanze psicoattive nella popolazione</b>	
• Popolazione generale – Indagine IPSAD.....	1
• Popolazione scolarizzata – indagine ESPAD.....	11
<b>2. Uso problematico di sostanze psicoattive</b>	
• Stime di prevalenza di uso problematico.....	31
• Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento.....	35
<b>3. Domanda di trattamento</b>	
• La rete dei servizi.....	47
• Profilo dei soggetti in trattamento presso le Unità Operative SerT.....	67
• Profilo dei soggetti in trattamento presso le Unità Operative alcoldipendenze.....	82
<b>4. Implicazioni e conseguenze per la salute</b>	
• Ricoveri alcol e droga correlati.....	89
• Malattie infettive droga correlate.....	95
• Decessi droga correlati.....	101
<b>5. Implicazioni e conseguenze sociali</b>	
• Segnalazioni per uso e possesso di stupefacenti.....	105
• Attività illegale correlata alle sostanze.....	120
<b>6. Analisi dei costi, prestazioni e DRG</b>	
• Prestazioni e sistemi di tariffazione.....	123

**Allegati riportati sul CD-ROM**



## PREFAZIONE

La diffusione e la varietà delle sostanze e dei comportamenti d'abuso, negli ultimi anni in continuo mutamento, rendono particolarmente importante la disponibilità di una base di dati, di conoscenze epidemiologiche, che possano orientare la programmazione di interventi e che riescano ad incidere sul fenomeno, sia in termini di prevenzione che di trattamento o di risocializzazione. L'utilizzo razionale delle risorse, esigenza sempre più sentita dalle istituzioni e dagli operatori attivi nell'ambito socio sanitario, richiede che gli investimenti necessari siano correttamente indirizzati, individuando priorità, dimensionando opportunamente gli interventi, evitando sovrapposizioni ed anzi, sviluppando al massimo le possibili sinergie.

E' con queste motivazioni che viene pubblicato questo rapporto dell'Osservatorio sulle Dipendenze della ASL della Provincia di Milano n.1, frutto dello sforzo degli operatori del Dipartimento delle Dipendenze, che, con l'aiuto dei ricercatori del CNR e con la collaborazione degli operatori degli enti locali, del privato sociale, della scuola, hanno individuato, raccolto, studiato ed interpretato i dati custoditi, ma anche dispersi, fra diversi soggetti istituzionali, che, pur avendoli raccolti, non potevano connetterli fra di loro per "farli parlare" e farli diventare "informazioni".

Ci auguriamo, mettendo a disposizione dei diversi "portatori di interessi" questa pubblicazione, che verrà periodicamente aggiornata, di supportare la programmazione e contribuire a coordinare gli interventi dei diversi soggetti a ciò deputati e di fornire utili elementi di comprensione del fenomeno dipendenze, nel suo divenire a chiunque sia interessato a formarsi un'opinione basata sui dati e adempiendo, in tal modo, ad una parte non marginale del mandato istituzionale dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Direttore del Dipartimento Dipendenze  
Dott. Ernestino Gola



## INTRODUZIONE

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

L'analisi è stata condotta tramite la raccolta locale per i SerT delle informazioni sull'utenza trattata e trasferite a livello ministeriale tramite i modelli di rilevazione SEM e ANN e per i NOA attraverso le schede ministeriali ALC. Sono stati inoltre utilizzati tutti i dati informatizzati raccolti dai singoli servizi del territorio; prima di procedere all'analisi statistica, attraverso apposite procedure, le informazioni raccolte sono state standardizzate.

La Provincia di Milano, comprendente la ASL MI1, ha svolto inoltre ruolo di punto campione per due indagini campionarie nazionali: l'indagine IPSAD-Italia® (indagine sul consumo di sostanze nella popolazione residente di età compresa tra i 15 ed i 54 anni) e l'indagine ESPAD-Italia® (indagine sul consumo di sostanze nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 ed i 19 anni).

La metodologia utilizzata da IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) è quella del questionario anonimo autosomministrato inviato per posta; ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), invece, va a rilevare le abitudini di uso di alcol, tabacco e droghe nella popolazione giovanile studentesca somministrando questionari a intere classi di un significativo campione di scuole superiori.

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

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

### **Una panoramica del fenomeno delle dipendenze nella ASL MI 1**

*Quali sono le dimensioni del fenomeno droga nella ASL MI1?*

Dall'analisi dei dati per l'anno 2005 emerge in generale una maggiore contiguità della popolazione milanese e, quindi, della popolazione residente sul territorio della ASL MI1 alle sostanze psicotrope rispetto alla popolazione delle altre regioni italiane.

*Come è stata strutturata questa relazione sullo stato delle dipendenze? Quali gli indicatori utilizzati?*

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

Gli indicatori utilizzati rispondono agli standard definiti dall'Osservatorio Europeo delle Dipendenze: uso di sostanze nella popolazione generale, prevalenza d'uso problematico delle sostanze psicoattive, domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze, mortalità degli utilizzatori di sostanze, malattie infettive.

*Che cosa rappresenta l'indicatore "uso di sostanze nella popolazione generale"? Che dimensioni assume nella provincia di Milano?*

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

Sia dai dati IPSAD che da quelli ESPAD emerge in generale una maggiore contiguità della popolazione milanese alle sostanze psicotrope rispetto alla popolazione delle altre regioni italiane. Ci sono naturalmente differenze per ciascuna sostanza soprattutto laddove si vada a distinguere tra l'uso sperimentato almeno una volta nella vita e l'uso "recente", ossia effettuato negli ultimi dodici mesi, per sesso ed età degli utilizzatori.

L'uso almeno una volta nella vita della cannabis riguarda il 33,6% della popolazione in oggetto, quello di cocaina il 8,3%.

In particolare per quanto riguarda l'uso di cannabis sembrano più esposti al consumo i maschi rispetto alle femmine, specialmente nelle classi d'età più giovani per le quali la probabilità di fare uso della sostanza è quattro volte superiore rispetto ai soggetti di età compresa tra i 35 ed i 54 anni. I soggetti tra i 15 ed i 24 anni sono i più esposti al rischio di utilizzo di cocaina e non si evidenziano particolari differenze tra i generi.

L'uso di eroina è più diffuso nella provincia milanese rispetto alle altre zone d'Italia. Circa l'1,8% degli intervistati ha riferito di aver consumato eroina almeno una volta nella propria vita.

Anche per quello che riguarda i consumi più recenti, sono sempre i milanesi a riferire una più alta contiguità con la sostanza. Si evidenziano delle differenze nel consumo in base al sesso: se per i maschi, infatti, all'aumentare dell'età diminuisce gradualmente il consumo, tra le donne si nota un utilizzo maggiore tra le 15-24enni, mentre per tutte le altre classi d'età i valori sono stabili.

L'uso sperimentale di stimolanti riguarda circa il 4,4% dei soggetti intervistati e quello di allucinogeni il 2,8% (in Italia rispettivamente 3,8% e 3,4%).

*Evidenziato un maggior rischio d'uso di sostanze nella popolazione generale della provincia di Milano rispetto al resto d'Italia, ciò vale anche per la popolazione giovanile? Che cosa emerge dai dati ESPAD sugli studenti tra i 15 e i 19 anni residenti nel distretto della ASL MI1?*

In generale anche tra gli studenti residenti nella ASL MI1 si riscontra una contiguità alle sostanze maggiore rispetto al dato nazionale tranne che per il consumo di eroina, per la quale il dato nazionale risulta, anche se di poco, sempre maggiore. In ogni caso anche qui occorre fare distinzioni per sostanze e per modalità d'uso (uso almeno una volta nella vita ed uso recente).

La prevalenza dei consumi di cannabis in Italia si attesta intorno al 30,7% per gli studenti che riferiscono di averne fatto uso nella vita ed al 23,8% negli ultimi dodici mesi. Dai dati si rileva che la diffusione della sostanza è maggiore nella ASL MI1, sia per quello che riguarda la sperimentazione (36,6%) sia per l'uso recente (28%).

Per entrambi i sessi si assiste ad un generale aumento del consumo della sostanza all'aumentare dell'età: i maschi consumatori, però, risultano sempre maggiori rispetto alle loro coetanee già a partire dai 16 anni, sino ad arrivare ad essere quasi il doppio delle femmine nella classe di età dei 19enni.

Il consumo di cocaina nel territorio della ASL MI1 è maggiore rispetto al resto d'Italia. L'assunzione della sostanza, almeno una volta nella vita è riferita dal 5,7% degli studenti rispetto al 5,3% riferito dai coetanei nazionali. Tale consumo aumenta all'aumentare dell'età e sono i maschi a riferirne un maggior consumo.

A differenza dei dati sulla popolazione generale, quelli sulla popolazione giovanile non registrano una diffusione dell'eroina maggiore rispetto al resto d'Italia. Se la sperimentazione in Italia riguarda il 2,5% degli intervistati, nella ASL MI1 tocca il 2,4%, mentre l'uso recente, che in Italia riguarda l'1,6% degli intervistati, nel territorio d'interesse riguarda l'1,5%. Per questa sostanza non si riscontra un aumento dell'utilizzo connesso all'aumentare dell'età, tant'è che i consumi tra i 15enni ed i 19enni risultano molto simili. Per entrambi i sessi il maggior consumo avviene tra i giovani di 16 anni.

I consumi nella vita d'amfetamino-derivati tra gli studenti delle scuole superiori residenti nella provincia della ASL MI1, sono riferiti dal 3,3% circa degli intervistati, mentre circa l'1,9% ne riferisce il consumo negli ultimi 12 mesi (in Italia rispettivamente 3,1% e 1,7%). L'uso, anche in questo caso, tende ad aumentare all'aumentare dell'età. Sono sempre i maschi a dichiarare un consumo maggiore rispetto alle loro coetanee.

Anche le sostanze allucinogene hanno una diffusione maggiore a quella del resto dell'Italia (l'uso nella vita è riferito dal 5,2% e l'uso negli ultimi 12 mesi dal 2,7%, contro il 3,9% e il 2,1% dei consumi riferiti dai coetanei nazionali).

*Cosa rappresenta l'indicatore definito come "prevalenza d'uso problematico delle sostanze psicoattive" e quale impatto ha nella ASL MI1?*

L'EMCDDA definisce l'uso problematico come "il consumo per via iniettiva o da lunga data e regolare di oppiacei, cocaina o amfetamine". Tale definizione può essere anche intesa ad indicare l'utenza potenziale che potrebbe attivare una domanda di trattamento e per la quantificazione numerica del collettivo in studio è opportuno utilizzare le adeguate metodologie statistico-epidemiologiche. Per quello che riguarda i consumatori problematici di oppiacei sono stati stimati sul territorio nel 2005 3.500 casi, pari ad una prevalenza di 5,3 soggetti utilizzatori problematici ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Per quanto riguarda i consumatori problematici di cocaina sono stati stimati sul territorio nel 2005 3.000 casi, pari ad una prevalenza di 4,7 soggetti utilizzatori problematici ogni mille residenti.

Infine gli utilizzatori problematici di alcol stimati sono prossimi alle 4.500 unità con una prevalenza di 7 soggetti ogni mille residenti.

In generale si può affermare che i valori stimati per l'area territoriale, se confrontati con le prevalenze stimate a livello nazionale, si attestano su valori maggiori; mentre sono in linea con le prevalenze stimate per le aree territoriali delle ASL MI1 e MI2.

*Quali sono le caratteristiche dei soggetti che si rivolgono alle strutture di intervento, ossia: quali caratteristiche assume l'indicatore considerato "domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze"?*

L'analisi della domanda di trattamento è stata realizzata in base al protocollo TDI messo a punto dell'Osservatorio Europeo Delle Tossicodipendenze. Nel 2005, presso i SerT della ASL MI1, ci sono stati 1.737 utenti trattati.

Sebbene la maggioranza degli utenti sia trattata per dipendenza per eroina, sono in aumento le domande di trattamento per problematiche legate all'uso di altre sostanze. Infatti i servizi, inizialmente strutturati per il trattamento dei soggetti eroinomani, a fronte dell'emergere di altre tipologie di domanda, ma soprattutto a fronte di un bisogno potenziale di trattamento legato ad altre forme di dipendenza, stanno strutturando in modo diversificato la loro offerta in modo da erogare assistenza agli adolescenti con problematiche di uso di sostanze, ai familiari degli utilizzatori, ai soggetti con comorbilità psichiatrica ed ai soggetti con forma di dipendenza diversa da quelle da sostanze chimiche.

Analizzando il livello di scolarità dell'utenza, a prescindere dalla sostanza d'abuso primaria, vediamo come il 70% dell'utenza in carico presso i SerT possiede un livello di scolarità medio.

Per quello che riguarda la condizione occupazionale, la maggior parte dell'utenza risulta occupata stabilmente (60%); risulta disoccupato, infatti, il 29% dell'utenza in carico.

La condizione abitativa vede il 55% degli utenti della ASL MI1 abitare con altre persone ed il 30% con i genitori; la maggior parte di loro hanno una residenza fissa.

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

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

Dai dati forniti dalla DCSA, nel 2005 si sono registrati nel distretto della ASL MI1 3 decessi per overdose. Per questa area territoriale si conta, quindi, un tasso di 0,6 decessi ogni 100.000 abitanti: valore inferiore sia al dato provinciale, sia al dato regionale ed anche al dato nazionale.

Per quello che riguarda le malattie infettive, le percentuali di positività ai rispettivi test per HIV, HBV e HCV tra gli utenti dei SerT mostrano che, tra i soggetti testati, i valori di positività all'infezione per il virus responsabile dell'AIDS quanto i valori di positività all'infezione per il virus dell'epatite B e dell'epatite C sono inferiori rispetto ai valori di riferimento regionali.

*Nel Report è stato dato spazio all'analisi di aspetti particolari connessi con la diffusione e l'uso di sostanze, in particolare a tutto ciò che si può identificare come attività criminale connessa alla droga.*

*Quale rilevanza assumono questi fenomeni nel distretto della ASL MI1?*

Gli indicatori indiretti che si riferiscono all'attività criminale droga correlata analizzati sono tre: denunce per violazioni di artt. 73 e 74 del DPR 309/90, operazioni antidroga con sequestro di stupefacenti, detenuti tossicodipendenti in carcere.

Per quello che riguarda le denunce, l'analisi dell'impatto delle attività delle Forze dell'Ordine sulla popolazione a rischio residente nel territorio del

distretto della ASL MI1 evidenzia un tasso standardizzato nel 2005 pari a meno di 5 denunciati ogni 10.000 abitanti tra i 15 ed i 64 anni contro quello di circa 8 rilevato a livello nazionale; la quasi totalità di tali denunce (il 96%) riguarda il reato più grave di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73).

La cocaina rimane, anche in questa area territoriale la sostanza maggiormente coinvolta nelle denunce; ma se il dato nazionale arriva al 39%, nel territorio della ASL MI1 la percentuale sale sino al 53%. Seguono denunce per cannabinoidi (circa 29%) ed eroina (circa 17%).

Passando alle operazioni antidroga effettuate dalle Forze dell'Ordine nel corso dell'anno 2005, esse sono state, 19.659 in Italia, 3.309 in Lombardia, 1.565 a Milano e 189 nei comuni afferenti all'ASL MI1.

Rispetto al dato nazionale si osservano quote nettamente superiori di azioni finalizzate al contrasto di cocaina: il dato nazionale, infatti, ha un valore inferiore al 33%, mentre nel territorio di interesse la percentuale sale a quasi il 47%.

La tossicodipendenza in carcere rappresenta un fenomeno diffuso nel distretto della ASL MI1 così come nel resto d'Italia: la quota di detenuti tossicodipendenti a livello provinciale riguarda il 31% della popolazione carceraria e, a livello nazionale, il 27%.

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

Nel periodo 2000-2005, si sono registrati complessivamente 96.356 ricoveri correlati direttamente ad alcol e droga, 3.073 invece sono stati i ricoveri con diagnosi correlata indirettamente al consumo di alcol e droghe. La sostanza che ha maggiormente provocato ricoveri con diagnosi principale o concomitante totalmente attribuibile ad uso di alcolici o sostanze stupefacenti è l'alcol (85,6%).

Dei soggetti residenti nel distretto della ASL MI1 ricoverati nel periodo di riferimento, il 75,5% è stato ricoverato solo una volta contro il 24,5% che ha subito più ricoveri. La maggior parte dei soggetti ricoverati ha un'età compresa tra i 35 ed i 54 anni.

*Quali altri indicatori possono essere approfonditi nello studio del campo della tossicodipendenza? E quali indicazioni ne possono conseguire?*

È stato condotto uno studio sulla mappatura a livello comunale dell'utenza dipendente da sostanze psicoattive censita presso i servizi.

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

La distribuzione sul territorio dell'utenza legata alla tipologia di sostanza varia da sostanza a sostanza. Così, mentre gli utilizzatori di cannabinoidi risultano distribuiti in maniera sparsa sul territorio, gli utenti utilizzatori di oppiacei e stimolanti si mostrano molto concentrati su determinate zone. Sia gli utilizzatori di oppiacei che di stimolanti si collocano essenzialmente nella parte settentrionale della regione in particolare nell'area attorno alla zona a ridosso della provincia di Varese e nella zona attorno a Bollate e Senago.



# **USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE**

---



## USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE

### POPOLAZIONE GENERALE – INDAGINE IPSAD

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope illegali nella popolazione residente nella provincia di Milano sono tratti dallo studio IPSAD-Italia® realizzato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Tale indagine ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe nella popolazione, in età compresa tra i 15 ed i 54 anni.

La partecipazione è anonima, dal momento che le domande presenti nel questionario inviato a ciascun soggetto non permettono di risalire in nessun modo all'identità di chi lo compila.

### Caratteristiche generali dei soggetti partecipanti allo studio IPSAD-Italia®2005 residenti nella provincia di Milano

Nella Tabella 1.1 sono riportate le distribuzioni delle risposte dei soggetti residenti nella provincia di Milano, riferite ad alcune domande riguardanti caratteristiche sociali e generali degli intervistati, compreso il consumo di sostanze psicotrope legali.

**Tabella 1.1: Distribuzione percentuale delle caratteristiche sociali e generali dei soggetti intervistati nella provincia di Milano.**

CARATTERISTICHE CONSIDERATE	DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE	
scolarità	BASSA: 29,7%	MEDIO-ALTA: 70,3%
stato socio-economico	MEDIO-BASSO: 76,8%	ALTO: 23,2%
abuso alcol negli ultimi trenta giorni	NO: 80,9%	SI: 19,1%
uso tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	NO: 84,4%	SI: 15,6%
condizione familiare (divorziato/separato/vedovo)	NO: 90,3%	SI: 9,7%
uso abituale di sigarette	NO: 73,9%	SI: 26,1%

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

Il 70,3% del campione intervistato dichiara di essere in possesso almeno del diploma superiore (in Italia la percentuale è del 73,3%), mentre il 23,2% si colloca tra coloro che hanno uno stato socio-economico alto (il dato nazionale è del 17,3%). A differenza del campione nazionale (5,5% dei soggetti), quasi il 10% degli intervistati nella provincia di Milano riferisce di essere divorziato, separato o vedovo.

Per ciò che riguarda l'uso di sostanze psicotrope legali, il 15,6% ha fatto uso di psicofarmaci nei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (in Italia il 10,8%), il 26% fuma regolarmente sigarette (in Italia il 19,5%) ed il 19% riferisce di aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni (nel resto della nazione: 21,6%).

Nei paragrafi successivi tali caratteristiche verranno analizzate in relazione ai consumi riferiti per le diverse sostanze psicoattive: cannabis, eroina, cocaina, allucinogeni e stimolanti, correggendo naturalmente per l'appartenenza di genere e l'età.

La possibile associazione tra caratteristica e consumo della sostanza indagata viene espressa attraverso il rapporto "odds ratio" tra la probabilità di essere consumatore, se presente la caratteristica in analisi, e la probabilità di essere consumatore se questa caratteristica è assente.

Il valore dell'"odds ratio" maggiore di 1 indica un'associazione positiva fra la caratteristica e il comportamento, mentre se inferiore ad 1 indica un'associazione negativa fra la caratteristica ed il comportamento.

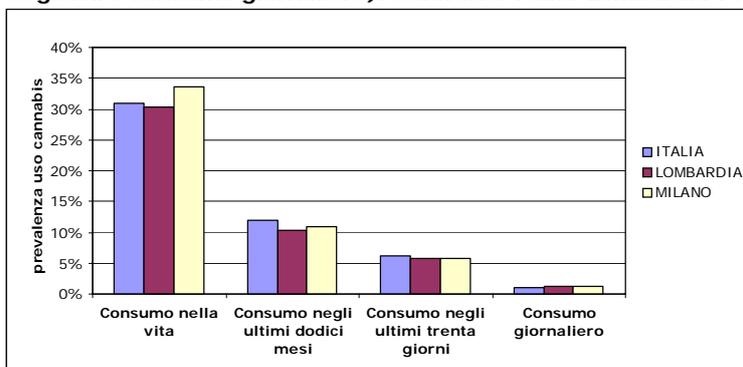
### Uso di cannabis

Nella provincia di Milano il 33,6% della popolazione, in età compresa tra i 15 ed i 54 anni riferisce di aver fatto uso almeno una volta nella propria vita di cannabis. Il dato regionale è intorno al 30% e la prevalenza nazionale è al 31%.

Inversa la tendenza relativa all'uso recente, per ciò che riguarda i consumi della sostanza negli ultimi dodici mesi, infatti, in Italia a riferire almeno un contatto è il 12% della popolazione, mentre in Lombardia il 10,4% e nella provincia di Milano circa l'11%.

Non si evidenziano sostanziali differenze per i consumi nell'ultimo mese; l'utilizzo della sostanza coinvolge circa il 6% dei soggetti residenti in Lombardia e nella provincia di Milano, in linea col dato rilevato nel resto della nazione. Anche per quanto riguarda l'uso giornaliero il dato è in media con quello nazionale (1,1%): si stima siano circa 56.000 i residenti in Lombardia che consumano quotidianamente hashish di cui 23.000 residenti nella provincia di Milano.

**Grafico 1.1: Uso di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano.**



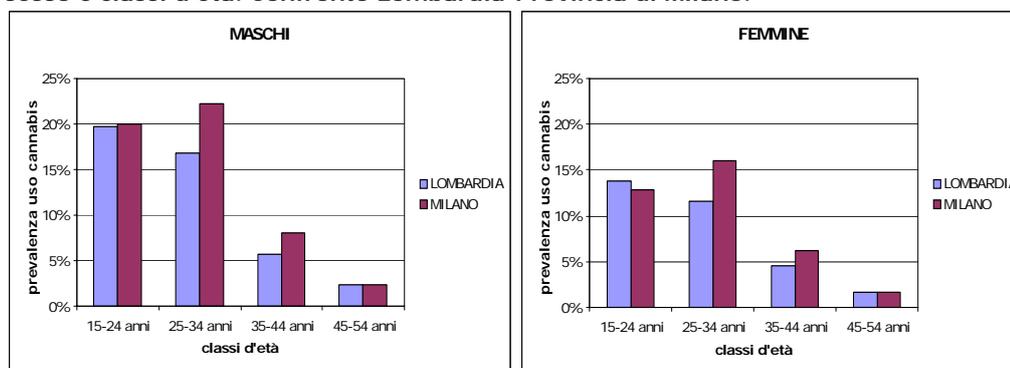
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

Fra i circa 220.000 residenti nella provincia di Milano che si stima abbiano fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi sono i maschi a riferire maggiore contiguità alla sostanza. Analizzando i consumi per sesso e classi d'età, pare evidente che il fenomeno interessi in misura maggiore il genere di sesso maschile (12,8% contro il 9,4% delle coetanee). Sia nella provincia di Milano che nel resto della regione (maschi: 12,3% femmine: 9%).

Dal Grafico 1.2 risulta evidente che i consumi diminuiscono all'aumentare dell'età, dalle stime infatti si nota che i soggetti con età compresa tra i 15 ed i 34 anni hanno, in media, una probabilità di far uso della sostanza 4 volte maggiore rispetto ai 35-54enni.

I consumi più elevati della sostanza sono osservati per i soggetti maschi 25-34enni residenti nella provincia di Milano: circa il 22,3%.

**Grafico1.2: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età. Confronto Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005

Di seguito vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune delle caratteristiche generali e sociali associate al consumo di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi).

**Tabella 1.2: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cannabis una o più volte negli ultimi dodici mesi (modello di analisi con sesso ed età).**

	Consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	2.695 (1.627-4.464)
	avere uno stato socio-economico alto	2.119 (1.347-3.333)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere fumatore	0.085 (0.048-0.151)
	non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni	0.007 (0.001-0.056)

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005

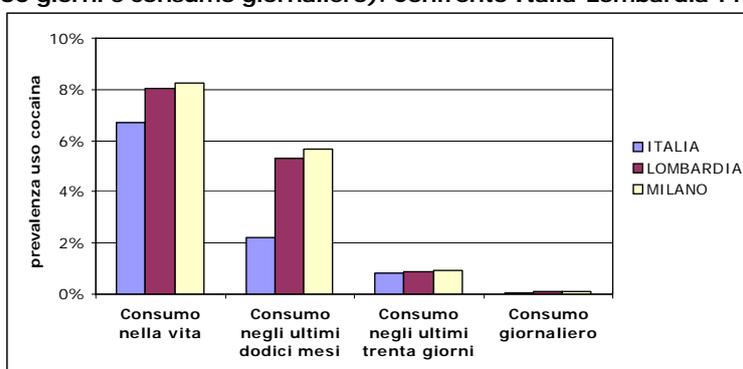
### Fattori associati all'uso di cannabis

I fattori positivamente associati al consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi, e quindi possibili fattori di rischio sono l'aver fatto uso di psicofarmaci nello stesso periodo e l'aver uno stato socio-economico alto. Mentre tra i fattori protettivi, troviamo il non essere un fumatore ed il non aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni.

### Uso di cocaina

L'uso di cocaina almeno una volta nella vita e negli ultimi dodici mesi, è riferito rispettivamente dall'8,3% ed il 5,7% dei residenti nella provincia di Milano, con età compresa tra i 15 ed i 54 anni, in Lombardia interessa l'8% ed il 5,3% dei residenti. Il dato è superiore rispetto a quello nazionale dove le prevalenze sono del 6,7% per i consumi nella vita e del 2,2% per quelli negli ultimi dodici mesi. Poco meno dell'1% dei residenti della regione come della provincia di Milano ha riferito un utilizzo recente della sostanza (negli ultimi 30 giorni) e sono stimati intorno allo 0,1% i consumatori quotidiani, circa il doppio rispetto al dato nazionale.

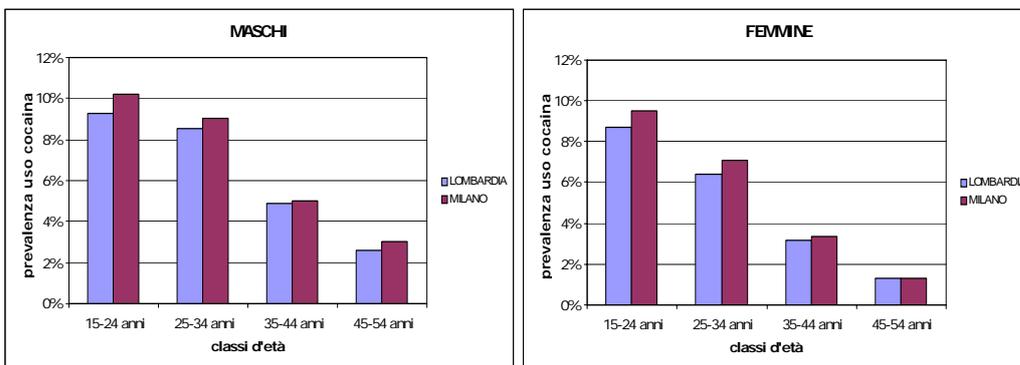
**Grafico 1.3: Uso di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005

Il Grafico 1.4 evidenzia consumi più elevati nella provincia di Milano in tutte le classi di età, non si osservano particolari differenze nella distribuzione tra i generi. Si osserva che i soggetti con età compresa tra i 15 ed i 24 anni risultano essere maggiori consumatori della sostanza (Milano: 10,2% per i maschi, 9,5% per le femmine).

**Grafico 1.4: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età. Confronto Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005

Nella Tabella 1.3 vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune delle caratteristiche generali e sociali associate al consumo di cocaina (una o più volte nella vita).

**Tabella 1.3: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cocaina una o più volte nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

Consumo di cocaina nella vita		ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	avere uno stato socio-economico alto	1.880 (1.242-2.845)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere separato/divorziato o vedovo	0.455 (0.240-0.860)
	non essere fumatore	0.185 (0.117-0.292)
	non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni	0.069 (0.024-0.197)

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005

#### Fattori associati all'uso di cocaina

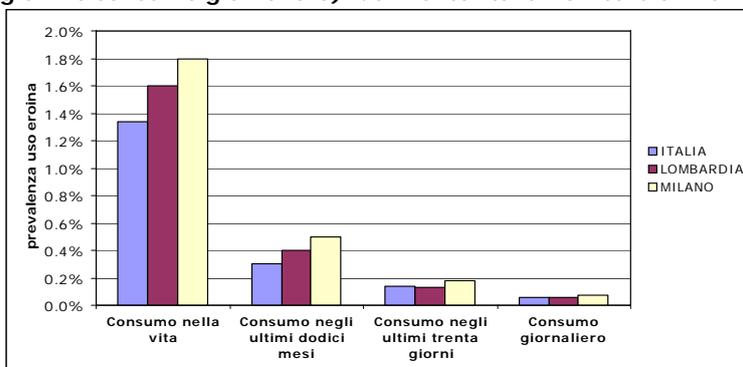
Avere uno stato socio-economico alto risulta essere l'unica tra le caratteristiche analizzate ad evidenziare una associazione positiva con il consumo recente di cocaina.

Tra i fattori negativamente associati invece si rilevano il non essere separato, divorziato o vedovo, il non essere un fumatore ed il non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni.

#### **Uso di eroina**

Dall'analisi sui consumi di eroina nella provincia di Milano, si evidenzia una maggiore diffusione d'uso rispetto all'intero campione nazionale. Circa l'1,8% dei residenti nella provincia, fra i 15 e i 54 anni, ha fatto uso di eroina almeno una volta nel corso della propria vita, contro l'1,6% rilevato in Lombardia ed l'1,3% del resto d'Italia. Lo 0,5% dei residenti nella provincia si stima abbia utilizzato la sostanza negli ultimi dodici mesi (in Lombardia lo 0,4% e nella nazione lo 0,3%), lo 0,18% negli ultimi trenta giorni (circa lo 0,14% in Lombardia ed in Italia) e lo 0,07% ne fa un uso abituale (0,06% nella regione ed a livello nazionale).

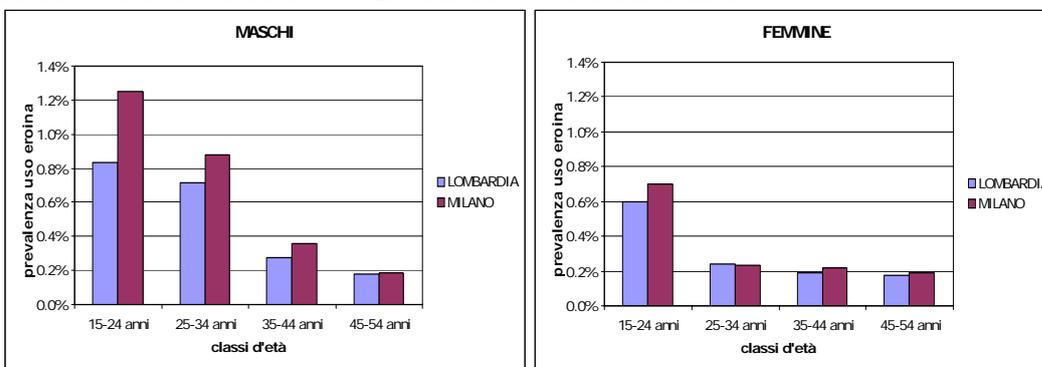
**Grafico 1.5: Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

L'esperienza d'uso, per ciò che riguarda il consumo negli ultimi dodici mesi di eroina, nella provincia di Milano, presenta una distribuzione diversa tra i due sessi. Come si può notare dal Grafico 1.6, nel gruppo dei maschi il consumo diminuisce gradualmente all'aumentare dell'età (si passa dall'1,3% dei 15-24enni allo 0,2% dei 44-55enni), mentre per le donne l'utilizzo della sostanza interessa maggiormente le 15-24enni con lo 0,7% delle residenti, mentre in tutte le altre classi d'età i consumi appaiono stabilizzati intorno allo 0,2%.

**Grafico 1.6: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età. Confronto Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

Nella Tabella 1.4 vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti alle caratteristiche generali e sociali descritte precedentemente in relazione al consumo di eroina (una o più volte nella vita).

**Tabella 1.4: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di eroina una o più volte nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

	Consumo di eroina nella vita	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	5.035 (1.769-14.330)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere fumatore	0.196 (0.057-0.670)

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005

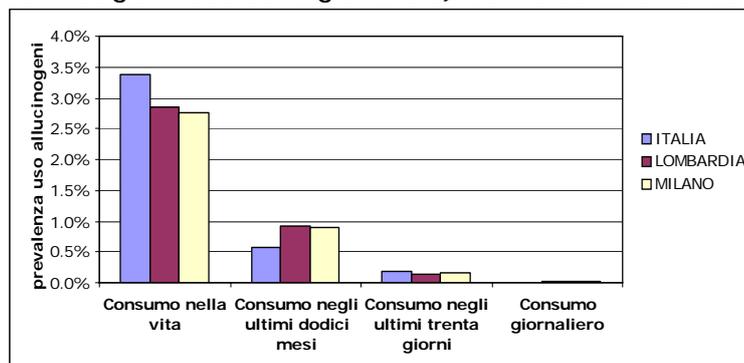
#### Fattori associati all'uso di eroina

Tra le caratteristiche analizzate, l'aver utilizzato psicofarmaci negli ultimi dodici mesi risulta essere un fattore di rischio rispetto all'esperienza d'uso nella vita, così come il non essere fumatore sembra essere negativamente associato al consumo della sostanza e quindi rappresentare un fattore protettivo.

#### Uso di allucinogeni

I soggetti che hanno avuto esperienza d'uso nella vita in Lombardia e nella provincia di Milano hanno una prevalenza più bassa rispetto al resto d'Italia. Si osserva infatti che la percentuale di soggetti residenti nella provincia di Milano e nella regione Lombardia che ha fatto uso, almeno una volta nella vita, di allucinogeni è del 2,8% rispetto al 3,4% rilevato in Italia. Diverse considerazioni vanno fatte per i consumi stimati negli ultimi dodici mesi e negli ultimi 30 giorni, dove la prevalenza è omogenea con il dato nazionale. Nell'ultimo anno ha fatto uso lo 0,9% dei residenti nella regione e nella provincia, contro lo 0,6% rilevato in Italia, negli ultimi trenta giorni lo 0,2%. Si stima inoltre che i consumatori quotidiani siano intorno allo 0,01% sia in regione che nella provincia.

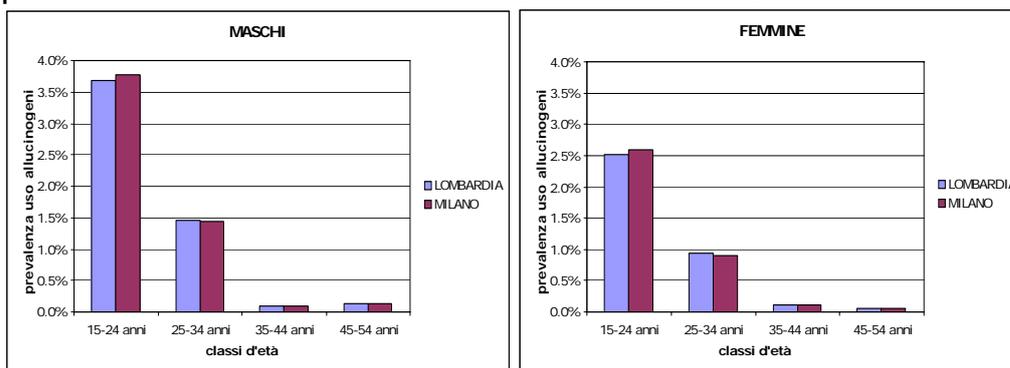
**Grafico 1.7: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005

Dal Grafico 1.8 si nota che sono le classi d'età più giovani, 15-24 anni, ad essere maggiormente interessate all'utilizzo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi (3,8% i maschi e 2,6% le femmine). Infatti dalle stime ottenute sia per la provincia di Milano che per la regione Lombardia, la percentuale di coloro che hanno fatto uso delle sostanze indagate nella classe d'età minore è pari a più del doppio di quella stimata per la classe d'età successiva, 25-34 anni (1,5% i maschi e 0,9% le femmine). Percentuali intorno all'0,1% si stimano per le restanti classi d'età.

**Grafico 1.8: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età. Confronto Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

Nella Tabella 1.5 vengono riportati i valori ("odds ratio") riferiti alle caratteristiche sociali che risultano associate al consumo di allucinogeni "almeno una volta nella vita".

**Tabella 1.5: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di allucinogeni una o più volte nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

Consumo di allucinogeni nella vita		ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	3.375 (1.644-6.926)
	FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	
	non essere fumatore	0.157 (0.074-0.331)

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

### Fattori associati all'uso di allucinogeni

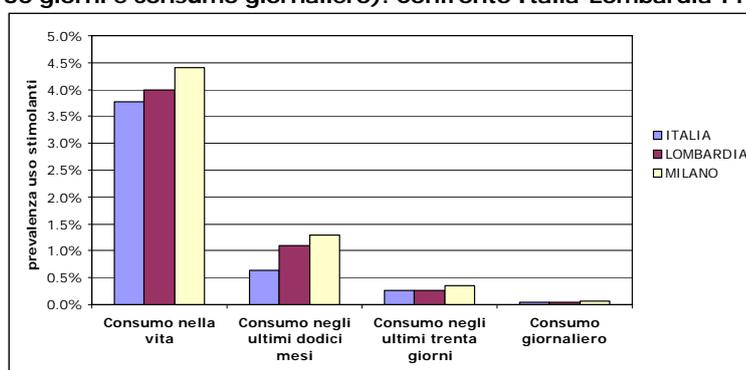
Come per l'uso di eroina, anche per l'uso di allucinogeni nella vita l'aver fatto uso si tranquillanti e/o sedativi negli ultimi dodici mesi sembra essere l'unica tra le caratteristiche indagate positivamente associate, inoltre l'unico fattore protettivo evidenziato è il "non essere fumatore".

### Uso di stimolanti

La percentuale di soggetti residenti nella provincia di Milano che almeno una volta ha fatto uso di stimolanti è pari al 4,4%, nella regione Lombardia il 4% mentre in Italia il consumo si registra intorno al 3,8%. Differenze si rilevano anche nei consumi negli ultimi dodici mesi (1,3% a Milano, 1,1% in Lombardia e 0,6% in Italia).

Non sembra, invece, esserci differenza tra i consumi negli ultimi trenta giorni (0,3% sia a Milano, in Lombardia che in Italia) e giornalieri (0,06% a Milano e 0,04% in Lombardia ed in Italia).

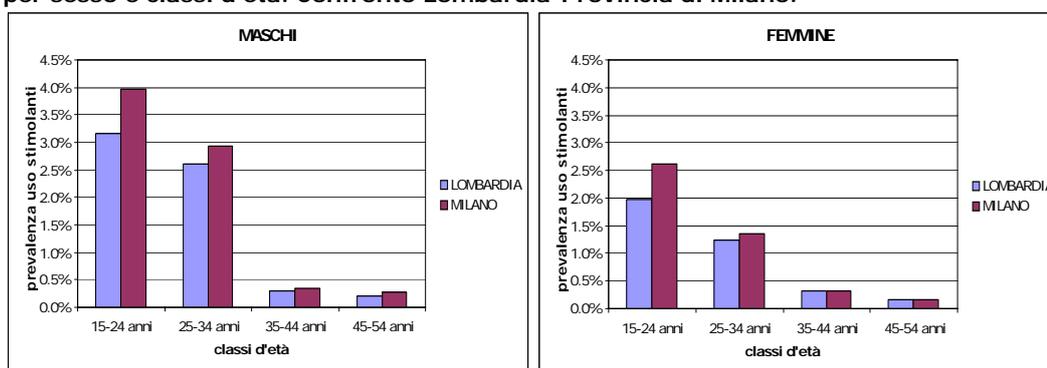
**Grafico 1.9: Uso di stimolanti (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005

Come per gli allucinogeni, nella provincia di Milano, si stima un maggior utilizzo di stimolanti negli ultimi dodici mesi da parte dei maschi delle classi d'età più giovani: circa il 4% dei residenti con età compresa tra i 15 ed i 24 anni ed il 3% con età tra i 25 ed i 34 anni, contro rispettivamente il 2,6% e l'1,4% delle coetanee provinciali. Percentuali minori si stimano nelle restanti classi d'età, non evidenziando particolari differenze tra i generi (35-44: 0,3%; 45-54: 0,2%).

**Grafico 1.10: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età. Confronto Lombardia-Provincia di Milano.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005

Di seguito vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune delle caratteristiche generali e sociali associate al consumo di stimolanti (una o più volte nella vita).

**Tabella 1.6: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di stimolanti una o più volte nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

	Consumo di stimolanti nella vita	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	2.568 (1.377-4.789)
	avere uno stato socio-economico alto	1.827 (1.040-3.210)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere fumatore	0.178 (0.094-0.335)
	non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni	0.085 (0.026-0.278)

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

#### Fattori associati all'uso di stimolanti

Dall'analisi della tabella, si evidenziano tra i possibili fattori di rischio l'aver utilizzato psicofarmaci e l'aver uno stato socio-economico alto. Il non abusare di sostanze psicotrope legali (alcol e/o sigarette) sembra essere negativamente associato, e quindi un possibile fattore protettivo, anche per ciò che riguarda l'utilizzo di stimolanti.

### POPOLAZIONE SCOLARIZZATA – INDAGINE ESPAD

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione studentesca provengono dallo studio ESPAD-Italia®2005. Tale indagine campionaria nazionale ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe negli studenti delle scuole medie superiori attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato. In tutta la regione Lombardia sono stati intervistati circa 6.400 studenti, dei quali poco meno di 2.200 frequentano scuole situate nella provincia di Milano, e circa 320 le scuole appartenenti al distretto dell'ASL MI1.

### Caratteristiche generali degli studenti partecipanti allo studio ESPAD-Italia®2005.

Nella Tabella 1.7 vengono riportate le caratteristiche sociali e generali degli studenti intervistati nelle scuole appartenenti al territorio dell'ASL MI1.

**Tabella 1.7: Distribuzione percentuale delle caratteristiche sociali e generali degli studenti intervistati nelle scuole situate nel distretto dell'ASL MI 1.**

CARATTERISTICHE CONSIDERATE	DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE	
condizione economica	BASSA: 3,8%	MEDIO-ALTA: 96,2%
scolarità dei genitori	BASSA: 22,0%	MEDIO-ALTA: 78,0%
soddisfaccimento del rapporto con i genitori	NO: 3,2%	SI: 96,8%
percepire attenzione da parte dei genitori	NO: 15,7%	SI: 84,3%
coinvolgimento in risse	MAI: 59,3%	SI: 40,7%
coinvolgimento in incidenti	MAI: 66,6%	SI: 33,4%
rapporti sessuali non protetti	MAI: 88,0%	SI: 12,0%
ricovero in ospedale/pronto soccorso	MAI: 66,5%	SI: 33,5%
uso abituale di sigarette	NO: 73,4%	SI: 26,6%
abuso di alcol nell'ultimo mese	NO: 64,1%	SI: 35,9%
uso tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	NO: 95,5%	SI: 3,3%
uso tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	NO: 99,0%	SI: 1,0%
abuso di alcol/droghe da parte dei fratelli	NO: 79,6%	SI: 20,4%
percezione del rischio di far uso di droghe	NO: 29,4%	SI: 70,6%
rendimento scolastico	BASSO: 11,8%	MEDIO-ALTO: 88,2%
aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	NO: 79,7%	SI: 20,3%
partecipazione ad attività sportive	NO: 39,8%	SI: 60,2%
partecipazione a giochi in cui si spendono soldi	NO: 94,4%	SI: 5,6%

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005

Circa il 96% degli studenti dell'ASL MI1 si percepisce appartenente alla fascia socio-economica medio-alta rispetto al 91,6% dei coetanei nazionali; inoltre il 78% riferisce di avere almeno un genitore che ha conseguito il diploma di scuola media superiore rispetto al 68,4% dei coetanei nazionali. Del totale degli intervistati, il 97% si ritiene soddisfatto del rapporto con i propri genitori, mentre solo il 15,6% dichiara di non percepire attenzione da parte degli stessi.

La maggior parte degli studenti riferisce di non aver mai avuto problemi in risse, incidenti, ricoveri al pronto soccorso o coinvolgimenti in rapporti sessuali non protetti. Rispetto al dato nazionale è simile la percentuale di studenti che riferisce di fumare abitualmente sigarette, il 26,6% contro il 27% dei coetanei nazionali, tuttavia il 35,9% riferisce di essersi ubriacato nell'ultimo mese rispetto al 31% degli studenti intervistati nel resto d'Italia. Anche per ciò che riguarda l'utilizzo di tranquillanti con e senza prescrizione (rispettivamente il 3,3% e il 1,0% riferisce di averne fatto uso) si nota una sostanziale omogeneità col dato nazionale.

Circa il 20,4% degli studenti intervistati riferisce l'utilizzo di droghe e/o l'abuso di alcol da parte dei fratelli, ma il 70,6% percepisce come pericoloso l'uso di sostanze psicotrope illegali (contro il 79% del dato nazionale).

Circa il 12% dei soggetti intervistati afferma di aver avuto nell'ultimo quadrimestre un andamento scolastico basso, ed il 20,3% ha volutamente perso tre o più giorni di scuola nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario perché non aveva voglia di andarci.

Quasi il 6% degli studenti dichiara di partecipare a giochi in cui si spendono soldi e ben il 60,6% partecipa ad attività sportive.

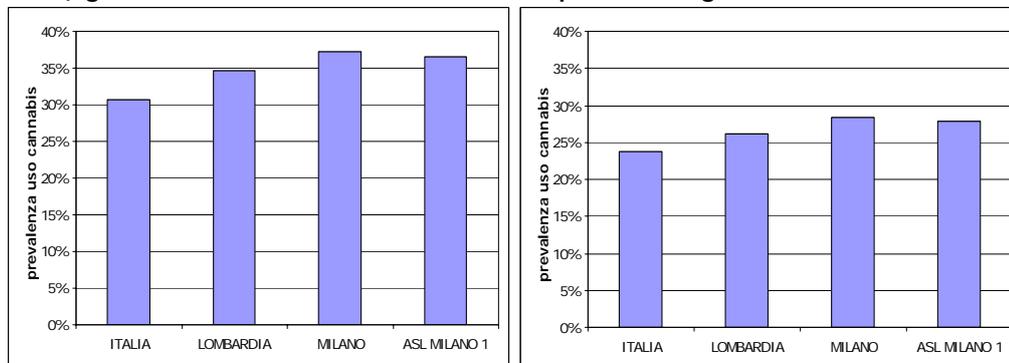
Così come per lo studio IPSAD-Italia® anche la struttura del questionario ESPAD-Italia® permette di indagare l'associazione fra le caratteristiche sociali e generali rilevate ed il consumo di sostanze, correggendo per l'appartenenza di genere e l'età. Questa associazione viene espressa attraverso il rapporto "odds ratio" tra la probabilità di essere consumatore, se presente la caratteristica in analisi, e la probabilità di essere consumatore se questa caratteristica è assente.

### **Uso di cannabis**

Il consumo di cannabis nella vita si stima che per l'ASL MI1 possa riguardare il 36,6% degli studenti e circa il 28% per i consumi negli ultimi dodici mesi, tali prevalenze sono in linea con quelle stimate per la provincia di Milano (rispettivamente 37,2% nella vita e 28,4% nell'ultimo anno).

Nella regione Lombardia è il 34,6% degli studenti intervistati a riferire di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita ed il 26% negli ultimi dodici mesi. In Italia il dato è inferiore, col 30,7% per l'esperienza nella vita ed il 23,8% per l'uso negli ultimi 12 mesi.

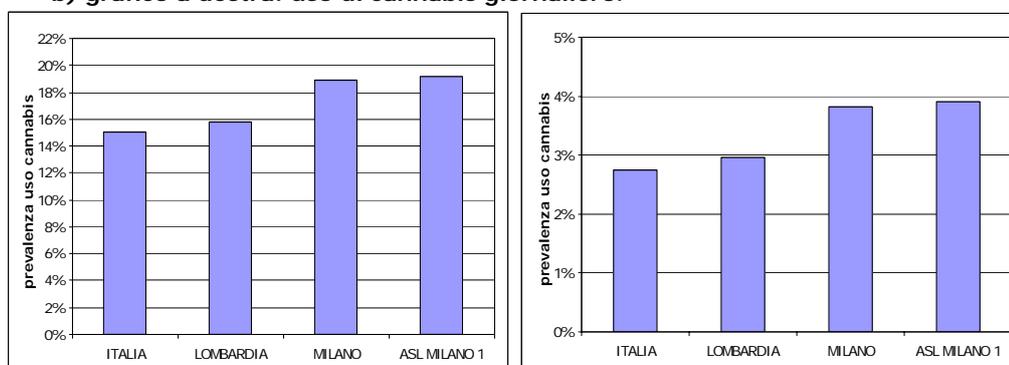
**Grafico 1.11: Uso di cannabis. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano- ASL MI 1.**  
**a) grafico a sinistra: uso di cannabis una o più volte nella vita;**  
**b) grafico a destra: uso di cannabis una o più volte negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005

Il Grafico 1.12a evidenzia come anche il consumo di cannabis negli ultimi trenta giorni per l'ASL MI1 sia in linea col dato rilevato dai coetanei dell'intera provincia (circa il 19,2%), tuttavia sia per la regione (15,8%) che per il resto d'Italia (15%) si rilevano consumi sostanzialmente più bassi. Differenze si rilevano anche dal confronto dei dati per quel che riguarda il consumo giornaliero (Italia: 2,8%, Lombardia: 3%, Milano: 3,8%, ASL MI1: 3,9%).

**Grafico 1.12: Uso di cannabis. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**  
**a) grafico a sinistra: uso di cannabis una o più volte negli ultimi 30 giorni;**  
**b) grafico a destra: uso di cannabis giornaliero.**

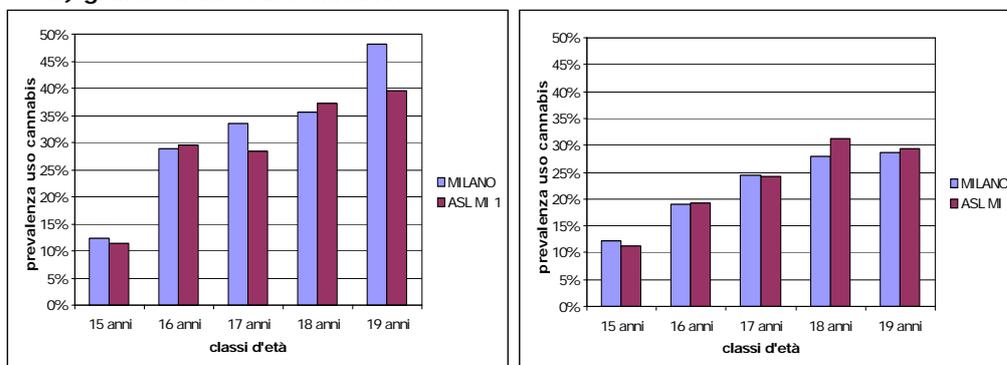


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005

Dal Grafico 1.13 sulle distribuzioni dei consumi di cannabis negli ultimi dodici mesi sia per la provincia di Milano che per l'ASL MI1, si evidenziano sostanziali differenze tra i generi in tutte le classi d'età, fatta eccezione per i 15enni. Circa il 48% degli studenti 19enni della provincia di Milano ha provato cannabis recentemente, mentre, per l'ASL MI1 i consumi si attestano intorno al 40%, contro rispettivamente il 29% delle studentesse 19enni sia della provincia che del distretto dell'ASL. Rilevante è il dato per i 15enni: circa il 12% ha fatto uso di cannabis nell'ultimo anno.

**Grafico 1.13: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.**

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



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Di seguito vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune delle caratteristiche generali e sociali associate al consumo di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi).

**Tabella 1.8: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cannabis una o più volte negli ultimi dodici mesi (modello di analisi con sesso ed età).**

	Consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
<b>FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI</b>	essere stati coinvolti in risse	<b>2.553</b> (2.068-3.152)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti	<b>2.451</b> (1.884-3.188)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	<b>1.685</b> (1.259-2.255)
<b>FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI</b>	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	<b>0.782</b> (0.614-0.997)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso	<b>0.733</b> (0.596-0.902)
	aver partecipato spesso ad attività sportive	<b>0.672</b> (0.543-0.833)
	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	<b>0.290</b> (0.234-0.359)
	percepire attenzione da parte dei genitori	<b>0.245</b> (0.189-0.316)
	non avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	<b>0.147</b> (0.110-0.197)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	<b>0.011</b> (0.008-0.017)
	non essere fumatore	<b>0.003</b> (0.002-0.005)

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

### Fattori associati all'uso di cannabis

Essere stati coinvolti in risse, aver avuto rapporti sessuali non protetti ed aver perso 3 o più giorni di scuola perché non motivati ad andarci, risultano essere i gli unici fattori di rischio per il consumo di cannabis tra le caratteristiche precedentemente analizzate (Tabella 1.8).

Mentre i maggiori fattori con associazione negativa, quindi a valenza protettiva, risultano il non essere fumatore, il non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni, il non avere fratelli che abusano di alcol e/o usano sostanze psicotrope illegali, ed il percepire attenzione da parte dei genitori.

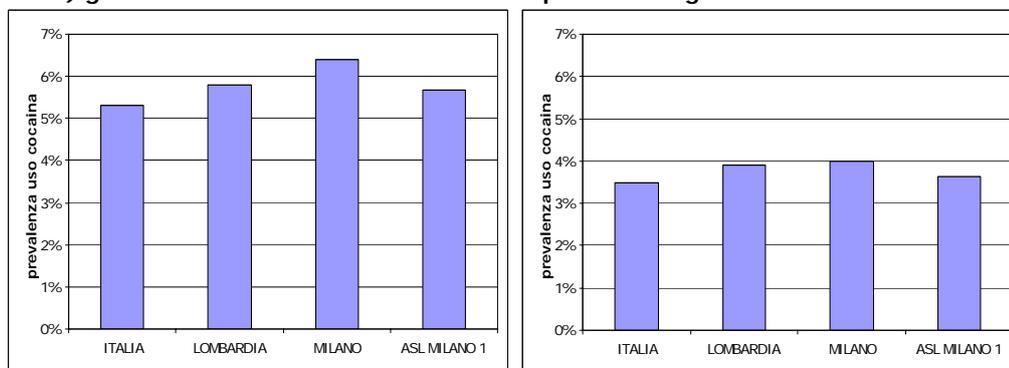
### Uso di cocaina

Nella provincia di Milano, la percentuale di coloro che riferiscono di aver provato, almeno una volta nella vita, a far uso di cocaina è pari al 6,4% degli studenti intervistati, prevalenza maggiore sia rispetto all'ASL MI1 (5,7%) sia al resto della Lombardia, dove si attesta intorno al 5,8% (Grafico 1.14a), e percentuali minori si osservano anche nel resto d'Italia con il 5,3%. Considerazioni diverse emergono dall'analisi dei consumi negli ultimi dodici mesi: la diffusione di cocaina nella provincia di Milano è simile a quella registrata nella regione (4%), mentre il dato relativo all'ASL MI1 è in linea con quello nazionale (3,6%).

**Grafico 1.14: Uso di cocaina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI1.**

**a) grafico a sinistra: uso di cocaina una o più volte nella vita;**

**b) grafico a destra: uso di cocaina una o più volte negli ultimi 12 mesi.**



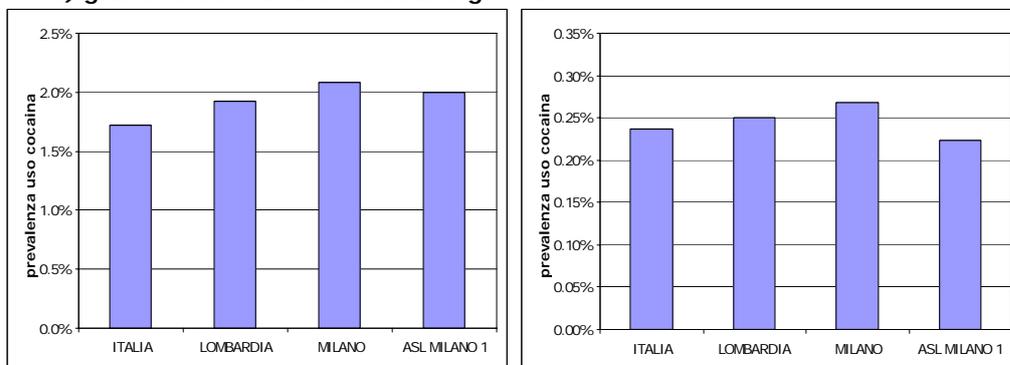
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Differenze minori tra la provincia e l'ASL MI1 si notano invece nelle stime per i consumi negli ultimi trenta giorni (Grafico 1.15a): rispettivamente 2,1% e 2%). Mentre in Lombardia l'utilizzo della sostanza indagata nel mese antecedente all'indagine è riferito dall' 1,9% degli intervistati e nel resto d'Italia dall'1,7%.

Il consumo abituale di cocaina (Grafico 1.15b) nel distretto dell'ASL MI1 si registra intorno allo 0,22% degli studenti, 0,27% per la provincia di Milano, 0,25% per la regione Lombardia, 0,24% nelle restanti regioni d'Italia.

**Grafico 1.15: Uso di cocaina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**

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

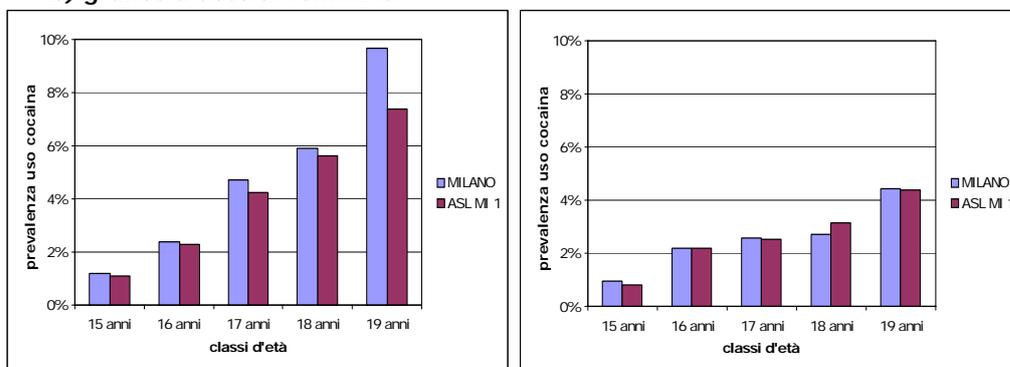


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Il consumo di cocaina negli ultimi dodici mesi per gli studenti dell'ASL MI1 sembra riguardare maggiormente i soggetti di sesso maschile (4,2% contro il 2,8% delle coetanee), tuttavia consumi maggiori si registrano per i ragazzi della provincia di Milano (5,1% dei maschi e 2,7% delle femmine). Sono sempre i 19enni a far rilevare una maggior vicinanza alla sostanza col 7,4% dei maschi ed il 4,4% delle femmine dell'ASL MI1 e rispettivamente il 9,7% ed il 4,4% per quanto riguarda l'intera provincia.

**Grafico 1.16: Uso di cocaina (una o piú volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.**

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



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Nella Tabella 1.9 vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune delle caratteristiche generali e sociali, associate al consumo di cocaina "una o più volte nella vita".

**Tabella 1.9: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cocaina nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

Consumo di cocaina nella vita		ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	essere stati coinvolti in risse	<b>7.484</b> (4.797-11.677)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti	<b>6.988</b> (4.837-10.096)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	<b>5.987</b> (3.555-10.084)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	<b>3.274</b> (1.879-5.706)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	<b>0.619</b> (0.428-0.895)
	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	<b>0.369</b> (0.265-0.516)
	avere una condizione economica medio-alta	<b>0.331</b> (0.181-0.604)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso	<b>0.286</b> (0.178-0.459)
	avere un rendimento scolastico medio-alto	<b>0.274</b> (0.186-0.403)
	percepire attenzione da parte dei genitori	<b>0.184</b> (0.130-0.261)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	<b>0.144</b> (0.091-0.228)
	non avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	<b>0.104</b> (0.069-0.154)
	non essere fumatore	<b>0.014</b> (0.006-0.035)

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005

#### Fattori associati all'uso di cocaina

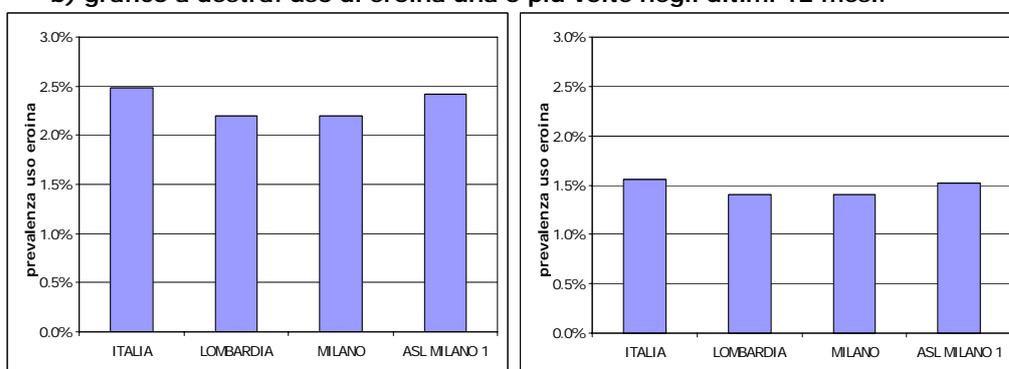
Dall'analisi delle caratteristiche sopra analizzate in relazione all'utilizzo di cocaina, almeno una volta nella vita, risultano positivamente associate e quindi sono possibili fattori di rischio, l'essere stati coinvolti in risse, l'aver avuto rapporti sessuali non protetti, l'aver perso 3 o più giorni di scuola per scarsa motivazione ad andarci, e l'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi. Mentre tra i maggiori fattori a valenza protettiva si distinguono il non essere fumatore, il non avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droga, il non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni ed il percepire attenzione da parte dei genitori.

### Uso di eroina

Dall'analisi sui consumi di eroina nell'ASL MI1, si evidenzia una maggiore diffusione d'uso rispetto al resto della provincia e della regione Lombardia, tuttavia il dato è in linea con quello rilevato a livello nazionale. Circa il 2,4% degli studenti dell'ASL MI1, ha fatto uso di eroina almeno una volta nel corso della propria vita, contro l'2,2% nella Lombardia e nel resto della provincia, mentre nel resto d'Italia il dato si attesta intorno al 2,5%.

Minori differenze si evidenziano per quanto riguarda il consumo negli ultimi dodici mesi (ASL MI1: 1,5%, Milano: 1,4%, Lombardia: 1,4%, Italia: 1,6%).

**Grafico 1.17: Uso di eroina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**  
 a) grafico a sinistra: uso di eroina una o più volte nella vita;  
 b) grafico a destra: uso di eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi.

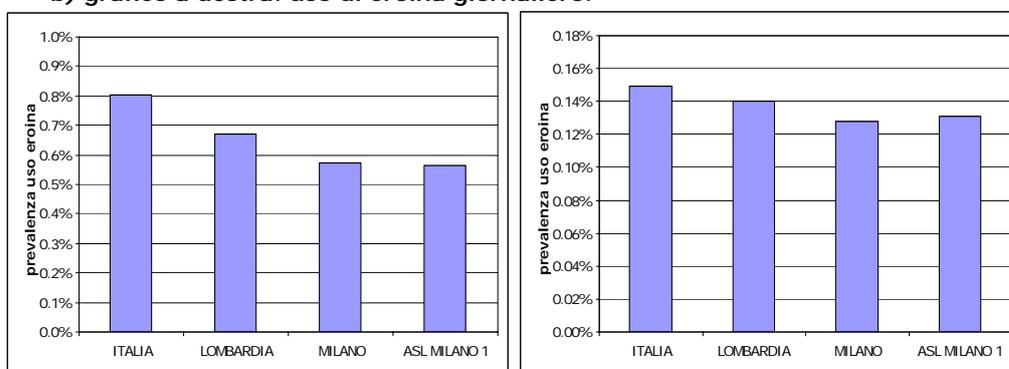


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2005

Il consumo di eroina, almeno una volta, nei trenta giorni antecedenti la compilazione del questionario è riferito dallo 0,8% degli studenti intervistati in Italia, mentre in Lombardia si attesta intorno allo 0,67%. Per la provincia di Milano e l'ASL MI1 si stimano consumi intorno allo 0,57%.

Per ciò che riguarda il consumo abituale di eroina non si evidenziano sostanziali differenze tra le aree in questione: lo 0,15% del campione nazionale, lo 0,14% del campione regionale e lo 0,13% si stima a livello provinciale e per l'ASL MI1.

**Grafico 1.18: Uso di eroina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**  
 a) grafico a sinistra: uso di eroina una o più volte negli ultimi 30 giorni;  
 b) grafico a destra: uso di eroina giornaliero.



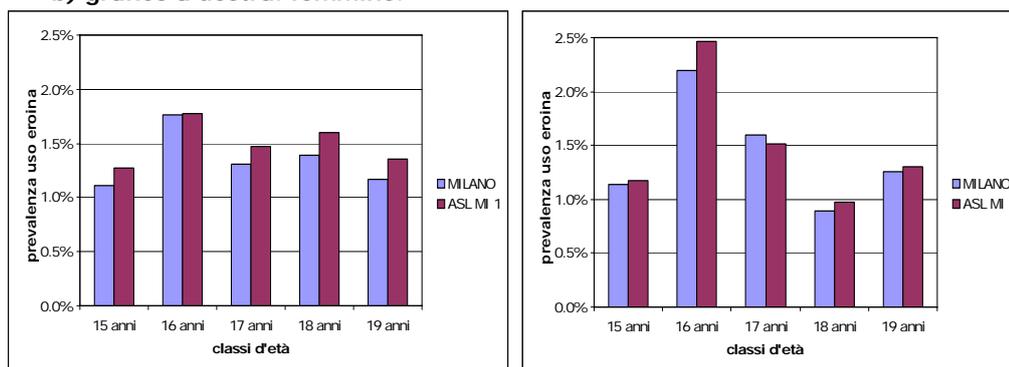
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2005

Analizzando il Grafico 1.19, si evidenzia fra i 16enni, sia maschi che femmine, una maggiore contiguità alla sostanza negli ultimi dodici mesi (rispettivamente 1,8% e 2,5% per l'ASL MI1).

A differenza delle altre sostanze, i consumi di eroina non aumentano con l'età degli studenti intervistati, infatti l'utilizzo riferito dai 19enni è simile a quello registrato per i 15enni (circa l'1,3%).

**Grafico 1.19: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.**

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



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Di seguito (Tabella 1.10) vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti a quelle caratteristiche sociali che sono risultate associate al consumo di eroina "una o più volte nella vita" nel campione di riferimento.

**Tabella 1.10: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di eroina nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

	Consumo di eroina nella vita	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	23.734 (11.526-48.874)
	aver avuto incidenti	4.401 (2.381-8.136)
	essere stati coinvolti in risse	3.590 (1.884-6.841)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti	2.777 (1.443-5.341)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso	2.217 (1.278-3.848)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	0.552 (0.317-0.964)
	aver partecipato spesso ad attività sportive	0.432 (0.236-0.792)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	0.206 (0.130-0.328)
	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	0.192 (0.107-0.345)
	non essere fumatore	0.076 (0.033-0.175)

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

### Fattori associati all'uso di eroina

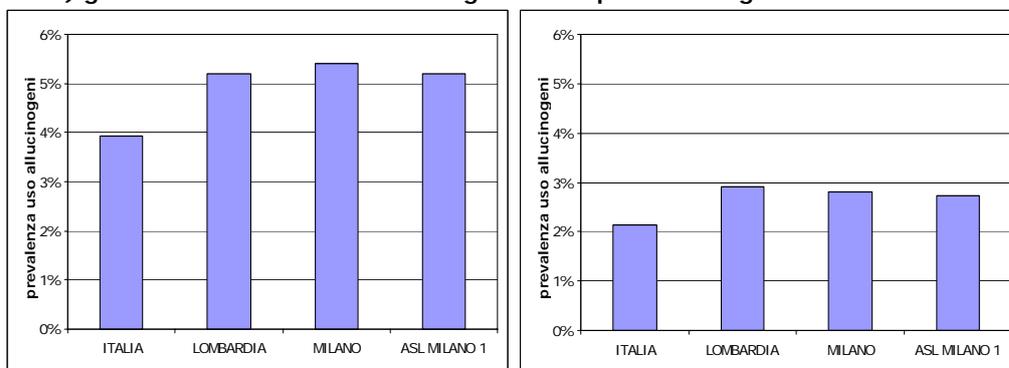
Aver fatto uso di psicofarmaci senza prescrizione medica, essere stati coinvolti in incidenti, risse ed in rapporti sessuali non protetti si evidenziano come fattori di rischio rispetto all'uso di eroina. I maggiori fattori associati negativamente, e quindi a valenza protettiva, sono il non essere fumatore, l'aver un genitore con scolarità medio-alta, il non essersi ubriacati nell'ultimo mese e l'aver partecipato spesso ad attività sportive.

### Uso di allucinogeni

Dall'analisi sul consumo nella vita (Grafico 1.20a) e negli ultimi dodici mesi (grafico 1.20b), gli allucinogeni in Lombardia sembrano avere una diffusione maggiore rispetto al resto d'Italia, difatti si rileva che a provare le sostanze, almeno una volta, sia stato circa il 5,2% degli studenti della regione rispetto al 3,9% dei coetanei nazionali. In particolare, per la provincia di Milano si stima che il consumo nella vita possa interessare il 5,4% degli studenti, mentre per l'ASL MI1 si osserva una sostanziale omogeneità con la regione (5,2%).

I consumi più recenti (negli ultimi dodici mesi) in Italia si rilevano per circa il 2,1% degli intervistati, in Lombardia per il 2,9%, nella provincia di Milano per il 2,8% e nell'ASL MI1 per il 2,7%.

**Grafico 1.20: Uso di allucinogeni. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASLMI 1.**  
a) grafico a sinistra: uso di allucinogeni una o più volte nella vita;  
b) grafico a destra: uso di allucinogeni una o più volte negli ultimi 12 mesi.

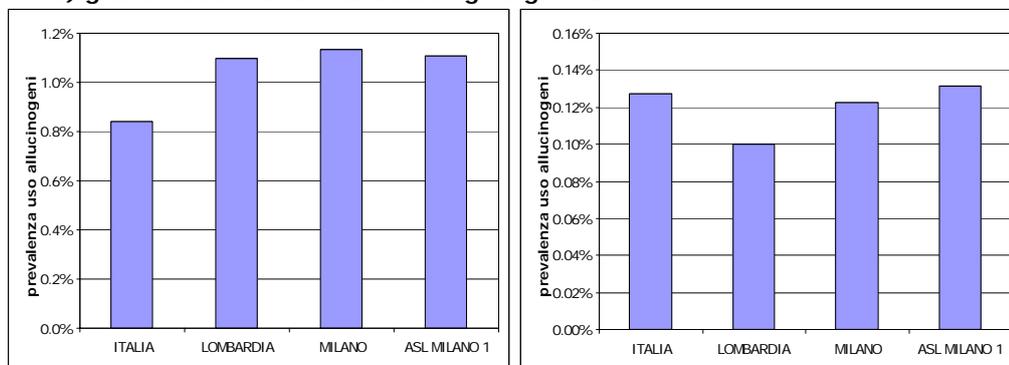


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Anche per ciò che riguarda i consumi negli ultimi trenta giorni (Grafico 1.21a), si evidenzia una sostanziale omogeneità tra i consumi per la Lombardia, la provincia di Milano e per l'ASL MI1 (0,1%), mentre in Italia si rilevano prevalenze leggermente inferiori (0,08%).

Il Grafico 1.21b evidenzia come il consumo abituale di allucinogeni per l'ASL MI1 sia perfettamente in linea col dato rilevato tra i coetanei nazionali (0,13%), ed appaiono trascurabili le differenze col resto della provincia (0,12%) e della regione (0,10%).

**Grafico 1.21: Uso di allucinogeni. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**  
**a) grafico a sinistra: uso di allucinogeni una o più volte negli ultimi 30 giorni;**  
**b) grafico a destra: uso di allucinogeni giornaliero.**

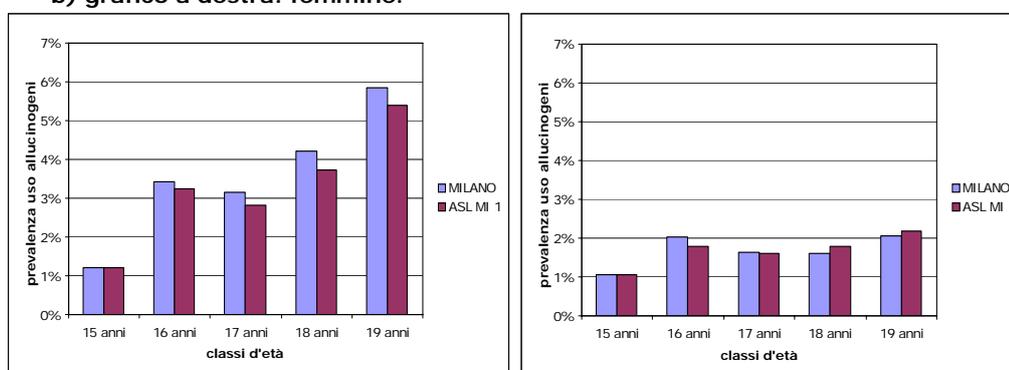


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005

Nei Grafici 1.22a e 1.22b sono riportate le distribuzioni di consumi di allucinogeni negli ultimi dodici mesi stimati per sesso e classi d'età, per la provincia di Milano e per l'ASL MI1. Risulta evidente che la diffusione delle sostanze indagate interessa maggiormente i soggetti di sesso maschile rispetto alle coetanee (3,4% dei maschi contro l'1,7% delle femmine per l'ASL MI1).

**Grafico 1.22: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.**

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



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005

Nella Tabella 1.11 vengono riportati i valori (“odds ratio”) riferiti alle caratteristiche sociali che risultano associate al consumo di allucinogeni “almeno una volta nella vita”.

**Tabella 1.11: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di allucinogeni nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

Consumo di allucinogeni nella vita		ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	<b>12.973</b> (6.581-25.575)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti	<b>6.020</b> (4.050-8.948)
	essere stati coinvolti in risse	<b>4.291</b> (2.782-6.619)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	<b>2.412</b> (1.140-5.102)
	aver avuto incidenti	<b>1.982</b> (1.381-2.843)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	<b>0.423</b> (0.295-0.609)
	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	<b>0.341</b> (0.230-0.505)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	<b>0.038</b> (0.023-0.064)
	non avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	<b>0.032</b> (0.018-0.057)
	non essere fumatore	<b>0.023</b> (0.011-0.050)

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia© 2005

#### Fattori associati all'uso di allucinogeni

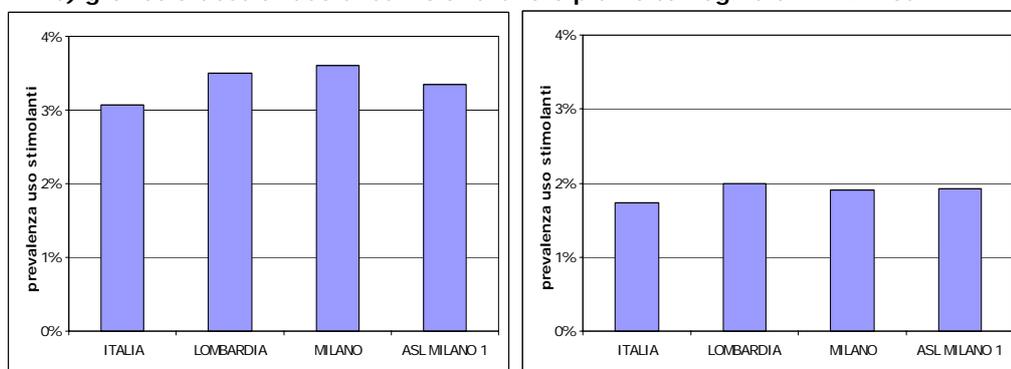
Anche per ciò che riguarda l'uso di allucinogeni nella vita (Tabella 1.11), si registra una forte associazione positiva per gli studenti che riferiscono di aver perso 3 o più giorni di scuola perché non motivati ad andarci, che hanno avuto rapporti sessuali non protetti e sono stati coinvolti in risse oltre a coloro che riferiscono di aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi. Tra i fattori a valenza protettiva, invece, si evidenziano il non essere fumatore, il non avere fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe, il non aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni prima della somministrazione del questionario e l'aver un genitore con scolarità medio-alta.

### Uso di stimolanti

L'uso di stimolanti nella vita riguarda il 3,3% dei studenti delle scuole afferenti all'ASL MI1. Dal Grafico 1.23a si osserva che leggermente più elevata è la prevalenza nell'intera provincia di Milano (3,6%), mentre, nella regione circa il 3,5% degli studenti intervistati riferisce di aver provato le sostanze in questione rispetto al 3,1% riferito dal campione nazionale.

Il consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi sembra invece interessare il 2% degli studenti della Lombardia, l'1,9% della provincia di Milano e dell'ASL MI1, mentre i coetanei nazionali riferiscono consumi intorno all'1,7%.

**Grafico 1.23: Uso di stimolanti. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**  
 a) grafico a sinistra: uso di stimolanti una o più volte nella vita;  
 b) grafico a destra: uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi.

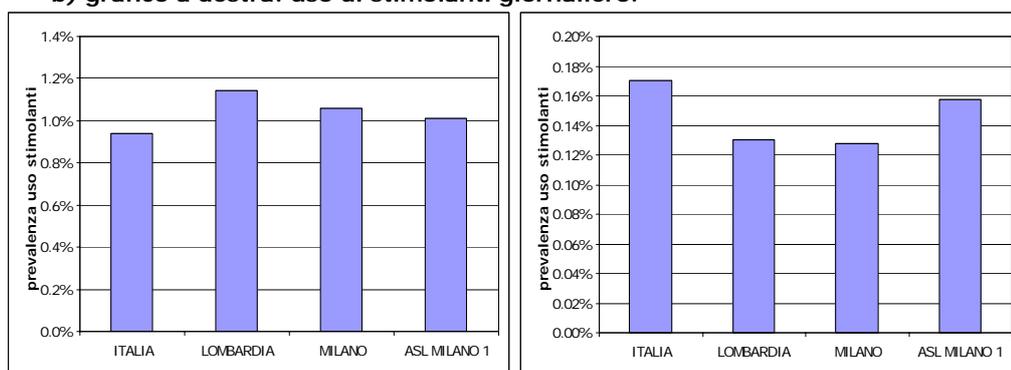


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

La stima dell'utilizzo di stimolanti negli ultimi trenta giorni sia per la provincia di Milano che per l'ASL MI1 è leggermente inferiore al dato registrato a livello regionale (circa l'1,5% degli studenti in Lombardia, e poco più dell'1% nella provincia e nell'ASL), mentre in Italia si registra intorno allo 0,9%.

Differenze si evidenziano invece per ciò che riguarda l'uso giornaliero delle sostanze indagate, infatti si rilevano consumi intorno allo 0,16% per l'ASL, simile al dato rilevato a livello nazionale (0,17%), mentre per la regione Lombardia e per la provincia di Milano, i consumi abituali si attestano intorno allo 0,13%.

**Grafico 1.24: Uso di stimolanti. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 1.**  
 a) grafico a sinistra: uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 30 giorni;  
 b) grafico a destra: uso di stimolanti giornaliero.

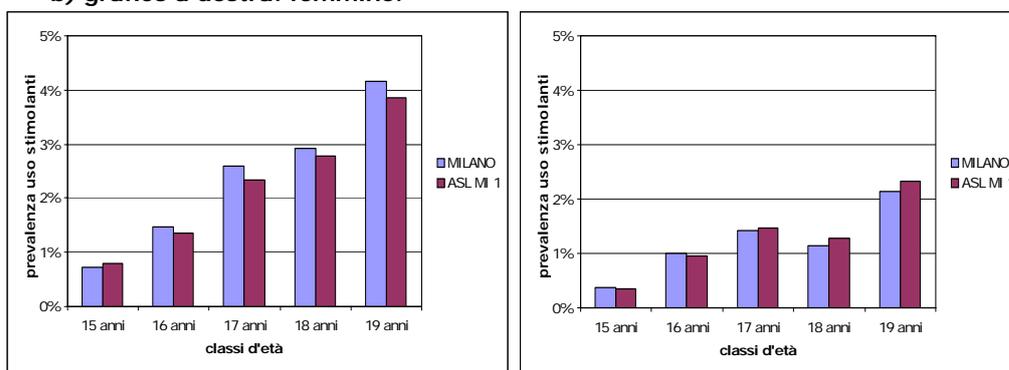


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Analizzando i consumi negli ultimi dodici mesi di stimolanti per sesso e classi d'età si osservano differenze di consumi tra i generi. Risulta evidente, infatti, che l'uso delle sostanze riguarda maggiormente gli studenti di sesso maschile (ASL MI1: 2,3% dei ragazzi e l'1,4% delle ragazze; provincia di Milano: 2,5% dei ragazzi e l'1,3% delle ragazze). I consumi delle sostanze aumentano con l'età coinvolgendo, per l'ASL MI1, quasi il 4% dei maschi e circa il 2,3% delle femmine con 19 anni d'età.

**Grafico 1.25: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età confronto Provincia di Milano-ASL MI 1.**

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



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

Di seguito vengono riportati nella Tabella 1.12 gli "odds ratio" riferiti a quelle caratteristiche sociali che risultano associate al consumo di stimolanti "almeno una volta nella vita".

**Tabella 1.12: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di stimolanti nella vita (modello di analisi con sesso ed età).**

Consumo di stimolanti nella vita		ODDS RATIO (I. C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver avuto incidenti	4.560 (2.501-8.314)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso	3.229 (1.865-5.589)
	essere stati coinvolti in risse	3.100 (1.663- 5.779)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti	2.595 (1.327-5.076)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	0.417 (0.226-0.768)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	0.224 (0.126-0.398)
	avere un rendimento scolastico medio-alto	0.149 (0.084-0.266)

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005

### Fattori associati all'uso di stimolanti

Tra i fattori positivamente associati al consumo di stimolanti (Tabella 1.12) risultano, l'aver avuto incidenti, l'essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso, l'aver preso parte a risse e l'aver avuto rapporti sessuali non protetti. Tra i maggiori fattori protettivi si ritrovano, l'aver avuto all'ultimo quadrimestre un rendimento scolastico medio-alto, il non aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e l'aver almeno un genitore con scolarità medio-alta.

### Il poli-consumo

Dai dati rilevati dallo studio IPSAD-Italia®2005 sui soggetti intervistati residenti nella provincia di Milano, si evidenzia che la maggior parte dei soggetti che riferisce l'utilizzo di sostanze psicotrope illegali almeno una volta nell'arco della propria vita ha come sostanza di iniziazione una sostanza legale. Circa l'82% di coloro che hanno fatto uso di cannabis, il 95% di coloro che riferiscono l'uso di cocaina ed il 90% di coloro che riferiscono l'utilizzo di eroina, ha un utilizzo pregresso di tabacco.

Tra coloro che riferiscono di aver utilizzato almeno una sostanza illegale negli ultimi dodici mesi, circa il 22,4% ha abusato di alcol nell'ultimo mese ed il 56% fuma regolarmente, inoltre il 12% ha fatto uso di psicofarmaci negli ultimi trenta giorni.

**Tabella 1.13: Distribuzione percentuale dei soggetti poli-consumatori nella vita nella provincia di Milano.**

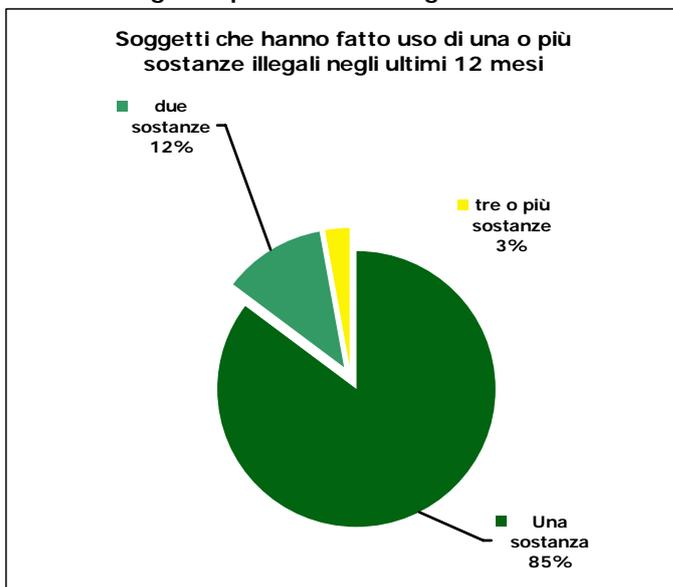
	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	4,25%	4,06%	0,19%
Tre o più sostanze	3,16%	3,07%	0,09%
Totale uso	7,41%	7,13%	0,28%

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005

Dalla Tabella 1.13 si evidenzia che il 7,4% del campione intervistato nella provincia di Milano può essere definito poliassuntore, poiché ha fatto uso di almeno due sostanze psicotrope illegali nell'arco della propria vita e di questi circa il 3,2% ha consumato tre o più sostanze.

Per ciò che riguarda la percentuale di poliassuntori tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, circa il 12% ha consumato due sostanze ed il 3% tre o più droghe illegali.

**Grafico 1.26: Distribuzione percentuale dei soggetti consumatori di una sola sostanza illegale e poliassuntori negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005

Anche dai dati rilevati tra gli studenti appartenenti alle scuole situate nel distretto dell'ASL di MI1 si evidenzia che la maggior parte dei soggetti che riferisce l'utilizzo di sostanze psicotrope illegali ha come sostanza di iniziazione una sostanza legale. In particolare, l'utilizzo pregresso di tabacco si rileva per circa l'83% di coloro che hanno fatto uso di cannabis, e per circa il 98% di coloro che riferiscono l'uso di cocaina o eroina.

Tra coloro che riferiscono di aver utilizzato almeno una sostanza illegale negli ultimi dodici mesi, circa il 48,3% ha abusato di alcol nell'ultimo mese, il 32% fuma regolarmente ed il 4,3% ha fatto uso di psicofarmaci senza prescrizione negli ultimi trenta giorni.

Inoltre, si rileva che fra i soggetti che riferiscono uso di sostanze illegali nella vita, circa il 23% ha utilizzato due o più sostanze, cioè circa l'8,8% degli intervistati, di cui il 6,3% solo due sostanze, mentre il restante 2,5% ne ha usato almeno tre (Tabella 1.14)

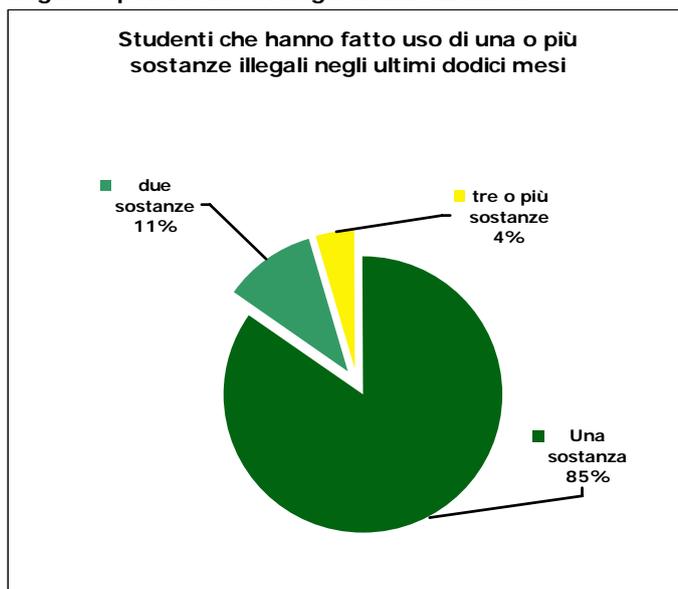
**1.14: Distribuzione percentuale di studenti poli-consumatori nella vita nella provincia di Milano.**

	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	6,31%	5,99%	0,32%
Tre o più sostanze	2,52%	2,21%	0,31%
Totale uso	8,83%	8,20%	0,63%

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2005

Nel gruppo di coloro che riferiscono l'utilizzo di sostanze illegali nei dodici mesi precedenti la compilazione del questionario (Grafico 1.27), circa l'85% riferisce l'uso di una sola sostanza (il campione nazionale riferisce una percentuale pari al 78%), l' 11% di due (il dato nazionale si attesta al 13%), mentre il 4% di almeno 3 (il 9% in Italia).

**Grafico 1.27: Distribuzione percentuale di studenti consumatori di una sola sostanza illegale e poliassuntori negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005



## **USO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE**



## USO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

### STIME DI PREVALENZA DI USO PROBLEMATICO

La pianificazione ai fini della programmazione in un settore complesso come quello delle dipendenze, non può prescindere dall'utilizzo strumenti che consentano di quantificare, in termini di stima, il totale dei soggetti che utilizzano sostanze psicoattive nella popolazione. I tavoli comuni di studio sul fenomeno a cura dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs Addiction, EMCDDA) di Lisbona, hanno condiviso negli anni una definizione di uso problematico così da ottenere valori di stima della prevalenza e dell'incidenza di più gravi pattern di utilizzo di sostanze che fossero confrontabili tra le diverse aree territoriali. Per uso problematico è da intendersi "il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine"<sup>1</sup>. A partire dalla definizione sono stati elaborati modelli statistico-epidemiologici di stima tali da sostenere e all'occorrenza integrare le stime effettuate tramite indagini campionarie riferite alla popolazione che colgono solamente la frequenza d'uso delle diverse sostanze fornendo informazioni indirette sulla effettiva problematicità. L'obiettivo finale di tali modelli di analisi è sostanzialmente quello di stimare il cosiddetto "sommerso", costituito da quegli utilizzatori di sostanze non censiti o trattati (ossia, che non si sono rivolte alle agenzie preposte) e che rappresentano l'utenza potenziale nel periodo in studio.

Tutte le metodologie di stima proposte cercano di sfruttare al meglio l'informazione disponibile e si adattano al livello di dettaglio con cui tale informazione viene rilasciata, che sia aggregata od a livello analitico, che provenga da più fonti o da una soltanto. Tra questi metodi uno dei più adottati è quello denominato cattura/ricattura, che si avvale sull'incrocio congiunto di più flussi di dati raccolti a livello analitico sui soggetti utilizzatori di sostanze. L'idea di fondo del metodo si basa sulla sovrapposizione tra le fonti: maggiore è la sovrapposizione tra le diverse fonti e minore è la quota di utenza potenziale sommersa; viceversa ad una minore sovrapposizione corrisponde una maggiore quota di utenza non censita nel periodo in esame.

La metodologia adottata ha permesso, alla luce dell'informazione disponibile, di fornire stime relative all'uso problematico di tre gruppi di sostanze: gli oppiacei, la cocaina e le bevande alcoliche.

---

<sup>1</sup> Questa definizione esclude i consumatori di ecstasy e cannabis e coloro i quali non fanno mai uso - se non irregolarmente - di oppiacei, cocaina o anfetamine. Gli oppiacei includono gli oppiacei su prescrizione, come il metadone.

### Gli utilizzatori problematici di oppiacei

Per la determinazione delle stime, per l'anno 2005, del numero di soggetti utilizzatori problematici di oppiacei e residenti nel territorio della ASL 1 della Provincia di Milano, è stata adottata la metodologia cattura/ricattura applicata a due fonti di dati: quella relativa all'utenza in carico presso i servizi pubblici di trattamento provinciali (SerT) per l'anno 2005 ed associata ad oppiacei come sostanza di abuso primario, e quella relativa alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) a seguito di ricovero, sempre per l'anno 2005, la cui diagnosi sia stata riconducibile all'uso di oppiacei.

Per l'anno 2005 i valori di stima dell'uso problematico di oppiacei sono quelli riportati in Tabella 2.1; complessivamente sul territorio sono stimati in circa 3.500 utilizzatori problematici di oppiacei, corrispondenti ad una prevalenza stimata di 5,3 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

**Tabella 2.1: Utilizzo problematico di oppiacei, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2005.**

Metodologia	Casi prevalenti			Prevalenza		
	Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
Cattura/Ricattura	3.441	1.396	5.486	5,3	2,1	8,4

Il valore stimato per l'area territoriale può essere confrontato con la prevalenza stimata a livello nazionale (per l'anno 2005 circa 5,4 soggetti ogni mille residenti nella fascia di età a rischio), rispetto alla quale la ASL MI1 si attesta su valori non differenti dal punto di vista statistico, e con le prevalenze stimate per altre due ASL che compongono il territorio della provincia di Milano: la ASL MI3, corrispondente all'area nord occidentale della provincia di Milano e centrata sul comune di Monza, e la ASL MI1, corrispondente all'area nord occidentale della stessa, per le quali, stante anche la variabilità della stima, il territorio in esame si presenta quasi totalmente in linea.

### Gli utilizzatori problematici di cocaina

Per l'anno 2005 è stato possibile elaborare valori di stima dell'uso problematico di cocaina tramite la stessa metodologia applicata alle stesse fonti presentate in precedenza per gli utilizzatori di oppiacei. Per questa categoria di sostanze (Tabella 2.2) la stima dell'uso problematico per l'anno in studio si attesta a circa 3.000 soggetti residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, corrispondenti ad una prevalenza stimata di 4,7 ogni mille.

**Tabella 2.2: Utilizzo problematico di cocaina, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2005.**

Metodologia	Casi prevalenti			Prevalenza		
	Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
Cattura/Ricattura	3.034	1.530	4.538	4,7	2,4	7,0

Il confronto tra i valori per l'area della ASL MI1 anche in questo caso può essere effettuato sia con il dato nazionale per l'anno 2005 (circa 3,4 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni) e per il quale il territorio in studio presenta un valore maggiore ai limiti della significatività statistica, che con i valori delle ASL MI2 e MI3 i quali risultano non differenti significativamente, stante anche la variabilità della stima.

### Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

Per quanto riguarda le stime di prevalenza dell'uso problematico di bevande alcoliche, i valori elaborati a partire dagli stessi flussi interessati per le stime di uso problematico delle sostanze necessitano di un chiarimento dal punto di vista metodologico. Se da un lato i soggetti tossicodipendenti sono invitati a seguire percorsi di trattamento presso i SerT di competenza territoriale, dall'altro, per quanto concerne l'utenza alcolodipendente, è possibile che la rilevazione sull'utenza "nota" abbia un grado di copertura minore: possono esistere infatti altre strutture di trattamento non specifiche, quali ad esempio i club di alcolisti anonimi, che attraggono utenza sottraendola alle agenzie specifiche, nel caso particolare della ASL MI1 rappresentate dai NOA. Questa non uniformità di copertura potrebbe rendere meno stabili i valori di stima.

Per l'anno 2005 sono state comunque elaborate stime anche per quanto riguarda gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche, adottando le stesse fonti (soggetti in carico ai NOA e soggetti ricoverati con diagnosi riconducibile all'uso di alcol) e tramite la metodologia Cattura/Ricattura, come riportato in Tabella 2.3.

Per l'anno in studio la stima dei casi prevalenti di utilizzatori problematici di alcol presenta valori prossimi alle 4.500 unità (IC 95% 3.345 – 5.837) corrispondenti ad una prevalenza stimata di 7 soggetti (IC 95% 5,1 – 9,0) ogni mille residenti di età 15-64.

**Tabella 2.3: Utilizzo problematico di bevande alcoliche, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2005**

Metodologia	Casi prevalenti			Prevalenza		
	Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
Cattura/Ricattura	4.591	3.345	5.837	7,1	5,1	9,0

Tali valori possono essere messi a confronto con quanto rilevato per le ASL MI2 e MI3 dalle quali il valore della ASL MI1 non si discosta in maniera significativa dal punto di vista statistico.

### **MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO**

Esiste in letteratura una vasta gamma di tipologie di analisi statistico/epidemiologiche applicabili per lo studio di un fenomeno tipicamente multifattoriale come quello delle dipendenze. Il protocollo TDI, i metodi per la stima della popolazione degli utilizzatori problematici, le indagini a carattere campionario e tutti gli altri indicatori chiave forniscono il loro supporto ad una migliore visione d'insieme sia per un più corretto monitoraggio del fenomeno stesso che per una migliore e più opportuna strutturazione in termini di politiche preventive e/o di intervento.

Un ulteriore indicatore da prendere in esame risulta essere la distribuzione sul territorio della prevalenza di utenza utilizzatrice di sostanze.

### **la metodologia utilizzata**

La disponibilità di informazione di tipo analitico ha permesso di ricollocare i soggetti residenti in carico presso i servizi della Asl di Milano 1 in base al comune di residenza in modo da poter determinare, per ogni comune, la cosiddetta prevalenza osservata, ovvero la quota di popolazione residente rilevata come utilizzatrice delle sostanze considerate.

Per quanto riguarda la metodologia utilizzata, il confronto spaziale non è stato effettuato utilizzando le prevalenze grezze, ma le prevalenze standardizzate, ovvero calcolate in maniera tale da eliminare l'effetto di fattori di confondimento. In questo approfondimento sono state utilizzate le prevalenze standardizzate per età con il metodo diretto (della popolazione tipo) prendendo come popolazione standard una ipotetica popolazione composta da 1.000 soggetti per ogni fascia di età. Per quanto concerne il range di età per il calcolo delle prevalenze è stato considerato quello compreso tra i 15 ed i 64.

Data l'enorme variabilità del fenomeno non sono state mappate direttamente le prevalenze osservate, bensì quelle stimate utilizzando un opportuno modello di analisi che permette di catturare la variabilità intrinseca del fenomeno fornendo valori di stima che si mostrano più stabili rispetto ai valori osservati, così da facilitare la lettura della rappresentazione mappale.

Il modello di stima utilizzato<sup>2</sup> consente inoltre di determinare un valore di probabilità a posteriori per valutare, per ognuno dei comuni che compongono il territorio in esame, se la prevalenza di utenza sia significativamente maggiore (o minore) del valore medio di area, preso come riferimento.

---

<sup>2</sup> Il modello suggerito appartiene alla classe dei modelli bayesiani gerarchici in cui la variabilità del fenomeno viene suddivisa nella componente dovuta a variabili ecologiche misurabili, nella componente dovuta ad effetti non strutturati dal punto di vista spaziale (eterogeneità) e nella componente dovuta ad effetti che variano in maniera graduale tra aree territoriali contigue (clustering).

## I soggetti

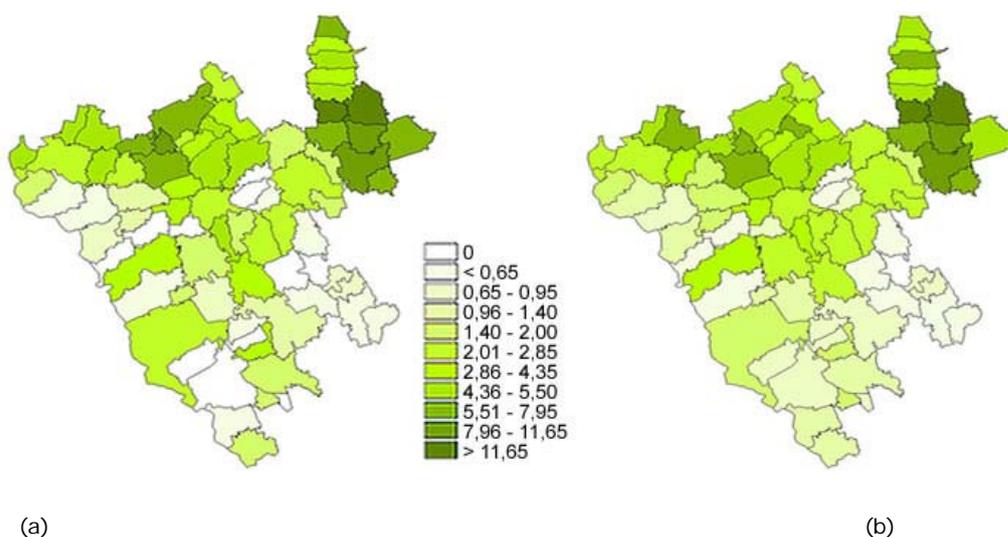
Come già accennato sopra, i soggetti inclusi nell'analisi sono gli utenti risultati in carico presso i SerT della ASL MI1 nell'anno 2005, residenti nei comuni del territorio della ASL e di età compresa tra 15 e 64 anni. Per quanto riguarda le sostanze, le analisi sono state condotte raggruppando le singole tipologie in 3 gruppi distinti: gli oppiacei, gli stimolanti (cocaina, crack, ecstasy, amfetamine e altre sostanze stimolanti) e i cannabinoidi.

## I consumatori di oppiacei

I grafici 2.1 riportano rispettivamente le mappature a livello comunale delle prevalenze osservate e stimate con il modello comprendente le componenti di eterogeneità e "clustering" e la variabile inerente la densità abitativa relative agli utenti residenti consumatori di oppiacei in carico presso i SerT della ASL MI1 nell'anno 2005.

In questo caso, la variabilità non elevata del fenomeno e la buona disponibilità di dati su tutta l'area in esame fanno sì che il confronto tra le due mappe non evidenzii forti differenze tra i valori della prevalenza osservata e stimata.

**Grafico 2.1: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2005.**



La mappa delle prevalenze stimate sembra evidenziare una maggiore prevalenza di utilizzatori di oppiacei nella parte settentrionale della ASL.

L'interpretazione più corretta del fenomeno viene tuttavia dalla lettura della mappa delle probabilità a posteriori che permette di individuare le aree in cui il valore della prevalenza stimata si discosta in maniera significativa dal valore di riferimento, che in questo approfondimento è il valore di prevalenza medio della ASL.

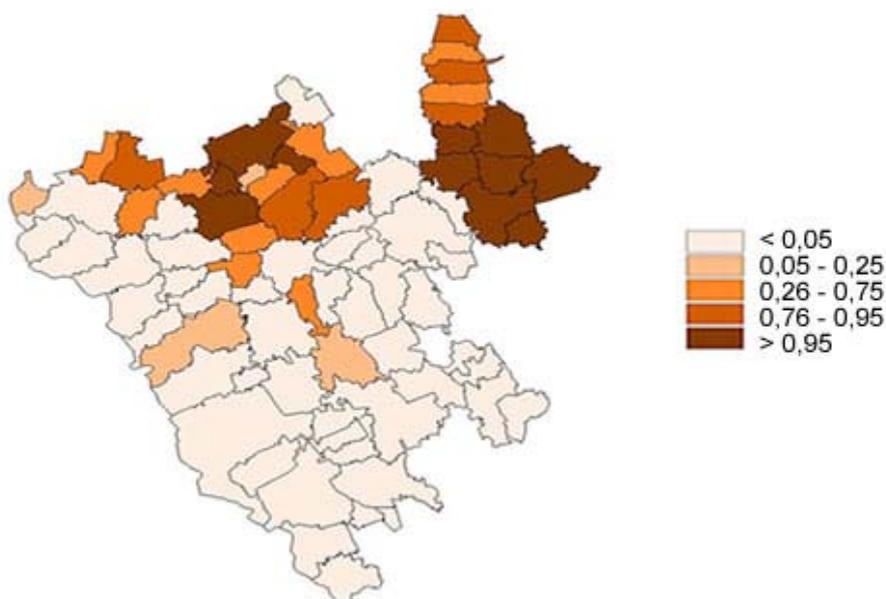
Un valore di probabilità a posteriori maggiore di 0,95 indica che l'area in studio ha una prevalenza stimata significativamente maggiore del valore di riferimento, valori di probabilità inferiori a 0,05 indicano invece che la prevalenza stimata è significativamente minore del valore di riferimento.

Valori della probabilità a posteriori compresi tra 0,76 e 0,95 stanno ad indicare che i comuni in oggetto presentano una prevalenza stimata tendenzialmente maggiore del valore di riferimento, mentre, per valori compresi tra 0,06 e 0,25, la prevalenza di utenza stimata risulta tendenzialmente minore del valore medio dell'area.

Per i restanti comuni invece che riportano valori delle probabilità compresi tra 0,26 e 0,75, non è possibile, in base alle evidenze, giudicare se i valori di prevalenza stimata siano tendenzialmente minori o maggiori del valore del riferimento scelto.

La mappa delle probabilità a posteriori per gli utilizzatori di oppiacei evidenzia una forte concentrazione dell'utenza utilizzatrice; come riportato nella Grafico 2.2, 11 comuni presentano valori di probabilità superiori a 0,95 e 6 comuni mostrano prevalenze stimate tendenzialmente maggiori rispetto al valore di riferimento.

**Grafico 2.2: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2005.**



Questi comuni si collocano nella parte superiore del territorio della ASL, un cluster di comuni con probabilità a posteriori maggiore di 0,95 si trova attorno al comune di Senago e intorno al comune di Legnano. I comuni con prevalenza stimata tendenzialmente maggiore del valore medio della ASL si dispongono nelle zone immediatamente vicine a quelle sopra evidenziate.

**Tabella 2.4: Utilizzatori di oppiacei, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2005.**

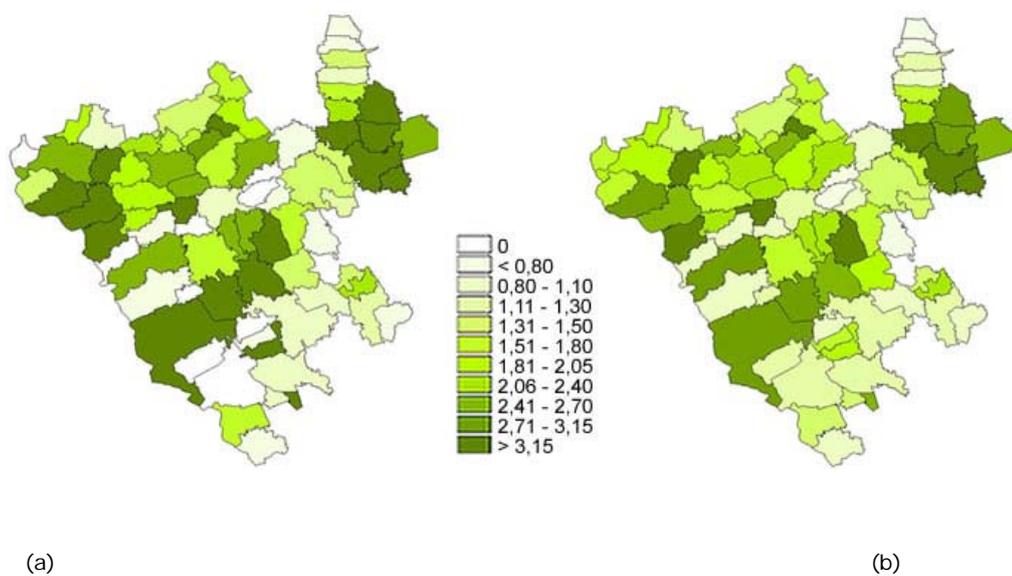
Comune	Oppiacei: probabilità a posteriori
Limbiate	0,99
Legnano	0,99
Cesate	0,99
Paterno Dugnano	0,99
Senago	0,99
Garbagnate Milanese	0,99
Villa Cortese	0,99
Bollate	0,99
Novate Milanese	0,99
Busto Garolfo	0,99
San Vittore Olona	0,97
Magnago	0,90
Cogliate	0,88
Solaro	0,87
Nerviano	0,86
Parabiago	0,85
Lazzate	0,83

46 comuni presentano invece un valore di prevalenza stimata significativamente minore del valore di riferimento e per altri 4 comuni il valore di prevalenza stimata è tendenzialmente minore del valore medio della ASL. Questi comuni coprono tutto il rimanente territorio della ASL.

### I consumatori di stimolanti

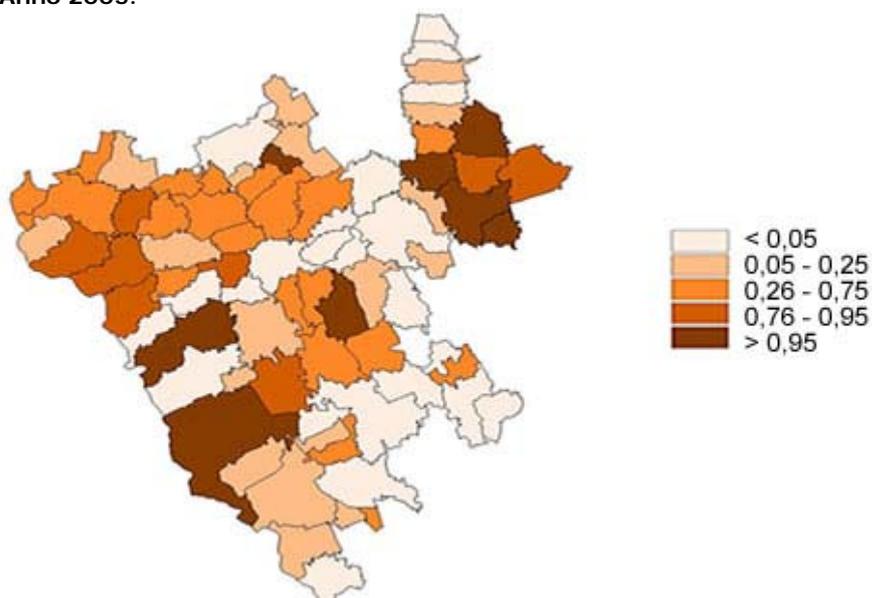
La distribuzione territoriale delle prevalenze osservate e stimate relative ai consumatori di stimolanti sono riportate nel Grafico 2.3.

**Grafico 2.3: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2005.**



Rispetto alla mappa relativa ai consumatori di oppiacei, dalla mappa delle prevalenze stimate relative ai consumatori di stimolanti, si osserva una maggiore variabilità e una maggiore distribuzione sul territorio dell'utenza.

**Grafico 2.4: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2005.**



I comuni con valore di probabilità a posteriori maggiore di 0,95 sono 8 e per altri 8 comuni la prevalenza stimata è tendenzialmente maggiore del valore di riferimento. Questi si collocano nella parte centrale del territorio, tra Abbiategrasso e Magenta, nella parte settentrionale della ASL a confine con la provincia di Novara e un altro cluster di comuni con valori di prevalenza stimata significativamente o tendenzialmente maggiore del valore di riferimento si trova nell'area attorno a Senago.

23 comuni mostrano invece valori di prevalenza stimata significativamente inferiori al valore medio della ASL e per altri 18 comuni la prevalenza stimata è tendenzialmente minore del valore di riferimento. Questi comuni si dispongono essenzialmente nella parte bassa del territorio della ASL e lungo tutta la fascia a ridosso della ASL di Milano 3 e della ASL di Milano Città.

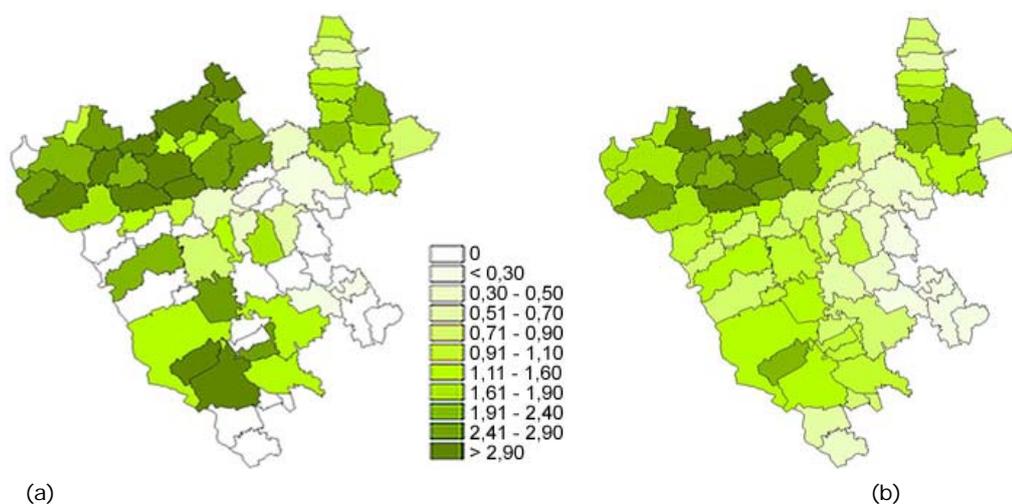
**Tabella 2.5: Utilizzatori di stimolanti, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2005.**

Comune	Stimolanti: probabilità a posteriori
Novate Milanese	0,99
Bollate	0,99
Garbagnate Milanese	0,99
Limbiate	0,99
San Vittore Olona	0,99
Bareggio	0,99
Abbiategrosso	0,99
Magenta	0,95
Senato	0,95
Buscate	0,95
Paderno Dugnano	0,94
Bernate Ticino	0,94
Ossona	0,92
Albairate	0,83
Robecchetto con Induno	0,81
Cuggiono	0,79

### I consumatori di cannabinoidi

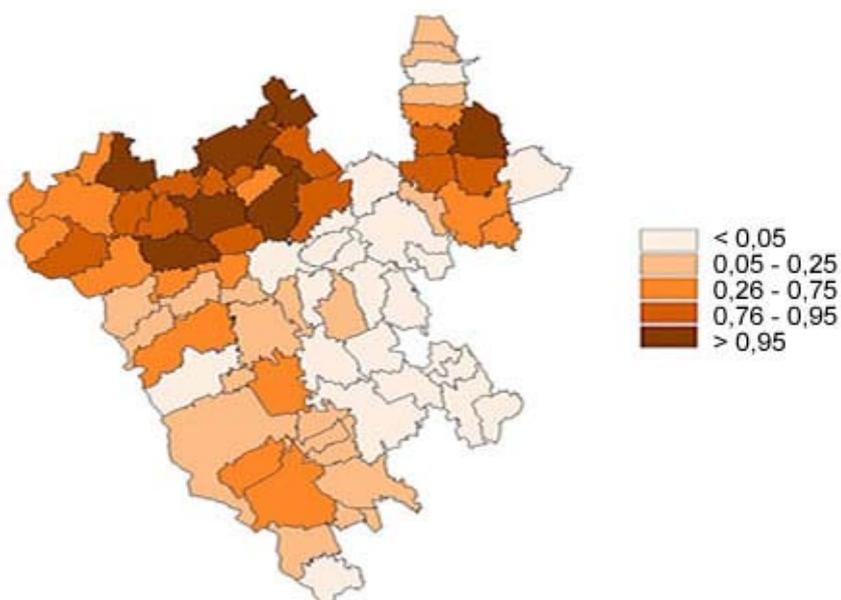
Le mappe delle prevalenze osservate e stimate relative agli utilizzatori di cannabinoidi sono riportate nel Grafico 2.5, il confronto delle due mappe rende evidente il "lisciamento" dei valori di prevalenza nella mappatura delle prevalenze stimate rappresentato graficamente dal passaggio delle aree a colori più scuri, indicativi di prevalenza elevata, verso colori più chiari.

**Grafico 2.5: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2005.**



Già dalla mappa che rappresenta le prevalenze stimate emerge chiaramente che l'utenza consumatrice di cannabinoidi risulta molto concentrata sul territorio.

**Grafico 2.6: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2005.**



Infatti la mappa che riporta i valori delle probabilità a posteriori mostra che i comuni con valori di prevalenza stimata significativamente (8 comuni) o tendenzialmente (12 comuni) maggiori del valore medio della ASL si collocano nella parte settentrionale del territorio, nell'area attorno a Legnano e Busto Garolfo e nell'area attorno a Limbiate.

**Tabella 2.6: Utilizzatori di cannabinoidi, probabilità a posteriori per i comuni con prevalenza stimata significativamente e tendenzialmente maggiore del valore medio dell'area. Anno 2005.**

Comune	Stimolanti: probabilità a posteriori
San Vittore Olona	0,99
Busto Garolfo	0,99
Parabiago	0,99
Inveruno	0,99
Rescaldina	0,99
Legnano	0,99
Limbate	0,99
Magnano	0,98
Senago	0,95
Dairago	0,95
Buscate	0,94
Garbagnate Milanese	0,94
Cerro Maggiore	0,92
Robecchetto con Induno	0,89
Casorezzo	0,88
Villa Cortese	0,83
Arconate	0,83
Cesate	0,83
San Giorgio su Legnano	0,76
Nerviano	0,76

I comuni con prevalenza stimata significativamente minore del valore medio, 22, della ASL si trovano a ridosso della fascia a confine con la ASL di Milano Città e di Milano 3, i comuni con valori di prevalenza stimata tendenzialmente minore del valore di riferimento sono 20 e si dispongono essenzialmente a ridosso della provincia di Pavia e di Novara.

### Conclusioni

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di sostanze sul territorio della ASL MI1 mostra una diversa "collocazione" dell'utenza secondo la tipologia di sostanza considerata.

Mentre gli utilizzatori di stimolanti risultano distribuiti in maniera sparsa sul territorio, collocandosi nell'area del territorio della ASL a ridosso delle province di Pavia e Como e nella parte settentrionale dell'area di interesse, gli utenti utilizzatori di oppiacei e cannabinoidi si mostrano molto concentrati sul territorio. Sia gli utilizzatori di oppiacei che di stimolanti si collocano essenzialmente nella parte settentrionale della regione in particolare nell'area attorno a Legnano e Busto Garolfo (la zona a ridosso della provincia di Varese) e nella zona attorno a Bollate e Senago.



## **DOMANDA DI TRATTAMENTO**

---



### LA RETE DEI SERVIZI

Nel territorio dell'ASL MI1 il sistema d'intervento per le persone in situazione di dipendenza o a rischio di diventarlo, è articolato in due sottosistemi.

Il primo, gestito direttamente dalla ASL è costituito da

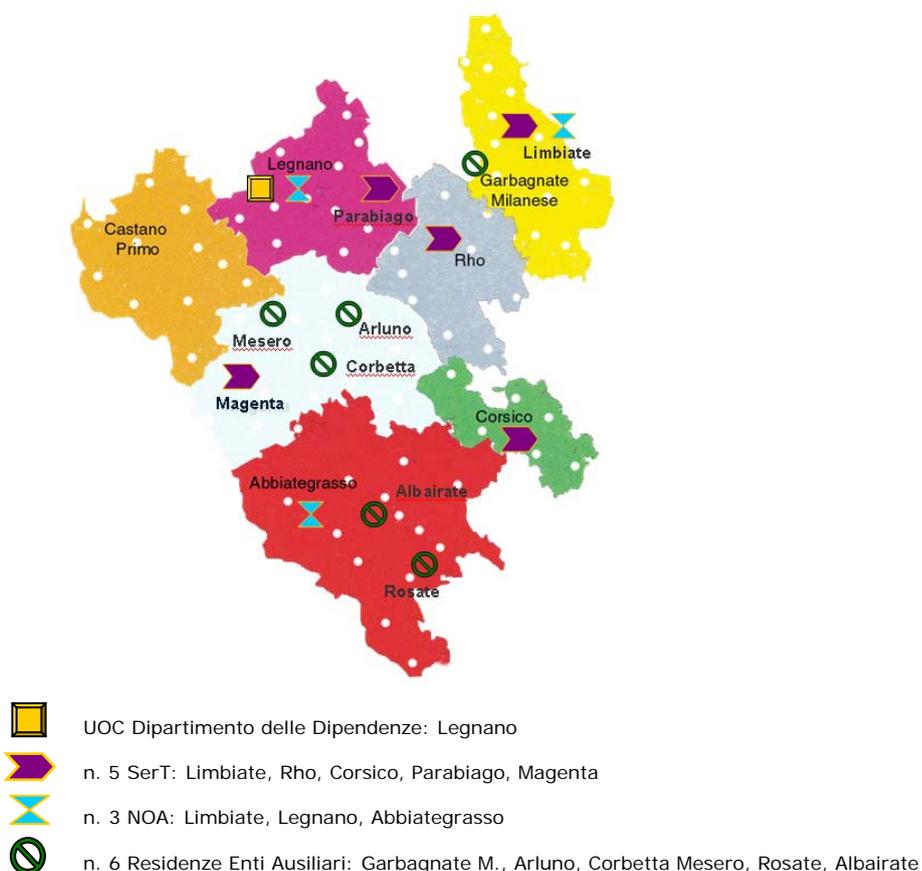
- Due Unità Organizzative Dipartimentali:
  - 1 Unità Organizzativa Complessa (UOC Dipartimento delle Dipendenze)
  - 1 Unità Organizzativa Semplice (UOS Interventi su Dipendenze e patologie correlate)
- 2 reti di intervento costituite complessivamente da Otto Unità di Produzione Distrettualizzate:
  - 5 SerT (Servizi Tossicodipendenze)
  - 3 NOA (Nuclei Operativi Alcoldipendenze)

Il secondo, gestito da enti ausiliari appartenenti al terzo settore, è costituito da:

- 6 strutture residenziali accreditate
  - 4 a carattere pedagogico riabilitativo
  - 2 a carattere terapeutico riabilitativo

Non è presente sul territorio della ASL alcuna struttura residenziale d'accoglienza o specialistica.

**Grafico 3.1: Le reti d'offerta: composizione ed ubicazione.**



### Sedi del servizio di tossicodipendenze

Le sedi del servizio di tossicodipendenze presenti sul territorio della ASL MI1 sono cinque e, più precisamente:

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

Risultano 0,8 servizi per le tossicodipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 385 utenti tossicodipendenti

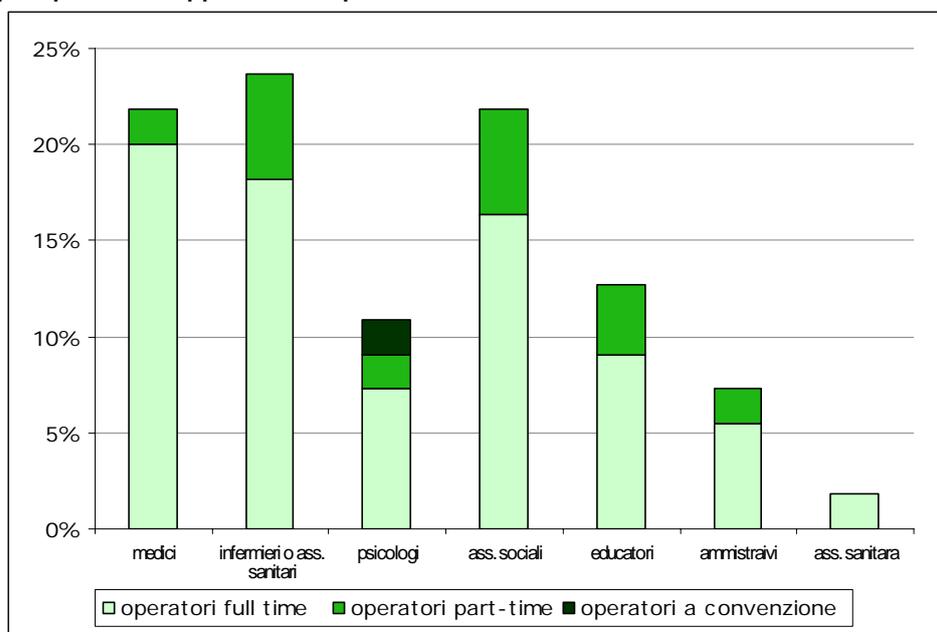
### Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i SerT

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

Il totale degli addetti alle tossicodipendenze è pari a 55, di questi il 22% medici, il 26% infermieri o assistenti sanitari, l'11% psicologi, il 21% assistenti sociali, il 13% educatori ed il 7% amministrativi. Il 78% degli operatori è impiegato a tempo pieno, contro il 20% impiegato a tempo parziale ed il 2% a convenzione (Grafico 3.2).

Il rapporto tra gli operatori che lavorano nel campo delle tossicodipendenze e la popolazione a rischio residente sul territorio è di 1 a 11.800 circa.

**Grafico 3.2: Caratteristiche del personale assegnato al servizio tossicodipendenze per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.**



### Sedi del servizio di alcoldipendenze

Le sedi del servizio per le alcoldipendenze presenti sul territorio ASL MI1 sono tre:

- la sede di Abbiategrasso
- la sede di Legnano
- la sede di Limbiate

Risultano 0,2 servizi per le alcoldipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 663 utenti alcoldipendenti.

### Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i NOA

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

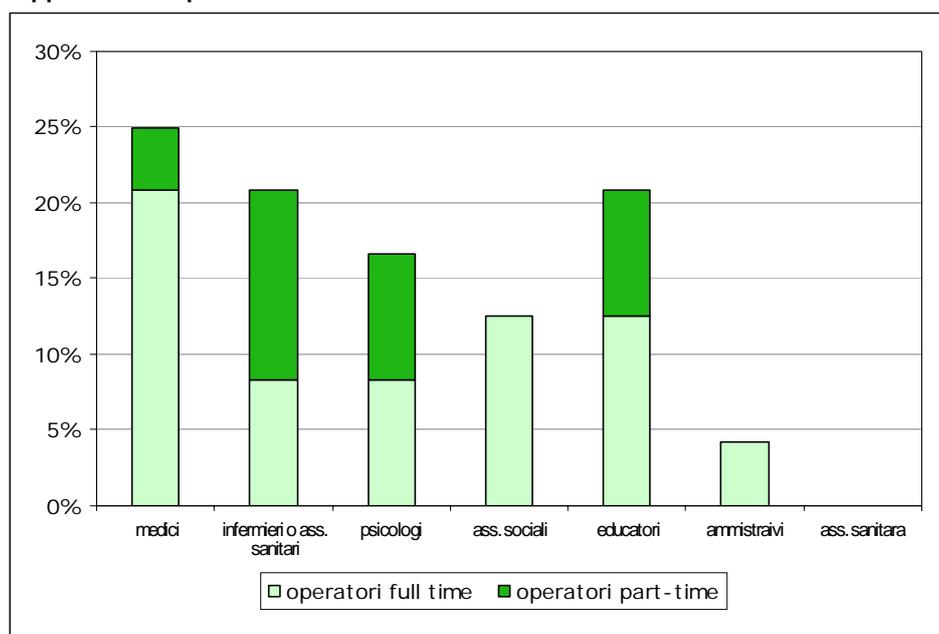
Gli addetti alle alcoldipendenze in totale sono 24: il 25% medici, il 21% infermieri o assistenti sanitari ed il 17% psicologi, il 12% assistenti sociali, il 21% educatori ed il 4% amministrativi.

Il 67% degli operatori sono impiegati a tempo pieno, il 33% a tempo parziale.

Nello specifico delle professionalità possiamo notare che la percentuale maggiore di operatori part-time si trova tra gli psicologi (13% sul totale degli operatori) (Grafico 3.3).

Considerando la popolazione residente a rischio ed i servizi per le alcoldipendenze, si calcola un rapporto di un operatore ogni 27.100 soggetti circa.

**Grafico 3.3: Caratteristiche del personale assegnato al servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.**



### **I requisiti di accreditamento della rete dei SerT e dei NOA**

Gli standard gestionali ed organizzativi di accreditamento sono stabiliti dalla DGR 7/4/2003 n. 12621 *“Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”*. Mentre la quantificazione dello standard del personale addetto all'assistenza dei profili professionali appartenenti al comparto prescrive una presenza di 21 minuti/settimanali per utente, viene lasciata non determinata la quantità e la tipologia degli altri profili dirigenziali, stabilendo che essi debbano essere presenti in “qualità e quantità”, sufficienti a garantire tra l'altro:

- l'assenza di liste d'attesa per la valutazione e la presa in carico
- i diversi livelli di valutazione iniziale e in itinere nei tempi previsti
- la gestione dei casi con modalità multidisciplinari integrate
- la contemporanea presenza di tutte le figure professionali addette all'assistenza previste durante le ore (minimo 6/die) di apertura al pubblico delle diverse UUOO
- la somministrazione di terapie per 365 giorni l'anno anche a domicilio se necessario
- gli obblighi di legge in rapporto alla collaborazione con la magistrature e le istituzioni penitenziarie

Le unità costitutive delle reti dei SerT e dei NOA sono state accreditate provvisoriamente con DGR n. 15439 del 5/12/2003 (integrata con DGR n.16647 del 5/3/2004) sulla scorta delle risultanze della attività di vigilanza messa in atto dal Servizio Vigilanza ed AccredITamento della ASL città di Milano, che ha valutato gli standard strutturali e funzionali di ogni singola sede, mentre ha proceduto alla verifica degli standard gestionali complessivamente posseduti dall'intera struttura complessa.

L'esito della valutazione ha considerato come rispettati gli standard funzionali e di personale, ma parzialmente presenti gli standard strutturali, conducendo quindi ad un accreditamento provvisorio “ in deroga”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> In ottemperanza della possibilità prevista dalla DGR n. 12621 del 7/04/2003, la rete delle strutture residenziali si potrebbe ampliare attraverso l'attivazione di un nuovo Servizio di Trattamento Specialistico (residenziale) per alcool e polidipendenti, denominato “Alba di Bacco” collocato nel padiglione Beduschi dell'ex OP “Antonini” di Limbiate che già ospita, in una parte della struttura, il NOA di Limbiate.

La proposta di realizzazione ed accreditamento di tale struttura è stata avanzata dalla Associazione ASPRU, la quale ha ottenuto parere favorevole da parte della Direzione Sociale e del Dipartimento Dipendenze ed ha chiesto a tal fine alla ASL la cessione in comodato d'uso di parte della struttura.

**Le 10 funzioni che costituiscono i LEA**

1. Garantire pronta accoglienza, diagnosi e presa in cura del paziente.
2. Predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psicosociali, evoluzione delle patologie correlate.
3. Effettuare terapie farmacologiche specifiche, compreso il monitoraggio clinico, tossicologico, ematochimico, secondo le linee guida elaborate dal Servizio.
4. Svolgere attività di psicodiagnosi, di counseling, di sostegno psicologico.
5. Svolgere attività di prevenzione, screening, counseling e collaborazione con altri servizi specialistici specificamente accreditati, per la cura delle patologie correlate all'uso di sostanze.
6. Svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità correlate all'uso di sostanze.
7. Attivare specifici programmi destinati alle donne con problemi di dipendenze e alla genitorialità, in collaborazione con altri servizi specialistici.
8. Rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale, regionale e locale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza.
9. Svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute.
10. Promuovere ed attivare anche in collaborazione con altri servizi aziendali e con organizzazioni od enti impegnati nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria, iniziative e progetti mirati alla riduzione ed al controllo dei fattori di rischio più prossimi al consumo ed all'abuso di sostanze.

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

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

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

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

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

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

In Tabella 3.1 è riportata la distribuzione dei posti letto per singola struttura, la tariffa giornaliera e l'indice di saturazione delle presenze per l'anno 2005, che varia dal 47,1% della Comunità Irene al 77,3% del "Centro di Garbagnate Milanese dell'Associazione Dianova.

**Tabella 3.1: Distribuzione posti letto.**

	classificazione unita'd'offerta	tariffa giornaliera	n. posti accreditati	indice di saturazione 2005
Centro terapeutico di Garbagnate	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	38	77,30%
Comunità Irene	Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale	44 €	14	47,10%
Comunità "a Stefano Casati"	Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale	44 €	9	67,20%
Comunità "Cascina Contina"	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	16	76,90%
Comunità "Ergoterapica - Mesero"	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	9	63,40%
Comunità "fides "Ca' nostra"	Servizio Pedagogico Riabilitativo Residenziale	37 €	9	63,40%
<b>Totali</b>			<b>95</b>	<b>69,70%</b>

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

Pertanto, secondo le tabelle regionali riportate nella DGR sull'accREDITamento delle strutture degli enti ausiliari in Lombardia, le rette previste sono di 44 € al giorno per soggetto inserito per il modulo terapeutico riabilitativo, e di 37 € per quello pedagogico riabilitativo.

Rispetto al livello di saturazione delle giornate accreditate, quelle riferite a soggetti provenienti dalle UO SerT e NOA dell'ASL MI1, rappresentano l'11% del totale.

I soggetti in carico alle UO SerT e NOA, che nel corso del 2005 risultano inseriti in strutture residenziali sono 224, di cui nuovi inserimenti 96. Del totale, 18 (8%) sono stati inviati nelle Strutture presenti sul territorio; di questi 8 provengono dai NOA.

Dei rimanenti, 178 sono inseriti in strutture che hanno sede su altri territori della regione Lombardia (79,6%) e 28 fuori regione (12,4%).

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

Nell'arco degli ultimi anni, infatti, gli operatori di tali Enti hanno partecipato insieme a SerT e NOA ad iniziative quali: attività di educazione alla salute in ambito scolastico, reinserimento socio-lavorativo, attività di cura a carattere ambulatoriale su target specifici di utenza, attività formative per gli operatori delle dipendenze organizzati dalla ASL. Inoltre i rappresentanti di tali organizzazioni hanno partecipato attivamente agli incontri del coordinamento territoriale così come ai tavoli distrettuali L. 45/99.

A fronte di ciò si rileva che per quanto riguarda l'attività di accoglienza presso le loro strutture la maggior parte dei soggetti tossicodipendenti residenti nel nostro territorio è inserita in comunità terapeutiche situate fuori dal territorio ASL.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ciò sembra essere determinato dal fatto che le strutture presenti sono accreditate per la maggior parte con modulo pedagogico riabilitativo e quindi poco rispondenti alla necessità di trattamento con maggior connotazione terapeutica, se non specialistica, per particolari tipologie d'utenza quali la polidipendenza e comorbilità psichiatrica. Si consideri inoltre che una delle strutture a modulo Terapeutico Riabilitativo è rivolta esclusivamente ad un'utenza femminile senza l'accoglienza di figli minori, popolazione presente in percentuale molto limitata nei servizi per le dipendenze, con la conseguente esiguità di invii.

Un altro elemento è rappresentato dal fatto di ritenere utile ai fini del trattamento residenziale l'allontanamento del soggetto dal territorio del contesto di vita.

D'altro canto la scelta di una comunità è il frutto di un processo che deve mirare ad un abbinamento ottimale tra le caratteristiche del soggetto e l'offerta della struttura stessa. I dati raccolti circa le modalità di invio da parte dei SerT evidenziano come i criteri prevalenti siano determinati da un lato dalla compatibilità fra la problematica del soggetto e l'attività svolta dalla struttura, e dall'altro dalla coerenza fra l'impostazione terapeutica del servizio inviante e quella della comunità al fine di dare continuità ad un percorso che in genere è stato avviato da molto tempo. Ciò porta ad una selezione caso per caso delle varie possibilità e il risultato di tale processo è quindi variabile da situazione a situazione, tant'è che le strutture utilizzate dai servizi nel 2005 sono state circa 60 e a volte la difficoltà di realizzare tale abbinamento induce ad utilizzare strutture fuori regione. Ciò ovviamente comporta per gli operatori dei servizi un continuo aggiornamento delle opportunità esistenti e un maggiore dispendio di energie per la necessità di mantenersi in rete con un numero più ampio di organizzazioni, cosa che appare tuttavia irrinunciabile per garantire una sufficiente tenuta dei programmi.

La spesa per l'inserimento nelle strutture residenziali nel 2005 è stata di 1.784.266,97 € per un numero complessivo di 40.252 giornate di degenza; la media è di 44,33 € per giornata di degenza con una spesa media per paziente di 7.929,75 €.

La permanenza media per utente nel 2005 è di 178,88 giorni, pari a circa sei mesi. Infatti, in linea con l'andamento generale degli inserimenti in strutture riabilitative di soggetti tossicodipendenti, una buona percentuale di soggetti abbandona la struttura nei primi mesi di trattamento.

### **Organismi di partecipazione: dal coordinamento territoriale al tavolo tematico delle dipendenze**

Il Coordinamento Territoriale è un organismo insediatosi concretamente in seguito all'attuazione della legge 45/99, è stato un importante spazio per tutti i servizi pubblici, privati e per le istituzioni coinvolte con il fine di programmare, coordinare, promuovere e supportare l'insieme dei percorsi progettuali finanziati sul Fondo Nazionale Lotta alla Droga.

Il Coordinamento territoriale è stato istituito per individuare gli obiettivi del Piano Territoriale in ordine alla tutela della salute e del benessere psico-fisico dei cittadini del proprio territorio, ottimizzando per questo le risorse esistenti e favorendo la messa in rete.

Nella ASL MI1, nell'anno 2001, si è scelto di adottare il Regolamento del Coordinamento Territoriale proposto dalla Regione Lombardia in quanto il modello già rispecchiava quanto in essere nel territorio. In particolare, al fine di consentire un'attenzione sempre maggiore alla programmazione degli interventi, erano già stati istituiti tavoli di lavoro su base distrettuale e per area d'intervento così come in seguito istituito dalla Regione Lombardia.

Il Coordinamento Territoriale dell'ASL MI1, riprendendo quanto stabilito dalla legislazione, è stato così composto:

- Direttore Sociale, Direttore Dipartimento Dipendenze e 3 Rappresentanti SerT
- 2 Rappresentanti Enti Ausiliari, 2 Rappresentanti Cooperative di tipo B e loro consorzi
- 1 Rappresentante del CSV
- 3 rappresentanti per i Comuni e 1 per la Provincia

Il Coordinamento Territoriale ha garantito la rappresentatività delle realtà locali scegliendo di valorizzare, inoltre, l'apporto di tutte le istituzioni coinvolte salvaguardando le reciproche responsabilità.

Approvando il regolamento si istituisce questo organismo e si assegna il compito di redigere il Piano territoriale sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, tenuto conto delle indicazioni dei tavoli di lavoro distrettuali e tematici.

Il Coordinamento Territoriale ha reso possibile una forma partecipata di programmazione del Dipartimento Dipendenze essendo l'unico organismo presente e non essendo stato istituito il Comitato di Dipartimento.

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

Al momento attuale, in mancanza delle linee regionali in merito a questo organismo, l'ASL MI1 a seguito della DGR n VII/19881 del 16.12.04 che individua tra gli obiettivi strategici di interesse regionale la costituzione di un tavolo di confronto con i soggetti del terzo settore a livello di ogni singola ASL, in accordo con gli organismi del Terzo Settore e gli Enti Locali ha istituito (Decreto Direttoriale n. 14 del 31/01/07 ) il Tavolo Tematico delle Dipendenze come articolazione del tavolo di Confronto con il terzo settore, quale luogo di scambio, confronto ed elaborazione relativamente agli interventi sulle dipendenze.

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

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

Il Tavolo Tematico delle Dipendenze è così composto:

Componenti eletti o designati

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

### Attività programmatrice finanziata dal 1996 al 2003

Tra il 1996 ed il 2003, oltre a quelli che hanno attinto alle risorse ordinarie, sono stati finanziati numerosi progetti attraverso il Fondo Nazionale Lotta alla Droga L.45/99, che hanno permesso di potenziare sul territorio le offerte date dal sistema delle dipendenze.

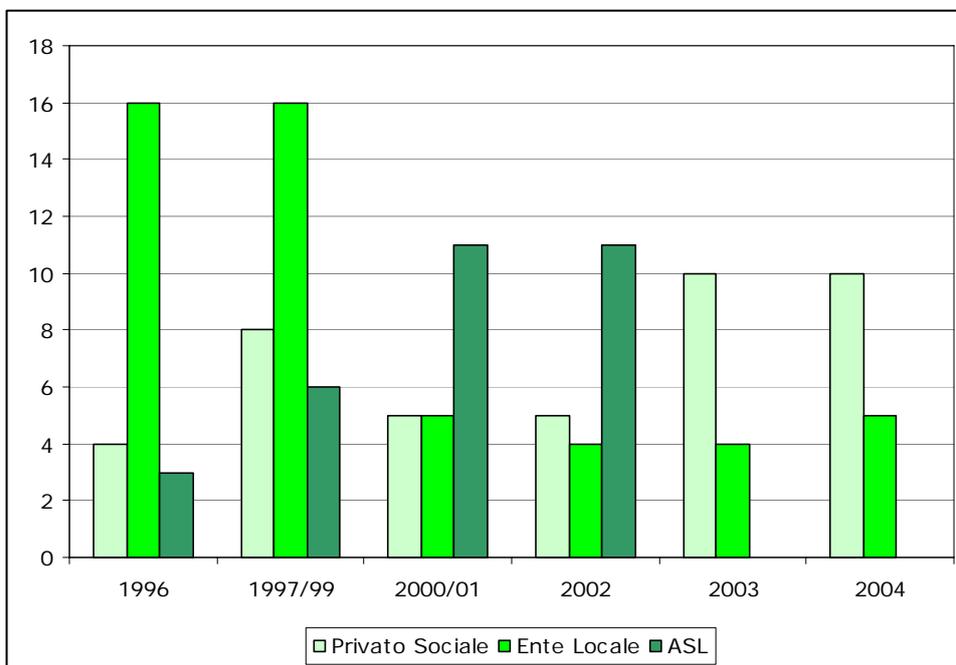
La realizzazione dei progetti ha consentito di completare la conoscenza di scenari locali, dimensioni e caratteristiche del fenomeno non sempre di immediata lettura per i servizi territoriali e aumentare, di conseguenza, la qualità degli interventi.

### Enti Titolari Progetti

Dalla lettura del Grafico 3.4 si rileva un incremento del numero di progetti presentati dal privato sociale che nel periodo dal 1996 al 2004 raddoppiano; parimenti si osserva un andamento costante dei progetti portati avanti dagli enti locali dal 2000 al 2004.

Si può osservare inoltre come il numero dei progetti presentati dagli Enti locali nei primi due esercizi finanziari (1996; 1997-99), successivamente, viene in parte assorbito dall'ASL e non si rileva, come ci si sarebbe aspettato, un incremento del protagonismo del privato sociale, soprattutto nel 2003 anno in cui per scelta non è stata possibile la titolarità ASL ma solo il co-finanziamento.

Grafico 3.4: Distribuzione Enti Titolari Progetti.



Si può affermare, quindi, che gli enti del privato sociale non hanno vicariato la funzione dell'ASL presentando un numero maggiore di progetti, ma nel sistema delle dipendenze dell'ASL MI1 i diversi soggetti coinvolti si sono integrati per cogliere l'ampiezza e la complessità del fenomeno. Nello stesso tempo la mancata gestione di progetti da parte dell'ASL ha in realtà prodotto un impoverimento del sistema ed è stato in parte vissuto come

uno "svuotamento" di funzioni e compiti, in particolare non riconoscendo ad esempio "le specializzazioni" e le competenze tecnico-scientifiche.

A partire dal 2003 si riduce il numero dei progetti non solo per i minori finanziamenti disponibili finanziamento ma anche per la presenza di progetti unici distrettuali.

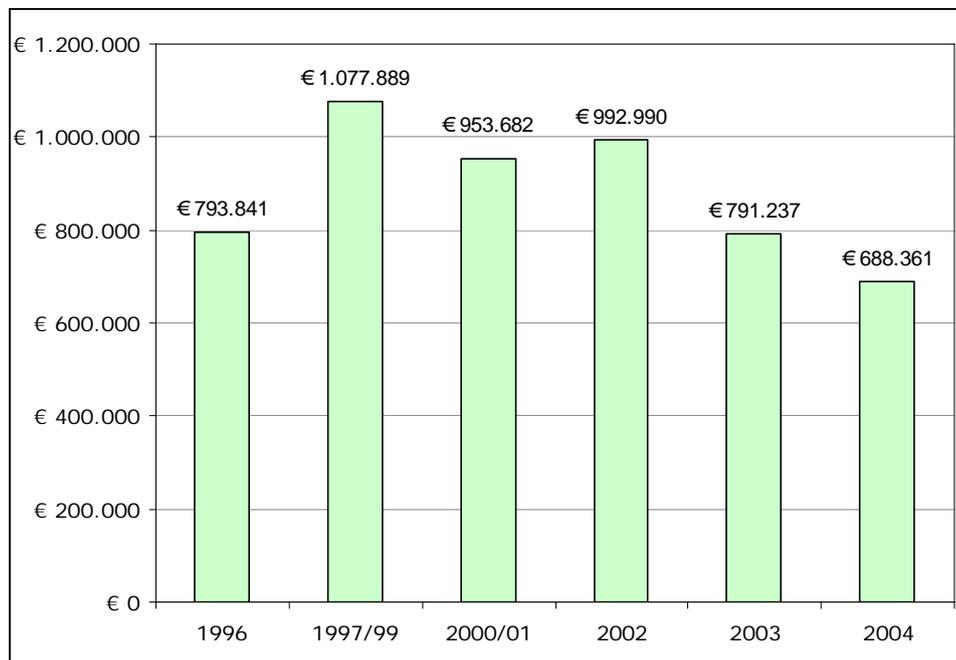
Ripercorrendo la storia progettuale della ASL MI1 determinante è stato il progetto centrale "Interdipendenze" dell'esercizio finanziario 1997-99. Quest'ultimo, avendo come finalità la costruzione di reti significative all'interno delle aree di intervento classiche del sistema dipendenze, ha consentito l'attivarsi, tramite le diverse organizzazioni ed enti territoriali, di un sistema che ha permesso lo sviluppo futuro del Dipartimento Dipendenze.

### Finanziamento Erogato per Esercizio Finanziario

Nell'analisi qui proposta è stato considerato solo il finanziamento assegnato alla progettazione, non prendendo in esame gli eventuali accantonamenti previsti dalla legislazione a livello centrale.

La prima riflessione riguarda la modalità di assegnazione dei finanziamenti: si assiste ad una progettazione triennale dell'esercizio finanziario 1997-99 poi successivamente ad una biennale per poi diventare in seguito annuale.

**Grafico 3.5: Finanziamento erogato per esercizio finanziario.**



La progettazione annuale ha comportato una capacità progettuale rilevante ma anche onerosa per le organizzazioni coinvolte, in quanto le scadenze dei bandi, non rispettando il naturale termine del progetto, hanno fatto sì che le nuove progettazioni non sempre rispettassero la metodologia programmatica (valutazione dei progetti terminati, eventuale raccolta dei dati, ecc...).

Inoltre la progettazione annuale non sempre consente una visione prospettica a medio termine, soprattutto in un campo d'intervento dove i fenomeni stanno sì cambiando ma non così rapidamente. Ciò nonostante il progetto sperimentale di dimensione annuale ha spesso stimolato attenzioni verso aree nuove di bisogno, ad esempio il gioco d'azzardo patologico, rivelando al contempo le difficoltà di attivazione di azioni continuative, istituzionali e organizzate.

Altra riflessione va fatta sul finanziamento dell'esercizio finanziario 2004: con riferimento a quanto disposto dalla DGR n. 7/19977 ripresa successivamente dalla circolare della Regione Lombardia n.14 del 22.03.05, una quota pari al 30% del finanziamento va riservato in capo al Dipartimento delle Dipendenze per progettazioni afferenti ai progetti centrali.

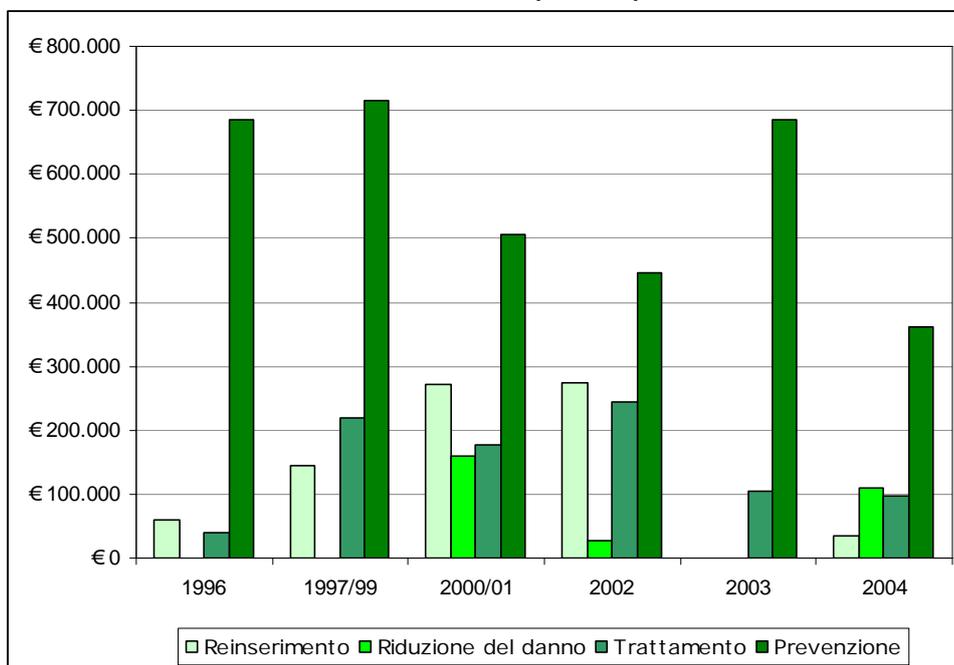
La scelta del Dipartimento Dipendenze ASL MI1, in accordo con il Coordinamento Territoriale, è stata di riservare il 30% del finanziamento all'attuazione delle sperimentazioni regionali e di finanziare i 9 progetti collegati alla sperimentazione regionale MDMA – sistema di Allerta rapido. Questo poiché gli altri progetti presentati e correlati ad altri progetti interregionali non sono stati valutati idonei.

### **Finanziamenti per campo d'intervento e numero di progetti per area d'intervento**

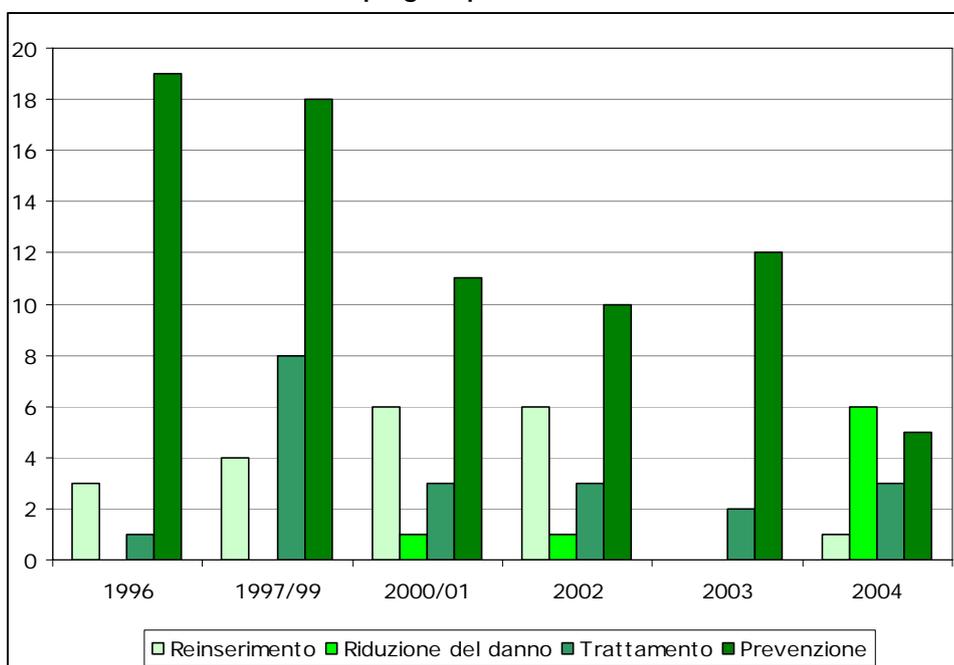
È evidente una diminuzione dell'entità del finanziamento complessivo, così come è evidente il maggior investimento, da parte dei progettisti, nell'area della prevenzione, lievemente in crescita nell'anno 2003 (Grafico 3.6), mentre in termini di numero progetti totali il dato è abbastanza costante (Grafico 3.7).

Con i finanziamenti dell'esercizio finanziario 2004, attraverso la scelta di riservare una quota del 30% a progetti locali collegati alla sperimentazione regionale, si è ottenuto un incremento degli interventi nell'area della riduzione del danno, fino a quel momento collocata all'interno dei progetti di prevenzione (Grafici 3.6 e 3.7).

**Grafico 3.6: Distribuzione dei finanziamenti per campo d'intervento.**



**Grafico 3.7: Distribuzione dei progetti per area di intervento.**



Da un'analisi di un campione di progetti, effettuata all'interno del Progetto Re-ligo, si sono individuati due ambiti nei quali si sono implementati i progetti di prevenzione e riduzione del danno:

- Istituzioni scolastiche
- Azioni territoriali

### Ambito scolastico

Le strategie messe in atto sono quasi tutte riconducibili a quella di tipo informativo/formativo.

Si possono di seguito evidenziare alcune linee operative generali sulle quali i progettisti della ASL MI1 pongono l'accento:

- riconoscere che la pura informazione, intesa qui come la "lezione dell'esperto", non è molto efficace e soprattutto non incide sui comportamenti a rischio; sembra invece maggiormente efficace un intervento basato su tecniche di animazione interattive con grande coinvolgimento personale ed emotivo. Da ciò, ovviamente, risulta indispensabile avere operatori particolarmente esperti nel settore che sappiano diversificare gli interventi tenendo conto delle caratteristiche dei giovani destinatari rispetto all'età, al sesso, alla cultura alle esperienze o rischi e consumi delle sostanze stupefacenti legali ed illegali (si è rilevata una progettazione nei confronti del target giovani particolarmente ricca e creativa in termini di proposte, progetti, azioni prodotti con forte coinvolgimento dei ragazzi, ad esempio con produzioni di video, musical, corsi di teatro ecc...).
- importante coinvolgere nei progetti di prevenzione non solo i giovani ma tutti gli adulti a loro vicini, nella consapevolezza che gli adulti hanno un ruolo fondamentale nel percorso evolutivo ed educativo (insegnanti, genitori ecc..).
- per quanto riguarda il target insegnanti, molti osservano che spesso questi operatori sono in crisi rispetto al loro quotidiano, chiedono supporto, si sentono isolati, in difficoltà e che serve dunque proporre loro occasioni di confronto, supporto ecc... Alcuni suggeriscono che sarebbe importante trovare anche forme concrete di riconoscimento alla disponibilità richiesta ad esempio tramite bonus di tipo economico.
- importante sicuramente coordinare tutte le proposte progettuali onde evitare sovrapposizioni e sovraccarico da parte del personale.
- Altro target considerato grande facilitatore per l'attività di prevenzione è la categoria del personale non docente, soprattutto nelle scuole superiori nei confronti della quale molti progettisti hanno iniziato o vorrebbero mettere in atto azioni specifiche. Riguardo a questo target vengono però riferite ancora difficoltà legate all'organizzazione scolastica, orari ecc... che bisognerà superare trovando modalità opportune quali ad esempio protocolli di intesa più dettagliati con le istituzioni scolastiche.
- Viene spesso riportata l'esigenza di interventi sempre più strutturati e continuativi inseriti all'interno di un programma di prevenzione che prevede un tempo congruo; da qui la necessità di avere a disposizione un tempo medio lungo. Fondamentale diventa costruire un percorso dove la scuola è un soggetto sempre più attivo nei programmi di prevenzione

- Per quanto riguarda le risorse economiche messe a disposizione, molti progettisti, volendo perseguire obiettivi di forte cambiamento, faticano poi ad attivare le strategie più idonee. Ad esempio “la relazione significativa” con i giovani richiede un tempo ed un costo sicuramente elevato.
- Per ciò che riguarda il tipo di sostanze considerate e, cioè, tutte le legali ed illegali, molti sembrano concordare sull’esigenza di lavorare in modo integrato tra servizi specialistici SerT e NOA, soprattutto visto che emerge sempre più il fenomeno del poliabuso inteso come alcol ed hashish e/o alcol e cocaina tra i giovanissimi.

Le strategie utilizzate dalla maggior parte dei progettisti nei progetti analizzati nella ASL MI1 si riconducono ad approcci di tipo formativo/informativo che a seconda del target individuato da raggiungere (gruppi classe, genitori, insegnanti ecc...) si pongono alcuni obiettivi specifici che in estrema sintesi si identificano in:

- aumentare le conoscenze con informazioni scientificamente corrette rispetto ad effetti e svantaggi relativi alla modalità di consumo di sostanze stupefacenti
- aumentare la corretta percezione dei rischi connessi all’uso di sostanze
- accrescere l’autoconsapevolezza di consumi e abusi
- aumentare le capacità di dialogare con i giovani e fra i giovani.

#### Ambito territoriale

All’interno del territorio dell’ASL MI1 si sono sviluppati vari progetti rivolti ai giovani con strategie di prevenzione secondaria e riduzione del danno, tramite la creazione di appositi spazi di ascolto, di counseling e di aggancio esterni ai servizi istituzionali quali i SerT in forte sinergia con il privato sociale.

Tutti gli attori intervistati a questo proposito sono concordi nel ritenere di grande importanza il lavorare in strada, proprio perché si possono intercettare una grande quantità di giovani soprattutto nei luoghi formali ed informali.

Molti si soffermano sulla necessità di intervenire su aree circoscritte, non particolarmente estese proprio per la peculiarità dell’attività progettuale proposta.

### **I Progetti interregionali e gli interventi nel territorio**

L'ASL MI1 è stata coinvolta a diverso titolo, negli anni precedenti, nelle sperimentazioni interregionali quali:

- MDMA/Sistema di Allerta Rapido
- Progetto Prevenzione, Re-ligo
- Progetto Mosaico

La partecipazione ai progetti interregionali e le conseguenti riflessioni da una parte e la possibilità di riservare quota del finanziamento (30%) dell'esercizio finanziario 2004 dall'altra, hanno condotto allo sviluppo delle sperimentazioni locali, coordinate e gestite direttamente dal Dipartimento Dipendenze.

Oltre a questi progetti, nel 2005, il Dipartimento Dipendenze, come già avvenuto per le altre ASL della Provincia, ha aderito ad un Protocollo di Intesa con la Prefettura di Milano e la Regione Lombardia, con lo scopo di favorire l'avvicinamento dei giovani consumatori di sostanze stupefacenti alla rete dei nostri Servizi e sviluppare interventi mirati a questo specifico target d'utenza.

### **Re-Ligo**

Obiettivo generale del progetto Re-ligo era di giungere, attraverso un percorso di ricerca-azione, alla definizione tecnico-organizzativa dell'azione territoriale del Dipartimento delle Dipendenze nell'ambito dell'area prevenzione. Al termine del progetto è stato pubblicato un manuale contenente le linee guida e delle indicazioni utili alla programmazione di attività di prevenzione nel settore delle dipendenze.

Il progetto è stato supportato dall'Agenzia Cevas, che ha rappresentato l'organismo di ricerca/formazione/supervisione in stretta collaborazione con il gruppo di coordinamento del progetto della ASL Città di Milano.

La sperimentazione è stata avviata nel giugno 2003 ed è terminata nel gennaio 2006; ha coinvolto oltre alla ASL MI1 anche: Bergamo, Brescia, Lecco, Milano città, Milano 2, Pavia, Savona, Settimo Torinese, Sondrio, Varese. È stata individuata, per la realizzazione del progetto, una coppia di operatori, uno del settore pubblico ed uno del settore privato sociale. La coppia di operatori individuata ha fatto parte del gruppo di lavoro stabile denominato GOI (Gruppo Operativo Interregionale). In ciascun territorio partecipante al progetto, è stata inoltre costituita un'equipe integrata composta dal Direttore del Dipartimento delle Dipendenze e da un referente tecnico e dalle operatrici sopra citate, che ha sostenuto a livello locale, durante il progetto, il lavoro del GOI e promosso alcuni momenti seminari di raccordo con il coordinamento del progetto.

Dallo sviluppo del progetto interregionale Re-Ligo è nata l'esigenza di costituire un'Agenzia Territoriale, che mantenga nel tempo e sviluppi le azioni, iniziate nell'ambito del progetto medesimo, a sostegno della rete sociale per ciò che concerne l'attività di prevenzione.

Si intende, quindi, facilitare ed accompagnare in un percorso guidato, gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale dell'ASL MI1, che a vario titolo sono coinvolti nell'attività di prevenzione nell'area delle tossicodipendenze, verso il consolidamento di una rete sempre più efficace ed efficiente all'interno di un sistema integrato di interventi.

Gli obiettivi specifici sono:

1. Favorire processi di individuazione, confronto e diffusione di buone prassi all'interno dell'ASL.
2. Stimolare la messa in rete di diverse fonti informative utilizzabili nell'attività di programmazione e management dell'area prevenzione dipendenze e l'interconnessione tra aree diverse attraverso il coinvolgimento di una pluralità di attori territoriali.
3. Favorire la diffusione e il confronto in merito a:
  - a. principali risultati delle valutazioni di programmi di prevenzione ed evidenze di efficacia,
  - b. linee guida internazionali,
  - c. linee guida individuate nell'ambito del progetto regionale Re-ligo.

Sono così state sviluppate attività di formazione per operatori ASL, Enti Locali, Privato Sociale, Scuole ed è stata possibile la costruzione di una rete che prevede il coinvolgimento di organizzazioni e servizi ASL e organizzazioni ed Enti esterni.

### **Progetto "Il Mosaico"**

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

- o I tossicodipendenti con complicanze psico-patologiche o psichiatriche,
- o Le donne o le coppie tossicodipendenti con figli minori, le donne tossicodipendenti in gravidanza,
- o Gli immigrati tossicodipendenti.

Le macro-azioni hanno riguardato l'ambito della ricerca e l'ambito della formazione sviluppate nelle tre diverse tipologie ed hanno prodotto un corso di formazione, un corso di perfezionamento, un corso di formazione a distanza, report di analisi del territorio, confronti a diversi livelli e l'elaborazione di linee di indirizzo presentate nella conferenza.

Al termine del progetto interregionale, sostenuti dalla constatazione che la letteratura evidenzia:

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

il Dipartimento ha scelto di implementare gli interventi rivolti a questa specifica tipologia di utenti dei servizi.

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

### **MDMA**

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

Partecipano al progetto le ASL: Città di Milano, Milano 1, Milano 2, Milano 3, la Questura di Milano, il Comando Nucleo Regionale di Polizia Tributaria Lombardia della Guardia di finanza, il Comando Provinciale dei Carabinieri, L'Università Statale di Milano, L'Istituto Superiore di Sanità con il compito di coordinamento e il Coordinamento degli Enti Ausiliari regione Lombardia. Per quanto concerne la sperimentazione locale sono stati coinvolti tutti quei progetti della L. 45/99 attivi sul territorio che hanno la possibilità di raccogliere dati sulle sostanze e sulla tipologia di consumo/abuso delle sostanze illecite. In particolare gli enti coinvolti sono: Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, cooperativa sociale Albatros, Comunità Nuova, cooperativa sociale Atipica, comune di Bollate e Comune di Rho. Gli operatori dei progetti coinvolti e delle UO Dipendenze, fanno parte dell'equipe locale e hanno partecipato alla predisposizione del dispositivo per la raccolta dei dati.

Fasi del progetto:

- raccolta dei campioni da parte delle diverse forze dell'ordine nel corso di sequestri e conseguente analisi nei rispettivi laboratori specializzati
- preparazione a cura del Centro di Farmacologia Comportamentale e delle Tossicodipendenze dell'Università degli Studi di Milano di un profilo farmacologico e chimico del campione, raccolta, mappatura ed elaborazione di dati socio-epidemiologici sulle modalità d'uso delle nuove droghe e la conseguente attuazione di misure preventive.

### Sviluppo locale:

Le azioni del progetto MDMA nell'ASL MI1 si stanno sviluppando in ambiti considerati strategici per le finalità del progetto medesimo, in particolare:

- collegamento con le forze dell'ordine
- collegamento con le aziende ospedaliere
- Intervento pilota sui Comuni

### **Progetto Sperimentazione Prefettura**

Nel 2005 , come già avvenuto nelle altre ASL della provincia, questa ASL ha aderito, ad un Protocollo di Intesa con la Prefettura di Milano e la Regione Lombardia, con lo scopo di favorire l'avvicinamento dei giovani consumatori di sostanze stupefacenti alla rete dei Servizi e sviluppare interventi mirati a questo specifico target d'utenza.

Come è noto, questa particolare fascia di popolazione, che ha un vissuto poco problematico del proprio comportamento, si è da sempre dimostrata poco incline ad utilizzare i Servizi per le dipendenze.

Si è ritenuto quindi che uno dei canali possibili per consentire un incontro con questi soggetti potesse essere rappresentato dall'attività di colloquio che la Legge 309/90 assegna alla Prefettura a seguito dei fermi operati dalle Forze dell'Ordine per detenzione di droga.

Quindi dal 2005, nel caso di soggetti minori di 26 anni segnalati per uso personale di droghe, i colloqui, di norma svolti dagli Assistenti Sociali operanti presso la Prefettura, vengono effettuati da personale incaricato dall'ASL ,che opera in stretto coordinamento con le équipes locali .

Inoltre la sperimentazione ha previsto la messa a punto di una specifica offerta trattamentale, più mirata alle caratteristiche di questa utenza e realizzata prevalentemente in spazi esterni al SerT.

### **L'intervento sulle infezioni da HIV**

Una specificità dell'offerta della rete dei SerT della ASL MI1 è rappresentata dalla gestione delle problematiche connesse all'infezione da HIV, per la quale, da circa 20 anni, il SerT di Magenta ha strutturato una risposta che prevede il monitoraggio ed il trattamento ambulatoriale, anche farmacologico, della infezione da HIV e delle eventuali infezioni connesse, mentre gli altri SerT eseguono screening e monitoraggio dell'infezione fino al manifestarsi di patologie specifiche, compito affidato a tutti i SerT in quanto LEA, delegando la gestione successiva dei pazienti alle strutture ambulatoriali per le malattie infettive delle aziende ospedaliere.

Tale scelta, motivata inizialmente dalla insufficiente accessibilità e ricettività delle UUOO di malattie infettive, ha comportato il crearsi, presso il SerT di Magenta, di una popolazione, oscillante negli anni fra le 120 e le 160 unità, di assistiti per infezione da HIV, costituita da tossicodipendenti, ex tossicodipendenti, familiari o partners di essi o semplicemente da altri soggetti che avevano ritenuto più comodo e funzionale riferirsi ad un centro di riferimento più prossimo al proprio luogo di residenza con il quale si era poi instaurato un rapporto di fiducia. Il miglioramento delle possibilità di trattamento, legato all'introduzione di nuovi farmaci e alla possibilità di monitoraggio, ha poi comportato la più lunga sopravvivenza e permanenza in trattamento di tali soggetti.

Anche quando, successivamente alla attivazione di alcune UUOO di malattie infettive più prossime, è stato proposto a tali soggetti il trasferimento presso di esse, numerosi pazienti hanno rifiutato la proposta privilegiando il rapporto terapeutico di fiducia instaurato.

E' stato pertanto definito un modus operandi per la gestione di questa problematica nell'ambito dell'ASL, d'intesa con il Dipartimento di Prevenzione al quale sono affidate competenze in merito allo screening e ad interventi di prevenzione dell'infezione.

Le modalità con le quali saranno gestite le attività sulle patologie correlate all'infezione da HIV, su una base di complementarità con le attività esercitate in tale ambito dal Dipartimento di Prevenzione, sono le seguenti:

- il SerT di Magenta offre all'utenza già in carico prestazioni di diagnosi e cura delle infezioni da HIV e patologie correlate quali attività integrative rispetto ai LEA.

Compatibilmente con il budget assegnato, € 889.766,94 al netto del costo per il personale per il 2005, possono essere presi in carico per tali trattamenti soggetti tossicodipendenti, o collegati a tale condizione, per i quali si ravvisi tale opportunità, qualora il trasferimento ad altre unità d'offerta specificamente addette all'intervento su tali patologie appaia a rischio di mancata adesione alle cure necessarie. La numerosità della popolazione interessata presso il SerT di Magenta è stata di n. 159 utenti nel 2004, pari al 26% dell'utenza globale del SerT;

- gli altri SerT garantiranno, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da essi garantiti dai medesimi, screening e monitoraggio dell'infezione fino al manifestarsi di patologie specifiche, delegando la gestione successiva dei pazienti alle strutture ambulatoriali per le malattie infettive delle aziende ospedaliere. La numerosità della popolazione interessata presso i 4 SerT di Parabiago, Limbiate, Corsico e Rho è stata di 222 utenti nel 2004, pari all'11% dell'utenza globale di tali SerT;
- Il Dipartimento di Prevenzione attraverso il servizio di Igiene e Sanità Pubblica garantisce le prestazioni di prevenzione, screening e monitoraggio delle infezioni da HIV fino al manifestarsi della necessità di trattamento ai soggetti che manifestano comportamenti a rischio di infezione; sono esclusi da tali prestazioni i soggetti presi in carico dalle UPA della UOC Dipendenze, per i quali tali prestazioni vengono garantite dai SerT competenti per territorio.

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

### Caratteristiche dei soggetti in carico nel corso del 2005

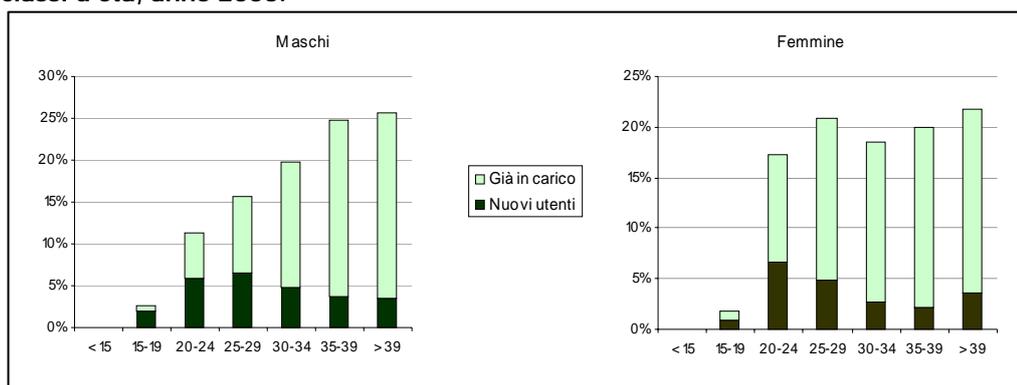
I soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i Servizi della ASL MI1 nell'anno 2005 sono complessivamente 1.737 (87% maschi; 13% femmine), secondo quanto rilevato attraverso le "Schede di rilevazione annuale dell'attività nel settore delle tossicodipendenze" del Sistema Informativo Sanitario - Ministero della Salute.

Esiste poi una quota di soggetti appoggiati (230) che rappresenta il 12% delle domande trattamento arrivate al Servizio.

Nei Servizi, il 25,5% dell'utenza è composta da soggetti che hanno effettuato una domanda di trattamento per la prima volta nel corso del 2005 (nuovi utenti).

L'utenza complessiva ha un'età media di circa 34 anni, con differenze evidenti qualora si disaggreghi la popolazione tra nuovi utenti (30 anni in media) e coloro che proseguono trattamenti da anni precedenti o sono rientrati a seguito di recidive (utenti già in carico, 35 anni in media).

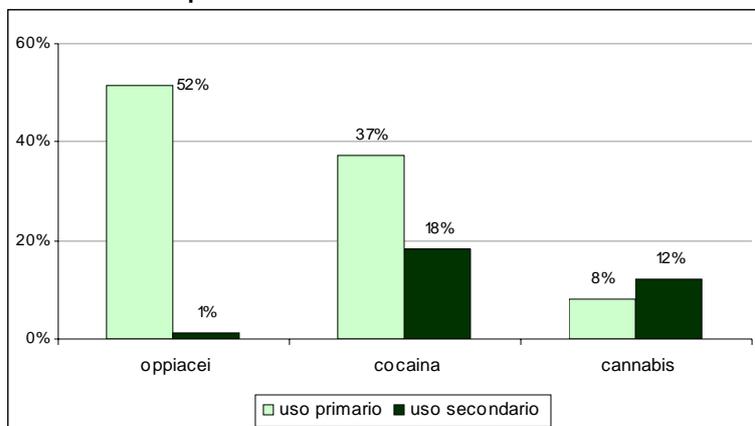
**Grafico 3.8: Distribuzione percentuale degli Utenti per tipologia di utente, sesso e classi d'età, anno 2005.**



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

Nei Servizi territoriali il 52% dei soggetti in carico ha come sostanza d'abuso primaria gli oppiacei (eroina, metadone, morfina o altri oppiacei), seguita dalla cocaina (37%), dalla cannabis (8%) e infine dalle altre sostanze (3%). La sostanza d'abuso secondaria più utilizzata è la cocaina (18%), seguita dalla cannabis (12%), e dall'eroina (1%) (Grafico 3.9).

**Grafico 3.9: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio per sostanza d'uso primaria e secondaria.**



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

La rilevazione delle caratteristiche relative alla presa in carico, alla tipologia ed ai pattern d'uso delle sostanze d'abuso, oltre a quelle socio-anagrafiche, effettuate su singolo record, permette di tracciare un profilo più approfondito dell'utenza in carico.

Il 38% dei soggetti in carico utilizza una sola sostanza, il 62% degli utenti utilizza invece più sostanze, in particolare il 61% utilizza due sostanze e l'1% tre o più sostanze.

La cocaina risulta la sostanza più utilizzata tra i soggetti poliabusatori, ne fa uso il 34% di questi ultimi, seguita dagli oppiacei (25%) e dalla cannabis (22%) (Tabella 3.2).

Considerando gli utenti separatamente per sostanza primaria è possibile analizzare la tipologia di sostanza associata a quella di abuso primario.

Si rileva che tra gli utenti che utilizzano oppiacei come sostanza di abuso primaria, il 60% utilizza anche cocaina, il 23% associa la cannabis e il 12% l'alcol.

La cannabis risulta invece associata all'utilizzo di cocaina (sostanza d'abuso primaria) nel 54% dei casi, mentre il 28% dei consumatori di cocaina utilizza anche l'alcol e il 10% oppiacei.

Negli utenti in trattamento per uso di cannabis, la cocaina risulta associata alla sostanza d'abuso primaria nel 74% dei casi, mentre il 21% vi associa l'alcol.

**Tabella 3.2: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i SerT in base al numero di sostanze utilizzate, anno 2005.**

	% utenti	di cui una delle sostanze		
		oppiacei	cocaina	cannabis
Utilizzatori di una sola sostanza	38,1	12,2	12,8	11,6
due sostanze	61,2	21,7	21,6	10,7
Utilizzatori di più sostanze				
tre o più sostanze	0,7	0,2	0,2	0,1
totale	61,9	25,3	34,0	21,7

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

Il poliabuso è un fenomeno di ampio interesse date le conseguenze che comporta sia a livello medico per gli utilizzatori sia per quanto riguarda l'organizzazione dei trattamenti, per questo sono state analizzate le caratteristiche dei soggetti in carico poliabusatori adattando ai dati un modello di regressione logistica<sup>3</sup>

Risulta che il profilo dell'utente poliabusatore è essenzialmente quello di un soggetto di sesso maschile che utilizza essenzialmente oppiacei, di età inferiore a 35 anni e in carico al servizio dall'anno in esame (Tabella 3.3).

**Tabella 3.3: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso di altre sostanze oltre alla sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei e cocaina presso i SerT, anno 2005.**

	odds ratio (IC 95%)
Sesso - femmine contro maschi	0,892(0,262-1,271)
Sostanza – cocaina contro oppiacei	0,302(0,224-0,405)*
Sostanza – cannabis contro oppiacei	0,058(0,038-0,087)*
Sostanza – altre illegali contro oppiacei	0,311(0,129-0,749)*
Età - >= 35 anni contro < 35 anni	0,576(0,441-0,754)*
Conoscenza nel servizio - già in carico contro nuovi	0,315(0,211-0,754)*

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

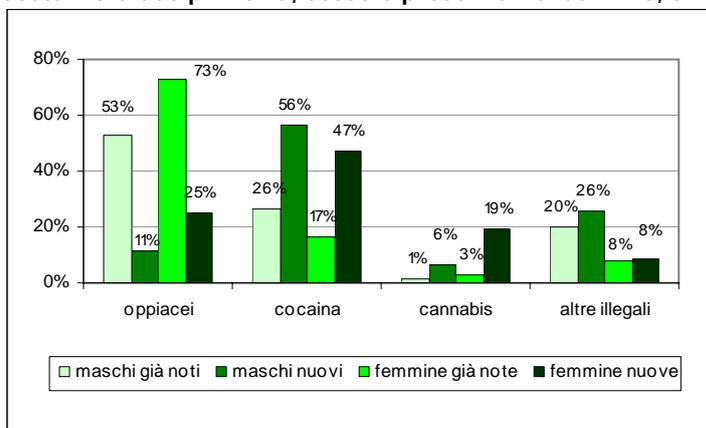
Tra le utenti in carico già note al servizio si rileva la più alta quota di consumatori di oppiacei, il 73%, quota che scende al 53% nel caso degli utenti di sesso maschile già noti da anni precedenti (Grafico 3.10). Il consumo di oppiacei si mostra molto ridotto nei nuovi utenti di entrambi i sessi, a vantaggio di un consumo più consistente di cocaina, 57% e 47% rispettivamente tra i maschi e le femmine entrate in carico per la prima volta nell'anno considerato.

Anche la cannabis appare più diffusa tra i nuovi utenti, in particolare tra le femmine (19% contro il 6% dei maschi della stessa categoria), rispetto agli utenti già in carico.

Per quanto riguarda le altre sostanze illegali, il loro utilizzo è più diffuso tra i maschi in generale, e, tra questi, risulta più elevato nei nuovi utenti (26% contro il 20%).

<sup>3</sup> Il modello di regressione logistica permette di stimare gli *odds ratio* ed i rispettivi intervalli di confidenza rispetto ad ognuna delle caratteristiche della popolazione; in questo caso l'*odds ratio* indica quanto tale caratteristica sia associata al comportamento in studio. Laddove l'*odds ratio* assuma un valore superiore ad 1 sarà possibile affermare che la caratteristica in esame (rispetto ad un carattere considerato come riferimento) risulta associata in maniera positiva col comportamento in studio e viceversa se l'*odds ratio* risulta negativo. Gli *odds ratio* statisticamente significativi sono contrassegnati da un asterisco.

**Grafico 3.10: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio per sostanza d'uso primaria, sesso e presenza nel servizio, anno 2005.**

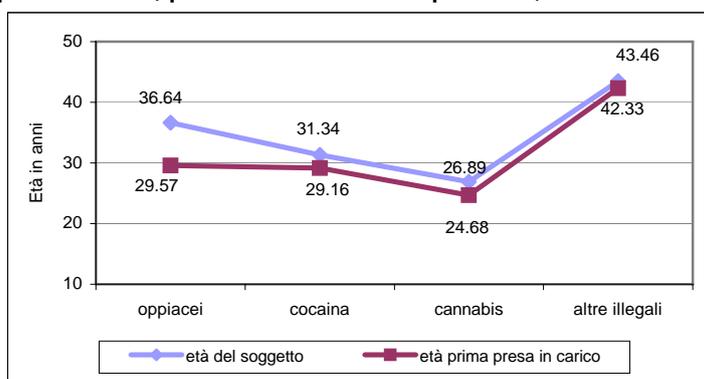


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI 1

Gli utenti in carico per consumo di oppiacei, dove, come visto sopra, sono più alte le quote di soggetti già in carico da anni precedenti, riportano un'età media di poco inferiore ai 37 anni, che scende a 31 e a 27 anni per i consumatori di cocaina e cannabis, rispettivamente.

L'età di prima presa in carico risulta più bassa per i consumatori di cannabis, 25 anni, ed è pari a 29 anni sia per i consumatori di oppiacei che di cocaina (Grafico 3.11).

**Grafico 3.11: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico presso i SerT, per sostanza d'abuso primaria, anno 2005.**



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

Il 45% dei soggetti in carico assume la sostanza per via iniettiva e si tratta esclusivamente di consumatori di oppiacei e, in minor parte, di cocaina.

All'interno del gruppo dei soggetti con sostanza primaria eroina il 62% fa uso della sostanza per via endovenosa, tra i consumatori di cocaina la quota scende a poco più del 3%.

Adattando ai dati un modello di regressione logistica è possibile tracciare un profilo delle principali caratteristiche dei soggetti che assumono la sostanza d'abuso primario per via iniettiva; si tratta soprattutto di utenti di sesso maschile con un'età maggiore di 35 anni, già noti al servizio e che utilizzano oppiacei piuttosto che cocaina e fanno un uso quotidiano della sostanza piuttosto che occasionale (Tabella 3.4).

**Tabella 3.4: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei e cocaina presso i SerT, anno 2005.**

	odds ratio (IC 95%)
Sesso - femmine contro maschi	0,778(0,545-1,111)
Età - >= 35 anni contro < 35 anni	2,770(2,110-3,637)*
Conoscenza nel servizio - già in carico contro nuovi	1,560(0,685-3,551)
Sostanza – eroina contro cocaina	48,629(30,385-77,825)*
Frequenza uso sostanza – uso quotidiano contro uso occasionale	1,849(0,775-4,408)

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

Il 42% degli utenti si avvia volontariamente alle strutture di trattamento, il 24% viene inviato dalle Prefetture, il 21% da strutture socio sanitarie e il rimanente 13% giunge in trattamento attraverso altri canali d'invio (Grafico 3.10).

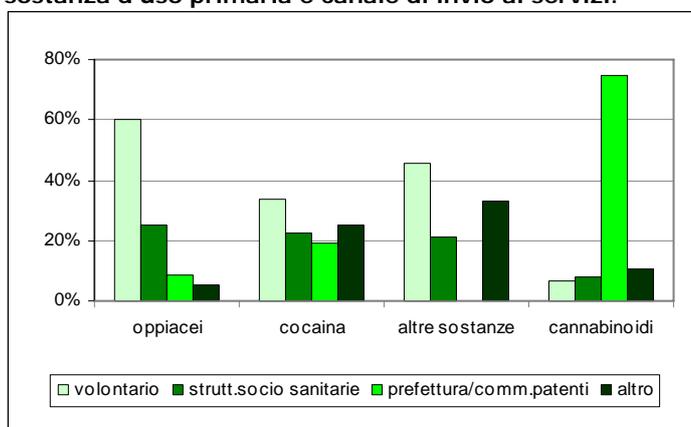
Distinguendo per sostanza di abuso primaria, si osserva che tra i cannabinoidi il 75% degli utenti è stato inviato alle strutture dalle Prefetture, il 6% per scelta volontaria, l'8% viene inviato da strutture socio sanitarie e l'11% arriva ai trattamenti attraverso altri canali.

Tra i consumatori di oppiacei prevale invece la scelta volontaria (60%), mentre il 25% viene inviato da strutture socio sanitarie, il 9% dalle Prefetture e il 6% da altre strutture.

Il 34% dei consumatori di cocaina sceglie volontariamente di sottoporsi a trattamento, il 22% vi si sottopone perché inviato da strutture socio sanitarie, il 19% vi arriva attraverso le Prefetture e il 25% vi giunge per altri canali.

La scelta volontaria prevale anche tra i consumatori di altre sostanze illegali, (46%); il 21%, invece, si trova in trattamento perché inviato da strutture socio sanitarie ed il rimanente 33% è giunto attraverso altri canali.

**Grafico 3.12: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio per sostanza d'uso primaria e canale di invio ai servizi.**



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

Analizzando le condizioni socio-demografiche degli utenti, si rileva che il livello di istruzione prevalente è quello medio, riportato per il 70% degli utenti, il 9% dei soggetti in carico ha un basso livello di istruzione e il rimanente 20% ha un elevato livello di istruzione (Grafico 3.13).

Ad eccezione dei consumatori di cannabinoidi, più giovani degli altri, tra i quali la quota di utenti che ha un alto grado di istruzione risulta più elevato rispetto agli altri utilizzatori (33%), il livello di istruzione tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze rispecchia quanto rilevato per il complesso degli utenti.

La condizione occupazionale invece risulta diversa se si distinguono gli utenti per sostanza d'abuso primaria.

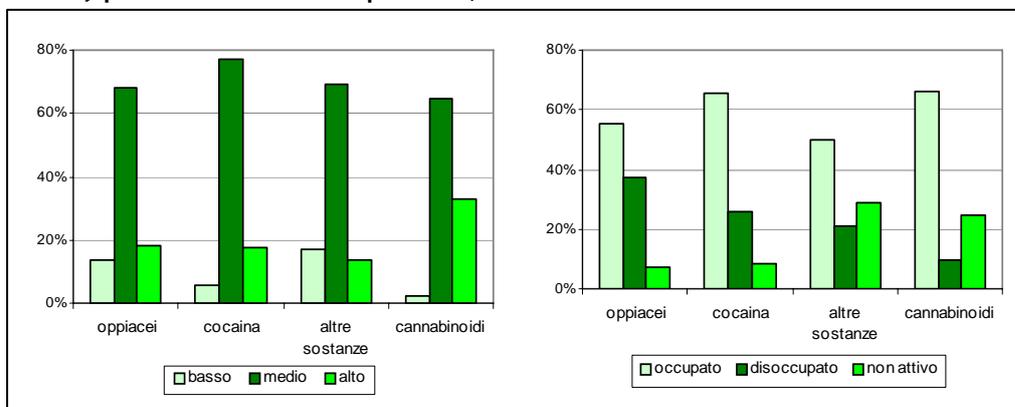
In generale, la maggioranza degli utenti è occupata (60%), il 29% disoccupata e il rimanente 11% non attiva.

I consumatori di oppiacei e cocaina confermano tendenzialmente quanto rilevato per la totalità degli utenti, con una quota più bassa di occupati tra i consumatori di oppiacei (55%) a scapito di una percentuale maggiore di disoccupati (37%).

I consumatori di altre sostanze, più anziani rispetto al resto dell'utenza, sono per il 50% occupati, il 21% è disoccupato e poco meno del 30% economicamente non attivo.

Tra i consumatori di cannabis, il 66% è occupato, il 9% disoccupato, e il 25% non attivo.

**Grafico 3.13: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra) per sostanza d'abuso primaria, anno 2005.**



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

Anche per quanto riguarda la condizione coabitativa, mentre gli utilizzatori di oppiacei e cocaina rispecchiano quanto si rileva nel complesso, i consumatori di cannabis e altre sostanze illegali mostrano caratteristiche differenti (Grafico 3.14).

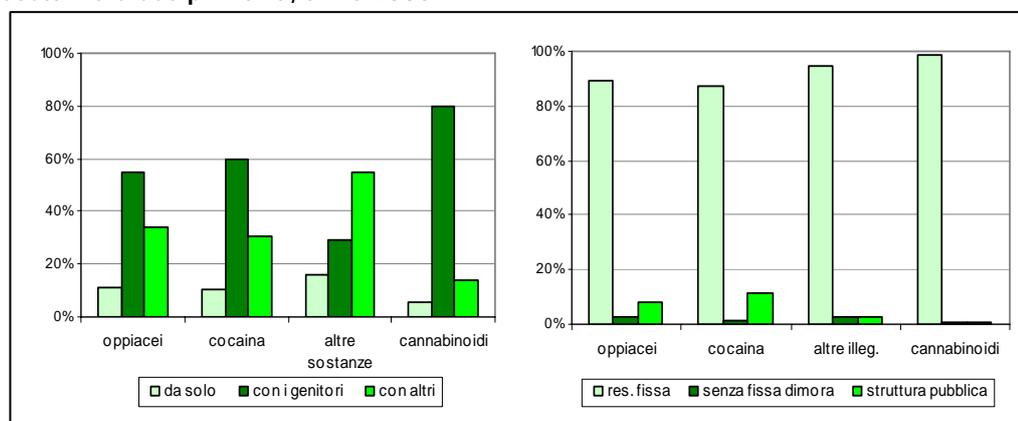
Se in generale, il 60% dei soggetti in carico abita con i genitori, il 10% da solo e il rimanente 30% con altri, tra i consumatori di altre sostanze illegali il 16% abita da solo, il 30% con i genitori e il 55% con altre persone.

gli utilizzatori di cannabis, che, come ricordato in precedenza sono mediamente più giovani rispetto agli altri utenti, per l'80% abitano con i genitori, il 6% vive da solo e il 14% con altre persone.

Rispetto al luogo di residenza non si rilevano differenze sostanziali tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze: il 90% degli utenti ha una fissa dimora, il 2% non ha fissa dimora e il rimanente 8% risiede in strutture pubbliche.

Solo gli utilizzatori di altre sostanze e cannabis presentano una quota di utenti che risiede in strutture pubbliche più bassa rispetto a quanto rilevato in generale, rispettivamente il 3% e l'1%.

**Grafico 3.14: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio in base alla condizione abitativa (con chi-grafico a sinistra e dove-grafico a destra) per sostanza d'uso primaria, anno 2005.**

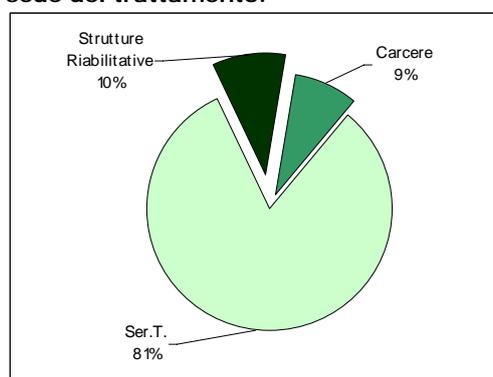


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI

### Trattamenti droga correlati

La maggior parte degli utenti viene trattata nei SerT (81,4%). Il 9,6% viene trattato in Strutture riabilitative, il restante 8,6% in Carcere (Grafico 3.15).

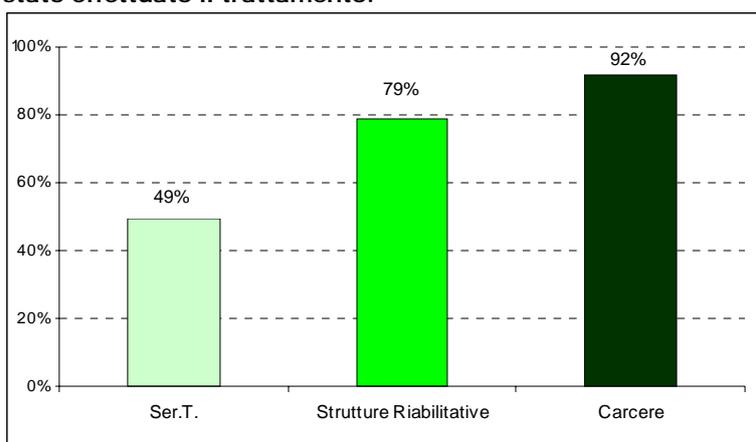
**Grafico 3.15: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso il servizio per sede del trattamento.**



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

Nel 2005 risultano essere 1.069 i soggetti che hanno ricevuto un trattamento esclusivamente psicosociale o riabilitativo, pari al 61,5% dell'utenza complessiva dei Servizi. Se si distingue per struttura in cui si effettua il trattamento si ha che mentre nei SerT questo tipo di trattamento coinvolge solo il 49,1% dell'utenza, nelle Strutture riabilitative e in Carcere esso diventa il trattamento di maggiore importanza (78,8% e 91,5% dell'utenza, rispettivamente) (Grafico 3.16).

**Grafico 3.16: Distribuzione percentuale di utenti in carico presso il servizio con esclusivo trattamento psicosociale o riabilitativo per tipologia di struttura in cui è stato effettuato il trattamento.**

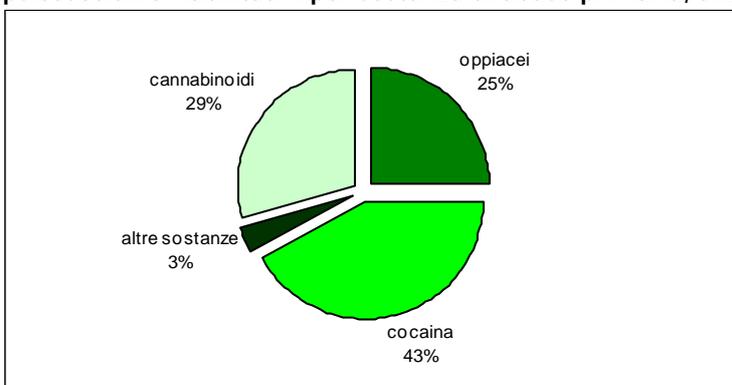


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI1

Il 68% dei trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativi erogati sono interventi dei servizi sociali, il 27% sono prestazioni di sostegno psicologico e il rimanente 5% interventi di psicoterapia.

I soggetti sottoposti a trattamento esclusivamente psicosociale o riabilitativo sono in prevalenza maschi (88%), e sono utenti già in carico presso il servizio da anni precedenti (77%); relativamente alla sostanza per cui risultano in trattamento, risultano essere per il 41% consumatori di cocaina, nel 25% dei casi utilizzatori di oppiacei, nel 29% di cannabinoidi e nel restante 3% dei casi di altre sostanze illegali (Grafico 3.17).

**Grafico 3.17: Distribuzione percentuale degli utenti sottoposti a trattamenti solo psicosociali o riabilitativi per sostanza di abuso primaria, anno 2005.**



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

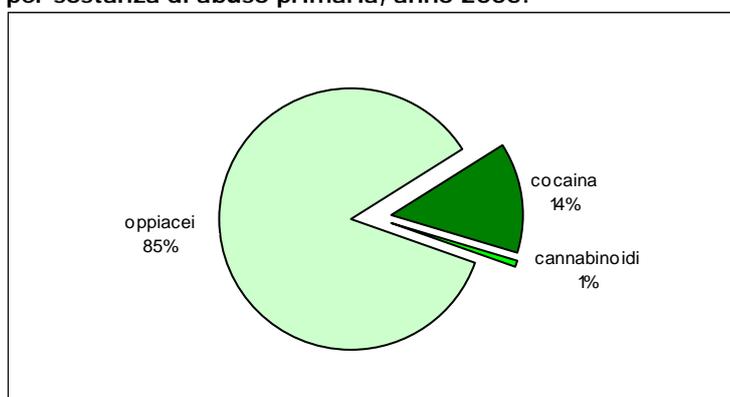
Per quanto riguarda i trattamenti di tipo farmacologico essi risultano costituiti nell'83% dei casi da terapie con metadone, nel 15% dei casi da terapie con buprenorfina e nel 5% con altri farmaci.

Tra i trattamenti con metadone, il 56% sono cure a lungo termine, il 38% a breve termine e il 6% a medio termine, i trattamenti con buprenorfina erogati sono invece esclusivamente a lungo termine.

Anche gli utenti sottoposti a trattamento di tipo integrato sono in prevalenza maschi (79%) e sono soggetti già noti al servizio da anni precedenti (92%).

Rispetto alla sostanza di abuso primaria, invece, l'85% degli utenti sottoposti a trattamento di tipo integrato sono utilizzatori di oppiacei, il 14% utilizza cocaina, l'1% cannabinoidi e meno dell'1% altre sostanze (Grafico 3.18).

**Grafico 3.18: Distribuzione percentuale degli utenti sottoposti a trattamenti integrati per sostanza di abuso primaria, anno 2005.**

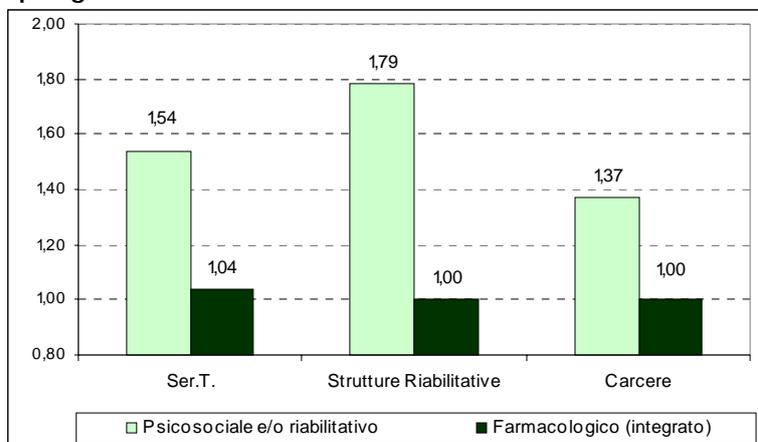


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI1

Si osserva, infine, che nei Servizi, per ciascun soggetto seguito vengono effettuati, in media, 1,5 trattamenti di tipo psicosociale o riabilitivo se seguiti presso il SerT, 1,8 presso le Strutture riabilitative e 1,4 presso il Carcere.

Per i trattamenti farmacologici integrati ne sono effettuati in media 1 indipendentemente dalla tipologia di servizio (Grafico 3.19).

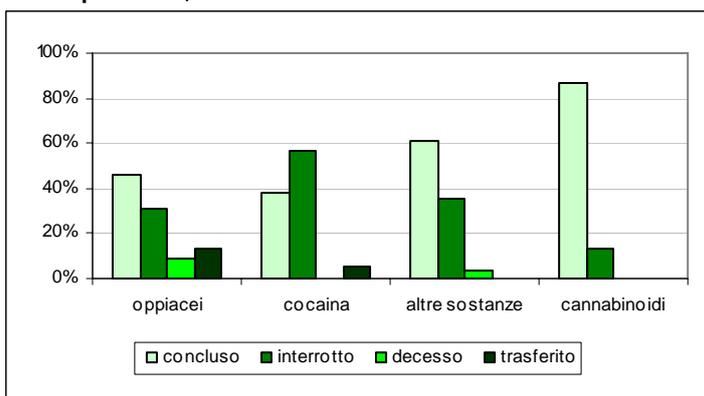
**Grafico 3.19: N° medio di trattamenti per soggetto per tipologia di trattamento e tipologia di struttura.**



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

Nel Grafico 3.20 è possibile osservare l'esito dei programmi terapeutici intrapresi dai soggetti in carico. Si evince il fatto che presso i Servizi della ASL MI1 l'esito può essere diverso a seconda del tipo di sostanza assunta; si ha infatti che se da un lato risulta prevalente il gruppo di soggetti che arriva a concludere il programma terapeutico sia tra gli utenti in carico per abuso di oppiacei (48%) che tra quelli che fanno uso di altre sostanze (61%) che tra i consumatori di cannabis (85%); d'altra parte si osserva che tra gli eroinomani risulta elevata anche la quota di soggetti che interrompono il programma senza arrivare a concluderlo (30%), quota che risulta elevata anche tra i consumatori di altre sostanze (38%). I soggetti in carico per problemi legati all'abuso di cocaina sono coloro che con maggior frequenza interrompono il programma terapeutico (58%) a fronte di una percentuale minore di trattamenti conclusi (38%).

**Grafico 3.20: Distribuzione percentuale dell'esito dei trattamenti per sostanza di abuso primaria, anno 2005.**



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

### Analisi della mobilità dei soggetti in trattamento

Nei Servizi dell' Azienda ASL MI1 al 15 giugno e al 15 dicembre risultano in carico rispettivamente 1.315 e 1.469 soggetti. In base alla rilevazione annuale i soggetti in carico risultano essere invece 1.737.

Il confronto tra le informazioni fornite da una rilevazione di flusso (ci si riferisce quindi alla rilevazione ministeriale annuale che rileva il numero di soggetti risultati in carico in tutto l'anno di riferimento) e quelle rese da una rilevazione puntuale (le due rilevazioni ministeriali semestrali che rilevano ognuna il numero di utenti risultati in carico ad una determinata data), può fornire alcune indicazioni sul turn-over dell'utenza e sulle caratteristiche dei servizi.

L'indice di turn-over può essere calcolato come differenza tra il numero di utenti in carico nel corso dell'anno ed il numero dei soggetti presenti in un determinato giorno, rapportata all'utenza annuale; in questo modo l'indice rappresenta la quota di utenti che afferisce al servizio in modo non continuativo.

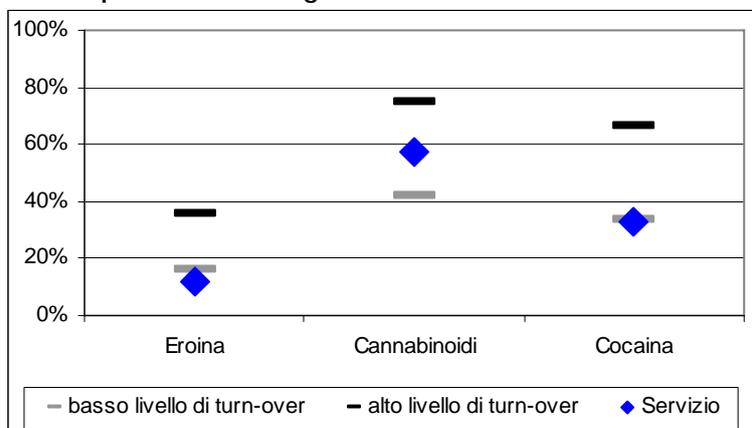
Se si assume la rilevazione di giugno come rilevazione puntuale di riferimento, si ha che nei tre SerT territoriali l'indice di turn-over è risultato pari a 24%; ciò vuol dire che poco meno di un quarto dell'utenza in carico non afferisce in modo continuativo al servizio. Lo stesso indice può essere calcolato disaggregando l'utenza (semestrale ed annuale) in base alla sostanza d'abuso primario, si ottiene che l'indice di turn-over dell'utenza in trattamento per oppiacei è pari a 12%, 33% per la cocaina e 57% per la cannabis. L'utenza in trattamento per cocaina ed ancor più quella per eroina tende a rimanere molto legata ai Servizi; per l'utenza in trattamento per cannabinoidi, invece, la ritenzione effettuata dai SerT risulta essere più tenue.

Al fine di determinare se i Servizi in questione assumono indici di turn-over straordinari, i valori registrati sono stati confrontati con dei valori soglia di riferimento<sup>4</sup>. Si evidenzia che i Servizi territoriali della ASL MI1 si caratterizzano per un basso turn-over di utenti assuntori di eroina e di cocaina, mentre i consumatori di cannabis risultano essere meno stabili, con un medio turn-over (Grafico 3.21).

<sup>4</sup> I valori soglia sono stati calcolati sui dati semestrali ed annuali relativi a 400 SerT distribuiti su tutto il territorio nazionale; gli scostamenti quadratici dal valor medio ottenuti per ogni indice hanno determinato un livello minimo e massimo di turn-over (al di sotto della prima e al di sopra della seconda gli indici di turn-over del Servizio in questione sono da considerarsi come straordinari); in base alla collocazione di ciascun servizio rispetto ai valori soglia, i 400 SerT sono stati classificati in tre gruppi caratterizzati da basso, medio ed alto movimento di utenza:

	Livello minimo	Livello Massimo
<b>Sostanza d'abuso primaria</b>		
Eroina	16%	36%
Cannabinoidi	42%	75%
Cocaina	33%	67%
<b>Luogo del trattamento</b>		
Servizi pubblici	37%	65%
Strutture riabilitative	38%	67%
Carcere	40%	76%
<b>Tipologia di trattamento</b>		
Psico-sociale e/o riabilitativo	39%	72%
Farmacologico (integrato)	32%	62%

**Grafico 3.21: Indici di turn-over dell'utenza per sostanza d'abuso primaria, anno 2005 rispetto ai valori soglia.**



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

Gli indici relativi all'utenza eroinomane e cocainomane assumono valori straordinari rispetto ai valori soglia stabiliti, ci si può domandare quindi quali sono le caratteristiche relative ai Servizi ed all'utenza in carico che influiscono e possono determinare l'indice di turn-over; ci si domanda, cioè, perché nei Servizi della ASL MI1 questa tipologia di utenza è caratterizzata da una maggiore continuità del trattamento rispetto ai valori medi nazionali?

Per rispondere a tale quesito sono stati confrontati alcuni indicatori del Servizio in questione con i parametri individuati a livello nazionale per i SerT con basso turn-over<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Col fine di spiegare i motivi dello scostamento degli indici di turn-over dai valori soglia stabiliti, utilizzando sempre le informazioni relative ai 400 SerT, sono state osservate alcune correlazioni significative tra tali indici ed un set di indicatori chiave che caratterizzano i servizi; gli indicatori individuati sono i seguenti: quota di utenti già in carico, percentuale di utenti di età superiore ai 35 anni, percentuale di utenti maschi, numero di utenti per operatore, dimensione del servizio (N° di utenti); per ogni indicatore correlato sono stati calcolati i valori medi da esso assunti in ognuno dei tre gruppi di SerT individuati. All'interno di ciascun gruppo è stata, inoltre, individuata la percentuale di SerT appartenenti al Nord, al Centro ed al Sud. Il confronto tra i valori degli stessi indicatori calcolati sul Servizio con i valori medi riscontrati nel gruppo di riferimento può fornire una spiegazione dello scostamento dell'indice di turn-over del Servizio dai valori soglia generali.

Sostanza d'abuso	Indicatori caratteristici (valori medi)	1° gruppo	2° gruppo	3° gruppo
		(al di sotto del Livello minimo di turn-over)	(fra livello minimo e massimo di turn-over)	(al di sopra del livello massimo di turn-over)
<b>Eroina</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	64%(N) vs. 26%(S)	56%(N) vs. 33%(S)	32%(N) vs. 58%(S)
	% utenti già in carico	82,2%	77,4%	71,7%
	% utenti di età > 35 anni	34,2%	31,5%	28,4%
	% utenti maschi	85,5%	86,9%	89,3%
	N° di utenti per operatore	18	20	25
	Utenza annuale	279	355	398
<b>Cannabinoidi</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	61%(N) vs. 28%(S)	53%(N) vs. 32%(S)	51%(N) vs. 38%(S)
	% utenti già in carico	77,7%	76,6%	74,6%
	% utenti di età > 35 anni	32,3%	32,0%	30,5%
	% utenti maschi	85,8%	86,6%	87,8%
	N° di utenti per operatore	20	22	23
	Utenza annuale	257	310	376
<b>Cocaina</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	71%(N) vs. 20%(S)	63%(N) vs. 27%(S)	51%(N) vs. 38%(S)
	% utenti già in carico	80,1%	76,5%	75,3%
	% utenti di età > 35 anni	33,5%	33,8%	31,3%
	% utenti maschi	84,9%	86,1%	88,1%
	N° di utenti per operatore	23	21	24
	Utenza annuale	335	339	409

Nella Tabella 3.5 si riportano i valori di tali indicatori calcolati per i Servizi territoriali della ASL MI1. L'elevata percentuale di utenti di età superiore ai 35 anni (pari al 49%) sembra essere l'unico fattore che, rispetto al modello nazionale, può spiegare la maggiore stabilità riscontrata sia tra l'utenza eroinomane che tra quella cocainomane. Gli altri indicatori presentano valori al di fuori dei parametri nazionali di riferimento: una percentuale relativamente più bassa di utenti già in carico (74,5%), una quota di utenti maschi piuttosto alta (87%), un elevato rapporto di utenti per operatore (32) ed una utenza annuale di dimensioni consistenti (1.737 soggetti).

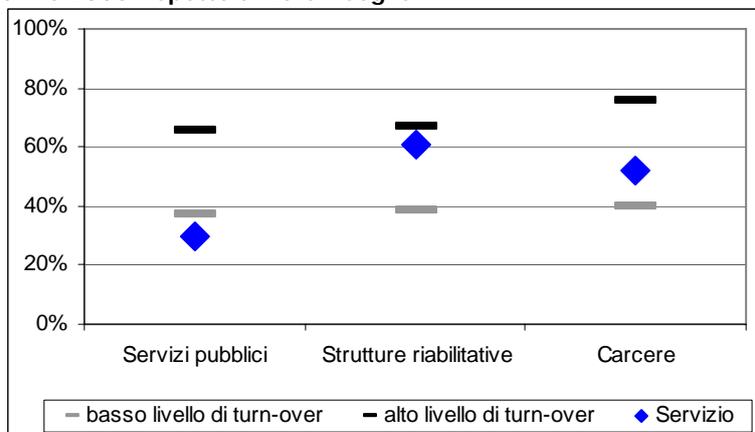
**Tabella 3.5: Indicatori individuati nel Dipartimento delle Dipendenze ASL MI 1.**

% utenti già in carico	74,5%
% utenti di età > 35 anni	49,4%
% utenti maschi	87,0%
N° di utenti per operatore	32
Utenza annuale	1.737
% utenti in trattamento con metadone	30,8%
N° di trattamenti per soggetto	1,1

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

Gli indici di turn-over possono essere calcolati anche disaggregando l'utenza in base alla struttura in cui ha luogo il trattamento: Servizi pubblici, Strutture riabilitative e Carcere. Nei Servizi della ASL MI1 si ha che il turn-over più elevato risulta essere quello relativo alle Strutture riabilitative (61%); seguono le carceri (52%) ed i Servizi pubblici (30%), quest'ultimo al di sotto del livello minimo di variabilità stabilito a livello nazionale (Grafico 3.22).

**Grafico 3.22: Indici di turn-over dell'utenza per luogo in cui avviene il trattamento, anno 2005 rispetto ai valori soglia.**



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

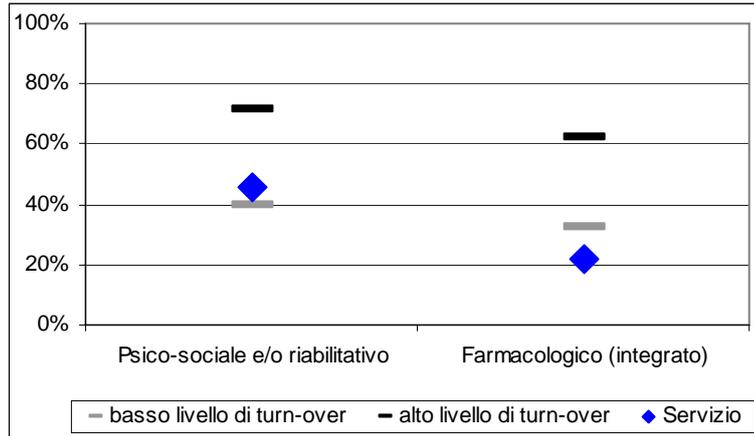
In base ai parametri calcolati a livello nazionale<sup>6</sup> per i tre livelli di turn-over si può ipotizzare che l'utenza trattata nei Servizi Pubblici ha una maggiore stabilità che potrebbe essere data dalla maggiore anzianità dell'utenza (elevato indice di utenti over 35 anni) e da un basso numero di trattamenti per utente (1,1 trattamenti). La bassa quota di utenti già in carico, la moderata percentuale di utenti in trattamento metadonico (40%) ed un numero di utenti per operatore ben al di sopra della soglia più alta individuata a livello nazionale, restano indicatori al di fuori dei parametri di riferimento.

6

Luogo di trattamento	Indicatori caratteristici (valori medi)	1° gruppo	2° gruppo	3° gruppo
		(al di sotto del livello minimo di turn-over)	(fra livello minimo e massimo di turn-over)	(al di sopra del livello massimo di turn-over)
<b>Servizi pubblici</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	60%(N) vs. 33%(S)	64%(N) vs. 26%(S)	70%(N) vs. 19%(S)
	% utenti già in carico	79,1%	78,0%	71,2%
	% utenti di età > 35 anni	33,5%	32,7%	26,1%
	% utenti in trattamento con metadone	53,4%	48,2%	43,2%
	N° di utenti per operatore	20	21	25
	N° di trattamenti per soggetto	1,1	1,9	4,4
<b>Strutture riabilitative</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	72%(N) vs. 23%(S)	67%(N) vs. 19%(S)	39%(N) vs. 43%(S)
	% utenti già in carico	76,2%	78,3%	77,4%
	% utenti di età > 35 anni	32,5%	33,3%	30,8%
	% utenti in trattamento con metadone	48,4%	45,8%	43,7%
	N° di utenti per operatore	19	22	26
	N° di trattamenti per soggetto	1,2	1,4	3,2
<b>Carcere</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	72%(N) vs. 23%(S)	57%(N) vs. 28%(S)	39%(N) vs. 45%(S)
	% utenti già in carico	80,0%	76,7%	73,3%
	% utenti di età > 35 anni	36,1%	33,9%	30,7%
	% utenti in trattamento con metadone	48,2%	47,0%	41,9%
	N° di utenti per operatore	19	21	24
	N° di trattamenti per soggetto	1,2	1,3	2,0

Infine l'indice di turn-over è stato calcolato distinguendo l'utenza in base alla tipologia di trattamento a cui è stata sottoposta: per l'utenza in trattamento psicosociale e/o riabilitativo è stato calcolato un indice del 46% mentre per coloro in trattamento integrato si ha un indice del 22%, il secondo al di sotto della soglia minima di riferimento<sup>7</sup> (Grafico 3.23).

**Grafico 3.23: Indici di variabilità dell'utenza per tipologia di trattamento, anno 2005 rispetto ai valori soglia.**



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

Anche in questo caso la maggiore stabilità dell'utenza in trattamento integrato sembra essere dovuta alla maggiore anzianità ed al basso numero di trattamenti per utente rispetto ai parametri nazionali.

7

Tipologia di trattamento	Indicatori caratteristici (valori medi)	1° gruppo	2° gruppo	3° gruppo
		(al di sotto della Livello minimo di turn-over)	(fra livello minimo e massimo soglia di turn-over)	(al di sopra della livello massimo di turn-over)
<b>Psico-sociale e/o riabilitativo</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	55%(N) vs. 36%(S)	58%(N) vs. 30%(S)	61%(N) vs. 29%(S)
	% utenti già in carico	79,5%	76,9%	73,3%
	% utenti di età > 35 anni	32,1%	32,2%	28,9%
	N° di utenti per operatore	19	20	24
	N° di trattamenti per soggetto	1,2	1,3	4,1
<b>Farmacologico (integrato)</b>	Area Geografica N-C-S (% SerT)	56%(N) vs. 36%(S)	58%(N) vs. 31%(S)	58%(N) vs. 34%(S)
	% utenti già in carico	79,9%	76,9%	72,7%
	% utenti di età > 35 anni	33,9%	31,7%	27,9%
	N° di utenti per operatore	20	23	25
	N° di trattamenti per soggetto	1,2	1,3	4,1

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

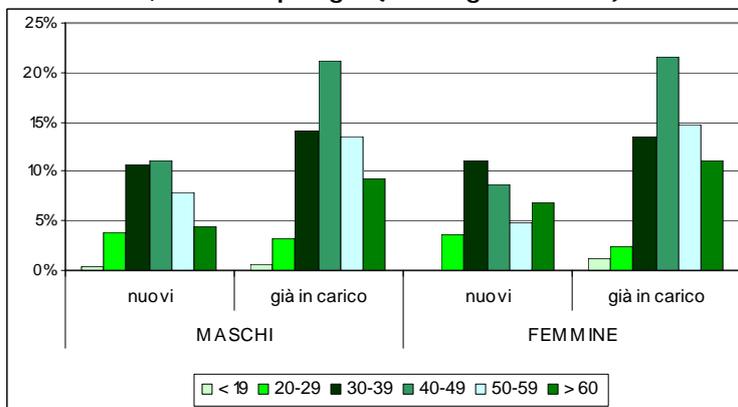
### Caratteristiche dei soggetti in carico nel corso del 2005

Il flusso di dati utilizzato per la descrizione dell'utenza alcol dipendente afferita ai servizi nell'anno 2005 è quello rilevato attraverso le "Schede di rilevazione annuale dell'attività nel settore alcol dipendenza", Schede ALC. 03, ALC. 04, ALC. 06. del Sistema Informativo Sanitario - Ministero della Salute.

Nel 2005 risultano in carico 824 soggetti presso i Servizi per l'alcol dipendenza della ASL MI1; nello specifico si hanno 241 soggetti (29%) in trattamento presso la sede di Abbiategrasso, 273 soggetti (33%) nella sede di Legnano e 310 soggetti (38%) presso la sede di Limbiate. L'80% sono soggetti di sesso maschile e la quota di nuovi utenti è pari al 38% dell'utenza complessiva. Gli utenti contattati e non trattati sono 54.

L'età media dell'utenza è di 46 anni, e si ha una differenza di soli tre anni se si effettua la distinzione tra soggetti che transitano per la prima volta nei servizi (44 anni) e soggetti già noti da anni precedenti o rientrati (47 anni). Le fasce di età maggiormente rappresentate sono, per gli utenti già in carico o rientrati, quella dei 40-49 anni, sia per i maschi che per le femmine (21,1% e 21,6% rispettivamente); tra i nuovi utenti si ha la fascia 40-49 per i maschi (11% sul totale dei nuovi utenti) e, per le femmine, la fascia di età 30-39 (11,1%) (Grafico 3.24).

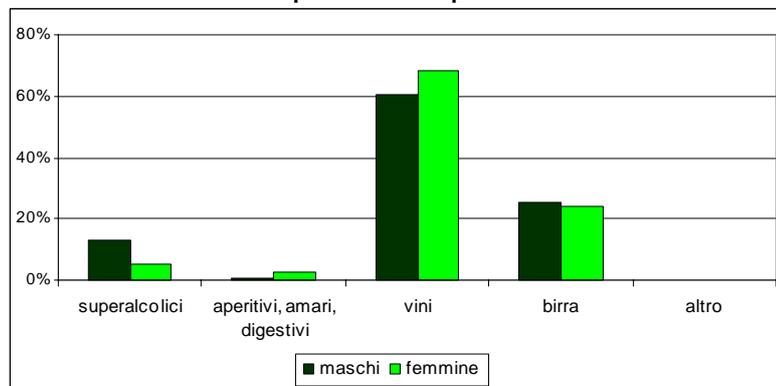
**Grafico 3.24: Distribuzione dell'utenza in carico presso i NOA della ASL MI1 per fascia di età, sesso e tipologia (nuovi/già in carico). Anno 2005.**



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

Le bevande alcoliche di uso prevalente sono per entrambi i sessi il vino (60,6% dei maschi e 68,4% delle femmine) e la birra (25,6% tra i maschi e 23,8% tra le femmine). I superalcolici sono preferiti dal 13% dei maschi e dal 5,2% delle femmine (Grafico 3.25).

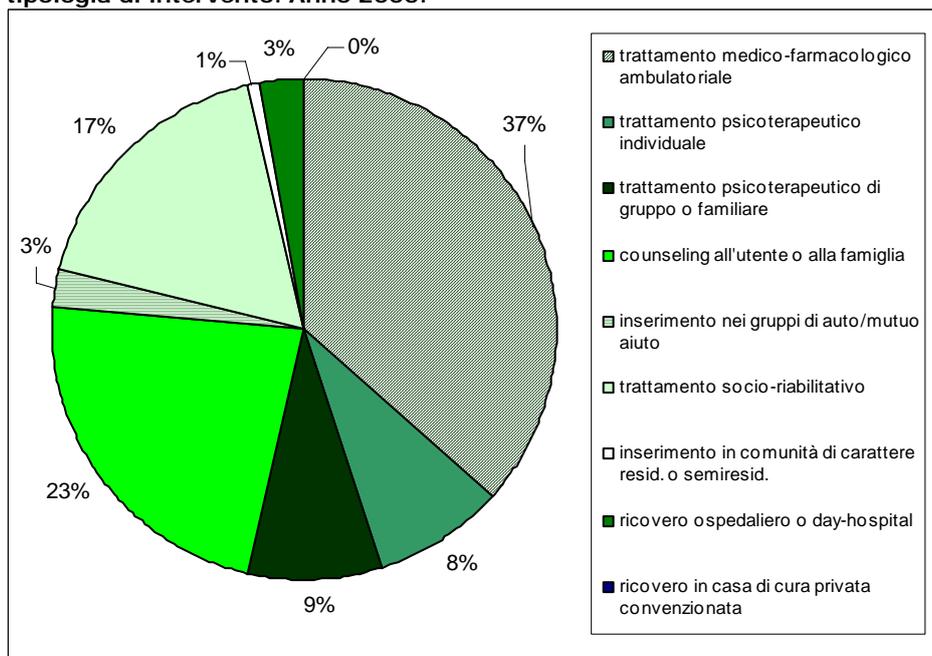
**Grafico 3.25: Distribuzione dell'utenza in carico presso i NOA della ASL MI1 per bevanda alcolica di uso prevalente e per sesso. Anno 2005.**



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

Gli utenti che fanno uso anche di sostanze stupefacenti e psicotrope sono 151, pari al 19% dell'utenza alcolodipendente complessiva. Gli utenti che, invece, abusano o fanno uso improprio di farmaci sono 37, pari al 5%. Nel 2005 si rileva che 36,7% dei soggetti in trattamento per problemi di alcolodipendenza fa riferimento a cure medico-farmacologiche ambulatoriali mentre il 22,6% al counseling all'utente o alla famiglia. Altri trattamenti effettuati sono il trattamento socio-riabilitativo (17,4%), il trattamento psicoterapeutico di gruppo o familiare (8,7%), il trattamento psicoterapeutico individuale (8,2%) ed il ricovero ospedaliero (2,7%). L'inserimento in comunità si ha nell'1% dei casi mentre l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto nel 2,7% dei casi (Grafico 3.26).

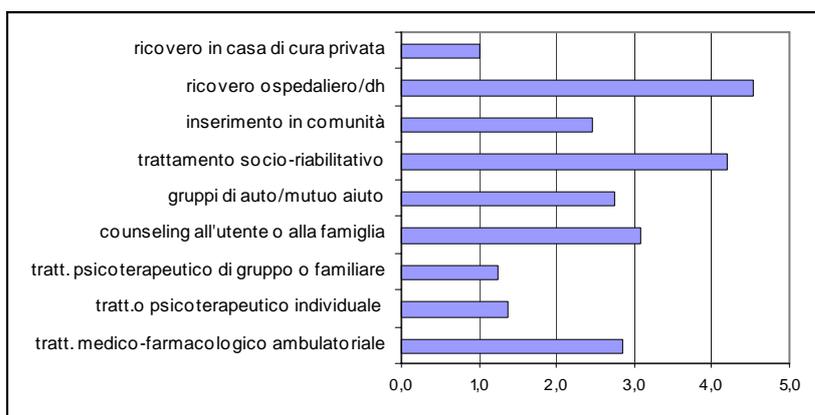
**Grafico 3.26: Distribuzione dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per tipologia di intervento. Anno 2005.**



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

Il rapporto tra numero di trattamenti e soggetti è complessivamente pari a 2,6. Tale rapporto supera l'unità (vi sono più interventi dello stesso tipo per singolo soggetto) per il ricovero ospedaliero (4,5), per il trattamento socio-riabilitativo (4,2), per il counselling all'utente o al familiare (3,1), per il trattamento medico farmacologico (2,8), per l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto (2,7), per l'inserimento in comunità (2,5), per il trattamento psicoterapeutico individuale (1,4) e per quello di gruppo o familiare (1,2). Vi è stato un solo ricovero in strutture private (Grafico 3.27).

**Grafico 3.27: Distribuzione del rapporto trattamenti/paziente per tipo di trattamento. Anno 2005.**



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASLMI1

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



## IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Si descrive, per il periodo 2000-2005, il ricorso alle strutture ospedaliere lombarde per motivi correlati al consumo di alcol e droghe da parte di soggetti residenti nel territorio della ASL MI1.

I codici ICD-9 CM considerati sono quelli consigliati dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), dal National Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal Ministero della Salute.

Sono analizzate le schede di dimissione ospedaliere in cui compaiono categorie diagnostiche correlate all'uso di droghe ed alcol come motivo di ricovero principale o in una delle diagnosi concomitanti. I dati dell'ultimo anno sono da considerarsi provvisori per la modalità di aggiornamento dell'archivio.

In Lombardia, nel periodo 2000-2005, sono avvenuti complessivamente 96.356 ricoveri correlati a droga, alcol e tabacco relativi a soggetti residenti nella ASL MI1.

Tra i ricoveri per alcol sono state considerate inizialmente sia le diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol che quelle ad eziologia multifattoriale per le quali esistono solide evidenze di un rapporto di causalità con l'alcol.

Nella Tabella 4.1 è possibile osservare la distribuzione di frequenza dei ricoveri per specifica diagnosi, il relativo rapporto maschi/femmine, l'età media e la deviazione standard dalla media. Le diagnosi di ricovero indirettamente correlate all'uso di alcol si trovano nella parte della tabella evidenziata e rappresentano più del 95% dell'iniziale collettivo di ricoveri.

Nei seguenti paragrafi verranno analizzati solo i ricoveri con diagnosi *direttamente* correlata all'uso di alcol, oltre a quelli con diagnosi droga correlata. Verranno quindi esclusi tutti i ricoveri correlati indirettamente all'uso di alcol.

**Tabella 4.1: Distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri tabacco, alcol e droga correlati. Anni 2000-2005.**

Diagnosi	Totale n	Totale %	M/F	Età media	Deviazione standard
Psicosi da droghe	176	0,2	2,2	43,3	21,3
Dipendenza da oppioidi	8	0,0	-	33,5	9,1
Dipendenza da barbiturici, sedativi o ipnotici	1	0,0	0,0	60,0	-
Dipendenza da cocaina	10	0,0	4,0	36,9	10,6
Dipendenza da cannabinoidi	1	0,0	0,0	24,0	-
Dipendenza da allucinogeni	1	0,0	-	21,0	-
Dipendenza da combinazioni di sostanze oppioidi con altre	1	0,0	-	34,0	-
Dipendenza da altre droghe	5	0,0	0,3	51,4	8,0
Abuso di cannabinoidi	1	0,0	-	26,0	-
Abuso di allucinogeni	1	0,0	-	38,0	-
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	8	0,0	0,3	56,8	23,4
Abuso di oppioidi	1	0,0	-	22,0	-
Abuso di cocaina	8	0,0	-	36,6	5,3
Abuso di antidepressivi	3	0,0	0,5	53,3	24,7
Abuso di altre droghe o combinazioni	27	0,0	0,3	56,9	12,1
Avvelenamento da oppio	10	0,0	4,0	35,7	24,2
Avvelenamento da eroina	17	0,0	16,0	35,0	7,1
Avvelenamento da metadone	5	0,0	1,5	26,4	22,3
Avvelenamento altri oppiacei	16	0,0	1,7	47,3	25,0
Avvelenamento da barbiturici	2	0,0	0,0	62,5	17,7
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	6	0,0	0,5	68,7	11,3
Avvelenamento da anestetici -cocaina	2	0,0	-	24,0	2,8
Avvelenamento da antidepressivi	6	0,0	0,5	46,3	14,8
Avvelenamento da tranquillanti	24	0,0	1,0	55,0	19,9
Avvelenamento da psicodisleptici (allucinogeni)	5	0,0	1,5	23,8	12,0
Avvelenamento da psicostimolanti	1	0,0	0,0	33,0	-
Avvelenamento da altre sostanze psicotrope	4	0,0	0,3	57,8	13,8
Psicosi da alcol	349	0,4	3,8	50,3	14,8
Sindrome di dipendenza da alcol	2099	2,2	3,3	46,5	13,9
Abuso di alcol senza dipendenza	68	0,1	2,4	50,5	16,2
Polineuropatia alcolica	116	0,1	6,7	59,6	10,3
Cardiomiopatia alcolica	56	0,1	17,7	54,3	9,4
Gastrite alcolica	10	0,0	4,0	57,2	10,2
Alcolemia elevata	2	0,0	1,0	25,0	29,7
Effetti tossici da alcol etilico	12	0,0	0,7	27,6	27,0
Tumori maligni del cavo orale e faringe	204	0,2	3,5	66,5	11,5
Tumori maligni del esofago	1111	1,2	4,8	66,2	10,6
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari	4554	4,7	3,0	67,7	11,9
Tumori maligni della laringe	1135	1,2	11,9	64,9	9,9
Ipertensione essenziale	70730	73,4	0,9	68,5	12,6
Steatosi, epatite e cirrosi alcolica	9897	10,3	1,7	63,4	13,3
Coma epatico ed ipertensione portale	1585	1,6	1,9	65,0	14,4
Altre malattie epatiche	4067	4,2	1,3	55,4	17,3
Disturbi da uso di tabacco	11	0,0	2,7	63,1	12,0
<b>Totale</b>	<b>96356</b>	<b>100</b>	<b>1,2</b>	<b>66,6</b>	<b>13,7</b>

Elaborazione su dati della ASL MI1

**RICOVERI DROGA CORRELATI E CON DIAGNOSI DI RICOVERO TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL NEL PERIODO 2000-2005**

In molte delle diagnosi considerate è specificata la sostanza d'abuso che ha portato alla necessità del ricovero. E' possibile pertanto ottenere la distribuzione per sostanza dei ricoveri per ogni anno del triennio.

**Tabella 4.2: Categorie di diagnosi correlate all'uso di droghe e direttamente correlate all'alcol.**

<b>Diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe</b>	<b>Codici ICD-9 CM (anno 1997)</b>
Psicosi da droghe	292
Dipendenza da droghe (esclusi barbiturici e sedativi)	304.0, 304.2-9
Abuso di droghe senza dipendenza (esclusi barbiturici, sedativi ed antidepressivi)	305.2-3, 305.5-7, 305.9
Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati	965.0
Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione - cocaina	968.5
Avvelenamento da psicodislettici (allucinogeni)	969.6
Avvelenamento da psicostimolanti	969.7
<b>Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol</b>	<b>Codici ICD-9 CM (anno 1997)</b>
Psicosi da alcol	291
Sindrome di dipendenza da alcol	303
Abuso di alcol senza dipendenza	305.0
Polineuropatia alcolica	357.5
Cardiomiopatia alcolica	425.5
Gastrite alcolica	535.3
Alcolemia elevata	790.3
Effetti tossici da alcol etilico	980.0

Elaborazione su dati della ASL M11

Nell'intero periodo 2000-2005 sono avvenuti 3.073 ricoveri correlati direttamente ad alcol e droghe. La sostanza che ha provocato la maggior parte dei ricoveri è l'alcol (85,6%) seguita dagli oppiacei (1,9%) e dai sedativi-barbiturici-ipnotici (1,3%).

**Tabella 4.3: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso per anno di ricovero. Anni 2000-2005.**

	Anno						Totale
	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	
<b>Oppioidi</b>	1,3	2,2	1,3	2,9	2,5	1,4	1,9
<b>Sedativi-barbiturici-ipnotici</b>	1,5	1,5	1,1	0,7	2,5	0,7	1,3
<b>Cocaina</b>	0,0	0,2	0,8	0,9	1,0	1,6	0,7
<b>Cannabinoidi</b>	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
<b>Allucinogeni</b>	0,3	0,0	0,4	0,2	0,0	0,5	0,2
<b>Antidepressivi</b>	0,5	0,2	0,0	0,2	0,0	0,9	0,3
<b>Alcol</b>	88,5	86,6	85,7	86,5	82,0	82,7	85,6
<b>Altre</b>	7,7	9,4	10,7	8,6	12,1	12,0	9,9
<b>Totale</b>							
	<b>%</b>	100	100	100	100	100	100
	<b>n</b>	600	649	533	452	405	3073

Elaborazione su dati della ASL M11

Si osserva una relazione tra età e sostanza d'abuso, con età tendenzialmente più elevata nei ricoveri legati all'alcol, ai sedativi e agli antidepressivi rispetto a quella dei ricoveri legati a cannabinoidi e allucinogeni. Per gli oppiacei l'età media è di 37,3 anni mentre per i ricoveri legati a cocaina 35,5 anni.

Il 75,8% del totale dei ricoveri è riferito a soggetti di sesso maschile e, tale quota risulta ancora più elevata tra i ricoveri per cocaina (90,0%) e per oppiacei (81,0%). I ricoveri a carico del genere femminile risultano in quota elevata per gli antidepressivi (66,7%) ed i sedativi-barbiturici-ipnotici (61,0%).

**Tabella 4.4: Caratteristiche dei ricoveri per sostanza. Anni 2000-2005.**

	M%	F%	Età minima	Età massima	Età media	Deviazione Standard
<b>Oppioidi</b>	81,0	19,0	1	85	37,3	19,0
<b>Sedativi-barbiturici-ipnotici</b>	39,0	61,0	17	83	57,8	19,2
<b>Cocaina</b>	90,0	10,0	20	57	35,5	8,9
<b>Cannabinoidi</b>	50,0	50,0	24	26	25,0	1,4
<b>Allucinogeni</b>	71,4	28,6	14	41	25,4	11,3
<b>Antidepressivi</b>	33,3	66,7	25	70	48,7	17,3
<b>Alcol</b>	77,3	22,7	7	92	47,7	14,3
<b>Altre</b>	67,1	32,9	0	97	47,3	19,8
<b>Totale</b>	75,8	24,2	0	97	47,5	15,2

Elaborazione su dati della ASL MI1

Si può notare, anche dalla distribuzione per classi di età, che ogni sostanza tende ad identificare sottopopolazioni diverse. Mentre la maggior parte dei ricoveri si trova in relazione alle classi di età 35-44 e 45-54, allucinogeni e cannabinoidi identificano sottopopolazioni più giovani, mentre sedativi ed antidepressivi più anziane.

**Tabella 4.5: Distribuzione percentuale delle sostanze per classi di età. Anni 2000-2005.**

Sostanza	Classi di età								
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	> 85
<b>Oppioidi%</b>	8,6	10,3	29,3	25,9	10,3	5,2	5,2	3,4	1,7
<b>Sedativi%</b>	0,0	4,9	7,3	19,5	12,2	12,2	12,2	31,7	0,0
<b>Cocaina%</b>	0,0	15,0	25,0	50,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0
<b>Cannabinoidi%</b>	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Allucinogeni%</b>	14,3	42,9	14,3	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Antidepressivi%</b>	0,0	0,0	33,3	11,1	11,1	11,1	33,3	0,0	0,0
<b>Alcol%</b>	0,1	4,6	13,8	25,1	25,1	17,0	11,0	2,9	0,3
<b>Altre%</b>	1,6	10,2	19,7	15,1	18,1	12,5	13,5	5,9	3,3
<b>Totale%</b>	0,5	5,4	14,8	24,1	23,7	16,1	11,1	3,6	0,7

Elaborazione su dati della ASL MI1

Nel 69,2% dei casi osserviamo diagnosi di dipendenza. Tale tipologia di diagnosi è particolarmente alta tra i ricoveri per alcol. La diagnosi di abuso risulta invece elevata tra i ricoveri per cannabinoidi e cocaina, mentre quella per avvelenamento tra i ricoveri per oppiacei, sedativi, antidepressivi ed allucinogeni.

**Tabella 4.6: Distribuzione percentuale di tipologia di diagnosi per sostanza. Anni 2000-2005.**

	Tipologia di diagnosi					
	Psicosi	Dipendenza	Abuso	Avvelenamento	Altre diagnosi	Psicosi
<b>Oppioidi %</b>	0	15,5	1,7	82,8	0,0	0
<b>Sedativi %</b>	0	2,4	19,5	78,0	0,0	0
<b>Cocaina %</b>	0	50,0	40,0	10,0	0,0	0
<b>Cannabinoidi %</b>	0	50,0	50,0	0,0	0,0	0
<b>Allucinogeni %</b>	0	14,3	14,3	71,4	0,0	0
<b>Antidepressivi %</b>	0	0,0	33,3	66,7	0,0	0
<b>Alco I%</b>	13,3	79,7	2,6	4,4	0,0	13,3
<b>Altre diagnosi %</b>	57,9	1,6	8,9	1,6	29,9	57,9
<b>Totale %</b>	17,1	69,2	3,8	7,0	3,0	17,1

Elaborazione su dati della ASL MI1

I ricoveri in regime di day hospital risultano essere il 4,9% del totale e sono leggermente più elevati tra i ricoveri legati all'alcol (5,2%).

Il 68,5% dei ricoveri sono di tipo urgente. Tra i ricoveri per cannabinoidi, allucinogeni ed antidepressivi, gli urgenti rappresentano la totalità. I ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio sono il 3,1% del totale ed il 90,5% di questi è da attribuirsi all'alcol.

I reparti maggiormente coinvolti nel fenomeno dei ricoveri alcol e droga correlati dei residenti della ASL MI1 sono: Medicina Generale (37,1%), Psichiatria (25,5%) e Neurologia (12,0%).

### Descrizione dei pazienti

I 3.073 ricoveri droga correlati e direttamente correlati all'abuso di alcol, avvenuti in Lombardia e relativi a soggetti residenti nel territorio della ASL MI1, sono riferiti a 1.962 soggetti. Di questi 1.482 sono stati ricoverati una sola volta nel periodo 2000-2005 e 480 sono invece stati ricoverati più volte. Il 77,1% di tali soggetti è di sesso maschile, il 41,6% è coniugato ed il 96,9% è di nazionalità italiana. La distribuzione di frequenza delle diagnosi relative all'ultimo ricovero avvenuto per ogni paziente sono espresse in Tabella 4.7 con, per ogni patologia l'età minima, la massima e la media. Le età relative all'abuso di alcol, sedativi ed antidepressivi riportano i maggiori valori della deviazione standard dalla media.

**Tabella 4.7: Distribuzione di frequenza delle diagnosi relative al ricovero più recente per ogni soggetto. Anni 2000-2005.**

Diagnosi	n	%	Età Minima	Età Massima	Età Media	Deviazione Standard
Psicosi da droghe	157	8,0	0	97	44,5	21,8
Dipendenza da oppioidi	7	0,4	20	50	34,4	9,4
Dipendenza da barbiturici, sedativi o ipnotici	1	0,1	60	60	60,0	-
Dipendenza da cocaina	9	0,5	20	57	36,6	11,2
Dipendenza da cannabinoidi	1	0,1	24	24	24,0	-
Dipendenza da allucinogeni	1	0,1	21	21	21,0	-
Dipendenza da altre droghe	3	0,2	44	60	51,7	8,0
Abuso di cannabinoidi	1	0,1	26	26	26,0	-
Abuso di allucinogeni	1	0,1	38	38	38,0	-
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	4	0,2	70	83	77,5	6,1
Abuso di oppioidi	1	0,1	22	22	22,0	-
Abuso di cocaina	5	0,3	27	41	34,6	5,4
Abuso di antidepressivi	3	0,2	25	70	53,3	24,7
Abuso di altre droghe o combinazioni	20	1,0	39	78	56,5	9,2
Avvelenamento da oppio	8	0,4	1	85	36,9	27,3
Avvelenamento da eroina	13	0,7	20	50	36,5	7,4
Avvelenamento da metadone	4	0,2	4	56	24,3	25,2
Avvelenamento altri oppiacei	14	0,7	5	83	48,8	26,4
Avvelenamento da barbiturici	2	0,1	50	75	62,5	17,7
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	5	0,3	55	80	66,6	11,3
Avvelenamento da anestetici -cocaina	2	0,1	22	26	24,0	2,8
Avvelenamento da antidepressivi	4	0,2	33	69	48,8	18,1
Avvelenamento da tranquillanti	18	0,9	17	81	57,1	21,1
Avvelenamento da psicodisleptici (allucinogeni)	5	0,3	14	41	23,8	12,0
Avvelenamento da psicostimolanti	1	0,1	33	33	33,0	-
Avvelenamento da altre sostanze psicotrope	3	0,2	37	65	55,3	15,9
Psicosi da alcol	226	11,5	7	90	53,1	15,5
Sindrome di dipendenza da alcol	1254	63,9	14	87	46,9	15,4
Abuso di alcol senza dipendenza	41	2,1	18	92	50,4	17,6
Polineuropatia alcolica	82	4,2	34	84	60,8	10,7
Cardiomiopatia alcolica	34	1,7	31	73	54,7	9,7
Gastrite alcolica	10	0,5	36	69	57,2	10,2
Alcolemia elevata	2	0,1	4	46	25,0	29,7
Effetti tossici da alcol etilico	10	0,5	1	82	24,0	28,3
Disturbi da uso di tabacco	10	0,5	45	79	62,1	12,2
<b>Totale</b>	<b>1962</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>97</b>	<b>48,1</b>	<b>16,8</b>

Elaborazione su dati della ASL MI1

Per l'81,7% dei pazienti la sostanza d'abuso che ha motivato il ricovero è l'alcol, per il 2,4 gli oppiacei e per l'1,5 la cocaina.

La maggior parte dei soggetti ricoverati rientra nelle classi di età 35-54 anni. Analizzando la distribuzione delle classi di età per sostanza si nota che per gli oppiacei e la cocaina il 27,7% ed il 37,5%, rispettivamente, si trovano nella classe 25-34 anni. Per i cannabinoidi la totalità dei soggetti è compreso nelle fasce di età 15-24 e 25-34 (Tabella 4.8).

**Tabella 4.8: Distribuzione percentuale delle classi di età per sostanza d'abuso correlata al ricovero tra i soggetti. Anni 2000-2005.**

Classe di età	Sostanza d'abuso							
	O	S	C	Cn	A	AD	AI	AA
0-14	10,6	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,1	2,0
15-24	12,8	3,3	18,8	50,0	42,9	0,0	6,6	10,0
25-34	17,0	10,0	31,3	50,0	14,3	42,9	13,4	20,8
35-44	27,7	6,7	37,5	0,0	28,6	0,0	21,3	14,4
45-54	12,8	10,0	6,3	0,0	0,0	0,0	22,3	16,8
55-64	6,4	16,7	6,3	0,0	0,0	14,3	18,7	12,4
65-74	6,4	16,7	0,0	0,0	0,0	42,9	13,0	13,2
75-84	4,3	36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	6,4
85-94	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	4,0
<b>Tot %</b>	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>n</b>	47	30	16	2	7	7	1603	250

Elaborazione su dati della ASL MI1

Legenda: O= Oppioidi, S= Sedativi, C= Cocaina Cn= Cannabis, A= Allucinogeni, AD= Antidepressivi, AI=Alcol, AA= Altre

L'alcol sembra essere particolarmente associato, per questi soggetti, alla diagnosi di dipendenza. I sedativi, gli oppioidi e gli allucinogeni a quella di avvelenamento; la cannabis e la cocaina all'abuso. Il rapporto tra il numero dei soggetti maschi ed il numero di femmine è molto elevato per la cocaina. Gli antidepressivi ed i sedativi sono invece maggiormente associati al sesso femminile (Tabella 4.9).

**Tabella 4.9: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso correlate al ricovero per diagnosi tra i soggetti. Anni 2000-2005.**

Diagnosi	Sostanza d'abuso							
	O	S	C	Cn	A	AD	AI	AA
<b>Psicosi</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	59,0	41,0
<b>Dipendenza</b>	0,5	0,1	0,7	0,1	0,1	0	98,3	0,2
<b>Abuso</b>	1,3	5,3	6,6	1,3	1,3	3,9	53,9	26,3
<b>Avvelenamento</b>	24,2	15,5	1,2	0,0	3,1	2,5	50,9	2,5
<b>Totale %</b>	2,4	1,5	0,8	0,1	0,4	81,7	12,7	2,4
<b>M/F</b>	3,7	0,9	15,0	1,0	2,5	0,4	3,9	1,9

Elaborazione su dati della ASL MI1

Legenda: O = Oppioidi, S = Sedativi, C = Cocaina, Cn= Cannabis, A = Allucinogeni, AD = Antidepressivi, AI =Alcol, AA = Altre

La percentuale di soggetti ricoverati per problematiche legate all'alcol è particolarmente alta all'interno del collettivo di coloro che hanno subito più di un ricovero rispetto al collettivo dei pazienti ricoverati una sola volta (79% contro 90%) (Tabella 4.10).

**Tabella 4.10: Distribuzione assoluta e percentuale dei soggetti ricoverati una volta e ricoverati più volte per sostanza d'abuso correlata al ricovero più recente. Anni 2000-2005.**

Sostanza d'abuso	Soggetti ricoverati 1 volta		Soggetti ricoverati più volte	
	n	%	n	%
Oppioidi	42	2,8	5	1,0
Sedativi-barbiturici-ipnotici	26	1,8	4	0,8
Cocaina	11	0,7	5	1,0
Cannabinoidi	2	0,1	1	0,2
Allucinogeni	7	0,5	-	-
Antidepressivi	6	0,4	-	-
Alcol	1171	79,0	432	90,0
Altre diagnosi	217	14,6	33	6,9
Totale	1482	100	480	100

Elaborazione su dati della ASL MI1

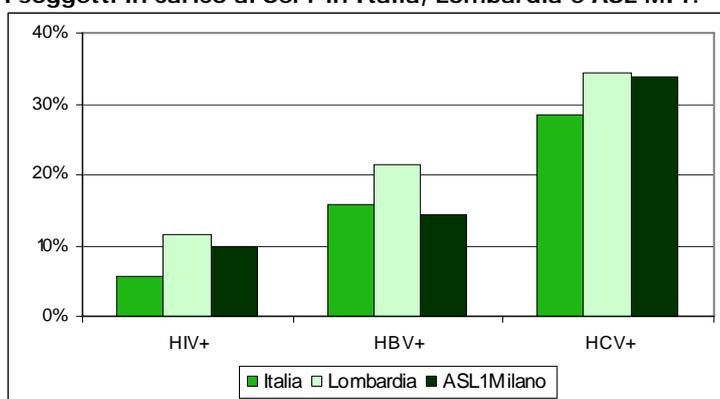
### LE MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Le malattie infettive droga correlate costituiscono uno dei cinque indicatori per il monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno della droga individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCDDA).

Il flusso di dati utilizzato è quello riferito all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze della ASL di Milano 1 e rilevato attraverso le "Schede di rilevazione annuale dell'attività nel settore delle tossicodipendenze" Schede ANN.04, ANN.05, ANN.06 del Sistema Informativo Sanitario - Ministero della Salute, nell'anno 2005.

La percentuale di positività al test per HIV, HBV e HCV, condotti nei servizi della ASL MI1, mostra valori sempre inferiori ai valori medi riscontrati nella Regione Lombardia e superiori rispetto ai valori nazionali (Grafico 4.1).

**Grafico 4.1: distribuzione dei soggetti risultati positivi al test per HIV, HBV E HCV tra i soggetti in carico ai SerT in Italia, Lombardia e ASL MI 1.**



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

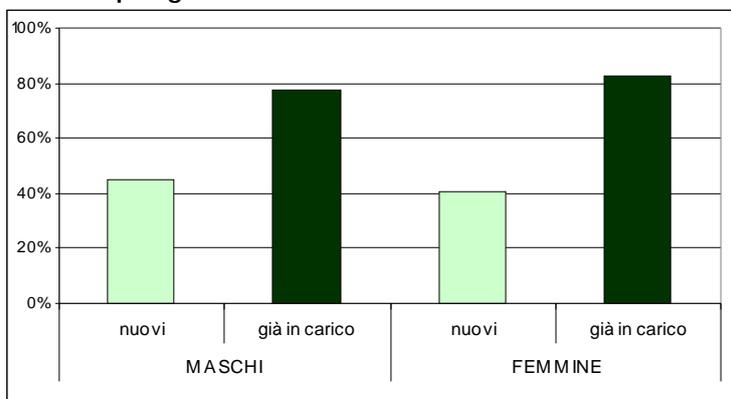
### Test sierologico per l'infezione da HIV

Il numero di soggetti testati per la ricerca del virus HIV tra gli utenti in carico ai SerT è un elemento rilevante per il monitoraggio dell'attività sviluppata nei servizi e per la comprensione e l'analisi della situazione infettiva a livello Aziendale.

Nel corso del 2005, nel Dipartimento della ASL MI1 sono stati compiuti 1.214 test, pari al 70% degli utenti dei SerT (popolazione comprensiva sia dei nuovi ingressi sia dei soggetti in trattamento già dagli anni precedenti) per la ricerca del virus HIV. Il 14% dei soggetti testati è risultato essere positivo.

In proporzione si ha un maggior numero di utenti testati tra coloro in carico da anni precedenti, sia tra i maschi che tra le femmine (78% e 83%, rispettivamente), piuttosto che tra i nuovi utenti, maschi e femmine (45% e 40%, rispettivamente) (Grafico 4.2).

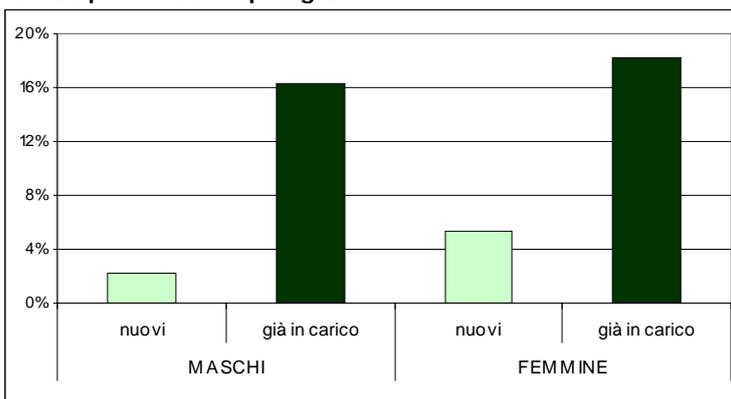
**Grafico 4.2: Quota percentuale degli utenti testati per HIV su tutti i soggetti, per sesso e tipologia.**



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

Gli utenti in carico HIV positivi sono 173, pari al 14% dei testati (10% dell'utenza complessiva). Mentre non si hanno particolari differenziazioni nei risultati se si disaggrega l'utenza in base al sesso, la distinzione in base alla tipologia (nuovi, già in carico) evidenzia una maggior prevalenza della sieropositività tra gli utenti già in carico (16%) rispetto a coloro che per la prima volta nell'anno effettuano una richiesta di trattamento (2%). Distinguendo l'utenza sia per sesso che per tipologia si ha che i soggetti già in carico costituiscono una categoria di utenti maggiormente esposta soprattutto nel caso dell'utenza femminile piuttosto che maschile, essendo risultati positivi il 18% delle donne testate contro il 16% degli uomini; anche tra i nuovi utenti le femmine presentano un tasso più elevato di positività (5%) rispetto agli uomini (2%) (Grafico 4.3).

**Grafico 4.3: quota percentuale degli utenti risultati positivi al test per l'HIV su tutti i testati per sesso e tipologia.**



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

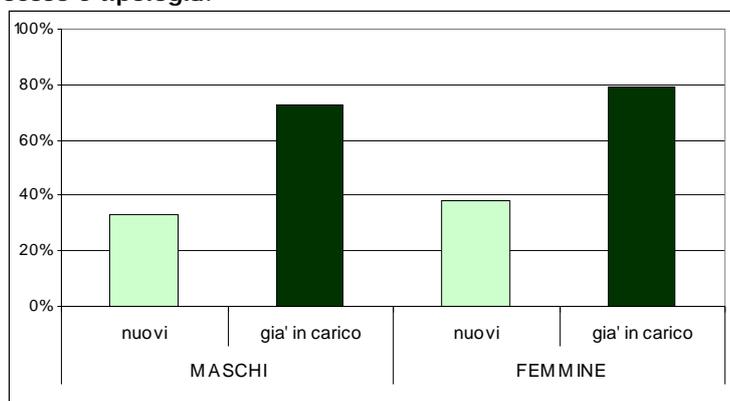
### Test per l'epatite HBV

Il monitoraggio del numero di test effettuati per l'HBV sulla popolazione afferente ai servizi risulta essere un utile indicatore per la possibilità di contrastare il fenomeno, oltre che con rimedi di prevenzione primaria, per la presenza in commercio di un vaccino di provata efficacia.

Nel corso del 2005, nel Dipartimento della ASL MI1 sono stati compiuti 1.001 test (il 63% del totale) tra gli utenti dei SerT per la ricerca del virus responsabile dell'epatite B. Il 23% dei soggetti testati è risultato positivo.

Le quote maggiori di utenti testati si hanno tra i soggetti già noti da anni precedenti, sia per quanto riguarda i maschi (73%) che le femmine (79%); tra i nuovi utenti le quote di testati risultano inferiori rispetto ai primi e si mantengono più elevate tra le femmine (38%) piuttosto che tra i maschi (33%) (Grafico 4.4).

**Grafico 4.4: Quota percentuale degli utenti testati per HBV su tutti i soggetti per sesso e tipologia.**

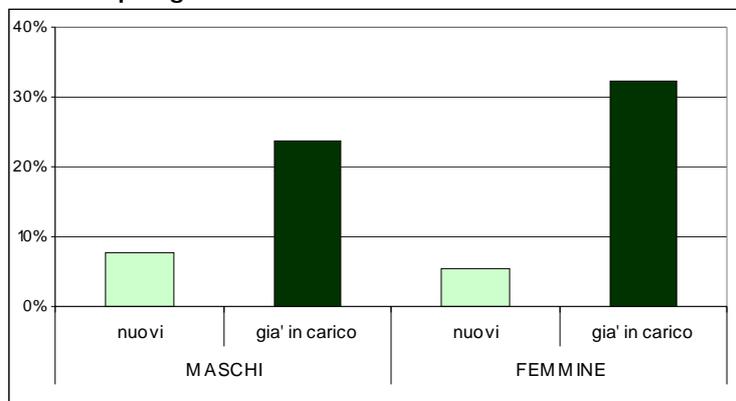


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI1

Gli utenti risultati positivi all'epatite B, nel 2005, sono 249, pari al 23% dei testati (14% dell'utenza complessiva).

Nella disaggregazione congiunta per sesso e tipologia di utenza, si rileva che: mentre non si hanno particolari differenziazioni rispetto al sesso per quanto riguarda i nuovi utenti, risultando positivi l'8% dei maschi ed il 6% delle femmine; tra gli utenti già noti da anni precedenti le femmine costituiscono una categoria maggiormente esposta al rischio di infezione rispetto ai maschi. Risultano infatti positive il 32% delle femmine contro il 24% dei maschi già in carico (Grafico 4.5).

**Grafico 4.5: Quota percentuale degli utenti positivi sui soggetti testati per HBV per sesso e tipologia.**



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

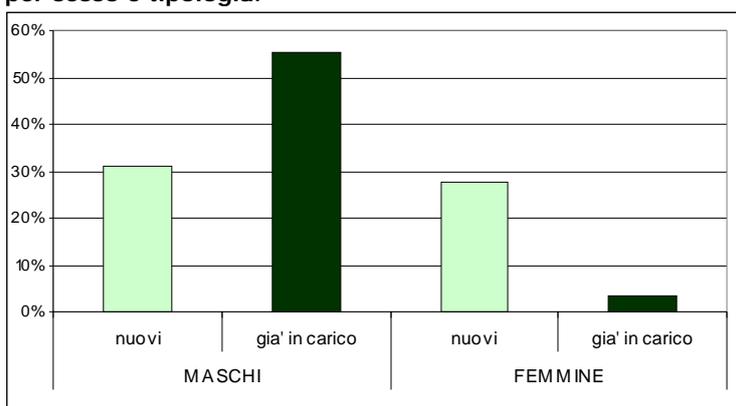
Il numero di soggetti vaccinati varia da servizio a servizio in base alla domanda degli utenti ed all'offerta dei servizi.

La definizione della scheda ministeriale di soggetto "vaccinato" fa riferimento ad un "soggetto che ha regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che ha eseguito un successivo controllo sierologico che ha confermato la risposta al vaccino".

E' da considerare che il vaccino non ha efficacia né utilità nei soggetti con epatite B in atto o pregressa.

Secondo quanto rilevato nel 2005, sono 167 gli utenti vaccinati contro il virus HBV, pari al 10% dell'utenza in carico. Distinguendo per sesso e tipologia di utenti, si osserva che la categoria di utenti maschi già in carico è quella su cui è stato effettuato il maggior numero di vaccinazioni (55% della categoria), seguono i maschi nuovi, vaccinati nel 31% dei casi e le femmine nuove, vaccinate nel 28% dei casi (Grafico 4.6).

**Grafico 4.6: quota percentuale degli utenti vaccinati per HBV sul totale dei soggetti per sesso e tipologia.**



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

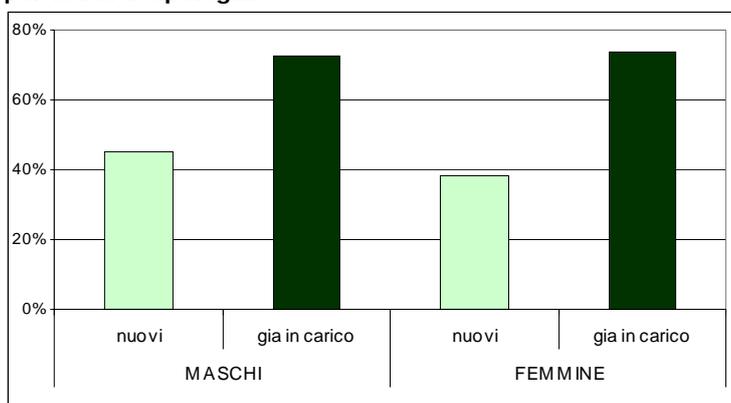
### Test per l'epatite da HCV

Il numero di test effettuati a livello di Azienda, in relazione agli utenti in carico, è rilevante per il monitoraggio dell'attività sviluppata nei servizi e per la comprensione e l'analisi della situazione infettiva esistente.

Nel corso del 2005, nel Dipartimento della ASL MI1 sono stati compiuti 1.141 test (66%) tra gli utenti dei SerT per la ricerca del virus responsabile dell'epatite C. Il 52% dei soggetti testati è risultato essere positivo.

Tra gli utenti già in carico da anni precedenti la quota di testati rappresenta il 73% dei soggetti e non si hanno differenze nella distinzione per sesso. Tra i nuovi utenti, fermo restando il fatto che la quota di utenti testati risulta comunque inferiore a quella riscontrata per i primi (44%), si ha un numero leggermente maggiore di utenti testati tra i maschi (45%) piuttosto che tra le femmine (38%) (Grafico 4.7).

**Grafico 4.7: Quota percentuale degli utenti testati per HCV sul totale tutti i soggetti per sesso e tipologia.**



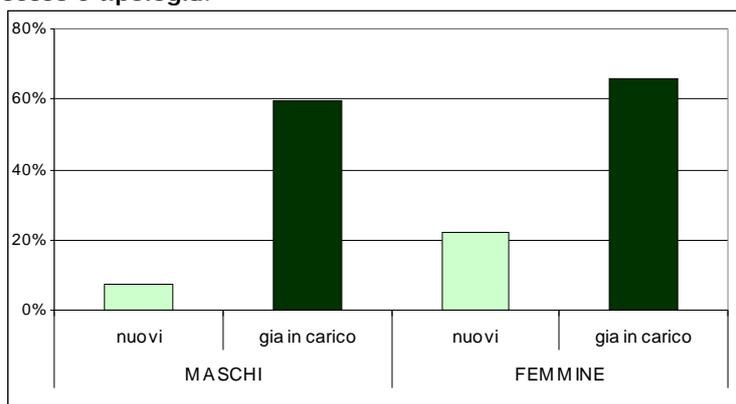
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI1

Nell'anno 2005 gli utenti risultati positivi all'epatite C sono 589, che rappresentano il 52% dei testati (34% dell'utenza complessiva).

Nella disaggregazione per tipologia di utenza si ha che tra i pazienti già noti da anni precedenti, la percentuale di positivi risulta molto più elevata (61%) che tra i nuovi utenti (9%); rappresentando, quindi, la prima una categoria di soggetti più a rischio della seconda, con una probabilità assai maggiore di risultare positivi al test per l'epatite C.

Disaggregando l'utenza anche in base al sesso si può notare che le femmine risultano maggiormente esposte al rischio di infezione rispetto ai maschi, siano esse nuove utenti (risultano positivi il 22% delle femmine ed il 7% dei maschi) o già in carico (66% e 60% rispettivamente) (Grafico 4.8).

**Grafico 4.8: Quota percentuale degli utenti positivi sui soggetti testati per HCV per sesso e tipologia.**



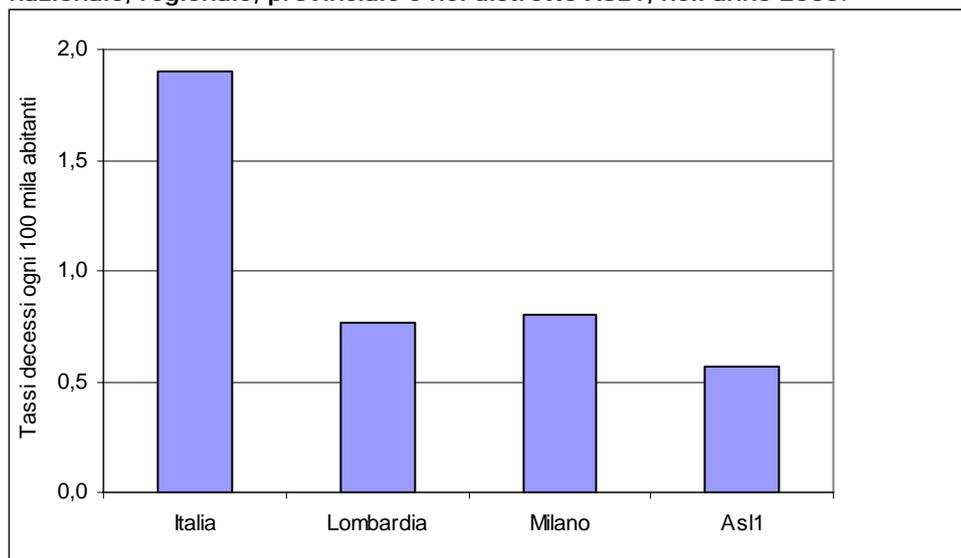
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze - ASL MI 1

### DECESSI DROGA CORRELATI

I decessi correlati all'uso di sostanze stupefacenti rappresentano uno dei cinque "indicatori chiave" implementati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.

In base ai dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, che rappresenta la principale fonte nella rilevazione dei decessi per overdose<sup>1</sup>, nel distretto ASL MI1 nel 2005 si sono contati 3 decessi per overdose; rapportando tale quota alla popolazione residente nel distretto al 1° gennaio 2005 (di età 15-54 anni) si osserva un tasso pari a 0,6 decessi ogni 100 mila abitanti, che risulta inferiore sia rispetto a quelli registrati a livello della provincia di Milano (16 decessi censiti) e della regione Lombardia (41 decessi), pari a circa 1 soggetto deceduto ogni 100 mila abitanti, sia al valore nazionale (circa 2 decessi ogni 100 mila abitanti).

**Grafico 4.9: Tassi (x 100.000 abitanti) dei decessi droga correlati registrati a livello nazionale, regionale, provinciale e nel distretto ASL1, nell'anno 2005.**



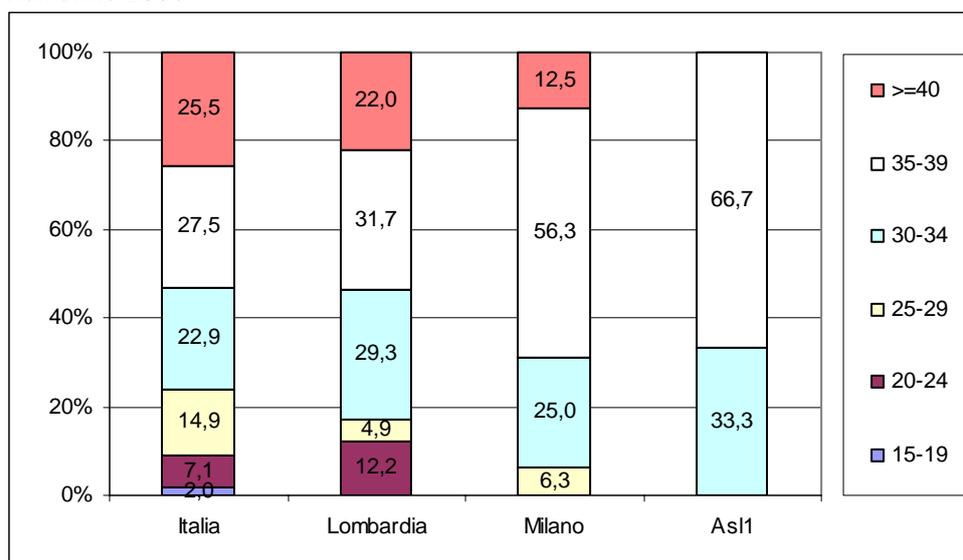
Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga

I 3 decessi per overdose verificatisi nel territorio afferente all'ASL1 riguardano soggetti di sesso maschile, laddove a livello nazionale il rapporto maschi femmine è pari a 9:1, mentre a livello regionale e provinciale le femmine rappresentano, rispettivamente, circa il 5% e il 6% dei decessi.

<sup>1</sup> Le altre fonti disponibili in Italia sono quelle del Registro Generale di Mortalità dell'Istat, in cui non si prevedono le cause di morte "indirettamente" correlate all'uso di sostanze stupefacenti (come, ad esempio, incidenti stradali in cui risultano coinvolti soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti) e gli ultimi dati disponibili sono quelli dell'anno 2002, e dagli Istituti di medicina legale che, seppur svolgendo indagini tossicologiche al fine di rilevare cause di morte sia direttamente che indirettamente correlate all'uso di droga, hanno una copertura parziale (in quanto le indagini tossicologiche vengono effettuate solo in seguito ad esplicita richiesta dell'Autorità Giudiziaria). Il Registro Speciale di Mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno si riferisce esclusivamente ai decessi attribuiti direttamente all'abuso di sostanze stupefacenti (intossicazione acuta) su base indiziaria (evidenti segni di episodi di overdose), ma costituiscono ormai da diversi anni la fonte più aggiornata per la rilevazione del suddetto indicatore.

Relativamente alla distribuzione dei deceduti secondo la classe d'età (Grafico 4.10) si evidenzia a livello distrettuale la presenza, tra i 3 deceduti, di un soggetto di età compresa tra i 30 ed i 34 anni e di 2 soggetti di età compresa tra i 35 ed i 39; a livello provinciale, se da un lato non si registrano decessi tra i più giovani così come visto nell'ASL MI1, dall'altro si osserva una forte concentrazione dei decessi tra i 35-39enni (pari al 56,3%); una medesima distribuzione si osserva invece a livello regionale e nazionale, in cui sono presenti anche i 20-24enni in episodi di overdose (rispettivamente, circa il 12% e 7% dei decessi nelle due aree considerate, laddove il 2% dei decessi a livello nazionale riguarda i giovanissimi), così come maggiormente sono rappresentati i soggetti più adulti (più del 20% a livello regionale e nazionale).

**Grafico 4.10: Distribuzione percentuale dei decessi droga correlati distinti per classe d'età, registrati a livello nazionale, regionale, provinciale e nel distretto ASL MI1, nell'anno 2005.**



Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga

Mentre a livello nazionale e regionale il 5% circa dei decessi è rappresentato da cittadini non italiani, nell'area provinciale e distrettuale non si sono censiti stranieri tra i deceduti.

Infine, come a livello nazionale, in cui l'eroina rappresenta la causa attribuita al decesso per più dell'80% dei casi in cui è disponibile l'informazione<sup>2</sup>, anche a livello distrettuale 2 decessi su 3 sono riferiti all'eroina quale sostanza che ha determinato l'episodio di overdose.

<sup>2</sup> L'informazione sulla sostanza che ha determinato l'episodio di overdose non sempre è nota alle FFOO in quanto, si ricorda, tale attribuzione non è frutto di esami tossicologici ma di meri elementi circostanziali, in cui sia possibile risalire al tipo di sostanza utilizzata.

## **IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI**

---



## IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

### SEGNALAZIONI PER USO E POSSESSO DI STUPEFACENTI

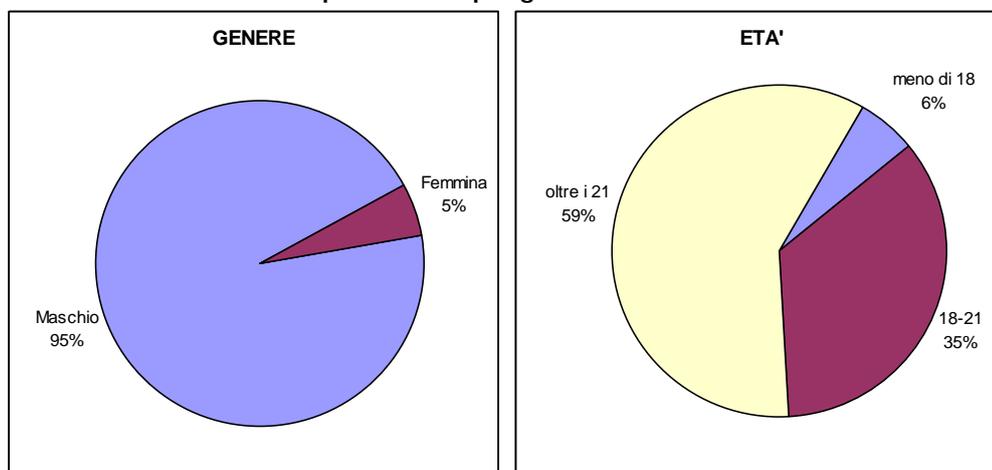
La ASL1 della provincia di Milano è coinvolta in una sperimentazione coordinata per il trattamento dei soggetti segnalati ai sensi degli artt. 75 e 121 del Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza DPR 309/90 insieme alla Regione Lombardia/Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, alla prefettura di Milano, all'ASL della città di Milano, all'ASL Milano 2 e all'ASL Milano 3.

Tale progetto sperimentale, a supporto del lavoro della Prefettura, è rivolto alla popolazione giovanile al di sotto dei 26 anni di età segnalata dalle forze dell'ordine al Prefetto perché trovata in possesso di sostanze stupefacenti e consente di convocare i soggetti interessati direttamente presso l'ASL per lo svolgimento decentrato del colloquio previsto dalla normativa.

Nel corso del 2005 sono stati convocati a colloquio nei SerT della ASL1 di Milano 224 soggetti segnalati alla Prefettura per detenzione o utilizzo di sostanze illecite. In particolare, fatta eccezione per un soggetto trovato in possesso di ecstasy, la sostanza di segnalazione prevalente è stata la cannabis (80%) seguita dalla cocaina (17%) e dagli oppiacei (3%).

L'analisi per sesso ed età (Grafico 5.1) mostra una netta predominanza di soggetti di genere maschile (95%) e di età oltre i 21 anni (59%). L'età media è pari, inoltre, a 22 anni circa con una deviazione standard di 3 anni.

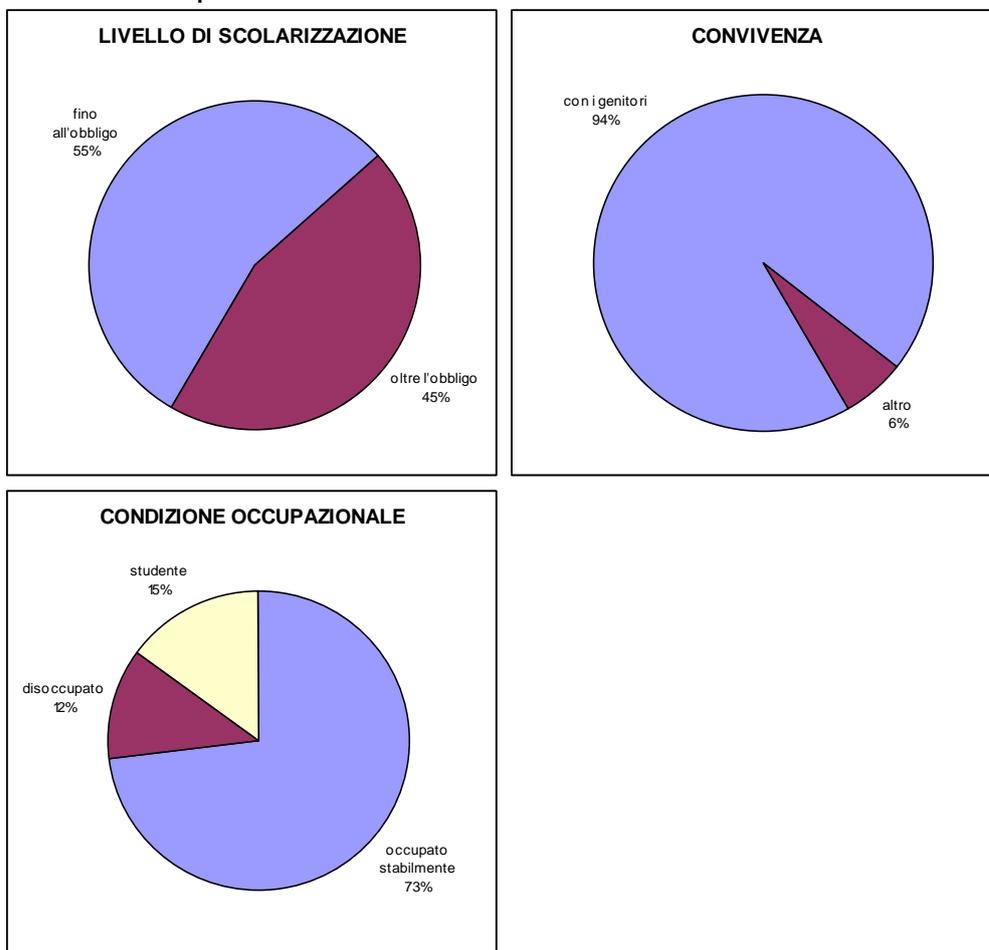
**Grafico 5.1: Distribuzione percentuale per genere e classi d'età.**



In sede di colloquio, al quale si sono presentati il 90% dei convocati, è stato possibile raccogliere alcune informazioni di tipo sociale, quali il livello di scolarizzazione, la condizione abitativa e la condizione occupazionale.

Tra i soggetti sottoposti a colloquio, il 55% è risultato in possesso di un titolo di studio non superiore a quello dell'obbligo e il 94% ha dichiarato di vivere in casa con i genitori. Per quanto riguarda la condizione occupazionale il 73% ha inoltre dichiarato di lavorare stabilmente (Grafico 5.2).

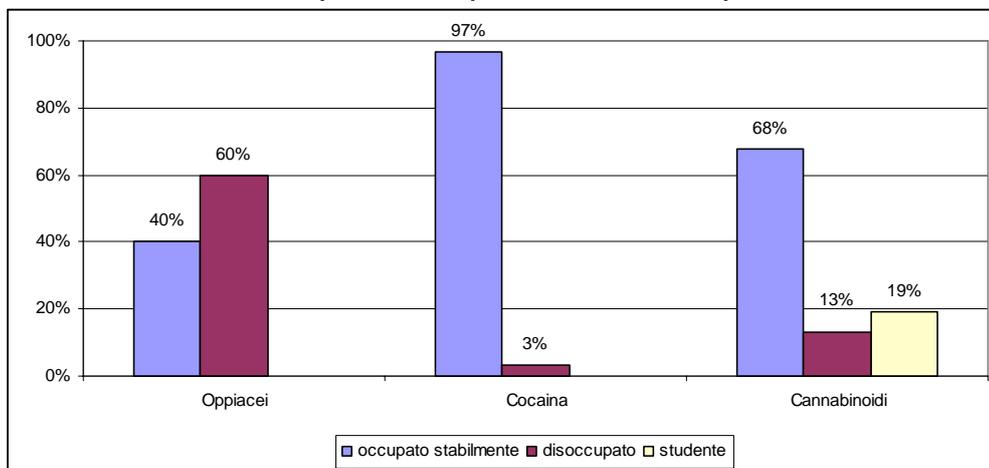
**Grafico 5.2: Distribuzione percentuale per livello di scolarizzazione, convivenza e condizione occupazionale.**



Tra i soggetti segnalati per cannabinoidi la percentuale dei disoccupati è pari al 13%, mentre quella dei soggetti stabilmente occupati è del 68%. Tali percentuali si sono attestate tra i segnalati per cocaina rispettivamente intorno al 3% e al 97% (Grafico 5.3).

Da evidenziare, inoltre, che tutti gli studenti sono stati segnalati perché trovati in possesso di cannabis.

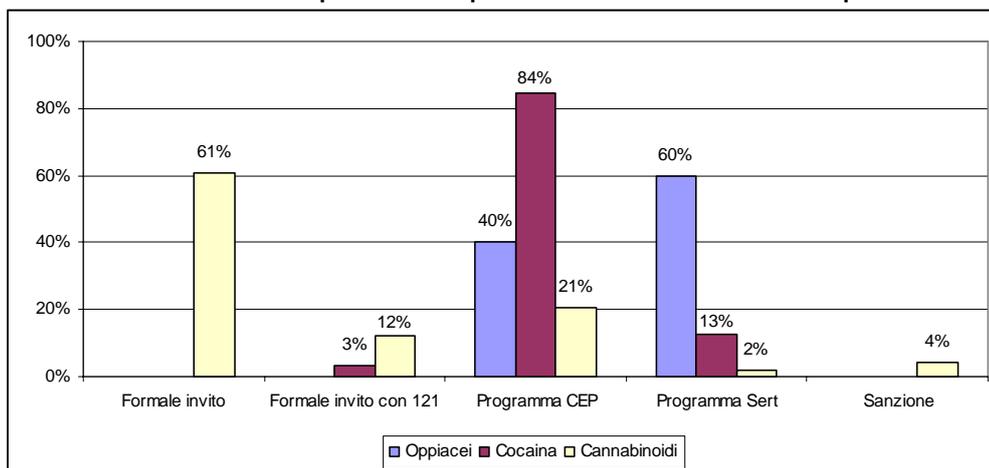
**Grafico 5.3: Distribuzione percentuale per sostanza ed occupazione.**



In merito ai provvedimenti emessi a seguito del colloquio, nel 50% dei casi sono stati formalizzati inviti a non fare più uso di sostanze, nel 10% formalizzati inviti ai quali ha fatto seguito un art. 121, nel 5% inviti al SerT per un trattamento terapeutico, nel 32% richieste di programmi terapeutici presso il Centro Educativo Polivalente (CEP) e nel 3% dei casi sanzioni amministrative.

In particolare, tra i segnalati per uso o possesso di cannabinoidi la maggior parte (61%) ha ricevuto un formale invito, mentre il provvedimento maggiormente adottato tra i segnalati per cocaina è stato il programma terapeutico presso il CEP. Tutti i segnalati per oppiacei sono stati avviati ad un programma terapeutico presso il CEP o il SerT (Grafico 5.4).

**Grafico 5.4: Distribuzione percentuale per sostanza ed esito del colloquio.**



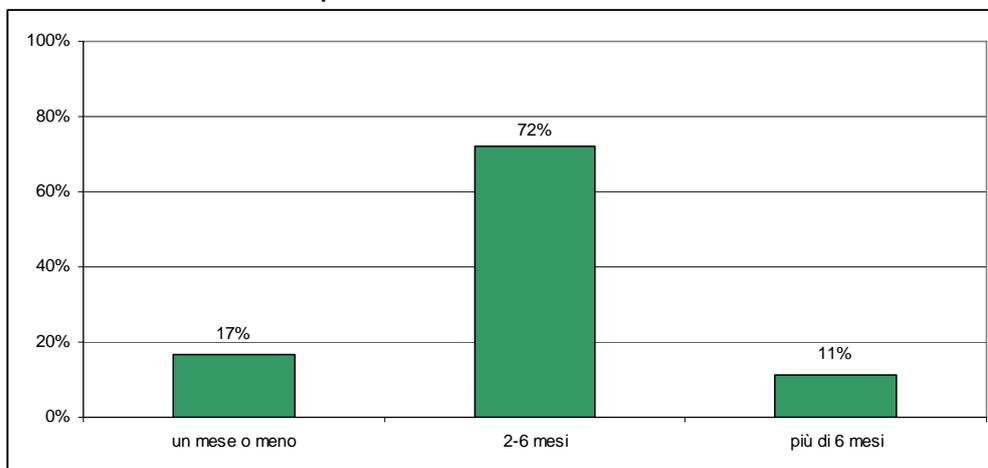
Sui soggetti che hanno intrapreso un programma terapeutico presso il CEP è stato eseguito ad inizio programma l'esame delle urine per testare la positività alla sostanza di segnalazione. Circa il 40% delle urine testate sono risultate positive.

I trattamenti attivati sono stati incontri individuali e di gruppo e non sono stati portati a termine nel 6% dei casi.

Tutti i soggetti in trattamento hanno partecipato in media a 6 incontri individuali e l'80% ha, inoltre, partecipato ad incontri di gruppo (in media 4).

La durata dei programmi, nella maggior parte dei casi, è stata di 2-6 mesi, mentre in poco meno del 20% la durata è stata inferiore ad un mese (Grafico 5.5).

**Grafico 5.5: Distribuzione percentuale della durata del trattamento al CEP.**



Alla fine del programma terapeutico i soggetti in trattamento sono stati di nuovo sottoposti all'esame delle urine, al quale il 90% è risultato negativo. In particolare, i risultati positivi al test finale delle urine erano stati segnalati per cocaina (80%) e cannabis (20%).

**ATTIVITÀ ILLEGALE CORRELATA ALLE SOSTANZE**

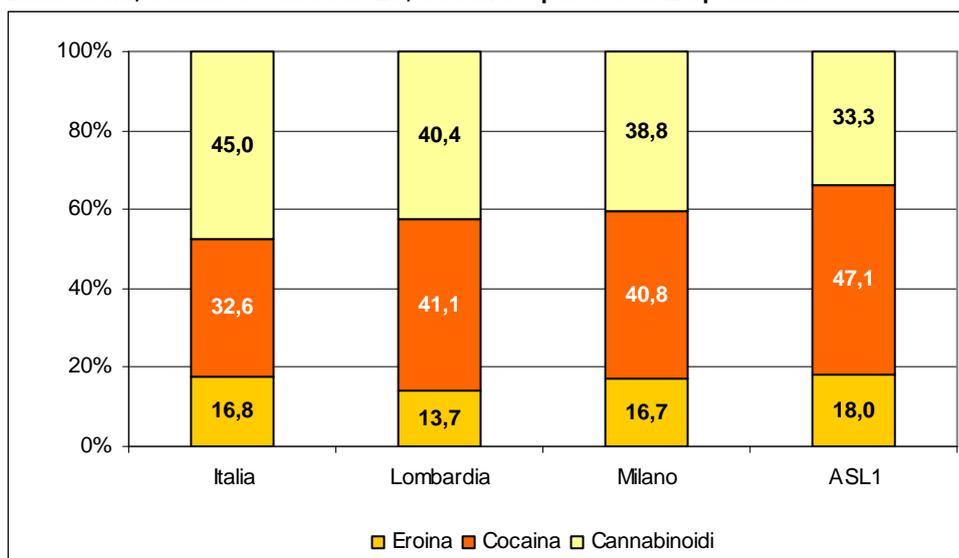
Nel corso del 2005 in Italia sono state effettuate 19.659 operazioni antidroga, di cui 3.309 in Lombardia, 1.565 nel suo capoluogo e 189 nei comuni afferenti all'ASL MI1.

Passando dal livello nazionale a quello locale, si assiste ad un aumento della quota di operazioni volte al contrasto di cocaina (Grafico 5.6) che passa da meno del 33% in Italia, a circa il 41% in Lombardia ed a Milano, sino ad arrivare a poco più del 47% nell'area di competenza dell'ASL1.

Le attività relative ai cannabinoidi, che a livello nazionale rappresentano quasi il 45% delle operazioni, hanno riguardato circa il 40% degli interventi effettuati nella regione, il 39% di quelli del capoluogo e poco più del 33% di quelli registrati nei comuni della ASL.

Non si rilevano di contro differenze significative relativamente alle percentuali di operazioni volte al contrasto di eroina, che coprono le quote rispettivamente di circa il 17% in Italia ed a Milano, quasi il 14% in Lombardia ed il 18% nell'area di competenza della ASL.

**Grafico 5.6: Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate in Italia, Lombardia, a Milano e nella ASL1, suddivise per sostanza primaria.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Circa il 28% delle operazioni condotte in Italia, il 25% in Lombardia, il 24% a Milano e più del 41% nel territorio della ASL1, hanno riguardato più di una sostanza.

L'analisi dei quantitativi intercettati nel corso delle operazioni condotte dalle FFOO in Italia (Tabella 5.1), evidenzia come nella metà dei casi<sup>1</sup>, i sequestri ed i rinvenimenti di cannabinoidi, cocaina ed eroina, non abbiano superato rispettivamente i 14 gr, i 10 gr ed i 5 gr.

<sup>1</sup> Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ciascuna sostanza.

Non dissimile risulta la distribuzione osservata sia a livello regionale che provinciale, mentre per quanto riguarda i comuni di competenza della ASL1, nel 50% degli interventi effettuati dalle FFOO è stato possibile intercettare fino a più di 52 gr di cannabinoidi ed a 18 gr di eroina.

**Tabella 5.1: Distribuzione (in quartili<sup>2</sup>) dei quantitativi di sostanze intercettate dalle FFOO in Italia, Lombardia, Milano e nella ASL1.**

		I Quartile	Mediana	III Quartile	Massimo	Totale quantitativi
Cannabinoidi	Italia	4,00	14,00	60,00	4.274.620	25.653.854
	Lombardia	4,00	14,13	60,00	1.440.000	6.689.802
	Milano	5,19	16,00	86,00	750.000	3.751.747
	ASL1	8,25	52,5	398,80	470.000	797.673,47
Cocaina	Italia	2,90	10,00	53,00	691.000	4.368.995
	Lombardia	3,00	12,00	150,00	46.272	1.467.575
	Milano	3,00	10,00	60,80	46.272	471.790
	ASL1	5,00	12,00	66,00	3.200	19.168,73
Eroina	Italia	1,66	5,00	23,00	83.380	1.373.317
	Lombardia	2,00	5,50	28,50	31.800	368.384
	Milano	1,53	5,00	24,75	31.000	226.293
	ASL1	6,50	18,00	65,60	31.000	50.951,99

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

**Reati droga correlati: produzione, traffico e vendita di sostanze illegali ed associazione finalizzata alla produzione e al traffico (artt. 73-74)**

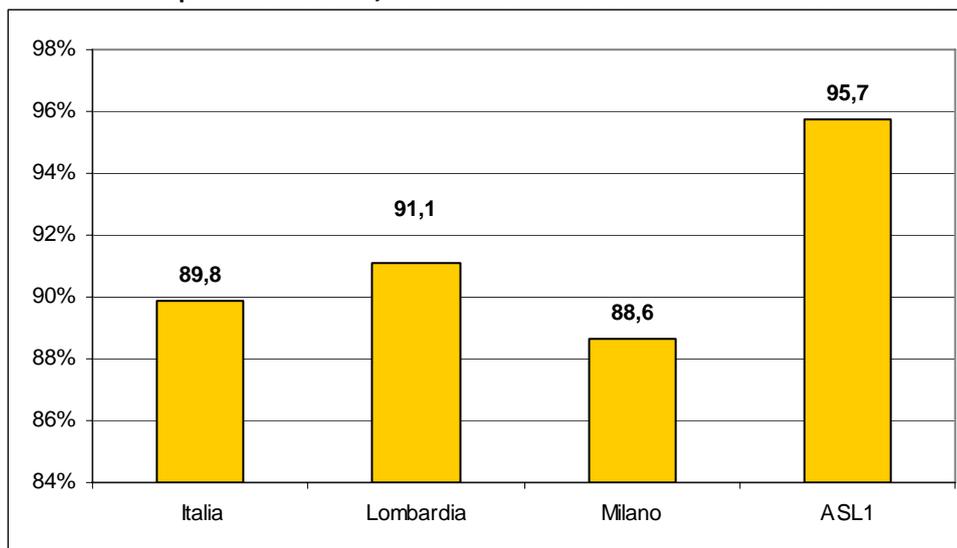
Nel 2005 le denunce per produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti e per associazione finalizzata a commettere gli stessi reati, sono state 31.249 in Italia, 4.908 in Lombardia, 2.532 a Milano e 305 nei comuni afferenti all'ASL MI1.

Con meno di 5 denunce ogni 10.000 residenti tra i 15 e i 64 anni di età, il tasso standardizzato delle attività delle FFOO nei comuni afferenti all'ASL MI1 risulta nettamente più basso rispetto a quanto rilevato a livello nazionale, nella regione e, soprattutto, nel capoluogo (rispettivamente circa 8x10.000 in Italia e Lombardia, e circa 10x10.000 a Milano).

<sup>2</sup> In una distribuzione ordinata i quartili ripartiscono la distribuzione dei valori in 4 parti di uguale numerosità, ognuna comprendente il 25% delle osservazioni. Il primo quartile è quel valore al di sotto del quale si osservano il 25% delle osservazioni, la mediana (o secondo quartile) è quel valore al di sotto del quale e oltre il quale si collocano il 50% delle osservazioni, il terzo quartile è quel valore al di sotto del quale si collocano il 75% delle osservazioni.

In modo nettamente superiore a quanto rilevato nella altre partizioni geografiche (Grafico 5.7), la quasi totalità delle denunce effettuate nel territorio di competenza ASL (circa il 96%) ha riguardato la produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art.73).

**Grafico 5.7: Distribuzione percentuale delle denunce per art. 73 (calcolato sul totale delle denunce per artt. 73 e 74) effettuate nel 2005 nelle diverse realtà territoriali.**

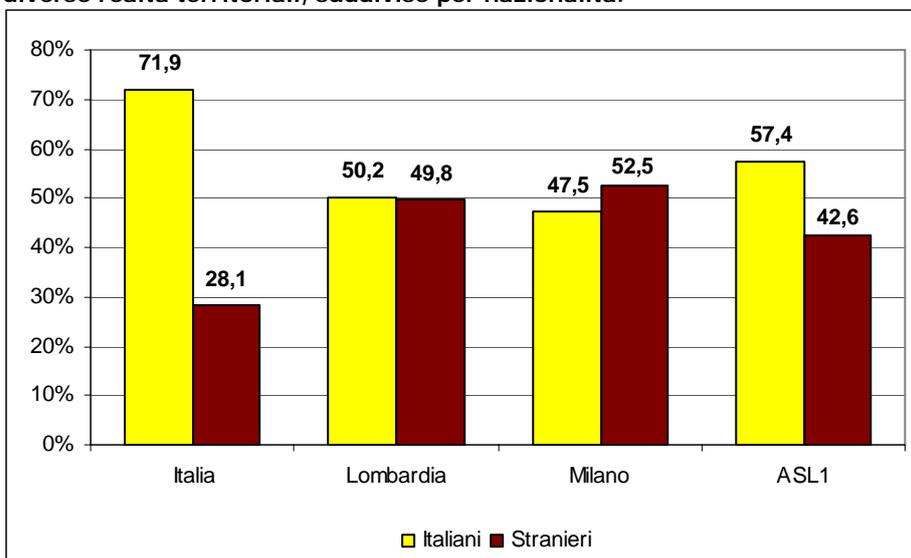


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

L'età media dei denunciati è di poco superiore ai 29 anni (circa 30 anni in Italia e 31 in Lombardia e Milano), complessivamente più alta tra gli italiani rispetto agli stranieri (rispettivamente circa 30 anni sia tra italiani che stranieri in Italia, 32 contro 29 in Lombardia, 30 contro 28 nel territorio ASL, 33 contro 29 a Milano), non mostra grosse variazioni in base al sesso (complessivamente le donne hanno un anno in più rispetto all'altro sesso, differenza che sale a due anni nel caso della ASL1).

Senza differenze di rilievo rispetto alle altre partizioni geografiche, la quota di donne tra i denunciati in questi comuni non raggiunge il 6% (circa l'8% a Milano ed il 9% rispettivamente in Lombardia e Italia), mentre, anche se nettamente superiore al valore nazionale, si registra una minor presenza di stranieri rispetto a quanto rilevato nella regione e, soprattutto, nel suo capoluogo (Grafico 5.8).

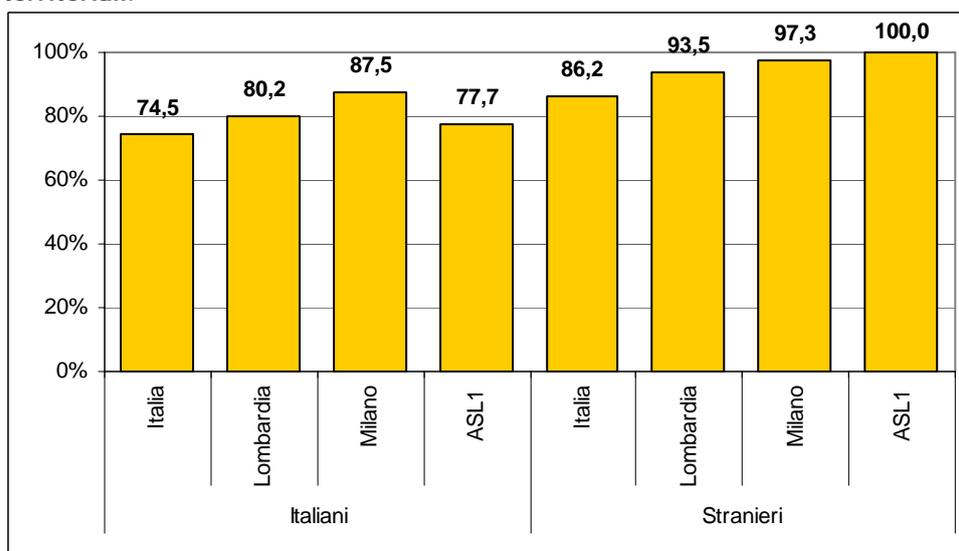
**Grafico 5.8: Distribuzione percentuale delle denunce effettuate nel 2005 nelle diverse realtà territoriali, suddivise per nazionalità.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Se in Italia i provvedimenti restrittivi hanno riguardato circa il 78% dei casi, in Lombardia e nei comuni afferenti alla ASL1, tale valore sale rispettivamente a circa l'87%, per arrivare a sfiorare il 93% nella provincia. Questi vengono adottati maggiormente nel caso degli stranieri con valori che aumentano, man mano che si passa dal livello nazionale a quello territoriale, rispettivamente da poco più dell'86% al 100% (Grafico 5.9).

**Grafico 5.9: Distribuzione percentuale dei provvedimenti restrittivi adottati nei confronti degli italiani e degli stranieri denunciati nel 2005 nelle diverse realtà territoriali.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Tale distribuzione varia qualora si passino a considerare separatamente i capi di accusa. Nello specifico, se la maggior adozione di tali misure tra gli stranieri è riscontrabile nel caso delle denunce per i reati meno gravi previsti dall'art.73, tra i deferiti per associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti, non si rileva alcuna differenza in base alla nazionalità (Tabella 5.2).

**Tabella 5.2: Distribuzione dei provvedimenti restrittivi adottati nei confronti dei denunciati suddivisi per nazionalità e tipo di reato.**

Partizione geografica	Nazionalità	art.73		art.74	
		Arresto (%)	Denunce	Arresto (%)	Denunce
Italia	Italiani	73,54	20.058	82,77	2.403
	Stranieri	86,69	8.016	81,22	772
Lombardia	Italiani	78,96	2.191	90,11	273
	Stranieri	93,73	2.279	90,91	165
Milano	Italiani	87,84	1.020	85,71	182
	Stranieri	98,20	1.224	86,79	106
ASL 1*	Italiani	76,51	166	100,00	9
	Stranieri	100,00	126	100,00	4

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

\* Si ricorda che nel caso delle denunce effettuate nella ASL1, la distribuzione percentuale risente del basso numero di deferiti per il reato commesso in violazione dell'art. 74.

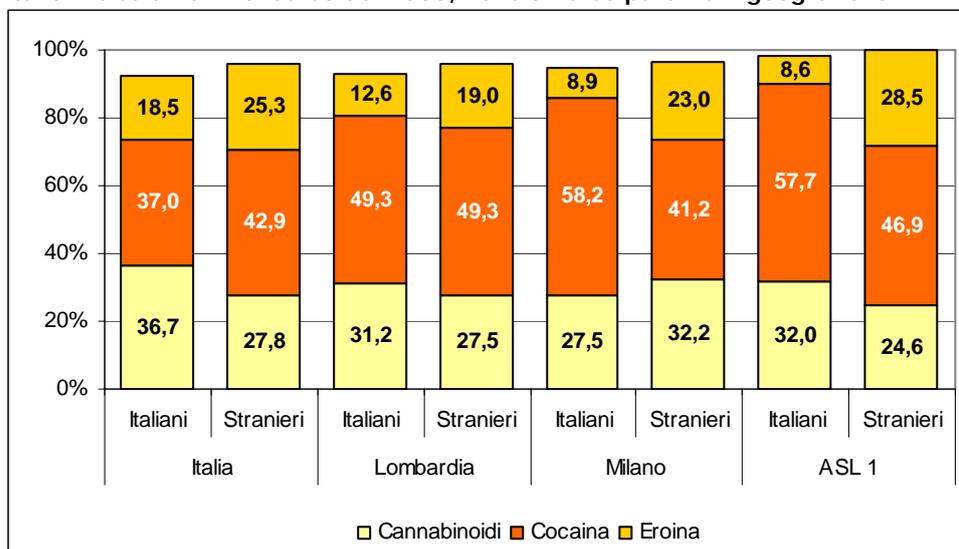
Se in Italia quasi il 39% delle denunce ha riguardato il traffico di cocaina, tale valore sale a circa il 49% in Lombardia e nel capoluogo, arrivando a sfiorare il 53% nel territorio della ASL1.

Seguono cannabinoidi ed eroina rispettivamente in poco più del 34% e del 20% dei casi in Italia, in circa il 29% ed il 16% in Lombardia, in quasi il 30% e poco più del 16% a Milano, in circa il 29% ed il 17% nei comuni afferenti alla ASL1.

Nonostante le quote di denunce per cocaina effettuate a livello regionale, provinciale e locale, risultino significativamente superiori a quella rilevata nella penisola, nelle aree territoriali lombarde si osserva un relativo minor coinvolgimento degli stranieri rispetto agli italiani nel traffico di questo stupefacente rispetto a quanto evidenziabile complessivamente in Italia (Grafico 5.10).

In tutte le partizioni considerate, di contro, le percentuali di denunce per eroina registrate tra gli stranieri risultano costantemente superiori a quelle rilevate tra gli italiani.

**Grafico 5.10: Distribuzione percentuale della sostanza per cui sono stati deferiti gli italiani e stranieri nel corso del 2005, nelle diverse partizioni geografiche.**



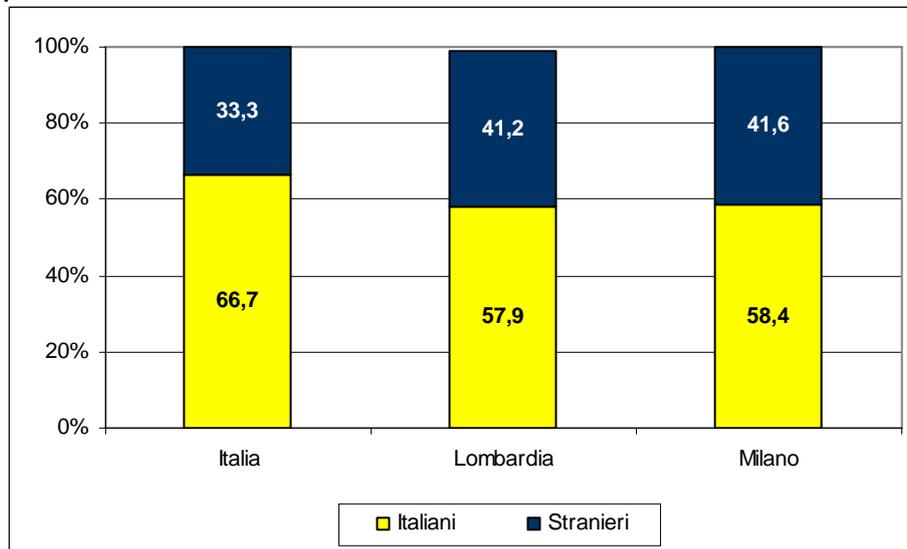
Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

### Popolazione carceraria

In Italia, alla data del 31 dicembre 2005, si sono censiti 59.523 presenti in carcere, e di questi 8.653 in Lombardia e 4.587 nella provincia di Milano; a livello nazionale i maschi rappresentano il 95% della popolazione carceraria, mentre in Lombardia e nel capoluogo circa il 93%.

Relativamente alla provenienza della popolazione detenuta, l'analisi secondo la nazionalità evidenzia (Grafico 5.11) a livello regionale e provinciale una maggiore presenza di stranieri (rispettivamente circa il 42%), rispetto al dato nazionale, in cui risulta straniero 1 soggetto ogni 3.

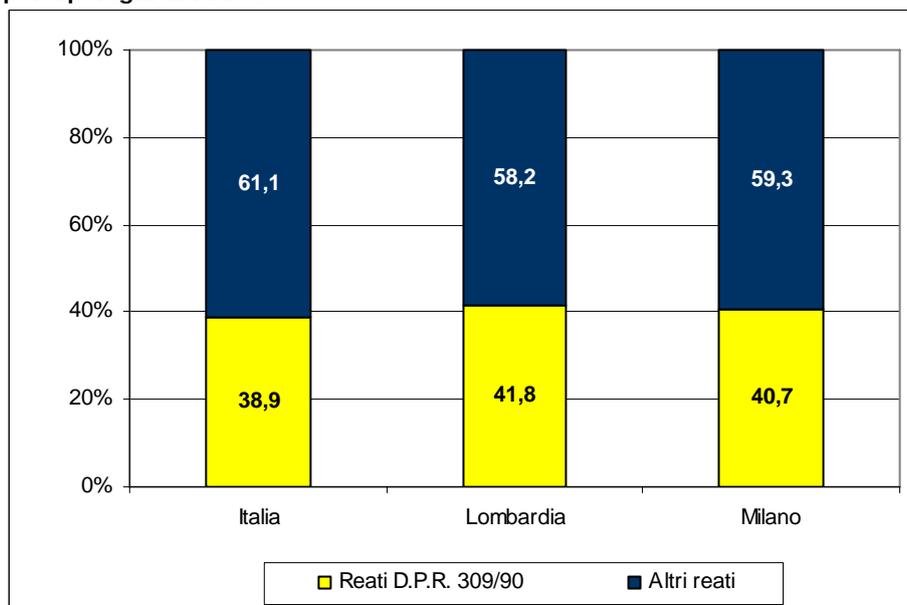
**Grafico 5.11: Distribuzione percentuale dei detenuti presenti in carcere alla data del 31/12/2005 in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano, suddivisi per nazionalità.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Alla medesima data, le quote di detenuti per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti presenti negli istituti delle tre aree considerate, mantengono sostanzialmente le stesse proporzioni (quote prossime al 40%), senza variazioni di rilievo (Grafico 5.12).

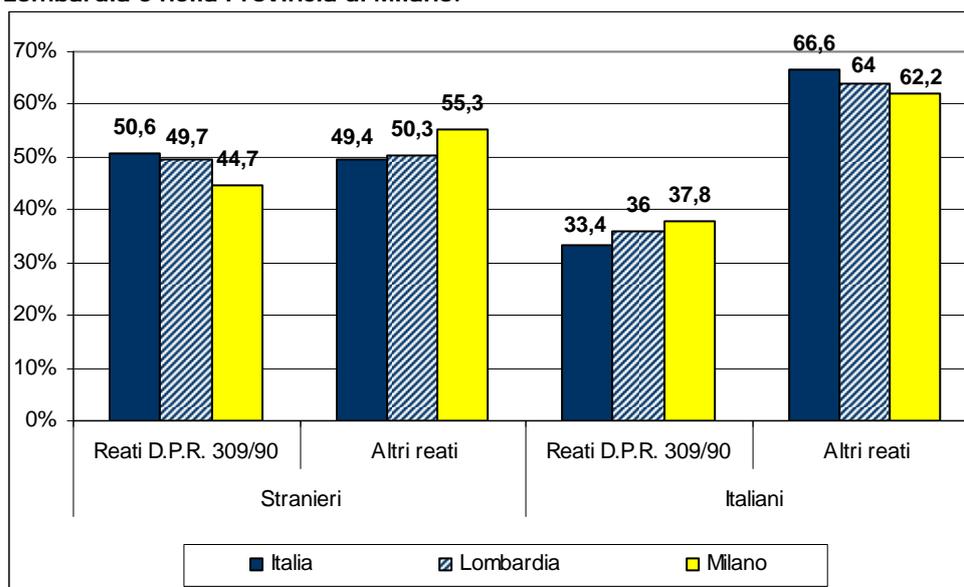
**Grafico 5.12: Distribuzione percentuale dei detenuti presenti in carcere alla data del 31/12/2005 in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano, suddivisi per tipologia di reato.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Tuttavia tra gli italiani presenti nelle strutture penitenziarie della provincia, la quota di detenuti per reati connessi alla normativa sugli stupefacenti risulta superiore sia a quella nazionale che regionale, mentre tra gli stranieri tale valore risulta inferiore (Grafico 5.13).

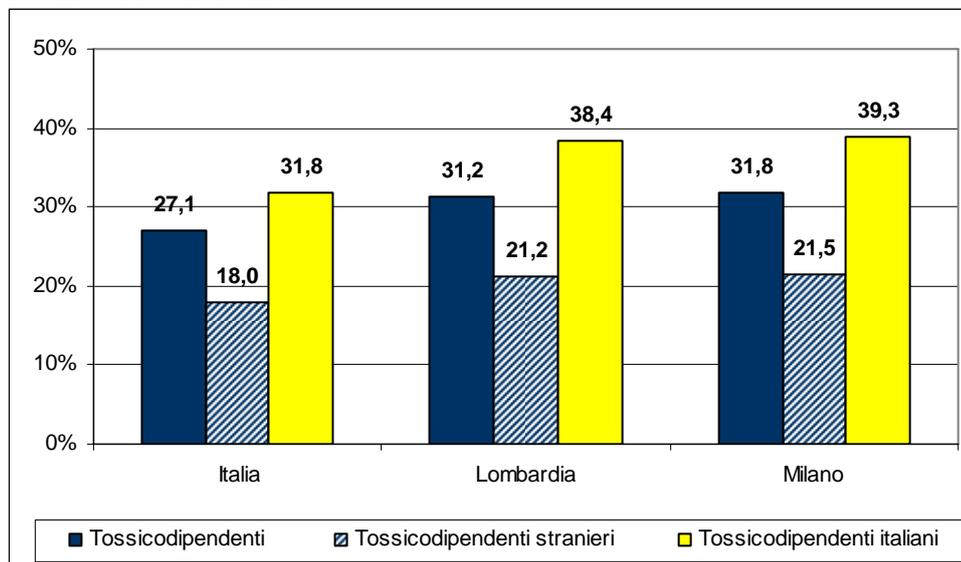
**Grafico 5.13: Distribuzione percentuale degli italiani e stranieri presenti in carcere al 31/12/2005 per reati connessi al DPR 309/90 e altri crimini in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

A livello nazionale la percentuale di detenuti tossicodipendenti è pari al 27% circa della popolazione carceraria, valore che sale a più del 31% sia a negli istituti della regione che in quelli di Milano. In tutte le partizioni considerate la presenza di tossicodipendenti tra gli italiani risulta superiore a quella rilevata tra gli stranieri, differenza che risulta più marcata man mano che si passa dal livello nazionale a quello provinciale (Grafico 5.14).

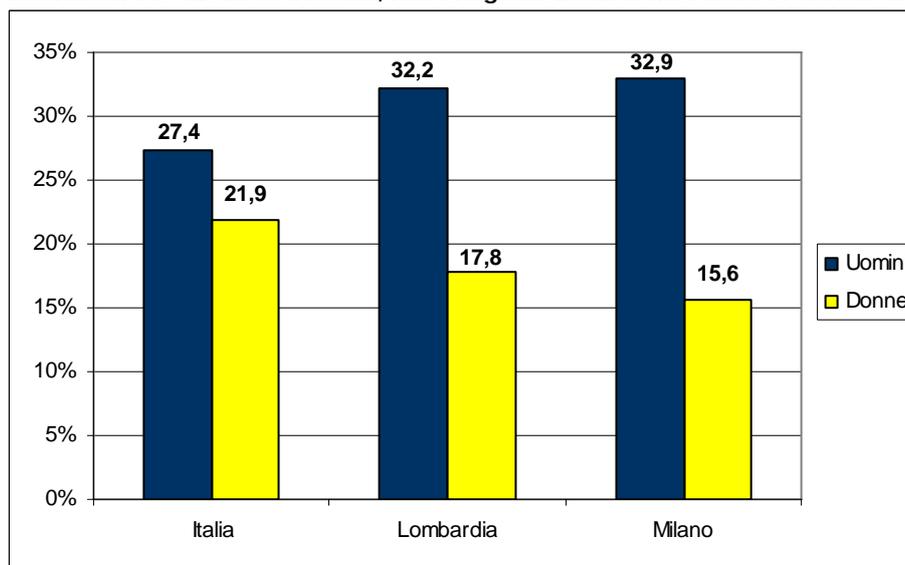
**Grafico 5.14: Distribuzione della quota di tossicodipendenti tra i detenuti, tra gli italiani e tra gli stranieri in carcere al 31/12/2005 in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Ricordando che si contano 9 uomini ogni donna presso le carceri (italiane e lombarde), in tutte le aree considerate, la quota di tossicodipendenti tra i maschi risulta più alta rispetto a quella registrata tra le femmine; tuttavia a livello regionale e provinciale si registrano quote superiori, rispetto al dato nazionale, di uomini tossicodipendenti e quote inferiori di donne tossicodipendenti (Grafico 5.15).

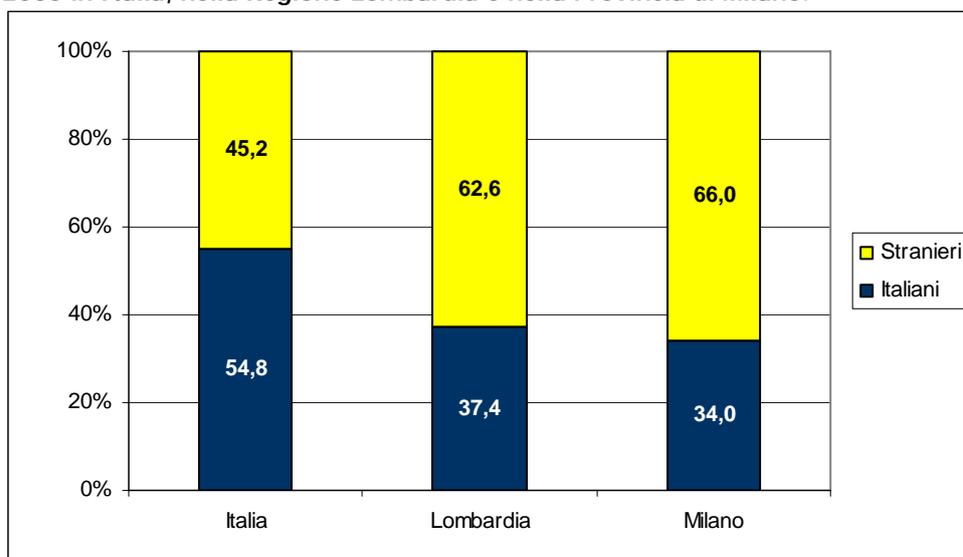
**Grafico 5.15: Distribuzione della quota di tossicodipendenti tra gli uomini e le donne detenuti al 31/12/2005 in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Passando all'analisi dei dati relativi ai soggetti transitati negli istituti penitenziari, nel corso dell'anno questi sono stati 89.887 nell'intero territorio nazionale, 14.297 in Lombardia e 7.127 nel suo capoluogo. Questo tipo di flusso evidenzia l'ingresso in carcere per una consistente popolazione straniera, che a livello nazionale è pari al 45% circa degli ingressi, ma che presso la regione e la provincia tocca quote, rispettivamente di circa il 63% ed il 66% (Grafico 5.16).

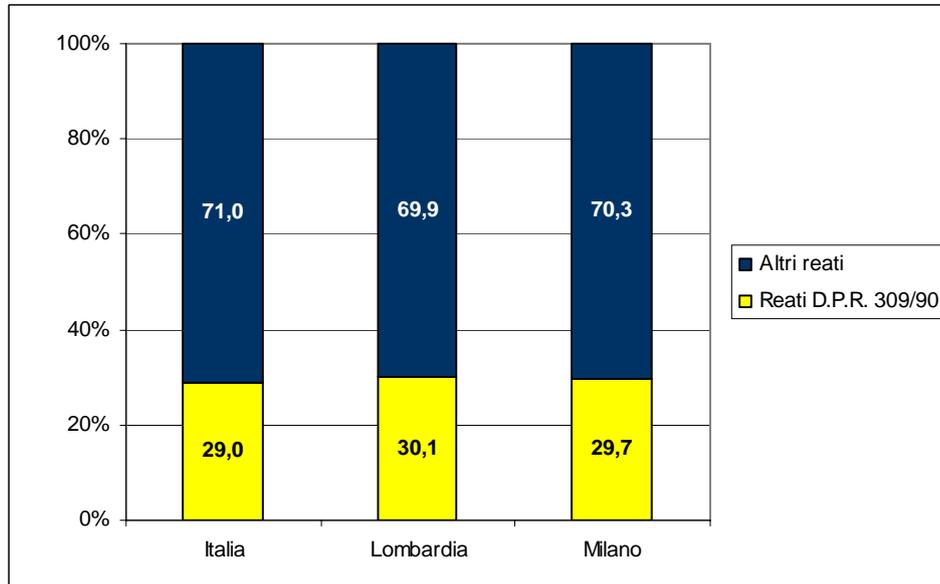
**Grafico 5.16: Distribuzione della quota di italiani e stranieri entrati dalla libertà nel 2005 in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Così come evidenziato nella rilevazione puntuale, anche in quella di flusso le quote di detenuti per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti mantengono tra le aree considerate le stesse proporzioni, con quote prossime al 30% (Grafico 5.17).

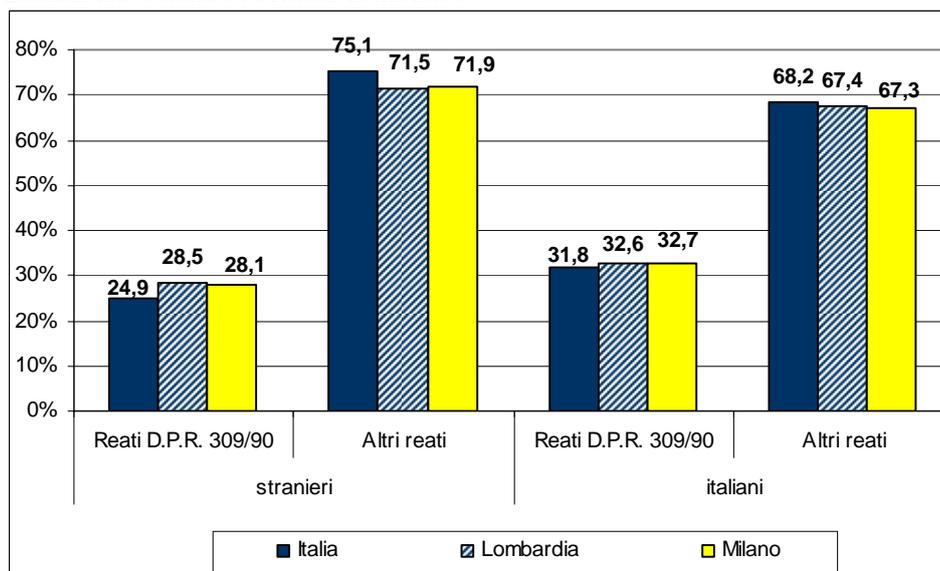
**Grafico 5.17: Distribuzione della quota di detenuti entrati dalla libertà nel 2005 in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano, suddivisi per tipologia di reato.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Nella regione e nel capoluogo la percentuale di ingressi per questi reati tra gli stranieri risulta di poco superiore rispetto al dato nazionale (circa il 28% verso il 25% del dato complessivo), mentre tra gli italiani la quota è prossima al 33% nelle tre aree considerate (Grafico 5.18).

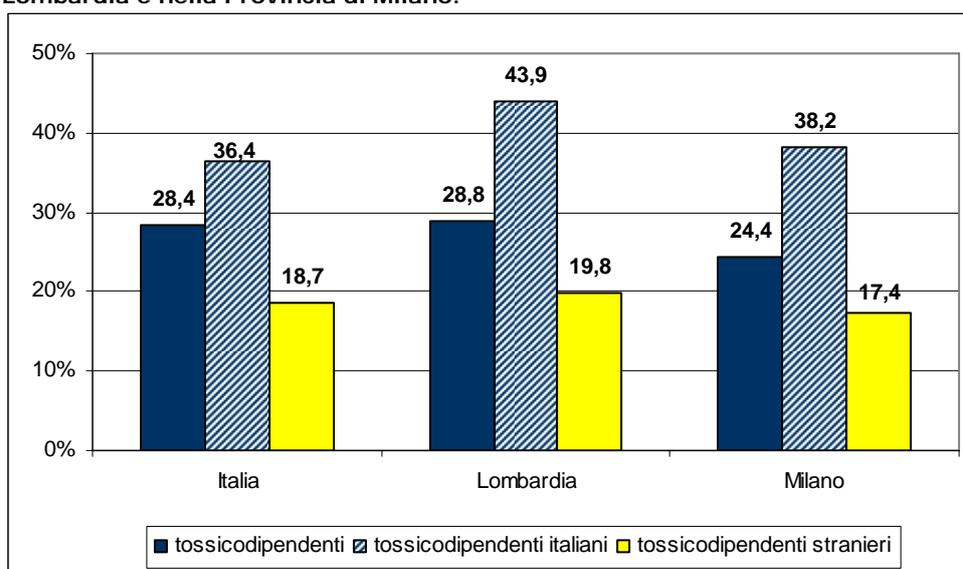
**Grafico 5.18: Distribuzione della quota di italiani e stranieri entrati dalla libertà nel 2005 per reati connessi al DPR 309/90 e altri crimini in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Come evidenziato nella rilevazione puntuale, si registrano quote maggiori di tossicodipendenti tra gli italiani rispetto agli stranieri (Grafico 5.19): se tra questi ultimi, i tossicodipendenti sono meno del 20% in tutte le aree considerate, tra gli italiani tali valori salgono a più del 36% e del 38% rispettivamente a livello nazionale e provinciale, fino a sfiorare il 44% in Lombardia.

**Grafico 5.19: Distribuzione della quota di tossicodipendenti tra i detenuti, tra gli italiani e tra gli stranieri entrati in carcere nel 2005, in Italia, nella Regione Lombardia e nella Provincia di Milano.**



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

## **NUOVO SISTEMA DI TARIFFAZIONE, PRESTAZIONI E DRG**

---



### **PRESTAZIONI E SISTEMA DI TARIFFAZIONE**

Nel corso del 2005 il Servizio Territoriale delle dipendenze dell'ASL MI1 ha partecipato alla sperimentazione sulla tariffazione delle prestazioni erogate dai SerT della Lombardia, in atto nella regione a partire da 1° gennaio 2005.

La sperimentazione è stata effettuata per i primi 2 trimestri raccogliendo i dati con modalità "aggregata, mentre negli altri 2 trimestri si è passati alla raccolta cosiddetta "per singolo record". Quest'ultima modalità, più ricca di informazioni potenziali, pone delle criticità nella elaborazione, specialmente nell'attuale periodo di sperimentazione, nel quale:

- la rilevazione è finalizzata soprattutto alla messa a punto e verifica della tenuta del sistema stesso di rilevazione
- il software regionale di rilevazione non è stato ancora installato (ne è prevista l'installazione nel corso del 2007) e la raccolta avviene attraverso modalità meno accurate di quanto sarà possibile a regime.

In base al nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni, alcune attività vengono ricomprese nella quota forfettaria assegnata per ogni utente in carico. Si tratta di una componente numerica significativa in quanto riguarda, ad esempio, la somministrazione di farmaci, gli incontri di equipe, ecc. Sono altresì escluse quelle attività che rientrano nella sesta area (progettazione e attuazione di interventi di prevenzione, reinserimento lavorativo, ecc).

Di contro, la rilevazione sul record del singolo utente, prevedendo un calcolo differente per le prestazioni di gruppo (in precedenza rilevate come prestazione unica e attualmente, invece, moltiplicate per ogni singolo partecipante) porta ad una maggiorazione virtuale delle prestazioni di questa tipologia. Tale sistema rappresenta indubbiamente un passo avanti in questo senso, poiché ogni singola prestazione è rintracciabile nella documentazione dell'utente.

Anche il calcolo dell'utenza in carico si è leggermente modificato, poiché in precedenza spesso non venivano conteggiati i casi per i quali veniva effettuata una sola prestazione nel trimestre, in linea con indicazioni più restrittive fornite in precedenza dagli uffici regionali.

È evidente quindi come gli attuali dati consentano una fotografia più aderente alla realtà.

L'applicazione del nuovo sistema mette inoltre in primo piano un particolare aspetto, cioè il rapporto fra il costo delle prestazioni e i ricavi ad esse corrispondenti.

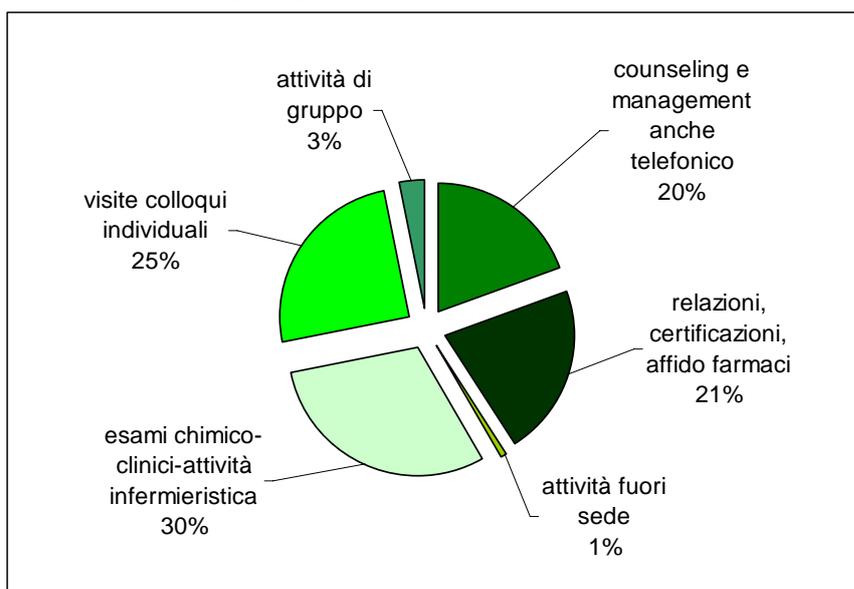
L'informazione raccolta in maniera analitica permette, quindi, analisi approfondite e da la possibilità di rispondere a diversi interrogativi.

A titolo esemplificativo sono state svolte delle analisi sulla distribuzione delle prestazioni suddivise per macroaree e su come le prestazioni erogate si distribuiscono nei vari servizi.

Il grafico seguente mostra la distribuzione percentuale delle prestazioni erogate nel 2005 a tutti gli utenti afferenti alle UO del Servizio Territoriale Dipendenze della ASL MI1, accorpate per macroaree.

Gli esami, le visite ed i colloqui in sede sono le prestazioni che più frequentemente vengono erogate dai servizi; rilevante è anche la percentuale di relazioni e certificazioni a ragione della ricomprensione in questa voce delle certificazioni relative all'affido dei farmaci. (Grafico 6.1)

**Grafico 6.1: Prestazioni 2005 suddivise in macroaree.**



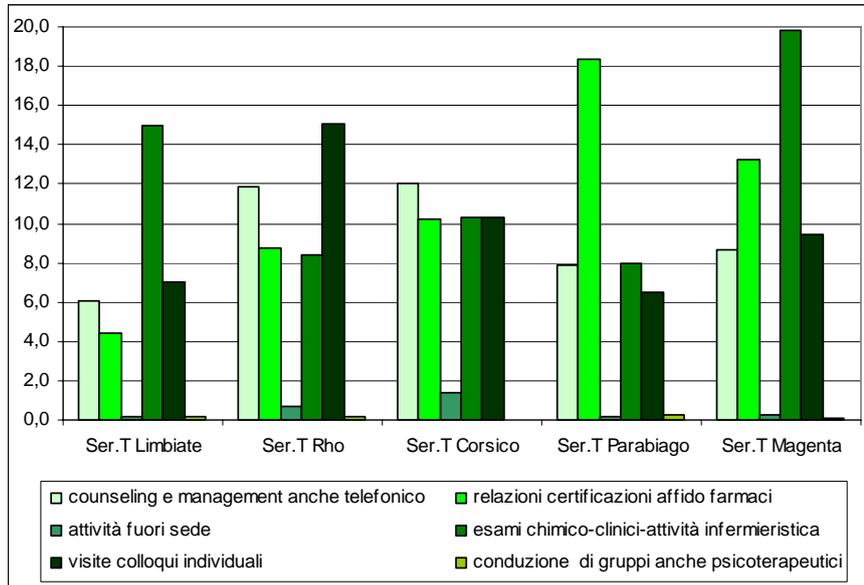
### **Distribuzione delle macro aggregazioni nelle UO relativamente al numero di utenti**

I grafici seguenti mostrano la distribuzione del numero di prestazioni, sempre accorpate per macro aggregazioni, in rapporto al numero di utenti annui, afferenti ai SerT e ai NOA. Va specificato che l'utenza considerata in questo caso, ovvero i soggetti fruitori di prestazioni, comprende anche gli appoggiati e i soggetti non tossicodipendenti.

Il volume di utenza, nonché le caratteristiche della stessa, si riflette nella distribuzione delle prestazioni rispetto alle specificità che caratterizzano le diverse UO sia dal punto di vista delle attività che dell'organizzazione del lavoro. Infatti, per quanto riguarda i SerT, si evidenzia nella sede di Magenta il significativo numero di prestazioni per utente relative agli esami chimici clinici a fronte della specifica attività clinica sulle patologie correlate e infezioni da HIV.

Le prestazioni fuori sede sono maggiori nel SerT di Corsico in relazione al numero di pazienti in carcere (1,4 rispetto alla media di 0,3 per gli altri SerT). Un'organizzazione diversa del lavoro consente al SerT di Parabiago un maggior numero di affidi del farmaco sostitutivo con un relativo incremento della prestazione "relazioni e certificazioni " rispetto agli altri servizi. (Grafico 6.2)

**Grafico 6.2: SerT distribuzione prestazione per utente.**



Per quanto riguarda i NOA si evidenzia come le prestazioni per utente relative all'attività di gruppo (6 al NOA di Limbiate, 4 a Legnano e 3,1 ad Abbiategrosso) siano più alte rispetto ai SerT (in tutti i SerT inferiore all'unità), a conferma di una modalità operativa e di trattamento specifica di questi servizi. In tutti e tre i NOA sono comunque le visite e i colloqui individuali le maggiori prestazioni effettuate per utente.

**Grafico 6.3: NOA distribuzione prestazioni per utente.**

