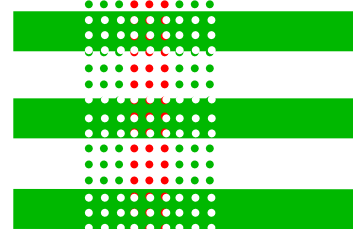
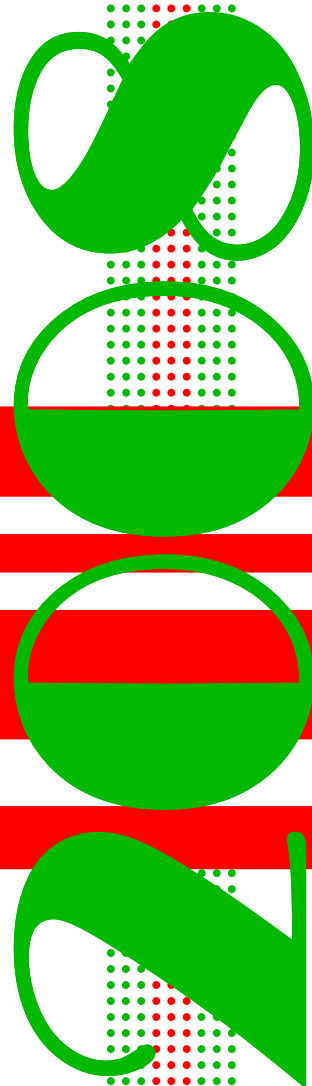


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

Osservatorio Epidemiologico  
Dipendenze Patologiche

Rapporto annuale

*Consumi e abuso di sostanze  
nei 15 comuni del Cesenate*



.....

.....

.....

.....

.....

---

---

## **Rapporto annuale 2008**

### **Consumi e abuso di sostanze nei 15 comuni del cesenate**

**A cura di**  
**Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche**

**Paolo Ugolini** Responsabile  
**Monica Teodorani** Dirigente sociologo  
**Alessandro Mariani D'Altri** Consulente sociologo

**Sede**  
Via Brunelli 540 - 47023 Cesena

**Comunicazioni**

Tel.	0547/631536	0547/352162
email:	pugolini@ausl-cesena.emr.it	sert@ausl-cesena.emr.it

---

---

## Redazione del rapporto

Cap. 1	Michele Sanza	(Direttore U.O. Ser.T.)
Cap. 2	Paolo Ugolini	(Responsabile Osservatorio Epidemiologico)
Cap. 3.1	Monica Teodorani	(Sociologa)
Cap. 3.2	Annamaria Berlini	(Assistente sociale coordinatrice)
	Antonella Monti	(Psicologa)
Cap. 3.3	Annamaria Berlini	(Assistente sociale coordinatrice)
	Maria Cristina Montanari	(Responsabile Ambulatori Dipendenze Patologiche e Patologie Correlate)
	Agnese Spinelli	(Assistente sociale)
	Monica Teodorani	(Sociologa)
Cap. 3.4	Marusca Stella	(Psicologa)
Cap. 3.5	Gianluca Farfaneti	(Psicologo)
Cap. 3.6	Lidia Agostini	(Psicologa)
Cap. 4.1	Lidia Agostini	(Psicologa)
Cap. 4.2	Gianluca Farfaneti	(Psicologo)
Cap. 5.1	Francesca Leoni	(Psicologa)
	Alessandro Mariani D'Altri	(Sociologo)
	Maria Cristina Montanari	(Responsabile Ambulatori Dipendenze Patologiche e Patologie Correlate)
	Francesca Nauselli	(Psicologa)
	Paolo Ugolini	(Responsabile Osservatorio Epidemiologico)
Cap. 5.2	Paolo Ugolini	(Responsabile Osservatorio Epidemiologico)
Allegato 1	Alessandro Mariani D'Altri	(Sociologo)
Allegato 2	Alessandro Mariani D'Altri	(Sociologo)
Allegato 3	Enrica Peroni	(Dirigente Amministrativo DSM)
	Lucia Riciputi	(Amministrativo DSM)
Allegato 4	Monica Teodorani	(Sociologa)



---

# INDICE

	<b>Premessa</b>	<b>7</b>
<b>Cap. 1</b>	<b>Mission e servizi offerti dal Ser.T.</b>	<b>9</b>
<b>Cap. 2</b>	<b>Tendenze europee ed italiane, valutazione dato in Area Vasta Romagna</b>	<b>15</b>
<b>Cap. 3</b>	<b>Prodotti/Servizi clinici Ser.T.</b>	<b>25</b>
	3.1 Accesso ai servizi	27
	3.2 Accoglienza e valutazione multidisciplinare/diagnosi	35
	3.3 Trattamenti clinici abuso e dipendenza (droghe illegali e alcol)	38
	3.4 Centro di Ascolto e Consulenza Nuove Droghe	44
	3.5 Centro Diurno Semiresidenziale “La Meridiana”	47
	3.6 Corsi per smettere di fumare	49
<b>Cap. 4</b>	<b>Prodotti/Servizi promozione prevenzione Ser.T.</b>	<b>52</b>
	4.1 Informazione e Formazione	54
	4.2 Prevenzione e gestione dei rischi correlati all’abuso di droghe	59
<b>Cap. 5</b>	<b>Prodotti/Servizi informativi conoscenza Ser.T.</b>	<b>61</b>
	5.1 Ricerca (socio -epidemiologica e clinica)	63
	5.2 Rivista Sestante	68
	<b>Allegati</b>	<b>69</b>
<b>Allegato 1</b>	<b>Valutazione Standard di Prodotto Servizio Ser.T anno 2007</b>	<b>71</b>
<b>Allegato 2</b>	<b>Valutazione Obiettivi di Risultato Ser.T. anno 2007</b>	<b>73</b>
<b>Allegato 3</b>	<b>Costi economici Ser.T. anno 2007</b>	<b>74</b>
<b>Allegato 4</b>	<b>Allegato Statistico</b>	<b>76</b>

.....

.....

.....

.....

.....

# Premessa

Un fenomeno complesso come l'uso-abuso e la dipendenza da sostanze psicotrope non è semplice definirlo sia per l'ampiezza del sommerso che lo contraddistingue dovuto all'illegalità di gran parte delle sostanze, sia per i sempre più diffusi stili di vita che culturalmente ne accettano e ne promuovono il consumo. Di conseguenza, agire preventivamente e clinicamente, come servizio socio-sanitario per le dipendenze in un campo poco standardizzabile come questo significa farsi carico di alcuni indirizzi e obiettivi di più ampio respiro.

Il RAPPORTO 2007 dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche/Ser.T. dal titolo **"RAPPORTO 2008 SU CONSUMI E ABUSO DI SOSTANZE NEI 15 COMUNI DEL CESENATE"** dei Distretti di Cesena – Savio e Costa-Rubicone ha lo scopo di fornire analisi ed indicatori dei fenomeni per supportare sia gli enti istituzionali nelle loro scelte politiche e strategiche che i professionisti nella loro attività clinica quotidiana, oltre naturalmente i cittadini/utenti a contatto con il problema.

Il RAPPORTO 2007 ha anche l'obiettivo di creare, rinforzare e qualificare le reti di comunicazione istituzionali, di servizio e informali.

Insieme alla Direzione e ai professionisti del Ser.T. si è deciso di stilare il RAPPORTO 2007 intrecciando il dato epidemiologico con il Catalogo dei Prodotti/Servizi SerT dichiarati nel processo di accreditamento regionale del settembre 2006; dopo una lettura generale dei fenomeni con focalizzazione in Area Vasta Romagna (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini), abbiamo analizzato i fenomeni nei 15 Comuni del cesenate dividendo i Prodotti/Servizi in tre aree:

## Prodotti/Servizi Ser.T. "Clinici"

- Accoglienza e valutazione multidisciplinare/diagnosi
- Trattamenti clinici abuso e dipendenza (droghe illegali e alcol)
- Centro di Ascolto e Consulenza Nuove Droghe
- Centro Diurno Semiresidenziale "La Meridiana"
- Corsi per smettere di fumare

## Prodotti/Servizi Ser.T. "Promozione/prevenzione"

- Informazione e Formazione
- Prevenzione e gestione dei rischi correlati all'abuso di droghe

## Prodotti /Servizi Ser.T. "Informativi/conoscenza"

- Ricerca (socio - epidemiologica e clinica)
- Rivista SESTANTE

**Un ringraziamento a tutti i professionisti Ser.T. che hanno reso possibile la stesura di questo RAPPORTO 2007.**

Buona lettura

Cesena 01.09.2008

Direttore Unità Operativa Ser.T.  
Michele Sanza

Responsabile Osservatorio Epidemiologico  
Paolo Ugolini



.....

.....

.....

.....

.....

# 1 Mission e servizi offerti dal Ser.T.



.....

.....

.....

.....

.....

# 1 Mission e servizi offerti dal Ser.T.

## MISSION

L'Unità Operativa (U.O.) Servizio per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo è l'articolazione organizzativa del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Cesena, preposta alla promozione della salute dei cittadini del bacino di riferimento, affetti da dipendenze patologiche (sia legate a uso di sostanze legali o illegali che a specifici comportamenti). A tal scopo, il Ser.T. opera con finalità di prevenzione, cura e reinserimento sociale, perseguendo gli obiettivi della riduzione della diffusione delle dipendenze patologiche e del miglioramento dello stato di salute delle persone tossicodipendenti.

Il Ser.T. offre una serie di prodotti specifici, direttamente connessi con le attività dell'Unità Operativa, ed organizzati per processi di produzione. Tali prodotti si caratterizzano prevalentemente quali servizi diretti alle persone tossicodipendenti, nella forma di interventi di prevenzione secondaria e terziaria, e servizi diretti alla comunità, nella forma di interventi di prevenzione primaria. In entrambe le linee di produzione, il Ser.T. interagisce con altri soggetti istituzionali, interni o esterni all'Azienda USL di Cesena, con la finalità di promuovere, attraverso l'integrazione dei servizi, la qualità, l'eshaustività e la personalizzazione degli interventi.

## VISION

Sulle tossicodipendenze gravano istanze che vanno al di là dei compiti di terapia e di riabilitazione delle persone coinvolte e chiamano in causa gli indirizzi delle politiche nazionali e locali e l'espressione della pubblica opinione. In questo contesto il Ser.T. adotta uno stile pragmatico, rifiuta le posizioni ideologiche preconcepite e si adopera fattivamente per il superamento delle condizioni sociali e culturali che ostacolano il pieno reinserimento nella comunità di appartenenza delle persone tossicodipendenti. Il contrasto alle condizioni stigmatizzanti è parte integrante ed essenziale degli interventi finalizzati al recupero dei tossicodipendenti. Il Ser.T. di Cesena individua, pertanto, nella razionalità pragmatica dell'evidenza, la fonte primaria per selezionare le opzioni terapeutiche da adottare. In tal senso la formazione e l'ag-

giornamento continuo, la metodologia dell'audit per affrontare le esperienze anomale, il riferimento alle fonti scientifiche accreditate sono gli strumenti prioritari per l'innovazione e lo sviluppo delle tecniche di intervento. La valutazione degli esiti dei progetti, sia quelli individuali di trattamento che quelli di prevenzione, costituisce un aspetto prioritario del miglioramento continuo. La ricerca svolta dal Ser.T. sulle aree di propria competenza è finalizzata all'accredimento delle conoscenze del sistema, e, con l'obiettivo di migliorare la pratica terapeutica, contribuisce all'impiego di strategie efficaci. Le finalità generali del Ser.T. sono perseguite attraverso condizioni organizzative che rendono trasparenti i meccanismi decisionali ed alimentano il binomio, inscindibile, dell'autonomia e della responsabilità di tutte le figure professionali dell'Unità Operativa.

Coerentemente con gli indirizzi della Regione Emilia Romagna e dell'Azienda USL, il Ser.T. di Cesena sviluppa la politica per la qualità nell'ambito del percorso di accreditamento del Dipartimento di afferenza (Dipartimento di Salute Mentale). Il modello generale è volto ad assicurare "garanzie per l'utente" e si sostanzia nell'applicazione di modalità condivise e predefinite per la gestione delle attività della struttura e per la personalizzazione dei percorsi terapeutici degli utenti. Le finalità generali del sistema qualità sono volte al miglioramento continuo, all'innovazione tecnica e allo sviluppo organizzativo e trovano concretezza negli strumenti indicati dalla Regione Emilia Romagna per la realizzazione del governo clinico (Piano Sanitario Regionale).

## MODELLO DI GESTIONE DEGLI INTERVENTI

Il modello di gestione degli interventi del Ser.T. di Cesena è teso a realizzare il migliore impiego delle risorse assegnate, realizzando le condizioni di appropriatezza e di equità nell'accesso alle prestazioni erogate. La gestione degli interventi è basata sul modello della "long term care" (assistenza a lungo termine) che richiede una tensione verso l'integrazione e la sequenzialità delle prestazioni. Il principio organizzativo principale è quello della gestione del caso (case management): l'integrazione tra le diverse prestazioni, è garantita dall'organizzazione del lavoro per equipe, dall'individuazione di un



referente del caso (case manager) e dagli strumenti informativi (cartella clinica, sistema informativo Ser.T.).

Il modello di intervento del Ser.T. prevede un momento di prima valutazione: osservazione-diagnosi personalizzata propedeutica all'istituzione di un progetto personalizzato sull'utente. Il percorso – progetto comprende i trattamenti che l'Equipe ritiene utile per l'utente e che il Ser.T. è in grado di offrire, sanitari, supporto psicologico e psico-sociale e reinserimento. Nel caso in cui il percorso – progetto dell'utente lo preveda, in base agli obiettivi specifici stabiliti in Equipe, viene considerata l'indicazione e l'appropriatezza dell'inserimento presso strutture Residenziali o Semi Residenziali. In questi casi il Ser.T. conserva la titolarità del progetto a lungo termine e continua a seguire il caso in integrazione con la struttura di riferimento.

Gli interventi si estendono, oltre che alla persona, anche al suo ambiente di riferimento e in particolare deve essere sempre ricercato il coinvolgimento della famiglia che deve essere sempre coinvolta insieme alle risorse informali necessarie al migliore esito degli interventi tecnici. Inoltre, il modello di gestione degli interventi, deve tener conto anche della devianza sociale, che spesso si accompagna alla condizione di tossicodipendente e ne peggiora gli esiti. In questo senso, gli interventi del Ser.T. hanno anche lo scopo di prevenire e contrastare l'aspetto della devianza sociale, mediante l'istituzione di programmi specifici per chi ha problemi con la Giustizia, segnalati ai sensi dell'art. 121 e 75 del DPR 309/90 e per l'espletamento di trattamenti obbligati.

## SERVIZI OFFERTI

Il Ser.T. offre una serie di servizi, definiti e catalogati, per fornire il massimo grado di qualità al cittadino. Il catalogo dei prodotti/servizi che il Ser.T. offre al cittadino comprende:

### **Accoglienza e valutazione multidisciplinare/diagnosi**

Cittadini con problemi di uso, abuso o dipendenza patologica, possono rivolgersi al Ser.T. e entro un tempo massimo di 48 ore ricevere una prima valutazione clinica professionale della loro condizione di salute. Nel primo colloquio il professionista psico-sociale dell'equipe ascolta la richiesta dell'utente che può essere

immediatamente soddisfatta (per es. richiesta di informazioni, consulenza) o dare luogo ai passaggi necessari per una presa in carico vera e propria. L'equipe referente psico-socio-sanitaria attraverso un lavoro di valutazione multidisciplinare ed approfondimento della problematica, elabora un progetto terapeutico individuale e personalizzato.

### **Trattamenti clinici abuso e dipendenza**

Ogni paziente con problemi di abuso o dipendenza patologica, dopo l'accoglienza e valutazione multidisciplinare/diagnosi, viene inserito in un programma terapeutico sanitario e/o psicosociale specifico per il suo problema.

All'interno di tale programma possono essere previsti interventi sia degli altri soggetti della Rete dei Servizi per le tossicodipendenze (Enti Accreditati - Volontariato), che di altri servizi sanitari, interni o esterni al Dipartimento di Salute Mentale, che interventi sociali demandati agli Enti Locali.

### **Centro di Ascolto e Consulenza Nuove Droghe**

Il Centro di Ascolto e Consulenza Nuove Droghe offre una valutazione, una consulenza psicologica ed un orientamento ad utenti adolescenti e giovani adulti (15-27 anni), che presentano problematiche relative all'uso occasionale o patologico di sostanze, al fine di definire programmi di trattamento specifici. Inoltre il Centro fornisce supporto e consulenze specialistiche ad operatori dei Servizi del Pubblico e del Privato Sociale e a docenti o adulti educatori al fine di favorire interventi di prevenzione secondaria o di diagnosi precoce.

### **Trattamento intensivo Centro Diurno "La Meridiana"**

Il Centro Diurno "La Meridiana" del Ser.T. di Cesena è una struttura finalizzata alla riabilitazione psicosociale delle tossicodipendenze. Significativa risulta anche la funzione di inquadramento diagnostico attraverso l'utilizzo di strumenti validati. Gli ospiti sono impegnati durante il giorno, dal lunedì al venerdì, in attività individuali e di gruppo e sono seguiti da educatori professionali e operatori psico-sociali. Fra le finalità de' La Meridiana si sottolineano gli obiettivi di miglioramento rivolti a ridurre i ricoveri nel reparto di SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) e di aumentare gli inserimenti lavorativi.



### **Corsi per smettere di fumare**

I corsi per smettere di fumare sono condotti da uno psicologo e da un medico: prevedono la costituzione di un gruppo formato da un numero minimo di 5 ad un massimo di 12 partecipanti.

Il corso prevede il pagamento di una tariffa di iscrizione di Euro 98, che comprende il colloquio di ammissione, la partecipazione al Corso e il materiale didattico. Non comprende la visita pneumologica (facoltativa).

### **Segnalazioni della Prefettura**

Ogni persona, fermata in possesso o sotto effetto di sostanze stupefacenti, è soggetta a segnalazione da parte della Prefettura al Ser.T. che ha l'obbligo di invitare la persona a uno o più colloqui, finalizzati a fornire informazioni su effetti e conseguenze dell'uso di sostanze e di individuare un eventuale programma d'intervento.

La persona non ha l'obbligo di accettare il programma proposto e il servizio non è tenuto a relazionare rispetto all'esito di tali colloqui.

La convocazione avviene presso il Centro di Ascolto Nuove Droghe allo scopo di tutelare la riservatezza di tale tipologia di utenti.

### **Prevenzione e gestione dei rischi correlati all'abuso di droghe**

L'obiettivo è quello di fornire supporto informativo e strumenti al fine di ridurre i danni conseguenti all'uso di droghe, soprattutto di quelle iniettabili come l'eroina. Lo staff si avvale della collaborazione di volontari appositamente formati e opera nei luoghi di aggregazione giovanile a rischio. Fornisce supporto consulenziale sugli effetti e sui pericoli per la salute conseguenti all'uso di dro-

ghe (AIDS ed epatite) e mette a disposizione strumenti, come preservativi, siringhe ed opuscoli informativi, per limitare la diffusione di malattie infettive fra i tossicodipendenti.

### **Informazione e Formazione**

I professionisti del Ser.T. svolgono, su richiesta, consulenze all'esterno nella forma di interventi formativi o di supporto ai soggetti coinvolti nella rete dei servizi: Enti locali, Scuole, Enti Ausiliari (Comunità terapeutiche), associazioni di volontariato.

### **Ricerca (socio - epidemiologica e clinica)**

La ricerca epidemiologica sul fenomeno della diffusione e del consumo di sostanze è requisito necessario per impostare linee di intervento efficaci sul territorio. L'Osservatorio Dipendenze Patologiche svolge una specifica attività di ricerca sul territorio con il fine di aggiornare i tassi di incidenza e prevalenza dell'uso abuso di sostanze e di conoscere i comportamenti e gli stili di vita sociali che ad esse si connettono. Il Ser.T. promuove inoltre ricerche di tipo clinico su temi specifici.

### **Rivista Sestante**

'Sestante' è la rivista scientifica a carattere divulgativo della rete dei servizi per le Dipendenze Patologiche di Area Vasta Romagna. Fanno parte della redazione le quattro AUSL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini e gli Enti Accreditati. Raccoglie contributi provenienti dai soggetti che operano nel settore delle dipendenze patologiche prevalentemente a livello locale, viene distribuita a livello nazionale a circa 1500 soggetti.

## **SEDI OPERATIVE Ser.T.**

### **Ser.T.**

#### **Servizio Dipendenze Patologiche**

Via Brunelli, n° 540

Tel. 0547 352162

Fax: 0547 300960

e-mail: [sert@ausl-cesena.emr.it](mailto:sert@ausl-cesena.emr.it)

Sito Web: <http://www.ausl-cesena.emr.it/sert>

### **Ser.T.**

#### **Centro Alcolologico**

Via Brunelli, n° 540

Tel. 0547 352162

### **Ser.T.**

#### **Corsi per smettere di fumare**

via Brunelli, n° 540

Tel. 0547 352162

### **Ser.T.**

#### **Centro diurno residenziale LA MERIDIANA**

via Cerchia, 2621, Sant'Egidio di Cesena

tel. 0547 631536

### **Ser.T.**

#### **Centri di Ascolto Nuove Droghe**

##### **sede di Cesena**

c/o Consultorio Giovani

P.zza Magnani, 149, studio 240

tel. 0547 394241 / 352162

##### **sede di Savignano**

c/o Consultorio Giovani

C.so Peticari, 117

tel. 0541 941514 / 0547 352162

##### **sede di Cesenatico**

c/o Consultorio Familiare

Largo San Giacomo 15

tel. 0547 673008 / 0547 352162

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

## 2 Dato socio-culturale ed epidemiologico, dall'europa all'area vasta romagna

### INTRODUZIONE

I fenomeni di consumo, abuso e dipendenza da alcol e droghe sono soggetti a continui, e spesso rapidi, cambiamenti da porsi in relazione a due fondamentali variabili: le strategie del narcotraffico e gli stili di vita delle persone con particolare riferimento alle fasce giovanili. Altri fattori, come le politiche sociali e sanitarie locali e la penetrazione dei servizi incidono prevalentemente sulla prevenzione secondaria (cura) riducendo, quando efficaci, i rischi e le conseguenze individuali e collettive dei fenomeni d'abuso. In questi anni molto è stato fatto in Europa, in Italia e in Emilia Romagna in termini di politiche di prevenzione, di riduzione del danno, di reinserimento sociale ma molto resta ancora da fare. Se da un lato si riscontra una netta diminuzione della mortalità droga – correlata, dall'altro si evidenzia un quadro di progressiva diffusione dell'uso di sostanze illegali tra la popolazione generale; e tra i giovani, non è mai stato così alto»\*. Stiamo assistendo ad una progressiva trasformazione culturale nell'approccio alle sostanze stupefacenti illegali e legali sia tra la popolazione adulta, sia tra le nuove generazioni, anche se nella maggior parte dei cittadini permane la percezione che l'assunzione delle droghe sia rischioso per la tutela della salute\*.

In questo quadro si collocano i giovani del nuovo secolo: ragazzi in movimento (non racchiudibili in un territorio specifico), ragazzi in evoluzione (dentro ai compiti di sviluppo), ragazzi che rischiano (rischio come dato esistenziale). Un rischio che impensierisce gli adulti ma contagia i ragazzi nelle loro scelte, nei percorsi di crescita e di costruzione delle loro multiformi identità. Possiamo dire che esiste una dimensione positiva del rischio, rischi fisici e socio-psicologici come mezzi per raggiungere scopi evolutivi; allo stesso tempo rischio come aspetto della cultura della nostra società, come sopravvalutazione dell'esperienza concreta e come indebolimento della percezione del futuro. Le condotte a rischio più frequenti, specie per impatto individuale e sociale sono quelle legate al consumo di sostanze stupefacenti. L'ingresso sul mercato di sostanze sconosciute o poco conosciute precedentemente pone ancora oggi il quesito su quali siano i criteri per definirla "sostanza stupefacente" e per definire il consumatore un tossicodipendente; la definizione di "droga" nel mondo giovanile (ma non solo), in definitiva, sembra dipendere soprattutto

da variabili culturali e di desiderabilità sociale piuttosto che dalle conoscenze relative agli effetti sulla salute. Quindi per capire le azioni a rischio, come l'abuso di droghe, è necessario capire prima di tutto le culture giovanili, le quali condensano i significati che vengono prodotti in modo ricorrente nella comunicazione tra giovani, nei loro contesti e luoghi di aggregazione. Le culture giovanili, infatti, riproducono in parte la cultura complessiva della società, perché ne sono parte integrante; il tema che rimane incerto nel dibattito è proprio quello dato dalla relazione tra cultura complessiva della società e culture giovanili.

Le culture giovanili non sono esterne alla cultura complessiva, «non c'è differenza di struttura tra il consumo di superalcolici e tranquillanti degli adulti e quello di ecstasy e hashish dei giovani, tra il display di immagini erotiche in televisione e quello in discoteca, tra l'imprudenza sulle autostrade affollate del week end e quello sulle strade deserte del sabato notte, tra il consumo culturale dei giovani di trent'anni fa, ora genitori, e quelle di oggi, ora figli.

**I consumi culturali di adulti e giovani presentano la stessa struttura fondamentale, poiché le culture giovanili tendono ad adattarsi alle strutture generalizzate di consumo culturale delle società complesse. [...] Il vero aspetto "deviante" delle culture giovanili è nel fatto che, nel riprodurre le strutture del consumo culturale complessivo, esse esercitano una selettività, peraltro richiesta alle nuove generazioni è [...] per nuove modalità di azione, che sono considerate a rischio per la società» (Baraldi, Rossi, 2002).**

### 1 IL DATO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO IN ITALIA E IN EUROPA

L'Osservatorio europeo sulle droghe e tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona è nato nel 1993 da parte dell'Unione europea con l'obiettivo di raccogliere e disseminare informazioni valide, attendibili e comparabili sul consumo di droghe e le sue conseguenze in Europa, nonché le risposte (trattamenti e prevenzioni) al problema droga (sito: [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). Non solo, lo stesso osservatorio, premesso che il problema della droga è un fenomeno in

\*Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea, Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008)

\*Regione Emilia Romagna, Rapporto 2008 sulle dipendenze in Emilia Romagna

continua evoluzione, dove il consumo, le conseguenze ad esso correlate sia a livello individuale che a livello della società civile e le risposte sanitarie, politiche e sociali al problema cambiano costantemente, fornisce le indicazioni politiche strategiche e gli obiettivi da perseguire. Il quinto piano d'azione dell'UE per il periodo 2009-2012, approvato dal Consiglio Europeo nel dicembre 2008, ha l'obiettivo di ridurre in misura significativa la prevalenza del consumo di droga tra la popolazione e di ridurre i danni sociali e sanitari causati dal consumo e dal traffico di sostanze illecite. Il nuovo piano d'azione identifica in particolare cinque priorità che trovano concretizzazione in corrispondenti azioni:

- miglioramento del coordinamento tra i vari organismi che si occupano di droga
- cooperazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica
- riduzione della domanda di stupefacenti
- riduzione dell'offerta

miglioramento della cooperazione internazionale e della conoscenza e comprensione del problema.

In questo quadro a livello di programmazione delle politiche internazionali, europee, nazionali e locali si sta gradualmente passando da una visione a volte ideologica e moralistica del problema ad un'osservazione prevalentemente basata sulle evidenze scientifiche.

Sulla base della relazione OEDT del 2008 le **stime sul consumo di droga in Europa** sulla popolazione 15-64 anni: cannabis (22%), cocaina (3,6%), Ecstasy (2,8), anfetamine (3,3%), oppiacei (tra 1 e 6 casi ogni 1000; rispetto ai decessi per oppiacei nel 2005-'05 sono pari al 3,5% del totale dei decessi dei cittadini europei della fascia d'età 15-39 anni, è la sostanza principale per il 50% dei soggetti che chiedono di entrare in terapia per consumo di stupefacenti nei servizi).

Altre note europee: il consumo di cocaina continua a crescere nonostante la frammentazione del mercato europeo delle sostanze stimolanti, anfetamine ed estasi delineano una situazione di stabilità generale o una tendenza alla diminuzione.

L'uso di sostanze stupefacenti viene generalmente associato ai giovani, ma questo tipo di problema non ha limiti di età, come dimostrano i dati diffusi dall'OEDT: l'Europa, premette il documento dell'Osservatorio, sta registrando un notevole invecchiamento della sua popola-

zione, nel 2008 più di un quarto della popolazione europea avrà raggiunto o superato i 65 anni di età, e una parte sempre più rilevante di questi anziani avrà problemi di droga. In aggiunta, i consumatori regolari di droghe a fini ricreativi stanno invecchiando e possono incontrare maggiori complicazioni con l'età, in quanto le persone più anziane metabolizzano le droghe più lentamente e il cervello può diventare più sensibile ai loro effetti.

**Dal Rapporto annuale al Parlamento italiano** sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2008 del Ministero della Salute possiamo evidenziare alcune sintetiche indicazioni:

- l'età del primo approccio con le sostanze d'abuso è in progressiva diminuzione ed è collocabile, per la stragrande maggioranza dei consumatori di droghe, tra gli 11 e i 17 anni,
- la media della "prima esperienza" è attestata al di sotto dei 13 anni.
- il consumo di eroina è in lieve diminuzione in alcune aree del Paese, ed in crescita in altre, prevedendo nuove modalità di assunzione (non solo per endovena ma anche tramite inalazione).
- continuo e progressivo aumento il consumo di cocaina,
- l'incremento esponenziale dei consumi di ecstasy e anfetamine è confermato dal corrispondente aumento dei sequestri di tali sostanze da parte delle autorità competenti. I sequestri di droghe sintetiche a livello mondiale, infatti, sono decuplicati nell'ultimo decennio, passando dalle 4 tonnellate del 1990-91 alle 40 tonnellate nel 2000-01, come emerge dal Rapporto ONU sulle droghe sintetiche del 2003.
- Il mondo della tossicodipendenza, registra, in questi ultimi anni, un nuovo fenomeno che è rappresentato dalla poliassunzione, cioè l'uso combinato di più sostanze.
- Un ulteriore dato significativo è che il problema dell'abuso di droghe non è più un fenomeno tipico dei Paesi ricchi, ma interessa anche le società in via di sviluppo.

A livello di ricerche, IPSAD e ESPAD, le due ricerche campionarie nazionali e regionali sulla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive realizzate dal Ifc-Cnr di Pisa (**IPSAD Italia 20-07-08** rivolta alla popolazione di età compresa tra i 15 e i 54 anni e **ESPAD Italia 2008** rivolta a studenti tra i 15 e i 19 anni) ci danno uno



spaccato degli stili di vita e di alcuni aspetti culturali di uso e abuso di droghe. Seppur rimanga alta la percezione del rischio siamo di fronte ad un aumento dell'utilizzo delle stesse come "prodotti di consumo ordinario" (loisir, prestazioni psico-fisiche, sopportazione dolore e fatica, insonnia, ecc.), in forme spesso episodiche e in contesti di piena integrazione sociale.

Nello specifico aumenta in maniera esponenziale, specie tra i giovani, di chi ha provato co- ca almeno una volta, resta costante coloro che la usano abitualmente, uno o più volte al mese (circa 300.00 persone).

Il Dipartimento politiche antidroga del Ministero mette a confronto le due ricerche in merito al consumo di eroina e cocaina ed afferma quanto segue.

**“Il consumo di eroina nella popolazione generale 15-64 anni e nella popolazione studentesca 15-19 anni evidenzia un andamento discordante nel periodo 2007-'08. Da un'analisi dettagliata per classi di età ed in particolare della classe giovanile 15-24 anni sui dati IPSAD si osserva un incremento del consumo della sostanza rispetto al trend discendente registrato dall'indagine ESPAD. ... Un risultato analogo al consumo di eroina si riscontra anche tra i consumatori di cocaina. L'aumento riscontrato nella popolazione generale differisce dall'andamento nella popolazione studentesca”.**

Il conflitto di valori, tra due concezioni diverse per stile e per contenuto, della società, della politica, della democrazia tra giovani e adulti (Beck, 1997) descrive non è altro che un conflitto culturale e, in ultima istanza, uno scontro di significati. Quindi per capire le azioni a rischio, è necessario capire prima di tutto le culture giovanili, le quali condensano i significati che vengono prodotti in modo ricorrente nella comunicazione tra giovani, nei loro contesti e luoghi di aggregazione. Le culture giovanili, spesso, riproducono in buona parte la cultura complessiva della società, perché ne sono parte integrante; il tema che rimane incerto nel dibattito è proprio quello dato dalla **relazione tra cultura complessiva della società e culture giovanili**. Le culture giovanili non sono esterne alla cultura complessiva, «non c'è differenza di struttura tra il consumo di superalco-

lici e tranquillanti degli adulti e quello di ecstasy e hashish dei giovani, tra il display di immagini erotiche in televisione e quello in discoteca, tra l'imprudenza sulle autostrade affollate del weekend e quello sulle strade deserte del sabato notte, tra il consumo culturale dei giovani di trent'anni fa, ora genitori, e quelle di oggi, ora figli. I consumi culturali di adulti e giovani presentano la stessa struttura fondamentale, poiché le culture giovanili tendono ad adattarsi alle strutture generalizzate di consumo culturale delle società complesse. [...] Il vero aspetto "deviante" delle culture giovanili è nel fatto che, nel riprodurre le strutture del consumo culturale complessivo, esse esercitano una selettività, peraltro richiesta alle nuove generazioni [...] per nuove modalità di azione, che sono considerate a rischio per la società» (Baraldi, Rossi, 2002).

Da segnalare tra i fenomeni emergenti uno spostamento delle vie di traffico e di spaccio verso nuove forme di commercializzazione: l'e-commerce, cioè il mercato via internet. Farmacie on line che non richiedono nessun certificato medico, drug store on line dove è possibile acquistare sostanze illecite; non solo, forum, blog, social network sul tema DRUGS ove si hanno informazioni su dove acquistarle e sulle modalità di consumo. Questa conoscenza deve orientare i servizi e i progetti, specie quelli orientati alle giovani generazioni, sempre più abili nel gestire le tecnologie ma poco esperte nel non incorrere nei rischi della rete.

## 2 IL DATO SOCIO-CULTURALE IN AREA VASTA ROMAGNA

Una ricerca nella Provincia di Forlì-Cesena di recente pubblicazione\* ha posto l'accento sulla variabile "contiguità al mondo della droga". La batteria di domande predisposte prevedeva una progressione di situazioni che permettevano di creare una scala di "vicinanza" (Mai + 1 volta) e "lontananza" (Qualche volta + Spesso) rispetto al quanto le sostanze stupefacenti siano presenti all'interno del mondo delle relazioni e dei gesti quotidiani dell'universo giovanile.

Dall'osservazione dei dati si evidenzia una forte prossimità al mondo della droga sia come tema di confronto (70,3%) che come conoscenza di persone che ne fanno uso (73,2%) o che direttamente la sta utilizzando (58,9%). La prossimità è vicina al 50% anche rispetto al

\*C. Cipolla, G. Pini, P. Ugolini, Della salute dei giovani, F. Angeli, MI, 2006



Tab. 1 Contiguità alle sostanze stupefacenti nella Provincia di Forlì-Cesena (valori %)

	Mai	Una volta	LONTANANZA (Mai + Una volta)	Qualche volta	Spesso	VICINANZA (Qualche volta + Spesso)	v.a.
Parlare con qualche persona che abbia fatto uso di droga	21,3	8,4	29,7	40,9	29,4	70,3	1103
Conoscere persone che fanno uso di droghe	21,0	5,8	26,8	40,9	32,3	73,2	1102
Vedere qualcuno che stava usando droga	32,4	8,7	41,1	35,2	23,7	58,9	1096
Vedere o prendere in mano qualche tipo di droga	46,9	8,7	55,6	31,2	13,1	44,3	1098
Sentirsi offrire qualche tipo di droga	32,7	11,0	43,7	37,8	14,0	51,8	1100
Sentire il desiderio di provare una droga	63,4	9,8	73,2	20,0	6,7	26,7	1097
Avere un amico che fa uso di droga	39,7	7,4	47,1	30,0	23,0	53,0	1098

Fonte: Elaborazione dati Ricerca "Della salute dei giovani", 2006

prendere in mano qualche tipo di droga o sentirselo offrire ( maggiore nelle femmine e in chi ha titolo di studio più alto). In generale la prossimità è mediamente alta; nei contesti di vita, un giovane su due ha ricevuto la proposta di prendere in mano o acquistare droghe; non solo, colpisce il dato che oltre la metà dei nostri intervistati ha un amico che fa uso di droga e quindi la prossimità non è solo materiale ma anche socio-affettiva.

Questa tendenza è confermata dalla stessa ultima rilevazione IARD (Grassi, 2002) che testimonia la prossimità dentro ad un trend in forte crescita. Come giustamente enuncia l'autore questo incremento va interpretato non solo come un effettivo aumento di sostanze nella quotidianità giovanile ma anche come una maggior disponibilità degli intervistati ad ammettere l'esistenza del fenomeno (minor timore alla stigmatizzazione). In ogni caso le "droghe" oggi sono più visibili e "normali" rispetto al passato.

Il dato di Forlì-Cesena non solo aumenta i valori mediamente di 10 punti percentuali rispetto allo IARD ma, in alcuni casi, li raddoppia ("Vedere o prendere in mano qualche tipo di droga" e "Sentire il desiderio di provare una droga").

A Forlì e Cesena in particolare, ma nella costa romagnola in generale, la presenza di droga è molto diffusa al punto da essere ormai parte del quotidiano giovanile. Le droghe sono quindi presenti sia nei gruppi formali che informali; non sappiamo come venga acquistata, sappiamo della loro circolazione e quindi della facilità

di un eventuale reperimento. Le barriere formali dei luoghi tendono a frantumarsi, i confini sono sempre più labili.

Il dato della ricerca "Della salute dei giovani" rispetto al consumo fa emergere una dichiarazione di non uso e un uso limitato di sostanze stupefacenti, a testimonianza di una scelta di non utilizzo, seppur le stesse siano presenti nei vari luoghi di incontro.

Questo dato ci fa comprendere che anche coloro che sono assolutamente contrari all'assunzione di droga si trovano ad esperire una estrema vicinanza alle sostanze, un contatto diretto con coetanei assuntori e dunque una conoscenza nei loro quotidiani delle pratiche di consumo e delle piccole o grandi vicende legate al mondo degli stupefacenti (dove e come si acquistano, quanto costano, che effetti provocano, quando si utilizzano).

**Questo significa affermare l'aspetto culturale della questione, in poche parole le sostanze divengono oggetti culturali specifici del mondo giovanile. Andare oltre alla vicinanza o lontananza dalle stesse ma ribadire l'attribuzione di significati, i diversi stili nel consumarle [ ... ] e quindi la costruzione di universi simbolici chiaramente diversi dagli universi di senso della cultura degli adulti (Mori, 2004).**

Un dato ci sembra particolarmente degno di attenzione: la contiguità alle droghe è maggio-

re nei giovani che hanno una media o alta disponibilità di denaro. Se da un lato questo è naturale (più denaro, più possibilità di consumare, più possibilità di consumare "beni ricreativi") dall'altra maggior disponibilità di denaro favorisce esperienze che necessitano di un costo, fra queste l'uso di droghe. Inoltre seppur non conosciamo i significati profondi sottesi all'item relativo al desiderio di provare una droga, fa riflettere questa connessione crescente denaro-prossimità-desiderio che emerge da questa ricerca (Ugolini, Scozzoli, 2006)

### 3 IL DATO DI ACCESSO AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN REGIONE EMILIA ROMAGNA E AREA VASTA ROMAGNA

La domanda di trattamento, o meglio le informazioni sull'utenza che si rivolge ai SerT spontaneamente, rappresenta un indicatore indiretto circa l'andamento generale che caratterizza il consumo problematico di stupefacenti e il ricorso ai servizi pubblici delle AUSL. Vi è una crescita consistente delle persone che si rivolgono ai SerT dell'Area Vasta Romagna, così come avviene nei SerT della Regione Emilia-Romagna, italiani e europei. In particolare l'accesso dei **nuovi utenti** - coloro che non hanno mai fruito dei Servizi per le dipendenze nel territorio dell'AUSL - rappresenta una fonte informativa fondamentale, in quanto descrive un quadro indiretto delle nuove problematiche legate ai nuovi consumi sul territorio. In particolare il rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti totali e popolazione di età 15-64 anni (\*10.000, popolazione target per le tossicodi-

pendenze come parametro europeo), mostra dei valori in progressiva crescita nel consumo di droghe illegali, mentre vi è un leggero calo rispetto al tasso di incidenza degli alcolisti. Per approfondimenti sulla realtà dell'AUSL di Cesena si rimanda al Cap. 3 "Accesso ai servizi".

#### 3.1 Cittadini-utenti Ser.T. per droghe illegali in AV Romagna

Se analizziamo l'impatto dei nuovi utenti e l'impatto complessivo degli accessi ai SerT di AV Romagna possiamo desumere alcune considerazioni.

Rispetto ai **nuovi utenti**:

- l'afflusso nel triennio 2006-'08 si è mantenuto sostanzialmente costante, con un leggero aumento sia in Regione ER che in AV Romagna
- l'aumento della nuova utenza ha coinvolto, seppur in proporzioni diverse, tutte le ausl della regione ER, ad eccezione di RN e Parma. Seppur quanto detto sopra, il tasso di incidenza di RN resta più alto rispetto ai SerT di AV Romagna (si tende a confermare che la costa, e RN in particolare, tendono ad anticipare i nuovi fenomeni).

Rispetto all' **utenza complessiva** in carico:

- da rilevare l'aumento nei SerT di RN, Cesena e RA;
- parallelamente però il tasso di prevalenza (ricalcolato sulla popolazione 15-64 anni per adeguarci ai parametri dell'Osservatorio Europeo) aumenta solo nel SerT di Cesena.

Tab. 2 Incidenza e prevalenza sulla popolazione tossicodipendente per AUSL di AV Romagna e Regione ER. Arco temporale 2005-'08

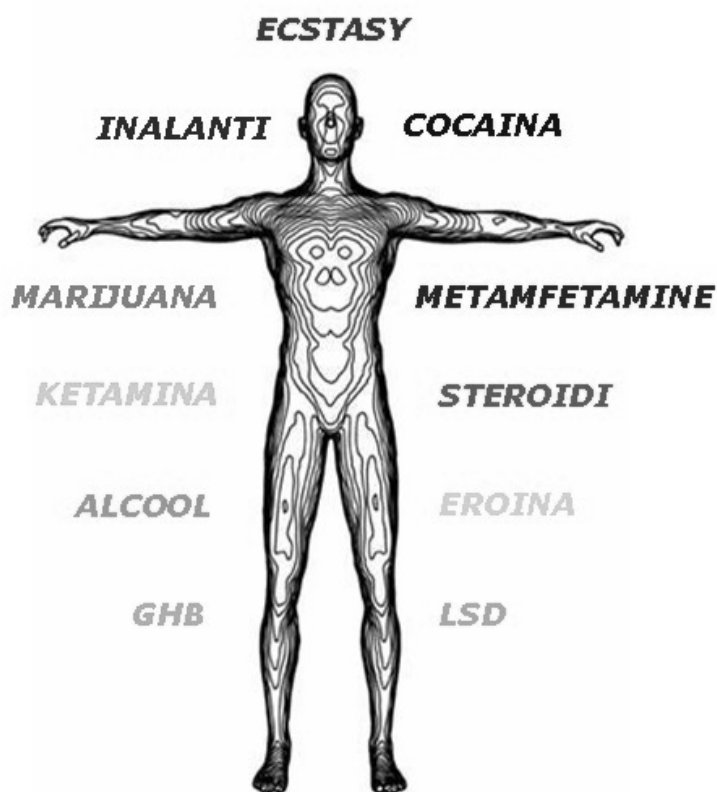
Azienda USL	Totale utenza in carico presso le Aziende USL				Utenza nuova in carico presso le Aziende USL				Tasso di prevalenza (rapporto tra utenti td totali e popolazione 15-64 anni *10.000)				Tasso di incidenza (rapporto tra nuovi utenti td totali e popolazione 15-64 anni *10.000)			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Ravenna	1.068	1.075	1.121	1.143	181	135	123	167	45,6	45,6	47,1	46,5	7,7	5,7	5,2	6,8
Forlì	521	493	503	442	128	91	53	60	45,5	42,9	43,5	37,5	11,2	7,9	4,6	5,1
Cesena	455	502	512	546	91	88	85	107	35,3	38,8	39,4	41,0	7,1	6,8	6,5	8,0
Rimini	938	988	1002	1015	280	267	228	210	49,1	51,5	51,6	50,8	14,7	13,9	11,7	10,5
Area Vasta	2.982	3.058	3.138	3.146	680	581	489	544	44,6	45,5	46,3	45,2	10,2	8,6	7,2	7,8
Regione ER	12.210	12.559	12.512	12.846	2.730	2.510	2.312	2.460	45,1	46,3	45,9	45,9	10,1	9,2	8,5	8,8

Fonte: Osservatorio Dipendenze Regione Emilia Romagna, 2008

Rispetto alle sostanze d'abuso negli accessi ai SerT regionali possiamo evidenziare (tab. 3):

- un riallineamento degli accessi per eroina confermando così il trend di ripresa iniziato nel 2004.
- La cocaina è la seconda sostanza d'abuso come domanda espressa negli accessi ai SerT.
- Si riduce la percentuale di presa in carico per cannabinoidi, (sostanza più consumata tra la popolazione generale, ricerca IPSAD, 2007-2008), spesso è associata, come uso secondario, alle altre sostanze d'abuso.
- La poliassunzione (sempre presente l'alcol) e l'ampia sperimentazione delle sostanze si conferma anche e soprattutto in AV Romagna.

Un'attenzione particolare merita la cocaina, sia perché rileviamo un incremento del consumo sulla popolazione generale (vedi Osservatorio europeo di Lisbona, vedi ricerca IPSAD-CNR Pisa), sia perché è quella che ha avuto la maggior crescita assoluta e relativa tra la popolazione dei servizi per le dipendenze, perché è quella che ha meno evidenze per quanto riguarda il trattamento. In tal senso la Regione Emilia Romagna e i SerT regionali hanno posto una particolare attenzione a questa tipologia di fenomeni, anche dal punto di vista culturale (Del. G.R. n.1533/2006). Il commento dei dati di coloro che accedono ai SerT regionali, se si considerano anche le persone che ne hanno fatto un uso come sostanza secondaria, mostra: nel 1991 erano 417, nel 2008 sono 1862 (+42 per crak).



Tab. 3 Numero utenti tossicodipendenti dei Ser.T. della Regione ER distinti per sostanza primaria d'abuso – Aggregazione. Arco temporale 2005-'08

Sostanza primaria aggregata	Valori assoluti				Valori %			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Eroina	8.556	8.998	9.265	9.473	70,3	72,1	74,4	74,1
Cocaina e crack	1.830	1.988	1.887	1.862 (+42 crak)	15,0	15,9	15,1	14,6
Cannabis	1.289	1.153	988	1064	10,6	9,2	7,9	8,3
Benzodiazepine	71	58	58	61	0,6	0,5	0,5	0,5

Fonte: Osservatorio Dipendenze Regione Emilia Romagna, 2008

### 3.2 Cittadini-utenti Ser.T. per alcol in AV Romagna

L'utenza alcolodipendente in Area Vasta Romagna è costantemente cresciuta nel corso degli anni passando da 964 utenti in carico nel 2004 a 1333 nel 2008. Questo aumento si è verificato per 3 Ausl del territorio (ad eccezione di FO che presenta un leggero calo).

La prevalenza aumenta passando dal 14,5 % del 2004 al 19,1 nel 2008 anche se con alcune differenze tra un Ser.T. e l'altro: Forlì e Cesena si mantengono al di sotto sia del valore regionale che di quello di Area Vasta mentre Ravenna è al di sopra di tali valori (23,7%).

In riferimento ai nuovi utenti si registra un aumento passando da 294 utenti del 2006 a 329 del 2008. L'aumento è significativo per le AUSL di Ravenna e Rimini.

L'incidenza diminuisce dal 4,5 % del 2004 al 4,7 % del 2008 con differenze tra i vari Ser.T. che variano dal 1,7 % registrato a Forlì, al 6,7% di Rimini.

Sia per i tassi di prevalenza che di incidenza l'Area Vasta conferma il trend regionale.

Il vino è l'alcolico più utilizzato e il suo consumo ha registrato un costante aumento nel quadriennio in analisi, passando, in ER, dal 49,8% del 2004 al 63,8% del 2007; segue il consumo di birra (18,9%) e quello di superalcolici (12,7%).

Anche l'Area Vasta segue il trend della Regione che vede tra gli utenti del Ser.T. il vino come l'alcolico principe.

Tab. 4 Incidenza e prevalenza sulla popolazione alcolodipendente per AUSL di AV Romagna e Regione ER. Arco temporale 2005-'08

Azienda USL	Totale utenza in carico presso le Aziende USL				Utenza nuova in carico presso le Aziende USL				Tasso di prevalenza (rapporto tra utenti alcolodipendenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000)				Tasso di incidenza (rapporto tra nuovi utenti alcolodipendenti e popolazione 15-64 anni *10.000)			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Ravenna	452	532	563	583	78	97	92	120	19,3	22,6	23,7	23,7	3,3	4,1	3,9	4,9
Forlì	131	173	177	171	38	53	28	20	11,4	15	15,3	14,5	3,3	4,6	2,4	1,7
Cesena	157	178	183	192	49	50	57	56	12,2	13,7	14,1	14,4	3,8	3,9	4,4	4,2
Rimini	324	293	335	387	137	94	103	133	17	15,3	17,2	19,4	7,2	4,9	5,3	6,7
Area Vasta	1.064	1.176	1.258	1333	302	294	280	329	15,9	17,5	18,6	19,1	4,5	4,4	4,1	4,7
Regione	5.108	5.174	5.499	5.427	1.269	1.149	1.124	1.169	18,9	19,1	20,2	19,4	4,7	4,2	4,1	4,2

Fonte: Osservatorio Dipendenze Regione Emilia Romagna, 2008

Tab. 5 Numero utenti alcolodipendenti dei Ser.T. della Regione ER distinti per sostanza alcolica d'abuso. Arco temporale 2004-'07

Tipo di alcolico	Valori assoluti				Valori %			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Superalcolici	593	663	682	700	12,7	13,0	13,2	12,7
Aperitivi, amari, digestivi	166	176	184	189	3,5	3,4	3,6	3,4
Vino	2335	2.967	3.170	3.508	49,8	58,1	61,3	63,8
Birra	658	914	930	1039	14,0	17,9	18,0	18,9
Altro	934	388	100	24	19,9	7,6	1,9	0,4
Non rilevato			108	39			2,1	0,7
<b>Totale</b>	<b>4.686</b>	<b>5.108</b>	<b>5.174</b>	<b>5.499</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Osservatorio Dipendenze Regione Emilia Romagna, 2007

**Tab. 6 Utenti alcolisti suddivisi per alcolico prevalente d'uso di AV Romagna e Regione ER. -Anno 2007**

AUSL	Superalcolici		Aperitivi		Vini		Birra		Altro		Non rilevato		Totale	
	v.a.	val. %	v.a.	val. %	v.a.	val. %	v.a.	val. %	v.a.	val. %	v.a.	val. %	v.a.	val. %
Ravenna	64	11,4	16	2,8	365	64,8	111	19,7	7	1,2	0	0,0	563	100,0
Forlì	21	11,9	4	2,3	108	61,0	44	24,9	0	0,0	0	0,0	177	100,0
Cesena	26	14,2	4	2,2	112	61,2	38	20,8	1	0,5	2	1,1	183	100,0
Rimini	37	11,0	6	1,8	209	62,4	73	21,8	10	3,0	0	0,0	335	100,0
AV Romagna	148	11,8	30	2,4	794	63,1	266	21,1	18	1,4	2	0,2	1258	100,0
Regione	700	12,7	189	3,4	3508	63,8	1039	18,9	24	0,4	39	0,7	5499	100,0

Fonte: Osservatorio Dipendenze Regione Emilia Romagna, 2007

### Osservazioni conclusive

L'Area Vasta Romagna rappresenta un territorio con molte omogeneità culturali; altrettanto omogenee, sembrano apparire i fenomeni connessi con l'uso di sostanze psicotrope, droghe e alcol. Questo territorio simbolicamente rappresentato come luogo del loisir, della trasgressione, di fatto si allinea all'interno delle

tendenze regionali e nazionali. Si apre, perciò, il bisogno di fare cultura, di fare promozione della salute, di favorire processi di "resilienza", non solo nel mondo adolescenziale e giovanile, ma nel mondo adulto spesso debole o incapace nel porre "contenimenti" e nel dare esempi di coerenza con quanto richiesto col proprio stile di vita.

.....  
.....

Capitolo

# 3 Prodotti/Servizi clinici Ser.T.



.....

.....

.....

.....

.....

## Accesso ai servizi

### UTENZA TOSSICODIPENDENTE

Nel corso del 2008 si sono rivolti al Ser.T. **1.004 tossicodipendenti**, un numero in continua crescita a partire dal 2003.

- **546 soggetti "in carico"**, che hanno aderito ad un progetto terapeutico strutturato che prevede un accordo tra terapeuta e utente, con una chiara definizione degli obiettivi e dei trattamenti attivati (di cui 107 nuovi utenti). Nell'analisi ci soffermeremo in particolare su questi pazienti in trattamento.

- **196 provvisori nuovi**, soggetti che hanno avuto il primo contatto con il Servizio durante l'anno, ma che non hanno aderito ad un progetto terapeutico strutturato o che sono ancora in fase di "osservazione e diagnosi".

- **125 soggetti già conosciuti** che hanno avuto contatti con il Servizio nel corso dell'anno, ma senza aderire ad un progetto terapeutico.

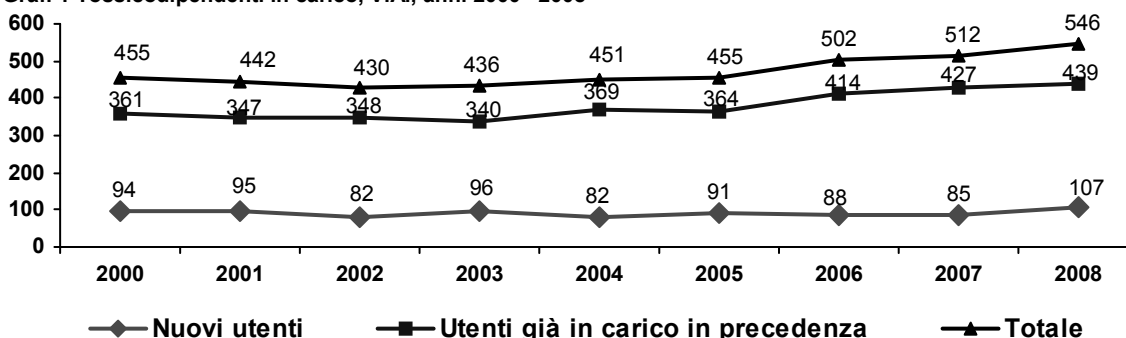
- **137 appoggiati\***, vale a dire soggetti in trattamento presso un altro Ser.T., ai quali viene garantita la continuità terapeutica (es. metadone o

buprenorfina) durante la permanenza nel territorio cesenate. Sono perlopiù persone che transitano sul territorio dell'azienda USL di Cesena per motivi di lavoro o di studio.

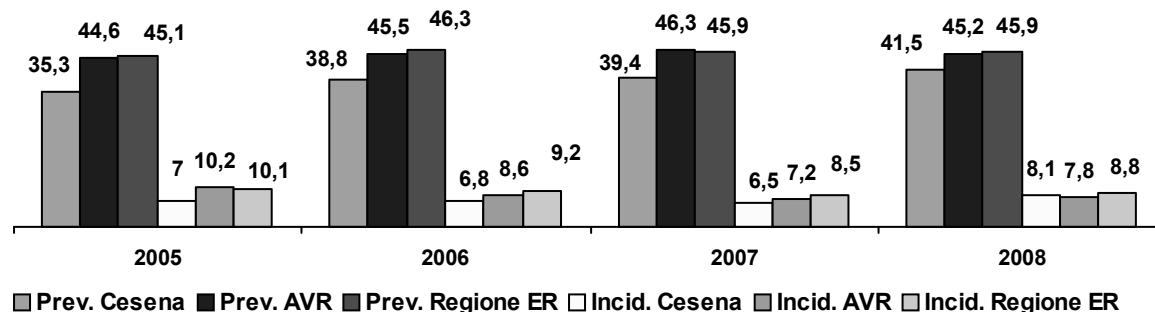
L'Osservatorio europeo sulle dipendenze L'Osservatorio Europeo sulle Dipendenze (OEDT) definisce la "domanda di trattamento" come uno dei cinque indicatori chiave per l'analisi dell'uso di sostanze legali e illegali\*.

A partire dal 2003 cresce il numero totale di utenti tossicodipendenti in carico (domanda di trattamento) e aumenta, in proporzione, la quota di soggetti che rientrano in cura (recidive) o che sono in carico dall'anno precedente (ritenzione in trattamento). Nell'ultimo anno, invece, si registra una ripresa dei nuovi ingressi (19,6%), cioè di coloro che hanno richiesto per la prima volta un trattamento presso il SerT di Cesena. Il dato risulta inferiore alla media nazionale (21,2%)\*, ma superiore a quello regionale (19,1%) e a quello di Area Vasta Romagna (17,3%).

Graf. 1 Tossicodipendenti in carico, V.A., anni 2000 -2008



Graf. 2 Tassi di prevalenza e incidenza tossicodipendenti in carico ‰, Cesena - AVR -Regione ER, anni 2005 -2008



\*Rispetto all'anno precedente la riduzione del numero dei soggetti appoggiati è apparente, da 284 a 137 soggetti, in quanto per la loro registrazione si è adottata una nuova procedura che consente di registrare con tempestività la chiusura del periodo di appoggio, e quindi di avere un dato più "pulito".

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

\*Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2008.

Nell'ultimo anno, sia il tasso di prevalenza che quello di incidenza aumentano.

Il tasso di prevalenza (il numero di utenti su 10.000 residenti di età compresa fra i 15 e i 64 anni), pur rimanendo al di sotto dei valori regionali e di Area Vasta, conferma il trend di crescita dell'utenza tossicodipendente.

Il tasso di incidenza (numero di "nuovi" casi nell'anno su 10.000 abitanti) registra un incremento significativo, risultando lievemente superiore a quello di Area Vasta, ma inferiore a quello regionale.

Il primo accesso al SerT avviene autonomamente (48,7 %) oppure su invio delle forze dell'ordine, in seguito a segnalazione della Prefettura\* per effetto dell'art. 121 (15,8%) o art.75 (4%), o su invio del medico di base (4,6%). Significativi dal punto di vista quantitativo, ma soprattutto qualitativo, gli invii da parte di diversi interlocutori, come altri Servizi dell'AUSL (nel complesso 10%), Enti Ausiliari e volontariato sociale (4,2 %), che evidenziano il lavoro di rete del Sistema dei servizi pubblici e privati per le dipendenze.

Si conferma la differenziazione di genere che caratterizza il fenomeno della tossicodipendenza (femmine 17,8%, maschi 82,2%), che risulta più accentuata fra i nuovi (rispettivamente 14% e 86%). I dati sono in linea con quelli regionali, che descrivono un rapporto di 4,9 maschi per ogni femmina.

Sebbene, numerosi studi sottolineino quanto la diffusione di droghe e alcol sia rilevante nella popolazione straniera, tanto da rappresentare una parte significativa del sommerso, nel SerT di Cesena gli stranieri rappresentano solo il 5% dei tossicodipendenti in carico, una quota che, seppure inferiore alla media regionale 7,8% e a quella nazionale 7%, risulta in crescita.

In relazione all'età, si evidenzia, così come in ambito regionale e nazionale, un lieve ma costante innalzamento dell'età media generale (33,5 anni), che conferma il progressivo invecchiamento dell'utenza in carico, soprattutto dei soggetti "conosciuti" (34,8 anni), riconducibile al protrarsi dei percorsi di cura, in particolare delle terapie con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina) e alle recidive. Di rilievo l'abbassamento dell'età media dei "nuovi" (da 29,7 a 27,7 anni), in controtendenza rispetto al dato regionale (30,7 anni), e il considerevole aumento dei giovani dai 15 ai 19 anni, che passano dal 14,1% al

Tab. 1 Tossicodipendenti in carico, per comune di residenza anno 2008

COMUNE DI RESIDENZA	V.A.	%	Popolaz. 15/64	Prev. Stimata ‰ <sub>000</sub>
Cesena	264	48,4	61.403	43,0
Bagno di Romagna	13	2,4	3.991	32,6
Mercato Saraceno	12	2,2	4.515	26,6
Montiano	1	0,2	1.073	9,3
Sarsina	9	1,6	2.322	38,8
Verghereto	1	0,2	1.215	8,2
<b>Distretto Cesena Valle Savio</b>	<b>300</b>	<b>55</b>	<b>74.519</b>	<b>40,3</b>
Borghi	5	0,9	1.629	30,7
Cesenatico	60	11,0	16.197	37,0
Gambettola	32	5,9	6.808	47,0
Gatteo	24	4,4	5.593	42,9
Longiano	10	1,8	4.394	22,8
Roncofreddo	9	1,6	2.210	40,7
S. Mauro Pascoli	25	4,6	7.117	35,1
Savignano	34	6,2	11.136	30,5
Sogliano	10	1,8	2.000	50,0
<b>Distretto Costa Rubicone</b>	<b>209</b>	<b>38,2</b>	<b>57.084</b>	<b>36,6</b>
Fuori AUSL	37	6,7		
<b>TOTALE Generale</b>	<b>546</b>	<b>100</b>	<b>131.603</b>	<b>41,5</b>

24,3% dei nuovi utenti. Una quota nettamente

superiore al dato regionale (8,4%). Il 46% dei nuovi tossicodipendenti in trattamento presso il SerT di Cesena ha meno di 25 anni.

Seppure, in generale, la distribuzione degli utenti sul territorio rispecchi quella della popolazione nei diversi Comuni, rapportando il numero di utenti alla popolazione target (15-64 anni) del Comune di residenza (prevalenza stimata) si nota un maggiore afflusso dal distretto Cesena Valle Savio, in particolare dal comune di Cesena. Nell'altro Distretto spiccano gli accessi che provengono da alcuni Comuni, quali: Gambettola, Gatteo (caratterizzati da una maggior presenza di popolazione giovanile), Sogliano al R. e Roncofreddo.

### Diagnosi prevalente

Il 93,6% delle diagnosi primarie rientra nell'ambito delle "Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive" F10-F19. Da notare la presenza del 5,4% di utenti con "Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto" F60- F69 e l'1,4% con diagnosi primaria che rientra nelle "sindromi affettive". Considerando anche le diagnosi secondarie (presenti in 90 soggetti) il quadro non si diversifica ulteriormente.

\*Artt. 75 e 121 D.P.R. 309/90.

### Sostanze d'abuso

L'analisi della sostanza primaria (quella che ha determinato prioritariamente l'accesso al Servizio) consente il raffronto con il contesto nazionale ed europeo. Tuttavia, il diffondersi di un consumo concomitante, spesso problematico, di più sostanze rende interessante anche considerare congiuntamente l'uso primario e secondario.

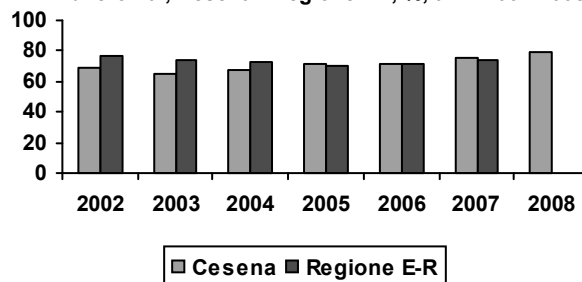
In relazione alle sostanze emerge che:

Quelle maggiormente utilizzate dai soggetti in trattamento sono l'eroina, la cocaina e la cannabis.

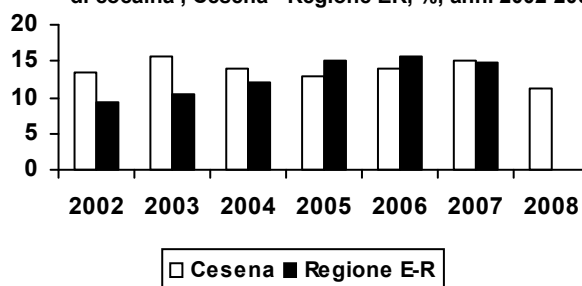
La dipendenza da eroina continua a rappresentare la principale causa che motiva la domanda di trattamento presso il SerT (79,3%), nell'ultimo anno si riconferma il trend di ripresa iniziato nel 2004 (dal 68,1% al 79,3%), sia in termini assoluti che percentuali. Il dato risulta superiore a quello regionale e nazionale (74%) e, se si considera anche l'uso secondario, riguarda l'80% dei soggetti. L'uso di eroina come sostanza primaria è fortemente associato a quello di cocaina, cannabinoidi e alcol. La nuova recrudescenza del consumo di eroina trova conferma nei sequestri operati dalle Forze dell'Ordine, che descrivono i sintesi l'andamento del mercato delle sostanze, e nella significativa presenza della dipendenza da eroina, prevalentemente fumata, fra gli utenti più giovani.

La seconda sostanza d'abuso primario è la cocaina, il cui incremento sembra registrare nell'ultimo anno una battuta di arresto, passando dal 15% all'11,2%, inferiore alla media regionale (14,9%). Questa diminuzione è più apparente che reale in quanto ampiamente compensata dall'aumento della cocaina come sostanza secondaria. Infatti, il dato che considera congiuntamente l'uso primario e secondario (35%) evidenzia il trend di crescita del consumo di cocaina, risultando in linea con il quadro regionale. Secondo l'Osservatorio Europeo "la cocaina è la sostanza stimolante più diffusa in molti paesi dell'Europa meridionale e occidentale e il suo consumo è in continua crescita"\* ed è spesso associata all'uso di altre sostanze (in particolare, alcol e cannabis) per potenziare gli effetti eccitanti o ridurre gli effetti depressivi della primaria (es. speedball). In questo contesto, occorre riflettere sulle strategie da adottare per intercettare la quota crescente di consumatori, sulla organizzazione del Sistema di Cura e sulla

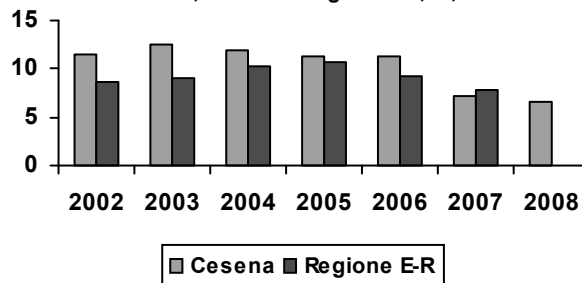
Graf. 3 Tossicodipendenti in carico, con abuso primario di eroina, Cesena - Regione ER, %, anni 2002-2008



Graf. 4 Tossicodipendenti in carico, con abuso primario di cocaina, Cesena - Regione ER, %, anni 2002-2008



Graf. 5 Tossicodipendenti in carico, con abuso primario di cannabis, Cesena - Regione ER, %, anni 2002-2008



reale efficacia dei trattamenti disponibili.

La percentuale di cannabis, che è stata per anni la seconda sostanza prevalente fra i tossicodipendenti del SerT, si riduce ulteriormente sia come sostanza primaria (7,2%) che secondaria. Sebbene risulti la sostanza più consumata tra la popolazione generale (IPSAD, 2007\*) il suo consumo è spesso associato all'uso di altre sostanze e l'accesso ai Servizi avviene solo nei casi più problematici o su invio della Prefettura (artt. 75 e 121 D.P.R. 309/90).

L'alcol è la sostanza d'abuso secondaria che si consuma sempre più spesso contestualmente ad altre sostanze o in alternativa. In particolare, è la sostanza maggiormente associata ad un uso primario di cannabinoidi e cocaina.

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

\*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs, 2007. Indagine campionaria nazionale relativa alla popolazione tra i 15 e i 64 anni, realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.



In relazione alle modalità di assunzione della sostanza primaria si sta delineando una modificazione del profilo di consumo, infatti emergono alcune differenze fra gli utenti "nuovi" e quelli "conosciuti".

Quasi sempre i soggetti conosciuti usano eroina in vena (71,8%), mentre fra i nuovi si sta affermando una tendenza prevalente ad utilizzare eroina per via non iniettiva: il 59% la fuma, il 32,8% la assume per endovena e l'8,2% la sniffa.

Solo i tossicodipendenti conosciuti assumono cocaina per via endovenosa (2,7%), mentre fra i nuovi viene sniffata (83,3%) o fumata/vaporizzata (16,7%).

In generale, se negli anni passati l'utenza dei SerT era costituita prevalentemente dai consumatori di eroina, attualmente il quadro è più complesso. E' sempre caratterizzato dal consumo di eroina, che conosce una nuova diffusione, ma anche da nuove modalità di consumo, da un'ampia e precoce "sperimentazione" e da una forte propensione al policonsumo.

### Nuovi utenti

L'analisi dei nuovi utenti risulta particolarmente interessante per delineare le caratteristiche dei nuovi consumatori, degli stili di assunzione e dell'evolversi del mercato delle sostanze.

Alcuni elementi:

Nel 2008, la quota di femmine si è ridotta ulteriormente, passando dal 15,3% al 14%.

Sebbene la maggioranza acceda spontaneamente (40,2%), fra i nuovi si registrano percentuali più elevate di invii da parte della Prefettura

(art.121 e art.75), da parte del Carcere, degli Enti Ausiliari e su richiesta dei familiari.

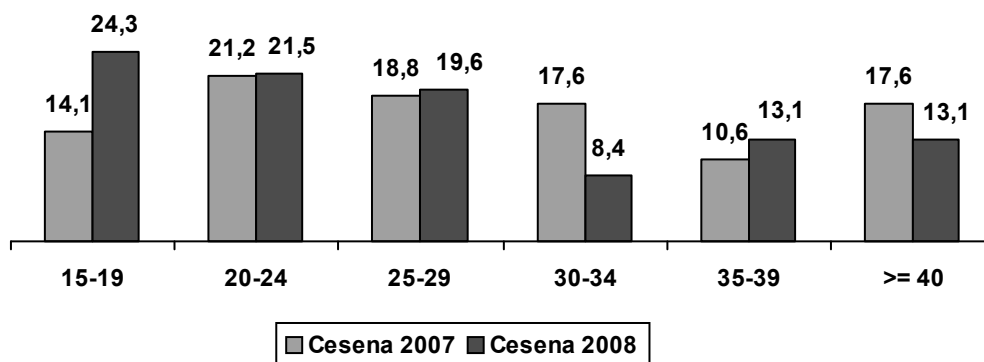
La diminuzione dell'età media (da 29,7 a 27,7 anni) trova riscontro nel forte aumento della percentuale di giovanissimi dai 15 ai 19 anni (24,3%) e più in generale dei soggetti con meno di 30 anni. La presenza di soggetti adolescenti impone una riflessione e un'attenzione particolare nel disporre di ambienti di cura differenziati, di trattamenti di cura specifici e adatti alle loro problematiche, diverse da quelle di soggetti adulti e con una più lunga storia di dipendenza.

In relazione alla residenza, fra nuovi è più alta la quota di chi risiede al di fuori del territorio dell'AUSL di Cesena e nei Comuni del distretto Costa-Rubicone, in particolare Gatteo e Savignano sul Rubicone; l'apertura di sedi distaccate del Centro di Ascolto ne ha favorito l'accesso.

Per quanto riguarda le sostanze, si delinea un quadro più vicino alle nuove forme di consumo/abuso emerse nell'indagine sulla popolazione generale (IPSAD, 2008).

La distribuzione dei nuovi utenti in base alla sostanza primaria d'abuso è più diversificata rispetto ai soggetti conosciuti: l'eroina è la sostanza prevalente (nuovi 57%, conosciuti 8-4,9%), ma fra i nuovi le altre sostanze hanno un ruolo più rilevante. Va notato, però, che l'eroina sta interessando una crescente quota di giovani consumatori, infatti fra i giovani dai 20 ai 24 anni la percentuale sale al 78,3%.

Graf. 6 Nuovi Tossicodipendenti in carico per classi di età, %, anni 2007-2008



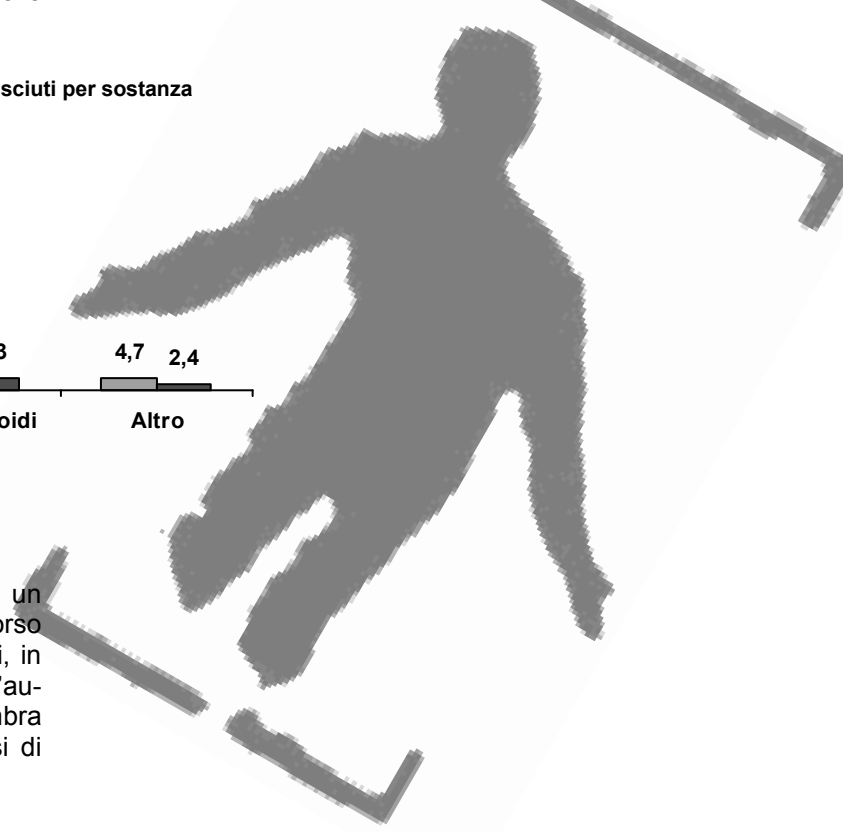
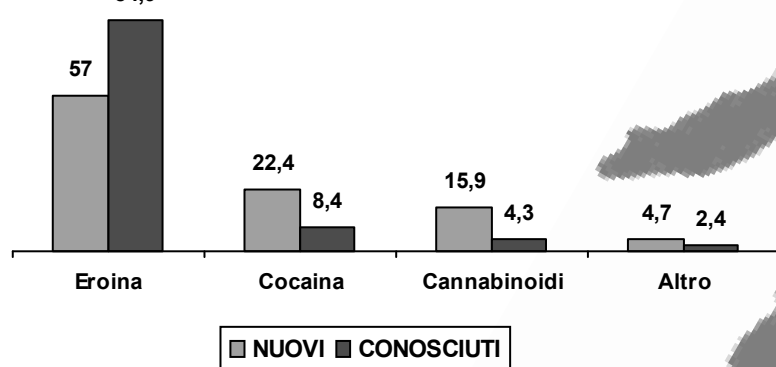
Fra i nuovi emerge un progressivo aumento dell'eroina fumata, una pratica più funzionale e meno invasiva dell'uso iniettivo.

Dopo l'eroina, la cocaina è la sostanza più usata e riguarda il 22,4% dei nuovi utenti, percentuale che nella fascia d'età 35-39 anni raggiunge il 50%.

La marcata tendenza alla sperimentazione dei giovanissimi e il diffuso consumo di cannabis ed alcol, che molto spesso viene associato a quello di cocaina ed eroina, si esprime con un abuso che non è mai limitato ad una sola sostanza e con una forte tendenza al policonsumo.



**Graf. 7 Tossicodipendenti in carico novi e già conosciuti per sostanza primaria d'abuso, %, anno 2008**



**Esito e dimissioni al 31/12/2008**

Nel corso dell'ultimo anno si è registrato un aumento dei programmi ancora in corso (84,6%) e una diminuzione delle dimissioni, in termini di esito positivo e di interruzioni. L'aumento della ritenzione in trattamento sembra essere in linea con il protrarsi dei percorsi di cura che si è evidenziato sopra.

**Tab. 2 Tossicodipendenti in carico, per esito programma**

Esito programma	2007		2008	
	V.A.	%	V.A.	%
Completato	38	7,4	19	3,5
Interrotto abbandono	45	8,8	33	6,0
Interrotto chiusura d'ufficio	0	0	4	0,7
Terminato deceduto	2	0,4	3	0,5
Terminato dimissione concordata	18	3,5	14	2,6
Terminato passaggio ad altra struttura	15	2,9	10	1,8
Terminato arresto	0	0	1	0,2
In corso	392	76,6	462	84,6
<b>Totale</b>	<b>512</b>	<b>100</b>	<b>546</b>	<b>100</b>



## UTENZA ALCOLISTA

Durante l'anno 2008 si sono rivolti al Ser.T. **251 ALCOLISTI** (226 nel 2007):

- **192 presi in carico**, inseriti in un percorso terapeutico strutturato (di cui 56 nuovi).

- **27 provvisori nuovi**, soggetti che hanno avuto il primo contatto con il servizio durante l'anno, ma

che non hanno aderito ad un percorso terapeutico strutturato.

- **32 soggetti già conosciuti**, che hanno avuto contatti con il Servizio nel corso dell'anno, ma senza aderire ad un progetto terapeutico.

In linea con l'andamento regionale, nel 2008 si conferma il trend ascendente avviato nel 2001, anno caratterizzato dall'introduzione di cambiamenti organizzativi all'interno dell'area alcol del SerT, fra i quali la creazione di una "equipe alcolica" e l'avvio di diversi progetti di prevenzione, svolti in collaborazione con gli altri interlocutori del pubblico e del privato sociale. Va sottolineata la stabilizzazione del numero di nuovi utenti e di quelli riammessi e l'aumento dei soggetti in trattamento dall'anno precedente.

L'andamento nel tempo dei tassi di prevalenza e di incidenza conferma quanto detto sopra.

Il tasso di prevalenza (il numero di pazienti alcolisti su 10.000 abitanti residenti, di età compresa fra i 15 e i 64 anni), rimane sensibilmente al di sotto della media regionale e di Area Vasta, ma registra nel tempo un andamento crescente.

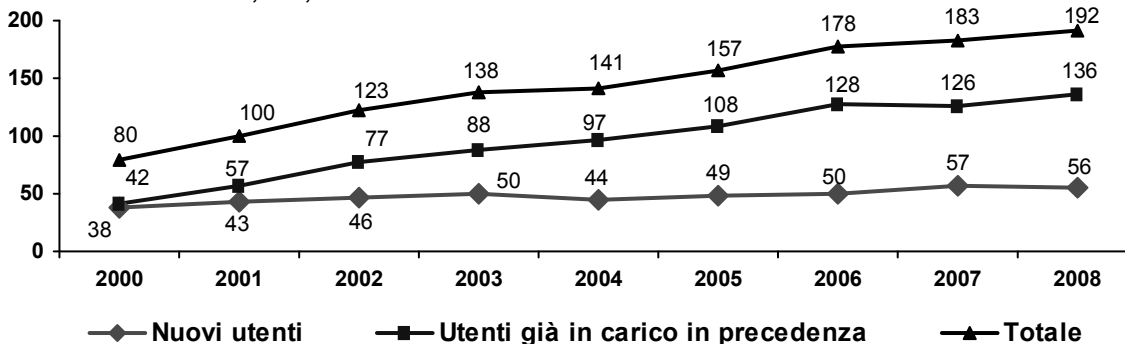
Il tasso di incidenza (numero di "nuovi" pazienti nell'anno su 10.000 abitanti) si stabilizza nell'ultimo anno, risultando lievemente inferiore a quello di Area Vasta e in linea con quello dell'intera Regione.

Gli alcolisti in carico sono prevalentemente maschi (67,2%), ma la quota di femmine (1/3 dell'utenza alcolista) è più alta rispetto a quella dei tossicodipendenti. Il dato regionale risulta più basso (27%).

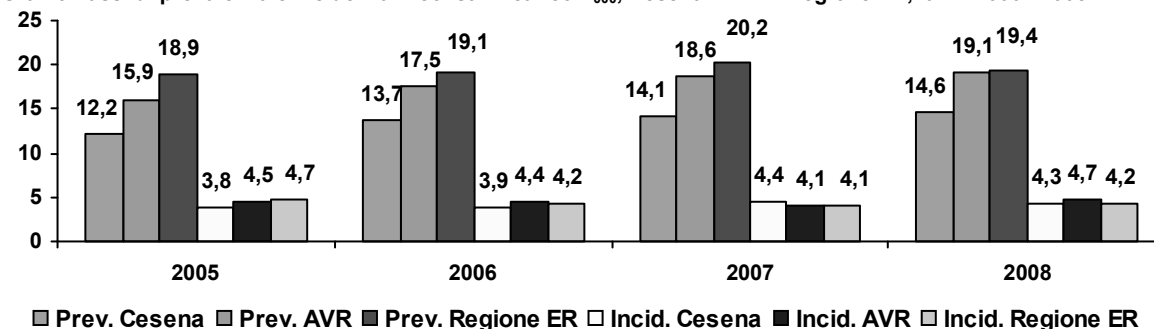
Il Servizio è interessato da una quota crescente di soggetti stranieri (in maggioranza provenienti da paesi UE), che nel 2008 rappresentano il 12% dell'utenza alcolista, dato superiore alla media regionale (8,2%).

Considerando il canale di invio, si evidenzia nel tempo un ruolo sempre più attivo da parte di

Graf. 8 Alcolisti in carico, V.A., anni 1998 –2007



Graf. 9 Tassi di prevalenza e incidenza Alcolisti in carico ‰, Cesena - AVT—Regione ER, anni 2000 –2008



altri soggetti pubblici della rete dei Servizi di prevenzione e di cura, in particolare del medico curante (17,2%), dell'Ospedale e di altri Servizi dell'AUSL (come il C.S.M., la N.P.I., ecc.). Minoritari, ma non irrilevanti, gli invii da parte dei familiari (2,6%), delle associazioni di volontariato (2,1%) e dei Servizi Sociali del Comune (2,1%).

In merito all'età, alcune considerazioni:

in genere, gli utenti alcolisti si presentano al Servizio in un'età più elevata rispetto ai tossicodipendenti;

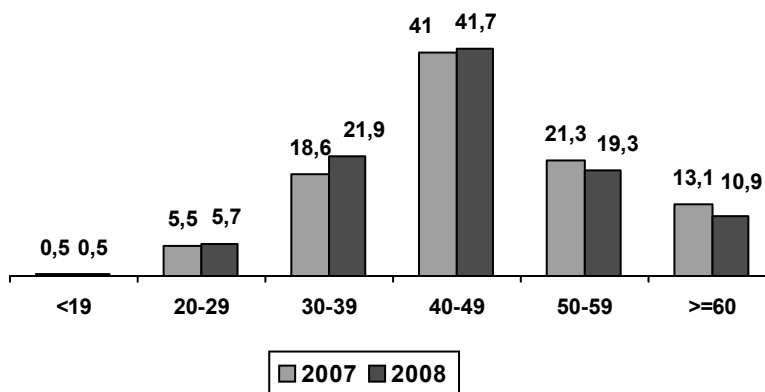
la maggior parte degli alcolisti ha un'età compresa fra i 40 e i 49 anni (41,7%); la lieve diminuzione dell'età media (da 46,0 nel 2007 a 45,5 anni nel 2008) è il risultato dell'aumento della quota di alcolisti dai 30 ai 39 anni (dal 18,6 al 21,9%) e della riduzione degli alcolisti con più di 50 anni.

Al contrario dei tossicodipendenti, e in contrasto con la distribuzione della popolazione generale nei due Distretti, la maggior parte degli alcolisti in carico proviene dal distretto Costa Rubicone (47,3%). Comuni come Borghi, Sogliano al R. e Longiano presentano tassi di prevalenza nettamente superiori a quelli del distretto Cesena Savio, fa eccezione Verghereto.

### Diagnosi prevalente

Le diagnosi (primarie) degli alcolisti in carico, seppure maggiormente differenziate rispetto a quelle dei tossicodipendenti, rientrano in prevalenza nella categoria della "Sindrome di dipendenza e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol F10-F10.9", complessivamente il 70,8%. Si tratta in particolare di diagnosi di "Sindrome di dipendenza da alcol" (38,5%), di "Stato di astinenza da alcol" (12,5%), di "Uso dannoso" (8,9%) e di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (7,3%). Le altre categorie più rilevanti sono diagnosi riconducibili a: disturbi di personalità (9,2%), sindromi affettive (7,1%), schizofrenia e sindromi deliranti (5,1%). La presenza di queste ultime diagnosi mostra come spesso la dipendenza da sostanze psicoattive

Graf. 10 Alcolisti in carico per classi di età, %, anni 2007-2008



Tab. 3 Alcolisti in carico, per comune di residenza

COMUNE DI RESIDENZA	V.A.	%	Popolaz. 15/64	Prev. Stimata 0/1000
Cesena	80	41,7	61.403	13,0
Bagno di Romagna	0	0,0	3.991	0,0
Mercato Saraceno	4	2,1	4.515	8,9
Montiano	0	0,0	1.073	0,0
Sarsina	2	1,0	2.322	8,6
Verghereto	2	1,0	1.215	16,5
<b>Distretto Cesena Valle Savio</b>	<b>88</b>	<b>45,8</b>	<b>74.519</b>	<b>11,8</b>
Borghi	7	3,6	1.629	43,0
Cesenatico	27	14,1	16.197	16,7
Gambettola	12	6,3	6.808	17,6
Gatteo	7	3,6	5.593	12,5
Longiano	10	5,2	4.394	22,8
Roncofreddo	1	0,5	2.210	4,5
S. Mauro Pascoli	11	5,7	7.117	15,5
Savignano	11	5,7	11.136	9,9
Sogliano	5	2,6	2.000	25,0
<b>Distretto Costa Rubicone</b>	<b>91</b>	<b>7,3</b>	<b>57.084</b>	<b>15,9</b>
Fuori AUSL	13	6,7		
<b>TOTALE Generale</b>	<b>192</b>	<b>99,8</b>	<b>131.603</b>	<b>14,6</b>

si inserisca in un quadro psicopatologico complesso e delicato.

### Tipo di bevande d'abuso

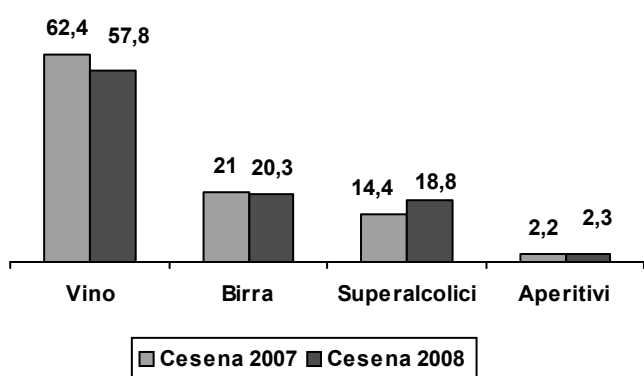
Il vino è la bevanda d'abuso prevalente (57,8%) e interessa trasversalmente le diverse classi di età. L'abuso di birra riguarda 1 alcolista su 5 (20,3%), in particolar coloro che hanno dai 30 ai 39 anni.

I superalcolici, in aumento nell'ultimo anno (18,8%), registrano la prevalenza più alta fra i

soggetti dai 20 ai 29 anni, percentuale che decresce progressivamente all'avanzare dell'età.

Gli ultrasessantenni registrano la maggiore propensione ad assumere vino e superalcolici. La bevanda primaria della dipendenza è correlata all'età, in quanto ha un legame con il contesto in cui si esprime la socialità.

Graf. 11 Alcolisti in carico bevanda primaria d'abuso, %, anni 2007 – 2008



### Esito e dimissioni al 31/12/2008

A fine anno, la maggior parte dei programmi terapeutici risulta ancora in corso (59,9%), anche se si registra un incremento delle dimissioni, sia in termini di esito positivo che negativo. Aumentano, infatti, i programmi completati e le dimissioni concordate, ma anche gli abbandoni.

Il consumo di alcol rappresenta un problema rilevante, che spesso comporta conseguenze significative sulla salute dei soggetti. Diventerà sempre più un obiettivo di salute pubblica, soprattutto in relazione all'emergere di alcune tendenze, quali: l'aumento dei consumatori in età precoce, il passaggio da una cultura "bagnata" del bere ad una "asciutta" caratterizzata dal binge drink, concentrata nel week end e finalizzata allo "sballo", e l'associazione di alcol ad un policonsumo sempre più diffuso.



Tab. 4 Alcolisti in carico, per esito programma

Esito programma	2006		2007	
	V.A.	%	V.A.	%
Completato	34	19,1	23	12,6
Interrotto abbandono	24	13,5	17	9,2
Terminato deceduto	1	0,6	2	1,1
Terminato dimissione concordata	6	3,4	7	3,8
Terminato passaggio ad altra struttura	3	1,7	1	0,5
In corso	110	61,8	133	72,7
<b>Totale</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

## Accoglienza e valutazione multidisciplinare/diagnosi

### ACCOGLIENZA

Nella cultura del Ser.T. la funzione di accoglienza ha sempre goduto di molta attenzione, in quanto il primo approccio con il servizio da parte di persone con problemi di dipendenza patologica o loro familiari appare un momento particolarmente delicato, per il quale è opportuno investire competenza professionale e risorse organizzative.

In questa logica si è provveduto ad attivare nel 2007 un'azione di miglioramento volta a superare l'organizzazione strutturata in giornate di accoglienza (tempestiva ma indifferenziata) e ad attivare una nuova modalità di accesso - per pazienti nuovi o riammessi - imperniata sull'invio all'èquipe da cui il paziente sarà preso in carico. Il nuovo modello vuole offrire un aggancio efficace e sollecito garantendo il colloquio di accoglienza con un operatore psico-sociale dell'èquipe di riferimento, non oltre 48 ore dalla richiesta

Dopo la positiva sperimentazione semestrale del 2007, la "nuova accoglienza" è entrata pienamente a regime nel 2008. Si è mantenuto il monitoraggio delle attività rilevando la tipologia degli accessi, i tempi di attesa intercorrenti fra le richieste e gli appuntamenti, le mancate presenze al primo colloquio, i reclami pervenuti nell'anno.

L'obiettivo della tempestività nel passaggio all'èquipe di riferimento, secondo i parametri "ambiziosi" adottati dal servizio, è stato raggiunto solo parzialmente. Infatti su 346 richieste di accesso pervenute nel 2008 (di cui il 20,5% presentate da familiari o conviventi), 264 persone (il 76,3%) hanno usufruito del primo appuntamento entro 48 ore dalla richiesta, 43 hanno richiesto specificamente un appuntamento in altra data per motivi personali, mentre in 39 casi (11,2%) è stata superata la soglia delle 48 ore in conseguenza di temporanee riduzioni del personale di alcune èquipes. Questi problemi organizzativi non hanno determinato significativi ritardi nella prestazione monitorata in quanto la maggior parte dei colloqui si è svolta nel terzo giorno successivo alla richiesta, tuttavia hanno impedito il mantenimento dell'ottima performance del 2007 (5,5% di rinvii oltre le 48 ore).

La conferma dell'efficacia del nuovo modello organizzativo ai fini dell'accoglimento dei pazienti, è venuta dall'osservazione di una netta

diminuzione degli "abbandoni". Si è rilevato, infatti, che solo 22 appuntamenti di accoglienza (il 6,3%) sono andati deserti e, di questi, tre si sono ripresentati con una nuova richiesta di colloquio mentre altri tre si sono rivolti direttamente al medico.

Se durante la sperimentazione del 2007 - persistendo ancora precedenti "abitudini" di accesso al Ser.T. con accoglienza immediata - il passaggio al nuovo modello aveva trovato qualche resistenza (il 12,1% dei colloqui richiesti è stato disertato) oggi l'organizzazione adottata appare perfettamente rispondente ai bisogni della nostra utenza.

Il nuovo modello di accoglienza, con un unico front office in accettazione e con gli strumenti di cui ci si è dotati, consente anche un'osservazione puntuale della risposta organizzativa. Si è così potuto rilevare, fra gli altri dati, l'andamento stagionale delle richieste, notoriamente soggetto a variazioni legate al mercato ma anche agli stili di vita dei pazienti. Le punte di massima richiesta si sono registrate nel primo semestre (particolarmente da gennaio ad aprile) con un'intensa ripresa dopo l'estate (da settembre ad ottobre). Questa osservazione, a prima vista marginale, ha comunque sollecitato riflessioni organizzative volte a prevenire difficoltà nel front office per il 2009.



\*Per approfondimenti vedi Sistema qualità DSM

Azione di miglioramento Ser.T. n°1 2007 "Miglioramento delle attività di accoglienza"



## VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DIAGNOSI

Scopo principale della Valutazione multidisciplinare/diagnosi è quello di conoscere il bisogno dell'utente e definire un progetto riabilitativo per fornire una risposta terapeutica adeguata ed articolata, sulla base delle problematiche specifiche dello stesso utente.

La procedura consente una lettura quanto più completa possibile (da più punti di vista: sanitario, psicologico e sociale) del bisogno espresso dagli utenti.

Per dare una risposta puntuale e per garantire la continuità terapeutica, il Ser.T. di Cesena si è organizzato in Equipe.

La riunione di Equipe è il luogo in cui gli operatori che hanno effettuato l'osservazione – diagnosi presentano il caso ai colleghi.

Lo scambio di informazioni e di valutazioni sull'utente favorisce la definizione di un progetto relativo ad un programma personalizzato, che si articolerà in una serie di trattamenti. Viene altresì identificato il referente del progetto terapeutico per l'utente (*Case Manager*).

L'Equipe svolge anche un'azione di monitoraggio del progetto terapeutico.

Nella riunione, l'Equipe valuta l'esito dei trattamenti sulla base della corrispondenza alle finalità degli stessi e sulla base del raggiungimento totale o parziale degli obiettivi.

Nell'anno 2008, dal sistema informativo in uso al Ser.T. emerge che il numero di soggetti nuovi o riammessi e provvisori sottoposti ad osservazione e diagnosi è di 352, di cui 196 (55,7%) nuovi, 101 (28,7%) riammessi e 55 (15,6%) provvisori; per un totale di 359 osservazioni-diagnosi (qualcuno ha avviato più di una osservazione-diagnosi). Dei 352 utenti arrivati nel 2008 possiamo distinguere la tipologia di utenti così: 212 (60,2%) tossicodipendenti, 101 (28,7%) alcolisti, 18 (5,1%) tabagisti, 11 (3,1%) giocatori d'azzardo e il restante 2,8% appartiene a tipologie minoritarie.

Delle 359 osservazioni-diagnosi avviate, 304 sono state portate a termine- completate, men-

tre 54 sono state interrotte e in un caso vi è stata una dimissione concordata.

Rispetto ai 352 soggetti totali, 65 (18,5%) non hanno intrapreso un programma terapeutico ( di questi 12 utenti avevano concluso la fase di osservazione-diagnosi).

La durata media delle 359 osservazioni-diagnosi prevede: per i pazienti alcolisti nel 31,4% dei casi una durata che va dai 15 ai 30 giorni, nel 24,5% fino a 7 giorni e nel 16,7% dagli 8 ai 14 giorni; per i pazienti tossicodipendenti nel 40,8% dei casi si riscontra una durata massima di 7 giorni, nel 12,4% dagli 8 ai 14 giorni, nella stessa percentuale, 12,4%, è superiore ai 180 gironi e nell'11,9% dai 15 ai 30 giorni.



A conclusione della fase di osservazione-diagnosi si procede alla formulazione di una diagnosi primaria ed eventualmente anche secondaria nonché alla definizione del progetto terapeutico, con l'individuazione degli obiettivi. Seguono le verifiche intermedie e finali.

Tra i 189 soggetti tossicodipendenti che hanno completato la fase di osservazione, le diagnosi primarie prevalenti sono relative all'uso di sostanze quali: oppioidi (60%), cocaina (14%) e cannabis (8%).

In 36 casi è stata indicata anche una diagnosi secondaria, con una prevalenza rispetto alla "Sindrome e disturbi psichici o comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi" (13,9%), alla "Sindrome e disturbi psichici o comportamentali dovuti all'uso di oppioidi" (11,2%), al "Disturbo di personalità emotivamente instabile" (11,1%), alla "Sindrome e disturbi psichici o comportamentali dovuti all'uso di alcool" (8,4%) e con una percentuale pari al 5,6% alla "Sindrome depressiva ricorrente", alla "Sindrome affettiva bipolare", alla "Sindrome e disturbi psichici o comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple o di altre sostanze psicoattive", alla "Sindrome e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina" e alle "Malattie infettive o parassitarie".

---

Tra i 99 soggetti alcolisti che hanno completato la fase di osservazione, la diagnosi primaria è naturalmente prevalente per l'abuso di alcool. In 29 casi è stata indicata anche una diagnosi secondaria legata soprattutto a problemi fisici (72,2%), ma anche alla Sindrome affettiva bipolare (6,8%).

Emergono differenze legate probabilmente alle modalità operative delle equipe diversificate per tipologia di utenza e quindi di trattamento.

Durante il 2008 sono risultati in carico 744 utenti (nel conteggio non vengono considerati i tabagisti in carico). I soggetti che avevano programmi con obiettivi attivi sono risultati 443 (60%), per un complessivo di 769 obiettivi, di questi 639 (83%) sono stati monitorati secondo le procedure e i tempi definiti ( 1 mese di tolleranza).

Gli obiettivi privilegiati sono risultati relativi a: "uso di sostanze" (48,11%), "adesione/compliance ai programmi terapeutici" (25,11%), "capacità di gestione dei rapporti relazionali" (10,53%), "miglioramento/mantenimento della condizione di salute" (5,20%) e " condizione psicopatologica" (3,90%). Gli esiti rispetto all'andamento del programma terapeutico, risultano come segue: miglioramento nel 52,67%, stabilizzazione nel 30,56% e peggioramento nel 16,78%.

Da questi dati sopra riportati potrebbe risultare una incongruenza relativa al tema della giustizia. Si evidenzia infatti che l'obiettivo inerente ad esso è sottostimato ( si riscontra infatti solo nel 1,56% dei casi) rispetto alla casistica di accesso al servizio, probabilmente a causa di una mancata registrazione del dato nell'area "obiettivi".



## Trattamenti clinici abuso e dipendenza

Il Ser.T. riconosce nell'eziologia e nel perdurare della patologia da dipendenza un'origine multifattoriale e di conseguenza attua, per ogni utente, una valutazione multidimensionale, sanitaria, psicologica e sociale, al fine di stabilire un idoneo programma terapeutico.

Ogni utente viene preso in carico da un'équipe multiprofessionale che definisce un progetto individualizzato, nel quale si integrano le competenze delle diverse figure professionali alla luce di un obiettivo condiviso. Il progetto terapeutico diventa uno degli strumenti su cui si fonda il modello operativo del Servizio. La distribuzione dei trattamenti sottolinea l'articolata valenza psicologica, sociale e sanitaria dei percorsi di cura proposti dal Ser.T..

### Trattamenti Psico-Sociali

Negli ultimi anni si registra una lenta ma progressiva riduzione del numero dei trattamenti psico-sociali, che contrasta con l'aumento dei soggetti in carico e che accentua la valenza sanitaria dei percorsi di cura attivati.

A partire dagli anni '90 una delle principali scelte terapeutiche adottate dal SerT, in presenza di terapia farmacologia (in particolare metadone), è stata quella di orientarsi verso trattamenti integrati, che hanno permesso di ottenere una maggiore compliance alla terapia stessa. Le evidenze scientifiche hanno individuato nel trattamento integrato un fattore protettivo per la mortalità per overdose, con una elevata capacità di ridurre il rischio di morte.

Nell'ambito dei trattamenti psico-sociali, hanno la predominanza i colloqui di consultazione psicologica, rivolti ai pazienti (36,5%) e/o alle famiglie (14,2%), seguiti, in termini percentuali, dall'attività di sostegno socio-educativo (30,4%).

Per quanto concerne i trattamenti psicoterapici (8,5%), le prese in carico sono state 66, così ripartite: 45 psicoterapie individuali, 16 di gruppo e 5 familiari o di coppia.

Gli interventi terapeutici più numerosi sono rappresen-

tati dalle psicoterapie individuali rivolte all'utente sotto forma sia di terapie focalizzate, sia di trattamenti a più ampio raggio. Con i pazienti più giovani, che necessitano di accompagnamento e sostegno al trattamento da parte dei genitori, sono attivate co-terapie parallele, individuali e familiari, grazie alla collaborazione tra più psicologi. In rari casi di coniugi tossicodipendenti o di coppie con un partner tossicodipendente, si sono avviate terapie rivolte alla coppia. Terapie di gruppo vengono abitualmente attivate presso il Centro Diurno, secondo il modello dialettico comportamentale, particolarmente indicato per i pazienti borderline. Un'altra tipologia è rivolta ai tabagisti, sotto forma di corsi per smettere di fumare.

Da segnalare, inoltre, i gruppi di sostegno rivolti ai genitori di giovani con consumo problematico o dipendenza patologica che il Servizio attiva annualmente con l'obiettivo di approfondimento, sostegno reciproco e condivisione.

Nell'ambito delle prese in carico socio-educative, un ruolo decisivo è svolto dagli interventi di sostegno sociale/educativo al paziente (n°229), in lieve contrazione nell'ultimo anno, probabilmente anche per la mancata sostituzione di un operatore trasferito. Gli interventi sociali prevedono anche l'attivazione di inserimenti lavorativi (n°29) e, in casi più rari, di prestazioni socio-economiche (n°8).

Tab. 1 Trattamenti psico-sociali attivati per utenti in carico, anni 2006-2007

Tipologia trattamento	2006		2007	
	V.A.	%	V.A.	%
Colloqui di consultazione psicologica e/o sostegno al paziente	285	36,1	278	35,7
Orientamento/sostegno psicologico alla famiglia	106	13,4	108	13,9
Psicoterapia individuale	50	6,3	45	5,8
Psicoterapia di gruppo	11	1,4	16	2,1
Psicoterapia familiare o di coppia	5	0,6	5	0,6
Attività di valutazione/rivalutazione diagnostica	2	0,3	5	0,6
Invio/frequenza di gruppo auto-aiuto/sostegno coi pazienti (con o senza conduttore)	37	4,7	26	3,3
Invio/frequenza di gruppo auto-aiuto/sostegno coi familiari (con o senza conduttore)	4	0,5	17	2,2
Colloqui e attività di sostegno sociale/educativo al paziente	245	31,1	231	29,7
Inserimento lavorativo	27	3,4	29	3,7
Formazione professionale e scolastica	3	0,4	2	0,3
Prestazioni socio-economiche	6	0,8	8	1,0
Trattamento SEATT (Sezione Carceraria Attenuata)	8	1,0	9	1,2
<b>Totale</b>	<b>789</b>	<b>100,0</b>	<b>779</b>	<b>100</b>

ERROR: undefined  
OFFENDING COMMAND: my

STACK:

/\$x