



III. - I NUOVI TOSSICODIPENDENTI IN CARICO NEGLI ANNI 1997-2002

PREMESSA

In questa relazione di servizio abbiamo inserito un'analisi che da qualche tempo avevamo in programma di effettuare e che siamo finalmente riusciti ad impostare e portare a termine.

Si tratta di un'analisi approfondita sui nuovi utenti dei SerT aziendali degli ultimi anni, in particolare del periodo 1997/2002, per la quale era necessario potessimo disporre da un lato di una serie minima di dati annuali tali da poter configurare un'analisi di trend, sia pur sul breve periodo, dall'altro lato di set di dati attendibili, verificati e controllati più volte nell'arco di parecchi mesi, a diverse riprese e a più livelli di debugging, coinvolgendo ripetutamente i referenti dei sistemi informativi di ciascun SerT, fino all'ottenimento del livello di qualità prefissato o/e raggiungibile.

Anticipiamo le considerazioni che sono emerse (anche in collegamento con altre serie di dati), per poi entrare mano mano nel singolo dettaglio analitico.

**Analisi nuovi utenti
SerT 1997/2002**

SOMMARIO

Il mondo della droga, osservato dal punto di vista dei SerT, sta rapidamente cambiando faccia.

La nuova utenza degli ultimi anni presenta caratteristiche diverse da quella di soli pochi anni addietro. Pur rimanendo sostanzialmente inalterata su base annua la numerosità complessiva dei nuovi utenti tossicodipendenti, sono drasticamente calati gli eroinomani e contemporaneamente cresciuti soprattutto cocainomani e consumatori di cannabis.

Di basilare importanza si rivelano essere i canali e le modalità di accesso dei nuovi utenti ai SerT, alquanto diversificate a seconda delle loro differenti tipologie.

Tra i nuovi utenti coloro che usano/abusano di coca, ecstasy o cannabis sono perlopiù arrivati ai SerT dietro invio coatto della Prefettura, e si tratta di persone con lavoro regolare, più giovani ed istruite rispetto agli eroinomani pervenuti ai SerT nel medesimo periodo.

Gli accessi coatti realizzati tramite le Prefetture, come terminale delle azioni di controllo del territorio da parte delle forze dell'ordine, mettono in condizioni i SerT di prendere precocemente contatto ed iniziare attività terapeutica con categorie di consumatori/abusatori che solitamente arrivano a presentarsi, attraverso canali d'accesso differenti, soltanto anni dopo, con situazioni di cronicità o/e di forti danni oramai conclamate.

**Forte calo eroinomani
ed aumento altre
tipologie consumatori**

**Prefettura permette
accesso anticipato ai
SerT di consumatori di
coca-canna-ecstasy**

ANALISI MULTIVARIATA

Escludendo dal computo l'utenza non tossicodipendente (ovverossia alcolisti, tabagisti e giocatori d'azzardo), la nuova utenza dei SerT nel lasso temporale 1975/2002 mostra un andamento suddivisibile in 3 sottoperiodi (grafico T5):

- i primi anni (1975/1980) al di sotto dei 50 nuovi utenti annui;
- gli anni '80 (1981/1989) altalenanti sui 150-200 nuovi utenti annui;
- gli anni '90 e seguenti (1990/2002), altalenanti a livello più elevato, sui 200-250 nuovi utenti annui.

Analizzando in particolare la distribuzione per sostanza d'abuso primaria dei nuovi utenti SerT (tab. T25) notiamo altresì che se fino al 1991 l'eroina rappresenta in media oltre il 96% del totale, subito dopo inizia una diminuzione della quota di eroinomani, dapprima lenta nel periodo 1992/96 (laddove scende ad una media dell'85-90%) e poi sempre più veloce nel periodo 1997/2002 (dove arriva a rappresentare soltanto poco più del 50% del totale). Tale fenomeno non appare legato ad una diminuzione dell'utenza complessiva, quanto ad una variazione interna della sua composizione che ha inizio all'incirca nel 1991, all'indomani dell'approvazione e prima applicazione della rivoluzionaria L.162/90 e relativi decreti applicativi.

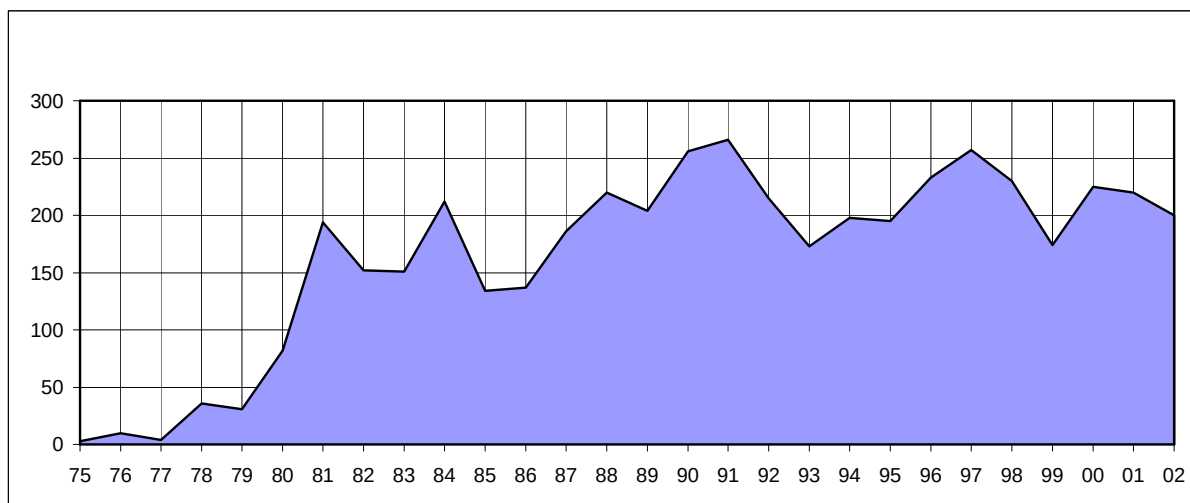
**Invariata numerosità
nuova utenza**



Tab. T25 – Sostanza d'abuso primaria per anno di prima presa in carico. Periodo 1975/2002.

Anni di prima presa in carico	Valori Assoluti								Valori Percentuali						
	Eroina	Cannabis	Cocaina	Amfetamine/ Ecstasy	Altro	Manca Sostanza	Totali		Eroina	Cannabis	Cocaina	Amfetamine/ Ecstasy	Altro	Manca Sostanza	Totali
1975	2	-	-	1	-	-	3		66,7	-	-	33,3	-	-	0,1
1976	10	-	-	-	-	-	10		100	-	-	-	-	-	0,2
1977	4	-	-	-	-	-	4		100	-	-	-	-	-	0,1
1978	32	1	-	2	1	-	36		88,9	2,8	-	5,6	2,8	-	0,8
1979	29	1	1	-	-	-	31		93,5	3,2	3,2	-	-	-	0,7
1980	80	1	-	-	1	-	82		97,6	1,2	-	-	1,2	-	1,8
1981	190	4	-	-	-	-	194		97,9	2,1	-	-	-	-	4,2
1982	144	3	1	-	-	4	152		94,7	2	0,7	-	-	2,6	3,3
1983	146	2	-	-	-	3	151		96,7	1,3	-	-	-	2	3,3
1984	205	5	-	-	-	2	212		96,7	2,4	-	-	-	0,9	4,6
1985	124	5	-	-	-	5	134		92,5	3,7	-	-	-	3,7	2,9
1986	135	1	-	-	-	1	137		98,5	0,7	-	-	-	0,7	3
1987	178	1	-	1	2	4	186		95,7	0,5	-	0,5	1,1	2,2	4
1988	213	4	2	-	1	-	220		96,8	1,8	0,9	-	0,5	-	4,8
1989	201	-	1	-	1	1	204		98,5	-	0,5	-	0,5	0,5	4,4
1990	244	4	-	-	-	8	256		95,3	1,6	-	-	-	3,1	5,6
1991	243	16	2	-	1	4	266		91,4	6	0,8	-	0,4	1,5	5,8
1992	191	14	5	1	1	3	215		88,8	6,5	2,3	0,5	0,5	1,4	4,7
1993	148	13	4	3	1	4	173		85,5	7,5	2,3	1,7	0,6	2,3	3,8
1994	176	10	7	1	1	3	198		88,9	5,1	3,5	0,5	0,5	1,5	4,3
1995	163	26	1	3	1	1	195		83,6	13,3	0,5	1,5	0,5	0,5	4,2
1996	201	16	8	5	1	2	233		86,3	6,9	3,4	2,1	0,4	0,9	5,1
1997	202	31	7	5	12	-	257		78,6	12,1	2,7	1,9	4,7	-	5,6
1998	182	29	11	8	1	-	230		78,7	12,6	4,8	3,5	0,4	-	5
1999	120	25	17	3	9	-	174		69	14,4	9,8	1,7	5,2	-	3,8
2000	144	45	25	6	5	-	225		64	20	11,1	2,7	2,2	-	4,9
2001	122	40	40	6	12	-	220		55,5	18,2	18,2	2,7	5,5	-	4,8
2002	103	45	36	11	5	-	200		51,5	22,5	18	5,5	2,5	-	4,3
Tot.	3931	342	168	56	56	45	4598		85,5	7,4	3,7	1,2	1,2	1	100

Grafico T5 – Variazione quantitativa della nuova utenza per anno di prima presa in carico. Periodo 1975/2002.





I pochi consumatori di cannabis presi in cura dai SerT nel periodo 1975/90 (30 persone in tutto sulle 1912 complessive del periodo, per una media di circa il 2% fino a tutto il 1990) nel periodo 1992/96 triplicano al 6-7%, per poi arrivare fino al 22% del 2002 (45 persone).

I cocainomani, praticamente inesistenti in precedenza (5 casi in tutto sull'intero sottoperiodo 1975/90) iniziano a presentarsi come nuovi utenti con cadenza regolare a partire dal 1991 aumentando dapprima lentamente e poi sempre più rapidamente negli ultimi anni fino al 18% del 2001 e 2002 (35/40 persone per anno).

Per i consumatori di ecstasy si riproduce, sia pure in tono minore, un andamento simile con 5 casi sporadici di consumatori di amfetamine (categorizzabili insieme a quelli di ecstasy per la similarità delle sostanze e di buona parte degli effetti) fino a tutto il 1990 e poi con una presenza regolare dapprima sparuta ed in seguito numericamente e proporzionalmente più forte, fino al 5% del 2002 (11 persone).

E' quindi un nuovo quadro, peraltro in continua evoluzione, quello che si presenta ai SerT negli ultimi anni, basandosi sull'analisi della composizione e delle caratteristiche della nuova utenza conclamata dell'area della tossicodipendenza, che vede peraltro i nuovi eroinomani progressivamente più vecchi (dai 27,9 anni di età media del 1997 ai 30,3 del 2002 – tab. T43).

Nuovo quadro che non può tener conto di un serbatoio sommerso di consumatori tuttora inquantificato, ma che ragionevolmente si è di molto dilatato rispetto alle condizioni di 5-6 anni fa, quando i SerT, come terminale del Sistema dei Servizi pubblico-privato, potevano affermare senza grossi margini d'errore di riuscire a contattare la stragrande maggioranza dei consumatori/abusatori di stupefacenti (all'80% circa ancora eroinomani).

Per capire meglio entriamo nel dettaglio degli ultimi 6 anni, 1997/2002.

I nuovi utenti che negli ultimi anni sono afferiti ai SerT modenesi e ne sono stati presi in cura sono arrivati a dividersi in due gruppi: da una parte gli eroinomani oramai "ridotti" alla metà del totale e dall'altra parte i consumatori di altre sostanze, soprattutto canna, coca ed ecstasy, oltre ai cosiddetti politossicodipendenti.

Una distinzione fondamentale che può essere fatta riguarda l'idea che questi due gruppi hanno di sé stessi e che influenza e dirige i loro comportamenti.

Mentre l'eroinomane si illude all'inizio di poter controllare l'uso dell'eroina e delle altre sostanze "di contorno", ma perlopiù sa di comportarsi (e di essere) un "tossico", poiché da quasi trent'anni l'immaginario socio-culturale diffuso e condiviso collega l'eroina con la tossicodipendenza (anche se qualcuno si autoinganna credendo di non esserlo perché si "limita" a sniffarla), altresì l'altro gruppo di tossicodipendenti e tossicofili (cocainomani, consumatori di canna ed ecstasy) non fanno di esserlo. Le loro rappresentazioni mentali del Tossicodipendente non coincidono con quelle che hanno i SerT, ed ovviamente costoro non vogliono credere di esserlo, preferiscono pensarsi come gente normale che si tira un po' su, come può capitare di farlo con gli alcolici, oppure (per loro) con il consumo contemporaneo o/e sovrapposto di alcolici e sostanze.

In tali convinzioni sono coadiuvati da forti fattori collaterali, come ad esempio:

- la forma stessa di alcune di queste sostanze, come l'ecstasy confezionata in pastiglie colorate e decorate da accattivanti immagini, associata ai luoghi di spaccio e consumo (tipici del tempo libero come bar e disco-bar, pub e birrerie, discoteche, dove è elevata la disponibilità, anche alla trasgressione, e sono invece bassi i livelli di autocontrollo);
- l'effetto imitativo o/e la pressione del gruppo o delle persone frequentate, unitamente agli effetti inizialmente percepiti come positivi su di sé e sugli altri del proprio ambiente, mentre la corretta percezione degli effetti negativi viene impedita o/e postposta dall'attivarsi di meccanismi di difesa della stabilità dell'Io come la Proiezione, che consente di pensarsi come immuni (se mai dovessero capitare problemi capiteranno agli altri e non a me);

**Elevata crescita
consumatori cannabis**

**Forte aumento
cocainomani**

**Discreto ampliamento
consumatori ecstasy**

**Divisione nuova
utenza in 2 gruppi**

**Mancata coscienza
della propria
tossicodipendenza**



- l'utilizzo improprio (per sballare, per farsi) di taluni medicinali (come gli sciroppi per la tosse che contengono codeina, le benzodiazepine, ecc.), che mantengono la loro apparenza sostanziale di medicinale (nel senso che la loro forma finisce col rappresentare anche il loro contenuto, ed il loro valore, socialmente positivo), ovverossia di qualcosa che serve per curarsi e che quindi fa bene.

Il mancato riconoscimento del pericolo da parte di queste tipologie di consumatori/abusatori è noto da anni e da parte nostra era già stato evidenziato in un rapporto redatto dall'Osservatorio nel 1998 per il Progetto "Modena Città Sicura": *Tali soggetti utilizzano un prodotto pericoloso (non riconoscendolo come tale) e sono ancora in una fase in cui i vantaggi sembrano superare gli svantaggi, non sono ancora arrivati a rendersi conto che gli effetti deleteri del loro consumare ... si stanno accumulando nel loro organismo. Alla mancata percezione del pericolo consegue una negazione del pericolo, sia da parte dei soggetti stessi che soprattutto di taluni loro familiari (più volte, accompagnando i figli al SerT che li aveva convocati per un colloquio a seguito di segnalazione prefettizia, genitori arrabbiati hanno apostrofato gli operatori con un: "ma cosa volete da noi! Il ragazzo ha solo preso una pastiglia!")*.

Mancato riconoscimento del pericolo

La successione logico-temporale dei diversi canali d'ingresso ai SerT (tab. T26) vede subito la Prefettura (età media 25,8), seguita da Medico di base (e.m. 26) e Comunità (e.m. 26,3), poi dagli altri Servizi (e.m. 27,2), cui fanno seguito la modalità spontanea (e.m. 28,4) e gli altri canali (e.m. 28,6), quindi dagli altri SerT (e.m. 29,3) ed infine dal carcere (e.m. 32,5). In sintesi:

Accessi precoci ai SerT per invii Prefettura, Medico curante e Comunità

- tramite la Prefettura si realizza un accesso anticipato rispetto a quello che avverrebbe in condizioni di "libero arbitrio", ma sicuramente meno "convinto" poiché coatto;
- tramite il Medico curante e le Comunità ha luogo un accesso mediato da operatore o ente coi quali sussiste o si è instaurato un rapporto di fiducia, all'interno di un'iniziale consapevolezza delle proprie problematiche;
- tramite gli altri Servizi (AUSL o comunali) si accede per invio di competenza nell'ambito di una situazione multiproblematica;
- tramite scelta autonoma si registra un accesso consapevole, una volta che siano maturate le esigenze di richiedere aiuto qualificato, mentre non siamo in grado di entrare nel merito relativamente ai canali d'accesso "Altre modalità", accorpati residualmente per la loro scarsa consistenza;
- tramite gli altri SerT si effettua uno spostamento di utenza (già pervenuta attraverso altri canali) per ragioni terapeutiche o di competenza territoriale;
- tramite gli Istituti penitenziari prendono contatto persone con carriera tossicomane-criminale già conclamata.

In particolare, gli invii coatti e le segnalazioni di consumatori che le Prefetture effettuano verso i SerT permettono di prendere direttamente in cura i primi (gli invii) e di contattare tempestivamente i secondi (le segnalazioni) in ottemperanza al disposto legislativo.

Tab. T26 – Età media dei nuovi utenti per canale d'accesso ai SerT.

	Canali d'accesso ai SerT									Tutti i canali eccetto la Prefettura
	Autonomo	Prefettura	Servizi vari	Altri SerT	Comunità	Medico curante	Carcere	Altro	Totale complessivo	
Età Media	28,4	25,8	27,2	29,3	26,3	26	32,5	28,6	27,8	28,3
N° utenti	537	273	98	82	63	56	21	39	1169	896

Casi missing: 140



Vengono così agganciate precocemente (a 25,8 anni d'età media, 2 anni e ½ prima degli altri canali d'accesso, dove arrivano intorno ai 28,3 anni – tab. T26) tante situazioni che difficilmente oppure solo molto tardivamente sarebbero approdate ai SerT, consentendo l'avvio di azioni di prevenzione secondaria, ancorché condizionate a livello di risultati dalle diverse reazioni emotive e dalla minore disponibilità di questo gruppo di consumatori, generalmente scontenti della coercizione subita.

Altresì, gli accessi per il tramite del medico curante o della Comunità, di età media appena superiore, pur se numericamente molto meno significativi, si propongono per un maggior probabilità di successo, sia di azioni preventive che terapeutiche.

Più in particolare, talvolta il medico curante diventa il primo punto di riferimento (poiché basato sul contatto e rapporto personale) per talune problematiche di natura delicata (malattie o problemi sessuali, consumo di sostanze, ecc.), ancorché la possibile risposta di questo sanitario possa poi spaziare dal consiglio di rivolgersi al SerT fino al tentativo di risolvere autonomamente il problema, anche in dipendenza della disponibilità dell'utente alle varie soluzioni. Pur rappresentando solo 1/20 degli accessi complessivi di nuovi utenti ai SerT (4,8% - tab. T27), gli inviati dal medico curante, poiché consumatori di canna o coca, risultano occupati nella totalità o quasi dei casi (rispettivamente per i 7/8 e per il totale – tab. T28).

Aggancio precoce e prevenzione secondaria

Tab. T27 – Sostanza d'abuso primaria a seconda del canale d'accesso ai SerT (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Canale d'accesso	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Ecstasy	Altre Sostanze	
Autonomo	457 59%	32 16%	33 27%	2 5,6%	13 36,1%	537 45,9%
Prefettura	55 7,1%	128 64%	58 47,5%	22 61,1%	10 27,8%	273 23,4%
Servizi vari	70 9%	13 6,5%	5 4,1%	4 11,1%	6 16,7%	98 8,4%
Altri SerT	72 9,3%	4 2%	4 3,3%	-	2 5,6%	82 7%
Comunità	39 5%	6 3%	10 8,2%	5 13,9%	3 8,3%	63 5,4%
Medico curante	35 3,5%	10 5%	8 6,6%	2 5,6%	1 2,8%	56 4,8%
Carcere	21 2,7%	-	-	-	-	21 1,8%
Altro	26 3,4%	7 3,5%	4 3,3%	1 2,8%	1 2,8%	39 3,3%
Totale	775 100%	200 100%	122 100%	36 100%	36 100%	1169 100%

Casi missing: 137

Aldilà della doverosa distinzione, complessivamente gli accessi coatti ai SerT realizzati attraverso il canale della Prefettura, come terminale amministrativo dell'operato delle forze dell'ordine, si caratterizzano per aver permesso a quote altamente significative di cocainomani (47,5%) e di consumatori di cannabis (64%) o di ecstasy (61,1%) di approdare ai SerT (tab. T27) e di iniziare un precoce rapporto terapeutico, ancorché avviatosi coercitivamente. Si tratta di gente che lavora, normalmente integrata, più istruita e giovane della media dei nuovi utenti.

Nello specifico oltre i 4/5 degli invii della Prefettura (81,6% rispetto alla media complessiva pari al 69,2%) riguardano persone regolarmente occupate (tab. T30), di istruzione medio-alta (sia pure per i parametri della popolazione tossicodipendente), più della media complessiva (26,7% e 32,5% tra i consumatori di canna e coca rispetto al 22,6% generale – tab. T46) e di età compresa tra i

Nuovi consumatori perlopiù lavoratori, giovani ed istruiti



15/29 anni (79,5% rispetto al 58,5% degli occupati pervenuti ai SerT da canali d'accesso diversi dalla Prefettura – tab. T29).

Tab. T28 – Sostanza d'abuso primaria degli occupati a seconda del canale d'accesso ai SerT (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Utenti Occupati	Canali d'accesso ai SerT								Totale
	Autonomo	Prefettura	Servizi vari	Altri SerT	Comunità	Medico curante	Carcere	Altro	
Eroina	262 66%	34 63%	34 61,8%	41 63,1%	22 62,9%	17 60,7%	9 56,3%	9 47,4%	428 64%
Cannabinoidi	17 68%	93 84,5%	9 75%	1 25%	2 40%	7 87,5%	-	3 42,9%	132 77,2%
Cocaina	23 76,7%	47 92,2%	2 66,7%	3 75%	7 70%	8 100%	-	4 100%	94 85,5%
Ecstasy	2 100%	18 85,7%	2 66,7%	1 100%	2 50%	-	-	1 100%	25 78,1%
Altre sostanze	5 50%	8 88,9%	3 75%	2 100%	2 66,7%	-	-	1 100%	21 70%

In questa tabella riportiamo per riga i soli nuovi utenti occupati per la loro sostanza d'abuso primaria, estrapolando tali dati da altre 5 tabelle. I valori percentuali hanno quindi senso solo nel confronto tra le singole celle (per esempio paragonando gli invii del Medico curante tra i lavoratori consumatori di eroina, cannabis e cocaina) e giammai possono essere sommati per riga o per colonna, dove evidentemente supererebbero il 100%.

Tab. T29 – Condizione lavorativa per gruppi d'età a seconda del canale d'accesso ai SerT (V.A. e %). Anni 1997-2002.

	Gruppi d'età	Condizione lavorativa					Totale
		Occupato	Lavori Saltuari	Disoccupato	Studente	Pensionato-Casalinga	
Prefettura	15-19	8 4%	-	1 3,4%	5 50%	-	14 5,7%
	20-24	85 42,5%	2 33,3%	11 37,9%	5 50%	-	103 42%
	25-29	66 33%	2 33,3%	12 41,4%	-	-	80 32,7%
	30-34	26 13%	1 16,7%	2 6,9%	-	-	29 11,8%
	35-54	15 7,5%	1 16,7%	3 10,3%	-	-	19 7,7%
	Totale	200 100%	6 100%	29 100%	10 100%	-	245 100%
Tutti i canali eccetto la Prefettura	15-19	34 6,2%	1 3,7%	9 4,1%	16 57,1%	-	60 7,2%
	20-24	122 22,3%	6 22,2%	59 26,9%	11 39,3%	1 8,3%	199 23,9%
	25-29	164 30%	7 25,9%	57 26%	1 3,6%	2 16,7%	231 27,7%
	30-34	132 24,1%	8 29,6%	48 21,9%	-	2 16,7%	190 22,8%
	35-54	95 17,3%	5 18,5%	46 21%	-	7 58,4%	153 18,4%
	Totale	547 100%	27 100%	219 100%	28 100%	12 100%	833 100%

Casi missing: 228

Un'ulteriore effetto degli accessi tramite Prefettura risiede nel contributo fornito a mantenere stabile la numerosità della nuova utenza dei SerT. Nell'intero periodo ben ¼ dei nuovi utenti (23,4%) è stato inviato dalla Prefettura (tab. T36) e questa quota è progressivamente cresciuta dal 13,7% del 1997 al 31,8% del 2002, con un vero e proprio raddoppio nel passaggio dal primo triennio 1997/1999 (media 14,1%) al secondo triennio 2000/2002 (media 31%).

Crescente importanza accessi SerT tramite Prefettura



Tab. T30 – Condizione lavorativa dei nuovi utenti per canale d'accesso ai SerT (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Condizione lavorativa	Canali d'accesso ai SerT								Totale
	Autonomo	Prefettura	Servizi Vari	Altri SerT	Comunità	Medico curante	Carcere	Altro	
Occupato	309 66,6%	200 81,6%	50 64,9%	47 62,7%	35 61,4%	32 69,6%	9 56,3%	18 56,3%	700 69,2%
Lavori saltuari	14 3%	6 2,4%	2 2,6%	3 4%	1 1,8%	-	-	2 6,3%	28 2,8%
Disoccupato	126 27,2%	29 11,8%	22 28,6%	19 25,3%	16 28,1%	12 26,1%	6 37,5%	7 21,9%	237 23,4%
Studente	12 2,6%	10 4,1%	3 3,9%	4 5,3%	5 8,8%	-	-	3 9,4%	37 3,7%
Pensionato-casalinga	3 0,6%	-	-	2 2,7%	-	2 4,3%	1 6,3%	2 6,3%	10 1%
Totale	464 100%	245 100%	77 100%	75 100%	57 100%	46 100%	16 100%	32 100%	1012 100%

Casi missing: 294

Tenuto doverosamente conto delle caratteristiche dei nuovi utenti inviati dalla Prefettura (perlopiù giovani, lavoratori, istruiti che consumano coca, canna o ecstasy), a tutt'oggi appare importante mantenere e rafforzare la portata di tale canale d'accesso poiché difficilmente tali tipologie di nuova utenza avrebbe potuto alternativamente accedere attraverso altri canali d'ingresso, se non a distanza di anni. Difatti, gli accessi ai SerT di lavoratori pervenuti per canali diversi dalla Prefettura si realizzano mediamente in età più elevata rispetto a quelli coatti indotti dalla Prefettura (gli ultratrentenni sono il doppio tra i primi rispetto ai secondi, 41,2% contro 20,5% - tab. T29).

Ad esempio, sarebbe stato difficile arrivare ai SerT spontaneamente, poiché da un lato questo avviene solo dopo la maturazione delle esigenze di ricerca d'aiuto sanitario-psicologico-economico qualificato, per contrastare le crescenti problematiche che la vita da consumatore/abusatore comporta (e solo una piccola parte di costoro anticipa l'ingresso autonomo al SerT relazionandosi anticipatamente col proprio medico curante o con una Comunità), mentre dall'altro lato l'incidenza del canale d'ingresso autonomo si è fortemente e progressivamente ridotta negli ultimi anni per tutte queste categorie di consumatori, scendendo al 18% dei cocainomani, al 10% dei consumatori di ecstasy ed al 9% di quelli di cannabis e rimanendo costante e fortemente maggioritaria soltanto per gli eroinomani, stabilmente attestati sul 60% circa (tab. T31).

Prevalentemente più giovani gli utenti inviati da Prefettura

Tab. T31 – Variazione nel tempo del canale d'accesso ai SerT "Autonomo" per sostanza d'abuso primaria (V.A. e %).

Canale Autonomo	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Ecstasy	Altre Sostanze	
1997	103 58,5%	10 34,5%	3 50%	-	5 50%	121 53,5%
1998	101 59,1%	5 20%	4 40%	1 21,5%	-	111 51,6%
1999	72 63,9%	2 8,7%	5 33,3%	-	3 50%	82 51,3%
2000	77 60,6%	4 9,5%	5 20%	-	3 60%	89 43,4%
2001	51 51%	7 18,4%	10 30,3%	-	2 22,2%	70 38%
2002	53 60,2%	4 9,3%	6 18,2%	1 10%	-	64 35,8%

In questa tabella riportiamo per riga i soli nuovi utenti pervenuti ai SerT autonomamente per ciascuno degli anni 1997/2002, estrapolando tali dati da altre 6 tabelle. I valori percentuali hanno quindi senso solo nel confronto tra le singole celle (per esempio paragonando i consumatori di cocaina pervenuti autonomamente ai SerT negli anni dal 1997 al 2002) e giammai possono essere sommati per riga o per colonna, dove evidentemente supererebbero il 100%.



Il canale d'accesso prefettizio ai SerT, se privilegia l'intercettazione e l'uscita allo scoperto perlopiù dei consumatori di determinate sostanze come coca, canna ed ecstasy, per il loro stile di vita connesso alle caratteristiche delle sostanze che utilizzano (ad esempio, consumi di sostanze nei luoghi del tempo libero notturni ed individuazione degli effetti del consumo o/e delle sostanze nell'ambito di controlli di polizia in merito alla viabilità), appare invece poco adatto ad individuare nuovi consumatori di eroina.

Difatti, nel periodo considerato 1997/2002 solo il 7% dei nuovi utenti eroinomani è pervenuto ai SerT tramite la Prefettura, rispetto al 50-60% dei consumatori di coca, canna ed ecstasy (tab. T27).

Altresì, come risultato accessorio dell'operato della Prefettura e delle peculiarità di alcune sue fonti informative (riguardanti infrazioni e reati dovuti al consumo di sostanze) come i Pronto Soccorso ospedalieri e gli Istituti Penitenziari, dove gli eroinomani da tempo conclamati spesso transitano, si realizzano presso i SerT numerose riammissioni di eroinomani già ben conosciuti, che da tempo sono o sono stati in cura.

Un'ulteriore area d'analisi riguarda la capacità d'attrazione dei SerT sull'utenza. Se la media generale di nuovi accessi spontanei nei 6 anni considerati è del 45,9%, preoccupante appare il calo della capacità di attrazione autonoma dei SerT, calata progressivamente dal 53,5% del 1997 al 35,8% del 2002 (tab. T36). E sono drasticamente calati solo i consumatori di sostanze diverse dall'eroina, confermando come l'immagine proiettata sia quella di servizi per eroinomani.

Paradossalmente, se la politica di Riduzione del Danno sembra aver fatto segnare positivi progressi in termini di riduzione della mortalità e delle sieroconversioni (effetti da misurarsi più precisamente nel medio-lungo periodo), per converso pare aver anche contribuito a radicalizzare l'immagine dei SerT connotandola come servizio per i tossicodipendenti conclamati, perlopiù consumatori/abusatori di droghe pesanti. Parte di loro sono in corso di recupero o recuperati ad una certa integrazione familiare, sociale, lavorativa grazie alla terapia metadonica di mantenimento, altri invece sono in condizioni di forte dipendenza da sostanze, tendenzialmente cronica e recidivante, con comportamenti di autoemarginazione sociale.

Continua a funzionare la rete complessiva del Sistema dei Servizi (Comunità, altri SerT, altri servizi AUSL o comunali), che si integra ai collegamenti istituzionali disegnati dalla legge 162/90 (Prefettura ed Istituti Penitenziari) nel mantenere per ora stabile il flusso della nuova utenza.

Si propone però come oggetto di discussione e confronto il problema dell'immagine pubblica del SerT nell'area della tossicodipendenza, soprattutto in tempi nei quali i nuovi consumatori di sostanze, i nuovi utenti non coincidono più soltanto con gli eroinomani, ma anzi tendono a differenziarsene marcatamente.

Diventa importante allora ripensare il modus operandi con uno sforzo di fantasia che permetta di leggere e rivedere le consuetudini di lavoro, anche cogliendo piccoli suggerimenti operativi già attuati da colleghi di altri SerT, come ad esempio la convocazione su appuntamento delle segnalazioni prefettizie per art.121 (nel rispetto del vero spirito della legge, teso in questo caso a favorire una precoce reciproca conoscenza), anziché procedere al semplice e generico invito a presentarsi (nel primo caso sono più frequenti gli esiti positivi dell'invito, con conseguente modifica nell'utente dell'idea preconcepita che ha del SerT, a beneficio quantomeno di un futuro più precoce accesso, allorquando ne siano adeguatamente maturate le condizioni).

Ma l'esempio succitato non può prescindere da un più ampio ripensamento della distribuzione dell'importanza attribuita ai diversi canali d'accesso ai SerT, con susseguente spostamento del baricentro delle azioni verso una maggiore

**Prevalentemente
vecchi utenti gli
Eroinomani inviati da
Prefettura**

**Cala la capacità
d'attrazione del SerT**

**Immagine del SerT
come servizio per
eroinomani**

**Necessarie nuove
strategie e nuovi
protocolli terapeutici**



intraprendenza operativa, aumentando la quota di prevenzione secondaria in diretto collegamento con gli obiettivi (ben diversi per questa nuova utenza dal contenimento attuato per gli eroinomani), a loro volta forzatamente commisurati ad una corretta ed adeguata dotazione di risorse.

Gli interrogativi da porsi e le conseguenti azioni da implementarsi riguardano anche i protocolli terapeutici da individuare ed aggiornare in riferimento alle nuove categorie di utenti numericamente cresciute e crescenti.

Se infatti molte delle energie dei SerT vengono assorbite dal prendersi cura dei difficili e cronicizzanti casi da eroina sulla base di protocolli oramai solidamente testati, le emergenti e diversificate forme di consumo ed abuso richiedono la messa a punto e continua taratura di protocolli terapeutici specifici, con un ripensamento globale della distribuzione delle energie, che non dimentichiamo debbono fronteggiare anche il crescente accesso di alcolisti, il forte flusso di tabagisti ed i primi arrivi di "gamblers", cioè dei giocatori d'azzardo.

Infine, riteniamo utile per tutti ribadire la necessità di disporre per l'analisi di flussi costanti di dati ed informazioni registrate dai Sert e dalle Comunità nei rispettivi sistemi informativi, continuando sulla strada percorsa ed avviando alle carenze che abbiamo registrato anche solo in riferimento ai dati relativi alla nuova utenza, peraltro oggetto di particolare attenzione da parte delle statistiche ministeriali e regionali, nonché a breve dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe di Lisbona.

**Indispensabile
costante e corretta
registrazione dati**

ANALISI DESCRITTIVA PARTICOLAREGGIATA

Dal 1997 al 2002 i nuovi utenti tossicodipendenti nella nostra provincia sono stati 1306, per quasi 7/8 di sesso maschile (tab. T32).

Pur mantenendosi complessivamente costante tra inizio e fine periodo, l'ingresso di nuovi utenti sia maschi che femmine ha seguito leggere oscillazioni proporzionali negli anni.

**evoluzione
quantitativa riferita
alla differenza di
genere**

Tab. T32 – Evoluzione quantitativa dei nuovi utenti in carico ai SerT Provinciali (V.A. e %). Anni 1997–2002

Sesso	Anno di prima presa in carico						Totale
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Femmine	33 12,8%	38 16,5%	23 13,2%	28 12,4%	32 14,5%	25 12,5%	179 13,7%
Maschi	224 87,2%	192 83,5%	151 86,8%	197 87,6%	188 85,5%	175 87,5%	1127 86,3%
Totale	257 100%	230 100%	174 100%	225 100%	220 100%	200 100%	1306 100%

Il SerT di Modena, col più numeroso bacino d'utenza della provincia, presenta conseguentemente la maggior proporzione di nuovi ingressi (35,8%), complessivamente costante negli anni (tab. T33).

Segue Sassuolo (22,1%), con una altalenanza negli anni di circa 5 punti percentuali.

Carpi, Mirandola e Vignola registrano una percentuale simile (intorno all'11-13%), con una forte variazione nel 2002.

Pavullo evidenzia la minore proporzione provinciale (6,2%), con un calo di un terzo circa nell'ultimo triennio.

**evoluzione
quantitativa nei
singoli SerT**



Tab. T33 - Evoluzione quantitativa dei nuovi utenti per singolo SerT (V.A. e %). Anni 1997-2002

SerT	Anno di prima presa in carico						Totale
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Carpi	36 <i>14%</i>	32 <i>13,9%</i>	20 <i>11,5%</i>	25 <i>11,1%</i>	20 <i>9,1%</i>	35 <i>17,5%</i>	168 12,9%
Mirandola	36 <i>14%</i>	24 <i>10,4%</i>	19 <i>10,9%</i>	35 <i>15,6%</i>	29 <i>13,2%</i>	14 <i>7%</i>	157 12%
Modena	92 <i>35,8%</i>	79 <i>34,3%</i>	60 <i>34,5%</i>	80 <i>35,6%</i>	85 <i>38,6%</i>	71 <i>35,5%</i>	467 35,8%
Sassuolo	50 <i>19,5%</i>	54 <i>23,5%</i>	42 <i>24,1%</i>	45 <i>20%</i>	55 <i>25%</i>	42 <i>21%</i>	288 22,1%
Pavullo	19 <i>7,4%</i>	19 <i>8,3%</i>	12 <i>6,9%</i>	10 <i>4,4%</i>	11 <i>5%</i>	10 <i>5%</i>	81 6,2%
Vignola	24 <i>9,3%</i>	22 <i>9,6%</i>	21 <i>12,1%</i>	30 <i>13,3%</i>	20 <i>9,1%</i>	28 <i>14%</i>	145 11,1%
Totale	257 100%	230 100%	174 100%	225 100%	220 100%	200 100%	1306 100%

Nell'intervallo di tempo considerato l'età media è cresciuta complessivamente di circa 6 mesi, dai 27,6 anni nel 1997 ai 28,2 anni nel 2002 (tab. T34).

La classe di età maggiormente rappresentata è quella 20-29 anni (56,8%), calata del 6,2% entro il 2002, mentre è contemporaneamente aumentata la classe di età 35-44 (+ 5,6%).

Aumento dell'età media

Tab. T34 – Evoluzione dell'età media dei nuovi utenti per SerT e anno di presa in carico (V.A. e %). Anni 1997-2002

SerT	Anno di prima presa in carico											
	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.
Carpi	26,5	7,3	25,8	6,8	26,4	6,5	27,3	5,8	28,9	6,1	26,7	5,2
Mirandola	27,3	5,5	26,3	6,5	27,2	6,8	26,6	5,6	28,8	6,4	27,9	6,3
Modena	27,9	5,8	28,1	6,5	28,2	7,3	28,5	7,5	29,1	6,9	29,5	8,2
Sassuolo	28,0	6,4	26,6	5,6	28,8	6,1	27,1	4,8	26,0	5,2	26,5	6,0
Pavullo	29,6	5,7	25,9	3,7	26,3	6,0	28,3	8,0	24,9	4,6	27,1	9,2
Vignola	26,6	5,5	27,5	5,7	29,0	6,4	28,9	4,5	31,7	8,5	29,7	4,7
Totale	27,6	6,10	27,0	6,0	28,0	6,7	27,9	6,5	28,3	6,7	28,2	7,0

Sul totale complessivo l'88,4% risiede nella nostra provincia, mentre il restante 11,6% si divide tra chi è residente in altre province dell'Emilia Romagna (9,7%), chi risiede in altre regioni italiane e/o all'estero (1,9%).

Possiamo affermare che rispetto al passato i nuovi utenti non residenti stanno progressivamente aumentando (tab. T35).

Aumento dei non residenti



Tab. T35 - Evoluzione quantitativa dei nuovi utenti tossicodipendenti per residenza (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Residenza in Provincia di Modena	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totale
Residenti	230 89,5%	198 86,1%	156 89,7%	203 90,2%	196 89,1%	171 85,5%	1154 88,4%
Non Residenti	27 10,5%	32 13,9%	18 10,3%	22 9,8%	24 10,9%	29 14,5%	152 11,6%
Totale	257 100%	230 100%	174 100%	225 100%	220 100%	200 100%	1306 100%

Nel periodo considerato 1997/2002 il canale più frequente d'accesso al SerT (o canale di invio) dei nuovi utenti risulta mediamente essere quello spontaneo (45,9%), anche se la tendenza espressa è quella di un forte ridimensionamento a favore degli invii tramite Prefettura (tab. T36).

In leggera crescita anche gli accessi tramite comunità, mentre si presentano altalenanti gli invii da altri Servizi AUSL o comunali e dagli Istituti penitenziari.

Calano di circa un terzo gli invii da parte del medico curante e dagli altri SerT.

Le differenze tra maschi e femmine sono ravvisabili soprattutto nell'invio tramite la Prefettura (la proporzione di maschi è doppia di quella delle femmine, 25,3% rispetto all'11,2%).

Invio autonomo:
 modalità scelta dalla
 maggioranza degli
 utenti

Tab. T36 Distribuzione dei nuovi utenti per canale d'invio al SerT e anno di presa in carico (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Canale d'invio	Anno di prima presa in carico						Totale
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Autonomo	121 53,5%	111 51,6%	82 51,3%	89 43,4%	70 38,0%	64 35,8%	537 45,9%
Prefettura	31 13,7%	39 18,1%	27 16,9%	62 30,2%	57 31%	57 31,8%	273 23,4%
Servizi vari	20 8,8%	21 9,8%	14 8,8%	8 3,9%	20 10,9%	15 8,4%	98 8,4%
Altri SerT	16 7,1%	16 7,4%	10 6,3%	20 9,8%	11 6%	9 5%	82 7%
Comunità	15 6,6%	8 3,7%	13 8,1%	4 2%	10 5,4%	13 7,3%	63 5,4%
Medico curante	15 6,6%	10 4,7%	9 5,6%	8 3,9%	6 3,3%	8 4,5%	56 4,8%
Carcere	4 1,8%	6 2,8%	-	5 2,4%	4 2,2%	2 1,1%	21 1,8%
Altro	4 1,8%	4 1,9%	5 3,1%	9 4,4%	6 3,3%	11 6,1%	39 3,3%
Totale	226 100%	215 100%	160 100%	205 100%	184 100%	179 100%	1169 100%

Casi missing: 137

Poco più di 1/8 (13,4%) dei nuovi utenti possiedono al massimo un titolo di studio inferiore alla scuola dell'obbligo (licenza elementare, o meno), mentre quasi i 2/3 (64%) hanno conseguito la licenza media (tab. T37).

Complessivamente meno di ¼ hanno proseguito positivamente gli studi, pressochè equamente divisi tra un titolo di scuola professionale (10,1%) ed un diploma di maturità (11,2%). Risibili sono le quote di laureati (1,3%).

Differenze si colgono tra i diversi SerT, con Pavullo che ha utenti più scolari (25%) e Sassuolo con i meno istruiti (17,7%).

**La maggioranza dei
 nuovi utenti ha
 ultimato la scuola
 dell'obbligo**



Tab. T37 - Distribuzione dei nuovi utenti per SerT e titolo di studio (V.A. e %). Anni 1997-2002

SerT	Titolo di studio				Totale
	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza scuola media inferiore	Qualifica professionale	Diploma di maturità o Laurea	
Carpi	12 8,2%	101 69,2%	18 12,3%	15 10,3%	146 100%
Mirandola	11 8,0%	93 67,4%	13 9,4%	21 15,2%	138 100%
Modena	63 14,7%	261 60,8%	52 12,1%	53 12,4%	429 100%
Sassuolo	59 20,5%	178 61,8%	20 6,9%	31 10,8%	288 100%
Pavullo	5 8,9%	37 66,1%	5 8,9%	9 16,1%	56 100%
Vignola	6 5,5%	76 69,7%	10 9,2%	17 15,6%	109 100%
Totale	156 13,4%	746 64,0%	118 10,1%	146 12,5%	1166 100%

Casi missing: 140

Tab. T38 - Distribuzione dei nuovi utenti per anno di prima presa in carico e titolo di studio (V.A. e %). Anni 1997-2002

Anno di prima presa in carico	Titolo di studio				Totale
	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza scuola media inferiore	Qualifica professionale	Diploma di maturità o Laurea	
1997	22 10,5%	153 72,5%	18 8,5%	18 8,5%	211 100%
1998	32 15,0%	132 62,0%	15 7,0%	34 16,0%	213 100%
1999	29 18,6%	93 59,6%	17 10,9%	17 10,9%	156 100%
2000	28 13,9%	125 62,2%	28 13,9%	20 10,0%	201 100%
2001	19 9,8%	125 64,4%	21 10,8%	29 15,0%	194 100%
2002	26 13,6%	118 61,8%	19 10,0%	28 14,7%	191 100%
Totale	156 13,4%	746 64,0%	118 10,1%	146 12,5%	1166 100%

Casi missing: 140

La maggioranza (80,8%) risulta celibe/nubile, condizione che non ha subito modifiche nel corso del periodo di riferimento (tab. T39).

Differenze si possono cogliere tra i diversi SerT: Carpi si distingue una più elevata proporzione di celibi/nubili (90,9%), mentre gli utenti coniugati si trovano con frequenza maggiore a Modena (14,1%).

Infine, i separati/divorziati fanno registrare la percentuale più alta a Mirandola (15,9%).

Netta maggioranza di celibi/nubili



Tab. T39 - Distribuzione dei nuovi utenti tossicodipendenti per SerT e stato civile (V.A. e %). Anni 1997-2002

SerT	Stato civile			Totale
	Celibe/nubile	Coniugato	Separato/divorziato	
Carpi	150 90,9%	5 3,0%	10 6,1%	165 100%
Mirandola	35 79,5%	2 4,6%	7 15,9%	44 100%
Modena	350 75,0%	66 14,1%	51 10,9%	467 100%
Sassuolo	242 84,3%	34 11,9%	11 3,8%	287 100%
Pavullo	62 79,5%	7 9,0%	9 11,5%	78 100%
Vignola	97 89,9%	16 13,7%	4 3,4%	117 100%
Totale	936 80,8%	130 11,2%	92 8,0%	1158 100%

Casi missing: 148

La maggioranza (69.3%) dei nuovi utenti tossicodipendenti al momento della loro presa in carico risulta svolgere una regolare occupazione, e tale proporzione è aumentata nel corso degli anni dall'iniziale 58,9% al 71,4% finale (tab. T40).

I disoccupati (23%) registrano invece un calo costante, riducendosi di 2/3. Sono invece raddoppiati gli studenti e cresciuti coloro che svolgono un lavoro di tipo saltuario.

Calo dei disoccupati

Tab. T40 - Distribuzione dei nuovi utenti per anno di presa in carico e condizione lavorativa (V.A. e %). Anni 1997-2002

Anno di prima presa in carico	Condizione lavorativa					Totale
	occupato regolarmente	lavori saltuari	disoccupato	studente	pensionato-casalinga	
1997	109 58,9%	4 2,2%	64 34,6%	5 2,7%	3 1,6%	185 100%
1998	116 63,0%	2 1,1%	56 30,4%	8 4,4%	2 1,1%	184 100%
1999	93 65,5%	4 2,8%	40 28,2%	4 2,8%	1 0,7%	142 100%
2000	135 73,4%	6 3,3%	35 19,0%	7 3,8%	1 0,5%	184 100%
2001	157 82,2%	-	28 14,7%	3 1,6%	3 1,6%	191 100%
2002	137 71,4%	17 8,9%	25 13,0%	11 5,7%	2 1,0%	192 100%
Totale	747 69,3%	33 3,1%	248 23,0%	38 3,5%	12 1,1%	1078 100%

Casi missing: 228

Sul totale complessivo i 2/3 (66,8%) abusano primariamente di eroina, seguiti dai consumatori di cannabinoidi (16,5%) e dai cocainomani (10,4%).

Nei 6 anni considerati (tab. T41) il trend è risultato crescente per i nuovi utenti consumatori di cannabinoidi (raddoppio), cocaina (sestuplicazione) ed ecstasy (triplicazione) mentre è fortemente calante per gli eroinomani (riduzione di 1/3).

Evoluzione della sostanza primaria di abuso negli anni



Tab. T41 - Distribuzione dei nuovi utenti tossicodipendenti per anno di prima presa in carico e sostanza d'abuso primaria (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Anno di prima presa in carico	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Ecstasy	Altre Sostanze	
1997	202 78,6%	31 12,1%	7 2,7%	5 1,9%	12 4,7%	257 100%
1998	181 78,7%	29 12,6%	11 4,8%	8 3,5%	1 0,4%	230 100%
1999	120 69,0%	25 14,4%	17 9,8%	3 1,7%	9 5,2%	174 100%
2000	144 64,0%	45 20,0%	25 11,1%	6 2,7%	5 2,2%	225 100%
2001	122 55,5%	40 18,2%	40 18,2%	6 2,7%	12 5,5%	220 100%
2002	103 51,5%	45 22,5%	36 18,0%	11 5,5%	5 2,5%	200 100%
Totale	872 66,8%	215 16,5%	136 10,4%	44 3,4%	39 3,0%	1306 100%

Abbiamo correlato l'uso di sostanze primarie con l'età dei nostri utenti (tab. T42) ed è emerso che i consumatori di:

- cannabinoidi e di ecstasy sono mediamente più giovani, poiché maggiormente concentrati nella classe di età 15-24 (rispettivamente 61,4% e 61,5%);
- eroina risultano mediamente più maturi, giacchè perlopiù concentrati nella classe di età 25-34 (54,8%).

**Consumo di
sostanze in
relazione all'età**

Tab. T42 – Distribuzione dei nuovi utenti tossicodipendenti per classe di età e sostanza d'abuso primaria (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Classe d'età	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Ecstasy	Altre sostanze	
15-19	37 4,2%	36 16,7%	8 5,9%	7 17,9%	-	88 6,7%
20-24	202 23,2%	96 44,7%	45 33,1%	17 43,6%	15 34,1%	375 28,7%
25-29	254 29,1%	55 25,6%	40 29,4%	11 28,2%	7 15,9%	367 28,1%
30-34	224 25,7%	21 9,8%	22 16,2%	4 10,3%	7 15,9%	278 21,3%
35-39	108 12,4%	6 2,8%	13 9,6%	-	12 27,3%	139 10,6%
40-44	34 3,9%	1 0,5%	6 4,4%	-	1 2,3%	42 3,2%
45-54	13 1,5%	-	2 1,5%	-	2 4,5%	17 1,3%
Totale	872 100%	215 100%	136 100%	39 100%	44 100%	1306 100%

Nei nuovi utenti eroinomani degli anni 1997/2002 rileviamo un aumento dell'età media di quasi 3 anni (dai 27,6 ai 30,3 anni), analogamente a quanto evidenziato nell'analisi di tutti gli utenti in terapia ai SerT nel corso del 2002 (tab. T43).

**Nuovi utenti
eroinomani sono
sempre più maturi**



Tab. T43 – Età media dei nuovi utenti tossicodipendenti per sostanza d'abuso primaria (V.A. e %). Anni 1997-2002

Sostanza d'abuso primaria	Anno di prima presa in carico											
	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.
Eroina	27,6	5,9	27,9	5,7	29,1	6,5	29,3	5,8	30,1	7,1	30,3	7,1
Cannabinoidi	24,1	3,8	22,5	4,0	22,9	5,3	23,0	4,6	25,3	5,5	25,1	5,3
Cocaina	35,6	5,5	27,7	8,1	28,7	7,8	27,0	6,6	25,9	4,3	26,9	7,1
Ecstasy	24,6	5,5	20,5	3,0	26,7	6,1	28,3	1,9	21,5	3,2	23,2	3,6
Altre sostanze	29,4	9,2	43,0	-	27,3	6,9	31,2	10,9	30,3	6,2	32,0	5,9
Totale	27,6	6,1	27,0	6,0	28,0	6,76	27,8	6,3	28,3	6,7	28,2	7,0

Tab. T44 - Distribuzione dei nuovi utenti per anno e sostanza d'abuso primaria. **FEMMINE** (V.A. e %) Anni 1997–2002

Anno di prima presa in carico	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	eroina	cannabinoidi	cocaina	extasy	Altre sostanze	
1997	31 93,9%	1 3,0%	-	-	1 3,0%	33 100%
1998	30 78,9%	3 7,9%	3 7,9%	2 5,3%	-	38 100%
1999	19 82,6%	1 4,3%	2 8,7%	-	1 4,3%	23 100%
2000	22 78,6%	1 3,6%	2 7,1%	1 3,6%	2 7,1%	28 100%
2001	21 65,6%	3 9,4%	5 15,6%	-	3 9,4%	32 100%
2002	13 52,0%	1 4,0%	6 24,0%	2 8,0%	3 12,0%	25 100%
Totale	136 76,0%	10 5,6%	18 10,1%	5 2,8%	10 5,6%	179 100%

Tab. T45 - Distribuzione dei nuovi utenti per anno e sostanza d'abuso primaria. **MASCHI** (V.A. e %) Anni 1997–2002

Anno di prima presa in carico	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	eroina	cannabinoidi	cocaina	extasy	Altre sostanze	
1997	171 76,3%	30 13,4%	7 3,1%	5 2,2%	11 4,9%	224 100%
1998	151 78,6%	26 13,5%	8 4,2%	6 3,1%	1 0,5%	192 100%
1999	101 66,9%	24 15,9%	15 9,9%	3 2,0	8 5,3%	151 100%
2000	122 61,9%	44 22,3%	23 11,7%	5 2,5%	3 1,5%	197 100%
2001	101 53,7%	37 19,7%	35 18,6%	6 3,2	9 4,8%	188 100%
2002	90 51,4%	44 25,1%	30 17,1%	9 5,1%	2 1,1%	175 100%
Totale	736 65,3%	205 18,2%	118 10,5%	34 3,0%	34 3,0%	1127 100%



Rispetto alla differenza di genere (tabb. T44-45) possiamo constatare alcune particolarità distintive nell'abuso di sostanze:

- Le femmine consumatrici di eroina sono calate nel corso degli anni (da 93,9% nel 1997 al 52% nel 2002), e sono aumentate soprattutto le dipendenti da cocaina dallo 0% nel 1997 al 24% nel 2002.
- I maschi eroinomani sono calati nel corso degli anni (da 76,3% nel 1997 a 51,4% nel 2002) mentre sono nettamente aumentati i consumatori di cannabinoidi (da 13,4% nel 1997 a 25,1% nel 2002) e di cocaina (da 3,1% nel 1997 al 17,1% nel 2002).

**Sostanza primaria
d'abuso e sesso**

Analizzando la sostanza di abuso principale in correlazione con il titolo di studio (tab. T46), i più scolarizzati risultano essere i consumatori di cocaina (32,5% di studi superiori all'obbligo), seguiti da quelli di cannabinoidi (26,7%), da quelli di ecstasy (24,3%) ed infine da quelli di eroina (19,8%).

**Sostanza primaria
d'abuso e
scolarizzazione**

Tab. T46 - Distribuzione dei nuovi utenti per titolo di studio e sostanza d'abuso primaria (V.A. e %). Anni 1997-2002

Titolo di Studio	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Ecstasy	Altre Sostanze	
Nessun titolo/ Scuole Elementari	123 15,8%	18 9,4%	5 4,1%	1 2,7%	9 24,3%	156 13,4%
Licenza scuole medie Inferiori	501 64,4%	122 63,9%	78 63,4%	27 73%	18 48,6%	746 64%
Qualifica professionale	65 8,4%	26 13,6%	18 14,6%	4 10,8%	5 13,5%	118 10,1%
Diploma scuole medie superiori/Laurea	89 11,4%	25 13,1%	22 17,9%	5 13,5%	5 13,5%	146 12,5%
Totale	778 100%	191 100%	123 100%	37 100%	37 100%	1166 100%

Casi missing: 140

Analizzando la sostanza d'abuso primaria in riferimento allo stato civile (tab. T47), possiamo osservare soltanto una sovrarappresentazione proporzionale di celibi/nubili tra i consumatori di cannabinoidi (90,1% rispetto ad una media di 80,8%) ed una quota leggermente maggiore di coniugati tra cocainomani ed eroinomani (13,7% e 12,9% rispetto ad una media di 11,2%).

**Sostanza primaria
d'abuso e stato civile**

Tab T47 - Distribuzione dei nuovi utenti tossicodipendenti Stato civile per e sostanza d'abuso primaria (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Stato civile	Sostanza d'abuso primaria					Totale
	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Ecstasy	Altre Sostanze	
Celibe/nubile	611 78,6%	172 90,1%	93 79,5%	29 85,3%	31 79,5%	936 80,8%
Coniugato/a	100 12,9%	8 4,2%	16 13,7%	2 5,9%	4 10,3%	130 11,2%
Separato/divorziato	66 8,5%	11 5,8%	8 6,8%	3 8,8%	4 10,3%	92 7,9%
Totale	777 100%	191 100%	117 100%	34 100%	39 100%	1158 100%

Casi missing: 148



1.3. - VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO PROTRATTO CON METADONE DA PARTE DI UN CAMPIONE DI SOGGETTI IN CURA AMBULATORIALE

Premessa

Il trattamento con metadone a mantenimento ormai da alcuni decenni è dimostrato essere, in base ad una letteratura scientifica consistente e sostanzialmente univoca, efficace per la cura dei disturbi di dipendenza da oppiacei.

Nel nostro ambito culturale, superata – almeno in parte – la diffidenza ideologica nei confronti dell'uso degli agonisti, si è diffusa la convinzione che il trattamento sostitutivo protratto debba essere "integrato", cioè associato ad altre forme di sostegno, di cura e/o di riabilitazione.

Presso il SerT di Modena, nel corso del 2002, 237 pazienti hanno effettuato trattamenti protratti con metadone per periodi lunghi (142 paz. > sei mesi) o medi (95 paz. 30 – 180 gg.). Per la grande maggioranza di questi soggetti, si è trattato di trattamenti integrati.

Obiettivo generale di un trattamento sostitutivo è quello di contribuire a determinare un miglioramento sensibile dello stile di vita, ivi compresa la cessazione o la riduzione significativa di oppiacei o, in senso più lato, di sostanze psicoattive.

E' chiaro che uno studio degli esiti dei trattamenti deve essere fatto con strumenti di misura obiettivi, cioè attraverso indicatori misurabili e valutabili. Una diversa strada, collegabile con gli studi di soddisfazione del cliente, è quella di raccogliere il giudizio soggettivo dato dal paziente in trattamento. In questo secondo caso, lo studio non è relativo all'esito, ma all'immagine, alla rappresentazione mentale che i diretti interessati hanno della cura alla quale si sottopongono e dei risultati ottenuti.

Obiettivo

Il SerT di Modena alla fine dell'anno 2002 ha dato avvio ad una ricerca per indagare la valutazione del trattamento metadonico protratto stabilizzato da parte di un campione di persone in carico al Servizio.

Si tratta essenzialmente di uno studio pilota in vista di ulteriori approfondimenti a più ampio respiro nell'area della soddisfazione del cliente dei SerT aziendali.

Metodi e strumenti

I soggetti reclutabili allo studio sono stati individuati negli utenti in trattamento con metadone stabilizzato da almeno tre mesi, con accesso all'ambulatorio presso il SerT di Modena nell'ultima metà del mese di febbraio e nella prima metà del mese di marzo 2003.

A tutte le persone soddisfacenti il criterio di inclusione nel definito arco temporale, è stato chiesto il consenso all'intervista da parte di un professionista, esterno al servizio ed in tirocinio presso lo stesso.

Lo strumento d'indagine è costituito da un questionario, che è stato autosomministrato (in caso di difficoltà nella comprensione delle domande in sede di compilazione dello stesso era comunque presente il professionista in tirocinio presso il SerT).

Le domande, per lo più a risposta chiusa, hanno riguardato particolari aspetti legati al trattamento: percezione dell'efficacia del trattamento e degli aspetti benefici ad esso collegati nei termini di vissuto complessivo quotidiano; gli effetti collaterali; il rapporto con gli operatori del servizio; l'utilizzo di sostanze stupefacenti; dati anagrafici generici: età e sesso.

Risultati

I soggetti disponibili a collaborare alla ricerca sono stati complessivamente 71, di cui 51 maschi (71.8%) e 20 femmine (28.2%), costituenti circa il 64% delle persone a cui il questionario era stato proposto.

L'età media è pari 36.72 anni (dev. std. 6.99), rispettivamente 36 per le femmine (dev. std. 7.03) e 37.03 (dev. std. 7.03).

Di seguito vengono riportati sinteticamente i risultati per area indagata dal questionario.

L'efficacia. Il trattamento protratto con metadone è ritenuto efficace dalla maggior parte dei rispondenti (tabb. M1 e M2).

In sostanza, i trattamenti sono considerati efficaci – completamente o molto – dal 53.5% dei soggetti: tale percentuale sale al 88.7% se si includono anche coloro che lo ritengono abbastanza efficace. I non convinti dell'efficacia – "poco" o "per nulla", viceversa, rappresentano solo l'11.3% del campione.



La positiva valutazione del trattamento è confermata dal fatto che, alla domanda relativa alla percezione degli aspetti benefici legati al trattamento protratto con metadone, il 43.7% risponde: “ho una vita quasi normale”, mentre un non trascurabile 22.5% risponde: “ho una vita del tutto normale”. Il 31.0% sperimenta un vissuto ancora instabile (“ho qualche alto e basso”), solo il 2.8% non riscontra aspetti benefici legati al trattamento.

Il test del chi-quadrato utilizzato per verificare la relazione tra la percezione dell'efficacia del trattamento e i benefici ottenuti dallo stesso in termini di vissuto quotidiano, risulta statisticamente significativa ($p=0.000$).

Effetti collaterali. Nel questionario sono stati previsti sei possibili effetti collaterali: sonnolenza, appiattimento emotivo, stitichezza, sudorazione, calo della sessualità, caviglie gonfie, a cui si aggiunge la voce: “altro” con l'invito a specificare.

Complessivamente, il 28.6% dei soggetti riferisce di non riscontrare effetti collaterali, mentre il 71.4% ne ha rilevazione. L'analisi per sesso ricalca questa stessa distribuzione percentuale.

Gli effetti collaterali sono così segnalati:

- sudorazione: 41.4%
- calo della sessualità: 25.7%
- sonnolenza: 22.9%
- stitichezza: 21.4%
- appiattimento emotivo: 17.1%
- caviglie gonfie: 6.0%

Sei soggetti infine segnalano altri effetti collaterali (8.6%), quali: amenorrea, assuefazione, aumento di peso, vomito al mattino.

Rapporto con personale infermieristico. Il rapporto con il personale infermieristico viene giudicato positivamente dal 94.4% degli utenti intervistati.

In particolare è valutato “molto buono” dal 35.2% degli intervistati, “abbastanza buono” dal 59.2% anche se “insoddisfacente” dal 5.6%.

Integrazione dei trattamenti. Lo studio ha voluto indagare anche quanto il trattamento con metadone stabilizzato era limitato a se stesso e quanto invece risultava integrato in un programma più ampio sull'utente. A tal fine è stato chiesto ai rispondenti di indicare con quali altre figure professionali del SerT: medico, psicologo, assistente, sociale ed educatore ha contatti, oltre ovviamente al personale infermieristico. Il 18.3% degli intervistati riferisce di effettuare solo la semplice cura farmacologica con metadone, mentre il restante 81.7% ha usufruito di servizi più strutturati.

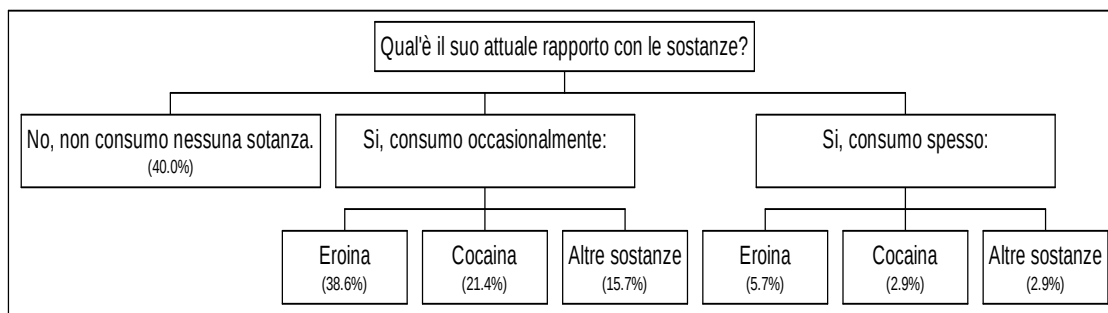
In particolare, oltre alla cura metadonica, l'11.3% effettua anche controlli e visite mediche, il 8.5% incontri con l'educatore, il 5.6% colloqui con lo psicologo ed ancora il 5.6% incontri con l'assistente sociale.

La restante quota di utenti è distribuita tra coloro che effettuano programmi di cura che prevedono la relazione con due o più figure professionali, oltre al trattamento metadonico (tab. M3); da segnalare che l'8.4% è seguito con programmi altamente integrati che prevedono la compresenza di tutti gli operatori del servizio.

Soddisfazione complessiva. Il giudizio complessivo sul trattamento metadonico a mantenimento ricevuto presso il SerT è positivo per la quasi totalità dei rispondenti: 94.3%. Solo il 5.7% giudica il trattamento non soddisfacente.

Rapporto con le sostanze. I possibili comportamenti di abuso associati al trattamento vengono distinti in:

1) Nessun consumo di sostanze, 2) Consumo occasionale di sostanze, 3) Consumo frequente di sostanze, come rappresentato nel diagramma sottostante.



Il 40.0% dei soggetti in trattamento metadonico intervistati dichiara di non consumare nessuna sostanza. Tra coloro, invece, che non riescono a sostenere una situazione di astinenza, il 38.6% dichiara di consumare occasionalmente eroina; il 21.4% cocaina; il 15.7% consuma altre sostanze. Per quanto riguarda il consumo frequente di sostanze, il 5.7% consuma eroina; il 2.9% consuma cocaina e ancora il 2.9% consuma altre sostanze.

Discussione

Questa ricerca nasce dall'esigenza del Servizio di Modena di conoscere i risultati del proprio intervento, nello specifico del trattamento con metadone a mantenimento, attraverso la lettura degli utenti target dell'intervento stesso, riconoscendo quindi a loro un ruolo attivo nella definizione della qualità del trattamento erogato.

La ricerca pur nei limiti metodologici di un campione non probabilistico e numericamente limitato nonché di uno strumento di ricerca eccessivamente sintetico, evidenzia aspetti di indiscusso interesse.

La grande maggioranza degli utenti, dopo un trattamento con metadone di almeno tre mesi ha un'immagine positiva dello stesso: più della metà lo considera molto o completamente efficace, mentre si arriva a nove pazienti su dieci se si include la categoria dell'"abbastanza" efficace.

Fornisce inoltre indicazioni circa la percezione della qualità di vita da parte del soggetto sottoposto a trattamento: due pazienti su tre riferiscono di avere una vita normale del tutto o quasi. Sembra anche che gli utenti si rendano conto del fatto che questi benefici vengono ottenuti a prezzo di qualche effetto collaterale: tre su dieci affermano di non percepirli, ma la maggioranza ne dà segnalazione.

Non solo, otto pazienti su dieci hanno la percezione di ricevere presso il SerT non un trattamento fine a se stesso ma integrato con altri interventi di sostegno.

Per quanto riguarda infine il rapporto con le sostanze stupefacenti, il 40% dei soggetti riferisce di avere interrotto del tutto il rapporto con le sostanze; il consumo occasionale riguarda percentuali di pazienti contenute, a seconda delle sostanze, tra il 15% e il 40% circa, mentre quello continuativo (chiaro segno di inefficacia del trattamento) riguarda percentuali comprese, tra il 3% e il 6%.

Complessivamente quindi questa prima ricerca ha fornito agli operatori del SerT utili elementi di riflessione interna, fornendo altresì indicazioni di approfondimento in future ricerche da sviluppare nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze della Provincia di Modena.

Tab. M1 - Percezione dell'efficacia del trattamento con metadone protratto

Secondo lei, nel suo caso, il trattamento protratto con metadone quanto è efficace?	Valori Assoluti	Valori Percentuali
Completamente	16	22.5
Molto	22	31
Abbastanza	25	35.2
Poco	7	9.9
Per nulla	1	1.4
Totale	71	100



Tab. M2 – Benefici legati al trattamento con metadone protratto

Ha notato aspetti benefici legati al trattamento protratto con metadone?	Valori Assoluti	Valori Percentuali
Ho una vita del tutto normale	16	22.5
Ho una vita quasi normale	31	43.7
Ho qualche alto e basso	22	31
Non ho aspetti benefici	2	2.8
Totale	71	100

Tab M3 – Interventi integrati con il trattamento con metadone

Interventi ulteriori oltre a trattamento protratto con metadone	Valori Assoluti	Valori Percentuali
Nessun intervento, oltre al trattamento metadonico	13	18.3
Sostegno educativo	6	8.5
Sostegno sociale	4	5.6
Sostegno psicologico	4	5.6
Sostegno medico (controlli e visite mediche)	8	11.3
Sostegno socio educativo	5	7
Sostegno psicologico e socio educativo	8	11.3
Sostegno medico e socio educativo	14	19.7
Sostegno medico, psicologico e socio educativo	9	12.7
Totale	71	100



2.1. - I CENTRI ANTIFUMO, I CENTRI ALCOLOGICI E I SERT

PERCHÉ DEI CENTRI PER LE DIPENDENZE LEGALI ?

I servizi nati per il contrasto della tossicodipendenza (di fatto, la dipendenza da eroina), prima ancora di chiamarsi SerT, furono pensati con un'impronta prevalentemente socio – assistenziale, solo in seconda istanza orientata, in senso clinico, alla tutela della salute fisica e mentale dell'assistito. I contatti assai deboli con la medicina e la psichiatria hanno portato i SerT ad assumere per lungo tempo un'immagine di servizi "di nicchia", un po' isolati nel Servizio Sanitario Nazionale e poco collegati con le attività di ricerca e didattica.

Tutto ciò ha comportato un certo prezzo per operatori e utenti: questi ultimi – come detto prevalentemente eroinomani - non sono mai stati visti quali semplici malati (persone con normale dignità coinvolte in un disturbo o in una malattia), ma come un gruppo di soggetti devianti e marginali, moralmente connotati in senso negativo e destinatari, più che altro, di interventi educativi e riabilitativi. Il giudizio ha coinvolto in qualche maniera anche gli operatori, considerati non tanto dei tecnici e consulenti al pari di tutti gli altri, ma come bizzarri missionari votati ad una causa strana e inquietante, attratti dai loro pazienti a condividere la stessa orbita marginale.

Già in passato sono stati fatti non pochi collegamenti tra le droghe illegali e quelle legali: questo, tuttavia, è avvenuto in maniera ideologica e rituale, quasi per attenuare lo stigma dell'illegalità, ma senza riuscire a cogliere del tutto sia le profonde differenze che esistono, ad esempio, tra un eroinomane, un alcolista o un tabagista, sia i forti punti di contatto che legano queste patologie.

In tempi più recenti i SerT sono stati sollecitati ad occuparsi di "dipendenze patologiche" in senso lato, cioè di tutti quei comportamenti di dipendenza che possono essere collegati con situazioni sia legali, sia illegali.

Questo richiamo – ad impegnarsi nel vasto ambito di tutte le dipendenze patologiche – si è tuttavia scontrato nella maggioranza dei casi con situazioni di relativa carenza di risorse umane e strutturali.

Se il SerT dispone di un'unica sede, in altri termini, diventa praticamente impossibile concentrare in essa tutto un ventaglio di attività molto diverse: la cura dei disturbi correlati a sostanze illegali, di quelli da sostanze legali, dei disturbi alimentari, del sesso o del gioco d'azzardo compulsivi, ecc. ecc.

Nella stessa sede, cioè, convivono malamente percorsi di cura che prevedono soglie d'accesso molto differenziate – "bassa" e "alta" soglia – così come non è certo il SerT, se inteso tradizionalmente, il luogo più adatto per accogliere un adolescente in crisi che usa sostanze, o un alcolista o un fumatore di tabacco, o un farmacomane, ecc. ecc.

Per soddisfare esigenze così distanti espresse da pazienti che condividono certi aspetti comuni alle "dipendenze patologiche", ma che possono essere tanto dissimili per altre caratteristiche, bisogna riuscire ad attivare - se non si può e non si vuole ipertrofizzare i SerT – tutto il Sistema dei Servizi, inteso come collaborazione attiva e integrata tra servizi diversi dell'AUSL, Privato Sociale, Volontariato, Cooperazione sociale, Ospedalità privata, ecc.

La rete del Sistema dei Servizi, in altri termini, deve essere opportunamente differenziata e modulata, e dotata di diverse porte d'ingresso, anche a seconda delle sue specifiche aree di specializzazione, in modo da offrire alle diverse tipologie di bisogni il massimo di accessibilità alle cure.

**L'evoluzione dei SerT
nella risposta ai
bisogni da dipendenza**



Poter offrire ai cittadini dei Centri sufficientemente accessibili, organizzati e accoglienti, destinati al trattamento delle dipendenze patologiche legali (e che abbiano un'immagine sociale non distanziante) significa non solo fornire un importante contributo per creare occasioni di prevenzione e cura di patologie largamente diffuse che rappresentano le principali cause evitabili di morbosità e mortalità e che, per le loro conseguenze, impegnano massicciamente tutto il sistema sanitario nazionale, ma anche far uscire da un ghetto la tossicodipendenza e i servizi destinati al suo contrasto.

Occuparsi di droghe legali, cioè di “normali” persone che sviluppano un disturbo di dipendenza da sostanze o da situazioni legali significa, in altri termini, modificare l'immagine stessa della dipendenza, togliendole l'esclusiva connessione con l'illegalità e la criminalità, riconducendola al terreno dei disturbi o delle patologie collegate con l'umana vulnerabilità. Solo in questo modo è possibile reclutare nei percorsi di cura persone in numero molto più ampio, rispetto a quello dei soggetti disponibili ad avvalersi delle prestazioni dei SerT, intesi nella loro configurazione più tradizionale.

I Centri per le Dipendenze Legali

Le dipendenze legali includono il tabagismo e l'alcolismo, prima di tutto, poi le dipendenze da farmaci (benzodiazepine, ecc.). Tra esse possiamo far rientrare anche i disturbi alimentari (specie la Bulimia Nervosa) e il Gioco d'Azzardo Patologico.

Le dipendenze legali

Tabagismo e Alcolismo rivestono un interesse assolutamente particolare, in quanto, per la loro grande diffusione, costituiscono, come detto, le prime cause evitabili di malattia e di morte. In ogni Distretto Sanitario dovrebbero esistere, in collegamento col SerT, ma, possibilmente, separati da esso, un Centro Antifumo e un Centro Alcolologico.

Il Centro Antifumo

Non è possibile tracciare un unico assetto organizzativo per questa struttura: esso, evidentemente, dipenderà dalle variabili locali. In linea di massima, tuttavia, dovrà essere concepito come un polo interservizi cui collaborano il SerT, i servizi specialistici (pneumologia, dietologia, ecc.) e i medici di medicina generale.

La risposta dei Servizi alla dipendenza da tabacco

Se il servizio offerto è di buona qualità, è molto probabile che, attraverso il semplice meccanismo del passaparola e dell'auto invio, un notevole numero di tabagisti porti al Centro la richiesta di aiuto per smettere di fumare. Se il Centro dispone di una adeguata capacità di accoglienza, è importante che stabilisca raccordi operativi sistematici per ricevere invii sia dai medici di medicina generale sia da quelle branche specialistiche che dovrebbero essere più interessate a quelle condizioni per le quali è determinante la cessazione del fumo di tabacco (pneumologia, cardiologia, ostetricia, diabetologia, ecc.).

Quanto si è già fatto in ambito tabaccologico

Come ormai ben noto, in esecuzione della delibera “Progetto regionale Tabagismo”, in tutte le articolazioni funzionali del Settore Dipendenze Patologiche, sono nati Centri Antifumo: a Modena, Carpi, Sassuolo, Vignola e Pavullo (quest'ultimo attraverso una convenzione con Villa Pineta). Tutti questi Centri, sia pure con alcune differenze di funzionamento, legate alle peculiarità locali, si ispirano agli stessi principi.

In sostanza, un Centro Antifumo dovrebbe disporre di:



- una segreteria che organizzi l'accesso dei pazienti, la raccolta dati e i controlli a distanza;
- operatori per l'accettazione dei fumatori, i colloqui e la valutazione preliminare, e che gestiscano i trattamenti terapeutici individuali e di gruppo (programma individuale, gruppo intensivo aperto o chiuso, trattamenti farmacologici, acudetox, ecc.);
- medici specialisti e personale paramedico per la valutazione pneumologica (esame spirometrico e del CO, visita pneumologica, ecc.);
- dietisti per consulenza finalizzata ad evitare l'aumento di peso dopo la cessazione del fumo e/o per i fumatori già in soprappeso;
- eventuale ambulatorio per ACUDETTOX;
- una sua sede separata dal SerT, in locali accoglienti e dignitosi, ove ci sia, oltre agli ambulatori, una sala adatta per gli incontri di gruppo.

Salvo il caso di Pavullo, gli altri Centri Antifumo sono nati senza oneri aggiuntivi, nel senso che si sono utilizzati strutture e risorse umane già disponibili nell'Azienda: ciò è stato possibile grazie all'entusiasmo e all'abnegazione degli operatori che hanno creduto nell'importanza di questa attività. Per contro, la mancanza di specifici investimenti in queste iniziative le ha rese fragili e precarie, spesso poco idonee a rispondere in modo compiuto alle effettive esigenze della popolazione.

Nonostante tutto, si è svolta una notevole mole di lavoro, con risultati molto incoraggianti.

Dall'inizio dell'attività (2000/02 – non tutti hanno iniziato nello stesso periodo) sono stati presi in carico dai vari Centri Aziendali 1080 fumatori e una buona percentuale di essi ha raggiunto il traguardo della cessazione del fumo.

Al momento attuale, a riprova del successo ottenuto da queste iniziative, presso il solo centro Antifumo di Modena vi sono circa 200 persone in lista d'attesa.

La realtà dell'Area Centro, tuttavia, è particolarmente critica, in quanto si è assistito ad un progressivo smantellamento del Centro operante presso l'Ospedale Estense.

Per Modena, la prospettiva ora più realistica (a parte l'auspicabile nascita di un secondo Centro presso l'Az. Policlinico) sembra quella di utilizzare la sede del Servizio di Medicina dello Sport, ove potrebbe nascere il Centro Dipendenze Legali, nel senso che là si potrebbe spostare anche il Centro Alcolologico dell'Area Centro. In tal senso la disponibilità di una consulenza in ambito dietologico potrebbe rendersi utile anche per affrontare i problemi di malnutrizione dell'alcolista.

Visto che tra i fumatori è facile riscontrare una percentuale significativa di soggetti in soprappeso e che, tra coloro che smettono di fumare è assai diffuso il timore di ingrassare, appare importante che il Centro possa avvalersi di consulenza dietologica individuale, o anche di gruppo. Il collegamento operativo con un servizio che si occupa di igiene alimentare potrebbe costituire la base di partenza per sviluppare anche un centro più o meno autonomo destinato ad occuparsi delle dipendenze da cibo o, in linea più generale, dei disturbi del comportamento alimentare.

Il Centro Alcolologico

I dati epidemiologici riferiscono, nella popolazione, dell'alta percentuale di soggetti che bevono in modo problematico e, tra essi, dei molti casi di vero e proprio Disturbo di Dipendenza o di Abuso di Alcol. Questi pazienti e le relative patologie correlate, d'altra parte, vengono seguiti – quando qualcuno si occupa di loro – da servizi e strutture anche molto diversi: dai Medici di Medicina Generale, dai Reparti ospedalieri, dai Servizi psichiatrici, dai Servizi specialistici (gastroenterologia, neurologia, ecc.), dal Servizio Sociale, ecc.

Un Centro Alcolologico, di conseguenza, è concepito non tanto come centro unico

**Nel 2000 inizio
attività del primo
Centro Tabaccologico
Aziendale**

**La risposta dei Servizi
alla dipendenza da
alcol**



e unitario, sola porta di accesso per gli alcolisti alle cure, ma piuttosto come rete di collegamento tra le articolazioni esistenti che già si occupano della materia in modo da raccordarle e in modo di offrire ai pazienti percorsi terapeutici e riabilitativi coordinati e connessi nelle loro varie parti costitutive. Non basta la rete: è necessario, nello stesso tempo, che esistano una o più porte d'accesso alle cure ben indicate e visibili, dotate di un'immagine socialmente accettabile, in modo da favorire ogni richiesta di aiuto.

Il Centro Alcológico, quindi, va immaginato come una articolazione ambulatoriale del Servizio Dipendenze Patologiche, preferibilmente separata dal Sert, capace di costruire forti raccordi operativi con la medicina di base, i reparti di ricovero, i servizi specialistici, il servizio psichiatrico, il servizio sociale e i gruppi del privato sociale di auto – mutuo aiuto. E' auspicabile che il rapporto con questi ultimi, nello scrupoloso rispetto della reciproca autonomia, sia particolarmente stretto.

**Centro Alcológico
come articolazione del
Sert**

Cosa si è fatto in ambito Alcológico

E' dal 1996, in applicazione degli orientamenti previsti dalla delibera 1639/96 della Giunta della Regione Emilia-Romagna " linee di indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati", che operano i Centri Alcológicos istituiti nei distretti di: Modena, Carpi, Sassuolo, Vignola, Mirandola, Pavullo. Tali Centri attivi presso le sedi dei servizi distrettuali per le dipendenze patologiche, dispongono di specifiche equipe multidisciplinari che operano con il concorso dell'intero sistema dei servizi pubblici e del privato sociale, nell'area degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura dei problemi alcolcorrelati.

Le attività svolte dai Centri Alcológicos riguardano:

- l'analisi della domanda, la diagnosi, la progettazione terapeutica finalizzata alla riabilitazione delle persone portatrici di problemi alcolcorrelati;
- l'attuazione dei percorsi di cura e riabilitazione predisposti sulla base di programmi personalizzati che possono richiedere trattamenti ed interventi farmacologici, psicologici, psicoterapeutici, educativi, assistenziali, ricoveri ospedalieri, inserimenti lavorativi e la partecipazione ai gruppi di auto- aiuto;
- il lavoro con le famiglie per favorire tramite interventi di counseling , di supporto socio-educativo ed eventualmente di psicoterapia, il miglioramento delle condizioni di vita dell'intero nucleo familiare e del paziente alcolista.

Dalla loro istituzione ad oggi i Centri Alcológicos del settore dipendenze patologiche dell'Ausl, hanno registrato un incremento progressivo di anno in anno del numero di utenti e delle prestazioni effettuate, sino a determinare nel 2002 la quadruplicazione degli utenti in carico e delle attività svolte (457 pazienti seguiti nel 2002 con 1.309 trattamenti diversi) rispetto a quanto effettuato nel 1996.

Nell'ultimo biennio in particolare, a seguito del rafforzamento della rete dei servizi alcológicos attivi nella provincia di Modena, si sono ampliate le possibilità di attuazione di ricoveri per trattamenti di disassuefazione e di cura delle patologie correlate in reparti degli ospedali di Pavullo, Vignola, Carpi e delle Case di cura Villa Rosa e Villa Igea; ciò ha permesso di migliorare la qualità e l'efficacia dei trattamenti effettuati e di ridimensionare il numero dei ricoveri alcológicos in strutture extraregionali.

Fortemente radicate e attive sul territorio appaiono oggi le associazioni collegate ai Centri Alcológicos (Alcolisti Anonimi, Club Alcolisti in Trattamento, Familiari di Alcolisti) che gestiscono in provincia complessivamente 35 gruppi di auto-aiuto distribuiti nei diversi distretti sanitari.

Da segnalare quale dato significativo l'incremento registrato nel 2002 degli interventi rivolti alla prevenzione dei problemi alcológicos effettuati dai Centri



Alcolologici per la realizzazione dei progetti predisposti:

- per le scuole secondarie di II grado (33 interventi attuati che hanno coinvolto 1.719 studenti);
- per gli ambienti di lavoro (47 interventi di formazione e sensibilizzazione diretti a 1.621 lavoratori);
- per la sicurezza stradale (13 iniziative organizzate , alle quali hanno preso parte 425 persone).

Quale punto di criticità si evidenzia l'assenza nel distretto di Castelfranco Emilia di un centro alcologico operativo localmente, pur essendo garantita attualmente, tramite il SerT di Modena, l'erogazione ai cittadini di quel territorio, delle consulenze e dei trattamenti alcologici previsti dalla normativa regionale. Tale carenza determina disagi all'utenza e difficoltà varie all'equipe curante, fattori che incidono sulla qualità dei risultati terapeutici ottenibili e sulla riduzione del numero di accessi al Centro Alcologico di Modena, da parte dei possibili utenti residenti nel distretto di Castelfranco Emilia per le barriere strutturali e funzionali esistenti.

Per il superamento di questa criticità, si propone quale obiettivo del 2004, l'apertura di un servizio per le dipendenze patologiche nel distretto di Castelfranco Emilia, al cui interno possa trovare una caratterizzazione un Centro Alcologico con spazi adeguati e una equipe alcologica multiprofessionale.

Obiettivo 2004:
apertura del SerT di
Castelfranco con
annesso centro
alcologico



2.2. - IL PROGETTO ALCOL AZIENDALE: ORIENTAMENTO, APPLICAZIONI, PROSPETTIVE

LA DIMENSIONE DEI CONSUMI

La dimensione dell'uso e dell'abuso di alcol e gli effetti che ciò determina sulla salute fisica, psicologica e sociale dell'individuo, della sua famiglia e della collettività, hanno richiamato da tempo ed in forma crescente l'interesse della comunità scientifica e della società civile per le implicazioni che tale fenomeno determina sul piano sanitario, sociale ed economico sull'intera popolazione.

In Italia, pur registrando negli ultimi decenni un notevole incremento dei consumi e della mortalità correlata, il consumo di alcol rimane a livelli altissimi.

TAB. P1 - DATI EPIDEMIOLOGICI

33.000.000 di bevitori:

77,3% della popolazione generale di età superiore ai 14 anni (media) consuma alcolici

85,4% della popolazione maschile (di età superiore ai 14 anni)

69,8% della popolazione femminile (di età superiore ai 14 anni)

Il consumo annuo pro-capite risulta pari a:

58 litri di vino

33,5 litri di birra

1,4 litri di superalcolici

Stima conservativa: 4.000.000 di bevitori problematici (consumi > 100 g/die)

> 1.000.000 gli alcolisti (> 3% della popolazione consumatrice)

Dati: Fonte Eurispes

L'impatto dei problemi alcolcorrelati sulla salute pubblica è assai rilevante come si evince dalle stime più significative indicate nella tabella P2 (Fonte Eurispes, Centro di Documentazione S.I.A.)

TAB. P2 - I DANNI ALCOLCORRELATI IN ITALIA

Sono causati dal consumo di alcol almeno:

- 30.000 morti all'anno (1 morte ogni 18 è correlata all'uso e/o abuso di alcol)
- il 5% della popolazione presenta patologie alcol-correlate di rilievo clinico
- numero dei ricoveri ospedalieri > 10%
- prevalenza dei problemi alcolcorrelati in medicina generale > 10%
- infortuni sul lavoro e/o domestici > 10%
- malattie > 9%
- incidenti stradali > 30%
- anni di vita persi fino al 10%
- anni di vita vissuta da disabile sul totale > 15%



Le politiche connesse alla prevenzione, trattamento e riabilitazione dell'alcolismo proposte dai diversi organismi internazionali, nazionali e regionali, si sono tradotte in "posizioni", "dichiarazioni", "piani", "atti legislativi" e "indirizzi" sempre di più inseriti in misura e strategie per il contrasto e per la cura delle dipendenze patologiche.

La carta europea sull'alcol della conferenza di Parigi del 1995 ed il Piano d'azione europeo (PAEA) per il periodo 2000-2003 forniscono le basi per l'indirizzo e la realizzazione di politiche e programmi di prevenzione e riduzione dei danni causati dall'alcol negli stati membri della Comunità Europea.

Orientamenti che a livello nazionale erano stati anticipati dal decreto ministeriale 3/8/1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza, il che riconosceva la rilevanza del fenomeno indicato come una vera e propria malattia sociale, ed evidenziava l'esigenza di rispondere alle domande e ai bisogni espressi dai problemi alcolcorrelati con interventi integrati a livello medico, psicologico e sociale articolati dai servizi sanitari e sociali coordinati tra di loro.

Il decreto prevedeva che le singole regioni indicassero programmi e forme di coordinamento nelle articolazioni dei servizi locali per garantire la promozione della salute, la prevenzione primaria, le cure e il reinserimento degli alcolisti e dei PAC (problemi alcolcorrelati).

Indicazione che la Regione Emilia Romagna recepiva compiutamente nel 1995 con il Progetto Regionale Tossicodipendenze che istituiva i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche e il Sistema dei Servizi quale strumento di intervento integrato territoriale (di cui fanno parte sia i Ser.T che gli Enti Ausiliari ed il Volontariato) inserendo l'attività alcolologica tra i compiti primari dei SerT regionali.

Nel 1996 con le linee di indirizzo sull'alcolismo (delibera 1639/96) si contempla e si sancisce l'attribuzione al SerT dei compiti di coordinamento sugli interventi per la prevenzione e cura dei PAC. Direttiva che produrrà già nell'anno stesso la nascita di almeno un centro alcolologico in ogni AUSL e un forte incremento del numero di alcolisti in trattamento presso la rete dei servizi regionali.

Le iniziative adottate mostrarono le capacità dei Ser.T, trasformati in servizi per le dipendenze patologiche, di farsi carico con i loro modelli operativi e clinici di riferimento e con le competenze e professionalità già dimostrate, di realizzare una efficace integrazione con le associazioni e i gruppi di auto-mutuo-aiuto nella gestione delle funzioni assegnate.

Si attenderà poi sino alla legge n. 125/2001 per avere a livello nazionale una legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati che indichi nel consumo di alcol in fattore di rischio per la salute attribuendo competenze alla regioni in tema di programmazione degli interventi di prevenzione e di cura in ambito alcolologico e nella individuazione dei servizi e delle strutture incaricate di svolgere le azioni indicate nei progetti elaborati.

TAB. P3 - PIANI SANITARI E RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Carta Europea sull'Alcol Parigi Dicembre 1995

Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (2000-2005)

Piano Sanitario Nazionale (2002-2004)

Piano Sanitario Regionale

Delibera n.1639/96 G.R. Regione Emilia-Romagna (Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna sugli interventi per la Prevenzione, la Cura e la Riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcol-correlati (P.A.C.)

LEGGE n. 125/2001. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (G. U. n. 90 del 18 Aprile 2001)

SISTEMA DEI SERVIZI NEL SETTORE ALCOLGICO IN PROVINCIA DI MODENA

La rete dei servizi alcolologici attivi in provincia vede un sistema integrato operativo in ogni singolo distretto basato sul raccordo tra i centro alcolologici locali gestiti dal settore dipendenze patologiche, i gruppi di auto – mutuo -aiuto e le altre strutture sanitarie pubbliche e private che intervengono nel trattamento intensivo dei soggetti con patologie alcol-correlate.

La rete dei servizi e delle unità di offerta che operano in ambito alcolologico nella realtà locale è rappresentata da:



- 6 Centri Alcolologici
- 3 Ospedali collegati per ricoveri programmati per diagnosi e cura PAC (Pavullo, Carpi, Vignola)
- 2 Case di cura convenzionate per ricoveri specialistici (Villa Rosa, Villa Igea)
- 1 Centro Diurno
- 16 CAT (club alcolisti in trattamento)
- 11 Gruppi A.A.
- 7 Gruppi Al-Anon
- 1 Gruppo Al Ateen

L'UTENZA DEI CENTRI ALCOLOGICI

Dal 1996 al 2002 compreso i centri alcolologici dell'AUSL di Modena hanno rilevato un aumento costante dell'utenza alcolodipendente che fruisce di trattamenti e consulenze integrati erogati presso le unità di offerta del sistema dei servizi.

La percentuale degli alcolisti in trattamento sul numero globale degli utenti del settore dipendenze patologiche si è significativamente incrementata, passando dal 9,3% del 1996 al 25,5% del 2002 (tab. P4).

TAB. P4 – PERCENTUALE DI ALCOLISTI SUL TOTALE DEGLI UTENTI DEL SETTORE DIPENDENZE PATOLOGICHE

ANNO	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcolisti	126	189	227	305	351	402	457
Tossicodipendenti	1222	1234	1274	1267	1317	1315	1333
Totale	1348	1423	1501	1571	1668	1717	1790
% Alcolisti	9,3	13,9	15,1	19,4	21,0	23,4	25,5

Fonte: Gias - Statistiche Ministeriali 2002

Nell'anno 2002 l'utenza dei Centri Alcolologici è prevalentemente di sesso maschile: 350 maschi (76,6%) vs 107 femmine (23,4%) ed ha un età media di 46 anni.

Il 43,0% ha il diploma di scuola media inferiore, mentre il 29,1% non assolve le scuole dell'obbligo; il 25,4% ha conseguito un diploma di scuola media superiore o professionale ed il 2,5 è laureato.

Nel corso del 2002 la bevanda alcolica prevalentemente assunta è il vino nel 52,3% dei casi, seguita dalla birra 13,6% e dai superalcolici 11,2% (il restante 22,9% utilizza altre bevande o presenta dato mancante).

Il 9,8% dell'utenza alcolodipendente ha utilizzato anche sostanze stupefacenti, mentre fa uso di psicofarmaci il 8,1% degli utenti.

I soggetti presi in carico nel 2002 (457) hanno intrapreso ognuno in media 2,8 trattamenti.

L'84,7% (387) ha seguito un trattamento medico/farmacologico (disintossicazione, terapia avversivante, etc.), il 68,3% (312) ha beneficiato di trattamenti socio-riabilitativi finalizzati alla riabilitazione e al reinserimento sociale e il 22,7% (104) è stato inserito nei gruppi di auto-aiuto della rete provinciale.

In aumento i programmi di cura attuati presso reparti trattamenti ospedalieri o in case di cura convenzionate (40 ricoveri, pari a 8,7%), per l'ampliamento nel corso dell'anno delle opportunità di ricovero oltre alle case di cura anche ai reparti degli Ospedali di Pavullo, Vignola e Carpi con i quali si sono predisposti dei protocolli specifici di collaborazione.



TAB P5 - PROGRAMMI DI TRATTAMENTO CENTRI ALCOLOGICI AUSL MODENA. ANNO 2002

Trattamenti	N. Soggetti	% Sogg. sul totale (457)	N. Trattamenti
Medico-farmacologici	387	84,7	661
Psicoterapeutico individuale	18	3,9	19
Psicoterapie familiari	2	0,6	2
Counseling all'utente o alla famiglia	103	22,5	112
Inserimenti in gruppi di auto-mutuo aiuto	104	22,7	104
Trattamento socioriabilitativi	312	68,3	341
Inserimento in comunità	21	4,6	22
Ricovero ospedaliero o day-hospital	12	2,6	13
Ricovero in casa di cura privata	28	6,1	33
Altro	2	0,6	2

L'approccio integrato adottato dai centri alcolologici dell'AUSL di Modena e condotto con interventi diversi dalle equipe multidisciplinari territoriali, richiamato dalla letteratura scientifica internazionale come il metodo più efficace nella cura, ha permesso di raggiungere risultati positivi di trattamento riducendo il numero degli abbandoni di programmi ed elevando il tasso di ritenzione in trattamento sino alla conclusione, ad una percentuale >80% dei pazienti in carico.

LA PREVENZIONE DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

Di anno in anno si moltiplicano le iniziative di prevenzione alcolologica attuate dai centri alcolologici in collaborazione con Enti locali, associazioni di Auto-Aiuto e Volontariato rivolte ai giovani, al mondo della scuola e del lavoro e alla popolazione in generale.

Nell'anno 2002 si è aderito alla 1° campagna nazionale denominata "Aprile mese di prevenzione alcolologica", realizzando in ognuno dei distretti sanitari dell'Ausl di Modena, a cura del sistema dei servizi, alcune iniziative specifiche (seminari, dibattiti, mostre, etc.) che hanno coinvolto un numero elevato di cittadini.

Si sono poi estesi a 4 distretti (Carpi, Sassuolo, Vignola, Pavullo) e ad un numero maggiore di studenti, gli interventi di prevenzione, attuati nelle scuole di secondo grado e diretti rispettivamente alle seconde classi con il progetto mirato a "prevenire le condotte d'abuso" e alle quarte con il progetto "guida sicura, alcol e farmaci". E' proseguita la realizzazione nei distretti di Sassuolo e Pavullo, della ricerca-intervento "alcol e ambienti di lavoro", finalizzata alla prevenzione degli infortuni e dei problemi alcolcorrelati tra i lavoratori delle aziende coinvolte nel progetto, condotta dal servizio dipendenze patologiche e dal servizio per la sicurezza degli ambienti di lavoro in collaborazione con gli enti locali e le associazioni di auto-aiuto.

IL PROGETTO REGIONALE ALCOLISMO

La legge quadro 125/2001 in materia di alcol, come già richiamato, assegna alle regioni con le attribuzioni previste nell'art. 9, il compito di provvedere alla programmazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, in ambito alcolologico e all'individuazione dei servizi e delle strutture anche ospedaliere ed universitarie incaricate della realizzazione degli interventi, compresi quelli per il trattamento in fase acuta dei soggetti con patologie alcolcorrelate.

La Regione Emilia Romagna avvalendosi dell'attività svolta da un gruppo di studio composta dai referenti delle aziende alcolologiche sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, ha predisposto, recependo le competenze demandate, una proposta di "progetto regionale alcolismo" che prevede la formulazione di linee di indirizzo per l'attuazione degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati.



Il progetto regionale, nasce con il fine di potenziare e qualificare ulteriormente la rete dei servizi pubblici, privati e dalle associazioni di auto-aiuto già operante sul territorio, sulla base dei bisogni in ambito preventivo e clinico evidenziati dai dati epidemiologici regionali e dalle numerose ricerche scientifiche prodotte sull'incidenza delle problematiche alcol-correlate o sulla salute dei singoli consumatori e dell'intera comunità

La direttiva assegnerà ad ogni Azienda Sanitaria Locale ed Azienda Ospedaliera il compito di costituire un gruppo progetto per la prevenzione e cura dell'alcolismo e dei PAC e di articolare interventi ed azioni per la realizzazione in sede locale dei sottoprogetti indicati nel piano regionale.

TAB. P6 - REGIONE EMILIA-ROMAGNA PROGETTO ALCOL

- | |
|---|
| <p>SOTTOPROGETTO 1: prevenzione dei PAC in ambito scolastico</p> <p>SOTTOPROGETTO 2: prevenzione dei PAC tra la popolazione generale per intervento dei Medici di Medicina Generale</p> <p>SOTTOPROGETTO 3: diagnosi, cura e riabilitazione</p> <p>SOTTOPROGETTO 4: il ruolo degli Ospedali e dei servizi sanitari nel progetto "alcolismo"</p> <p>SOTTOPROGETTO 5: prevenzione dei PAC nei luoghi pubblici e di lavoro</p> <p>SOTTOPROGETTO 6: prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati</p> |
|---|

IL PROGETTO ALCOLISMO DELL'AUSL DI MODENA NEL TRIENNIO 2003-05

L'ambito di applicazione provinciale del progetto richiederà la costituzione di un livello di coordinamento delle attività svolte in campo alcolologico dal sistema dei servizi pubblici e del privato sociale gestiti dall'AUSL dell'Azienda Ospedaliera, e dalle Case di Cura convenzionate, dalle associazioni di auto-aiuto (A.A., A.P.C.A.T., Al-Anon).

Per il triennio 2003-2005, richiamate le finalità delle azioni dell'intero sistema dei servizi in campo alcolologico, si opererà per il raggiungimento degli obiettivi del sistema dei servizi provinciali, indicati in tabella per l'attuazione dei sottoprogetti del piano regionale.

TAB. P7 - OBIETTIVI PROGETTO AZIENDALE ALCOLISMO TRIENNIO 2003-2005

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Promuovere iniziative per la conoscenza degli effetti e dei rischi legati al consumo e all'abuso di alcol, tramite il sistema dei servizi, nei diversi contesti dell'intera comunità locale 2. Promuovere e sostenere le azioni di educazione alla salute e di prevenzione, diagnosi e cura dei PAC dei M.M.G., dirette a tutti i pazienti, ricercando, mediante l'intervento dei M.M.G.(minimal advice), una riduzione dei consumi alcolici e conseguentemente dei disturbi da uso di alcol 3. Potenziare e qualificare maggiormente l'intervento dei centri alcolologici e dei servizi sanitari e sociali, per rendere più incisiva la loro azione nell' intercettare le richieste di aiuto dei soggetti con disturbi da consumo di alcol e delle loro famiglie così da tradurle in programmi di recupero. Predisporre la costituzione e il coordinamento di un sistema di rete evoluto capace di programmare e condurre interventi specialistici e di supporto necessari per la realizzazione dei progetti generali e dei singoli percorsi di cura e riabilitazione 4. Sostenere l'azione delle Associazioni di volontariato e dei gruppi di auto-mutuo aiuto per estendere capillarmente in tutto il territorio provinciale il loro intervento 5. Contribuire all'integrazione tra le strutture abilitate alla conduzione degli interventi di cura (Centri Alcolologici, Case di Cura, Ospedali) che richiedono interventi e programmi integrati multidisciplinari 6. Favorire nelle strutture ospedaliere e convenzionate la formazione/aggiornamento del personale sanitario e la sensibilizzazione dei degenti sui PAC 7. Promuovere nei luoghi di lavoro una attività di prevenzione alcolologica basata sulla collaborazione e l'integrazione operativa delle diverse componenti coinvolte (Centri Alcolologici, SPSAL, medici competenti, Associazioni di Categoria, Direzione Aziendale, RLS, Sindacati) 8. Promuovere la realizzazione di progetti mirati alla prevenzione e alla riduzione del numero degli incidenti stradali alcol-correlati |
|---|



2.3. - L'UTENZA ALCOLISTA DEI SERT AZIENDALI

I. – NOTE METODOLOGICHE ALL'ANALISI

L'analisi sugli alcolisti è riferita ai soggetti che nel corso del 2002 hanno svolto un programma terapeutico presso i SerT della Provincia di Modena. Non sono stati quindi considerati coloro che hanno semplicemente contattato il Servizio senza esserne stati presi in cura.

La fonte dei dati è costituita dalla cartella informatizzata GIAS.

Come per i tossicodipendenti, anche per l'utenza alcolista la discussione è articolata in due parti principali.

Nella prima parte presentiamo le caratteristiche dell'utenza in carico nel 2002.

L'analisi è sviluppata su una base dati "pulita" dai doppi conteggi di quelle situazioni, rare ma pur sempre presenti, di utenti che nello stesso periodo hanno seguito per svariati motivi programmi terapeutici presso due SerT modenesi.

I dati elaborati dall'Osservatorio fanno infatti seguito a un lavoro di controllo e di corretta registrazione dei soggetti in carico nella tipologia d'utenza (alcolista, tossicodipendente, tabagista ecc.) che gli compete, correggendo eventuali errori di digitazione.

Ne consegue che, diversamente da quanto avviene per i soggetti tossicodipendenti, il numero complessivo degli alcolisti ottenuto (n. 462) è maggiore di quello risultante nelle statistiche elaborate dai SerT (n. 457) ad assolvimento del debito informativo con Regione e Ministero e di cui si rende conto nella relazione sull'alcolismo nelle pagine precedenti.

La base dati su cui abbiamo compiuto l'analisi ha interessato le seguenti variabili: sesso, data di nascita, Comune di residenza, SerT di presa in carico, titolo di studio (per quest'ultima informazione è stato possibile recuperare solo il 70% dei dati).

Per questa parte, oltre ad un'analisi descrittiva dell'utenza in carico, esponiamo anche la distribuzione dei casi per Comune di residenza e il calcolo della proporzione di alcolisti in carico sulla popolazione modenese residente con età compresa tra 15 – 74 anni, range entro cui è solitamente spiegata la variabilità dell'età degli alcolisti.

Come già in altre occasioni precisato, tale quantificazione proporzionale degli alcolisti all'interno della popolazione generale non può rappresentare compiutamente il fenomeno dell'alcolismo nella nostra provincia, secondo stime nazionali di gran lunga superiore.

Difatti, secondo dati Eurispes in Italia i bevitori problematici sarebbero circa 4 milioni, pari ad una proporzione di circa l'85/1000 sulla popolazione residente 15/74 anni, di 100 volte superiori ai dati relativi all'utenza alcolista dei nostri SerT (0,90/1000 – tab. A7).

Il nostro sforzo analitico rende conto dell'utenza "espressa" dal territorio provinciale e dai singoli comuni, soprattutto al fine di costituire una serie storica che permetta l'impostazione di un monitoraggio di lungo periodo.

Nella seconda parte presentiamo i risultati dell'indagine effettuata dall'Osservatorio sui nuovi casi di alcolismo presi in carico dai SerT della Provincia negli anni 1997 – 2002.

Come già per i tossicodipendenti, i casi di doppia presa in carico nel medesimo anno sono stati ricondotti ad un unico record attraverso l'affermimento al SerT competente per il Comune di residenza del soggetto; in caso di persona non residente in Provincia, abbiamo dato priorità al SerT in cui è avvenuta la prima presa in carico.

Analisi degli utenti in carico nel 2002

Dati nazionali parlano di 8,5% di bevitori problematici

Analisi dei nuovi utenti in carico negli anni 1997 - 2002



Le variabili considerate ai fini dell'analisi sono state: sesso, data di nascita, Comune di residenza, SerT e anno di presa in carico, stato civile, titolo di studio, condizione occupazionale, tipologia d'invio. Purtroppo abbiamo dovuto appurare una marcata incompletezza dei dati, la quale non ha permesso un adeguato approfondimento statistico dell'analisi rispetto a: stato civile (casi validi 578, casi mancanti 20,3%); titolo di studio (casi validi n. 526, casi mancanti 27,4%); condizione occupazionale (casi validi n. 442, casi mancanti 39%); canale d'invio (casi validi n. 607, casi mancanti 16,3%).

**Marcata
incompletezza dei dati**

II. - GLI ALCOLISTI IN CARICO NEL 2002

ALCUNE CARATTERISTICHE DELL'UTENZA COMPLESSIVA

Gli utenti alcolisti che nel corso del 2002 hanno seguito programmi terapeutici presso i SerT della Provincia di Modena (tab. A1) sono stati complessivamente 462, per i $\frac{3}{4}$ maschi (76,2%).

**Alcolisti in terapia
sono per i $\frac{3}{4}$ maschi**

Tab. A1 - Distribuzione utenti per sesso e per singolo SerT (V.A. e %). Anno 2002.

SerT	Femmine	Maschi	TOTALE	Distribuzione percentuale dell'utenza fra i SerT	
Carpi	14 <i>28,0%</i>	36 <i>72,0%</i>	50 100%	Carpi	10,8
Mirandola	8 <i>19,0%</i>	34 <i>81,0%</i>	42 100%	Mirandola	9,1
Modena	27 <i>25,0%</i>	81 <i>75,0%</i>	108 100%	Modena	23,4
Sassuolo	21 <i>18,9%</i>	90 <i>81,1%</i>	111 100%	Sassuolo	24
Pavullo	18 <i>23,4%</i>	59 <i>76,6%</i>	77 100%	Pavullo	16,7
Vignola	22 <i>29,7%</i>	52 <i>70,3%</i>	74 100%	Vignola	16
TOTALE	110 23,8%	352 76,2%	462 100%		

Il 96,3% degli utenti alcolisti risulta residente nella nostra provincia (tab. A2). Nel corso degli anni abbiamo verificato una sostanziale stabilità del rapporto proporzionale tra utenti alcolisti residenti e non residenti, all'incirca pari a 24/1.

**In terapia piccola
quota di non residenti**

Tab. A2 - Evoluzione quantitativa utenti per residenza (V.A. e %). Anni 1998-2002.

Residenza in Provincia di Modena	1998	1999	2000	2001	2002
Residenti	217 <i>96%</i>	292 <i>96,1%</i>	329 <i>95,1%</i>	385 <i>96,3%</i>	445 <i>96,3%</i>
Non Residenti	9 <i>4%</i>	12 <i>3,9%</i>	17 <i>4,9%</i>	15 <i>3,8%</i>	17 <i>3,7%</i>
TOTALE	226 100%	304 100%	346 100%	400 100%	462 100%



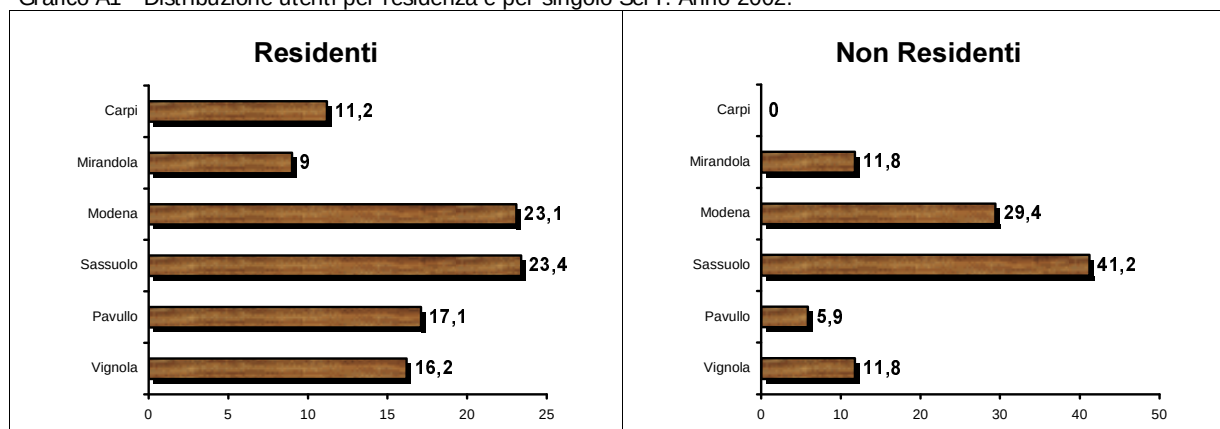
Come già per gli utenti tossicodipendenti anche per gli alcolisti (tab. A3 e grafico A1) Sassuolo è il SerT con maggior quota proporzionale di utenti non residenti (6,3% rispetto a 3,7%), mentre Carpi ha in terapia solamente alcolisti residenti nel modenese.

Residenza degli alcolisti

Tab. A3 - Distribuzione utenti per residenza e per SerT di presa in carico (V.A. e %). Anno 2002.

Residenza	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Totale
Residenti	50 <i>100%</i>	40 <i>95,2%</i>	103 <i>95,4%</i>	104 <i>93,7%</i>	76 <i>98,7%</i>	72 <i>97,3</i>	445 96,3%
Non Residenti	-	2 <i>4,8%</i>	5 <i>4,6%</i>	7 <i>6,3%</i>	1 <i>1,3%</i>	2 <i>2,7%</i>	17 3,7%
Totale	50 100%	42 100%	108 100%	111 100%	77 100%	74 100%	462 100%

Grafico A1 - Distribuzione utenti per residenza e per singolo SerT. Anno 2002.



La classe di età più rappresentata è quella di 40-49 anni e l'età media è pari a 46,3 anni (tab. A4).

Le femmine sono appena più giovani dei maschi (45,7 anni rispetto a 46,5).

Tra i vari SerT sono rilevabili alcune differenze:

-Pavullo e Mirandola hanno utenti con l'età media più alta (48,8), particolarmente per i maschi nel primo SerT (50,3) e per le femmine nel secondo (52,7);

-Sassuolo ha invece gli utenti con età media più bassa (44,7 anni), appena più per le femmine (43,9).

Aumento dell'età media

Tab. A4 - Distribuzione utenti per sesso e per SerT di presa in carico (V.A. e %). Anno 2002.

Sesso		Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Totale
Femmine	Età media	49,5	52,7	46,1	43,9	43,8	43,6	45,7
	Dev. Std	11,3	12,2	10,5	7,8	9,3	10,3	10,5
Maschi	Età media	46,2	47,0	45,4	44,9	50,3	46,5	46,5
	Dev. Std	11,5	11,3	11,8	10,9	11,6	11,7	11,6
Totale	Età media	47,1	48,1	45,6	44,7	48,8	45,7	46,3
	Dev. Std	11,6	11,7	11,5	10,4	11,4	11,4	11,3



Tab. A5 - Età media per Distretto degli utenti alcolisti. Anni 1998-2002

Distretto	Anno 1998		Anno 1999		Anno 2000		Anno 2001		Anno 2002	
	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.	Età media	Dev. Std.
Carpi	46,8	10,4	47	10,6	47,4	10,4	47,9	10,4	47,5	11,8
Mirandola	44,2	14,2	44,2	12,5	47,3	13,5	47,7	13,5	47,5	11,7
Modena	47,8	11,7	47,3	11,7	46,6	12,3	46,3	11,8	45,8	11,8
Sassuolo	44,3	8,5	44,7	9,7	44,9	9,9	45,7	10,9	44,8	10,7
Pavullo	50,7	14,4	50,8	14,7	50,1	13,6	49,4	12,3	48,8	11,6
Vignola	46,8	12,4	47,1	13,2	46,1	13,0	45,3	12,4	45,4	11,5
Castelfranco	40,8	16,9	43,4	14,9	45,1	13,3	44,6	12,4	45,7	10,9
Fuori provincia	45,4	12,6	42,9	12,1	44,7	10,8	41,2	9,7	45,3	7,7
Totale	46	11,6	46,3	11,9	46,7	12,0	46,7	11,8	46,3	11,3

Se spostiamo l'attenzione sul titolo di studio, premesso necessariamente che possiamo ragionare soltanto sugli incompleti dati disponibili (pari al 70% sul totale), notiamo una dicotomizzazione di fondo (tab. A6):

-da un lato quasi i 3/10 (27,8%) possiedono un livello di istruzione superiore a quello dell'obbligo (la licenza media, non l'attuale biennio delle superiori);

-dall'altro lato altrettanti sono coloro che hanno raggiunto al massimo la licenza elementare (29,1%).

Più in particolare, le femmine risultano doppiamente più istruite dei maschi (43,2% rispetto a 22,7%).

Dicotomizzazione di fondo

Tab A6 – Livello di istruzione per sesso (V.A. e %). Anno 2002.

Sesso	Nessun titolo/ Licenza elementare	Licenza media	Qualifica Professionale	Maturità o Laurea	Totale
Femmine	17 21%	29 35,8%	15 18,5%	20 24,7%	81 100%
Maschi	77 31,8%	110 45,5%	21 8,7%	34 14%	242 100%
Totale	94 29,1%	139 43%	36 11,1%	54 16,7%	323 100%

Analisi dei dati a livello comunale

Il rapporto tra l'utenza alcolista residente e la popolazione provinciale con età compresa tra 15 e 74 anni è di $0,90/1000$.

Tra i 47 Comuni modenesi ben 22 mostrano dei tassi proporzionali di alcolisti sulla popolazione residente maggiori di quello complessivo provinciale (tab. A7).

La nostra interpretazione in proposito è che in questi 22 Comuni risiedano quote percentuali maggiori di alcolisti che hanno deciso di farsi curare appropriatamente, stante come sappiamo che il tasso medio nazionale di uso problematico di alcolici è di 100 volte superiore, che conseguentemente l'area del "sommerso" è molto vasta e che molti fattori (diffusa disponibilità di alcolici, legalità ed accettazione sociale del loro uso, ecc..) contribuiscono a "proteggere" gli alcolisti dalla consapevolezza, posponendone l'avvertita problematicità.

Alcolisti che hanno deciso di farsi curare



Tab. A7 – Distribuzione degli **Alcolisti** in carico ai SerT residenti in Provincia per Comune/Distretto. Proporzione sulla popolazione residente con età 15-74 anni (*1000). Anno 2002

Comune / Distretto sanitario	Utenti alcolisti in carico residenti	Popolazione (15-74)**	Proporzione /000	Superficie - Km ² **	Densità abitativa
Distretto n°1	51	73.471	0.69	269.8	272.3
Campogalliano	2	6.054	0.33	35.3	171.5
Carpi	36	48.769	0.74	131.6	370.6
Novi di Modena	5	8.155	0.61	51.8	157.4
Soliera	8	10.493	0.76	51.1	205.3
Distretto n°2	40	61.130	0.65	462.2	132.3
Camposanto	6	2.318	2.59	22.7	102.1
Cavezzo	2	5.239	0.38	26.8	195.5
Concordia sulla Secchia	1	6.549	0.15	41.2	159.0
Finale Emilia	6	11.671	0.51	104.7	111.5
Medolla	3	4.375	0.69	26.8	163.2
Mirandola	17	16.857	1.01	137.1	123.0
San Felice sul Panaro	2	7.751	0.26	51.5	150.5
San Possidonio	1	2.742	0.36	17.0	161.3
San Prospero	2	3.628	0.55	34.4	105.5
Distretto n°3	90	137.142	0.66	183.6	747.0
Modena	90	137.142	0.66	183.6	747.0
Distretto n°4	105	88.626	1.18	427.0	207.6
Forano Modenese	16	12.817	1.25	26.4	485.5
Formigine	19	23.722	0.80	47.0	504.7
Frassinoro	3	1.558	1.93	95.9	16.2
Maranello	12	12.586	0.95	32.7	384.9
Montefiorino	6	1.680	3.57	45.4	37.0
Palagano	-	1.799	-	60.4	29.8
Prignano sulla Secchia	6	2.680	2.24	80.5	33.3
Sassuolo	43	31.784	1.35	38.7	821.3
Distretto n°5	74	28.363	2.61	689.3	41.1
Fanano	7	2.110	3.32	89.9	23.5
Fiumalbo	5	1.005	4.98	39.3	25.6
Lama Mocogno	5	2.212	2.26	63.8	34.7
Montecreto	3	685	4.38	31.1	22.0
Pavullo nel Frignano	35	11.446	3.06	144.1	79.4
Pievepelago	6	1.557	3.85	76.4	20.4
Polinago	5	1.380	3.62	53.8	25.7
Riolunato	-	536	-	45.2	11.9
Serramazzone	7	5.438	1.29	93.3	58.3
Sestola	1	1.994	0.50	52.4	38.1
Distretto n°6	73	60.631	1.20	394.2	153.8
Castelnuovo Rangone	5	9.529	0.52	22.6	421.6
Castelvetro di Modena	9	7.543	1.19	49.7	151.8
Guiglia	8	2.938	2.72	49.0	60.0
Marano sul Panaro	5	2.888	1.73	45.2	63.9
Montese	3	2.384	1.26	80.8	29.5
Savignano sul Panaro	11	6.565	1.68	25.4	258.5
Spilamberto	12	8.629	1.39	29.5	292.5
Vignola	9	16.723	0.54	22.9	730.3
Zocca	11	3.432	3.21	69.1	49.7
Distretto n°7	12	47.155	0.25	263.4	179.0
Bastiglia	1	2.620	0.38	10.5	249.5
Bomporto	3	6.033	0.50	39.1	154.3
Castelfranco Emilia	5	20.137	0.25	102.5	196.5
Nonantola	2	10.006	0.20	55.4	180.6
Ravarino	-	4.205	-	28.5	147.5
San Cesario sul Panaro	1	4.154	0.24	27.4	151.6
Totale Residenti Provincia	445	496.518	0.90	2689.5	184.6
Totale Residenti Fuori Prov.	17				
Totale Generale	462				

**Elaborazioni della Provincia di Modena su dati degli Uffici Anagrafici Comunali



III. - I NUOVI ALCOLISTI IN CARICO NEGLI ANNI 1997-2002

PREMESSA

In questa sezione proviamo ad analizzare le caratteristiche degli alcolisti che per la prima volta accedono ai SerT, iniziandovi un processo terapeutico.

La loro numerosità negli anni considerati inizia ad essere sufficiente per delinearne le caratteristiche e provare a tracciarne eventuali trend.

Dal 1997 al 2002 (tab. A8) i nuovi utenti alcolisti hanno fatto registrare un costante aumento crescendo di oltre 1/3 (dal 13,7% al 21,9%).

**Aumento progressivo
dei nuovi utenti
alcolisti**

Tab. A8 – Evoluzione quantitativa dei nuovi utenti per sesso (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Anno di prima presa in carico	Sesso		Totale	Distribuzione percentuale della nuova utenza negli anni
	Femmine	Maschi		
1997	18 18,2%	81 81,8%	99 100%	
1998	28 29,8%	66 70,2%	94 100%	
1999	26 21,8%	93 78,2%	119 100%	
2000	29 24,2%	91 75,8%	120 100%	
2001	30 22,4%	104 77,6%	134 100%	
2002	41 25,8%	118 74,2%	159 100%	
Totale	172 23,7%	553 76,3%	725 100%	

La netta maggioranza dei nuovi alcolisti è rappresentata da maschi, tre volte più numerosi delle femmine (76,3% rispetto a 23,7%), a livello sia generale che della maggioranza dei singoli SerT (tab. A9).

Fanno eccezione Carpi e Vignola, dove la maggioranza proporzionale maschile è meno accentuata (all'incirca 70% rispetto a 30%).

**Nuovi alcolisti sono
per ¼ femmine**

Tab. A9- Distribuzione dei nuovi utenti per sesso e singolo SerT (V.A. e %). Anni 1997–2002.

SerT	Sesso		Totale	Distribuzione percentuale della nuova utenza fra i SerT
	Femmine	Maschi		
Carpi	23 30,7%	52 69,3%	75 100%	
Mirandola	18 20,9%	68 79,1%	86 100%	
Modena	32 22,1%	113 77,9%	145 100%	
Sassuolo	43 21,3%	159 78,7%	202 100%	
Pavullo	25 22,3%	87 77,7%	105 100%	
Vignola	31 29,5%	74 70,5%	105 100%	
Totale	172 23,7%	553 76,3%	725 100%	



Analizzando la distribuzione dei nuovi utenti alcolisti nei vari SerT (tab. A10) possiamo notare che:

- Sassuolo presenta la maggiore numerosità complessiva (202 alcolisti, pari al 27,9%), con tendenza a decisa crescita nel primo triennio e stabilizzazione nel secondo triennio;
- Carpi ha il minor numero di nuovi utenti (10,3%), con un'altalenanza nel primo triennio ed un buon tasso di crescita nel secondo;
- Mirandola (11,9%) manifesta un'andamento "a fisarmonica", in continuo saliscendi;
- Modena evidenzia una tendenza alla crescita "a strappi", con buon aumento nel 2002;
- Pavullo nel corso degli anni ha avuto un trend positivo fino al 2000, per poi calare negli ultimi due anni, tornando ai valori del 1997;
- Vignola presenta una situazione globalmente abbastanza stabile, con leggera oscillazione su valori provinciali medi.

Distribuzione degli utenti nei vari SerT

Tab. A10 – Evoluzione quantitativa dei nuovi utenti e distribuzione per per singolo SerT (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Anno	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Totale
1997	14 14,1%	20 20,2%	15 15,2%	22 22,2%	11 11,1%	17 17,2%	99 100,0%
1998	5 5,3%	14 14,9%	13 13,8%	35 37,2%	15 16,0%	12 12,8%	94 100,0%
1999	13 10,9%	8 6,7%	26 21,8%	42 35,3%	16 13,4%	14 11,8%	119 100,0%
2000	7 5,8%	13 10,8%	27 22,5%	26 21,7%	27 22,5%	20 16,7%	120 100,0%
2001	11 8,2%	19 14,2%	24 17,9%	40 29,9%	24 17,9%	16 11,9%	134 100,0%
2002	25 15,7%	12 7,5%	40 25,2%	37 23,3%	19 11,9%	26 16,4%	159 100,0%
Totale	75 10,3%	86 11,9%	145 20,0%	202 27,9%	112 15,4%	105 14,5%	725 100,0%

Relativamente allo stato civile, la prima notazione da fare riguarda purtroppo l'indisponibilità di 1/5 dei dati (20,3%), causa mancata registrazione. Elaborando i dati presenti emerge che (tab. A11):

- la metà è celibe/nubile, proporzionalmente più concentrata tra i più giovani (80,8% dei 18/29enni) oppure tra i più anziani (58,8% dei 60-69enni e 66,7% degli ultrasessantenni);
- i 3/10 sono coniugati, perlopiù overtrentenni;
- i 2/10 risultano separati/divorziati, anch'essi raggruppati tra i 30 ed i 60 anni.

Dati sullo stato civile

Tab. A11 - Distribuzione dei nuovi utenti per stato civile e gruppo d'età (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Stato civile	Età raggruppate in classi						Totale
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-81	
Celibe/Nubile	42 80,8%	74 54,4%	77 40,3%	57 41,9%	30 58,8%	8 66,7%	288 49,8%
Coniugato/a	5 9,6%	35 25,7%	67 35,1%	43 31,6%	16 31,4%	4 33,3%	170 29,4%
Separato-Divorziato/a	5 9,6%	26 19,1%	44 23%	33 24,3%	4 7,8%	-	112 19,4%
Vedovo/a	-	1 0,7%	3 1,6%	3 2,2%	1 2%	-	8 1,4%
Totale	52 100%	136 100%	191 100%	136 100%	51 100%	12 100%	578 100%

Casi missing: 147



Procedendo nell'analisi si delinea una marcata differenza tra i 2 sessi:

-i maschi risultano mediamente più celibi di 1/3 fino ai 60 anni (tab. A12), indicando per questi soggetti una eventuale correlazione tra alcolismo maschile ed abusi legati agli stili di vita giovanili oppure (o anche) difficoltà nelle relazioni affettivo-sentimentali;

-le femmine sono proporzionalmente più separate/divorziate, ma anche più vedove (complessivamente 30,9% rispetto al 17,7% maschile), perlopiù tra i 30 e i 50 anni, ad evidenziare un possibile collegamento tra abuso di alcol femminile e rottura e/o perdita dei legami affettivo-relazionali di coppia, senza che si possa ipotizzare una direzione di causalità.

**Alcolismo maschile
più diffuso tra i celibi**

**Alcolismo femminile
più diffuso tra
separate e divorziate**

Tab. A12 - Distribuzione dei nuovi utenti per sesso, stato civile e gruppo d'età (V.A. e %). Anni 1997-2002.

Stato civile		Età raggruppate in classi						Totale
		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-81	
Femmine	Celibe/Nubile	7 58,3%	12 44,4%	15 29,4%	13 33,3%	3 50%	1 100%	51 37,5%
	Coniugato/a	3 25%	5 18,5%	21 41,2%	13 33,3%	1 16,7%	-	43 31,6%
	Separato-Divorziato/a	2 16,7%	9 33,3%	14 27,5%	10 25,6%	2 33,3%	-	37 27,2%
	Vedovo/a	-	1 3,7%	1 2%	3 7,7%	-	-	5 3,7%
	Totale	12 100%	27 100%	51 100%	39 100%	6 100%	1 100%	136 100%
Maschi	Celibe/Nubile	35 87,5%	62 56,9%	62 44,3%	44 45,4%	27 60%	7 63,6%	237 53,6%
	Coniugato/a	2 5%	30 27,5%	46 32,9%	30 30,9%	15 33,3%	4 36,4%	127 28,7%
	Separato-Divorziato/a	3 7,5%	17 15,6%	30 21,4%	23 23,7%	2 4,4%	-	75 17%
	Vedovo/a	-	-	2 1,4%	-	1 2,2%	-	3 0,7%
	Totale	40 100%	109 100%	140 100%	97 100%	45 100%	11 100%	442 100%

Casi missing: 147

Altre differenze rimarcabili tra lo stato civile dei nuovi utenti alcolisti sono relazionabili al SerT col quale è iniziato il rapporto terapeutico (tab. A13).

Carpi, Mirandola e Pavullo evidenziano un tasso più elevato di celibi/nubili (oscillante tra il 63-69% rispetto alla media provinciale del 50%);

Sassuolo e Vignola mostrano invece una decisa sovrarappresentazione di coniugati (45% rispetto alla media del 30%).

**Stato civile e SerT di
terapia**



Tab. A13 - Distribuzione dei nuovi utenti per stato civile e SerT di prima presa in carico (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Stato civile	SerT di prima presa in carico						
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Totale
Celibe/Nubile	44 63,8%	29 69%	69 50,4%	63 37,3%	67 63,2%	16 29,1%	288 49,8%
Coniugato/a	8 11,6%	2 4,8%	41 29,9%	76 45%	18 17%	25 45,5%	170 29,4%
Separato-Divorziato/a	16 23,2%	10 23,8%	26 19%	28 16,6%	20 18,9%	12 21,8%	112 19,4%
Vedovo/a	1 1,4%	1 2,4%	1 0,7%	2 1,2%	1 0,9%	2 3,6%	8 1,4%
Totale	69 100%	42 100%	137 100%	169 100%	106 100%	55 100%	578 100%

Casi missing: 147

Per quanto concerne il criterio della residenza, nel periodo considerato tra i nuovi accessi di alcolisti ai SerT registriamo un leggero aumento negli anni dei non residenti, cresciuti fino ad 1/20 del totale annuale (tab. A14)

Leggero aumento dei non residenti

Tab. A14 – Distribuzione dei nuovi utenti per residenza ed anno di prima presa in carico (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Stato civile	Età raggruppate in classi						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totale
Residenti	96 97%	88 93,6%	115 96,6%	115 95,8%	127 94,8%	151 95%	692 100%
Non Residenti	3 3%	6 6,4%	4 3,4%	5 4,2%	7 5,2%	8 5%	33 100%
Totale	99 10,3%	94 11,9%	119 20%	120 27,9%	134 14,5%	159 14,5%	725 100%

Le modalità di accesso ai SerT più praticate dai nuovi utenti alcolisti sono, in ordine di importanza: la presentazione spontanea, l'invio ospedaliero, seguito da quello del medico curante, dei Servizi Salute Mentale e Sociale, ecc.. (Tab. 15).

Più frequenti gli accessi spontanei e gli invii ospedalieri

Tab. A15 - Distribuzione dei nuovi utenti per canale d'accesso al SerT e per sesso (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Canale d'accesso	Femmine	Maschi	Totale
Autonomo	36 24%	117 25,6%	153 25,2%
Medico curante	30 20%	74 16,2%	104 17,1%
Servizio Salute Mentale	29 19,3%	55 12%	84 13,8%
Ospedale	20 13,3%	87 19%	107 17,6%
Servizio Sociale	15 10%	52 11,4%	67 11%
Comunità	2 1,3%	12 2,6%	14 2,3%
Volontariato	6 4%	14 3,1%	20 3,3%
Altri Servizi AUSL	7 4,7%	17 3,7%	24 4%
Altro	5 3,3%	29 6,3%	34 5,6%
Totale	150 100%	457 100%	607 100%

Casi missing: 118



Più in dettaglio (tabb. 15–16) gli accessi:

- spontanei sono inversamente correlati all'età (più alti tra i più giovani e viceversa);
- tramite ospedale, sono proporzionalmente più frequenti tra i maschi e tendono a crescere con l'età. Ancora più in particolare, tra le femmine gli invii ospedalieri al SerT rappresentano la maggioranza tra le 40/49enni (55%), diminuendo all'avanzare dell'età;
- tramite medico curante si presentano percentualmente più spesso tra le femmine aumentando all'innalzarsi dell'età;
- tramite Servizio Salute Mentale sono in proporzione più frequenti tra le donne.

Con l'età calano gli accessi spontanei e crescono quelli tramite ospedale o medico curante

Tab. A16 - Distribuzione dei nuovi utenti per canale d'accesso al SerT e per gruppi d'età (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Canale d'accesso	Età raggruppate in classi						Totale
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-81	
Autonomo	24 40%	36 26,1%	48 23,2%	35 25%	8 16%	2 16,7%	153 25,2%
Medico curante	7 11,7%	16 11,6%	40 19,3%	26 18,6%	13 26%	2 16,7%	104 17,1%
Servizio Salute Mentale	11 18,3%	17 12,3%	23 11,1%	26 18,6%	5 10%	2 16,7%	84 13,8%
Ospedale	2 3,3%	21 15,2%	39 18,8%	30 21,4%	15 30%	-	107 17,6%
Servizio Sociale	5 8,3%	17 12,3%	29 14%	11 7,9%	4 8%	1 8,3%	67 11%
Comunità	4 6,7%	6 4,3%	3 1,4%	-	-	1 8,3%	14 2,3%
Volontariato	-	5 3,6%	6 2,9%	3 2,1%	3 6%	3 25%	20 3,3%
Altri Servizi AUSL	4 6,7%	8 5,8%	9 4,3%	2 1,4%	1 2%	-	24 4%
Altro	3 5%	12 8,7%	10 4,8%	7 5%	1 2%	1 8,3%	34 5,6%
Totale	60 100%	138 100%	207 100%	140 100%	50 100%	12 100%	607 100%

Casi missing: 118

I $\frac{3}{4}$ di questa popolazione (tab.17) dispongono di un livello di scolarizzazione non elevato (in parte licenza elementare ed in parte licenza media, più frequentemente tra i maschi (77,1% rispetto al 65,3% femminile).

Medio-basso livello di scolarizzazione

Tab. A17 – Livello di istruzione dei nuovi utenti per sesso (V.A. e %). Anni 1997-2002

Stato civile	Femmine	Maschi	Totale
Nessun titolo/ Scuole Elementari	37 29,1%	148 37,1%	185 35,2%
Licenza scuole medie Inferiori	46 36,2%	160 40,1%	206 39,2%
Qualifica professionale	20 15,7%	35 8,8%	55 10,5%
Diploma scuole medie superiori/Laurea	24 18,9%	56 14%	80 15,2%
Totale	127 100%	399 100%	526 100%

Casi missing: 199



Le donne si presentano invece come più acculturate con titoli di studio superiori alla scuola dell'obbligo in 1/3 dei casi (34,6%). Analizzando il trend annuale si nota solo tra i nuovi utenti (tab.18) un leggero incremento della quota di coloro che hanno conseguito una qualifica professionale.

**Maggiore
scolarizzazione
femminile**

Tab. A18 – Livello di istruzione dei nuovi utenti per anno di prima presa in carico (V.A. e %). Anni 1997-2002

Scolarità	Anno di prima presa in carico						Totale
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Nessun titolo/ Scuole Elementari	25 <i>36,2%</i>	28 <i>43,1%</i>	32 <i>34,4%</i>	30 <i>37,5%</i>	33 <i>34,7%</i>	37 <i>29,8%</i>	185 <i>35,2%</i>
Licenza scuole medie Inferiori	27 <i>39,1%</i>	23 <i>35,4%</i>	38 <i>40,9%</i>	30 <i>37,5%</i>	38 <i>40%</i>	50 <i>40,3%</i>	206 <i>39,2%</i>
Qualifica professionale	6 <i>8,7%</i>	4 <i>6,2%</i>	6 <i>6,5%</i>	11 <i>13,8%</i>	10 <i>10,5%</i>	18 <i>14,5%</i>	55 <i>10,5%</i>
Diploma scuole medie superiori/Laurea	11 <i>15,9%</i>	10 <i>15,4%</i>	17 <i>18,3%</i>	9 <i>11,3%</i>	14 <i>14,7%</i>	19 <i>15,3%</i>	80 <i>15,2%</i>
Totale	69 <i>100%</i>	65 <i>100%</i>	93 <i>100%</i>	80 <i>100%</i>	95 <i>100%</i>	124 <i>100%</i>	526 <i>100%</i>

Casi missing: 199

Analizzando l'età media complessiva (tab. A19) la troviamo generalmente oscillante tra i 44 ed i 46 anni(ad eccezione del 2000).

Se prendiamo in considerazione i singoli SerT emergono alcune differenze, soprattutto a Pavullo e Mirandola che hanno un'utenza di età mediamente più elevata.

**Utenza più matura a
Pavullo e Mirandola**

Tab. A19 – Evoluzione dell'età media dei nuovi utenti per SerT e anno di prima presa in carico. Anni 1997-2002

SerT	Anno di prima presa in carico											
	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	<i>Età media</i>	<i>Dev. Std.</i>	<i>Età media</i>	<i>Dev. Std.</i>	<i>Età media</i>	<i>Dev. Std.</i>	<i>Età media</i>	<i>Dev. Std.</i>	<i>Età media</i>	<i>Dev. Std.</i>	<i>Età media</i>	<i>Dev. Std.</i>
Carpi	42,8	10,1	44,6	10,6	46,5	12,4	48,6	11,4	42,1	9,8	44,3	11,7
Mirandola	40,9	12,8	44,9	13,6	44,1	9,6	48,6	13,8	46,7	11,7	48,3	7,1
Modena	46,6	11,9	46,2	10,8	41,7	11,4	45,4	12	42,1	9	42,6	10
Sassuolo	44,3	7,3	42,8	9,1	45	11,2	45,2	10,5	44,8	11,6	42,6	10,1
Pavullo	41,6	10,5	54,6	15,7	45,9	15,6	47,9	11,1	47,7	12,78	46,5	12
Vignola	50,2	14,3	46	11,6	46	15,3	39,3	12,4	46,4	13,5	47,9	12,9
Totale	44,4	11,5	46	12	44,6	12,3	42,4	11,9	45,1	11,5	44,6	11

Nei 2/5 dei casi (39%) manca il dato relativo alla condizione lavorativa. I dati presenti, senza differenze significative tra i due sessi (tab. A20), indicano una maggioranza dei 3/5 di lavoratori (58,1%), seguita da 1/5 composto da disoccupati e da 1/10 rappresentato da anziani disoccupati.

Alcune differenze sono rilevabili considerando congiuntamente condizione professionale e canale di invio (tab. A21). Proporzionalmente più degli altri:

i nuovi utenti alcolisti occupati accedono ai SerT spontaneamente (33,2%) o tramite il medico curante (18,6%);

**Maggioranza di
lavoratori tra i nuovi
utenti**



i disoccupati si presentano perlopiù inviati dal SSM (20,7%), spontaneamente (18,5%) o tramite l'ospedale (17,4%);
 i pensionati di anzianità arrivano ai SerT attraverso la mediazione dell'ospedale (24,4%), poi segue SSM (22,2%) e dal medico curante (20%).

**Condizione lavorativa
 in relazione al canale
 d'accesso**

Tab. A20 - Distribuzione dei nuovi utenti per sesso e condizione lavorativa (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Sesso	Condizione lavorativa						Totale
	Occupato	Lavori Saltuari	Disoccupato	Casalinga	Pensionato Invalidità	Pensionato anzianità	
Femmine	54 <i>51,4%</i>	4 <i>3,8%</i>	23 <i>21,9%</i>	10 <i>9,5%</i>	3 <i>2,9%</i>	11 <i>10,5%</i>	105 100%
Maschi	203 <i>60,2%</i>	9 <i>2,7%</i>	76 <i>22,6%</i>	-	12 <i>3,6%</i>	37 <i>11%</i>	337 100%
Totale	257 58,1%	13 2,9%	99 22,4%	10 2,3%	15 3,4%	48 10,9%	442 100%

Casi missing: 283

Tab. A21 - Distribuzione dei nuovi utenti per canale d'invio al SerT e condizione lavorativa (V.A. e %). Anni 1997–2002.

Canale d'invio	Condizione lavorativa						Totale
	Occupato	Lavori Saltuari	Disoccupato	Casalinga	Pensionato Invalidità	Pensionato anzianità	
Autonomo	82 <i>33,2%</i>	3 <i>23,1%</i>	17 <i>18,5%</i>	1 <i>10%</i>	4 <i>30,8%</i>	7 <i>15,6%</i>	114 27,1%
Medico curante	46 <i>18,6%</i>	2 <i>15,4%</i>	12 <i>13%</i>	3 <i>30%</i>	1 <i>7,7%</i>	9 <i>20%</i>	73 17,4%
Ospedale	33 <i>13,4%</i>	-	16 <i>17,4%</i>	1 <i>10%</i>	3 <i>23,1%</i>	11 <i>24,4%</i>	64 15,2%
Servizio Salute Mentale	23 <i>9,3%</i>	2 <i>15,4%</i>	19 <i>20,7%</i>	3 <i>30%</i>	3 <i>23,1%</i>	10 <i>22,2%</i>	60 14,3%
Servizi Sociali	28 <i>11,3%</i>	3 <i>23,1%</i>	14 <i>15,2%</i>	1 <i>10%</i>	2 <i>15,4%</i>	2 <i>4,4%</i>	50 11,9%
Altri Servizi AUSL	11 <i>4,5%</i>	-	6 <i>6,5%</i>	-	-	-	10 17,4%
Volontariato	7 <i>2,8%</i>	3 <i>23,1%</i>	-	1 <i>10%</i>	-	2 <i>4,4%</i>	13 3,1%
Comunità	5 <i>2%</i>	-	4 <i>4,3%</i>	-	-	1 <i>2,2%</i>	10 2,4%
Altro	12 <i>4,9%</i>	-	4 <i>4,3%</i>	-	-	3 <i>6,7%</i>	19 4,5%
Totale	247 100%	13 100%	92 100%	10 100%	13 100%	45 100%	420 100%

Casi missing: 305



3.1. - SERT DI CARPI

Il 2002 è stato per il SerT di Carpi un anno importante per due aspetti principali: il miglioramento della dotazione di personale con l'arrivo a tempo pieno nella equipe del secondo medico e l'avvio di nuovi interventi nel campo della prevenzione e della assistenza. Vediamo più in dettaglio la situazione prendendo come schema di riferimento la distinzione tra le droghe illegali e le droghe legali.

Nel più tradizionale campo della tossicodipendenza il servizio ha mantenuto la capacità di favorire l'accesso di nuovi utenti e la cura dei soggetti già in carico, utilizzando a pieno tutte le tipologie di programmi terapeutici ambulatoriali e comunitari, in quest'ultimo caso con un preciso orientamento volto a privilegiare le comunità terapeutiche della provincia di Modena e avvalendosi per la disintossicazione della Casa di Cura Villa Igea di Modena, sede di un reparto specializzato per le tossicodipendenze. Nel campo della osservazione psicologica è stato attivato un nuovo protocollo basato su alcuni test standardizzati.

L'attività nei confronti delle droghe legali riguarda gli interventi per l'alcolismo ed il tabagismo. Il SerT è anche la sede del Centro Alcológico, luogo di cura per i soggetti con problemi alcol correlati, e a Carpi, forti anche di una buona collaborazione con le associazioni di auto aiuto per alcolisti presenti sul territorio (Club Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi) gli operatori del SerT sono diventati un punto di riferimento per le famiglie con questo problema e gli altri servizi sanitari e sociali. L'attività alcológica durante il 2002 si è ulteriormente qualificata grazie alla adozione di due protocolli di collaborazione con l'Ospedale Ramazzini di Carpi: il primo con la divisione di medicina per effettuare ricoveri per la disintossicazione ed il secondo con l'ambulatorio di epatologia per le consulenze specialistiche sui danni dell'alcool al fegato. Per i soggetti che oltre al problema dell'alcolismo hanno anche disturbi nervosi è a disposizione la possibilità di effettuare ricoveri presso la Casa di Cura Villa Rosa di Modena. Il tema dell'alcolismo nei suoi aspetti scientifici e assistenziali è stato inoltre oggetto di un importante incontro con tutti i medici di famiglia del distretto di Carpi nel dicembre 2002.

Per quanto riguarda il tabagismo, vera e propria piaga dell'età moderna per i gravi danni che causa alla salute: il 2002 è stato l'anno di avvio della piena attività del Centro Antifumo, con i corsi intensivi per smettere di fumare; i corsi (ogni corso è formato da 12 incontri di 2 ore ognuno, in due mesi) effettuati sono stati 7, ai quali hanno partecipato 74 degli 87 tabagisti che si sono rivolti al centro durante l'anno; come si vede l'offerta di un metodo, il più valido per ora, per smettere di fumare ha incontrato immediatamente l'interesse della popolazione.

L'attività della equipe si è sviluppata anche verso la prevenzione; in particolare oltre alla più tradizionale prevenzione in ambito scolastico, gli operatori del SerT hanno partecipato a varie iniziative di prevenzione sul territorio sui temi degli incidenti alcol correlati e del tabagismo.

Un ultimo ambito di lavoro è stato quello della integrazione con i Comuni del distretto per i piani per la salute e i piani di zona, nuovi strumenti di programmazione sanitaria e sociale che coinvolgono molteplici attori presenti sul territorio.

La stesura di queste note è per me, responsabile del SerT, da sempre anche una occasione per rinnovare a tutti gli operatori della equipe il ringraziamento per l'impegno e la professionalità che mettono in questo difficile lavoro.

Favorito l'accesso dei nuovi utenti e la cura dei soggetti in carico

Collaborazione del SerT nell'area alcolismo con le associazioni del territorio

Avvio della piena attività del Centro Antifumo

Sviluppo di interventi di prevenzione e partecipazione ai PPS e ai Piani di Zona



3.2. - SERT DI MIRANDOLA

Il 2002 è stato un anno importante per il SerT di Mirandola, caratterizzato da un progressivo, benchè parziale, miglioramento della situazione del personale, con il pieno inserimento nella equipe del medico, la Dr.ssa Nicoletta Trullo, e della psicologa, Dr.ssa Marina Papa, entrambe di ruolo al posto dei precedenti professionisti che hanno lasciato il SerT dopo molti anni di proficuo lavoro a Mirandola (la psicologa Dr.ssa Gabriella Sessa e la psichiatra Dr.ssa Laura Foti). E' aumentata di una unità anche l'infermeria con una nuova infermiera professionale di ruolo, Anna Garuti, oltre alle altre due già in servizio, Giuliana Borghi e Magda Martini. Nell' area socio educativa abbiamo riscontrato alcune difficoltà nel reperire una assistente sociale da affiancare alla educatrice professionale, Ombretta Gallini, ma infine dall' inizio del 2003 ha preso servizio una nuova assistente incaricata , Fiorenza Vernole.

Potenziamento del personale del SerT

L'attività assistenziale è rimasta sostanzialmente invariata dal punto di vista organizzativo e quantitativo per ciò che riguarda le droghe illegali, nell'ambito delle quali va segnalato un progressivo aumento dei nuovi utenti che si rivolgono al SerT per abuso e dipendenza da cocaina. Grazie alla buona integrazione del SerT di Mirandola nella rete dei servizi e delle comunità presenti sul territorio provinciale (in particolare le due Case di Cura Villa Rosa e Villa Igea, le comunità terapeutiche CeIS, Angolo e LAG, le cooperative sociali) è stato possibile avviare programmi di recupero territoriali e residenziali dalla tossicodipendenza anche in alcune situazioni particolarmente gravi.

Positiva integrazione del SerT nella rete dei servizi

Nel campo delle sostanze legali che danno dipendenza, alcool e tabacco, sono stati compiuti importanti passi avanti. Per la cura dell' alcolismo si è rivelata molto efficace l'esperienza di un gruppo di auto aiuto CAT gestito direttamente dall'educatrice professionale nel SerT; il numero dei partecipanti è gradualmente aumentato, coinvolgendo anche soggetti all'inizio refrattari a ogni percorso di cura. Parimenti si è mantenuta la collaborazione con l'associazione degli Alcolisti Anonimi presente a Mirandola. Insieme a queste associazioni, agli enti locali e alle altre associazioni di volontariato il personale del SerT ha partecipato alle prime significative iniziative di prevenzione alcologica di comunità, rivolte direttamente alla popolazione, sul tema degli incidenti stradali alcool correlati e dei danni dell' alcolismo.

Continuità nelle attività del Centro Alcolismo

Per ciò che riguarda il tabagismo durante il 2002 abbiamo realizzato la formazione del medico e della infermiera professionale alla conduzione dei corsi intensivi per smettere di fumare, ponendo le basi per l'apertura del Centro Antifumo prevista presso la sede del Centro Servizi di Mirandola nel settembre del 2003, come presentato anche durante un incontro con tutti i medici di famiglia del distretto il 10.5.03 e in occasione delle iniziative della giornata mondiale dell' OMS nel maggio 2003.

Formazione degli operatori da dedicare all'area del tabagismo

Da ricordare poi l'impegno del personale del SerT in altri due ambiti: la integrazione con il Centro di Salute Mentale (entrambi i servizi fanno ora parte del Dipartimento Aziendale di Salute Mentale) che ha portato alla redazione di un protocollo di collaborazione per i soggetti nei quali sono presenti sia disturbi da dipendenza da sostanze psicoattive sia disturbi mentali, e la collaborazione con gli enti locali per la redazione dei piani di zona.

Collaborazione con il CSM

Concludo infine ringraziando il personale per la dedizione e l'impegno manifestato nel portare avanti questo difficile lavoro.



3.3. - SERT DI MODENA E CASTELFRANCO EMILIA

Nel corso del 2002 il SerT Area Centro ha continuato la sua attività istituzionale con l'obiettivo di mantenere quantità e qualità delle prestazioni, almeno ai livelli già consolidati. Di fatto, c'è stato un potenziamento specie nel campo delle dipendenze legali: sia il Centro Antifumo sia il Centro Alcolologico hanno incrementato il volume di attività e, quindi, il numero dei pazienti assistiti.

Si sono fatti vedere al servizio anche i primi giocatori d'azzardo compulsivi.

Anche nel campo delle dipendenze da sostanze illegali c'è stata una certa espansione degli interventi di consulenza e terapeutici: a fronte di un sostanziale mantenimento del più tradizionale campione di assistiti – quello degli eroinomani – è infatti aumentato il numero dei cocainomani presi in carico e dei consumatori abituali di altre sostanze (cannabis in particolare).

Fatti di notevole rilievo sono stati quelli relativi alle attività di studio, ricerca e formazione. E' molto importante, infatti, che in un servizio nel quale gli operatori si cimentano quotidianamente con persone affette da patologie insidiose, molto impegnative da trattare e spesso tendenti verso la cronicità, si alimenti e sostenga la loro competenza professionale, in modo da evitare che scada in una poco illuminata routine. In tal senso, supervisione dell'équipe, aggiornamento permanente dei singoli professionisti, attività di studio e ricerca sono assolutamente fondamentali.

Due ricerche di notevole impegno sono state sviluppate e hanno coinvolto più o meno direttamente non solo l'équipe del SerT Area Centro, ma quelle di tutto il territorio aziendale: la prima relativa ai percorsi di valutazione e l'altra inerente le tematiche relative alla "relazione d'attaccamento".

La ricerca sulla valutazione si è dipanata lungo un percorso articolato: ha preso le mosse – attraverso l'intervista degli operatori delle diverse équipes - da una lettura delle varie strategie utilizzate nel processo di osservazione e diagnosi. Da qui, si è poi cercato di proporre, attivando un gruppo di lavoro guidato da un supervisore, metodi e strumenti comuni da utilizzare nella fase iniziale di osservazione terapeutica. Dalle studio e dalla riflessione sulle procedure seguite ai fini della conoscenza dei pazienti, si passa poi – e in tal senso la ricerca si svilupperà ulteriormente – alla valutazione delle proposte e dei percorsi terapeutici, con l'obiettivo di valutarne l'efficacia.

La seconda ricerca si è indirizzata al tentativo di studiare le fasi prodromiche che possono determinare, in certe persone, quella condizione di vulnerabilità che più facilmente espone all'uso e poi al rapporto continuativo con le sostanze psicoattive. Più in particolare, dopo aver individuato un campione di pazienti, si è indagato con strumenti testistici il loro ricordo delle relazioni primarie per verificare se il vissuto di distorsioni precoci nelle relazioni di accudimento e attaccamento possono effettivamente condizionare più tardi la sensibilità nei confronti dei prodotti psicoattivi. Anche questa ricerca ha già dato i primi risultati – oggetto di un interessante seminario – e verrà ulteriormente sviluppata.

Fatto sicuramente significativo del 2002 è stato anche il perdurare (e, in alcune occasioni, l'avvampare) del pubblico dibattito sull'ubicazione a Modena della sede del SerT, e sui possibili fastidi indotti nella cittadinanza.

L'insistenza e, in certi momenti, la vivacità della polemica hanno creato qualche turbamento negli operatori che, tuttavia, hanno sempre continuato a lavorare per favorire il recupero e il reinserimento sociale di quanti più pazienti possibile. Si è tenuta ben presente l'esigenza, più in particolare, di concentrare gli sforzi assistenziali e terapeutici proprio su quei soggetti che, per il loro disadattamento sociale, sono più inclini a divenire disturbanti per il prossimo.

**Incremento delle
attività del SerT sia
nell'area delle droghe
legali che illegali**

**Continuità della
attività di ricerca**



Oltre a ciò, si è elaborato – in aggiunta e in affiancamento alle già note attività di strada - uno specifico progetto per l'“accoglienza attiva” delle persone da assistere: un percorso facilitato, cioè, che renda più agevole l'accesso ai servizi e alle cure, anche da parte di quelle persone che appaiono scarsamente motivate al cambiamento degli stili di vita e che altrimenti non sarebbero in grado di esprimere una domanda di aiuto e di assistenza. Tale progetto, elaborato in collaborazione con il CeIS di Modena prevede l'utilizzo di specifici spazi per l'accoglienza e di operatori dedicati alla ricerca del contatto coi pazienti più “difficili”.

In tale modo si vogliono creare i presupposti per raggiungere due obiettivi assolutamente compatibili tra loro: recuperare e riabilitare il maggior numero di soggetti tossicodipendenti, riducendo allo stesso tempo e di conseguenza i disagi per gli altri cittadini, specie di quelli che vivono a più stretto contatto con le strutture di cura.

**Collaborazione con il
CEIS al Progetto
“Accoglienza attiva”**



3.4. - SERT DI SASSUOLO

Il Servizio Dipendenze Patologiche ha operato nel 2002 con l'equipe multidisciplinare di cui dispone, composta da medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, svolgendo interventi: medici (2391), infermieristici (22207), psicologici o psicoterapeutici (1781), socio-educativi (1930), che hanno interessato le aree delle sostanze illegali e quella delle sostanze legali, a cui è diretta l'azione e la missione del servizio

AREA DELLE SOSTANZE ILLEGALI

Il SerT locale, ha rilevato attraverso i propri dati di attività nel 2002, una riduzione dei nuovi accessi al servizio (-21%) e del numero totale utenti n 244 seguiti (-2,8%) rispetto all'anno precedente; dato che indica a conferma di rilevamenti e studi epidemiologici nazionali e regionali che vi sono in atto trasformazioni significative in tema di consumi e diffusione delle diverse sostanze stupefacenti illegali anche nel territorio distrettuale. Da anni si osserva una diminuzione progressiva dell'incidenza del numero dei pazienti eroinomani sul totale degli utenti seguiti dal SerT.

Nel 2002 tra i nuovi utenti e tra il numero complessivo di tossicodipendenti seguiti, solo rispettivamente il 57,1%, e il 74,2% indicava l'eroina quale sostanza d'uso primaria, dati che confermerebbero nel territorio, un contenimento dei consumi di sostanze oppiacee e del numero di nuovi assuntori iniziati all'uso di dette droghe e contemporaneamente un allargamento dei consumi e degli utilizzatori di altre sostanze (cocaina, anfetamine, ecstasy).

Continuano ad accentuarsi sia l'invecchiamento dell'utenza (età media 31.87 anni) che la percentuale dei soggetti di sesso maschile sul totale dell'utenza 88,5%, fattori che hanno suggerito alcune variazioni nella programmazione delle attività preventive e terapeutiche svolte dal servizio.

Per quest'area nel corso del 2002, il servizio distrettuale ha potenziato gli interventi finalizzati alla diagnosi e cura delle tossicodipendenze e delle possibili patologie correlate all'uso di droghe illegali, incrementando le prestazioni medico-infermieristiche ambulatoriali e le consulenze infettivologiche svolte queste ultime all'interno del SerT da un medico del reparto malattie infettive del Policlinico di Modena.

Sono aumentati i ricoveri presso le Case di Cura convenzionate (Villa Igea, Villa Rosa) per i trattamenti intensivi e specialistici diretti a pazienti con comorbidità psichiatrica; come si sono incrementati gli inserimenti attuati presso la struttura di accoglienza residenziale e di osservazione e diagnosi (C.O.D) gestita dal Ceis di Modena.

Si è esteso il ricorso ai programmi speciali articolati dalle comunità del sistema dei servizi (Lag, Angolo, Ceis) che prevedono trattamenti residenziali per pazienti plurirecipienti, in terapia protratta di metadone, con disturbi psichiatrici o che richiedono per le loro condizioni psicofisiche o ambientali percorsi e periodi di permanenza differenziati in strutture protette.

Ha assunto ordine di priorità la gestione integrata coordinata dal SerT e dal Centro di Salute Mentale dei programmi di cura e di assistenza diretti ai pazienti con doppia diagnosi (ovvero quelli che presentano disturbi psichiatrici e da uso di sostanze).

Si è poi dato inizio all'applicazione del protocollo clinico per l'attuazione delle terapie protratte di metadone finalizzate alla riduzione del danno dirette a quei pazienti già in terapia sostitutiva che mantengono forme d'uso di sostanze stupefacenti illegali, questo per favorire la loro ritenzione in trattamento utile a limitare i rischi di deterioramento delle condizioni di salute e di overdose, favorendo

**Diminuzione
dell'accesso da parte
dei nuovi utenti**

**Incremento degli
interventi di diagnosi
e cura**

**Integrazione tra Ser.T
e CSM**



negli stessi possibili cambiamenti nello stile di vita utili per il raggiungimento dell'astinenza totale e continuativa dall'uso di droghe.

Positivo il bilancio del lavoro svolto dal Centro Diurno Colombarone che nel corso dell'anno ha seguito n 14 utenti, ottenendo un indice di ritenzione in trattamento pari all'85,7% e una percentuale di esiti positivi(migliorata condizione psicofisica e completa assistenza dall'uso di sostanze stupefacenti) pari al 77,8 % (n. 7) sul totale degli utenti (n. 9) che hanno concluso nel 2002 il programma semiresidenziale.

E' continuata l'azione preventiva svolta dal servizio che si è concentrata sugli interventi diretti agli studenti delle seconde classi delle scuole secondarie superiori, con il progetto di prevenzione delle condotte d'abuso, mirato a sensibilizzare i giovani sui rischi e problemi legati all'uso anche occasionale di droghe chimiche e illegali. L'attuazione di interventi consulenziali finalizzati alla prevenzione primaria e secondaria si è ulteriormente potenziato, nell'ampliamento delle attività del centro di ascolto (Free Entry) per adolescenti che nell'anno ha incrementato il numero dei contatti e degli interventi effettuati, garantendo l'apertura della sede di Sassuolo tutti i martedì pomeriggio.

**Continuità nelle
attività di prevenzione
primaria e secondari**

AREA DELLE SOSTANZE LEGALI

Nell'opera di prevenzione e cura delle condotte d'abuso e delle dipendenze da sostanze legali, sono attivi a livello distrettuale il centro alcolologico e il centro antifumo.

Il centro alcolologico funzionante dal 1995, ha condotto nel 2002 interventi diagnostici e programmi di cura diretti a n 109 utenti di questi n 37 (33,9%), sono risultate persone al primo contatto con il servizio. Considerando la diffusione dell'alcolismo e dei disturbi d'abuso da alcol nel territorio di riferimento, sulla base dei dati epidemiologici nazionali si stima che nel distretto di Sassuolo risiedano almeno 2500 persone con tali disturbi. Pur in presenza di una percentuale significativa della popolazione generale coinvolta direttamente dalle problematiche alcolcorrelate, si osserva che rimane ancora limitato il numero delle persone, che in accesso diretto o per invio del medico di medicina generale o di altri servizi sanitari, si rivolge al centro alcolologico distrettuale.

**Ancora limitata la
capacità di attrazione
da parte del Centro
alcolologico**

Nel 2002 il centro ha predisposto e seguito, tramite il proprio staff, un numero maggiore di ricoveri alcolologici in strutture convenzionate (Villa Rosa, Villa Igea) o collegate (Ospedale di Pavullo), rispondendo al bisogno clinico e assistenziale di favorire anche durante le fasi dei trattamenti intensivi e protetti svolti, un più stretto coinvolgimento nei programmi terapeutici dei famigliari degli utenti e dei gruppi di auto-aiuto operanti nel territorio.

Centrale è rimasta nell'azione del centro alcolologico la collaborazione istaurata con le associazioni Alcolisti Anonimi (AA), e con i Club Alcolisti in Trattamento (CAT), che ha permesso di inserire nelle attività dei gruppi di auto-aiuto n 41 utenti (37,6%) e in molti casi anche i loro famigliari. Come è continuato l'opera del centro di ascolto per i problemi alcolcorrelati, aperto quindicinalmente al sabato presso la sede del distretto di Sassuolo, gestito direttamente dalle associazioni di auto-aiuto, che fornisce indicazioni e aiuti ad alcolisti, bevitori problematici, loro familiari e quanti vivono problemi alcolcorrelati.

**Collaborazione tra
Centro alcolologico e
Enti / Associazioni
presenti sul territorio**

Si è esteso nell'anno lo spazio dedicato all'attività di prevenzione alcolologica attuata in contesti diversi (ambienti di lavoro, scuole, comunità, sedi di associazioni) e per target differenti della popolazione (lavoratori, studenti, docenti, genitori, giovani, cittadini). Le diverse iniziative svolte in alcuni comuni del distretto, nel mese di Aprile per la 1° campagna nazionale di prevenzione alcolologica (dibattiti, mostre, interventi formativi o di sensibilizzazione), hanno permesso di diffondere nella comunità locale le conoscenze sui rischi e sui danni che il consumo di alcol può determinare alla salute del singolo e della collettività.

Hanno poi trovato ampio consenso i progetti di prevenzione degli incidenti



stradali "guida sicura, alcol, farmaci e droghe", e di prevenzione degli infortuni sul lavoro "alcol, meno è meglio" proposti rispettivamente alle classi quarte delle scuole superiori e alle aziende del territorio con più di 100 dipendenti. Progetti che hanno permesso di attuare interventi di sensibilizzazione e di prevenzione alcologica diretti a 275 studenti di 13 classi di scuole superiori e a circa 1500 lavoratori di 6 grandi aziende .

In base alle valutazioni compiute sulle attività effettuate si è delineato quale obiettivo prioritario del servizio per il biennio 2003-2004, il superamento delle seguenti criticità evidenziate in quest'area d'intervento:

- L'esigenza del centro alcologico di organizzare percorsi diagnostici e trattamentali con punti di accettazione e di cura diversificati rispetto alla sede tradizionale del Ser.T;
- La predisposizione di accordi di programma e di progetti speciali con gli Enti Locali del distretto, da inserire nei piani locali per la salute e nei piani di zona, per potenziare e qualificare il livello di integrazione socio-sanitaria in campo alcologico tra i servizi coinvolti nella prevenzione primaria e negli interventi di cura e di assistenza diretta ai pazienti e ai loro familiari.

L'assegnazione al servizio dipendenze patologiche del coordinamento e dell'attuazione degli interventi per la prevenzione e cura delle tabagismo, ha determinato nell'anno trascorso, dopo l'avvio nel 2001 delle attività del centro antifumo, sulla base dell'incremento della domanda di prestazione pervenute al servizio, un ampliamento del numero degli interventi in quest'area. Nel 2002 il centro antifumo, che si è avvalso della collaborazione offerta dal modulo di Pneumologia dell'ospedale di Sassuolo, ha effettuato consulenze e trattamenti diretti a 127 utenti che presentavano una dipendenza da fumo di tabacco (+80,2% rispetto all'anno precedente).

Sono state fornite consulenze psicologiche e mediche individuali (287 prestazioni) e attuati quattro corsi intensivi per smettere di fumare per 49 complessive sedute di gruppo che hanno interessato 79 persone .

Considerati i risultati positivi ottenuti: il 63,0 % degli utenti seguiti è risultato astinente dal fumo di tabacco da almeno due mesi, al termine del trattamento, e l'incremento delle richieste di cura registrate dal centro antifumo, per l'anno 2003, si è indicato quale obiettivo principale del centro l'estensione del numero dei corsi per smettere di fumare realizzabili nel distretto di Sassuolo.

Obiettivi 2003 - 2004

Intensificazione delle attività rivolte ai tabagisti



3.5. - SERT DI PAVULLO

Sostanzialmente il 2002 può essere definito l'anno del consolidamento delle attività interne e dei rapporti di collaborazione interistituzionali.

Infatti, se il 2001 ha visto il servizio proporre e facilitare alcune iniziative innovative rispetto al proprio territorio, e in alcuni casi anche rispetto al territorio aziendale (vedasi protocollo ricovero pazienti alcolisti presso il reparto ospedaliero di medicina), nel 2002 il servizio ha concentrato la sua attenzione sul mantenimento, verifica e revisione delle attività poste in essere

Non casualmente il 2002 risulta essere l'anno di importanti ridefinizioni organizzative aziendali e della loro attività, della quale si è dovuto necessariamente tenere conto anche a livello distrettuale: il Dipartimento di Salute Mentale con i suoi settori (in particolare, oltre al settore dipendenze patologiche, il servizio di psicologia).

In particolare possiamo sintetizzare l'attività dipendenze patologiche di Pavullo procedendo per aree in linea con la divisione già operata in apertura fra droghe legali e illegali.

**Consolidamento delle
attività del Servizio e
dei rapporti
interistituzionali**

alcool,tabacco e.....

Rimane l'area in costante crescita per numero di pazienti e attività collaterali. In aumento i pazienti con problemi legati all'uso e abuso di alcool con diagnosi esclusiva così come quelli con disturbi psichiatrici associati con relativo e oneroso incremento della collaborazione con il centro di salute mentale (circa il 15% dei nostri utenti sono in comune con il C.S.M.)

A regime l'attuazione del protocollo per ricoveri programmati per alcolisti con il reparto di medicina (6 ricoveri e relativa attività di consulenza e verifica).

Mantenuta l'attività di prevenzione nelle scuole superiori in tema di alcol e guida come il 2001.

Incrementata l'attività di prevenzione all'abuso alcolico negli ambienti di lavoro (p. alcol e lavoro): 2 aziende, n° 311 dipendenti raggiunti e n° 11 incontri di formazione e informazione effettuati nel 2002.

In forte aumento le richieste e l'attività del centro per smettere di fumare in convenzione presso ospedale privato "Villa Pineta".

Mantenuta l'attività di prevenzione tabagismo nelle scuole medie inferiori con "Villa Pineta".

Mantenuta l'attività di informazione e prevenzione verso la popolazione in tema di alcol e fumo in occasione delle fiere e delle giornate nazionali del respiro e dell'alcolologia.

In merito al gioco d'azzardo, di grande significatività, per quanto numericamente basso, si rileva il dato delle prime due richieste di intervento in merito a questa patologia nel nostro territorio.

**Aumento dell'utenza
alcolista e tabagista**

eroina, cannabinoidi e...

Sostanzialmente invariata l'attività (n° 52 pz nel 2001 e n. 53 pz nel 2002) relativa alle sostanze illegali, questo nonostante il lavoro a pieno regime dei due free-entry nel comune di Pavullo e Fanano che, a fronte del rilevante numero di accessi, non ha prodotto invii di adolescenti con problematiche relative all'uso di sostanze quali i cannabinoidi o ecstasy come invece ci si attendeva.

In netta flessione fra l'altro gli invii in Comunità Terapeutica, a confermare probabilmente, anche per Pavullo, le nuove tendenze tossicomane.

**Stabile la numerosità
dei tossicodipendenti
in carico**



CONCLUSIONI

La breve analisi fin qui operata non può che portare a semplici e brevi considerazioni finali.

Risulta ormai evidente il consolidamento della centralità dell'attività relativa all'alcolologia nelle sue varie forme di prevenzione, cura e riabilitazione, così come questa centralità esiste nelle collaborazioni trasversali ed esterne: Centro Salute Mentale, Ospedale, Associazioni, Comuni.

Altrettanto evidente la crescita esponenziale della domanda di cura del tabagismo.

Stabile la richiesta di cura relativamente alla dipendenza da eroina.

Chiara la difficoltà di intervento diretto ad abusatori o dipendenti da altre sostanze illegali quali cocaina, cannabis, ecstasy, pur in presenza probabile di tali fenomeni anche in questo territorio.

Necessaria, per quanto si deduce, la continua attenzione all'incremento e miglioramento della rete istituzionale territoriale di intervento.

**Necessario migliorare
la rete d'intervento**



3.6. - SERT DI VIGNOLA

AREA DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE ILLEGALI

Nell'anno 2002 il SerT ha seguito in quest'area di attività n° 160 pazienti a cui se ne aggiungono altri 40 visti in consulenza o per proseguimento di terapie disposte da altri SerT.

I dati di attività raccolti dall'Osservatorio aziendale suggeriscono una riflessione che già nella relazione dell'anno 2001 compariva come elemento critico.

Ci si riferisce allo scarso potere di attrazione che il SerT esercita sui giovani consumatori, non dipendenti, che usano diverse sostanze senza consapevolezza dei rischi e senza considerare l'eventuale problematicità di questo uso.

Il Servizio mantiene infatti la forte caratterizzazione storica di presidio di cura per gli eroinomani e solo in seguito a segnalazioni ed invii dalle Prefetture si trova ad incontrare consumatori di hashish, di ecstasy, di cocaina.

Tali segnalazioni hanno fatto registrare un incremento sui dati del 2001, come di seguito descritto.

Anno 2001:

segnalazioni (Art. 121)	n° 16
invii per programmi (Art.75)	n° 1

Anno 2002:

segnalazioni (Art. 121)	n° 21
invii per programmi (Art. 75)	n° 11

Scarso potere di attrazione del Ser.T verso i giovani consumatori

Aumento degli invii da parte della Prefettura

La riflessione su questo fenomeno si intreccia con quella sulle politiche di prevenzione primaria e secondaria nelle quali il SerT incontra altri soggetti istituzionali pubblici e del privato sociale per l'integrazione dei progetti rivolti ai giovani e ai loro stili di consumo.

Si prevede per l'anno 2003 l'elaborazione di differenti strategie di contatto con le nuove tipologie di consumatori.

Si conferma inoltre la scarsità di ricerca clinica e di offerta terapeutica specifica nei confronti dei consumatori di cocaina.

Nell'anno 2002 ha preso avvio una ricerca per valutare l'incidenza del fenomeno tossicodipendenza tra i residenti del Comune di Marano (il dato appare superiore alla media provinciale negli ultimi anni).

Alla fine del progetto si prevede l'organizzazione di un seminario pubblico che illustri l'esito del lavoro con l'obiettivo

di costruire insieme all'Amministrazione Comunale ipotesi di prevenzione.

AREA DELLE DIPENDENZE DA ALCOL E TABACCO

Gli interventi in questa area stanno progressivamente acquistando peso e visibilità grazie ad iniziative di sensibilizzazione ed informazione nonché al volume delle attività cliniche erogate in favore dei cittadini che si rivolgono al Centro Alcolologico e al Centro Antifumo.

Nell'anno 2002 i pazienti seguiti per problemi di alcol sono 72, 27 dei quali si sono per la prima volta rivolti al Centro Alcolologico.

Gli interventi in loro favore si svolgono all'interno di una rete che vede la partecipazione dell'Ospedale di Vignola, dei Medici di Medicina Generale, degli Psichiatri del Centro di Salute Mentale.

Aumento delle attività di sensibilizzazione e cura verso alcolisti e tabagisti



Convenzione con Villa Rosa

Una recente convenzione aziendale con la Casa di Cura Villa Rosa ha inoltre permesso di usufruire di posti letto dedicati all'alcologia.

Si mantiene proficuo il rapporto con i gruppi di auto-mutuo aiuto dalla cui collaborazione è nata nell'anno 2002 una nuova opportunità nel territorio montano: si è inaugurato a Zocca l'avvio di un gruppo di Alcolisti Anonimi, con sede nel palazzo del Municipio.

Una serata pubblica di discussione ha segnalato ai cittadini l'avvio del nuovo servizio.

Il Centro Antifumo ha invece seguito nell'anno 24 fumatori, gestendo tre corsi di gruppo per smettere di fumare.

I cittadini che accedono ai corsi vengono visti in sede di visita preliminare dal Medico Pneumologo e da un Operatore del Centro per poi essere avviati al gruppo.

Dopo la conclusione del corso sono previsti da tre a quattro richiami per verifiche sul mantenimento della condizione di non fumatore

Infine, ci pare ancora significativa la scelta di utilizzare per il Centro Alcolologico e per il Centro Antifumo sedi diverse da quella del SerT.

In particolare, la possibilità di occupare ambulatori all'interno dell'Ospedale conferisce a questi servizi relativamente nuovi una maggiore visibilità e garanzie di migliore fruibilità e riservatezza ai cittadini che vi si rivolgono.