

RAPPORTO 2009 sulle dipendenze patologiche nella provincia di Ferrara



Rapporto 2009 dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche provincia di Ferrara

I consumi e la dipendenza da sostanze Le risposte del sistema dei servizi Il ruolo del volontariato

A cura di

Cristina Sorio Responsabile M.O. Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
Alberto Tinarelli Responsabile Programma Dipendenze Patologiche
Ilaria Vaccari Agire Sociale - Centro Servizi per il Volontariato

Elaborazione dati

Gabriella Antolini Statistica, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Hanno collaborato alla redazione del Rapporto 2009

Vito Martiello, Silvia Peretto, Francesca Gallini (Agire Sociale - Centro Servizi per il Volontariato), Gabriele Castaldi, Vanna Ronchi (Associazione Famiglie contro la Droga), Maria Geltrude D'Aloya, Laura Roncagli (Coordinamento Auto-Aiuto), Paolo Giberti (Comitato Insieme per la Qualità della Vita), Roberto Simoni (Club Alcolisti in Trattamento di Argenta), Alcolisti Anonimi di Ferrara, Codigoro e Comacchio, Alanon di Ferrara e Codigoro, Alfio Fortini, Valerio Dal Fiume (CAT di Poggio Renatico), Barbara Del Gesso, Anna Brunello (CAT di Bondeno), Valeria Pastorello (CAT di Mesola), Massimo (CAT di Ferrara), Emilia Balboni (CAT di Renazzo), Don Luigi (Associazione Oasi Santa Giustina), Massimo Friani (Associazione Il Pellicano), Don Domenico, Raffaele Rinaldi (Associazione Viale K)

Luisa Garofani (SerT Distretto Centro Nord), Filomena CATERA (SerT Distretto Sud Est), Paola Giacometti (SerT Distretto Ovest), Luigi Grotti, Beatrice Rovigatti, Tanja Bettoli, Alberto Urro, Andrea Strocchi (Promeco), Rosangela Giovannini, Dorian Beltrami, Renzo Marsili, Rosella Occhiali, Giovanna Tonioli, Eleonora Ferraris, Donata Soffritti, Urbano Viviani, Sabrina Zanni, Mauro Faggioli, Angela Dicara, Barbara Cocchi (SerT Distretto Centro Nord), Giovanna Alberghina, Ciro Garuti, Roberta Sivieri, Miranda Roncagli, M. Letizia Bottoni, Laura Masi (SerT Distretto Sud Est), Marina Galletti, Roberta Bergami (SerT Distretto Ovest)

Delia Martinoli, Francesca Giovannini (Comunità Saman Le Muraglie), Mauro Orioli (Comunità Il Timoniere), Sabrina Mori (Comunità Exodus), Giovanni De Togni, Leonardo Scarpa (Comunità Il Ponte), Manuel Alleati (Comunità Papa Giovanni XXIII), Livio Cavallini (Centro Osservazione e Diagnosi)

Andrea Noventa, Membro del Coordinamento Nazionale dell'Auto-Mutuo-Aiuto,
Responsabile Area Prevenzione SerT.1, Dipartimento delle Dipendenze ASL Bergamo

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE
Azienda USL di Ferrara - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Via Francesco del Cossa, 18
44100 Ferrara
osservatorio.sert@ausl.fe.it

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie alla collaborazione ed al contributo di Agire Sociale - Centro Servizi Volontariato Ferrara, nell'ambito del progetto di rete "Da che Dipende?"

In copertina opera di **Vincenzo Balsamo** 1978/79, *Evocazioni*

INDICE

Prefazione

Fosco Foglietta, Direttore Generale dell'Azienda Usl di Ferrara

Il sistema dei servizi e il volontariato

Alberto Tinarelli, Direttore Programma Dipendenze Patologiche

Il progetto "Da che Dipende?". Percorso di un progetto di rete territoriale

Silvia Peretto, Responsabile Progettazione Centro Servizi per il Volontariato

Gabriele Castaldi, Presidente Associazione Famiglie contro la Droga

PARTE I – I CONSUMI E LA DIPENDENZA DA SOSTANZE

1. IL CONSUMO DI SOSTANZE TRA I TREDICENNI E I QUINDICENNI

T. Bettoli, C. Sorio, G. Antolini

| | | | |
|-----|--|------|----|
| 1.1 | Introduzione | pag. | 13 |
| 1.2 | Percezione del rischio e consumo di sostanze | pag. | 13 |
| 1.3 | Giovani e giovanissimi a confronto | pag. | 17 |
| 1.4 | Conclusioni | pag. | 18 |

2. CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZA

C. Sorio, G. Antolini

| | | | |
|-----|---|------|----|
| 2.1 | Premessa | pag. | 19 |
| 2.2 | L'utenza complessiva dei servizi pubblici per la cura delle dipendenze patologiche nella provincia di Ferrara | pag. | 19 |
| 2.3 | La dimensione e la natura dell'uso problematico di droghe | pag. | 20 |
| 2.4 | Consumo di alcol e alcolismo | pag. | 30 |
| 2.5 | Il profilo degli utenti dei Centri Antifumo | pag. | 34 |
| 2.6 | Conclusioni | pag. | 35 |

PARTE II – LE RISPOSTE DEL SISTEMA DEI SERVIZI

3. STRATEGIE ED INTERVENTI DI PREVENZIONE

| | | | |
|-----|--|------|----|
| 3.1 | Metodi e interventi di prevenzione | pag. | 39 |
| 3.2 | Promozione di stili di vita sani: gli interventi di Promeco | pag. | 41 |
| 3.3 | Profe? Posso dire una cosa? | pag. | 44 |
| | G. Tonioli | | |
| 3.4 | Promozione di stili di vita liberi dal fumo | pag. | 46 |
| | D. Beltrami, R. Marsili, R. Sivieri, B. Rovigatti, U. Viviani, C. Sorio | | |
| 3.5 | Progetto di prevenzione del doping sportivo | pag. | 48 |
| | P. Giacometti, R. Bergami | | |

4. IL GOVERNO CLINICO E LE AZIONI DELLA CURA: SAPER FARE O SAPER ESSERE?

| | | | |
|-----|--|------|----|
| 4.1 | Premessa | pag. | 51 |
| 4.2 | Il governo clinico e la cura | pag. | 51 |
| | L. Garofani | | |
| 4.3 | I percorsi differenziati dell'accesso | pag. | 56 |
| | R. Giovannini, P. Giacometti, G. Alberghina, R. Occhiali, C. Garuti, B. Cocchi, R. Sivieri, C. Veronesi | | |
| 4.4 | La terapia riabilitativa sociale | pag. | 57 |
| | L. Masi, M. Roncagli, S. Zanni, M. Faggioli, A. Dicara, M. Galletti, M.L. Bottoni | | |
| 4.5 | Sostanze d'abuso e lavoro | pag. | 59 |
| | F. CATERA, E. Ferraris | | |

| | |
|--|---------|
| 5. LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE | |
| 5.1 Premessa | pag. 63 |
| I. Vaccari | |
| 5.2 Le strutture pedagogico-riabilitative | pag. 64 |
| M. Alleati | |
| 5.3 Le strutture terapeutico-riabilitative | pag. 66 |
| D. Martinoli, F. Giovannini, M. Orioli, V. Pastorello, L. Scarpa. | |
| 5.4 Le strutture specialistiche | pag. 71 |
| L. Cavallini, S. Mori | |
| 5.5 Le caratteristiche degli enti e il profilo dell'utenza | pag. 73 |
| C. Sorio, G. Antolini | |
| 5.6 La valutazione degli esiti dei trattamenti | pag. 77 |
| C. Sorio, G. Antolini | |

PARTE III – LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

| | |
|---|---------|
| 6. AUTO-AIUTO, CITTADINO COMPETENTE E RETE DIFFUSA | |
| 6.1 Lavorare in rete | pag. 81 |
| V. Martiello | |
| 6.2 Il lavoro di rete e community care. I gruppi di auto-mutuo-aiuto nelle dipendenze: una riflessione teorica | pag. 82 |
| A. Noventa | |
| 6.3 Il progetto “Da che dipende?”: azioni e strumenti per il lavoro di rete | pag. 88 |
| I. Vaccari | |
| 6.4 Uno sguardo del volontariato sul passato, presente e futuro | pag. 92 |
| G. Castaldi, F. Gallini | |
| 6.5 Caratteristiche del terzo settore nelle dipendenze in provincia di Ferrara | pag. 93 |
| I. Vaccari | |
| 6.6 La rete diffusa | pag. 99 |
| R. Simoni | |

PARTE IV – ALLEGATO STATISTICO

| | |
|---|----------|
| 7. UTENZA SERT – ANNO 2008 | |
| 7.1 Utenti Tossicodipendenti | pag. 105 |
| 7.2 Utenti Alcolodipendenti | pag. 122 |
| 7.3 Utenti con gioco d'azzardo patologico | pag. 129 |
| 7.4 Utenti seguiti in carcere | pag. 130 |
| 7.5 Utenti Tabagisti | pag. 132 |
| 8. UTENZA COMUNITÀ TERAPEUTICHE – ANNO 2007 | |
| 8.1 Utenti totali in trattamento nelle comunità terapeutiche della provincia di Ferrara | pag. 137 |
| 8.2 Utenti dei SerT dell'Ausl di Ferrara con trattamento residenziale | pag. 139 |
| 9. ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO – ANNO 2009 | |
| 9.1 Scheda progetto “Da che dipende?” | pag. 143 |
| 9.2 Le Associazioni di volontariato del settore dipendenze presenti sul territorio della provincia di Ferrara | pag. 145 |

PREFAZIONE

Dell'integrazione socio sanitaria l'Azienda USL di Ferrara ha fatto un proprio punto connotativo.

In ragione di ciò è stata incaricata dalla Regione Emilia-Romagna di sviluppare sperimentalmente modalità di progettazione, monitoraggio e valutazione per presidiare, correggere e reimpostare alcuni, fondamentali, processi di integrazione quali ad esempio la continuità assistenziale.

Inoltre, anche sulla base delle esperienze maturate a Ferrara, il recente "Piano regionale sociale e sanitario" (2008/2011) conferisce al tema dell'integrazione socio sanitaria valenza strategica primaria all'interno del più generale contesto di revisione della "governance" locale. A questo punto dell'evoluzione delle "politiche" dell'integrazione avvertiamo l'esigenza di una prima riflessione critica. In larghissima misura le azioni che si sono svolte, in ragione della necessità di implementare le forme dell'integrazione, anche in un ambiente così favorevolmente predisposto quale è stato ed è quello ferrarese, hanno coinvolto servizi e operatori pubblici appartenenti all'organizzazione della "offerta" distrettuale e delle amministrazioni comunali; ospedaliera e delle attività territoriali; sanitaria, socio sanitaria e sociale.

I coordinamenti strutturati, le interconnessioni formalizzate, fra settori di organizzazione, i "protocolli" che regolano i comportamenti degli operatori e che danno sostanza alle forme della "integrazione gestionale e professionale", si sono codificati, fondamentalmente, all'interno del sistema dei pubblici servizi.

In altri termini, non c'è stata una corrispondente, puntuale attenzione nel coinvolgere all'interno di tali dinamiche anche le rappresentanze dell'utenza, attraverso le molteplici forme dell'associazionismo volontario.

Un volontariato non solo di tutela e di controllo dedito alla funzione di "advocacy" ma anche capace di elaborare il punto di vista degli utenti e dei loro familiari in merito allo "status" del bisogno presente, e tendenzialmente futuro e di fornire un supporto concretamente operativo per conferire all'offerta di attività e servizi un "quid" di qualità in più dandole maggiore efficacia penetrativa nel tessuto sociale di riferimento.

In verità, le rappresentanze del "terzo settore" sono da tempo sedute attorno ai tavoli della programmazione locale dove si definiscono i Piani di Zona per la salute e il benessere sociale, con ciò essendo parte attiva della principale fattispecie della "integrazione istituzionale", ma da questo lavoro di elaborazione

di idee progettuali non discende successivamente un coerente impegno attuativo, quanto meno di affiancamento e di supporto, all'operare dei pubblici dipendenti.

A tale carenza intende sopperire, nell'area delle alcol-tossicodipendenze, il progetto "**Da che dipende?**" la cui premessa concettuale consiste nel dare forma e sostanza a una responsabilità condivisa che scaturisca da un nuovo paradigma delle relazioni tra cittadino competente (familiari, oltre che utenti; reti di auto mutuo aiuto e di sostegno informale, etc.) e operatori disposti ad ascoltare e a operare insieme.

In tal modo la Rete dei Servizi e delle attività di riferimento si dilata oltre i confini della "offerta" pubblica e congloba anche i molteplici riferimenti associativi, volontari e di cooperazione che sono impegnati a vario titolo nel campo della prevenzione, dell'accoglienza e della cura, sulle problematiche relative al consumo e alle dipendenze di sostanze psicoattive.

Si crea così un tessuto connettivo potenzialmente capace di accogliere la persona in tutta la sua problematicità e di sviluppare una presa in carico olistica dentro e fuori il nucleo familiare, prima e dopo l'incontro con la dipendenza, in ambiente di vita e di lavoro.

Il percorso che è stato pensato e progettato per raggiungere tale obiettivo si fonda, essenzialmente, su un originale approccio comunicativo da parte degli operatori dei Servizi diversamente articolato.

Nella capacità di **rendere consapevoli i fruitori** (attuali e potenziali; loro e le loro famiglie) di quali siano le condizioni di contesto (sociali, economiche, culturali) in cui si manifesta il fenomeno delle dipendenze e quali siano le conseguenze di natura clinica e sociale che esso genera. Premesse conoscitive, queste, per elaborare congiuntamente prospettive di intervento preventivo, di cura e di recupero; affidate ai servizi pubblici, alle comunità terapeutiche e alla galassia dell'associazionismo familiare di auto-aiuto e delle reti informali di affiancamento e supporto.

Di tutto ciò tratta il "**Rapporto 2009**" predisposto dall'**Osservatorio epidemiologico Dipendenze Patologiche** già in forma integrata; fruendo, cioè, del contributo determinante di un associazionismo volontario che se ne è fatto parte attiva.

Nella capacità dei servizi di interagire strutturalmente e non occasionalmente con tale mondo associativo, non istituzionale. Ciò consente di individuare in modo puntiforme una vera e propria "mappatura" di tutti i soggetti disponibili, di natura volontaristica e/o cooperativistica che possono – anzi, devono - collo-

carsi nella rete vasta dell'offerta assistenziale accanto ai Servizi Pubblici.

Infine coinvolgendo il "terzo settore" - in qualità di "partner" - nella progettazione di strategie di formazione e di intervento la cui attuazione non può prescindere da un altrettanto, convinto impegno da parte di tutti gli attori/protagonisti che hanno originariamente pensato e voluto tali strategie.

In ciò si connota, essenzialmente, il senso del progetto "**Da che dipende**".

Dunque, dalla comunicazione per informare e coinvolgere alla interazione per attuare insieme, si dipanano i processi che, nell'area delle alcol-tossicodipendenze, vogliono delimitare la frontiera più avanzata dell'integrazione socio sanitaria.

Fosco Foglietta

Direttore Generale Azienda Usl di Ferrara

IL SISTEMA DEI SERVIZI E IL VOLONTARIATO

Nella realtà ferrarese gli interventi di cura e riabilitazione nel settore delle tossicodipendenze sono svolti dal Sistema dei servizi: una modalità organizzativa definita nella delibera regionale istitutiva dei SerT e concretizzata a Ferrara, con un'interessante forma di integrazione fra pubblico e privato.

In anni recenti, l'accreditamento congiunto delle strutture pubbliche e private, ha dimostrato la reale possibilità di costruire un sistema non più connotato dal tratto distintivo dell'appartenenza culturale o ideologica di ognuno dei componenti, ma da obiettivi comuni al cui perseguimento si tende in modo condiviso. Il senso della sfida raccolta a Ferrara sta nel tentativo di creare un sistema integrato, qualcosa di più della rete delle collaborazioni, in modo da potersi misurare con la difficoltà di condividere le strategie da mettere in atto per rispondere ai bisogni del territorio, all'interno delle linee dettate dal governo regionale.

Pertanto una programmazione comune diventa fondante del rapporto fra i partecipanti al Sistema e in questo senso l'accordo che ogni anno viene stipulato fra Strutture del privato accreditato e SerT, ha subito nel tempo una serie successiva di modifiche che ne hanno cambiato la natura. Inizialmente questo accordo pareva risolversi semplicemente in un confronto teso all'ottimizzazione delle tariffe per i gestori delle strutture private, e di saggia amministrazione del bilancio a disposizione, per i servizi pubblici. Poi, in anni più recenti, si è connotato come contratto di fornitura con budget definiti per ogni struttura, per approdare nel 2009 alla stesura di un documento che costituisce il manifesto dell'integrazione fra pubblico e privato. In esso, infatti, i servizi prodotti da ciascuno si potenziano diventando patrimonio comune, nel quadro di una programmazione condivisa, discussa e approvata, dai componenti pubblici e privati facenti parte del Comitato di Programma. Si tratta, in altri termini, di valorizzare il ruolo di ognuno dei partecipanti nella dimensione programmatoria, facendo sfumare il confine fra i singoli interventi che si integrano in percorsi terapeutici personalizzati e multifasici in grado di garantire la continuità assistenziale.

In questo contesto organizzativo la rilevanza maggiore spetta al progetto piano terapeutico individualizzato che si compone di prodotti forniti, secondo i bisogni dell'utente, da tutti i componenti del sistema in una dimensione di sostanziale complementarietà. Su questo modello organizzativo si fonda la capacità del Sistema dei Servizi non tanto di "curare" quanto

di "prendersi cura" del paziente, facendosene carico per garantire un livello qualitativamente omogeneo delle prestazioni e la possibilità di disporre di percorsi integrati fra servizi pubblici e privati rispondenti a una logica terapeutica condivisa. Per accorgersi di quanto sia lungo il cammino fin qui percorso, vale la pena ricordare che il Sistema dei servizi è nato per garantire, da un lato, un livello omogeneo della qualità delle prestazioni professionali uniforme per servizi pubblici o privati sul territorio regionale e, dall'altro, trasparente e non contrastante per i cittadini. La decisione deliberata dalla Regione, quindi, altro non era che un'indicazione programmatica, da essere resa operativa nel medio-lungo periodo adattandola ai bisogni delle comunità locali e predisponendo piani di intervento congiunti.

A Ferrara l'obiettivo di ottimizzare il livello qualitativo delle prestazioni rese all'interno del Sistema è stato perseguito attraverso un lavoro di collaborazione basato sul rispetto dell'autonomia dei singoli partecipanti, durato molti anni e mantenuto al centro dell'attenzione da un costante confronto. Lo sviluppo originale dell'esperienza ferrarese sta nell'aver realizzato i percorsi della continuità assistenziale utilizzando tutte le risorse dei servizi pubblici e privati, attraverso la definizione di progetti terapeutici individuali condivisi. È in questa comunione di intenti, nella programmazione prima e nella predisposizione dei piani terapeutici poi, che si annullano le distanze fra i servizi e si determina l'integrazione perseguendo il risultato ultimo di soddisfare i bisogni degli utenti.

L'obiettivo dell'integrazione è stato raggiunto grazie alla volontà di creare la necessaria sintonia fra gli accordi annuali e il piano della qualità, rappresentando un terreno comune sul quale programmare le attività usando linguaggi condivisi, funzionali a rendere professionale l'intervento e valutabile il suo risultato.

È stato compiuto un percorso che ha abbattuto le diffidenze, ha saputo superare le diversità di impostazione culturale e professionale attraverso il riconoscimento delle reciproche competenze. L'uso quotidiano del linguaggio comune della qualità ha reso possibile definire dei parametri "neutri" a partire dall'approccio metodologico incentrato sulla relazione di aiuto.

In altri termini, convenire sulla necessità di disporre di competenze professionali specifiche interdisciplinari, ha permesso di superare le eventuali divisioni di tipo ideologico - compagni di viaggio indesiderati, ma sempre presenti - soprattutto quando si tratta dei

problemi della dipendenza da sostanze, e ha aperto la porta a un dialogo tecnico professionale che ha innalzato notevolmente il livello delle risposte operative.

Oggi il sistema ferrarese risponde quasi per intero ai bisogni espressi dalle persone tossicodipendenti e dai loro familiari e, attraverso i protocolli operativi e le convenzioni con altri servizi territoriali sociali e sanitari, è in grado di completare il quadro delle opportunità di cura. Forse proprio per questo motivo si è ritenuto opportuno allargare l'orizzonte, non solo quindi ai diretti interessati – utenti e famiglie - ma anche alle associazioni di volontariato che, a vario titolo e con diversi gradi di partecipazione, possono essere coinvolte.

Nel corso dei molti anni trascorsi dalla sua fondazione, i rapporti tra il SerT e l'Associazione Famiglie Contro la Droga - prima e unica sopravvissuta fra quelle nate in provincia di Ferrara - non si sono mai interrotti, talvolta discontinui o conflittuali, ma sempre centrati su un rapporto di fatto esclusivo. Oggi, invece, per la prima volta, è il Sistema dei servizi che si confronta con il volontariato inteso come struttura che sostiene le istanze dei "clienti-utenti" dei servizi.

Si cerca infatti anche in questo contesto un'interlocuzione alla pari che supera la dimensione rivendicativa contrapposta alla sostanziale incapacità di comprenderne le ragioni. Ne è scaturito un progetto di collaborazione con una finalizzazione precisa che si incardina perfettamente nell'idea che la tossicodipendenza possieda una dimensione di complessità tale che nessuno da solo può permettersi di affrontare. Per questo, accanto alla competenza professionale di alta qualità necessaria per affrontare in modo efficace la sofferenza dei singoli, occorre un livello di interesse e di mobilitazione delle coscienze che non può essere appannaggio del sistema che si occupa della cura.

È sul livello dell'impegno civile, della sensibilizzazione e della costante attenzione, che i gruppi interessati a vario titolo al problema devono convenire per sollecitare anche i servizi a rendere trasparente e visibile il proprio operato. Uno slogan vecchio ormai quanto i servizi per le tossicodipendenze di Ferrara enunciava perentorio: "La droga è un problema di tut-

ti". Lo dichiarava in un momento in cui l'isolamento e la solitudine dei tossicodipendenti, delle loro famiglie e anche dei servizi loro dedicati, era evidente e palpabile. Poi le cose si sono evolute e oggi esiste un sistema di cura che è capace di sostenere il peso del trattamento delle persone sofferenti, ma anche questo non basta più se il nemico da combattere è ancora, mi si passi la semplificazione, la "droga" con il suo corollario di problemi privati e pubblici.

La dimensione sociale del volontariato allora diventa il ponte verso la collettività di cui il nostro sistema ha bisogno e di cui deve avvalersi accettando il rischio che le sollecitazioni che verranno dal mondo dell'associazionismo volontario non saranno sempre in linea con quanto discusso, programmato e mediato dentro alla struttura che si occupa della cura.

Però se è vero che nella dialettica sorretta dalla reciproca stima si colloca la possibilità di produrre i cambiamenti, non c'è dubbio che questa apertura diventi un passaggio ineludibile.

Certo rispettare i ruoli reciproci non è così facile, l'argomento si presta a interpretazioni soggettive che possono cercare di semplificare o peggio banalizzare realtà complesse creando una certa confusione. Oggi manovre autoritarie si coniugano con goffi tentativi messi in atto da sindaci volenterosi che cercano di sterilizzare il proprio territorio a colpi di ordinanza e di contravvenzioni sanzionando un po' a casaccio bevitori e fumatori minorenni, clienti di prostitute, immigrati e altro ancora, reinterprestando nelle piccole e grandi comunità il sogno perverso e salvifico della proibizione.

Il Sistema dei Servizi di Ferrara, oggi, credo sia in grado di reggere questa sfida perché ha saputo farsi conoscere in una dimensione unitaria che dà forza e identità alla compagine terapeutica, rendendola capace di un confronto sereno con le associazioni quali potenziali rappresentanti dei fruitori dei servizi. E, citando Demostene secondo il quale le grandi imprese nascono da piccole opportunità, dal consolidamento del sistema unitario dei servizi non possono che continuare a crescere cose positive.

Alberto Tinarelli

Direttore Programma, Dipendenze Patologiche

IL PROGETTO “DA CHE DIPENDE?”

Percorso di un progetto di rete territoriale

Il progetto “**Da che dipende?**” è stato avviato su proposta dell’Associazione di volontariato Famiglie Contro la Droga in collaborazione con il SerT e il Centro Servizi per il Volontariato, con l’obiettivo di avviare un percorso progettuale che coinvolgesse in modo concreto le associazioni di Volontariato, le realtà del Terzo Settore e le Istituzioni che, sul territorio provinciale, si occupano direttamente o sono interessate a vario titolo al problema delle dipendenze patologiche.

La difficoltà del tema trattato e la complessità delle funzioni e della rete delle relazioni che coinvolge quanti operano a stretto contatto con persone tossicodipendenti, ha convinto il gruppo di promotori a sostenere la necessità di un allargamento della rete al volontariato.

L’obiettivo della proposta è il superamento della prospettiva unilaterale di approccio alle tematiche sociali che spesso genera conflitti o incomprensioni fra gruppi di volontari di diverso orientamento ideale o fra operatori con approcci professionali e scientifici diversi.

L’idea di fondo deriva dalla convinzione che l’apporto di ognuno, declinato secondo le proprie competenze e capacità e agito sul proprio settore di competenza, può essere rinforzato da una rete di rapporti positivi sulla quale fondare un sistema capace di dialogare.

In questo modo, il riconoscimento reciproco di appartenere a un progetto comune, favorirà la costruzione di proposte operative integrate più aderenti alla complessità del disagio da affrontare. Queste proposte dovranno tenere conto della partecipazione dei famigliari, dovranno promuovere attività di promozione e sensibilizzazione di tutta la cittadinanza affinché non si senta estranea alle azioni di contrasto della diffusione della droga e di recupero dei tossicodipendenti. Infine, nella dimensione composita della rete, si potranno offrire risposte più compatibili verso le specificità delle singole persone in condizioni di bisogno.

Questo progetto trova inoltre una ragione sostanziale nelle sempre più frequenti segnalazioni che giungono presso i Servizi e le Associazioni e che denunciano un aggravamento sul nostro territorio, del disagio riconducibile all’assunzione di sostanze stupefacenti legali e illegali. È visibile l’aumento dell’uso di bevande alcoliche in età sempre più precoce, mentre

non diminuiscono gli incidenti stradali, spesso mortali, causati dalla guida in stato di ebbrezza. Infine si osservano sempre più frequenti casi di dipendenza che si discostano dalle forme classiche e che richiedono nuove competenze e capacità professionali, per orientare in modo efficace le persona e i familiari coinvolti ai percorsi di cura più appropriati.

I dati dell’Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche dell’Azienda Usl di Ferrara confermano queste impressioni e portano alla luce un aumento significativo di diversi tipi di consumo problematico fra i giovani accompagnato da un uso crescente di bevande alcoliche. Oltre a queste considerazioni va ricordata la difficoltà e l’importanza di organizzare e predisporre un’informazione di buona qualità rivolta alle famiglie e ai giovani per quanto riguarda la prevenzione dei rischi.

Alla luce di queste considerazioni è stata condivisa la necessità di riprendere il filo del discorso e ravvivare la reciproca conoscenza tra i Servizi Pubblici e quelli del Privato Sociale, che intervengono nell’ambito della prevenzione della cura e della riabilitazione, allargando il campo al confronto con il mondo del Volontariato e del Terzo Settore. In questo modo si ritiene sarà possibile aumentare il livello di coinvolgimento della società civile attorno a questi temi.

Si avverte infatti il bisogno, condiviso dagli enti proponenti, di conoscere in modo più preciso come sono organizzate le risorse pubbliche e del privato sociale che operano nel nostro territorio e si sente la necessità di momenti di confronto, di informazione e formazione che possano sottendere una lettura condivisa dei bisogni della comunità. Da questa nuova conoscenza allargata possono derivare una maggiore e più corretta informazione dei cittadini attorno a questi temi, e interventi più efficaci e meglio calati nelle diverse realtà territoriali.

La complessità del tema e la molteplicità dei settori coinvolti non può prescindere da una stretta collaborazione tra Ente Pubblico e Privato Sociale, e società civile che in questo progetto è rappresentata dai gruppi del volontariato e dalla loro Organizzazione.

Silvia Peretto

*Responsabile Progettazione Centro Servizi
per il Volontariato*

PARTE I

I consumi e la dipendenza da sostanze

1. IL CONSUMO DI SOSTANZE TRA I TREDICENNI E I QUINDICENNI

1.1 INTRODUZIONE¹

Negli ultimi dieci anni il mondo della droga è cambiato in misura significativa e con esso sono cambiati anche i consumatori e gli stili di consumo. Nonostante si siano moltiplicati gli studi sul fenomeno, resta molto difficile stimare con precisione il livello di penetrazione delle sostanze stupefacenti negli universi giovanili, in quanto i dati ufficiali rappresentano solo la dimensione dell'abuso, mentre l'universo del consumo resta per la maggior parte nascosto.

In Italia dal 1999 ad oggi emerge un quadro piuttosto preoccupante relativamente alla prevalenza dei consumi di sostanze legali e illegali nei giovani. In particolare dallo studio ESPAD Italia 2005² sull'uso di droghe nelle scuole medie superiori, di età compresa tra i 15 e i 19 anni, risulta che le sostanze legali vengono utilizzate da circa un terzo degli studenti e che la cannabis è la sostanza illegale più diffusa. Circa un terzo degli studenti, infatti ha provato a fumare uno spinello almeno una volta nella propria vita. Il 27% fuma regolarmente sigarette, il 31% ha abusato di alcol.

Inoltre l'indagine campionaria nazionale ESPAD³ 2007, mette in luce un incremento dei consumi di tabacco e di alcol nella modalità di consumo binge, nei quindicenni della Regione Emilia-Romagna.

Rispetto allo specifico target dei giovanissimi, nella provincia di Ferrara, è stato possibile utilizzare due ricerche intervento condotte da Promeco nate all'interno di interventi di prevenzione e realizzate nei due anni scolastici appena trascorsi. Le ricerche messe in campo per indirizzare le attività di prevenzione in maniera specifica sulla popolazione a cui ci si rivolge, sono state condotte sui quindicenni frequentanti la seconda superiore e sui tredicenni frequentanti la terza media. Per la prima volta è stata realizzata un'indagine sui preadolescenti allo scopo di indagare il fenomeno legato all'abbassamento dell'età del primo consumo di sostanze.

Gli interventi sono stati orientati a soggetti in due fasi diverse dell'adolescenza.

La **prima adolescenza**, dai *12 ai 14 anni*, un'età ricca di cambiamenti, che presenta più difficoltà di adattamento al cambiamento del corpo e all'allargamento dell'area delle esperienze personali; il momento in

cui i ragazzi sono più fragili, più esposti a mutamenti dell'umore.

L'**adolescenza** dai *15 ai 16 anni* un periodo accompagnato da problemi di adattamento alla scuola, da difficoltà nei processi di separazione/individuazione, di ricerca della propria identità e di definizione del ruolo sociale e di una identità personale sganciata dalle figure parentali.

Le ricerche che hanno preceduto gli interventi sono servite ad identificare gli ipotetici fattori di rischio associati ad un differente sviluppo psico-corporeo tra i generi, all'anticipazione dell'età del primo consumo di sostanze psicoattive, alla prossimità ad un contesto di consumo.

Inoltre far luce sulla percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive, è considerato dalla letteratura tra i fattori protettivi in grado di aiutare i soggetti a fronteggiare efficacemente situazioni potenzialmente rischiose.

1.2 PERCEZIONE DEL RISCHIO E CONSUMO DI SOSTANZE

I dati sui quindicenni sono stati raccolti durante l'anno scolastico 2007-2008 e hanno coinvolto 553 giovani frequentanti 5 degli 11 istituti superiori di Ferrara rappresentativi di tutte le tipologie scolastiche. I tredicenni (666) sono stati contattati durante l'anno scolastico 2008-2009 in tutte le scuole medie dei comuni di Ferrara, Copparo, Berra e Ro. Il grado di copertura raggiunto risulta pari al 67% della totalità dei tredicenni residenti nei comuni indicati⁴.

Nell'indagare i comportamenti di consumo e la percezione della pericolosità delle varie sostanze, si è tenuto conto della prossimità ad esperienze d'uso in riferimento alle specifiche età target dei soggetti. Pertanto in alcuni casi i due questionari non sono perfettamente sovrapponibili.

È bene inoltre precisare che per i target analizzati, sia il fumo di sigaretta che il consumo di bevande alcoliche costituiscono in entrambi i casi, assunzione di sostanze soggette a limitazioni⁵. Partendo da questo presupposto anche la lettura dei dati raccolti assume un significato differente rispetto ad un target di popolazione giovane-adulta.

1. Il capitolo è stato redatto da T. Bettoli – Promeco, C. Sorio, G. Antolini – Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

2. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, Italia 2005.

3. ESPAD-Italia-2007.

4. Al 31 dicembre 2008, risultano 994 i tredicenni residenti nei comuni di Ferrara, Copparo, Berra e Ro.

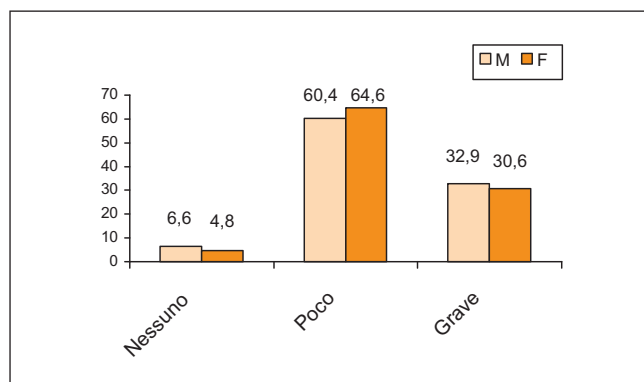
5. CP art. 689, Divieto di somministrare alcolici ai minori di 16 anni in tutti i locali pubblici.

1.2.1 I tredicenni

Lo studio ha coinvolto 333 femmine (50%) e 322 maschi (48,3%). I fattori analizzati sono stati: il sesso, il rendimento scolastico, le trasgressioni e i rischi corsi durante l'anno, la conoscenza sulle droghe, la pericolosità associata a comportamenti di consumo di sostanze legali e illegali, le esperienze vissute legate all'uso di sostanze (dall'inizio dell'anno scolastico) e la conoscenza delle campagne pubblicitarie sulla pericolosità dell'alcol.

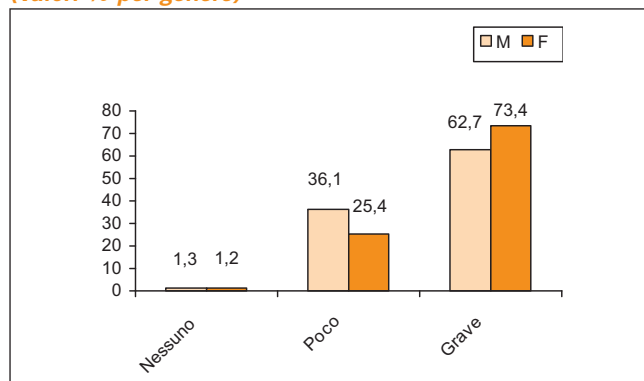
La percezione del rischio: analizzando la percezione della pericolosità di fumare sigarette, emerge come questa sia piuttosto bassa, infatti il 60,4% dei maschi e il 64,6% delle femmine ritiene poco grave fumare sigarette. Il 4,8% delle femmine e il 6,6% dei maschi pensa che non ci sia alcun rischio fumo correlato.

Fig. 1 Secondo te quanto è pericoloso fumare sigarette? (Valori % per genere)



La pericolosità del bere molti alcolici è percepita in misura maggiore rispetto al fumo di sigarette anche se il 26,6% delle femmine e il 37,4% dei maschi considera questo comportamento poco o per nulla grave. A questo dato va affiancata l'informazione che emerge e che sembra delineare un'alta tolleranza del bere piccole quantità di alcolici, il 61,2% infatti, ritiene poco pericoloso questo comportamento (il 32,2% di nessun pericolo).

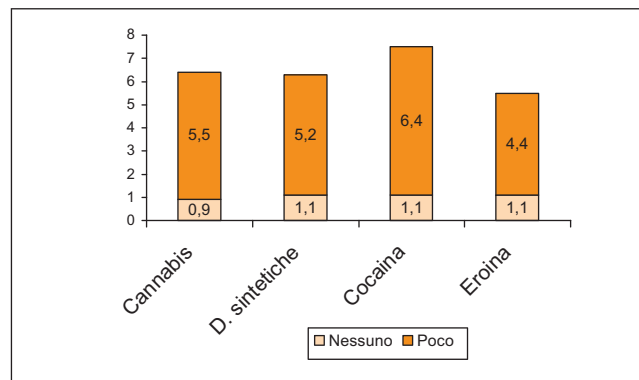
Fig. 2 Secondo te quanto è pericoloso bere troppo alcol? (Valori % per genere)



Spostandosi sulle sostanze illegali, si alza anche la percezione della pericolosità, sebbene sia presente

una proporzione di ragazzi, simile in entrambi i sessi, che non considera pericoloso provare droghe più pesanti. Ad esempio il 7,5% ritiene poco o per nulla pericoloso provare la cocaina.

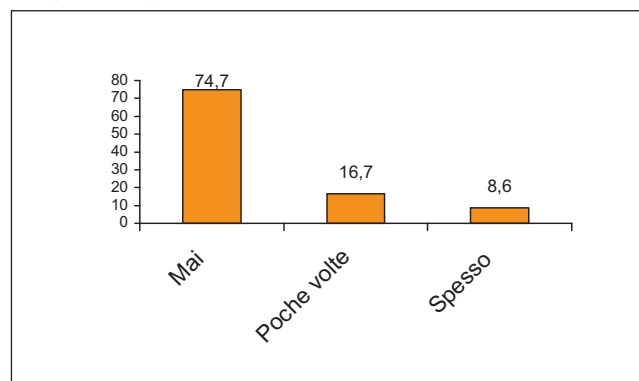
Fig. 3 Proporzioni di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (Valori %)



Sono state analizzate inoltre, le risposte che vanno ad indagare la prossimità dei tredicenni ai cannabinoidi. A tale proposito al 30,6% dei ragazzi è capitato in diverse occasioni di vedere qualcuno fumare uno spinello (al 23,7% è capitato solo 1 volta), il 13,1% frequenta più volte compagnie di amici nelle quali si fumano cannabinoidi, al 17,9% è capitato almeno una volta che venisse offerto uno spinello e l'11,1% è molto preoccupato per un amico che consuma droghe.

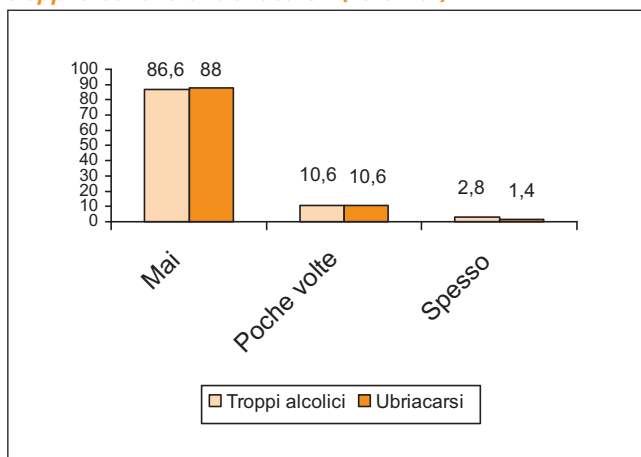
L'esperienza di consumo: passando dalla percezione all'esperienza vera e propria ("nell'ultimo anno hai fatto qualcuna delle seguenti esperienze") i valori associati ai comportamenti di consumo si abbassano rispetto al livello di tolleranza legato alla pericolosità. Va tuttavia sottolineato che l'8,6% (56 soggetti) dei ragazzi dichiara di fumare spesso, senza distinzioni di genere.

Fig. 4 Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? (Valori %)



Rispetto a comportamenti di eccesso nei consumi di alcolici, il 2,8% (18 ragazzi) dichiara di bere molti alcolici e l'1,4% (9 ragazzi) di essersi ubriacato frequentemente (nel fine settimana fino a più volte al giorno).

Fig. 5 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici o di ubriacarti? (Valori %)



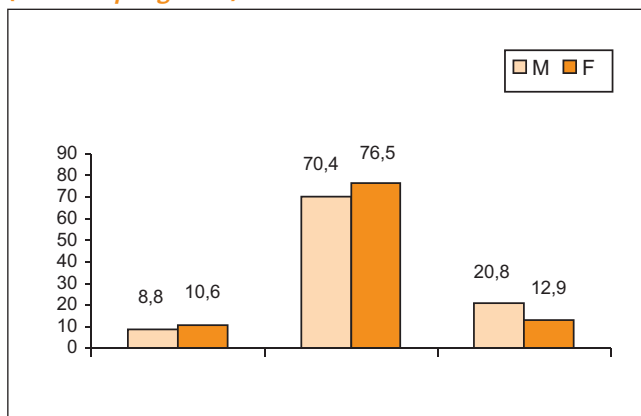
1.2.2 I quindicenni

I ragazzi intervistati, che hanno seguito un percorso sui comportamenti a rischio realizzato tramite la tecnica del focus group, sono stati 553 costituiti per il 54,6% da femmine e per il 43,4% da maschi.

I ragazzi hanno risposto a domande relative al rendimento scolastico, alle esperienze fatte legate al consumo di sostanze legali e illegali, alla pericolosità di certi comportamenti, ai rischi corsi e alla considerazione di se stessi.

La percezione del rischio: la percezione della pericolosità legata al fumare sigarette appare anche in questo caso bassa, infatti per l'84% circa dei ragazzi la pericolosità è minima se non nulla, anche se si cominciano a delineare delle differenze legate al genere: l'87,1% di femmine contro il 79,2% di maschi.

Fig. 6 Secondo te quanto è pericoloso fumare sigarette? (Valori % per genere)

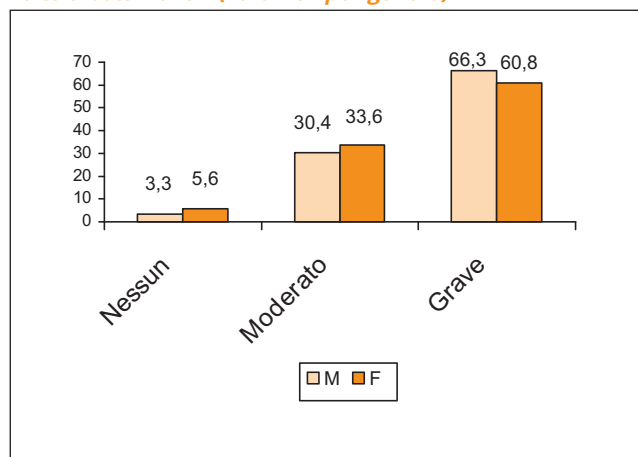


Meno evidente risulta la differenza di genere relativamente alla percezione della pericolosità del bere alcolici.

Per un 65,9% bere moderatamente alcolici diverse volte la settimana è poco pericoloso, mentre per il 15,7% il pericolo è nullo.

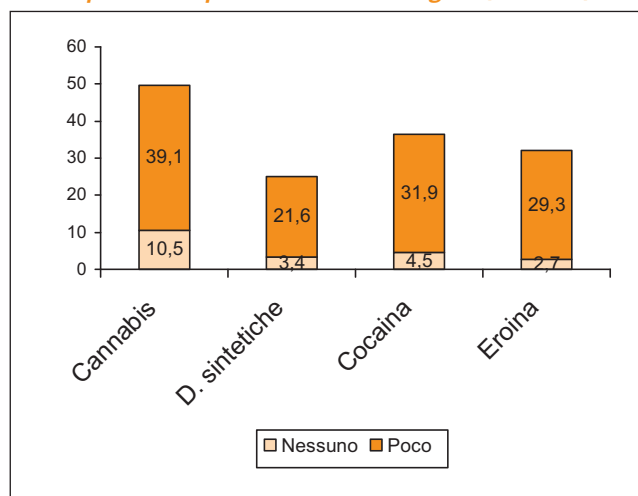
Le femmine considerano l'ubriacatura un comportamento meno grave rispetto ai coetanei maschi (39,2% contro il 33,7%).

Fig. 7 Secondo te quanto è pericoloso ubriacarsi una o più volte a settimana? (Valori % per genere)



Intervistati sulla pericolosità nel provare sostanze illegali i ragazzi mostrano una bassa percezione di quanto questa azione possa essere dannosa. Percentuali rilevanti di quindicenni ritengono poco o per nulla pericoloso provare cocaina (36,4%) o eroina (32%). Anche l'uso occasionale di marijuana o hashish è altamente tollerato (49,5%).

Fig. 8 Proporzioni di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (Valori %)

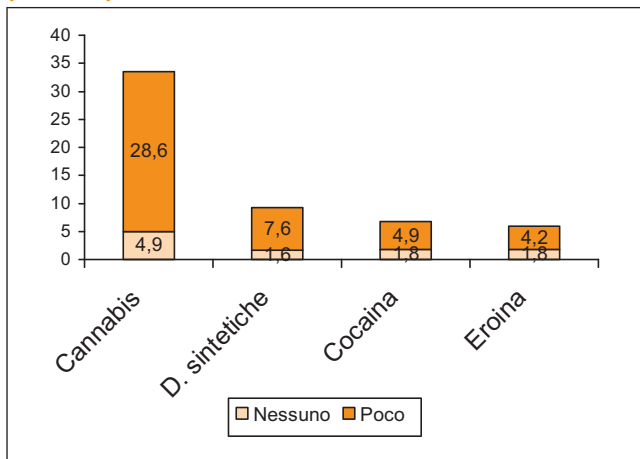


Il questionario distingueva tra la percezione del rischio associata al "provare" e all'usare. La percezione della pericolosità nell'usare sostanze illegali appare più forte relativamente al "provare", infatti si abbassano notevolmente le proporzioni dei soggetti che ritengono questa azione non pericolosa. Il 9,2% dichiara poco pericoloso o per nulla pericoloso usare settimanalmente droghe sintetiche, il 6,7% cocaina e il 6% l'eroina.

Questa riflessione non può essere estesa al consumo settimanale (1 o due volte la settimana) di cannabis, che mantiene livelli di percezione ancora molto bassi (33,5%).

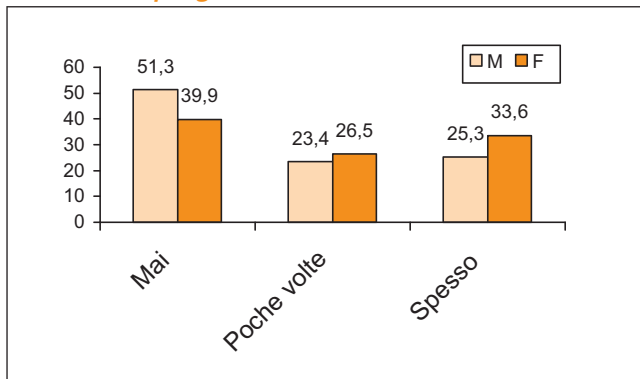
I primi segnali di una percezione di pericolosità compaiono rispetto ad un uso regolare; quasi il 90% dichiara un pericolo grave.

Fig. 9 *Proporzione di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso usare settimanalmente sostanze illegali. (Valori %)*



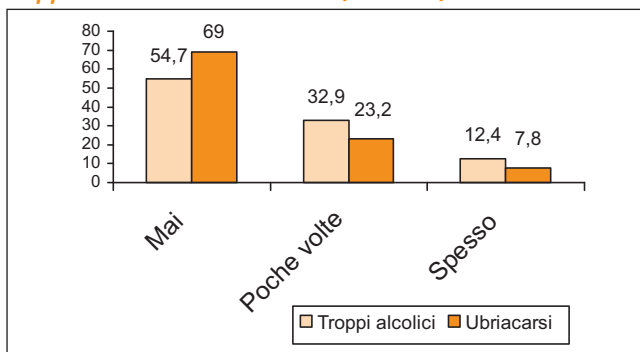
L'esperienza di consumo: i comportamenti legati all'uso di alcune sostanze evidenziano l'emergere di importanti differenze di genere, soprattutto relativamente al consumo di sigarette. Le femmine infatti, per il 60,1% dichiarano di aver già avuto almeno un'esperienza d'uso, contro il 48,7% dei maschi, dall'inizio dell'anno scolastico.

Fig. 10 *Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? (Valori % per genere)*



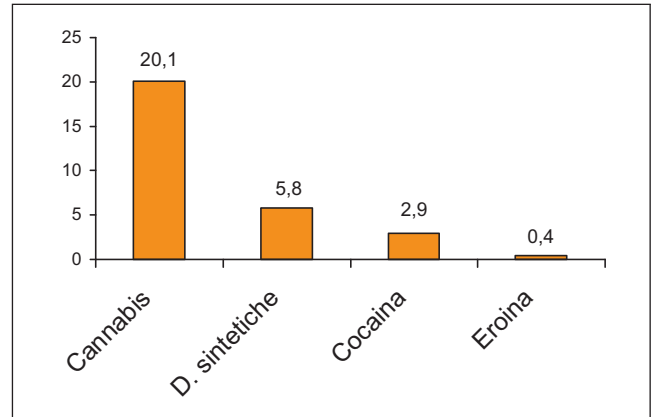
L'esperienza dell'ubriacatura è stata fatta almeno una volta dal 31% dei quindicenni intervistati, mentre il 45,3% riferisce un consumo eccessivo ("bere un po' troppo") di alcolici.

Fig. 11 *Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici o di ubriacarti? (Valori %)*



A differenza dello studio realizzato sui tredicenni, in questo caso è stata indagata anche l'eventuale esperienza d'uso di sostanze illegali come la marijuana o l'hashish, le droghe sintetiche, la cocaina e l'eroina.

Fig. 12 *Proporzione di ragazzi che ha provato sostanze illegali almeno una volta dall'inizio dell'anno. (Valori %)*



Spicca il dato che vede un quinto dei quindicenni incontrati dichiarare di aver fumato cannabis almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico.

La percentuale scende, rimanendo pur sempre preoccupante, ad un 5,8% (pari a 32 ragazzi) rispetto alle droghe sintetiche.

Confrontando il dato di consumo che emerge da questo studio, con i risultati dei principali studi condotti in passato sui quindicenni ferraresi (nel 2001 e nel 2005), di notevole impatto risultano le differenze sul consumo di tabacco. Appare evidente un netto aumento della prevalenza di consumatori di tabacco tra i quindicenni e soprattutto tra le femmine che passano da un 23,2% di uso di sigarette nel 2001 fino ad un 33,4% nel 2008. Dato stabile invece per quanto riguarda la popolazione maschile.

Fig. 13 *Prevalenza di consumatori di tabacco tra i quindicenni (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico). (% per genere)*

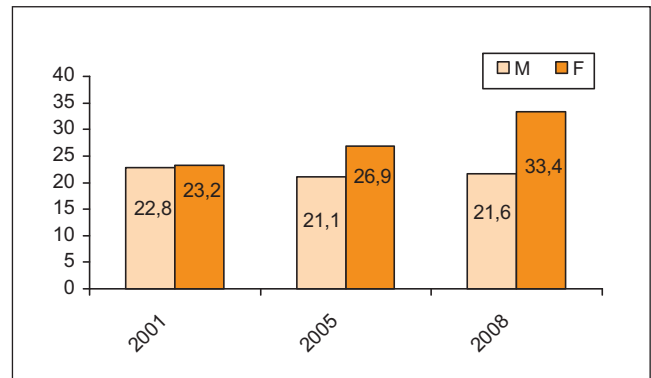
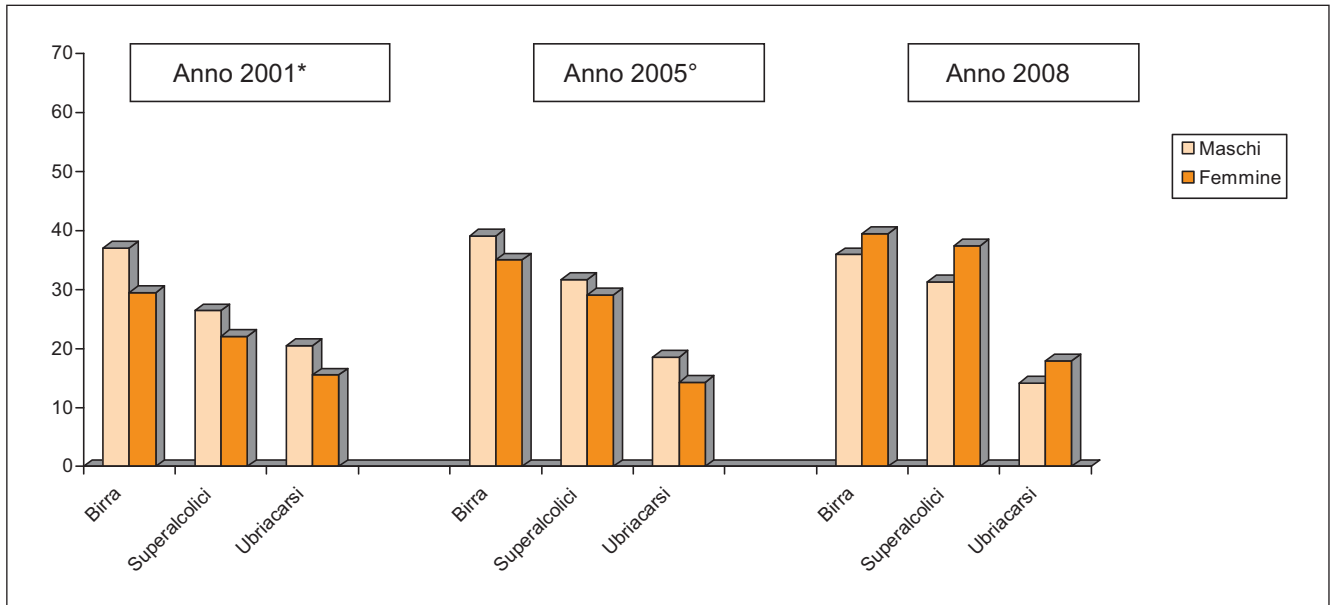


Fig. 14 Prevalenza di consumatori di alcol tra i quindicenni (ha consumato 1 o più volte dall'inizio dell'anno scolastico). (% per genere)



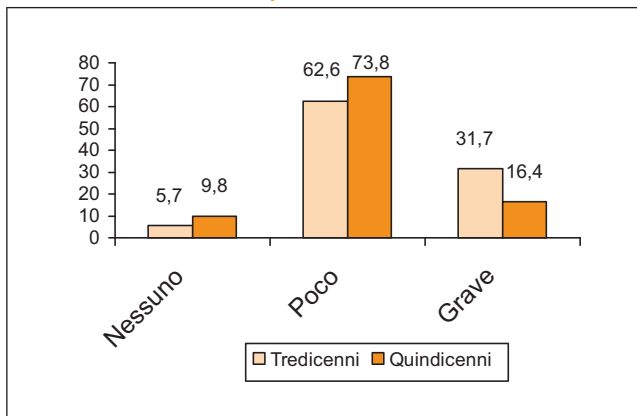
* Fonte: C. Sorio, *Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara, Comune di Ferrara, marzo 2004.*

° Fonte: E. Buccoliero, T. Bettoli, *Fifteen. Consumo di sostanze e percezione del rischio tra i quindicenni ferraresi, I Quaderni di Pro-meco, dicembre 2006.*

1.3 GIOVANI E GIOVANISSIMI A CONFRONTO

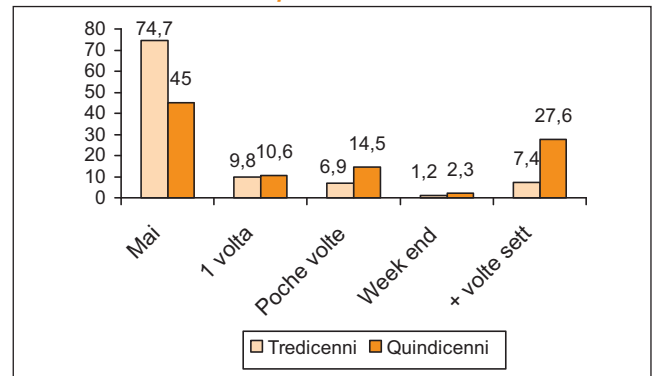
Il primo confronto tra le due popolazioni intervistate, evidenzia come la percezione della pericolosità associata al fumo di sigaretta tenda ad abbassarsi nei quindicenni. L'83,6% dei quindicenni ritiene poco o per niente pericoloso fumare, rispetto al 68,3% dei tredicenni.

Fig. 15 Secondo te quanto è pericoloso fumare sigarette? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



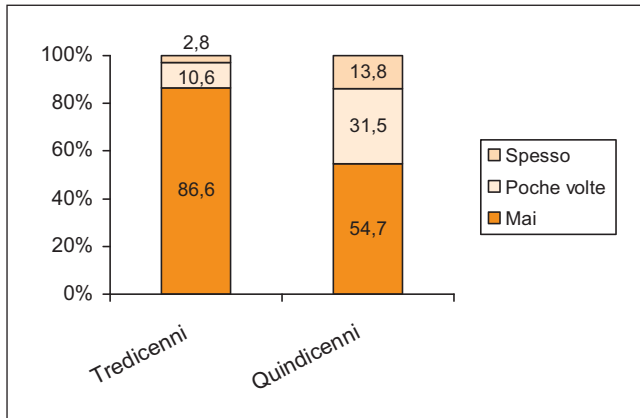
Il confronto sull'esperienza d'uso mostra ancora una volta proporzioni maggiori tra i quindicenni rispetto ai tredicenni, anche se l'esperienza una tantum (una sola volta dall'inizio dell'anno) sembra essere identica (9,8% dei tredicenni e 10,6% dei quindicenni). Anche l'uso eccessivo di alcolici si ritrova in misura maggiore nei quindicenni dove al 13,8% è capitato di eccedere spesso con l'alcol e di ubriacarsi frequentemente nell'8,1% dei casi.

Fig. 16 Dall'inizio dell'anno scolastico hai fumato sigarette? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



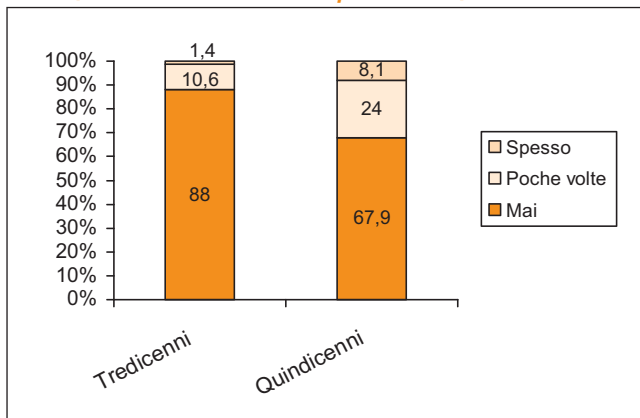
Non è da sottovalutare il fatto che a 87 tredicenni sia già capitato di bere troppi alcolici almeno una volta dall'inizio dell'anno scolastico. Questo dato richiama una nuova tendenza sulla quale riflettere: l'uso di alcool da fenomeno ricreazionale per favorire la socializzazione sembra assumere la connotazione "binge" ossia di un consumo smodato e concentrato in determinati momenti alla ricerca dello sballo anche tra i giovanissimi. Se poi si tiene in considerazione il fatto che a 15 anni l'esperienza dell'eccedere con alcolici raggiunge quasi la metà dei ragazzi, si può ipotizzare come nel tempo questa sperimentazione possa andare consolidandosi diventando uno stile di vita. La lettura del confine che separa il bere troppo dall'ubriacarsi è molto sottile, e questo si nota anche esaminando i dati. Non emergono, infatti, sostanziali differenze tra le due esperienze. Sull'interpretazione di questa differenza ci può venire in aiuto un dato qualitativo, raccolto nel corso degli interventi con i ragazzi: secondo le loro dichiarazioni il bere troppo è

Fig. 17 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di bere troppi alcolici? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



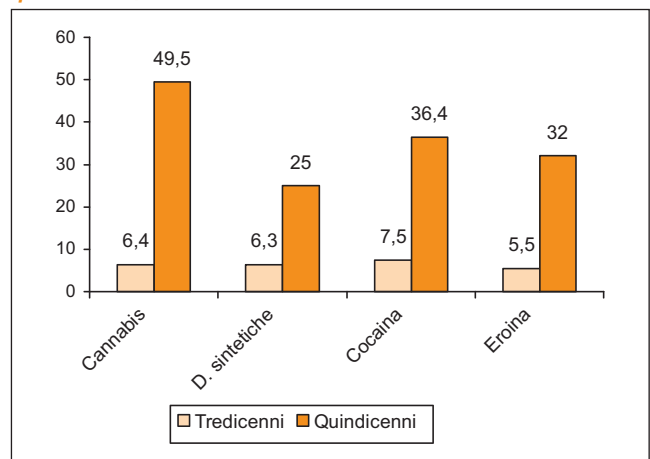
associato all'esperienza di perdita dei freni inibitori, alla sensazione di una perdita di controllo "governata"; mentre l'ubriacarsi è spesso descritto come un bere fino allo star male (vomito, estrema sonnolenza, non reggersi in piedi, non avere ricordi di quello che si è fatto o detto) con una generale perdita di controllo.

Fig. 18 Dall'inizio dell'anno scolastico ti è capitato di ubriacarti? (Valori % tredicenni vs quindicenni)



Se le proporzioni si differenziano su alcuni item, preoccupante è la maggiore tolleranza all'aumentare dell'età rispetto a qualsiasi tipologia di droga. Se tra i tredicenni il 7,5% considera provare la cocaina poco o per niente pericoloso, nei quindicenni la percentuale si alza fino al 36,4%. Un discorso analogo per l'eroina, le droghe sintetiche e in particolar modo per la cannabis.

Fig. 19 Proporzioni di ragazzi che considera poco o per niente pericoloso provare sostanze illegali. (Valori % tredicenni vs quindicenni)



1.4 CONCLUSIONI

La fotografia dei consumi e della percezione del rischio connessa all'utilizzo di sostanze emersa nelle ricerche-intervento a partire dal 2005, ha mosso i cambiamenti delle strategie nella prevenzione.

Il primo costrutto si è incentrato sul concetto di "eserciti" in quelle che sono le tappe importanti dello sviluppo evolutivo degli adolescenti. Il progetto "Punto di vista – operatore a scuola ne è una prima realizzazione.

Il secondo ha declinato l'approccio di prevenzione di comunità in interventi di rete sul territorio di cui il progetto "ZeroALCOOLmeno16" ne è un esempio.

Dai dati dell'ultimo anno emerge, inoltre, la necessità di tenere in debito conto, nella progettazione futura di interventi di prevenzione, della differenza di genere. L'affacciarsi alla sperimentazione prima e al consumo poi di sostanze, risulta molto anticipato nelle femmine rispetto ai coetanei maschi, e per questo meriterebbe un percorso specifico.

2. CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZA

2.1 PREMESSA¹

Il Rapporto Annuale dell'Osservatorio Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara, giunto alla terza edizione, ha tra i diversi obiettivi quello di fornire un aggiornamento esaustivo della situazione attuale in tema di consumo di sostanze stupefacenti, di alcol e tabacco nella provincia di Ferrara. Il rapporto cerca di dare risposta ad alcune domande fondamentali: che cosa si sa sul consumo di droga nel territorio ferrarese e sui problemi ad esso connessi? Come si sta evolvendo il fenomeno del consumo smodato di alcol nelle giovani generazioni? Che cosa ci suggerisce l'esperienza per elaborare risposte efficaci ai problemi legati al consumo di droga, alla dipendenza da alcol e da tabacco? Queste domande sono importanti perché è ormai riconosciuto che il problema della droga pone una serie complessa di questioni per le quali non esiste una soluzione a portata di mano. È riconosciuto che il cammino da percorrere in futuro prevede la riflessione sui dati disponibili riguardo alla dimensione e alla natura del problema e la valutazione delle modalità di intervento.

In questo senso il Rapporto 2009 conferma l'impegno dell'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara a favore di politiche fondate non solo sulle prove di efficacia, ma anche sull'esperienza maturata nel contesto locale dal sistema dei servizi e dalle associazioni di volontariato nel cercare una risposta al problema. Questo rapporto vuole offrire spunti di riflessione sui progressi compiuti nel reagire al problema della droga sul territorio, per aprire un confronto tra i diversi attori coinvolti. La sfida è difficile sia per le politiche sociali che per le politiche per la salute e il benessere dei cittadini. In questo momento tuttavia pensiamo sia importante fare il punto sulle strategie messe in campo fino ad oggi nelle attività di prevenzione, trattamento e reinserimento sociale.

Poiché la mission dell'Osservatorio è il monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche, ci siamo impegnati a mantenere un comportamento scientificamente rigoroso basato su standard di riferimento nazionali ed europei, interpretando le informazioni disponibili senza pregiudizi e preconcetti.

Le dipendenze patologiche da sostanze psicoattive illegali e legali nella provincia di Ferrara vengono monitorate attraverso un sistema di sorveglianza

dell'utenza in carico ai SerT, ai Centri Alcolologici, ai Centri Antifumo e al Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico² dell'Azienda Usl di Ferrara e alle Comunità Terapeutiche presenti sul territorio.

In particolare i dati che presentiamo analizzano la domanda di trattamento dei centri ambulatoriali, dei centri residenziali e delle unità di trattamento delle carceri.

Sebbene il rigore scientifico sia essenziale per questo tipo di lavoro, non possiamo dimenticare che dietro ai dati sui consumi di sostanze stupefacenti, sulla domanda di trattamento, sulle malattie infettive e sui decessi, sulle condotte criminose, si nasconde una perdita di potenzialità del tessuto sociale e un incremento del senso di impotenza ed insicurezza nelle comunità locali.

La nostra convinzione, esplicitata nella struttura di questo rapporto, è che per elaborare risposte efficaci al problema delle droghe è necessario rafforzare la rete tra servizi e cittadini per immettere nel contesto sociale una spinta orientata al cambiamento culturale nelle giovani generazioni rispetto alla concezione di uno stile di vita sganciato dalle sostanze.

2.2 L'UTENZA COMPLESSIVA DEI SERVIZI PUBBLICI PER LA CURA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Nel 2008 i soggetti che hanno seguito un trattamento nelle cinque sedi SerT presenti sul territorio della provincia di Ferrara sono stati 1874 con un incremento della domanda del 5,7% (101 soggetti) rispetto al 2007.

Nel quadro complessivo dell'utenza i tossicodipendenti da droghe rappresentano il 54,8% dell'utenza complessiva raggiungendo i 1.027 utenti in carico, con un incremento del 6,4% rispetto all'anno precedente. Tale incremento è dovuto all'aumento dei nuovi utenti che si sono rivolti per la prima volta ai SerT che nel 2008 sono stati 230, il 9% in più rispetto all'anno precedente.

Gli utenti con consumo problematico di alcol in trattamento terapeutico presso i Centri Alcolologici provinciali sono stati 390 (20,8%) con una flessione del 3,9%.

1. Il capitolo è stato redatto da C. Sorio, G. Antolini – Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche
2. SistER – Sistema Informativo sulle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna.

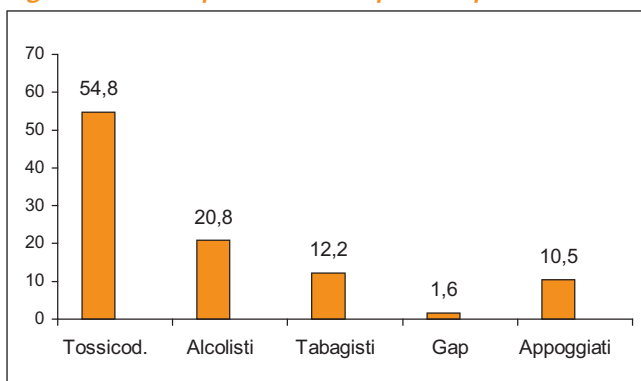
I nuovi utenti tabagisti iscritti ai corsi per smettere di fumare, o che hanno seguito un trattamento individuale offerto dai Centri Antifumo, sono stati 229 (12,2% del totale) con un incremento della capacità di attrazione del 23,1%. Infine i "gambling" che si sono rivolti al Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico del SerT di Ferrara, aperto dal 2004, sono stati 31.

Da sottolineare l'elevata quota di utenza (10,5%) proveniente da SerT extraterritoriali che inviano i pazienti per la prosecuzione della cura (in genere farmacologica), nei periodi di allontanamento dei soggetti dal territorio di residenza.

Tab. 1 Utenti complessivi seguiti dai Servizi Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl

| | 2007 | 2008 |
|--------------------------------|--------------|--------------|
| Utenti totali: | 1.773 | 1.874 |
| Tossicodipendenti | 965 | 1.027 |
| Alcolisti | 406 | 390 |
| Tabagisti | 186 | 229 |
| Giocatori d'azzardo | 29 | 31 |
| Provenienti da fuori provincia | 187 | 197 |
| Nuovi utenti: | 305 | 310 |
| Tossicodipendenti | 211 | 230 |
| Alcolisti | 94 | 80 |

Fig. 1 Utenti complessivi distinti per area problematica

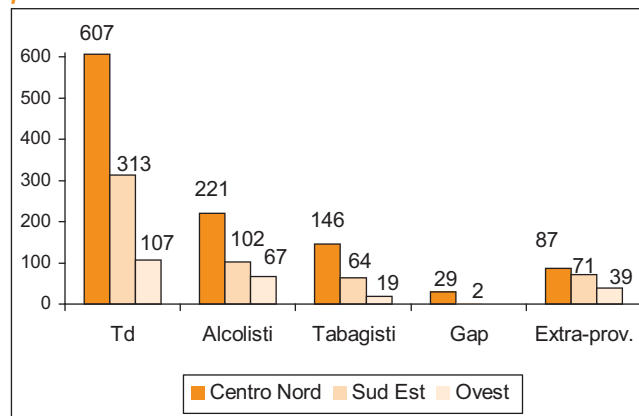


Il 58,2% dell'utenza totale si è concentrato nei SerT di Ferrara e Copparo del **distretto Centro Nord** con 1.090 utenti di cui il 55,7% tossicodipendenti, il 20,3% alcolisti, il 13,4% tabagisti. I soggetti con gioco d'azzardo patologico sono solo 2,6% dell'utenza totale. La quota degli utenti provenienti da altri SerT rappresenta invece il 13,4% con un forte impatto sui carichi di lavoro dei servizi.

I SerT di Codigoro e Portomaggiore del **distretto Sud Est** hanno seguito complessivamente 552 utenti, il 29,4% del totale aziendale: 56,7% dipendenti da sostanze illegali, 18,5% alcolisti, 11,6% tabagisti, 12,9% provenienti da SerT extraprovinciali.

Il SerT di Cento del **distretto Ovest** contribuisce per il rimanente 12,4% con 232 utenti: 46,1% tossicodipendenti, 28,9% alcolisti, 8,1% tabagisti e il 16,8% appoggiati.

Fig. 2 Utenti complessivi distinti per area problematica e per distretto socio-sanitario



2.3 LA DIMENSIONE E LA NATURA DELL'USO PROBLEMatico DI DROGHE

Nel settore delle dipendenze, la conoscenza del fenomeno del consumo problematico di sostanze psicotrope illegali costituisce la base per la programmazione degli interventi di prevenzione, trattamento e recupero sociale. La domanda di trattamento (dei residenti e non), ossia le persone che chiedono di entrare in terapia per problemi connessi alla droga, costituisce l'indicatore chiave per stimare l'andamento che caratterizza il consumo problematico di stupefacenti.

Per confrontare la dimensione del fenomeno nella provincia di Ferrara rispetto alle altre province della Regione Emilia-Romagna, si utilizzano i rapporti tra gli utenti in carico e la popolazione di età compresa tra i 15 e i 54 anni. La comparazione dei dati mette in risalto il forte impatto delle dipendenze sul territorio ferrarese, con un rapporto di 54,1 soggetti tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti, collocandosi al quinto posto nel panorama della Regione Emilia-Romagna (56,7)³.

La capacità di attrazione dei servizi misurata rapportando i nuovi utenti sulla popolazione target, registra un incremento rispetto agli ultimi 10 anni, passando da 8,7 a 12,8 nuovi utenti (ogni 10.000 abitanti) che hanno richiesto un trattamento nel 2008 per problemi legati alla tossicodipendenza.

Il dato del 2007, nettamente al di sopra del valore medio regionale (11,8 vs 10,5) si incrementa ulteriormente nel 2008 segnalando che il problema del consumo problematico di droghe non si arresta negli

3. Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna.

Fig. 3 Rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione target 15-54 anni per 10.000, distinto per Azienda Usl. Anno 2007

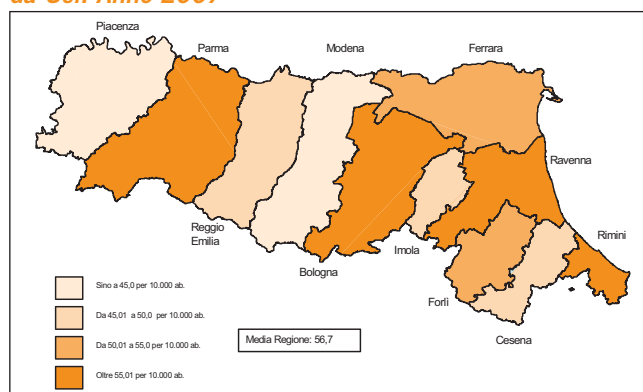
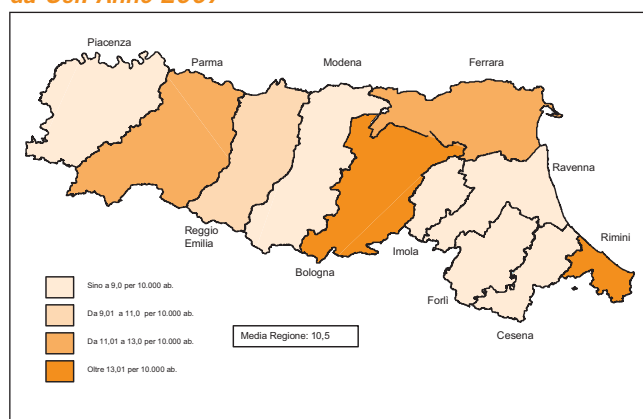


Fig. 4 Rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000, distinto per Azienda Usl. Anno 2007⁴



anni. Si modificano i modelli di riferimento, le modalità di assunzione, gli stili di vita ma la quota di soggetti che dimostrano una vulnerabilità individuale a sviluppare la dipendenza si mantiene nel tempo. Per capire il condizionamento del contesto sociale sul comportamento individuale legato all'assunzione di sostanze si è ricorsi al confronto geografico tra i 26 Comuni della provincia di Ferrara. Per rendere possibili i raffronti sono stati utilizzati due indici che si usano per misurare l'impatto delle malattie nella popolazione: il tasso di prevalenza e il tasso di incidenza⁵. Si tratta di due indici che rapportano la sola utenza in carico residente (totale e nuova utenza) alla popolazione target di riferimento.

Osservando le popolazioni residenti dei distretti si evidenzia una forte **prevalenza** del fenomeno nei distretti Sud Est (5,9 per 1000) e Centro Nord (5,7 per 1000) che presentano valori nettamente al di sopra della media provinciale (5,1 per 1000). Diversamente il distretto Ovest presenta un tasso di prevalenza al di sotto della media provinciale (3,0 per 1000).

Tab. 2 Rapporto tra utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000 distinto per province. Anno 2007

| Aziende USL | 2007 | |
|----------------|-------------------------|--------------------------|
| | Nuovi utenti/ Target | Utenti totali/ Target |
| Piacenza | 6,1 | 40,3 |
| Parma | 12,4 | 62,6 |
| Reggio Emilia | 9,6 | 45,1 |
| Modena | 7,1 | 41,5 |
| Bologna | 16,5 | 81,4 |
| Imola | 6,2 | 46,5 |
| Ferrara | 11,8 | 54,1 |
| Ravenna | 6,4 | 58,6 |
| Forlì | 5,7 | 54,1 |
| Cesena | 8,0 | 48,3 |
| Rimini | 14,4 | 63,3 |
| Regione | 10,5 | 56,7 |

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna

Tab. 3 Rapporto tra utenti tossicodipendenti e popolazione target 15-54 anni per 10.000 distinto per distretti. Anni 2007-2008

| Distretti | 2007 | |
|----------------|-------------------------|--------------------------|
| | Nuovi utenti/ Target | Utenti totali/ Target |
| Centro Nord | 13,00 | 63,0 |
| Sud Est | 13,3 | 59,9 |
| Ovest | 7,2 | 26,2 |
| Ferrara | 11,8 | 54,1 |
| 2008 | | |
| Centro Nord | 16,8 | 59,4 |
| Sud Est | 10,8 | 60,4 |
| Ovest | 6,7 | 26,5 |
| Ferrara | 12,8 | 57,2 |

I Comuni che registrano un'elevata presenza del fenomeno nella popolazione residente sono Migliaro (10,4 per 1000), Berra (8,7 per 1000), Lagosanto (8,5 per 1000), Ro (8,0 per 1000), Comacchio (7,8 per 1000), Copparo (7,4 per 1000), Portomaggiore (7,1 per 1000), Massafiscaglia (6,9 per 1000) e Ferrara (5,6 per 1000).

Per quanto riguarda l'**incidenza**, ossia la forza di sviluppo del fenomeno nella popolazione, solo il distretto Ovest (0,6 per 1000) presenta valori al di sotto della media provinciale (0,98 per 1000), mentre il distretto Centro Nord (1,1 per 1000) e il distretto Sud Est (1,0 per 1000) sono in linea con il dato provinciale.

4. I dati regionali 2008 non sono disponibili.

5. Tasso di prevalenza: utenti totali residenti/ popolazione target residente; Tasso di incidenza: nuovi utenti residenti/ popolazione target residente. I dati distinti per comune sono riportati nell'allegato statistico 7.1 - Tab. 8.

I Comuni che presentano i valori che superano la media provinciale sono: Lagosanto (2,8 per 1000), Massafiscaglia (1,7 per 1000), Portomaggiore e Jolanda di Savoia (1,3 per 1000), Berra e Argenta (1,2 per 1000).

Fig. 5 Prevalenza di tossicodipendenti totali per Comune di residenza. Anno 2008. (Tasso per 1.000 abitanti)

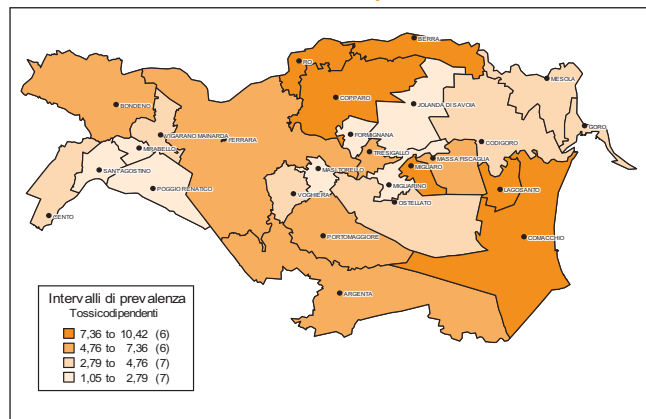
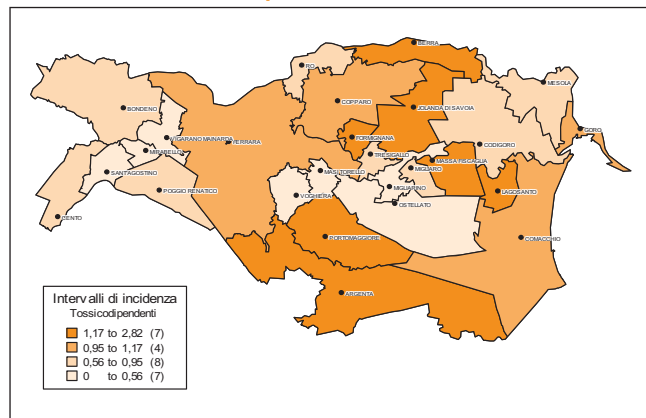


Fig. 6 Incidenza di tossicodipendenti per Comune di residenza. Anno 2008. (Tasso per 1.000 abitanti)



Negli ultimi 10 anni il numero di consumatori problematici di droghe che si sono rivolti ai 5 SerT dell'Azienda Usl di Ferrara ha subito un incremento del 22,4%, passando da 839 soggetti a 1027 nel 2008.

Il fenomeno è da attribuirsi a diversi fattori concomitanti, in primo luogo l'ampia offerta di trattamenti associata alla aumentata capacità dei servizi pubblici ad accogliere utenza multiproblematica e nuove tipologie di utenza soprattutto per uso di cocaina.

I nuovi utenti rappresentano il 22,4% (n=230) del totale; i soggetti già in carico da anni precedenti sono 797 soggetti, pari al 77,6% del totale.

Osservando l'andamento nel tempo si registra un leggero decremento dei nuovi utenti a partire dal 2003 passando da 214 soggetti a 158 nel 2006 (-10,2%), con una forte ripresa a partire dal 2007 (+33,5%), che si è mantenuta nel 2008 (+9,0%).

A livello distrettuale, nel 2008 si assiste ad una ripresa della nuova utenza nel distretto Centro Nord con un incremento del 28,9%, mentre nel Sud Est

si registra un'inversione di tendenza con un calo del 18,8%; il distretto Ovest rimane stabile.

Fig. 7 Utenti in trattamento nei SerT della Provincia di Ferrara. (Periodo 2000-2008)

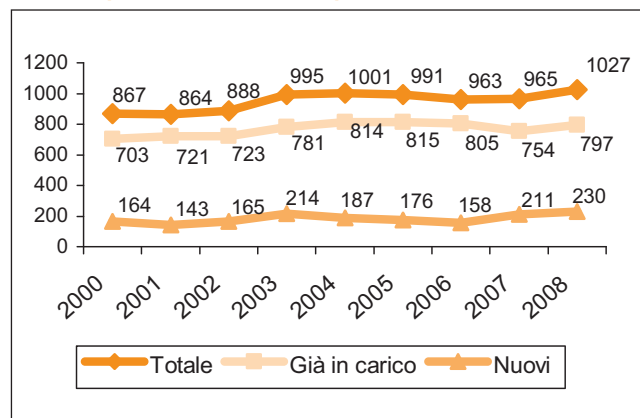
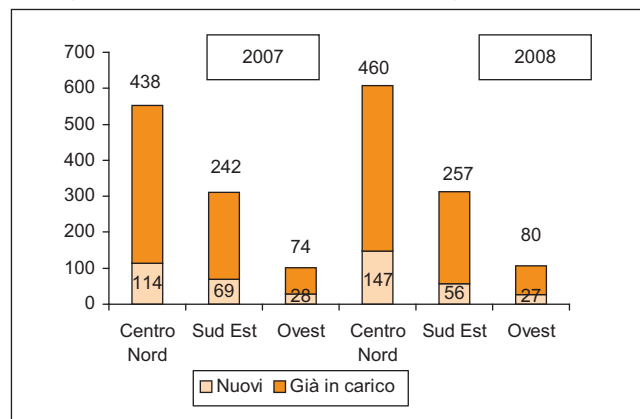


Fig. 8 Utenti in trattamento distinti per nuovi e già in carico. (Confronto 2007-2008 tra distretti)



Genere. Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: nel 2008 gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=878 pari al 85,5%; F=149 pari al 14,5%), con un rapporto di 5,9 maschi ogni femmina, valore leggermente superiore rispetto al dato regionale (4,9:1) e a quello nazionale (6,3:1).

Dall'analisi delle differenze tra i diversi servizi si osserva che il fattore sesso nell'utenza totale varia tra le diverse aree territoriali: il rapporto Maschi/Femmine si avvicina alla media provinciale nei territori di Ferrara e Copparo (5,8 e 5,7:1), a Cento le femmine sono in misura maggiore rispetto ai maschi (3,8:1), mentre le realtà più selettive per sesso risultano essere Codigoro e Portomaggiore, rispettivamente con 7,7 e 6,6 maschi ogni femmina. Notevole il valore del rapporto Maschi/Femmine raggiunto dalla nuova utenza del SerT di Codigoro che si attesta su 15 maschi ogni femmina.

Cittadinanza. L'analisi dell'utenza con nazionalità straniera è importante per l'impatto che potrà avere nel tempo sull'organizzazione dei servizi, sia dal punto di vista epidemiologico, che delle problemati-

che di disagio e disadattamento sociale soprattutto in relazione alla inconsistenza delle reti familiari di sostegno.

I soggetti tossicodipendenti di nazionalità straniera in carico presso i SerT sono 47 e rappresentano il 4,6% dell'utenza complessiva. Per la quasi totalità sono maschi (solo 2 femmine) con un'età media di 30 anni (minimo 18 anni – massimo 49 anni) e provengono soprattutto dall'area Africana (25 pari al 53,2%) e dall'Europa dell'Est (15 pari al 31,9%).

Le Sostanze d'abuso. Per comprendere quello che si sta assistendo nella evoluzione dei consumi nella popolazione generale e nella domanda di trattamento può essere utile riflettere su come si è evoluto il mercato degli stupefacenti.

Negli anni settanta e ottanta il consumo di eroina caratterizzava i contesti socio-economici più svantaggiati, le periferie urbane e le aree depresse, più povere dal punto di vista culturale. La piazza offriva eroina e cannabinoidi per motivi legati a costi e accessibilità. A seguito del miglioramento delle condizioni di vita economiche e sociali, il mercato si è differenziato e ha proposto la cocaina (insieme ad amfetamine, ecstasy e smart drug), quale merce che rispondeva bene al modello di attivismo e produttività, che si stava diffondendo. In altre parole ha adeguato l'offerta di sostanze al sentire dei consumatori in modo da adeguarli alla realtà. "Se il sistema va combattuto, l'eroina propone un mondo diverso, dove il sistema non c'è; se il sistema è fatto per i vincenti occorre allearsi per stare al passo e la cocaina fornisce lo sprint per stare al centro del movimento"⁶. Oggi in una situazione di crisi, di recessione sembra prevalere la logica economica basata su strategie a guadagno immediato, caratterizzate da alto consumo e alta assuefazione. La fidelizzazione avviene sulla sostanza che ha il potere di indurre tolleranza, e quindi dipendenza, più di altre droghe e ne rende meno probabile un uso saltuario a basso dosaggio: l'eroina. La pericolosità di questa strategia di marketing sta nel target prescelto: i giovanissimi.

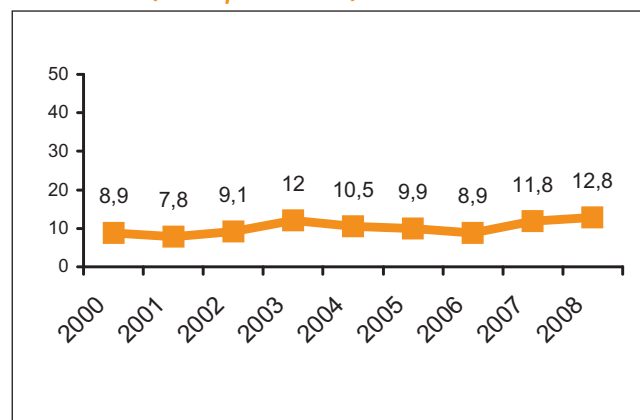
L'abbassamento dei prezzi delle droghe, associata alla diminuzione della "pezzatura", ha lo scopo di renderle più accessibili sul mercato e di abbassare l'età dei consumatori più giovani.

Questi mutamenti del mercato si possono leggere anche nella domanda di trattamento. Continua il trend in crescita degli utenti in trattamento con un aumento in particolare dei nuovi utenti che passano da 158 (nel 2006) a 230 nel 2008. In particolare si registra un abbassamento dell'età di accesso ai servizi, infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 24 anni raggiunge il 35,6%.

La crescita della domanda di trattamento da parte di

giovani e giovanissimi si accompagna ad un aumento dei fattori di disagio sociale. Il 54,8% dei nuovi utenti ha interrotto gli studi al diploma di scuola

Fig. 9 Rapporto nuovi utenti in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)

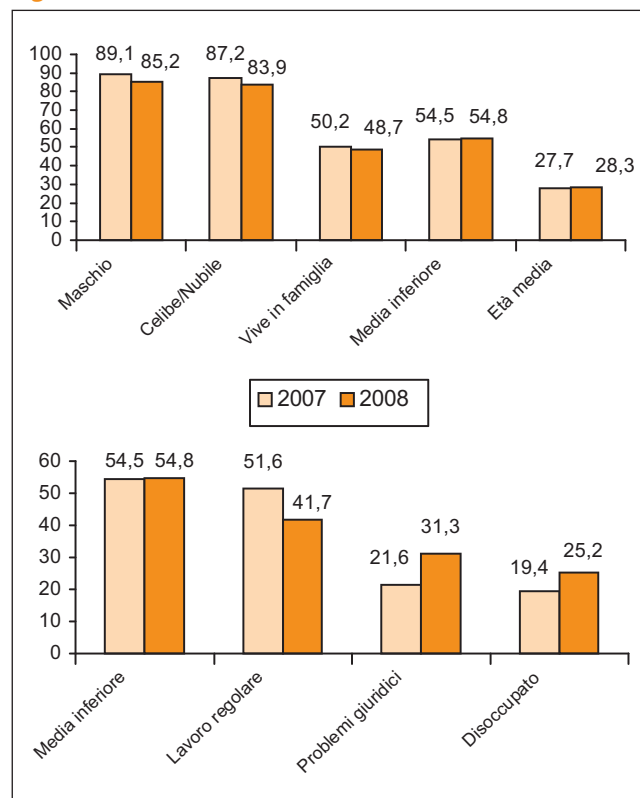


media inferiore, sia nei maschi che nelle femmine (4,8% alle elementari); aumentano i disoccupati (25,2%) e i soggetti con lavori saltuari (6,5%) e specularmente si riducono i soggetti con un lavoro regolare (41,7%).

I nuovi utenti che hanno già avuto problemi con la giustizia, anche solo per una segnalazione, passano dal 19,4% al 31,3%.

Tra il 2000 e il 2006 si nota una modificazione nei

Fig. 10 Caratteristiche dei nuovi utenti. (%)

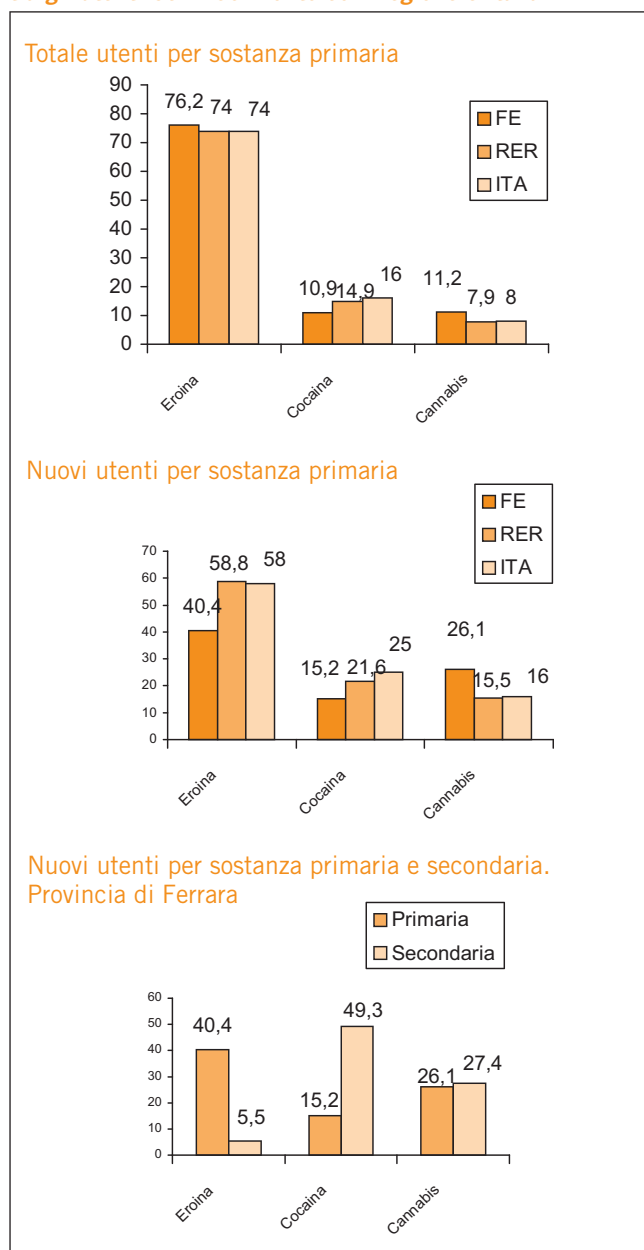


6. Regione Lombardia, Prevo.Lab, Previsione dell'evoluzione dei fenomeni di abuso, Bollettino revisionale, previsione 2009-2011.

consumi di sostanze, la percentuale degli utenti dipendenti da eroina diminuisce lentamente (79,9% nel 2000, 70% nel 2006), con un aumento progressivo dell'uso primario di cocaina che dal 2,2% del 2000 passa al 11% nel 2008. Raddoppia anche la proporzione di soggetti che utilizzano secondariamente cocaina (28,6% nel 2000 e 40,7% nel 2006), diventando la seconda sostanza maggiormente utilizzata nel 2008 (50,8%).

Nella popolazione dei nuovi utenti l'abuso non è limitato ad una sola sostanza, ma è spesso concomitante con un uso problematico di una o più sostanze secondarie, con una tendenza verso il policonsumo.

Fig. 11 Distribuzione percentuale della sostanza primaria tra gli utenti SerT. Confronto con Regione e Italia



Il leggero arretramento negli ultimi anni della cocaina (7,4/10.000 nel 2005; 5,9/10.000 nel 2008), si accompagna ad un nuovo preoccupante aumento dell'eroina che nel 2008 ritorna ad interessare il

76,2% della domanda di trattamento, rispetto alla media regionale del 74%.

In particolare l'eroina fumata come sostanza primaria tra i giovanissimi sta interessando una importante quota di ragazzi di 16-17 anni che sono arrivati ai SerT nei primi sei mesi del 2009.

I consumatori problematici di cannabinoidi che rappresentano il 26,1% della nuova utenza SerT, accedono ai servizi prevalentemente su segnalazione della Prefettura (88,3%), in base agli articoli 121

Fig. 12 Rapporto utenti cocainomani in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)

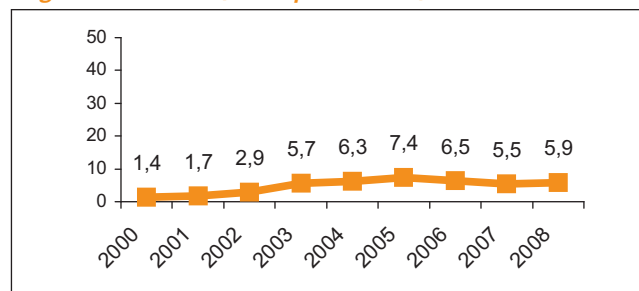
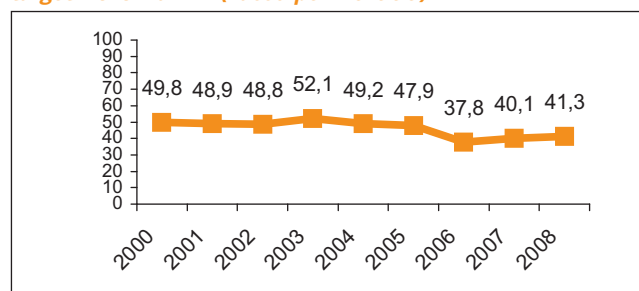


Fig. 13 Rapporto utenti eroinomani in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)



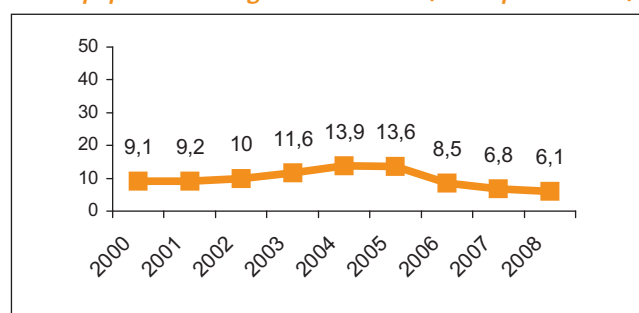
e 75, sono maschi (90%), con una età media di 25 anni (fino a 19 anni 18,3%).

Il 48,3% (29) ha un titolo di studio di scuola media inferiore contro il 30% (18) che ha conseguito il diploma di scuola superiore.

Il 63,3% (38) è occupato regolarmente e il 23,3% (14) è studente.

Gli assuntori di cannabinoidi continuano a rappresentare una quota considerevole di utenti dei SerT, anche se dal 2000 al 2008 sono in leggera flessione, passando dal 14,5% della domanda di trattamento

Fig. 14 Rapporto utenti con sostanza primaria cannabis in carico/popolazione target 15-54 anni. (Tasso per 10.000)



all'11,2%. Anche il consumo secondario di cannabinoidi ha un considerevole calo negli anni passando dal 23,9% nel 2000 al 19,6% nel 2008, con un sorpasso delle sostanze alcoliche (19,9% nel 2007 e 21,2% nel 2008).

Resta una quota minima (1,7%) di pazienti che usano altre sostanze (ecstasy, benzodiazepine, amfetamine, allucinogeni, altri oppiacei e inalanti), più bassa rispetto al quadro regionale che raggiunge il 3,2% sul totale degli utenti.

2.3.1 Il profilo dei consumatori di cocaina in carico ai SerT

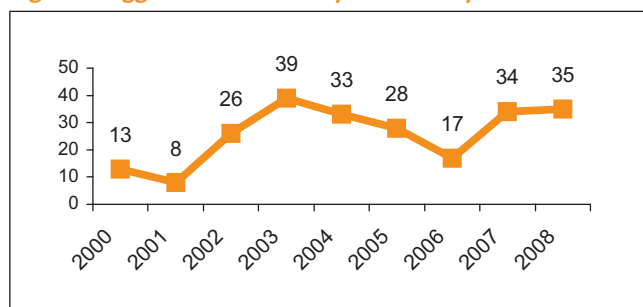
Nel complesso la cocaina risulta essere, dopo la cannabis, la seconda sostanza illecita maggiormente consumata in Europa⁷. In Emilia-Romagna si stima che il 7,5% della popolazione generale abbia fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita (contro il 6,9% dell'Italia e il 3,6% dell'Europa)⁸. I dati provenienti dagli Osservatori nazionali ed europei riguardano tutte le tipologie di consumo da una tantum, all'occasionale fino al consumo frequente.

Per comprendere i modelli di consumo della cocaina, nella nostra realtà locale, sono stati analizzati tutti i dati relativi ai soggetti presi in carico dai SerT della provincia di Ferrara tra il 2000 e il 2008, con una diagnosi di dipendenza, abuso o consumo problematico di cocaina⁹.

La coorte composta da 233 pazienti è stata osservata sotto il profilo sociale e della modalità di assunzione della sostanza, per cercare di mettere in luce le differenze interne a questo gruppo di utilizzatori.

Il profilo che scaturisce è in prevalenza maschile

Fig. 15 Soggetti cocainomani per anno di presa in carico



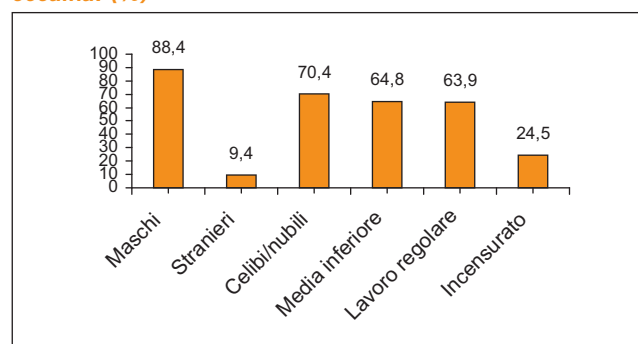
(88,4% contro 11,6% di donne; M:F=7,6:1¹⁰), con un'età media di 32 anni (min 17 anni – max 56, Dev. Std.=7,5, M=31 F=30), celibe (70,4%), con licenza di scuola media inferiore o diploma professionale (64,8% contro il 25,3% ha il diploma di

scuola media superiore o la laurea), con un lavoro regolare (63,9%) e la residenza in provincia di Ferrara (78,5%). Questo dato mette in evidenza un basso status sociale ma una forte integrazione nel tessuto produttivo.

Sotto il profilo giuridico il 36,1% degli utenti ha avuto problemi con la giustizia: il 10,3% ha avuto denunce o condanne e il 25,8% è stato in carcere o ha usufruito di misure alternative alla detenzione.

Solo il 34,7% di questi soggetti arriva ai servizi su base volontaria con un bisogno di assistenza ben caratterizzato, che si è sviluppato lungo un intervallo di tempo di più di 9 anni.

Fig. 16 Profilo sociale degli utenti con sostanza primaria cocaina. (%)



I soggetti stranieri rappresentano il 9,4%, (22), sono di sesso maschile e hanno un'età media di 28 anni (vs 31 del resto della coorte). Principalmente provengono da paesi dell'area africana per il 45,4% (Tunisia, Marocco e Ghana) e per il 27,3% dagli stati dell'est europeo (Bielorussia, Albania).

Per quanto riguarda la coorte complessiva, la modalità d'assunzione prevalente della cocaina è quella sniffata (67,4%), seguita dal 18% di soggetti che sceglie di fumarla, e una percentuale molto minore ne fa uso per via parenterale (6% la inietta).

Il 21,9% ha dichiarato un consumo occasionale, ossia una o più volte al mese, e il 36,5% un uso frequente che va da una volta a settimana fino al consumo quotidiano.

Una parte della popolazione osservata, oltre ad assumere la cocaina da sola, la associa ad altre sostanze (83 soggetti pari al 35,6%). Le sostanze secondarie principali sono i cannabinoidi (53%), l'alcol (25,3%) e l'eroina (10,8%).

Complessivamente i soggetti poliassuntori sono risultati 9 pari al 3,9%, associano alla cocaina l'alcol e la cannabis, oppure amfetamine, ecstasy o eroina.

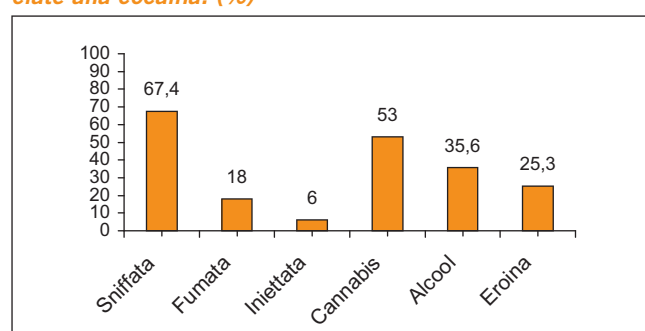
I pazienti in condizioni di dipendenza grave (con

7. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), Relazione Annuale 2008, Evoluzione del fenomeno in Europa.
 8. Consiglio Nazionale della Ricerca, Italian Population Survey on Alcohol and other drug, (IP SAD- Italia) 2007.
 9. Compresi i soggetti in Carcere, in Strutture Terapeutiche e i non residenti nella provincia di Ferrara.
 10. Tra i pazienti dei centri per le dipendenze europei: 5 uomini per ogni donna, età media 31 anni.

modalità d'assunzione per via iniettiva o modalità d'assunzione diversa ma con frequenza d'uso dalle 2 alle 7 volte alla settimana), sono 85 pari al 36,5% dell'intera coorte. In corrispondenza dell'anno 2003 è stata registrata la percentuale maggiore di soggetti con alta severità rispetto al totale dei nuovi pazienti cocainomani in carico (22 su 39 pari al 56,4%).

Il consumo di cocaina può provocare gravi problemi di salute, la maggior parte dei quali di natura cardiovascolare e neurologica. Tali problemi possono peggiorare in presenza di condizioni preesistenti o di fattori di rischio. In particolare il consumo di alcol in combinazione con la cocaina può aumentarne la concentrazione nel sangue, con un maggior rischio per la salute.

Fig. 17 Modalità di assunzione e sostanze secondarie associate alla cocaina. (%)



Giovani e giovanissimi. Dal 2000 al 2008 i giovani con età compresa tra i 17 e i 24 anni, presi in carico dai SerT provinciali, sono stati 38 pari al 16,3% del totale. Sono in prevalenza maschi (18,4% femmine), con un accesso al servizio per segnalazione da parte della Prefettura (21 pari al 55,3%), con modalità d'uso nasale (27 pari al 71%), una frequenza di assunzione occasionale di 1 o più volte al mese (39%), e con una sostanza secondaria associata (18 pari al 47,4%).

La domanda di trattamento per uso problematico di cocaina dei giovanissimi con età compresa tra i 17 e i 19 anni¹¹, è ancora un evento raro (3% pari a 7 soggetti). Tuttavia dall'analisi del profilo si evidenzia un alto livello di gravità al momento dell'accesso. Questi ragazzi (5 maschi e 2 femmine), arrivati ai SerT in maniera autonoma o su indicazione di altri servizi del territorio, presentano ancora una modalità di assunzione sniffata, ma una frequenza d'assunzione molto alta che va da 1 volta fino a 7 volte alla settimana. Inoltre per 6 ragazzi la cocaina è assunta in associazione ad altre sostanze (4 cannabinoidi, 1 alcol e 1 amfetamine).

Donne. Complessivamente le donne rappresentano l'11,2% (26) delle richieste di trattamento per consumo problematico di cocaina seguite dai SerT. Sono arrivate ai servizi spontaneamente (10), o su invio da servizi sociali e sanitari (8), al momento della presa in carico presentavano un uso frequente di cocaina (da 1 a 7 volte la settimana) nel 57,7% dei casi (15), con modalità di assunzione sniffata (73,1%). La maggior parte non abbina al consumo di cocaina altre sostanze, anche se nel 42,3% dei casi (11 soggetti) viene riferita una concomitanza d'uso di cannabinoidi, alcol o amfetamine.

I percorsi terapeutici. Per i pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara il percorso terapeutico inizia con la fase di osservazione e diagnosi, effettuata dal medico e dallo psicologo, alla quale segue la definizione di un trattamento terapeutico che può essere distinto in 6 macro segmenti.

Il primo percorso socio-educativo predisposto per i soggetti inviati dalla Prefettura (31,1%), ha attivato colloqui e attività di sostegno sociale ed educativo associati a controlli periodici dello stato di salute e al monitoraggio dei metaboliti urinari per la ricerca delle sostanze di abuso.

Il secondo percorso psicologico seguito dal 20,2% dei pazienti, ha attivato colloqui di consultazione e sostegno individuali o familiari, associati a controlli dello stato di salute.

Il terzo percorso psico-socio-educativo che integra colloqui di consultazione psicologica con colloqui di sostegno educativo e sociale (inserimento lavorativo, formazione professionale, prestazioni socio-economiche) ha riguardato il 14,5% dei pazienti.

Il quarto percorso psicoterapeutico è stato seguito dal 8,8% degli utenti come fase propedeutica all'ingresso nei gruppi di psicoterapia ad approccio cognitivo comportamentale¹². Il modello psicoterapico di gruppo mira ad aiutare i pazienti a riconoscere, evitare e fronteggiare le loro difficoltà. Si tratta di un approccio che prevede l'applicazione di tecniche svolte in tempi brevi, flessibili, compatibili con altri trattamenti (ad esempio con la terapia farmacologica). Il gruppo per pazienti cocainomani dura circa 12 settimane, le sedute hanno una durata di 90 minuti.

Il quinto percorso è rivolto ai soggetti in carcere (18,6%) e offre trattamenti di sostegno psicologico e interventi socio-educativi.

Infine il 2,1% dei pazienti ha seguito un *trattamento residenziale* in strutture riabilitative convenzionate con il SerT, con terapia farmacologica.

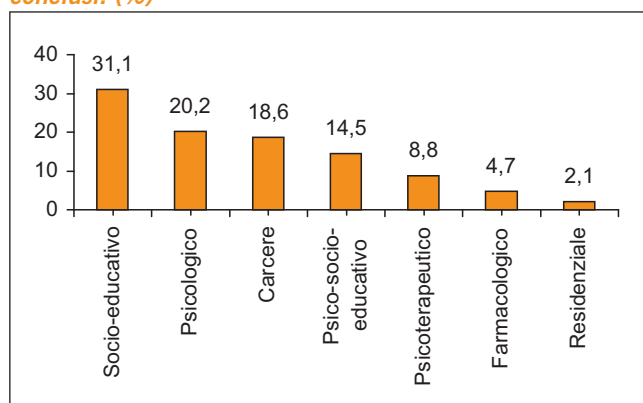
I percorsi che hanno avuto un buon livello di performance sotto il profilo del raggiungimento degli obietti-

11. Non sono stati rilevati soggetti di età inferiore ai 17 anni.

12. K.M. Carroll, Trattamento della dipendenza da cocaina, Approccio cognitivo-comportamentale, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.

vi previsti dal programma terapeutico sono stati: il percorso socio-educativo (70% programma completato) e il percorso psicologico (61,5% programma completa-

Fig. 18 Tipologie di trattamento relative ai primi programmi conclusi. (%)



to). Seguono il percorso integrato psico-socio-educativo con il 53,6% di programmi completati e il percorso psicoterapeutico con il 41,2% di esiti positivi. Specularmente le maggiori interruzioni si sono registrate nei trattamenti in comunità terapeutica (50%).

L'esito dei programmi terapeutici sembra influenzato dalla gravità della condizione di dipendenza. I soggetti con severità alta tendono ad interrompere maggiormente il trattamento (35,3%) rispetto a quelli meno gravi (17,1%).

La mortalità legata all'uso di cocaina è spesso causata da arresto cardiaco a seguito di blocco respiratorio. L'uso combinato di alcol aumenta il rischio di morte improvvisa. Nei 9 anni analizzati sono stati registrati 2 decessi di cui uno per malattie dell'apparato respiratorio.

Fig. 19 Trattamenti terapeutici distinti per esito. (%)

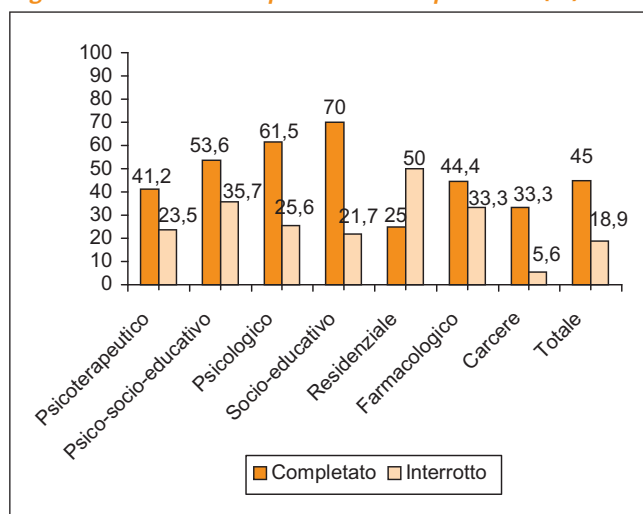
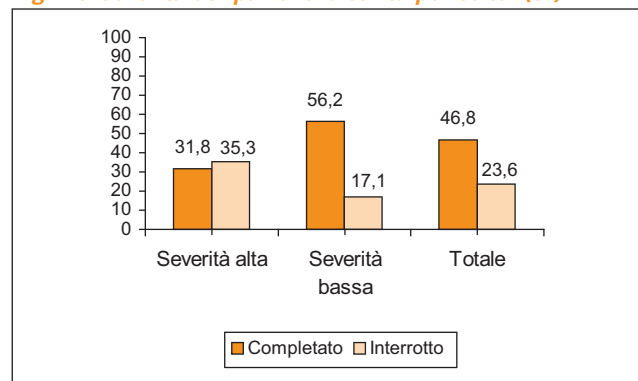


Fig. 20 Severità dei pazienti distinta per esito. (%)



2.3.2 Eroina: nuovi e vecchi problemi

Dalla relazione annuale sulle tendenze del consumo di oppiacei in Europa, viene messo in luce un incremento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, dei sequestri di eroina e delle domande di trattamento.

Queste nuove tendenze si affiancano a un aumento della produzione di oppio in Afghanistan, facendo temere che tali eventi potrebbero essere collegati tra loro per una maggiore disponibilità di eroina sul mercato europeo.

La dipendenza da eroina continua a rappresentare la principale causa che motiva la domanda di trattamento presso i SerT della provincia di Ferrara.

Infatti il 79,6% dell'utenza totale è costituito da soggetti con consumo problematico di oppiacei rispetto al 74% della Regione e al 71% dell'Italia¹³.

La stima relativa alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei a livello provinciale è di 4,1 casi trattati ogni 1.000 abitanti, che si colloca al di sotto delle stime medie europee (4-5/1000), nazionali (5,4/1000) e regionali (5,7/1000).

Il consumo di eroina rimane un problema grave di salute pubblica, tuttora responsabile di una parte consistente dei costi sociali e sanitari.

Per leggere correttamente i dati relativi ai soggetti in trattamento va fatta un'analisi separando i nuovi utenti che si sono rivolti per la prima volta al servizio nel 2008 e i pazienti già in trattamento. Questo ci permette di delineare il problema connesso con l'invecchiamento dei consumatori di eroina.

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe classifica gli adulti più anziani che usano sostanze in due tipologie: persone che hanno una lunga esperienza con le sostanze iniziata in età giovanile (precoci) e coloro che hanno iniziato in età adulta (tardivi) spesso in concomitanza con eventi particolari (lutti, separazioni, ecc.).

Sul territorio provinciale la quota di utenti con

13. Regione Emilia-Romagna, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna; Relazione Annuale al Parlamento 2008.

età maggiore di 39 anni è passata da 92 soggetti nell'anno 2000 a 351 nel 2008, con un incremento del 281%. Questo forte incremento della quota di adulti-anziani in carico ai SerT (34,2% del totale degli utenti tossicodipendenti) è in parte spiegabile dall'effetto della ritenzione in trattamento provocata dai farmaci sostitutivi degli oppiacei (metadone, buprenorfina).

I pazienti storici. Si tratta di 648 soggetti in trattamento mediamente da circa 6 anni, composti per l'84,7% da maschi e dal 15,3% da femmine. Hanno un'età media di 37 anni (M38 anni; F35 anni; 293 con più di 40 anni pari al 45,2%), quando si sono rivolti al servizio avevano una modalità di consumo prevalentemente endovenoso (82,7%), con cocaina secondaria (58,1%). Attualmente hanno una buona compliance al trattamento e sono integrati socialmente (il 40,7% ha un lavoro regolare). Si tratta di una fascia di utenza che pone ai servizi problemi correlati all'aggravarsi delle patologie correlate (Hcv, Hiv), a nuove patologie croniche e a patologie psichiatriche richiedendo ai servizi una notevole quantità di risorse.

I soggetti in carico da più di 10 anni sono 177 (27,3%), in prevalenza maschi (83,6%), con un'età media di 42 anni (min 28 max61), dipendenti da eroina per via endovenosa al momento della presa in carico (96,6%) e con una sostanza secondaria nel 41,8% dei casi (47,3% cocaina). Il 2,2% è Hiv positivo (4 femmine). Il 71,7% (127) è in trattamento con metadone (contro il 61% degli utenti in trattamento da meno di 5 anni), 11 soggetti hanno seguito un trattamento residenziale (6,2%) e 7 soggetti sono stati in trattamento psicoterapico. Si tratta di persone con un basso livello di istruzione, infatti il 60,4% ha un titolo di studio medio inferiore e il 19,2% ha ottenuto solo la licenza elementare. La condizione lavorativa evidenzia un 45,2% di soggetti che risultano occupati regolarmente. Solo il 2,2% proviene dal carcere contro il 92,6% che ha un accesso spontaneo al SerT.

I soggetti in trattamento da 6-9 anni presentano lo stesso profilo epidemiologico dei pazienti "cronici", con alcune piccole differenze: hanno un'età media di 38 anni (min 24 max 57), sono per la quasi totalità maschi (90,1%), con uso endovenoso (91,4%), associato secondariamente alla cocaina nel 72% dei casi. Il 3,3% (5 soggetti) è positivo al test Hiv. Il 67,8% (103) è in trattamento a metadone, il 14,5% (22) ha seguito un trattamento in comunità terapeutica e il 13,1% (20) è stato in trattamento psicoterapico.

Donne. Sono 99, hanno un'età media di 35 anni, per il 92,9% sono arrivate al servizio spontaneamente o su indicazione di altri servizi, hanno una modalità d'uso endovenosa (79,8%) e utilizzano una sostanza secondaria nel 52,5% dei casi (61,5% cocaina). Il 18,2% è Hiv positivo (18).

I nuovi utenti. Come già sottolineato in premessa, tra i nuovi pazienti emerge un progressivo aumento dell'eroina fumata (43%), una pratica più funzionale e meno invasiva dell'uso endovenoso.

Rispetto ai pazienti storici, questa nuova utenza è più giovane (32 anni, min 17-max 55), con forti proble-

Fig. 21 Confronto tra nuovi utenti e già in carico con sostanza primaria eroina. (%)

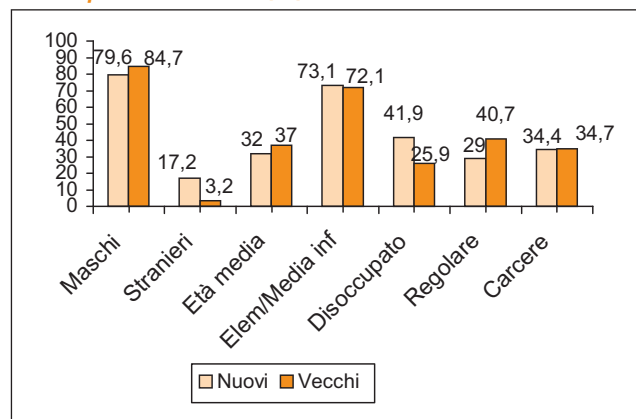
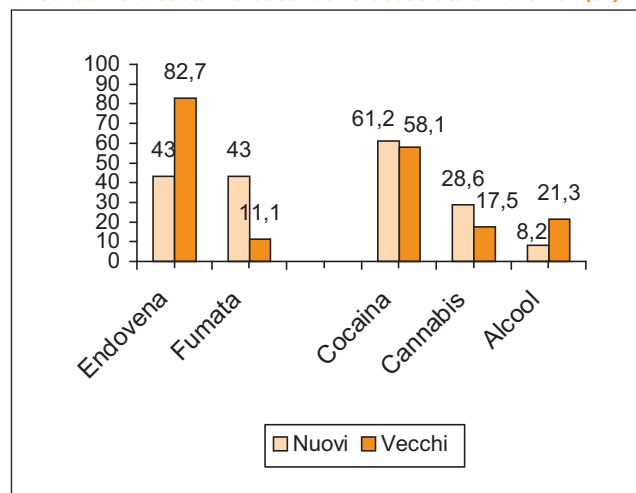


Fig. 22 Confronto tra nuovi utenti e già in carico per modalità di consumo e sostanza secondaria associata all'eroina. (%)



mi di integrazione sociale (42% disoccupati; 46,2% di problemi con la giustizia), e una propensione al policonsumo (61% ha un uso secondario di cocaina; il 29% di cannabis); non presenta problematiche sanitarie legate all'infezione Hiv. Il 45,2% ha richiesto un trattamento al SerT spontaneamente, contro il 37,6% che è stato seguito in carcere. L'11,8% è stato inviato da altri servizi. Va segnalato infine che il 17,2% non ha cittadinanza italiana.

Le donne rappresentano il 20,4% della nuova utenza con dipendenza da eroina (19), hanno un'età media di 26 anni (min 17 – max 42), una modalità di assunzione dell'eroina fumata (10 pari al 52,6%), nel 42,1% dei casi hanno una sostanza secondaria. Sono arrivate ai SerT spontaneamente o su segnalazione di altri servizi (16 pari all'84,2%).

I percorsi terapeutici. L'offerta dei servizi si diver-

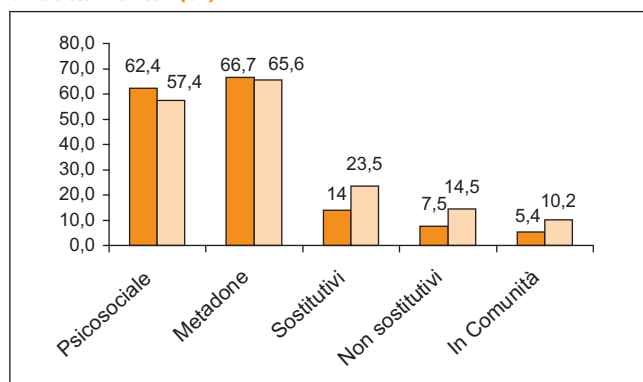
sifica in un range di trattamenti che vanno dal day care per disintossicazione, alla terapia farmacologica della dipendenza da sostanze psicotrope, alla psicoterapia individuale, familiare e di gruppo.

Negli ultimi anni a integrazione dei trattamenti farmacologici è stata avviata una specializzazione degli interventi degli psicologi e degli educatori per affrontare i casi clinici più gravi (pazienti multiproblematici, cronici, più anziani, con patologie gravi) con scarse risorse personali. Si tratta di interventi specifici di accompagnamento e valorizzazione delle capacità residue.

La risposta alla cura e l'esito dei programmi sono influenzati dal profilo psico-patologico del paziente, dalla risposta ai trattamenti, dalla disponibilità di risorse relazionali, dall'appartenenza ad un contesto favorevole.

L'approccio alla cura che si è consolidato negli ultimi

Fig. 23 Utenti con sostanza primaria eroina distinti per tipo di trattamento. (%)



mi anni, e che trova conferma anche nelle evidenze scientifiche, è basato sulla integrazione dei trattamenti (farmacologico, psicologico, sociale, educativo) al fine di perseguire obiettivi differenziati ma fortemente correlati.

Si tratta di obiettivi terapeutici che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della salute, fino all'integrazione sociale e lavorativa dell'utente. Vi sono inoltre programmi orientati a ridurre i rischi drogacorrelati come le infezioni e la mortalità, i comportamenti suicidari in carcere e le ricadute.

2.3.3 Il rischio di mortalità

Il rischio di mortalità tra i tossicodipendenti da eroina endovenosa è elevatissimo rispetto alla popolazio-

ne generale della stessa età e sesso.

Dagli studi di mortalità condotti tra il 1975 e il 1995 nella provincia di Ferrara¹⁴ è emerso che la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento si attesta attorno all'80%. Dei soggetti seguiti per 15 anni il 35% era deceduto alla fine del follow-up. L'aggiornamento dello studio al 1999 mette in luce un decremento progressivo della mortalità per overdose, mentre continua a manifestarsi un eccesso di mortalità per Aids. Infine si conferma un rischio di morte più elevato nei maschi rispetto alle femmine e una relazione significativa tra la situazione di svantaggio sociale (livello di istruzione basso, disoccupazione, problemi con la giustizia) e il calo della probabilità di sopravvivere¹⁵.

L'intossicazione acuta da sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso, tuttavia la mortalità si estende anche ad altre cause meno direttamente attribuibili all'effetto della sostanza. Per esempio le epatopatie, le malattie del sistema circolatorio e i tumori. La mortalità si estende infine anche a cause indirette come l'incidente stradale e il suicidio.

La riduzione del rischio di overdose emerge anche dai risultati dello studio nazionale Vedette¹⁶, che ha trovato evidenze statisticamente significative tra la ritenzione in trattamento e la riduzione del rischio di mortalità. Il fattore predittivo più significativo della compliance al trattamento è l'integrazione tra diversi trattamenti.

In generale i trattamenti influiscono positivamente sulla salute della persona a cui sono erogati, poiché agiscono in maniera significativa sulle condizioni sanitarie, sugli stili di vita, sul funzionamento psicolo-

Tab. 4 Decessi osservati nella popolazione tossicodipendente distinti per causa di morte. (Periodo 2006-2008)

| Cause di morte | 2006 | 2007 | 2008 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Aids | 2 | 4 | 3 |
| Overdose | 1 | 1 | 0 |
| Suicidio | 1 | 1 | 0 |
| Incidente stradale | 3 | 1 | 3 |
| Epatopatie | 5 | 5 | 1 |
| M. Sistema circolatorio | 0 | 1 | 0 |
| Tumore | 0 | 1 | 1 |
| Altro | 2 | 5 | 3 |
| TOTALE | 15 | 19 | 11 |

14. L. Ciccolallo, G. Morandi, R.M. Pavarin, C. Sorio, E. Buiatti, La mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna ed i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale, *Epidemiologia e Prevenzione*, 24,2,2000.

15. G. Antolini, M. Pirani, G. Morandi, C. Sorio, Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999, *Epidemiologia e Prevenzione*, 30,2,2006.

16. M. Ferri, A.M. Bargagli, F. Faggiano et al., Mortalità in una coorte di tossicodipendenti da eroina arruolati presso i SerT in Italia, 1998-2001, *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 5, 2007.

gico e sociale, sugli aspetti relazionali e familiari. In questi ultimi anni il sistema dei servizi pubblici-privati della provincia di Ferrara ha sviluppato percorsi residenziali diretti ad utenti con patologie invalidanti permanenti o a soggetti con particolari esigenze di cure sanitarie intensive temporanee e progetti di reinserimento post comunità con supporto educativo e territoriale.

Per i giovanissimi (16-24 anni) il SerT ha avviato percorsi di accesso dedicati offrendo interventi di psicoterapia individuale e di educazione affettiva.

Nel SerT di Ferrara è presente una équipe carcere che garantisce la continuità di cura nel periodo di carcerazione di soggetti con dipendenza da sostanze e prevede la predisposizione di un programma terapeutico stabilendo contatti con il SerT di appartenenza dei detenuti, con gli operatori penitenziari, con gli operatori delle comunità e i familiari.

2.4 CONSUMO DI ALCOL E ALCOLISMO

2.4.1 Il consumo di alcol nella popolazione generale

Il consumo di alcol rappresenta indubbiamente un problema rilevante che spesso si traduce in gravi conseguenze sulla salute dei soggetti. È ritenuto uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, soprattutto in relazione ad alcuni fenomeni che interessano le giovani generazioni, quali l'aumento dei consumatori in età precoce e il passaggio ad una cultura del bere "binge" concentrata nel fine settimana e finalizzata all'effetto inebriante dato da quantità eccessive di bevande alcoliche.

Oltre alle patologie correlate, l'abuso di alcol è associato ad una elevata mortalità soprattutto tra i giovani di sesso maschile di età compresa tra i 15-29 anni (1 su 4) e tra le giovani donne (1 su 10)¹⁷.

Relativamente al consumo di alcol nella popolazione generale della Regione Emilia-Romagna, i dati emersi dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia 2007, mettono in luce una prevalenza di alcolici bevuti negli ultimi 12 mesi nell'84,5% degli intervistati di età compresa tra i 15 e i 64 anni (contro l'85,6% dell'Italia).

Il consumo annuale di bevande alcoliche ha riguardato l'89% della popolazione maschile e l'80% di quella femminile. Se tra i soggetti di 15-24 anni le prevalenze di consumo non si differenziano sulla base del genere (M=90,2%; F=91,2%), nelle classi di età successive prevale il genere maschile. Nella popolazione maschile (94,5%) la quota più consistente di alcolici si riscontra tra i soggetti di età compresa tra i

25 e i 34 anni, mentre in quella femminile si osserva tra le giovani di 15-24 anni (83,1%). In entrambi i sessi il consumo diminuisce all'aumentare dell'età degli intervistati, raggiungendo nei soggetti di 55-64 anni una quota pari all'85,7% tra i maschi e al 77,6% tra le femmine.

Dallo studio PASSI 2007 condotto in Emilia-Romagna su un campione di 2446 soggetti, emerge che l'83,1% degli uomini e il 55,7% delle donne intervistate riferisce di aver bevuto almeno una unità alcolica (birra, vino, liquore) nell'ultimo mese.

Il 57% ha dichiarato di consumare alcol durante la settimana e il 43% durante il fine settimana. Complessivamente il 18,4% degli intervistati può essere considerato un forte bevitore o bevitore fuori pasto. Sono soprattutto i giovani nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni (7,7%) che dichiarano di aver consumato sei o più bevande alcoliche in una sola occasione.

Nella provincia di Ferrara l'indagine¹⁸ sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi, condotta nel 2005, ha rilevato che il consumo di bevande alcoliche interessa il 77% degli intervistati di età compresa tra i 18 e i 79 anni contro il 79% della media regionale e il 75% dell'Italia.

Il 69,2% del campione beve vino almeno una volta la settimana; il 40,1% ogni giorno (53,9% Maschi; 27,1% Femmine); il 46,3% beve birra (2,6% ogni giorno); il 28,2% beve superalcolici (7,8% quotidianamente). Sotto il profilo della quantità del consumo, la maggioranza del campione (1.747) rientra nella categoria dei consumatori intermedi (35%), con una lieve differenza tra maschi e femmine. Tra i maschi è presente una percentuale consistente di bevitori forti (30,8%) che si concentrano prevalentemente nella classe di età compresa tra i 18 e i 29 anni.

2.4.2 La dimensione del fenomeno dell'alcolismo nella provincia di Ferrara

La dimensione del fenomeno del consumo problematico e della dipendenza da alcol nella popolazione residente nella provincia di Ferrara è stata stimata nella misura di 3,05 soggetti ogni 1000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore nei maschi rispetto alle femmine (M=4,32/1000; F=1,78/1000).

Nel 2007 nella provincia di Ferrara i soggetti, che si sono rivolti ai Centri Alcolologici dei SerT o ricoverati nei presidi pubblici e privati¹⁹ per problemi alcol correlati, sono stati 720, con un'età media di 51,2 anni (50,7 nei maschi e 52,6 nelle femmine). In prevalenza si tratta di italiani residenti sul territorio

17. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze, Relazione annuale 2008, EMCDDA, Lisbona, 2008.

18. A. De Togni, P. Pasetti (a cura di), In linea con la salute, Ferrara, Ottobre, 2005.

19. I dati relativi ai soggetti ricoverati per problemi alcolcorrelati nei presidi ospedalieri pubblici e privati residenti nella provincia di Ferrara sono stati rilevati tramite schede di dimissione ospedaliera e si riferiscono all'anno 2007.

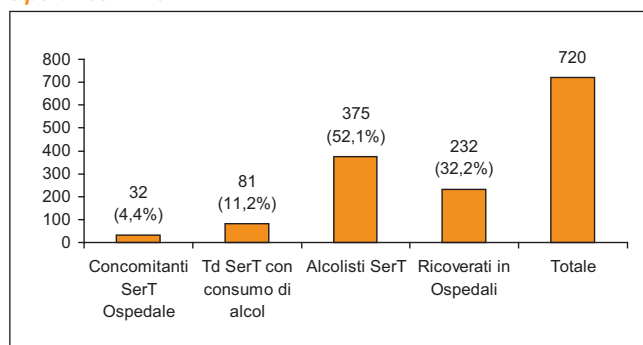
ferrarese (96,4%), il 3,6% è straniero. I non residenti sono più giovani, infatti presentano un'età media di 44 anni contro i 51,5 anni dei residenti. Infine, la popolazione più giovane con problemi alcolcorrelati si riscontra tra gli stranieri, che mediamente hanno 40,5 anni contro i 51,6 degli italiani.

Dall'analisi delle caratteristiche dell'utenza dei servizi emerge come i problemi alcolcorrelati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (71%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,4 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=50,7; F=52,6).

Il 63,3% (456) della popolazione analizzata si è rivolta solo ai SerT, mentre il 32,2% (232) è entrata in contatto solamente con le strutture ospedaliere mediante ricovero. Il 4,4% (32) dei soggetti indagati infine, è risultato essere stato preso in carico al SerT ed essere ricorso anche all'ospedale.

Tra l'utenza complessiva l'11,5% (83) presenta un abuso di alcol associato ad una dipendenza da sostanze stupefacenti, di questi l'11,2% è in carico ai SerT.

Fig. 24 *Soggetti con problemi alcolcorrelati distinti per tipo di servizio*

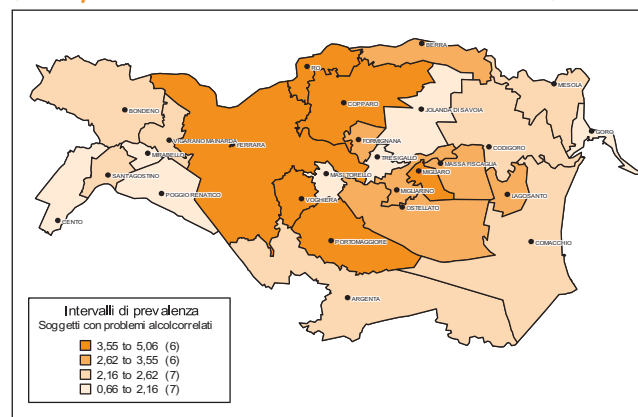


Come si può osservare nelle figure che seguono esiste una forte variabilità territoriale nell'abuso di alcolici. Queste differenze legate all'origine del bere possono essere influenzate da fattori culturali, ambientali e sociali profondamente radicati nel costume del territorio.

In particolare per la realtà di Ferrara i distretti socio-sanitari si differenziano per specifiche caratteristiche di territorio o per la struttura della popolazione.

Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza del consumo problematico di alcol, il distretto Centro Nord si colloca al di sopra della media provinciale, con 3,6 casi ogni 1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. La prevalenza più bassa si registra nel distretto Ovest, demograficamente più giovane con un indice di vecchiaia al di sotto della media provinciale, e si colloca decisamente al di sotto della media

Fig. 25 *Prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati. (Tassi per 1.000 abitanti 15-64 anni. Anno 2007)²⁰*



provinciale con 2,12 soggetti ogni 1000 residenti. Scomponendo l'utenza complessiva dei servizi territoriali ed ospedalieri per comune di residenza si evidenzia che il 56,4% (n=406) risiede nel distretto Centro Nord, di cui il 42,9% nella sola città di Ferrara. Tra i comuni non capoluogo si distinguono Copparo con il 7,8%, Cento che raggiunge il 6,1% del totale, Comacchio e Argenta con rispettivamente il 5,4% e il 5%.

I comuni con i tassi di prevalenza per consumo problematico di alcol più elevati a livello provinciale sono risultati Copparo (5,06*1000), Voghiera (4,09*1000), Migliaro (4,62*1000) e Portomaggiore (4,34*1000).

L'analisi degli andamenti temporali mostra un incremento tra il 2005 e il 2006, passando da un tasso provinciale del 2,3 al 3,2 per 1000 residenti. In tutti e tre gli anni, il distretto Centro Nord si distingue per tassi che superano il valore provinciale (Fig. 27).

Tab. 5 *Prevalenza di soggetti con problemi alcolcorrelati nella popolazione nei distretti socio-sanitari distinti per Comune di residenza. (Tassi per 1.000 pop. target 15-64 anni. Anno 2007)*

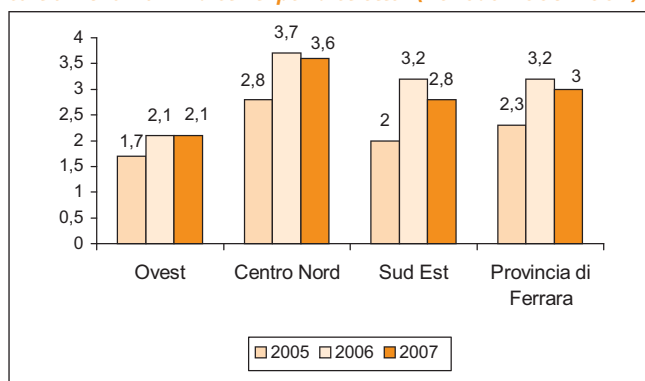
| Distretto | Totale soggetti con problemi alcolcorrelati | Tassi di prevalenza per 1.000 residenti |
|--------------------|---|---|
| Centro Nord | | |
| Ferrara | 309 | 3,63 |
| Masi Torello | 1 | 0,66 |
| Voghiera | 10 | 4,09 |
| Copparo | 56 | 5,06 |
| Ro | 8 | 3,55 |
| Berra | 9 | 2,62 |
| Jolanda di Savoia | 2 | 0,99 |
| Formignana | 5 | 2,74 |
| Tresigallo | 6 | 2,02 |
| Distretto | 406 | 3,60 |

20. Il tasso di prevalenza è calcolato rapportando i soggetti residenti in carico ai servizi territoriali o ricoverati in ospedali pubblici o privati alla popolazione residente di 15-64 anni.

| Distretto Sud Est | Totale soggetti con problemi alcolcorrelati | Tassi di prevalenza per 1.000 residenti |
|-------------------|---|---|
| Argenta | 36 | 2,60 |
| Portomaggiore | 33 | 4,34 |
| Ostellato | 15 | 3,48 |
| Migliarino | 8 | 3,31 |
| Migliaro | 7 | 4,62 |
| Massafiscaglia | 8 | 3,45 |
| Comacchio | 39 | 2,50 |
| Lagosanto | 8 | 2,67 |
| Codigoro | 18 | 2,21 |
| Mesola | 10 | 2,16 |
| Goro | 3 | 1,09 |
| Distretto | 185 | 2,80 |

| Distretto Ovest | Totale soggetti con problemi alcolcorrelati | Tassi di prevalenza per 1.000 residenti |
|------------------|---|---|
| Cento | 44 | 2,02 |
| S.Agostino | 10 | 2,27 |
| Mirabello | 3 | 1,36 |
| Bondeno | 24 | 2,49 |
| Poggiorenatico | 10 | 1,80 |
| Vigarano M. | 11 | 2,43 |
| Distretto | 102 | 2,12 |

Fig. 26 Tassi di prevalenza per 1.000 residenti di età compresa tra 15-64 anni distinti per distretto. (Periodo 2005-2007)



2.4.3 L'utenza dei Centri Alcoligici

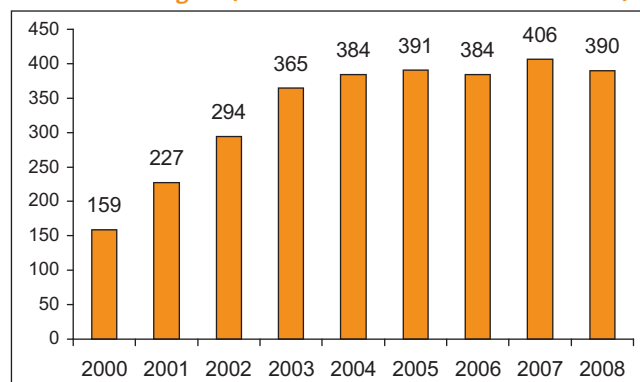
Nel 2008 gli utenti alcolodipendenti in carico ai cinque Centri Alcoligici della provincia di Ferrara sono stati complessivamente 390, il 3,9% in meno rispetto all'anno precedente. La proporzione dei nuovi utenti sull'utenza complessiva risulta del 20,5% (80 soggetti), con un decremento del 14,9% rispetto al 2007.

L'utenza in trattamento presso i Centri Alcoligici è in prevalenza maschile (69,5%; M/F=2,3), con un'età media di 46 anni, con problematiche sanitarie, psicologiche e sociali gravi.

Nelle persone alcolodipendenti di frequente si riscontra un consumo concomitante di più tipi di alcolici legati in genere ai diversi momenti della giornata. Pur

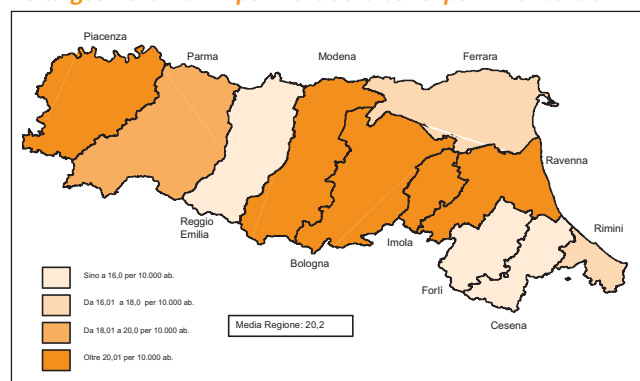
confermando un policonsumo prevalente, dal 1997 ad oggi la sostanza primaria più consumata è rimasta il vino (66,7%), seguito dalla birra (18,2%), dai superalcolici (11%) e aperitivi, amari, digestivi (4,1%).

Fig. 27 Distribuzione annuale degli utenti alcolisti in carico ai Centri Alcoligici. (Periodo 2000-2008. Valori assoluti)



Nel panorama regionale Ferrara si colloca al settimo posto con un rapporto di utenti alcolisti in carico di 17,9 ogni 10.000 abitanti rispetto ai 20,02*10.000 della media regionale.

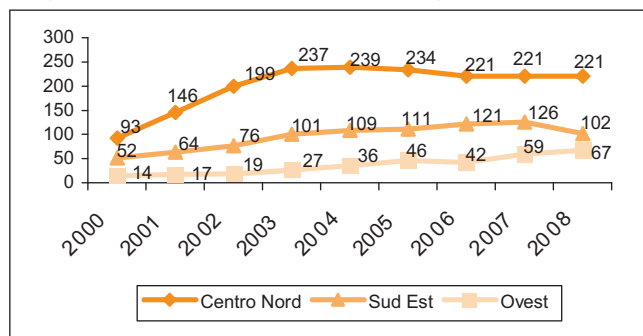
Fig. 28 Rapporto tra utenti totali alcolodipendenti e popolazione target 15-64 anni per 10.000 distinti per Azienda Us²¹.



| Aziende Us | Nuovi utenti/Target | Totale Utenti/Target |
|----------------|---------------------|----------------------|
| Piacenza | 7,2 | 28,9 |
| Parma | 3,1 | 18,5 |
| Reggio Emilia | 3,3 | 14,9 |
| Modena | 4,6 | 20,6 |
| Bologna | 3,4 | 21,2 |
| Imola | 5,7 | 38,3 |
| Ferrara | 4,1 | 17,9 |
| Ravenna | 3,9 | 23,7 |
| Forlì | 2,4 | 15,3 |
| Cesena | 4,4 | 14,1 |
| Rimini | 5,3 | 17,2 |
| Regione | 4,1 | 20,2 |

21. Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze, marzo 2009.

Fig. 29 Distribuzione dell'utenza totale distinta per distretto. (Periodo 2000-2008. Valori assoluti)



2.4.4 I trattamenti terapeutici

Per quanto riguarda i trattamenti terapeutici emerge una prevalenza degli interventi medico-farmacologici ambulatoriali (62,7% nel 2007 e 62,2% nel 2008), seguiti dai trattamenti socio-riabilitativi (14,4%-13,9%) e dal counselling all'utente o alla famiglia (8,5%-9,1%). Nel 2008 continua l'incremento dei trattamenti di psicoterapia individuale che viene seguita dal 3,6% degli utenti (contro l'1,8% del 2006), della psicoterapia familiare o di gruppo (4,7%) e dei gruppi di mutuo aiuto (3,1%).

Dalla lettura dell'andamento dei trattamenti terapeutici attivati nel periodo 1997-2008 si rileva che l'intervento medico-farmacologico rimane quello maggiormente praticato nel tempo, associato alle attività di counselling e ai trattamenti socio-riabilitativi.

Aumentano negli anni gli interventi di psicoterapia familiare o di gruppo, mentre diminuisce notevolmente il ricorso ad inserimenti in gruppi di mutuo aiuto. Si assiste ad una lieve flessione anche negli interventi di psicoterapia individuale.

2.4.5 Le patologie associate al consumo di alcol

Dall'analisi delle patologie associate al consumo problematico di alcol provenienti dai dati sui ricoveri si rileva che la percentuale più elevata è da imputare ai ricoveri per danni epatici (61,3%) che includono, in ordine di frequenza, le cirrosi epatiche (72,4%) ossia lo stadio finale della lesione epatica da alcol irreversibile; la steatosi epatica alcolica (4,3%), che si manifesta nella maggior parte dei forti bevitori, ma è reversibile con la sospensione del consumo di alcol; le epatiti acute alcoliche (1,6%) derivanti dall'assunzione di grosse quantità di alcol, che nei casi più severi può determinare un rischio di morte.

Un ricovero su tre (31,1%) avviene per problemi legati alla dipendenza da alcol, di cui il 19,1% dovuto ad intossicazione acuta. Seguono in ordine di numerosità le sindromi psicotiche (2,3%) che comprendono il

delirium da astinenza da alcol, le demenze da alcol, le psicosi alcoliche non specificate, l'intossicazione alcolica idiosincrasica e la sindrome da astinenza da alcol. Infine troviamo altri danni organici (4%) prevalentemente determinati da polineuropatia alcolica, cardiomiopatia alcolica e gastrite alcolica.

L'epatopatia è la conseguenza più attesa dell'abuso alcolico dal momento che il fegato è la sede dove avviene prevalentemente la metabolizzazione dell'alcol. Certamente l'entità del consumo medio delle bevande alcoliche è il fattore di rischio principale per la genesi del danno epatico. Tuttavia i vari studi rivolti a identificare una dose di alcol giornaliera presumibilmente priva di effetti lesivi hanno in pratica dimostrato una sostanziale imprevedibilità delle conseguenze dell'alcol sull'organismo.

Oltre al consumo medio giornaliero di alcol, pare molto importante anche la durata dell'abuso, infatti nessun soggetto che assuma più di 160 grammi di alcol/die sviluppa cirrosi se la durata è inferiore a cinque anni. Se invece tale consumo si mantiene per più di venti anni circa il 50% dei pazienti tende a sviluppare questa patologia. Non vi è correlazione col tipo di bevanda assunta, ma solo con il suo contenuto alcolico, in quanto gli altri numerosi costituenti non risultano essere epatotossici. Da rilevare inoltre che il consumo quotidiano protratto risulta più dannoso di quello saltuario, e che il rischio di epatopatia è legato principalmente al consumo continuativo di grandi quantità di alcolici per molti anni.

Per quanto riguarda il sesso, è ormai accertato che quello femminile è più suscettibile all'epatopatia alcolica rispetto al maschile, ritenendosi tossiche per le donne dosi alcoliche del 30% inferiori a quelle indicate per gli uomini. Infine nelle donne si osserva un rischio maggiore di progressione dell'epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol²².

Nella popolazione osservata tra i ricoveri per cirrosi epatica il 70,9% si è verificato tra i maschi con un'età media di 62 anni e il 29,1% tra le femmine con un'età media di 65 anni. L'età media si abbassa leggermente tra i pazienti con steatosi epatica (56 anni), pur mantenendo la stessa distribuzione tra i sessi (Maschi 76,9%; Femmine 23,1%).

I pazienti con intossicazioni acute sono nella quasi totalità maschi (75,5%) e registrano l'età media più bassa (52 anni) con due casi di soggetti rispettivamente di 29 e 22 anni. Diversamente le epatiti acute (5 casi) interessano soggetti più anziani (età media 64 anni) e in prevalenza femmine.

2.4.6 La mortalità alcolcorrelata

Relativamente alla mortalità alcolcorrelata i trend nazionali²³ dimostrano un andamento decrescente a

22. F. Magnolfi, Fattori di rischio dell'epatite alcolica, in Manuale di alcolologia. Patologie alcol-correlate.

23. Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di E. Scafato, Istituto Superiore di Sanità.

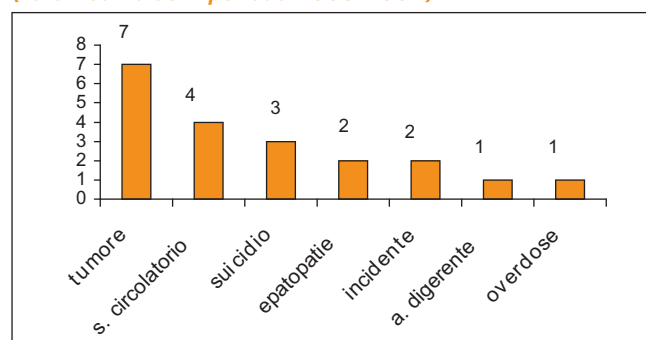
partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), ma meno evidente per le patologie acute (incidenti stradali e domestici, intossicazione etilica, cadute accidentali), che sembrano essere poco influenzate dalla riduzione complessiva dei consumi. L'analisi delle recenti evidenze scientifiche internazionali mette in risalto la riduzione della mortalità per la cardiopatia ischemica a livello di popolazione, conseguente al consumo di quantità limitate di alcol, con vantaggi per la salute che comunque non si verificano al di sotto dei 35-45 anni di età. In termini di salute pubblica ciò significa che risulta opportuno incoraggiare la moderazione e informare la popolazione sui rischi derivanti dal consumo di alcol che ha ripercussioni negative su decine di patologie e sul rischio cardiocoronarico.

Tab. 6 Decessi per patologie alcolcorrelate osservati nella popolazione residente. (Periodo 2005-2007)²⁴

| | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Soggetti già in carico ai Centri alcolologici | 9 | 7 | 9 |
| Soggetti con ricovero Ospedaliero | 15 | 17 | 19 |
| Totale | 24 | 24 | 28 |

Sul territorio della provincia di Ferrara nel 2007 sono stati osservati 28 decessi alcol correlati, che si sono verificati per il 72,7% nei maschi e per il 27,3% nelle femmine. Sono avvenuti in prevalenza in ospedale su soggetti non conosciuti ai Centri Alcolologici (19 casi pari al 57,6%).

Fig. 30 Distribuzione delle cause di morte tra i pazienti seguiti dai Centri alcolologici. (Valori cumulativi periodo 2005-2007)



Nel 2007 tra i pazienti già conosciuti dai Centri Alcolologici si sono verificati complessivamente 9 decessi. Se osserviamo tutti i casi di decesso nel periodo

che va dal 2005 al 2007 riscontriamo le seguenti cause di morte: tumore (7 casi), malattie del sistema circolatorio (4 casi), epatopatie (2 casi), suicidio (3 casi), incidenti stradali (2 casi), malattie dell'apparato digerente (1 caso), 1 overdose.

2.5 IL PROFILO DEGLI UTENTI DEI CENTRI ANTIFUMO

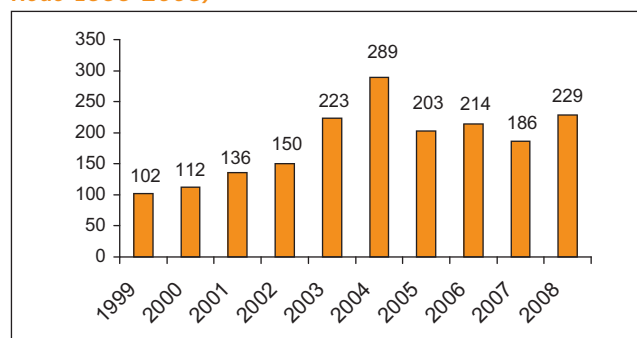
Nel 2008 i soggetti che si sono rivolti ai Centri Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara sono stati 229 con un incremento rispetto al 2007 del 23,1%.

La partecipazione ai corsi per smettere di fumare ha riguardato 199 (86,9%), mentre 30 soggetti (13,1%) hanno seguito trattamenti individuali.

Il 10,9% della popolazione osservata ha utilizzato il bupropione e il 2,6% l'acudetox.

La terapia farmacologica sostitutiva della nicotina è stata seguita per il 30,1% nella formulazione in cerotti, per l'11,8% in gomme, e per il 32,3% con gli inalanti.

Fig. 31 Utenti dei Centri Antifumo. (Valori cumulativi periodo 1999-2008)



Corsi per smettere di fumare. Il profilo dei soggetti che hanno seguito i corsi vede una prevalenza di maschi (61,8%), con un'età media di 47 anni (Maschi 47; Femmine 48 anni), coniugati (55,8%), con un diploma di scuola media inferiore (41,7%) e un lavoro stabile (33,2% è operaio, il 19,6% è impiegato, il 6% ha un lavoro autonomo, il 3,5% è operatore sanitario). L'età media di primo uso del tabacco risulta essere 17 anni, con un numero medio di 19 sigarette fumate al giorno e un periodo complessivo di abitudine al fumo di 29 anni. Più della metà dei partecipanti ha una dipendenza da nicotina medio-alta (il 55,2% presenta un punteggio che si colloca nel range da 5 a 10 punti della scala Fagerström), con un valore medio di Co²⁵ all'ingresso di 18,5.

24. I dati di mortalità 2008 non sono ancora disponibili, in quanto non sono ancora stati validati.

25. La misurazione del CO espirato viene eseguita, da operatori medici o non medici, con uno strumento basato su un sensore elettrochimico sensibile al monossido di carbonio (CO). I fumatori regolari presentano valori pari o superiori a 10 ppm, e tanto più elevati quanto maggiore è il consumo giornaliero di sigarette o minore il tempo trascorso dall'ultima sigaretta fumata. I non fumatori, esposti alle comuni sorgenti d'inquinamento autoveicolare o al fumo di tabacco ambientale, presentano valori in genere compresi tra 0 e 5 ppm. I fumatori che smettono completamente di fumare raggiungono rapidamente valori simili a quelli dei non fumatori, dopo qualche giorno di completa astinenza dal fumo.

I motivi per i quali i soggetti hanno deciso di smettere di fumare sono in prima istanza la riduzione dei rischi per la salute (71,9%), seguita dal bisogno di vincere una sfida con se stessi e quindi migliorare l'autostima e l'autocontrollo (17,1%).

Nonostante il 62,1% abbia già tentato almeno una volta di smettere di fumare (60,2% da 1 a 3 tentativi), l'80,9% esprime un'elevata fiducia nell'esito positivo del trattamento.

Per quanto riguarda il contesto di riferimento il 35,2% dei partecipanti è in contatto con fumatori in casa, il 61,3% ha contatti con fumatori sui luoghi di lavoro, mentre l'82,9% condivide l'abitudine al fumo con altri fumatori durante il tempo libero.

I soggetti hanno seguito mediamente 7 incontri. Alla fine della fase intensiva ha smesso di fumare il 64,3%.

Trattamenti individuali. I pazienti con trattamenti individuali sono in prevalenza maschi (76,7%), hanno mediamente 47 anni, un'età di inizio al fumo di sigaretta che si colloca intorno ai 17 anni e una dipendenza da nicotina alta (l'86,7% si colloca nella classe da 5 a 10 punti della scala Fagerström), con un valore medio del Co all'ingresso di 15,8.

Sotto il profilo sociale sono coniugati (56,7%), hanno un titolo di studio di scuola media inferiore (53,3%), sono in prevalenza operai (30%) e impiegati (30%), mentre il 23,3% è lavoratore autonomo.

Il 76,7% si è rivolto ai Centri per motivi di salute e il 23,3% per rafforzare l'autocontrollo sulla dipendenza da tabacco.

Il 70% ha già fatto più di un tentativo di smettere di fumare ed esprime una fiducia medio-alta nell'esito del trattamento (73,4%). A fine trattamento il 70% ha smesso di fumare.

Per quanto riguarda il contesto di riferimento il 66,7% è in contatto con fumatori in casa, il 96,7% ha contatti con fumatori sui luoghi di lavoro, mentre il 96,7% condivide l'abitudine al fumo con altri fumatori durante il tempo libero.

Dall'analisi di alcuni studi effettuati a livello nazionale sui corsi per smettere di fumare organizzati in alcune città italiane emerge che: a Firenze tra il 1989 e il 1996 su 693 soggetti iscritti, ad un anno dal corso il 33% dei 523 intervistati dichiara di continuare a non fumare; a Milano tra il 1994 e il 2000, il 42,6% dei 258 intervistati dichiarano di essere astinenti dal fumo; infine a Roma su 1300 partecipanti ad almeno tre sessioni dei corsi per smettere di fumare che si sono svolte dal 1992 al 2000, dopo

un anno dalla fine del corso il 54,4% dei 599 rispondenti continuava a non fumare²⁶.

Uno studio prospettico condotto su 1.010 soggetti, che hanno partecipato a programmi terapeutici per la cessazione dell'abitudine al fumo nei 5 Centri Antifumo della provincia di Ferrara nel periodo 1999-2004, ha mostrato un tasso di cessazione del 46,2% a 1 anno dall'ingresso al centro²⁷.

Per quanto riguarda l'ultimo triennio i dati del follow up a un anno dalla fine dei trattamenti (corsi e individuali) registrano una astensione dal fumo che si colloca mediamente intorno al 42%.

La proporzione dei soggetti che hanno dichiarato di continuare a non fumare risulta in linea con i risultati ottenuti a livello nazionale dai Centri che organizzano corsi per smettere di fumare e in leggera flessione rispetto ai risultati emersi dallo studio longitudinale condotto nella realtà ferrarese.

Il tabacco è considerato dall'OMS una sostanza psicoattiva il cui uso può causare gravi danni per la salute. Smettere di fumare determina l'insorgenza di sintomi astinenziali (craving, insonnia, irritabilità, ansia, cefalea e difficoltà di concentrazione), è per questo che molte persone possono trovarsi in difficoltà. Le specialità medicinali per smettere di fumare con il metodo sostitutivo con nicotina trovano larga applicazione, in quanto sono medicinali di automedicazione che possono essere acquistati liberamente in farmacia senza obbligo di ricetta medica, quindi utilizzati senza la diagnosi preliminare di un medico. Tuttavia si è osservato che per avere una maggiore efficacia della riuscita è opportuno associare l'uso del farmaco ad un programma di sostegno di tipo comportamentale.

2.6 CONCLUSIONI

Il consumo problematico di sostanze stupefacenti nella provincia di Ferrara non dà segnali di arretramento.

L'eroina nella forma di consumo fumata tra i giovani è il fenomeno più allarmante che ci proviene dalle analisi dei dati relativi ai soggetti in trattamento presso i SerT.

La cocaina al contrario, dopo un picco registrato nel 2004, sembra stabilizzarsi nei dati relativi alla domanda di trattamento, anche se sul versante dei consumi nella popolazione generale il trend regionale conferma una diffusione di questa sostanza soprattutto tra i giovani studenti.

26. G. Gorini, E. Chellini et al., Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Firenze: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno, *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 22, 1998;

G. Gorini, G. Marasso et al., Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori a Milano e Roma: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno, *Epid & Prev*, n.25, 2001.

27. C. Sorio, G. Antolini, Valutazione dei programmi di terapia del tabagismo dei Centri Antifumo dell'Ausl di Ferrara (1999-2004), *Tabaccologia*, n.3, 2006.

Partendo dalla constatazione che spesso il consumo di alcol e cannabis viene associato a quello di cocaina ed eroina, si ritiene importante riflettere sul ruolo che queste sostanze hanno nell'introdurre al policonsumo le giovani generazioni.

Da questa prospettiva l'attenzione va indirizzata verso i giovani consumatori, in quanto sia l'alcol che la cannabis possono costituire "sostanze gateway", in grado di creare una facilitazione all'iniziazione e all'avvio di un percorso verso l'uso di sostanze sempre più psicoattive.

In particolare sul versante dei consumi di alcolici sono in atto delle trasformazioni sociali importanti: le modalità del bere giovanile si stanno differenziando da quelle degli adulti, inseguendo un modello di consumo elevato e fuori pasto (modello asciutto anglosassone), orientato allo "sballo", spesso in mix con le sostanze stupefacenti.

Dall'avvio dei primi servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze le risposte terapeutiche hanno continuato a migliorare, al punto che si può affermare che oggi la maggior parte dei consumatori di eroina, un tempo considerati una popolazione sommersa, è in contatto con il sistema dei servizi.

Va ricordato che a partire dagli anni '90 una delle principali strategie terapeutiche adottate dai SerT dell'Emilia-Romagna è stata quella di orientarsi verso trattamenti integrati che comprendessero anche l'utilizzo di metadone. Questa strategia ha permesso mantenere una migliore compliance al trattamento dei pazienti e in parallelo di proteggerli sia dalle infezioni opportunistiche che dalla morte per overdose.

Le evidenze scientifiche hanno identificato nel trattamento terapeutico integrato, un fattore protettivo per la mortalità per overdose, con una elevata capacità di ridurre il rischio di morte.

Il problema dell'infezione da Hiv tra i consumatori di eroina per via parenterale ha rappresentato e rappresenta una priorità nelle politiche sanitarie. Gli interventi di prevenzione e di riduzione del danno messi in campo negli ultimi dieci anni dai servizi pubblici hanno portato ad una riduzione drastica dei tassi di nuove infezioni attribuite al consumo di droga.

Oggi la scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine comportamento a rischio. Le nuove sfide che si delineano per i prossimi anni saranno sempre più legate alle strategie di marketing del mercato delle sostanze illecite orientate alle giovani generazioni, con nuove forme di commercializzazione che portano i giovanissimi ad una anticipazione del periodo del primo consumo di sostanze psicoattive.

A questo problema si somma una riduzione della percezione della pericolosità associata al consumo di droghe.

Ci troviamo di fronte ad una nuova forma di "disagio della civiltà", che impedisce alle giovani generazioni di riconoscere le proprie capacità, di esprimere le proprie passioni, sopraffatti da una logica di mercato che li conduce verso un immaginario basato sull'omologazione nei consumi.

È opportuno prendere atto che qualunque approccio innovativo si intenda proporre, esso non può prescindere dalla constatazione che costruire una società senza sostanze è irrealistico.

Occorre pertanto mirare ad un sistema di servizi in rete, che vada verso un concetto di salute come costruzione sociale, che possa contare su relazioni significative tra tutti gli attori presenti sul territorio: i servizi pubblici, le comunità terapeutiche e le associazioni di volontariato.