



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna

Osservatorio regionale sulle dipendenze

neuropsichiatria
infanzia e adolescenza salute
psichiatria nelle dipendenze
psichiatria infanzia intelligenza
dipendenze mentali patologiche
psichiatria adulti salute
salute mentale adulti dipendenze patologiche

Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna

Osservatorio regionale sulle dipendenze

Hanno collaborato alla redazione del Rapporto

Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER – CEA (Coordinamento Enti Ausiliari)

Coordinamento regionale dell'Unità di Strada dell'Emilia-Romagna

Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna

Gruppo Regionale Alcol

Gruppo regionale SeATT

Gruppo Regionale Tabacco

IOR – Istituto Oncologico Romagnolo di Forlì

Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa

LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Osservatorio sulle dipendenze dell'Aziende USL di Rimini

Servizio Politiche per la Sicurezza e della Polizia Locale

Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna

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

Redazione del Rapporto:

A cura di Mila Ferri e Alessio Saponaro

Introduzione: Mila Ferri - Regione Emilia-Romagna

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

Cap. 1: Valeria Siciliano, Roberta Potente, Loredana Fortunato, Sabrina Molinaro – CNR

Cap. 2: Roberta Potente, Valeria Siciliano, Rosanna Panini, Sabrina Molinaro – CNR

Cap. 3: Nicoletta Bertozzi*, Giuliano Carrozzi* Alba Carola Finarelli° Paola Angelini° Diego Sangiorgi* Lara Bolognesi* Letizia Sampaolo* Andrea Mattivi° Rossana Mignani° Anna Rita Sacchi* Alma Nieddu* Anna Maria Ferrari* Paolo Pandolfi* Sara De Lisio* Daniele Agostini* Giovanni Blundo* Ivana Stefanelli* Aldo De Togni* Giuliano Silvi* Oscar Mingozi* Patrizia Vitali* Fausto Fabbri* Michela Morri* Elizabeth Bakken* Pierluigi Cesari*

*Dipartimenti di Sanità Pubblica regionali - ° Direzione Generale Sanità e Politiche sociali Regione Emilia-Romagna

Cap. 4: Matteo Iori - *Conagga* (Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo)

Parte II - L'utenza dei servizi pubblici e privati per le dipendenze nel 2008

Cap. 5: Mila Ferri, Alessio Saponaro

Cap. 6: Ilaria De Santis, Mario Dondi, Mila Ferri, Patrizio Lamonaca, Danila Mongardi, Alessio Saponaro
Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER-CEA

Cap. 7: Mila Ferri, Alessio Saponaro

Cap. 8: Mila Ferri, Alessio Saponaro

Parte III - La salute

Cap. 9: Maristella Salaris - AUSL Rimini

Cap. 10: Erika Massimiliani, Andrea Mattivi, Alba Carola Finarelli - *Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna*

Parte IV - Gli interventi e risultati ottenuti

Cap. 11: Mila Ferri, Ilaria De Santis - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 12: Sergio Ansaloni*1, Franca Francia*2, Ciro Garuti*3, Michele Zani*2 - *1 Comune Modena, *2 Regione Emilia-Romagna, *3 Sert Codigoro (FE)

Cap. 13: Marilena Durante - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 14: Anna Maria Ferrari - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 15: Chiara Covri*1, Sergio Ansaloni*2, Alessandra Lotti*2, Raimondo Maria Pavarin*3, Elsa Turino*3, Barbara Rossi*4, Primo Pellegrini*4, Ilaria De Santis*5 - *1 Ausl Reggio Emilia, *2 Comune di Modena, *3 AUSL Bologna, *4 Ausl Rimini, *5 Regione Emilia-Romagna

Parte V - Approfondimenti

Cap. 16: Eleonora Verdini, Gisella Garaffoni - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 17: Marilena Durante - *Regione Emilia-Romagna*

Cap. 18: Alberto Sola - *Servizio Politiche per la Sicurezza e della Polizia Locale*

Cap. 19: Sandra Bosi - *LILT*

Cap. 20: Osservatorio regionale dipendenze

Cap. 21: Osservatorio regionale dipendenze

Il presente Rapporto è disponibile in formato PDF sul sito della Regione Emilia-Romagna:
www.saluter.it/dipendenze

© Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Regione Emilia-Romagna - 2010

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Introduzione	1
Parte I - Dati epidemiologici	3
1. Consumi nella popolazione generale	4
2. Consumi nei giovani studenti di scuola media superiore	13
3. Abitudine al fumo e consumo di alcol	26
4. Gioco d'azzardo patologico	30
Parte II - L'utenza dei servizi pubblici e privati per le dipendenze nel 2008	33
5. Utenza dei Servizi per le dipendenze	34
6. Utenza delle Strutture private accreditate	38
7. Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza SerT	41
8. Le sostanze d'abuso	46
Parte III - La salute	51
9. Ricoveri correlati al consumo di sostanze psicotrope	52
10. Infezione da HIV e Epatiti	55
Parte IV - Gli interventi e risultati ottenuti	61
11. Programma regionale dipendenze	62
12. Unità di Strada	70
13. Interventi in alcologia	75
14. Interventi sul fumo	78
15. Progetto regionale dei centri documentazione sulle dipendenze patologiche	81
Parte V - Approfondimenti	85
16. Decessi per consumo di sostanze psicotrope	86
17. Coordinamento regionale degli Istituti con custodia attenuata (SeATT)	90
18. La Polizia Municipale e il contrasto alla guida in stato d'ebbrezza da alcol e in condizioni di alterazione da stupefacenti	91
19. Centro di didattica multimediale "Luoghi di prevenzione"	93
20. Tabelle utenti tossicodipendenti	96
21. Tabelle utenti alcolodipendenti	106
22. Gli Osservatori Aziendali sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna	110

Introduzione

Per il sesto anno consecutivo attraverso il “Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna” si è cercato di esplorare e di descrivere i fenomeni e le conseguenze sulla salute derivanti dall’uso di sostanze psicotrope e dei comportamenti additivi in generale.

L’obiettivo è in linea con le indicazioni dettate nella Strategia dell’Unione europea in materia di droga 2005-2012¹: migliorare la conoscenza dell’uso/abuso di sostanze psicotrope - e sulle dipendenze in generale - sul territorio regionale al fine di progettare risposte efficaci e valutare i risultati ottenuti sino ad oggi con gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. E’ uno sforzo per

Descrivere le dipendenze porta necessariamente ad un approccio verso la complessità, in quanto sono molte le conseguenze che derivano dall’uso o abuso di droghe, come molti sono i settori direttamente o indirettamente coinvolti nella cura o contrasto dell’uso di sostanze. Solo per citare qualche esempio: uso tra la popolazione generale e tra i giovani, tipologie di sostanze ed effetti, contesti d’uso, mercato di sostanze, politiche di contrasto e di riduzione del danno, conseguenze sanitarie derivanti dall’uso, aspetti giuridici e carcerazione, ecc.. Si potrebbe allungare di molto l’elenco, ma è evidente come parlare di dipendenze necessita di un approccio globale e di rete, orientato a coinvolgere e attivare collaborazioni sinergiche anche a partire dal livello della reportistica regionale. E’ una mission che la Regione Emilia-Romagna e i Servizi per le dipendenze si sono dati come strumento e fine da raggiungere.

La collaborazione oramai storica con alcuni soggetti o Enti si è allargata ad altri attori che rappresentano fonti informative utili per disegnare un particolare aspetto caratterizzante la fenomenologia dell’uso/abuso di sostanze. Alla redazione del Rapporto 2009 hanno collaborato diversi Enti che direttamente o indirettamente concorrono nella cura o nell’analisi dei processi e dei fenomeni connessi con le dipendenze:

- Commissione regionale di monitoraggio dell’Accordo RER – CEA (Coordinamento Enti Ausiliari)
- Coordinamento regionale delle Unità di Strada dell’Emilia-Romagna
- Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna
- Gruppo Regionale Alcol
- Gruppo regionale SeATT
- Gruppo Regionale Tabacco
- IOR – Istituto Oncologico Romagnolo di Forlì
- Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa
- LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
- Osservatorio sulle dipendenze dell’Azienda USL di Rimini
- Servizio Politiche per la Sicurezza e della Polizia Locale della Regione Emilia-Romagna
- Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna
- Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna

La base fondamentale del Rapporto resta comunque il monitoraggio dei cinque indicatori epidemiologici chiave per l’analisi e la valutazione delle politiche sulle dipendenze, così come

definiti dall’Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze (OEDT – EMCDDA):

dimensione e caratteristiche del consumo di droga nella popolazione in generale;

diffusione del problema della tossicodipendenza;

domanda di trattamento da parte dei tossicodipendenti;

decessi legati alla droga e mortalità dei tossicodipendenti;

malattie contagiose connesse con la droga (HIV, epatite).

Il Rapporto 2009 è strutturato nelle seguenti parti:

Consumo di sostanze nella popolazione generale e tra gli studenti di scuola secondaria

Sono riportati i dati delle indagini realizzate in Italia dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) – Istituto di Fisiologia clinica per la stima dei consumatori di sostanze psicotrope sia nella popolazione generale. Tali indagini hanno lo scopo di monitorare i consumi di droghe, alcol, tabacco e altri comportamenti a rischio nella popolazione generale secondo gli standard metodologici definiti dall’Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT). In tal modo risulta possibile un confronto tra stati, regioni e tra le stesse province dell’Emilia-Romagna.

La prima indagine - denominata IPSAD-Italia@2007-2008 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) – è stata realizzata tra circa 1.500 residenti di età tra i 15 ed i 64 anni dell’Emilia-Romagna. Nelle indagini precedenti erano intervistati soggetti di età 15-54 anni, per cui i confronti tra le prevalenze riportate nel rapporto effettuati esclusivamente tra il genere e le classi di età fino ai 54 anni.

La seconda indagine – denominata ESPAD-Italia@2008 – è stata realizzata su tra circa 2.500 studenti di età 15-19 anni di un campione di scuole dell’Emilia-Romagna. L’indagine, attraverso la compilazione di un questionario anonimo auto-somministrato, rileva i dati relativi alla prevalenza dei consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali.

Attraverso queste indagini è stato possibile definire un quadro sull’uso di sostanze psicotrope in Regione in confronto con le altre regioni e all’interno dei territori delle Aziende USL in merito al consumo durante l’arco della vita di una persona (consumo “una tantum”), nei 12 mesi (consumo recente) e 30 giorni (consumo “attuale”) antecedenti l’intervista.

L’utenza dei Servizi pubblici e privati per le dipendenze

In questi ultimi anni la collaborazione pubblico - privato dei Servizi dell’Emilia-Romagna ha raggiunto un buon livello di funzionamento e collaborazione. Sono state sviluppate strategie organizzative che attraverso una collaborazione sinergica hanno orientato l’organizzazione dei servizi per rispondere in maniera più efficace alla domanda di trattamento.

In questa parte del rapporto – notoriamente la più tradizionale - vengono presentate le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei soggetti che accedono ai SerT e alle strutture private accreditate per il trattamento per le dipendenze per problemi legati all’abuso/dipendenza.

La salute

Il rischio di incorrere in problematiche di salute tra i consumatori di sostanze psicotrope è di gran lunga più elevato rispetto a quanto accade nella popolazione generale. I tassi

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

di morbilità, mortalità e ricoveri risultano più elevati rispetto alla popolazione delle stesse classi di età che non fa uso di sostanze.

E' questo il motivo per cui le agenzie europee raccomandano un monitoraggio costante ed attento agli indicatori di salute. Attraverso le banche dati regionali è stato possibile analizzare la diffusione dell'HIV e l'Epatite C tra gli utenti tossicodipendenti afferiti ai servizi per le dipendenze della Regione, nonché i decessi e i ricoveri direttamente attribuiti all'uso di sostanze (droghe e alcol).

Interventi e risultati

L'Area dipendenze della Regione Emilia-Romagna opera in una logica valutativa, di rendicontazione e di giudizio costante sulle attività svolte, non solo per dimostrare l'efficacia dei risultati ottenuti, ma anche per generare un sistema di miglioramento continuo. Sono stati riportati sinteticamente alcuni risultati ottenuti con le attività delle Unità di Strada dell'Emilia-Romagna e con gli interventi nel settore alcol e fumo.

Il pubblico a cui si rivolge il rapporto è vasto e va dai decisori politici e istituzionali, che orientano le strategie per migliorare le condizioni di vita dei tossicodipendenti e prevenire la nuova insorgenza del fenomeno, ai direttori dei servizi sanitari e sociali e ai professionisti che progettano gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, ai componenti dei tavoli che si occupano della stesura dei Piani sociali di Zona, alle famiglie e ai cittadini che possono costruirsi un quadro sull'uso e abuso di droghe legali e illegali sul territorio dell'Emilia-Romagna.

Mila Ferri, Responsabile Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

europsichiatria in
a e adolescenza **salute**
carceri dipendenze
sichiatria infanzia infanzia
dipendenze **mentale** patologiche **car**
sichiatria adulti **salut**
salute **mentale**

Parte I
Dati epidemiologici

1. Consumi nella popolazione generale

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive illegali nella popolazione residente nella Regione Emilia-Romagna sono stati estratti dalle indagini campionarie nazionali IPSAD-Italia®2005-2006 e IPSAD-Italia®2007-2008 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) realizzate dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Tali indagini hanno lo scopo di monitorare i consumi di droghe, alcol, tabacco e altri comportamenti a rischio nella popolazione generale secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT).

Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti: le domande presenti nel questionario non permettono di risalire in alcun modo all'identità di chi lo compila. Si deve sottolineare che per l'indagine IPSAD-Italia®2005-2006 i dati disponibili sono in riferimento alla popolazione di età compresa tra i 15 ed i 54 anni, mentre per l'indagine IPSAD-Italia®2007-2008 tra i 15 ed i 64 anni. Il confronto tra le prevalenze, stimate nel corso delle due indagini, è stato effettuato, quindi, esclusivamente tra il genere e le classi di età fino ai 54 anni.

Nel corso dell'indagine IPSAD-Italia®2007-2008 sono stati somministrati circa 1.500 questionari.

Gioco d'azzardo

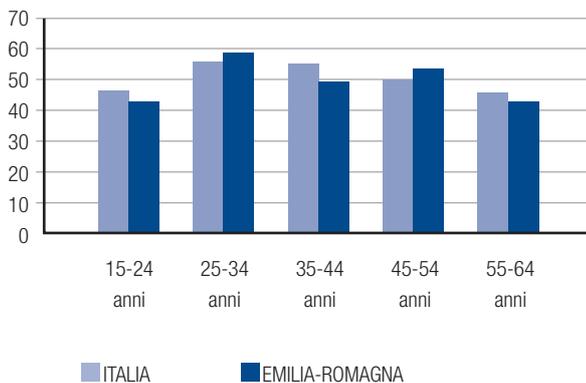
Tra la popolazione regionale di 15-64 anni, il 49% della popolazione maschile ed il 24,6% della femminile riferiscono di aver praticato, almeno una volta nella vita giochi in cui si puntano soldi (Italia: m=50,1%; f=29,4%). Tra i maschi, il 58% circa dei 25-34enni ed il 52% dei 45-54enni hanno praticato "una tantum" questi giochi, mentre tra i 35-44enni e 55-64enni le quote raggiungono il 48% ed il 43% circa.

Tra i 15-24enni maschi, il 42,4% almeno una volta nella vita ha praticato giochi in cui si vincono/perdono soldi. Le prevalenze maschili regionali risultano in linea con quelle nazionali, fatta eccezione per quelle riferite ai 35-44enni che sono inferiori (Italia=54%).

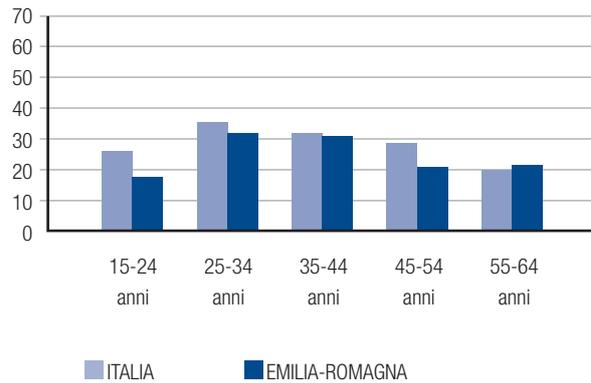
Nella popolazione femminile, il gioco d'azzardo "una tantum" ha riguardato il 17,5% delle 15-24enni ed il 32% delle 25-34enni, per raggiungere il 31% circa tra le 35-44enni ed il 21% tra le donne di 45 anni ed oltre. Le prevalenze femminili risultano inferiori a quelle nazionali, in particolare tra le giovani di 15-24 anni e le donne di 45-54 anni (in Italia rispettivamente il 25% e 29% circa).

Fig. 1. Prevalenza gioco d'azzardo nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta nella vita), articolata per genere e classe d'età. Confronto Italia – Emilia-Romagna.

a) maschi;



b) femmine.

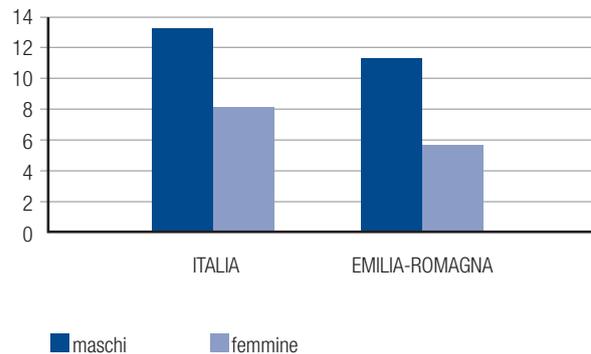


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

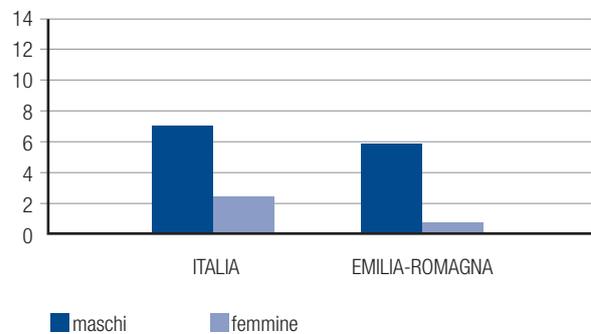
Tra coloro che hanno giocato puntando soldi, l'11% dei maschi ed il 5,4% delle femmine riferisce l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti (Italia: m=13,1%; f=8%) e per il 6,1% e 0,5% dei collettivi rispettivamente maschile e femminile si è trattato di un comportamento da tenere nascosto ai propri familiari (Italia: m=7,4%; f=2,6%).

Fig. 2. Confronto Italia – Emilia-Romagna.

a) prevalenza soggetti che riferiscono impulso a giocare somme maggiori nella popolazione generale tra coloro che hanno giocato d'azzardo, articolata per genere.



b) prevalenza soggetti che riferiscono di tener nascosta l'entità del loro gioco ai familiari nella popolazione generale tra coloro che hanno giocato d'azzardo, articolata per genere e classe d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

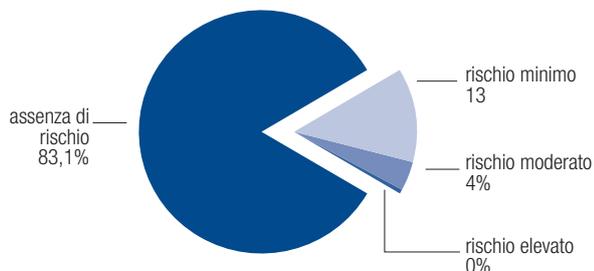
Secondo le risposte fornite al questionario CPGI (Canadian Problem Gambling Index)¹ dai soggetti che hanno dichiarato

¹ Questionario per la valutazione del grado di problematicità connesso alla pratica del gioco d'azzardo.

di avere giocato somme di denaro, gli intervistati sono stati classificati secondo il livello di problematicità connessa a questo tipo di comportamento.

Per l'83% circa dei soggetti il comportamento di gioco risulta esente da rischio (Italia: 80%), per il 13% si tratta di un gioco associato ad un rischio minimo (Italia: 14,4%), mentre per il 4% e lo 0,4% il grado di rischio risulta rispettivamente moderato ed elevato (Italia: 4,6% e 0,8%).

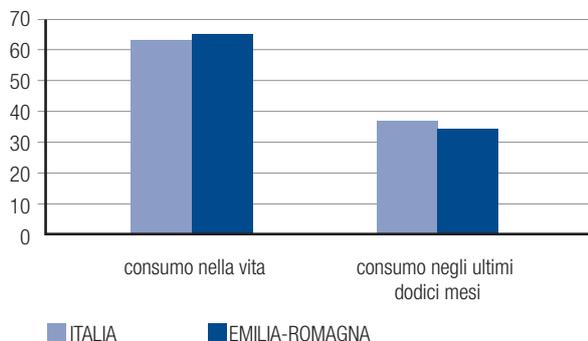
Fig. 3. Distribuzione dei soggetti nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna che riferiscono gioco di azzardo in base alla problematicità connessa a tale comportamento.



Consumi di tabacco

Il 66,6% della popolazione di 15-64 anni residente in regione ha provato a fumare sigarette almeno una volta nella vita ed il 35,3% ha proseguito nel corso dell'ultimo anno (Italia: 63,1% e 36,4%). Tra i soggetti che hanno provato a fumare sigarette, quindi, il 53% ha continuato a farlo anche nel corso dell'ultimo anno.

Fig. 4. Uso di tabacco nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Tra la popolazione emiliana-romagnola di 15-64 anni il 36,4% dei maschi ed il 34,2% delle femmine ha fumato almeno una sigaretta nel corso dell'anno. In entrambi i generi, oltre il 40% dei soggetti di 15-24 anni ha consumato tabacco nel corso degli ultimi 12 mesi (m=43,9%; f=41,8%), mentre tra i 25-34enni la quota raggiunge il 45% tra i maschi ed il 41% tra le femmine.

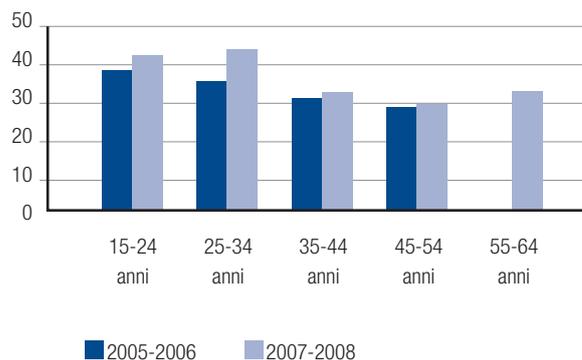
Poco meno di un terzo della popolazione di 35 anni ed oltre, nel corso dell'ultimo anno ha fumato sigarette (35-44 anni: m=33,3%; f=29,8%; 45-54 anni: m=30,4%; f=30,8%; 55-64 anni: m=32,6%; f=31,9%).

Il confronto con la rilevazione precedente, evidenzia tra i 25-34enni un incremento delle prevalenze di consumo (nei maschi da 36% a 45%; nelle femmine da 32% a 41%).

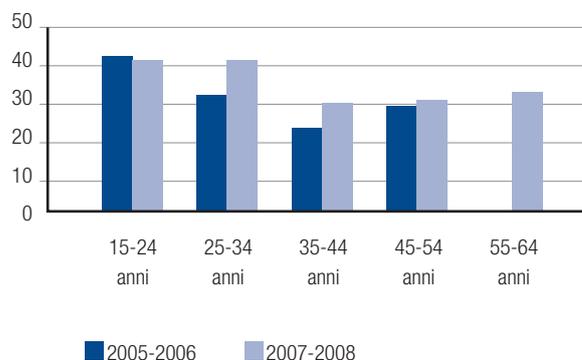
Tra la popolazione regionale maschile si osserva, inoltre, un aumento dei fumatori di 15-24 anni (da 38,6% a 43,9%), così come tra le donne di 35-44 anni (da 25% a 30%).

Fig. 5. Uso di tabacco nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi;



b) femmine.

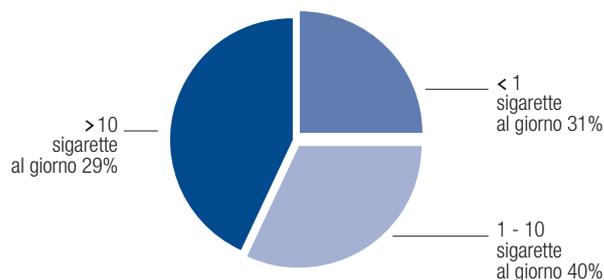


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

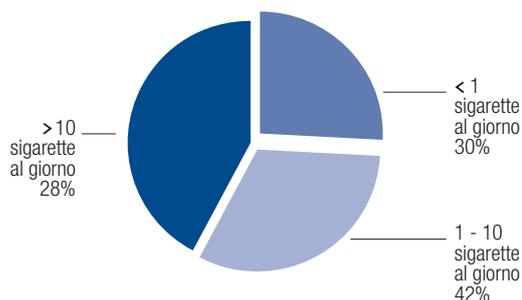
Tra i soggetti che hanno consumato tabacco nel corso dell'anno, il 29% del collettivo maschile ed il 28% di quello femminile ha riferito di aver fumato più di 10 sigarette al giorno, mentre per il 40% dei fumatori ed il 42% delle fumatrici si è trattato di fumarne al massimo 10.

Fig. 6. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcool nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi



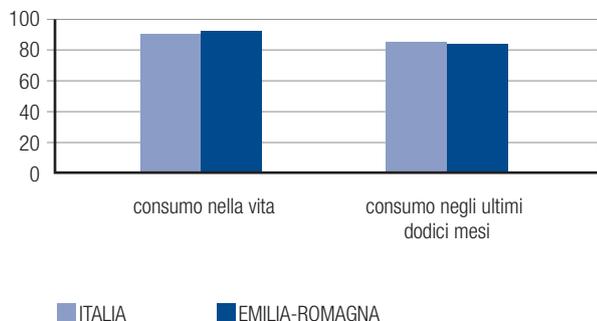
b) femmine.



Consumi di alcol

Il 91% della popolazione regionale di 15-64 anni ha consumato almeno una volta nella vita una o più bevande alcoliche e l'84,3% ha continuato a farlo nel corso degli ultimi 12 mesi, prevalenze simili a quelle registrate a livello nazionale (90,1% e 85,1%).

Fig. 7. Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.



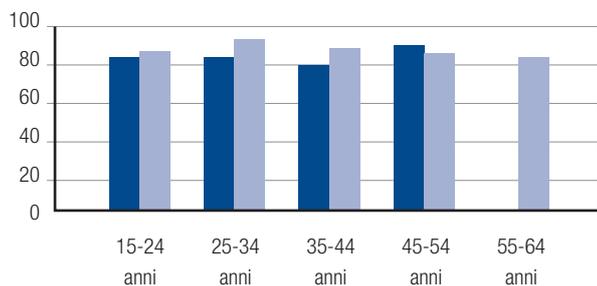
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Il consumo annuale di alcolici, pur registrando prevalenze consistenti in entrambi i generi ed in tutte le classi di età, riguarda in particolar modo il genere maschile (90,2%; f=78,3%). Nella popolazione maschile le quote più consistenti di consumatori si osservano tra i soggetti di età compresa tra i 25 ed i 34 anni (95,3%), mentre in quella femminile si osservano tra le giovani donne di 15-24 anni (87,5%; m=89,6%) e di 25-34 anni (85,5%). In entrambi i generi, le prevalenze di consumo diminuiscono all'aumentare dell'età della popolazione, raggiungendo tra i soggetti di 35-44 anni una quota pari al 90,3% tra gli uomini ed al 77% tra le donne e tra i 55-64enni rispettivamente l'86,6% ed il 70%.

Rispetto alla rilevazione precedente, si osserva un incremento generale delle prevalenze, in particolare tra i soggetti di 25-34 anni (Anno 2005-2006: m=85,9%; f=74,4%) e di 35-44 anni (Anno 2005-2006: m=80,9%; f=66,9%).

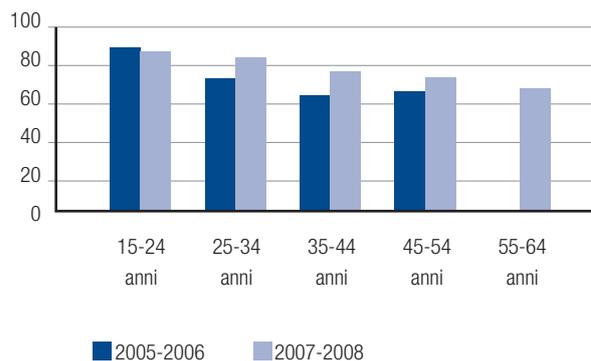
Fig. 8. Uso di alcol nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi;



2005-2006 2007-2008

b) femmine.

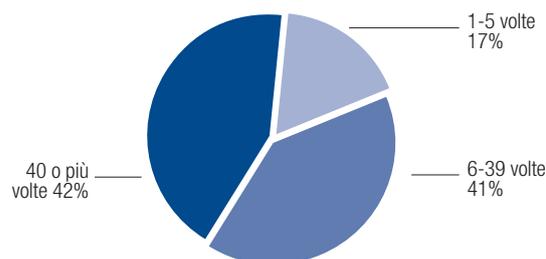


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

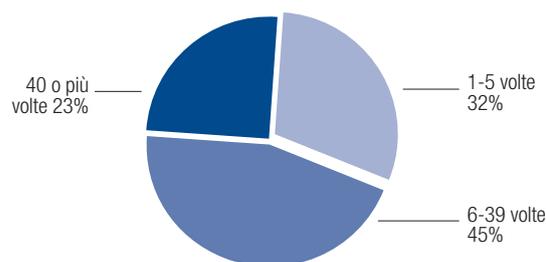
In Emilia-Romagna, tra i soggetti che hanno riferito il consumo di bevande alcoliche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario, il 42% dei maschi ed il 23% delle femmine ha riferito di aver bevuto 40 o più volte, mentre il 17% del collettivo maschile ed il 32% di quello femminile ne ha assunto occasionalmente (da 1 a 5 volte durante l'anno).

Fig. 9. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



b) femmine.

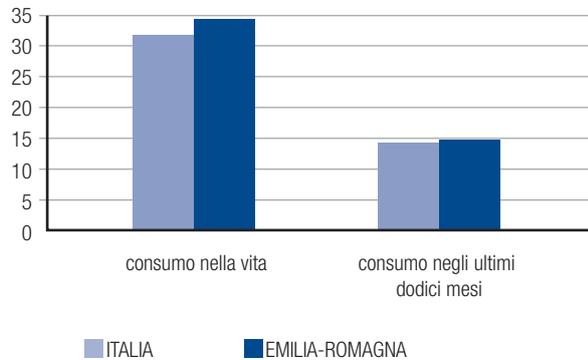


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Consumi di cannabis

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 34,2% della popolazione regionale di 15-64 anni, mentre il 14,7% ha continuato ad utilizzarne nel corso dell'ultimo anno (Italia: 32% e 14,3%).

Fig. 10. Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.



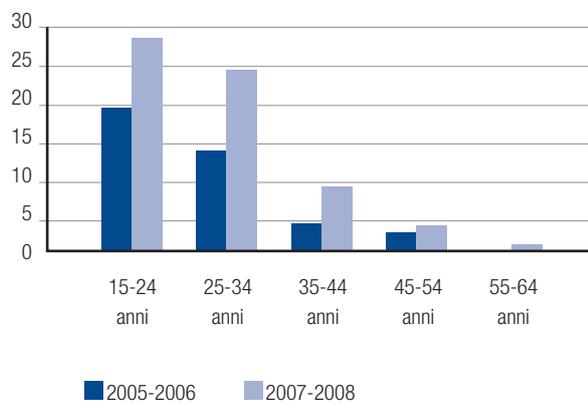
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Il consumo di cannabis durante l'anno ha riguardato il 17,6% della popolazione regionale maschile e l'11,8% della femminile. In entrambi i generi, l'uso di cannabis risulta più diffuso tra i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=28,5%; f=19%) e di 25-34 anni (m=24,2%; f=14,7%), per diminuire progressivamente all'aumentare dell'età della popolazione. Il maggior decremento si registra nel passaggio dai 25-34 anni alla successiva classe di età: tra i 35-44enni, infatti, l'8,5% dei maschi ed il 5% delle femmine riferisce di aver utilizzato la sostanza durante l'ultimo anno. Le quote dei consumatori raggiungono il 3,3% ed il 2,3% nei maschi e nelle femmine di 45-54 anni, mentre tra i 55-64enni risultano pari a 0,4% in entrambi i generi.

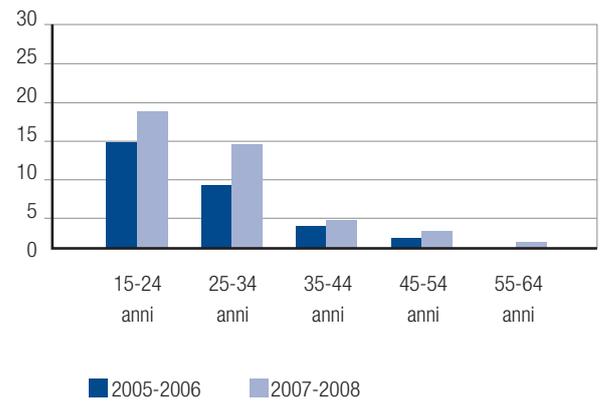
Rispetto alla rilevazione svolta nel biennio precedente, in entrambi i generi si osserva un aumento dei consumatori di cannabinoidi tra i soggetti di 15-24 anni (Anno 2005-2006: m=20,1%; f=14,9%) e di 25-34 anni (Anno 2005-2006: m=13,9%; f=9,2%).

Fig. 11. Uso di cannabis nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi;



b) femmine.

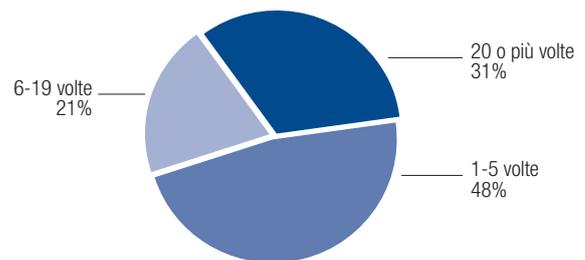


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

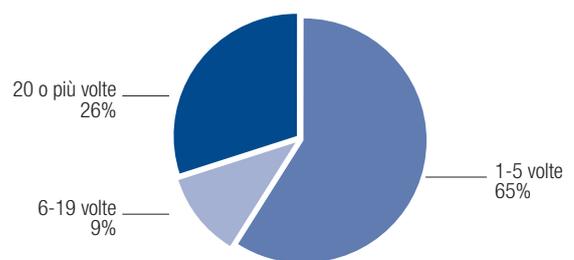
Tra i soggetti che hanno utilizzato cannabis negli ultimi 12 mesi, il 48% dei maschi ed il 65% delle femmine riferisce di averne consumato fino a 5 volte, mentre per il 31% dei consumatori ed il 26% delle consumatrici si è trattato di un consumo frequente della sostanza (20 o più volte durante l'anno).

Fig. 12. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



b) femmine.

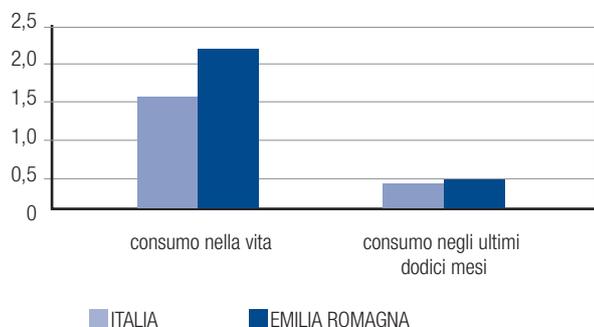


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Consumi di eroina

Il 2,2% della popolazione di 15-64 anni residente nella regione Emilia-Romagna riferisce di aver sperimentato il consumo di eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,5% ne ha utilizzato anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (Italia=1,6% e 0,4%).

Fig. 13. Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.

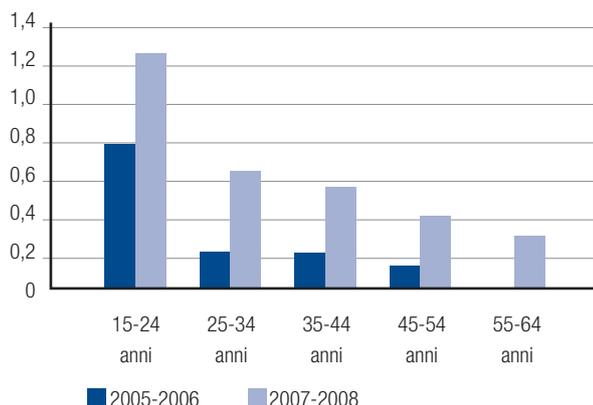


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Il consumo annuale di eroina ha coinvolto lo 0,7% della popolazione regionale maschile e lo 0,3% della femminile. Nel genere maschile le quote più elevate di consumatori si osservano tra i soggetti più giovani di 15-24 anni (1,3%), per poi decrescere nelle successive classi di età, raggiungendo lo 0,7% tra i 25-34enni e lo 0,4-0,3% tra i soggetti più adulti. Anche nel genere femminile tra le 15-24enni si registra la prevalenza più elevata di consumatrici (0,7%), seguita da una quota pari a 0,3-0,2% nelle altre classi di età. Rispetto alla precedente rilevazione, effettuata nel 2005-2006, le prevalenze di consumo di eroina aumentano nel genere maschile e rimangono sostanzialmente stabili in quello femminile.

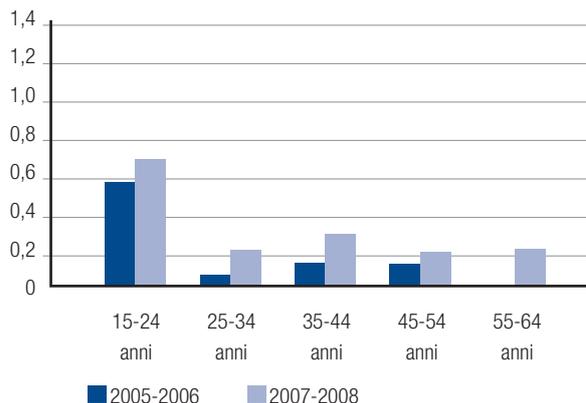
Fig. 14. Uso di eroina nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi;



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

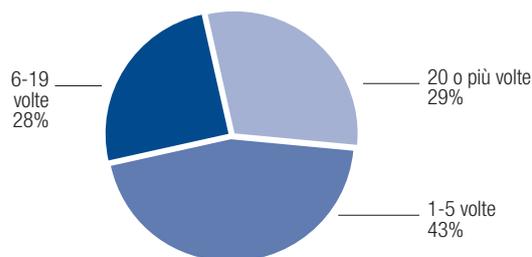
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

Tra i consumatori di eroina, il 43% riferisce di averne fatto un uso occasionale (da 1 a 5 volte), mentre per il 29% il consumo è stato più frequente (20 o più volte nel corso dell'ultimo anno).

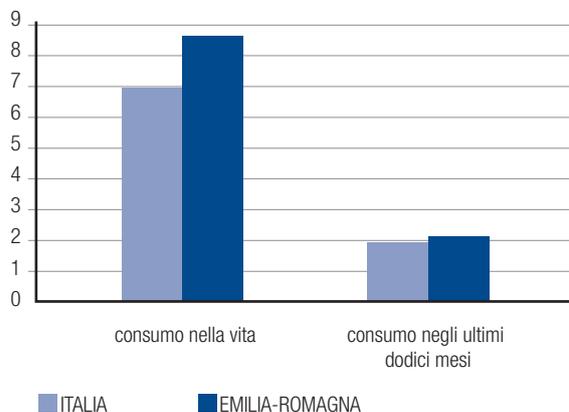
Fig. 15. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Consumi di cocaina

L'8,7% della popolazione emiliana-romagnola di 15-64 anni ha provato cocaina almeno una volta nella vita, prevalenza che risulta superiore a quella nazionale (7,1%), mentre il 2,2% ammette di averne consumato anche nel corso dell'ultimo anno (Italia=2,1%).

Fig. 16. Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.



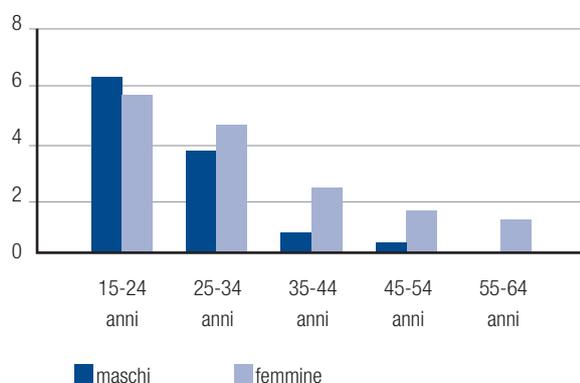
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Il consumo di cocaina ha riguardato in particolar modo il genere maschile (2,9% contro 1,4% delle femmine) ed i soggetti di età compresa tra i 15 ed i 34 anni: in entrambi i generi, sono i soggetti di 15-24 anni e di 25-34 anni che, in percentuale maggiore rispetto ai soggetti più adulti, riferiscono di aver assunto cocaina una o più volte nel corso dell'ultimo anno (15-24 anni: m=5,68%; f=2,9%; 25-34 anni: m=4,6%; f=2,3%). Le prevalenze di consumo diminuiscono progressivamente nelle successive classi di età, fino a raggiungere tra i 35-44enni il 2,4% tra i maschi e lo 0,6% tra le femmine e tra i soggetti più maturi prevalenze intorno all'1,5% nei maschi e allo 0,4% tra le femmine.

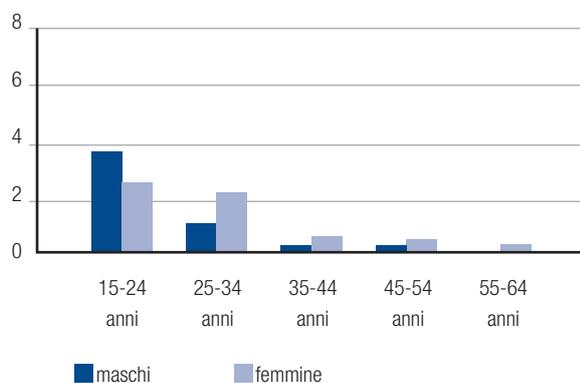
Rispetto al precedente studio campionario, a livello regionale si osserva una tendenza alla stabilizzazione delle prevalenze di consumo in entrambi i generi ed in quasi tutte le classi di età.

Fig. 17. Uso di cocaina nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi;



b) femmine.

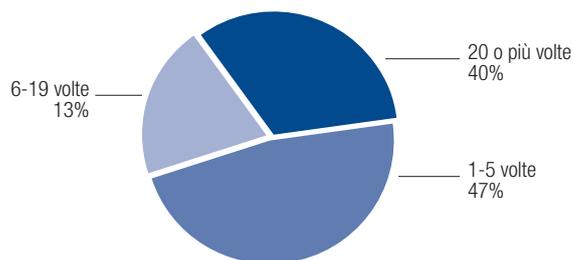


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

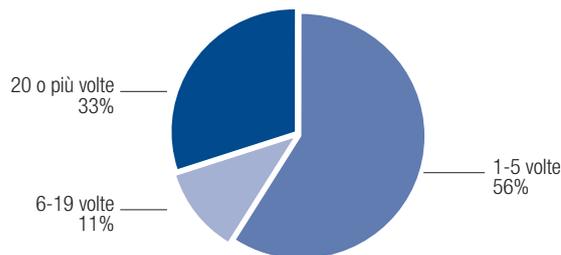
Tra i soggetti che hanno utilizzato cocaina nel corso dell'anno, il 47% del collettivo maschile ed il 56% di quello femminile ha riferito un consumo occasionale (da 1 a 5 volte in 12 mesi), mentre l'assunzione più frequente (20 o più volte annue) ha caratterizzato il 40% dei consumatori ed un terzo delle consumatrici.

Fig. 18. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi



b) femmine.

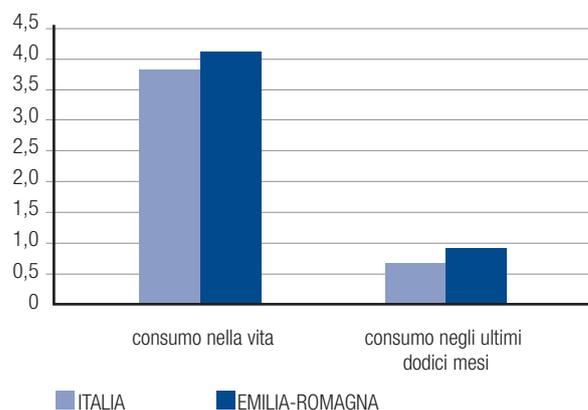


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Consumi di stimolanti

Il 4,2% della popolazione di 15-64 anni residente nella regione, almeno una volta nel corso della propria vita ha avuto un contatto con amfetamine, ecstasy, GHB o altri stimolanti, mentre lo 0,9% ha assunto queste sostanze almeno una volta nel corso dell'anno antecedente lo svolgimento dell'indagine (Italia rispettivamente 3,8% e 0,7%).

Fig. 19. Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

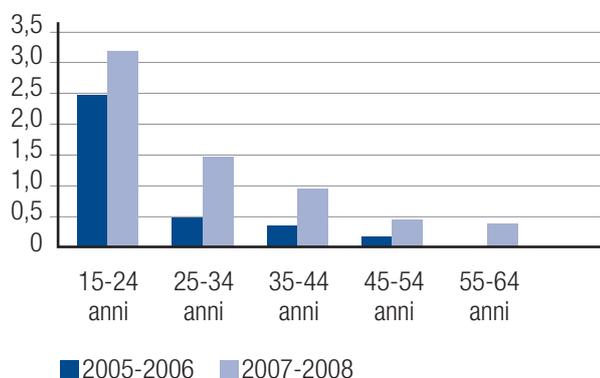
Il consumo di sostanze stimolanti ha coinvolto soprattutto il genere maschile (m=1,4%; f=0,4%) ed i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=3,2%; f=1,1%). Le prevalenze di consumo decrescono in corrispondenza dell'aumentare dell'età dei soggetti, in particolare nel genere maschile: tra i maschi di 25-34 anni il consumo riguarda l'1,5%, dei soggetti, tra i 35-44enni lo 0,9% e tra i soggetti delle classi di età successive lo 0,4%.

Nel genere femminile, il maggior decremento si osserva nel passaggio dai 15-24 ai 25-34 anni (0,4%), per poi stabilizzarsi nelle successive classi di età intorno allo 0,2-0,3%.

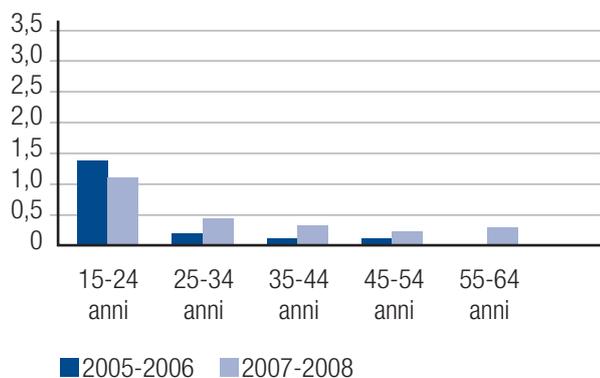
Nel corso delle due rilevazioni campionarie, le prevalenze rimangono sostanzialmente stabili, ad eccezione del leggero incremento registrato tra i maschi 15-24enni (da 2,5% a 3,2%) e 25-34enni (da 0,5% a 1,5%).

Fig. 20. Uso di stimolanti nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi;



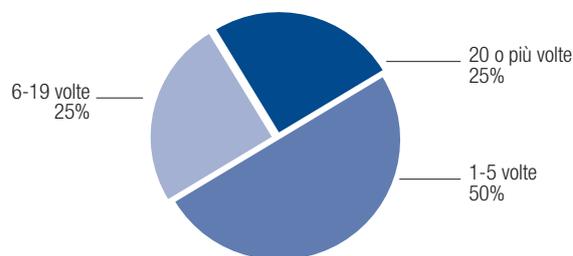
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

Tra i soggetti che hanno utilizzato sostanze stimolanti durante l'anno, la metà ha riferito un consumo occasionale (da 1 a 5 volte in 12 mesi), mentre l'assunzione più frequente (20 o più volte annue) ha caratterizzato il 25% dei consumatori.

Fig. 21. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

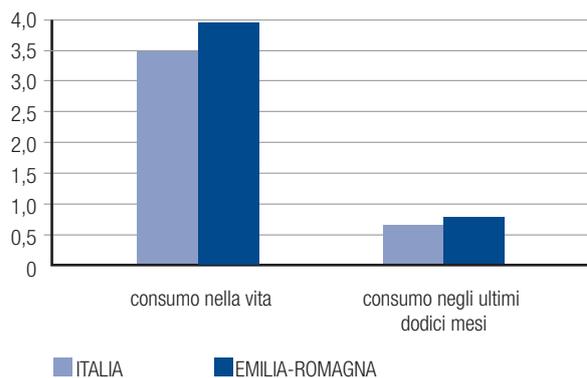


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Consumi di allucinogeni

Il 3,9% della popolazione regionale ha sperimentato il consumo di allucinogeni (almeno una volta nella vita), mentre lo 0,8% ne ha assunto anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (Italia: 3,5% e 0,7%).

Fig. 22. Uso di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia-Romagna.

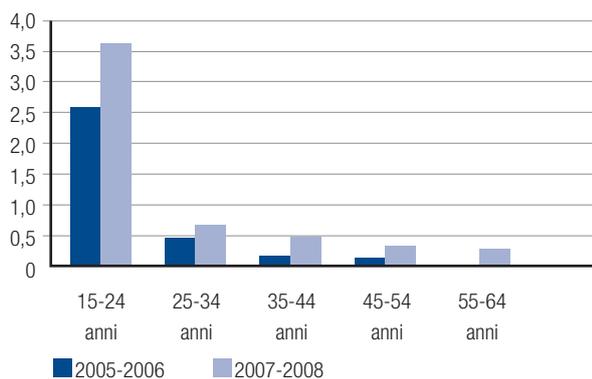


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

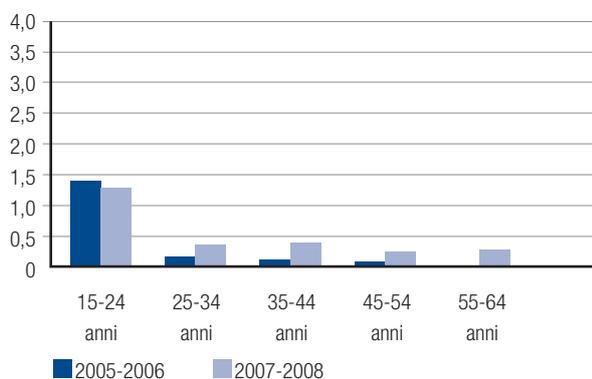
Anche in questo caso, il consumo di sostanze allucinogene coinvolge in particolar modo il genere maschile (1,1%; f=0,5%) ed i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=3,7%; f=1,4%). Al crescere dell'età dei soggetti corrisponde una diminuzione delle prevalenze di consumo: in entrambi i generi, il maggior decremento si registra nel passaggio dai 15-24 ai 25-34 anni (m=0,7%; f=0,3%), per stabilizzarsi nelle classi di età successive, raggiungendo lo 0,3% nei soggetti più adulti. Rispetto alla precedente rilevazione, le prevalenze di consumo rimangono sostanzialmente stabili, fatta eccezione per il leggero incremento registrato tra i maschi 15-24enni (da 2,6% a 3,7%).

Fig. 23. Uso di allucinogeni nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.

a) maschi



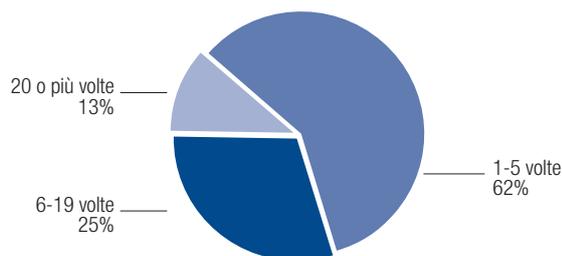
b) femmine



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006; IPSAD-Italia®2007-2008

Tra i residenti emiliano-romagnoli che hanno consumato allucinogeni nell'anno, il 62% ne ha utilizzato da 1 a 5 volte, il 13% lo ha fatto per 20 o più volte.

Fig. 24. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Policonsumo

L'analisi riferita al consumo associato di più sostanze delinea in modo completo i consumi delle sostanze psicoattive illecite nella popolazione generale.

La figura successiva rappresenta la distribuzione di prevalenza d'uso di sostanze legali tra la popolazione che ha consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

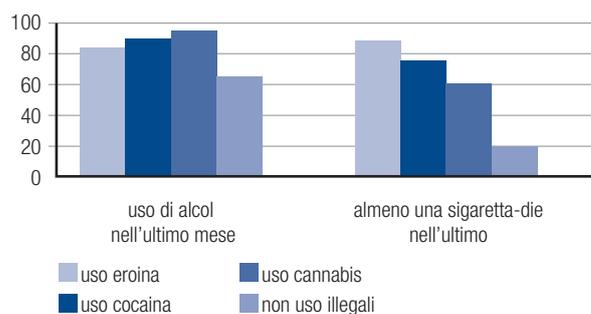
Circa il 14,7% della popolazione emiliano-romagnola riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo anno, tra questi il 96% ha bevuto alcolici nello stesso periodo e il 60% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta.

Il 2,2% della popolazione regionale ha utilizzato cocaina negli ultimi dodici mesi: di questi il 90% ha utilizzato alcolici ed il 74% ha fumato sigarette tutti i giorni.

Lo 0,5% della popolazione regionale di 15-64 anni, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, ha fatto uso di eroina: tra questi, l'83% ha bevuto alcolici e l'86% ha quotidianamente fumato sigarette.

Tra la popolazione che non ha consumato sostanze illecite nel corso dell'ultimo anno, il 68% ha assunto bevande alcoliche ed il 20% ha fumato quotidianamente.

Fig. 25. Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.



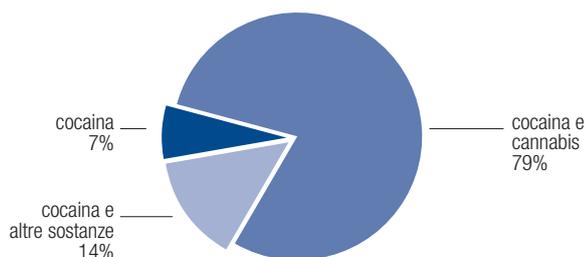
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

Tra i soggetti che hanno consumato cocaina nell'ultimo anno, il 79% riferisce di aver associato il consumo di cocaina a quello di cannabis ed il 14% a quello di altre sostanze psicoattive illecite, mentre il 7% ne ha fatto un uso esclusivo.

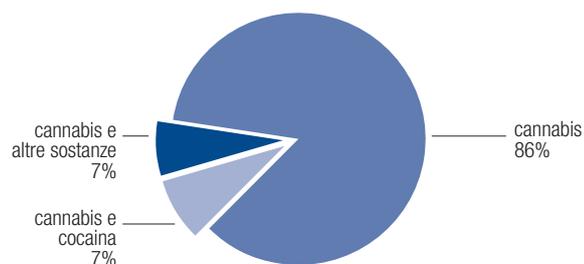
Tendenza opposta si osserva tra i consumatori di cannabinoidi: per l'86% si è trattato di un consumo esclusivo della sostanza e per la restante parte di associare il consumo di cannabis a quello di cocaina (7%) e a quello di altre sostanze psicoattive illecite (7%).

Fig. 26. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi:

a) distribuzione tra i consumatori di cocaina;



b) distribuzione tra i consumatori di cannabis.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007-2008

2. Consumi nei giovani studenti di scuola media superiore

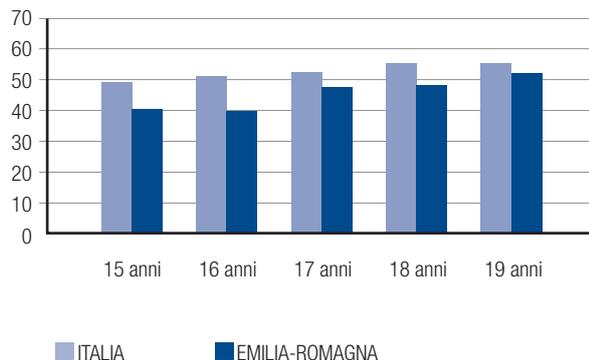
I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione studentesca della Regione Emilia Romagna sono stati estratti dallo studio ESPAD-Italia@2008. L'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe illegali tra gli studenti di 15-19 anni, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato. Nel corso dell'indagine ESPAD-Italia@2008 sono stati somministrati circa 2.500 questionari.

Gioco d'azzardo

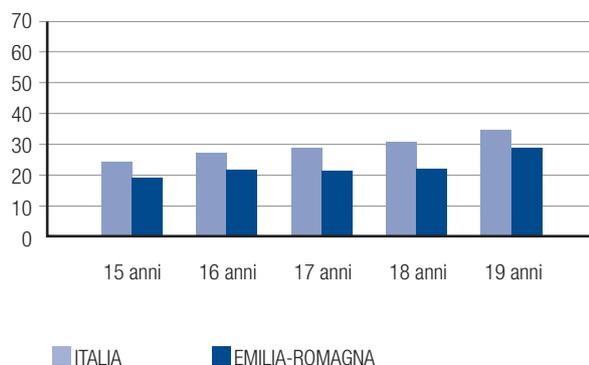
Nella popolazione studentesca regionale, il 45% dei maschi ed il 22,8% delle femmine, almeno una volta nei dodici mesi precedenti la somministrazione del questionario, hanno giocato puntando soldi. Tra i 15enni, il 41% dei maschi ed il 19% delle femmine hanno adottato tale comportamento almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, mentre tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 51% ed il 29%. Le prevalenze regionali risultano inferiori a quelle nazionali (m=52,6%; f=28,8%), in entrambi i generi ed in tutte le classi di età, in particolare tra i 15enni (Italia: m=48%, f=25,1%; Emilia Romagna: m=40,7%, f=19,1%), i 18enni (Italia: m=55,2%, f=30,4%; Emilia Romagna: m=47,6%, f=23,2%) ed i maschi di 16 anni (Italia=51,3%; Emilia Romagna=40,2%).

Fig. 1. Prevalenza nella popolazione studentesca che riferiscono di aver fatto giochi in cui si vincono soldi (almeno una volta nella vita), articolata per genere e classe di età. Confronto Italia – Emilia Romagna.

a. maschi



b. femmine



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

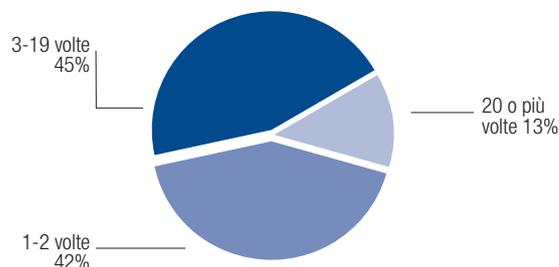
Tra gli studenti maschi che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, il 45% ha ripetuto il comportamento dalle 3 alle 19 volte in un anno, mentre il 13% per 20 o più volte.

Per quanto riguarda le ragazze che nel corso dell'anno hanno praticato giochi in cui si vincono e/o perdono soldi, oltre la

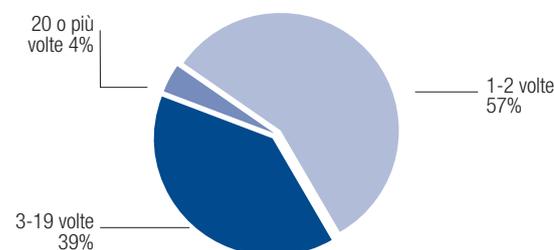
metà ha giocato 1-2 volte (57%), mentre il 4% ha ripetuto il comportamento 20 o più volte.

Fig. 2. Distribuzione della frequenza di gioco d'azzardo nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



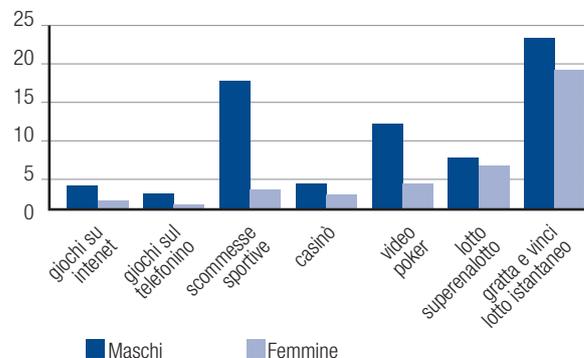
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

Tra gli studenti che negli ultimi 12 mesi hanno fatto giochi in cui si vincono e/o perdono soldi, il 21% ha preferito il gioco del "gratta e vinci" e del "lotto istantaneo" (m=23,8%; f=19,3%), l'8,5% ha fatto "scommesse sportive" (m=17,9%; f=2,4%), il 7,6% ha giocato a "video poker" (m=13,2%; f=3,9%) ed un altro 7,6% ha preferito il gioco del "lotto e/o superenalotto" (m=7,8%; f=7,4%). inoltre, il 2,7% ha giocato in un casinò (m=3,7%; f=2%), il 2% ha giocato d'azzardo online (m=3,3%; f=1,2%) e l'1,2% sul cellulare (m=1,7%; f=0,8%).

Fig. 3. Distribuzione della frequenza dei giochi d'azzardo praticati negli ultimi dodici mesi dalla popolazione studentesca regionale.



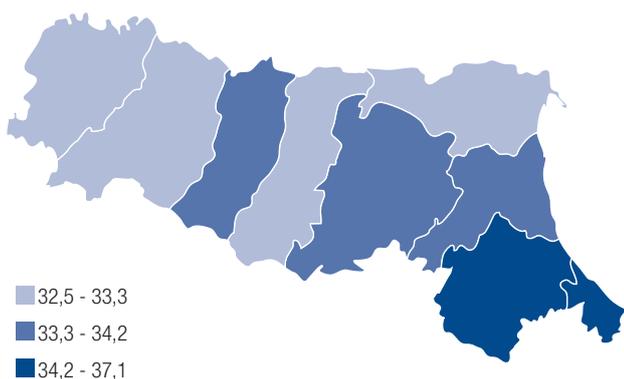
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2008

Tra gli studenti della regione che hanno giocato d'azzardo durante l'anno, il 70% ha speso 10 euro o meno, (Italia=69%), il 25% ha speso tra gli 11 ed i 50 euro (Italia=24%), mentre per il restante 5% il gioco ha comportato una spesa di oltre 50 euro (Italia=7%).

In base alle risposte fornite al questionario SOGS (South Oaks Gambling Screen) dai soggetti che riferiscono aver giocato somme di denaro, gli intervistati sono stati classificati sulla base del livello di problematicità connesso a questo tipo di comportamento. Per il 74,4% del collettivo studentesco regionale il comportamento di gioco è risultato esente da rischio (Italia= 69,7%), per il 17,1% risulta associato ad livello minimo di rischio (Italia=19,6%), per l'8,4% ad un rischio moderato, definibile come "gioco problematico" (Italia=10,3%) e per la restante quota, pari a 0,1%, si tratta di "gioco patologico" (Italia=0,4%).

Le province con prevalenza stimata superiore al valore regionale di riferimento risultano quelle di Rimini (37,1%) e Forlì-Cesena (36,3%), mentre le province di Piacenza (32,6%) e Modena (32,5%) si distinguono per i tassi inferiori a quello regionale. Le altre province risultano in linea con il valore medio regionale (Ravenna=34,2%; Reggio Emilia=34%; Bologna=33,8%; Parma e Ferrara=33,3%).

Fig. 3. Distribuzione della frequenza dei giochi d'azzardo praticati negli ultimi dodici mesi dalla popolazione studentesca regionale.

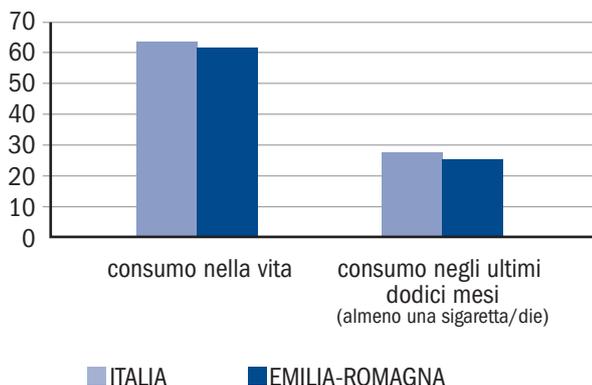


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Consumi di tabacco

Il 62% degli studenti della regione Emilia Romagna ha provato almeno una volta a fumare tabacco e per il 26% il consumo di sigarette è diventato quotidiano (Italia rispettivamente il 65,1% e 28,3%).

Fig. 5. Uso di tabacco (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Emilia Romagna.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

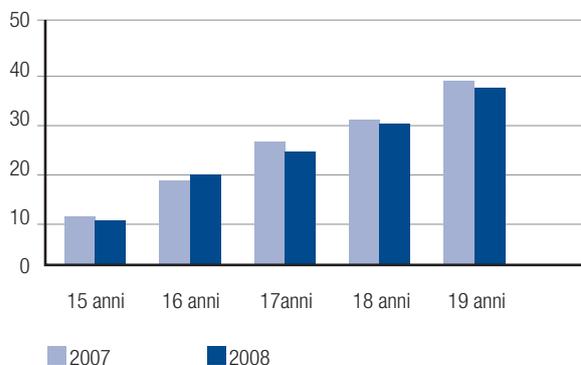
Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di tabacco nella popolazione studentesca regionale ha coinvolto il 24,5% dei maschi ed il 27,5% delle femmine, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori massimi tra gli studenti di 19 anni (m=37,7%; f=38,2%).

Le prevalenze femminili di consumo risultano superiori tra gli studenti 15enni (m=11,6%; f=14,4%), 16enni (m=20,1%; f=23,7%) e di 17 anni (m=25,3%; f=30%), tra gli studenti 18enni (m=31%; f=32,7%) e 19enni le prevalenze si equivalgono.

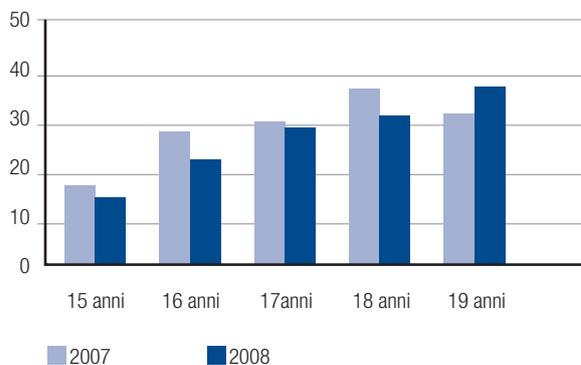
Nel corso del biennio 2007-2008, tra i maschi si rileva una sostanziale stabilizzazione delle quote di consumatori di tabacco (Anno 2007: m=24,4%) in tutte le classi di età, mentre tra le femmine le quote di fumatrici risultano tendenzialmente in diminuzione (Anno 2007=29,3%), in particolare tra le 16enni (Anno 2007: f=27,4%; m=18,6%) e le 18enni (Anno 2007: f=36,8%; m=30,9%).

Fig. 6. Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi;



b) femmine.

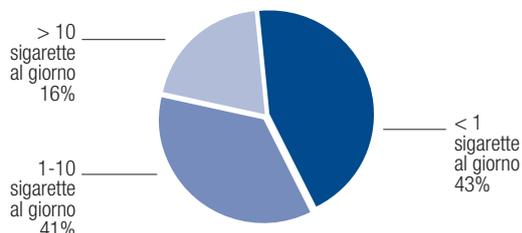


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

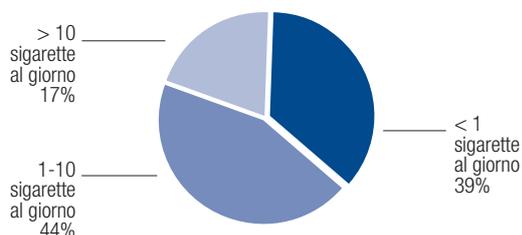
Tra gli studenti che hanno riferito il consumo di tabacco nell'ultimo anno, per oltre il 40% si è trattato di consumare non più di 10 al giorno (m=41%; f=44%), mentre il 16% dei maschi ed il 17% delle femmine ne hanno fumate quotidianamente più di 10.

Fig. 7. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



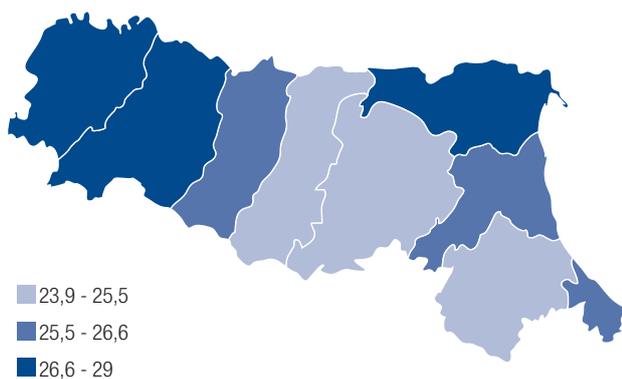
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Le province con prevalenza stimata superiore al valore regionale (26%) risultano quelle di Parma (29%), Piacenza (28%) e Ferrara (27%), mentre prevalenze leggermente inferiori si evidenziano nelle province di Forlì-Cesena e Modena (24% in entrambe) e Bologna (25,5%). Risultano in linea con la prevalenza regionale le province di Ravenna e Rimini (26% in entrambe) e Reggio Emilia (26,6%).

Fig. 8. Uso di tabacco nella popolazione studentesca (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.

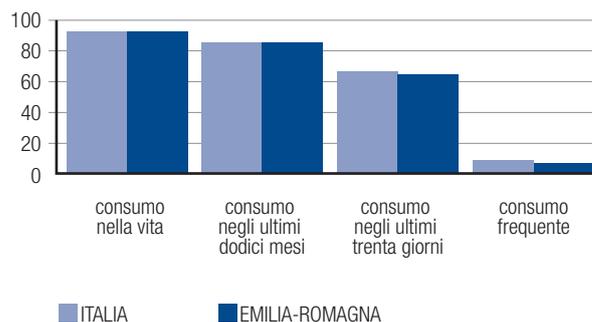


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Consumi di alcol

Il 91% della popolazione studentesca regionale ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita, l'83,9% nel corso dell'ultimo anno, per il 68,3% si è trattato di consumarne nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine e per il 5,7% il consumo è stato quotidiano (Italia rispettivamente 91%, 83,9%, 68,6% e 6,6%).

Fig. 9. Uso di alcol (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero). Confronto Italia - Emilia Romagna.



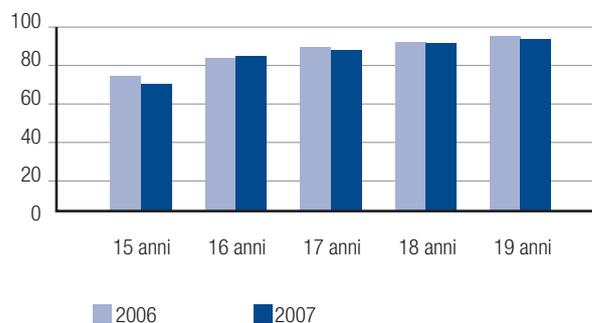
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Il consumo di bevande alcoliche, che caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i generi (m=86%; f=82%) e di tutte le classi di età, aumenta al crescere dell'età degli studenti: tra i maschi si passa dal 72,3% dei 15enni al 93,4% dei 19enni, mentre tra le femmine le rispettive prevalenze passano da 69,2% a 88,4%. In entrambi i generi, il passaggio dai 15 ai 16 anni è contraddistinto da un rilevante incremento dei consumatori, raggiungendo tra i 16enni una quota pari a 84% tra i maschi e 81,9% tra le femmine.

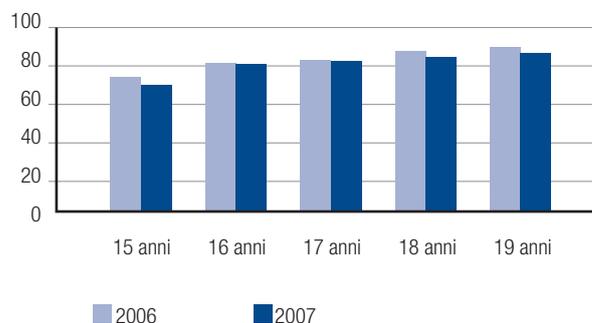
Rispetto all'anno 2008, il consumo di bevande alcoliche nella popolazione studentesca regionale rimane sostanzialmente stabile (Anno 2007: m=86,3%; f=83,5%), ad eccezione del decremento registrato tra gli studenti di 15 anni di entrambi i generi (Anno 2007: m=75%; f=73,5%).

Fig. 10. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi



b) femmine.



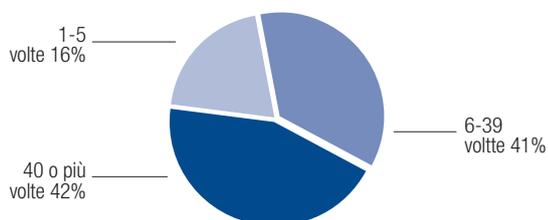
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Tra gli studenti maschi che hanno assunto bevande alcoliche durante l'anno, il 42% ha ripetuto il comportamento per 40 o più volte così come dalle 6 alle 39 volte.

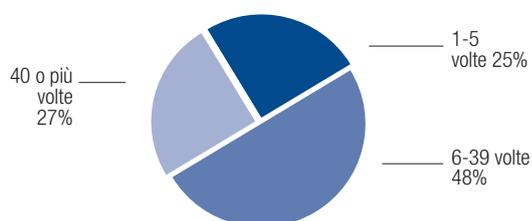
Tra le femmine, invece, circa la metà ha bevuto alcolici dalle 6 alle 39 volte in un anno, mentre il 27% circa lo ha fatto per 40 o più volte.

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

a) maschi;



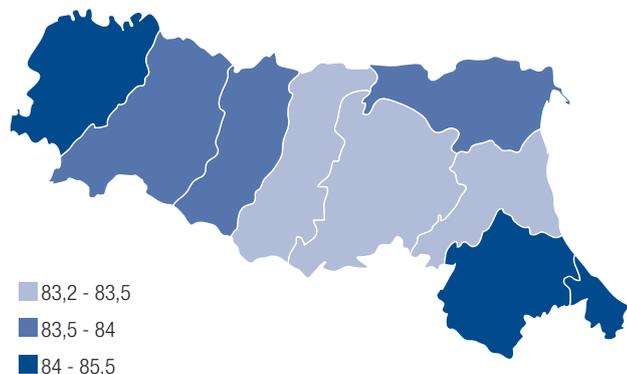
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

In tutte le province, l'84% circa degli studenti ha consumato bevande alcoliche nel corso dell'ultimo anno. Nelle province di Piacenza e Rimini le prevalenze raggiungono rispettivamente l'85% e 85,5%.

Fig. 12. Uso di alcol nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, a livello regionale il 38,5% della popolazione studentesca maschile ed il 29,1% di quella femminile ha praticato il binge drinking, ha cioè assunto, in un'unica occasione, 5 o più bevande alcoliche di fila (Italia: m=42,9%; f=28,2%).

Le quote dei binge drinkers tendono ad aumentare in corrispondenza dell'età dei soggetti: se tra i 15enni il 25% dei maschi ed il 21,3% delle femmine ha adottato tale comportamento nell'ultimo mese, tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 50,1% ed il 33,5%.

In entrambi i generi nel passaggio dai 15 ai 16 anni le quote di binge drinkers aumentano in modo considerevole, raggiungendo il 34,2% tra i maschi ed il 30% tra le femmine.

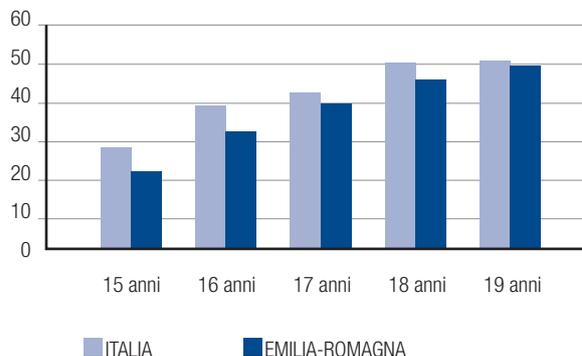
Tra i maschi anche gli altri passaggi di età si caratterizzano

per un aumento delle prevalenze dei binge drinkers, tendenza che nel genere femminile risulta più lieve-

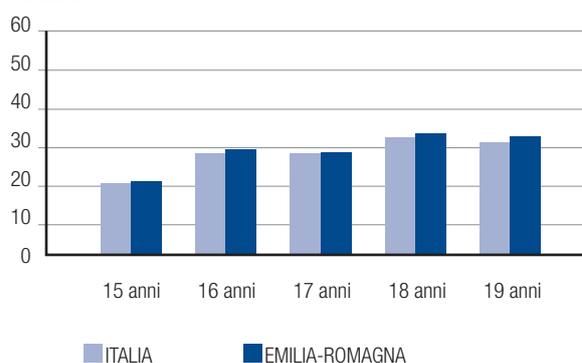
Nel genere femminile le prevalenze regionali risultano sovrapponibili a quelle nazionali, mentre in quello maschile risultano leggermente inferiori, in particolare tra i 16enni (Italia: m=39,4%; f=27,8%), 17enni (Italia: m=43,9%; f=28,3%; Emilia Romagna: m=39,9%; f=28,7%) e 18enni (Italia: m=50,5%; f=31,8%; Emilia Romagna: m=46,6%; f=32,9%).

Fig. 13. Binge drinking (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Italia - Emilia Romagna. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi



b) femmine.



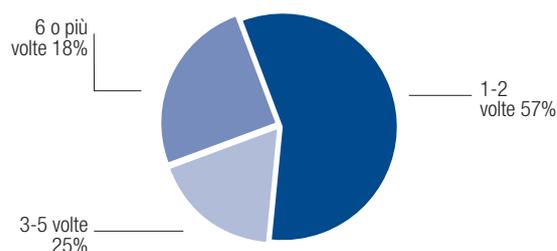
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Tra gli studenti che hanno praticato il binge drinking, oltre la metà ha adottato tale comportamento 1-2 volte nel corso dell'ultimo mese, mentre per poco meno del 25% si è trattato di ripeterlo dalle 3 alle 5 volte.

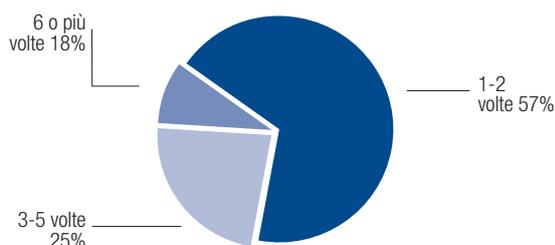
La restante parte (m=18%; f=9%) nell'ultimo mese ha praticato il binge drinking 6 o più volte.

Fig. 14. Distribuzione della frequenza di binge drinking fra coloro che l'hanno praticato (almeno una volta negli ultimi 30 giorni).

a) maschi;



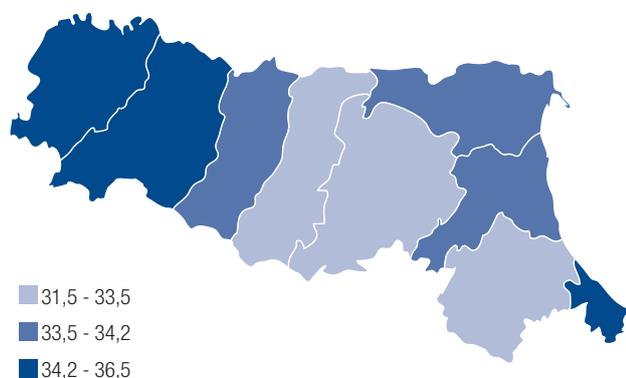
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Le prevalenze provinciali dei binge drinkers evidenziano valori leggermente superiori alla media regionale nelle province di Parma (35,3%), Piacenza (36,1%) e Rimini (36,5%), mentre nelle altre province la quota di studenti che pratica tale comportamento non si discosta dalla media regionale.

Fig. 15. Binge drinking nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.

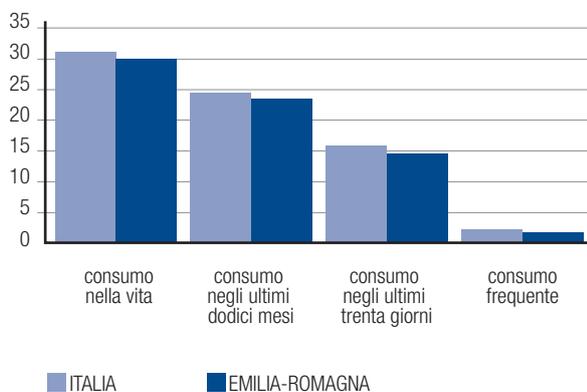


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Consumi di cannabis

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 30,2% degli studenti della regione, quota che raggiunge il 22,8% se si considera il consumo nell'anno ed il 14,9% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (in Italia rispettivamente: 31,5%, 24,2% e 15,2%). Il 2,4% della popolazione studentesca regionale riferisce di aver quotidianamente consumato cannabinoidi, così come rilevato a livello nazionale (2,7%).

Fig. 16. Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero). Confronto Italia – Emilia Romagna.



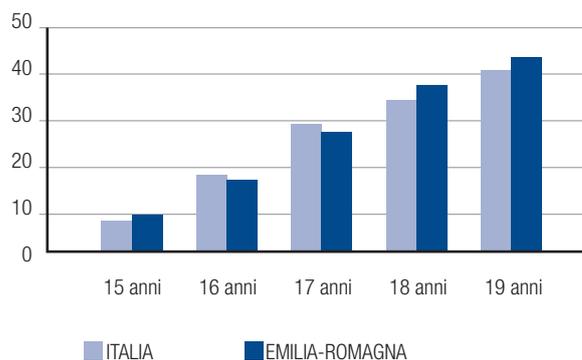
Il consumo di cannabis nell'ultimo anno, che ha coinvolto il 26% dei maschi ed il 19,7% delle femmine, risulta direttamente correlato all'età degli studenti: tra i maschi le prevalenze di consumo passano da 10% dei 15enni a 43% dei

19enni, mentre tra le studentesse da 6,7% a 32%. Nel genere maschile gli incrementi delle prevalenze di consumo di cannabinoidi si registrano nel passaggio 16-17 anni (da 17% a 27,6%) e 17-18 anni (18 anni=37%), mentre nelle femmine si rilevano nel passaggio da 15 a 16 anni (da 6,7% a 16,3%) e da 18 a 19 anni (da 24,1% a 32%).

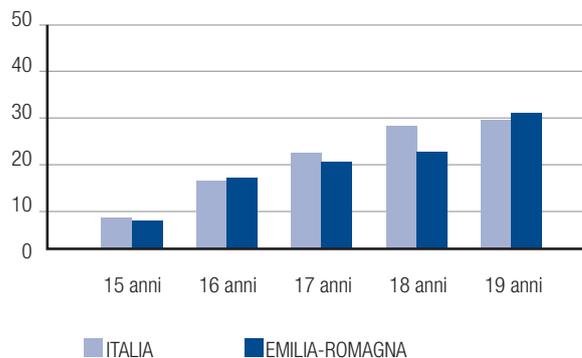
Nel corso del biennio 2007-2008, le prevalenze maschili di consumo si mantengono sostanzialmente stabili passando da 24,9% a 26%, fatta eccezione per l'incremento registrato i 18enni (da 33,7% a 37%) e 19enni (da 40,3% a 43%). Anche nel genere femminile non si osservano importanti variazioni nel corso del biennio (da 20,9% a 19,7%), eccetto i decrementi registrati tra le 17enni (da 24,3% a 21%) e 18enni (da 28,7% a 24,1%).

Fig. 17. Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi;



b) femmine.

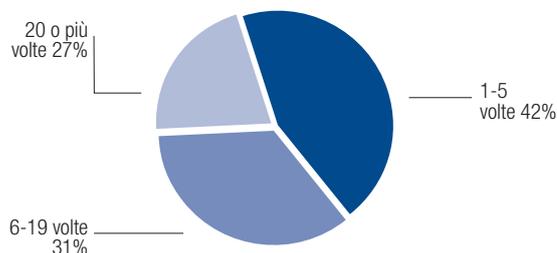


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

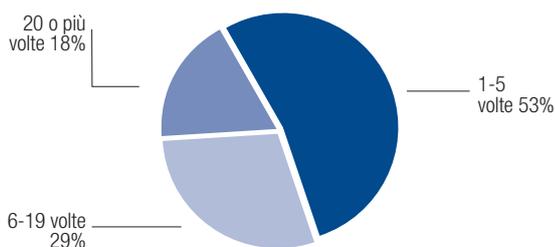
Durante l'ultimo anno, tra i consumatori maschi di cannabis il 27% ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre il 42% da 1 a 5 volte. Tra le studentesse consumatrici di cannabis, invece, oltre la metà ha utilizzato la sostanza 1-5 volte nell'anno, mentre per il 18% il consumo è stato più assiduo, per 20 o più volte.

Fig. 18. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



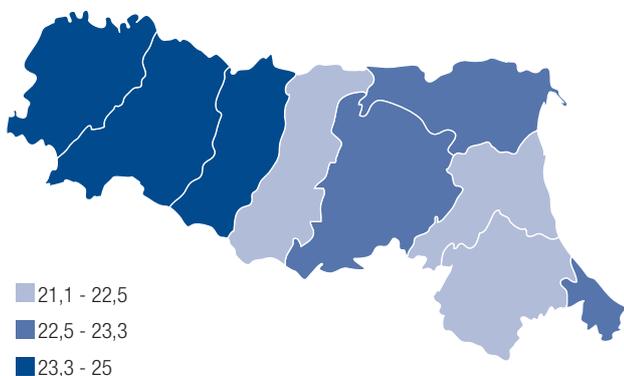
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

La propensione al consumo di cannabinoidi risulta superiore tra gli studenti delle province di Parma (25%) e Reggio Emilia (23,6%), mentre inferiori al valore medio regionale risultano le prevalenze riferite alle province di Modena (21%) e Forlì-Cesena (22,2%).

Fig. 19. Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia. Anno 2008

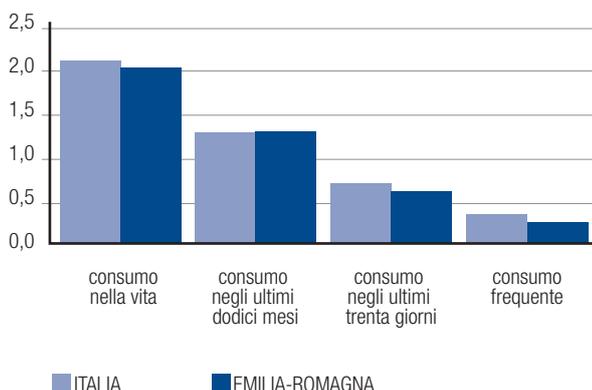


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Consumi di eroina

L'eroina è stata utilizzata almeno una volta nella vita dal 2% degli studenti della regione Emilia Romagna, mentre l'1,3% ne ha consumato nel corso dell'ultimo anno, prevalenze in linea con quelle nazionali (2,1% e 1,3%). Lo 0,6% degli studenti della regione ha recentemente assunto eroina (almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario), mentre per lo 0,3% si è trattato di consumarne frequentemente (10 o più volte negli ultimi trenta giorni) (Italia=0,8% e 0,3).

Fig. 20. Uso di eroina nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Emilia Romagna.

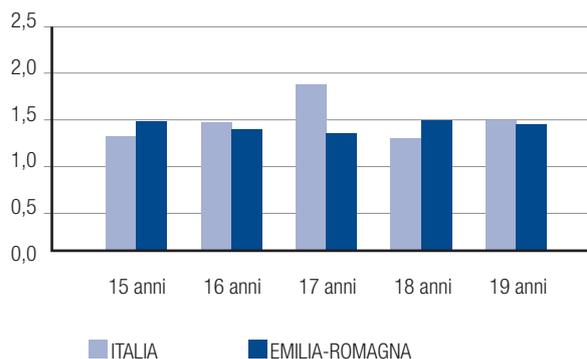


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

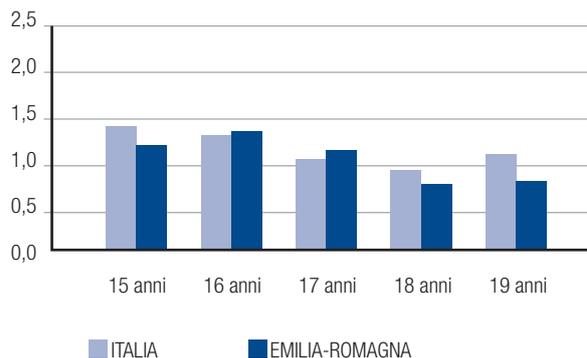
L'1,4% della popolazione studentesca maschile e l'1,1% della femminile hanno consumato eroina nel corso dell'ultimo anno. In entrambi i generi le prevalenze di consumo risultano sostanzialmente simili nelle diverse classi d'età: tra i maschi si passa da 1,4% dei 15enni a 1,3% dei 17enni a 1,5% dei 19enni, mentre tra le femmine le prevalenze corrispondono a 1,2% tra le 15enni e 17enni e 0,9% tra le 19enni. Rispetto alla rilevazione effettuata nell'anno 2007, non si rilevano variazioni significative in entrambi i generi (Anno 2007: m=1,5%; f=1,2%).

Fig. 21. Uso di eroina nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi;



b) femmine.

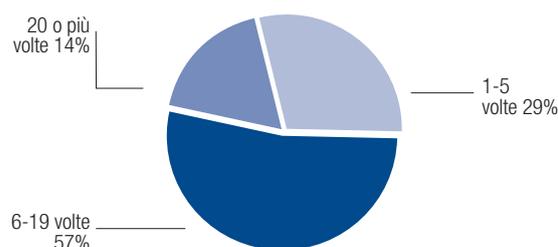


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

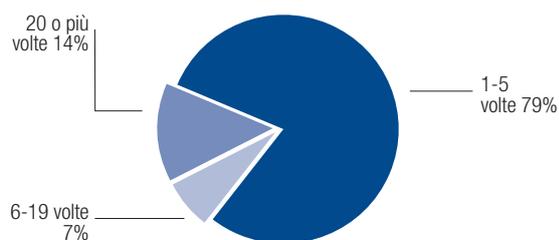
Tra gli studenti che hanno riferito di aver assunto eroina almeno una volta in 12 mesi, il consumo prevalente è quello occasionale (da 1 a 5 volte), soprattutto tra le studentesse (79% contro il 29% dei maschi), mentre per il 14% circa degli studenti di entrambi i generi si è trattato di un consumo più sostenuto (20 o più volte in 12 mesi).

Fig. 22. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



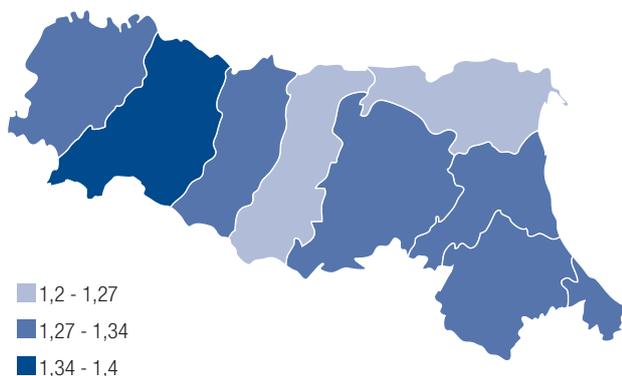
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Gli studenti consumatori di eroina si distribuiscono in modo omogeneo sul territorio regionale, senza particolari differenziazioni, fatta eccezione per Parma che evidenzia valori leggermente più elevati (1,4%).

Fig. 23. Uso di eroina nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.

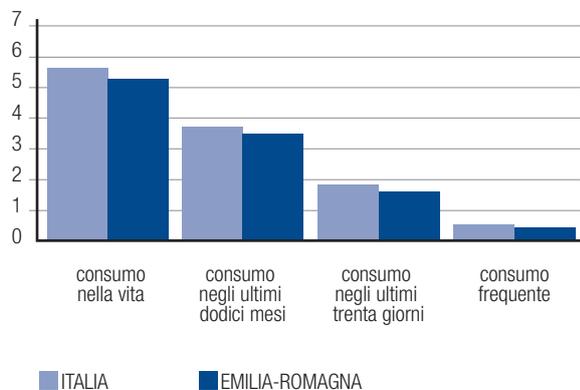


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Consumi di cocaina

Il 5,5% degli studenti della regione riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita, il 3,5% ne ha utilizzato nell'ultimo anno e l'1,7% negli ultimi 30 giorni, in linea con le prevalenze rilevate a livello nazionale (5,8%, 3,7% e 1,9%). Lo 0,4% degli studenti della regione, così come tra la popolazione studentesca italiana (0,5%), ha consumato frequentemente cocaina, per 10 o più volte nell'ultimo mese.

Fig. 24. Uso di cocaina nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Emilia Romagna.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

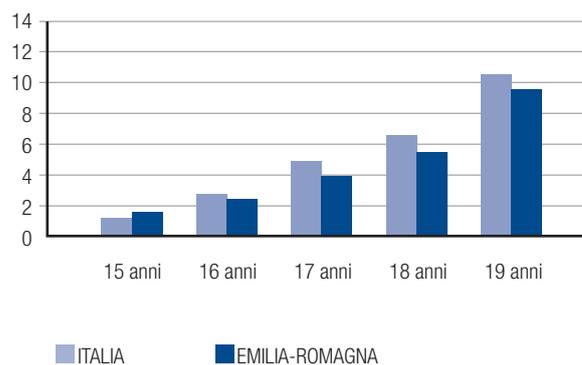
Tra gli studenti dell'Emilia Romagna, il 4,9% dei maschi ed il 2,7% delle femmine ha utilizzato cocaina una o più volte nell'ultimo anno. In entrambi i generi, la contiguità aumenta al

crescere dell'età: nel collettivo maschile, i consumatori di cocaina passano da 1,5% dei 15enni a 3,9% dei 17enni a 9,4% dei 19enni, mentre tra le femmine le rispettive prevalenze corrispondono a 1%, 2,1% e 4,9%.

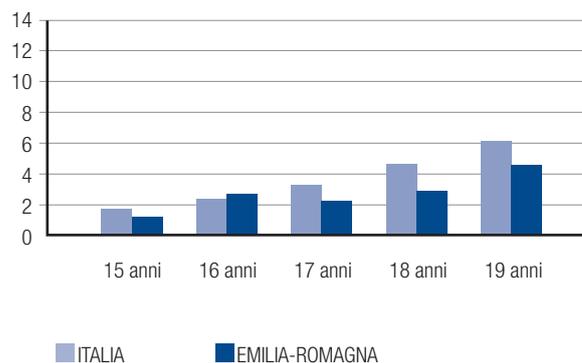
Nel corso del biennio 2007-2008, se nel complesso le prevalenze di consumo rimangono sostanzialmente stabili in entrambi i generi (Anno 2007: m=4,9%; f=3,5%), nello specifico delle classi di età si evidenzia un decremento dei consumatori 18enni (nei maschi da 6,5% a 5,3%; nelle femmine da 4,6% a 3,1%) e 19enni (nei maschi da 10,6% a 9,4%; nelle femmine da 6,2% a 4,9%).

Fig. 25. Uso di cocaina nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi;



b. femmine

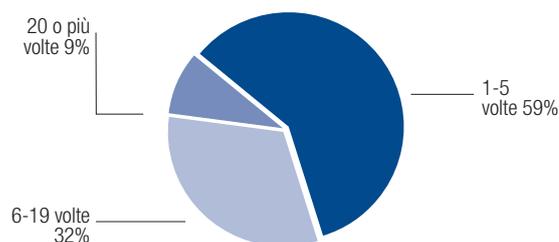


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

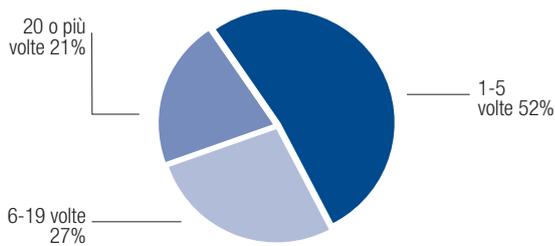
Tra gli studenti che hanno consumato cocaina nell'anno, per il 9% dei maschi ed il 21% delle femmine il consumo è stato sostenuto (20 o più volte), mentre per il 59% del collettivo maschile ed il 52% di quello femminile è stato occasionale e circoscritto a 1-5 volte.

Fig. 26. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



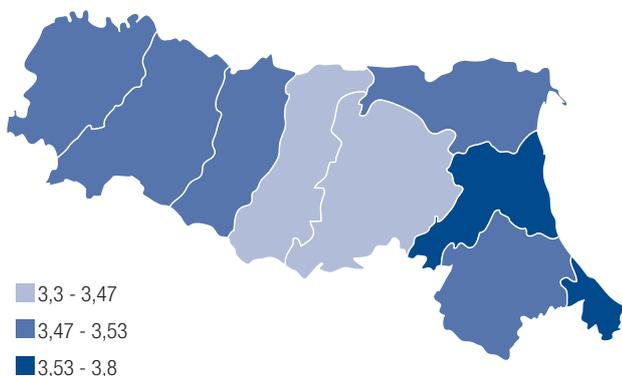
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Nelle province di Rimini (3,8%) e Ravenna (3,6%) si osservano prevalenze di consumo leggermente superiori alla media regionale, mentre nelle altre province i valori risultano in linea.

Fig. 27. Uso di cocaina nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Consumi di farmaci psicoattivi

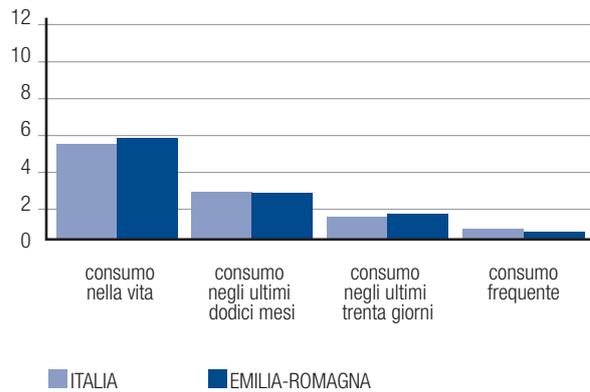
Farmaci come tranquillanti, sedativi, per l'iperattività e/o l'attenzione, per le diete, per dormire e/o rilassarsi e per regolarizzare l'umore possono essere utilizzati sia come medicinali sia come sostanze psicoattive illecite, in quanto farmaci non prescritti da un medico, ma assunti autonomamente. Le analisi di seguito riportate si riferiscono a questa seconda modalità.

Aver assunto almeno una volta nella vita farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione ha riguardato il 5,8% degli studenti della regione, quota che passa a 2,9% e 1,7% quando l'uso riguarda l'ultimo anno e gli ultimi 30 giorni (Italia: 5,5%, 2,8% e 1,7%). Il consumo frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni) ha coinvolto lo 0,4% degli studenti della regione, così come rilevato a livello nazionale (0,4%).

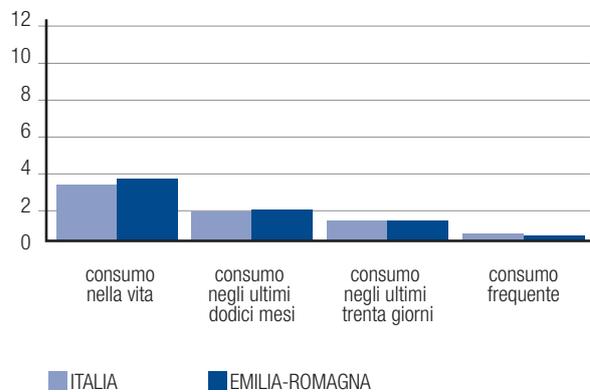
Rispetto ai farmaci per le diete, il 5% della popolazione studentesca regionale li ha consumati almeno una volta nella vita, il 2,6% e l'1,5% rispettivamente negli ultimi 12 mesi e 30 giorni e lo 0,5% li ha assunti frequentemente, in linea con le prevalenze nazionali (5%, 2,5%, 1,4%, 0,4%).

Fig. 28. Uso di farmaci psicoattivi (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Emilia Romagna.

a) uso farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione;



b) femmine.

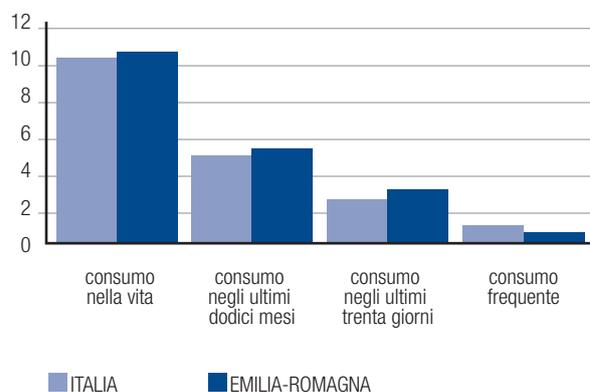


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

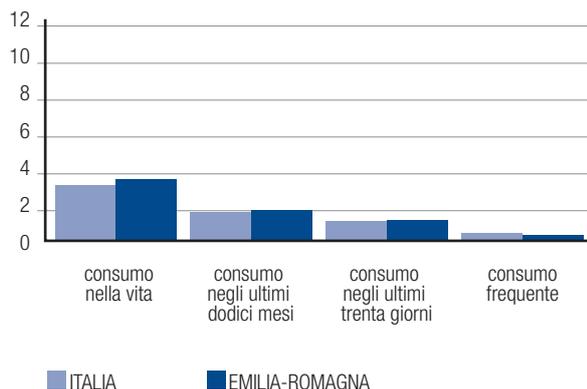
Il 10,6% degli studenti della regione ha utilizzato una tantum farmaci per dormire/riassarsi, il 5,2% nell'ultimo anno, il 2,8% nell'ultimo mese e lo 0,6% frequentemente (Italia: 10,6%, 5%, 2,7% e 0,6%). Rispetto ai farmaci utilizzati per regolarizzare l'umore, le prevalenze di consumo tendenzialmente si riducono: tra gli studenti della regione il 3,4% li ha assunti almeno una volta nella vita, il 2% anche nell'ultimo anno, l'1,1% negli ultimi 30 giorni e lo 0,3% frequentemente, così come rilevato a livello nazionale (3,3%, 1,9%, 1,1% e 0,4%).

Fig. 29. Uso di farmaci psicoattivi (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Emilia Romagna.

a) uso farmaci per dormire;



b) uso farmaci per l'umore.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007

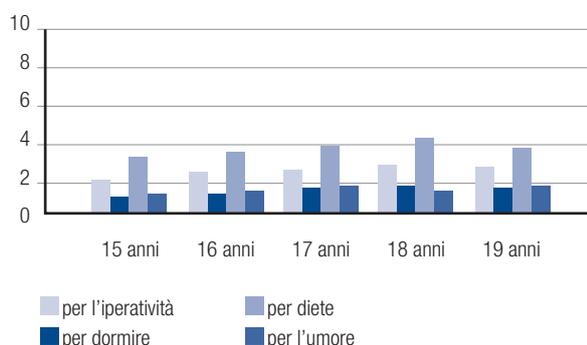
Le prevalenze d'uso più elevate si registrano nel genere femminile, soprattutto in riferimento ai farmaci utilizzati per le diete, per i quali a ciascun consumatore maschio corrispondono circa 4 ragazze consumatrici (m=1,1%; f=3,6%). Il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili evidenzia che a ciascun studente maschio consumatore di farmaci per dormire e per regolarizzare l'umore corrispondono 2 coetanee consumatrici (farmaci per dormire: m=3,7%; f=6,6%; farmaci per regolarizzare l'umore: m=1,4%; f=2,5%) e 1,2 coetanee consumatrici se si considerano i farmaci per l'iperattività (m=2,7%; f=3,2%).

Nella popolazione studentesca maschile, le prevalenze d'uso più elevate si riscontrano tra i soggetti di 18 anni se si considerano i farmaci per l'iperattività (3,1%), per dormire (4,4%) e per le diete (1,6%).

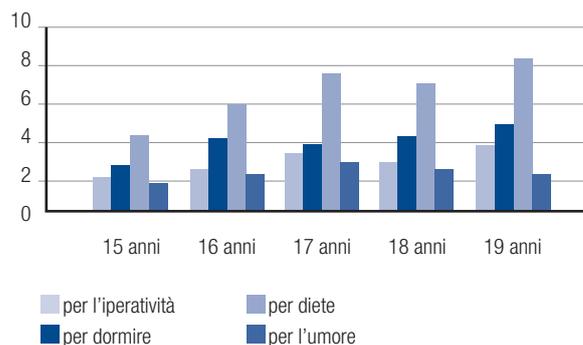
Le prevalenze riferite al consumo di farmaci per regolarizzare l'umore risultano sostanzialmente stabili nei progressivi passaggi di età, da 1,1% dei 15enni a 1,8% dei 19enni.

Tra le studentesse 19enni si rilevano le prevalenze più consistenti di consumo di farmaci per l'iperattività (4%), per dormire e/o rilassarsi (8,3%) e per le diete (5,3%), mentre riguardo ai farmaci per regolarizzare l'umore, tra le ragazze di 17, 18 e 19 anni le prevalenze si equivalgono (rispettivamente 3,1%, 2,8% e 2,6% contro 1,8% delle 15enni).

Fig. 30. Uso di farmaci psicoattivi (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto per tipologia di farmaco. a) maschi;



b) femmine.

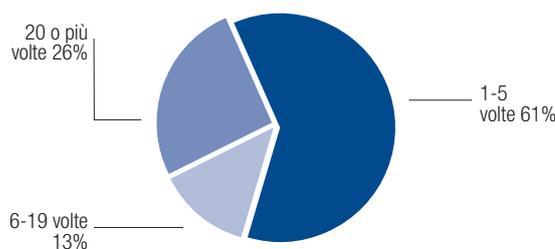


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

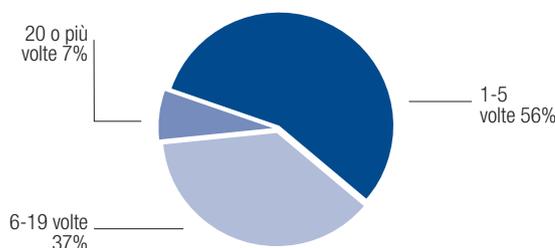
Tra gli studenti consumatori di farmaci per l'iperattività, la frequenza d'uso prevalente è quella occasionale (da 1 a 5 volte in 12 mesi) (m=61%; f=56%), mentre per il 26% del collettivo maschile ed il 7% del femminile il consumo è stato più assiduo (20 o più volte).

Fig. 31. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'iperattività (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



b) femmine.

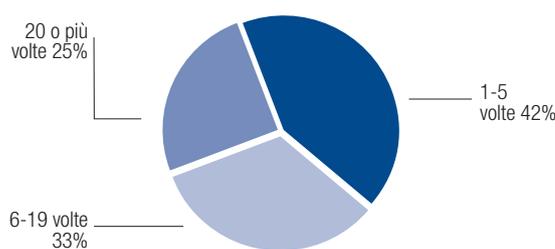


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

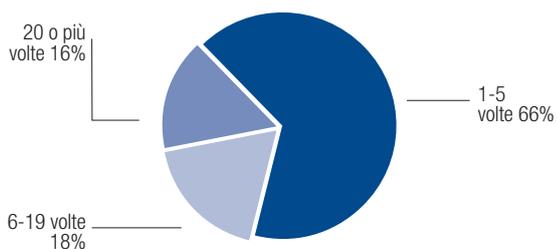
Tra i consumatori di farmaci per le diete, il 42% dei maschi ed il 66% delle femmine li ha consumati da 1 a 5 volte in 12 mesi, mentre il 33% del collettivo maschile e il 16% del femminile li ha utilizzati 20 o più volte.

Fig. 32. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per le diete (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



b) femmine.

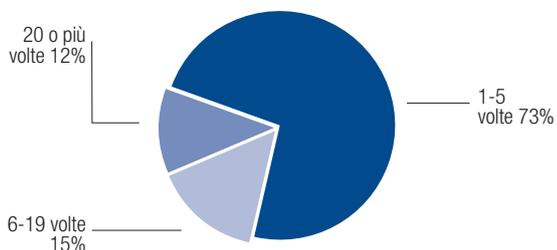


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

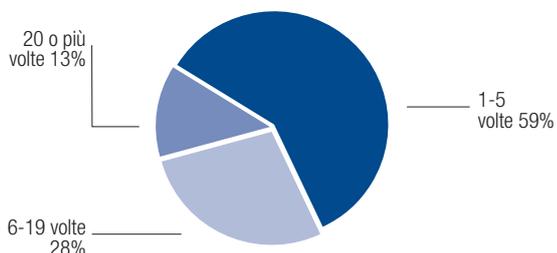
In entrambi i generi, la maggior parte degli studenti consumatori di farmaci per dormire/rilassarsi li ha utilizzati da 1 a 5 volte in 12 mesi (m=73%; f=59%), mentre il consumo più frequente, 20 o più volte, ha interessato il 12% del collettivo maschile ed il 13% del femminile.

Fig. 33. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per dormire (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



b) femmine.

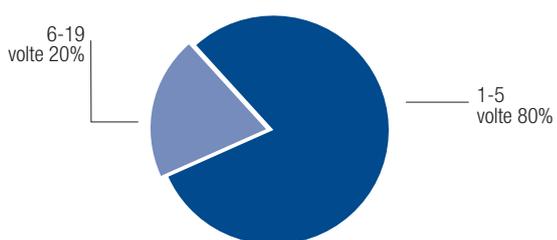


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

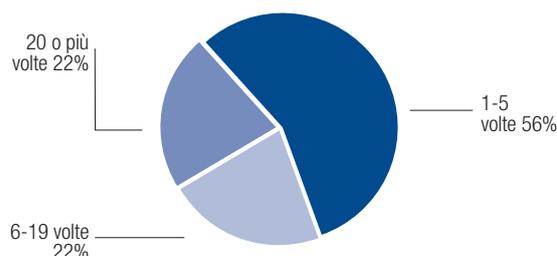
Tra gli studenti che durante l'anno hanno consumato farmaci per regolarizzare l'umore, l'80% dei maschi ed il 56% delle femmine li ha utilizzati da 1 a 5 volte, mentre il 20% dei consumatori ed il 22% delle consumatrici li ha utilizzati dalle 6 alle 19 volte. Il 22% delle consumatrici di questa tipologia di farmaci li ha assunti più frequentemente (20 o più volte in 12 mesi).

Fig. 34. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'umore (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



b) femmine.

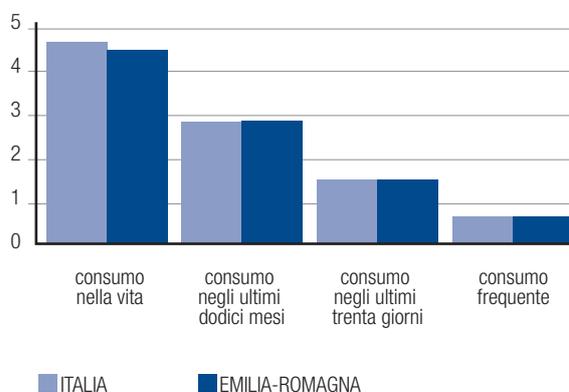


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Stimolanti

Il 4,6% della popolazione studentesca regionale almeno una volta nella vita ha provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ecc.), l'1,5% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo mese e lo 0,5% frequentemente (Italia: 4,7%, 1,5% e 0,5%).

Fig. 35. Uso di stimolanti nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Emilia Romagna.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007

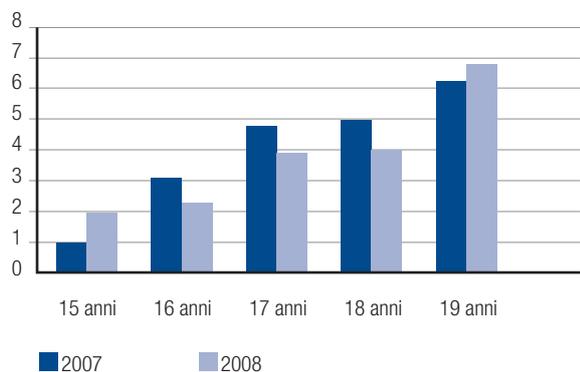
Il 2,9% della popolazione studentesca regionale ha fatto uso di stimolanti nel corso dell'ultimo anno (Italia=2,8%), in particolare i maschi (3,7%; f=2,1%).

In entrambi i generi, le quote di consumatori di stimolanti aumentano al crescere dell'età dei soggetti: tra i maschi si passa da 1,8% dei 15enni a 3,9% dei 17enni a 6,7% dei 19enni, mentre tra le studentesse le rispettive prevalenze corrispondono a 1%, 1,8% e 3%.

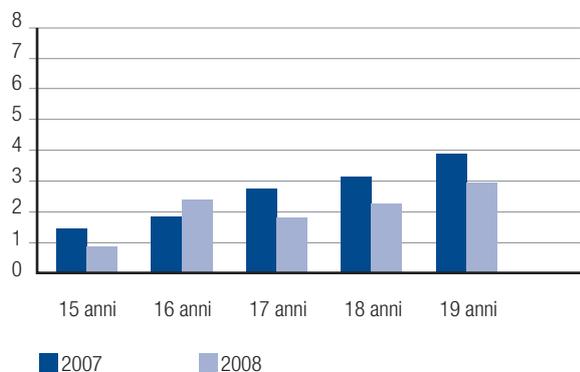
Nel corso del biennio 2007-2008, le prevalenze di consumo rimangono sostanzialmente invariate (Anno 2007: m=3,9%; f=2,5%), fatta eccezione per il leggero decremento rilevato tra i 17enni di entrambi i generi (nei maschi da 4,6% a 3,9%; nelle femmine da 2,7% a 1,8%) e tra le femmine di 19 anni (da 3,8% a 3%).

Fig. 36. Uso di stimolanti nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi;



b) femmine

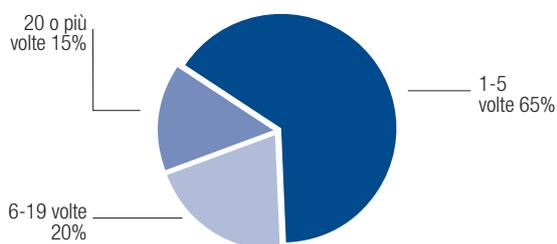


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

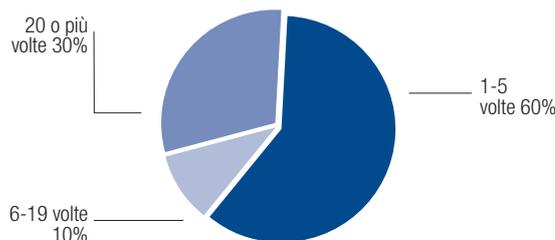
Tra i consumatori di sostanze stimolanti, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale (1-5 volte in 12 mesi) (m=65%; f=60%), mentre il 15% del collettivo maschile ed il 30% del femminile li ha utilizzati 20 o più volte.

Fig. 37. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



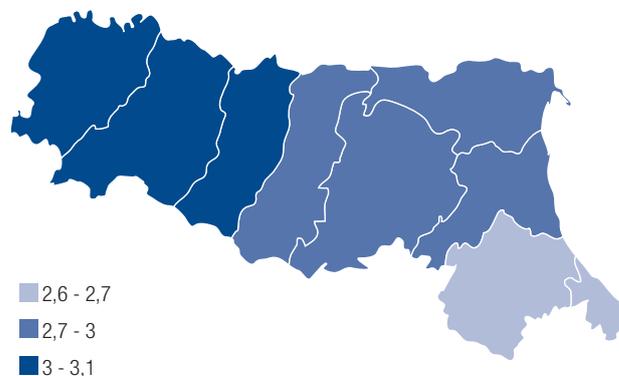
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

La distribuzione territoriale degli studenti che hanno consumato sostanze stimolanti nel corso dell'ultimo anno colloca le prevalenze inferiori nelle province orientali della regione (Forlì-Cesena=2,6%; Rimini=2,7%), mentre nelle province occidentali di Parma, Piacenza e Reggio Emilia si rilevano le prevalenze superiori (3,4% in tutte).

Fig. 38. Uso di stimolanti nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.

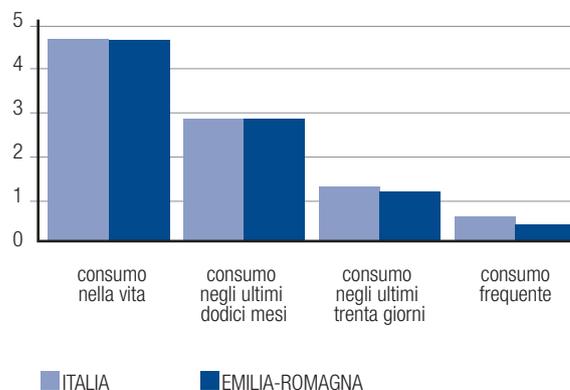


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Allucinogeni

Tra gli studenti della regione, il 4,7% ed il 2,9% ha usato sostanze allucinogene almeno una volta nella vita e nel corso dell'ultimo anno (Italia: 4,7% e 2,9%), mentre il consumo durante l'ultimo mese ed il consumo frequente ha interessato l'1,3% e lo 0,4% della popolazione studentesca regionale (in Italia: 1,3% e 0,5%).

Fig. 39. Uso di allucinogeni nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia-Emilia Romagna.



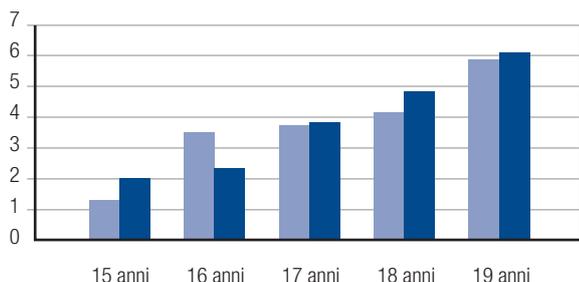
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Nella popolazione studentesca regionale, il 3,7% dei maschi ed il 2,1% delle femmine ha utilizzato sostanze allucinogene nel corso dell'ultimo anno. Le prevalenze d'uso aumentano al passaggio da una classe di età alla successiva: tra i maschi da 2% dei 15enni si passa a 3,8% dei 17enni a 6,1% dei 19enni, mentre tra le femmine da 1,3% a 2,2% a 2,8%.

Nel corso del biennio analizzato, le prevalenze di consumo rimangono stabili (Anno 2007: m=3,6%; f=2,1%) nella maggior parte delle classi di età, ad eccezione del decremento registrato tra i maschi di 16 anni, i quali da 3,5% passano a 2,5%.

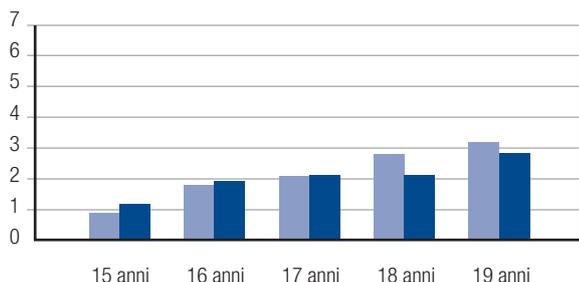
Fig. 40. Uso di allucinogeni nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto anni 2007-2008.

a) maschi;



ITALIA EMILIA-ROMAGNA

b. femmine



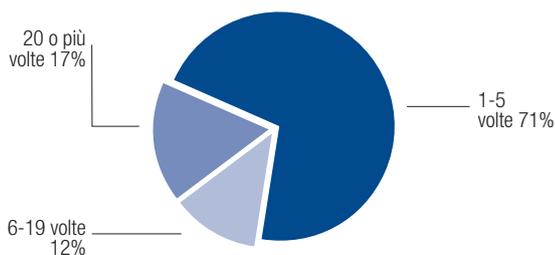
ITALIA EMILIA-ROMAGNA

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

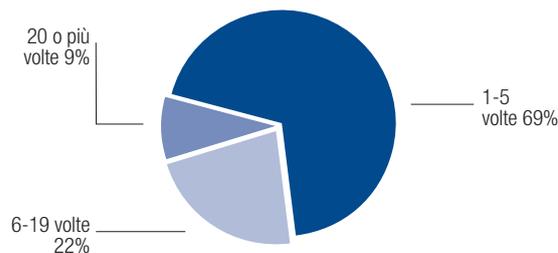
Tra i consumatori di allucinogeni, il 71% dei maschi ed il 69% delle femmine ha utilizzato occasionalmente queste sostanze (da 1 a 5 volte in 12 mesi), mentre per il 17% del collettivo maschile ed il 9% del femminile il consumo è stato frequente (20 o più volte).

Fig. 41. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

a) maschi;



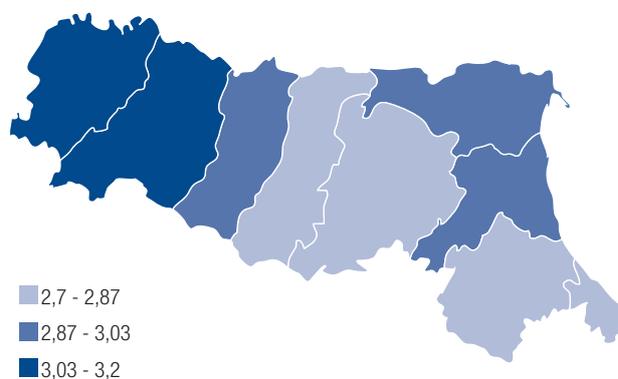
b) femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2007

Nelle province occidentali di Piacenza (3,2%) e Parma (3,1%) si osservano le prevalenze di consumo leggermente superiori alla media regionale.

Fig. 42. Uso di allucinogeni nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per provincia.



2,7 - 2,87
2,87 - 3,03
3,03 - 3,2

Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

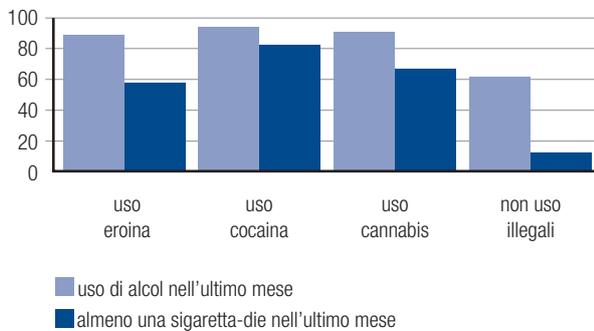
Policonsumo

Il grafico sotto riportato rappresenta la distribuzione dei consumatori di sostanze psicoattive legali tra gli studenti della regione Emilia Romagna che, nel corso dell'anno, hanno utilizzato almeno una delle seguenti sostanze psicoattive: eroina, cocaina e cannabis.

L'assunzione di bevande alcoliche risulta trasversale al consumo delle sostanze psicoattive illegali, in quanto ha riguardato il 90% dei consumatori di eroina, il 94% dei consumatori di cocaina ed il 93% dei soggetti che hanno utilizzato cannabis. Anche fumare quotidianamente sigarette risulta un comportamento associato all'assunzione di droghe illegali: il 57%, l'83% ed il 67% dei consumatori rispettivamente di eroina, cocaina e cannabis hanno fumato almeno una sigaretta al giorno nel corso dell'ultimo mese.

Tra i soggetti che non hanno assunto sostanze illegali nell'ultimo anno, il 62% ha assunto alcolici ed il 13% ha fumato quotidianamente sigarette negli ultimi 30 giorni.

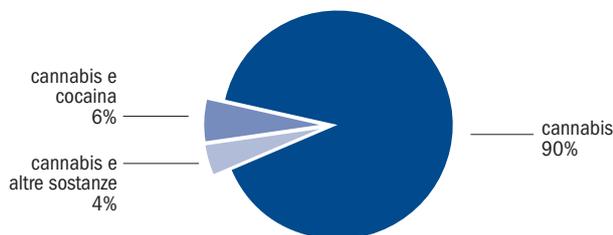
Fig. 43. Distribuzione percentuale dei consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione studentesca regionale che ha fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Tra i soggetti che hanno utilizzato cannabinoidi nel corso dell'ultimo anno, per il 90% si è trattato di consumare unicamente cannabis, mentre il 6% ha associato il consumo di cannabis a quello di cocaina e il 4% a quello di altre sostanze psicoattive illegali (eroina, stimolanti e/o allucinogeni).

Fig. 44. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali tra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



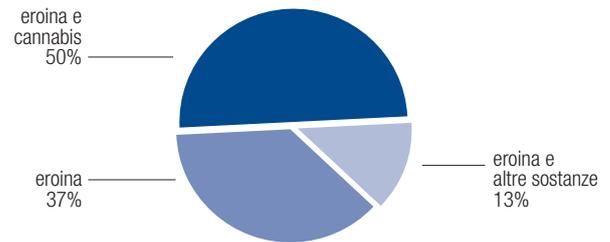
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Tra gli studenti che hanno utilizzato eroina nell'ultimo anno, il 63% è un policonsumatore: nello specifico, il 50% ha consumato sia eroina che cannabis ed il 13% eroina e altre sostanze psicoattive illegali; il restante 37% ha utilizzato esclusivamente eroina.

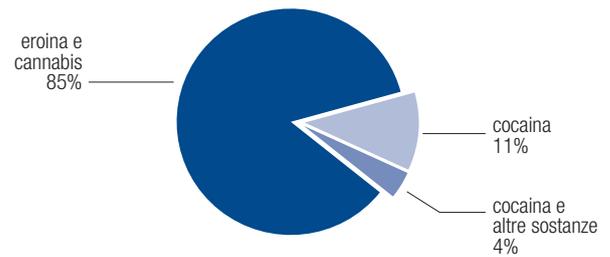
Il policonsumo ha riguardato l'89% dei consumatori di cocaina: l'85% ha associato il consumo di cocaina a quello di cannabinoidi ed il restante 4% a quello di altre droghe illegali. Per l'11% degli studenti consumatori di cocaina si è trattato di un consumo esclusivo della cocaina stessa.

Fig. 45. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione studentesca fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

a) distribuzione tra i consumatori di cocaina;



b) distribuzione tra i consumatori di eroina



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

3. Abitudini al fumo e consumo di alcol

Introduzione

Nel 2006, il ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie.

Da aprile 2007 il sistema di sorveglianza è stato attivato in 163 AUSL (pari ad una copertura dell'85% della popolazione italiana); nel 2008 sono state raccolte oltre 37.000 interviste a livello nazionale (Pool PASSI 2008). In Emilia-Romagna hanno aderito tutte le 11 Aziende USL, con la raccolta di circa 3.800 interviste; personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario validato e standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Per maggiori informazioni, sito www.epicentro.iss.it/passi.

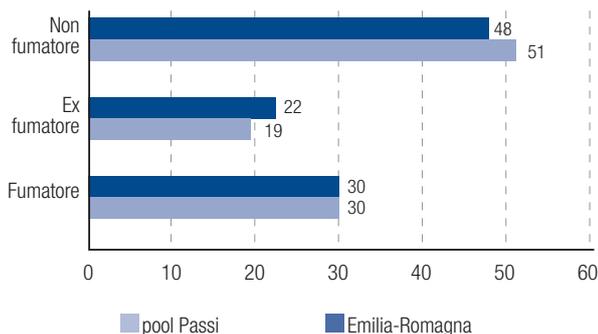
Abitudine al fumo

Sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI si stima che nel 2008 in Emilia-Romagna i fumatori rappresentino circa un terzo della popolazione adulta (18-69 anni), con prevalenze più alte e preoccupanti negli uomini e nella fascia 18-49 anni. In Regione la quota stimabile di fumatori nella fascia d'età 18-69 anni è pari a circa 900mila persone, di cui circa 60mila classificabili come forti fumatori.

Caratteristiche dei fumatori di sigaretta

Circa un terzo degli intervistati 18-69enni dichiara di essere un fumatore (30%); l'1% ha smesso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "fumatori in astensione", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).

Fig. 1. Abitudine al fumo di sigaretta Emilia-Romagna PASSI 2008 (n=3.789)



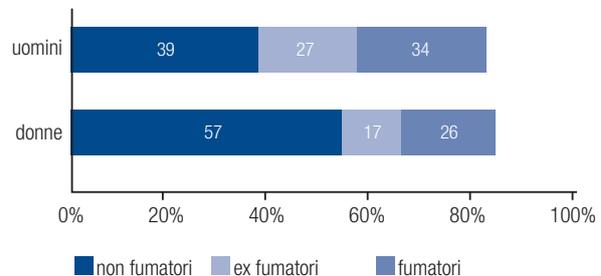
I fumatori abituali fumano in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 7% fuma oltre 20 sigarette al giorno e può essere considerato come "forte fumatore" (2% sul totale del campione).

L'abitudine al fumo è risultata significativamente più elevata:

- nei giovani (34% nella fascia 18-24 anni e 37% in quella 25-34 anni)
- negli uomini (34% rispetto al 26% delle donne)
- nelle persone con livello di istruzione di scuola media inferiore (34%)
- nelle persone con molte difficoltà economiche percepite (41%).

Analizzando le variabili considerate in un modello logistico multivariato, si conferma l'associazione significativa per classi di età più giovani, sesso maschile e presenza di molte difficoltà economiche.

Fig. 2 Abitudine al fumo di sigaretta per sesso Emilia-Romagna PASSI 2008 (n=3.789)



Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori nelle AUSL regionali (range: 27% Piacenza - 34% Reggio Emilia).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 30% (range: 25% prov.aut. Trento - 34% Lazio).

Fig. 3. Fumatori (%) Emilia-Romagna PASSI 2008

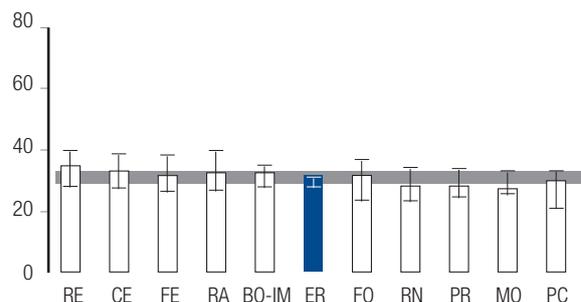
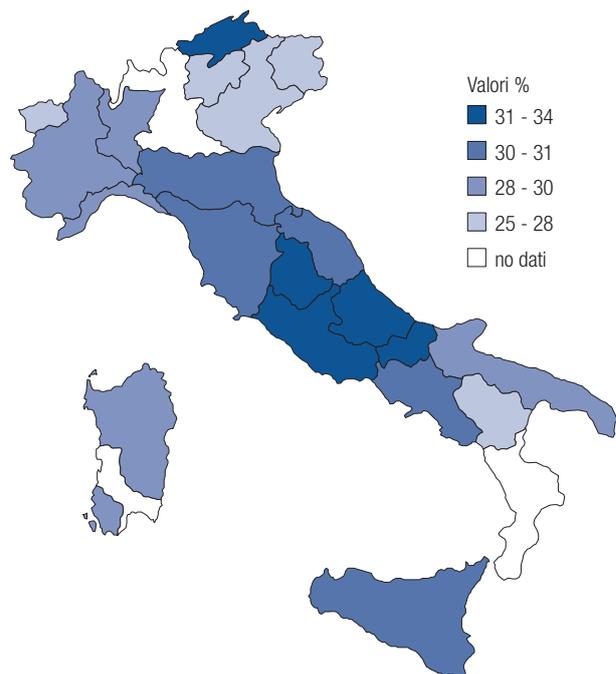


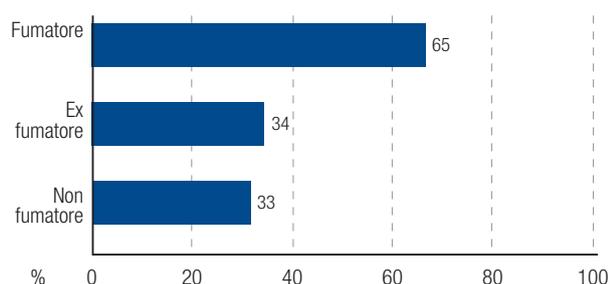
Fig. 4. Fumatori (%) Pool PASSI 2008



Attenzione e consigli di smettere di fumare da parte di medici e operatori sanitari

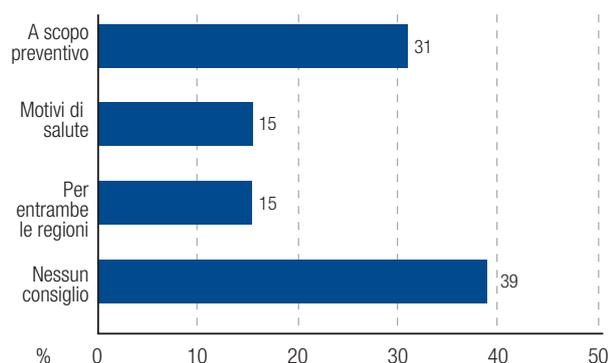
Complessivamente meno della metà degli intervistati (43%) riferisce di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo. In particolare, i due terzi dei fumatori (65%) dichiarano di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo. Tra le AUSL regionali, Ferrara e Piacenza si differenziano per una percentuale più bassa di persone interpellate sul fumo, mentre Modena e Bologna-Imola per una percentuale più alta (range: 30% Ferrara - 49% Modena). Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (range: 29% Molise - 48% Lombardia).

Fig. 5. Attenzione al fumo da parte degli operatori sanitari (%) Emilia-Romagna PASSI 2008



Circa i due terzi dei fumatori (61%) hanno riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo. Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne il consiglio ai fumatori di smettere di fumare sia nelle AUSL regionali (range 54% Forlì - 69% Modena). Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito il consiglio di smettere è risultata pari al 61%, con significative differenze nel confronto interregionale (range: 42% prov. aut. Bolzano - 70% Campania).

Fig. 6. Consiglio di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari (%) Emilia-Romagna PASSI 2008



Smettere di fumare

La quasi totalità degli ex fumatori (94%) riferisce di aver smesso di fumare da solo; solo l'1% ha riferito di aver fruito di servizi dell'AUSL. I valori rilevati sono sovrapponibili al dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale (96%). Fra i fumatori, il 31% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (37% a livello nazionale).

Considerazioni conclusive

Circa due fumatori su tre riferiscono di aver ricevuto il consi-

glio di smettere da parte degli operatori sanitari, ma la quasi totalità degli ex fumatori dichiara di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto e corsi dell'AUSL. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle AUSL regionali; le Aziende possono svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli sono efficaci nell'indurre un cambiamento.

Le criticità evidenziate sono state individuate tra le priorità d'intervento del recente Piano Tabagismo regionale del 2008.

Consumo di alcol a rischio

Sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI in Emilia-Romagna si stima che nel 2008 circa un quarto della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio. In Regione questa stima corrisponde a circa 690mila persone di 18-69 anni classificabili come bevitori a rischio, di cui 57mila nella fascia 18-24 anni.

I bevitori a rischio

In Emilia-Romagna circa i due terzi degli intervistati (64%) dichiarano di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica.

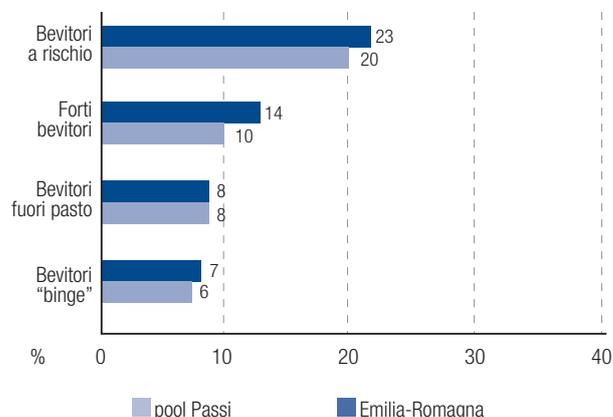
Rispetto al consumo di alcol si considerano comportamenti a rischio tre modalità di assunzione:

- il forte consumo: >2 unità al giorno per gli uomini e >1 unità per le donne, sulla base della recente definizione dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) che ha abbassato la definizione delle quantità-soglia, in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento
- il bere abitualmente fuori pasto
- il binge drinking, ossia il consumo almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione.

L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Complessivamente circa un quarto degli intervistati (23%) può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione ritenuta pericolosa.

Il 41% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

Fig. 7 Bevitori a rischio* per categorie Emilia-Romagna PASSI 2008 (n=3.770)



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (forti bevitori, fuoripasto e binge)

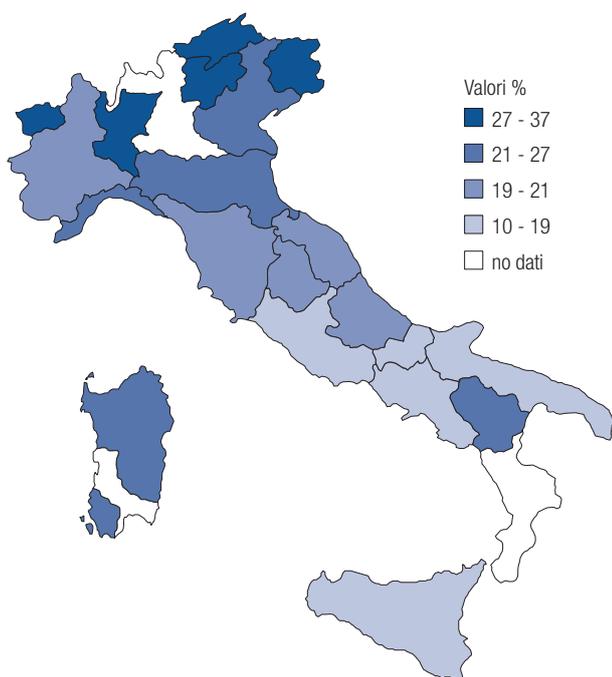
Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:

- nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età quasi un giovane su due ha modalità di assunzione di alcol a rischio (47%).
- negli uomini
- nelle persone con molte difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, queste associazioni si mantengono statisticamente significative.

Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne il consumo di alcol a rischio nelle AUSL regionali. Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i bevitori a rischio sono il 20% del campione, con un marcato gradiente territoriale (range: 10% Sicilia e Campania - 37% Bolzano).

Fig. 8. Bevitori a rischio (%) Pool PASSI 2008



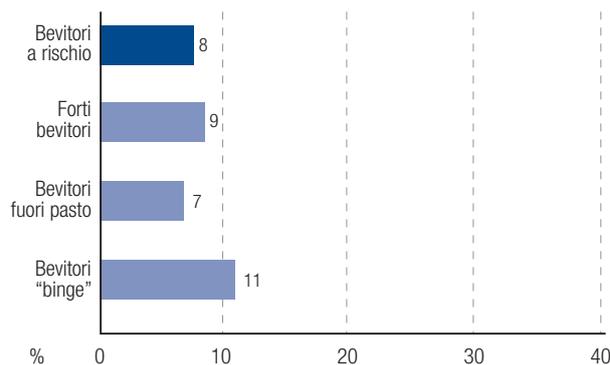
Caratteristiche dei bevitori "binge"

Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda l'8% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso nei giovani di 18-24 anni (12%) e negli uomini (12% rispetto al 3% delle donne); analizzando tutte le variabili in un modello logistico multivariato, si conferma la significatività statistica per sesso maschile ed età sotto ai 35 anni.

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

In Emilia-Romagna solo un sesto degli intervistati (16%) riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Solo il 3% riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è dell'8%. L'attenzione è un poco maggiore nei confronti dei bevitori "binge" (11%).

Fig. 9 Consiglio di bere meno ai bevitori a rischio da parte degli operatori sanitari (%) Emilia-Romagna PASSI 2008



L'attenzione degli operatori sanitari rimane bassa in tutte le AUSL regionali (range: 10% Ravenna - 20% Rimini). Anche nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, l'attenzione al consumo di alcol degli operatori sanitari è risultata bassa (16%) e mostra un evidente gradiente territoriale (9% Abruzzo - 23% prov. aut. Bolzano).

Guida sotto l'effetto dell'alcol

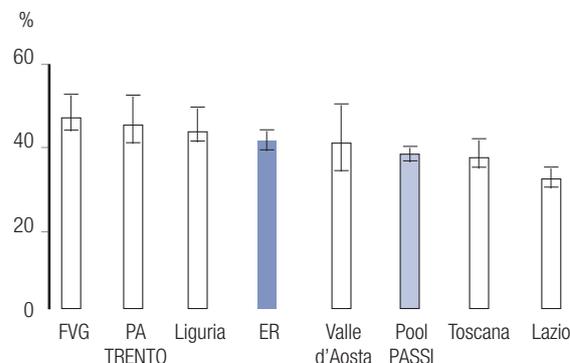
L'8% degli intervistati riporta di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente; questa stima corrisponde in Regione a circa 240.000 mila persone. La percentuale sale al 12% se si tiene conto solo delle persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato. Inoltre il 10% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol. L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne, con differenze statisticamente significative.

Controlli delle Forze dell'ordine

Nel 2008 in 7 Regioni/PA è stato somministrato un modulo opzionale di approfondimento sulla sicurezza stradale (complessivamente 5.200 interviste raccolte in Valle d'Aosta, prov. aut. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio).

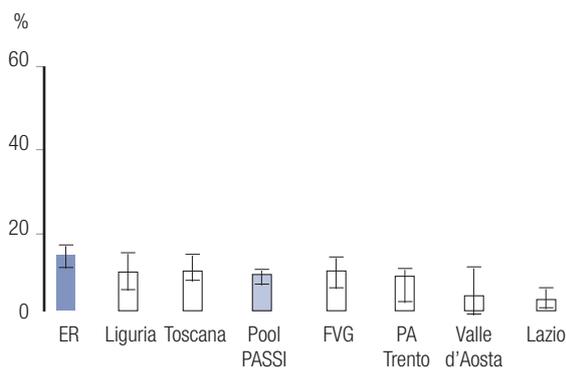
Circa il 43% degli intervistati riporta di essere stato fermato dalle Forze dell'ordine nel corso degli ultimi 12 mesi come guidatore o passeggero, con una media di due controlli.

Fig. 3. Fumatori (%) Emilia-Romagna PASSI 2008



Solo il 14% dei fermati riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest (1% sul totale del campione). La percentuale di persone che riferiscono il controllo con etilotest appare maggiore nei giovani: si va dal 22% dei 18-24enni al 3% dei 50-69enni.

Fig. 11 Persone che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest (%) Passi 2008



Considerazioni conclusive

In Emilia-Romagna si stima che circa un quarto della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcolici che possono essere definite a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) sia negli operatori sanitari che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderare i consumi nei bevitori a rischio.

Nel nostro Paese, un importante produttore di vini in cui l'alcol fa parte della cultura popolare, gli operatori sanitari possono promuovere azioni di sensibilizzazione e responsabilizzazione delle Comunità locali sul consumo consapevole di alcol in collaborazione con Comuni, Istituzioni scolastiche, Associazioni ed Enti territoriali.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema (circa un guidatore su sei è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), che non riguarda solamente le classi d'età più giovani.

I controlli delle Forze dell'ordine con l'etilotest sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale in tutte le classi di età. Questi controlli sono ancora poco diffusi: rimane pertanto un ampio margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci.

4. Gioco d'azzardo patologico

Se dovessimo indicare la principale azienda italiana per fatturato e performance andremmo sul sicuro puntando sull'industria del gioco d'azzardo. A differenza degli altri comparti, il settore del gioco d'azzardo non conosce crisi e anzi, durante i periodi di recessione si sviluppa maggiormente. Il fatturato dell'industria del gioco d'azzardo è passato dai 14,3 miliardi di euro del 2000, ai 18 del 2002, ai 23,1 del 2004, ai 28 del 2005, ai 35,2 del 2006, ai 42 del 2007, ai 47,5 del 2008, ai previsti 53 miliardi per il 2009. Il crescere dell'industria del gioco è legato alla scelta dei governi, che si sono succeduti dal '95 ad oggi, di promuovere sempre di più nuove forme di gioco e nuove opportunità, sia temporali (sulle 24 ore), che spaziali (in ogni luogo), e questo alla ricerca di nuove risorse per l'Erario; scelta che si è dimostrata in gran parte fallace in quanto le risorse per l'Erario sono addirittura diminuite in termini percentuali sul fatturato del gioco, se infatti nel 2004 allo Stato andavano 7.3 miliardi provenienti dai giochi (pari al 29,5% del giocato), nel 2008 è arrivata all'Erario una cifra di poco superiore: 7.7 miliardi (pari al solo 16,3% del giocato). In questa Italia di giocatori, l'Emilia Romagna è la quarta regione per spesa nei giochi d'azzardo, con 3.627 milioni di euro nel 2008, corrispondenti al 2,6% del Pil regionale; prima città per quantità di giocato è Bologna, cui seguono Modena e Reggio, la più virtuosa, all'ultimo posto, è Piacenza. Purtroppo come sappiamo la maggior quantità di giochi a disposizione (sia come numero, che in termini di possibilità di accesso temporale) è direttamente proporzionale ad un aumento del numero di popolazione che perde il controllo del gioco e che diviene giocatore problematico o patologico.

Se negli anni sono aumentate le possibilità di gioco, non sono aumentate le possibilità di cura per i giocatori patologici, e nonostante la dipendenza da gioco appaia per la prima volta nella terza edizione del DSM già nel 1980 (come disturbo del controllo degli impulsi), a tutt'oggi non è inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza e l'aiuto ai giocatori patologici è relegato ai pochi SerT che hanno strutturato programmi specifici per la presa in carico di giocatori e alle pochissime realtà private che hanno aperto volontariamente servizi per giocatori: in Regione le esperienze del privato sono dell'Associazione Centro Sociale Papa Giovanni XXIII di Reggio Emilia che dal 2000 ha avuto in trattamento 448 persone, e della LAG di Vignola che dal 2004 ha trattato 30 giocatori.

Nel 2008 il Conagga (Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo) in collaborazione con il Cnca (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza) ha effettuato una ricerca nazionale per conoscere meglio le caratteristiche di chi gioca d'azzardo; i numeri che seguono sono l'estrapolazione dei risultati dei questionari che riguardano esclusivamente i cittadini dell'Emilia Romagna.

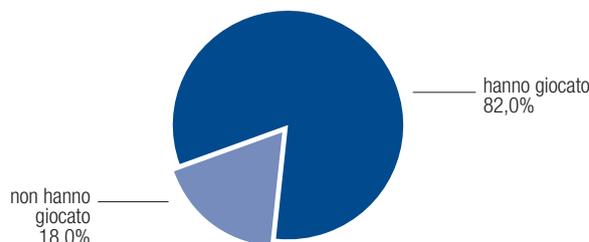
La ricerca si è svolta nel periodo marzo-novembre 2008 con la modalità dell'autosomministrazione da parte di cittadini che venivano avvicinati dalle ricercatrici in luoghi pubblici (strade, piazze, uffici pubblici, luoghi di ritrovo, stazioni, ecc.), e da una restituzione che garantisse il completo anonimato. Dei 1625 questionari restituiti e ritenuti validi ai fini della ricerca nazionale, 534 erano relativi ai cittadini dell'Emilia Romagna che sono stati coinvolti nelle città di: Reggio Emilia, Modena, Cesena e Rimini.

Vediamo quali sono i risultati che emergono dall'analisi delle risposte della nostra regione.

Come primo dato di contesto vediamo che l'82% delle persone intervistate (436) dichiara di avere giocato d'azzardo almeno una volta nell'ultimo anno; se consideriamo che per giochi d'azzardo si intendono tutti quelli con spesa in denaro

(dai gratta e vinci, alle slot macchine, al superenalotto, agli SMS a pagamento per concorsi a premi, a tanto altro ancora) e se consideriamo il fatto che l'Italia è il primo paese al mondo per spesa procapite per gioco d'azzardo, questa alta percentuale non sorprende affatto.

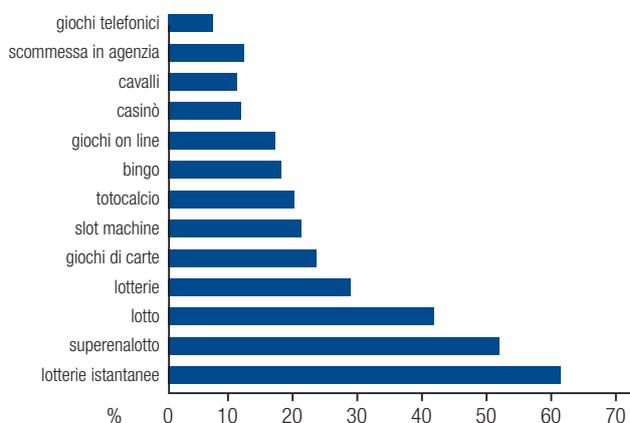
Fig. 1. Percentuale di persone che dichiarano di aver giocato d'azzardo almeno una volta nel corso dell'ultimo anno (anno 2008, valori %).



Ora vedremo in specifico da chi è rappresentata questa fascia dell'82% della popolazione che dichiara di avere giocato almeno una volta nell'ultimo anno.

Innanzitutto a cosa giocano (erano possibili risposte multiple) il gioco praticato più diffuso sono le lotterie istantanee (più conosciute come "gratta e vinci") che sono praticate dal 61,4% dei giocatori, il secondo gioco più praticato è il Superenalotto giocato dal 51,8% dei giocatori e poi il lotto (41,3%). Seguono con percentuali minori le lotterie (27,7%), i giochi di carte (22,5%), le slot machine (20,2%), il totocalcio (19,3%), il bingo (15,8%). Una nota a parte la merita il gioco on-line che è praticato dal 14,9% dei giocatori e che con questa percentuale supera sia i casinò (8,2%), che i cavalli (7,8%), che le scommesse in agenzia (9,86%), che i giochi telefonici (5,9%); merita una segnalazione perché occorre ricordare che il gioco on-line in Italia è stato legalizzato solo dall'agosto 2008 (quindi a metà del periodo della ricerca) e che nell'aprile del 2009 (all'interno del decreto per il terremoto in Abruzzo) il governo ha ulteriormente ampliato la possibilità di giocare on-line attraverso l'introduzione di molti giochi fino ad allora proibiti. Per quanto riguarda questo tipo di gioco emerge che è fondamentalmente dei giovani in quanto il 56,2% di chi lo pratica ha meno di 29 anni.

Fig. 2. Tipi di giochi praticati (anno 2008, valori % risposta multipla).



Interessante notare che un giocatore su cinque (il 24,2%) non si è limitato ad un solo gioco, ma ha giocato ad almeno tre giochi diversi nell'ultimo anno.

Dopo aver visto a cosa giocano si è indagato quale sia il gioco preferito (era possibile una sola risposta) per vedere se ciò a

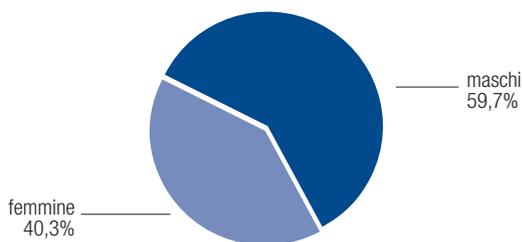
cui si gioca è anche ciò che piace di più. Dai risultati si vede che le priorità dei giochi preferiti corrispondono abbastanza ai giochi effettivamente praticati: il gioco preferito è quello dei gratta e vinci (con il 24,7% delle preferenze), a cui segue il superenalotto (18,3%) e poi il lotto (14,9%), seguito da totocalcio (9,7%), carte (8,8%), bingo (5,5%), lotterie (5,2%), slot (4,9%), on-line (4,3%), altre scommesse (3,3%), casinò (3,3%), cavalli (0,6%), telefonici (0,9%). Interessante notare che se il superenalotto è giocato da un giocatore su due ma preferito solo da uno su cinque (quindi probabilmente è interpretato come gioco finalizzato alla mera ricchezza ma che non appassiona più di tanto), il totocalcio è settimo fra i giochi effettuati, ma sale alla quarta posizione fra i preferiti (in questo gioco oltre alla fortuna sono richieste conoscenze calcistiche particolari).

Analizzando alcuni dati anagrafici vediamo che il 40,3% di chi gioca sono femmine e il 59,7% maschi; il titolo di studio più diffuso fra i giocatori d'azzardo è la licenza superiore (48,1%), seguono le medie inferiori (23,8%), la laurea (20,8%) e la licenza elementare (7,3%).

Le donne (erano possibili risposte multiple) giocano soprattutto al gratta e vinci (68,2%) e al lotto (46,3%), mentre i giochi che preferiscono (che gli piacciono di più) sono il gratta e vinci (32,3%) a cui segue a lunga distanza il superenalotto con il 15,9% delle preferenze.

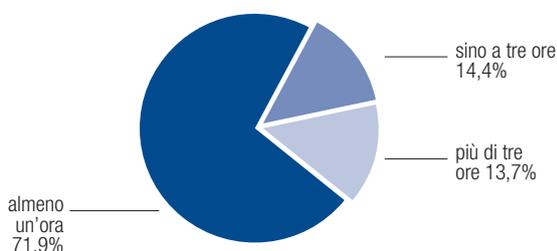
Anche gli uomini giocano soprattutto ai gratta e vinci (57,1%), però il loro gioco preferito è il superenalotto (15,9%) e solo in seconda scelta (con il 13,4%) indicano il gratta e vinci e il totocalcio nella stessa percentuale.

Fig. 3. Genere delle persone che dichiarano di aver giocato d'azzardo almeno una volta nel corso dell'ultimo anno (anno 2008, valori %).



Indagando la frequenza di gioco vediamo che un giocatore su due (52%) gioca sporadicamente (meno di una volta la settimana), mentre uno su tre (32,2%) lo fa da una a tre volte alla settimana e il 15,8% dei giocatori arriva a giocare più di tre volte alla settimana.

Fig. 4. Tempo impiegato a giocare a settimana (Anno 2008, valori %).

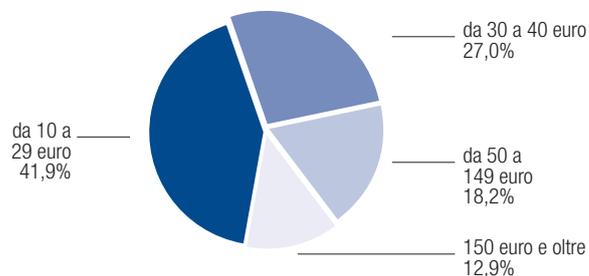


Rispetto al tempo impiegato a giocare (tempo e frequenza sono indicatori utili per individuare eventuali forme di dipendenza da gioco) vediamo che il 71,9% gioca meno di un'ora la settimana, mentre il 14,4% fino a tre ore la settimana, e ben l'13,7% più di tre ore la settimana.

Un'ulteriore domanda era finalizzata a capire quanto denaro hanno mediamente speso per il gioco, vediamo che il 60,4%

ha speso meno di 10 euro la settimana, il 16,6% da 10 a 29 euro la settimana, il 10,7% da 30 a 49 euro la settimana, il 7,2% da 50 a 149 euro la settimana e ben il 5,1% dichiara di spendere per il gioco oltre 150 euro la settimana (visto che le settimane sono 4,3 al mese, la cifra corrisponde alla dichiarazione di giocare più di 645 euro al mese).

Fig. 5. Spesa media per settimana (Anno 2008, valori %).



Analizzando in specifico le risposte di coloro che dichiarano di spendere oltre 150 euro alla settimana notiamo che il 68,4% dichiara che la sua finalità di gioco è il "vincere denaro", che il 68,4% sono uomini, che quasi uno su tre (31,6%) ha da 40 a 49 anni, ma anche che se il 24% ha almeno la garanzia di avere un lavoro fisso, è più alta la situazione di coloro privi di questa garanzia: il 36% ha un lavoro saltuario o precario, l'8% sono casalinghe, il 28% pensionati.

Se incrociamo i dati di chi dichiara di giocare per più di tre ore alla settimana, recandosi a giocare più di tre volte alla settimana vediamo che questa è una caratteristica di quasi un giocatore su dieci (9,7%) e ben 2 giocatori su 100 (1,99%) abbinano a questa alta frequenza e questo alto tempo per il gioco, anche la cifra massima che era indicabile come spesa per il gioco d'azzardo di oltre 645 euro al mese. Questa risposta indica l'area di giocatori problematici e se rispetto al campione nazionale la percentuale è leggermente inferiore (nel campione totale i problematici erano il 2,7% dei giocatori), parametrato alla popolazione dell'Emilia Romagna prefigurerebbe comunque una popolazione problematica di ben 61.567 persone (3.773.000 cittadini over 14 anni, per 82% che gioca, per 2% patologici).

Una successiva domanda chiedeva se settimanalmente, alla fine del gioco, era maggiore la quantità di denaro vinto o perso (e in che misura). Questa domanda non è finalizzata a sapere con esattezza il reale ammontare delle cifre vinte o perse ma è utile per avere un'idea della percezione del giocatore. Per il 18,8% dei giocatori è più frequente la vincita, per il restante 81,2% la perdita; fra coloro che perdono il 3,6% dichiara di perdere più di 215 euro al mese, per l'1,6% dei giocatori la perdita mensile sale addirittura a più di 645 euro al mese.

Se indaghiamo le motivazioni che hanno spinto le persone a giocare vediamo che la principale è "vincere denaro" con il 50,1%, a cui segue il "passare il tempo" (22,2%), lo "sfidare la sorte" (20,5%) e infine il "misurare le proprie capacità" (7,2%).

Interessante notare (non tanto da un punto di vista statistico) che altri giocatori nello spazio della risposta hanno inserito altre motivazioni, fra cui: "fare qualcosa di diverso", "per ingannare il presente e sperare per il futuro", "per calmare stress e nervosismo", per fare qualcosa di "divertente", per sentire l'"adrenalina", ma c'è anche chi ammette di giocare per: "ripiantare debiti di gioco", cosa che ai più potrebbe apparire un controsenso ma che è un fenomeno molto ben conosciuto in chi si occupa di interventi per persone dipendenti da gioco.

Per quanto riguarda l'età, ad eccezione degli over 80, tutte le

fasce d'età hanno partecipato alla compilazione del questionario e quindi abbiamo dati sul gioco che vanno dalla prima fascia d'età indagata (10-19 anni), fino alla penultima (70-79 anni). Incrociando l'età dei giocatori più giovani con ciò che più è utile ad individuare eventuali forme di problematicità nel rapporto con il gioco (frequenza e tempo, quindi chi gioca più di tre volte alla settimana e per più di tre ore) vediamo che il 14,3% dei ragazzini (10-19 anni) è a rischio, e questa per l'Emilia Romagna rappresenta una differenza significativa rispetto al campione nazionale dove la percentuale di giovani con le stesse caratteristiche scendeva al 10%. Interessante parametrare questa percentuale (14%) con i risultati di una ricerca effettuata da Nomisma nel 2009 ("Giovani e gioco") su 8.000 giovani dai 16 ai 19 anni da cui emergeva che per il 12% dei giovani il gioco è "un modo per sfuggire ai problemi personali". Se poi incrociamo ulteriormente le opzioni dei giocatori 10-19enni che dichiarano di giocare più di tre volte alla settimana, per più di tre ore, a più di tre giochi diversi (ulteriore seria aggravante che è indicatore importante di dipendenza), vediamo che l'8,1% dei giovani giocatori ha queste tre caratteristiche e, sempre per parametrare il risultato con la ricerca Nomisma, questa cifra corrisponde al 5,7% di tutti i giovani intervistati (giocatori e non), nella ricerca Nomisma già citata emergeva che il 5% dei giovani dichiara che per loro il gioco interferiva in modo serio con "impegni scolastici e famigliari", quindi ancora una volta vediamo importanti analogie fra i risultati.

La forma di gioco preferita dai giovanissimi (erano possibili risposte multiple) è il gratta e vinci (75,5%) probabilmente anche perché, essendo "teoricamente" il gioco d'azzardo vietato ai minori, questo è il gioco più facilmente raggiungibile e (solo per questa fascia d'età) il secondo gioco preferito è il gioco on-line con il 34,7%; seguono le slot machine (32,7%) e solo successivamente superenalotto (30,6%) e lotto (30,6%), giochi telefonici (24,5%), totocalcio, bingo, casinò, e ultimo cavalli (6%).

Un'ulteriore nota sulle risposte dei giovani la merita l'indicazione della motivazione scelta per il gioco. I giovani emiliano romagnoli indicano a pari merito due scelte (erano possibili risposte multiple): "vincere denaro" e "passare il tempo" (entrambe con il 55,1%), il che sembra significare che affiancano alla voglia molto contemporanea e adulta (non per questo positiva) di vincere soldi, il fatto che scelgono di impiegare il loro tempo nell'azzardo per fuggire alla noia, ed è sicuramente triste pensare che non trovino un modo migliore per ingannare il tempo, anche perché neppure chi è in pensione, e si ritiene possa avere più tempo da "dover ingannare", ha una percentuale così alta: solo il 46% di chi è pensionato dice di giocare per passare il tempo.

europsichiatria in
a e adolescenza **salute**
carceri dipendenze
sichiatria infanzia infanzia
dipendenze mentale patologiche **car**
sichiatria adulti **salut**
salute **mentale**

Parte II

**L'utenza dei servizi
pubblici e privati
per le dipendenze
nel 2008**

5. L'utenza dei Servizi per le dipendenze

I SerT della Regione Emilia-Romagna utilizzano un sistema di conteggio dei soggetti che hanno fruito dei servizi offerti dal sistema dei servizi regionali. I dati raccolti rappresentano una base informativa a partire dalla quale progettare le politiche e gli interventi regionali. Di fatto le ricadute a livello operativo del sistema informativo sono ampiamente descritte ed evidenziate nei capitoli che riguardano le azioni e gli interventi realizzati da parte del sistema dei Servizi, pubblici e privati, della regione Emilia-Romagna. Ai SerT si rivolgono per lo più (ma non solo) delle persone che chiedono di entrare in terapia per risolvere un problema connesso con le dipendenze, non solo legate all'uso o abuso di droghe illegali, ma anche alcol, comportamenti compulsivi legati al gioco d'azzardo o fumo da tabacco. Tecnicamente l'Osservatorio europeo sulle droghe e la tossicodipendenza definisce questa come una domanda di trattamento. I dati disponibili trasmessi all'Osservatorio regionale sulle dipendenze mostrano una crescita complessiva delle persone che si rivolgono, per diverse motivazioni, ai servizi offerti dai SerT. Nel 2008 gli utenti che hanno avuto accesso ai Servizi regionali per le dipendenze – a prescindere dal tipo di intervento² e dalla tipologia di problematica presentata - sono stati 30.214, di cui 21.877 presentava problemi o richieste relative alle droghe e/o farmaci, 6.996 per l'alcol, 1.151 per il tabacco e 190 per il gioco d'azzardo. Il confronto con gli anni precedenti risulta poco agevole proprio perché con il nuovo sistema informativo sono stati rilevate alcune informazioni su persone che prima non erano conteggiate (ad esempio i soggetti senza programma consolidato). Tuttavia, analizzando le informazioni comuni a tutti gli anni, si nota comunque una consistente crescita. Questa non rappresenta tutta l'utenza che afferisce ai servizi e ai progetti regionali sulle dipendenze. Ad esempio, non sono riportati i soggetti non portatori diretti del problema che si rivolgono ai SerT per consulenze (es. familiari), mentre i dati riferiti a specifici progetti sono riportati in altri capitoli (ad es. i dati degli interventi dell'Unità di strada o degli interventi di prevenzione sul tabagismo e l'alcolismo).

Tab. 1. Dettaglio dell'utenza afferita (tutte le tipologie) ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna* (Anni 2003-2008, v.a.).

Area problematica	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Droghe o farmaci	16.144	16.342	17.344	18.570	21.229	21.877
Alcol	4.535	5.048	6.014	6.317	7.485	6.996
Tabacco*	919	1.377	1.195	1.518	1.507	1.151
Gioco d'azzardo	n.r.	n.r.	n.r.	136	185	190
Totale	21.598	22.767	24.553	26.541	30.406	30.214

* Sono conteggiati solo utenti dei Centri antifumo dei SerT e non di tutti gli altri Centri regionali

** Negli anni precedenti al 2006 non erano conteggiate tutte le tipologie di utenza provvisoria che afferivano ai servizi. Pertanto il dato per questi anni è sottodimensionato rispetto a quello del 2007. Per il 2006 e 2007 non è stato possibile rilevare alcune informazioni di alcuni SerT di Bologna Lugo (RA).

Presso i SerT si è consolidata negli anni una terminologia comune per differenziare le persone che accedono ai servizi in base all'intensità e alla responsabilità dell'intervento terapeutico. Quasi tutte le analisi che verranno riportate nel seguente capitolo e nei successivi riguardano persone che hanno aderito ad un progetto terapeutico-riabilitativo (cosiddetti soggetti "in carico") concordando con l'operatore obiettivi, tipologia di intervento da realizzare, risultati attesi e tempi. Questa tipologia di interventi riguarda il 58,7% dei soggetti che si presenta per problematiche inerenti le droghe o farmaci (pari a 12.846 casi) e il 77,6% degli alcolisti (pari a 5.427 casi), con una consistente variabilità tra le Aziende USL.

A questi devono essere aggiunti i provvisori, cioè le persone che si sono presentate ai Servizi del SerT e sono: i) in fase di valutazione diagnostica (osservazione e diagnosi), ii) non hanno maturato la decisione di aderire ad un progetto terapeutico o che hanno intrattenuto con il servizio un rapporto che non ha consentito un approfondimento diagnostico; iii) sono stati segnalati dalla Prefettura o dalle Commissioni Medico locale per problematiche inerenti alcol e guida; iv) oppure hanno avuto necessità di una certificazione di "non tossicodipendenza" per avviare le pratiche di adozione internazionale. Tra questi vi sono anche persone coloro che provengono da altri SerT italiani e fruiscono, per un periodo limitato di tempo, dei servizi dei SerT emiliano-romagnoli per la continuazione del percorso terapeutico (appoggi). Sono per lo più persone che transitano provvisoriamente sul territorio, per motivi di studio o lavoro.

¹ L'Osservatorio europeo sulle dipendenze definisce la domanda di trattamento come uno dei cinque indicatori chiave per l'analisi dell'uso di sostanze legali e illegali. Con questo termine si intendono tutte le informazioni relative alle persone che chiedono di entrare in terapia per problemi connessi all'uso di droghe. «Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia (come le caratteristiche sociali) ed i comportamenti legati al consumo (come la percentuale di chi fa uso di oppiacei o di stupefacenti per via parenterale) sono potenziali indicatori di più ampie linee di tendenza nel consumo problematico di stupefacenti. Anche i dati relativi alla domanda di trattamento danno un'idea dell'organizzazione dei centri terapeutici in Europa». Cfr. Sito Osservatorio Web Europeo EMCDDA <http://ar2003.emcdda.europa.eu/it/page019-it.html>.

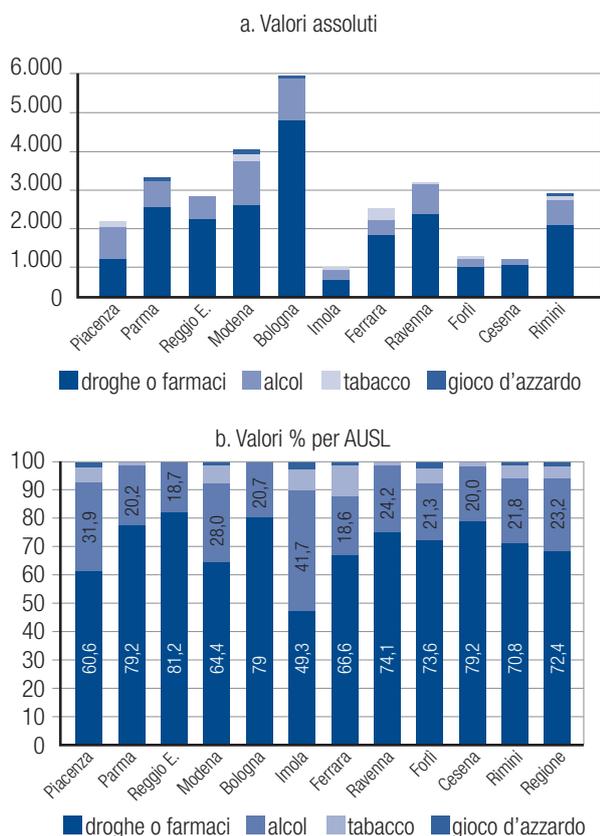
² Nelle statistiche inviate all'Osservatorio Regionale sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna non compaiono ancora tutti i flussi informativi sugli utenti che afferiscono al sistema dei servizi della Regione Emilia-Romagna. Non sono conteggiati, ad esempio, gli alcolodipendenti inseriti in gruppi di auto-mutuo-aiuto (AA, Alanon, etc.) che non accedono ai SerT, i tabagisti trattati presso i Centri Antifumo dell'Unità operative di Pneumologia, Dipartimenti di Sanità pubblica, Consultori ostetrici, Lega Italiana contro i Tumori, Istituto Oncologico Romagnolo, Istituto Ortopedico Rizzoli. Allo stesso modo non vengono compresi gli utenti affetti da altre forme di dipendenza patologica, quali i disturbi alimentari, mentre sono già disponibili i dati sui giocatori d'azzardo degli utenti afferiti ai Servizi offerti dai SerT.

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

A prescindere dal tipo e intensità del rapporto con il Servizio, emerge chiaramente come la maggior parte dell'utenza che accede ai SerT è costituita da persone con problemi legati alle droghe (72,4%), contro il 23,2% delle persone con problemi legati all'alcolismo e un restante 4,4% ad altre problematiche come tabagismo e gioco d'azzardo. Questi valori segnano comunque le trasformazioni avvenute in questi ultimi anni; solo dieci anni fa i tossicodipendenti rappresentavano la quasi totalità delle persone che accedevano ai SerT.

Le differenze tra le AUSL dell'Emilia-Romagna appaiono – come dimostrato anche negli anni precedenti – sempre consistenti (per approfondimenti, si vedano le tabelle in allegato statistico), sia dal punto di vista del numero dell'utenza che accede ai servizi, sia dalla quota percentuale che ogni tipologia di utenza (tossicodipendenti, alcolisti, tabagisti, ...) rappresenta in ogni azienda. Le differenze riscontrate sono verosimilmente frutto di più fattori: i) la diffusione locale del fenomeno; ii) l'organizzazione del servizio; è indubbio che, fermo restando l'universalità delle cure e l'accoglienza per tutte persone con problemi di dipendenza, i servizi a volte si specializzano nel trattamento di determinate problematiche, potenziando l'offerta o abbassando le soglie d'accesso.

Fig. 1. Composizione dell'utenza dei Servizi per le dipendenze per aree problematiche* (Anno 2008, valori assoluti (a) e % per AUSL(b))



* Le diverse tipologie rappresentate in tabella sono state sintetizzate per rendere il grafico più leggibile.

Utenti che accedono per la prima volta ai servizi o già conosciuti

Oltre che alla tipologia di problematica presentata (es. alcolismo, uso droghe, gioco d'azzardo, ...) gli utenti vengono classificati anche in base ad eventuali precedenti rapporti con il

servizio per le dipendenze. I nuovi sono coloro che non hanno mai effettuato una richiesta di trattamento in passato in quello specifico SerT, poiché di fatto potrebbero aver avviato un percorso terapeutico in un SerT di un'altra città. I già conosciuti sono coloro che hanno effettuato un trattamento in periodi passati o perché continuano il programma dall'anno/anni precedenti. Questa distinzione è rilevante a più fini, ad esempio, la quantità e la quota di nuovi utenti può essere letta anche come un indicatore che misura la problematica emergente sul territorio, come ad esempio i nuovi consumi di droghe, il numero di soggetti che assume cocaina in maniera problematica, come allo stesso modo può misurare la facilitazione all'accesso ai servizi per le dipendenze delle persone.

A livello nazionale «dal 2000 al 2008 si è assistito ad un costante aumento delle persone tossicodipendenti assistite per la prima volta (casi incidenti) dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale, passando da 31.510 utenti nel 2000 a 37.202 nel 2008; l'utenza già nota ai servizi da periodi precedenti dopo un triennio in crescita (2001 – 2004), si osserva una fase di stabilità nel biennio successivo, ed un andamento variamente crescente fino al 2008»³.

Sul territorio regionale i valori hanno andamenti differenti: i nuovi casi in carico di tossicodipendenti sono il 19,1% del totale (2.460 casi, aumento rispetto all'anno precedente del 6,4%), mentre tra gli alcoldipendenti rappresentano il 21,5% (1.169 casi, aumento rispetto all'anno precedente del 4,6%). Nel corso degli anni l'afflusso della nuova utenza tossicodipendente si è mantenuta sostanzialmente costante, senza rilevanti variazioni; il range va da circa 1.800 ai 2.700 nuovi utenti tossicodipendenti e da 1.100 a 1.300 per gli alcolisti, anche se per entrambe le tipologie di utenti negli ultimi anni – come si evidenzia nei grafici – si nota una lieve crescita rispetto al trend di crescita che ha sempre caratterizzato questi servizi. Molto differenti sono le tendenze relative all'utenza in carico complessiva; l'andamento è da diversi anni in costante crescita sia per gli alcoldipendenti, sia per i tossicodipendenti. Solo per fornire qualche dato relativo, dal 1991 al 2008 l'utenza tossicodipendente è aumentata del 80,6% (da 7.114 a 12.846), dal 1996 l'utenza alcoldipendente è cresciuta del 246,3% (da 1.567 a 5.427).

Come per gli altri fenomeni sino ad ora analizzati, le differenze tra le Aziende USL sono consistenti. Per i tossicodipendenti ad esempio, la quota di nuovi utenti va dal 13,6% di Forlì, il 14,6% di Ravenna e 14,7% di Parma, al 26,4% di Reggio Emilia, 22,4% di Ferrara e il 20,7% di Rimini. Per gli alcol dipendenti la variabilità è ancora più consistente: dal 11,7% di Forlì al 34,4% di Rimini.

Allo stato dei dati attualmente disponibili non è semplice spiegare le motivazioni di tali differenze; sicuramente l'offerta di lavoro locale e la collocazione geografica spingono molte persone a trasferirsi da altri territori; certamente influisce anche la consistente offerta locale di sostanze. In questi casi prevalgono alcuni elementi: la collocazione geografica/economica del territorio che favorisce l'affluenza di utenti residenti in altre province, ma domiciliate sul territorio dell'AUSL per motivi di lavoro, studio, salute o altri motivi personali, e le caratteristiche metropolitane, con presenza di situazioni di marginalità.

³ Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2008, Roma, 2009, p. 58.

Fig. 2. Tipi di giochi praticati (anno 2008, valori % risposta multipla).

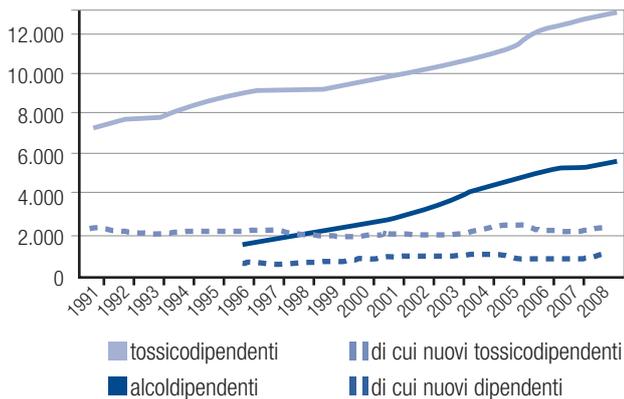
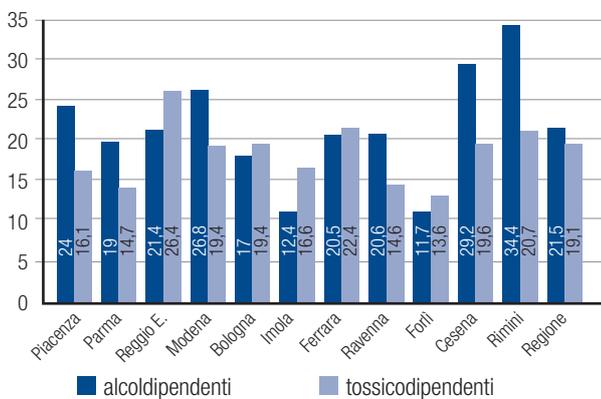


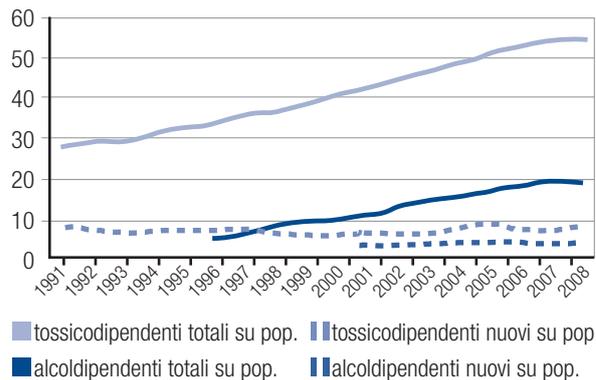
Fig. 3. Percentuale di nuovi utenti alcoldipendenti e tossicodipendenti per AUSL (Anno 2008, valori %).



L'impatto delle dipendenze sui territori

Il numero di utenti che accedono ai servizi per il trattamento delle dipendenze ha un impatto sul territorio in relazione al numero di popolazione residente. Per stimare la problematicità locale sarebbe utile la distinzione delle persone in carico in residenti e non residenti; l'attuale flusso informativo che perviene all'Osservatorio sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna – in via di ridefinizione⁴ – non consente tale distinzione. E' quindi inappropriato parlare di incidenza e prevalenza, mentre è opportuno utilizzare il concetto di impatto delle dipendenze sul territorio. In breve, è possibile ottenere un indicatore di problematicità/attività locale rapportando la popolazione in carico nei servizi con la popolazione residente per età specifica per problematiche alcol-droga correlate. In questo modo è possibile misurare l'impatto generale del fenomeno tossicodipendenza e alcoldipendenza sul territorio, considerando gli utenti in carico nelle AUSL. L'Osservatorio europeo chiede di fare riferimento alla popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni per la valutazione dell'impatto delle dipendenze, soprattutto perché l'utenza dei servizi, come si evidenzierà meglio nei prossimi capitoli, è interessata ad un fenomeno di progressivo invecchiamento.

Fig. 4. Rapporto tra utenti tossicodipendenti e alcoldipendenti (nuovi e totali) e popolazione target (Anni 1991-2008, rapporto per 10.000).



L'impatto dei nuovi utenti

«Un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi della dinamica del fenomeno della tossicodipendenza è costituito dal numero di soggetti che ogni anno iniziano ad assumere sostanze psicoattive illegali e che, negli anni seguenti, sviluppando problemi di salute, richiedono un trattamento ai servizi per le tossicodipendenze»⁵.

Nei precedenti report sull'utenza redatti dall'Osservatorio regionale sulle dipendenze si è più volte data evidenza dell'as-sestamento della nuova utenza nel corso degli anni, contro una tendenza nettamente inversa dell'utenza già in carico che presenta dei trend di crescita elevati.

Relativamente all'utenza tossicodipendente vi è una crescita del 6,4% dei nuovi utenti in carico nell'ultimo anno, da 2.312 del 2007 al 2.460 del 2008, soprattutto dopo il calo di utenza nuova che si è verificato nel periodo 2006-2007. In sole tre Aziende USL si concentra il 54,2% del totale dei nuovi utenti a livello regionale: Bologna (28,5%), Reggio Emilia (14,4%) e Modena (10,9%). Le variazioni del numero di utenti dal 2007 al 2008 risultano rilevanti, si va dalla crescita di Imola (42,5%, da 40 a 57 utenti), Reggio Emilia (40,2%, da 259 a 362), Ravenna (35,8%, da 123 a 167) al calo di Parma (-27,4%, da 274 a 199) e Rimini (-7,9%, da 228 a 210).

La stessa tendenza, con valori sostanzialmente differenti, è riscontrabile per i nuovi alcolisti in carico, in aumento del 4,0% rispetto all'anno precedente (da 1.124 a 1.169). Successivamente all'istituzione dei Centri alcolologici in Emilia-Romagna si è assistito ad un notevole incremento all'accesso ai servizi, mentre negli ultimi anni si intravede un fenomeno di stabilizzazione dell'utenza che accede, così come è avvenuto nel settore delle tossicodipendenze. In questo caso l'incremento più consistente è delle AUSL di Ravenna (30,4%), Rimini (29,1%). A questo si contrappone il calo di Forlì (-28,6%, da 28 a 20), Reggio Emilia (-19,4%, da 108 a 87) e Ferrara (-14,9%, da 94 a 80).

L'utilizzo di indicatori relativi (rapporto nuovi utenti SerT/popolazione target per 10.000) permette di creare confronti tra territori, seppur generali, al fine di valutare sia l'impatto dell'utenza sui Servizi, sia l'organizzazione degli stessi in merito alle "soglie di accoglienza". Occorre tuttavia considerare che vari aspetti potrebbero influenzare il valore relativo ottenuto. Ad esempio: i) la presenza di una sede di carcere sui territori

⁴ Attualmente è in fase di costruzione il nuovo sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND), che prevede l'invio e l'analisi di informazioni anonime sugli utenti in trattamento presso i Servizi per le dipendenze. Una struttura dei dati articolata in tal modo dovrebbe eliminare molti limiti informativi che attualmente non consentono approfondimenti specifici, quali ad esempio l'impossibilità di calcolare i tassi di prevalenza e incidenza relativi alla popolazione locale.

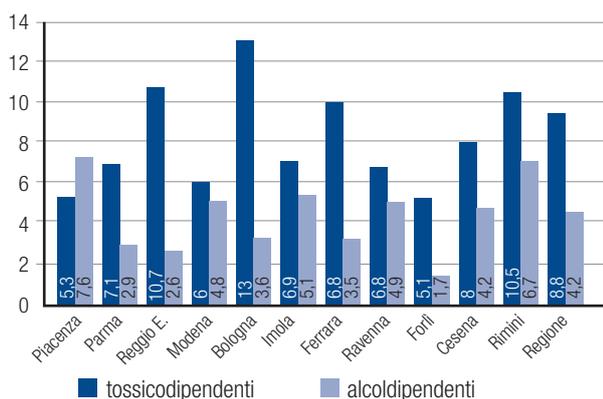
⁵ Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2008, Roma, 2009, p. 55.

incide fortemente nella determinazione dei valori forniti dell'indicatore; SerT come Imola e Cesena non hanno questo tipo di utenza, mentre sul territorio Bologna è presente un carcere di notevoli dimensioni; ii) la quota di utenti non residenti, compresi gli stranieri non residenti (dato attualmente non disaggregabile nei flussi regionali), che influisce nell'innalzare il valore dell'indicatore; iii) l'attivazione di progetti speciali di accoglienza di utenti; iv) la distribuzione per età della popolazione; v) le caratteristiche del fenomeno sul territorio, con le realtà metropolitane più interessate rispetto alle zone suburbane e montane; ii) l'offerta di servizi sui territori aziendali.

A prescindere da questi elementi, la cui evidenziazione era più che mai necessaria, emergono i due panorami delineati nei grafici. Per quanto riguarda i tossicodipendenti, in Emilia-Romagna la media è di 8,8 utenti ogni 10.000 abitanti di età 15-54 anni; in valore si eleva di molto a Bologna che con 13,0 utenti ogni 10.000 abitanti si colloca nettamente al primo posto a livello regionale, seguita da Reggio Emilia (10,7), Rimini (10,5) e Ferrara (10,0).

Il rapporto nuovi utenti alcolisti in carico e popolazione target di età 15-64 anni mostra un andamento di crescita dal 2001 al 2004 e di progressivo assestamento nei periodi successivi. A livello regionale la media è di 4,2 utenti alcolisti nuovi in carico ai Servizi ogni 10.000 residenti. Si evidenziano i territori di Piacenza (7,6), Azienda che si è caratterizzata per alti valori anche negli anni precedenti, e Rimini (6,7).

Fig. 5. Rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e alcol dipendenti e popolazione target (Anno 2008, rapporto per 10.000 residenti)



Note:

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

L'impatto complessivo

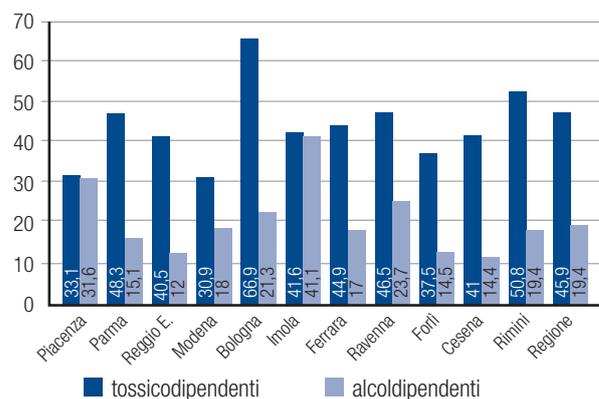
La numerosità dell'utenza complessiva è influenzata, oltre che dai fattori richiamati in precedenza, anche dalla capacità dei SerT di ritenere in trattamento, riuscire a tenere il soggetto all'interno del programma terapeutico concordato fino alla conclusione, evitando – per quanto possibile – l'interruzione. Servizi che ritengono maggiormente avranno una maggiore quota di utenti in carico, rispetto a quelli dove l'interruzione è più consistente. La ritenzione è collegata alla maggiore probabilità che l'utente non ricada nell'uso di sostanze e migliori nettamente il suo livello di funzionamento sociale.

Nel corso degli anni i Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna è sempre stata caratterizzata alla crescita

dell'utenze e, di conseguenza, del rapporto utenti in carico/popolazione residente. Per dare una concreta dimensione, come ha mostrato il grafico precedentemente illustrato (Fig. 4), si è passati da un valore del 26,2 utenti tossicodipendenti in carico su 10.000 residenti di età 15-64 anni del 1991 a 45,9 nel 2008. Come per gli altri indicatori le differenze tra le AUSL della regione sono rilevanti: Bologna con un valore di 66,9 utenti tossicodipendenti in carico per 10.000 residenti si colloca anche in questo caso nettamente al primo posto in regione, seguita da Rimini (50,8), Parma (48,3) e Ravenna (46,9). Le altre Aziende USL presentano valori al di sotto della media regionale.

La medesima tendenza precedentemente descritta la si ha per gli utenti alcol dipendenti: da 5,9 utenti alcolisti in carico ogni 10.000 residenti di età 15-64 anni nel 1996 a 19,4 nel 2008. In breve, il numero di utenti alcolisti in carico aumenta costantemente, così come il rapporto utenti/popolazione. Questo dato dimostra come i Centri alcolologici abbiano sviluppato una maggiore capacità di ritenere in trattamento i propri utenti. I valori più elevati si riscontrano, confermando quanto è avvenuto negli anni precedenti, nei territori di Imola (41,1), Piacenza (31,6), seguite a distanza da Ravenna (23,7), Bologna (21,3) e Rimini (19,4).

Fig. 6. Rapporto tra utenti tossicodipendenti e alcol dipendenti e popolazione target per AUSL (Anno 2008, rapporto per 10.000 residenti)



Note:

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

6. Utenza delle Strutture private accreditate

Il capitolo riporta un'anteprima dei flussi informativi raccolti nell'anno 2008 presso le Strutture accreditate dalla Regione Emilia-Romagna per trattamenti residenziali e semiresidenziali rivolti a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso. I dati completi, comprensivi degli esiti dei trattamenti, dell'attività dell'ambulatorio di accoglienza e diagnosi e dei flussi informativi provenienti dalle Aziende USL su inserimenti e spese, saranno pubblicati nel report annuale della Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER-CEA.

In questa sede l'attenzione è focalizzata sulla domanda di trattamento. L'analisi congiunta dei flussi delle Strutture accreditate, dal 2006 disponibili anche su base di record individuali anonimi, e dei flussi informativi dei SerT consente di ricomporre la domanda in quadro più composito. I flussi delle Strutture comprendono i bisogni di salute di una parte di popolazione che non è in carico ai SerT regionali, potendo accogliere, oltre agli utenti dei SerT dell'Emilia-Romagna, anche soggetti inviati da altre Aziende sanitarie o dal Ministero di Giustizia¹. La disponibilità di queste fonti consente di avvicinarsi all'obiettivo di un sistema informativo integrato – SerT e Strutture accreditate – in grado di fornire informazioni più dettagliate sui trattamenti erogati ai diversi livelli di produzione (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale) nei percorsi di cura che caratterizzano l'offerta del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.

La domanda di trattamento

Nel corso del 2008 le strutture accreditate hanno avuto in carico 2468 soggetti per trattamenti residenziali o semiresidenziali. Nel confronto con gli anni precedenti si registra una diminuzione del numero di utenti trattati (- 5,5% rispetto al 2007) in linea con la tendenza storica registrata negli ultimi dieci anni sul numero di invii effettuati dai SerT nelle strutture². Nel 2008 si registra un segnale positivo, con un leggero aumento nel numero di giornate (3,1% rispetto al 2007) che collegato alla maggiore ritenzione in trattamento può indicare percorsi residenziali più appropriati³ (Tab. 1).

Il parziale ridimensionamento della domanda di trattamenti residenziali nelle strutture va contestualizzato nel nuovo quadro di offerta programmata, più coerente al fabbisogno, secondo le previsioni normative ed economiche dell'Accordo RER-CEA (D.G.R. n. 1005/2007): diminuiscono le strutture (-14%) e i posti (-11%); aumentano in modo contenuto i posti in trattamenti residenziali specialistici - COD, Madre-Bambino, Doppia Diagnosi (19% vs. 10%); all'offerta di servizi gestiti dal privato sociale si aggiunge 1 ambulatorio accreditato per l'accoglienza e la diagnosi. (Fig. 2).

Tab. 1. Numero di soggetti in carico alle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate e giornate di permanenza per anno (Anni 2006, 2007, 2008, v.a. e var % annue)

Anno	Numero soggetti	Var. % sull'anno precedente	Numero giornate	Var. % sull'anno precedente
2006	2722	-	705361	-
2007	2613	-4	633734	-10,2
2008	2468	-5,5	653349	3,1

Tab. 2. L'offerta di trattamenti per soggetti dipendenti da sostanze d'abuso nelle Strutture accreditate al 31.12.2009 – Confronto dati ex-Albo regionale Enti Ausiliari aggiornato al 2005.

	Ambulatori di accoglienza e diagnosi	Strutture residenziali semiresidenziali	Totale posti	% Posti in trattamento specialistico sull'offerta complessiva
Albo regionale 2005 (solo strutture in rapporto di convenzione)	/	78	1728	10,2
Strutture accreditate 2009	1	67	1534	19,2
Variazioni % 2009-2005		-14,1	-11,2	

Analizzando l'ultimo trattamento effettuato per ogni utente nel 2008 si evidenzia una domanda di trattamento prevalentemente orientata ai percorsi residenziali (96%) e nella tipologia terapeutico-riabilitativa (55,4%); seguono i trattamenti nelle strutture pedagogiche (16%) e nei COD (16,4%). Quote minoritarie si registrano nel numero di utenti seguiti dalle strutture/moduli per Madre-Bambino (3,8%), per doppia diagnosi (4,8%) (Fig. 3).

Tra gli utenti già conosciuti si registrano percentuali superiori di trattamento residenziale pedagogico (17,6% vs. 15% nei nuovi) e trattamento residenziale terapeutico (63,4% vs. 50,1%). Tra i nuovi utenti risulta una percentuale decisamente più consistente di trattamenti in COD (22,9% vs. 6,7%); nelle tipologie madre-bambino e doppia diagnosi non si registrano differenze significative.

Due orientamenti prevalenti sembrano pertanto caratterizzare la domanda di trattamenti:

- percorsi residenziali di cura a media intensità, anche con marcati contenuti socio-assistenziali (nella quota di trattamenti in strutture pedagogiche) organizzati in strutture residenziali che hanno attivato modalità organizzative per la presa in carico di diverse popolazioni target, quali: policonsumatori, cocainomani, alcolisti, soggetti in co-morbilità

¹ Nel 2009 l'assetto delle competenze e l'organizzazione dell'assistenza per i soggetti inviati dal carcere è stato profondamente modificato con l'entrata in vigore del DPCM 1 aprile 2008, recepito nelle deliberazioni di Giunta regionale n.1063/2008 e n. 314/2009 (Programma Regionale per salute negli Istituti penitenziari). Il decreto dispone il trasferimento delle funzioni di assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, inclusi i rimborsi alle comunità terapeutiche, per i tossicodipendenti o per i minori affetti da disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'art. 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272.

² Cfr. Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER CEA, Valutazione dell'Accordo Regione Emilia-Romagna Coordinamento Enti Ausiliari sul sistema dei Servizi delle dipendenze Anno 2008, Regione Emilia-Romagna, Osservatorio regionale dipendenze 2009.

³ I dati relativi agli esiti dei trattamenti saranno analizzati nel report della Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER-CEA.

psichiatrica stabilizzati da trattamenti farmacologici che necessitano di percorsi di accompagnamento sociale; queste tipologie di percorsi risultano più consistenti tra gli utenti già conosciuti dalle strutture.

- percorsi di rivalutazione diagnostica nei Centri di Osservazione Diagnosi, caratterizzati da trattamenti residenziali brevi, ad alta intensità terapeutica, per pazienti tossicodipendenti o alcolici; tra i nuovi utenti questi percorsi registrano percentuali più significative.

Fig. 1. Utenti suddivisi per tipologia dell'ultimo trattamento effettuato nell'anno (Anni 2007-2008, valori %)

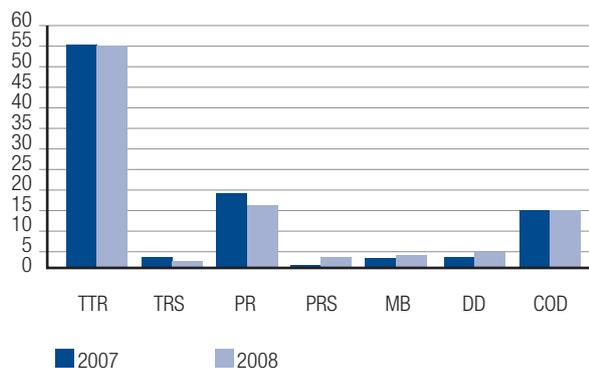
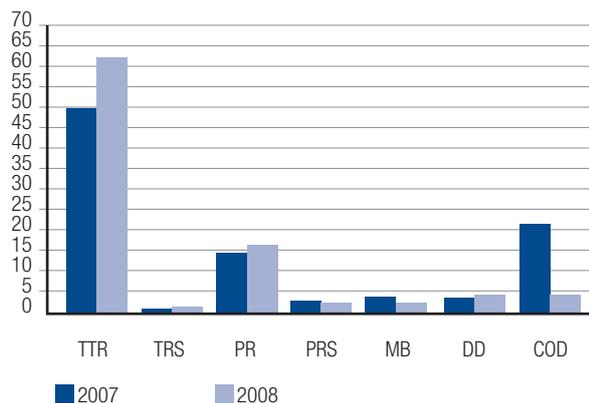


Fig. 2. Utenti suddivisi per tipologia dell'ultimo trattamento effettuato nell'anno e utenti nuovi o già conosciuti (Anno 2008, valori %)



Caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti

Per quanto concerne il profilo socio-anagrafico dei pazienti inseriti nelle strutture nel 2008 si evidenzia:

- nessuna variazione significativa rispetto al genere: le donne costituiscono il 17,4% dell'utenza, vs. il 16,4% dell'anno precedente; il dato è sostanzialmente in linea con quello registrato tra gli utenti tossicodipendenti del SerT (16,9%), ma nettamente inferiore alla percentuale calcolata sulla totalità dei pazienti in carico al servizio pubblico, tossicodipendenti e alcolici (20%).
- si conferma l'alta quota di utenti adulti, con più di 39 anni di età, in carico alle strutture (32,2% vs. 30,5% dell'anno precedente). Il 70% dell'utenza in carico si colloca in classi di età superiori a 29 anni. La tendenza di invecchiamento è meno accentuata rispetto a quella registrata nella popolazione SerT del 2008, dove la classe di età '40 anni e oltre' si colloca al 34%, considerando i soli utenti tossicodipendenti, e al 46% se si includono anche i pazienti alcolici. Incrociando le classi di età con la tipologia dell'ultimo trattamento fruito presso le strutture nel 2008 si evidenzia: una maggiore percentuale di trattamenti in terapeutica residenziale negli utenti giovanissimi (il 70% dei trattamenti fruiti dai soggetti con meno di 19 anni), percentuali più si-

gnificative di trattamento in strutture pedagogiche residenziali negli utenti ultraquarantenni (19,7% vs. 16% registrato sulla totalità dei pazienti) e una percentuale più significativa di trattamenti per doppia diagnosi nei soggetti con meno di 19 anni (9,2% vs. 4,8%).

Fig. 3. Utenti tossicodipendenti e alcolici delle Strutture residenziali/semiresidenziali divisi per classi di età (Anni 2007-2008, valori %)

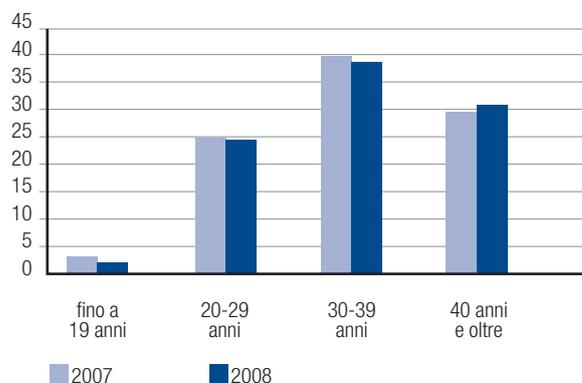
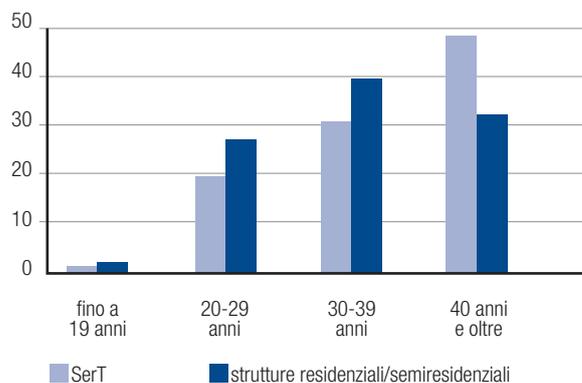


Fig. 4. Utenti tossicodipendenti e alcolici delle Strutture residenziali/semiresidenziali e dei SerT divisi per classi di età (Anno 2008, valori %)



Tab. 3. Soggetti in carico alle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate divisi per classi di età e trattamento (Anno 2008 %)

Trattamento	Fino a 19 anni	20-29 anni	30-39 anni	40 anni e oltre	Tutti gli utenti n carico
Terapeutica residenziale	70,8	59,2	56,3	54,6	55,4
Terapeutica semi-residenziale	0	1,9	1	1,2	1,2
Pedagogica residenziale	10,8	14,1	15,7	19,7	16
Pedagogica semi-residenziale	1,5	2,4	1,8	3,1	2,3
Madre bambino	1,5	3,8	5	1,7	3,8
Doppia diagnosi	9,2	4,6	5,1	4,5	4,8
COD	6,2	14,1	15	15,3	16,4
Totale	100	100	100	100	100

La provenienza dei soggetti

Per quanto concerne la provenienza e le modalità di accesso alle strutture si evidenzia:

- un turnover marcato, con il 59,6% di nuovi utenti (vs. 63,6% del 2007);
- il 57,1% proviene dalla Regione Emilia-Romagna (vs. il 56,4% del 2007);
- nei soggetti che provengono dalle altre regioni i flussi di provenienza rimangono sostanzialmente invariati rispetto al 2007: Campania 4,5% (vs. 5,9%), Lombardia 4,2% (vs. 4,1%), Puglia 3,8% (vs. 3,9%), Toscana 3,5% (vs. 3,8%), Lazio 3,4% (vs. 2,4%), Veneto 3,4% (vs. 4,1%), Abruzzo 3,0% (vs. 2,8%), Sardegna 2,4% (vs. 2,6%) Marche 2,6% (vs. 2,8%);
- il 4,3% sono cittadini stranieri, con una percentuale quasi pari allo zero di soggetti non residenti in Italia (0,9%). L'1,6% non ha residenza identificata.
- le Aziende USL regionali costituiscono il principale canale di invio: (56,8% vs. 54,1% nel 2007); una piccola quota riguarda invii dagli Enti Locali 0,2% (vs. 1,4%) e dal Ministero di Giustizia 2,4% (vs. 3,2%); o soggetti che accedono alla Struttura autonomamente (1,5% vs. 2,3%).
- i SerT regionali coprono la quota principale delle rette (56,6% vs. 53,1% nel 2007), di cui il 3% in cogestione con altro servizio Ausl; il 2,5% è a carico del Ministero di Giustizia (vs. 3,1%); lo 0,2% è a carico degli Enti Locali (vs. 1,6%); per una piccolissima quota la retta è coperta dalla stessa struttura o dall'utente/famiglia (1,2% vs. 2%).

Fig. 5. Provenienza dei soggetti inseriti (Anno 2008, valori %)

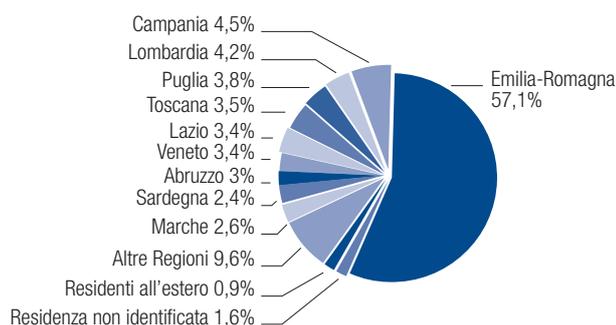
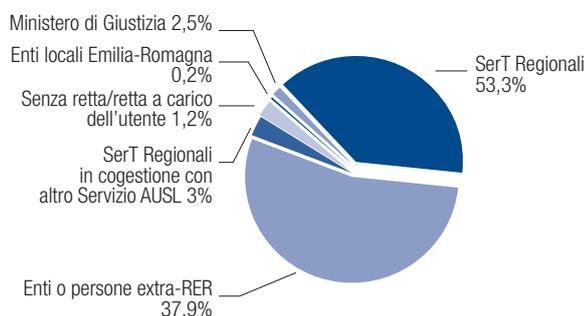


Fig. 6. Ente che paga la retta (Anno 2008, valori %.)



L'analisi dei dati relativi alla sostanza primaria conferma la capacità delle Strutture di prendere in carico diverse tipologie di abuso, in percentuale anche maggiore rispetto ai Servizi

pubblici. In particolare si evidenzia una quota più significativa di soggetti che utilizzano come sostanza primaria 'cocaina': tali soggetti costituiscono quasi un quarto dei soggetti in trattamento residenziale/semiresidenziale presso le strutture (22% vs. 10% utenti SerT tossicodipendenti e alcolisti). Aumenta, nel contempo, la quota di soggetti eroinomani (56,2% vs. 51,7% dell'anno precedente); un dato in linea con quanto evidenziato nei rapporti epidemiologici degli ultimi anni che evidenziano segnali di una ripresa del consumo di questa sostanza, anche nelle classi di età più giovani, prevalentemente con modalità di utilizzo diverse da quella iniettiva⁴.

Il numero dei pazienti alcolisti in carico alle Strutture si mantiene stabile e in percentuale nettamente inferiore, in proporzione, a quella dei soggetti alcolodipendenti in carico ai SerT. Il dato evidenzia la necessità di proseguire nella ricognizione in corso presso i SerT sui bisogni di salute dei pazienti alcolodipendenti e sulle prestazioni offerte dalle strutture, riabilitative e ospedaliere, e dai gruppi di auto-aiuto per questo target sul territorio regionale. L'obiettivo della ricognizione è quello di definire standard di trattamento per consolidare le esperienze già avviate nelle strutture che si sono riconvertite al trattamento residenziale per soggetti alcolodipendenti.

Fig. 7. Utenti suddivisi per sostanza primaria d'abuso (Anni 2007-2008, valori %)

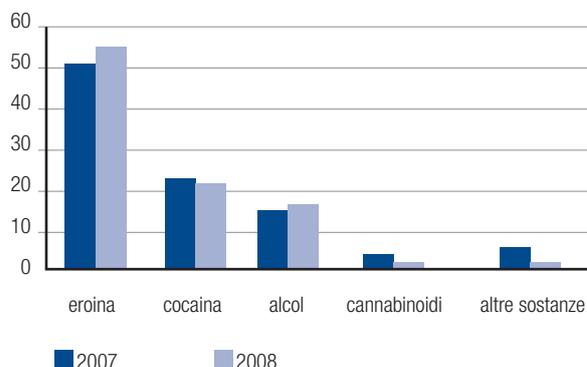
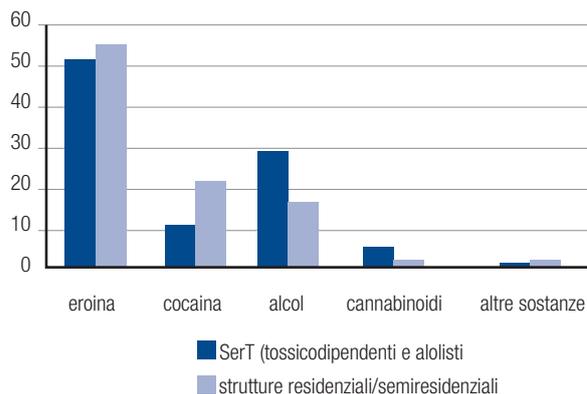


Fig. 8. Utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti delle Strutture residenziali/semiresidenziali e utenti SerT divisi per sostanza primaria d'abuso (Anno 2008 %)



⁴ Cfr. Ferri M., Saponaro A. (a cura di), Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, Regione Emilia-Romagna 2009. Pavarin R.M., Marani S., Turino E., Ruo M., Sanchini S., Rapporto 2008 sulle dipendenze in area metropolitana. Quadro epidemiologico, caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti, attività dei servizi, Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche Ausl Bologna, 2009. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA), Relazione annuale 2009. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa, 2009.

7. Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza SerT

I SerT forniscono prevalentemente trattamenti a persone che chiedono direttamente di entrare in terapia, motivazione per la quale l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA – OEDT) definisce l'insieme delle informazioni che pervengono dai Servizi per le dipendenze domanda di trattamento. Si tratta di persone che hanno avuto un deterioramento/modificazione delle condizioni sociali, sanitarie, relazionali, familiari, lavorative o personali in seguito all'uso di sostanze psicotrope o comportamenti additivi, per cui hanno maturato il bisogno di rivolgersi ai Servizi per le dipendenze. Di fatto i SerT e i Centri alcolologici non agiscono solo sugli aspetti sanitari, come spesso si è portati a pensare, bensì intervengono nel ristabilire il sistema di vita della persona, agendo su vari ambiti e offrendo una vasta gamma di trattamenti sanitari, psicologici o sociali.

Negli ultimi anni si registra un costante modificazione del profilo degli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze della regione Emilia-Romagna. Modificazioni che comunque trovano conferma, seppur con dimensioni e forme diverse, nei profili tracciati a livello europeo e italiano. I cambiamenti in atto possono essere messi in relazione a tre scenari particolari: i) il cambiamento di nuove sostanze/nuove modalità di consumo di sostanze (un rilevante esempio è la cocaina), ii) un'"apertura" dei servizi per le dipendenze a nuove problematiche (gioco d'azzardo, tabagismo, ...), iii) la recrudescenza o il presentarsi di nuove problematiche quali doppia diagnosi, policonsumo, invecchiamento dei tossicodipendenti dei servizi, stranieri, ecc..

Genere

I dati epidemiologici relativi agli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze mostrano che i maschi rappresentano in media i $\frac{3}{4}$ dell'utenza complessiva, proprio perché in generale consumano più sostanze rispetto alle femmine¹. Il genere può essere utilizzato come modello per la corretta interpretazione sulla relazione esistente tra uso di sostanze e accesso ai servizi². Il dato non deve essere analizzato solo come mera rappresentazione epidemiologica, in quanto alcuni studi hanno sottolineato che la minor rappresentanza femminile potrebbe anche essere attribuibile al tipo di organizzazione dei servizi per le dipendenze, più o meno disponibili ad accogliere e a rispondere ai bisogni più tipicamente femminili³.

L'Italia è una delle nazioni europee in cui il rapporto maschi/femmine è molto elevato⁴. Nella Relazione al Parlamento sullo stato delle dipendenze 2008 si evidenzia come «continua il trend di crescita degli utenti in trattamento con un aumento in particolare dei nuovi utenti ed una maggiore prevalenza di utenti maschi. Minore è la presenza del genere femminile, soprattutto nelle Regioni del Sud»⁵. In particolare

«l'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è in prevalenza di genere maschile, oltre l'85%. Questo si riflette anche in rapporto alla popolazione residente. Infatti, i soggetti assistiti e stimati nel 2008 risultano pari a 4,4 soggetti ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni, con valori oscillanti tra 1,2 e 7,7 rispettivamente per gli assistiti di sesso femminile e maschile»⁶. 2005-2008 in materia di stupefacenti⁷ (differenziazione di percorsi), ii) Regione Emilia-Romagna nelle linee di indirizzo regionali in tema di contrasto/consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope (DGR 1533/2006)⁸, per «prevedere percorsi di accoglienza e di cura differenziati per gruppi target, in particolare ... per donne».

I valori dell'Emilia-Romagna si sono sempre discostati rispetto ai trend nazionali, anche se nel corso del tempo la differenza si è molto attenuata (nel 2008 83,1% Emilia-Romagna vs 85% Italia). Se nel 1991 vi erano 21,6% di donne in carico sul totale dell'utenza, pari ad un rapporto di 3,6 maschi per ogni femmina, nel 2008 le donne rappresentano il 16,9% del totale (verso un 83,1% dei maschi), con un rapporto di 4,9 maschi per ogni femmina in carico. In sintesi vi sono due elementi da evidenziare:

- 1) la quota di donne si è progressivamente abbassata, raggiungendo i valori medi nazionali,
- 2) l'andamento nel tempo, come mostra il grafico di seguito illustrato, non è stata omogenea ma ha presentato degli scostamenti molto significativi.

E' un fenomeno che necessita di attento e rilevante monitoraggio, in quanto vi potrebbero essere diverse ipotesi interpretative sulla riduzione della quota di donne a ricorrere ai Servizi per le dipendenze. Oppure l'aumento della proporzione di maschi può essere attribuito all'aumento di soggetti con dipendenza primaria da oppiacei, cannabis e cocaina, sostanze usate soprattutto dai maschi.

La quota di donne tra le persone in trattamento per alcoldipendenza è sempre stata più alta rispetto a quella dei tossicodipendenti (vedi grafico). In particolare nel 2001 il 23% degli alcoldipendenti erano donne, valore che è aumentato al 27,0% nel 2008 (in rapporto rispettivamente 3,3 e 2,7 maschi per ogni femmina). In sintesi si può parlare di un fenomeno in trasformazione, poichè cresce il numero di donne con problemi legato all'abuso di alcol che si rivolge alle strutture dell'Emilia-Romagna.

I valori delle singole AUSL presentano una elevata variabilità (vedi grafico), confrontando i valori massimi e minimi nel 2008 vi è uno scostamento di 13,9 punti percentuali per i tossicodipendenti, dal 72,7% di maschi di Imola a 86,6% di Parma, e 11,9 per gli alcol dipendenti, da 67,2% di Cesena a 79,1% di Piacenza.

¹ Alcuni studi europei suggeriscono che per alcuni tipi di sostanze, il divario tra i sessi può essere meno evidente, come ad esempio tra gli studenti di scuola superiore. In riferimento: http://europa.eu/comm/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=136.

² Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2007: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa, Lisbona, 2007.

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, A gender perspective on drug use and responding to drug problems. Select issue 2006, EMCDDA, Lisbona, 2006, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34880EN.html>.

⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, A gender perspective on drug use and responding to drug problems, Select issue 2006, EMCDDA, Lisbona, 2006, pag. 21.

⁵ Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2008, Roma, 2009, p. 22.

⁶ Idem, p. 75.

⁷ http://europa.eu/comm/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=136.

⁸ DGR 1533/2006, Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Fig. 7. Percentuale di donne tossicodipendenti e alcolodipendenti in carico sul totale dell'utenza in carico (Anni 1991-2008, valori %).

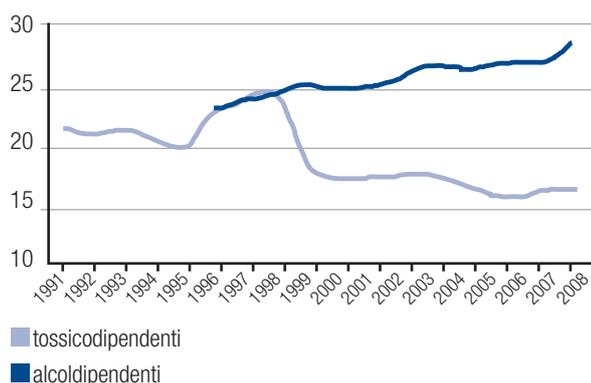
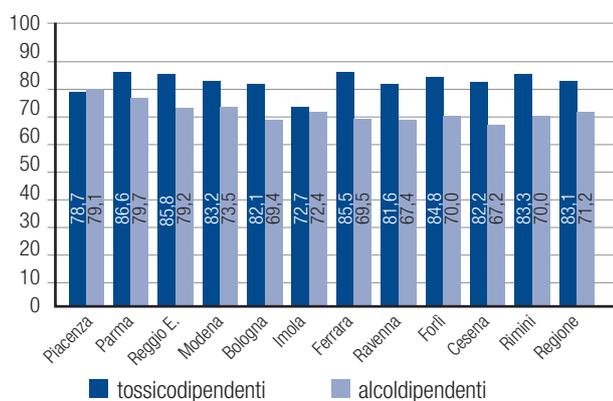


Fig. 8. Percentuale di utenti maschi tossicodipendenti e alcolodipendenti in carico per AUSL (Anno 2008, valori %).



Età

In Italia «dal 1991 al 2008 è aumentata l'età media delle nuove persone assistite [per problematiche inerenti le tossicodipendenze] passando rispettivamente da 26 a 30 anni per le femmine e 31 anni per i maschi. Tenendo conto che da più parti si osserva un abbassamento dell'età di primo uso di sostanze, questo significa che verosimilmente si sta assistendo ad un aumento del periodo tra "primo uso" e "primo accesso" ai servizi, creando in questo modo anche un aumento dei rischi e dei danni derivanti dalle tossicodipendenze non trattate»⁹.

L'età è una delle variabili fondamentali per la comprensione delle problematiche inerenti l'uso/abuso di sostanze psicotrope e l'accesso ai servizi per le dipendenze. Diversi studi realizzati a livello europeo, nazionale e regionale mettono in evidenza due scenari apparentemente in contraddizione tra di loro. Da un lato tutti gli indicatori mostrano come la quantità di giovani che sperimenta almeno una volta nella vita sostanze illegali aumenti sistematicamente; dall'altro lato l'utenza dei servizi per le dipendenze evidenzia un lento e progressivo invecchiamento.

La tipologia dei dati che attualmente perviene in Regione Emilia-Romagna - basata su dati aggregati, ma che in futuro prevederà l'invio di record individuali anonimi - non permette purtroppo ad oggi l'incrocio delle informazioni tra classi di età degli utenti e sostanza assunta, limitando di fatto una serie di analisi e considerazioni strategiche. Diverse fonti, infatti, mettono in evidenza come l'età sia in relazione con la tipologia di sostanza assunta. Ad esempio, a livello nazionale si è registrato che «se per gli utenti con sostanza primaria oppiacei o cannabis l'età media presenta una certa stabilità, per i soggetti in carico per uso di cocaina si rileva un tendenziale invecchiamento»¹⁰.

Nel report dello scorso anno si è data ampia evidenza dell'impatto che la popolazione adulta ha sui servizi per le dipendenze modificando la tipologia di offerta di servizi socio-sanitari. Il fenomeno in Emilia-Romagna è di particolare rilevanza; gli scenari futuri mostrano che il fenomeno dell'invecchiamento potrebbe essere più evidente rispetto a quello di altre regioni italiane, dato che si stima un incremento degli ultrasessantacinquenni del 20,4% nel periodo 2004-20243. L'Osservatorio europeo sulle dipendenze per i prossimi anni stima un aumento consistente degli accessi ai servizi per le dipendenze di adulti-anziani, sino ad arrivare nel periodo 2001-2020 al raddoppio di utenti con problemi di rapporto con le sostanze psicotrope - droghe e/o alcol - e bisognosi di assistenza¹¹.

Questo scenario è chiaramente descritto nei dati dell'utenza in carico dell'Emilia-Romagna; nel corso degli anni gli utenti in carico tossicodipendenti e alcolisti sono mediamente invecchiati. Il fenomeno interessa particolarmente, ma non solo, i tossicodipendenti che dal 1991 al 2008 invecchiano mediamente di quasi 8,4 anni per tutti gli utenti e di 4,4 anni per i soli nuovi utenti in carico. Se nel 1991 l'utenza che era in carico nell'anno/negli anni precedenti - cioè coloro che avevano un programma consolidato - avevano una età media di 27,7 anni, nel 2008 il valore si eleva di 9,3 anni (età media a 37). Il trend oramai è abbastanza stabilizzato, in quanto tende ad essere riconfermato di anno in anno, senza variazioni significative. Valori simili si riscontrano tra i dati dell'utenza nazionale.

Le spiegazioni vanno ricercate a più livelli. In primo luogo l'invecchiamento della popolazione tossicodipendente è una caratteristica non solo dell'Emilia-Romagna, ma italiana ed europea, e si riscontra particolarmente tra gli utenti cronici in terapia a lungo termine con sostitativi per uso da oppiacei. Nonostante i casi incidenti (nuovi utenti) abbiano una età media di gran lunga più bassa, di fatto nel corso del tempo essi si aggiungeranno alla popolazione tossicodipendente storica «a un tasso tale per cui è assodato che, nel prossimo futuro, il problema non si ridimensionerà in maniera significativa»¹³.

Per gli alcolodipendenti le evidenze sono nettamente differenti. Innanzitutto, come chiaramente dimostra il grafico, gli utenti si presentano al servizio in una età molto più elevata rispetto a quella dei tossicodipendenti. Nel 2008 l'età media degli utenti già conosciuti da anni precedenti era di 47,6 anni (11 anni in più rispetto ai tossicodipendenti) e 45,5 anni

⁹ Relazione al Parlamento 2008, p. 77.

¹⁰ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2007, Roma, 2008, pag. 67.

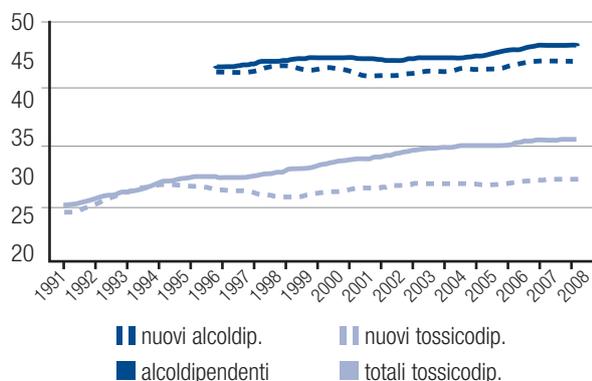
¹¹ Direzione Generale - Servizio legislativo e qualità della legislazione, La popolazione Anziana e disabile in Emilia-Romagna, Regione Emilia-Romagna - Assemblea Legislativa, in Gli Speciali 2008, Bologna, 2008, pag. 10.

¹² Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, Focus sulle droghe 18. Briefing dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 1° edizione 2008, Fonte: emcdda.europa.eu.

¹³ Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, Relazione annuale 2008. Evoluzione del fenomeno in Europa, EMCDDA, Lisbona, 2008.

per i nuovi (14,3 anni in più rispetto ai tossicodipendenti). Anche in questo caso, seppur con proporzioni più contenute, si registra un invecchiamento dell'utenza afferente ai servizi: rispetto al 1996.

Fig. 1. Andamento dell'età media degli utenti tossicodipendenti e alcol dipendenti in carico ai SerT, suddivisione per nuovi e già in carico (Anni 1991-2008, media).



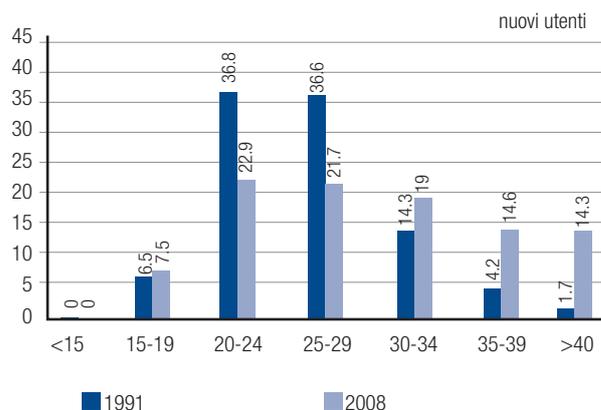
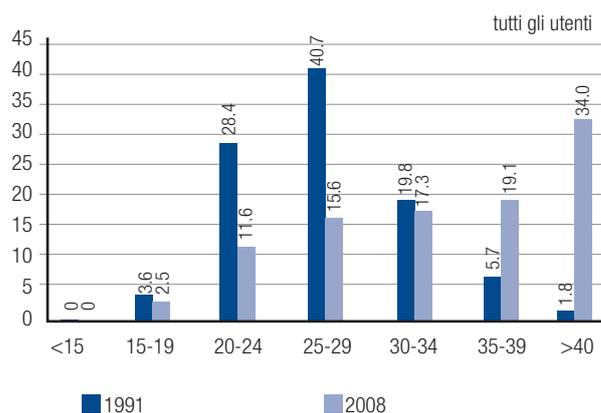
I dati regionali mostrano una quota bassa di utenti in carico con età inferiore ai 15 anni (4 casi nel 2008), in linea con quanto accade negli altri servizi per le dipendenze europei e nazionali. Da un verso tali valori descrivono la situazione epidemiologica del fenomeno, dall'altro occorre considerare che molti interventi su questa fascia di popolazione sono effettuati presso altri servizi, quali spazi giovani o consultori. I numeri crescono nella fascia di età immediatamente superiore, dai 15 ai 19 anni. Rappresentano il 2,5% dei tossicodipendenti (il 7,5% dei nuovi) e il 4,1% degli alcolisti /6,5% dei nuovi). Confrontando due diversi periodi è chiaramente visibile la variazione significativa avvenuta nella distribuzione per età degli utenti tossicodipendenti e alcol dipendenti. Gli utenti tossicodipendenti ultra 40enni passano dall'1,8% del 1991 al 34% del 2008. La stessa tendenza, con valori più contenuti avviene per i nuovi utenti. Anche per gli alcolisti si può parlare un fenomeno di invecchiamento progressivo delle classi di età più alte.

Trattandosi di un fenomeno relativamente recente, non è ancora chiaro l'impatto dell'uso di sostanze sulla salute di persone adulte-anziane. Studi europei hanno rilevato che l'abuso di alcol provoca maggiori effetti dannosi agli anziani rispetto ai giovani, anche con minori quantità di alcol assunto¹⁴. I flussi che pervengono attualmente all'Osservatorio sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna non consentono di esplorare il rapporto età/sostanza, ma è ipotizzabile che buona parte delle persone adulte-anziane in carico ai SerT seguano trattamenti sostitutivi per la dipendenza da oppiacei (metadone, buprenorfina); questo quadro è verosimilmente destinato a consolidarsi nei prossimi anni. I servizi dovranno riorganizzarsi anche per affrontare nuovi bisogni: si pensi ad anziani con problemi di abuso di sostanze (soprattutto alcol), con un basso livello di funzionamento sociale e con problematiche psichiatriche per i quali si renda necessaria una accoglienza residenziale. Anche il quadro delle patologie correlate potrebbe modificarsi, con un incremento di patologie croniche. È verosimile che questo tipo di utenza sia destinato ad assorbire una notevole quantità di risorse in termini di personale dedicato, servizi, interventi.

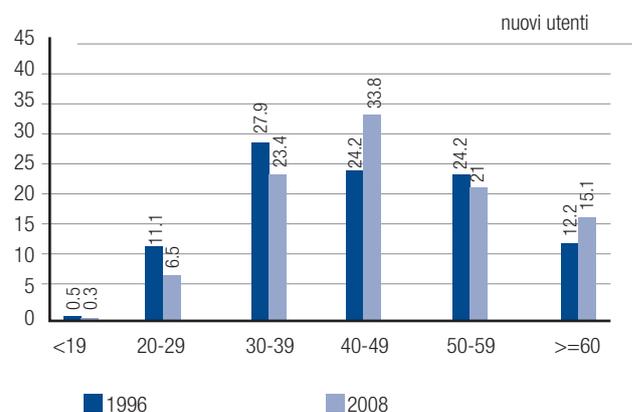
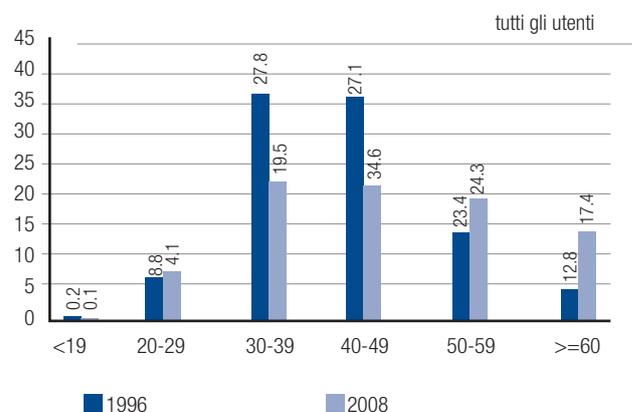
Trattandosi di un fenomeno relativamente recente, non è ancora chiaro l'impatto dell'uso di sostanze sulla salute di persone adulte-anziane. Studi europei hanno rilevato che l'abuso di alcol provoca maggiori effetti dannosi agli anziani rispetto ai giovani, anche con minori quantità di alcol assunto¹⁴. I flussi che pervengono attualmente all'Osservatorio sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna non consentono di esplorare il rapporto età/sostanza, ma è ipotizzabile che buona parte delle persone adulte-anziane in carico ai SerT seguano trattamenti sostitutivi per la dipendenza da oppiacei (metadone, buprenorfina); questo quadro è verosimilmente destinato a consolidarsi nei prossimi anni. I servizi dovranno riorganizzarsi anche per affrontare nuovi bisogni: si pensi ad anziani con problemi di abuso di sostanze (soprattutto alcol), con un basso livello di funzionamento sociale e con problematiche psichiatriche per i quali si renda necessaria una accoglienza residenziale. Anche il quadro delle patologie correlate potrebbe modificarsi, con un incremento di patologie croniche. È verosimile che questo tipo di utenza sia destinato ad assorbire una notevole quantità di risorse in termini di personale dedicato, servizi, interventi.

Fig. 2. Distribuzione dell'utenza tossicodipendenti e alcol dipendenti per classi di età. Confronto tra due anni (Valori %).

a. Tossicodipendenti



b. Alcol dipendenti



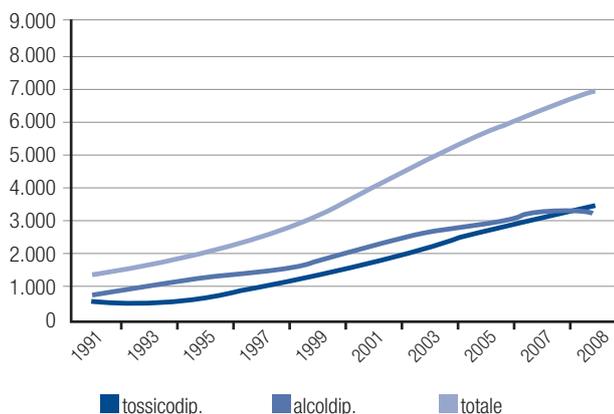
¹⁴ Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, Focus sulle droghe 18. Op. cit..

E' chiaro che crescendo complessivamente l'utenza dei servizi, cresce di conseguenza anche il numero di persone con oltre 40 anni di età. Ma la crescita non è distribuita egualmente in tutte le classi di età: gli ultra 40enni sono quintuplicati nel corso di dodici anni, da 1.703 del 1996 a 8.508 del 2008, nello stesso periodo le persone in carico con età uguale o inferiore ai 29 anni sono calati del 4%, passando da 4.205 a 4.038.

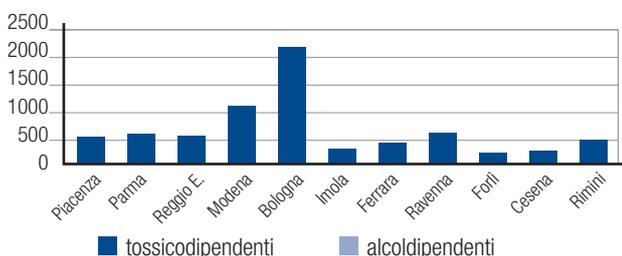
Come di frequente emerge analizzando i dati sulle dipendenze, le fenomenologie locali sono molto differenziate. Le AUSL con maggiore numero di utenti, alcol dipendenti e tossicodipendenti, sono quelle con relativo maggior numero di ultra 40enni; in particolare Bologna (2.182 utenti), Modena (1.132) e Ravenna (928). Le proporzioni mutano considerevolmente se si considera la percentuale di ultra 40enni sul totale degli utenti in carico. Al di sopra della media regionale (46,6%) vi sono le AUSL di Imola (63,0%), Ravenna (53,8%), Piacenza (53,2%) e Modena (51,5%). Meno impatto ha questa fascia di popolazione nelle AUSL di Parma (40,2%), Cesena (40,8%) e Rimini (42,7%).

Per la corretta interpretazione dei dati sono necessarie comunque alcune precisazioni. La proporzione di persone in età adulta è legata a più fattori: l'organizzazione del servizio, più o meno facilitante nell'accogliere alcune tipologie di utenza rispetto ad altre, come pure il numero complessivo di utenti alcol dipendenti, con età media notevolmente più alta rispetto agli utenti tossicodipendenti..

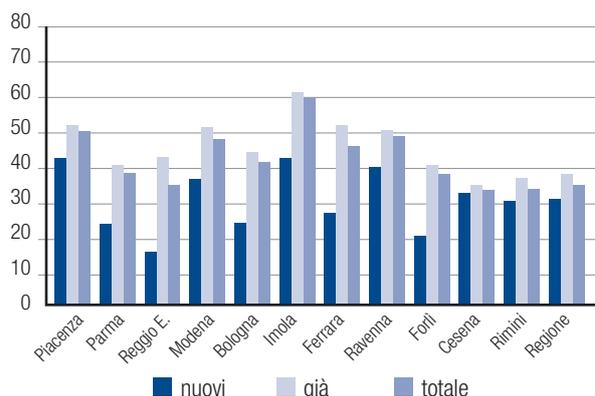
Fig. 5. Alcol dipendenti e/o tossicodipendenti con età 40 anni o più.
a. Numero utenti alcol dipendenti e tossicodipendenti in carico negli anni



b. Numero totale di utenti in carico per AUSL



c. Percentuale di utenti in carico nuovi o già conosciuti con età maggiore di 40 anni per AUSL



Cittadinanza

La Regione Emilia-Romagna si caratterizza per la presenza di un consistente numero di cittadini stranieri presenti o residenti, con valori che la collocano tra le prime regioni italiane. Dai dati forniti dell'Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio risulta che al «1° gennaio 2009 erano 421.509 gli stranieri residenti in Emilia-romagna con un incremento di 55.789 unità rispetto al 1° gennaio 2008 (15,3%)»¹⁵. Le persone con nazionalità straniera o provenienti da paesi UE, sono divenute una realtà significativa non solo nella popolazione generale ma anche tra l'utenza che accede ai Servizi per le dipendenze. Nelle linee di indirizzo regionali (DGR 1533/2006) sono state date chiare indicazioni ai Servizi di «garantire percorsi differenziati interni al SerT [...] differenziando i percorsi per [...]6utenti stranieri»¹⁷. La delibera va proprio nella direzione di riconoscere l'importanza di questa tipologia di utenti soprattutto per l'impatto che essi possono avere nel rapporto con i Servizi e sui Servizi. Ad esempio, le problematiche/condizioni di salute che utenti di nazionalità straniera possono presentare: dipendenza da alcol e/o droghe, prostituzione e tratta, detenzione, situazioni giuridiche complesse (compreso la clandestinità), disagio e disadattamento sociale, inconsistenza di reti familiari di sostegno, ecc..

Complessivamente nel 2008 vi erano 1.584 persone di cittadinanza di un paese UE o Extra UE hanno seguito un programma terapeutico di trattamento per problematiche connesse con la tossicodipendenza (1.051) o alcol dipendenza (483). Occorre considerare che molti di questi soggetti in carico erano detenuti all'interno delle carceri dell'Emilia-Romagna¹⁷. Anche in termini relativi il fenomeno è in rilevante crescita: l'8,9% degli utenti alcol dipendenti era di nazionalità straniera, contro il 7,8% degli utenti tossicodipendenti.

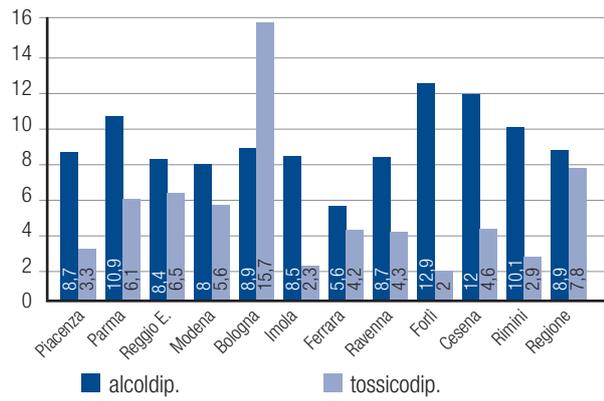
La sola AUSL di Bologna nel 2008 contava complessivamente 569 soggetti stranieri tossicodipendenti (pari al 15,7% del totale dell'utenza) seguita, a notevole distanza, da Reggio Emilia, Parma e Modena. Le differenze così rilevanti tra i territori aziendali (da 15,7% di Bologna a 2,0% di Cesena) devono naturalmente essere attribuite ad una ampia gamma di motivazioni, quali ad esempio la fenomenologia locale, più o meno caratterizzata da presenza di stranieri o la progettualità locale più o meno strutturata per accogliere utenti di origine straniera.

¹⁵ Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio, L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna. Dati 2008, Clueb, Bologna, 2010, Pag. 17.

¹⁶ DGR n. 1533 del 6 novembre 2006, Linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope: indicazioni operative.

¹⁷ Questo dato non è disponibile in quanto non rientra nei flussi informativi regionali.

Fig. 9. Percentuale di utenti stranieri sul totale dell'utenza in carico tossi-codipendente e alcoldipendente (Anno 2008, valori %).



8. Le sostanze d'abuso

Per interpretare in maniera corretta il mondo dell'uso delle sostanze psicotrope occorre considerare che esistono molte sfaccettature diverse connesse all'assunzione, alle problematiche conseguenti. Tra coloro che accedono/hanno avuto contatti con i SerT è possibile individuare più tipologie di soggetti, chi effettua una richiesta di trattamento (domanda di trattamento) e chi invece viene inviato per seguire programmi o controlli previsti per legge. Si intuisce quanto la compliance alla cura e all'esito del programma stesso siano strettamente connesse con questo aspetto.

Nel primo caso rientra per lo più l'utenza problematica, cioè quelle persone con «un consumo di stupefacenti per via parenterale oppure un consumo da lunga data/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine»¹. Le informazioni sulle persone e sulle sostanze d'abuso dell'utenza che chiede un trattamento al SerT rappresentano un indicatore indiretto «circa l'andamento generale che caratterizza il consumo problematico di stupefacenti» sul territorio, oltre ad offrire un «quadro dell'organizzazione delle strutture terapeutiche e del ricorso ad esse»².

Nel secondo caso rientrano le persone che non esprimono una domanda diretta di trattamento, ma che sono incoraggiati dalle normative vigenti a rivolgersi, almeno per una consulenza, ai SerT. Questo è il caso di: inviati dalla Prefettura o dalla Commissione medico locale per l'accertamento dell'idoneità alla guida o lavoratori appartenenti a determinate categorie (es. trasporti e lavori pericolosi).

I dati di seguito presentati confermando, con pochissime variazioni, quanto già analizzato negli anni precedenti: gli utenti dei SerT sono caratterizzati dal consumo di quattro principali sostanze: eroina, cocaina, cannabis e alcol. E' una caratteristica dei servizi per le dipendenze di tutta l'Europa e Italiani: quasi dappertutto si rintraccia questo quadro epidemiologico.

Come tutti i fenomeni complessi, la causa non può essere attribuita ad una sola variabile. Occorre considerare le caratteristiche delle sostanze d'abuso, che possono o meno richiedere un intervento terapeutico riabilitativo a seconda degli effetti che essi comportano sia a livello organico sia a livello del contesto di vita della persona. In breve, il tossicodipendente da eroina avrà meno chances di risolvere/gestire il rapporto con la sostanza rispetto ad un consumatore di cannabis. Allo stesso modo «l'aumento della percentuale di pazienti, e in special modo di nuovi pazienti, che vengono indirizzati a strutture di trattamento per problemi legati al consumo di sostanze diverse dagli oppiacei può essere il riflesso di un miglioramento della disponibilità delle cure per i consumatori di cannabis e cocaina in alcuni Stati membri, nonché di un incremento del numero di consumatori che chiedono di

essere curati a causa di un abuso di tali sostanze. Tuttavia, la disponibilità generale di servizi diretti nello specifico alle necessità dei consumatori di sostanze diverse dagli oppiacei rimane limitata»³.

Profilo nazionale

«Tra le persone complessivamente assistite nel 2008 dai Servizi per le tossicodipendenze regionali che hanno indicato una sostanza d'abuso principale, il 71% ha riferito l'eroina quale sostanza d'abuso di uso prevalente, seguita da cocaina (16% dell'utenza complessivamente assistita) e da cannabis (9,0% del totale assistiti) (Figura 1.2.11). Rispetto al profilo europeo si osserva un maggior consumo dichiarato di oppiacei, a fronte di livelli simili per la cocaina, e sensibilmente inferiori di cannabis ed altre sostanze, in prevalenza di tipo sintetico».

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Nel 2008 si conferma un "allineamento" dei dati della Regione Emilia-Romagna con il profilo nazionale, almeno relativamente alla sostanza "primaria d'abuso", cioè la sostanza che prevalentemente ha determinato la richiesta di aiuto con il servizio. Tra gli utenti tossicodipendenti in generale l'eroina è ancora nettamente la sostanza elettiva d'abuso (73,7% regione vs 74% nazionale), mentre i valori relativi all'uso di cocaina (14,5%) sono lievemente inferiori rispetto ai nazionali (16%), come la cannabis (8,3% regione vs 9% Italia).

In questa popolazione generalmente l'abuso non è limitato ad una sola sostanza: è spesso presente un uso concomitante, spesso problematico, di più sostanze. Nello specifico il 44,5% delle persone ha utilizzato in maniera problematica almeno due sostanze; in definitiva la poliassunzione si conferma un modello di consumo attuale e molto praticato.

Tra i nuovi utenti i consumatori di eroina si ridimensionano rispetto agli utenti già conosciuti, sintomo anche di un cambiamento nello scenario dell'abuso e della richiesta di trattamento. L'eroina è sempre la sostanza elettiva (52,6%) anche se con valori nettamente inferiori rispetto all'utenza globale, seguita dalla cocaina (21,8%) e cannabis (20,5%).

L'analisi delle sostanze primaria d'abuso consente il confronto con i dati nazionali ed europei. Tuttavia, in un contesto dove molti utenti usano anche più sostanze, diviene interessante la descrizione delle situazioni in cui un utente dei servizi utilizza anche altre sostanze associate alla primaria⁴. Esaminando congiuntamente le sostanze primarie e secondarie, emergono le varieghe combinazioni utilizzare dagli utenti. L'eroina è utilizzata dal 76,3% degli utenti (come primaria o secondaria), contro un 60,4% dei nuovi utenti, a dimostrazione di come la problematicità di questa sostanza non è ancora sopita. La cocaina è molto diffusa: 33,6% tra tutti e

¹ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2006, EMCDDA, Lisbona, 2006, pag. 67.

² Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2004. Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia, Lisbona, 2004, pag. 65.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2005. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa, Lisbona, 2005, pag. 61.

³⁷ Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, Relazione annuale 2008. Evoluzione del fenomeno in Europa, EMCDDA, Lisbona, 2008, pag. 34.

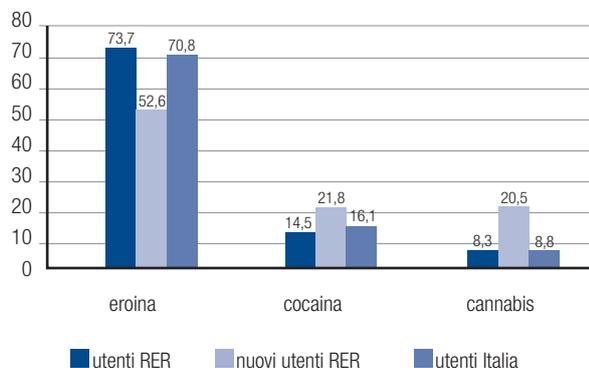
Dipartimento Politiche Antidroga

Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2008, Roma, 2009, p. 78.

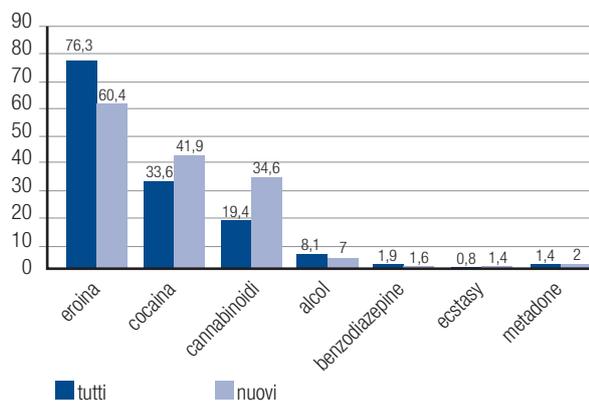
⁴ Il protocollo di rilevazione europeo e ministeriale di raccolta dati sulle sostanze utilizzate dalle persone che chiedono un trattamento presso i SerT italiani prevede la rilevazione sia della sostanza primaria, cioè la sostanza per la quale viene prioritariamente richiesto il trattamento, sia delle sostanze secondarie, cioè la sostanza utilizzate in aggiunta o in maniera concomitante alla prima. La stessa tipologia di rilevazione viene utilizzata dall'Osservatorio europeo sulle dipendenze.

41,9% tra i nuovi utenti. Allo stesso modo la cannabis è utilizzata, anche se più frequentemente come secondaria, dal 19,4% del totale degli utenti e il 34,6 dei nuovi (in aumento rispetto altri anni). Emergono le altre sostanze che nelle precedenti elaborazioni erano poco rilevanti, come alcol, benzodiazepine, ecstasy o metadone proveniente dal mercato grigio (non prescritto dal medico).

Fig. 1. Distribuzione percentuale delle sostanze primarie tra gli utenti tossicodipendenti SerT totali e nuovi in Emilia-Romagna e Italia (Fig. a.) e primaria e secondaria tra tutti e i nuovi utenti (Fig. b.) (Anno 2008, valori %).



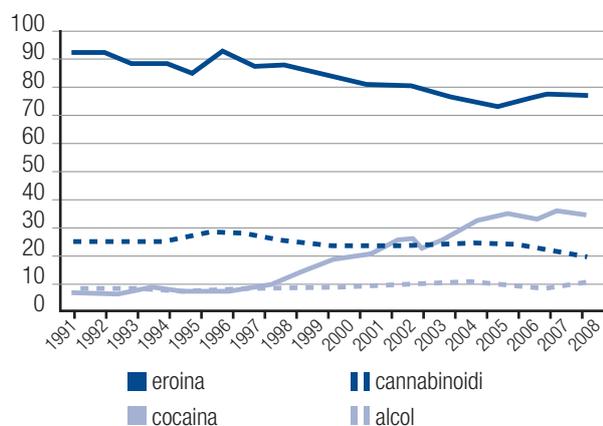
b. Sostanza primaria e secondaria* tra tutti e i nuovi utenti - RER



Fonte dati nazionali: Relazione annuale al Parlamento, Anno 2008, p.78 .

* I totali non si sommano in quanto una quota di utenti ha usato due o più sostanze.

Fig. 2. Distribuzione percentuale di alcune sostanze (primaria e secondaria) negli anni tra gli utenti SerT in carico (Anni 1991-2008, valori % per anno).



⁵ Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2008, Roma, 2009, p. 79.

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

⁷ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008. Evoluzione del fenomeno in Europa, Lisbona, 2008, pag. 15.

Tab. 1. Utenti SerT suddivisi per sostanza primaria d'abuso e AUSL (Anno 2008, valori assoluti e % per AUSL).

AUSL	Eroina		Cocaina		Cannabis		Altro		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Piacenza	419	69,6	90	15	63	10,5	30	5	602	100
Parma	987	73	218	16,1	112	8,3	35	2,6	1352	100
Reggio Emilia	916	66,6	198	14,4	231	16,8	30	2,2	1375	100
Modena	1027	74	214	15,4	106	7,6	40	2,9	1387	100
Bologna	2877	79,6	489	13,5	128	3,5	119	3,3	3613	100
Imola	238	69,2	51	14,8	30	8,7	25	7,3	344	100
Ferrara	741	72,2	106	10,3	109	10,6	71	6,9	1027	100
Ravenna	752	65,8	225	19,7	140	12,2	26	2,3	1143	100
Forlì	295	66,7	73	16,5	50	11,3	24	5,4	442	100
Cesena	433	79,3	61	11,2	36	6,6	16	2,9	546	100
Rimini	788	77,6	137	13,5	59	5,8	31	3,1	1015	100
Regione	9473	73,7	1862	14,5	1064	8,3	447	3,5	12846	100

Eroina

«Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti che riferisce l'eroina quale sostanza stupefacente di uso prevalente ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2005 (passando da circa il 90% a circa il 72%), in questo ultimo triennio sembra che il fenomeno si stabilizzato su valori attorno al 70%»⁵.

L'abuso di eroina è sicuramente il più importante problema che si trovano a fronteggiare i Servizi per le dipendenze, se non altro per la quantità di utenza che accede ai programmi terapeutici per questo tipo di problema. E' un ambito dove nel corso degli anni sono stati raggiunti risultati ragguardevoli nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione, frutto del successo delle politiche di riduzione del danno, dell'organizzazione dei servizi, della differenziazione delle soglie di accesso, della disponibilità di farmaci sostitutivi e antiretrovirali, dell'attivazione di servizi di prossimità (ad esempio Unità di Strada).

Permangono tuttavia forti elementi di rischio per la salute dei cittadini che assumono questa sostanza. In particolare l'Osservatorio europeo evidenzia⁶:

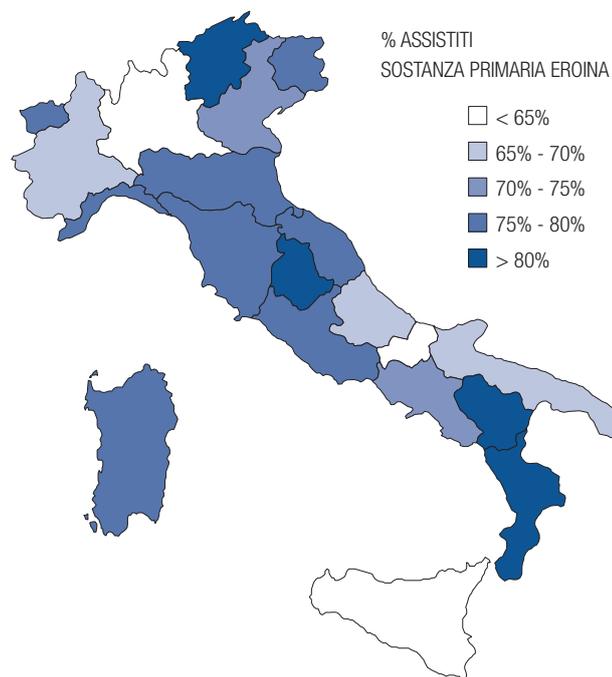
- la salute, «il consumo di eroina in Europa rimane un problema grave di salute pubblica, tuttora responsabile di una parte consistente dei costi sociali e sanitari complessivi connessi al consumo di stupefacenti»⁷.
- l'invecchiamento dei consumatori di eroina, di cui si è diffusamente nei precedenti capitoli;
- la mortalità che, seppur in calo, continua ad essere uno dei maggiori problemi;
- il mercato, seppur fortemente orientato verso cocaina ed cannabis, è consistente anche sull'eroina;
- modalità d'uso, che si modifica progressivamente, l'eroina fumata interessa quote rilevanti di giovani.

Come mostrato nella Fig. 1, nel corso degli anni la quota di eroinomani (sostanza primaria) tra gli utenti SerT si è ridimensionata in modo consistente. Ad esempio, nel 1991 gli utenti in carico con sostanza primaria eroina erano il 90,2% del totale, nel 2008 la quota si è abbassata al 73,7%. In realtà questo dato non indica una minore quantità di utenti eroinomani in trattamento, dato che nel 2008 erano 9.473, oltre tremila casi in più rispetto al 1991. Le spiegazioni devono essere attribuite al fatto che alle "tradizionali" problematiche trattate dai SerT (abuso eroina) se ne sono aggiunte nuove come quelle portate da alcolisti e cocainomani che hanno complessivamente e consistentemente aumentato l'attività di questi servizi.

Come più volte evidenziato, le differenze tra le Aziende USL sono molto evidenti e frutto di diversa distribuzione e tipologia del fenomeno e dell'offerta dei servizi. Non di meno, la quota di eroinomani è un dato molto variabile anche in base alle capacità del servizio di accogliere anche altre tipologie di consumatori (es. cocainomani, consumatori di cannabis). Il rapporto utenti eroinomani su popolazione target fornisce un valore grezzo per la stima della rilevanza locale del fenomeno e del livello di funzionamento/specializzazione dei servizi (vedi grafico). Sopra la media regionale, confermando le tendenze registrate negli scorsi anni, si posizionano le AUSL di Bologna (55,34 eroinomani per 10.000 residenti), Rimini (40,12) e Parma (36,59).

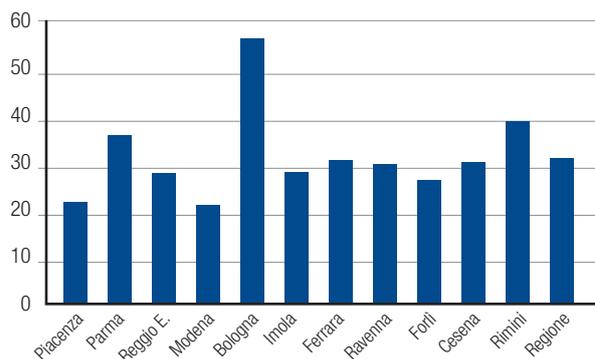
Figg. 2. Alcuni dati sintetici sull'utenza con abuso di eroina nei SerT (Anno 2008)

a. Situazione nazionale: % utenti in trattamento per sostanza primaria eroina



Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2008, p. 80.

b. Situazione Regionale: utenti con sostanza primaria eroina/popolazione target 15-64 anni /10.000 residenti



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

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

Cocaina

Come rileva l'Osservatorio europeo, «in questo momento la cocaina è la sostanza stimolante più diffusa in molti paesi dell'Europa meridionale e occidentale e il suo consumo è in continua crescita»⁸. «Il numero di pazienti che si sottopongono a trattamento per consumo primario di cocaina ha continuato ad aumentare in Europa per alcuni anni, sebbene la tendenza sia fortemente influenzata da alcuni paesi. Nel periodo 2002-2007, i maggiori incrementi in percentuale di nuovi pazienti sono stati riferiti da Spagna, Irlanda e Italia»⁹. Di fatto la domanda di trattamento per questa sostanza ha visto uno sviluppo senza precedenti, creando difficoltà ai Servizi a strutturare trattamenti efficaci, soprattutto a causa della scarsa disponibilità di trattamenti terapeutici-riabilitativi consolidati ed evidence-based.

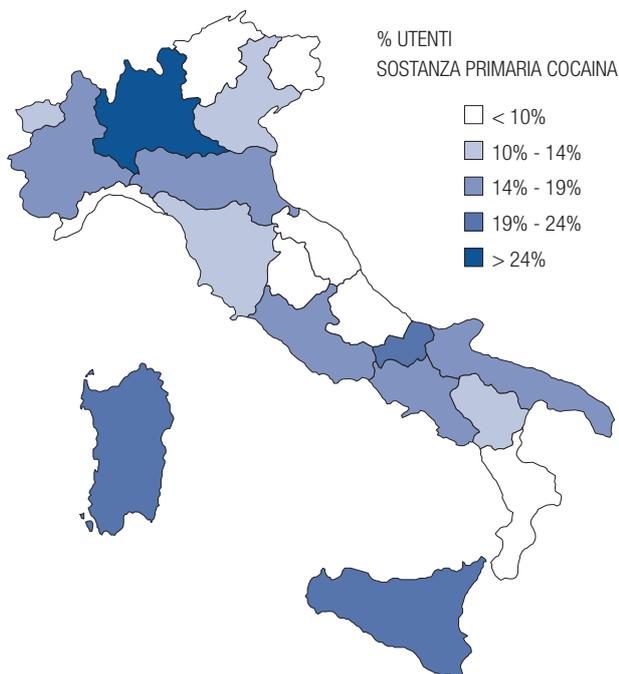
Le strategie della Regione Emilia-Romagna si sono particolarmente orientate ad affrontare in maniera sinergica il fenomeno: «di fronte a questi nuovi scenari occorre ripensare complessivamente le strategie di prevenzione, l'assessment della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi, superando le attuali difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte dei policonsumatori, offrendo una gamma di trattamenti sufficientemente differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda per tutte le tipologie di consumo ed eliminando l'«effetto stigma» generato dall'attuale circuito assistenziale»¹⁰.

Dalla Fig. 2 si è visto come gli utenti in carico con uso di cocaina come sostanza primaria o secondaria siano costantemente cresciuti nel corso del tempo: da 417 casi del 1991 a 4.318 del 2008. In breve, l'utenza con questo tipo di problematiche è aumentata di dieci volte nel corso di diciassette anni. Come specificato per le altre sostanze, occorre sempre considerare che una quota di questi soggetti provengono dal carcere.

Rapportando gli utenti SerT in carico con la popolazione target per Azienda USL moltiplicato per 1000 residenti, si evidenzia la rilevante differenza tra le Aziende. Si va da 9,9 utenti in carico per problemi di cocaina ogni 10.000 abitanti di Imola a 24,3 di Bologna.

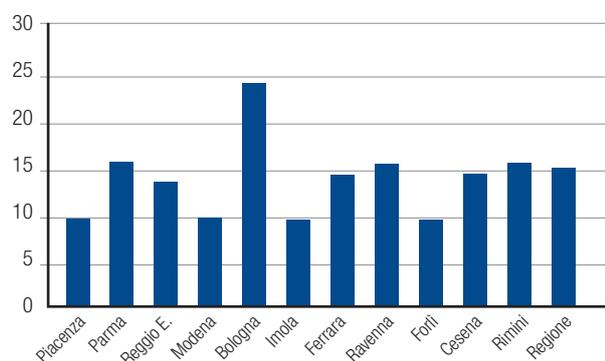
Fig. 2. Alcuni dati sintetici sull'utenza con abuso di cocaina nei SerT (Anno 2008)

a. Situazione nazionale: % utenti in trattamento per sostanza primaria cocaina



Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2008, p. 80.

b. Situazione Regionale: utenti con sostanza primaria cocaina/popolazione target 15-64 anni /10.000 residenti



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

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

Cannabis e altre sostanze

«L'assunzione prevalente di altre sostanze stimolanti quali amfetamine, ecstasy e analoghi e crack, si attesta nell'ultimo quinquennio a valori percentuali attorno all'1%; psicofarmaci ed altre tipologie di oppiacei come metadone, morfina ed altre sostanze sono assunte come sostanza primaria da un contingente di utenti pari al 5%, in lieve aumento dal 2005. Relativamente a questo profilo è utile ricordare che i soggetti che usano queste sostanze difficilmente arrivano ai Servizi per le

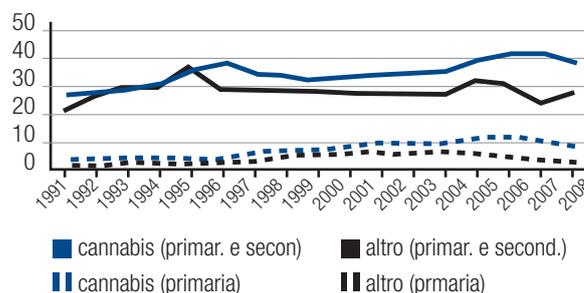
tossicodipendenze. Quindi, questa percentuale riguarda solo una piccola frazione delle persone che in realtà utilizzano tali droghe e sono quelle che, probabilmente per gravi complicanze, arrivano ai servizi»¹¹.

La netta prevalenza degli eroinomani e cocainomani tra gli utenti SerT lascia meno evidenza alle persone in trattamento per altri tipi di sostanze, che comunque nel corso del 2008 hanno rappresentato un rilevante numero di utenti presi in carico: considerando anche la cannabis sono state 1.511 pari all'11,8% del totale.

La cannabis ha sempre rappresentato per anni la seconda sostanza d'abuso primario tra gli utenti SerT, prima che i casi di cocaina aumentassero in maniera considerevole. Vi è da premettere che gli utenti in carico per uso di cannabis non sempre esprimono una diretta domanda di trattamento: si tratta in alcuni casi di consumatori inviati ai Servizi dalla Prefettura (es. art. 121 D.P.R. 309/90) per un approfondimento diagnostico o per colloqui di consultazione clinica e quindi non necessariamente, o meglio molto raramente, viene attivato un vero e proprio programma terapeutico riabilitativo. In termini assoluti il numero di soggetti che usano cannabis come sostanza primaria è costantemente cresciuto, dai 894 casi del 2002 ai 1.064 del 2009. Solitamente la cannabis è associata come sostanza secondaria ad altre sostanze.

La categoria "altre sostanze" comprende una casistica molto eterogenea ma meno rilevate dal punto di vista meramente relativo. Le sostanze sono benzodiazepine, metadone non prescritto dal medico, ecstasy, amfetamine, altri oppiacei, allucinogeni, barbiturici, morfina, inalanti, alcol e altre sostanze.

Fig. 5. Distribuzione percentuale della sostanza tra gli utenti in carico ai SerT, eroina e cocaina esclusa (Anni 2000-2006, valori % sostanza primaria e primaria e secondaria sommate).



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

Le bevande alcoliche

L'alcol è un problema rilevante. Qualsiasi indicatore epidemiologico relativo all'uso/abuso di alcol mostra una realtà poco confortante e anzi preoccupante. Solo per citare qualche dato, «il consumo dannoso di alcol è correlato a un decesso su quattro tra i giovani di sesso maschile (15-29 anni) e a uno su 10 tra le giovani donne»¹²; la guida sotto l'effetto di alcol è un problema molto attuale; le patologie alcolcorrelate sono numerose e gravi.

L'alcolista che si rivolge ai SerT, come nel capitolo precedente si è dimostrato, consuma alcol in maniera inadeguata non solo episodicamente (la classica ubriacatura). Di solito il comportamento dannoso si articola durante la giornata: beve alcol al mattino, a pranzo, nel pomeriggio e la sera a cena. Som-

⁸ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008. Op. cit., pag. 14.

⁹ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008. Op. cit., pag. 75.

¹⁰ DGR 1533/2006.

¹¹ Relazione annuale al Parlamento 2008, p. 80-81.

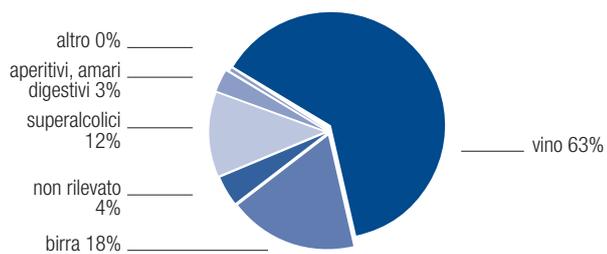
¹² Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008. Op. cit., pag. 60.

mando le quantità alcoliche, come fanno gli operatori SerT, emergono dei profili altamente problematici. Inoltre spesso all'uso di alcolici è associato l'uso di droghe e/o farmaci.

Il profilo della sostanza può essere differenziato solo in merito al tipo di alcolico, ognuno dei quali ha un legame con aspetti relativi al loisir, la socialità del consumo, con il contesto del consumo o con le tradizioni locali.

Nella maggior parte dei casi è il vino (63%) la sostanza d'abuso prevalente, per la quale le persone si rivolgono ai Servizi dopo lunghi anni di dipendenza. Lo stesso valore, con scarti non rilevanti si rileva in tutti i SerT dell'Emilia-Romagna. Seguono birra (18%), superalcolici (12%), amari e digestivi (3%) e altre tipologie .

Fig. 6. Distribuzione percentuale del tipo di alcolici prevalenti tra gli utenti in carico ai Centri alcolologici (Anno 2008, valori %).



europsichiatria in
a e adolescenza **salute**
carceri dipendenze
sichiatria infanzia infanzia
dipendenze **mentale** patologiche **car**
sichiatria adulti **salute**
salute **mentale**

Parte III
La salute

9. Ricoveri correlati all'uso di sostanze stupefacenti

L'uso di sostanze stupefacenti e l'utilizzo improprio di alcol possono avere implicazioni e conseguenze spesso devastanti per la salute che necessitano, frequentemente, di forme di assistenza più "intensive" quali quelle derivate da un ricovero ospedaliero. L'analisi sulle ospedalizzazioni costituisce un'informazione efficace sia in termini di fenomenologia dell'uso di sostanze, in quanto consente una valutazione dell'entità e della problematicità dell'uso in un determinato territorio, sia in quanto permette di analizzare i modelli di fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione residente ed eventualmente di organizzare risposte più congrue alle esigenze di cura di quello specifico territorio.

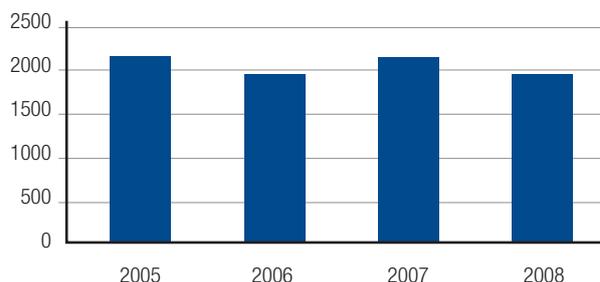
A tal fine sono stati analizzati i ricoveri per problematiche interamente legate al consumo di sostanze psicoattive¹ nel periodo 2005 – 2008, con riferimento ai soggetti residenti nel territorio regionale ricoverati presso le strutture ospedaliere nazionali pubbliche e private che riportano una diagnosi principale alla dimissione direttamente ascrivibile all'utilizzo attuale di sostanze stupefacenti. I dati in esame infatti, riguardano solo ed esclusivamente ricoveri originati da un utilizzo attivo di sostanze psicoattive, mentre non sono inclusi ad esempio, tutti quei ricoveri provocati da un uso pregresso di alcol quale la cirrosi epatica.

L'esclusione dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative ad alcune patologie interamente addebitabili ad un utilizzo seppur pregresso di alcol può contribuire a sottostimare l'impatto delle patologie "alcoliche" sui servizi sanitari. Infatti, la patologia che mediamente procura una degenza più prolungata ed una media più elevata del numero di ricoveri è la cirrosi epatica alcolica. Questo significa che tra i pazienti affetti da tale disturbo, oltre ad avere degenze più lunghe, c'è anche la tendenza a subire diverse ospedalizzazioni nel corso del tempo, in quanto la malattia è cronica ed anche in presenza di sospensione del potus, può esservi la necessità di essere curati.

Le diagnosi utilizzate per l'analisi sono quelle riportate alla dimissione e successivamente classificate in gruppi di diagnosi omogenee (DRG)².

In Regione, i dati relativi al periodo 2005 – 2008 indicano, dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse ospedaliere, una sostanziale stabilità del numero annuo delle ospedalizzazioni con più di 2000 ricoveri attribuibili a pazienti residenti con disturbo da uso di sostanze (DUS). La tendenza delle dimissioni nel tempo presenta oscillazioni contenute sia in valore assoluto, che in rapporto alla popolazione residente: nel corso del 2008 i ricoveri effettuati da cittadini emiliano-romagnoli per patologie alcol – droga correlate sono stati 2.082 contro i rilevati 2144 rilevati nel 2005 (Fig. 1).

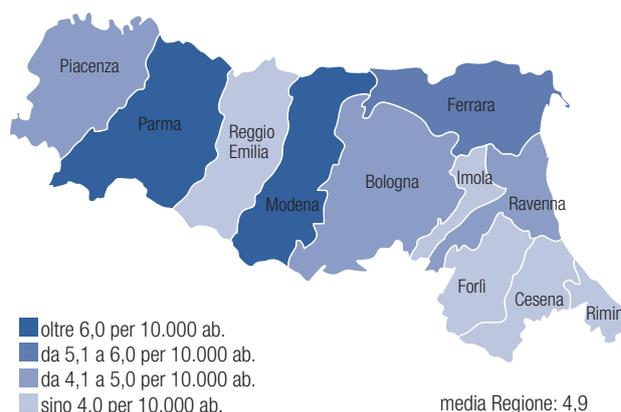
Fig. 1. Ricoveri ospedalieri alcoldrogacorrelati in Emilia Romagna (anni 2005-2008, Valori assoluti)



Fonte: Elaborazioni su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

In relazione al numero di ricoveri effettuati dai cittadini residenti nei territori delle diverse Aziende, si può notare come il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi legati all'uso di sostanze psicotrope e alcol presenti, a livello regionale, una spiccata variabilità (Fig. 2). Nel 2008, a fronte di un rapporto regionale tra numero di ricoveri e cittadini residenti pari a 4,9 ricoveri ogni 10.000 abitanti (5,2 nel 2007 e 4,9 nel 2006), si registra un minimo di 2,2 nel territorio dell'Azienda USL di Imola, seguito dal 2,7 dell' Aziende USL di Forlì e dal 2,9 di Rimini, e un massimo di 9,4 ricoveri alcoldrogacorrelati ogni 10.000 abitanti nel territorio di Parma, seguito da un 6,1 nella provincia di Modena. Altro territorio con un tasso superiore alla media regionale è la provincia di Ferrara con un rapporto tra ricoveri e popolazione residente pari a 5,7 (Fig. 4). In assenza di un quadro informativo regionale sui presidi ospedalieri per l'assistenza ai pazienti con disturbo da uso di sostanze, non è possibile sostenere che le Aziende USL con i tassi più elevati sono quelle dove si è investito meno nel trasferimento di questa casistica verso modalità assistenziali alternative all'ospedale o maggiormente integrate con questo.

Fig. 2. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per AUSL (Anno 2008, rapporto per 10.000 residenti)



¹ Con questa generalizzazione intendiamo, oltre all'alcol e alle sostanze illegali, anche tutti i farmaci legalmente commerciabili quali antidepressivi, barbiturici, psicofarmaci, etc...

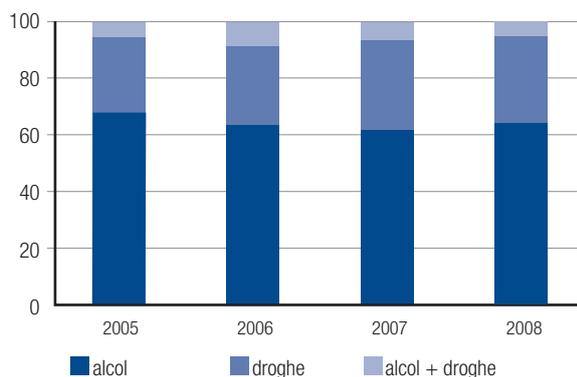
² I codici DRG utilizzati sono: 521, 522 e 523. Tali codici fanno riferimento alle diagnosi alla dimissione contenute nelle schede di dimissione ospedaliera relative alle problematiche connesse all'assunzione di droghe ed alcol. Le diagnosi sono state selezionate in conformità al protocollo dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), dal Nazionale Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal Ministero della Salute sulla mortalità alcoldroga correlata

L'analisi dei dati in serie storica, per quanto concerne le sostanze che hanno dato luogo ai ricoveri (Fig. 3) evidenzia un trend simile nel periodo in esame: più del 60% di questi sono collegati all'utilizzo di bevande alcoliche. A tal proposito, ci pare opportuno ricordare che, diversi studi italiani indicano il consumo di alcol come uno dei fattori più importanti fra le cause che determinano l'accesso alle strutture sanitarie, risultando responsabile, a livello nazionale, di circa il 6% dei decessi sotto i 75 anni e di 1/5 di tutti i ricoveri urgenti³

Le degenze che si possono riferire all'utilizzo di stupefacenti costituiscono il 30,6% del totale dei ricoveri e, di questi, il 32,0% è attribuibile all'uso di oppiacei, il 23,6% a quello di sedativi, barbiturici e/o ipnotici, il 12,7% per cocaina ed il restante per cannabinoidi, amfetamine o altre sostanze non specificate (31,7%).

Per quanto riguarda l'utilizzo di alcol e farmaci, si tratta di una quota di popolazione che pare rivolgersi ai centri territoriali specialistici (Centri Alcologici e SerT) solo in misura ridotta rispetto al reale fabbisogno di cura; mentre per quanto riguarda altre sostanze quali eroina, e cocaina, il dato sembra confermare quanto emerge dall'analisi della sostanza d'abuso primaria dei soggetti in terapia presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze. Per quel che concerne i cannabinoidi, il dato contenuto nelle schede di dimissione ospedaliera si rivela decisamente inferiore rispetto a quello registrato fra gli utenti SerT.

Fig. 3. Ricoveri ospedalieri causati da abuso/dipendenza da alcol e droghe in Emilia Romagna (anni 2005-2008, valori %)



Fonte: Elaborazioni su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Attraverso l'analisi della diagnosi principale alla dimissione è stato possibile classificare i ricoveri in tre diversi livelli di compromissione con la sostanza: intossicazione, abuso e dipendenza. Nel 2008, si nota una prevalenza di accessi alle strutture ospedaliere pubbliche e private dovuti a una situazione di dipendenza (50,0%), seguiti da situazioni di intossicazione (26,0%) e di abuso (24,0%); inoltre, indipendentemente dal livello di gravità, l'alcol rimane la sostanza a causa della quale si effettuano il maggior numero di ricoveri.

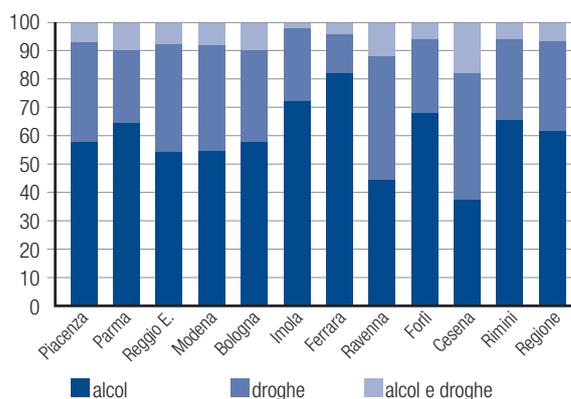
La quota più rilevate delle degenze riguarda in particolar modo il genere maschile (65,6%), mentre le donne rappresentano il 34,4% degli accessi, con un aumento di 2 punti percentuali rispetto al 2007. Il raffronto tra sostanza e genere conferma l'alcol quale principale causa di ricovero tra i soggetti di sesso femminile, con percentuali superiori al 55% nel periodo in esame.

La classe d'età maggiormente interessata sia per i maschi

che per le femmine è quella 31 – 45 anni, che nel 2008 ha interessato il 44,% dei ricoveri, a seguire la fascia 46 – 60 con il 28,8%. I pazienti di età inferiore ai 19 anni rappresentano il 2,0% (pari a 41 casi) del totale dei ricoveri considerati, con un aumento, rispetto al 2007 di circa 1 punto percentuale. L'analisi per singole droghe ed età evidenzia problematiche sanitarie legate prevalentemente all'uso di alcol, seppur con un peso maggiore fra i 46 – 60 anni dove raggiungono l'82,3% dei soggetti in quella fascia d'età.

Nella distribuzione percentuale per sostanza psicotropa, analizzata separatamente per ogni Azienda USL di appartenenza (Fig. 4), si nota che tra i residenti nei territori delle Aziende di Ferrara (80,2%), Forlì (79,6%), Rimini (72,4%) e Imola (71,4%) si sono verificati molti ricoveri in relazione all'abuso di alcol e meno per le altre sostanze rispetto al valore medio regionale (62,6%). Mentre nelle AUSL di Modena, Reggio Emilia, Ravenna e Piacenza si nota una maggior problematicità in merito al ricorso alle strutture ospedaliere a seguito di utilizzo di sostanze stupefacenti e meno di alcol, sempre rispetto alla media regionale (30,6%). Questi dati potrebbero trovare spiegazione sia nel connotato sociale più o meno negativo che accompagna l'utilizzo delle diverse sostanze e che verosimilmente si riflette nella possibilità di accesso alle strutture ospedaliere, sia nelle diverse strategie di cura che ogni territorio attua per meglio rispondere alle diverse esigenze assistenziali.

Fig. 4. Ricoveri ospedalieri suddivisi per tipologia di sostanza indicata nella diagnosi e per AUSL (Anno 2008, valori %).



Fonte: Elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

L'esame dei ricoveri effettuati fuori regione per problematiche correlate alle sostanze nel triennio 2005 – 2008 evidenzia una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti attestandosi intorno al 10% del totale. Questo denota come, nel tempo, le strutture regionali siano risultate capaci di rispondere alle necessità di ricovero dei propri cittadini in merito alle patologie alcoldrogacorrelate (Tab. 1).

Tab. 1. Ricoveri effettuati in presidi ospedalieri extra regione suddivisi per sostanza d'abuso (Anni 2005 - 2008, valori % di riga)

Anno	Alcol	Droghe	Alcol + droghe	Totale	V. %
2005	72,7	10,9	16,4	220	100,0
2006	74,6	14,4	11,0	209	100,0
2007	70,0	15,3	14,7	177	100,0
2008	68,4	23,5	8,1	196	100,0

Fonte: Elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

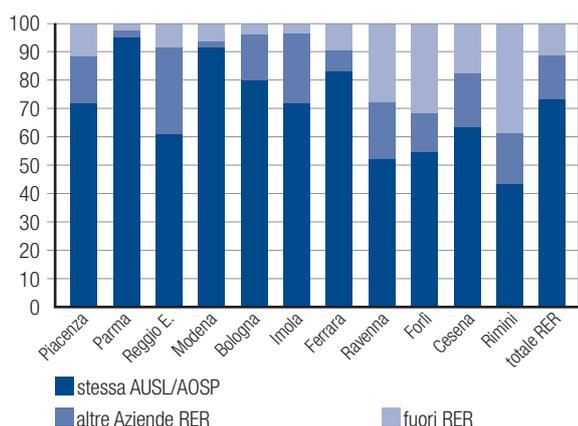
³ Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Centro OMS Ricerca Alcol. Consumi di alcol e impatto alcolcorrelato. Report 2008; Roma Istituto Superiore di Sanità

Per quanto riguarda le patologie alcolcoldrogacorrelate notiamo come, anche per il 2008, la quota maggioritaria dell'export extra regione avvenga per patologie alcolcorrelate. La mobilità maggiore è, verosimilmente più rilevante, nelle zone di confine con altre regioni.

Prendendo in considerazione l'aspetto della mobilità passiva (ricoveri effettuati fuori regione), il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi da dipendenza presenta una spiccata variabilità territoriale (Fig. 5). I flussi migratori più consistenti sono a carico dell'Azienda USL di Rimini che soddisfa fuori regione più di 1/3 del proprio fabbisogno. Dopo l'aumento, in termini percentuali, dei ricoveri effettuati nei nosocomi extra regionali rilevati nel triennio 2005 – 2007 il 2008 sembra dunque riportare un'inversione di tendenza. Nonostante tale flessione sembra comunque opportuno sottolineare come il flusso migratorio risulta collegato alla specificità delle singole patologie; infatti più dell'80% dell'export extra regionale avviene sostanzialmente per le patologie alcolcorrelate che sembrano trovare sedi di cura più opportune nel territorio della Regione Marche che, presumibilmente dispone di presidi sanitari più prossimi, nonché maggiormente disponibili sia in termini di ricettività sia in termini di tempestività rispetto alle a quelli presenti sul territorio regionale.

Uno degli aspetti da sottoporre a futuro approfondimento riguarda la distinzione dei ricoveri in base alle modalità dell'invio, in particolare tra ricoveri avvenuti in regime di emergenza-urgenza (ricorso spontaneo) e quanti siano proposti dal medico di medicina generale o da parte di un medico specialista. Sicuramente la presenza di tale dato offrirebbe informazioni utili al fine di una maggiore valutazione, programmazione e controllo delle caratteristiche epidemiologiche del fenomeno ed una più efficace gestione e integrazione delle risorse disponibili.

Fig. 5. Ricoveri suddivisi per AUSL/AOSP di residenza e AUSL/AOSP di ricovero (Anno 2008, % per riga/AUSL)



Fonte:Elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

10. Infezione da Hiv/Aids e Epatiti

Infezione da HIV

La raccolta sistematica dei casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS)¹ è iniziata in Italia nel 1982; nel 1984 la raccolta è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale i casi di malattia diagnosticati vengono segnalati dalle strutture del Paese. Dal 1986 l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria e dal 1987 il Sistema di Sorveglianza è gestito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Da molti anni il Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna si occupa dell'elaborazione dei dati relativi alle notifiche di AIDS raccolte nel territorio regionale e di quelle relative ai propri residenti, curando annualmente una relazione che approfondisce gli aspetti epidemiologici e assistenziali inerenti a questa patologia. Il Servizio effettua, inoltre, il follow-up attivo della mortalità al fine di ottenere i dati relativi allo stato in vita dei malati: questa integrazione è necessaria in quanto la notifica di decesso per AIDS non è obbligatoria anche se tale informazione risulta essere molto importante per delineare un quadro epidemiologico della malattia quanto più attendibile ed esaustivo.

È ormai da tempo riconosciuta l'importanza di un monitoraggio attento del fenomeno della sieropositività e non limitatamente alla rilevazione riguardante l'evento "AIDS": l'elevata efficacia raggiunta dalle terapie antiretrovirali ha notevolmente allungato il periodo di tempo tra infezione e malattia e ha reso più debole l'associazione tra caratteristiche riscontrate nella popolazione malata e quella infetta. Questa necessità deriva, oltre che da considerazioni di carattere epidemiologico (stima dell'incidenza dei nuovi casi HIV positivi e relative previsioni), dall'esigenza di pianificare un'adeguata assistenza sanitaria per coloro che sono già infetti e agire in modo più mirato e tempestivo per prevenire futuri casi di infezione.

Finalmente, il Decreto Ministeriale del 31 marzo 2008, formalmente istituisce in Italia il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV che dal 1 gennaio 2009, con la collaborazione di tutte le Aziende sanitarie, è stato implementato a livello regionale in tutta l'Emilia-Romagna.

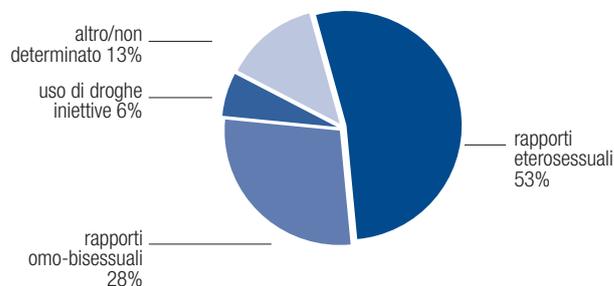
L'obiettivo dell'Osservatorio regionale è quello di monitorare le nuove sieropositività HIV. Oltre ai dati relativi al 2009 sono stati integrati retrospettivamente i dati degli anni 2008, 2007 e 2006. I primi dati pubblicati² riguardanti il biennio 2007-2008 evidenziano un tasso medio annuo di incidenza pari a 9,1 casi per 100.000 abitanti, 13,5 nei maschi e 4,8 nelle femmine; si conferma così il rapporto maschi/femmine riportato dall'Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV³, a cura delle Aziende Sanitarie e della Provincia di Modena ed evidenziato

a livello nazionale dal COA⁴. L'Osservatorio modenese, presente nella nostra regione dal 1985, ha a disposizione una serie storica lunghissima che consente così un monitoraggio costante dell'infezione e una descrizione tempestiva dei cambiamenti in atto.

Per quanto riguarda l'età delle persone con nuova infezione, il valore mediano regionale nel biennio 2007-2008 è pari a 39 anni e varia notevolmente se considerato distintamente per sesso: 41 anni negli uomini e 35 nelle donne. Nella provincia di Modena, considerando l'andamento temporale, si osserva un evidente aumento dell'età mediana al momento della diagnosi: nel 1985 tale età era pari a 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine, nel 2008 è invece pari a 37 e 33 anni rispettivamente, leggermente più bassa del valore mediano regionale.

La variazione nel tempo dell'età al momento della diagnosi di HIV è correlata a un cambiamento delle modalità di trasmissione; la figura 1, relativa al nuovo sistema di sorveglianza regionale, evidenzia che la proporzione di nuovi infetti per l'utilizzo di droghe iniettive è calata drasticamente ed è attualmente attorno al 6% del totale dei casi registrati ogni anno. La proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale è invece aumentata notevolmente, raggiungendo nel 2007-2008 l'81% (53% per trasmissione eterosessuale e 28% attribuibili a trasmissione omo/bisessuale). Per un 13% dei casi non è stato possibile stabilire la modalità di trasmissione.

Fig. 1 Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione nei residenti in Emilia-Romagna. Biennio 2007-2008.



Fonte: Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV - Regione Emilia-Romagna

¹ I dati aggiornati relativi all'epidemia di AIDS presentati dal programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV- AIDS (UNAIDS) in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stimano che nel 2008 siano circa 33,4 milioni le persone che vivono nel mondo con una infezione da HIV, 2,7 milioni le persone con nuova diagnosi di HIV nel 2008 e 2,0 milioni i deceduti nel solo ultimo anno. La zona più colpita è l'Africa Sub-Sahariana, sia in termini di prevalenza e incidenza della malattia e dell'infezione, sia in termini di mortalità per tale patologia.

I casi di AIDS conclamato notificati in Italia al Centro Operativo AIDS (COA) dal 1982 (anno a cui risale la prima diagnosi di AIDS in Italia) al 31 dicembre 2008 sono 60.346, di cui 39.042 deceduti (64,7%): si sottolinea a tale proposito che tale valore potrebbe risultare sottostimato a causa della non obbligatorietà di notifica di decesso per AIDS. Complessivamente, inoltre, circa il 75,7% dei casi notificati sono di genere maschile, l'1,3% in età pediatrica (<13 anni) e il 7,8% è relativo a stranieri.

² Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia-Romagna, Aggiornamento sull'epidemia e primi risultati del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV al 31/12/2008, Servizio Sanità pubblica, 2009.

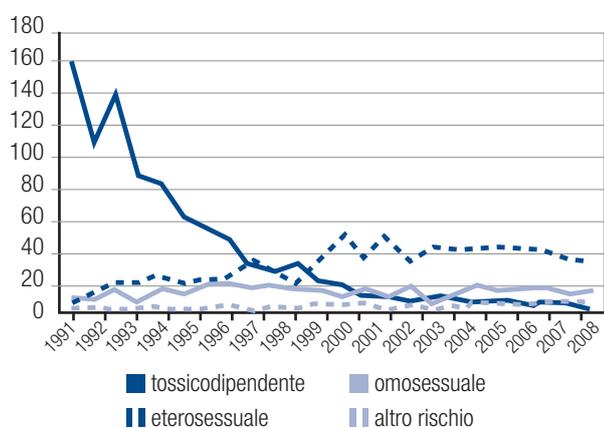
³ Aziende Sanitarie e Provincia di Modena, Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV – edizione 2009.

⁴ Supplemento del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 21 – Numero 3, Supplemento 1 – 2009, Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31/12/2007 e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2008. Dati disponibili a livello nazionale relativi ai sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV attivi sino al 2007 nelle Regioni Lazio, Veneto, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Puglia e nelle Province di Trento, Bolzano, Modena, Rimini, Sassari e Catania.

A livello nazionale, l'analisi delle modalità di trasmissione del virus mostra chiaramente come la quota di coloro che usano droghe per via iniettiva sia diminuita dal 69,0% nel 1985 all'8,6% nel 2007, mentre i casi attribuibili a trasmissione sessuale (contatti eterosessuali e contatti omosessuali) sono aumentati nello stesso periodo dal 13,3% al 73,7%. Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV - quota variabile tra il 20% e il 30% - non è stato possibile stabilire la modalità attraverso la quale è stata contratta l'infezione. Nel 2007 questa percentuale è stata del 17,7% (COA)⁵.

Tale fenomeno viene evidenziato anche dall'Osservatorio modenese: la figura 2 mostra come la trasmissione per via sessuale sia di gran lunga la prevalente, mentre quella legata allo scambio di siringhe tra tossicodipendenti, che spiegava gran parte del fenomeno AIDS negli anni '80, riveste ormai un ruolo secondario.

Fig. 2 Andamento delle notifiche di infezione da HIV per fattore di rischio – Residenti in provincia di Modena (Anni 1985-2008, valori assoluti).



Fonte: Aziende Sanitarie e Provincia di Modena "Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV – edizione 2009".

Se invece si analizzano i dati relativi alle persone malate di AIDS in Emilia-Romagna, nel periodo 1984-2008, i malati residenti sono 5.836, di cui 5.556 (95,2%) notificati in strutture della regione. A questi, si aggiungono 856 malati di AIDS notificati sul territorio regionale, ma residenti in altre regioni (principalmente in Lombardia, Veneto e Toscana), per un totale di 6.412 casi di AIDS notificati da parte delle strutture sanitarie regionali⁶.

Il tasso di incidenza di AIDS nell'anno 2008 in Emilia-Romagna è pari a 2,9 casi per 100.000 abitanti, valore che colloca la regione al 3° posto pari merito con la Toscana nel confronto nazionale⁷, dopo Lombardia e Liguria (3,4). Relativamente alla diffusione della malattia sul territorio italiano, è evidente la persistenza di una differenza geografica tra nord e sud: i tassi di incidenza risultano essere infatti mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

Comparando inoltre l'andamento dei tassi annui di incidenza registrati in Emilia-Romagna e in Italia dal 1984 al 2008, la Regione presenta sempre valori superiori a quelli nazionali. È evidente il calo importante dei tassi nella seconda metà degli anni novanta; dall'inizio del 2000 i tassi si mantengono piuttosto stabili pur lasciando intravedere un trend in lieve dimi-

nuzione. Come già anticipato, l'uso della terapia antiretrovirale ha modificato enormemente il decorso dell'infezione e della malattia.

Confrontando i tassi di incidenza annuali di AIDS delle Aziende USL della Regione, calcolati sulla base dei casi diagnosticati nel biennio 2007-2008, si osservano tassi annui di incidenza più elevati rispetto al tasso regionale (2,8 per 100.000 residenti) nelle Aziende di Forlì (4,1), Piacenza e Imola (3,9), Ravenna e Rimini (3,7) e Ferrara e Cesena (3,5) (tabella 1).

Tab. 1 Nuovi casi, tassi di incidenza (biennio 2007-2008), casi prevalenti e prevalenza (2008) di AIDS per Azienda di residenza. Regione Emilia-Romagna.

Azienda USL	Incidenza AIDS		Prevalenza AIDS	
	Nuovi casi biennio 2007-2008	Incidenza annuale (per 100.000) nel biennio 2007-2008*	Casi prevalenti al 31/12/2008	Prevalenza (per 100.000) al 31/12/2008**
Piacenza	22	3,9	112	39,2
Parma	18	2,1	152	35,1
Reggio E.	28	2,8	136	26,2
Modena	19	1,4	227	33
Bologna	41	2,5	283	33,4
Imola	10	3,9	81	62,5
Ferrara	25	3,5	112	31,3
Ravenna	28	3,7	239	62
Forlì	15	4,1	101	54,6
Cesena	14	3,5	62	30,5
Rimini	22	3,7	164	54,1
RER	242	2,8	1.669	38,5

* popolazione di riferimento: media della popolazione degli anni 2008 e 2007 rilevate al 01/01

** popolazione di riferimento al 31/12/2008

Fonte: Regione Emilia Romagna - Assessorato politiche per la salute – "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia-Romagna, Aggiornamento sull'epidemia e primi risultati del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV al 31/12/2008" – Servizio Sanità pubblica.

Come mostra la figura 3, l'uso della terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS conclamato risulta essere fortemente correlato alla modalità di trasmissione: soltanto il 22% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali, bisessuali ed eterosessuali) ha effettuato terapia antiretrovirale, contro il 61% dei tossicodipendenti. Questa differenza è legata all'attenzione che i tossicodipendenti hanno avuto e continuano ad avere rispetto al rischio AIDS che li sensibilizza ad effettuare precocemente il test: ciò comporta la possibilità di iniziare tempestivamente la terapia antiretrovirale, contrastando così l'evoluzione in AIDS conclamato. Non esiste però la stessa sensibilità nel considerare il rischio legato alla tra-

⁵ Supplemento del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 21 – Numero 3, Supplemento 1 – 2009, Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31/12/2007 e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2008.

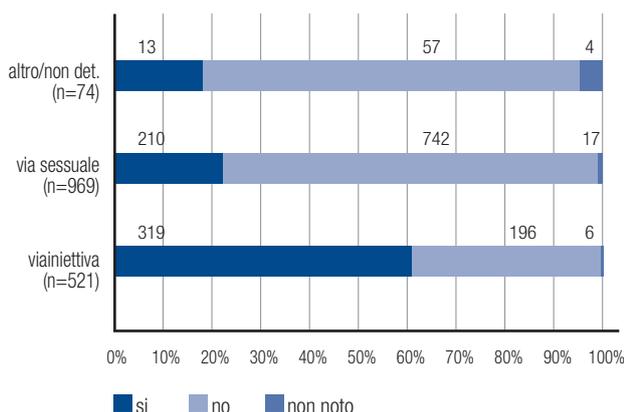
⁶ Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS, Servizio Sanità pubblica, 2008.

⁷ I tassi di incidenza sono calcolati dal COA sulla base del numero di notifiche pervenute nell'anno in esame e solo in questo modo è possibile fare il confronto tra le varie regioni.

smissione sessuale: spesso infatti, nelle persone che hanno contratto il virus attraverso la via sessuale, la conoscenza del proprio stato di sieropositività è contestuale alla scoperta di diagnosi di AIDS.

Occorre considerare inoltre che, dalla metà degli anni '90, si incrementa la modalità di esposizione legata ai rapporti sessuali non protetti: nell'ultimo quinquennio (2004-2008) tra i casi di AIDS in adulti residenti il 58% delle donne e il 39% degli uomini ha riferito come fattore di rischio il contatto eterosessuale, mentre il contagio via parenterale per uso di droghe iniettive rappresenta nelle femmine il 36% e nei maschi il 28% delle modalità di esposizioni.

Fig. 3 Uso di terapie antiretrovirali pre-Aids per modalità di esposizione nei malati di Aids adulti (>12 anni) residenti in Emilia-Romagna (Anni 1999-2008, valori assoluti e %).



Fonte: Regione Emilia Romagna - Assessorato politiche per la salute – “Lo stato dell’infezione da Hiv/Aids in Emilia-Romagna, Aggiornamento sull’epidemia e primi risultati del sistema di sorveglianza dell’infezione da HIV al 31/12/2008” – Servizio Sanità pubblica.

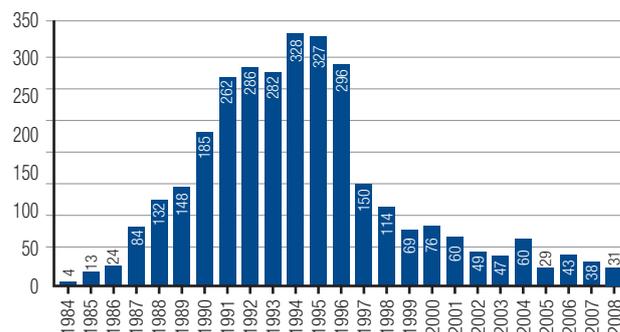
AIDS e tossicodipendenza

Dal 1984 ad oggi si sono ammalate di AIDS 3.135 persone residenti in Emilia-Romagna che riportano la tossicodipendenza per via iniettiva come fattore di esposizione. Vi sono inoltre 96 persone che dichiarano di essere sia tossicodipendenti che omosessuali: per questo sottogruppo è impossibile individuare il fattore di rischio prevalente e viene quindi considerato un gruppo distinto. Considerando solo le persone adulte in AIDS con condizione di rischio “tossicodipendenza” (figura 4), si nota che il numero di casi diminuisce drasticamente dalla metà degli anni '90, dimezzandosi tra il 1996 e 1997 (da 296 a 150) e per poi ridursi fino a quasi un quinto dopo un decennio (nel 2008 sono 31 casi).

I SerT della Regione Emilia-Romagna, tra i dati di attività, registrano anche il numero di persone che accettano di sottoporsi al test HIV e i risultati dello stesso. Occorre pertanto considerare il bias legato alla quota parte di persone che effettua il test, alla variabilità negli anni di tale proporzione e delle caratteristiche degli utenti, nonché il fatto che l’attuale sistema informativo non permette di distinguere tra i nuovi casi di infezione, quelli di prima diagnosi rispetto a quelli già noti. Con i dati a disposizione non è possibile pertanto calcolare tassi di incidenza (nuovi casi diagnosticati nell’anno / totale persone esposte a rischio nel periodo considerato), né trarre valutazioni affidabili da andamenti temporali e distribuzioni geografiche affetti da bias così rilevanti. Di seguito ven-

gono comunque riportati i principali dati desunti dal sistema informativo sull’attività dei SerT.

Fig. 4. Distribuzione dei casi di Aids in adulti tossicodipendenti residenti in Emilia-Romagna per anno di diagnosi (Anni 1984-2008, valori assoluti).



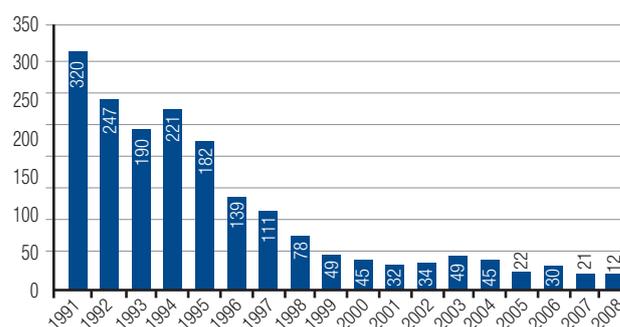
Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS – Regione Emilia Romagna – Assessorato politiche per la salute – Servizio Sanità pubblica.

Va sottolineato, inoltre, che molti utenti non effettuano il test dell’HIV per cause diverse, che vanno dal rifiuto per motivazioni personali, all’impraticabilità venosa: nel 2008, tra i 2.491 nuovi utenti, 507 persone (20,4%) ha dato la propria disponibilità ad effettuare il test HIV; di queste, 12 persone (2,4%) sono risultate positive.

In complesso, nell’intero periodo di osservazione la percentuale di coloro che accettano l’esecuzione del test varia dal 62,4% nel 1991 al 20,4% del 2008. L’analisi temporale dei test positivi per HIV tra i nuovi utenti, evidenzia un trend fortemente in calo, passando dal 22,0% nel 1991 allo 2,4% nel 2008 (figura 5 e 6).

Questo calo, pur con i limiti legati ai dati già sopra esposti, va contestualizzato in un quadro complessivo cui concorrono diverse componenti, che agiscono però nella stessa direzione: la diminuzione di incidenza dell’AIDS nella popolazione generale, la riduzione dei tossicodipendenti per via iniettiva nei nuovi accessi al SerT e le politiche di riduzione del danno messe in atto negli ultimi anni tra le popolazioni a rischio.

Fig. 5. Distribuzione dei casi di positività al test HIV sui nuovi utenti in carico ai SerT della Regione Emilia-Romagna (Anni 1991-2008, valori assoluti).



⁸ Le epatiti NANB, così classificate nel Sistema di sorveglianza delle malattie infettive MIF (SIMI - Regione Emilia-Romagna), includono quasi esclusivamente le epatiti di tipo C.

Fig. 6. Distribuzione della percentuale di positivi al test HIV sui nuovi utenti in carico ai SerT della Regione Emilia-Romagna (Anni 1991-2008, valori %).

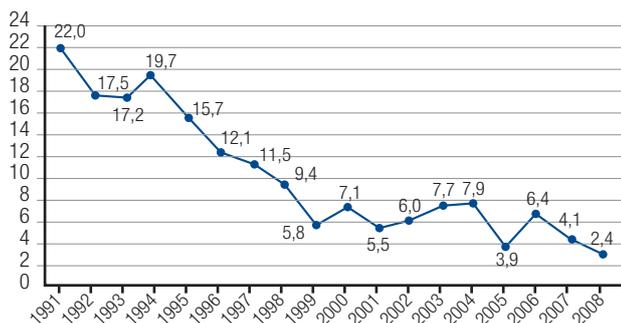
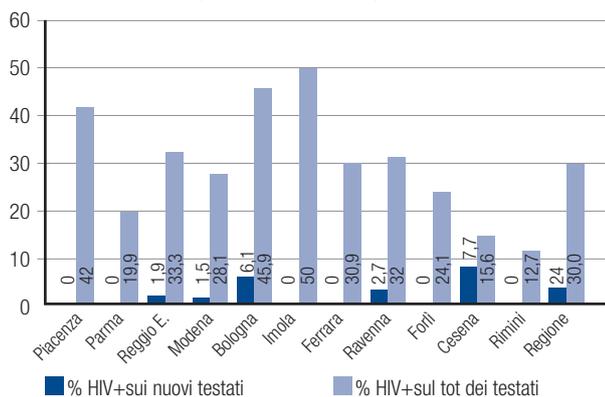


Fig. 7. Proporzioni dei test HIV+ tra gli utenti in carico (nuovi e già conosciuti) ai SerT distinti per AUSL (Anno 2008, valori %).



Tra tutte le persone testate dai SerT nel 2008, 828 soggetti sono risultati positivi al test HIV (30,0%), di cui 816 già in carico o reingressi (36,2%), confermando ancora una volta il forte impatto di questa patologia nelle popolazioni a rischio (figura 7).

Epatiti

L'epidemiologia delle epatiti virali B e NANB (ovvero epatiti Non A-Non B, che possono essere considerate quasi esclusivamente di tipo C) è mutata progressivamente nel tempo. Già dai primi anni '90 l'incidenza ha iniziato un lento declino fino ad arrivare nel 2008 a 2,4 casi per 100.000 abitanti per l'epatite B e 0,5 casi per 100.000 abitanti per le epatiti NANB. Tale fenomeno è il risultato dell'effetto combinato di diverse componenti: migliori condizioni igieniche di vita, pratiche sanitarie di prevenzione relative alla trasmissione in ambienti sanitari, maggiore informazione, nonché l'utilizzo di corrette misure comportamentali al fine di prevenire la trasmissione parenterale, promosso attraverso le innumerevoli campagne informative sull'AIDS. Inoltre tale declino per l'epatite B è stato determinato dall'introduzione nel 1991 della vaccinazione nei neonati e nei dodicenni.

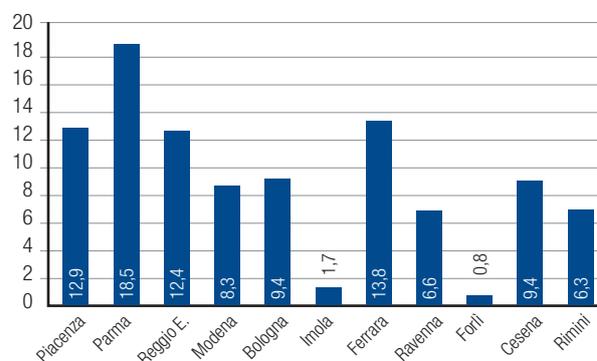
L'Istituto Superiore di Sanità ha istituito un sistema di sorve-

glianza specifico per l'Epatite Virale Acuta (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA), che costituisce un utile strumento per migliorare le conoscenze sulle epatiti virali, sulle modalità di trasmissione e per monitorare l'efficacia delle misure di prevenzione⁸.

I dati forniti dal SEIEVA mostrano che l'epatite virale B, patologia che si trasmette per via parenterale e sessuale, è quella con frequenza maggiore (dal 1990 al 2008 sono stati registrati 2.441 casi), mentre la frequenza dell'epatite C risulta essere inferiore (771 segnalazioni dal 1990 al 2008).

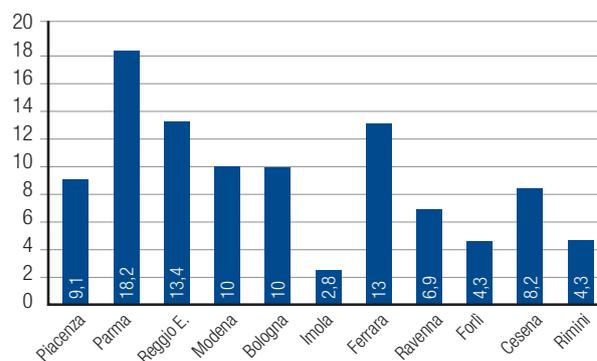
Se si analizzano i dati riferiti a persone che fanno uso di droghe per via endovenosa, la differenza osservata precedentemente tra le segnalazioni totali di epatite B e C si riduce notevolmente (rispettivamente 363 e 231 casi). Approfondendo per queste persone la distribuzione per Azienda USL, risulta che le Aziende più colpite dall'epatite B siano, nell'ordine, Parma, Ferrara, Piacenza e Reggio Emilia e dall'epatite C siano Parma, Reggio Emilia e Ferrara. (figure 8 e 9).

Fig. 8. Distribuzione percentuale dei casi di HBV in persone che fanno uso di droghe iniettive, distinti per AUSL (Anni 1990-2008, valori %).



Fonte: Seieva

Fig. 9. Distribuzione percentuale dei casi di HCV in persone che fanno uso di droghe iniettive, distinti per AUSL (Anni 1990-2008, valori %).



Fonte: Seieva

L'andamento temporale dell'infezione conferma la gravità della situazione relativa alla popolazione tossicodipendente

⁸ Epidemiologia dell'epatite virale acuta: venti anni di sorveglianza del SEIEVA in Italia e rassegna della letteratura. Alfonso Mele, Maria Elena Tosti, Enea Spada, Andrea Mariano, Elvira Bianco e il Gruppo collaborativo SEIEVA 2006, v, 30 p.

che afferisce ai servizi della Regione Emilia-Romagna. La percentuale di persone positive al test HCV risulta pari al 23,6% dei nuovi testati nel 2008. Se si considerano, invece, i risultati dei test eseguiti in ciascun anno, senza distinguere i nuovi utenti da quelli già in carico, la proporzione di positivi si mantiene sin dal 1998 attorno all'80%, attestandosi nel 2008 all'80,7%. I fattori di esposizione alla malattia sono gli stessi descritti per l'infezione HIV: assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa, rapporti sessuali con soggetti infetti, procedure mediche invasive, trattamenti estetici. Negli ultimi anni, in seguito alla sensibilizzazione ottenuta con le campagne anti-AIDS, si assiste alla comparsa di una modalità di contagio per via parenterale "inapparente": a livello nazionale i dati del SEIEVA evidenziano come l'uso di droghe per via endovenosa per l'epatite B sia diventato, nel tempo, un fattore di rischio sempre meno prevalente. La stessa considerazione non vale invece per l'HCV, dove tale fattore di rischio continua a ricoprire un ruolo importante. Altro fattore di rischio importante per entrambe le epatiti è il far uso di trattamenti per il corpo, quali tatuaggi e piercing, mentre le trasfusioni di sangue non rappresentano quasi più un rischio di infezione⁹.

Attualmente, anche in considerazione dell'efficacia ottenuta grazie alla vaccinazione contro il virus dell'Epatite B, l'attenzione va rivolta all'infezione dell'Epatite C per la sua caratteristica tendenza ad evolvere verso la cronicizzazione, fino alla cirrosi e al cancro¹⁰.

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

Fig. 10. Distribuzione della percentuale dei risultati del test Epatite C sul totale degli utenti tra i tossicodipendenti in carico ai SerT della Regione Emilia-Romagna (Anni 1998-2008, valori %).

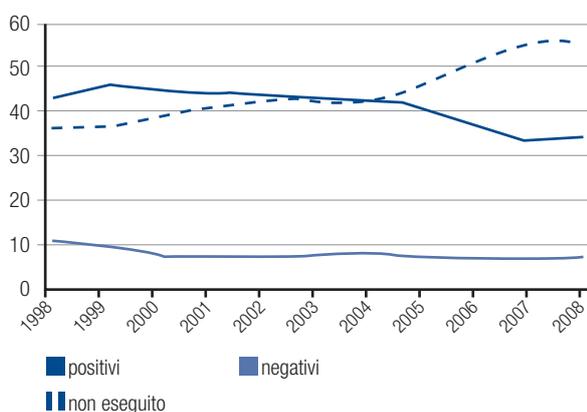
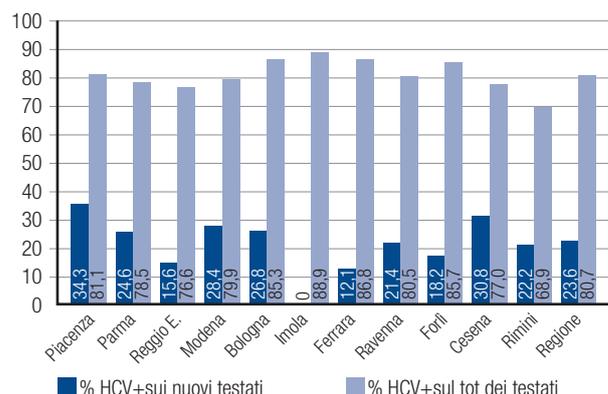


Fig. 11. Distribuzione percentuale di positivi al test Hcv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti tra i tossicodipendenti in carico ai SerT testati per AUSL di provenienza (Anno 2008, valori %).



Conclusioni

L'efficacia delle combinazioni di farmaci antiretrovirali si manifesta sia nell'aumentata durata del tempo intercorso tra la condizione di sieropositività e quella di malattia, sia nella riduzione del rischio di sviluppare patologie HIV-correlate e del rischio di morire. Tale effetto si evidenzia in tutte le categorie di rischio, anche se l'accesso alle terapie pre-AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV, più o meno frequente a seconda della categoria di rischio considerata.

I nuovi trattamenti, assieme alla stabilizzazione delle nuove diagnosi di sieropositività, hanno fatto sì che la prevalenza della condizione di HIV/AIDS (ossia le persone sieropositive viventi con o senza AIDS conclamato) sia aumentata nel tempo e che le persone in HIV/AIDS permangano in condizioni di salute migliori. Il fatto che nella nostra regione il 44,5% delle persone si scopra malato di AIDS senza essere venuto prima a conoscenza della propria sieropositività, testimonia che non è ancora introiettato il concetto del "rischio per tutti" e non solo per i gruppi un tempo ritenuti "a rischio". Tale considerazione è confermata dalla proporzione di persone che riportano come modalità di trasmissione quella sessuale (62,6%).

La prevenzione è dunque l'unico mezzo efficace per evitare il contagio e la diagnosi tempestiva di sieropositività permette, se necessario, di intervenire con la terapia farmacologica per contrastare l'evoluzione in AIDS.

Da diversi anni ormai si rileva come, tra coloro che fanno uso di droghe iniettive, l'infezione da HCV, che in molti casi dà luogo a malattia acuta, sia molto diffusa. Tale condizione è imputabile sia alle caratteristiche del virus che ai differenti stili di vita dei soggetti. Se infatti sembra essere stato recepito il messaggio di attenzione verso i comportamenti a rischio infettivo HIV, non è avvenuto altrettanto nei confronti dell'epatite C, il cui virus è molto più resistente e contagioso e la cui centralità a livello di informazione sanitaria pubblica non è evidentemente ancora sufficientemente efficace. Per l'epatite B sono state inoltre attivate campagne vaccinali accompagnate da interventi di sensibilizzazione delle famiglie ai temi dell'educazione sanitaria che hanno contribuito al forte calo dell'infezione. Per l'epatite C, invece, non esistono ancora vaccini efficaci.

Problema di particolare rilievo è infine quello della co-infe-

⁹ Epidemiologia dell'epatite virale acuta: venti anni di sorveglianza del SEIEVA in Italia e rassegna della letteratura. Alfonso Mele, Maria Elena Tosti, Enea Spada, Andrea Mariano, Elvira Bianco e il Gruppo collaborativo SEIEVA 2006, v. 30 p.

¹⁰ Medicina delle Tossicodipendenze, Droga. Epatite C, anno XIV, n. 52/53, 2006.

zione HIV-HCV, che si è iniziato ad osservare in seguito alla migliorata sopravvivenza, conseguita attraverso la terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART). Va peraltro tenuto presente che l'HIV nei confronti dell'HCV aumenta il rischio di trasmissione sessuale o perinatale e di evolutività della malattia. L'HCV nei confronti dell'HIV incrementa invece il rischio di progressione in AIDS e la potenziale tossicità dei farmaci antiretrovirali¹¹.

Per affrontare il problema da HIV non diagnosticata è stata pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità¹² una guida per riuscire a massimizzare il numero di persone che si sottopongono volontariamente al test HIV. In particolare si suggerisce agli operatori sanitari di adottare un approccio proattivo, raccomandando una visita medica volontaria periodica associata al test dell'HIV e a un servizio di consulenza sulle malattie infettive.

La Regione Emilia-Romagna, in linea con queste direttive, continua il suo impegno nel fornire informazioni per la prevenzione, nel facilitare la prenotazione (gratuita e con garanzia di anonimato) del test HIV e nell'assicurare una consulenza specializzata, anche online, attraverso il sito internet regionale www.helpaids.it. Questo lavoro si affianca all'impegno dei Servizi territoriali (SerT, Consultori, Spazi giovani e immigrati, etc.) per informare e formare i cittadini relativamente ai corretti stili di vita che concorrono a prevenire e/o ridurre la trasmissione del virus, sia per via sessuale che parenterale.

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

¹² OMS/UNAIDS, 2007, in Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione Annuale 2007*.

europsichiatria in
a e adolescenza **salute**
carceri dipendenze
sichiatria infanzia infanzia
dipendenze mentale
sichiatria patologiche **car**
sichiatria adulti **salut**
salute **mentale**

Parte IV

Gli interventi e risultati ottenuti

11. Programma regionale dipendenze patologiche

Il Programma regionale "Dipendenze patologiche" - Obiettivi per il triennio 2008 -2010 - è stato istituito dalla Regione Emilia-Romagna con propria delibera di Giunta n. 698/2008. Tali obiettivi costituiscono la definizione operativa delle linee strategiche contenute nella programmazione regionale degli anni 2006 - 2008¹ in tema di prevenzione, trattamenti, qualità dei servizi, facilitazione nell'accesso, diversificazione dei percorsi terapeutici, rapporto tra servizi pubblici e privati accreditati. In questo capitolo vengono riportati il contesto in cui si è sviluppato il programma regionale, gli obiettivi definiti per le Aziende e i relativi indicatori per la verifica, l'analisi dei dati relativi al primo anno di monitoraggio degli obiettivi.

Il programma regionale si sviluppa da un percorso avviato nel 2005 dall'Assessorato regionale politiche per la salute, con la finalità di fornire una serie di indicazioni a supporto della programmazione socio-sanitaria del settore. L'esigenza di avviare una riflessione su questi aspetti nasce dalla lettura dei dati epidemiologici relativi ai nuovi stili di consumo e abuso che evidenzia nuovi bisogni legati alla prevenzione e al trattamento, in particolare della popolazione giovanile.

Il percorso avviato dalla Regione, articolato in differenti tappe e gruppi tecnici, ha coinvolto professionisti e organismi delle Aziende sanitarie, del Privato sociale e degli Enti Locali, attraverso un confronto costante con l'Assessorato e la Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali.

Con questo mandato la programmazione regionale ha prodotto negli anni 2006 - 2008 una serie di linee di indirizzo, direttive, leggi che definiscono in maniera abbastanza compiuta il quadro normativo del settore dipendenze patologiche. Le principali indicazioni contenute nei provvedimenti sono state assunte dal primo Piano Sociale e Sanitario Regionale (deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 175/2007) e successivamente declinate nel Programma Regionale Dipendenze Patologiche.

Accanto al Programma regionale dipendenze, i cui obiettivi sono rivolti alle Aziende USL, la Regione Emilia-Romagna ha definito le linee di indirizzo per la programmazione degli interventi sociali e sociosanitari in materia di dipendenze che sono in capo alla pianificazione zonale (Piani di zona distrettuali), con la titolarità dell'Ente locale e la stretta collaborazione dell'Azienda sanitaria e del privato sociale. Le indicazioni sono contenute nella delibera di Giunta n. 1533/2006 e nel primo Piano Sociale e Sanitario regionale. Inoltre, sul fondo sanitario 2008 sono stati concessi i finanziamenti alle Aziende sanitarie per garantire la disponibilità di unità di strada rivolte ai giovani consumatori in ogni distretto e unità di strada rivolte a persone dipendenti da sostanze legali ed illegali in ogni comune capoluogo (DGR n. 2234/2008). Il Programma regionale supporta i Programmi dipendenze patologiche delle Aziende USL, distinti dalle funzioni di direzione delle UO SerT, che garantiscono il coordinamento con gli Enti gestori delle strutture accreditate (Accordi locali e Commissioni paritetiche) e con gli Enti Locali (Piani di Zona distrettuali).

Nell'ambito dei nuovi Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (DGR n. 2011/2007) i Programmi aziendali valorizzano le specificità metodologiche dell'intervento SerT, facilitando le interfacce interne e l'integrazione fra i settori.

A livello regionale il Programma ha il mandato di:

- monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo e dell'omogeneità degli standard di intervento
- supportare la sperimentazione e diffusione di buone pratiche
- attuare e monitorare i progetti regionali
- definire obiettivi e progetti per la formazione professionalizzante e l'educazione continua rivolti ai professionisti dei servizi pubblici e privati accreditati

Il monitoraggio del Programma è realizzato da un gruppo regionale, composto da rappresentanti del pubblico e del privato, che sulla base degli obiettivi e degli indicatori deliberati valutano l'applicazione delle linee di indirizzo e l'omogeneità degli standard di intervento. Il gruppo regionale di monitoraggio del Programma è composto da: funzionari regionali, direttori dei Programmi aziendali dipendenze patologiche, componenti della Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER-CEA e del Direttivo del Coordinamento Enti Ausiliari. E' previsto, inoltre, il coinvolgimento di rappresentanti degli Enti Locali nel monitoraggio degli obiettivi della programmazione dei Piani di Zona distrettuali

Gli obiettivi del programma regionale dipendenze

Ai Direttori dei Programmi dipendenze patologiche delle Aziende USL è attribuita la responsabilità relativa agli obiettivi aziendali:

- Applicazione dell'Accordo Regione Emilia-Romagna - Coordinamento Enti Ausiliari

Indicatori: Costituzione formale della Commissione locale; Nomina del responsabile Commissione; Presenza del responsabile Osservatorio aziendale dipendenze nella Commissione; Numero convocazioni della Commissione locale per anno; Stipula dell'Accordo locale; Piano di valutazione del livello di applicazione dell'Accordo; Elementi previsti o contenuti nell'Accordo (sistema informativo, interfacce, accordi di fornitura, piano terapeutico e sua valutazione; formazione e miglioramento organizzativo).

- Applicazione delle linee guida regionali per il contrasto di consumo/abuso di sostanze stupefacenti

Indicatori: Definizione, condivisione, documentazione delle modalità adottate per la differenziazione di accessi e percorsi nei servizi per le dipendenze (non necessariamente corrispondenti a diversi luoghi fisici/sedi operative) almeno per i target: alcolisti, tabagisti, cocainomani/poliabusatori, giovani; Documenti condivisi per la gestione del paziente con sospetta intossicazione da droghe d'abuso in emergenza-urgenza psichiatrica, anche in SPDC; previsione di una modalità organizzativa che precede la proposta agli utenti dei test per HIV, HBV, HCV; aumento del numero di utenti testati.

- Applicazione delle direttive in materia di alcol

Indicatori: La presa in carico del paziente alcolista prevede la richiesta di consenso all'invio di comunicazione scritta al MMG; Per i pazienti che esprimono il consenso è prevista una prassi operativa per la cogestione con il MMG; L'Azienda Sanitaria partecipa al progetto regionale Alcol e Lavoro con

¹ Cfr. la raccolta: Gli atti normativi adottati dalla Regione Emilia-Romagna sul tema delle dipendenze patologiche. Anni 2006-2008, Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, 2009.

interventi di sensibilizzazione rivolti agli ambienti di lavoro; Il Centro alcolologico predispose con evidenza scritta un percorso per la collaborazione con i Medici Competenti in riferimento all'Atto d'intesa del marzo 2006 sul divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative con alto rischio; L'Azienda Sanitaria attiva i corsi infoeducativi rivolti a soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza e sottoposti a visita presso le Commissioni Mediche Locali.

- Applicazione delle direttive in materia di tabacco
Indicatori: La presa in carico del paziente tabagista prevede la richiesta di consenso all'invio di comunicazione scritta al MMG; Per i pazienti che esprimono il consenso, è previsto l'invio di una comunicazione scritta al MMG; Per i pazienti che esprimono il consenso è prevista una collaborazione con il MMG; Realizzazione di programmi per smettere di fumare rivolti ai lavoratori. Specifici interventi di valutazione, in relazione ai progetti attivati sul territorio (monitoraggio dell'applicazione direttive regionali su tabacco).

- Consolidamento attività degli osservatori aziendali sulle dipendenze e dei centri di documentazione
Indicatori: L'Osservatorio progetta/attiva le funzioni di valutazione; se tali funzioni sono attivate con quale ricaduta sul servizio, L'Osservatorio attiva al proprio interno una funzione di ricerca/supporto organizzativo alla ricerca (sociale, epidemiologica, etc); Partecipazione o realizzazione ad attività di ricerca (anche in collaborazione con altri enti o strutture interne o esterne all'Ausl); Numero di SerT che hanno definitivamente installato SistER versione 2/ totale SerT; Numero operatori SerT che sono stati formati all'utilizzo di SistER2 (compresi amministrativi e altro personale che utilizza il sistema)/totale operatori SerT; Numero medio di ore di formazione per operatore dedicate all'utilizzo di SistER2; Informazione degli operatori su: nuovo debito ministeriale e regionale SIND, liste accessibili agli operatori in SistER2, progetto farmaci erogazione diretta FED; produzione reportistica; produzione report annuale di attività dei servizi aziendali dipendenze; Se il report annuale è prodotto: con la collaborazione di quali enti, servizi; a quali enti, servizi è trasmesso; Personale impegnato presso l'Osservatorio diviso per: qualifica professionale, tipologia contratto, ore settimanali dedicate all'Osservatorio, anni di lavoro presso l'Osservatorio.

Per il consolidamento dei Centri di documentazione per le dipendenze è previsto il monitoraggio specifico del progetto finanziato dalla Regione Emilia-Romagna a supporto dei Centri di Ausl Bologna, Ausl Reggio Emilia, Comune Modena, Ausl Rimini (DGR n. 1576/2008).

Di seguito si illustrano i risultati del primo anno di monitoraggio del Programma regionale, distinti per macro-obiettivi.

Applicazione dell'Accordo Regione Emilia-Romagna - Coordinamento Enti Ausiliari

Le Commissioni paritetiche – composte da professionisti del pubblico e degli enti del privato sociale gestori di strutture accreditate – rappresentano una realtà consolidata in tutti i territori aziendali. Le Commissioni sono state formalmente costituite, vengono convocate ed assumono decisioni. Tali organismi garantiscono le funzioni di programmazione congiunta dei percorsi assistenziali, stipulazione degli accordi di programma e dei contratti di fornitura, monitoraggio delle previsioni normative ed economiche contenute negli accordi (Fig. 1.).

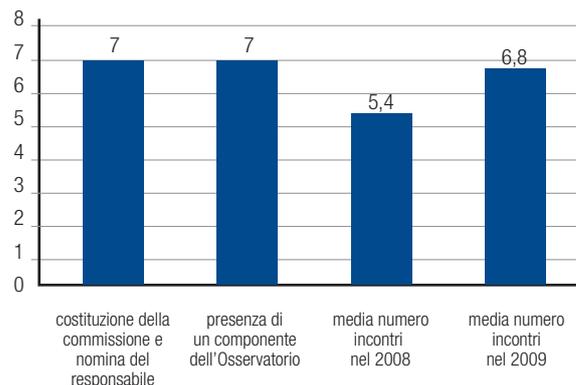
In Area Vasta Romagna è stata istituita un'unica Commissione comprendente i servizi che afferiscono a quattro Aziende USL (Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini); le Aziende di Bologna e

Imola hanno istituito un organismo congiunto.

Il ruolo di coordinamento della Commissione, assegnato a rappresentanti del pubblico, del privato accreditato o ad entrambi, evidenzia il carattere paritetico di questi organismi (Fig. 2.).

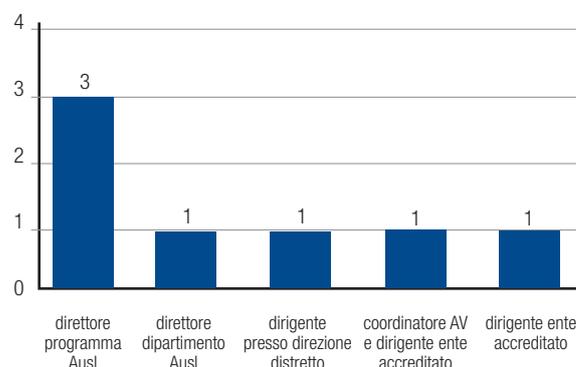
In ogni Commissione è stato formalmente coinvolto il responsabile dell'Osservatorio aziendale sulle dipendenze patologiche per il supporto tecnico alle attività di analisi dei bisogni, monitoraggio e valutazione. La partecipazione degli Osservatori, prevista dagli obiettivi di Programma, costituisce pre-requisito essenziale per garantire i flussi informativi necessari ai processi decisionali delle Commissioni.

Fig. 1. Formalizzazione e funzionamento delle Commissioni paritetiche di monitoraggio degli Accordi locali



Le Commissioni sono 7: la Commissione di Area vasta Romagna comprende 4 Ausl; Bologna e Imola hanno costituito 1 Commissione congiunta

Fig. 2. Qualifiche dei coordinatori delle Commissioni paritetiche locali



I nuovi accordi sono stati siglati in 6 casi su 7; in 1 caso sono in corso di formalizzazione. In tutti gli accordi sono stati definiti gli obiettivi strategici; monitoraggio dell'accordo, azioni formative congiunte, criteri condivisi per la programmazione e la valutazione dei percorsi sono previsti e in alcuni casi definiti operativamente (Fig. 3.).

Gli accordi di fornitura, che per le strutture accreditate sostituiscono le precedenti convenzioni (DGR n. 246/2010), definiscono le previsioni economiche generali: volumi di attività, tetto massimo di spesa, tariffe per eventuali servizi aggiuntivi. In Area Vasta Romagna, dove la concertazione coinvolge un maggior numero di enti e strutture, gli accordi contrattuali sono in corso di definizione anche al fine di valutare l'opportunità di stipulare un unico accordo valevole sull'intero territorio dell'Area (Fig. 4).

I punti deboli evidenziati dal monitoraggio riguardano il governo delle interfacce interne ed esterne ai sistemi locali. Se l'interfaccia tra SerT e privato accreditato risulta governata da prassi e procedure, a volte non completamente documentate e monitorate, ma indicatori di un percorso condiviso

verso il miglioramento della qualità, altri sistemi di interfaccia sono da costruire. Nel lavoro delle Commissioni locali dei prossimi anni particolare attenzione dovrà essere rivolta, alla luce dei bisogni assistenziali della nuova utenza delle dipendenze patologiche e delle linee strategiche della recente programmazione regionale del settore², al rapporto con le altre strutture del Dipartimento Salute mentale – Dipendenze patologiche, ai servizi del Dipartimento Cure primarie, dell'area socio-sanitaria e della non autosufficienza, al governo degli inserimenti effettuati dal Carcere e dal Tribunale, anche per i minori.

Altro punto da presidiare, strettamente collegato al precedente, concerne gli strumenti di analisi e monitoraggio per l'appropriatezza dei percorsi nelle strutture residenziali. Lettura del fabbisogno, piano di monitoraggio dell'accordo, indicatori condivisi per la programmazione e la valutazione dei percorsi terapeutici, reportistica dei risultati di monitoraggio non sono definiti operativamente e documentati da tutte le Commissioni, anche quando sono previsti dall'accordo locale.

Per raggiungere pienamente questi obiettivi il coinvolgimento degli Osservatori aziendali sulle dipendenze all'interno delle Commissioni, completato nel 2009, costituisce un fattore di forza decisivo. Altro elemento di supporto è offerto dalle attività del progetto regionale REX, affidato all'Azienda USL di Rimini, che attraverso il coinvolgimento di rappresentanti di tutte le Commissioni locali, e di altri professionisti dei Servizi designati dalle stesse Commissioni, valuta le buone pratiche consolidate nelle realtà locali con l'obiettivo di definire raccomandazioni condivise e cogenti a livello regionale per l'appropriatezza dei percorsi. Tali raccomandazioni costituiranno infatti la principale fonte informativa per il processo di revisione dei requisiti di accreditamento delle strutture (DGR n. 26/2005) coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, che sarà avviato nella fase conclusiva del progetto.

Fig. 3. La stipulazione degli Accordi locali

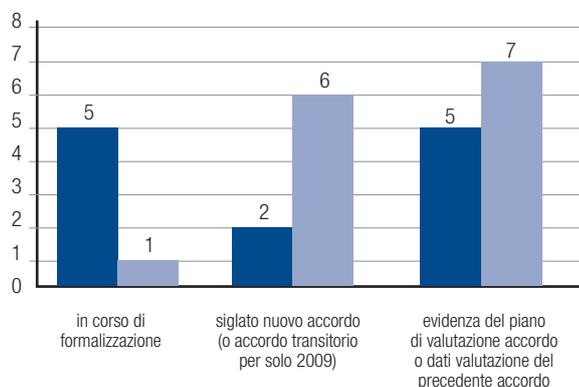
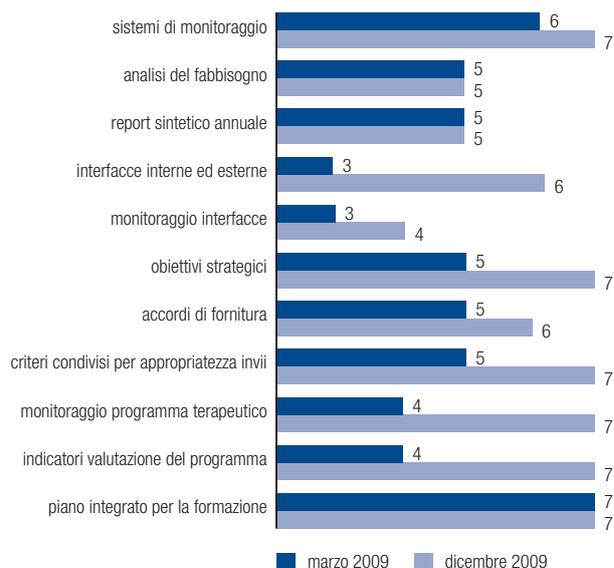


Fig. 4. Le previsioni contenute negli Accordi locali



Applicazione delle linee guida regionali per il contrasto di consumo/abuso di sostanze stupefacenti

Tutte le Aziende USL hanno attivato percorsi differenziati per l'accesso e il trattamento di pazienti alcolisti, tabagisti o giovani consumatori/abusatori di sostanze psicotrope. La maggior parte dei SerT ha attivato percorsi specifici anche per la presa in carico di cocainomani (8 Aziende su 11) e giocatori patologici (7 casi su 11) (Fig. 5.). Altre esperienze di percorsi specifici, finalizzati ad affrontare patologie o problematiche sociali associate alle dipendenze patologiche - doppia diagnosi, disturbi del comportamento alimentare, HIV, esclusione sociale - sono presenti in diverse Aziende.

La differenziazione degli accessi, coerentemente alle linee di indirizzo della Deliberazione di Giunta n.1533/2006, riprese negli obiettivi del Programma, non si è necessariamente tradotta in una differenziazione di sedi e luoghi fisici. Le Aziende USL hanno adottato soluzioni organizzative diverse, con procedure funzionali alle risorse e alle sinergie attivabili sul proprio territorio, per facilitare l'accessibilità e la presa in carico tempestiva dei diversi target di utenza.

Per la realizzazione di questo obiettivo un fattore strategico è costituito dalle sinergie attivate tra Aziende sanitarie ed altri Enti e strutture coinvolti nei percorsi di cura e prevenzione delle dipendenze patologiche (Fig. 6.). Gli enti del privato sociale che gestiscono strutture accreditate, in particolare, sono coinvolti dalla quasi totalità dei Servizi pubblici nell'organizzazione dei percorsi di trattamento per specifici bisogni di cura e garantiscono, anche attraverso funzioni di prossimità, la molteplicità dei punti accesso al sistema, coerentemente al modello di 'rete dei servizi' tracciato dalle linee di indirizzo regionali (DGR n. 1533/2006).

Con il privato sociale alcune Aziende hanno attivato percorsi di accesso e di trattamento rivolti ai soggetti dipendenti dalla cocaina, con percorsi residenziali brevi, anche associati a un supporto ambulatoriale, a media o alta intensità. Queste esperienze sono state documentate nel recente lavoro di valutazione, frutto di un progetto regionale, che riporta i risultati

² Cfr. gli obiettivi indicati per il settore delle dipendenze patologiche e della salute mentale dal Piano sociale e sanitario regionale 2008 -2010 (deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 175/2008) e dal Piano attuativo salute mentale 2009 – 2011 (deliberazione di Giunta regionale n. 313/2009, nonché la direttiva regionale per l'adozione dell'atto aziendale (deliberazione di Giunta n. 2011/2007).

di due studi multicentrici sugli utenti SerT della Regione Emilia-Romagna nel periodo 2000 – 2007 con sostanza primaria d'abuso cocaina³.

Margini di miglioramento nella realizzazione di questo obiettivo sono rintracciabili sul versante del monitoraggio delle esperienze attivate. La differenziazione di accessi e percorsi non sempre è supportata da procedure o protocolli condivisi a livello aziendale e con le interfacce esterne. Quando tali evidenze sussistono, è comunque raro che le Aziende riescano a fornire dati di verifica dei protocolli applicati. Questo fattore di debolezza si collega a quanto espresso in precedenza, circa la collaborazione da implementare con enti e strutture interne o esterne ai DSM-DP, e alla complessità che può derivare, anche nella gestione dei flussi informativi, dalla presenza di una molteplicità di punti di accesso e luoghi di cura sul territorio. Aspetto, quest'ultimo, che merita una particolare attenzione nella valutazione dell'appropriatezza dei percorsi, al fine di consentire il consolidamento e la trasferibilità delle buone pratiche avviate negli ultimi anni.

Fig. 5. Accessi e percorsi differenziati per accogliere nuovi bisogni di cura delle dipendenze patologiche

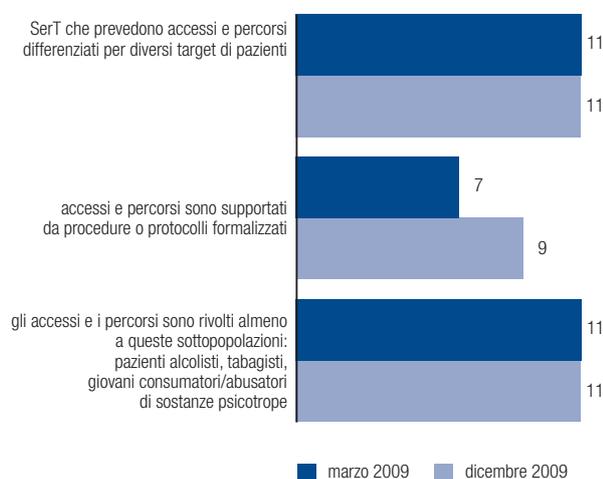
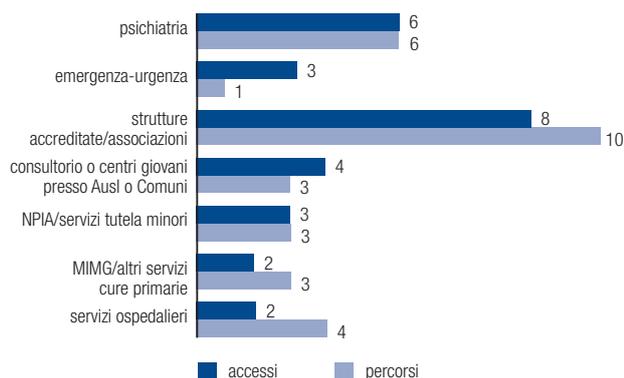


Fig. 6. I servizi e le strutture coinvolte dai SerT nella differenziazione di accessi e percorsi



Per la gestione del paziente con sospetta intossicazione da droghe d'abuso nei servizi di emergenza - urgenza psichiatrica, anche nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, 5 Aziende USL hanno avviato una sperimentazione finalizzata

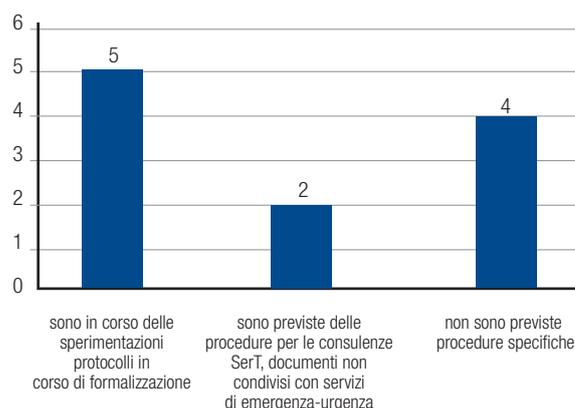
a validare protocolli tra SerT e Centri di Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, Pronto Soccorso. Due Aziende hanno previsto, all'interno della procedura delle consulenze effettuate dai SerT, la definizione di azioni rivolte ai servizi di emergenza e urgenza senza tuttavia fornire evidenza di condivisione del protocollo con gli altri servizi aziendali. Nei restanti casi i SerT non prevedono procedure specifiche su questo punto (Fig. 7.).

Per affrontare le difficoltà riscontrate nella realizzazione dell'obiettivo è utile richiamare gli indirizzi del Piano attuativo salute mentale (DGR n. 313/2009) per la riorganizzazione del sistema regionale di emergenza-urgenza psichiatrica, e in particolare: definizione delle modalità di intervento dei servizi territoriali del DSM-DP sulle emergenze/urgenze negli orari di apertura programmata; valorizzazione dei luoghi di gestione della emergenza alternativi alla ospedalizzazione (Centri crisi, Day Hospital, Residenze psichiatriche a trattamento intensivo); potenziamento delle esperienze dei Centri di Salute Mentale h24; organizzazione e revisione periodica delle procedure per le emergenze - urgenze per i minori e per le persone con dipendenze patologiche.

Tali indicazioni possono essere implementate sugli aspetti specifici che attengono al trattamento, anche nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, dei casi di sospetto abuso di sostanze o di soggetti affetti da disturbo psichiatrico associato a dipendenza patologica, attraverso il coinvolgimento dei professionisti dei Servizi territoriali del DSM-DP nelle attività del gruppo regionale sull'emergenza - urgenza psichiatrica.

Un'altra opportunità di confronto e approfondimento è offerta dal progetto nazionale "Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi" promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), con la Regione Emilia-Romagna in qualità di ente capofila. Nell'area del progetto dedicata al tema degli interventi in emergenza -urgenza sono stati validati strumenti operativi e percorsi di formazione per il personale ospedaliero che possono essere riproposti a livello regionale.

Fig. 7. Protocolli per la gestione del paziente con sospetta intossicazione da sostanze d'abuso in emergenza - urgenza psichiatrica, anche in SPDC



I dati raccolti nel monitoraggio sul numero di utenti SerT che si sottopongono allo screening per HIV ed epatite C (HCV) evidenziano la necessità di una maggiore attenzione alla tutela della salute di questi pazienti che include la prevenzione e la diagnosi tempestiva delle malattie infettive e croniche as-

³ Mila Ferri, Alessio Saponaro, Michele Sanza, Cristina Sorio (a cura di), Cocaina e Servizi per le dipendenze patologiche. Interventi e valutazione in Emilia-Romagna. Franco Angeli 2010.

sociate all'abuso di sostanze. Il test HIV risulta non eseguito, nel 2008, per oltre il 40% degli utenti in carico; la stessa percentuale si registra per la somministrazione del test dell'HCV (Fig. 8 e 9.).

Per supportare i SerT nella realizzazione di questo obiettivo alla fine del 2009 è stato avviato un gruppo regionale, coordinato dalla Azienda USL di Ferrara, con il mandato di definire raccomandazioni e strumenti operativi per garantire i 'percorsi di tutela della salute dei pazienti SerT', attraverso modalità organizzative che prevedano:

- proposta di eseguire (o ripetere) lo screening a tutti pazienti, anche se già in carico e/o non utilizzatori di sostanze per via iniettiva
- counselling finalizzato a ricevere il consenso informato del paziente e nella fase di consegna del referto
- procedure per l'effettuazione dei prelievi
- protocolli di interfaccia con i Servizi delle malattie infettive
- interventi di educazione sanitaria rivolti agli utenti e ai loro famigliari
- implementazione in SistER 2 (cartella informatizzata) delle nuove schede elaborate dal gruppo per la registrazione dei dati relativi agli esami effettuati, esiti ed eventuali vaccinazioni eseguite
- registrazione sistematica dei dati e loro aggiornamento nella cartella dell'utente
- trasmissione della documentazione sanitaria, con il consenso informato del paziente, nelle interfacce tra Carcere, SerT, Strutture accreditate gestite dal privato sociale
- percorsi specifici che tengano conto dei diversi bisogni di salute dei target di utenza, in relazione all'età, al genere, alla provenienza geografica, al tipo di trattamento effettuato, etc.

Fig. 8. Percentuale di test HIV effettuati dagli utenti in carico ai SerT regionali (Anni 2007-2008, valori %)

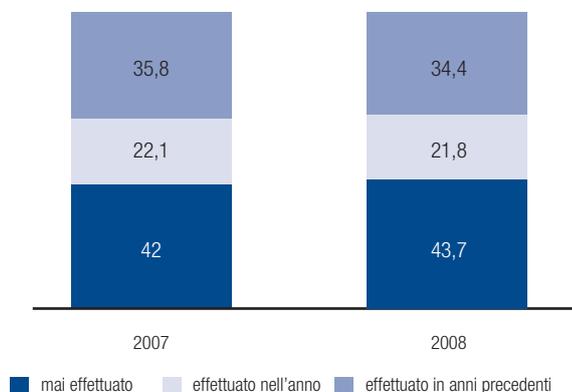
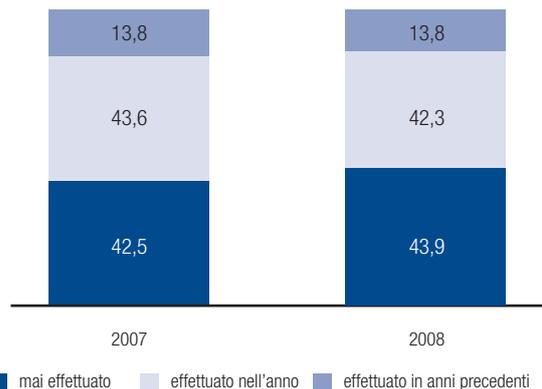


Fig. 9. Percentuale di test Epatite C (Hcv) effettuati dagli utenti in carico ai SerT regionali (Anni 2007- 2008, valori %)



Applicazione delle direttive in materia di alcol e tabacco

L'applicazione delle direttive regionali in materia di alcol e tabacco⁴ è valutata in relazione a una parte degli obiettivi previsti dal Programma regionale: collaborazione con i Medici di Medicina Generale, partecipazione al progetto regionale Alcol e Lavoro, collaborazione con i Medici Competenti, corsi in-foeducativi rivolti a soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza e sottoposti a visita presso le Commissioni Mediche Locali, programmi per smettere di fumare rivolti ai lavoratori. Altri obiettivi del Programma regionale - coordinamento e monitoraggio dei progetti Tabagismo e Alcol a livello locale, valutazione di programmi didattici di prevenzione alcol/fumo, rivolti ai giovani, diffusione di buone pratiche di lavoro di rete per gli interventi di prevenzione di comunità – saranno oggetto di specifiche analisi valutative. Inoltre, per il miglioramento della programmazione regionale dei percorsi di assistenza e cura delle problematiche alcol correlate, è in corso una ricerca con i Centri alcolologici finalizzata a conoscere il fabbisogno e l'offerta di strutture di ricovero ospedaliero e strutture riabilitative per alcolisti, nonché l'entità della presenza di realtà di auto mutuo aiuto per alcolisti e familiari sui territori aziendali.

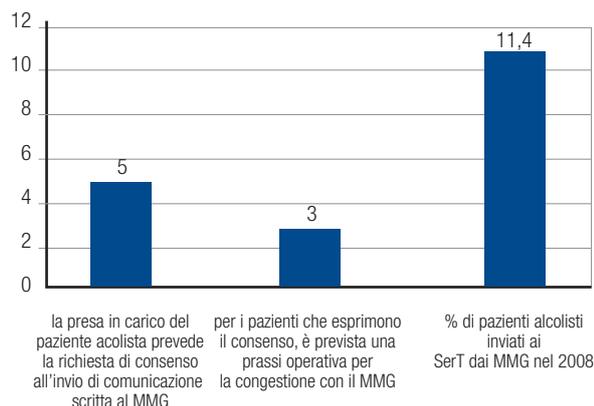
Prassi operative per la cogestione con i Medici di Medina generale dei pazienti alcolisti sono state previste da 3 Aziende sanitarie, mentre 5 Aziende hanno previsto la richiesta del consenso del paziente per l'invio di comunicazioni scritte al MMG. L'11 % dei pazienti sono stati inviati ai Centri alcolologici dei SerT dal MMG (Fig. 10.). I dati evidenziano l'avvio di un percorso da consolidare nel secondo anno di applicazione del Programma.

La realizzazione dell'obiettivo si sviluppa in sinergia con il progetto regionale "Sole – Sanità On LinE" che collega i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con tutte le strutture e i medici specialisti delle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna, al fine di favorire la condivisione delle informazioni sanitarie tra i medici che hanno in cura il paziente⁵. In questa direzione un gruppo regionale di professionisti di SerT e Centri alcolologici, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, sta lavorando per definire le procedure informatiche ed organizzative che consentano l'interfaccia tra il programma della cartella SerT informatizzata – SistEr 2 – e il progetto Sole nel rispetto della riservatezza dei dati personali degli utenti.

⁴ Cfr. direttive regionali su alcol (deliberazioni di Giunta regionale n. 1639/1996 e n. 1423/2004) e tabacco (legge regionale 27 luglio 2007 n. 17 e deliberazione di Giunta regionale 844/2008).

⁵ Maggiori informazioni sono disponibili sul sito del progetto Sole www.progetto-sole.it

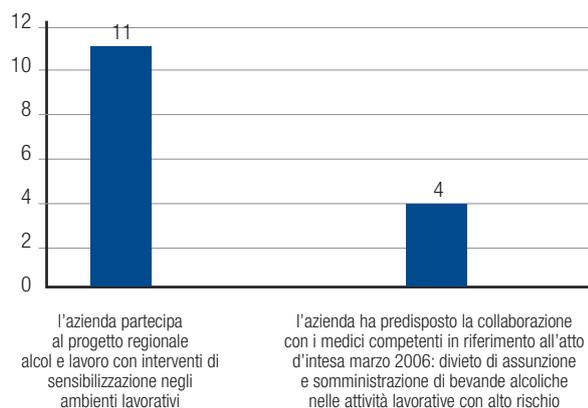
Fig. 10. Collaborazione SerT e Medici di Medicina Generale per la cogestione del paziente alcolista



*% calcolata su 2697 pazienti alcolisti in carico ai SerT di sette Aziende USL nel 2008

Tutte le Aziende USL partecipano al progetto regionale Alcol e Lavoro con interventi di sensibilizzazione rivolti ai luoghi lavorativi. La collaborazione con i Medici Competenti in riferimento all'Atto d'intesa del marzo 2006 sul divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative con alto rischio è stata avviata in 4 Aziende (Fig. 11.).

Fig. 11. Interventi di prevenzione alcolologica nei luoghi di lavoro



La quasi totalità delle Aziende USL ha già attivato i corsi infoeducativi rivolti ai cittadini che hanno violato l'articolo 186 del Codice della strada. In 1 caso i corsi inizieranno nel 2010. Inoltre, per la realizzazione di questo specifico obiettivo, con Circolare regionale 1/2010 sono state integrate le "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione di idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica DGR 1423/2004" (Tab. 1.). La deliberazione del 2004 prevedeva infatti la possibilità di dettare integrazioni tecniche al protocollo operativo che non comportassero modifiche sostanziali dei criteri di valutazione del giudizio di idoneità alla guida.

Tab 1. Alcol e guida: I corsi infoeducativi rivolti ai cittadini che hanno violato l'articolo 186 del Codice della strada

Aziende USL che hanno attivato i corsi infoeducativi nel 2008 o nel 2009	9
Aziende USL che hanno programmato i primi corsi per il 2010	1

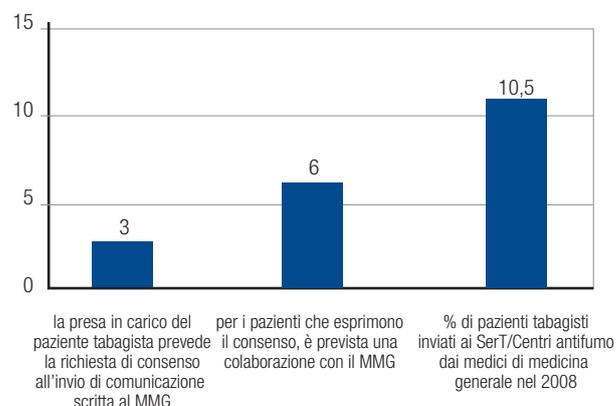
Per quanto concerne gli obiettivi relativi al tabagismo, si ricorda che i dati riportati in questa sede costituiscono soltanto una parte delle azioni previste dalle direttive regionali sul tema e dallo stesso Programma regionale dipendenze. Per una disamina completa del quadro di azioni messe in campo a livello regionale per la prevenzione e il contrasto di questo fenomeno si rimanda agli obiettivi del Progetto regionale tabagismo (Deliberazione di Giunta n.844 dell'11 giugno 2008 "Piano regionale di intervento per la lotta al tabagismo"). In questa sede si evidenziano i risultati raggiunti per quanto concerne l'interfaccia con i Medici di Medicina Generale e la prevenzione rivolta ai lavoratori.

I pazienti tabagisti inviati dai Medici di Medicina Generale ai Centri antifumo costituiscono il 10% dell'utenza. Soltanto 3 Centri hanno previsto nella procedura di presa in carico la richiesta del consenso del paziente per l'invio di comunicazioni scritte al MMG, benché 6 Centri prevedano, con il consenso del paziente, una collaborazione con il MMG per la cogestione del caso (Fig. 12.).

Programmi per smettere di fumare rivolti ai lavoratori sono stati attivati in 3 Aziende USL, le altre Aziende avvieranno i corsi nel 2010 (Tab. 2.).

Il consolidamento di questi obiettivi si collega alle previsioni operative contenute nel Piano regionale tabagismo, in particolare alla realizzazione di protocolli e procedure operative con Servizi che si configurano di primo livello per la presa in carico dei tabagisti (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Reparti ospedalieri). Un maggiore raccordo nella programmazione tra i Centri antifumo e i SerT, soprattutto quando i Centri afferiscono ai Dipartimenti di Sanità Pubblica o alle Unità di Pneumologia, può costituire un elemento facilitante del percorso.

Fig. 12. Collaborazione SerT e Medici di Medicina Generale per la cogestione del paziente tabagista



*% calcolata su 1247 pazienti tabagisti in carico ai SerT/Centri antifumo di otto Aziende USL nel 2008

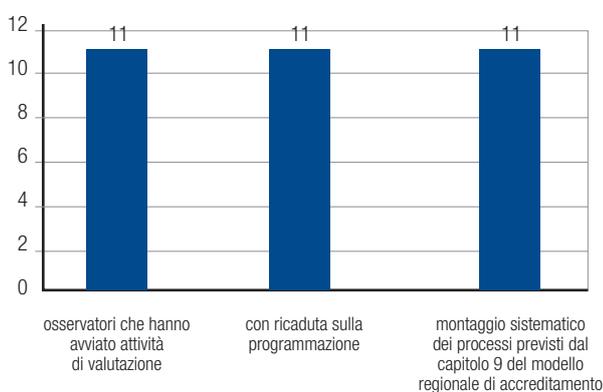
Tab 2. Programmi per smettere di fumare rivolti ai lavoratori

Aziende USL che hanno attivato i corsi nel 2009	3
Aziende USL che hanno programmato i primi corsi per il 2010	8

Consolidamento attività degli Osservatori aziendali sulle dipendenze

Tutti gli Osservatori aziendali dipendenze hanno avviato attività di valutazione, anche con ricadute nella programmazione dei servizi. La valutazione comprende il monitoraggio sistematico dell'attività annuale pianificata con gli indicatori di processo, come previsto dal Capitolo 9 del modello regionale di accreditamento (DGR n. 327/2004) (Fig. 13.). L'oggetto dell'attività valutativa riguarda, in particolare, la qualità percepita dagli utenti, il monitoraggio dei percorsi residenziali e delle previsioni contenute negli Accordi locali (stipulati tra Azienda USL ed Enti gestori delle strutture accreditate). Un numero inferiore di Osservatori svolge attività di valutazione dei percorsi terapeutici ambulatoriali e relativi outcome, dei progetti territoriali e di prevenzione, delle azioni di miglioramento della qualità organizzativa (Tab. 3.).

Fig. 13. L'attività di valutazione degli Osservatori aziendali sulle dipendenze patologiche

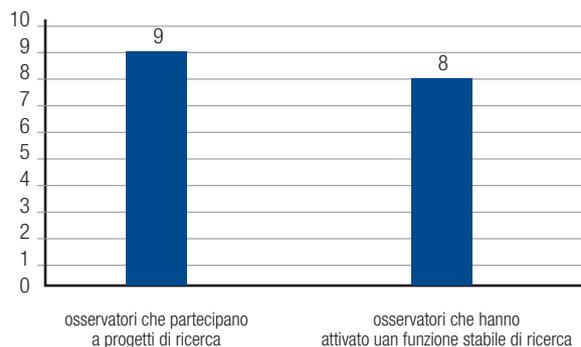


Tab 3. Oggetto dell'attività di valutazione svolta dagli Osservatori aziendali sulle dipendenze patologiche

Soddisfazione utenti	10
Accordo CEA / monitoraggio percorsi residenziali	7
Outcome dei trattamenti terapeutici	5
Progetti territoriali / prevenzione	5
Processi terapeutici	5
Progetti organizzativi, azioni di miglioramento	4

Quasi tutti gli Osservatori partecipano a progetti di ricerca e in 8 casi su 11 queste attività sono strutturate come funzioni stabili, coordinate dagli Osservatori che hanno la responsabilità del risultato finale (Fig. 14.). I committenti o i soggetti coinvolti nei progetti sono: la Regione, l'Azienda USL e, in numero minore, altre Aziende o altri Enti pubblici e privati, il Ministero, l'Università (Tab. 4.).

Fig. 14. L'attività di ricerca degli Osservatori aziendali sulle dipendenze patologiche

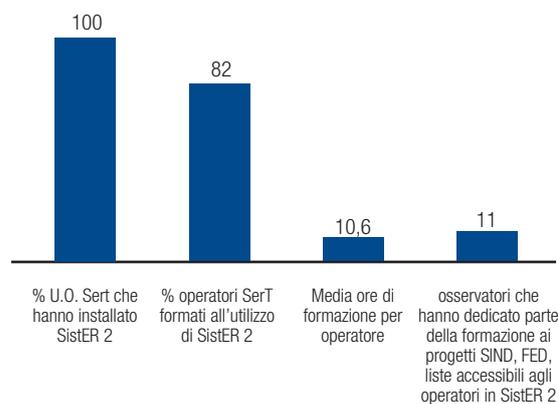


Tab 4. Attività di ricerca degli Osservatori aziendali sulle dipendenze patologiche: per quali committenti/con quali collaborazioni

Regione	9
Azienda	6
Altre Aziende	4
Coordinamenti Comunità Terapeutiche /Terzo Settore	3
Enti Locali	3
Ministero, CCM	2
Università	1

Tutti gli Osservatori dichiarano di avere installato Sister 2 – il programma per la cartella informatizzata SerT – e di avere formato l'82% degli operatori al suo utilizzo. La formazione ha comportato una media di 10 ore formative per operatore e ha riguardato, come previsto dagli obiettivi del programma, il nuovo debito ministeriale e regionale (SIND), le liste accessibili agli operatori in SistER 2, il progetto regionale sui farmaci ad erogazione diretta (FED) (Fig. 15.).

Fig. 15. Il sistema informativo dei SerT

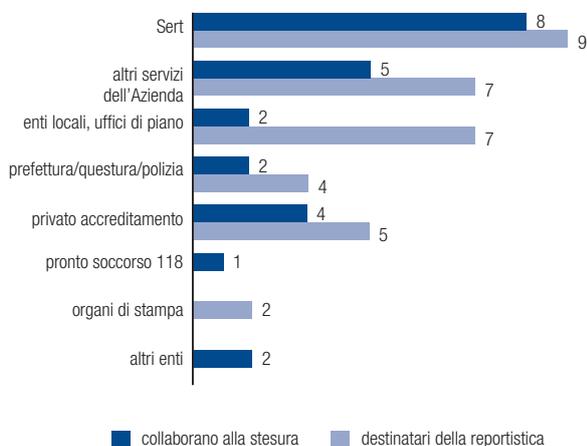


La produzione sistematica del report annuale delle attività SerT non è ancora garantita da tutti gli Osservatori (9 su 11) benché, nella quasi totalità dei casi, gli Osservatori producano reportistica sui servizi o sul monitoraggio dei percorsi nelle strutture residenziali (Tab. 5.). Alla stesura della reportistica collaborano i SerT e, in numero inferiore, altri servizi aziendali, il privato accreditato o altri enti e associazioni. La reportistica viene diffusa ai SerT, ad altri Servizi aziendali, agli Enti Locali e al privato accreditato. Alcuni Osservatori prevedono la diffusione agli organi di stampa, seminari e presentazioni pubbliche dei report e di altre pubblicazioni (Fig. 16.).

Tab 5. La reportistica prodotta dagli Osservatori aziendali sulle dipendenze patologiche

Report annuale dell'attività SerT	9
Altri report/pubblicazioni	10

Fig. 16. I servizi e le strutture coinvolte nella pubblicazione della reportistica degli Osservatori



Il personale assegnato agli 11 Osservatori è composto da 30 persone, di cui 8 con contratto a tempo determinato o di collaborazione. Senza contare i professionisti laureati in sociologia e inquadrati in altra qualifica, i sociologi/statistici sono 15. In 8 Osservatori (su 11) è presente almeno 1 sociologo (Tab. 6.).

I dati relativi agli anni di esperienza lavorativa e al numero di ore lavorative settimanali evidenziano una deviazione standard considerevole rispetto al dato medio (Tab. 6.). Tale variabilità è determinata dalla presenza di professionisti che lavorano negli Osservatori da molti anni, con contratto di lavoro dipendente, affiancati da personale impegnato per un numero inferiore di ore: professionisti con contratti flessibili o dipendenti dell'Azienda assegnati contemporaneamente a funzioni diverse dagli Osservatori. In entrambi i casi questa seconda tipologia di personale è soggetta a un sensibile turnover.

Complessivamente, i dati del monitoraggio evidenziano che gli obiettivi del Programma regionale per gli Osservatori, ad eccezione della produzione del report annuale, sono stati raggiunti. Le funzioni di valutazione, ricerca, sistema informativo sono garantite e in alcuni casi prevedono specifiche responsabilità su progetti, produzione di report o libri per la diffusione dei risultati di ricerca, una programmata disseminazione delle informazioni prodotte anche attraverso i media e incontri pubblici. Nel contempo, i dati sulle risorse di personale mettono in luce elementi di instabilità e turnover che caratterizzano quasi un terzo del personale. Pertanto, l'obiettivo del Programma regionale dipendenze che indicava espressamente la "presenza di personale adeguato per numero, qualifica e ore dedicate" non risulta completamente soddisfatto.

Tab 6. Il personale degli 11 Osservatori aziendali sulle dipendenze patologiche al 31.12.2009

Professionisti impegnati*	30
di cui a tempo determinato/collaborazione	8
di cui sociologi o statistici**	15
Osservatori con la presenza di almeno 1 sociologo o statistico	8
Media anni di lavoro del personale	7
Dev. Standard anni di lavoro	6,48
Media ore settimanali di lavoro	22
Dev.Standard ore settimanali	14,5

*include personale SerT assegnato all'Osservatorio per un numero limitato di ore

** Non è compreso il personale dipendente Ausl laureato in sociologia/statistica ma inquadrato in altra qualifica

12. Unità di Strada

Il Coordinamento regionale delle Unità di Strada (UDS), costituito nel 2006, riunisce gli operatori referenti di 22 progetti attivi nella Regione Emilia-Romagna (Tab. 1) nelle aree della Notte e della Riduzione del Danno (RDD).

Le UDS sono promosse da AUSL ed Enti locali, gestite da AUSL, Enti locali e Terzo Settore e fanno riferimento al sistema regionale delle funzioni di prossimità di cui alla Delibera di Giunta n. 1533 del 6/11/2006 "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze psicotrope". Nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna, le funzioni di prossimità svolte dalle UDS sono riconosciute formalmente all'interno di una più vasta area di attività e di interventi rivolti alla popolazione giovane.

L'unificazione delle modalità di rilevazione dei dati di attività delle singole UDS attuato nell'anno 2007 ha permesso una migliore definizione del panorama degli interventi e la comparazione delle attività svolte a livello locale. L'omogeneizzazione delle pratiche di rilevamento ha diminuito la variabilità dei dati presente negli anni precedenti, delineando uno standard prestazionale delle UDS che comincia a stabilizzarsi.

Come normale prassi di lavoro, ogni UDS, sia di Riduzione del Danno sia di Riduzione dei Rischi e sensibilizzazione nel mondo della notte, ha realizzato un monitoraggio di ciascun intervento. Le UDS della notte hanno rilevato anche i contatti realizzati con l'etilometro (genere, età e limite alcolico).

In ogni provincia è stata attivata almeno una UDS dedicata alla RDD o alla Notte o ad entrambe.

La riduzione del danno è stata rivolta a persone tossicodipendenti nel contesto di strada e di piazza, con gli obiettivi di ri-

durere i rischi nell'utilizzo di sostanze con particolare attenzione alle overdose, di diminuire il contagio per le possibili patologie correlate all'uso iniettivo e sniffing, di operare un avvicinamento ai servizi o un sostegno e counseling in un contesto non ambulatoriale, di distribuire materiali di profilassi e informativi.

Gli interventi di informazione, sensibilizzazione e riduzione dei rischi della Notte sono stati svolti in contesti quali discoteche, club, locali estivi della costa, circoli giovanili, birrerie, feste della birra, eventi vari. I giovani coinvolti hanno aderito volontariamente accedendo alle postazioni degli operatori che proponevano lo strumento dell'etilometro, distribuivano materiale informativo su sostanze, alcol, servizi, Malattie Sessualmente Trasmesse, oltre a profilattici e etiltest monouso. Gli stessi operatori hanno svolto approfondimenti, hanno trasmesso informazioni e sono intervenuti in situazioni di criticità. E' stato realizzato anche un lavoro di sensibilizzazione nei confronti di gestori e organizzatori di eventi al fine di migliorare la salute e la tutela dei partecipanti.

I risultati raggiunti nel 2008 sono illustrati nella tabella n.1. Si segnala che, rispetto al 2007, si è aggiunto un progetto (quello del Lab57 di Bologna), mentre per due Unità di Strada non si dispone del numero di contatti. Come si può leggere, nel corso del 2008 sono stati realizzati quasi 70.000 contatti, a fronte dei circa 69.000 del 2007, con un miglioramento complessivo di tutte le voci che riguardano le prestazioni erogate verso il pubblico in valori assoluti.

Territorio	Progetto	Operatori	Volontari	Uscite	Ore	Contatti
	Unità di strada	5	1	131	984	2021
	Maniglione antipanico	7	2	54	1101	3333
Piacenza		12	3	185	2085	5354
Parma	Unità di Strada	4	0	173	1248	nr
	Giovani in giro - GIG	3	0	47	261	1687
	Unità di prevenzione - UP	6	0	160	2047	6581
Reggio Emilia		9	0	207	2308	8268
	Buonalanotte	10	1	89	1040	2678
	Riduzione del danno	6	0	265	765	4128
Modena		16	1	354	1805	6806
	Unità di Strada	4	0	199	597	7977
	BeatProject	4	0	19	740	4584
	Lab57	0	10	51	2568	5296
	In Sostanza - San Lazzaro	11	0	11	143	2384
	Occhio a bacco	24	0	12	101	820
	Guarda Oltre	10	0	5	42	nr
	Vivere	7	0	22	220	781
Bologna		60	10	319	4411	21842
	Comune Ferrara	3	0	103	912	3813
	Ai Lidi con il camper	4	14	37	872	4497
Ferrara		7	14	140	1784	8310
	Sicuramente al Mare	7	9	61	1525	11091
	Fra le Righe	3	0	23	598	2477
Ravenna		10	9	84	2123	13568
	Notti sicure	2	16	29	629	1674
	Riduzione del danno	5	23	93	767	415
Forlì-Cesena		7	39	122	1396	2089
Rimini	Circolando	8	0	87	1131	3494
Regione		133	76	1671	18291	69731

Elementi generali

Nel corso del 2008 a livello regionale le UDS hanno realizzato, ad opera di 133 operatori e 76 volontari, 18.291 ore di lavoro per complessivi 69.731 contatti di cui 25.192 attraverso l'etilometro (36,1% rispetto ai contatti totali con un incremento rispetto all'anno 2007 dello 0,8%). La rilevazione degli operatori, il cui numero appare aumentato rispetto al 2007, è stata fatta contando le persone coinvolte, che, per la maggior parte, lavorano a tempo parziale nei progetti. Il rapporto tra numero di ore e numero di operatori dimostra che la media di ore annuale pro capite è di 137, sostanzialmente invariata rispetto al 2007 (135).

Per ogni ora lavorata sono stati svolti 4,1 contatti (dividendo i 69.731 contatti per le 17.001 ore complessive senza considerare quelle dei due progetti che non hanno fornito i contatti). Per ogni uscita ci sono stati in media 46,7 contatti (seguendo lo stesso calcolo dei contatti orari).

Questo dato complessivo va considerato tenendo presente la differenza di obiettivi, di metodologie, di strumenti a disposizione e di target tra le UDS della RDD e quelle della Notte. Se si scompone il numero complessivo nelle due diverse funzioni, si nota che gli interventi della Notte occupano il 74,9% del tempo complessivo, realizzano il 77,3% dei contatti e svolgono il 46% degli interventi.

In relazione al precedente anno 2007, abbiamo come valori complessivi un sostanziale mantenimento dei contatti, passando dai 68.957 del 2007 e ai 69.731 del 2008 (mentre nel 2005 erano 101.048 e 94.218 nel 2006), anche le ore di attività hanno avuto un incremento, passando dalle 16.683 del 2007 alle 18.291 nel 2008 (un numero inferiore alle 20.281 nel 2005, ma superiore alle 13.765 nel 2006). Così pure è aumentato il numero degli interventi, dai 1.595 del 2007 ai 1.671 del 2008 (anche se nel 2005 erano stati 2.247 e 1.773 nel 2006). Aumentano i contatti svolti con gli etilometri (+3,5%) e le siringhe distribuite (+12,8%) .

Il materiale informativo distribuito si differenzia rispetto all'anno 2007 per una maggiore rilevanza dei materiali riguardanti l'alcol che si attestano al 36,7% a fronte del 21,2% dell'anno precedente.

Il numero di profilattici distribuiti nel corso del 2008 rimane rilevante (57.005), con un incremento rispetto all'anno 2007 (53.419), a conferma dell'attenzione riservata da tutti i progetti alla tutela della salute ed alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e delle gravidanze non volute.

Fig. 1. Alcuni indicatori sintetici sull'attività dell'Uds (Anni 2007-2008, valori assoluti).

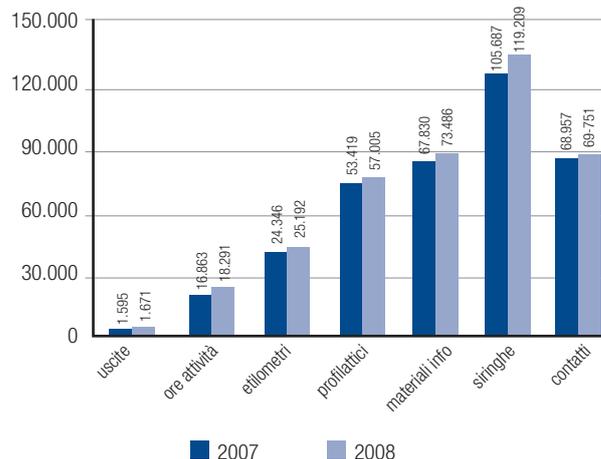
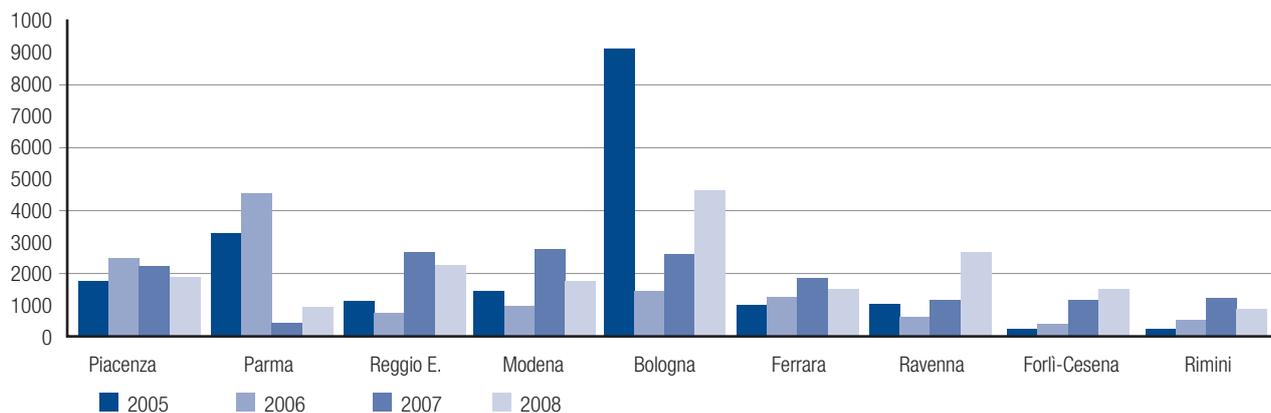


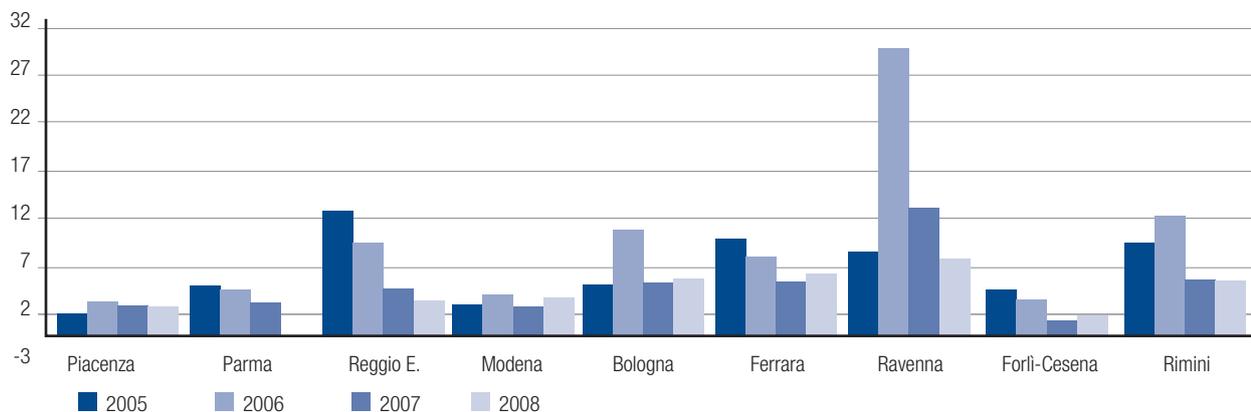
Fig. 2. Andamento delle ore di attività per provincia (Anni 2005-2008, valori assoluti)



Uno sguardo generale sulle province

Nel corso del 2008, le otto province della regione che hanno il dato dei contatti, sommando RDD e Notte, presentano una media provinciale di 8.716 contatti. Il numero medio di ore di attività per provincia è di 2.032 (qui si considerano tutte le nove province). Rispetto ai contatti e al numero delle ore si registrano differenze anche significative tra i diversi territori con disparità accentuate seppure in decrescita rispetto all'anno 2007. Rispetto ai contatti, i risultati non omogenei che emergono si spiegano principalmente considerando i diversi contesti d'intervento delle UDS regionali; quelle che hanno la possibilità di svolgere il loro lavoro in luoghi frequentati da migliaia di giovani (come i concerti, i bagni d'estate della riviera, le grandi discoteche) riescono a realizzare un numero più consistente di contatti.

Fig. 3. Andamento della media dei contatti per ora di attività per provincia (Anni 2005-2008, valori %)



Contatti con l'etilometro per provincia

L'utilizzo dell'etilometro come strumento lavorativo è disomogeneo, sia per aspetti strutturali, quali le ore di attività e il numero di uscite, sia per una diversa filosofia di intervento. Ravenna realizza più di un terzo dei test con l'etilometro di tutta la regione e Ferrara quasi in quarto. Se si aggiunge anche Rimini, si rileva che più del 70% delle prove alcolemiche sono state svolte sulla costa emiliano-romagnola. L'area vasta Romagna (Ravenna, Forli-Cesena, Rimini) realizza oltre la metà dei contatti totali, con un incremento rispetto al 2007, in cui realizzava il 43,7% dei contatti.

Fig. 4. Andamento dei contatti svolti con gli etilometri per singola provincia (raffronto anni 2007- 2008. Valori assoluti)

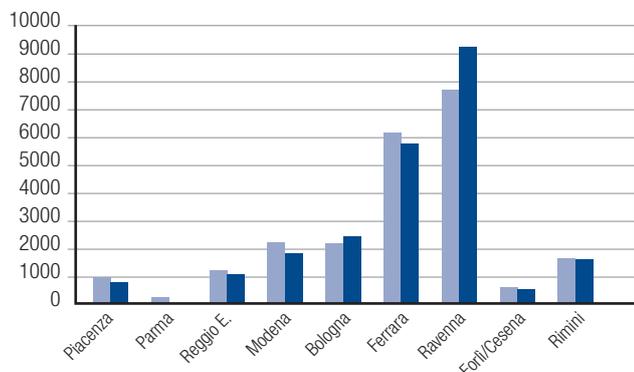


Fig. 5. Distribuzione dei test con l'etilometro effettuati per provincia (raffronto anni 2007-2008. %)

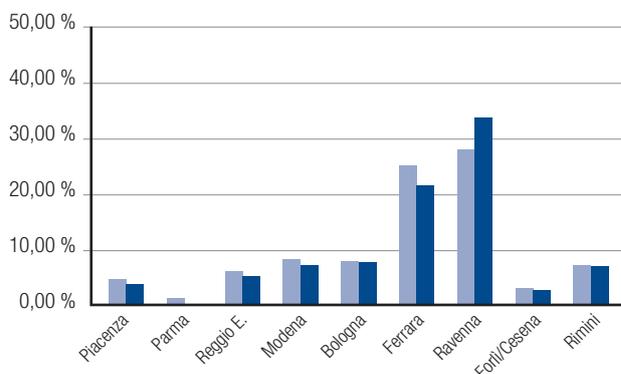
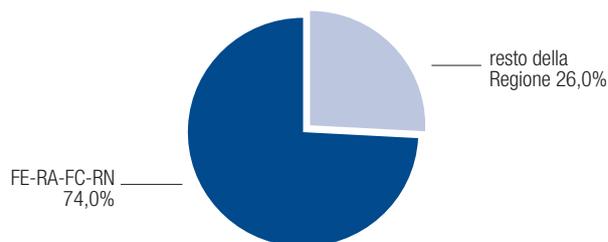


Fig. 6. Distribuzione dei test con etilometro per aree territoriali (Anno 2008. %)



Prestazioni effettuate in relazione alla popolazione

Con il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010, la programmazione degli interventi di strada è stata inserita nei Piani distrettuali per la salute ed il benessere. L'investimento di risorse per tali interventi è quindi influenzato dalle scelte locali di priorità, che a loro volta si basano sull'analisi dei bisogni locali e dalle possibilità di risposta (anche la dimensione e conformazione territoriale influenzano profondamente la possibilità di interventi capillari) e dipendono in parte dal maggiore o minore radicamento degli interventi nel territorio. Laddove, infatti, gli interventi sono attivi da più tempo, si rileva un investimento notevole di risorse proprie degli Enti Locali, in particolare dei Comuni capoluogo.

Non sarebbe quindi corretto confrontare realtà con caratteristiche e storie così differenti, ma si può tentare un'analisi dell'impatto regionale complessivo degli interventi sulla popolazione target (15-44 anni).

La media regionale delle prestazioni erogate per 1.000 abitanti, in riferimento alla popolazione target, è di 1 uscita e 10 ore di attività per ogni 1.000 residenti (Fig. 7). Il dato evidenzia il forte investimento complessivo nelle attività di strada, in linea con le indicazioni e le scelte della Regione Emilia-Romagna.

Le UDS contattano un numero molto rilevante di persone e questo dimostra la buona capacità di penetrazione tra i giovani ed il gradimento (e quindi l'utilità) del servizio offerto.

Fig. 7. Numero uscite per 1.000 abitanti (15-44 anni) per provincia (Anni 2007-2008, rapporto uscite su popolazione)

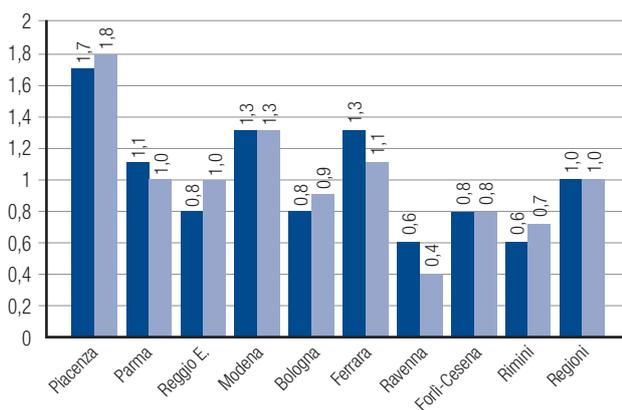
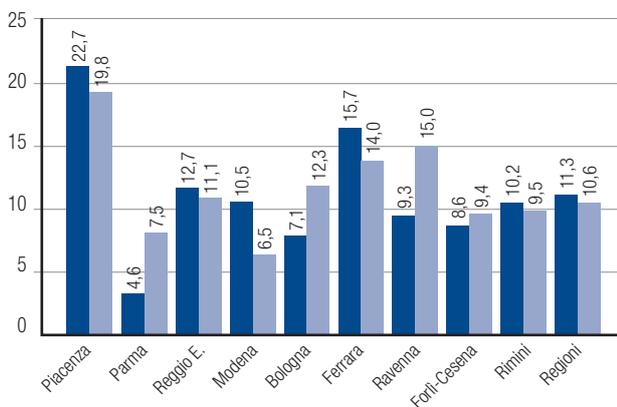


Fig. 8. Ore di attività per 1000 abitanti (15-44 anni) per provincia (Anni 2007-2008, rapporto uscite su popolazione)



Gli interventi della Notte: caratteristiche dei soggetti contattati con lo strumento dell'etilometro ed i livelli alcolici riscontrati.

Nel corso del 2008 sono stati effettuati 768 interventi nel mondo della notte con aumento rilevante rispetto ai 598 dell'anno 2007, sia per i contatti complessivi (53.878 del 2008 rispetto ai 50.362 dell'anno precedente), sia per quelli realiz-

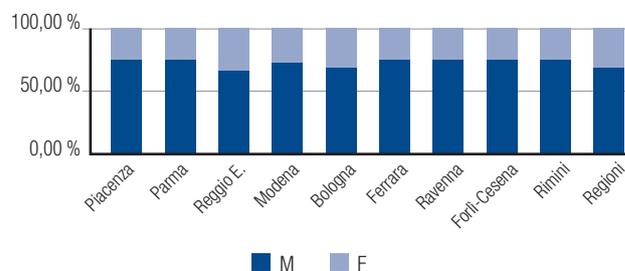
zati con l'etilometro passati dai 24.346 del 2007 ai 25.553 del 2008.

Genere.

I giovani contattati con l'etilometro sono per il 75,1% maschi e per il 24,9% femmine, confermando l'intervento nella Notte prevalentemente rivolto al genere maschile, anche se rispetto al 2007 vi è un aumento delle ragazze contattate del 3,4%. Uno degli obiettivi che il Coordinamento regionale si era dato per il 2008 era una maggiore attenzione al genere femminile, come indicato dalle linee europee in materia e questo è riuscito a tradursi in un incremento percentuale dei contatti. E' auspicabile che tale tendenza sia mantenuta e rafforzata.

Nei dati provinciali non emergono significative differenze sul genere degli utilizzatori dell'etilometro: questo evidenzia una tendenza abbastanza omogenea nella regione: Piacenza e Modena rilevano gli interventi che contattano la più alta percentuale di maschi, mentre Reggio Emilia e Ravenna sono gli interventi che riescono a coinvolgere più degli altri un pubblico femminile.

Fig. 9. Genere dei soggetti che si sono sottoposti alla prova dell'etilometro per provincia (Anno 2008. %)

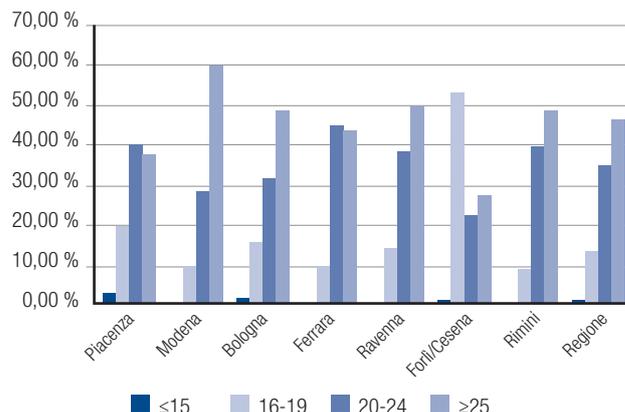


Età.

A livello regionale le persone che si sottopongono alla prova dell'etilometro hanno per quasi il 50% un'età uguale o superiore a 25 anni. Nel corso del 2008 si è cercato di indagare in maniera più accurata le fasce più giovani. La fascia d'età tra i 20 e 24 anni rappresenta il 38% con uno scostamento minimo rispetto al dato del 2007 (37,9%), gli adolescenti compresi fra i 16 e i 19 anni rappresentano il 14% e infine ragazzi e ragazze fino a 15 anni rappresentano lo 0,2%. Quest'ultima fascia è contattata solo nella provincia di Piacenza (2,3%), in quella di Bologna (1,1%) e in una quota residuale a Forlì-Cesena.

Forlì-Cesena coinvolge più del 50% minori di 19 anni, Piacenza e Bologna si attestano al 21% e al 17%. Modena invece si caratterizza per contattare per oltre il 60% venticinquenni o più.

Fig. 10. Test con etilometro per fasce di età e provincia (Anno 2008. %)

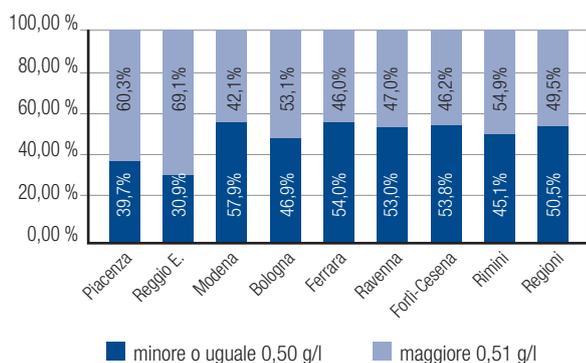


Livelli alcolici.

Rispetto ai livelli alcolici rilevati con l'etilometro, si può osservare che le prove effettuate sono per una metà (esattamente il 50,8%) al di sotto del limite consentito dalla legge (0,5 g/l) e per l'altra metà al di sopra (49,2%), praticamente gli stessi valori del 2007.

Un approfondimento sulle realtà provinciali fa rilevare come Piacenza (60,3%) e Reggio Emilia (69%) presentino la percentuale più alta di livelli alcolici al di sopra del limite: risultato significativamente superiore alla media regionale. Viceversa, Modena presenta una percentuale significati

Fig. 11. Livelli alcolici in rapporto con il limite di legge per provincia (Anno 2008. %)

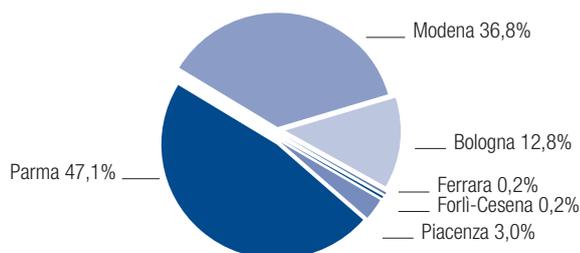


Gli interventi per la riduzione del danno (RDD)

Le UDS per la riduzione del danno sono attive nelle province di Piacenza, Parma, Modena, Bologna e Forlì-Cesena. Nel 2008 hanno svolto complessivamente 903 interventi (con un aumento del 32,6% rispetto all'anno 2007), realizzato 15.853 contatti (con un aumento del 15,6%), distribuito 16.100 profilattici, 119.183 siringhe (il totale di quelle distribuite nel 2008, con un aumento del 12,8%) e 215 fiale di Narcan (con una flessione del 30%). Dalla figura 11 emerge come l'84% delle siringhe distribuite si riferiscano alle province di Parma e Modena.

Questi interventi svolgono il 54,8% delle uscite complessive e il 23,2% dei contatti, denotando un'attività capillare e continua sul territorio con un numero di contatti a uscita più basso rispetto alla Notte, ma caratterizzato da un rapporto stabile con i soggetti seguiti. Per questo report non sono disponibili dati omogenei sul genere, l'età e la nazionalità delle persone contattate; come pure le modalità di contatto e le altre attività svolte dalle équipe. Un gruppo di lavoro regionale sta lavorando per uniformare le modalità di rilevazione delle informazioni per permettere di raccogliere i dati relativi alle numerose attività e servizi offerti nei singoli territori provinciali in modo che siano disponibili per i prossimi consuntivi.

Fig. 12. Siringhe distribuite per provincia negli interventi di RDD (Anno 2008.%)



Conclusioni

Rispetto all'organizzazione degli interventi è stato rafforzato il sistema di monitoraggio, anche se alcuni progetti, per problemi di riorganizzazione delle modalità di gestione e moni-

toraggio degli interventi, non sono state in grado di fornire il dato complessivo dei contatti.

Il sistema di rilevamento, dopo due anni di sperimentazione, si rivela affidabile ed è il primo sistema di monitoraggio continuativo italiano di interventi outreach nell'ambito delle dipendenze con una estensione regionale ed un numero così ampio di progetti. Risulta evidente che questo monitoraggio prettamente quantitativo non esprime la complessità di un'operatività che si muove in contesti "altri" rispetto a quelli dei servizi, in setting mobili, mutevoli e difficili. L'attenzione della comunità sui contesti degli interventi di strada non è ancora costante e consapevole e spesso si manifesta quando conquistano la ribalta mediatica per fatti negativi ed allarmanti. Con questi interventi si entra in contatto con soggetti che, pure avendo bisogno di una qualche forma di sostegno o supporto, sono fuori portata rispetto alla strutturazione del sistema dei servizi. Il complesso delle attività svolte non è ancora completamente rappresentabile in termini numerici e il lavoro di rendicontazione quantitativa va ancora affinato per dare conto in modo più completo della capacità di azione del lavoro di prossimità. Con questa chiave di lettura vanno pesati i dati fin qui esposti.

Nell'ambito degli interventi di RDD si evidenzia l'aumento del numero di siringhe distribuite e del numero dei contatti effettuati. Il dato può essere letto come un miglioramento della capacità di entrare in rapporto con le singole persone dipendenti da oppiacei, con interventi che hanno ricadute positive sia sullo stato di salute delle singole persone che sulla salute pubblica e sulla sicurezza dei territori. Agli interventi di RDD va riconosciuta la fondamentale azione di riduzione delle overdose da oppiacei e il contrasto di quella che è stata la pandemia da HIV. Oggi si aprono sfide nuove, senza perdere di vista le prassi di lavoro consolidate, poiché il pubblico di questi servizi sta profondamente cambiando, sia per la dimensione dei fenomeni migratori, sia per la modificazione delle sostanze consumate e degli stili di consumo in direzione del policonsumo.

Gli interventi nel mondo della Notte, con l'aumento del numero di contatti svolti con l'etilometro, testimoniano la fiducia che gli operatori sono riusciti a costruire con i giovani (51 contatti con l'etilometro ogni 1000 soggetti appartenenti alla fascia 20-24 anni) ed hanno contribuito a creare una maggiore responsabilità verso la sicurezza stradale e verso il consumo di alcolici. Questi interventi, oltre ad operare con i destinatari finali, hanno sensibilizzato gestori e organizzatori di locali ed eventi per contribuire a promuovere una modificazione del concetto di divertimento e garantire maggiore tutela nei confronti dei fruitori del mondo del loisir. Gli non sono omogenei, ma hanno un ventaglio di azione che va dalla sensibilizzazione rivolta a fruitori, organizzatori e gestori a interventi di vera e propria riduzione dei rischi con la realizzazione di zone chill-out, distribuzioni di alimenti e azioni sanitarie.

Il coordinamento regionale delle UDS ha investito sul sistema di monitoraggio, sulla formazione e su nuovi contenuti di intervento. Con la rilevazione dell'anno 2009 saranno disponibili dati più articolati sulle persone contattate dall'intervento della RDD e, per quanto riguarda la Notte, saranno disponibili i dati relativi a tutti ai soggetti sensibilizzati con l'etilometro. Quest'ultimo elemento permetterà di costruire una valutazione di risultato per gli interventi che si avvalgono di tale strumento: si potrà verificare così la portata della azione di sensibilizzazione nei confronti dei soggetti con tasso alcolico superiore al limite di legge.

13. Interventi in alcologia

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) 2006/2008 e il Programma nazionale Guadagnare Salute descrivono in modo chiaro aree di intervento ed obiettivi che l'Emilia Romagna ha pienamente recepito nel suo "Progetto regionale alcol". Gli interventi attuati si collocano infatti nelle aree tematiche che riguardano:

- 1) Informazione/educazione, responsabilizzazione del mondo della produzione e distribuzione di alcolici, capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso di alcol.
- 2) Trattamenti rivolti ad alcol dipendenti e persone con danni alcol correlati.
- 3) Alcol e ambienti di lavoro
- 4) Alcol e guida.

Lo Studio PASSI 2008 in Emilia Romagna (cap. 4), che ha intervistato un campione di 3.790 persone tra i 18 e i 69 anni, conferma sostanzialmente i dati sul consumo registrati nel 2007 con una differenza collegata alla variazione in senso restrittivo della quantità-soglia per l'identificazione del forte bevitore che è passata, per gli uomini da più di 3 unità alcoliche al giorno a più di 2, e per le donne da più di 2 a più di 1. Secondo la nuova classificazione in Emilia Romagna il 14% degli intervistati è classificabile come un forte bevitore (nel report PASSI 2007 il dato era del 5%). Nella fascia d'età 18-24 anni quasi la metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (si intende che riferisce un consumo secondo almeno una delle seguenti modalità: forte bevitore, fuori pasto, binge drinking).

1. Informazione/educazione, responsabilizzazione del mondo della produzione e distribuzione di alcolici, capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso di alcol

In questa area si collocano diversi progetti attivi in ambito regionale o a livello di Azienda USL. Considerata la ricchezza delle iniziative di prevenzione universale e selettiva già attive, emerge la necessità di un'azione di coordinamento fra le stesse e di valutazione degli esiti e delle risorse impiegate. In particolare, nell'anno 2008 si è completata la ricerca-azione collegata al Progetto nazionale "Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcol correlati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzano i giovani come risorsa" di cui l'Emilia Romagna è regione capofila.

Il percorso della ricerca, che ha toccato in modo itinerante le Regioni partecipanti, è stato documentato attraverso la realizzazione di un filmato dal titolo "La Carovana" presentato durante un seminario svoltosi a Luoghi di Prevenzione a Reggio Emilia nel settembre 2008.

Le attivazioni messe in campo dal progetto e riprese nel filmato si richiamano a :

- una proposta-stimolo costituita da uno spettacolo teatrale interpretato da giovani tra i 18 e i 25 anni;
- un laboratorio di scrittura creativa sullo stimolo teatrale;
- focus group tra i giovani e tra gli insegnanti in relazione ai vissuti connessi al consumo di alcol;
- teatro-forum ispirato al Teatro dell'Oppresso;
- playback theatre.

Una prima elaborazione del vasto materiale raccolto è stata presentata alle regioni partecipanti in un seminario che si è svolto a Pesaro il 29 e 30 settembre 2008 e che aveva tra gli obiettivi una progettazione partecipata delle successive fasi di intervento.

Il modello permette di coinvolgere nel progetto di prevenzione non solo i giovani studenti, ma anche gli adulti, insegnanti e genitori, e il contesto extra scolastico. I giovani stessi infatti, attraverso i focus group e la scrittura, hanno indicato la necessità di interventi di prevenzione non semplicemente proibitivi e, soprattutto, che coinvolgano gli adulti dei quali è a loro evidente l'ambivalenza nei confronti dell'alcol.

La stessa logica di intervento (giovani, adulti, contesto sociale) si ritrova nei progetti di comunità che, per quanto riguarda il tema del consumo alcolico, sono rappresentati dal progetto "Counselling di comunità" di Correggio che si avvierà a conclusione e valutazione nel 2010.

In considerazione dell'ampio margine di ambivalenze, dei significati e delle rappresentazioni sociali connessi al tema dei consumi alcolici, l'esigenza di coordinamento prima ricordata si esprime anche nelle iniziative regionali di connessione tra i progetti di prevenzione/sensibilizzazione sul consumo di alcol e i progetti rivolti al mondo del divertimento notturno e del consumo di sostanze illegali, nonché ai progetti che hanno, invece, come obiettivo la promozione di sani stili di vita.

2. Trattamenti rivolti ad alcolodipendenti e persone con problemi alcol correlati

In quest'area di intervento sono state definite alcune priorità di approfondimento poiché si tratta dell'area più vasta e complessa e ancora in gran parte da esplorare.

Oltre al monitoraggio sui percorsi di accesso e sulla collaborazione con i Medici di Medicina Generale (in dettaglio capitolo 12), sono state predisposte schede di rilevazione relative ai ricoveri ospedalieri, alle strutture di riabilitazione residenziali e semiresidenziali, alla collaborazione con i gruppi di automutuo-aiuto presenti nei territori delle AUSL¹. La compilazione delle schede si collega ad obiettivi che la Regione Emilia-Romagna ha assegnato alle Aziende USL. Sui dati relativi all'utenza in carico nel 2008 sono state sintetizzate le tabelle di seguito riportate.

Tab. 1. Ricoveri ospedalieri di alcolisti in carico (Anno 2008, valori assoluti e %)*.

ASL	Alcolisti in carico	Soggetti inviati in strutture ricovero	Di cui in Day Hospital	% alcolisti inviati in strutture di ricovero
Piacenza	574	9	0	1,6
Parma	422	70	2	16,6
Reggio E.	406	8	0	2
Modena	810	96	14	11,9
Bologna	1152	75	0	6,5
Imola	340	32	9	9,4
Ferrara*	390			
Ravenna	583	59	0	10,1
Forlì	171	25	0	14,6
Cesena	192	13	0	6,8
Rimini	387	6	0	1,6
Regione	5427	393	25	7,8

* I dati sono ancora in fase di ulteriore analisi e controllo. Infatti nella tabella possono essere stati registrati sia i ricoveri disposti direttamente dai Centri alcologici, sia quelli richiesti/effettuati da altri canali e comunque registrati nel Sistema informativo delle dipendenze (SistER).

L'obiettivo regionale è di definire il fabbisogno di strutture di ricovero ospedaliero e di riabilitazione residenziale e semiresidenziale sul territorio emiliano-romagnolo, al fine di soddisfare i bisogni di cura e di migliorare l'offerta terapeutica e riabilitativa con programmi alcolologici specifici.

I 393 soggetti inviati in strutture di ricovero nel 2008 hanno effettuato 492 ricoveri; per alcuni pazienti si è trattato di ricoveri ripetuti (in media ogni paziente alcolista in carico ai Centri alcolologici effettua 1,25 ricoveri l'anno). La maggior parte dei ricoveri viene effettuato in strutture regionali (89,4%), fatta eccezione per il territorio romagnolo in cui la tendenza a ricoverare fuori Regione è più marcata, e per quello che riguarda la ASL di Cesena che si differenzia rispetto al trend regionale.

Tab. 2. Ricoveri ospedalieri di alcolisti in carico suddivisi in ricoveri in o extra regione (Anno 2008, valori assoluti e %).

AUSL	In Regione ER		Extra Regione	
	v.a.	%	v.a.	%
Piacenza	9	100	0	0
Parma	107	100	0	0
Reggio Emilia	8	100	0	0
Modena	98	97	3	3
Bologna	104	96,3	4	3,7
Imola	32	100	0	0
Ferrara*	n.r.		n.r.	
Ravenna	56	73,7	20	26,3
Forlì	21	67,7	10	32,3
Cesena	1	7,7	12	92,3
Rimini	4	57,1	3	42,9
Regione	440	89,4	52	10,6

* Dati non disponibili.

Tab. 3. Alcolisti inviati nelle strutture riabilitative e socio-assistenziali (Anno 2008, valori assoluti e % sul totale di alcolisti in carico).

AUSL	Inviati in strutture riabilitative residenziali		Inviati in strutture riabilitative diurne	
	v.a.	% su alcolisti in carico	v.a.	% su alcolisti in carico
Piacenza	10	100	0	0
Parma	27	100	0	0
Reggio E.	30	100	0	0
Modena	44	51,16	42	48,8
Bologna	61	80,7	15	19,7
Imola	25	52	23	47,9
Ferrara	9	100	0	0
Ravenna	14	100	0	0
Forlì	15	100	0	0
Cesena	7	53,8	6	46,1
Rimini	22	84,6	4	15,4
Regione	264	74,58	90	25,42

Per quanto riguarda, inoltre, la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) va ricordata la continuità del percorso formativo avviato nel 2007 con gli Animatori di formazione. Come concordato, nell'anno 2008 nei territori delle Aziende USL gli Animatori di formazione hanno organizzato moduli formativi di base rivolti ai colleghi dei Nuclei di cure

Tab. 4. Numero di gruppi di auto-mutuo aiuto gestiti dalle Associazioni per AUSL (Anno 2008, valori assoluti).

ASL	CAT	AA	Al-Anon	Al-ateen	Altro	Totale
Piacenza	4	1	1	1	0	7
Parma	22	5	3	2	0	32
Reggio E.	24	6	6	1	0	37
Modena	21	12	9	1	0	43
Bologna	14	9	8	1	2	34
Imola	5	0	0	0	0	5
Ferrara	6	3	2	0	2	13
Ravenna	3	2	1	0	0	6
Forlì	4	2	0	0	0	6
Cesena	7	1	1	0	0	9
Rimini	2	1	0	0	0	3
Regione	112	42	31	6	4	195

primarie utilizzando i materiali elaborati nel percorso formativo, compreso un questionario volto a sondare le conoscenze e le percezioni del Medico sui consumi di alcol. La prosecuzione del progetto prevede una parte di approfondimento, del tipo ricerca-azione, svolta da un campione di MMG di alcune Aziende USL disponibili a farsi "ricercatori ed osservatori" di sé stessi in merito al miglioramento della capacità di individuare precocemente tra i propri assistiti le persone con un consumo rischioso o dannoso di alcol.

3. Alcol e lavoro

Il progetto regionale "Alcol e lavoro", il cui punto di forza è rappresentato dalla collaborazione tra i Centri Alcolologici (Servizi Dipendenze Patologiche) e i Servizi per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), ha proseguito nel 2008 le azioni del progetto di prevenzione avviato nell'anno precedente coinvolgendo le restanti Aziende USL che hanno organizzato interventi in 13 grandi Aziende nei settori: sanità, trasporti, servizi, edilizia, ceramica, metalmeccanica, scuola e agroalimentare.

Gli incontri di formazione e sensibilizzazione hanno coinvolto più di 3.000 addetti, mentre per la ricerca-intervento sono state realizzate 174 interviste a dirigenti, medici competenti, preposti, RLS. Il questionario della salute è stato compilato da 1.056 lavoratori coinvolti dal progetto.

Nel corso dell'anno, inoltre, si è realizzato un incontro regionale di presentazione del progetto alle Organizzazioni Sindacali raccogliendo da loro una sostanziale adesione, soprattutto a rinforzo delle valenze di promozione della salute nell'ambiente di lavoro.

Contemporaneamente, il gruppo di progetto ha lavorato per l'elaborazione di linee di indirizzo ai Medici competenti sull'applicazione dell'Atto di intesa Stato Regioni del 2006 recependo i contenuti del D.Lgs. 81/08 Testo Unico in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

E' stata inoltre proposta una bozza di regolamento "tipo" che le realtà produttive potrebbero adottare come normativa interna condivisa tra le parti, comprese quelle sindacali, per l'applicazione del divieto di consumo alcolico quando previsto dalle leggi vigenti.

¹ A completamento dei dati raccolti sulla collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto, si rileva che nel 2008 il 9% dei pazienti alcolisti in carico ai Centri alcolologici è stato inviato ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.

4. Alcol e Guida

E' proseguita nell'anno 2008 l'applicazione della Delibera regionale 1423/2004 per la valutazione dell'idoneità alla guida dei conducenti fermati per violazione dell'articolo 186 del C.d.s.

Il gruppo di lavoro regionale, costituito da operatori delle Dipendenze Patologiche e della Medicina Legale, ha lavorato con l'obiettivo di elaborare una circolare integrativa che tenesse conto dell'esperienza maturata dal 2004 nella collaborazione con le Commissioni Mediche Locali per le Patenti e aggiornasse quindi le indicazioni alle Aziende Sanitarie per la valutazione dell'idoneità alla guida. Inoltre è stato messo a punto il programma per una formazione regionale volta a preparare docenti per i corsi infoeducativi. Tali corsi, dopo una fase di sperimentazione, diventeranno parte integrante del percorso di valutazione.

Sono inoltre in preparazione materiali informativi aggiornati sulla guida sicura che accompagneranno la sperimentazione dei corsi infoeducativi in ogni Azienda USL e verranno utilizzati nelle campagne informative a supporto del progetto regionale Alcol e guida (es. nelle Autoscuole).

Come già ricordato nel report dell'anno precedente, la raccolta di questi dati costituisce un elemento di criticità, poiché al momento non è verificato se i numeri forniti registrino le visite effettuate o i soggetti visti. Per questo il testo della circolare regionale in preparazione conterrà negli allegati due schede per una raccolta corretta e confrontabile di questi dati a partire dal 2009.

Tab. 5. Attività delle Commissioni Mediche Locali operanti nelle Aziende USL dell'Emilia-Romagna per violazione dell'art. 186 del Codice della strada (Periodo gennaio 2004/giugno 2005 ; 2006, 2007, 2008, valori assoluti).

Provincia	Gennaio 2004 – Giugno 2005	2006	2007	2008
Piacenza	1787	1904	2114	2141
Parma	961	1281	1286	1414
Reggio E.	1161	2775	3488	4472
Modena	1652	3974	3982	3866
Bologna	1472	2377	2575	n.r.
Ferrara	2854	1398	1905	2121
Ravenna	1232	1551	1455	1548
Forlì	n.d.	328	1365	1417
Cesena			1597	1992
Rimini	1950	1898	1900	2205
Regione ER	13069	17486	21667	21176

*Dal 2007, la CML di Cesena ha una propria autonomia operativa.

14. Interventi sul fumo

Il tabagismo è un fenomeno complesso caratterizzato da molteplici aspetti: socio-culturali, in quanto fumare attiene ai comportamenti e agli stili di vita socialmente diffusi e accettati; medico-psicologici, in quanto il tabagismo viene inteso sia come malattia in sé (la nicotina è inclusa tra le sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza) sia come fattore di rischio per le patologie cronico-degenerative correlate; aspetti legali inerenti la tutela dai danni provocati dal fumo passivo, essendone dimostrata l'azione tossica e cancerogena. Il tabacco è inoltre sottoposto a norme restrittive per quanto riguarda la vendita ai minori e la pubblicità.

Nel capitolo 4 vengono riportati dati aggiornati sull'abitudine al fumo in Regione Emilia-Romagna, rilevati dallo studio PASSI relativi all'anno 2008.

Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute, occorre adottare politiche di intervento globali, capaci di sviluppare alleanze e sinergie attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico, nel mondo del volontariato e nel campo dell'informazione. L'intento comune deve essere quello di promuovere con esempi positivi e azioni persuasive, unitamente al rispetto della normativa vigente sul divieto di fumo, la formazione di una cultura ampiamente diffusa e condivisa del "non fumo".

Il 27 luglio 2007 l'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna, ha approvato la Legge regionale n. 17 "Disposizioni in materia di Prevenzione, cura e controllo del tabagismo" che prevede l'attuazione di un Piano triennale di contrasto del tabagismo. Rilevanti sono le novità previste dalla Legge regionale:

- agevolazione dell'accesso ai Centri antifumo, aumentando la visibilità e rendendo gratuito il percorso di disassuefazione;
- interventi di counseling e percorsi di disassuefazione rivolti a pazienti fumatori ricoverati negli Ospedali;
- estensione del divieto di fumo a determinate aree esterne di pertinenza degli Ospedali, dei Servizi sanitari e delle Scuole;
- riduzione dei rischi da fumo passivo, perseguita in coerenza a quanto disposto dalla normativa vigente in materia di prevenzione e protezione da rischi negli ambienti di lavoro, considerando luoghi di lavoro anche gli Ospedali, i Servizi sanitari e gli istituti scolastici.

In attuazione di quanto previsto dall'art. 2 della Legge regionale n. 17/2007, è stato predisposto il "Piano regionale di intervento per la lotta al tabagismo" (DGR n. 844/2008). Obiettivo di salute del Piano è la prevenzione delle malattie cronico-degenerative dovute al fumo di tabacco, con conseguente riduzione della morbosità e mortalità correlata. Il Piano è articolato in tre aree progettuali e sei programmi:

- A. Area progettuale Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni
 - Programma n. 1 - Prevenzione dell'abitudine al fumo tra i giovani
- B. Area progettuale Assistenza e cura del tabagismo
 - Programma n. 2 - Centri Antifumo
 - Programma n. 3 - Intervento antifumo dei Medici generali e degli altri operatori sanitari
- C. Area progettuale Ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo

- Programma n. 4 - Luoghi di lavoro liberi dal fumo
- Programma n. 5 - Ospedali e Servizi sanitari senza fumo
- Programma n. 6 - Scuole libere dal fumo

Area progettuale Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni

Nell'anno scolastico 2007/2008 sono stati ulteriormente sviluppati i programmi regionali di prevenzione del fumo, con l'obiettivo di creare un continuum di percorsi formativi, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado, finalizzati a interagire con gli studenti mediante linguaggi diversi e metodologie appropriate alle varie fasce d'età. Si ricordano, in particolare i programmi didattici:

- "Infanzia a colori", dedicato ai bambini della scuola del ciclo primario, basato su un approccio favolistico-ecologico di promozione della salute e protezione dell'ambiente. Per potenziare la sua diffusione si è costruita un'alleanza con alcuni Centri di Educazione Ambientale che ha visto un'adesione al progetto soprattutto nelle Aziende USL di Bologna e Modena;
- "Lasciateci Puliti", per i ragazzi delle scuole medie e prime superiori, finalizzato a sviluppare conoscenze e abilità per resistere alle pressioni sociali che spingono ad iniziare a fumare (esempio dei coetanei, modelli familiari, consenso sociale);
- "Smoke-free class competition", concorso a premi per i ragazzi di scuola media e prime superiori, finalizzato a consolidare la cultura del non fumo;
- "Scuole libere dal fumo" per le scuole superiori, basato sulla combinazione di interventi complementari di tipo educativo, supporto alla disassuefazione dal tabagismo e vigilanza sul rispetto del divieto di fumo in ambiente scolastico, con forte coinvolgimento dei ragazzi in attività di educazione tra pari (vedi finestra informativa). Nell'ottobre 2008 si è partecipato a Vicenza a un meeting che ha coinvolto circa 300 ragazzi provenienti dalle scuole della nostra regione e di tutta Italia che avevano partecipato ai percorsi formativi tra pari.
- E' stato realizzato concorso "Raccontiamo l'educazione fra pari" durante il quale sono stati selezionati i prodotti migliori realizzati dai ragazzi delle scuole.

Area progettuale Assistenza e cura del tabagismo

1. Intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori delle cure primarie

Dall'indagine Passi 2008 risulta un buon livello di attenzione da parte degli operatori sanitari al problema tabagismo. Infatti il 61% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario ma solo al 34% degli ex fumatori sono state richieste informazioni sulla propria abitudine al fumo².

Vi è una specifica attenzione degli operatori delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna a realizzare progetti finalizzati a contrastare l'abitudine al fumo per particolari target di utenza, in particolare progetti rivolti a donne in stato di gravidanza e alle mamme nei primi anni di vita del bambino. Inoltre, nell'ambito del Piano regionale tabagismo, si sta sviluppando tra i Centri antifumo e i Medici di Medicina generale una colla-

² Fonte: Regione Emilia-Romagna, Sistema di sorveglianza Passi 2007, pag. 40.

borazione finalizzata alla realizzazione di attività comuni sia sul versante clinico-terapeutico, sia su quello dello scambio di informazioni e collaborazione organizzativa.

Nell'ambito dell'attività del gruppo di coordinamento dei CAF della RER è stata ribadita l'importanza di sviluppare la collaborazione ed il supporto del MMG, adeguatamente sensibilizzato con formazioni specifiche, per l'attività di disassuefazione. A questo scopo sono state predisposte, e condivise all'interno del gruppo di lavoro, due lettere di cui la prima per comunicare al MMG la presa in carico da parte del CAF e la seconda per la dimissione a fine percorso (Cfr Sez. 6 – Documenti condivisi).

Questa comunicazione comporta un effettivo coinvolgimento del MMG, che troverà l'occasione per affrontare ed approfondire la problematica del fumo con il proprio paziente e sostenere la sua motivazione ad ogni incontro, determinando al tempo stesso due importanti effetti:

1. una continua segnalazione della presenza attiva dei CAF sul territorio;
2. il progressivo cambiamento delle modalità con cui i MMG si relazionano con i pazienti fumatori.

1. Attività dei Centri antifumo

Nel corso degli ultimi anni si è sviluppata una capillare rete di strutture in grado di intervenire con azioni di prevenzione, cura e trattamento nelle problematiche fumo correlate. Nel 2008 in Regione Emilia-Romagna sono presenti complessivamente 31 Centri Antifumo, di cui 30 afferiscono alle Aziende USL e Aziende Ospedaliere (SerT; U.O. di Pneumologia territoriali/ospedaliere e Dipartimenti di Sanità Pubblica) ed 1 è gestito da un Ospedale privato accreditato, che interviene sui tabagisti durante il periodo di degenza. L'attività promossa dalle Lega italiana per la lotta contro i tumori si è mantenuta viva solo in alcune realtà provinciali.

In molte realtà sono state attivate collaborazioni e integrazioni funzionali tra servizi aziendali e privato sociale (LILT e ISTITUTO ONCOLOGICO ROMAGNOLO).

Dall'indagine Passi risulta che nel 2008 il 31% dei fumatori ha tentato di smettere di fumare; la maggior parte degli ex fumatori intervistati ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; la restante parte ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari.¹ Questa situazione sottolinea la necessità di individuare le strategie per aumentare il livello di visibilità e per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente, gratuitamente, a livello delle Aziende USL regionali.

Gli utenti dei Centri Antifumo nel 2008 sono stati 2.311. Dal 2001 al 2004 il numero degli utenti è aumentato in modo rilevante; nel 2005 il calo dell'utenza, rispetto all'anno precedente, è significativo e si conferma anche se in modo meno evidente nel 2006, per poi stabilizzarsi nel 2007/2008. L'analisi disaggregata per territorio evidenzia un panorama fortemente eterogeneo, dovuto alle specificità locali, come ad esempio la realizzazione di progetti ad hoc o l'investimento in questo settore. In particolare, si evidenzia la provincia di Ferrara che registra un notevole aumento dell'utenza nel periodo dal 2005 al 2006, confermato nel 2007/2008, favorito dalla realizzazione di uno specifico progetto finanziato dalla Regione. Alcune Aziende USL hanno aumentato la propria quota di utenti afferiti (Parma e Bologna), altre hanno consolidato il numero di pazienti in trattamento nel corso degli anni. Infine, alcune realtà come le province di Modena e Ferrara risultano orga-

nizzate con un Centro Antifumo gestito dal Ser.T per ogni distretto, con la novità di un nuovo CAF aperto presso il Policlinico di Modena, mentre sul territorio bolognese i Centri Antifumo sono quasi tutti inseriti in realtà ospedaliere.

Nel 2008 il gruppo tecnico di coordinamento dei Caf della Regione ha iniziato un'ampia attività di confronto sulle modalità operative presenti nei CAF regionali. Lo stesso Gruppo ha individuato le criticità ed i bisogni formativi, programmando attività di formazione ed aggiornamento (formazione di primo livello per Conduttori di gruppi ad approccio Cognitivo-comportamentale; Aggiornamento sul counseling motivazionale, Formazione sulle Terapie farmacologiche); e iniziando un percorso per la realizzazione di Raccomandazioni a valenza regionale.

B. Aggregazione per AUSL

AUSL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piacenza	0	0	35	119	150	206	206	216
Parma	190	110	168	129	143	150	152	269
Reggio E.	297	289	506	533	433	292	290	261
Modena	208	448	503	682	518	426	398	309
Bologna	509	430	402	471	380	230	288	376
Imola	8	46	18	34	41	57	73	64
Ferrara	179	171	241	328	203	447	394	381
Ravenna	70	151	186	175	152	120	145	150
Forlì	0	0	0	28	78	84	120	84
Cesena	12	10	29	21	16	23	23	18
Rimini	56	61	61	130	102	157	159	183
Regione	1529	1716	2149	2650	2216	2192	2248	2311

* Totale dei soggetti che hanno avuto anche un solo contatto con il servizio senza distinzione tra provvisori o in carico.

** I dati 2008 sono stati raccolti con strumenti informativi diffusi. E' in corso la costruzione di linee operative per uniformare le modalità di raccolta dati per gli utenti tabagisti.

Area progettuale Ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo

1. Luoghi di lavoro liberi dal fumo

L'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo. Infatti tra i lavoratori intervistati da Passi nel 2008, l'89% ha dichiarato che il divieto di fumare è rispettato sempre (73%) o quasi sempre (16%), mentre il 11% dichiara che il divieto non è mai rispettato (5%) o lo è a volte (6%).³

La Legge regionale n. 17/2007 considera come luoghi di lavoro, oltre a quelli pubblici e privati, anche gli Ospedali e i Servizi sanitari e le Scuole. Infatti l'art. 1, comma 3 dispone che «In particolare nei luoghi di lavoro, comprese le strutture sanitarie, socio-sanitarie e gli istituti scolastici, la riduzione

³ Fonte: Regione Emilia-Romagna, Sistema di Sorveglianza PASSI 2007, pag. 43

dei rischi da fumo passivo viene perseguita in armonia con le disposizioni legislative vigenti in materia di prevenzione e protezione da rischi negli ambienti di lavoro»⁴.

Nel 2008 è stato costituito un gruppo che ha lavorato alla redazione di orientamenti regionali per attività di vigilanza e di verifica del divieto di fumo e di promozione della cessazione al fumo negli ambienti di lavoro, ed inoltre ha lavorato alla realizzazione di un opuscolo informativo per le Aziende.

Al momento, si sta lavorando alla redazione di linee guida regionali per gli SPSAL, la cui predisposizione ha subito un rallentamento, a seguito del riordino della normativa in materia di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro che ha portato all'emanazione del Decreto legislativo n. 81/2008⁵.

2. Ospedali e Servizi sanitari senza fumo

Tra gli obiettivi, individuati dal Piano regionale tabagismo per gli Ospedali e i Servizi sanitari, risultano di particolare rilevanza: 1) garantire ai pazienti tabagisti ricoverati, un'assistenza specialistica tabaccologica finalizzata a sostenere l'astinenza ed avviare un percorso di disassuefazione in collaborazione con i medici generali, i medici competenti e i centri antifumo; 2) garantire l'applicazione della normativa antifumo, estendendola anche alle aree aperte immediatamente limitrofe agli accessi ed ai percorsi sanitari; 3) motivare il personale sanitario, affinché adotti uno stile di vita libero dal fumo nell'ambito di un'attività di promozione di stili di vita sani.

Nel 2008, da quanto segnalatoci da 12 Aziende, due di loro hanno multato fumatori per la violazione del divieto di fumo, elevando complessivamente 9 sanzioni a propri operatori e 4 a visitatori.

Solo una azienda, tra le rispondenti, è stata fatta oggetto di visita da parte dei NAS per il divieto di fumo, nel corso del 2008, ma non è stata sanzionata per aspetti di sua pertinenza nell'applicazione del divieto, né sono stati trovati fumatori in occasione di tale ispezione.

Delle aziende sopra citate, nessuna nel 2008 aveva ancora attuato tutti i provvedimenti per arrivare alla completa applicazione della L.R. 27/2007, ma tutte hanno iniziato ad attivare gruppi di lavoro aziendali per pianificare le varie fasi attuative dell'intervento. Qualcuna ha cominciato anche ad applicare il provvedimento ad alcune strutture, ad adottare la cartellonistica con il logo OMS e ad allontanare i posacenere dagli accessi dei percorsi sanitari.

⁴ Legge regionale n. 17 del 27 luglio 2007 "Disposizioni in materia di Prevenzione, cura e controllo del tabagismo"

⁵ Decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro". Si tratta del nuovo Testo Unico della Sicurezza che ha sostituito il Decreto legislativo n. 626/1994.

15. Progetto regionale dei centri documentazione sulle dipendenze patologiche

“documentaRER dipendenze” è un progetto promosso dalla Regione Emilia-Romagna (DGR n. 1576/2008) a supporto delle attività di documentazione scientifica previste dal Programma Regionale Dipendenze Patologiche (DGR n. 698/2008). Il progetto, che coinvolge quattro Centri di documentazione, presso l’Azienda USL di Bologna, l’Azienda USL di Reggio Emilia, il Comune Modena e l’Azienda USL di Rimini, prevede lo sviluppo di servizi, sia presso le sedi dei Centri, sia attraverso il sito web del programma regionale dipendenze.

I servizi offerti dai Centri di documentazione:

- Consultazione banche dati bibliografiche
- Consultazione articoli/abstract riviste scientifiche
- Consultazione/prestito libri e materiale grigio
- Bibliografie (anche a richiesta)

I destinatari dei Centri:

- Osservatori aziendali dipendenze patologiche
- Servizi pubblici e privati accreditati per il trattamento delle dipendenze patologiche
- Servizi pubblici e privati accreditati di psichiatria adulti e neuropsichiatria infantile
- Centri antifumo e Centri per alcolisti
- Uffici dei Piani di Zona Distrettuali
- Servizi di prossimità

Sul sito del programma regionale dipendenze documentaRER dipendenze offre i seguenti servizi: newsletter, bibliografie, documentazione recente del settore dipendenze, catalogo bibliografico online dei documenti disponibili presso i Centri. La sezione del sito dedicata ai servizi di documentazione: www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione.htm

I Centri documentaRER dipendenze

- Azienda USL Reggio Emilia

Centro studi e documentazione del Programma Aziendale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Responsabile: Angiolina Dodi

Aree tematiche privilegiate: Modelli clinici e valutazione del trattamento delle dipendenze: modello motivazionale, terapia cognitivo comportamentale (CBT), trattamenti sostitutivi, terapia sistemica, medicina narrativa, psicoterapia dinamica, modello dei “12 passi”, trattamenti multidisciplinari

Servizi offerti: Consultazione/prestito libri e materiale grigio; Consultazione articoli riviste scientifiche; Ricerche/abstract da banche dati specializzate; Bibliografie (anche a richiesta)
Modalità di accesso: Su appuntamento (contattare prima telefonicamente o via e-mail)

Dove siamo:

Via Amendola 2, Padiglione Tanzi, 42100 Reggio Emilia

Tel 0522-335557, Fax 0522-335515

Referente documentazione: Chiara Covric
covric@ausl.re.it

- Azienda USL Bologna

Centro documentazione dell’U.O. Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche
Responsabile: Raimondo Maria Pavarin

Aree tematiche privilegiate: Epidemiologia delle dipendenze; Evidence Based Medicine

Servizi offerti: Consultazione/prestito libri e materiale grigio; Consultazione articoli riviste scientifiche; Ricerche/abstract

da banche dati specializzate; Bibliografie (anche a richiesta)
Modalità di accesso:

Il centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.30 presso l’Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche, previo appuntamento telefonico o con e-mail

Dove siamo:

Via San Lorenzo 1, 40100 Bologna

Tel. 051-2960473, Fax 051-6569515

www.ossdipbo.org

Referente documentazione: Elsa Turino

e.turino@ausl.bologna.it

- Azienda USL Rimini

Centro studi e documentazione dell’U.O.C. dipendenze patologiche

Responsabile: Daniela Casalboni

Aree tematiche privilegiate: Integrazione sociosanitaria nei servizi e negli interventi per le dipendenze: interventi sociali e di prossimità; marginalità sociale e progetti di inclusione, inserimento lavorativo; condizione dei soggetti dipendenti in carcere; valutazione degli interventi sociali e di prossimità

Servizi offerti: Consultazione/prestito libri e materiale grigio; Consultazione articoli riviste scientifiche; Bibliografie (anche a richiesta)

Modalità di accesso: Su appuntamento (contattare prima telefonicamente o via mail)

Dove siamo:

Via Tonti 40, 47037 Rimini

Tel . 0541-325101, Fax 0541- 325113

Referente documentazione: Primo Pellegrini

ppellegrini@auslrn.net

- Comune di Modena

Centro Studi e documentazione sulla condizione giovanile

Responsabile: Sergio Ansaloni

Aree tematiche privilegiate:

Ricerca psico-sociale su dipendenze, promozione della salute (anche in riferimento all’applicazione della L.R. 17/2007), adolescenti, giovani; Politiche giovanili e valutazione degli interventi di promozione della salute

Servizi offerti:

Consultazione/prestito libri e materiale grigio; Consultazione articoli riviste scientifiche; Bibliografie (anche a richiesta)

Modalità di accesso: Il Centro è aperto al pubblico dal lunedì al venerdì dalle h. 9.00 alle h.13.00; nei pomeriggi dal lunedì al giovedì, su appuntamento

Il servizio si realizza in collaborazione con la Biblioteca Civica Delfini - Sezione "Educazione e Cura" - Corso Canalgrande 103 , Modena www.comune.modena.it/biblioteche/delfini

Dove siamo:

Via degli Adelardi, 4, 41121, Modena

Tel. 059-2034849 -2034848, Fax 059-4279385

Referente documentazione: Alessandra Lotti

alotti@comune.modena.it

csadol@comune.modena.it

Il monitoraggio del progetto

Di seguito si riportano alcuni dati di attività sulla base degli indicatori previsti dal progetto (DGR n.1576/2008). Le azioni sono programmate nell’arco di due anni; i dati riportati si riferiscono al primo anno di attività. Per quanto concerne il livello regionale:

- nel 2009 sono stati pubblicati 4 numeri della newsletter elettronica (312 iscritti). In ogni numero viene approfondito un aspetto specifico collegato alle dipendenze patologiche: adolescenti e prevenzione ; alcol , prevenzione e trattamenti ; soggetti anziani o a rischio cronicità ; significati associati all'uso di sostanze. Obiettivo della newsletter è quello di offrire informazioni sul sistema dei servizi regionali (progetti, normativa recente, reportistica degli Osservatori) e strumenti per la promozione dei documenti , quali : bibliografie, abstract tradotti della recente letteratura EBM, recensioni di libri e convegni. Vengono inoltre fornite indicazioni sulla reperibilità dei documenti segnalati e sulle nuove acquisizioni dei Centri di documentazione. Dopo l'invio, la newsletter rimane disponibile sul sito del Programma regionale dipendenze in formato.pdf.

- Gestione delle banche dati di informazione bibliografica disponibili sul sito del programma regionale : 1.Catalogo regionale dei Centri documentazione sulle dipendenze: raccoglie oltre 1500 schede bibliografiche di libri, materiale grigio e documentazione elettronica disponibili presso i Centri. All'implementazione del catalogo, attivo dal 2002, collaborano i 4 Centri partecipanti al progetto e altre Associazioni o Servizi che hanno preso parte a precedenti progetti regionali sulla documentazione. Tali Centri costituiscono ulteriori punti di accesso al sistema regionale di documentazione delle dipendenze. 2. Data base delle pubblicazioni recenti in Emilia-Romagna sul tema delle dipendenze patologiche : strumento di informazione e raccolta di risorse elettroniche relative alla produzione di libri, articoli, report di ricerche e progetti, con particolare attenzione al lavoro svolto dagli Osservatori sulle dipendenze patologiche.

- Elaborazione di 41 questionari di soddisfazione degli utenti dei Centri compilati online. La procedura di compilazione è stata riattivata in aprile 2009 dopo l'aggiornamento del questionario agli obiettivi del nuovo progetto. Anche se la copertura degli utenti è parziale, in particolare nel reference a distanza che non garantisce la compilazione del questionario, questo strumento consente una prima valutazione circa: la domanda (caratteristiche degli utenti e della documentazione richiesta) , la qualità percepita del servizio ed eventuali proposte per il suo miglioramento.

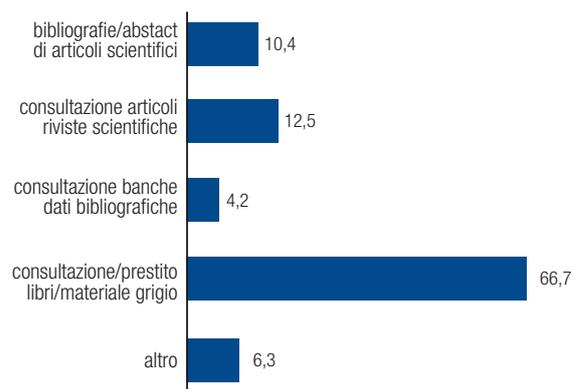
Gli utenti che hanno compilato il questionario sono per la maggior parte: femmine (73% dei casi), laureati (85%) , soggetti che svolgono professioni sanitarie o socio-sanitarie (63%) e studenti (27%). Le professioni più rappresentate: educatore (17%), medico (12%) , sociologo (12%).

Il 63% ha richiesto documentazione sia per aggiornamento professionale, sia per formazione universitaria (Tab. 1.). La maggior parte (72%) ha conosciuto il Centro tramite altri colleghi. Il servizio più richiesto è la consultazione o il prestito di libri o materiale grigio (66,7%), seguito dalla consultazione di articoli di riviste scientifiche (12,5%) e dalla richiesta di bibliografie o abstract di articoli (10,4%) (Fig. 1.).

Tab. 1. Motivo della richiesta di documentazione. Valori % su 41 questionari compilati online dagli utenti dei Centri (Anno 2009, valori %).

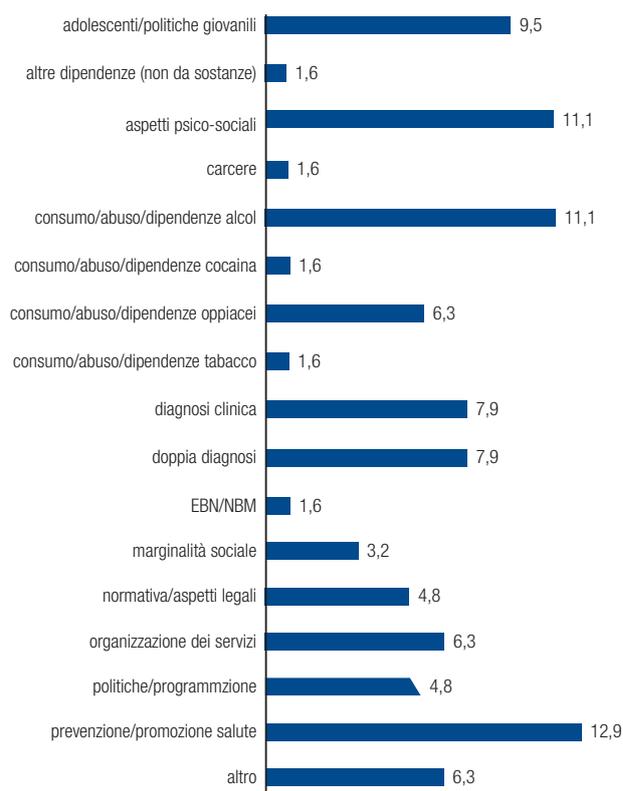
Motivo della richiesta	%
Aggiornamento professionale	12,2
Attività professionale	43,9
Formazione scolastica/universitaria	7,3
Formazione universitaria e aggiornamento professionale	63,4
Totale	100

Fig. 1. Il tipo di servizio richiesto ai Centri di documentazione. Valori % su 48 risposte corrispondenti a 41 questionari compilati online dagli utenti dei Centri. Anno 2009.



Tra gli argomenti oggetto della richiesta spiccano alcuni temi, quali: prevenzione / promozione della salute (12,7%), dipendenza da alcol (11,1%), aspetti psico-sociali (11,1%), adolescenti / politiche giovanili (9,5%). La maggiore attenzione a questi temi si collega, probabilmente, anche alla missione di alcuni Centri più caratterizzata su questi campi di interesse (Fig. 2.).

Fig. 2. Gli argomenti oggetto della richiesta di documentazione. Valori % su 63 risposte corrispondenti a 41 questionari compilati online dagli utenti dei Centri (Anno 2009, valori assoluti).



Il giudizio degli utenti sul servizio ricevuto è sostanzialmente positivo: 68,3 % lo giudica discreto, 4,9% buono, 24,4% ottimo. Non tutti gli utenti conoscono gli strumenti offerti dal progetto regionale, banca dati bibliografica online e newsletter. Se conoscono gli strumenti li giudicano abbastanza positivamente: 74,1 % discreto, 14,8 % buono, 7,4 % ottimo (banca dati bibliografica); 76% discreta, 20% buona (newsletter) (Tab. 2.).

Tab. 2. La qualità del servizio percepita dagli utenti. Valori % su 41 questionari compilati online dagli utenti dei Centri (Anno 2009, valori assoluti).

Qualità del servizio	Giudizio sul servizio fornito dal Centro documentazione	Giudizio sulla banca dati bibliografica online	Giudizio sulla newsletter
Insufficiente	2,4	3,7	4
Sufficiente			
Discreto	68,3	74,1	76
Buono	4,9	14,8	20
Ottimo	24,4	7,4	
Totale	100	100	100

I dati di monitoraggio registrati presso i singoli Centri forniscono ulteriori informazioni su i prodotti realizzati, le specifiche tipologie di utenti, gli argomenti richiesti e le modalità utilizzate per la promozione del progetto a livello locale. Accanto all'attività prevalente, costituita dal prestito e dalla messa a disposizione di documenti per la consultazione, i dati evidenziano un'attività di reference che si configura nell'orientamento degli utenti e nel trattamento dei documenti disponibili, attraverso ricerche bibliografiche su banche dati EBM e preparazione di bibliografie (Tab. 3.). La promozione del Centro e della documentazione disponibile è stata effettuata da tutti i Centri, con modalità e strumenti diversi: inserimento di spazi informativi, o link al catalogo bibliografico, sui siti web dell'Ente di appartenenza; presentazioni in seminari pubblici o in tavoli dedicati alla programmazione sociosanitaria (Piani di Zona); pubblicazione di una newsletter elettronica del Centro di documentazione (nel caso dell'Osservatorio di Bologna) (Tab. 4.).

Tab. 3. L'attività dei Centri a livello locale. I prodotti forniti. Frequenze (Anno 2009, valori assoluti).

Attività	v.a.
Bibliografie fornite	60
Prestito /consultazione/invio documenti *	187
Informazioni sui servizi sanitari, sociosanitari	2
Reference per accesso e reperibilità di abstract su banche dati EBM	15

*Il dato non comprende i prestiti e le richieste di consultazione di una parte di materiale acquistato con il finanziamento del progetto regionale e disponibile presso: Sezione Educazione e Cura e Sezione Dewey della Biblioteca Civica Delfini e Biblioteca Sigonio di Modena. Per avere una stima, nell'anno 2009, soltanto nella Sezione Educazione e Cura, i prestiti relativi a tutti i documenti della Sezione sono stati 5989.

Tab. 4. L'attività dei Centri a livello locale. La promozione della documentazione (Anno 2009, valori assoluti).

Promozione della documentazione	Centri di documentazione
Newsletter del Centro di documentazione	1
Spazi di informazione su newsletter o siti dell'Ente di appartenenza	3
Presentazioni pubbliche o relazioni all'interno di convegni	2
Informazioni sulla documentazione disponibile inserite in libri o report curati dai Centri	2
Presentazione ai Tavoli di Zona	1
Collaborazioni con gli Osservatori o altri Servizi nella stesura di documenti	3

I dati relativi agli utenti confermano la prevalenza del target 'professionisti dei Servizi dipendenze', seguiti da 'studenti', 'altri servizi sanitari o socio-sanitari', 'Osservatori sulle dipendenze', 'Enti Locali' (Fig. 3.).

Considerando soltanto la documentazione relativa alle dipendenze patologiche, il maggior numero di richieste ha riguardato: 'Alcol (prevenzione, consumi, abuso, trattamenti)'; 'dati epidemiologici sul consumo di sostanze, comportamenti di abuso relativi a più sostanze, significati attribuiti al consumo'; 'genitorialità e minori', strumenti metodologici per 'la valutazione degli interventi terapeutici o della prevenzione'.

Fig. 3. L'attività dei Centri a livello locale. Tipologie di utenti (Anno 2009, valori assoluti).

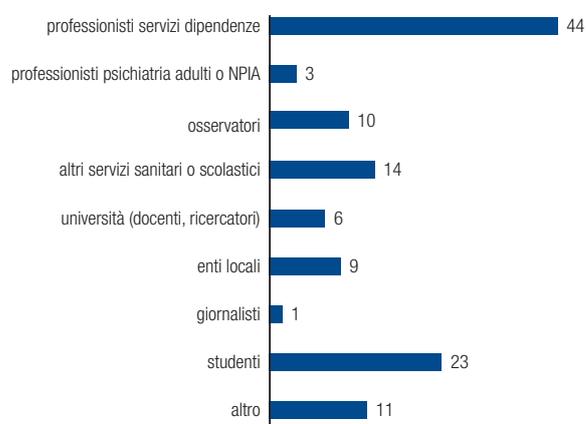
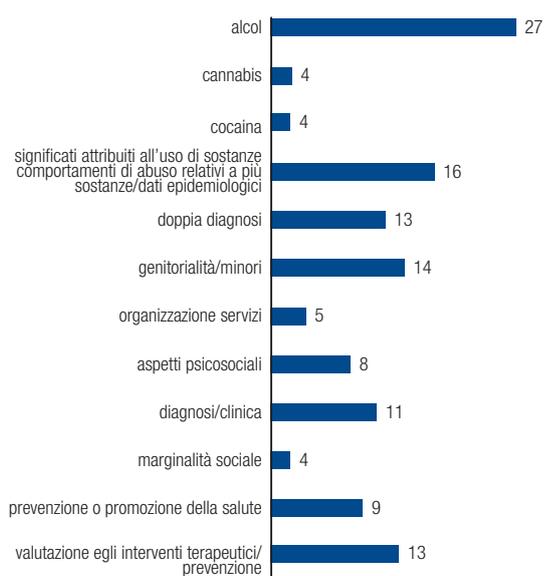


Fig. 4. L'attività dei Centri a livello locale. Principali argomenti richiesti quando l'oggetto riguardava le dipendenze patologiche (Anno 2009, valori assoluti).



Complessivamente, i dati raccolti nel monitoraggio del primo anno attività del progetto evidenziano che le azioni messe in campo dai Centri si indirizzano verso gli obiettivi previsti: garantire attraverso prodotti disponibili sia sul sito regionale, sia a livello locale, l'accesso e il reference alla documentazione specialistica del settore delle dipendenze patologiche, facilitando, in particolare l'accesso dei professionisti dei Servizi per le dipendenze. Da sottolineare, inoltre, quale valore aggiunto del progetto, la capacità di offrire servizi di documentazione anche a professionisti di altri servizi socio-sanitari, di Enti Locali e delle Università, a seconda della specifica missione e delle caratteristiche dei Centri.

La promozione del patrimonio documentale e dei servizi disponibili, anche a livello regionale, può essere migliorata attraverso una maggiore diffusione delle informazioni sulla possibilità di accesso alle banche dati specialistiche offerte dai Centri, sia per quanto concerne la letteratura EBM, sia per quanto riguarda gli studi pubblicati su riviste ad impatto di area psico-sociale. Nel 2010 lo sviluppo del progetto prevede un rafforzamento delle risorse dei Centri in questa direzione.

europsichiatria in
a e adolescenza **salute**
carceri dipendenze
sichiatria infanzia infanzia
dipendenze mentale
sichiatria patologiche **car**
sichiatria adulti **salut**
salute **mentale**

Parte V
Approfondimenti

16. Decessi connessi con l'uso di sostanze psicotrope

Le condizioni di salute dei tossicodipendenti e la mortalità connessa con l'assunzione di sostanze rappresentano due degli indicatori che l'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (Oedt) ha definito come strategici e rilevanti ai fini della valutazione delle politiche di prevenzione negli stati.

I numerosi studi realizzati in Europa, in Italia e in Regione Emilia-Romagna sulla mortalità evidenziano come la mortalità dei tossicodipendenti, a prescindere dalla sostanza assunta, è più elevata rispetto a quella della popolazione generale. Sono diverse le cause che determinano la mortalità dei tossicodipendenti, legate all'assunzione delle sostanze - in primo luogo per consumo di oppiacei - e alle condizioni di marginalità in cui vivono alcuni tossicodipendenti (violenza, malattie mentali, mancanza di adeguate condizioni igieniche, ...) o al deteriorarsi delle condizioni fisiche (cronicizzazione malattie, cirrosi, cancro, AIDS, malattie di vario tipo).

I dati di seguito presentati mostrano uno spaccato importante dei decessi connessi con l'uso di sostanze psicotrope, ma non sempre vengono rilevate le situazioni in cui le sostanze sono causa indiretta del decesso¹. «Le cause del decesso ... vengono stabilite tramite accertamenti tossicologici ed autoptici solo in una parte dei casi e se richiesto dalla magistratura. Si ha quindi una sottostima del fenomeno»². Per cui non

risultano, ad esempio, parte dei numerosi incidenti stradali connessi con l'assunzione di alcol e droghe, gli arresti cardio-respiratori, le cirrosi, le malattie infettive, le emorragie gastro-intestinali, ecc..

Mentre, laddove sono sistematicamente ricercati i metaboliti delle sostanze assunte, la quota di decessi attribuibile all'assunzione di sostanze cresce in maniera considerevole³.

Da diversi anni si assiste ad un calo consistente e complessivo delle persone decedute per cause connesse all'assunzione di droghe, soprattutto oppioidi, così come si evince anche dai dati della Regione Emilia-Romagna. I dati dell'Osservatorio Europeo mettono in evidenza una possibile inversione di tendenza poiché nel 2004 in alcuni Stati si è verificato un incremento dei decessi droga-correlati. Sarà quindi necessario monitorare l'andamento negli anni futuri per verificare se si tratta di un fenomeno isolato o di un trend di crescita.

Anche l'analisi sui ricoveri fornisce una informazione utile alla programmazione dei servizi sanitari e alla fenomenologia dell'uso di sostanze, poiché consente di stimare la problematicità dell'uso di sostanze psicotrope sui territori, di analizzare i modelli di fruizione dei servizi sanitari dei residenti e di identificare la quota problematica proveniente da altre Regioni italiane.

Tab. 1. Deceduti per patologie alcol-droga correlate per Azienda USL si residenza (Anni: 1999-2008, valori assoluti)

Azienda USL di residenza	Anno di decesso									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIACENZA	13	11	21	13	5	6	9	2	13	12
PARMA	23	28	13	13	14	11	28	12	10	14
REGGIO EMILIA	25	22	14	15	11	21	15	12	11	13
MODENA	27	34	35	16	12	12	10	21	19	7
BOLOGNA	65	48	42	38	26	36	45	48	40	21
IMOLA	7	2	3	6	4	4	8	3	5	6
FERRARA	14	28	11	14	17	19	22	17	22	10
RAVENNA	9	19	13	13	7	8	14	18	12	12
FORLÌ	10	7	7	6	8	5	9	6	6	9
CESENA	4	8	6	5	3	5	5	6	6	2
RIMINI	4	2	9	9	10	4	7	7	5	5
Totale residenti RER	201	209	174	148	117	131	172	152	149	111
Valori % sul totale dei deceduti residenti in RER	0,44	0,46	0,38	0,32	0,24	0,29	0,37	0,34	0,32	0,23
Extra-RER	24	30	23	15	14	24	11	26	19	23
TOTALE (residenti RER + Extra-RER)	225	239	197	163	131	155	183	178	168	134

¹ Cfr. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Op. cit. 2006, pag. 80; Ministero della Solidarietà Sociale, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2005, Roma, 2006, pag. 155.

² Ministero della Solidarietà Sociale, Op. cit., 2005, pag. 155.

³ Semprini S., Saponaro A., Corvese M. (a cura di), Alcol, droghe e guida. Comportamenti a rischio e strategie d'intervento, AUSL Rimini - Regione Emilia Romagna, Rimini, 2000.

⁴ La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: <http://stats04.emcdda.europa.eu/?nodeid=5216>. Entrando nel dettaglio, i codici ICD-9 selezionati sono:

psicosi da farmaci (cod.: 292), farmacodipendenza (cod.: 304.0, 304.2-9), abuso di droghe senza dipendenza (cod.: 305.2-3, 305.5-7, 305.9) avvelenamento accidentale (cod.: E850.0, E850.8 (*), E854.1-2, E855.2, E858.8 (*)), suicidio e autolesione per avvelenamento (cod.: E950.0 (*), E950.4 (*)), avvelenamento non specificato se accidentale o intenzionale (cod.: E980.0 (*), E980.4 (*)), (*) solo se associato ad uno dei seguenti codici: 965.0, 968.5, 969.6, 969.7

⁵ In particolare, le cause ICD-9 selezionate sono state le seguenti:

psicosi alcoliche (cod.: 291), sindrome di dipendenza dall'alcol (cod.: 303), abuso di alcol senza dipendenza (cod.: 305.0), cirrosi e altre malattie croniche del fegato (cod.: 571.0-3)

Note metodologiche sull'analisi

I dati utilizzati per la produzione delle tabelle e dei grafici sono stati estratti dall'archivio regionale di mortalità che contiene le informazioni desumibili dalla scheda di morte dei deceduti residenti in Emilia-Romagna anche se morti fuori Regione e le informazioni relative a persone residenti fuori Regione purché il loro decesso sia avvenuto in territorio regionale (come previsto dalla L.R. 19/2004).

Per selezionare i decessi correlati all'uso di stupefacenti ci si è attenuti ai criteri¹ proposti dall'Oedt, in pratica sono stati estratti i decessi che si considerano provocati direttamente da un abuso di sostanze stupefacenti, ovvero verificatisi poco

dopo l'assunzione delle sostanze. Le cause rilevate, sempre secondo quanto indicato dall'Osservatorio europeo sulle dipendenze, sono state di vario tipo, quali le psicosi da farmaci, l'abuso di droghe generico, gli atti di suicidio con l'uso di sostanze psicotrope, gli avvelenamenti accidentali.

Per quanto riguarda i decessi correlati al consumo di alcol, non esistendo uno standard europeo, ci si è riferiti alle indicazioni fornite dall'Osservatorio sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna, per selezionare le cause ritenute direttamente collegate all'uso/abuso di alcol². Si tratta di psicosi alcoliche, abuso di alcol senza dipendenze, cirrosi del fegato e altre cause.

Tab. 2. Deceduti per patologie alcol correlate (Anni: 1999-2008, valori assoluti)

Azienda USL di residenza	Anno di decesso									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIACENZA	5	3	15	9	4	4	9	1	12	11
PARMA	13	15	8	10	10	8	23	7	6	9
REGGIO EMILIA	10	13	10	12	7	14	15	11	9	11
MODENA	12	18	22	11	10	10	9	21	14	7
BOLOGNA	34	34	32	27	19	25	35	30	31	17
IMOLA	5	1	1	6	3	3	6	3	4	5
FERRARA	10	19	6	13	13	14	16	16	16	10
RAVENNA	4	8	9	7	5	6	8	11	9	12
FORLÌ	7	4	6	6	7	3	7	4	4	6
CESENA	1	4	3	4	3	5	4	5	5	2
RIMINI	4	2	8	7	9	4	5	5	4	5
Totale RER	105	121	120	112	90	96	137	114	114	95
Valori % sul totale dei deceduti residenti in RER	0,23	0,27	0,26	0,25	0,19	0,21	0,30	0,26	0,25	0,20
Extra-RER	5	6	4	7	6	16	6	11	9	11
TOTALE (residenti RER + Extra-RER)	110	127	124	119	96	112	143	125	123	106

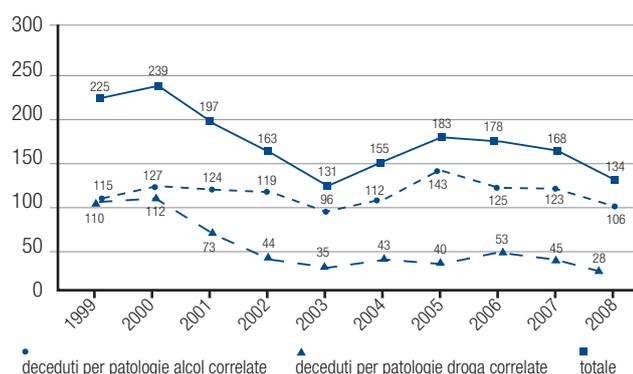
Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 3. Deceduti per patologie droga correlate (Anni: 1999-2008, valori assoluti)

Azienda USL di residenza	Anno di decesso									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIACENZA	8	8	6	4	1	2	.	1	1	1
PARMA	10	13	5	3	4	3	5	5	4	5
REGGIO EMILIA	15	9	4	3	4	7	.	1	2	2
MODENA	15	16	13	5	2	2	1	.	5	.
BOLOGNA	31	14	10	11	7	11	10	18	9	4
IMOLA	2	1	2	.	1	1	2	.	1	1
FERRARA	4	9	5	1	4	5	6	1	6	.
RAVENNA	5	11	4	6	2	2	6	7	3	.
FORLÌ	3	3	1	.	1	2	2	2	2	3
CESENA	3	4	3	1	.	.	1	1	1	.
RIMINI	.	.	1	2	1	.	2	2	1	.
Totale RER	96	88	54	36	27	35	35	38	35	16
Valori % sul totale dei deceduti residenti in RER	0,21	0,19	0,12	0,08	0,06	0,08	0,08	0,09	0,08	0,03
Extra-RER	19	24	19	8	8	8	5	15	10	12
TOTALE (residenti RER + Extra-RER)	115	112	73	44	35	43	40	53	45	28

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Fig. 1. Deceduti in RER per patologie alcol e droga correlate (Anni 1999-2008, valori assoluti, popolazione residente e non)



Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 4. Età media dei deceduti per patologie alcol correlate per genere (Anni 1999-2008, valori assoluti)

Anno di decesso	Femmine	Maschi	Totale
1999	57,3	61,3	60,6
2000	61	62,5	62,2
2001	60,9	61,1	61
2002	59,3	62,7	62
2003	57,7	62,4	61,5
2004	55,3	62,3	61,2
2005	63,5	62,1	62,4
2006	60,9	64,1	63,2
2007	57,8	62,5	61,1
2008	61,7	62	62
Totale	59,8	62,3	61,8

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 5. Età media dei deceduti per patologie droga correlate per genere (Anni 1999-2008, valori assoluti)

Anno di decesso	Femmine	Maschi	Totale
1999	35,7	31,9	32,3
2000	29,9	31,9	31,7
2001	36,3	32,8	33,2
2002	32,2	32,7	32,5
2003	36	34,5	34,7
2004	32,3	35	34,6
2005	36,5	37,6	37,5
2006	38	35,3	35,5
2007	35,1	35	35
2008	39,5	33,5	34,3
Totale	34,1	33,5	33,6

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 6. Deceduti per patologie alcol correlate per genere (Anni 1999-2008, valori assoluti)

Anno di decesso	Sesso				Totale	
	Femmine		Maschi		n.°	%
	n.°	%	n.°	%		
1999	19	17,3	91	82,7	110	100
2000	22	17,3	105	82,7	127	100
2001	27	21,8	97	78,2	124	100
2002	23	19,3	96	80,7	119	100
2003	18	18,8	78	81,3	96	100
2004	18	16,1	94	83,9	112	100
2005	34	23,8	109	76,2	143	100
2006	36	28,8	89	71,2	125	100
2007	37	30,1	86	69,9	123	100
2008	20	18,9	86	81,1	106	100
Totale	254	21,4	931	78,6	1185	100

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 7. Deceduti per patologie droga correlate per genere (Anni 1999-2008, valori assoluti)

Anno di decesso	Sesso				Totale	
	Femmine		Maschi		n.°	%
	n.°	%	n.°	%		
1999	12	10,4	103	89,6	115	100
2000	14	12,5	98	87,5	112	100
2001	7	9,6	66	90,4	73	100
2002	12	27,3	32	72,7	44	100
2003	4	11,4	31	88,6	35	100
2004	6	14	37	86	43	100
2005	4	10	36	90	40	100
2006	3	5,7	50	94,3	53	100
2007	9	20	36	80	45	100
2008	4	14,3	24	85,7	28	100
Totale	75	12,8	513	87,2	588	100

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 8. Deceduti per patologie droga correlate distribuiti in base alla tipologia di droga assunta (Anni 1999-2008, valori assoluti)

Azienda USL di residenza	tipo di droga assunta			Totale
	Oppiacei	Cocaina	Altro	
PIACENZA	4	.	28	32
PARMA	10	.	47	57
REGGIO EMILIA	32	1	14	47
MODENA	46	1	12	59
BOLOGNA	42	1	82	125
IMOLA	4	1	6	11
FERRARA	32	.	9	41
RAVENNA	16	.	30	46
FORLÌ	14	.	5	19
CESENA	14	.	.	14
RIMINI	4	1	4	9
Totale RER	218	5	237	460
Extra-RER	52	1	75	128
TOTALE (residenti RER + Extra-RER)	270	6	312	588

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 9. Deceduti per patologie alcol correlate per genere, classi di età e anno. Calcolo della percentuale di decessi per genere-classi di età (Anni 1999-2008, valori assoluti e %).

Classi di età		Anno di decesso							
		2005		2006		2007		2008	
		valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età	valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età	valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età	valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età
Femmine	25-34	.	.	.	.	2	2,5	.	0
	35-44	1	0,4	5	2	5	2,2	2	1
	45-54	8	1,6	7	1,4	7	1,3	2	0,4
	55-64	9	0,8	12	1,1	12	1,1	8	0,7
	>=65	16	0,1	12	0,1	11	0	8	0
	Totale	34	0,1	36	0,2	37	0,1	20	0,1
Maschi	25-34	2	0,6	.	.	1	0,5	2	0,8
	35-44	7	1,4	7	1,4	8	1,7	8	1,7
	45-54	21	2,3	19	2,2	12	1,3	16	1,8
	55-64	29	1,4	14	0,7	28	1,4	19	1
	>=65	50	0,3	49	0,3	37	0,2	41	0,2
	Totale	109	0,5	89	0,4	86	0,4	86	0,4
Totale	25-34	2	0,5	.	.	3	1	2	0,6
	35-44	8	1,1	12	1,6	13	1,8	10	1,5
	45-54	29	2,1	26	1,9	19	1,3	18	1,3
	55-64	38	1,2	26	0,9	40	1,3	27	0,9
	>=65	66	0,2	61	0,2	48	0,1	49	0,1
	Totale	143	0,3	125	0,3	123	0,3	106	0,2

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

Tab. 10. Deceduti per patologie droga correlate per genere, classi di età e anno. Calcolo della percentuale di decessi per genere-classi di età (Anni 1999-2008, valori assoluti e %).

Classi di età		Anno di decesso							
		2005		2006		2007		2008	
		valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età	valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età	valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età	valori assoluti	% sul tot. di decessi nella classe di età
Femmine	15-24	.	.	.	.	1	2,1	.	0
	25-34	1	1,1	1	1,1	2	2,5	1	1,4
	35-44	3	1,3	1	0,4	6	2,6	2	1
	45-54	.	.	1	0,2	.	.	1	0,2
	55-64	.	.	.	.	.	.	.	0
	>=65	.	.	.	.	.	.	.	0
	Totale	4	0	3	0	9	0	4	0
Maschi	15-24	2	1,3	3	3	5	4,2	3	2,5
	25-34	11	3,5	18	7,3	12	5,5	9	3,6
	35-44	17	3,4	24	4,8	14	3	11	2,3
	45-54	4	0,4	5	0,6	5	0,6	1	0,1
	55-64	2	0,1	.	.	.	.	.	0
	>=65	.	.	.	.	.	.	.	0
	Totale	36	0,2	50	0,2	36	0,2	24	0,1
Totale	15-24	2	1	3	2,1	6	3,6	3	1,9
	25-34	12	3	19	5,6	14	4,7	10	3,1
	35-44	20	2,7	25	3,3	20	2,8	13	1,9
	45-54	4	0,3	6	0,4	5	0,4	2	0,1
	55-64	2	0,1	.	.	.	.	.	0
	>=65	.	.	.	.	.	.	.	0
	Totale	40	0,1	53	0,1	45	0,1	28	0,1

Fonte: Banca dati REM - Regione Emilia-Romagna

17. Coordinamento regionale degli Istituti con custodia attenuata (SeATT)

Il 7 maggio del 2008 si è svolta a Forlì un'interessante Tavola Rotonda sull'esperienza di custodia attenuata per tossicodipendenti realizzata nella nostra Regione. (citare Sestante?) Erano presenti i tre Istituti con SEATT (Rimini, Forlì, Castelfranco Emilia) e alla fine del seminario venne proposta la costituzione di un livello di coordinamento fra le tre esperienze. L'esigenza espressa ha trovato risposta nella costituzione, avvenuta il mese dopo, di un gruppo regionale di coordinamento che si è dato l'obiettivo di elaborare contributi propositivi di miglioramento nella messa in rete delle tre esperienze di custodia attenuata.

Gli approfondimenti del gruppo riguardano i seguenti punti: criteri di accesso alla custodia attenuata con eventuali specificità delle tre SeATT;

obiettivi del trattamento in custodia attenuata;

figure professionali impegnate ed eventuali standard di riferimento per un lavoro clinico adeguato;

rapporto con il Personale dell'Istituto con particolare attenzione al tema della formazione congiunta con gli Agenti di Polizia Penitenziaria;

le reti di collaborazione esterne (Associazioni, Comuni...);

esigenza di valutare i percorsi realizzati (follow up);

l'utilizzo dei supporti informativi (uso di SISTER in carcere).

A proposito di formazione congiunta con gli Agenti, il gruppo ha proposto ed organizzato, avvalendosi di un finanziamento regionale, un percorso di supervisione per le équipes miste che lavorano nelle tre custodie attenuate.

Il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ha accolto ed appoggiato il progetto formativo autorizzando il proprio personale alla partecipazione. E' stato individuato un docente esterno e il corso verrà realizzato con inizio nell'aprile 2009 e per la durata di quattro incontri. Il personale coinvolto è di circa 40 Operatori, di cui 20 sono Agenti di Polizia Penitenziaria provenienti dai tre Istituti con i loro Comandanti.

Tab. 7. Deceduti per patologie droga correlate per genere (Anni 1999-2008, valori assoluti)

SeaTT	2006	2007	2008
C.C. Rimini	47	38	45
C.C. Forlì	44	36	36
Casa di Reclusione Castelfranco Emilia	20	20	19
Totale	111	94	100

18. La Polizia Municipale e il contrasto alla guida in stato d'ebbrezza da alcol e in condizioni di alterazione da stupefacenti.

L'attività svolta dalla Polizia Municipale a contrasto del fenomeno della guida in condizioni fisiche alterate correlate all'assunzione di sostanze alcoliche o di sostanze stupefacenti, raggiunge un livello importante che, da un lato testimonia un forte impegno degli enti locali nel combattere questi fenomeni, ma dall'altro evidenzia come si tratti di comportamenti molto diffusi.

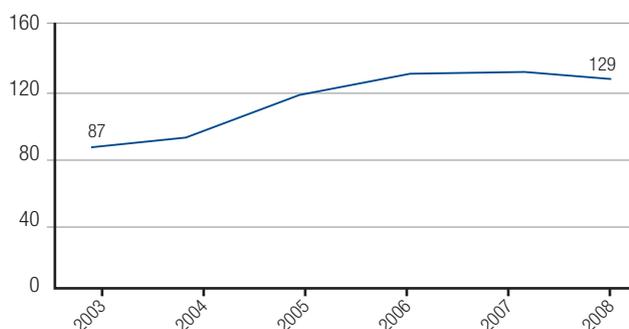
Innanzitutto consideriamo le dotazioni strumentali specifiche che le polizie municipali della Regione Emilia Romagna utilizzano per controllare i conducenti in circolazione. Facciamo riferimento in particolare all'etilometro, omologato per l'accertamento del tasso alcolemico alveolare con funziona probatoria in giudizio, e i cosiddetti dispositivi pre-test, per gli accertamenti qualitativi non invasivi utili a motivare l'obbligo posto a carico del fermato di sottoporsi all'esame dell'etilometro.

Tab. 1. Numero di dispositivi in dotazione alla Polizia Municipale. Anni da 2003 a 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DISPOSITIVI						
Etilometri	87	93	118	130	132	129
pre-test alcool	-	-	-	-	-	184

Il grafico 1 evidenzia come la disponibilità di etilometri sia nel tempo fortemente aumentata, passando dagli 87 dispositivi presenti nel 2003 ai 129 del 2008 con un picco avuto nel 2007 di 132 unità.

Fig. 1. Numero etilometri in uso alla Polizia Municipale in Regione Emilia Romagna. Anni dal 2003 al 2008.



Per quanto concerne i precursori o dispositivi pre-test, arrivano, nel 2008, a 184 unità (dato non rilevato negli anni precedenti). A questo numero occorre aggiungere i sistemi usa e getta altrettanto diffusi, ma non censiti.

Questa disponibilità strumentale consente alla polizia municipale di sviluppare l'attività di contrasto delineata dai numeri contenuti nella tabella 2.

Tab. 2: Controlli effettuati dalla Polizia Municipale in Regione Emilia Romagna. Anni da 2003 a 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Veicoli fermati per controlli di polizia stradale	-	1012246	1361789	1447947	1015518	1350298
Numero di conducenti sottoposti a pre-test alcool	-	-	-	-	-	27601
Numero di conducenti sottoposti ad accertamenti per verifica tasso alcolemico (sia con etilometro sia con prelievi presso strutture sanitarie)	-	-	-	-	-	5218
Numero di conducenti sottoposti a pre-test stupefacenti	-	-	-	-	-	2627
Numero di conducenti sottoposti ad accertamenti per verifica assunzione stupefacenti presso strutture sanitarie	-	-	-	-	-	572
Comunicazioni di reato inoltrate all'AG in materia di CDS	-	-	2648	2600	3142	3439

Nel 2008 il numero di veicoli fermati per controlli di polizia stradale si attesta a 1.350.298, val a dire quasi un cittadino su 3 risulta controllato alla guida.

Nello stesso anno i conducenti sottoposti a pre-test alcool sono stati 27.601, quelli invece che hanno effettuato il test con etilometro o attraverso esami clinici, in quanto, come previsto dal codice della strada sono risultati positivi al pre-test oppure sono rimasti coinvolti in un incidente stradale o mostrano una chiara sintomatologia riferibile allo stato di ebbrezza, sono stati 5.218.

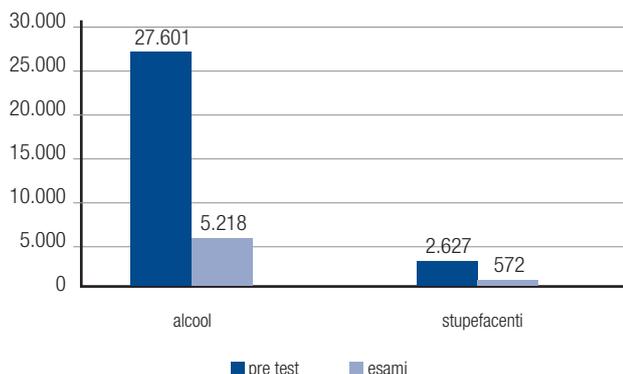
Con riferimento all'alterazione correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti, il numero dei controlli si attesta a livelli decisamente inferiori: 2.627 conducenti sottoposti a pre-test stupefacenti e 572 condotti presso strutture sanitarie per esami clinici. Il grafico numero 2 evidenzia il differenziale tra i due tipi di controlli, dovuto sostanzialmente nella maggiore complessità che caratterizza l'accertamento di questa seconda condotta, non potendo ad oggi disporre di strumenti in grado di produrre elementi probatori direttamente in strada e con il solo intervento dell'organo di polizia, come avviene per l'accertamento dell'abuso di alcol attraverso l'etilometro.

Nel 2008 il numero di veicoli fermati per controlli di polizia stradale si attesta a 1.350.298, val a dire quasi un cittadino su 3 risulta controllato alla guida.

Nello stesso anno i conducenti sottoposti a pre-test alcol sono stati 27.601, quelli invece che hanno effettuato il test con etilometro o attraverso esami clinici, in quanto, come previsto dal codice della strada sono risultati positivi al pre-test oppure sono rimasti coinvolti in un incidente stradale o mostrano una chiara sintomatologia riferibile allo stato di ebbrezza, sono stati 5.218.

Con riferimento all'alterazione correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti, il numero dei controlli si attesta a livelli decisamente inferiori: 2.627 conducenti sottoposti a pre-test stupefacenti e 572 condotti presso strutture sanitarie per esami clinici. Il grafico numero 2 evidenzia il differenziale tra i due tipi di controlli, dovuto sostanzialmente nella maggiore complessità che caratterizza l'accertamento di questa seconda condotta, non potendo ad oggi disporre di strumenti in grado di produrre elementi probatori direttamente in strada e con il solo intervento dell'organo di polizia, come avviene per l'accertamento dell'abuso di alcol attraverso l'etilometro.

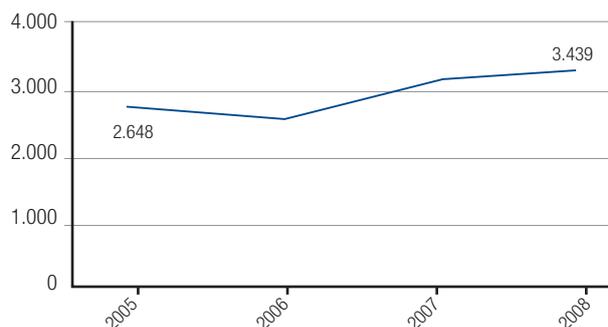
Fig. 2. Numero di conducenti di veicoli sottoposti a controlli di specifici di polizia stradale nell'anno 2008.



Il grafico numero 3 evidenzia come dal 2003 al 2008 i casi in cui la Polizia Municipale ha proceduto al deferimento del conducente di un veicolo all'Autorità Giudiziaria a causa di comportamenti contemplati dal Codice della Strada come reati, sono aumentati del 30% circa, passando da 2.648 casi a 3.439, e mostrando nel tempo un trend costantemente in salita.

Tra questi la maggior parte è costituita dalla guida in stato d'ebbrezza dovuta all'abuso di alcool ed in misura minore a quella correlata all'uso di sostanze stupefacenti.

Fig. 3. Numero di comunicazioni di reato, in materia di Codice della Strada inoltrate all'Autorità Giudiziaria dalla Polizia Municipale in Regione Emilia Romagna. Anni dal 2003 al 2008.



19. Centro di didattica multimediale “luoghi di prevenzione”

Introduzione

Il Centro Regionale di didattica multimediale “Luoghi di prevenzione” si inserisce nell’ambito delle politiche regionali volte a promuovere la salute e i corretti stili di vita.

Si caratterizza, inoltre, come sede di progettazione, realizzazione e distribuzione di strumenti di educazione alla salute sui temi della prevenzione dell’abitudine al fumo, del consumo/abuso di alcol, dell’interazione fra salute e ambiente, delle relazioni fra salute e comportamenti alimentari corretti, delle relazioni fra salute e corporeità, della prevenzione delle dipendenze e del rapporto salute malattia. Le proposte didattiche e i percorsi di approfondimento sono destinati a insegnanti, operatori socio-sanitari, educatori ambientali, esponenti del volontariato sociale.

- Le proposte educative nell’ambito della promozione della salute, sono veicolate da attività che hanno funzione di potenziamento delle life skills e delle competenze trasversali e si articolano in percorsi laboratoriali pluridisciplinari che utilizzano giochi per l’apprendimento cooperativo, attivazioni espressive, esperienze “scientifiche”, avvalendosi di molteplici linguaggi: informatico, neurobiologico, psicologico, letterario, musicale, artistico, corporeo, espressivo e metaforico.
- I destinatari principali dei percorsi di Luoghi di prevenzione sono operatori socio/ sanitari, docenti e studenti di scuola media inferiore e superiore.
- Nel 2008 si sono ampliate le richieste di formazione da parte di Amministratori locali, personale con funzioni specialistiche nell’ambito delle imprese, target specifici della popolazione generale (per esempio: associazioni dei genitori, consulte studenti, associazioni sportive) e privato/sociale.

“Luoghi di prevenzione” offre, in sintesi le seguenti possibilità:

- Per chi si occupa della progettazione e realizzazione di interventi e percorsi di promozione della salute è una opportunità per la programmazione di azioni di aggiornamento interistituzionale partecipate, oltre che di selezione e raccolta di documentazione innovativa rispetto all’uso della multidisciplinarietà e intersettorialità nella prevenzione.
- Per i docenti e gli educatori è un modo per acquisire metodologia e strumenti aggiornati per la realizzazione di moduli didattici tematici o pluritematici nei propri ambiti di competenza
- Per gli studenti universitari è il completamento ad un percorso di formazione in ambito sanitario/assistenziale, pedagogico/formativo, della comunicazione scientifica.
- Per gli studenti di scuola media superiore è la via più innovativa per l’approfondimento multidisciplinare e la motivazione ad intervenire attivamente e responsabilmente riguardo a stili di vita, significati, comportamenti su fumo, alcol, alimentazione, attività fisica, rapporto salute/ malattia.
- Per gli studenti di scuola media inferiore è un’opportunità per affrontare in modo innovativo, ludico e coinvolgente temi che appartengono alla didattica “curriculare” delle discipline scientifiche.

“Luoghi di prevenzione” consente un percorso personale e/o di gruppo per iniziare o approfondire il discorso sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, a rischio, processi decisionali, consapevolezza nella scelta e approccio motivazionale.

Nella pratica il gruppo di studenti/ docenti/ operatori che accede al Centro, partecipa ad un itinerario interattivo attraverso i laboratori, guidato da personale specializzato.

Attività di rilievo nazionale di Luoghi di Prevenzione nel 2008:

La Regione Emilia-Romagna, in quanto capofila di progetti ministeriali in materia di promozione della salute, ha affidato al Centro didattico multimediale Luoghi di Prevenzione/ Lega contro i Tumori di Reggio Emilia il coordinamento didattico dei seguenti Progetti ministeriali del Ministero della Salute:

1. CCM2: Dalla pianificazione regionale alla implementazione locale dei programmi di prevenzione e cura del Tabagismo (2008) (coinvolte tutte le regioni)
2. Realizzazione modello di intervento di prevenzione alcolologica che preveda il coinvolgimento attivo dei giovani (coinvolte 7 regioni)
3. CCM3: Seminari di formazione dei Gruppi di pianificazione regionale per moduli di intervento di progettazione partecipata scuola e sanità (coinvolte tutte le regioni)

La presenza di operatori di altre regioni relativamente ai progetti ministeriali è stata di circa 500 accessi durante l’anno.

Il Piano degli interventi del 2008 ha riguardato le seguenti azioni:

Logistica e aspetti generali:

- Completamento dei laboratori scientifici su alcol, fumo, alimentazione e neuroscienze;
- Predisposizione percorsi laboratoriali interattivi sull’utilizzo di sostanze non legali;
- Predisposizione studio di valutazione quantitativa e qualitativa del Centro affidato al coordinamento dell’Università del Piemonte (Prof. Fabrizio Faggiano) e a al Centro di Prevenzione Oncologica della Toscana (dr. Giuseppe Gorini)

Azioni regionali:

- Implementazione delle iniziative di formazione regionale relative ai programmi Infanzia a colori, Liberi di scegliere, Scuole Libere dal fumo, Disagio Immaginario Comunicazione, E sai cosa bevi/ alla tua salute (programmi prevenzione giovani).
- Implementazione delle iniziative di formazione regionale per MMG e altri operatori sanitari.
- Realizzazione Guida didattica Il Pianeta inesplorato (per docenti, operatori socio sanitari che lavorano con i giovani a scuola e nel tempo libero)
- Coordinamento Progetto regionale Paesaggi di prevenzione
- Individuazione strumenti e modalità concertate per la collaborazione con i Dipartimenti di Dipendenze Patologiche e con le Unità operative di strada.
- Realizzazione di strumenti didattici per integrare i corsi info-educativi promossi sul territorio regionale in relazione al ritiro della patente.
- Coordinamento progetto regionale Luoghi di Prevenzione e studio di valutazione efficacia Le vie del fumo.
- Collaborazione con Avis regionale interventi Stili di vita a scuola

Azioni di valenza nazionale:

- Coordinamento Ricerca- Azione e elaborazione modello per il coinvolgimento attivo dei giovani nei percorsi di prevenzione alcolologica (progetto Ministeriale a cui partecipano Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Basilicata, Campania, Liguria, Lombardia)
- Coordinamento didattico progetto Ministeriale CCM “Dalla pianificazione regionale all’implementazione locale” (pro-

getto ministeriale a cui partecipano tutte le Regioni d'Italia)
- Formazione delle Sezioni Provinciali della Lega Italiana per la Lotta contro i tumori rispetto alle metodologie di Luoghi di prevenzione

Dati di affluenza:

(gennaio 2008/ dicembre 2008): il numero di affluenze complessive, così come sotto dettagliate, è di circa 20.000 accessi.

studenti dagli 11 ai 14 anni:

totale: 7000

Reggio Emilia e provincia: 6500

provenienze da altre province della regione: 300

fuori regione: 200

studenti dai 14 ai 19 anni

totale: 7500

provenienze da altre province della regione: 500

fuori regione: 700

studenti universitari: 250

allievi scuole primarie: 150 (reggio emilia)

Numero complessivo studenti: 14.900

operatori socio-sanitari:

totale: 3500

Reggio Emilia e Provincia: 2300

provenienze da altre province della regione: 500

fuori regione: 700

Numero complessivo operatori socio-sanitari: 3500

docenti:

totale: 1200

Reggio Emilia e Provincia: 1100

provenienze da altre province della regione: 30

fuori regione: 70

Numero complessivo docenti: 1200

giovani (in contesto extrascolastico): 350

Numero complessivo giovani in contesto extrascolastico: 350

adulti (percorsi individuali o di gruppo): 400

adulti fuori provincia e fuori regione: 80

Numero complessivo adulti (popolazione generale): 400

Elenco delle formazioni svolte all'interno dei progetti locali, regionali e nazionali, per cui è stato richiesto e ottenuto accreditamento ECM:

1. formazione formatori regionale ai MMG sul ruolo del MMG nelle azioni di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie alcol correlate.
2. formazione aziendale sul ruolo del MMG nelle azioni di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie alcol correlate.
3. Disagio, immaginario e comunicazione: coinvolgimento attivo dei giovani nei percorsi di promozione della salute.
4. corso di aggiornamento per pediatri di famiglia e comunità su "Stili di vita e promozione della salute: percorsi prevenzione tabagismo e dell'abuso di alcol a Luoghi di Prevenzione.

5. Metodologie di Luoghi di Prevenzione per operatori dei Sert e delle Associazioni del Privato sociale.
6. Programmi regionali sulla prevenzione dell'abitudine al fumo: Libere di scegliere. Scuole Libere dal fumo.
7. Infanzia a colori
8. Metodologie per l'approccio motivazionale: la scrittura creativa terapeutica
9. Metodologie per un approccio integrato ai problemi del comportamento alimentare: gioco di ruolo, visualizzazioni, scrittura creativa, laboratori di espressività.
10. Metodologie, strumenti e percorsi di progettazione partecipata in materia di promozione della salute
- 11.

Progetto regionale Tabagismo anno 2008

Dati generali:

Il progetto regionale tabagismo (DGR 2033/07), nelle azioni coordinate da Ausl Reggio Emilia, attraverso la collaborazione del Centro Didattico regionale Luoghi di prevenzione/Lilt di Reggio Emilia, ha coinvolto direttamente:

circa 100 docenti, 50 operatori e 2000 allievi per la fascia Infanzia a colori;

circa 200 docenti, 100 operatori e 6000 allievi per la fascia Liberi di scegliere;

circa 200 docenti, 100 operatori e 6000 allievi per la fascia Scuole Libere dal fumo.

Le linee programmatiche sviluppate dal Piano regionale Tabagismo nel 2008 nell'ambito delle Aree "Interventi di Prevenzione rivolti ai giovani", "Formazione degli operatori socio-sanitari", "Progetti di comunità nella prevenzione e cura del Tabagismo si sono così articolate:

Programmi regionali rivolti ai giovani (Infanzia a colori, Lasciateci puliti, Scuole libere dal fumo):

Infanzia a colori: collaborazione con i Centri di Educazione Ambientale della Romagna, di Bologna, Modena, Piacenza per la diffusione dei programmi dell'abitudine al fumo nelle scuole; produzione del Cd informativo sui contenuti di Infanzia a colori, realizzazione percorso didattico multimediale dedicato all'infanzia nell'ambito di Luoghi di Prevenzione.

Lasciateci puliti: realizzazione della guida nazionale Liberi di scegliere (edita da Junior), completata dai percorsi laboratoriali tratti da Le vie del fumo.

Scuole libere dal fumo: realizzazione della guida regionale "Verso un pianeta inesplorato"; completamento del percorso di regolamentazione degli spazi nel gruppo di scuole pilota della Regione, inserimento del Dvd Paesaggi di Prevenzione nei programmi rivolti ai giovani.

Attività di formazione formatori regionali: sono stati realizzati interventi di formazione per operatori della prevenzione e dell'area giovani, operatori degli Spazi Salute Donna, Responsabili aziendali 626, ostetriche attive nei consultori, operatori associazioni di volontariato, operatori dei Centri Antifumo, farmacisti, docenti. Hanno ricevuto attività di formazione sul tabagismo nel 2008 circa 1200 operatori della regione.

Attività di counselling:

Progetto regionale Luoghi di lavoro liberi dal fumo: attivazione progetto sperimentale di approccio motivazionale responsabili 626, formazione del gruppo di agenti educatori in materia di promozione della salute; attivazione gruppi per la disas-

suefazione al fumo da gennaio 2008 (progetto sperimentale c/o una ditta)

Progetto Baby no smoke:

12. revisione e raccolta degli strumenti per la diffusione dell'avviso motivazionale nei diversi contesti educativi e sanitari.

Progetto di prevenzione, cura e controllo della diffusione del Tabagismo in un contesto di comunità (progetto pilota di Scandiano):

Realizzazione mostra fotografica Le vie del fumo a Scandiano
Realizzazione programmi di marketing sociale con il coinvolgimento di farmacisti, medici di famiglia, operatori del Sert, poliambulatori del distretto

Realizzazione del video didattico sul progetto

Realizzazione Tavola Rotonda in occasione del 31 maggio.

Progetto pilota di Scandiano: attivazione gruppi per la disassuefazione al fumo da marzo 2008;

Progetto regionale Luoghi di lavoro liberi dal fumo: attivazione progetto sperimentale di approccio motivazionale responsabili 626, formazione del gruppo di agenti educatori in materia di promozione della salute; attivazione gruppi per la disassuefazione al fumo da gennaio 2008 (progetto sperimentale Emak).

Progetto regionale Alcol Anno 2008

Dati generali.

Il progetto regionale alcol (DGR 1937/07), nelle azioni coordinate da Ausl Reggio Emilia, attraverso la collaborazione del Centro Didattico regionale Luoghi di prevenzione/Lilt di Reggio Emilia, ha coinvolto direttamente:

circa 1000 operatori sanitari,
circa 200 docenti,
circa 4000 studenti,
circa 200 operatori sociali e educatori.

Attività di formazione degli operatori:

attivazione percorso sull'avviso motivazionale negli utenti con ritiro della patente per superamento limiti legali alcolemia.

Formazione obbligatoria (ECM) di tutti i MMG del territorio regionale su: prevenzione e diagnosi precoce patologie alcol correlate

Formazione dei gruppi regionali Avis sulle metodologie di approccio ai problemi alcol correlati.

Formazione ai Pediatri di famiglia sulle metodologie di approccio ai problemi alcol correlati.

Attività di educazione fra pari:

- Attivazione del programma sperimentale di formazione sulla prevenzione dei problemi alcol correlati attraverso il coinvolgimento dei gruppi di lavoro di Bologna, Piacenza, Cesena, Ravenna e Reggio Emilia.
- Sostegno e collaborazione alla realizzazione del progetto "Alcol on the road" della polizia stradale.

Implementazione progetto Disagio Immaginario Comunicazione nell'ambito del mese della Prevenzione Alcolologica: aprile 2008.

Il progetto ha favorito e finanziato la permanenza a Reggio Emilia (1/2/3 APRILE 2008) dei gruppi di lavoro regionali, composti da studenti, insegnanti e operatori sanitari di Bologna, Cesena e Rimini, Ravenna, Ferrara, Reggio Emilia, Modena e dei gruppi di lavoro interregionali delle regioni Lombardia, Veneto, Campania, Puglia.

I gruppi di lavoro hanno partecipato ai lavori seminariali allo spettacolo teatrale "Le baccanti" e alla Tavola Rotonda sugli interventi di Counselling di comunità.

Concorso di supporto alle scuole sugli interventi di Prevenzione: sostegno economico agli Istituti scolastici della regione più attivi in materia di prevenzione di problemi alcol correlati

Attività di monitoraggio e valutazione: realizzazione programmi di monitoraggio e valutazione degli interventi regionali di prevenzione alcolica attraverso la collaborazione dell'Istituto Oncologico Romagnolo (a cui si rimanda per la rendicontazione tecnica)

Realizzazione nuovi percorsi Luoghi di Prevenzione: attivazione percorso didattico multimediale "Alla tua salute" (allegato A):

Realizzazione Kit didattico Alla Tua Salute

Realizzazione Video Didattico del programma "alla tua salute"

Progetto di prevenzione e diagnosi precoce di problemi alcol correlati in un contesto di comunità (progetto pilota di Correggio):

Attivazione programma Spazio Salute Donna (dalla ostetricia, alla pediatria di comunità e di famiglia)

Coinvolgimento studenti impegnati in attività di educazione fra pari nei programmi di Marketing sociale rivolto alla popolazione generale (Conad e Coop)

Attività educativa dei vigili urbani all'uscita dei locali di ritrovo giovanile (20 vigili circa)

Formazione Medici di medicina generale (300 medici circa)

Sensibilizzazione delle Scuole Guida per lo sviluppo di un programma comune

Strumenti realizzati nei 2 progetti:

1. Guida didattica Infanzia a colori
2. Opuscolo I colori dell'Infanzia con materiali narrativi di bambini
3. Guida didattica Liberi di scegliere
4. Guida didattica Verso un pianeta inesplorato
5. Dvd per docenti Paesaggi di Prevenzione
6. Kit didattico "Alla tua salute: i 12 passi"
7. Strumenti operativi Baby no smoke.
8. Strumenti di intervento in materia di problemi fumo e alcol correlati da parte del medico di famiglia
9. Strumenti per la realizzazione di programmi preventivi nel tempo libero "Vinci con lo sport, scommetti in salute".

20. Tabelle utenti tossicodipendenti

Tab. 1. Utenti tossicodipendenti in carico nei Servizi (Anni dal 1991 al 2008, Valori assoluti e variazione %).

Anni	v.a.	variaz. % (base = 1991)	variaz. % (anno per anno)
1991	7114	-	-
1992	7570	6,4	6,4
1993	7677	7,9	1,4
1994	8290	16,5	8
1995	8709	22,4	5,1
1996	8979	26,2	3,1
1997	9058	27,3	0,9
1998	9041	27,1	-0,2
1999	9422	32,4	4,2
2000	9747	37	3,4
2001	10010	40,7	2,7
2002	10372	45,8	3,6
2003	10774	51,4	3,9
2004	11231	57,9	4,2
2005	12210	71,6	8,7
2006	12559	76,5	2,9
2007	12512	75,9	-0,4
2008	12846	80,6	2,7

Tab. 2. Utenza tossicodipendente in carico per AUSL

a. Utenza in carico totale

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	574	573	602
Parma	1359	1378	1352
Reggio Emilia	1209	1221	1375
Modena	1384	1485	1387
Bologna	3730	3450	3613
Imola	282	302	344
Ferrara	963	965	1027
Ravenna	1075	1121	1143
Forlì	493	503	442
Cesena	502	512	546
Rimini	988	1002	1015
Regione	12559	12512	12846

b. Utenza in carico nuova

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	99	87	97
Parma	241	274	199
Reggio Emilia	255	259	363
Modena	253	253	269
Bologna	879	699	701
Imola	44	40	57
Ferrara	158	211	230
Ravenna	135	123	167
Forlì	91	53	60
Cesena	88	85	107
Rimini	267	228	210
Regione	2510	2312	2460

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	475	486	505
Parma	1118	1104	1153
Reggio Emilia	954	962	1012
Modena	1131	1232	1118
Bologna	2851	2751	2912
Imola	238	262	287
Ferrara	805	754	797
Ravenna	940	998	976
Forlì	402	450	382
Cesena	414	427	439
Rimini	721	774	805
Regione	10049	10200	10386

d. Percentuale nuovi utenti sul totale degli utenti in carico per AUSL (Valori %).

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	17,2	15,2	16,1
Parma	17,7	19,9	14,7
Reggio Emilia	21,1	21,2	26,4
Modena	18,3	17	19,4
Bologna	23,6	20,3	19,4
Imola	15,6	13,2	16,6
Ferrara	16,4	21,9	22,4
Ravenna	12,6	11	14,6
Forlì	18,5	10,5	13,6
Cesena	17,5	16,6	19,6
Rimini	27	22,8	20,7
Regione	20	18,5	19,1

e. Rapporto nuovi utenti/Utenti già in carico o reingressi.

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	4,8	5,6	5,2
Parma	4,6	4	5,8
Reggio Emilia	3,7	3,7	2,8
Modena	4,5	4,9	4,2
Bologna	3,2	3,9	4,2
Imola	5,4	6,6	5
Ferrara	5,1	3,6	3,5
Ravenna	7	8,1	5,8
Forlì	4,4	8,5	6,4
Cesena	4,7	5	4,1
Rimini	2,7	3,4	3,8
Regione	4	4,4	4,2

f. Rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	32,7	32,4	33,1
Parma	50,4	50,8	48,3
Reggio Emilia	37,3	37,2	40,5
Modena	31,7	33,9	30,9
Bologna	70,4	65,1	66,9
Imola	35,3	37,6	41,6
Ferrara	42,5	42,5	44,9
Ravenna	45,6	47,1	46,5
Forlì	42,9	43,5	37,5
Cesena	38,8	39,4	41
Rimini	51,5	51,6	50,8
Regione	46,3	45,9	45,9

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

** Standard Ministero del Welfare

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

g. Rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	5,6	4,9	5,3
Parma	8,9	10,1	7,1
Reggio Emilia	7,9	7,9	10,7
Modena	5,8	5,8	6
Bologna	16,6	13,2	13
Imola	5,5	5	6,9
Ferrara	7	9,3	10
Ravenna	5,7	5,2	6,8
Forlì	7,9	4,6	5,1
Cesena	6,8	6,5	8
Rimini	13,9	11,7	10,5
Regione	9,2	8,5	8,8

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

** Standard Ministero del Welfare

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

Tab. 3. Cittadinanza utenti tossicodipendenti in carico - Anno 2008
a. Valori assoluti, suddivisione tra nuovi e già in carico

AUSL	Non nota		Italiana		UE		Extra UE	
	Nuovi	Già in car.	Nuovi	Già in car.	Nuovi	Già in car.	Nuovi	Già in car.
Piacenza	0	0	90	492	0	0	7	13
Parma	0	0	169	1099	2	0	28	54
Reggio E.	8	2	311	961	3	0	41	49
Modena	1	0	239	1063	2	5	27	50
Bologna	1	0	493	2524	11	15	196	373
Imola	0	0	55	281	0	0	2	6
Ferrara	0	0	204	778	1	1	25	18
Ravenna	0	0	143	947	2	2	22	27
Forlì	0	0	59	372	0	2	1	8
Cesena	0	0	92	427	0	2	15	10
Rimini	0	0	203	781	1	1	6	23
Totale RER	10	2	2058	9725	22	28	370	631

b. Valori assoluti

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0	582	0	20	602
Parma	0	1268	2	82	1352
Reggio E.	10	1272	3	90	1375
Modena	1	1302	7	77	1387
Bologna*	1	3017	26	569	3613
Imola	0	336	0	8	344
Ferrara	0	982	2	43	1027
Ravenna*	0	1090	4	49	1143
Forlì	0	431	2	9	442
Cesena	0	519	2	25	546
Rimini	0	984	2	29	1015
Totale RER	12	11783	50	1001	12846

c. Valori % per AUSL

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0	96,7	0	3,3	100
Parma	0	93,8	0,1	6,1	100
Reggio E.	0,7	92,5	0,2	6,5	100
Modena	0,1	93,9	0,5	5,6	100
Bologna*	0	83,5	0,7	15,7	100
Imola	0	97,7	0	2,3	100
Ferrara	0	95,6	0,2	4,2	100
Ravenna*	0	95,4	0,3	4,3	100
Forlì	0	97,5	0,5	2	100
Cesena	0	95,1	0,4	4,6	100
Rimini	0	96,9	0,2	2,9	100
Totale RER	0,1	91,7	0,4	7,8	100

Tab. 4. Andamento dell'utenza tossicodipendente segnalata in base all'Art.121 per AUSL e anni (Valori assoluti)

Aziende USL	2006	2007	2008
Piacenza	108	16	48
Parma	39	116	108
Reggio Emilia	97	280	165
Modena	31	79	208
Bologna	76	71	32
Imola	0	0	0
Ferrara	157	205	289
Ravenna	143	91	201
Forlì	155	199	162
Cesena	112	205	173
Rimini	126	248	223
Regione	1044	1510	1609

Tab. 5. Andamento dell'utenza tossicodipendente segnalata in base all'art. 75 (Valori assoluti)

Aziende USL	2006	2007	2008
Piacenza	29	27	25
Parma	31	53	57
Reggio Emilia	184	51	38
Modena	56	30	55
Bologna	51	25	19
Imola	0	0	0
Ferrara	107	51	32
Ravenna	94	36	27
Forlì	29	14	4
Cesena	29	16	13
Rimini	27	20	8
Regione	637	323	278

Tab. 6. Utenza tossicodipendente suddivisa per sesso e anni (Valori assoluti, % e rapporti)

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Rapporto maschi femmine	% Maschi	% Femmine	% Totale
2006	10495	2064	12559	5,1	83,6	16,4	100
2007	10391	2121	12512	4,9	83	17	100
2008	10676	2170	12846	4,9	83,1	16,9	100

Tab. 7. Utenti tossicodipendenti in carico suddivisi per sesso e AUSL a. Valori assoluti

Azienda USL	2006			2007			2008		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piacenza	470	104	574	456	117	573	474	128	602
Parma	1165	194	1359	1174	204	1378	1171	181	1352
Reggio E.	1032	177	1209	1039	182	1221	1180	195	1375
Modena	1141	243	1384	1227	258	1485	1154	233	1387
Bologna	3103	627	3730	2852	598	3450	2967	646	3613
Imola	212	70	282	226	76	302	250	94	344
Ferrara	818	145	963	826	139	965	878	149	1027
Ravenna	881	194	1075	901	220	1121	933	210	1143
Forlì	429	64	493	435	68	503	375	67	442
Cesena	405	97	502	416	96	512	449	97	546
Rimini	839	149	988	839	163	1002	845	170	1015
Regione	10495	2064	12559	10391	2121	12512	10676	2170	12846

b. Valori %

Azienda USL	2006			2007			2008		
	% M	% F	Rapp. M/F	% M	% F	Rapp. M/F	% M	% F	Rapp. M/F
Piacenza	81,9	18,1	4,5	79,6	20,4	3,9	78,7	21,3	3,7
Parma	85,7	14,3	6	85,2	14,8	5,8	86,6	13,4	6,5
Reggio E.	85,4	14,6	5,8	85,1	14,9	5,7	85,8	14,2	6,1
Modena	82,4	17,6	4,7	82,6	17,4	4,8	83,2	16,8	5
Bologna	83,2	16,8	4,9	82,7	17,3	4,8	82,1	17,9	4,6
Imola	75,2	24,8	3	74,8	25,2	3	72,7	27,3	2,7
Ferrara	84,9	15,1	5,6	85,6	14,4	5,9	85,5	14,5	5,9
Ravenna	82	18	4,5	80,4	19,6	4,1	81,6	18,4	4,4
Forlì	87	13	6,7	86,5	13,5	6,4	84,8	15,2	5,6
Cesena	80,7	19,3	4,2	81,3	18,8	4,3	82,2	17,8	4,6
Rimini	84,9	15,1	5,6	83,7	16,3	5,1	83,3	16,7	5
Regione	83,6	16,4	5,1	83	17	4,9	83,1	16,9	4,9

Tab. 8. Utenti suddivisi per sesso, nuovi e già in carico e AUSL - Anno 2008

AUSL	Totale	Totale utenti		Nuovi utenti		Già in carico	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	602	474	128	70	27	404	101
Parma	1352	1171	181	178	21	993	160
Reggio E.	1375	1180	195	314	49	866	146
Modena	1387	1154	233	231	38	923	195
Bologna	3613	2967	646	573	128	2394	518
Imola	344	250	94	37	20	213	74
Ferrara	1027	878	149	196	34	682	115
Ravenna	1143	933	210	148	19	785	191
Forlì	442	375	67	50	10	325	57
Cesena	546	449	97	92	15	357	82
Rimini	1015	845	170	183	27	662	143
Totale RER	12846	10676	2170	2072	388	8604	1782

Tab. 9. Incrocio tra classi di età, sesso utenti nuovi e già in carico o reingressi
a. Totale utenti

Classi di età	2006			2007			2008		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
età <15	0	0	0	3	1	4	0	2	2
età 15/19	242	103	345	234	101	335	230	92	322
età 20/24	1199	302	1501	1101	286	1387	1164	322	1486
età 25/29	1703	317	2020	1619	337	1956	1648	353	2001
età 30/34	2021	368	2389	1885	353	2238	1872	347	2219
età 35/39	2271	399	2670	2211	381	2592	2097	354	2451
età >39	3059	575	3634	3338	662	4000	3665	700	4365
Totale	10495	2064	12559	10391	2121	12512	10676	2170	12846

b. Nuovi utenti

Classi di età	2006			2007			2008		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
età <15	0	0	0	3	1	4	0	1	1
età 15/19	145	61	206	143	51	194	142	43	185
età 20/24	479	118	597	386	82	468	444	120	564
età 25/29	457	76	533	414	79	493	453	80	533
età 30/34	414	58	472	385	56	441	404	64	468
età 35/39	328	41	369	316	39	355	318	40	358
età >39	292	41	333	307	50	357	311	40	351
Totale	2115	395	2.510	1.954	358	2.312	2.072	388	2.460

c. Utenti già in carico o reingressi

Classi di età	2006			2007			2008		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
età <15	0	0	0	0	0	0	0	1	1
età 15/19	97	42	139	91	50	141	88	49	137
età 20/24	720	184	904	715	204	919	720	202	922
età 25/29	1246	241	1487	1205	258	1463	1195	273	1468
età 30/34	1607	310	1917	1500	297	1797	1468	283	1751
età 35/39	1943	358	2301	1895	342	2237	1779	314	2093
età >39	2767	534	3301	3031	612	3643	3354	660	4014
Totale	8380	1669	10049	8437	1763	10200	8604	1782	10386

Tab. 10. Utenza tossicodipendente in carico presso le AUSL per fasce di età e anni (Anni 1999-2005).

a. Totale utenti (nuovi e già in carico)

Regione	Valori assoluti			Valori %		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
<15	0	4	2	0	0	0
15-19	345	335	322	2,7	2,7	2,5
20-24	1501	1387	1486	12	11,1	11,6
25-29	2020	1956	2001	16,1	15,6	15,6
30-34	2389	2238	2219	19	17,9	17,3
35-39	2670	2592	2451	21,3	20,7	19,1
>40	3634	4000	4365	28,9	32	34
Totale dati validi	12559	12512	12846	100	100	100

* In alcuni anni non sono presenti alcuni valori

b. Utenti tossicodipendenti "già in carico o rientrati", distinti per fasce d'età

Regione	Valori assoluti			Valori %		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
<15	0	0	1	0	0	0
15-19	139	141	137	1,4	1,4	1,3
20-24	904	919	922	9	9	8,9
25-29	1487	1463	1468	14,8	14,3	14,1
30-34	1917	1797	1751	19,1	17,6	16,9
35-39	2301	2237	2093	22,9	21,9	20,2
>40	3301	3643	4014	32,8	35,7	38,6
Totale dati validi	10049	10200	10386	100	100	100

D. Utenti tossicodipendenti "nuovi", distinti per fasce d'età

Regione	Valori assoluti			Valori %		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
<15	0	4	1	0	0,2	0
15-19	206	194	185	8,2	8,4	7,5
20-24	597	468	564	23,8	20,2	22,9
25-29	533	493	533	21,2	21,3	21,7
30-34	472	441	468	18,8	19,1	19
35-39	369	355	358	14,7	15,4	14,6
>40	333	357	351	13,3	15,4	14,3
Totale dati validi	2510	2312	2460	100	100	100

Tab. 11. Utenti in carico totali suddivisi per sostanza d'abuso
a. Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso primaria
Valori assoluti

Sostanza primaria	2006	2007	2008
Allucinogeni	5	5	9
Amfetamine	23	23	14
Barbiturici	2	5	6
Benzodiazepine	58	58	61
Cannaibinoidi	1153	988	1064
Cocaina	1972	1859	1862
Crack	16	28	42
Eroina	8998	9265	9473
Metadone	69	67	85
Morfina	7	7	10
Ecstasy	51	46	38
Altri oppiacei	4	31	36
Inalanti	4	5	5
Alcol	41	5	2
Altro/Non indicato	73	66	57
Non indicato	83	54	82
Totale	12559	12512	12846

Valori %

Sostanza primaria	2006	2007	2008
Allucinogeni	0,04	0,04	0,07
Amfetamine	0,18	0,18	0,11
Barbiturici	0,02	0,04	0,05
Benzodiazepine	0,46	0,46	0,47
Cannaibinoidi	9,18	7,9	8,28
Cocaina	15,7	14,86	14,49
Crack	0,13	0,22	0,33
Eroina	71,65	74,05	73,74
Metadone	0,55	0,54	0,66
Morfina	0,06	0,06	0,08
Ecstasy	0,41	0,37	0,3
Altri oppiacei	0,03	0,25	0,28
Inalanti	0,03	0,04	0,04
Alcol	0,33	0,04	0,02
Altro/Non indicato	0,58	0,53	0,44
Non indicato	0,66	0,43	0,64
Totale	100	100	100

b. Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso secondaria
Valori assoluti

Sostanze secondarie	2006	2007	2008
Allucinogeni	5	22	25
Amfetamine	23	32	21
Barbiturici	2	4	2
Benzodiazepine	58	220	188
Cannaibinoidi	1767	1699	1430
Cocaina	1972	2521	2456
Crack	16	4	6
Eroina	363	361	334
Metadone	69	112	98
Morfina	7	7	4
Ecstasy	51	93	60
Altri oppiacei	30	35	35
Inalanti	4	3	2
Alcol	1011	1056	1035
Altro	73	55	26
Totale casi validi (utenti con secondaria)	5451	6224	5722

c. Numero di utenti con sostanza primaria e secondaria indicata (Valori assoluti: somma sostanza primaria + sostanza secondaria)
Valori assoluti

Sostanze I° + II°	2006	2007	2008
Allucinogeni	10	27	34
Amfetamine	46	55	35
Barbiturici	4	9	8
Benzodiazepine	116	278	249
Cannaibinoidi	2920	2687	2494
Cocaina	3944	4380	4318
Crack	32	32	48
Eroina	9361	9626	9807
Metadone	138	179	183
Morfina	14	14	14
Ecstasy	102	139	98
Altri oppiacei	34	66	71
Inalanti	8	8	7
Alcol	1052	1061	1037
Altro	146	121	83
Totale	18010	18736	18568

* E' stata sommata la sostanza primaria e la sostanza secondaria.

Le percentuali non si sommano in quanto gli utenti potevano assumere più sostanze. 12.846

d. Valori % - rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sul numero di utenti in carico (Valori %)

Sostanze I° + II°	2006	2007	2008
Allucinogeni	0,08	0,22	0,26
Amfetamine	0,37	0,44	0,27
Barbiturici	0,03	0,07	0,06
Benzodiazepine	0,92	2,22	1,94
Cannaibinoidi	23,25	21,48	19,41
Cocaina	31,4	35,01	33,61
Crack	0,25	0,26	0,37
Eroina	74,54	76,93	76,34
Metadone	1,1	1,43	1,42
Morfina	0,11	0,11	0,11
Ecstasy	0,81	1,11	0,76
Altri oppiacei	0,27	0,53	0,55
Inalanti	0,06	0,06	0,05
Alcol	8,38	8,48	8,07
Altro	1,16	0,97	0,65
Totale	143,4	149,74	50,11

e. Rapporto tra sostanze e popolazione target (15-64 anni) per anni (Rapporto per 10.000)

Rapporto tra sostanza primaria e popolazione target (*10.000)

Sostanza primaria	2006	2007	2008
Allucinogeni	0,02	0,02	0,03
Amfetamine	0,08	0,08	0,05
Barbiturici	0,01	0,02	0,02
Benzodiazepine	0,21	0,21	0,22
Cannaibinoidi	4,25	3,62	3,8
Cocaina	7,27	6,81	6,65
Crack	0,06	0,1	0,15
Eroina	33,15	33,95	33,85
Metadone	0,25	0,25	0,3
Morfina	0,03	0,03	0,04
Ecstasy	0,19	0,17	0,14
Altri oppiacei	0,01	0,11	0,13
Inalanti	0,01	0,02	0,02
Alcol	0,15	0,02	0,01
Altro/Non indicato	0,27	0,24	0,2

Rapporto tra sostanza primaria e secondaria (sommate) e popolazione target (*10.000)

Sostanza primaria	2006	2007	2008
Allucinogeni	0,04	0,1	0,12
Amfetamine	0,17	0,2	0,13
Barbiturici	0,01	0,03	0,03
Benzodiazepine	0,43	1,02	0,89
Cannaibinoidi	10,76	9,85	8,91
Cocaina	14,53	16,05	15,43
Crack	0,12	0,12	0,17
Eroina	34,49	35,28	35,04
Metadone	0,51	0,66	0,65
Morfina	0,05	0,05	0,05
Ecstasy	0,38	0,51	0,35
Altri oppiacei	0,13	0,24	0,25
Inalanti	0,03	0,03	0,03
Alcol	3,88	3,89	3,71
Altro/Non indicato	0,54	0,44	0,3

Tab. 12. Sostanza primaria per AUSL

a. Valori assoluti

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	419	90	63	0	6	4	3	2	0	0	2	1	2	1	4	5	602
Parma	987	218	112		3	4	8	5	1	0	0	1	11	1	1	0	1.352
Reggio Emilia	916	198	231		10	3	2	1	0	2	0	0	7	0	5	0	1.375
Modena	1027	214	106		9	6	6	6	1	1	1	0	2	0	7	1	1.387
Bologna	2877	489	128		12	8	46	10	8	3	1	6	11	0	12	2	3.613
Imola	238	51	30	1	7	3	1	0	0	1	1	0	0	1	6	4	344
Ferrara	741	106	109	0	3	2	0	3	3	1	0	0	0	1	4	54	1.027
Ravenna	752	225	140		7	1	4	5	0	0	0	0	2	0	7	0	1.143
Forlì	295	73	50		0	2	8	0	0	1	0	0	0	1	7	5	442
Cesena	433	61	36	1	3	2	3	1	1	0	1	0	1	0	1	2	546
Rimini	788	137	59	0	1	3	4	3	0	0	0	2	6	0	3	9	1.015
Regione	9.473	1.862	1.064	2	61	38	85	36	14	9	6	10	42	5	57	82	12.846

b. Valori %

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	69,6	14,95	10,47	0	1	0,66	0,5	0,33	0	0	0,33	0,17	0,33	0,17	0,66	0,83	100
Parma	73	16,12	8,28	0	0,22	0,3	0,59	0,37	0,07	0	0	0,07	0,81	0,07	0,07	0	100
Reggio Emilia	66,62	14,4	16,8	0	0,73	0,22	0,15	0,07	0	0,15	0	0	0,51	0	0,36	0	100
Modena	74,04	15,43	7,64	0	0,65	0,43	0,43	0,43	0,07	0,07	0,07	0	0,14	0	0,5	0,07	100
Bologna	79,63	13,53	3,54	0	0,33	0,22	1,27	0,28	0,22	0,08	0,03	0,17	0,3	0	0,33	0,06	100
Imola	69,19	14,83	8,72	0,29	2,03	0,87	0,29	0	0	0,29	0,29	0	0	0,29	1,74	1,16	100
Ferrara	72,15	10,32	10,61	0	0,29	0,19	0	0,29	0,29	0,1	0	0	0	0,1	0,39	5,26	100
Ravenna	65,79	19,69	12,25	0	0,61	0,09	0,35	0,44	0	0	0	0	0,17	0	0,61	0	100
Forlì	66,74	16,52	11,31	0	0	0,45	1,81	0	0	0,23	0	0	0	0,23	1,58	1,13	100
Cesena	79,3	11,17	6,59	0,18	0,55	0,37	0,55	0,18	0,18	0	0,18	0	0,18	0	0,18	0,37	100
Rimini	77,64	13,5	5,81	0	0,1	0,3	0,39	0,3	0	0	0	0,2	0,59	0	0,3	0,89	100
Regione	73,74	14,49	8,28	0,02	0,47	0,3	0,66	0,28	0,11	0,07	0,05	0,08	0,33	0,04	0,44	0,64	100

d. Rapporto tra popolazione target 15-64 anni e sostanza primaria per AUSL
(Valori X 10.000)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	23,05	4,95	3,47	0	0,33	0,22	0,17	0,11	0	0	0,11	0,06	0,11	0,06	0,22	0,28	33,11
Parma	35,24	7,78	4	0	0,11	0,14	0,29	0,18	0,04	0	0	0,04	0,39	0,04	0,04	0	48,27
Reggio Emilia	26,99	5,83	6,81	0	0,29	0,09	0,06	0,03	0	0,06	0	0	0,21	0	0,15	0	40,51
Modena	22,86	4,76	2,36	0	0,2	0,13	0,13	0,13	0,02	0,02	0,02	0	0,04	0	0,16	0,02	30,88
Bologna	53,26	9,05	2,37	0	0,22	0,15	0,85	0,19	0,15	0,06	0,02	0,11	0,2	0	0,22	0,04	66,89
Imola	28,78	6,17	3,63	0,12	0,85	0,36	0,12	0	0	0,12	0,12	0	0	0,12	0,73	0,48	41,59
Ferrara	32,37	4,63	4,76	0	0,13	0,09	0	0,13	0,13	0,04	0	0	0	0,04	0,17	2,36	44,87
Ravenna	30,61	9,16	5,7	0	0,28	0,04	0,16	0,2	0	0	0	0	0,08	0	0,28	0	46,52
Forlì	25,01	6,19	4,24	0	0	0,17	0,68	0	0	0,08	0	0	0	0,08	0,59	0,42	37,47
Cesena	32,53	4,58	2,7	0,08	0,23	0,15	0,23	0,08	0,08	0	0,08	0	0,08	0	0,08	0,15	41,01
Rimini	39,47	6,86	2,96	0	0,05	0,15	0,2	0,15	0	0	0	0,1	0,3	0	0,15	0,45	50,84
Regione	33,85	6,65	3,8	0,01	0,22	0,14	0,3	0,13	0,05	0,03	0,02	0,04	0,15	0,02	0,2	0,29	45,9

e. Sostanza secondaria per AUSL (Valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro
Piacenza	19	92	44	49	12	2	2	6	1	2	0	0	0	0	0
Parma	38	246	214	96	8	5	11	4	1	1	0	0	2	0	2
Reggio Emilia	36	274	132	113	17	13	7	4	2	2	0	0	1	0	2
Modena	33	234	172	137	18	2	8	2	4	5	0	0	0	0	1
Bologna	112	822	336	231	74	20	50	9	9	6	1	3	2	1	5
Imola	3	31	13	18	4	1	2	1	0	4	0	0	0	0	0
Ferrara	23	223	86	93	11	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ravenna	31	164	158	128	14	7	5	2	0	2	1	0	0	0	1
Forlì	21	48	74	40	9	3	3	0	4	1	0	1	0	0	15
Cesena	5	130	64	75	8	0	2	2	0	1	0	0	0	1	0
Rimini	13	192	137	55	13	6	6	5	0	1	0	0	1	0	0
Regione	334	2.456	1.430	1.035	188	60	98	35	21	25	2	4	6	2	26

Tab. 13. Sostanza primaria e secondaria per nuovi utenti in carico AUSL

a. Numero utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso primaria - Valori assoluti

Sostanza	2006*	2007**	2008
Eroina	836	1321	1295
Cocaina	425	485	536
Cannabis	334	349	505
Alcol	2	1	0
Benzodiazepine	0	13	13
Ecstasy	6	15	14
Metadone	0	8	18
Buprenorfina	0	3	5
Altri oppiacei	0	1	0
Amfetamine	0	4	3
Allucinogeni	0	2	3
Barbiturici	0	2	1
Morfina	0	4	0
Crack	0	7	10
Inalanti	0	2	1
Altro	39	11	9
Non rilevato	17	19	4
Nessuna sostanza	0	0	43
Totale	1659	2247	2460

* Nel 2006 non erano disponibili i dati di alcuni SerT di Bologna e Lugo (RA)

** Nel 2007 non erano disponibili i dati dei SerT di San Giovanni in Persiceto (BO) e Lugo (RA)

b. Valori %

Sostanza	2006	2007	2008
Eroina	50,4	58,8	52,6
Cocaina	25,6	21,6	21,8
Cannabis	20,1	15,5	20,5
Alcol	0,1	0	0
Benzodiazepine	0	0,6	0,5
Ecstasy	0,4	0,7	0,6
Metadone	0	0,4	0,7
Buprenorfina	0	0,1	0,2
Altri oppiacei	0	0	0
Amfetamine	0	0,2	0,1
Allucinogeni	0	0,1	0,1
Barbiturici	0	0,1	0
Morfina	0	0,2	0
Crack	0	0,3	0,4
Inalanti	0	0,1	0
Altro	2,4	0,5	0,4
Non rilevato	1	0,8	0,2
Nessuna sostanza	0	0	1,7
Totale	100	100	100

d. Utenti tossicodipendenti distinti per sostanza d'abuso secondaria - Valori assoluti

Sostanze secondarie	2006	2007	2008
Eroina	55	75	63
Cocaina	261	448	405
Cannabis	283	297	273
Alcol	108	140	158
Benzodiazepine		17	23
Ecstasy	26	17	18
Metadone		19	26
Buprenorfina		3	6
Altri oppiacei		3	
Amfetamine		5	2
Allucinogeni		3	6
Barbiturici		0	2
Morfina		0	
Crack		2	2
Inalanti		0	0
Altro	59	4	9
Nessuna	80	1214	88
Totale	872	2247	1081

Tab. 14. Rapporto tra sostanze tra i nuovi utenti e popolazione target per anni (Rapporto per 10.000)

a. Rapporto tra sostanza primaria e popolazione target (*10.000)

Sostanze I° + II°	2006	2007	2008
Eroina	3,08	4,84	4,63
Cocaina	1,57	1,78	1,92
Cannabis	1,23	1,28	1,8
Alcol	0,01	0	0
Benzodiazepine	0	0,05	0,05
Ecstasy	0,02	0,05	0,05
Metadone	0	0,03	0,06
Buprenorfina	0	0,01	0,02
Altri oppiacei	0	0	0
Amfetamine	0	0,01	0,01
Allucinogeni	0	0,01	0,01
Barbiturici	0	0,01	0
Morfina	0	0,01	0
Crack	0	0,03	0,04
Inalanti	0	0,01	0
Altro	0,14	0,04	0,03
Non rilevato	0,06	0,07	0,01
Totale	6,11	8,23	8,79

b. Rapporto tra sostanza primaria e secondaria (sommate) e popolazione target (*10.000)

Sostanza primaria	2006	2007	2008
Eroina	3,28	5,12	4,85
Cocaina	2,53	3,42	3,36
Cannabis	2,27	2,37	2,78
Alcol	0,41	0,52	0,56
Benzodiazepine	0	0,11	0,13
Ecstasy	0,12	0,12	0,11
Metadone	0	0,1	0,16
Buprenorfina	0	0,02	0,04
Altri oppiacei	0	0,01	0
Amfetamine	0	0,03	0,02
Allucinogeni	0	0,02	0,03
Barbiturici	0	0,01	0,01
Morfina	0	0,01	0
Crack	0	0,03	0,04
Inalanti	0	0,01	0
Altro	0,36	0,05	0,06
Non rilevato	0,06	0,07	0,01
Totale	9,03	12,02	12,18

Tab. 15. Sostanza primaria e secondaria per nuovi utenti in carico AUSL - Dati 2008

A. Sostanza primaria per AUSL (Valori assoluti).

Valori assoluti

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Buprenorfina	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Nessuna sostanza	Totale
Piacenza	59	14	21	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	97
Parma	106	49	41	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	199
Reggio Emilia	122	55	170	0	6	1	1	1	0	0	1	0	0	2	0	3	1	0	363
Modena	111	89	60	0	2	4	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	269
Bologna	504	131	35	0	4	3	15	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	701
Imola	25	16	11	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	57
Ferrara	93	35	60	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	36	230
Ravenna	67	50	48	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	167
Forlì	29	16	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	60
Cesena	61	24	17	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	107
Rimini	118	57	30	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	210
Totale RER	1.295	536	505	0	13	14	18	5	0	3	3	1	0	10	1	9	4	43	2460

% per AUSL

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Buprenorfina	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Nessuna sostanza	Totale
Piacenza	60,8	14,4	21,6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,1	100
Parma	53,3	24,6	20,6	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0	100
Reggio Emilia	33,6	15,2	46,8	0	1,7	0,3	0,3	0,3	0	0	0,3	0	0	0,6	0	0,8	0,3	0	100
Modena	41,3	33,1	22,3	0	0,7	1,5	0	0	0	0,4	0,4	0	0	0,4	0	0	0	0	100
Bologna	71,9	18,7	5	0	0,6	0,4	2,1	0,3	0	0	0	0	0	0,4	0	0,4	0	0,1	100
Imola	43,9	28,1	19,3	0	1,8	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,8	1,8	1,8	100
Ferrara	40,4	15,2	26,1	0	0	0,4	0	0,4	0	0,9	0,4	0	0	0	0	0,4	0	15,7	100
Ravenna	40,1	29,9	28,7	0	0	0,6	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Forlì	48,3	26,7	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7	0	0	3,3	100
Cesena	57	22,4	15,9	0	0	0,9	0	0	0	0	0	0,9	0	0,9	0	0,9	0	0,9	100
Rimini	56,2	27,1	14,3	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	100
Totale RER	52,6	21,8	20,5	0	0,5	0,6	0,7	0,2	0	0,1	0,1	0	0	0,4	0	0,4	0,2	1,7	100

B. Sostanza secondaria per AUSL (Valori assoluti).

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Buprenorfina	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro		Nessuna	Totale
Piacenza	1	19	9	8	1	0	1	1		0	0	0		0	0	1		3	
Parma	8	38	28	10	0	2	5	1		0	0	0		0	0	1		8	
Reggio Emilia	5	34	21	15	1	2	0	0		0	0	0		0	0	3		0	
Modena	10	35	29	25	0	0	1	0		1	1	0		0	0	0		7	
Bologna	23	157	68	39	16	7	14	2		1	1	1		1	0	3		7	
Imola	0	6	5	5	2	0	0	1		0	4	0		0	0	0		2	
Ferrara	4	36	20	11	0	0	2	0		0	0	0		0	0	0		2	
Ravenna	4	19	28	20	0	3	1	0		0	0	1		0	0	0		7	
Forlì	4	6	9	7	1	0	0	0		0	0	0		0	0	0		1	
Cesena	2	12	28	10	1	0	0	0		0	0	0		0	0	0		12	
Rimini	2	43	28	8	1	4	2	1		0	0	0		1	0	1		39	
Totale RER	63	405	273	158	23	18	26	6		2	6	2		2	0	9		88	

C. Numero di utenti con sostanza primaria e secondaria indicata (Valori assoluti: somma sostanza primaria + sostanza secondaria)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Buprenorfina	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Nessuna	Totale
Piacenza	60	33	30	8	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	138
Parma	114	87	69	10	0	3	6	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	292
Reggio Emilia	127	89	191	15	7	3	1	1	0	0	1	0	0	2	0	6	1	0	444
Modena	121	124	89	25	2	4	1	0	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0	371
Bologna	527	288	103	39	20	10	29	4	0	1	1	1	0	4	0	6	0	1	1.034
Imola	25	22	16	5	3	1	0	1	0	0	4	0	0	0	0	1	1	1	80
Ferrara	97	71	80	11	0	1	2	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	36	303
Ravenna	71	69	76	20	0	4	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	243
Forlì	33	22	21	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	87
Cesena	63	36	45	10	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	160
Rimini	120	100	58	8	1	4	2	2	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	301
Totale PER	1.358	941	778	158	36	32	44	11	0	5	9	3	0	12	1	18	4	43	3.453

D. Rapporto numero di sostanze (primaria e secondaria) sul numero di utenti nuovi in carico (Valori %)

AUSL	Eroina	Cocaina	Cannabis	Alcol	Benzodiazepine	Ecstasy	Metadone	Buprenorfina	Altri oppiacei	Amfetamine	Allucinogeni	Barbiturici	Morfina	Crack	Inalanti	Altro	Non rilevato	Nessuna	Totale
Piacenza	61,9	34	30,9	8,2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2,1	142,3
Parma	57,3	43,7	34,7	5	0	1,5	3	0,5	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0	146,7
Reggio Emilia	35	24,5	52,6	4,1	1,9	0,8	0,3	0,3	0	0	0,3	0	0	0,6	0	1,7	0,3	0	122,3
Modena	45	46,1	33,1	9,3	0,7	1,5	0,4	0	0	0,7	0,7	0	0	0,4	0	0	0	0	137,9
Bologna	75,2	41,1	14,7	5,6	2,9	1,4	4,1	0,6	0	0,1	0,1	0,1	0	0,6	0	0,9	0	0,1	147,5
Imola	43,9	38,6	28,1	8,8	5,3	1,8	0	1,8	0	0	7	0	0	0	0	1,8	1,8	1,8	140,4
Ferrara	42,2	30,9	34,8	4,8	0	0,4	0,9	0,4	0	0,9	0,4	0	0	0	0	0,4	0	15,7	131,7
Ravenna	42,5	41,3	45,5	12	0	2,4	1,2	0	0	0	0	0,6	0	0	0	0	0	0	145,5
Forlì	55	36,7	35	11,7	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7	0	0	3,3	145
Cesena	58,9	33,6	42,1	9,3	0,9	0,9	0	0	0	0	0	0,9	0	0,9	0	0,9	0	0,9	149,5
Rimini	57,1	47,6	27,6	3,8	0,5	1,9	1	1	0	0	0	0	0	1,4	0	0,5	1	0	143,3
Totale PER	55,2	38,3	31,6	6,4	1,5	1,3	1,8	0,4	0	0,2	0,4	0,1	0	0,5	0	0,7	0,2	1,7	140,4

21. Tabelle utenti alcolcodipendenti

Tab. 1. Utenza alcolista per anni (Valori assoluti e variazioni %).

Anni	v.a.	Variaz. % (base = 1996)	Var. % per anno
1996	1567	-	-
1997	1768	12,83	12,83
1998	2166	38,23	22,51
1999	2432	55,2	12,28
2000	2720	73,58	11,84
2001	3090	97,19	13,6
2002	3580	128,46	15,86
2003	4176	166,5	16,65
2004	4686	199,04	12,21
2005	5108	225,97	9,01
2006	5174	230,19	1,29
2007	5499	250,93	6,28
2008	5427	246,33	-1,31

Tab. 2. Utenza alcolcodipendente nuova e già in carico (Anni 1996-2008, valori assoluti e %)

Anno di riferimento	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale	Rapporto nuovi già in carico	% nuovi	% già in carico	Totale %
2006	1149	4025	5174	3,5	22,2	77,8	100
2007	1124	4375	5499	3,89	20,4	79,6	100
2008	1169	4258	5427	3,64	21,5	78,5	100

Tab. 3. Utenza alcolcodipendente in carico - Azienda USL

a. Utenza in carico totale

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	463	511	574
Parma	496	503	422
Reggio E.	491	488	406
Modena	799	901	810
Bologna	1092	1125	1152
Imola	273	307	340
Ferrara	384	406	390
Ravenna	532	563	583
Forlì	173	177	171
Cesena	178	183	192
Rimini	293	335	387
Regione	5174	5499	5427

b. Utenza in carico nuova

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	106	128	138
Parma	83	85	80
Reggio Emilia	110	108	87
Modena	217	202	217
Bologna	202	181	196
Imola	45	46	42
Ferrara	92	94	80
Ravenna	97	92	120
Forlì	53	28	20
Cesena	50	57	56
Rimini	94	103	133
Regione	1149	1124	1169

c. Utenza in carico già conosciuta o reingressi

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	357	383	436
Parma	413	418	342
Reggio Emilia	381	380	319
Modena	582	699	593
Bologna	890	944	956
Imola	228	261	298
Ferrara	292	312	310
Ravenna	435	471	463
Forlì	120	149	151
Cesena	128	126	136
Rimini	199	232	254
Regione	4025	4375	4258

d. Percentuale nuovi utenti sul totale degli utenti in carico per AUSL (Valori %).

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	22,9	25	24
Parma	16,7	16,9	19
Reggio Emilia	22,4	22,1	21,4
Modena	27,2	22,4	26,8
Bologna	18,5	16,1	17
Imola	16,5	15	12,4
Ferrara	24	23,2	20,5
Ravenna	18,2	16,3	20,6
Forlì	30,6	15,8	11,7
Cesena	28,1	31,1	29,2
Rimini	32,1	30,7	34,4
Regione	22,2	20,4	21,5

e. Rapporto nuovi utenti/Utenti già in carico o reingressi.

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	3,4	3	3,2
Parma	5	4,9	4,3
Reggio Emilia	3,5	3,5	3,7
Modena	2,7	3,5	2,7
Bologna	4,4	5,2	4,9
Imola	5,1	5,7	7,1
Ferrara	3,2	3,3	3,9
Ravenna	4,5	5,1	3,9
Forlì	2,3	5,3	7,6
Cesena	2,6	2,2	2,4
Rimini	2,1	2,3	1,9
Regione	3,5	3,9	3,6

Tab. 4. Rapporto tra utenti alcol dipendenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	26,4	28,9	31,6
Parma	18,4	18,5	15,1
Reggio Emilia	15,2	14,9	12
Modena	18,3	20,6	18
Bologna	20,6	21,2	21,3
Imola	34,1	38,3	41,1
Ferrara	17	17,9	17
Ravenna	22,6	23,7	23,7
Forlì	15	15,3	14,5
Cesena	13,7	14,1	14,4
Rimini	15,3	17,2	19,4
Regione	19,1	20,2	19,4

* Tra gli utenti in carico ai Centri alcolici vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento.

** Standard Ministero del Welfare

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

Tab. 5. Rapporto tra nuovi utenti alcol dipendenti e popolazione 15-64 anni *10.000

Azienda USL	2006	2007	2008
Piacenza	6	7,2	7,6
Parma	3,1	3,1	2,9
Reggio Emilia	3,4	3,3	2,6
Modena	5	4,6	4,8
Bologna	3,8	3,4	3,6
Imola	5,6	5,7	5,1
Ferrara	4,1	4,1	3,5
Ravenna	4,1	3,9	4,9
Forlì	4,6	2,4	1,7
Cesena	3,9	4,4	4,2
Rimini	4,9	5,3	6,7
Regione	4,2	4,1	4,2

* Tra gli utenti in carico ai Centri alcolici vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata. Per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento.

** Standard Ministero del Welfare

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

Tab. 6. Cittadinanza utenti alcol dipendenti in carico - Anno 2008

AUSL	Non nota		Italiana		UE		Extra UE	
	Nuovi	Già in car.	Nuovi	Già in car.	Nuovi	Già in car.	Nuovi	Già in car.
Piacenza	0	0	119	405	2	6	17	25
Parma	0	0	67	309	5	5	8	28
Reggio Emilia	0	0	77	295	1	7	9	17
Modena	0	0	190	555	4	8	23	30
Bologna	0	1	166	883	7	14	23	58
Imola	1	0	36	274	2	6	3	18
Ferrara	0	0	71	297	3	1	6	12
Ravenna	0	0	102	430	1	10	17	23
Forlì	1	1	15	132	0	2	4	16
Cesena	0	0	46	123	7	8	3	5
Rimini	0	1	112	235	4	5	17	13
Totale RER	2	3	1.001	3.938	36	72	130	245

Valori assoluti

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0	524	8	42	574
Parma	0	376	10	36	422
Reggio Emilia	0	372	8	26	406
Modena	0	745	12	53	810
Bologna	1	1049	21	81	1152
Imola	1	310	8	21	340
Ferrara	0	368	4	18	390
Ravenna	0	532	11	40	583
Forlì	2	147	2	20	171
Cesena	0	169	15	8	192
Rimini	1	347	9	30	387
Totale RER	5	4939	108	375	5427

Valori % per AUSL

AUSL	Non nota	Italiana	UE	Extra UE	Totale
Piacenza	0	91,3	1,4	7,3	100
Parma	0	89,1	2,4	8,5	100
Reggio Emilia	0	91,6	2	6,4	100
Modena	0	92	1,5	6,5	100
Bologna	0,1	91,1	1,8	7	100
Imola	0,3	91,2	2,4	6,2	100
Ferrara	0	94,4	1	4,6	100
Ravenna	0	91,3	1,9	6,9	100
Forlì	1,2	86	1,2	11,7	100
Cesena	0	88	7,8	4,2	100
Rimini	0,3	89,7	2,3	7,8	100
Totale RER	0,1	91	2	6,9	100

Tab. 7. Utenza alcoldipendente suddivisa per sesso e anni

Anno	M	F	Totale	Rapporto maschi femmine	% Maschi	% Femmine	% Totale
2006	3776	1398	5174	2,7	73	27	100
2007	4017	1482	5499	2,7	73	27	100
2008	3891	1536	5427	2,5	71,7	28,3	100

Tab. 8. Utenti alcoldipendenti suddivisi per genere e nuovi/già conosciuti per AUSL - Anno 2008

AUSL	Totali		Nuovi		Già conosciuti	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	454	120	107	31	347	89
Parma	311	111	57	23	254	88
Reggio Emilia	297	109	64	23	233	86
Modena	595	215	139	78	456	137
Bologna	800	352	131	65	669	287
Imola	246	94	27	15	219	79
Ferrara	271	119	60	20	211	99
Ravenna	393	190	82	38	311	152
Forlì	121	50	12	8	109	42
Cesena	129	63	43	13	86	50
Rimini	274	113	97	36	177	77
Regione	3891	1536	819	350	3072	1186

Tab. 9. Utenza alcoldipendente suddivisa per classi di età

a. Nuovi utenti

Valori assoluti

Età	2006	2007	2008
<19	6	2	3
20-29	92	108	76
30-39	291	272	273
40-49	362	323	395
50-59	224	246	246
>= 60	174	173	176
Totale casi validi	1149	1124	1169

Valori %

Età	2006	2007	2008
<19	0,5	0,2	0,3
20-29	8	9,6	6,5
30-39	25,3	24,2	23,4
40-49	31,5	28,7	33,8
50-59	19,5	21,9	21
>= 60	15,1	15,4	15,1
Totale casi validi	100	100	100

b. Utenti già in carico o reingressi

Valori assoluti

Età	2006	2007	2008
<19	4	4	1
20-29	168	158	147
30-39	815	816	784
40-49	1341	1508	1482
50-59	991	1091	1075
>= 60	706	798	769
Totale casi validi	4025	4375	4258

Valori %

Età	2006	2007	2008
<19	0,1	0,1	0
20-29	4,2	3,6	3,5
30-39	20,2	18,7	18,4
40-49	33,3	34,5	34,8
50-59	24,6	24,9	25,2
>= 60	17,5	18,2	18,1
Totale casi validi	100	100	100

c. Totale utenti in carico

Valori assoluti

Età	2006	2007	2008
<19	10	6	4
20-29	260	266	223
30-39	1106	1088	1057
40-49	1703	1831	1877
50-59	1215	1337	1321
>= 60	880	971	945
Totale casi validi	5174	5499	5427

Valori %

Età	2006	2007	2008
<19	0,2	0,1	0,1
20-29	5	4,8	4,1
30-39	21,4	19,8	19,5
40-49	32,9	33,3	34,6
50-59	23,5	24,3	24,3
>= 60	17	17,7	17,4
Totale casi validi	100	100	100

Tab. 10. Utenza alcolodipendente suddivisa per tipo di sostanza alcolica (Valori assoluti)

a. Valori assoluti

Tipo di alcolico	2006	2007	2008
Superalcolici	682	700	706
Aperitivi, amari, digestivi	184	189	195
Vino	3170	3508	3504
Birra	930	1039	1014
Altro	100	24	8
Non rilevato	108	39	
Totale	5174	5499	5427

b. Valori %

Tipo di alcolico	2006	2007	2008
Superalcolici	13,2	12,7	13
Aperitivi, amari, digestivi	3,6	3,4	3,6
Vino	61,3	63,8	64,6
Birra	18	18,9	18,7
Altro	1,9	0,4	0,1
Non rilevato	2,1	3,1	4,1
Totale	100	102,4	104,1

Tab. 11. Utenti alcolisti suddivisi per alcolico prevalente d'uso e AUSL (Valori assoluti) - Anno 2008

AUSL	Superalcolici	Aperitivi	Vini	Birra	Altro	Non rilevato	Totale
Piacenza	61	14	393	104	2		574
Parma	46	12	300	64	0		422
Reggio E.	45	16	273	70	2		406
Modena	81	16	528	184	1		810
Bologna	219	69	672	190	2		1152
Imola	29	11	241	58	1		340
Ferrara	43	16	260	71	0		390
Ravenna	66	21	386	110	0		583
Forlì	23	6	102	40	0		171
Cesena	35	6	110	41	0		192
Rimini	58	8	239	82	0		387
Regione	706	195	3504	1014	8		5427

Tab. 12. Uso di alcol e droghe da parte di utenti alcolisti (Valori assoluti)

A. Stupefacenti

AUSL	2004	2005	2006	2007	2008
Piacenza	27	44	39	41	46
Parma	36	46	43	36	23
Reggio E.	21	41	9	18	21
Modena	83	85	38	47	56
Bologna	73	81	90	66	72
Imola	23	20	0	1	4
Ferrara	39	47	30	32	37
Ravenna	35	36	36	46	43
Forlì	8	16	17	17	18
Cesena	29	21	14	18	14
Rimini	3	5	20	27	34
Regione	377	442	336	349	368

B. Farmaci

AUSL	2004	2005	2006	2007	2008
Piacenza	26	34	49	58	64
Parma	52	58	69	63	29
Reggio E.	26	42	72	47	43
Modena	48	47	89	108	91
Bologna	15	20	31	74	88
Imola	12	11	27	18	18
Ferrara	23	20	31	33	29
Ravenna	42	43	57	70	69
Forlì	0	5	9	15	17
Cesena	10	12	32	33	22
Rimini	17	21	55	51	55
Regione	271	313	521	570	525

22. Gli Osservatori Aziendali sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna

Dal 1997 presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna sono istituiti gli Osservatori sulle dipendenze, che hanno la mission di fornire informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulle droghe e sulle tossicodipendenze e le loro conseguenze.

Così come indicato nella recente DGR n° 698/2008 "Programma regionale 'dipendenze patologiche' - obiettivi per il triennio 2008-2010, gli Osservatori garantiscono i seguenti prodotti:

Ricerca. Le attività si orientano al monitoraggio e alla ricerca sociale ed epidemiologia in quanto strumenti indispensabili nel lavoro sulle dipendenze. L'attività di ricerca deve rientrare nella programmazione dei Servizi ed avere obiettivi precisi, definiti e concordati a livello locale. Per le ricerche a valenza regionale, gli obiettivi di ricerca devono essere concordati con l'Osservatorio regionale sulle dipendenze.

Sistema informativo sulle dipendenze. Miglioramento continuo del sistema informativo, finalizzato a rispondere ai debiti informativi regionali, ministeriali e europei, nonché a creare un sistema regionale condiviso di raccolta e gestione delle informazioni sui pazienti in trattamento presso i Servizi pubblici e privati;

Valutazione. Sviluppo del sistema di valutazione, raccolta ed elaborazione dei dati finalizzati alla verifica degli interventi e alla valutazione dei risultati dell'attività dei servizi pubblici e privati (interventi terapeutici e azioni progettuali), attraverso l'adozione di tecniche e strumenti di verifica e valutazione. In particolare si ritiene utile avviare l'attività attraverso.

E' possibile rivolgersi ai Responsabili per i dati e le relazioni relative ai singoli territori delle AUSL dell'Emilia-Romagna.

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Piacenza

Antonio Mosti
Marco Controguerra
Giovanni Castagnetti
Laura Verzi
Paolo Volta

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Parma

Barbara Cantarelli
Leonardo Tadonio
Mario Lunghi
Giampiero Montanari

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Reggio Emilia

Gianni Morandi

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Modena

Monica Malagoli

Osservatorio metropolitano sulle dipendenze AUSL Bologna

Raimondo Maria Pavarin
Silvia Marani
Samantha Sanchini
Nicola Limonta
Elsa Torino
Giuseppe Pascarella

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Imola

Cristina Sorio

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Ferrara

Gabriella Antolini
Donata Soffritti
Marcella Fanelli

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Ravenna

Samantha Sanchini

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Forlì

Paolo Ugolini

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Cesena

Monica Teodorani
Alessandro Mariani D'Altri
Maristella Salaris

Osservatorio sulle dipendenze AUSL Rimini

Michela Buda
Matteo Gori

Gli indirizzi degli Osservatori sono sul sito Regionale Area Dipendenze: www.saluter.it/dipendenze

