

2.3 Analisi dell'offerta terapeutica

di Gianni Morandi e Monica Malagoli

Premessa

I dati sono stati raccolti nell'arco dei 7 anni considerati nella ricerca, utilizzando per la registrazione tre diverse versioni del Sistema Informativo Regionale Informatizzato (GIAS 3, GIAS4 e SISTER1), rispetto al fenomeno del cocainismo in rapida e diffusa crescita, verso il quale si sperimentavano di fatto diversi approcci terapeutici.

In questo capitolo procediamo ad analizzare l'offerta terapeutica, prendendo in considerazione: la tipologia dei programmi, la loro durata ed esito, la tipologia del consumatore, la sua frequenza d'uso della cocaina, ed infine il canale d'accesso ai SerT.

Siamo consapevoli di disporre per l'analisi di dati registrati con modalità, tempistica ed accuratezza non perfettamente omogenei, né del tutto completi ed esaustivi, ma la cui qualità e completezza risulta più che sufficiente per condurre lo studio e trarre alcune conclusioni.

I ricercatori hanno effettuato uno sforzo interpretativo per ricondurre aggregati di trattamenti (effettuati da SerT non di rado diversi nell'approccio terapeutico) ad una logica terapeutica (tipologia di programmi) il più possibile sensata e comune per strutturazione ed obiettivi.

Prima di poter procedere con l'analisi statistica abbiamo dovuto affrontare e risolvere per talune variabili il problema di una elevata ricchezza di codici descrittivi, molto utili a livello di esatta rappresentazione delle situazioni (come ad esempio il percorso d'accesso dell'utenza), ma difficilmente gestibili in sede d'analisi, soprattutto in presenza di una numerosità casistica valida che riguarda 1.343 persone.

Tra queste, 1.111 avevano concluso almeno un programma terapeutico, del quale si dispone del relativo esito, durata, ecc..., mentre 232 persone risultavano avere ancora in corso il loro unico programma terapeutico alla data del 31/12/2006, definita come conclusiva del settennale periodo preso in esame. Conseguentemente, a seconda delle tipo di analisi condotte, sono state considerate le 1.343 persone complessive oppure la sola componente di 1.111 che avevano concluso almeno un programma terapeutico.

L'operazione di aggregazione dei codici è stata condotta con accuratezza nel rispetto del senso logico ed interpretativo di ciascuna variabile. Nel caso del canale d'invio abbiamo aggregato i 28 codici sia in una variabile con 8 codici (Prefettura, Autonomo, Medico Base, Servizi Socio-Sanitari, SerT, Comunità, Carcere, Altro) che in una variabile con 4 codici (Prefettura, Autonomo, Enti Sociali e Sanitari, Carcere), utilizzandole entrambe nell'analisi.

Relativamente invece all'identificazione di possibili approcci terapeutici comuni, non esistendo tipologie di programmi terapeutici riconosciute a priori, ma solamente elementi di comunanza tra le diverse combinazioni dei singoli trattamenti (in totale 46), abbiamo declinato tali concomitanze trattamentali in una duplice classificazione utilizzata nell'ambito dell'analisi.

Attestato che tutta l'utenza usufruisce di controlli sanitari ed in buona parte anche di trattamenti farmacologici (per cui essi non sembrano avere effetto discriminante), la prima classificazione delle combinazioni ha fatto perno sui trattamenti di tipo diverso, integrati quindi a quelli sanitari o/e farmacologici. La ripartizione conseguente si traduce in 9 combinazioni: trattamenti psicoterapeutici, psicologici, psico-socio-educativi, socio-educativi, comunità terapeutica, carcere, ospedale, gruppi di auto-aiuto e solo controlli e/o solo farmaci.

Seguendo l'assunto che i programmi tendano a crescere in articolazione e complessità in riferimento alla difficoltà dei casi, sono stati identificati 5 gruppi di programmi: Base (programmi elementari di monitoraggio e valutazione della situazione nel tempo), Semplici (programmi che richiedono più completa multidisciplinarietà valutativa e di intervento di primo livello), Complessi (programmi di maggiore strutturazione e complessità, perlopiù con interventi di secondo livello), Comunitari (programmi che includono un percorso comunitario, preceduti e talvolta seguiti da trattamenti SerT), Carcerari (programmi svolti in carcere perlopiù in associazione con interventi socio-educativi ed in parte anche psicologici).

L'analisi e i relativi commenti riportati qui di seguito riguardano le AUSL (Ferrara, Modena, Rimini, Reggio Emilia, Piacenza) che hanno fornito dati di qualità necessaria e sufficiente a garantire accuratezza e completezza al raggiungimento degli scopi prefissati per la ricerca. Precisiamo, inoltre, che ai fini di perseguire la miglior qualità dei dati, l'analisi inerente l'offerta terapeutica ha considerato solamente i primi programmi di cura per i quali è disponibile una registrazione di esito, in quanto la scarsa numerosità degli utenti che hanno seguito più di un programma terapeutico (10,7%, tra i quali il 9,5% ha seguito due programmi, l'1,1% tre programmi

e lo 0,1% quattro programmi) non avrebbe consentito interpretazioni attendibili, ponendo tra essi particolare attenzione ai programmi conclusi.

Tipologia dei programmi a seconda del tipo di consumatore

La dipendenza delle 1.111 persone con programmi conclusi, pur avendo come elemento comune il consumo di cocaina quale sostanza principale, si differenzia nell'esclusività o meno della sua assunzione e dalla frequenza d'uso. Più della metà delle persone (48,3%) assume oltre la cocaina un'altra sostanza psicotropa, seguono gli assuntori esclusivi di cocaina (44,6%) e, in percentuale più ridotta (7%), coloro che assumono più di due sostanze (i "poliassuntori"). All'uso di più di una sostanza corrisponde la crescita della frequenza d'assunzione: l'astinenza riguarda perlopiù i monoconsumatori (39,5%) e meno coloro che assumono due sostanze e ancor meno i poliassuntori (17,4%). Il medesimo andamento, anche se meno accentuato, si registra per l'uso occasionale, legato ad alcuni momenti del loisir o, al contrario, a situazioni particolarmente stressanti, mentre all'opposto l'assunzione costante e frequente, parte della vita di tutti i giorni, riguarda soprattutto i poliassuntori (71%) e via via meno le altre due categorie (Tab.1).

Tab. 1 – Frequenza d'uso a seconda del tipo di consumatore

	Monoconsumatore	Cocaina + altra sostanza	Poliassuntore	Totale
Astinente	198 39,5%	151 28,4%	12 17,4%	361 32,8%
Occasionale	114 22,8%	95 17,9%	8 11,6%	217 19,7%
Frequente	189 37,7%	285 53,7%	49 71%	523 47,5%
Totale	501 100%	531 100%	69 100%	1101 100%

Casi Missing n.10; Chi-quadrato di Pearson 59,447, $p < 0,00$

I motivi della differenziazione del tipo di consumo sono molteplici e spesso collegati a fasi di vita e a determinate situazioni, anche se abbastanza chiaramente emerge che la scelta di assumere solo la cocaina o al mas-

simo un'altra sostanza riguarda le fasce d'età più elevate mentre la poliasunzione interessa i più giovani.

Si tratta di due gruppi d'età che si differenziano anche per stile di vita, in quanto i meno giovani hanno perlopiù una occupazione regolare e sono coniugati, i più giovani (dai 15 ai 19 anni) non lavorano ancora e sono single. Alla realtà "consolidata" dei meno giovani si abbina la scelta di un tipo di sostanza o di due sostanze, alla realtà "in costruzione" dei più giovani si affianca un uso, forse sperimentale, di molteplici sostanze. Tra questi ultimi si nota, in termini percentuali, una maggior presenza femminile (dai 15 ai 24 anni sono +18,2% rispetto ai maschi).

Il modo d'entrare in contatto con i SerT risente anch'esso della diversa tipologia di consumo (Tab.2). I Poliassuntori ed anche i consumatori di Cocaina in associazione/alternanza con un'altra sostanza appaiono proporzionalmente maggiori tra gli invii dal carcere e tra quelli su indicazione, seguiti dagli accessi autonomi, mentre al contrario chi assume esclusivamente cocaina perviene ai SerT perlopiù tramite la Prefettura (58,8%).

Tab. 2 – Canale d'invio a seconda del tipo di consumatore

	Monoconsumatore	Cocaina + altra sostanza	Poliassuntore	Totale
Prefettura	271 58,8%	177 38,4%	13 2,8%	461 100%
Autonomo	163 41,7%	194 49,6%	34 8,7%	391 100%
Enti Sociali e Sanitari	92 36,4%	135 53,4%	26 10,3%	253 100%
Carcere	61 27,6%	137 62,0%	23 10,4%	221 100%
Totale	587 44,3%	643 48,5%	96 7,2%	1326 100%

Casi Missing n.17; Chi-quadrato di Pearson 79,177, $p < 0,00$

In altre parole, chi non avverte la pericolosità, gli effetti nocivi o ritiene di poter gestire (considerata anche la maggior età di tali consumatori) il consumo di sostanze psicotrope non sente l'esigenza di rivolgersi ai servizi, bisogno che invece viene percepito da chi ha un problema di dipendenza più accentuato e dall'ambiente circostante (medico di base, familiari, amici...) da essi frequentato, valutata anche l'età più giovane di tali persone.

La differenziazione del tipo di consumo connota difforni livelli di complessità della problematica da affrontare a livello terapeutico delineando diversi tipi di intervento; in altri termini, ad una maggior complessità del consumo si abbina un'articolazione maggiore del trattamento.

Dall'analisi (Tab.3) emerge chiaramente che i programmi di base, i più attuati a livello complessivo, e i programmi semplici sono maggiormente seguiti dagli assuntori esclusivi di cocaina (51,1% e 31,9%), i "monoconsumatori", e che all'aumentare della problematicità della dipendenza crescono i programmi complessi (dal 9,1% dei monoconsumatori si passa al 22,2% dei poliassuntori).

Tab. 3 – Tipologia trattamenti a seconda della frequenza d'uso

	Monoconsumatore	Cocaina + altra sostanza	Poliassuntore	Totale
Base	258 51,1%	257 48,2%	34 47,2%	549 49,5%
Semplici	161 31,9%	147 27,6%	12 16,7%	320 28,8%
Complessi	46 9,1%	55 10,3%	16 22,2%	117 10,5%
Comunità	30 5,9%	55 10,3%	3 4,2%	88 7,9%
SEATT	10 2%	19 3,6%	7 9,7%	36 3,2%
Totale	505 100%	533 100%	72 100%	1110 100%

Casi Missing n.1

I programmi svolti dagli utenti presso altre istituzioni riguardano perlopiù utenti con forme di dipendenza più articolate. In Comunità terapeutica sono curate soprattutto persone con almeno due sostanze d'abuso, mentre il programma della Sezione Attenuata Trattamento Tossicodipendenti (SE-ATT) svolto in carcere riguarda in misura percentualmente maggiore i poliassuntori (soprattutto collocati nei carceri modenesi), tutti uomini.

Entrando nel dettaglio dei raggruppamenti di programma, emerge che i programmi di base risultano suddivisibili tra Completi (29,4%) e Parziali (20,1%). Le persone usufruiscono nel primo caso di cure che prevedono visite/controlli medici e interventi di tipo socio-educativo, oppure nel secon-

do caso solamente di una delle due tipologie di trattamenti. Dubitiamo che i programmi Parziali costituiscano una sotto-categoria terapeutica, in altre parole, è improbabile che l'utente usufruisca di un solo intervento dei tipi citati in quanto sappiamo essere prassi nei servizi intraprendere un iniziale percorso terapeutico che comprende l'incontro del paziente con il medico e l'educatore o l'assistente sociale, mentre è più probabile che la parzialità dei trattamenti di base sia da ricondurre ad una non completa registrazione nella cartella informatizzata dei trattamenti erogati.

I programmi semplici prevedono oltre ai trattamenti di base anche interventi di tipo psicologico e si nota perlopiù che questi vengono abbinati o alle visite del medico o ad interventi di sostegno sociale educativo e riguardano, come i precedenti, principalmente i monoconsumatori (21%).

Rispetto ai programmi complessi che si articolano in quattro tipologie (psicoterapeutici, psicologici-farmacologici, psicosociali, farmacologici) si evidenzia una considerevole erogazione di trattamenti farmacologici ai poliassuntori (15,3%).

Trasversalmente alle tipologie di programma, appare interessante che i programmi dove è presente un trattamento psicologico e/o psicoterapico sono maggiormente erogati alle donne (57,8% contro il 37,1%), segno di una diversità di genere nelle problematiche connesse all'uso di cocaina.

Tab. 4 – Tipologia trattamenti a seconda della frequenza d'uso

	Astinente	Occasionale	Frequente	Totale
Base	213 59%	116 53,5%	217 41,6%	546 49,6%
Semplici	96 26,6%	72 33,2%	148 28,4%	316 28,7%
Complessi	20 5,5%	23 10,6%	74 14,2%	117 10,6%
Comunità	24 6,6%	4 1,8%	60 11,5%	88 8%
SEATT	8 2,2%	2 0,9%	23 4,4%	33 3%
Totale	361 100%	217 100%	522 100%	1100 100%

Casi Missing n.11

Come già descritto, l'assunzione da una a più tipi di sostanze oltre alla cocaina si lega anche ad una maggior frequenza d'uso degli stupefacenti e richiede una risposta terapeutica più articolata (Tab.4).

Chi si presenta ai servizi in condizione di astinenza da sostanze o dichiara un uso occasionale solitamente segue programmi di base, coloro che fanno un uso frequente sono curati tramite programmi complessi con trattamenti farmacologici o seguono percorsi di cura in strutture esterne come le comunità terapeutiche o il carcere.

Tipologia dei programmi a seconda del canale d'invio e della durata

L'analisi riportata in questo paragrafo è soprattutto incentrata sulla possibile relazione esistente tra il Canale d'accesso ai SerT, da parte dell'utenza consumatrice di Cocaina considerata nella presente ricerca, e la tipologia di programmi terapeutici attivati.

La via d'accesso dei consumatori di cocaina ai SerT non indica deterministicamente la tipologia di trattamenti e di programmi attivati, ma evidenzia comunque una correlazione che andiamo ad esplorare e descrivere. I consumatori di cocaina pervengono ai SerT in diverso modo: spontaneo (accesso autonomo), mediato da terze parti (Medico curante, Servizi, altri SerT o Comunità), oppure coattivamente (per interposta via istituzionale, come invii dalla Prefettura o dal Carcere).

Una lettura, però, incentrata sulla sequenzialità volontarietà-obbligo suesposta deve integrare la considerazione della tempestività del contatto col SerT rispetto al continuum tra primo uso ed instaurarsi della dipendenza. In tal senso l'invio coatto della Prefettura (perlopiù relativo a soggetti con scarsa storia d'uso) precede l'accesso autonomo (a consapevolezza raggiunta delle proprie problematiche), seguito dall'accesso mediato da Enti socio-sanitari (relativo a casistica che ha già una storia alle spalle) ed infine dall'invio dal Carcere (con situazioni mediamente più compromesse).

La modalità di contatto influisce sulla natura ed intensità della disponibilità a collaborare allo svolgimento dei trattamenti terapeutici, sulla loro durata temporale nonché infine sulle possibilità di conclusione od interruzione dei suddetti trattamenti, quali eloquenti indicatori di esito, ancorché limitatamente ai programmi terapeutici seguiti.

Alla modalità d'accesso risultano collegate significativamente anche le diverse tipologie di consumatori e le differenti frequenze d'uso della cocaina e di altre sostanze che alcuni di essi utilizzano in associazione alla cocaina medesima, come già descritto nel precedente paragrafo.

Nel complesso sembrano delinearsi alcuni insiemi di soggetti con caratteristiche sufficientemente simili da giustificare una descrizione similtipologica:

1) La Prefettura invia mediamente al SerT consumatori di più bassa problematicità e di minore esperienza d'uso, nei confronti dei quali sono coerentemente stati attivati programmi di minore complessità e durata, con alto tasso di completamento.

Più in particolare si tratta di soggetti:

- un po' più giovani (28 anni e ½, pari ad un anno in meno rispetto alla media, che usufruiscono così, pur se contro voglia, della possibilità di una cura anticipata, riducendo i rischi di cronicizzazione) (Tab.5);

Tab. 5 – Età media a seconda del Canale d'invio

	N.	%	Età media
Prefettura	461	34,8%	28,5
Autonomo	391	29,5%	29,7
Enti Sociali e Sanitari	253	19,1%	29,5
Carcere	221	16,7%	31,9
Totale	1326	100%	29,7

Casi Missing n.17

- prevalentemente monoconsumatori della sola cocaina senza associazioni o alternanze con altre sostanze (Tab.2), e comunque con la più bassa quota in assoluto di politossicodipendenza;

- con frequenza d'assunzione perlopiù nulla o bassa (astinente o al limite occasionale nel 76% dei casi), in parte dovuta all'accesso coatto ai SerT con timore dei controlli (il che contrae, almeno temporaneamente, i consumi) ed in parte alla maggiore precocità dell'accesso stesso, con minore dipendenza alle spalle (Tab.6).

Soggetti a beneficio dei quali sono stati attivati programmi:

- di minima o minore complessità (Tab.7), per numero, importanza e multidisciplinarietà dei trattamenti (il 96% sono programmi Base o Semplici, con netta prevalenza dei primi);

- di limitata durata temporale (Tab.8), pari a poco più di 7 mesi (la media è di 219 giorni, mentre la media generale corrisponde a 288 giorni);

- con percentuali di completamento elevate (per i ¾ dei casi), per il valore relativo che in questi casi il completamento di un programma può avere (non ritenendo sufficientemente motivati questi soggetti, gli operatori

SerT possono tendere ad una maggiore burocratizzazione nell'esecuzione e registrazione del loro programma), tenuto conto della facilità di recidiva dei consumatori di sostanze (Tab.9). Da segnalare comunque anche che in 1/5 dei casi il programma nato a seguito di un invio prefettizio viene interrotto dal soggetto (dato che viene meglio commentato nel prossimo capitolo).

2) Gli accessi autonomi riguardano consumatori di media problematicità ed esperienza d'uso, nei confronti dei quali sono poi stati messi in atto programmi di corrispondente media complessità e durata, caratterizzati però da alte quote di interruzioni.

Più in dettaglio sono persone:

- di età intermedia, quasi trentenni che potrebbero ancora sfruttare i benefici di una terapia, limitando i rischi di cronicizzazione (Tab.5);

- per metà dei casi consumatori di cocaina in associazione/alternanza con altre sostanze, ma anche in buona parte monoconsumatori (42%), mentre risultano non trascurabili le quote di poliassuntori (Tab.2);

- con frequenza d'assunzione elevata (frequente nel 66% dei casi), che potrebbe in parte essere condizionata dalla maggiore o minore tempestività della prima visita medica e della conseguente registrazione della situazione tossicologica rispetto al momento dell'accesso (Tab.6).

Tab. 6 – Canale d'invio a seconda della frequenza d'uso

	Astinente	Occasionale	Frequente	Totale
Prefettura	207 45,6%	138 30,4%	109 24%	454 100%
Autonomo	69 17,6%	64 16,4%	258 66%	391 100%
Enti Sociali e Sanitari	65 25,9%	36 14,3%	150 59,8%	251 100%
Carcere	85 39%	7 3,2%	126 57,8%	218 100%
Totale	426 32,4%	245 18,6%	643 48,9%	1314 100%

Casi Missing n.17; Chi-quadrato di Pearson 212,263, $p < 0,00$

Soggetti nei confronti dei quali sono stati attivati programmi:

- di media complessità (Tab.7), per numero, importanza e multidisciplinarietà dei trattamenti (il 54% sono programmi Semplici/Complessi);

- di media durata temporale pari a 10 mesi e ½ (la media è di 325 giorni rispetto alla media generale corrispondente a 288 giorni) (Tab.8),

- con numerose interruzioni di programma (51%), accompagnate da quote non trascurabili (22%) di programmi terminati anticipatamente di comune accordo con gli operatori. Da segnalare che solo 1 programma su 4 (25%) risulta completato, percentuale più bassa tra tutte (Tab.9).

3) Enti Sociali e Sanitari indirizzano normalmente al SerT casi di media problematicità ed esperienza d'uso, verso i quali i programmi terapeutici praticati hanno media complessità, medio-alta-durata e percentuali forti di interruzione o conclusione forzatamente anticipata.

In particolare parliamo di soggetti:

- di età intermedia, quasi trentenni (29 anni e ½) che pur avendo perlopiù alle spalle una iniziale complessità di rapporti coi Servizi Sociali e Sanitari, potrebbero ancora ottenere miglioramenti dalle terapie (Tab.5);

- per poco più di metà dei casi (53%) consumatori di cocaina in associazione/alternanza con altre sostanze, ma anche in parte monoconsumatori (36%), mentre le quote di poliassuntori risultano un po' superiori alla media (Tab.2);

- con frequenza d'assunzione mediamente alta (frequente nel 60% dei casi), ma con ¼ di soggetti astinenti (Tab.6), probabilmente per i benefici effetti di essere già stati in contatto terapeutico coi Servizi inviati ai SerT (iniziali trattamenti o/ed effetti terapeutici, compresa l'induzione di comportamenti virtuosi).

Tab. 7 – Canale d'invio a seconda della tipologia dei trattamenti

	Base	Semplici	Complessi	Comunità	SEATT	Totale
Prefettura	274 68,2%	112 27,9%	12 3%	4 1%	-	402 100%
Autonomo	104 34,6%	111 36,9%	51 16,9%	32 10,6%	3 1%	301 100%
Enti Sociali e Sanitari	66 34,7%	54 28,4%	36 18,9%	33 17,4%	1 0,5%	190 100%
Carcere	103 51,5%	42 21%	6 3%	17 8,5%	32 16%	200 100%
Totale	547 50%	319 29,2%	105 9,6%	86 7,9%	36 3,3%	1093 100%

Casi Missing n.18

Soggetti verso i quali sono stati attivati programmi:

- di media complessità (Tab.7), per numero, importanza e multidisciplinarietà dei Trattamenti (il 47% sono programmi Semplici o Complessi ed il 17% sono programmi Comunitari);

- di medio-alta durata temporale pari a poco meno di 14 mesi (la media è di 411 giorni rispetto alla media generale corrispondente a 288 giorni) (Tab.8);

Tab. 8 – Canale d’invio a seconda della durata del 1° programma terapeutico

	<=90gg	91-179 gg	180-364 gg	>=365 gg	Totale	Durata media in gg
Prefettura	77 19,2%	159 39,6%	110 27,4%	56 13,9%	402 100%	218,5
Autonomo	66 21,9%	53 17,5%	102 33,8%	81 26,8%	302 100%	324,6
Enti Sociali e Sanitari	31 16,3%	28 14,7%	53 27,9%	78 41,1%	190 100%	411,5
Carcere	72 36%	39 19,5%	48 24%	41 20,5%	200 100%	258,6
Totale	246 22,5%	279 25,5%	313 28,6%	256 23,4%	1094 100%	287,6

Casi Missing n.17; Chi-quadrato di Pearson 119,054, $p < 0,00$

- spesso con esito di interruzione (45%) (Tab.9) o conclusione anticipata (25%), e basso tasso di completamento (27%).

4) Gli Istituti penitenziari (di Rieducazione e Pena) costituiscono la via d’accesso ai SerT mediamente per consumatori di più riconosciuta problematicità e di maggiore esperienza d’uso, nei confronti dei quali i programmi attivati hanno medio-bassa complessità e durata, con esiti variegati.

Meno genericamente, ci riferiamo a soggetti:

- più maturi della media (quasi trentaduenne, oltre due anni sulla media, che iniziano programmi terapeutici spesso a situazioni purtroppo già compromesse, aumentando i rischi di cronicizzazione) (Tab.5);

- in quote consistenti consumatori di cocaina in associazione o alternanza con altre sostanze, mentre i monoconsumatori risultano essere più scarsi della media ed i poliassuntori un po’ più consistenti (Tab.2);

- con frequenza d’assunzione che appare contraddittoriamente alta per una buona parte (frequente nel 58% dei casi) (Tab.6), oppure nulla per tanti

altri (astinente nel 39%), il che potrebbe dipendere da effetti misclassificatori (registrazione della situazione tossicologica riferita al momento dell'accesso al Carcere o al contrario, dopo, al SerT) oppure (o anche) dagli effetti della medesima contraddittoria situazione carceraria, dove pare non essere impossibile procurarsi sostanze.

Soggetti per i quali sono stati attivati programmi:

- di minore complessità (Tab.7), per numero, importanza e multidisciplinarietà dei trattamenti (il 72,5% sono programmi Base o Semplici ed il 16% si svolge internamente alla struttura carceraria);
- di medio-bassa durata temporale pari a 8 mesi e ½ (la media è di 259 giorni rispetto alla media generale corrispondente a 288 giorni) (Tab.8);
- con esiti variegati (Tab.9). Da un lato si registra sì una bassa percentuale di interruzione (11%), ma contemporaneamente anche quote equivalenti di programmi terminati (31%) oppure completati (31%).

Tab. 9 – Canale d'invio a seconda dell'esito del 1° programma terapeutico

	Completato	Interrotto	Terminato	Altro	Totale
Prefettura	303	80	18	1	402
	75,4%	19,9%	4,5%	0,2%	100%
Autonomo	77	154	66	5	302
	25,5%	51%	21,9%	1,7%	100%
Enti Sociali e Sanitari	51	86	48	5	190
	26,8%	45,3%	25,3%	2,6%	100%
Carcere	62	23	63	52	200
	31%	11,5%	31,5%	26%	100%
Totale	493	343	195	63	1094
	45,1%	31,4%	17,8%	5,8%	100%

Casi Missing n.17

Rispetto all'insieme costituito dagli inviati da parte di Enti Sociali e Sanitari (190 persone), definizione che accomuna tipologicamente diversi canali d'accesso, occorre dettagliare meglio alcune singole categorie, guadagnando in precisione ma correndo un maggior rischio di invalidità, legata alla bassa numerosità dei sottogruppi.

Il Medico di Base invia (38 persone) soggetti più giovani (28enni), con maggiore complessità d'uso in modalità (14% di poliassuntori, doppia della media) e soprattutto in frequenza (+20%), soggetti nei confronti dei quali

vengono attivati programmi molto più complessi della media e di elevata durata (15 mesi, la più alta), ma con esiti perlopiù sfavorevoli (50% di interruzioni e solo 21% di completamenti);

I Servizi (Salute Mentale, Materno-Infantile, Ospedali ed altri Servizi AUSL) inviano (68 persone) soggetti quasi 29enni, consumatori di cocaina in varie modalità (13% di soli poliassuntori), con frequenza elevata (58%) ma anche per 1/4 dei casi astinenti, nei confronti dei quali si realizzano programmi terapeutici a bassa complessità (Base o Semplici per i 3/4 dei casi) oppure che prevedono invio in Comunità (16%), di lunga durata (14 mesi, rispetto alla media generale pari a 9 mesi e 1/2), con esiti alternativamente di interruzione (44%) o di completamento (35%);

I SerT inviano (27 persone) soggetti più maturi (31enni), perlopiù consumatori di cocaina in associazione/alternanza con altre sostanze (66%, pari a +17% rispetto alla media) con frequenza elevata (56%) ma anche per 1/3 dei casi astinenti, nei confronti dei quali si realizzano programmi terapeutici variegati, perlopiù di tipo Base (41%), ma anche Complessi (26%), oppure che prevedono invio in Comunità (15%), di limitata durata media (la più breve fra tutte, pari a 8 mesi), con esiti di interruzione (51%) e scarse possibilità di completamento (15%);

Le Comunità inviano (23 persone) soggetti quasi trentenni (29 anni e 1/2), consumatori perlopiù di cocaina in associazione/alternanza con altre sostanze oppure di sola cocaina, con quota di astinenti leggermente più alta della media (a livello degli utenti inviati dal carcere), con programmi terapeutici ovviamente svolti in Comunità (56%) ma anche del tipo SerT più semplice (Base 35%), di durata medio-lunga (12 mesi e 1/2 rispetto alla media di 9 mesi e 1/2) ed esiti di maggiore interruzione (43,5%) o conclusione anticipata (26%) superiori alla media, e conseguente minor tasso di completamento (26% rispetto alla media generale del 45%).

Tipologia dei programmi a seconda degli anni del primo programma

Nel corso degli anni considerati l'offerta terapeutica regionale¹ per il trattamento del consumo di cocaina è rimasta tendenzialmente stabile, in

¹ Già la prima versione della cartella regionale dell'Emilia-Romagna (da subito creata anche in versione informatizzata nel 1992) dava indicazione e contemporaneamente opportunità agli operatori dei neonati SerT di disegnare in modo puntuale il programma terapeutico tramite l'indicazione delle combinazioni tra i 24 trattamenti allora disponibili (denominati sottoprogrammi), in riferimento

media con quanto risultante sul panorama nazionale², mentre a livello internazionale l'attenzione appare più che altro rivolta alla verifica dell'efficacia di singoli trattamenti, quasi tutti farmacologici³.

La stabilità dell'offerta terapeutica si caratterizza per la principale erogazione di programmi di base, seguiti in termini quantitativi, dai programmi semplici e da quelli complessi, e in misura minore dai programmi comunitari e da quelli svolti in carcere.

La sostanziale stabilità può interpretarsi come una risposta terapeutica consolidata al tipo di utenza cocainomane che nel corso del tempo si è complessivamente mostrata costante nella tipologia di problematiche portate ai Servizi. Lievi cambiamenti, che preme comunque evidenziare, riguardano un aumento del programma SEATT negli anni 2004 e 2006, rivolti

all'approccio terapeutico integrato da sempre caratteristica dell'orientamento regionale emiliano-romagnolo, configurando da subito le singole prestazioni come attività puntuali. Nel tempo l'offerta terapeutica non è sostanzialmente cambiata, continuando a proporre trattamenti di tipo sanitario, farmacologico, psicologico-psicoterapeutico, sociale-educativo oppure trasversale (come l'inserimento in comunità, in gruppi di auto-aiuto, nelle sezioni carcerarie attenuate, ecc.), ma ampliandone il ventaglio (che ha raggiunto i 46 trattamenti), limitandosi quasi esclusivamente ad aggiungere trattamenti specifici per le nuove tipologie di pazienti dei quali il SerT è stato via via chiamato ad occuparsi (alcolisti, tabagisti, giocatori patologici).

² Possiamo citare in proposito un articolo apparso sulla rivista FederSerD (G.Mate, G.Zita, L.Guglielmino, P.Marzorati, P.Vigazzi, E.Cozzolino, *Analisi retrospettiva dei trattamenti svolti nei pazienti consumatori di cocaina*, Mission n°21, Roma, 2007) dove vengono riportate le tipologie trattamentali utilizzate dagli autori di un SerT milanese in uno studio retrospettivo sul periodo 2000/2005. La relativa classificazione dei trattamenti, basandosi sulle singole prestazioni professionali registrate a suo tempo nel programma ministeriale da loro impiegato per la registrazione e ricostruite ex-post, si limita a tracciare semplici dualismi tipologici: trattamenti singoli o multipli, contemporanei o consecutivi, monoprofessionali o pluriprofessionali.

³ I numerosi studi internazionali esaminati (sia come studi mirati, sia come metanalisi o revisioni di letteratura), si riferiscono all'efficacia di singoli e specifici trattamenti, in grande maggioranza farmacologici (22 sui 27 considerati). I risultati sono globalmente difforni, sostenendo elevata efficacia delle terapie psicosociali con scarsa evidenza della validità dei trattamenti farmacologici (EMCDDA, 2007) oppure evidenziando buoni risultati di singoli farmaci quali il Disulfiram o la Buprenorfina, per citarne alcuni (vari studi e trials, soprattutto americani, 2001-2006). Nel complesso non si dimostrano utili al nostro lavoro, non consentendo raffronti relativi all'approccio terapeutico complessivo al cocainismo, ed alle sue declinazioni trattamentali.

perlopiù ad utenti poliassuntori e dal 2002 in poi una decrescita dei programmi comunitari.

Osservando gli esiti dei programmi terapeutici stessi si possono raccogliere ulteriori elementi, utili a fini interpretativi.

I programmi di base, i più erogati nel corso degli anni, sono anche quelli che hanno registrato il maggior successo con più della metà degli esiti completati (53,5%), seguiti dai programmi semplici (45,9%), mentre i programmi complessi e i programmi comunitari, più lunghi e in linea di massima rivolti ad una utenza più problematica, registrano circa un quarto di tali esiti (24,8% e 29,5%) a fronte di elevate percentuali di programmi interrotti (47,9% dei programmi complessi; 50% dei programmi comunitari).

Questa interpretazione, soprattutto per quanto riguarda la lettura del concetto di esito, positivo o meno, è comunque da considerarsi con cautela e da valutare alla luce dell'analisi riportata nel capitolo che segue.

Se dal quadro complessivo dei programmi terapeutici si osservano le singole realtà provinciali emergono alcune differenze:

- Ferrara dal 2002 ha erogato principalmente programmi di tipo semplice ridimensionando quelli di base;

- Modena ha invece registrato una crescita dei programmi di base fino al 2005, nell'ultimo anno considerato tale aumento si è arrestato a fronte di una crescita dei programmi SEATT;

- Piacenza ha aumentato notevolmente l'erogazione dei programmi di base negli ultimi tre anni;

- Reggio Emilia, ad eccezione degli anni 2003 e 2006, ha principalmente erogato programmi semplici;

- Rimini ha erogato perlopiù programmi di base ma si nota la quasi parità di erogazione di programmi semplici nel 2005 e 2006 e l'aumento del SEATT nel 2004 e 2006.

Tali differenze geografiche, come riportato in premessa, possono essere riconducibili a diversi fattori: alla differente composizione professionale delle équipes che può influenzare il grado di complessità dell'offerta, alla disomogenea tipologia di assuntori con livelli diversi di gravità che sono giunti ai servizi, alle abitudini degli operatori SerT nella compilazione della cartella sanitaria degli utenti (più o meno puntuale, con modi differenti di codificare alcuni tipi di trattamento). Non si ritiene però opportuno approfondire ulteriormente l'analisi in quanto la scarsa numerosità dei casi non consente di poter fare interpretazioni attendibili.