

Il fenomeno del consumo di sostanze nel territorio della provincia di Ravenna

- Rapporto 2008 -

A cura di

Silvia Briani, Marcella Fanelli, Matteo Gori

Con scritti di:

**Silvia Briani, Marcella Fanelli, Vittorio Foschini, Matteo Gori, Giovanni Greco,
Valentina Lorenzoni, Manuela Martoni, Sabrina Molinaro, Giuliana Monte,
Deanna Olivoni, Valeria Siciliano**

**Azienda USL di Ravenna
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
U.O. Dipendenze Patologiche**

Per informazioni

Marcella Fanelli, Gori Matteo

Osservatorio Provinciale sulle Dipendenze
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Azienda USL di Ravenna
Via Rocca ai Fossi, 20 – Ravenna
Tel. 0544-247253
E-Mail: ra.sert@ausl.ra.it

Indice

Introduzione Silvia Briani, <i>Direttore UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 7
Diffusione del consumo di droghe, alcol e tabacco nel territorio Valeria Siciliano, Valentina Lorenzoni, Sabrina Molinaro <i>Istituto di Fisiologia Clinica-Cnr</i>	Pag. 8
I ricoveri connessi con l'uso di sostanze stupefacenti e alcol Matteo Gori, Marcella Fanelli <i>Osservatorio UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 20
I pazienti del SerT Matteo Gori, Marcella Fanelli <i>Osservatorio UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 23
I percorsi di cura Silvia Briani, Giovanni Greco, Vittorio Foschini, Giuliana Monte <i>UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 36
Le comunità terapeutiche Silvia Briani, Manuela Martoni, Deanna Olivoni <i>UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 43
L'attività del SerT presso la Casa Circondariale Giuliana Monte, <i>UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 46
L'attività di Prevenzione Silvia Briani, Marcella Fanelli, Manuela Martoni, Deanna Olivoni <i>Osservatorio UO Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna</i>	Pag. 50
Allegato statistico	Pag. 54

Introduzione

Il fenomeno delle dipendenze negli ultimi anni ha mostrato notevoli cambiamenti: da un lato sono aumentate le sostanze d'abuso, legali ed illegali, che vengono consumate dai giovani e meno giovani, dall'altro si sono diffuse nuove modalità d'uso.

Fra i giovanissimi sembra che la percezione della droga come pericolo o trasgressione sia stata completamente sostituita con la percezione della droga come semplice prodotto da assumere liberamente per accedere a una piacevole alterazione della realtà. Acquistare una "dose" significa comprare, a prezzi ridotti e indifferenziati, il "ticket" per allontanarsi momentaneamente dalle proprie consuetudini, dalla propria quotidianità per allearsi alla dimensione del "voler essere" (diversi, di più, di meno, rilassati, tonici, eccitati...). Rispetto al passato, poi, è apparso sulla scena l'utilizzo di Ketamina, Smart drugs (salvia divinorum, kratom), e per quanto riguarda le modalità di assunzione, oltre all'utilizzo tradizionale, si affianca l'utilizzo di eroina e cocaina fumata, di alcol nei fine settimana nei luoghi di aggregazione, il policonsumo di sostanze (legali ed illegali) con effetti molto diversi.

Inoltre, i mutamenti geopolitici verificatisi negli ultimi anni, a livello mondiale, hanno provocato un aumento della produzione di sostanze stupefacenti (Afghanistan e Cina) con conseguente maggior disponibilità di tali sostanze, in particolare di cocaina.

Oggi, comunque, si è passati da un uso/abuso di sostanze stupefacenti "marginale", cioè da parte di una popolazione emarginata connotata da un grave disagio, ad un consumo "integrato" alla normale quotidianità di una ampia fascia di persone, giovani e adulti fra i 35 e i 45 anni, socialmente adattate.

Rispetto alla complessità esposta si rende necessaria una tempestiva conoscenza dei fenomeni sulla base dei dati relativi al consumo, cura, attività dei servizi, interventi di prevenzione, e una puntuale programmazione ed intervento adeguato ai mutamenti dello scenario.

L'A.U.S.L. di Ravenna ha istituito (Atto aziendale 2007) un'unica U.O. Dipendenze Patologiche, con le tre sedi di Ravenna, Faenza e Lugo, articolazione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, con compiti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza patologica e di interventi rivolti alla promozione per il benessere e la salute della popolazione in generale.

La programmazione e la pianificazione dell' U.O. Dipendenze Patologiche si attua in coerenza con le linee di indirizzo Regionali, Aziendali, Dipartimentali e soprattutto con l'analisi effettuata dall'Osservatorio Provinciale sulle Dipendenze sulle caratteristiche locali della diffusione del consumo di sostanze stupefacenti legali ed illegali e sulla raccolta dei dati del servizio.

Questo Rapporto ha l'obiettivo di illustrare la diffusione del fenomeno localmente in relazione alla situazione regionale e nazionale e di evidenziare le risposte attivate dall' U.O. Dipendenze Patologiche dell'A.U.S.L. di Ravenna.

I più importanti programmi di prevenzione sono discussi anche nei Piani di Zona e quindi approvati e condivisi dagli Enti Locali.

Il continuo mutamento dei comportamenti e delle sostanze, definito in modo generico il "fenomeno della droga", porta anche a rivedere l'assetto dei servizi: oltre alla presenza di eroinomani, con gravi patologie correlate e degrado sociale, si osservano pazienti che fanno uso di sostanze dall'effetto meno devastante, e quindi appare più "integrato", non si sente "tossicodipendente" non si fida di un servizio altamente connotato. La sfida odierna è dare risposte adeguate anche a questo tipo di utenti.

1. Diffusione del consumo di droghe, alcol e tabacco nel territorio

Uso di sostanze nella popolazione residente

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive illegali e legali nella popolazione della provincia di Ravenna sono estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia@2005-2006 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. In accordo con gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), lo scopo di tale indagine è quello di monitorare i consumi di droghe, di alcol e di tabacco nella popolazione di età compresa tra i 15 ed i 54 anni.

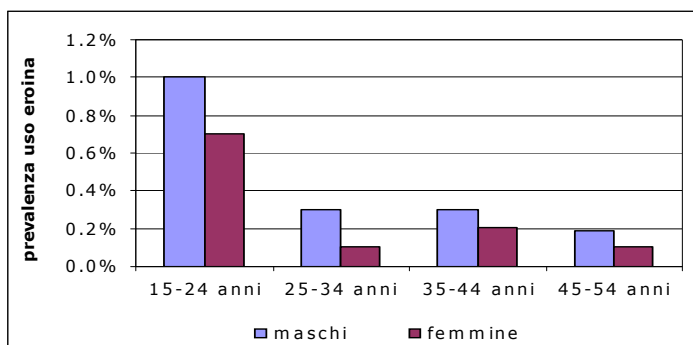
Lo studio è realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti estratto casualmente dalle liste anagrafiche: le domande presenti nel questionario non permettono di risalire in alcun modo all'identità di chi lo compila.

Consumi di eroina

Nella popolazione residente nella provincia di Ravenna la percentuale di soggetti che si stima abbiano utilizzato almeno una volta eroina nell'anno antecedente la compilazione del questionario, sia dello 0,28%, dato in linea con quello registrato a livello regionale e nazionale (Emilia Romagna 0,25%; Italia 0,3%).

Dal grafico 1.1 si evidenzia in tutte le classi d'età un consumo maggiore per i soggetti di sesso maschile (0,4% contro lo 0,2% delle coetanee). Sono i giovanissimi (15-24 anni) ad essere maggiormente esposti all'uso di eroina (maschi:1%; femmine:0,7%), difatti, i consumi diminuiscono notevolmente all'aumentare dell'età e si stabilizzano intorno allo 0,3% per i maschi con età compresa tra i 25 ed i 44 anni per poi diminuire fino allo 0,2% nei 45-54enni, mentre tra le femmine, si osservano prevalenze dell'1% tra le 25-34enni e le 45-54enni, e un consumo pari allo 0,2% delle donne con età compresa tra i 35 ed i 44 anni.

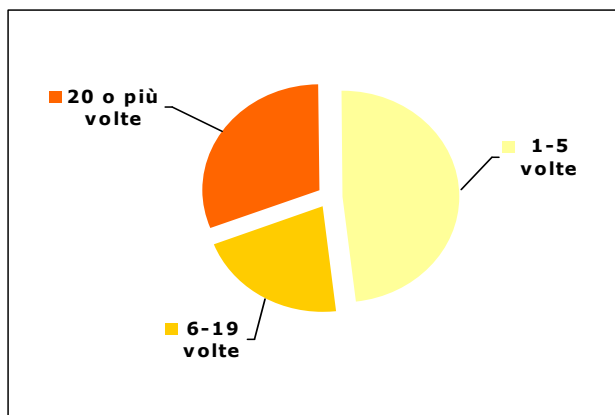
Grafico 1.1: *Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Tra coloro che riferiscono di aver fatto uso di eroina negli ultimi dodici mesi, circa la metà dei soggetti l'ha utilizzata da 1 a 5 volte, il 21% da 6 a 19 volte, ed il 31% degli utilizzatori riferisce un utilizzo che va dalle 20 volte o più volte (grafico 1.2); percentuali simili a quelle rilevate nella regione.

Grafico 1.2: *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).*



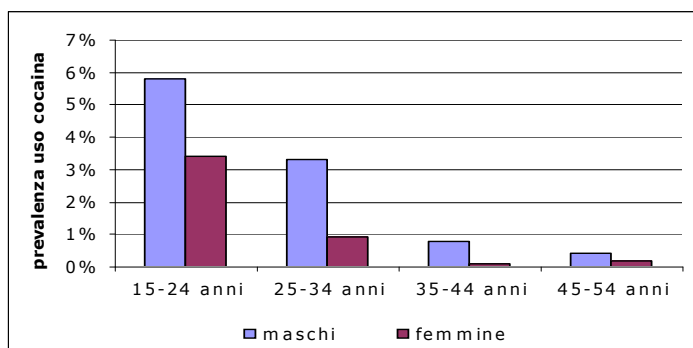
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Consumi di cocaina

Si stima che tra il 2005 e il 2006 nella provincia di Ravenna abbia fatto uso di cocaina l'1,5% della popolazione residente. Prevalenza in linea con quella registrata per il resto della regione, ma minore a quella rilevata nel resto della nazione (Emilia Romagna 1,8%; Italia 2,3%).

Consumi maggiori si evidenziano per i soggetti di sesso maschile (2,1% contro lo 0,8% delle ragazze). Per entrambi i generi, sono le classi di età più giovani ad evidenziare un maggior utilizzo, rispettivamente il 5,8% e il 3,4% per i maschi e le femmine 15-24enni, il 3,3% e lo 0,9% rispettivamente per i maschi e le femmine della classe di età successiva. I consumi diminuiscono notevolmente con all'aumentare dell'età degli intervistati e si attestano allo 0,4% dei maschi e lo 0,2% delle femmine 45-54enni.

Grafico 1.3: *Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*

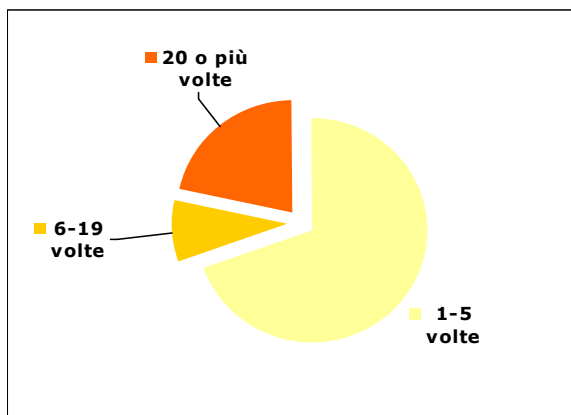


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Tra i soggetti residenti nella provincia che hanno fatto uso di cocaina nell'ultimo anno, il 70% l'ha utilizzata da 1 a 5 volte (in Emilia Romagna il 72%), il 9% tra le 6 e le 19 volte (il

13% nella regione), mentre il 21% l'ha consumata 20 o più volte (il 15% nel resto della regione).

Grafico 1.4: *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).*



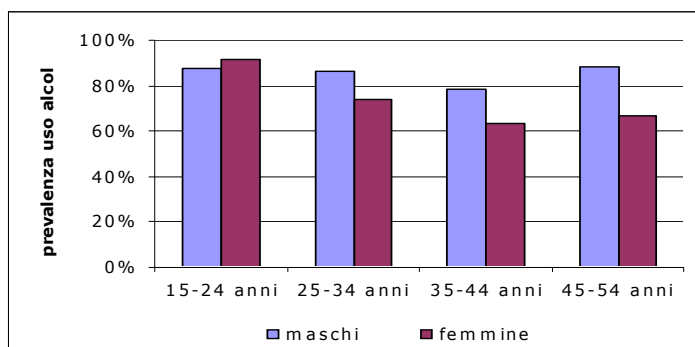
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Consumi di alcol e tabacco

Il 78% dei residenti della provincia di Ravenna con età compresa tra i 15 ed i 54 anni, si stima abbiano fatto uso di alcol nell'ultimo anno. I dati registrati a livello provinciale risultano in linea sia alle prevalenze rilevate a livello regionale che nazionale (Emilia Romagna 79,4%; Italia 78,8%).

I maschi riferiscono un uso che oscilla intorno all'87%, eccetto che per i 35-44enni per i quali la prevalenza d'utilizzo è di circa il 79%; per le femmine invece si passa dal 91% delle 15-24enni al 67% delle 45-54enni, facendo rilevare per le giovanissime consumi maggiori rispetto ai coetanei (maschi 15-24enni:87,7%).

Grafico 1.5: *Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



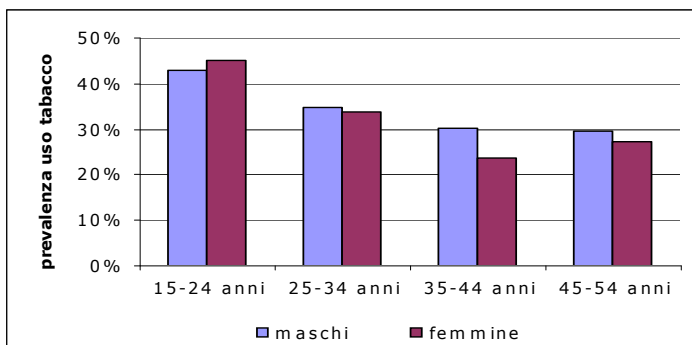
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

L'uso di tabacco nell'ultimo anno è riferito da il 32% dei residenti nella provincia di Ravenna. Medesime prevalenze vengono registrate per i consumi di tabacco a livello regionale e nazionale (Emilia Romagna 32,2%; Italia 31,7%).

A differenza delle altre sostanze psicotrope illegali, prevalenza d'uso di sigarette maggiore (grafico 1.6) si nota per le ragazze tra i 15 ed i 24 anni, percentuale leggermente superiore alla stessa registrata nei coetanei (femmine: 45,2%; maschi: 42,8%). Nelle classi d'età successive,

sebbene vengano riportati consumi maggiori da parte dei soggetti di sesso maschile, non sembrano evidenziarsi sostanziali differenze tra i generi (25-34enni: circa il 34%; 45-54enni: intorno al 28%), eccetto che per i 45-54enni (maschi:30%; femmine:24%).

Grafico 1.6: *Uso di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



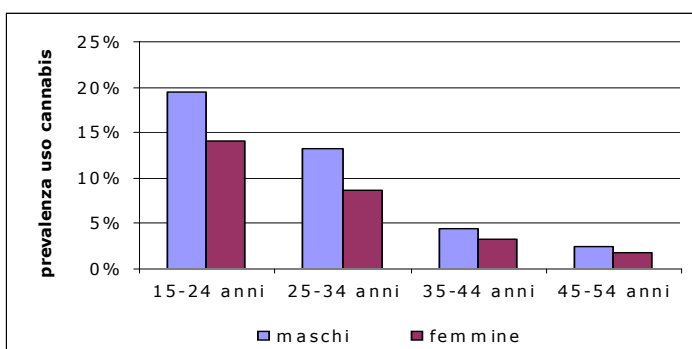
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Consumi di cannabis

Si stima che circa 13.700 individui nella provincia di Ravenna abbiano fatto uso di cannabis una o più volte negli ultimi dodici mesi, dato leggermente inferiore sia al resto della regione che a quello nazionale (Ravenna:7,3%; Emilia Romagna:7,8%; Italia:11,7%).

Dal grafico 1.7 la sostanza risulta più diffusa tra i più giovani (15-24 anni: 19,4% contro il 14% delle femmine), soprattutto tra i soggetti di sesso maschile (8,5% contro il 6% delle coetanee). Nella fasce di età successiva i consumi diminuiscono per entrambi i generi, fino a raggiungere il 2,4% dei maschi e l'1,8% delle femmine della classe d'età maggiore (45-54 anni).

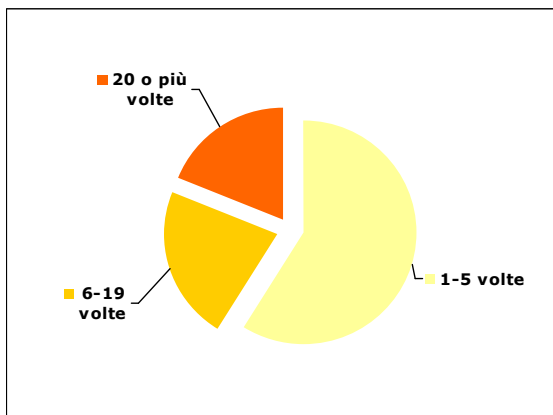
Grafico 1.7: *Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Per quanto riguarda la frequenza d'uso tra coloro che hanno usato cannabis degli ultimi 12 mesi si osserva che, sul totale dei consumatori, il 59% riferisce di aver utilizzato cannabis da 1 a 5 volte, mentre sono il 22% coloro che ne hanno consumato da 6 a 19 ed il 19% quelli che hanno utilizzato la sostanza 20 o più volte.

Grafico 1.8: *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).*

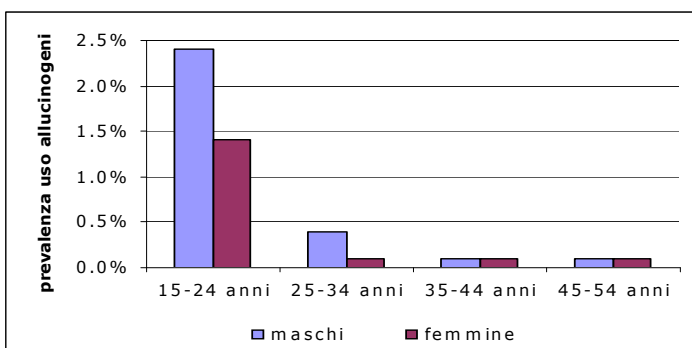


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Allucinogeni e stimolanti

Nel grafico 1.9 sono riportate le prevalenze d'uso di allucinogeni (negli ultimi dodici mesi). Risulta evidente che il contatto con le sostanze è maggiore per entrambi i sessi tra i 15 ed i 24 anni (maschi 2,4%; femmine 1,4%). Le percentuali di consumo diminuiscono notevolmente con l'età degli intervistati: si passa allo 0,4% per i maschi e allo 0,1% per le femmine della classe d'età successiva, mentre, si attestano allo 0,1% per soggetti delle altre fasce d'età.

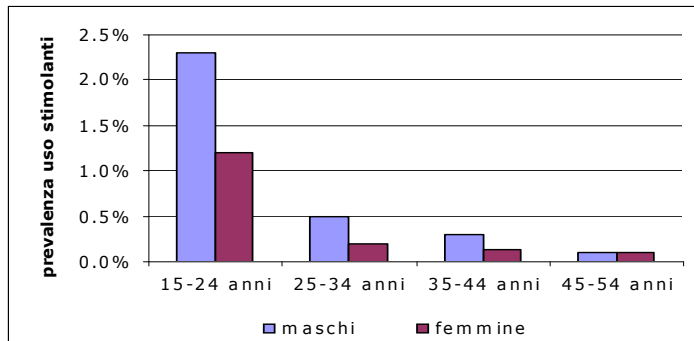
Grafico 1.9: *Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Analoghe considerazioni possono essere dedotte sull'utilizzo di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi nella provincia di Ravenna (grafico 1.10), dove sono sempre i maschi e le femmine più giovani a riferire un utilizzo maggiore (maschi 2,3%; femmine 1,2%). I consumi diminuiscono sensibilmente all'aumentare dell'età degli intervistati (25-34 anni: 0,5% per i maschi e 0,2% per le femmine) stabilizzandosi sullo 0,1% per le donne con età compresa tra i 35 ed i 54 anni e passando dallo 0,3% dei 35-44enni maschi allo 0,1% di 45-54enni.

Grafico 1.10: *Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Uso nei giovani scolarizzati

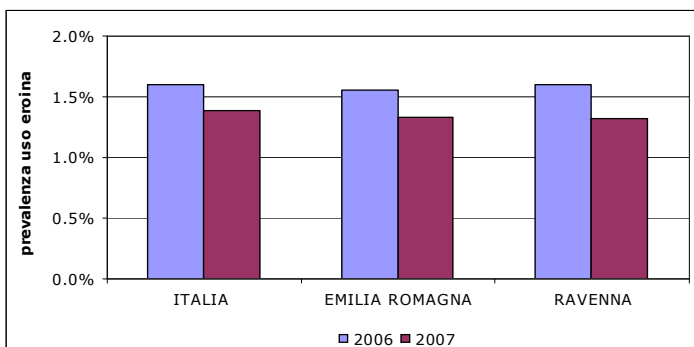
I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione scolarizzata sono stati estratti dallo studio ESPAD-Italia@2007.

Analogamente allo studio IPSAD-Italia®, tale indagine ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe tra gli studenti delle scuole medie superiori, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato. Gli studenti della provincia di Ravenna, con età compresa tra i 15 ed i 19 anni, che sono stati coinvolti nell'indagine per l'anno 2007 sono stati circa 300.

Consumi di eroina

Nella provincia di Ravenna si stima che ad aver fatto uso di eroina, una o più volte nell'ultimo anno, siano stati circa l'1,3% degli studenti delle scuole superiori; percentuale inferiore a quella dell'anno precedente, difatti si attestava intorno all'1,6%. Tuttavia, una diminuzione dei consumi della sostanza si osserva (grafico 1.11) anche nella regione (passa dall'1,55% del 2006 all'1,33% del 2007) e nel resto della penisola (dall'1,6% all'1,4%).

Grafico 1.11: *Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2006-2007.*

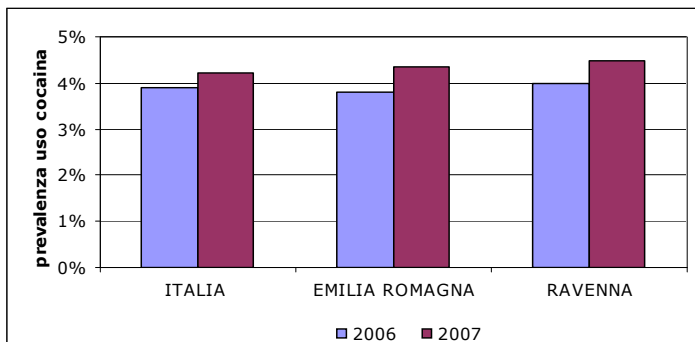


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006, ESPAD-Italia@2007

Consumi di cocaina

Il consumo negli ultimi dodici mesi (almeno una volta) di cocaina nella provincia di Ravenna si stima possa interessare circa il 4,5% degli studenti, che a differenza dei consumi di eroina, è superiore agli stessi consumi registrati nel 2006 (4%). I consumi di cocaina dal 2006 al 2007 sembrano aumentati anche in Emilia Romagna si passa dal 3,8% al 4,3%, e seppure in misura minore nel resto d'Italia dal 3,9% al 4,2% (grafico 1.12).

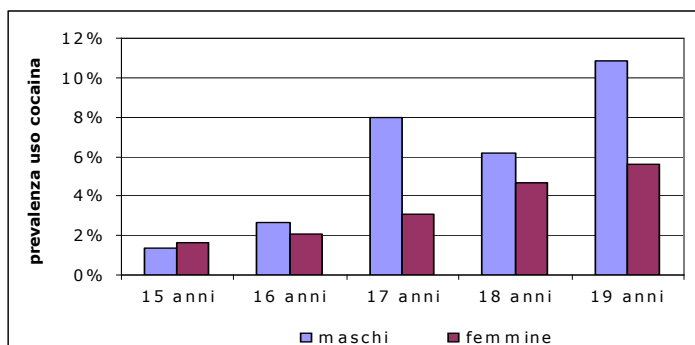
Grafico 1.12: *Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2005-2007.*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006, ESPAD-Italia@2007

Dal grafico 1.13 sembra evidente che l'utilizzo della sostanza nella provincia di Ravenna riguardi sostanzialmente i soggetti di sesso maschile (5,6% contro il 3,4% delle coetanee). Il consumo della sostanza, una o più volte negli ultimi dodici mesi, per le femmine passa dall'1,7% delle 15enni (unica classe d'età in cui le ragazze consumano più dei loro coetanei: 1,4%), al 5,6% delle 19enni. Tra le ragazze i consumi aumentano gradualmente all'aumentare dell'età, mentre tra gli studenti di sesso maschile si osserva un sostanziale incremento dai 16 ai 17 anni (dal 2,7% all'8%) per poi diminuire tra i 18enni (6,2%) e attestarsi all'11% tra i 19enni (circa il doppio delle coetanee).

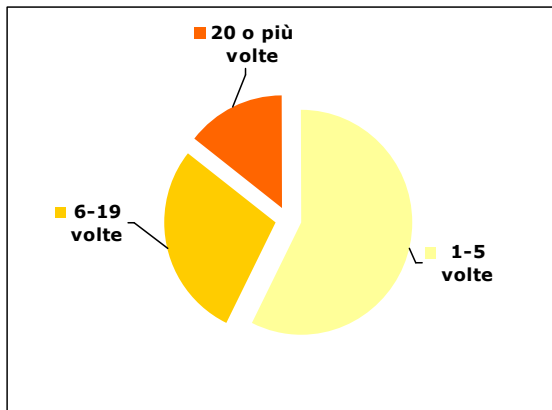
Grafico 1.13: *Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina nella provincia di Ravenna (grafico 1.14), il 57% riferisce di averne consumato sporadicamente ossia da 1 a 5 volte nell'ultimo anno, il 28% tra le 6 e le 19 volte, mentre il consumo più frequente, 20 o più volte, è riferito dal 15%.

Grafico 1.14: *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).*

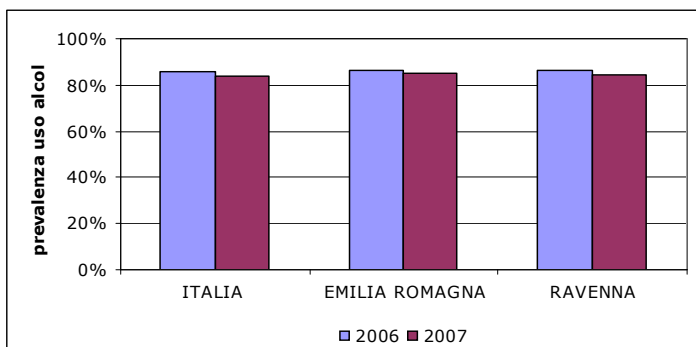


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Consumi di alcol

Dalle analisi dei dati sui consumi di alcolici negli ultimi dodici mesi tra gli studenti della provincia di Ravenna (84,6%), sembra riscontrarsi una leggera diminuzione rispetto agli stessi stimati per l'anno precedente (86,5%). Analoghe considerazioni si possono fare per ciò che riguarda i consumi sia nella regione (2006: 86,6%; 2007: 84,9%) che nella nazione (2006: 85,4%; 2007: 83,8%).

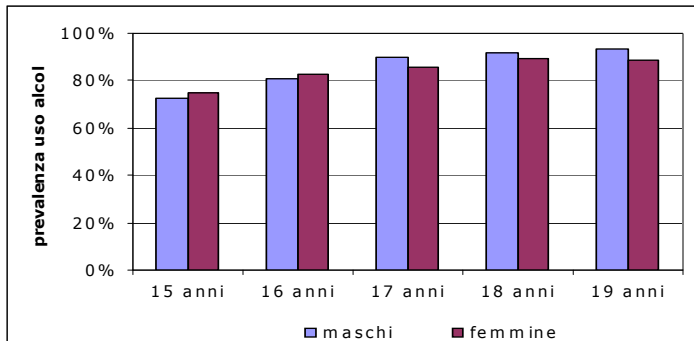
Grafico 1.15: *Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2006-2007.*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007

Le prevalenze di utilizzo di alcolici negli ultimi dodici mesi nella provincia aumentano all'aumentare dell'età degli studenti intervistati, si passa dal 72,4% dei maschi e dal 74,6% delle femmine di 15 anni al 93,3% dei maschi ed al 88,6% delle femmine di 19 anni. Si osserva dal grafico 1.16 che nelle classi di età inferiore (15-16 anni) le ragazze riferiscono consumi leggermente più elevati rispetto ai coetanei, mentre tendenza nettamente inversa si nota nelle classi d'età successive.

Grafico 1.16: *Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.*

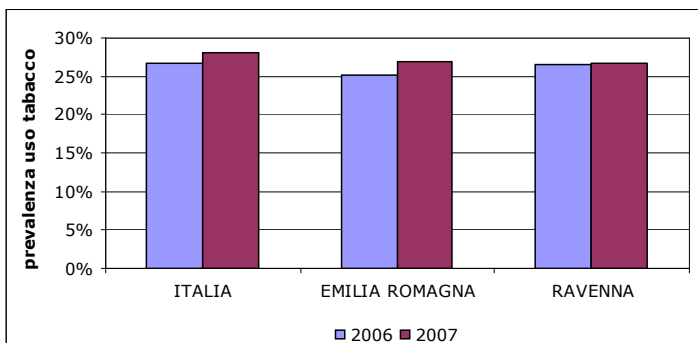


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Consumi di tabacco

Nella provincia di Ravenna, si stima che il 26,8% gli studenti ha fumato quotidianamente sigarette negli ultimi dodici mesi, dato in linea rispetto alla stessa prevalenza dell'anno precedente (2006:26,4%) e col resto della regione Emilia Romagna (2007:27%). Mentre si osserva un leggero incremento nei dati registrati a livello regionale (dal 25% al 27% nel 2007) e per il resto d'Italia (si passa dal 26,7% al 28,1%).

Grafico 1.17: *Uso giornaliero di tabacco (una o più sigarette al giorno negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2005-2007.*

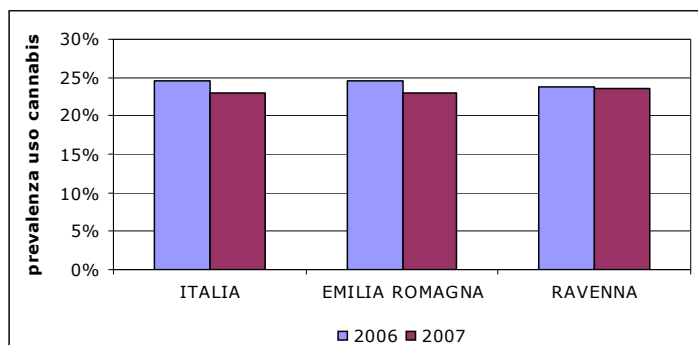


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006, ESPAD-Italia@2007

Consumi di cannabis

Circa il 23,5% degli studenti della provincia di Ravenna sembra abbia fatto uso di cannabis negli ultimi dodici mesi. Rispetto all'indagine dell'anno precedente non sembrano evidenziarsi differenze nei consumi (2006: 23,8%), e, sebbene, il dato risulti in linea a quello registrato per l'Emilia Romagna (2007: 22,9%), nella regione come nel resto d'Italia si osserva una leggera diminuzione rispetto all'anno precedente.

Grafico 1.18: *Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2005-2007.*

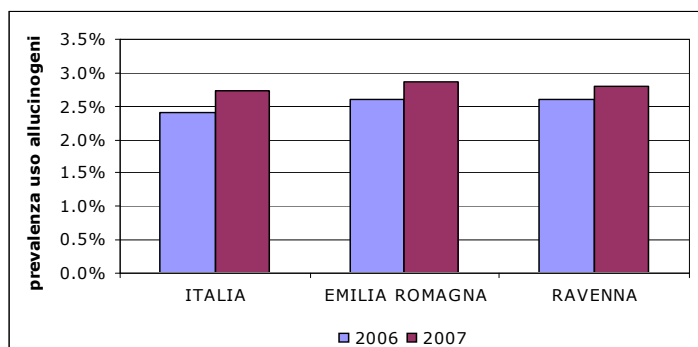


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007

Allucinogeni e stimolanti

Per quanto riguarda l'uso di sostanze allucinogene (LSD, funghi allucinogeni, ketamina,...), circa il 2,8% degli studenti di Ravenna ne ha fatto uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi, valore di poco superiore a quello registrato nel 2006 (2,6%). Analoghe considerazioni possono essere fatte per ciò che riguarda i consumi in Emilia Romagna, dove l'utilizzo di allucinogeni riguarda circa il 2,9% degli studenti, prevalenza di poco superiore a quella riferita dal campione nazionale (2,7%) e rispetto alla stessa prevalenza rilevata nel 2006 (2,6%).

Grafico 1.19: *Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2005-2007.*

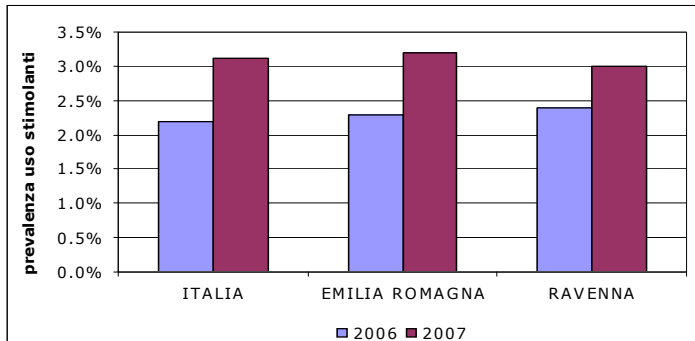


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Il 3% degli studenti nella provincia di Ravenna ha fatto uso di sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB) negli ultimi dodici mesi, prevalenza che risulta superiore rispetto al dato dell'anno precedente (2006: 2,4%) ma in linea con quella registrata a livello regionale (3,2%) e nazionale (3,1%).

Tuttavia, dal grafico 1.20, si evidenzia un incremento nel consumo di stimolanti anche nel resto dell'Emilia Romagna (nel 2006 si attestava al 2,3%) e nel resto d'Italia (2006: 2,2%).

Grafico 1.20: *Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Emilia Romagna – Provincia di Ravenna, anni 2005-2007.*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Il policonsumo

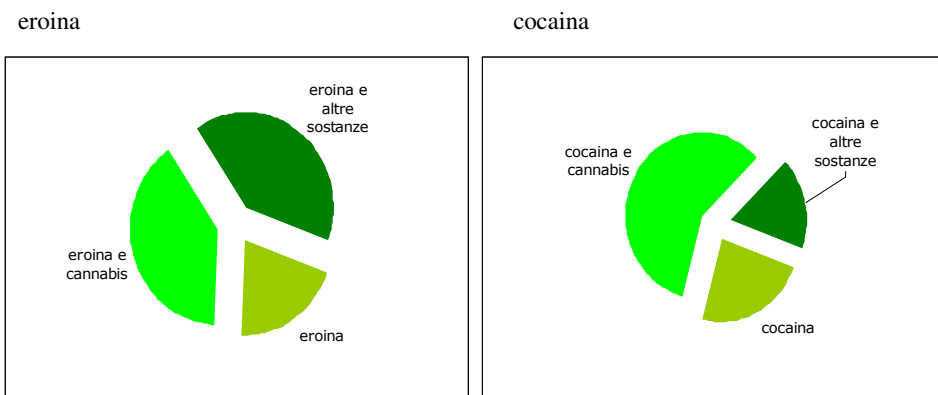
Il policonsumo nella popolazione residente

Tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, l'84% ha consumato una sola sostanza, circa il 9% ha consumato due sostanze ed il 7% riferisce di aver fatto uso di tre o più droghe illegali.

Dai dati rilevati dal campione residente nella provincia di Ravenna, si evidenzia che tra coloro che riferiscono di aver utilizzato eroina negli ultimi dodici mesi, circa il 40% ha assunto anche cannabis nello stesso periodo, stessa percentuale ne riferisce un utilizzo in concomitanza con altre sostanze illegali (grafico 1.21a), ed il restante 20% ha utilizzato solo eroina negli ultimi dodici mesi.

Per i consumatori di cocaina invece (grafico 1.21b), il 59% ne ha utilizzato in concomitanza alla cannabis mentre il 18% di essi la associa con altre sostanze illegali; il 23% ha usato solo cocaina negli ultimi dodici mesi.

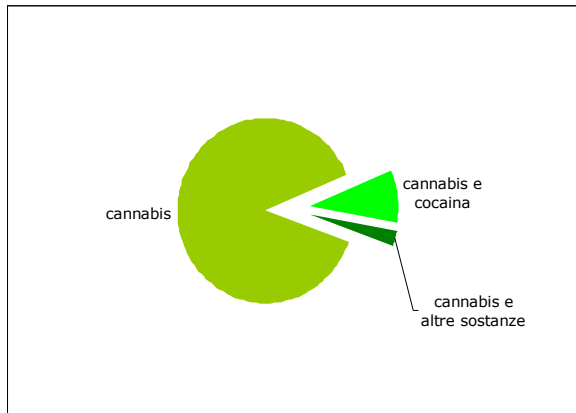
Grafico 1.21: *Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.*



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

Per quanto riguarda la distribuzione percentuale dei poli-consumatori fra i soggetti che riferiscono l'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi, la maggior parte degli utilizzatori ha fatto uso solo di cannabis (88%), il 9% consuma sia cannabis che cocaina e il 3% lo fa con altre sostanze.

Grafico 1.22: *Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.*



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2005-2006

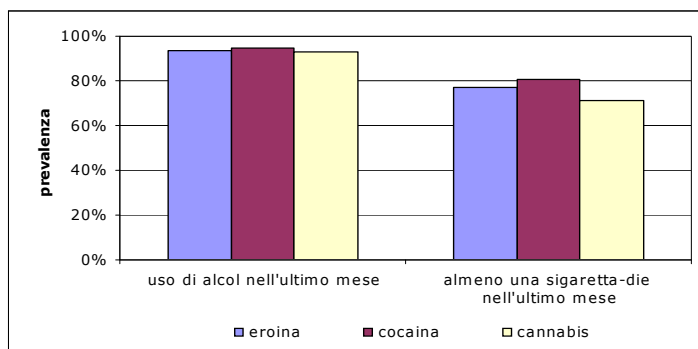
Il policonsumo nei giovani scolarizzati

Analizzando il policonsumo per gli studenti che riferiscono di aver utilizzato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, si osserva che il 73% ha consumato una sola sostanza, circa il 13% ha consumato due sostanze ed il 14% tre o più droghe illegali.

Nel grafico 1.23 è riportata la prevalenza di utilizzo di sostanze psicotrope legali in concomitanza con sostanze psicotrope illegali. Si può notare una prevalenza sostanzialmente simile tra gli studenti che riferiscono il consumo di alcol negli ultimi trenta giorni tra gli utilizzatori di eroina (93%), cocaina (95%) o cannabis (93%) nell'arco dell'ultimo anno.

Diversa invece la distribuzione degli studenti che hanno consumato le stesse sostanze illegali ma associate all'uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo mese), infatti si evidenziano valori differenti (eroina:77%; cocaina:81%; cannabis:71%).

Grafico 1.23: *Distribuzione percentuale dei consumatori di sostanze psicoattive legali fra gli studenti che hanno fatto uso di eroina, cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

2. *I ricoveri connessi con l'uso di sostanze stupefacenti e alcol*

Le condizioni di salute dei tossicodipendenti, insieme alla mortalità connessa con l'assunzione di sostanze, rappresentano uno degli indicatori che l'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT) ha definito come strategici e rilevanti ai fini della valutazione delle politiche di prevenzione negli Stati.

In questa ottica l'analisi sui ricoveri fornisce un'informazione utile alla programmazione dei servizi sanitari e alla fenomenologia dell'uso di sostanze, poiché consente di stimare la problematicità dell'uso di sostanze psicotrope sui territori, di analizzare i modelli di fruizione dei servizi sanitari dei residenti e di identificare la quota problematica proveniente da altre Regioni italiane.

Va tenuto in considerazione il fatto che il fenomeno alcol-tossicodipendenza è sottostimato in quanto le schede di dimissione ospedaliera (tecnicamente denominate SDO) non evidenziano come correlati all'uso di sostanze molti ricoveri per incidenti stradali, arresti cardio-respiratori, cirrosi, malattie infettive, emorragie gastro-intestinali, ecc.. Le dimensioni del fenomeno desunte dai dati a disposizione, quindi, rappresentano solamente una parte di un fenomeno di dimensioni di gran lunga superiori.

Oltre al quadro generale, è utile analizzare sia la rilevanza locale del fenomeno – ad un uso più diffuso sul territorio dovrebbero corrispondere un maggior numero di ricoveri – sia l'offerta locale di servizi sanitari che può influire sulla migrazione verso altri servizi regionali o extra regionali. Per i ricoveri ospedalieri si propone, infatti, un indicatore che evidenzia in quale ambito territoriale la popolazione di riferimento ha trovato risposta a fronte di un bisogno di ricovero.

La classificazione tiene quindi conto dei ricoveri della popolazione residente per cause connesse con l'assunzione di droga e alcol effettuati negli ospedali dell'Azienda USL di Ravenna, in altri ospedali della Regione Emilia-Romagna oppure in strutture sanitarie fuori regione.

I dati si riferiscono in particolare alle dimissioni avvenute nel corso degli anni 2006 e 2007 di residenti della provincia di Ravenna.

Per gli anni considerati sono stati selezionati i ricoveri ospedalieri classificati in base al motivo del bisogno assistenziale e alle cure erogate dalla struttura sanitaria (tecnicamente il sistema dei DRG – Diagnosis Related Group). In particolare è stata focalizzata l'attenzione sui ricoveri compresi nella categoria *Abuso di alcol o droghe e disturbi mentali organici indotti* (MDC 20 del sistema DRG). Sono stati inclusi anche i casi dove il paziente, a cui si propone la degenza, ha rifiutato il ricovero contro il parere dei sanitari¹.

¹ I DRG oggetto di studio sono il 521 - Abuso o dipendenza da alcol e droghe con complicanze; il DRG 522 - Abuso o dipendenza da alcol e droghe con riabilitazione senza complicanze; il DRG 523 - Abuso o dipendenza da alcol e droghe senza riabilitazione senza complicanze; il DRG 433 - Abuso o dipendenza da alcol e droghe dimessi contro il parere dei sanitari. I dati sui ricoveri sono stati forniti dal Servizio Epidemiologia-Statistica Sanitaria-Sistema Informativo dell'Ausl di Ravenna.

I ricoveri

I dati relativi alle dimissioni dai ricoveri per problematiche inerenti all'alcol-tossicodipendenza nel 2007 evidenziano che tra i residenti della provincia di Ravenna sono state ricoverate 97 persone per un totale di 120 ricoveri. Fra questi ultimi, 108 hanno fruito del ricovero fino alla dimissione per guarigione o per stabilizzazione del quadro clinico, mentre in 12 casi i pazienti non hanno accettato il trattamento proposto e si sono autodimesse.

Si evidenzia un lieve incremento rispetto ai dati del 2006 in cui i ricoveri totali risultavano 107 (per 86 pazienti), dei quali 98 hanno fruito del ricovero fino alla dimissione da parte dei sanitari e 9 si sono autodimessi.

Rispetto all'anno precedente sono aumentati sia i ricoveri per abuso di droghe (43 ricoveri e 6 autodimissioni nel 2006 contro 50 ricoveri e 7 autodimissioni del 2007) che quelli per alcol (55 ricoveri e 3 autodimissioni nel 2006 contro 58 ricoveri e 5 autodimissioni del 2007).

Tab. 1. *Motivi del ricovero dei residenti della provincia di Ravenna - a prescindere dal luogo del ricovero (Anni 2006 e 2007, valori assoluti)*

Motivo ricovero	2006	2007
Solo alcol	58	60
Solo droghe	49	56
Alcol e droghe	0	4
Totali per alcol e droghe	107	120

Ubicazione delle strutture di ricovero

Un elemento rilevante, che emerge dall'analisi dei dati è l'elevata quota di residenti nella provincia di Ravenna che fruiscono di Strutture o presidi ospedalieri di altre province della Regione. Nel 2007, infatti, il 34,2% dei ricoveri è stato effettuato presso strutture esterne (tutte però all'interno della Regione Emilia Romagna).

Dagli elementi a disposizione non si riesce a definire una motivazione di tale fenomeno. Tuttavia non mancano le ipotesi che possono essere ricondotte a mancanza di disponibilità presso l'AUSL di Ravenna di strutture per i ricoveri per alcol-tossicodipendenti che può spingere i residenti a rivolgersi a presidi ospedalieri di province confinanti, ad una maggior disponibilità nella ricettività e nei tempi di ricovero delle altre Ausl e, probabilmente, alla volontà di non effettuare le cure nel luogo di residenza per paura e vergogna di essere conosciuti. Infatti, nei casi in cui è possibile scegliere il luogo di ricovero, escludendo quindi tutti i casi in cui la necessità del ricovero è dettata da situazioni di emergenza-urgenza, influisce sicuramente il connotato sociale negativo e stigmatizzante di una patologia legata all'uso di droghe e/o alcol. Anche questo può spiegare il motivo per cui alcuni pazienti preferiscono rivolgersi a presidi ospedalieri non localizzati nel luogo di residenza.

Le patologie

Andando ad esaminare i ricoveri effettuati per abuso di alcol e/o droghe nella provincia di Ravenna nel 2007 si osserva che sul territorio sono effettuati ricoveri in numeri pressochè simili per alcol rispetto a quelli per droghe.

Sui complessivi 120 ricoveri effettuati nel 2007 - tutti avvenuti in regime di ricovero ordinario e nel 49,2% caratterizzati dall'evento dell'urgenza - 60 hanno riguardato problemi legati all'alcol, 56 alle droghe e solamente 4 ad abuso associato di alcol e droghe.

Si registra una durata media della degenza di 15,7 giorni² nei ricoveri per abuso di droghe, di 14,6 giorni³ nei ricoveri per problematiche alcolcorrelate e di 7,5 giorni⁴ nei ricoveri per uso associato di droghe e alcol.

Le cause più comuni di ricovero per abuso di alcol sono sostanzialmente il delirium tremens, le psicosi alcoliche, la sindrome da astinenza e gli stati di intossicazione di diversa gravità. Le droghe responsabili di ricovero riguardano prevalentemente oppioidi, cocaina, barbiturici e cannabis.

² Range 1-67 giorni.

³ Range 1-57 giorni.

⁴ Range 1-9 giorni.

3. I pazienti del SerT

Negli ultimi anni il fenomeno dell'uso di sostanze stupefacenti si è caratterizzato per una crescente complessità, legata soprattutto alla comparsa di nuove sostanze e ai cambiamenti relativi alle modalità d'uso. Diventa sempre più importante sviluppare una conoscenza tempestiva ed approfondita di queste problematiche; una dettagliata analisi sull'utenza e sulle attività dei Servizi per le dipendenze può essere considerata un utile strumento per identificare la realtà della provincia di Ravenna.

Attualmente l'Unità Operativa Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Ravenna è organizzata per rispondere a diverse tipologie di problematiche: tossicodipendenza, alcolismo e tabagismo ed uso problematico di tali sostanze psicoattive. Sono assicurate le prestazioni e i servizi specialistici (di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo) e il trattamento ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semi residenziale delle condizioni morbose legate all'utilizzo delle sostanze psicotrope (le cosiddette droghe tradizionali, l'alcol ed il tabacco).

Nel dettaglio sottostante sono riportati i dati sugli utenti seguiti nel corso del 2006 e del 2007 suddivisi fra alcolisti e tossicodipendenti e fra presi in carico, provvisori e inviati da altri SerT (appoggiati)⁵.

Tab. 1 - Utenti suddivisi per tipologia (Anni 2006-2007, Valori Assoluti e var. %).

Indicatori ⁶	2006	2007	Var. % '07-'06
Tossicodipendenti in carico	1075	1121	4,3
Alcolisti in carico	522	563	7,9
Tossicodipendenti provvisori	359	346	-3,6
Alcolisti provvisori	123	62	-49,6
Tossicodipendenti inviati da altri Ser.T. per trattamenti farmacologici	588	626	6,5
<i>Utenti che hanno usufruito del Servizio</i>	<i>2667</i>	<i>2735</i>	<i>2,5</i>

Il volume di risorse messo in campo risulta notevolmente differente a seconda della categoria trattata. Fra l'utenza del SerT, ci sono anche persone che vengono segnalate al Servizio per le tossicodipendenze dalla Prefettura, su rapporto delle Forze dell'Ordine, perchè trovate in possesso di sostanze stupefacenti illegali. Si è definito di analizzare separatamente questa tipologia di utenza in quanto si tratta di soggetti che non sempre hanno l'obbligo di presentarsi al Servizio. I dati relativi alle segnalazioni della Prefettura⁷ fanno riferimento all'attività preventiva messa in atto dalle diverse forze dell'ordine e rappresentano, nelle

⁵ Gli utenti *presi in carico* sono coloro sui quali gli operatori hanno dapprima svolto una fase di osservazione e diagnosi e successivamente, valutata la necessità di intervenire, hanno concordato col paziente la progettazione del programma terapeutico da effettuare; gli utenti *provvisori* sono coloro che non sono stati inseriti in un programma riabilitativo perchè hanno abbandonato il Servizio mentre erano ancora alla fase di osservazione o perchè gli operatori non hanno ritenuto necessario iniziare un trattamento; gli utenti *appoggiati* sono coloro che provengono da un altro SerT, esterno al territorio della provincia di Ravenna, generalmente per ricevere la terapia farmacologica definita dagli operatori del Servizio inviante.

⁶ In allegato sono indicati i dati suddivisi per SerT (Ravenna, Faenza, Lugo).

⁷ I dati disponibili riguardano le segnalazioni inviate ai SerT della provincia di Ravenna relative agli artt. 121 e 75 (DPR 309/90).

intenzioni del legislatore, uno strumento attraverso il quale stimolare e sollecitare una presa di coscienza del soggetto sulle problematiche connesse all'assunzione di stupefacenti. A livello epidemiologico queste comunicazioni risultano inoltre utili per monitorare il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti sul territorio.

Le segnalazioni delle Forze dell'ordine alla Prefettura (ai sensi del DPR 309/1990) di soggetti fermati in possesso di sostanze illegali, sono uno degli indicatori importanti per monitorare la diffusione del consumo di sostanze stupefacenti sul territorio. Sebbene questo indicatore non sia tra quelli ritenuti "chiave", rimane comunque un buon "informatore" sulla diffusione dell'utilizzo delle suddette sostanze.

Nel 2006 i soggetti segnalati al Ser.T. dalla Prefettura per possesso di stupefacenti sono stati 237 e 172 nel 2007. Fra tutte le segnalazioni pervenute nel periodo in esame oltre il 60% riguardano l'articolo 121⁸.

Dai dati che emergono dalle segnalazioni della Prefettura si nota che la cannabis è la sostanza psicotropa più diffusa sul territorio. Ciò rappresenta una realtà diversa da quella che si osserva all'interno dei Servizi, dove l'utenza è prevalentemente dipendente da eroina.

La tossicodipendenza

In Italia, i dati dell'indagine IPSAD del 2005, relativa a tutta la popolazione di età 15-54 anni, affermano un aumento della diffusione del consumo di droghe illegali nella popolazione. In particolare, fra il 2001 e il 2005 si stima che le persone che hanno fatto uso di cannabis e cocaina siano pressochè raddoppiate, mentre risultano in diminuzione i consumatori di eroina. Un altro aspetto da non sottovalutare per la sua pericolosità è la tendenza sempre maggiore all'uso combinato di più sostanze.

In un simile contesto, che appare essere in continua evoluzione, diventa quanto mai importante l'attività di ricerca per implementare la conoscenza. Infatti, è solo se si hanno a disposizione elementi ed informazioni sempre più particolareggiate che diventa possibile articolare tempestivamente delle attività preventive e di intervento adeguate alle richieste e alle necessità del territorio di competenza.

Il mutato atteggiamento delle nuove generazioni verso l'uso/abuso di sostanze stupefacenti sta richiedendo ai Servizi per le dipendenze di adeguare e mettere in atto nuove strategie di prevenzione, aggancio ed intervento. L'obiettivo è di raggiungere e sensibilizzare sulla necessità di seguire percorsi di recupero un numero sempre più vasto ed eterogeneo di individui.

L'offerta dei Servizi

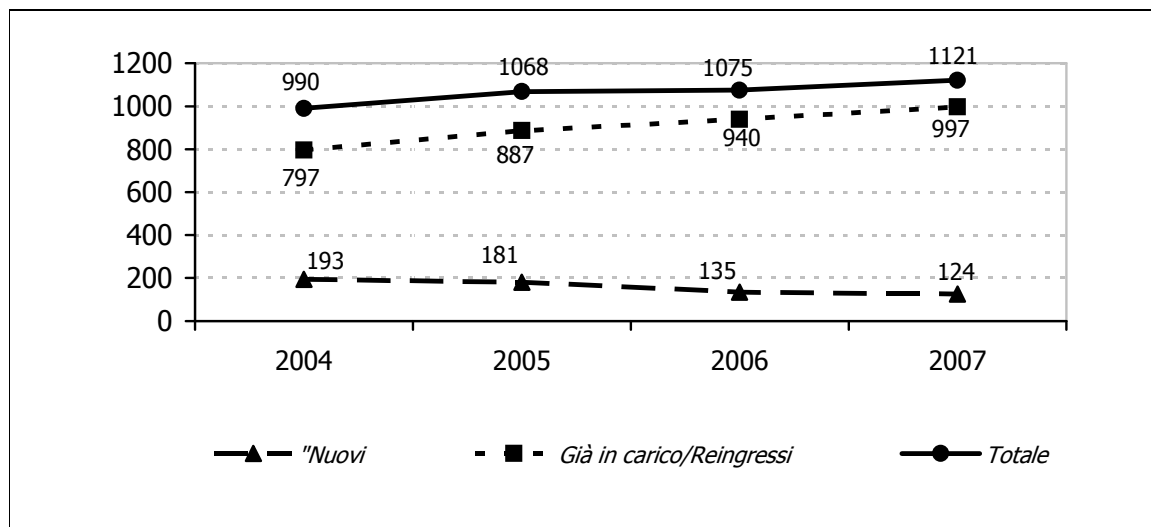
Gli utenti che entrano all'interno di un progetto terapeutico riabilitativo (in carico) rappresentano una parte rilevante dell'attività dei SerT. I programmi e gli interventi sono personalizzati e definiti in base alle caratteristiche dei soggetti e ai propri bisogni sociali, relazionali e sanitari. Pertanto diviene essenziale l'analisi della domanda della persona che si presenta ai SerT, la sua motivazione ad intraprendere un programma di disintossicazione e di riabilitazione, la situazione familiare e sociale; sono tutti elementi che non possono essere

⁸ Per quanto concerne "l'articolo 121", il soggetto può anche scegliere di non seguire nessuna proposta terapeutico-riabilitativa senza per questo incorrere in sanzioni di alcun genere. "L'articolo 75", invece, prevede delle sanzioni amministrative (sospensione della patente di guida, della licenza del porto d'armi, del passaporto e di ogni altro documento equipollente o, se trattasi di straniero, del permesso di soggiorno, ovvero del divieto di conseguire tali documenti, per un periodo da 1 a 4 mesi).

trascurati nella fase di osservazione e diagnosi che precede la definizione del progetto terapeutico.

I tossicodipendenti presi in carico presso i Ser.T. dell'AUSL di Ravenna nel corso del 2007 sono stati 1121. Il primo elemento da rilevare è il lieve ma costante incremento negli anni, che si esplica con l'elevata capacità di ritenzione in trattamento. Diverso il discorso sui nuovi utenti presi in carico che nel 2007 sono diminuiti di circa l'8%, portando il rapporto utenti conosciuti/nuovi ad attestarsi a 8,0 (contro 6,9 dell'anno precedente).

Fig. 1 – Numero di utenti tossicodipendenti (nuovi e già in carico) per anno di osservazione (AUSL Ravenna, 2004-2007, valori assoluti).



L'impatto della tossicodipendenza sul territorio

Il rapporto nuovi utenti in carico ai SerT sulla popolazione target di età 15-54 anni⁹, evidenzia negli anni una tendenza in costante diminuzione (cfr. Fig. 2). I dati, che nel 2004 erano simili a quelli regionali, hanno subito un andamento inverso discostandosi decisamente nel 2005.

Una possibile spiegazione potrebbe essere data dalla consapevolezza di trovarsi di fronte ad una contraddizione: da una parte la complessità della scena in cui ci muoviamo (policonsumo) e dall'altra la limitatezza dei nostri progetti, legati ancora alla "vecchia" tipologia di utenti eroinomani e la scarsità delle nostre risorse operative.

Raccogliere la sfida della complessità generata dai cambiamenti della scena della tossicodipendenza in questi anni per i servizi significa elaborare nuove strategie di intervento.

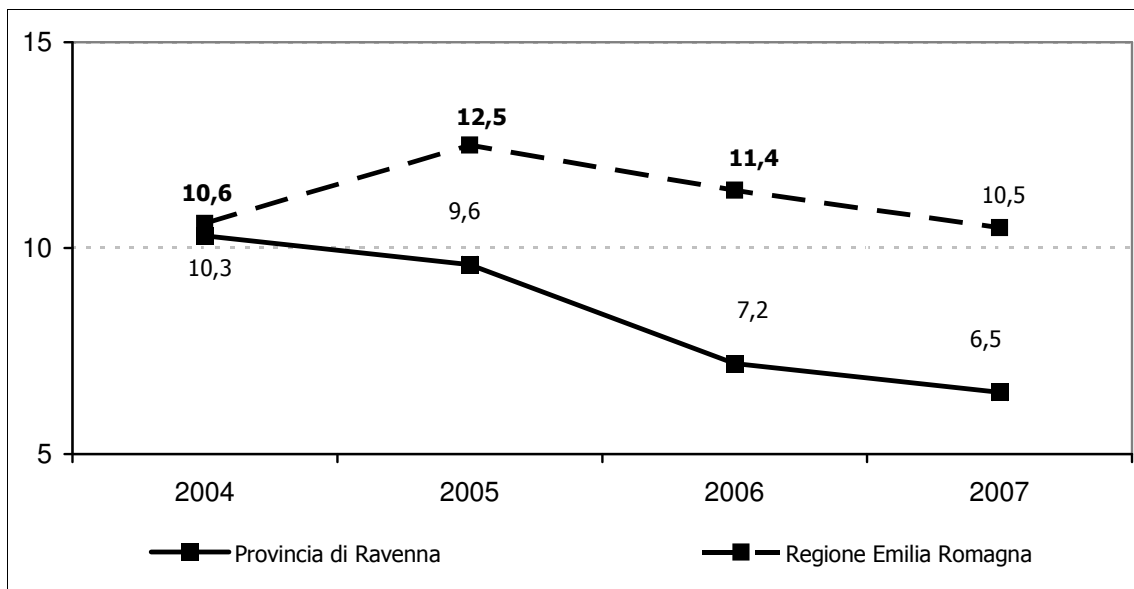
Che fare?

- *Ripensare i SerT*: promuovere nuove modalità di accoglienza e percorsi di accesso, prevedendo Servizi sempre più aperti verso il territorio e la rete sociale. Una società senza droghe non esiste. Occorre pensare come affrontare questi temi aumentando la consapevolezza del rischio legato all'uso.

⁹ Il tasso per i tossicodipendenti è dato dal rapporto tra nuovi utenti in carico e la popolazione residente di età 15-54 anni X 10.000 abitanti. La popolazione residente nella provincia di Ravenna di età compresa fra i 15 e i 54 anni è pari a 191.204 unità, fonte: www.racine.ra.it/provincia/statistica/popolazionecomuni, dati relativi all' 1-1-2007.

- *Mantenere aperta la ricerca sugli stili di consumo*: aggiornare le “mappe” delle droghe per meglio conoscere e scoraggiare i rischi e gli effetti indesiderabili.
- *Promuovere spazi di confronto*: coinvolgere i MMG, i CSM, i colleghi dei presidi ospedalieri per meglio gestire le acuzie e le criticità a doppia o tripla diagnosi e offrire un invio precoce al Ser.T anche per quelle persone che non si sentono tossicodipendenti.

Fig. 2 - Nuova utenza in rapporto alla popolazione residente (Ausl Ravenna e Regione Emilia - Romagna, tasso di incidenza x 10.000 residenti, Anni 2004-2007).



Fonte sulla popolazione: Servizio Statistico Regione Emilia-Romagna, Servizi Demografici Provincia di Ravenna.

Altro indicatore rilevante è il rapporto tra popolazione complessiva in carico ai SerT (nuova e già in carico da anni precedenti) e popolazione residente¹⁰. In questo modo si esamina qual è l’impatto complessivo delle dipendenze sul territorio. Nel corso del 2007 ogni 10.000 cittadini d’età compresa tra i 15 ed i 54 anni circa 59 risultano in trattamento presso i servizi pubblici per le dipendenze della provincia per problemi legati ad un uso/abuso di sostanze stupefacenti (cfr. Fig. 3). Il trend temporale, che nel corso del tempo ha seguito perfettamente l’andamento regionale, nell’ultimo anno ha visto Ravenna crescere ad un ritmo più elevato la propria capacità di ritenzione in trattamento.

E’ indubbio che varie fonti e ricerche realizzate ad hoc sul tema dimostrano come vi sia un rapporto diretto tra utenza che accede ai Ser.T. e numero di tossicodipendenti sul territorio¹¹. Uno dei parametri fondamentali per stimare la numerosità di tossicodipendenti sul territorio è proprio dato dal numero di utenti in carico ai servizi. La popolazione tossicodipendente che accede ai Servizi preposti, quindi, deve essere considerata come una quota significativa dell’utenza tossicodipendente presente sul territorio. Si stima che, per ogni utente presente al SerT, sul territorio ve ne sia un altro sconosciuto ai servizi (questo dato deve essere comunque legato al contesto sociale locale). Si può affermare che nella provincia di Ravenna il fenomeno della tossicodipendenza non presenta variazioni significative, almeno per quanto concerne l’utenza che afferrisce ai Servizi.

La ritenzione in trattamento è una caratteristica positiva dell’U.O. Dipendenze Patologiche di Ravenna.

¹⁰ Il tasso è dato dal rapporto tra utenti in carico e popolazione residente 15-54 anni X 10.000 abitanti.

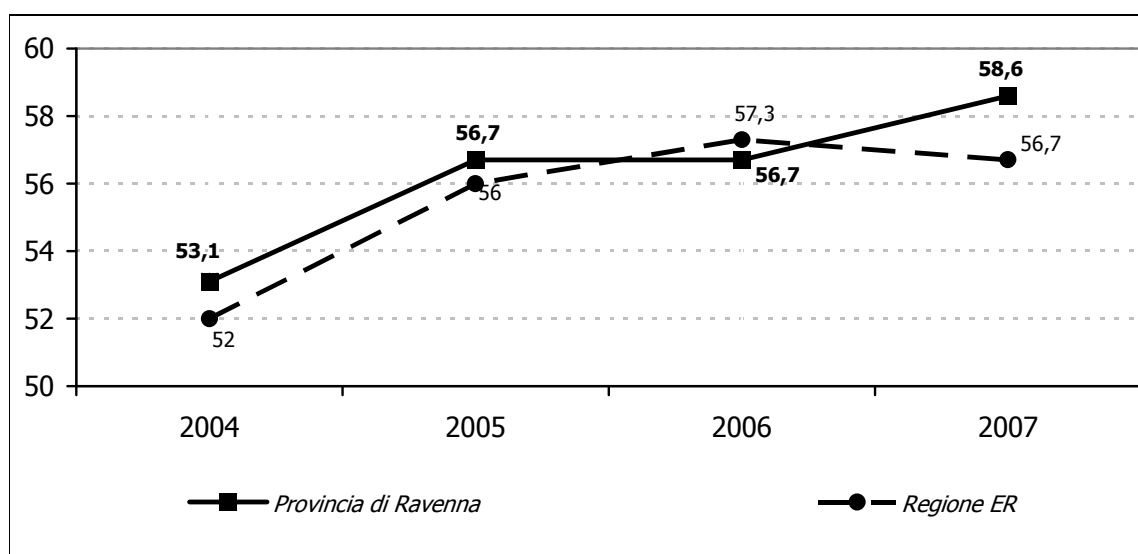
¹¹ Ministero della solidarietà sociale, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2005*, Roma, 2006.

La condotta dei tossicodipendenti in trattamento è variabile: una parte di essi mantiene un buon grado di compliance, altri “trasgrediscono” in maniera programmata, altri ancora sono imprevedibili: interrompono il trattamento, poi rientrano, trasgrediscono, poi si attengono alle prescrizioni, e così via senza alcuna intenzionalità predefinita.

Capita e bisogna prenderne atto.

E prenderne atto vuol dire non abdicare alle funzioni di cura e alle relazioni di aiuto anche quando il nostro interlocutore esprime bisogni e comportamenti che divergono dalle nostre valutazioni cliniche. Includere – riducendo il sommerso ed evitando meccanismi di emarginazione – è una delle finalità dei servizi ed ogni operatore deve sentirsi continuamente “messo alla prova” rispetto a questo obiettivo. Prerequisito fondamentale delle funzioni di cura è quello di stabilire un contatto e di mantenerlo in maniera consensuale e non obbligatoria.

Fig. 3 - Rapporto tra utenza in carico e popolazione residente (A usl Ravenna e Regione Emilia - Romagna, tasso di prevalenza x 10.000 residenti, Anni 2004-2007).

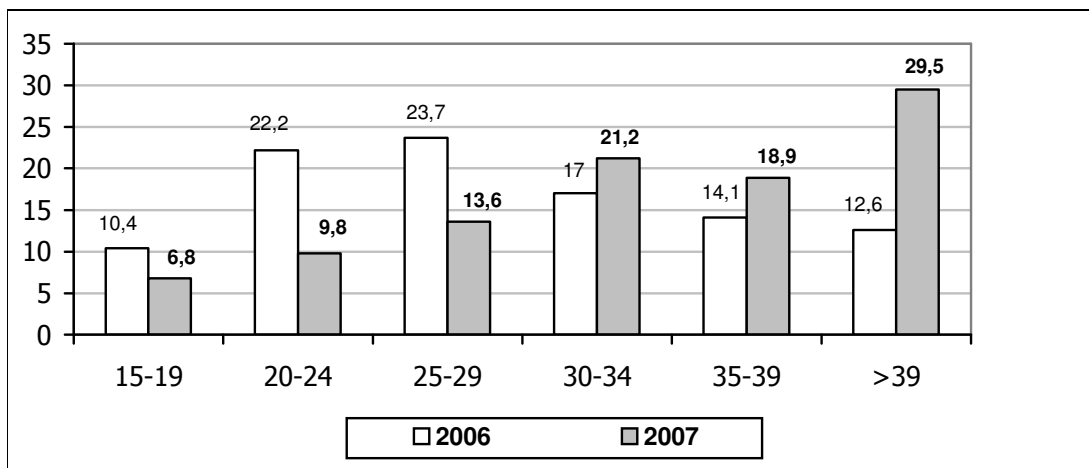


Caratteristiche anagrafiche dei pazienti

L'analisi delle caratteristiche della nuova utenza assume un valore utile sia alla programmazione degli interventi su fasce di popolazione portatrici di nuovi bisogni, sia per delineare la nuova fenomenologia della tossicodipendenza sul territorio. Coloro che si rivolgono ai Servizi per le dipendenze lo fanno per varie motivazioni; alcuni utenti arrivano al SerT in quanto "segnalati" dalla Prefettura come detentori e consumatori di sostanze stupefacenti, altri dietro la spinta di familiari e amici, altri perché inviati da differenti servizi, altri per motivazioni personali.

Coloro che sono acceduti per la prima volta ai SerT dell'AUSL di Ravenna (i cosiddetti *nuovi casi*) nel 2006 erano in prevalenza giovani, seppur i casi che superavano i 40 anni raggiungevano il 12,6%. Nel 2007 la situazione è mutata radicalmente e nell'andamento rispecchia il dato sull'utenza complessiva (cfr. Fig. 4 e 5). Questo è un aspetto nuovo, mai osservato, in queste dimensioni, negli anni passati.

Fig. 4 - Classi d'età nuova utenza tossicodipendente (Anni 2006-2007, Valori %).



Le spiegazioni sono a più livelli: *i*) il rivolgersi ad un servizio per un trattamento, solitamente, matura dopo molti anni dalla prima esperienza con le droghe (molti utenti hanno dai cinque ai venti anni di consumo di droghe alle spalle); *ii*) il livello di consapevolezza delle problematiche personali possono anticipare o ritardare il tempo che passa dalla manifestazione del problema all'accesso ai SerT.

L'efficacia del trattamento erogato da un Ser.T. deve essere sempre misurato anche in relazione al contesto socio-economico in cui esso opera e alla capacità del Servizio di ristabilire adeguate condizioni sanitarie, relazionali e sociali. Per fare un esempio concreto, vivere in un contesto dove l'offerta occupazionale è più ampia facilita il processo di reinserimento sociale.

Anche la scolarità risulta piuttosto limitata, infatti una quota significativa di nuovi soggetti in carico possiede un titolo di studio pari o inferiore al diploma di scuola media inferiore.

Uno sguardo sull'utenza in carico

Come evidenziato in precedenza, la dipendenza da sostanze ha fatto registrare sempre una netta predominanza degli uomini rispetto alle donne, le quali sono in un numero nettamente inferiore, sia nei consumi generali che fra l'utenza che affrisce ai servizi¹². Come evidenziato da alcune ricerche nazionali sui giovani, le differenze di genere sui modelli di consumo divengono sempre più sottili, a dimostrazione di come vi sia una standardizzazione di alcuni comportamenti che esulano dal sesso di chi consuma.

Analizzando i dati nazionali, emerge che circa l'84% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è costituito da uomini, ma questo dato non è uniforme sul tutto il territorio nazionale. Nella regione Emilia - Romagna la quantità di femmine è maggiore rispetto alla media nazionale italiana. Nel corso del 2007, tra le persone in carico nella provincia di Ravenna il 19,3% (pari a 216 casi) erano donne, con un rapporto di 4,2 maschi per ogni femmina.

L'età è una componente caratterizzante dei servizi per le dipendenze: i trattamenti proposti, gli esiti dei programmi, variano a seconda dell'età della persona, proprio perché in questo campo è più che mai necessario attivare interventi e programmi personalizzati. Non meno importante è il mercato di sostanze stupefacenti che si trasforma continuamente, incidendo sia

¹² Le cause sono tante e tali che risulta molto difficile riassumerle in breve, soprattutto perché legate sia a motivazioni di tipo sociale (relazioni familiari, sociali, etichettamento, ruolo, capacità di accesso alle risorse, ecc...) sia a motivazioni più prettamente psicologiche (diverente senso di sé, autonomia, processo di dipendenza, ecc...).

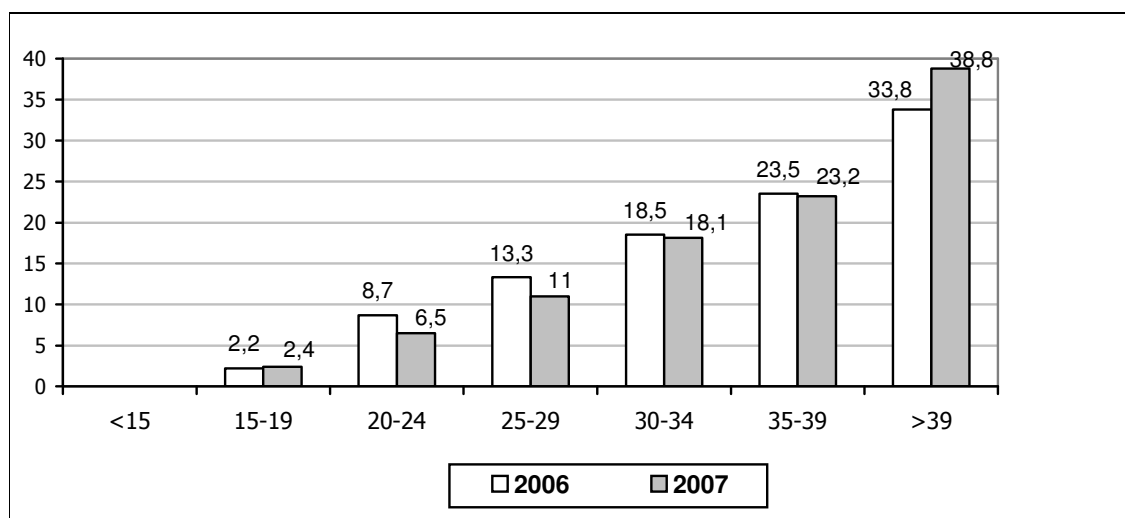
sul tipo di risposte che i soggetti necessitano, sia sulla fisionomia e sulle caratteristiche dei fenomeni.

Le motivazioni sono da attribuirsi ad un duplice fenomeno. In primo luogo, alla maggiore motivazione degli utenti stessi nel proseguire il percorso terapeutico nel corso degli anni e, in secondo luogo, alla positiva capacità del Servizio di stimolare la permanenza degli stessi.

La distribuzione per età indica come il fenomeno, anche per il 2007, interessi prevalentemente gli utenti con più di 39 anni, confermando il trend di progressivo invecchiamento degli assistiti già in corso da diverso tempo.

Il confronto fra i dati 2006 e 2007 sembra suggerire come fra gli utenti fino a 30 anni il rapporto con il SerT sia terminabile con più facilità, tant'è che la percentuale di questi utenti è in ogni classe di età inferiore all'anno precedente. Al contrario, sembra decisamente più elevata la capacità di ritenzione in trattamento per i pazienti più "vecchi", che aumentano considerevolmente ormai da diversi anni.

Fig. 5 – Totale utenti tossicodipendenti per classi di età (Anni 2006-2007, Valori %).



L'invecchiamento dei pazienti nei SerT è dovuto principalmente ad un effetto di ritenzione in trattamento dei pazienti che potrebbe a sua volta essere l'espressione di un aumento: a) della durata media dei trattamenti; b) del periodo di soggiorno presso le comunità terapeutiche; c) del numero di utenti in trattamento metadonico di mantenimento.

Le sostanze di abuso

Come visto nei capitoli precedenti, lo scenario dell'uso di sostanze tra i giovani sta rapidamente e fortemente modificandosi. A sostanze quali l'eroina, negli ultimi periodi si sono affiancate le cosiddette "nuove droghe" che di nuovo hanno esclusivamente le modalità d'uso e non la composizione chimica. Se nel passato vi era una netta quota di persone che usavano prevalentemente eroina come sostanza primaria¹³ (50-60% per i nuovi ingressi e 70-80% per il totale degli utenti), nel tempo le "nuove droghe" (sarebbe più corretto parlare di nuovo uso)

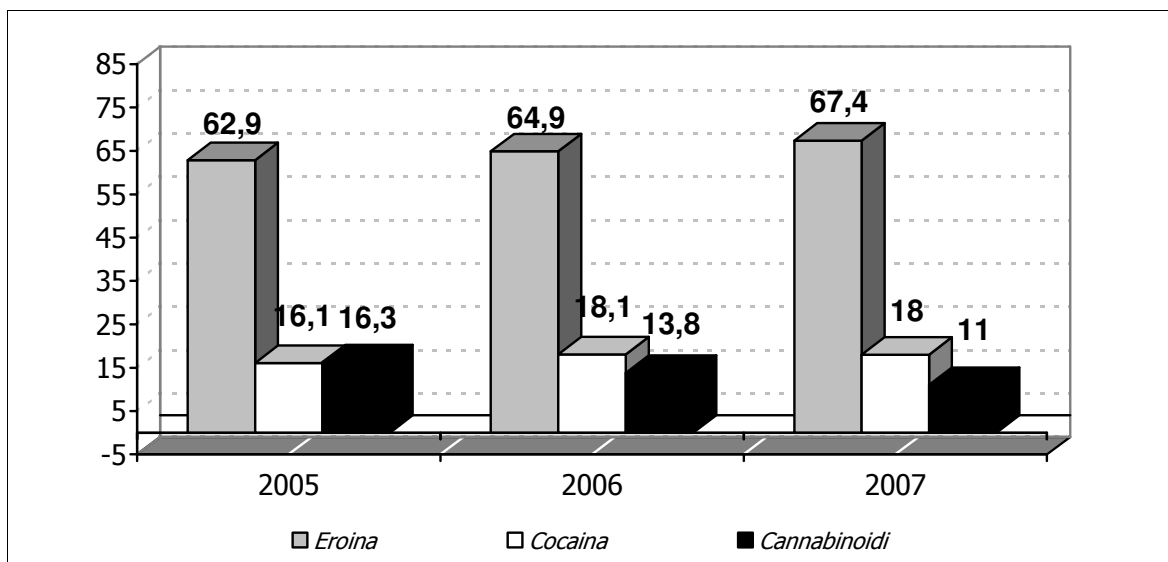
¹³ E' opportuna una breve premessa metodologica, al fine di distinguere la cosiddetta sostanza primaria dalle altre sostanze assunte dalla persona che si presenta ai SerT. Per sostanza "primaria" si intende la sostanza d'abuso che, nel momento di accesso al servizio, presenta la maggiore problematicità. In un certo senso il concetto di sostanza primaria rimanda a procedure di rilevazione dei dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali che ha adottato delle definizioni condivise a livello nazionale per permettere una interpretazione comune dei dati dei SerT, più che a criteri clinici.

hanno coinvolto sempre più frequentemente i nuovi utenti, soprattutto a seguito di un cambiamento nel mercato e nel consumo.

Nel 2007 i soggetti seguiti per problemi legati all'eroina sono arrivati al 67,4%, coloro che sono entrati in trattamento per cocaina si attestano al 18% e quelli trattati per i cannabinoidi scendono all'11%. Rispetto all'anno precedente si osserva una crescita di utenza eroinomane, un calo di coloro seguiti per problemi legati al consumo di cannabinoidi e una percentuale stabile di dipendenti da cocaina (cfr. fig. 6).

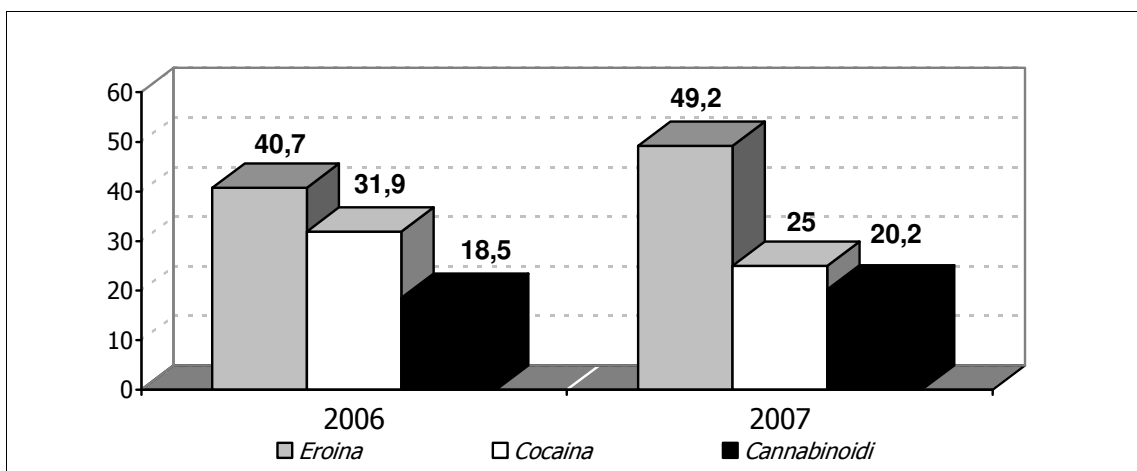
Da questi dati appare rilevante una nuova crescita, negli ultimi 2 anni, dei pazienti seguiti per eroina primaria, dopo che nei primi anni del 2000 tale quota di utenza si era notevolmente ridimensionata. E' un aspetto molto interessante, legato anche alle nuove modalità di assunzione di questa sostanza: infatti, soprattutto fra i più giovani, viene assunta fumata o sniffata, togliendo anche all'eroina quell'immagine di droga che porta all'emarginazione e al degrado tipica dell'uso endovenoso.

Fig. 6 – Tossicodipendenti “totali in carico” al Ser.T. suddivisi per sostanza d'abuso primaria (Anni 2005– 2007. Valori %).



Fra la nuova utenza il trend seguito è lo stesso, sebbene le percentuali di consumatori si attestino su valori diversi: l'eroina è la sostanza primaria per il 49,2% dei nuovi utenti (+8,5% rispetto al 2006) e la cocaina per il 25% (-6,9% rispetto al 2006), a dimostrazione che le forme di consumo si modificano continuamente (probabilmente anche in conseguenza del più o meno facile reperimento delle sostanze nei diversi periodi) e che comunque la ricettività dei Servizi per le tossicodipendenze si dimostra ugualmente elevata e pronta ad affrontare i cambiamenti che il fenomeno del consumo di sostanze evidenzia nel corso del tempo.

Fig. 7 - Sostanza primaria assunta dai "nuovi utenti" (Anno 2006. Valori %).

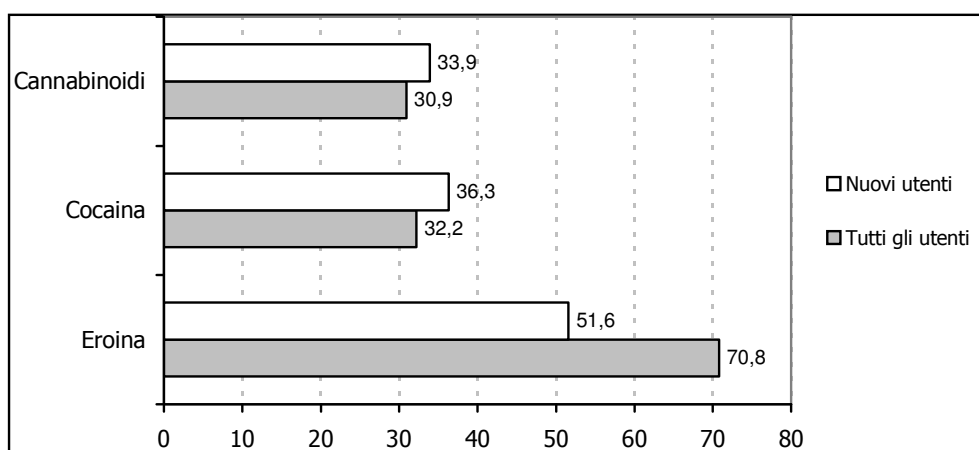


Negli ultimi anni l'AUSL di Ravenna risulta, a livello regionale, fra quelle con la maggior quota percentuale di utenti cocainomani in carico.

Dagli elementi in nostro possesso, inoltre, si evidenzia come la proporzione di utenti che si rivolge al SerT, per problemi correlati all'uso di ecstasy o alle cosiddette *droghe ricreative*, è molto basso o quasi inesistente. Nel 2007 la percentuale di soggetti che risultava aver dichiarato l'uso di ecstasy sia come uso primario o secondario era pari a meno dell'1% sia nei nuovi accessi sia nell'utenza in generale.

Negli ultimi anni invece, al Servizio per le dipendenze si è affacciato un nuovo fenomeno, il consumo di più sostanze, comportamento che il più delle volte non è ascrivibile ad un semplice uso occasionale ma che delinea una vera e propria politossicodipendenza: il 67,9% dei soggetti in trattamento durante il 2007 assumeva almeno due sostanze (dato che troviamo confermato anche nella "nuova" utenza).

Fig. 8 - Distribuzione delle sostanze d'uso tra gli utenti in carico (Anno 2007. Valori % multipli*).



* Il totale non si somma in quanto gli utenti hanno usato contemporaneamente più sostanze.

L'eroina rimane la sostanza elettiva che spinge gli utenti, soprattutto quelli "storici", a rivolgersi ai servizi: il 70,8% di tutti gli utenti era dipendente da questa sostanza in fase di ingresso al Ser.T. (sia come sostanza primaria sia come secondaria); mentre caratterizza la domanda d'aiuto nel 51,6% dei nuovi utenti.

Il 36,3% dei nuovi utenti e il 32,2% del totale dell'utenza usava cocaina all'ultima rilevazione, sia da sola sia accompagnata da qualche altra sostanza. Lo stesso profilo, con dimensioni diverse, lo si ha per i cannabinoidi, usati dal 33,9% dei nuovi utenti e dal 30,9% del totale dell'utenza.

Alla luce di questi dati è dunque possibile affermare che la politossicodipendenza o l'uso contemporaneo di più sostanze risulta più che mai un fenomeno in continua evoluzione, dove la sperimentazione e il passaggio da una sostanza all'altra sono più frequenti di quanto avveniva in passato. Occorre ripensare a nuovi modelli e nuovi approcci sia per la prevenzione primaria, sia per il recupero e per il reinserimento sociale di queste persone. Se da una parte i servizi sono orientati ad un'offerta di trattamenti sempre più specialistica (eroina, cocaina, alcol, ecc...), dall'altra questo implica un rischio di settorializzazione e frammentazione degli interventi e di semplificazione della problematica dell'utente. Non a caso, infatti, sempre più spesso si assiste a fenomeni di "migrazione" da una sostanza all'altra anche da parte dell'utenza storicamente in carico.

L'alcolismo

Negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha indicato nell'abuso di bevande alcoliche un problema prioritario di Sanità Pubblica in quanto fattore di rischio per gravi patologie organiche (epatopatie, cirrosi, etc.), per gravi psicopatologie della sfera affettiva e cognitiva (depressione, suicidio, delirium, demenza, etc.), per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenze, soprattutto nell'ambito della famiglia), per l'assenteismo sul lavoro, i frequenti ricoveri ospedalieri, gli incidenti stradali e sul lavoro.

L'alcol aumenta il rischio di mortalità per cirrosi di 27 volte negli uomini e 35 nelle donne, ed è la causa più diffusa di epatocarcinoma in Italia. Il rischio è maggiore se l'inizio dell'abuso è dopo i 45 anni e se il consumo è concentrato in grandi quantità occasionali, mentre è ridotto con un consumo moderato e continuo (come nel caso di chi beve vino durante i pasti¹⁴).

Il rapporto sull'alcol del 2004 dell'OMS evidenzia che, rispetto a qualche anno fa, gli italiani in media bevono meno. E' in diminuzione l'ospedalizzazione legata all'alcol ed è invece in aumento il numero di alcolisti che si rivolgono a centri specializzati. Tuttavia si sta diffondendo l'abitudine di bere al di fuori dei pasti ed è in aumento il consumo di alcol tra i giovani e le donne¹⁵. Per questo, la riduzione dei danni legati all'alcol è uno degli obiettivi principali del Piano nazionale di prevenzione, approvato da tutte le Regioni italiane.

Secondo alcune stime in Italia su 33 milioni di bevitori ci sarebbero 4 milioni di persone che presentano problemi connessi all'uso di alcol ed 1 milione e 600 mila alcolisti. Il numero di decessi direttamente collegati all'alcol è stimato intorno ai 30-40.000 casi annui, di cui circa la metà per cirrosi epatica e circa il 10% per incidenti stradali avvenuti sotto l'effetto di sostanze alcoliche¹⁶.

L'OMS suggerisce che nei paesi industrializzati l'alcol sia la causa del 2% della mortalità complessiva, mentre in Italia, la Società Italiana di Alcolologia stima che i decessi attribuibili ai problemi e alle patologie alcolcorrelati risultino pari al 3%, andando a costituire la terza - quarta causa di morte¹⁷ (la prima tra i giovani al di sotto dei 25 anni di età). Inoltre, per i giovani

¹⁴ Carmela Loguercio - cattedra di Gastroenterologia, Seconda università di Napoli.

¹⁵ Dati IPSAD-Italia@2005-2006 e ESPAD-Italia@2005-2006.

¹⁶ Stime fornite dal Gruppo Epidemiologico della Società Italiana di Alcolologia, Istituto Eurispes.

¹⁷ Commissione Mista Società Italiana di Alcolologia, Istituto Superiore di Sanità. Secondo Rapporto Speciale del GESIA, Consumo di alcol, prevalenza dei bevitori, frazioni alcol - attribuibili e mortalità alcol - attribuibile, Italia, 1979 - 1993, Ottobre 1997, in *Tempo Medico*, n° 609, 1998

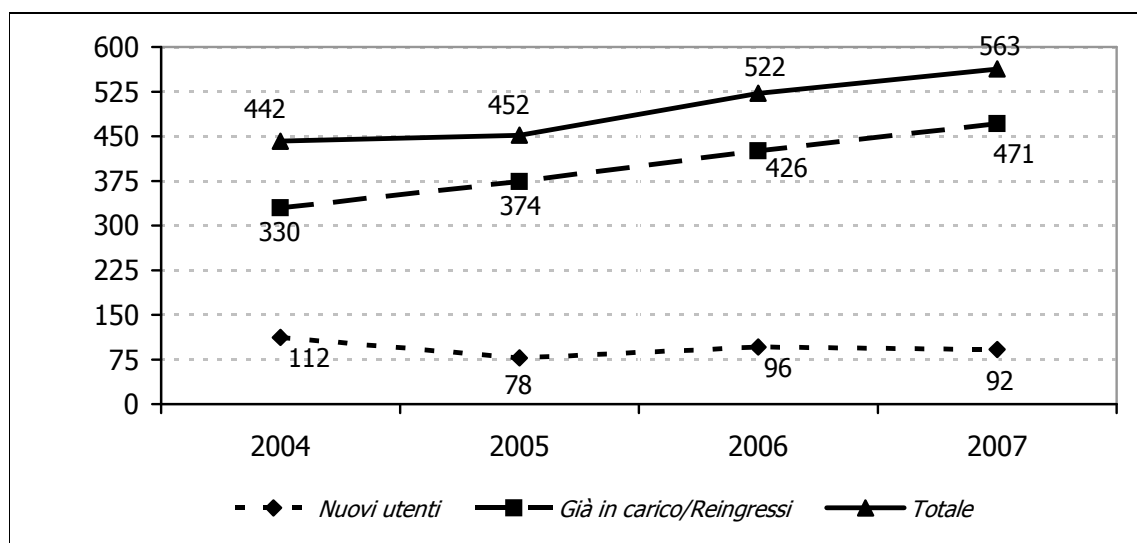
l'alcol, oltre ad essere la causa del 50% degli 8mila decessi annui, è responsabile di 170mila ricoveri e di 20mila invalidità permanenti conseguenti a guida in stato di ebbrezza.

Se fino a qualche anno fa l'alcolismo veniva considerato principalmente un problema di ordine etico, oggi anche l'opinione pubblica tende a considerarlo essenzialmente un problema di salute.

La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica perseguiti da gran parte degli Stati europei.

Un primo sguardo ai dati dell'utenza alcolista dei SerT dell'Azienda USL di Ravenna focalizza una crescita costante nel corso degli anni, in particolare per l'utenza storica, ad ulteriore conferma dell'elevata capacità di ritenzione in trattamento del Servizio (cfr. fig. 9).

Fig. 9 – Numero utenti alcolodipendenti (nuovi e già in carico) per anno di osservazione (AUSL Ravenna 2004 - 2007, Valori assoluti).



Come si vedrà meglio dai dati sulle caratteristiche socio-anagrafiche, gli utenti alcolisti sono mediamente più vecchi rispetto ai tossicodipendenti. Probabilmente ciò è imputabile al fatto che l'insorgere di una consapevolezza rispetto al bere problematico sia un percorso molto più lento rispetto ad altri fenomeni d'abuso. In effetti, la compromissione della qualità della vita dovuta alla dipendenza da alcol è percepita in maniera meno evidente dall'alcolista rispetto a colui che fa uso di droghe; oltre al fatto che essendo una sostanza legale, vi è una minore "stigmatizzazione sociale". Anzi, di frequente l'alcol è promosso in diversi contesti e situazioni.

Di conseguenza, è logico che il confronto con la popolazione di riferimento si rapporti a fasce di età più ampie: tra i 15 e i 64 anni¹⁸ (standard di riferimento per gli alcolisti).

In particolare, nel tempo, il rapporto tra i nuovi utenti in carico e la popolazione residente¹⁹ presenta un andamento altalenante: 4,8 nuovi utenti presi in carico nel 2004, 3,3 nel 2005, 4,1 nel 2006 e 3,9 nel 2007.

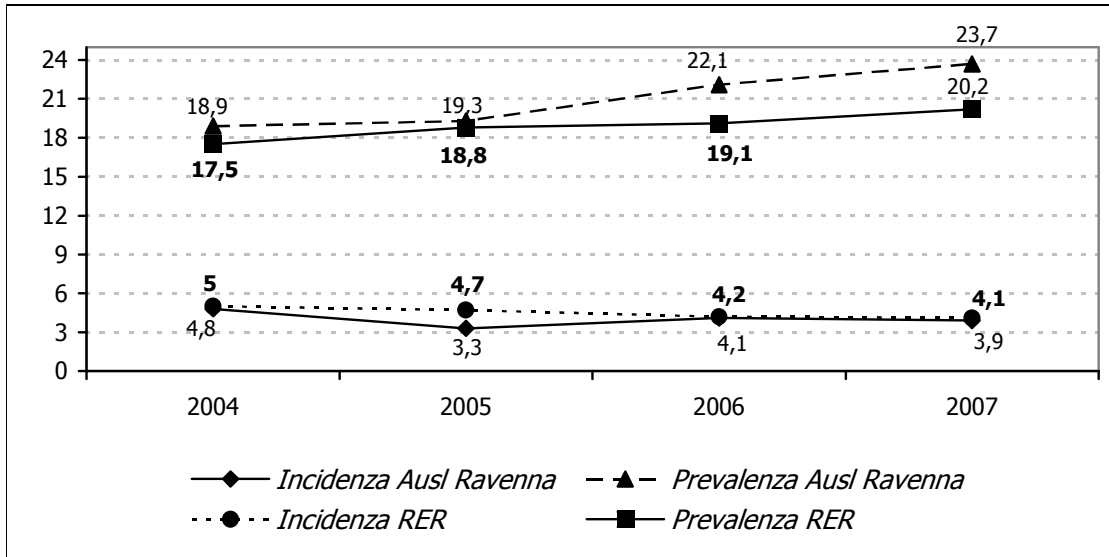
Invece, il rapporto tra il totale degli utenti presi in carico e la popolazione di riferimento²⁰, che esprime l'impatto generale del servizio sul territorio, registra un progressivo ed esponenziale tasso di crescita: da 18,9 alcolisti in carico ogni diecimila abitanti del 2004, si è giunti a 23,7 del 2007 (come si può rilevare dal grafico 10 i valori sono più elevati della media regionale).

¹⁸ La popolazione residente nella provincia di Ravenna di età compresa fra i 15 e i 64 anni è pari a 237.765 unità, fonte: www.racine.ra.it/provincia/statistica/popolazionecomuni, dati relativi all' 1-1-2007.

¹⁹ Tasso di incidenza, nuovi casi ogni 10.000 abitanti 15-64 anni.

²⁰ Tasso di prevalenza, totale utenti in carico ogni 10.000 abitanti 15-64 anni.

Fig. 10 - Rapporto tra nuovi utenti in carico e popolazione (incidenza) e tra utenti totali e popolazione (prevalenza) nella Provincia di Ravenna e in altri Servizi della Regione Emilia - Romagna (Anni 2001 - 2007, Tassi X 10.000 abitanti).



L'analisi sull'utenza che abusa di sostanze alcoliche conferma quanto già riscontrato nell'utenza tossicodipendente: la netta rilevanza dei maschi rispetto alle femmine. Tuttavia, fermo restando la prevalenza maschile, il rapporto maschi/femmine fra gli alcolisti mette in luce una maggior componente femminile rispetto al mondo della tossicodipendenza. Infatti, se nell'utenza tossicodipendente, orientativamente, vi è una donna ogni cinque maschi, nel caso degli alcolisti il rapporto si riduce a 2 (dati 2007).

Gli alcolisti in carico sono più vecchi rispetto ai tossicodipendenti (in media di oltre 10 anni), soprattutto perché vi è una quota notevole di ultraquarantenni (73,4%). Inoltre, nella sola fascia 30-49 anni troviamo oltre la metà degli utenti (52,6%). Altrettanto consistente è la fascia degli ultracinquantenni (42,8%). L'utenza nuova rispecchia sostanzialmente le stesse fasce di età, sia per la quantità di ultraquarantenni (65,9%), sia per l'elevata età media (46,5 anni).

Fig. 11 – Totale utenti alcolodipendenti suddivisi per classi di età (Anni 2006-2007. Valori %).

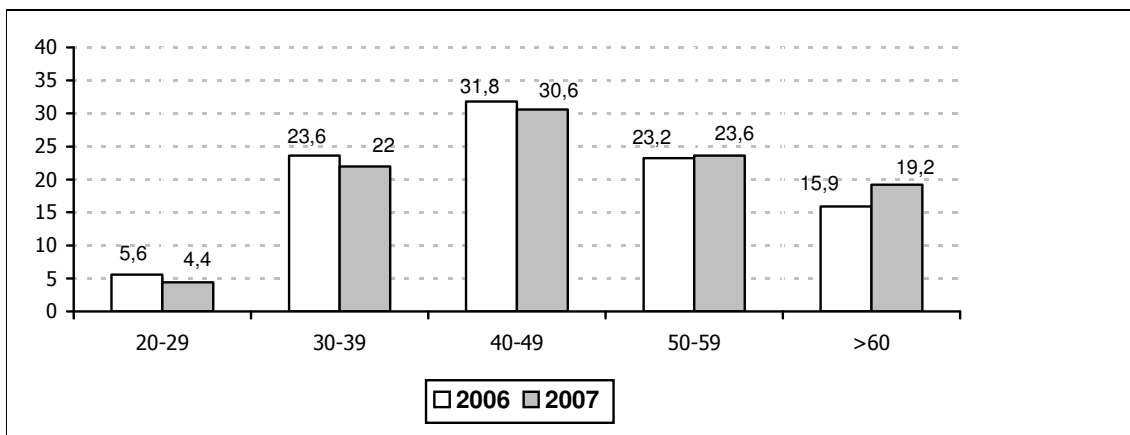
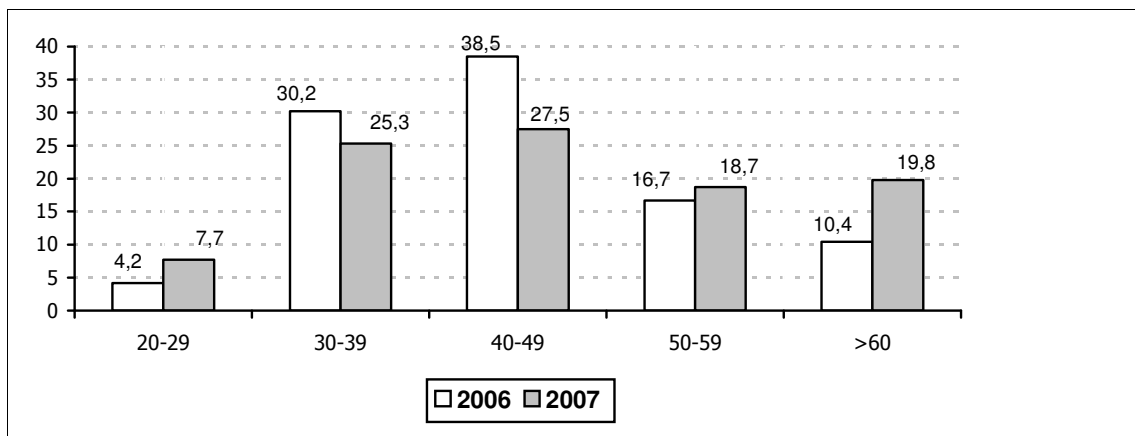


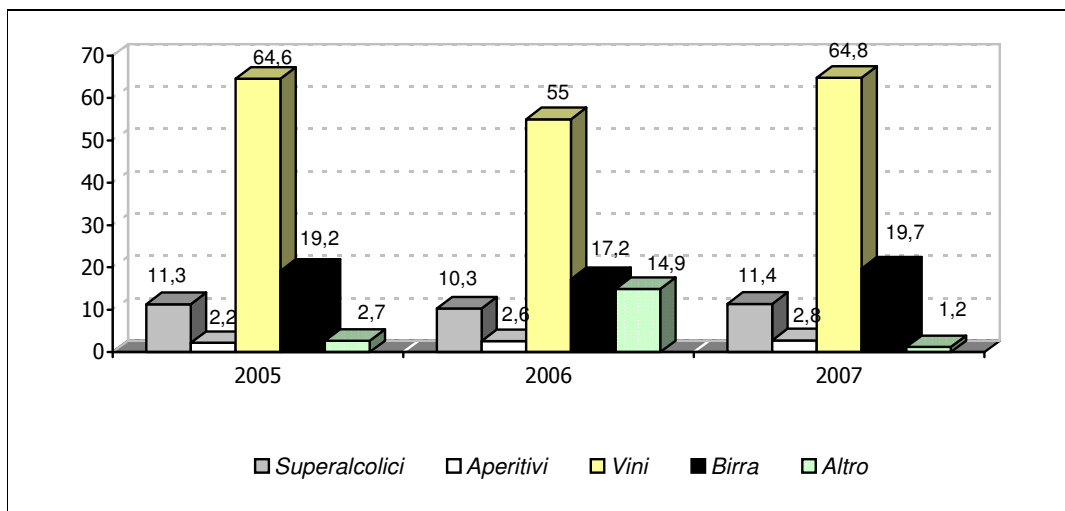
Fig. 12 – Nuovi utenti alcol dipendenti suddivisi per classi di età (Anni 2006-2007. Valori %).



L'alcol dipendenza, spesso, è legata all'uso di più bevande alcoliche in contemporanea, ma è il vino (65,7%) che risulta essere la sostanza d'elezione. Probabilmente perché è un alcolico di facile reperimento e tradizionalmente consumato nella quotidianità dei pasti. Seguono la birra (19,4%) e i superalcolici (11,5%).

Per quanto riguarda l'età, il consumo di superalcolici e birra è presente in misura maggiore fra gli utenti con età inferiore ai 40 anni, mentre quello di vino tra gli ultraquarantenni.

Fig. 13 - Utenti alcol dipendenti suddivisi per alcolico d'uso prevalente (Anni 2005-2007. Valori %).



4. I percorsi di cura

Uno degli indicatori condiviso a livello internazionale per valutare l'efficacia dei trattamenti per le dipendenze è la capacità di trattenere gli utenti nel programma terapeutico (ritenzione in trattamento). L'aumento di tale indice appare inversamente proporzionale al numero di overdose ed al numero delle malattie correlate all'uso di droghe; dice della maggior continuità e durata dei programmi articolati e complessi necessari a risolvere una patologia spesso grave ed eradicabile con grandi difficoltà; conferma la possibilità di stabilire una buona compliance terapeutica con una tipologia di ammalati da sempre descritta come antisociale, con gravi difficoltà relazionali, instabile nella gestione delle emozioni e nella capacità di progettare, difficile da attrarre e trattenere nei luoghi di cura nonchè scarsamente affidabile.

Per quanto concerne l'analisi delle diverse tipologie di intervento erogate, si può notare come, nel corso degli anni, si sia riusciti a differenziare maggiormente le risposte ai diversi bisogni dell'utenza. Da anni nei Ser.T. ci si è orientati al superamento di una clinica delle tossicodipendenze di tipo monomodale (farmacologico, residenziale, ecc...), privilegiando stili di intervento multimodali e integrati, coordinati e personalizzati, attraverso un lavoro d'equipe multiprofessionali, operanti in contemporanea sul fronte del mantenimento/potenziamento dei livelli di "inclusione sociale" del soggetto, attraverso l'attivazione di percorsi di ri-orientamento professionale o scolastico e sostegno all'inserimento lavorativo o attraverso la collaborazione con Enti ed Associazioni del volontariato tanto per il rilancio della dimensione risocializzante quanto per la messa in opera e la gestione di Servizi a "bassa soglia", quali Asili notturni, centri di socializzazione ed altro ancora.

Le persone cui vengono destinati i servizi si trovano spesso in condizioni socioculturali, psicofisiche ed economiche non certo idonee ad agevolare un affrancamento dall'uso di sostanze e dallo stile di vita ad esso collegato, costellato frequentemente di episodi al confine della marginalità sociale.

Certamente i dati successivamente esposti non forniscono informazioni sufficienti a capire nel dettaglio quelle che sono le necessità e le richieste formulate da chi si rivolge al servizio per tentare un percorso di "cura" rispetto alla propria problematica, ma possono dare un quadro, seppur parziale, di quelle che possono essere le risposte necessarie per formulare un piano di lavoro articolato ed efficace al fine di sostenere la cura della tossicodipendenza e l'integrazione sociale del soggetto stesso.

Non vi è dubbio che i SerT si sono organizzati in maniera articolata per affrontare i fenomeni relativi alla dipendenza da sostanze. Ovvero gli utenti che accedono alle tre unità operative di Ravenna, Lugo e Faenza che costituiscono l'Unità Operativa Complessa Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Ravenna possono fruire di oltre 30 diverse tipologie di trattamenti differenziati.

Per analizzare i dati relativi ai programmi erogati agli utenti presi in carico si è provveduto a raggruppare tutte le forme di intervento in alcune macro aree:

- *Area del sostegno psicologico*, che raggruppa le tipologie di intervento quali i colloqui clinici, le consultazioni psicologiche, le diverse forme di psicoterapia, i gruppi psicoeducativi e di auto-aiuto;
- *Area del sostegno sociale*, caratterizzata da forme di potenziamento delle risorse relazionali individuali-familiari-ambientali, da promozione di interventi orientati al benessere della persona, in rete con i Servizi territoriali pubblici e privati, relativi all'ambito economico, lavorativo, socio-educativo, giuridico e della formazione professionale;

- *Area del sostegno farmacologico* che contiene tutte le diverse tipologie di farmacoterapie indicate nel trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e delle eventuali patologie psichiatriche compresenti;
- *Area altri trattamenti sanitari*, in cui si ritrovano le attività inerenti i controlli periodici dello stato di salute, gli esami tossicologici, i percorsi di prevenzione/vaccinazione delle patologie correlate, l'organizzazione di eventuali ricoveri ospedalieri, i rapporti con i medici di famiglia ed i servizi ospedalieri e territoriali.

I programmi per i tossicodipendenti

I programmi progettati ed erogati agli utenti variano in base a diversi fattori: la richiesta specifica dell'utente (poiché motivato a intraprendere un particolare tipo di trattamento rispetto ad un altro), la personalizzazione degli interventi in base alla condizione sociale, sanitaria, psicologica/psichiatrica, familiare del paziente. Il programma, in sintesi, è un intervento che deve cercare di risolvere le diverse problematiche degli utenti considerando le complessità e la globalità delle loro situazioni, dei loro bisogni e dell'eventuale efficacia dei trattamenti.

Le attività terapeutiche, espressione di una équipe multidisciplinare che le progetta ed eroga, sono di frequente combinate tra di loro. Per cui, come indicato nella tabella, un singolo utente può ricevere in contemporanea, o in fasi diverse durante l'anno, più tipologie di trattamento.

Ad esempio, ad un tossicodipendente con una lunga storia di uso di eroina alle spalle verrà attivato un progetto terapeutico diverso rispetto ad un giovane consumatore che per la prima volta accede al Servizio perché ha percepito la problematicità della situazione in cui si trova o perché segnalato dalla Prefettura.

A questo bisogna aggiungere la "cultura" operativa del Servizio. Se è vero che, così come prevede la legge, ogni SerT offre ai propri utenti un panorama molto ampio di servizi e prodotti terapeutici, è anche vero che l'esperienza locale consolida determinati tipi di trattamenti, frutto delle risorse disponibili sul territorio (per Ravenna, ad esempio, si veda l'ampia disponibilità di comunità terapeutiche riabilitative) come dei modelli comportamentali offerti da situazioni di contesto e di mercato, diverse da città a città, tra città e forese, di anno in anno.

In breve, la gravità dell'uso di sostanze nel contesto, la situazione problematica e i bisogni degli utenti che si presentano al servizio e la cultura di intervento locale, rappresentano i tre pilastri su cui si basano i programmi terapeutici riabilitativi.

Tab. 1 - *Numero di soggetti tossicodipendenti che hanno seguito almeno un trattamento terapeutico indicato (Valori assoluti e % - Anno 2007).*

<i>Tipo di trattamento</i>	<i>Soggetti che hanno effettuato un trattamento</i>	<i>% di persone che hanno seguito il trattamento sul totale dell'utenza in carico*</i>
Area psicologica-psichiatrica	413	42,0
Area sociale	299	32,1
Area farmacologica	655	66,6
Altri trattamenti sanitari	861	118,6
Inserimento in Comunità	105	10,9
Totale utenti in carico	1.121	1.121

* *Il totale non fa 100 perchè un utente può avere svolto contemporaneamente più di un programma.*

Dalla lettura della Tab. 1 si rileva che più della metà degli utenti presi in carico nel corso del 2007 (66,6%) è stato sottoposto ad almeno un trattamento di tipo farmacologico. Naturalmente questi interventi sono diversi e differenziati tra di loro: si va da farmaci "antagonisti" a farmaci "agonisti", da farmaci per la cura dei sintomi psichici ai farmaci per il trattamento di patologie di ordine internistico. Il più utilizzato tra i farmaci sostitutivi, è il metadone (usato nel 61,7% dei casi trattati farmacologicamente), a cui segue la buprenorfina (applicata nel 31,4% dei soggetti sottoposti a terapia farmacologica). Residuale l'utilizzo degli antagonisti come il naltrexone. Importante è pure l'utilizzo di farmaci antipsicotici, regolatori del tono dell'umore, antibiotici e analgesici.

Il 32,1% degli utenti ha effettuato un programma rientrante nell'*area sociale*. In tale area sono stati raggruppati vari trattamenti: dai colloqui di sostegno con assistente sociale a progetti di inserimento socio-lavorativo o di formazione professionale, inclusi anche gli interventi per soggetti in gravi situazioni di difficoltà e marginalità o in ambito penitenziario. Questo tipo di programma ha avuto un incremento nel corso degli ultimi anni.

I trattamenti rientranti nell'area psicologica-psichiatrica hanno riguardato il 42% dei pazienti seguiti. Procedendo attraverso un'attenta attività di Assessment, tali trattamenti consentono di:

- evidenziare la relazione tra specifici fattori ambientali, temperamentali e caratteriali, caratteristiche di personalità, fattori neurobiologici e specifici comportamenti di risposta;
- individuare gli interventi più efficaci per modificare il comportamento problematico/patologico, dopo aver formulato i criteri qualitativi e quantitativi per definire un comportamento problematico/patologico e per considerare una variazione nello stesso come un cambiamento.

In altre parole è compito dell'area psicologica-psichiatrica (nel rispetto di entrambe le competenze) elaborare le strategie di "aggancio relazionale", approfondire la tipologia di personalità, la diagnosi di disturbo in tale ambito o nella dimensione psicotica o dello spettro affettivo, di gravità dell'uso di sostanze, rinforzare la motivazione al cambiamento del paziente, supportarne le capacità di adattamento al proprio ambiente, rinforzando le strategie di coping ed arricchendo le sue strategie relazionali, (rinforzo delle funzioni dell'Io), ristrutturarne la personalità ed emancipare la sua identità. E' sempre compito di tale area, infine, operare per un recupero ed un sostegno dei rapporti familiari e sociali, svolgere attività di counselling e supporto psicologico delle fasi di malattie correlate all'uso di droghe (AIDS ed altre infezioni croniche ed ingravescenti tipo pericarditi, stati cirrotici, ecc) così come di costruire percorsi di assistenza integrata con gli altri clinici della salute mentale.

Da sottolineare anche il contesto in cui tali trattamenti vengono erogati, dato che i professionisti di tale area, al pari della quasi totalità del personale del Ser.T., operano, oltre che negli ambulatori del Ser.T. anche all'interno dell'ambiente penitenziario, in collaborazione con gli operatori di strutture residenziali e semi residenziali (Comunità Terapeutiche, Centri Diurni o di Accoglienza Notturna, Casa Alloggio per persone con AIDS), presso servizi dedicati a giovani adolescenti (RI.SE.A) e nei reparti ospedalieri e di Case di Cura, a sostegno di Associazioni del Volontariato e dei gruppi di self-help.

Gli utenti che hanno fruito di un inserimento in comunità terapeutica nel corso del 2007 sono stati il 10,9%, una quota che, in rapporto all'utenza in carico generale, è rimasta pressoché stabile nel corso degli ultimi anni.

Il primo elemento di valutazione di un risultato efficace è quindi l'esito del trattamento. I programmi che si concludono, rispettando gli obiettivi e i tempi prefissati, sono quelli che danno risultati migliori ma occorre esaminare anche un altro elemento: la capacità di continuare a curare il paziente sino alla sua *guarigione* ovvero alla percezione consapevole di un miglior

funzionamento progettuale e relazionale e, di conseguenza, impedire che esso abbandoni il progetto di recupero.

Infine, si può trovare l'interruzione, l'abbandono: avviene quando un utente cessa il trattamento terapeutico di sua volontà, senza nessun tipo di accordo con l'operatore di riferimento o la struttura che lo accoglie. Nel corso del 2007 i SerT dell'Azienda USL di Ravenna hanno erogato 3.029 trattamenti²¹ ai 1.121 utenti tossicodipendenti avuti in carico, con una media di circa 3 trattamenti per paziente. Il primo elemento che si evince dalla tabella sottostante (Tab. 2) è l'elevata capacità di ritenzione in trattamento: infatti, ben il 78,2% dei trattamenti risultava ancora attivo alla fine dell'anno. Questo dato è confermato dal fatto che oltre il 58% di questi trattamenti è iniziato prima del 2006 (il che si traduce in una durata minima di oltre due anni).

I dati inerenti le interruzioni e gli abbandoni rispecchiano gli andamenti che si riscontrano in letteratura e di conseguenza, vista l'elevata quota di trattamenti che proseguono nel tempo, risultano basse le percentuali di percorsi conclusi. Parecchi di tali abbandoni vanno riferiti alle difficoltà dei pazienti che, nelle fasi iniziali del rapporto con il Ser.T., non hanno ancora intrapreso o consolidato un lavoro di approfondimento o di rinforzo delle motivazioni al cambiamento degli stili di vita, precursori dell'uso di droghe. Né tali pazienti hanno avuto il tempo di modificare lo stile di relazione tipico di "controdipendenza" che caratterizza questa popolazione e che porta ad agire in pretesa e conflittualità, negandosi così la possibilità di stabilire un rapporto di fiducia e collaborazione con i professionisti del Ser.T. Tale condizione di ripetute richieste d'aiuto, seguite da improvvisi e frequenti abbandoni, si ripresenta a livello internazionale come caratteristica tipica delle persone tossicodipendenti che si presentano per la prima volta ai Servizi, così come per quelli vittime di pesanti ricadute. "Agganciare" i pazienti e mantenerli in trattamento, coerentemente ai progetti terapeutici e per il tempo necessario a raggiungere gli obiettivi di guarigione, è un obiettivo in teoria perseguibile per tutti. Diventa però particolarmente difficile "stabilizzare" persone con gravi disturbi psichiatrici e/o grave marginalità sociale, in quanto l'emancipazione dagli stati di tossicodipendenza non può prescindere dalla possibilità di vivere in contesti sociali ed ambientali dotati delle opportune risorse.

Tab. 2 - *Esito dei trattamenti attivati nei confronti degli utenti tossicodipendenti (Valori assoluti e % - Anno 2007).*

<i>Esito trattamento al 31 dicembre</i>	2007	
	V.A.	V.%
Concluso	223	7,4
In corso	2.368	78,2
Interrotto ²²	176	5,8
Terminato ²³	262	8,6
Totale	3.029	100,0

²¹ Per trattamento si intende un percorso progettato e condiviso tra operatore ed utente che presuppone l'erogazione regolare nel corso del periodo di presa in carico di prestazioni per la cura del paziente.

²² Considera i seguenti esiti che presuppongono una interruzione del trattamento da parte dell'utente prima di aver completato il percorso: abbandono - fuga - chiusura d'ufficio.

²³ Considera i seguenti esiti che presuppongono una cessazione del trattamento prima di aver completato il percorso per eventi non riconducibili alla volontà dell'utente: dimissione concordata - passaggio ad altra struttura - arresto - scarcerazione - variazione del trattamento - decesso.

Su tutt'altro fronte si trova la capacità dei programmi di produrre un cambiamento su un individuo. Si tratta infatti di conoscere se, a seguito dell'erogazione del trattamento, siano cambiati alcuni aspetti fondamentali della vita delle persone, quali ad esempio il rapporto con le sostanze, le relazioni, sociali, il lavoro, le condizioni di salute. La tossicodipendenza è una malattia che ha delle connotazioni croniche e recidivanti. Per "guarire" a volte occorre molto tempo (alcuni programmi possono durare anni) ma nell'immediato è necessario attuare dei cambiamenti a breve termine, soprattutto migliorare la qualità della vita dei pazienti in trattamento. Si tratta di elementi che andrebbero valutati anche attraverso la somministrazione di strumenti validati e standardizzati, con rilevazioni da effettuare all'inizio del percorso di recupero e poi a cadenza periodica, senza limitarsi alla sola rilevazione della soddisfazione del paziente, della valutazione professionale che si avvale anche di strumenti in grado di fornire dati oggettivi come, ad esempio, gli esiti degli esami tossicologici. Ciò permetterebbe di raggruppare ed elaborare dati con l'obiettivo di attivare un processo di valutazione della qualità della vita sul nostro territorio

I programmi per gli alcolisti

Nonostante sia la tossicodipendenza da sostanze illegali sia l'alcolismo (sostanze legali) possano avere meccanismi di induzione comuni, di fatto i trattamenti sono molto differenziati. Ciò può essere spiegato attraverso fattori legati al tipo di sostanza, ai contesti d'uso, ai modelli socio-culturali di provenienza, alle problematiche che l'utilizzo di una sostanza scatena, oltre a quelli di stampo psicologico-psichiatrico.

Come visto nei capitoli precedenti, chi accede ai servizi per problemi legati all'alcol ha una età molto più elevata rispetto alle altre tipologie di dipendenti. Frequentemente la richiesta di aiuto è attuata sotto la spinta di varie motivazioni: dalla maturata consapevolezza della necessità di un intervento esterno, ad uno stato economico e/o familiare fortemente deteriorato (perdita del lavoro, abbandono del partner, separazione dai figli, disabilità...).

Nonostante sia vero che i servizi per le tossicodipendenze si sono sempre occupati del trattamento degli alcolisti, di fatto è solo dal 1996, anno in cui sono cominciati a nascere i primi centri ad hoc per il trattamento di questa malattia (Centri Alcologici), che il fenomeno ha cominciato ad avere un rilevante impatto sui servizi.

Tab. 3 - *Numero di soggetti alcolisti che hanno seguito almeno un trattamento terapeutico indicato (Valori assoluti e % - Anno 2007).*

<i>Tipo di trattamento</i>	<i>Soggetti che hanno effettuato un trattamento</i>	<i>% di persone che hanno seguito il trattamento sul totale dell'utenza in carico*</i>
Area psicologica-psichiatrica	243	47,4
Area sociale	116	24,0
Area farmacologica	287	62,7
Altri trattamenti sanitari	438	90,4
Inserimento in Comunità	21	4,3
Totale utenti in carico	563	563

** Il totale non fa 100 perchè un utente può avere svolto contemporaneamente più di un programma.*

Anche in questo caso l'offerta degli interventi è molto articolata e personalizzata: un utente alcolista può scegliere/fruire di un ampio numero di trattamenti in base ai propri

bisogni/situazioni di gravità. Una particolare attenzione è in questo ambito dedicata ai rapporti con la cittadinanza competente, con il mondo dell'auto-aiuto ed alla relazione con il medico di famiglia. L'alcolista, più di ogni altro infatti, manifesta la necessità di riappropriarsi di un ruolo negatogli dalla bevanda: per tale ragione oscilla tra le aspettative di un intervento breve e miracolistico e la consapevolezza di una dipendenza consolidata nel tempo e bisognosa di altrettanta pazienza e conoscenza.

Essendo lo stato di salute uno degli ambiti maggiormente compromesso in chi abusa di alcol, nell'anno 2007 la maggior parte degli utenti è stata sottoposta a trattamenti di tipo sanitario – quali i controlli periodici sullo stato di salute - e/o farmacologico (62,7%). Il 47,4% ha seguito dei trattamenti di tipo psicologico-psichiatrico e il 24% degli interventi in ambito socio-educativo.

L'inserimento in comunità terapeutica degli alcolisti rappresenta una novità nel campo delle terapie utilizzate dai SerT. Se in passato, questo tipo di intervento era piuttosto inconsueto, in questi ultimi anni si sta assistendo ad un aumento nell'utilizzo di questo strumento terapeutico dei confronti di soggetti con problematiche alcolcorrelate così come del ricovero in ambienti specialistici, caratterizzati da percorsi di breve durata (28 giorni) e ad alta intensità.

L'analisi degli esiti dei trattamenti evidenzia anche per l'utenza alcolista lo stesso andamento visto per i pazienti tossicodipendenti: un'elevata capacità di ritenzione in trattamento che riguarda il 76,8% dei trattamenti portati avanti nel corso dell'anno. Anche per questa utenza oltre il 50% dei trattamenti risulta attivato prima del 2006.

Tab. 4 - *Esito dei trattamenti attivati nei confronti degli utenti alcolisti (Valori assoluti e % - Anno 2007).*

Esito trattamento al 31 dicembre	2007	
	V.A.	V.%
Concluso	68	5,3
In corso	989	76,8
Interrotto	108	8,4
Terminato	123	9,5
Totale	1.288	100,0

Risultati ottenuti

Durante l'anno 2007 il numero di soggetti alcolisti e tossicodipendenti *in carico* risulta aumentato rispetto all'anno precedente del 5,4%.

I programmi di recupero sono percorsi a lungo termine, nella migliore delle ipotesi durano 3 – 4 anni e possono prolungarsi fino a 10 anni se si presentano ricadute ma esistono pazienti (specie alcolisti) che permangono agganciati al Servizio per il sostegno all'astinenza, ormai consolidata, e per l'integrazione con altri percorsi di cura.

La buona capacità di ritenzione (permanenza degli utenti in terapia) rilevata attraverso l'analisi dell'esito dei percorsi terapeutici pone in luce come, negli anni, sia rimasta pressoché stabile la percentuale di soggetti che - rispetto al totale degli utenti trattati durante l'arco dell'anno - interrompe il percorso di cura (14,8% fra gli alcolodipendenti e 10,9% fra i tossicodipendenti).

Tab. 5 - *Esito dei programmi terapeutici attivati nei confronti degli utenti alcolisti e tossicodipendenti (Valori assoluti e % - Anno 2007).*

<i>Esito programma al 31 dicembre</i>	Alcolisti		Tossicodipendenti	
	V.A.	V.%	V.A.	V.%
Concluso	18	3,2	68	6,1
In corso	462	82,1	931	83,1
Interrotto	54	9,6	60	5,4
Terminato	29	5,2	62	5,5
Totale	563	100,0	1.121	100,0

5. *Le comunità terapeutiche*

Nel Luglio 2007 la regione Emilia Romagna ha rinnovato l'accordo (già siglato nel 2003) con il Coordinamento degli Enti Ausiliari regionali in materia di prestazioni erogate a favore di persone dipendenti da sostanze d'abuso legali e/o illegali per il triennio 2007 – 2009.

La finalità dell'accordo è quella di lavorare insieme per migliorare la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti ai tossicodipendenti.

In questo modo la Regione Emilia Romagna e le Comunità Terapeutiche aderenti al Coordinamento regionale Enti Ausiliari hanno rafforzato ulteriormente la loro collaborazione definendo impegni ed obiettivi reciproci fino al 2009.

In particolare, l'accordo “ sulle prestazioni erogate a favore di persone dipendenti da sostanze d'abuso” aggiorna le tariffe per i diversi tipi di prestazione; impegna le Comunità a riconvertire in tutto od in parte le loro strutture a fronte di particolari esigenze del territorio; prefigura un percorso verso un futuro accesso diretto alle Comunità da parte dei singoli utenti.

L'accordo si pone quindi come strumento per consolidare ulteriormente il positivo rapporto di collaborazione tra Regione e Comunità, in stretta collaborazione con le Aziende USL, di offrire percorsi differenziati per le diverse tipologie di utenza: persone con problemi di marginalità sociale, spesso policonsumatori, persone dipendenti da cocaina o da alcol ben integrate socialmente, utenti con una patologia psichiatrica rilevante, donne tossicodipendenti in gravidanza e/o con figli piccoli.

Dal punto di vista normativo, l'accordo prevede :

1. L'**inserimento** dell'utente nella sede operativa, potrà avvenire **sia su invio del Ser.T dell'azienda USL di residenza sia per accesso diretto dell'utente**. In entrambi i casi l'ammissione sarà subordinata alla conoscenza della condizione fisica, psichica e sociale del soggetto con la esplicita documentazione di una valutazione complessiva dal punto di vista sanitario, psicologico e socio relazionale. Tale valutazione potrà essere effettuata dalla struttura di accoglienza solo se in possesso dell'accreditamento istituzionale per la tipologia “Struttura ambulatoriale di accoglienza e diagnosi”; in caso contrario la valutazione deve essere effettuata dal Servizio pubblico che convalida l'accesso. La titolarità del caso resta comunque in capo all'Azienda Usl di residenza; in caso di accesso diretto, l'Ente dovrà dare comunicazione al Ser.T dell'Az. USL di residenza del soggetto entro un massimo di 5 giorni dal primo contatto.
2. La regione si impegna a consolidare gli esiti positivi conseguiti attraverso il precedente accordo in termini di maggiore utilizzo delle strutture del territorio; l'area vasta Romagna (Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini) ha scelto di utilizzare prevalentemente le diverse sedi operative delle Comunità presenti sul territorio di area vasta. Vista inoltre l'elevata capacità ricettiva presente in regione, gli Enti si impegnano, qualora il territorio evidenzia la necessità di particolari tipologie di intervento, a procedere riconvertendo strutture o parte delle stesse.

La legislazione vigente prevede anche **l'accesso diretto in Comunità** su prescrizione del Magistrato per **persone in stato di detenzione**.

Una precisazione particolare deve essere fatta per una delle sedi operative COMES.

La Comunità Sasso Montegianni di Marradi (FI) risulta fuori Regione, tuttavia le caratteristiche territoriali la rendono più vicina a Faenza che non a Borgo S. Lorenzo.

Pertanto, anche su indicazione regionale, viene considerata come facente parte del territorio di nostra competenza. Inoltre la C.T. di Sasso Montegianni presenta caratteristiche peculiari che rispondono ai bisogni espressi da molti utenti inseriti da parte dei professionisti dei Ser.T dell'Azienda USL:

- ✓ Elevata ritenzione in trattamento anche per pazienti multiproblematici ed in condizione di grave marginalità sociale;

Enti ausiliari presenti con sedi operative sul territorio dell'area vasta Romagna:

- Ceis "La casa" - Ravenna
- Saman - Ravenna
- Fondazione Nuovo villaggio del fanciullo - Ravenna
- Comes - Marradi, Tebano (Faenza), Bagnacavallo
- Papa Giovanni 23° - Rimini, Ravenna, Faenza, Forlì, Cesena
- S. Maurizio - Forlì, Cesena
- Centofiori - Rimini
- S. Patrignano - Rimini

Le rette giornaliere per l'invio in struttura di trattamento, sono differenziate in base alla tipologia:

- ✓ Pedagogico riabilitativa (semiresidenziale o residenziale)
- ✓ Terapeutico riabilitativa (semiresidenziale o residenziale)
- ✓ Doppia diagnosi (struttura o modulo)
- ✓ Madre bambino (struttura o modulo)
- ✓ Centro osservazione e diagnosi
- ✓ Centro crisi

Alla decisione di inserire il soggetto in strutture di trattamento, decisione valutata mensilmente dal Nucleo di valutazione dell'U.O. DP, concorrono diversi aspetti fondamentali di cui il professionista deve tenere conto durante la fase di valutazione del bisogno espresso:

CRITERI

- ❖ Gravità della dipendenza e scarsa compliance al trattamento ambulatoriale sul territorio;
- ❖ Problematiche sociali, età e risorse personali;
- ❖ Contesto di vita, grado e qualità dei rapporti familiari, sostegno e supporto psicologico ricevuti;
- ❖ Condizioni cliniche e patologie correlate;
- ❖ Motivazione ad intraprendere un percorso riabilitativo in una struttura di trattamento;
- ❖ Situazione giuridica con riferimento alla normativa specifica per le misure in alternativa alla detenzione.

Gli esiti attesi al termine di un percorso di comunità, correlati anche alle condizioni medico-psico-sociali del soggetto, all'età, al contesto familiare, alla patologia correlata, alla sostanza

usata, alla modalità di uso, al tempo di uso, alle pendenze giudiziarie, alle abilità lavorative ed al livello culturale, sono:

ESITI ATTESI

- ❖ raggiungimento di una condizione di astinenza dalle sostanze d'abuso e pieno reinserimento nella rete relazionale e lavorativa con ritrovati equilibri;
- ❖ recupero della rete relazionale familiare e lavorativa con una appropriata terapia farmacologica e buona compliance;
- ❖ periodi di equilibrio alternati a ricadute, all'interno di un rapporto di fiducia con i professionisti del servizio;
- ❖ raggiungimento di una condizione di equilibrio per pazienti multiproblematici, privi di risorse sul territorio, che necessitano di un contenimento e di punti di riferimento che si protraggono nel tempo all'interno della struttura (operatori Ser.T e comunità).

Il raggiungimento degli esiti attesi al termine del percorso in struttura riabilitativa, passa attraverso obiettivi intermedi, condivisi tra l'operatore referente Ser.T e l'operatore referente della Struttura Terapeutica che sono esplicitati nella scheda di valutazione (scheda condivisa in Area Vasta) per gli inserimenti in Comunità, compilata per ogni paziente e verificati, ed eventualmente modificati, periodicamente dagli operatori di riferimento. Al termine del percorso in struttura l'operatore della CT compila un modulo di valutazione del percorso che viene inviato ai colleghi del Ser.T.

6. L'attività del SerT presso la Casa Circondariale

Un po' di storia

La legge n° 162 del giugno 1990 ed il successivo D.P.R. n° 309 dell'ottobre 1990 affermavano il diritto del tossicodipendente detenuto alle cure mediche ed all'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione.

Alle Unità Sanitarie Locali veniva attribuito il compito di predisporre gli interventi necessari ad assicurare questo diritto, d'intesa con gli Istituti penitenziari ed in collaborazione con i sanitari interni dei medesimi istituti.

La consapevolezza di quanto la riabilitazione sia un processo difficile, complesso, che non procede in modo lineare, ed il riconoscimento della competenza specialistica costruita negli anni dai SerT, sono stati i presupposti che hanno orientato l'impianto normativo.

Veniva ribadita l'importanza di costruire un percorso di risposte adeguate al bisogno terapeutico-assistenziale attraverso una rete di soggetti pubblici e privati: i Servizi per le Tossicodipendenze definiscono quindi i programmi socio riabilitativi e ne coordinano l'attuazione, avvalendosi anche degli Enti Ausiliari.

L'intervento dei Servizi per le Tossicodipendenze in carcere si prefigurava quindi come particolarmente complesso in quanto inserito in un macro sistema già denso di relazioni tra sottosistemi diversi; diversi per tipologie, obiettivi, funzioni, linguaggi, culture (Amministrazione penitenziaria, Sanità penitenziaria, Servizi per le Tossicodipendenze, Organi Giudiziari che gestiscono l'esecuzione della pena, Enti Ausiliari, Associazioni di Volontariato, Operatori del presidio penitenziario per le tossicodipendenze - medici, psicologi, infermieri - in convenzione con il Ministero di Giustizia).

Nel 1992 l'Amministrazione regionale, nella sua funzione di indirizzo e coordinamento, aveva elaborato un "Progetto di intervento dei SerT in carcere", strumento con il quale venivano definiti il modello organizzativo e gli interventi di tutela della salute nel percorso di presa in carico del detenuto tossicodipendente; nei singoli Istituti penitenziari sarebbero state definite in un protocollo operativo sottoscritto dai rappresentanti dei due Enti (Unità Sanitaria Locale, Direzione dell'Istituto penitenziario) le modalità operative, sintesi della collaborazione concordata.

Il modello operativo del SerT di Ravenna

La prima convenzione per l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti è stata stipulata il 23/5/1980 tra l'allora Consorzio sociosanitario e la Casa Circondariale ; nel corso degli anni si è cercato di consolidare la collaborazione avviata e di promuovere interventi sempre più mirati.

Nel marzo 1994 si costituisce al SerT un' équipe multi professionale (due Assistenti Sociali, un Medico, uno Psicologo, due Infermiere professionali che si alternano nelle funzioni) coordinata da un'Assistente Sociale, con l'obiettivo di realizzare presso la struttura carceraria un percorso di accoglienza-presenza in carico dei detenuti tossicodipendenti/alcolodipendenti che fanno richiesta e/o che vengono segnalati, al fine di procedere ad una conoscenza approfondita della situazione, avviare le procedure di collegamento con i SerT presenti nel territorio di

residenza dei soggetti, sviluppare un lavoro di motivazione al cambiamento e giungere alla definizione di un programma socio-riabilitativo nell'ambiente esterno al carcere, se ne ricorrono le condizioni.

Parallelamente viene gestito l'intervento sanitario, in collaborazione con il personale dell'ex presidio penitenziario per le tossicodipendenze presente nella Casa Circondariale di Ravenna (medico, psicologa, infermiere) per un numero di ore settimanali limitato, per la definizione della diagnosi di tossicodipendenza, la richiesta di accertamenti clinici per la valutazione delle patologie correlate alla tossicodipendenza, l'individuazione dei trattamenti farmacologici per la disassuefazione, la somministrazione di farmaci sostitutivi, la predisposizione degli idonei programmi di trattamento.

Centrali in questo modello organizzativo sono le due riunioni di équipe mensili, una realizzata presso la Casa Circondariale, che vede impegnati gli operatori del SerT, gli operatori dell'ex presidio penitenziario e l'educatore della Casa Circondariale in una riflessione congiunta sulle singole situazioni, finalizzata ad integrare le rispettive ottiche ed ad individuare un progetto trattamentale, interno od esterno, l'altra presso la sede del SerT senza la presenza dell'educatore

Il protocollo operativo SerT AUSL Ravenna - Casa Circondariale di Ravenna del 9/6/2000 che, con successive integrazioni, è stato sottoscritto d'intesa nel novembre 2007, ha definito in modo articolato i contenuti dei rispettivi ambiti di attività e la collaborazione con i colleghi delle U.O. SerT di Faenza e Lugo.

Nel corso di questi anni sono stati realizzati dei progetti di intervento con gruppi di detenuti tossicodipendenti, sia di tipo psicoeducativo che di educazione ed informazione sociosanitaria, formazioni congiunte tra gli operatori delle diverse Amministrazioni impegnati nel lavoro in carcere, programmi di informazione e prevenzione dell'infezione da virus HIV rivolti agli agenti di polizia penitenziaria e condotti in collaborazione con i colleghi del Dipartimento di Sanità Pubblica, progetti finalizzati al reinserimento sociale.

A partire dall'aprile del 2001 sono state avviati dei progetti sperimentali finalizzati a sostenere il reinserimento sociale sia dei detenuti tossicodipendenti/alcoldipendenti che possono accedere a misure esterne di esecuzione penale, che di ex detenuti privi di sostegno familiare, residenti nel territorio della provincia di Ravenna, progetti poi consolidatesi attraverso la programmazione congiunta nei Piani di Zona (Centro di residenzialità temporanea "Maggese") e l'attivazione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo rivolti a detenuti o ex detenuti (INDULTO, PER UNA NUOVA VITA, ITALIA LAVORO).

Cosa è cambiato e sta cambiando

Il Decreto legislativo n° 230/99, le successive circolari del Ministero della Sanità e del Ministero di Giustizia, il D.M. 21/4/2000 (Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario) hanno determinato una forte innovazione, sancendo con decorrenza 1/1/2000 il trasferimento delle funzioni sanitarie in carcere al Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento inizialmente ai soli settori della Prevenzione e dell'Assistenza ai Tossicodipendenti.

Tale complesso progetto si è realizzato definitivamente solo a partire dal gennaio 2007, nel senso che il passaggio delle competenze per quanto riguarda le Tossicodipendenze, era avvenuto in modo parziale: funzionalmente il personale del presidio penitenziario per le tossicodipendenze (medico, infermiere, psicologo) era stato assegnato al SSN e quindi al SerT, ma non le risorse finanziarie, sul bilancio del Ministero di Giustizia, permanendo così di fatto una significativa "doppia appartenenza".

La delibera di Giunta Regionale n. 746/07, la legge regionale n. 3/2008 ed il D.P.C.M. 1/4/2008, entrato in vigore il 14/6/2008, hanno completato il percorso avviato, sancendo il

trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Anno 2008 - Lo stato dell'arte

Obiettivi dell' équipe Sert - carcere:

Realizzare la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti/ alcolodipendenti, assicurando la necessaria continuità assistenziale

Procedere alla richiesta ed all'effettuazione delle indagini chimico-cliniche e sierologiche ai fini diagnostici e/o di screening, certificando la tossicodipendenza secondo la procedura prevista dal D.M. 186/90

Garantire la predisposizione di trattamenti farmacologici adeguati ai bisogni, tenendo conto del principio della continuità terapeutica, valutati attraverso una diagnosi multidisciplinare (terapie con sintomatici, con sostitutivi, con antagonisti), in collaborazione con i consulenti medici infettivologo e psichiatra

Predisporre programmi terapeutici personalizzati, sia intra-murari, che esterni, valutando gli aspetti motivazionali presenti nelle richieste di applicazione delle misure alternative alla detenzione e la congruenza con le risorse familiari, territoriali

Promuovere in collaborazione con i colleghi del Dipartimento di Sanità Pubblica specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione alla salute mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe

La Casa Circondariale maschile di Ravenna, per tipologia, ospita una maggiore percentuale di detenuti imputati, appellanti, ricorrenti piuttosto che con condanna definitiva e, pertanto si caratterizza per una permanenza breve delle persone detenute, con frequenti trasferimenti presso altre strutture.

L'Istituto penitenziario sorge sulla struttura di un ex convento del 1700 che, nonostante ripetute ristrutturazioni, presenta molti limiti e carenze strutturali. A fronte di una capacità ricettiva della struttura di n. 49 persone, registra una presenza media di 110-120 detenuti; 3 sono le sezioni, a cui se ne aggiunge una quarta per detenuti semiliberi, con una capienza massima di 10 persone.

Nel 2007 :

455 nuovi giunti, dei quali

189 tossicodipendenti/alcolodipendenti, dei quali

92 italiani e **97** stranieri

Dei **189** tossicodipendenti/alcolodipendenti, **54** risultavano alla prima detenzione.

L'esperienza di questi anni ha evidenziato l'importanza di connotare l'intervento del SerT in carcere, intervento che nasce per garantire il diritto alle cure mediche ed all'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione, quale occasione, opportunità per la persona detenuta nel rapporto con l'operatore, di iniziare una riflessione sulla propria situazione.

La definizione di programmi socio-riabilitativi da effettuarsi in regime di alternativa alla detenzione, secondo la normativa vigente, richiede lo sviluppo di una competenza professionale molto articolata anche per verificare che il ricorso alle misure alternative sia effettivamente strumento utile ai fini del trattamento delle problematiche connesse alla dipendenza da sostanze psicoattive.

Nel rapporto con gli operatori, infatti, sia nella fase di primo contatto, che in quella di successiva osservazione e conoscenza della situazione (anamnesi personale e familiare,

psicorelazionale e psicosociale), sia nel lavoro di valutazione della motivazione al cambiamento, che in quello di individuazione delle problematiche ambientali, vengono poste le premesse per la costruzione di un progetto che dovrà gradualmente investire anche “il fuori”.

Criticità

L'aumento della popolazione straniera, con problematiche di politossicodipendenza, non in regola con la normativa sul permesso di soggiorno, spesso in comorbilità psichiatrica, in giovane età, richiede l'attivazione di una modalità d'accoglienza e di trattamento che favoriscano l'intercettazione della persona in tempi brevi ed il trattamento intra-murario anche attraverso la metodologia del lavoro in gruppo; ad oggi è senza esito la proposta di un progetto di accoglienza per i detenuti (Progetto IGEA) proposta dallo Psicologo dell'équipe, inoltrata nel novembre 2007.

Il progetto regionale SistER nelle carceri, avviatosi nel luglio 2006, non si è ancora realizzato, pertanto ad oggi non è ancora possibile per l'équipe SerT carcere procedere alla raccolta dati informatizzata direttamente presso la Casa Circondariale; ciò richiede l'utilizzo di una scheda cartacea per ogni detenuto i cui dati vanno poi, presso la sede del SerT, immessi nel sistema informativo SistER 2 già installato in sede; ciò con notevole dispendio di tempo e frammentando la raccolta dati e le prestazioni relative ad un singolo intervento, informazioni importate in SistER 2 da professionisti diversi da quelli che hanno realizzato l'intervento stesso.

Relativamente alla realizzazione di progetti sul territorio, crediamo sia rilevante la possibilità di sostenere ulteriormente le azioni del Tavolo di lavoro e collaborazione per il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione detenuta (il cui protocollo d'intesa è stato approvato nell'ottobre 2006 dal comitato per l'esecuzione penale), che coinvolgendo le Istituzioni pubbliche competenti in merito e le associazioni del terzo settore, potrà farsi promotore di strategie complessive più efficaci, connettendo le diverse risorse.

7. *L'attività di prevenzione*

I dati rispetto alla diffusione di droghe (legali o illegali che siano) non sono confortanti. Il fatto che in un Paese vicino esca un energy drink che si chiama “Cocaine” dovrebbe far riflettere: non solo le droghe sono diventate beni di consumo di massa ma, addirittura, la loro popolarità è così alta da poter trainare in maniera esplicita la vendita di sostanze lecite. Le sostanze lecite, a loro volta possono essere la chiave d'accesso a tutte le altre droghe. Nei più giovani, la sostanza di accesso al mondo della droga non è più la cannabis ma l'alcol che, infatti, viene coscientemente usato come una droga.

Teoricamente sarebbe sensato investire di più in prevenzione ma, per farlo, bisognerebbe anche definire che cosa, esattamente, si vuole prevenire. Chi è adulto vuole prevenire l'uso di droga ma chi è appena un po' più giovane parla normalmente di “prevenzione della tossicodipendenza” che è una cosa molto diversa. I ragazzi, come è normale, non si preoccupano di questa strategia, vedono il “qui e ora” ed, al limite, pensano a prevenire quelli che, nel consumo di sostanze, considerano incidenti.

Servirebbero, perciò, strategie più adeguate ai tempi per intervenire in questo settore in modo coerente ed efficace. Troppe iniziative, invece, sembrano “buttate lì” senza un pensiero che possa accompagnarle (vedi i controlli sui lavoratori) sviluppandone la loro potenzialità in modo accorto.

E' chiaro che servirebbero investimenti e politiche di settore per adeguare ai tempi un sistema ormai invecchiato rispetto a nuove esigenze ma i soldi sono sempre meno e solo dove si riesce ad amministrare con molta oculatezza ed intelligenza e dove, contemporaneamente, gli interlocutori hanno sufficiente energia ed acutezza visiva per guardare oltre la soglia del loro specifico interesse del momento, si riesce a fare qualche passo avanti.

Il mercato delle droghe (legali o illegali che siano) sfrutta, in primo luogo, l'ignoranza e la superficialità dei propri clienti promettendo falsamente benessere a persone che avranno, con maggiore probabilità di altre, problemi fisici, psichici, relazionali, sessuali e legali in relazione ai loro consumi. Come cittadini non possiamo aspettarci sempre che ci sia qualcuno che, attraverso costosi progetti dedicati, o sanzioni di vario genere, ci spieghi in modo dettagliato e scientifico gli effetti dannosi delle singole sostanze d'abuso, il modo di gestire il nostro divertimento senza ammazzarci (o diventare invalidi) ed il modo di fare i genitori, gli educatori o gli insegnanti.

In un mondo che ormai, nel bene e nel male, è diventato estremamente variabile e veloce non possiamo pensare che sia sempre qualcun altro a fare qualcosa e restare lì come tanti “Pino la Lavatrice” a dire, con una espressione insieme ebete e strafottente: “*Non ci sono problemi, tu mi dici quello che devo fare e io lo faccio!*” sperando, così, di cavarcela in ogni caso.

Il mercato della droga avanza soprattutto nello spazio culturale che ogni giorno gli lasciamo.

Sulla base di queste premesse, uno dei compiti istituzionali dell'U.O. Dipendenze Patologiche è la realizzazione di specifici interventi di promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di divertimento e di aggregazione giovanile, contesti a rischio per i fenomeni di uso/abuso.

Fare prevenzione nella scuola con gli studenti significa avvalersi di messaggi informativi per sostenere l'adolescente nell'individuare una immagine positiva di sé, capace di costruire e fare proprio un concetto di salute come valore cui fare riferimento nelle scelte degli stili di vita. Significa inoltre favorire la possibilità di scegliere nuove esperienze, di riflettere, di confrontare le acquisizioni raggiunte con il bagaglio delle esperienze personali e del contesto sociale di

appartenenza. Fare prevenzione nella scuola significa anche riconoscere come potenziali interlocutori e destinatari degli interventi sia il corpo docente che le famiglie degli studenti.

Gli interventi degli operatori nel 2007 sono state 419 ed hanno presupposto una durata media per intervento di circa due ore in ogni classe ed hanno riguardato gli studenti delle scuole medie e superiori di tutto il territorio provinciale.

Tab. 1 – *Nr interventi nelle scuole (Anni 2006-2007, Valori Assoluti).*

<i>Nr interventi per distretto</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Ravenna	251	253
Faenza	79	60
Lugo	117	106
<i>Totale</i>	<i>447</i>	<i>419</i>

Ulteriore compito degli operatori delle Dipendenze Patologiche è effettuare interventi di counseling nei luoghi di divertimento e di aggregazione giovanile finalizzati al riconoscimento precoce delle condizioni di uso/abuso di sostanze stupefacenti legali ed illegali, soprattutto in riferimento alle politossicomanie e alle cosiddette nuove droghe, e rendere tempestivi gli interventi preventivi e riabilitativi necessari.

Lo scopo degli interventi nei luoghi di aggregazione giovanile, è quello di sviluppare le risorse individuali, gruppali e comunitarie rispetto a stili di vita e comportamenti a rischio legati ad un uso-abuso di droghe e alcol, con particolare riguardo anche alla guida in stato di ebbrezza.

I tre Servizi D.P. dell’Azienda USL di Ravenna concretizzano gli interventi di prevenzione primaria nei luoghi di aggregazione, attraverso i seguenti progetti inseriti nei Piani Sociali di Zona:

“Sicuramente al mare”, “Tra le righe” e “Safe style”.

Gli obiettivi di tali interventi di prevenzione primaria sono:

- favorire la crescita di una cultura della moderazione (uso di sostanze) sul territorio;
- dare informazioni corrette sulle sostanze legali e illegali, sui rischi connessi all’uso e all’abuso con particolare attenzione alla guida in stato di ebbrezza anche attraverso la distribuzione di materiale informativo e gadget;
- favorire l’assunzione di responsabilità e consapevolezza tra i giovani;
- rinnovare l’attenzione alle MST e all’HIV;
- essere un osservatorio privilegiato su consumi, stili e tendenze giovanili;
- creare e mantenere una rete sensibilizzando tutti gli attori (Provincia, Enti Locali, Servizi Sociali, Associazioni di Volontariato, Privato Sociale, Forze dell’Ordine, Associazioni di Categoria, Gestori di locali, Organizzatori di eventi, ecc);
- sviluppare nuove modalità di comunicazione e interazione con i giovani;
- favorire la conoscenza ed il contatto con la rete dei servizi;
- fornire conoscenze e stimoli per l’avvio di ulteriori progetti in materia di prevenzione e riduzione del danno.

Nel corso del 2007 gli interventi effettuati dagli operatori sono stati 246. La maggior parte di questi rientra nel progetto Safe Style in quanto si sviluppa durante tutto l’arco dell’anno, mentre gli altri progetti dei SerT di Ravenna e Faenza si concentrano prevalentemente nei mesi estivi, fra maggio e settembre.

Per i progetti dell'Unità Operativa ricopre particolare importanza lo strumento dell'etilometro, sia come elemento d'aggancio, sia come mezzo per indirizzare la conversazione degli operatori con i ragazzi verso le tematiche oggetto dell'intervento.

Nelle 60 uscite realizzate dagli operatori di "Sicuramente al mare" si sono realizzati oltre 6000 test etilometrici, mentre nelle 24 serate di "Tra le righe" i test effettuati sono stati circa 1500. Negli interventi dedicati alla guida sicura del progetto "Safe Style" (Se guido non bevo, 78 serate nel 2007) sono state effettuate 4000 etilometrie.

Nel progetto Safe Style²⁴ l'intervento è strutturato intorno alla somministrazione di un questionario per la raccolta di informazioni utili per monitorare, tra i giovani, i comportamenti a rischio e la sicurezza alla guida. Questo aiuta da un lato a rispondere in maniera migliore ai bisogni del territorio e dall'altro ad affinare progressivamente le tecniche utilizzate per cogliere l'attenzione dei giovani. Nel corso del 2007 i questionari raccolti sono stati 5233

Tab. 2 – *Nr interventi nei luoghi di aggregazione giovanile (Anni 2006-2007, Valori Assoluti).*

<i>Nr interventi per progetto</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Sicuramente al mare – SerT Ravenna	59	60
Tra le righe – SerT Faenza	26	24
Safe style – SerT Lugo	140	162
<i>Totale</i>	<i>225</i>	<i>246</i>

La necessità di fare prevenzione promuovendo nei giovani stili di vita sani, viene ribadita con forza dalla Regione Emilia Romagna con la Deliberazione legislativa N° 74/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni".

In particolare, l'articolo 41 recita:

Promozione della salute e di stili di vita sani

1. La Regione:

a) promuove l'informazione, da attuarsi anche tramite l'utilizzo delle tecnologie digitali, finalizzata all'adozione di stili di vita sani, alla comprensione ed alla consapevolezza sui consumi ed i messaggi mediatici che li incentivano, favorendo il coinvolgimento diretto dei giovani;

b) sostiene progetti ed interventi finalizzati a responsabilizzare i giovani sui propri comportamenti e sui rischi possibili con un approccio globale ai fattori di rischio ed un'attenzione particolare alla sessualità, all'alimentazione ed al consumo di sostanze psicoattive, anche legato alle attività sportive;

c) promuove, in accordo con l'amministrazione scolastica, la programmazione d'interventi di promozione alla salute nelle scuole secondarie superiori, anche con specifiche attività di consulenza ed ascolto;

d) favorisce il coinvolgimento di giovani di pari età nel ruolo di supporto allo sviluppo di competenze orientate a scelte e comportamenti responsabili nei propri coetanei e di promozione della partecipazione attiva;

e) riconosce i servizi di prossimità, ed in particolare gli interventi di strada, quali strumenti facenti parte della rete dei servizi territoriali, idonei a contattare i giovani direttamente nei luoghi di vita e di aggregazione, a riconoscere le possibili situazioni di rischio, a fornire informazioni e consulenza, ad attivare le risorse formali ed informali della comunità locale, a garantire supporto ed accompagnamento verso le opportunità ed i servizi del territorio;

²⁴ Per maggiori dettagli vedere il sito internet www.safestyle.it

.....
j) promuove l'attivazione di servizi socio-sanitari per i giovani, a cui concorrono professionisti con diverse competenze, provenienti da servizi pubblici e del terzo settore, incentiva l'utilizzo delle tecnologie digitali e delle diverse connettività per favorire l'accesso dei giovani ai servizi e nuovi modelli di consulenza e di presa in carico, sostiene la qualificazione e l'aggiornamento professionale degli operatori finalizzata a rafforzare le competenze specifiche indispensabili nella relazione con i giovani;

.....
m) riconosce i luoghi del divertimento, anche notturni, come spazi importanti per i giovani, nei quali favorire la contaminazione tra le offerte culturali, ricreative e artistiche e promuovere la sicurezza e la salute, con particolare attenzione ai rischi legati al consumo di sostanze ed agli incidenti stradali. La Regione e gli enti locali promuovono la qualità dell'offerta di divertimento ed un divertimento più sicuro e sano. La definizione di strategie d'intervento comuni tra Regione, enti locali, Forze dell'ordine, AUSL, terzo settore, professionisti dei servizi territoriali e di emergenza o urgenza, organizzatori e gestori delle attività e giovani fruitori e la sperimentazione d'interventi innovativi si fondano sulla condivisione di valori e principi tra tutti i soggetti coinvolti nell'offerta di divertimento, sull'ascolto ed il supporto dei giovani fruitori, sul monitoraggio e l'analisi costante delle nuove tendenze e delle situazioni locali.

I target a cui si rivolgono gli interventi sono:

- Adolescenti e giovani
- Familiari
- Docenti ed educatori in genere
- Cittadinanza
- Operatori di associazioni di volontariato
- Operatori di servizi AUSL, Enti Locali, Comunità Terapeutiche

Le principali tipologie di Prestazioni sono:

- Coordinamento progetti di prevenzione
 - Conduzione di gruppi per attività di prevenzione (monitoraggio, supporto a progettazione, ecc)
 - Consulenze e informazioni scientifiche presso classi di scuole medie inferiori e superiori del territorio di competenza che ne facciano richiesta
 - Consulenze e informazioni scientifiche a gruppi, associazioni, cittadinanza, ecc
 - Gestione di stand informativi, con distribuzione di materiale, profilattici, gadget
- esecuzione di test etilometro in occasione di feste, sagre, happy hour, discoteche, stabilimenti balneari, grandi eventi musicali e più in generale nei luoghi di aggregazione giovanile.

Allegato statistico

L'UTENZA TOSSICODIPENDENTE

Tab. 1 - Andamento dell'utenza tossicodipendente in carico. Anno 2007 (V.A.)

<i>SerT</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico/Reingressi</i>	<i>Totale</i>
Ravenna	51	475	526
Lugo	37	223	260
Faenza	44	291	335
TOTALE	132	989	1.121

Tab. 2 - Rapporto tra nuovi utenti in carico e popolazione. Tassi d'incidenza x 10.000 abitanti 15-54 anni. Anno 2007

<i>SerT</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>	<i>Regione Emilia Romagna</i>
Ravenna	5,1	
Lugo	7,6	
Faenza	10,2	
TOTALE	6,5	10,5

Tab. 3 - Rapporto tra utenti in carico e popolazione. Tassi di prevalenza x 10.000 abitanti 15-54 anni. Anno 2007

<i>SerT</i>	<i>Residenti e domiciliati</i>	<i>Regione Emilia Romagna</i>
Ravenna	53,1	
Lugo	53,2	
Faenza	77,6	
TOTALE	58,6	56,7

Tab. 4 - Rapporto maschi/femmine tossicodipendenti. Anno 2007

<i>SerT</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
Ravenna	4,3
Lugo	4,5
Faenza	3,8
TOTALE	4,2

Tab. 5 - Rapporto vecchi/nuovi tossicodipendenti. Anno 2007

<i>SerT</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
Ravenna	9,3
Lugo	6,0
Faenza	6,6
TOTALE	7,5

Tab. 6 - Alcuni indicatori per spiegare la relazione tra utenti in carico e popolazione target. Anno 2007

<i>Indicatori</i>	Provincia Ravenna
Numero di utenti in carico residenti nella provincia	1.010
Numero di utenti in carico non residenti	111
Utenti in carico in totale nel 2007	1.121
% di utenti in carico non residenti	9,9
Popolazione residente 15-54anni	191.204
Rapporto tra utenti in carico e popolazione residente 15-54a X 10.000	58,6
Rapporto tra "solo utenti residenti" e popolazione residente 15-54a X 10.000	52,8

Tab. 7 - Utenti tossicodipendenti per classe d'età. Provincia di Ravenna. Anno 2007 (V.A.)

<i>Anno</i>	<i><15</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>>39</i>	Totale casi validi	<i>Età media e (range età)</i>
Ravenna	0	5	36	65	116	121	183	526	36,3 (18-70)
Lugo	0	2	13	31	39	54	121	260	37,5 (16-56)
Faenza	0	20	24	27	48	85	131	335	36,7 (16-65)
TOTALE	0	27	73	123	203	260	435	1121	36,8 (16-70)

Tab. 8 - Nuovi utenti tossicodipendenti per classe d'età. Provincia di Ravenna. Anno 2007 (V.A.)

<i>Anno</i>	<i><15</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>>39</i>	Totale casi validi	<i>Età media e (range età)</i>
Ravenna	0	2	6	12	14	10	7	51	32,0 (18-54)
Lugo	0	1	5	4	6	1	20	37	36,3 (16-50)
Faenza	0	6	2	2	8	14	12	44	34,4 (16-50)
TOTALE	0	9	13	18	28	25	39	132	34,0 (16-54)

Tab. 9 - Utenti tossicodipendenti suddivisi per sostanza d'abuso primaria. Provincia di Ravenna. (V.A. e %)

<i>Anno</i>	<i>Eroina</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Altre sostanze</i>	Totale casi validi
V.A.	756	202	123	40	1.121
V.%	67,4	18,0	11,0	3,6	

Tab. 10 - Nuovi utenti tossicodipendenti suddivisi per sostanza d'abuso primaria. Provincia di Ravenna. Anno 2007 (V.A. e %)

<i>SerT</i>	<i>Eroina</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Altre sostanze</i>	Totale casi validi
V.A.	65	33	27	7	132
V.%	49,2	25,0	20,2	5,6	

**Tab. 11 - Utenza suddivisa per classi di età e sostanza d'abuso primaria.
Provincia di Ravenna. Anno 2007. (Val. % di riga)**

<i>Sostanza</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>> 39 anni</i>	<i>Totale casi validi</i>
Eroina	1,9	4,1	6,9	16,8	25,8	44,5	756
Cocaina	0,0	6,1	20,6	23,8	22,9	26,6	202
Cannabinoidi	9,1	19,0	19,0	20,7	14,0	18,2	123
Altre sostanze	3,6	10,9	10,9	5,5	12,7	56,4	40
TOTALE	2,4	6,5	11,0	18,0	23,3	38,8	1121

**Tab. 12 - Utenza suddivisa per sesso e sostanza d'abuso primaria.
Provincia di Ravenna. Anno 2007. (Val. % di riga)**

<i>Sesso</i>	<i>Eroina</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Altre sostanze</i>	<i>Totale casi validi</i>
Maschi	62,9	21,2	12,0	3,9	905
Femmine	74,0	10,7	6,0	9,3	216
TOTALE	65,1	19,2	10,8	4,9	1.121

L'UTENZA ALCOLISTA

**Tab. 13 - Andamento utenza alcoldipendente in carico.
Anno 2007 (V.A.)**

<i>SerT</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico/Reingressi</i>	<i>Totale</i>
Ravenna	38	182	220
Lugo	18	138	156
Faenza	35	152	187
TOTALE	91	472	563

**Tab. 14 - Rapporto vecchi/nuovi
utenti alcoldipendenti. Anno 2007**

<i>SerT</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
Ravenna	4,8
Lugo	7,7
Faenza	4,3
TOTALE	5,2

**Tab. 15 - Rapporto tra nuovi utenti in carico e popolazione.
Tassi d'incidenza x 10.000 abitanti 15-64 anni. Anno 2007**

<i>SerT</i>	<i>Distretto</i>	<i>Regione Emilia- Romagna</i>
Ravenna	3,1	
Lugo	2,9	
Faenza	6,5	
TOTALE	3,9	4,1

**Tab. 16 - Rapporto tra utenti in carico e popolazione.
Tassi di prevalenza x 10.000 abitanti 15-64 anni. Anno 2007**

<i>SerT</i>	<i>Distretto</i>	<i>Regione Emilia- Romagna</i>
Ravenna	17,9	
Lugo	25,4	
Faenza	34,9	
TOTALE	23,7	20,2

**Tab. 17 - Rapporto maschi/femmine
alcoldipendenti. Anno 2007**

<i>SerT</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
Ravenna	1,7
Lugo	2,1
Faenza	2,5
TOTALE	2,0

**Tab. 18 - Utenti alcolodipendenti per classe d'età. Provincia di Ravenna.
Anno 2007 (V.A.).**

<i>SerT</i>	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	<i>Totale casi validi</i>	<i>Età media e (range età)</i>
Ravenna	1	8	54	61	54	42	220	47,9 (17-80)
Lugo	0	8	37	51	34	26	156	46,8 (21-73)
Faenza	0	9	33	60	45	40	187	48,9 (22-77)
TOTALE	1	25	124	172	133	108	563	48,0 (17-80)

**Tab. 19 - Nuovi utenti alcolodipendenti per classe d'età. Provincia di Ravenna.
Anno 2007 (V.A.).**

<i>SerT</i>	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	<i>Totale casi validi</i>	<i>Età media e (range età)</i>
Ravenna	1	3	13	9	5	7	38	44,3 (17-70)
Lugo	0	2	3	9	3	1	18	42,9 (21-66)
Faenza	0	2	7	7	9	10	35	50,9 (22-76)
TOTALE	1	7	23	25	17	18	91	46,5 (17-76)

**Tab. 20 - Utenti suddivisi per alcolico d'uso prevalente.
Provincia di Ravenna. Anno 2007. (Val. % di riga)**

<i>SerT</i>	<i>Superalcol.</i>	<i>Aper., amari, dig.</i>	<i>Vino</i>	<i>Birra</i>	<i>Altro</i>	<i>Totale casi validi (V.A.)</i>
Ravenna	11,9	2,3	63,3	21,6	0,9	218
Lugo	13,8	4,6	63,8	17,8	0,0	152
Faenza	9,1	2,1	70,1	18,2	0,5	187
TOTALE	11,5	2,9	65,7	19,4	0,5	557

**Tab. 21 - Utenza suddivisa per classi di età e bevanda prevalente.
Provincia di Ravenna. Anno 2007. (Val. % di riga)**

<i>Sostanza</i>	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	<i>Casi validi (V.A.)</i>
Superalcolici	0,0	7,8	28,1	40,6	17,2	6,3	64
Aperitivi, amari, digestivi	0,0	0,0	43,8	6,3	31,3	18,8	16
Vino	0,0	1,4	14,8	29,8	28,1	26,0	366
Birra	0,0	13,9	38,9	31,5	12,0	3,7	108
Altro	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3	3
TOTALE	0,0	4,5	21,9	30,7	23,7	19,2	557

L'UTENZA TABAGISTA

Tab. 22 - Andamento utenza tabagista (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico/Reingressi</i>	<i>Totale (V.A.)</i>
2007	31	3	34

Tab. 23 - Rapporto vecchi/nuovi utenti tabagisti.

<i>Anno</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
2007	0,1

**Tab. 24 - Rapporto tra nuovi utenti in carico e popolazione.
Tassi d'incidenza x 10.000 abitanti 15-64 anni.**

<i>Anno</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
2007	1,3

**Tab. 25 - Rapporto tra utenti in carico e popolazione.
Tassi di prevalenza x 10.000 abitanti 15-64 anni.**

<i>Anno</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
2007	1,4

Tab. 26 - Rapporto maschi/femmine tabagisti.

<i>Anno</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
2007	1,0

Tab. 27 - L'utenza tabagista. Classi d'età (V.A.)

<i>Anno</i>	<i>< 20 anni</i>	<i>20 - 29 anni</i>	<i>30 - 39 anni</i>	<i>40 - 49 anni</i>	<i>50 - 59 anni</i>	<i>> 59 anni</i>	<i>Totale casi validi</i>	<i>Età media e (range età)</i>
2007	0	2	4	12	10	6	34	49,0 (27-75)

Tab. 28 - L'utenza tabagista. Classi d'età inizio fumo (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>< 15 anni</i>	<i>15 - 20 anni</i>	<i>>20 anni</i>	<i>Totale casi validi</i>	<i>Età media e (range età)</i>
2007	9	24	1	34	17,1 (10-40)

Tab. 29 - L'utenza tabagista. N° di sigarette fumate al giorno al momento dell'ingresso in trattamento (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>< 11 sigarette</i>	<i>da 11 a 20</i>	<i>da 21 a 30</i>	<i>Oltre 30 sigarette</i>	<i>Totale casi validi</i>	<i>Media e (range)</i>
2007	1	8	12	13	34	25,7 (5-60)

L'UTENZA GAMBLERS

Tab. 30 - Andamento utenza gamblers (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>Nuovi</i>	<i>Già in carico/Reingressi</i>	<i>Totale (V.A.)</i>
2007	6	11	17

Tab. 31 - Rapporto maschi/femmine gamblers.

<i>Anno</i>	<i>Provincia di Ravenna</i>
2007	7,5

Tab. 32 - L'utenza gamblers. Classi d'età (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>< 20 anni</i>	<i>20 - 29 anni</i>	<i>30 - 39 anni</i>	<i>40 - 49 anni</i>	<i>50 - 59 anni</i>	<i>> 59 anni</i>	<i>Totale casi validi</i>
2007	0	0	6	5	4	2	17

Tab. 33 - L'utenza gamblers. Classi d'età inizio gioco (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>< 20 anni</i>	<i>20 - 30 anni</i>	<i>>30 anni</i>	<i>Totale casi validi</i>
2007	2	6	5	13

Tab. 34 - L'utenza gamblers. Tipologia di gioco (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>Corse animali</i>	<i>Carte</i>	<i>Videogiochi</i>	<i>Lotto, lotterie, concorsi</i>	<i>Altro</i>	<i>Totale casi validi</i>
2007	1	1	8	5	1	16

Tab. 35 - L'utenza gamblers. Frequenza di gioco (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>Astinente</i>	<i>2 o + al mese</i>	<i>1 volta a settimana</i>	<i>2 o + a settimana</i>	<i>1 volta al giorno</i>	<i>2 o + al giorno</i>	<i>Totale casi validi</i>
2007	3	1	2	2	3	4	15

Tab. 36 - L'utenza gamblers. Tempo dedicato al gioco (V.A.).

<i>Anno</i>	<i>Fino a 1 ora</i>	<i>2-3 ore</i>	<i>4-5 ore (mezza giornata)</i>	<i>6-10 ore (intera giornata)</i>	<i>Totale casi validi</i>
2007	4	7	3	2	16

UTENZA GENERALE

Tab. 37 - L'utenza dell'U.O. Dipendenze Patologiche.

<i>Indicatori</i>	<i>V.A. 2007</i>	<i>v.% 2007</i>	<i>var.% 06 - 07</i>
Utenti tossicodipendenti in carico	1.121	38,8	4,3
Utenti alcolodipendenti in carico	563	19,5	7,9
Utenti tabagisti in carico	17	0,6	-
Utenti gamblers in carico	34	1,2	-
Utenti ALTRO in carico	42	1,5	5,0
Utenti tossicodipendenti provvisori NUOVI	346	12,0	-3,6
Utenti alcolodipendenti provvisori NUOVI	62	2,1	-49,6
Utenti tabagisti provvisori NUOVI	4	0,1	-
Utenti gamblers provvisori NUOVI	5	0,2	-
Utenti ALTRO provvisori NUOVI	68	2,4	-
Utenti tossicodipendenti inviati da altri SerT	626	21,7	6,5
Utenti alcolisti inviati da altri SerT	0	0,0	-
Totale utenti che hanno usufruito del Servizio	2.888	100,0	6,0

LE SEGNALAZIONI

Tab. 38 - Andamento delle segnalazioni artt. 121 e 75. Anno 2007 (V.A.).

<i>SerT</i>	<i>V.A.</i>	<i>V.%</i>
Ravenna 121	68	39,5
Lugo 121	33	19,2
Faenza 121	23	13,4
TOTALE 121	124	72,1
Ravenna 75	26	15,1
Lugo 75	12	7,0
Faenza 75	10	5,8
TOTALE 75	48	27,9
TOTALE SEGNALAZIONI	172	100,0

I PROGRAMMI E I TRATTAMENTI

Tab. 39 - Numero di trattamenti erogati a soggetti tossicodipendenti nel corso del 2007 (Valori assoluti e %).

<i>Tipo programma</i>	<i>Soggetti in trattamento (v.a.)*</i>	<i>Trattamenti effettuati (v.a.)</i>	<i>Trattamenti effettuati (% su risposte)</i>	<i>Trattamenti effettuati (% su utenti)**</i>
Area psicologica-psichiatrica	413	471	15,5	42,0
Area sociale	299	360	11,9	32,1
Area farmacologica	655	747	24,7	66,6
Altri trattamenti sanitari	861	1.329	43,9	118,6
Inserimento in Comunità	105	122	4,0	10,9
Totale	1.121	3.029	100,0	270,2

* Il totale non corrisponde perché un utente può avere svolto contemporaneamente anche più di un trattamento.

** Il totale non fa 100 perché un utente può avere svolto contemporaneamente anche più di un trattamento.

Tab. 40 - Numero di trattamenti erogati a soggetti alcolisti nel corso del 2007 (Valori assoluti e %).

<i>Tipo programma</i>	<i>Soggetti in trattamento (v.a.)*</i>	<i>Trattamenti effettuati (v.a.)</i>	<i>Trattamenti effettuati (% su risposte)</i>	<i>Trattamenti effettuati (% su utenti)**</i>
Area psicologica-psichiatrica	243	267	20,7	47,4
Area sociale	116	135	10,5	24,0
Area farmacologica	287	353	27,4	62,7
Altri trattamenti sanitari	438	509	39,5	90,4
Inserimento in Comunità	21	24	1,9	4,3
Totale	563	1.288	100,0	228,8

* Il totale non corrisponde perché un utente può avere svolto contemporaneamente anche più di un trattamento.

** Il totale non fa 100 perché un utente può avere svolto contemporaneamente anche più di un trattamento.

Tab. 41 - Esito dei trattamenti terapeutici attivati nei confronti degli utenti tossicodipendenti. Anno 2007 (V.A. e %)

<i>Esito</i>	<i>V.A.</i>	<i>V.%</i>
Completato	223	7,4
In corso	2.368	78,2
Interrotto (abbandono - fuga - espulsione - chiusura d'ufficio)	176	5,8
Terminato (dim. concordata - pass. altra struttura - arresto - decesso - scarcerazione - var. trattamento)	262	8,6
Altro	0	0,0
Totale v.a.	3.029	100,0

Tab. 42 - Esito dei programmi terapeutici al 31-12 attivati nei confronti degli utenti tossicodipendenti. Anno 2007 (V.A. e %)

<i>Esito</i>	<i>V.A.</i>	<i>V.%</i>
Completato	68	6,1
In corso	931	83,1
Interrotto (abbandono - fuga - espulsione - chiusura d'ufficio)	60	5,4
Terminato (dim. concordata - pass. altra struttura - arresto - decesso - scarcerazione - var. trattamento)	62	5,5
Altro	0	0,0
Totale v.a.	1.121	100,0

Tab. 43 - Esito dei trattamenti terapeutici attivati nei confronti gli utenti alcoldipendenti. Anno 2007 (V.A. e %)

<i>Esito</i>	<i>V.A.</i>	<i>V.%</i>
Completato	68	5,3
In corso	989	76,8
Interrotto (abbandono - fuga - espulsione - chiusura d'ufficio)	108	8,4
Terminato (dim. concordata - pass. altra struttura - arresto - decesso - scarcerazione - var. trattamento)	123	9,5
Altro	0	0,0
Totale v.a.	1.288	100,0

Tab. 44 - Esito dei programmi terapeutici al 31-12 attivati nei confronti degli utenti alcoldipendenti. Anno 2007 (V.A. e %)

<i>Esito</i>	<i>V.A.</i>	<i>V.%</i>
Completato	18	3,2
In corso	462	82,1
Interrotto (abbandono - fuga - espulsione - chiusura d'ufficio)	54	9,6
Terminato (dim. concordata - pass. altra struttura - arresto - decesso - scarcerazione - var. trattamento)	29	5,2
Altro	0	0,0
Totale v.a.	563	100,0