Regione Lombardia

Dipartimento delle Dipendenze

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Fisiologia Clinica
Sezione di Epidemiologia e
Ricerca sui Servizi Sanitari

Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze

Il Fenomeno delle Dipendenze nel territorio della ASL MI 1

Dati anni 2007-2008

Gli autori del rapporto sono:

Stefano Salvadori**
Renato Durello*
Rosanna Ballello*
Romana Baronchelli*
Paola Duregon*
Katiuscia Gambacorta*
Lidia Migliavacca*
M.Angela Taverna*
Ernestino Gola*
Claudia Luppi**
Roberta Potente**
Stefanella Pardini**
Valeria Siciliano**
Valentina Lorenzoni**
Marco Scalese**
Luca Bastiani**
Annalisa Pitino**
Mercedes Gori**
Rita Taccini**
Chiara Sbrana**
Silvia Gazzetti**
Fabio Mariani**
Sabrina Molinaro**

* Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 1
** Istituto di Fisiologia Clinica del CNR – sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Ringraziamo i Referenti del SerT e NOA: la Dott.ssa Antonina Cardia, SerT di Limbiate; la Dott.ssa Cosetta Greco, NOA di Limbiate; la Dott.ssa Leopoldina Braghieri, SerT di Rho; il Dott. Fabio Guerrini, SerT di Corsico; il Dott. Giovanna Bielli, SerT di Parabiago; la Dott.ssa M.Rosa Pagani, NOA di Legnano; la Dott.ssa Caterina Maltempo, SerT di Magenta; il Dott. Gianmario Borroni e tutti gli operatori di questi Servizi coinvolti nella raccolta del materiale destinato alla stesura del Report.

Si ringrazia il Gruppo di lavoro dell'Osservatorio CNR: Antonina Cardia e Roberto Calloni, SerT di Limbiate; Monica Nocentini, NOA di Limbiate; Leopoldina Braghieri e Anna Porcellini, SerT di Rho; Alberto Ciccarelli, SerT di Corsico; Stefania Bruletti, SerT di Parabiago; Cinzia Bortoluzzi, NOA di Legnano; Claudia Rossignoli e Marina Meneghello, SerT di Magenta; Ivana Balistrocchi, NOA di Abbiategrasso; Giovanni Gaiera, Comunità Contina; Giovanni Carrino, Comunità Dianova; Adele Ciceri, Comunità A Stefano Casati; Valeria Pisoni, Comunità Fides Cà Nostra; Sr.Grisales Surelly, Comunità Irene; Stefano Moneta, Coop. Lotta Contro l'Emarginazione; Gabriele Colombo, Coop. Albatros; Marco Forlani, CS&L; Laura Andreoni, Ufficio Epidemiologico.

Si ringraziano inoltre il Dott. Maurizio Bersani e Monica Mandrini dell'UOC Osservatorio Epidemiologico.

Un ringraziamento anche a tutti gli altri Enti del Privato Sociale che hanno fornito la loro collaborazione nel territorio dell'ASL Milano 1.

Un particolare ringraziamento, infine, al gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Loredana Fortunato, Rosanna Panini, Andrea Boni, Cristina Doveri, Gabriele Trivellini, Michele De Nes).

INDICE

Prefazione

Introduzione

Tendenze e sviluppi: una panoramica nella ASL Milano 1 9

1. Contesto e politiche regionali e locali

1.1 Quadro giuridico 17

1.2 Quadro istituzionale 18

1.3 Tavolo tematico delle Dipendenze 20

2. Uso di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione

2.1 Consumi nella popolazione generale 25

2.2 Consumi nella popolazione studentesca 39

2.3 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive 61

2.4 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive 64

3. Prevenzione

3.1 Prevenzione universale 73

3.2 Prevenzione selettiva e mirata 79

3.3 Progetto "Re-ligo: osservare e costruire" 85

3.4 Progetto "Salute e Lavoro" 86

4. I consumatori problematici di droghe

4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT 91

4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA 98

4.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche 104

4.4 Utenti segnalati alle Prefetture 110

4.5 Soggetti presi in carico a seguito della segnalazione Commissione Medico Locale Patenti 113

4.6 Utenza in carcere o con problemi giudiziari 116

4.7 Consumo problematico di sostanze psicoattive 120

4.8 Trend 2005-2008 delle stime del numero di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, stimolanti e alcol 123

4.9 Mappatura territoriale dell'utenza 124

5. Trattamenti ed interventi

5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale 133

5.2 Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistititi e non farmacologicamente assistititi 141
5.3 Interventi rivolti a target emergenti 149
5.4 Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi 157

6. Implicazioni e conseguenze per la salute

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga 167
6.2 Malattie infettive droga correlate 170
6.3 Ricoveri alcol e droga correlati 173
6.4 Analisi dei costi sostenuti per i ricoveri ospedalieri correlati al consumo di sostanze psicoattive 184

7. Implicazioni e conseguenze sociali

7.1 Reati droga correlati 203
7.2 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari 204

8. Risposte alle conseguenze sociali e per la salute

8.1 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti 209
8.2 Dati questionario “Reinserimento lavorativo” 212

9. Mercato della droga

9.1 Percezione della disponibilità delle droghe 219
9.2 Operazioni antidroga 225
9.3 Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti 228

10 Fragilità psichiatrica e dipendenze

10.1 Razionale e obiettivi 235
10.2 Costruzione dell’anagrafica 235
10.3 Profilo della popolazione osservata per problematica di salute 236
10.4 Profilo della popolazione osservata per tipologia di paziente 239
10.5 Consumi sanitari per tipologia di paziente 243
10.6 Valutazione per tipologia di paziente 246

11 Il fenomeno droga e alcol nella percezione degli Amministratori locali

11.1 Il problema del consumo di sostanze psicotrope 250
11.2 Il problema degli incidenti stradali “del sabato sera” 253
11.3 I problemi legati all’illegalità 253
11.4 I problemi legati al mondo del lavoro 255

CD-ROM allegato

PREFAZIONE

Siamo giunti alla terza edizione, riferita al 2007-2008, del rapporto dell'Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze della nostra ASL. Questa pubblicazione si prefigge di mettere a disposizione di tutti gli stake holders e di tutti gli interessati, le basi conoscitive sull'evoluzione dei fenomeni di dipendenza sul nostro territorio e sulle iniziative di contrasto dei medesimi messe in atto dai diversi soggetti sociali a ciò deputati, facenti capo all'ASL, alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Locali e ad Enti del Privato Sociale.
Già l'elencazione dei soggetti costituenti, a vario titolo e con compiti diversi, la rete di intervento sulle dipendenze operante in questa ASL, dà conto della complessità del lavoro sotteso alla stesura di una sintesi ragionata, quale vuole essere il nostro Report annuale, delle relazioni intercorrenti fra caratteristiche dei fenomeni di uso problematico di sostanze o di altri comportamenti di addiction presenti sul nostro territorio e le caratteristiche della domanda e dell'offerta di intervento, sia esso trattamentale o di prevenzione.
Alcuni elementi di contesto si sono modificati nel passaggio dal 2008 all'anno corrente, per cui, come potrà notare il lettore, vengono ricompresi nell'analisi territori, servizi, utenti che dal 1° di gennaio 2009 non fanno più parte della nostra ASL essendo passati a far parte della provincia, e quindi dell'ASL, di Monza e Brianza.
Venendo agli aspetti contenutistici, sono state ricomprese in questa edizione del rapporto alcune elaborazioni di dati aggiuntive, rispetto all'edizione dell'anno scorso, riferite agli utenti ed agli interventi messi in atto nei confronti di coloro che sono stati assistiti in quanto inviati dalle prefetture, di coloro che hanno avuto la patente di guida sospesa in seguito ad uso di alcool o sostanze stupefacenti, degli ospiti delle strutture residenziali per le dipendenze, di coloro che hanno avuto rilevanti problematiche legali, fino ad arrivare alle persone ristrette in carcere.
Un'ulteriore interessante aspetto di novità è costituito dagli esiti di una indagine effettuata presso i sindaci dei comuni ricompresi nel territorio dell'ASL, volto ad indagare la percezione della diffusione e della gravità del fenomeno delle dipendenze e dell'uso di sostanze da parte degli amministratori locali, particolarmente attenti vicini ed interessati alle realtà da loro amministrate.
Anche sul piano delle collaborazioni, quest'anno è stata ampliata la partecipazione, che ha visto attivamente impegnati tutti gli enti gestori delle comunità terapeutiche ubicate sul territorio della ASL e delle Unità Mobili Giovani in essa attive.
Dal punto di vista delle indicazioni d'uso, si segnala che, allegata alla copia cartacea del report, vi è un CD-ROM, dove grafici e piantine sono ingrandibili e a colori, a vantaggio di una più comoda consultazione.
Auspicando che il materiale e le analisi fornite possano essere di supporto ad una programmazione efficace da parte di tutti i soggetti interessati e mettendo a disposizione le strutture del Dipartimento delle Dipendenze per eventuali esigenze di chiarimenti ed approfondimenti da parte dei medesimi, auguro buona lettura.

Dott. Ernestino Gola
Direttore del Dipartimento delle Dipendenze

INTRODUZIONE

Il presente Report è il terzo rapporto sul fenomeno delle dipendenze nella ASL Milano 1, esso utilizza dati ed informazioni provenienti da diverse strutture ed istituzioni presenti sul territorio che a vario titolo intercettano i soggetti alcol e tossicodipendenti.
L'analisi è stata condotta tramite la raccolta locale per i SerT delle informazioni sull'utenza trattata e trasferite a livello ministeriale tramite i modelli di rilevazione SEM e ANN e per i NOA attraverso le schede ministeriali ALC.
Rispetto al report degli scorsi anni, quest'anno è stato possibile approfondire lo studio e l'analisi disponendo di dati omogenei raccolti in modo analitico da parte di tutti i Servizi Territoriali per le dipendenze; questo è stato possibile grazie all'introduzione del programma Dipendenze: software gestionale in uso presso molte delle ASL della regione Lombardia.
La provincia di Milano, comprendente la ASL Milano 1, ha svolto inoltre ruolo di punto campione per due indagini campionarie nazionali: l'indagine IPSAD® (indagine sul consumo di sostanze nella popolazione residente di età compresa tra i 15 ed i 54 anni) e l'indagine ESPAD-Italia® (indagine sul consumo di sostanze nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 ed i 19 anni).
La metodologia utilizzata da IPSAD (Italian Population Survey on Alcool and Drugs) è quella del questionario anonimo autosomministrato inviato per posta; ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Durgs), invece, va a monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe tra gli studenti delle scuole medie superiori, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato a intere classi.
Ulteriori informazioni sulle problematiche alcol e droga correlate sono emerse dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).
Infine tutte le informazioni relative alla criminalità droga correlata provengono dai flussi delle informazioni rilevate dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) e dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica (DCDS) del Ministero dell'Interno.
Come per l'anno scorso, grazie alla collaborazione con l'Ufficio Epidemiologico della ASL Milano 1, sono state raccolte informazioni derivanti dal flusso regionale in uso presso la regione per il monitoraggio delle prestazioni in Psichiatria territoriale (Psiche), i flussi della farmaceutica territoriale e della distribuzione diretta di farmaci, con attenzione particolare agli antipsicotici e agli antidepressivi ed, infine, il flusso delle esenzioni individuando i soggetti esenti per psicosi o problemi alcol/droga correlati.

TENDENZE E SVILUPPI: UNA PANORAMICA NELLA ASL MILANO 1

Quali sono gli indicatori che sono stati utilizzati per definire il fenomeno droga nella ASL Milano 1? E quali sono le sue dimensioni in questo territorio?

Per descrivere il fenomeno del consumo e dell'abuso di sostanze psicotrope in modo completo ed il più esaustivo possibile, si sono monitorate quante più componenti identificabili del fenomeno stesso.
Sono stati utilizzati essenzialmente gli indicatori suggeriti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA) congiuntamente all'analisi degli attuali flussi informativi ministeriali e la banca dati dei singoli servizi: uso di sostanze nella popolazione generale, prevalenza d'uso

problematico delle sostanze psicoattive, domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze, mortalità degli utilizzatori di sostanze, malattie infettive.
Le analisi sui dati 2007 e 2008 confermano, come già osservato gli anni passati, una maggiore vicinanza della popolazione residente nella provincia di Milano, quindi anche nel territorio della ASL Milano 1, alle sostanze psicotrope rispetto al resto della popolazione residente nelle altre regioni italiane.

Che cosa rappresenta l'indicatore "uso di sostanze nella popolazione generale"? Che dimensioni assume nella ASL Milano 1?

Questo indicatore rileva i comportamenti nei confronti di alcol e sostanze psicoattive legali ed illegali da parte della popolazione generale. In Italia tale rilevazione viene effettuata attraverso l'indagine campionaria IPSAD®. A questa indagine si affianca l'indagine ESPAD-Italia® che invece rileva le abitudini di uso di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe nella popolazione giovanile studentesca.
Come già affermato precedentemente, dai dati di entrambe le indagini emerge in generale una maggiore contiguità della popolazione milanese alle sostanze psicotrope rispetto alla popolazione delle altre regioni italiane.
Per quanto riguarda l'uso della cannabis almeno una volta nella vita, dall'indagine IPSAD questo sembra riguardare il 34,7% della popolazione residente in Lombardia. L'uso della sostanza una volta o più nell'ultimo anno sembra riguardare maggiormente i maschi con età compresa tra i 15 ed i 34 anni (47,8%). Anche per le femmine la maggior parte delle utilizzatrici si pone all'interno di questa fascia d'età. All'aumentare dell'età diminuiscono i consumi in entrambi i sessi.
Nell'indagine ESPAD il 27,1% dei rispondenti afferenti a scuole situate nel territorio della ASL Milano 1 ha affermato di aver utilizzato la cannabis negli ultimi 12 mesi. La prevalenza degli studenti in oggetto è inferiore, seppur di poco, al dato del resto della provincia. Superiore, invece, al resto della regione e al dato nazionale.
Rispetto all'uso di cocaina la regione Lombardia si pone a livelli di utilizzo più alti rispetto al resto d'Italia: l'utilizzo negli ultimi 12 mesi è stato dichiarato dal 3,4% della popolazione Lombarda contro il 2,1% del dato nazionale. Come per la cannabis, la fascia d'età maggiormente interessata è quella compresa tra i 15 ed i 34 anni per entrambi i sessi.
L'uso negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolarizzata sembra interessare maggiormente i 19enni: per i maschi il 7,2% degli intervistati e per le femmine il 4,6%. La contiguità con il consumo di cocaina in entrambi i sessi, aumenta al crescere dell'età.
Anche l'uso di eroina nella regione Lombardia fa registrare consumi maggiori rispetto ai consumi nazionali: circa il 2% degli intervistati ha riferito di aver consumato eroina almeno una volta nella propria vita contro l'1,6% del dato nazionale. Rispetto ai consumi più recenti, in entrambi i sessi si registra la prevalenza più alta tra i 15-24enni. La maggior differenziazione tra i generi si riscontra nella fascia 25-34 anni per cui ad ogni donna consumatrice di eroina, corrispondono 3 uomini consumatori (0,9% dei maschi, contro lo 0,3% delle femmine).
Dal 2005 al 2008 si evidenzia una flessione nei consumi tra le studentesse in tutte le fasce d'età. Anche tra i maschi si riduce nel complesso, ma in modo meno accentuato.
Rispetto al consumo di alcol, nella popolazione generale il dato lombardo è in linea col dato nazionale sia per il consumo nella vita che nel corso degli ultimi 12 mesi. È il genere maschile a registrare i consumi più elevati: il picco lo

raggiungono i soggetti di età compresa tra i 25 ed i 34 anni; il 95,8% infatti ha consumato sostanze alcoliche negli ultimi 12 mesi.
L'analisi del consumo di alcol nella popolazione scolarizzata pone gli studenti delle scuole afferenti al territorio della ASL Milano 1 in linea con gli studenti della provincia, della regione e della nazione: l'85% degli studenti della provincia di Milano 1, infatti, si equivalgono all'84% degli studenti italiani e all'85% degli studenti lombardi e milanesi nel complesso che hanno affermato di aver utilizzato alcol negli ultimi 12 mesi. Per entrambi i generi si assiste ad un aumento dei consumi al crescere dell'età e sono sempre gli studenti di sesso maschile a dichiarare un maggior consumo.

Cosa rappresenta la "prevalenza d'uso problematico delle sostanze psicoattive" e quale impatto ha nella ASL Milano 1?
L'EMCDDA definisce l'uso problematico come "il consumo per via iniettiva o da lunga data e regolare di oppiacei, cocaina o amfetamine". Questa definizione può essere intesa anche ad indicare l'utenza potenziale che potrebbe formulare una domanda di trattamento.
Per la determinazione della stima del numero di soggetti utilizzatori problematici nel territorio della ASL Milano 1, nelle annualità 2007 e 2008, sono state utilizzate due differenti metodologie di stima. Per l'anno 2007 è stato utilizzato il metodo denominato Moltiplicatore semplice, mentre per il 2008 il metodo Cattura/Ricattura; quest'ultimo applicato a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti in carico e trattati presso i SerT e quella relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliera con diagnosi principale o concomitante riconducibile alle sostanze di riferimento della definizione dell'Osservatorio Europeo.
Attraverso queste metodologie sono stati stimati nel complesso, sul territorio della ASL Milano 1, circa 6.000 utilizzatori problematici corrispondenti ad una prevalenza stimata dell'8,8 nel 2007 e poco più di 9 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni nel 2008.
Per quello che riguarda i consumatori problematici di oppiacei sono stati stimati sul territorio, nel 2007, 3.200 casi, pari ad una prevalenza di 4,8 soggetti utilizzatori problematici ogni mille residenti. Rispetto al 2008, i soggetti stimati sono circa 3.300, corrispondenti ad una prevalenza pari a 5 soggetti ogni mille di età a rischio. Questo dato risulta essere in linea col dato nazionale.
I consumatori di cocaina stimati per il 2007 sono circa 2.900: 4,2 soggetti ogni mille residenti. Nel 2008 si stimano invece circa 3.200 casi prevalenti, per una prevalenza stimata di 4,8 residenti ogni mille di età a rischio.
Per quanto riguarda i consumatori problematici di bevande alcoliche, sul territorio sono stati stimati 4.400 utilizzatori corrispondenti ad una prevalenza stimata di 6,6 soggetti ogni 1.000 residenti nel 2007; 4.600 sono i soggetti stimati per l'anno 2008 con una prevalenza stimata di 7 soggetti ogni mille di età a rischio.

Quali caratteristiche assume l'indicatore considerato "domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze"? Quindi quali sono le caratteristiche dei soggetti che si rivolgono alle strutture di intervento?
Nel 2007 sono stati 1.987 gli utenti trattati presso i SerT della ASL Milano 1. Nel 2008 sono stati 1.915: il 71% di essi risulta essere già noto ai servizi o per prese in carico che si trascinano dagli anni precedenti o per recidive. Il dato incidente, invece, è pari al 29% dell'utenza trattata.
Vi è una netta predominanza di utenti di sesso maschile: l'87% contro il 13% di femmine.

La maggioranza degli utenti è trattata per dipendenza da oppiacei, tuttavia sono in aumento le domande di trattamento per problematiche legate all'uso di altre sostanze: più precisamente i cocainomani. Infatti, tra i nuovi utenti, nel 2008 sono il 56% dei soggetti a far domanda di trattamento per cocaina.
Analizzando il livello di scolarità dell'utenza, a prescindere dalla sostanza d'abuso primaria, si rileva che, sia nel 2007 sia nel 2008, il 75% dell'utenza in carico presso i SerT possiede un livello di scolarità medio.
Nel 2008 la maggior parte dell'utenza risulta occupata stabilmente (65%); risulta disoccupato il 27% dei soggetti in carico, dato inferiore al 2007 dove i disoccupati erano il 34% dell'intera utenza.
Nel 2008, presso la ASL Milano 1, sono stati in carico 994 soggetti con problemi legati al consumo di alcol: di questi la maggior parte sono maschi (79%). Gli utenti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta sono stati il 41% dell'utenza complessiva.
L'età media dell'utenza in carico per problemi legati al consumo di alcol è di circa 46 anni.
Tra gli utenti alcol dipendenti: il 47% presenta un livello di istruzione medio, il 61% risulta essere occupato dal punto di vista lavorativo ed il 47% risulta coniugato o convivente.
Il 14% dell'utenza alcol dipendente ha dichiarato di utilizzare anche sostanze stupefacenti e psicotrope: i soggetti che maggiormente associano altre sostanze sono di sesso maschile e la sostanza maggiormente associata all'alcol è la cocaina seguita dalla cannabis.

Cosa emerge degli altri due indicatori identificati dall'OEDT: "decessi" e "malattie infettive"?
Si tratta di indicatori indiretti, cioè che prendono in considerazione aspetti particolari del fenomeno dell'uso di droghe ed il modo in cui impattano sulla popolazione.
Dai dati forniti dalla DCSA nel quinquennio 2003-2007 si sono registrati, nel distretto dalla ASL Milano 1, 21 decessi per overdose. In media quindi sono accaduti 4 decessi all'anno e, rapportando i decessi alla popolazione residente di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, il tasso di mortalità droga correlato è rimasto pressoché invariato assestandosi a circa un caso ogni 100.000 residenti.
Per quello che riguarda le malattie infettive, nel 2008 le percentuali di positività ai rispettivi test per HIV, HBV e HCV tra gli utenti dei SerT mostrano che, tra i soggetti testati, i valori di positività sono maggiormente rintracciabili tra gli utenti già in carico rispetto ai nuovi utenti. Alta la percentuale dei soggetti risultati positivi al test rivolto all'individuazione del virus responsabile dell'epatite C (46% dei soggetti testati, pari al 33% dell'utenza in carico).

Quale rilevanza assumono i fenomeni di attività criminale connessa alla droga nel distretto della ASL Milano 1?
Le denunce per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti effettuate in Italia nel corso del 2008 sono state effettuate 35.352, di cui 6.261 in Lombardia e 2.851 nella provincia di Milano. A fronte della sostanziale stabilità rilevata sul territorio nazionale rispetto al 2007, il numero di denunce ha subito un aumento di quasi il 5% nella regione, ed una diminuzione di quasi il 10% nella provincia.
Quasi l'83% delle denunce effettuate in Italia ha esitato in un arresto. In Lombardia e nella provincia milanese, tale proporzione sale rispettivamente a circa l'85% ed il 94%, senza mostrare variazioni di rilievo rispetto al 2007.

La sostanza di denuncia più frequente risulta essere la cocaina (circa il 49% nella provincia), seguita da cannabinoidi ed eroina.

Un ulteriore indicatore indiretto analizzato è l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera: cosa emerge dei ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope?

Nel biennio 2007-2008, si sono registrati complessivamente 25.231 ricoveri correlati ad alcol, droga e tabacco.

I ricoveri con diagnosi direttamente correlata al consumo di alcol sono stati 2.633 (pari a circa il 10% dell'intero collettivo) e 1.026 (circa il 4% dell'intero collettivo) quelli attribuibili all'uso di droghe e psicofarmaci. Poco più del 5% dei ricoveri droga correlati presentano diagnosi correlate anche all'uso di alcolici.

Sono 916 i soggetti che hanno generato i 1.026 ricoveri droga correlati nel biennio 2007-2008: circa il 52% del gruppo considerato, risulta costituito da maschi. Le femmine sono maggiormente rappresentate nel gruppo di degenti che fanno uso di antidepressivi, sedativi/barbiturici e tranquillanti; le quote più elevate di maschi le si ritrova tra i consumatori di cannabinoidi, cocaina ed oppiacei.

Anche nel gruppo di pazienti ricoverati con diagnosi relative al consumo di droghe/psicofarmaci in concomitanza con quello di alcolici, i maschi (circa il 71% del collettivo considerato), sono generalmente maggiormente rappresentati tra gli utilizzatori di droghe, mentre le femmine tra chi fa uso di psicofarmaci.

Ci sono altri indicatori il cui studio ha approfondito l'analisi sul fenomeno delle dipendenze sul territorio della ASL Milano 1? Quali indicazioni ne conseguono?

Nell'ambito delle attività di monitoraggio è stato condotto lo studio della mappatura a livello comunale dell'utenza dipendente da sostanze psicoattive censita presso i servizi.

La mappatura dell'utenza censita ha avuto come principale obiettivo quello di evidenziare la presenza di aree territoriali in cui l'utenza nota si presenta, rispetto alla popolazione residente, con valori numericamente più elevati rispetto ad altre aree.

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza evidenzia un fenomeno che si esplica sul territorio in maniera differente per le diverse tipologie di utilizzatori considerate.

Rispetto alla collocazione dell'utenza sul territorio: gli utilizzatori di oppiacei si concentrano nella parte settentrionale della ASL, nell'area tra Legnano e Rho; gli utilizzatori di stimolanti si rilevano pochi comuni sparsi nella parte orientale della ASL che fanno osservare valori di prevalenza stimati maggiori del riferimento: alcuni di questi si raggruppano attorno a Bollate, gli altri si concentrano nell'area vicino a Corsico. Differente, invece, è la situazione evidenziata per gli utilizzatori di cannabis: si rileva un'ampia area che copre la parte centrale e meridionale del territorio della ASL dove si concentrano i comuni per i quali il valore di prevalenza stimato risulta maggiore del valore di riferimento.

1. CONTESTO E POLITICHE REGIONALI E LOCALI

1.1 Quadro giuridico

1.2 Quadro istituzionale

1.2.1 La struttura organizzativa del Dipartimento ASSI

1.3 Tavolo tematico delle dipendenze

1.1 QUADRO GIURIDICO

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano n. 1 è stata istituita con legge della Regione Lombardia n. 31 del 11 luglio 1997, ha iniziato la propria attività il 1° gennaio 1998, ed è una delle aziende sanitarie in cui è stato suddiviso il territorio della Regione Lombardia.
Il presente report analizza il fenomeno delle dipendenze inquadrandolo nello sviluppo del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 1.
IL 2007 e 2008 sono stati da questo punto di vista due anni significativi.
Nel maggio del 2007 è stato istituito in Regione il Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione (TTRP) a cui partecipa un rappresentante del Dipartimento delle Dipendenze di ciascuna ASL lombarda, oltre a rappresentanti del Privato Sociale.
Primo compito del Tavolo è stata la stesura delle "Linee Guida Regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale", documento approvato e pubblicato dalla Giunta Regionale con la delibera n. 6219 del 19/12/2007.
Fin dall'inizio del 2008 le Linee Guida sono state diffuse al sistema delle dipendenze e trasmesse agli Uffici di Piano del territorio, in particolare in vista della successiva ri-programmazione dei Piani di Zona.
La DGR n. 7223 del 9/5/2008 "Rete regionale sulla prevenzione delle dipendenze" ha dato un ulteriore input alla costituzione di un sistema della prevenzione all'interno del dipartimento e all'applicazione delle Linee Guida Regionali.
Il Dipartimento delle Dipendenze infatti da alcuni mesi stava sviluppando un proprio sistema sulla prevenzione con l'obiettivo di rafforzare il ruolo e la funzione del Dipartimento stesso quale anello di congiunzione fra i diversi attori del sistema di intervento preventivo.
La Legge Regionale 12/3/2008 n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" ha rafforzato nel Dipartimento delle Dipendenze le azioni e i programmi di "integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di settore".
I progetti di prevenzione e tutto il percorso del progetto Re-Ligo (vedi capitolo 3) e del progetto Mosaico - genitorialità e dipendenza (vedi capitolo 5), ne sono alcuni esempi.
La successiva DGR 8243 dell'ottobre 2008, per la realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, ha coinvolto il Dipartimento delle Dipendenze nella progettazione di alcune aree dell'intero programma triennale che si sviluppa a partire dal 2009.
A fine ottobre 2007 è stata stipulata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza, che definisce quali siano "le mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi, anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti" elencandole in un documento allegato all'atto stesso. Fra queste le mansioni inerenti attività di trasporto.
Ai fini dell'Intesa, la struttura sanitaria competente è il Servizio per le Tossicodipendenze dell'ASL nel cui territorio ha sede l'azienda, nella quale è occupato il lavoratore, o il lavoratore stesso.
Il processo di accreditamento dei Servizi per le Dipendenze stabilito dalla DGR 7/05/2003 n. 12621, che ha introdotto elementi di flessibilità e specializzazione nell'organizzazione dei servizi delle dipendenze, ha portato ad un sistema di intervento diffuso su tutto il territorio regionale e articolato nelle varie tipologie.

Negli ultimi anni, a partire dall'iniziale riorganizzazione, la rete dei servizi si è sostanzialmente stabilizzata, confermando in ogni ASL, e quindi anche nella ASL Milano 1, il volume accreditato seppur con articolazioni e modulazioni interne.
A fronte dei rapidi cambiamenti legati all'evoluzione del fenomeno delle dipendenze nel 2007 si è prevista la possibilità di un'eventuale e ulteriore modulazione dell'offerta e l'accreditamento di:
servizi multidisciplinari integrati
servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento
trasformazioni in moduli (posti di accoglienza e di trattamento specialistico) all'interno di servizi residenziali e semiresidenziali già accreditati, a condizione di non ampliare la capacità complessivamente accreditata.
La legge regionale 1 aprile 2008 n. 11 ha modificato gli ambiti dell'ASL Milano 1 a seguito della istituzione della nuova Provincia di Monza e Brianza. Dal 1 gennaio 2009 pertanto 5 comuni del Distretto n. 1 di Garbagnate Milanese (Limbiate, Ceriano Laghetto, Cogliate, Lazzate, Misinto) entreranno a far parte della nuova ASL di Monza e Brianza.

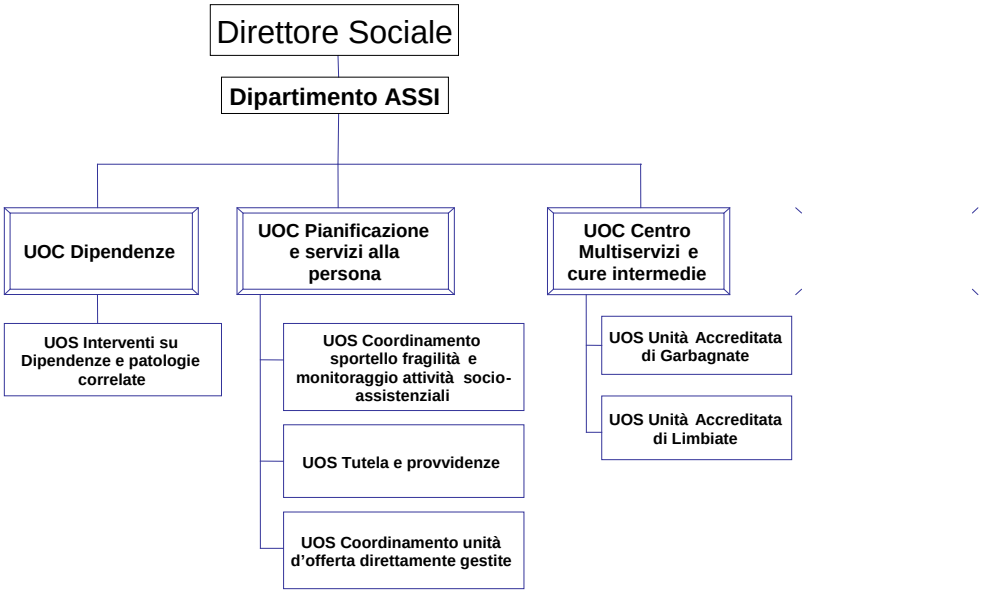
1.2 QUADRO ISTITUZIONALE

L'ASL Milano 1 si configura come un'azienda sanitaria pubblica territoriale che serve un bacino di utenza, al 1° gennaio 2008, di 976.394 abitanti (dati ISTAT), situati in un territorio di 798 kmq che comprende 78 comuni dell'area Nord-Ovest di Milano, raggruppati in 7 distretti (Allegato 1). La caratteristica territoriale di questa ASL è quella della presenza, nel suo territorio, sia di zone fortemente antropizzate con una elevata attività industriale, sia di zone agricole a bassa densità abitativa. Questa differenziazione territoriale giustifica la presenza dei distretti territoriali, al fine di poter rispondere al meglio ai bisogni socio sanitari della popolazione; difatti, ai distretti sono assegnati numerosi compiti ed attività di tipo sanitario, socio-assistenziale e veterinario (art. 9 LR 31/1997).
L'offerta sanitaria del territorio della ASL Milano 1 al 31 dicembre 2008 è costituita da 640 Medici di Medicina Generale, 131 Pediatri di Libera Scelta, 80 Medici di Continuità Assistenziale, 110 Associazioni di MMG/PLS, 206 Farmacie, 2 Aziende Ospedaliere con 8 presidi, 3 Case di Cura private accreditate, 5 Dipartimenti Emergenza e Urgenza e 3 Pronto Soccorso, n. 6 comunità terapeutiche per tossicodipendenti. L'azienda, inoltre, gestisce direttamente 10 Centri Diurni per Disabili (CDD), una Residenza Sanitaria per Anziani (RSA), 5 Servizi Tossicodipendenze e 3 Nuclei Operativi Alcologia. Il personale in servizio alla data del 31 dicembre 2008 è pari a 1.432 dipendenti.
In termini organizzativi la ASL si articola in Dipartimenti e Distretti.
I Dipartimenti sono le macrostrutture organizzative ed operative in cui si articola l'Azienda, sono dotati di autonomia gestionale, funzionale e tecnica. L'organizzazione dipartimentale è, secondo normativa, il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda cui partecipano tutte le strutture di particolare specificità al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. I Dipartimenti previsti in ASL sono suddivisi in Dipartimenti Gestionali e Dipartimenti Funzionali.
Nel Dipartimento Gestionale si concretizza una gestione comune delle risorse, finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti e verificati anche attraverso la negoziazione di budget. Caratteristica tipica del dipartimento gestionale è l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di un budget unico.

Nel Dipartimento Funzionale l'attività è coordinata attraverso un comune indirizzo organizzativo, scientifico e tecnico; non si realizza la gestione diretta delle risorse, bensì l'applicazione delle norme (nazionali, regionali o aziendali) per il raggiungimento di uno specifico ed univoco obiettivo. Caratteristica tipica del dipartimento funzionale è l'applicazione di linee e protocolli concordati ed uniformi.
I Dipartimenti dell'Azienda sono:

- Dipartimento di Programmazione Acquisto e Controllo
- Dipartimento di Prevenzione Medica
- Dipartimento di Prevenzione Veterinaria
- Dipartimento delle Cure Primarie e Continuità Assistenziale
- Dipartimento per le Attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI)
- Dipartimento Amministrativo.

1.2.1 La struttura organizzativa del Dipartimento ASSI



Il Distretto è la struttura a diretto contatto con il cittadino e i suoi bisogni di salute, rappresenta "l'area di produzione" dove sono erogati i servizi alla persona definiti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), luogo di valutazione del bisogno e interfaccia con gli Uffici di Piano dei Comuni ai sensi della Legge 328/2000.
I Distretti Socio-Sanitari sono:

- Distretto Socio-Sanitario 1 Garbagnate Milanese
- Distretto Socio-Sanitario 2 Rho
- Distretto Socio-Sanitario 3 Corsico
- Distretto Socio-Sanitario 4 Legnano
- Distretto Socio-Sanitario 5 Castano Primo
- Distretto Socio-Sanitario 6 Magenta
- Distretto Socio-Sanitario 7 Abbiategrasso

Distretti Veterinari
I Distretti Veterinari hanno il compito di rilevare, nell'ambito territoriale di competenza, la domanda di prestazioni ed in base alla stessa produrre attività di tutela del benessere animale, di medicina preventiva e controllo sanitario nelle produzioni animali e nelle industrie di trasformazione collegate.
I Distretti Veterinari sono 3:

- Distretto Veterinario 1 Garbagnate Milanese – Rho - Corsico
- Distretto Veterinario 2 Legnano - Castano Primo
- Distretto Veterinario 3 Magenta – Abbiategrasso.

1. 3 TAVOLO TEMATICO DELLE DIPENDENZE

Al momento attuale, in mancanza delle linee regionali in merito al Comitato del Dipartimento delle Dipendenze, l'ASL Milano 1 a seguito della DGR n VII/19881 del 16/12/04 che individua tra gli obiettivi strategici di interesse regionale la costituzione di un tavolo di confronto con i soggetti del terzo settore a livello di ogni singola ASL, in accordo con gli organismi del Terzo Settore e gli Enti Locali ha istituito (Decreto Direttoriale n. 14 del 31/01/07) il Tavolo Tematico delle Dipendenze come articolazione del tavolo di Confronto con il terzo settore, quale luogo di scambio, confronto ed elaborazione relativamente agli interventi sulle dipendenze.
Il Tavolo Tematico delle Dipendenze assicura alla Direzione Generale, alla Direzione Sociale ed alla UOC Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 1 funzioni consultive e propositive in merito alla programmazione e alla integrazione degli interventi di prevenzione, trattamento, riabilitazione e reinserimento nell'ambito delle Dipendenze posti in essere sul territorio della ASL Milano 1.
In tal modo favorisce il necessario coordinamento degli interventi e il perseguimento dell'obiettivo della messa in rete dei servizi allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e la loro puntuale definizione in funzione della migliore risposta ai bisogni identificati nel territorio.
Il Tavolo Tematico delle Dipendenze è così composto:

- Direttore UOC Dipartimento delle Dipendenze in qualità di presidente (componente di diritto);
- Dirigente UOS Interventi sulle dipendenze e Patologie Correlate, Rappresentante Dipartimento Assi, Rappresentante Direzione Sanitaria (componenti designati);
- Rappresentanti degli Enti Locali;
- Rappresentanti tra gli Enti del Privato Sociale che operano nel territorio della ASL Milano 1 con interventi, progetti, servizi nel campo della prevenzione specifica, del trattamento e della riduzione del danno, del reinserimento sociale e/o lavorativo di persone con problemi di dipendenza.

Gli incontri, a cadenza mensile, hanno avuto come obiettivo: condividere analisi e valutazioni sul sistema dei servizi, capire quali sono le forze presenti sul territorio al fine di realizzare azioni/iniziative di raccordo con il Dipartimento delle Dipendenze (con particolare riferimento all'Osservatorio per le Dipendenze), armonizzare la programmazione e condividere dati sull'andamento del fenomeno, perseguire il raccordo con i distretti e con i Piani di Zona, in particolare sui temi della prevenzione e del reinserimento lavorativo al fine di permettere di migliorare le dimensioni qualitative e quantitative degli interventi messi in atto a livello locale.

In relazione alla Programmazione triennale di zona e in ottemperanza all' art. 14 della LR 3/2008, che attribuisce alle ASL il compito di collaborare con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta e di fornire ai comuni gli elementi per poter favorire programmi efficaci a livello locale, il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 1 in accordo con il Tavolo Tematico ha predisposto, per l'area prevenzione e reinserimento sociale, un documento che vuole essere una fotografia di tutti gli interventi in atto nel territorio dell'ASL, e, nel contempo, fornire alcune indicazioni utili al miglioramento degli interventi preventivi nel settore delle dipendenze finanziati con le risorse del FNPS, al fine di favorire la produzione di programmi preventivi integrati.
I contenuti del documento fanno esplicitamente riferimento alle "Linee guida regionali per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" approvate con la DGR n. 6219 del 19/12/2007.

2. USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE E ALTRI COMPORTAMENTI A RISCHIO NELLA POPOLAZIONE

2.1 Consumi nella popolazione generale

2.1.1 Consumi di eroina
2.1.2 Consumi di cocaina
2.1.3 Consumi di cannabis
2.1.4 Consumi di stimolanti
2.1.5 Consumi di allucinogeni
2.1.6 Consumi di alcol
2.1.7 Consumi di tabacco
2.1.8 Policonsumi
2.1.9 Gioco d'azzardo

2.2 Consumi nella popolazione studentesca

2.2.1 Consumi di eroina
2.2.2 Consumi di cocaina
2.2.3 Consumi di cannabis
2.2.4 Consumi di stimolanti
2.2.5 Consumi di allucinogeni
2.2.6 Consumi di alcol
2.2.7 Consumi di tabacco
2.2.8 Consumi di farmaci psicoattivi
2.2.9 Policonsumi
2.2.10 Gioco d'azzardo

2.3 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

2.4 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive

2.4.1 Disapprovazione dell'uso di sostanze psicoattive
2.4.2 Percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive

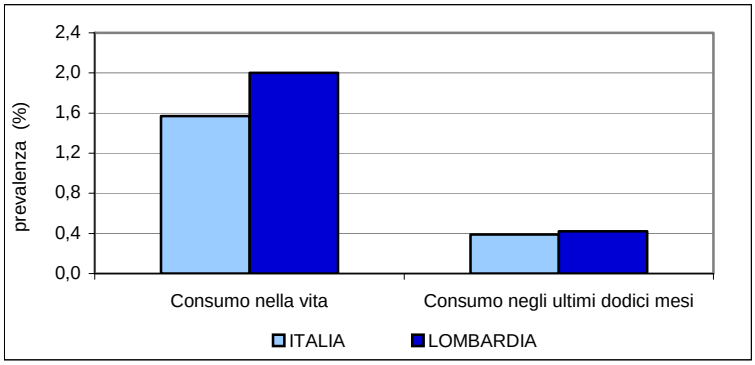
2.1 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Lombardia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia®2007-2008[1] (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. L'indagine ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale, secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT).
Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti.

2.1.1 Consumi di eroina

Il 2% della popolazione residente nella regione Lombardia di età compresa tra i 15 ed i 64 anni riferisce di aver sperimentato il consumo di eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,4% ne ha utilizzato anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (Italia=1,6% e 0,4%).

Grafico 2.1: Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.



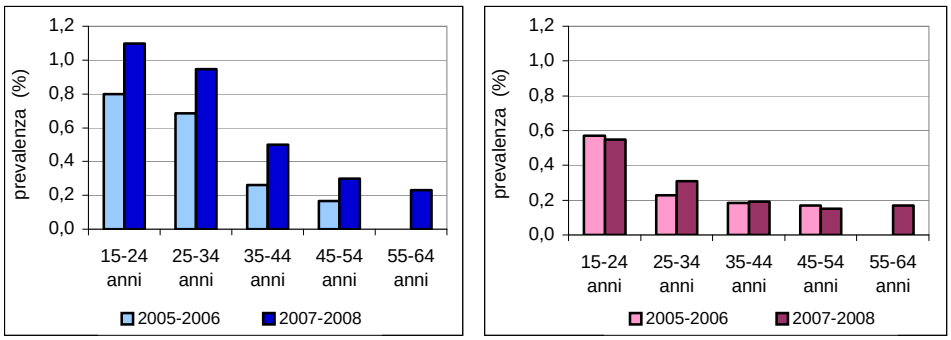
Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

I consumatori di eroina

Il consumo annuale di eroina ha coinvolto lo 0,6% della popolazione lombarda maschile e lo 0,3% di quella femminile.
Nel genere maschile le quote più elevate di consumatori si osservano tra i soggetti più giovani di 15-24 anni (1,1%) e tra i 25-34enni (0,9%), per poi decrescere nelle successive classi di età e raggiungere lo 0,3% e 0,2% tra i soggetti di 45-54 anni e 55-64 anni. Anche nel genere femminile, tra le 15-24enni si registra la prevalenza più elevata di consumatrici (0,6%), seguita da una quota pari a 0,2% in tutte le altre classi di età. La maggiore differenziazione di genere si riscontra tra i soggetti di 25-34 anni, tra i quali ad ogni donna consumatrice di eroina corrispondono 3 uomini consumatori (m=0,9%; f=0,3%).
Rispetto la precedente rilevazione, effettuata nel 2005-2006, nel genere maschile si evidenzia un aumento delle prevalenze di consumo in tutte le classi di età, mentre nel collettivo femminile le prevalenze rimangono sostanzialmente stabili.

[1] Le prevalenze nazionali e regionali, sono state effettuate su dati aggiornati e definitivi (IPSAD®2007-2008).

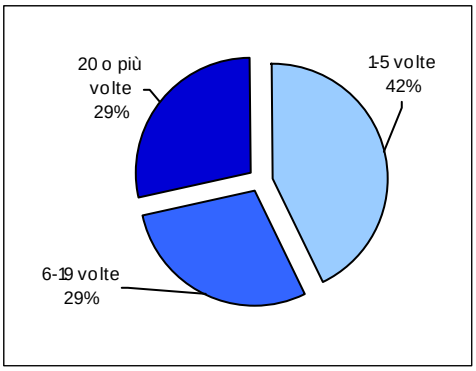
Grafico 2.2: Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

Tra i consumatori di eroina, il 42% riferisce di averne fatto uso occasionalmente (da 1 a cinque volte), mentre per il 29% il consumo è stato più frequente (20 o più volte nel corso dell'ultimo anno).

Grafico 2.3: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Regione Lombardia.

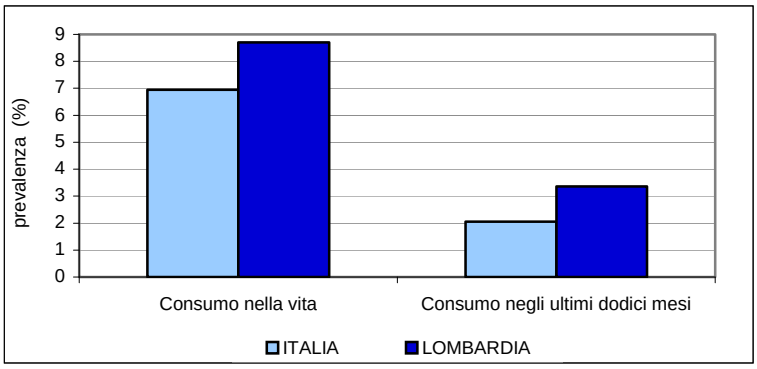


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

2.1.2 Consumi di cocaina

L'8,7% della popolazione lombarda 15-64enne ha provato cocaina almeno una volta nella vita, mentre il 3,4% ammette di averne consumato anche nel corso dell'ultimo anno, valori superiori a quelli nazionali (7% e 2,1%).

Grafico 2.4: Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.

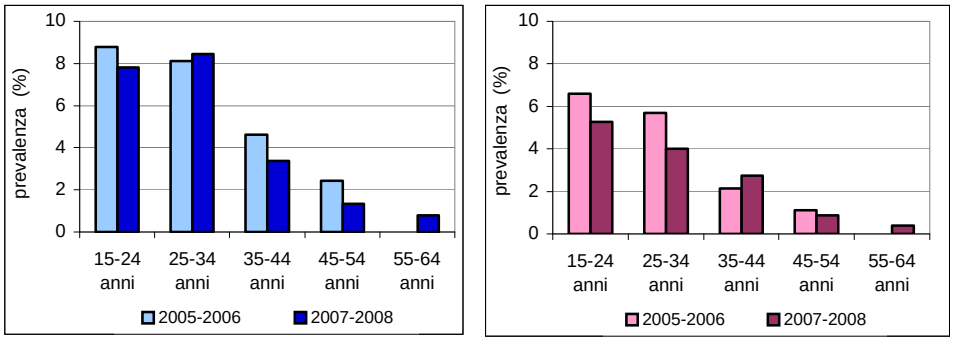


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

I consumatori di cocaina

Il consumo di cocaina ha riguardato in particolar modo il genere maschile (4,2% contro il 2,5% delle femmine) ed i soggetti di età compresa tra i 15 ed i 34 anni.
In entrambi i generi, sono i soggetti di 25-34 anni ed i giovanissimi di 15-24 anni che, in percentuale maggiore rispetto i soggetti più adulti, riferiscono di aver assunto cocaina una o più volte nel corso dell'ultimo anno (25-34 anni: m=8,5%; f=4%; 15-24 anni: m=7,8%; f=5,3%).
Le prevalenze di consumo diminuiscono progressivamente nelle classi di età superiori, fino a raggiungere, tra i 35-44enni, il 3,4% tra i maschi e il 2,8% tra le femmine e tra i soggetti di 55-64 anni rispettivamente lo 0,8% e lo 0,4%.
Rispetto il precedente studio campionario, a livello regionale si osserva una riduzione delle prevalenze di consumo in entrambi i generi ed in quasi tutte le classi di età.

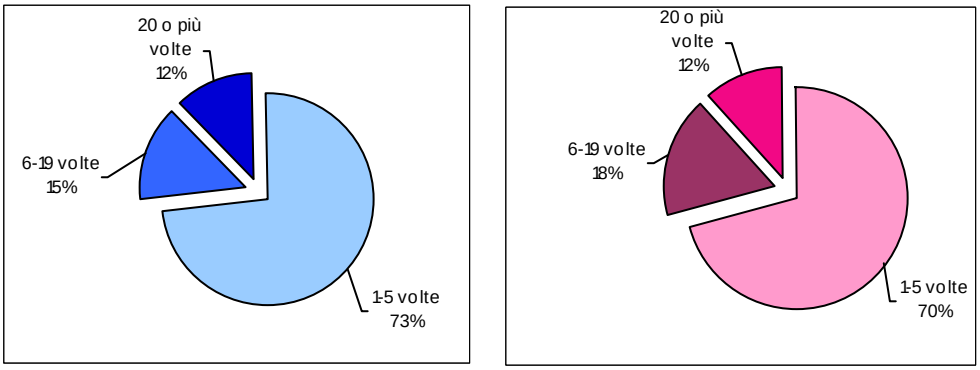
Grafico 2.5: Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

Tra i soggetti che hanno utilizzato cocaina nel corso dell'anno, il 73% del collettivo maschile ed il 70% di quello femminile ha riferito un consumo occasionale (da 1 a 5 volte in 12 mesi), mentre l'assunzione più frequente (20 o più volte annue) ha caratterizzato il 12% dei consumatori di entrambi i generi.

Grafico 2.6: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

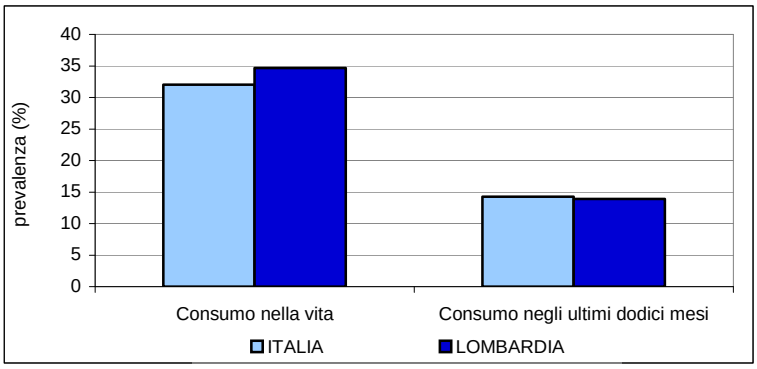


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

2.1.3 Consumi di cannabis

In Lombardia, il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 34,7% della popolazione regionale, mentre il 13,9% ha continuato ad utilizzarne nel corso dell'ultimo anno (Italia: 32% e 14,3%).

Grafico 2.7: Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.

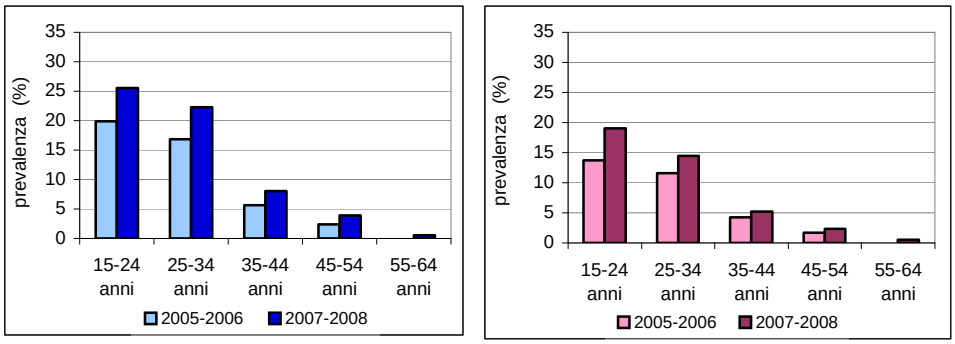


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

I consumatori di cannabis

Il consumo di cannabis durante l'anno ha riguardato il 15,9% della popolazione maschile lombarda e l'11,9% di quella femminile.
In entrambi i generi, l'uso di cannabis risulta più diffuso tra i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=25,5%; f=19%) e di 25-34 anni (m=22,3%; f=14,5%), per diminuire progressivamente all'aumentare dell'età della popolazione.
Il maggior decremento si registra nel passaggio dai 25-34 anni alla successiva classe di età: tra i 35-44enni, infatti, l'8% dei maschi ed il 5,2% delle femmine riferisce di aver utilizzato la sostanza durante l'ultimo anno.
Le quote di consumatori di cannabis raggiungono il 3,9% ed il 2,3% tra i maschi e le femmine di 45-54 anni, mentre tra i 55-64enni risultano pari a 0,5% in entrambi i generi.
Rispetto la rilevazione svolta nel biennio precedente, si osserva in entrambi i generiun aumento dei consumatori di cannabinoidi tra i soggetti di 15-24 anni (Anno 2005-2006: m=19,9%; f=13,8%) e di 25-34 anni (Anno 2005-2006: m=16,8%; f=11,6%).

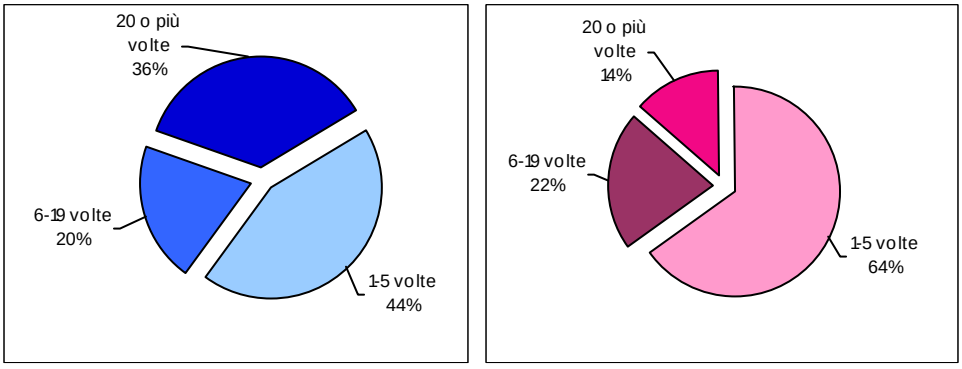
Grafico 2.8: Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

La frequenza d'uso di cannabis durante l'anno differenzia i consumatori sulla base del genere: se tra i maschi prevale il consumo frequente, la maggior parte delle femmine utilizza occasionalmente la sostanza. Tra i soggetti che hanno utilizzato cannabis negli ultimi 12 mesi, il 43% dei maschi ed il 64% delle femmine riferisce di averne consumato fino a 5 volte, mentre per il 36% dei consumatori ed il 14% delle consumatrici si è trattato di un consumo frequente della sostanza (20 o più volte durante l'anno).

Grafico 2.9: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

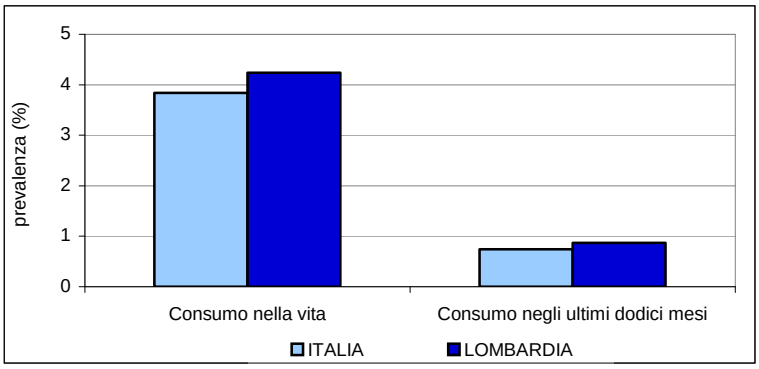


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

2.1.4 Consumi di stimolanti

Il 4,2% della popolazione di 15-64 anni residente nella regione, almeno una volta nel corso della propria vita ha avuto un contatto con amfetamine, ecstasy, GHB o altri stimolanti, mentre lo 0,9% ha assunto queste sostanze almeno una volta nel corso dei dodici mesi antecedenti lo svolgimento dell'indagine (Italia rispettivamente 3,8% e 0,7%).

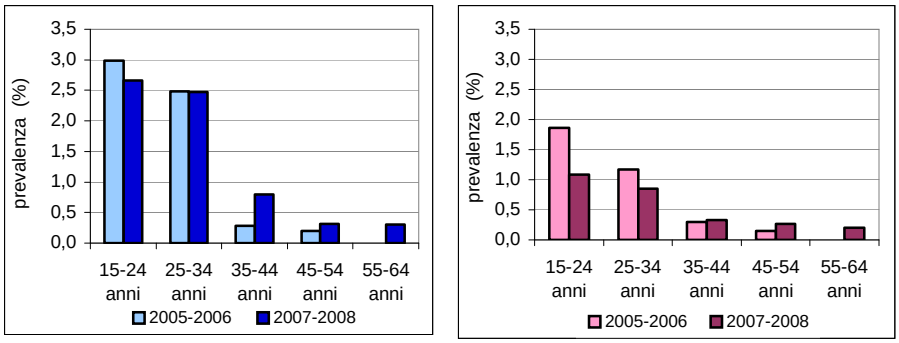
Grafico 2.10: Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Durante l'ultimo anno, il consumo di sostanze stimolanti ha coinvolto soprattutto il genere maschile (m=1,2%; f=0,5%) ed i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=2,7%; f=1,1%). Le prevalenze di consumo decrescono in corrispondenza dell'aumentare dell'età degli intervistati, in particolare nel genere maschile: tra i maschi di 25-34 anni la prevalenza di consumo risulta pari a 2,5%, per raggiunge lo 0,8% tra i 35-44enni e lo 0,3% tra soggetti delle classi di età successive. Nel genere femminile, il maggior decremento si osserva nel passaggio dai 25-34 anni (0,8%) alle successive classi di età, dove le prevalenze si stabilizzano intorno allo 0,2-0,3%.
Nel corso delle due rilevazioni, le prevalenze rimangono sostanzialmente stabili in entrambi i generi, ad eccezione del decremento registrato tra le ragazze di 15-24 anni (Anno 2005-2006:m=3%; f=1,9%).

Grafico 2.11: Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

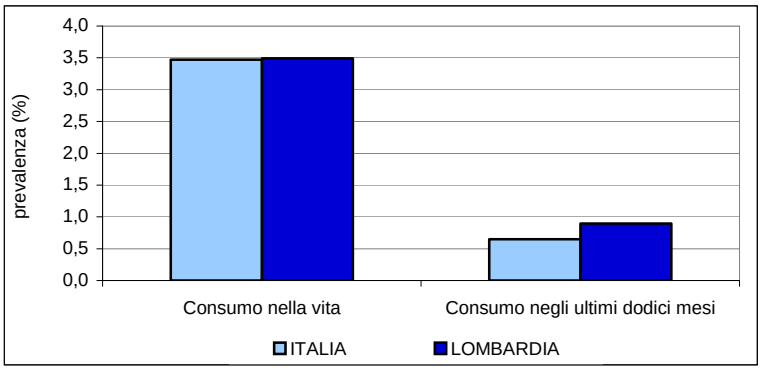


Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

2.1.5 Consumi di allucinogeni

Il 3,5% della popolazione regionale ha sperimentato il consumo di allucinogeni (almeno una volta nella vita), mentre lo 0,9% ne ha assunto anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (Italia: 3,5% e 0,7%).

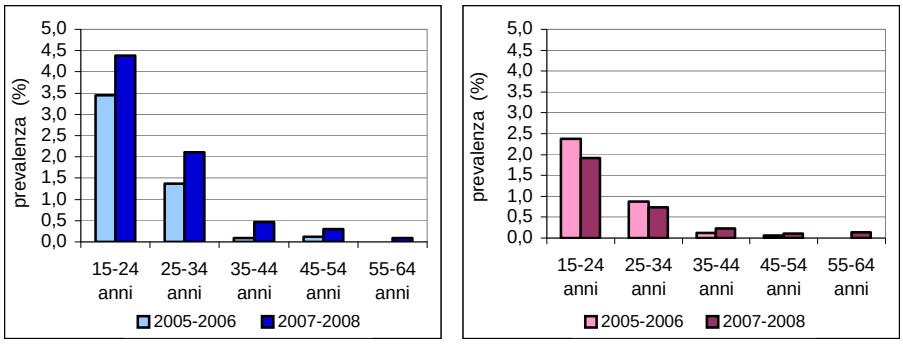
Grafico 2.12: Uso di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Anche in questo caso, il consumo di sostanze allucinogene coinvolge in particolar modo il genere maschile (1,3%; f=0,5%) ed i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=4,4%; f=1,9%). Al crescere dell'età dei soggetti corrisponde una diminuzione delle prevalenze di consumo: in entrambi i generi, il maggior decremento si registra nel passaggio dai 15-24 anni ai 25-34 anni (m=2,1%; f=0,7%), per stabilizzarsi nelle classi di età successive, raggiungendo lo 0,1% nei soggetti più adulti.
Rispetto la precedente rilevazione, se nei maschi di tutte le classi di età si nota una tendenza all'aumento, nel genere femminile le prevalenze rimangono sostanzialmente stabili nel corso delle due rilevazioni biennali.

Grafico 2.13: Uso di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



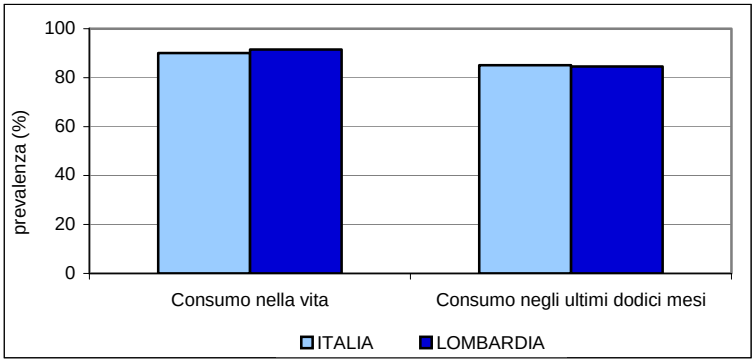
Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

2.1.6 Consumi di alcol

Il 91,5% della popolazione lombarda di 15-64 anni ha consumato, almeno una volta nella vita, una o più bevande alcoliche e l'84,6% ha continuato a farlo nel corso degli ultimi 12 mesi, prevalenze simili a quelle registrate a livello nazionale (90,1% e 85,1%).

Tra i soggetti che hanno consumato bevande alcoliche "una tantum", la quasi totalità ha continuato ad assumerne nel corso anche dell'ultimo anno, mentre per il 7,5% dei soggetti lombardi tale comportamento si è interrotto.

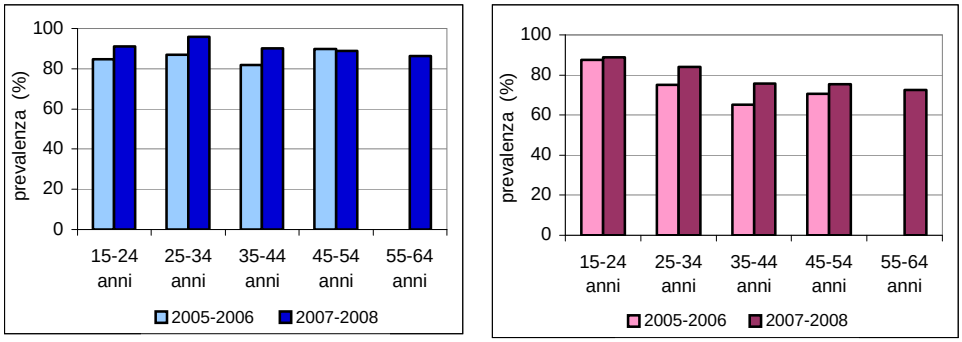
Grafico 2.14: Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Il consumo di alcolici, pur registrando prevalenze consistenti in entrambi i generi ed in tutte le classi di età, riguarda in particolar modo il genere maschile (90,5%; f=78,5%). Nella popolazione maschile le quote più consistenti di consumatori di alcolici si osservano tra i soggetti di età compresa tra i 25 ed i 34 anni (95,8%), mentre in quella femminile si osservano tra le giovani donne di 15-24 anni (m=91,1%; f=88,9%) e di 25-34 anni (84%).
In entrambi i generi, le prevalenze di consumo diminuiscono all'aumentare dell'età della popolazione, raggiungendo tra i soggetti di 55-64 anni una quota pari all'86,2% tra gli uomini ed al 72,4% tra le donne.
Rispetto la rilevazione precedente, si osserva un incremento generale delle prevalenze, in particolare tra i soggetti di 25-34 anni (Anno 2005-2006: m=87%; f=75%) e di 35-44 anni (Anno 2005-2006: m=81,8%; f=65,2%; Anno 2007-2008: m=90,1%; f=75,9%).
Nel genere maschile, anche tra i soggetti più giovani di 15-24 anni si rileva un incremento delle prevalenze di consumo (Anno 2005-2006: m=85%; f=87,6%).

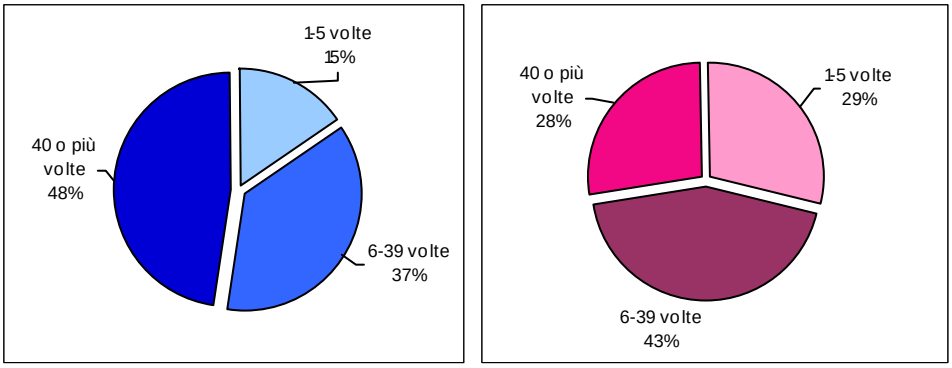
Grafico 2.15: Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

In Lombardia, tra i soggetti che hanno riferito il consumo di bevande alcoliche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario, il 48% dei maschi ed il 28% delle femmine ha riferito di aver bevuto 40 o più volte, mentre il 15% del collettivo maschile ed il 29% di quello femminile ne ha assunto occasionalmente (da 1 a 5 volte durante l'anno).

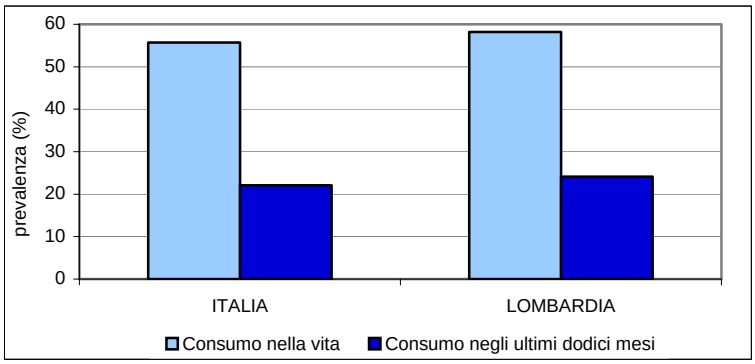
Grafico 2.16: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Il 58,2% della popolazione lombarda ha avuto almeno un episodio di intossicazione alcolica nel corso della vita ed il 24,1% nell'ultimo anno, in quota superiore alle prevalenze nazionali, rispettivamente del 55,7% e del 22,1%.

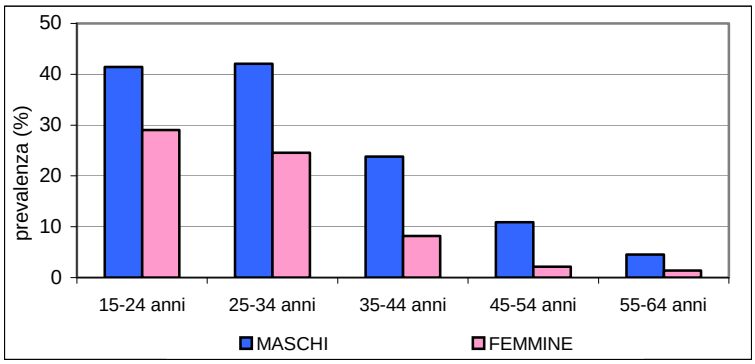
Grafico 2.17: Ubriacature nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

L'intossicazione alcolica (1 o più volte negli ultimi 12 mesi) ha riguardato in particolar modo il genere maschile (31,5% contro 19,8% delle femmine) ed i soggetti di età inferiore ai 35 anni.
Poco più del 40% dei maschi e del 25% delle femmine di 15-24 anni (m=41,4%; f=29,1%) e di 25-34 anni (m=42%; f=24,5%), infatti, ha avuto almeno un episodio di intossicazione alcolica nell'ultimo anno, prevalenze che diminuiscono in corrispondenza dell'età, per raggiungere tra i 45-54enni e gli over 54 rispettivamente il 10,9% e 4,6% tra i maschi ed il 2,1% e 1,4% tra le femmine.

Grafico 2.18: Ubriacature nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.

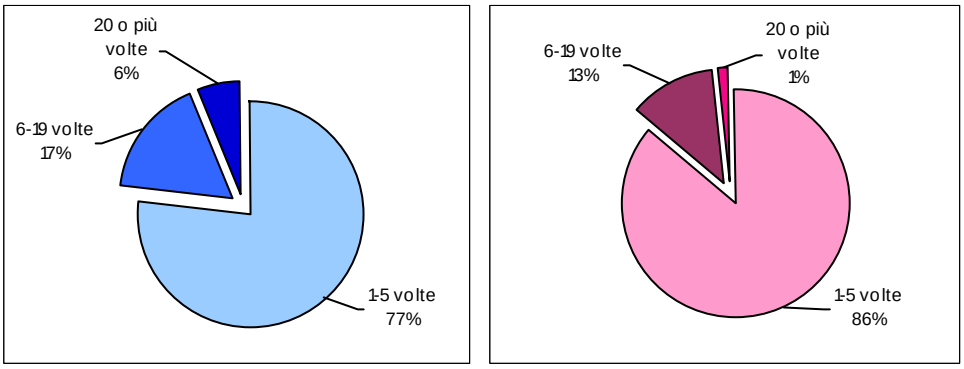


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Tra le persone che hanno abusato di alcol almeno una volta negli ultimi dodici mesi la maggior parte, sia di sesso maschile (77%) che femminile (86%), si è ubriacata al massimo 5 volte, mentre il 6% del collettivo maschile e l'1% del femminile ha ripetuto il comportamento 20 o più volte.

Grafico 2.19: Distribuzione della frequenza di episodi di ubriacatura fra i consumatori di alcol nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Regione Lombardia.

a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

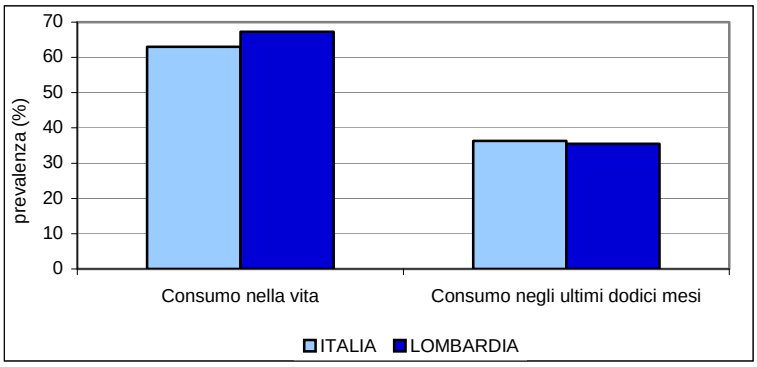


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

2.1.7 Consumi di tabacco

Il 67,3% della popolazione lombarda di riferimento ha provato a fumare sigarette almeno una volta nella vita ed il 35,5% ha proseguito nel corso dell'ultimo anno (Italia=63,1%; 36,4%). Si rileva quindi tra i soggetti che hanno provato a fumare sigarette, che il 52,8% ha continuato a farlo anche nel corso dell'ultimo anno: nel processo di continuità di consumo risulta coinvolto quindi più di 1 soggetto ogni 2 sperimentatori della sostanza.

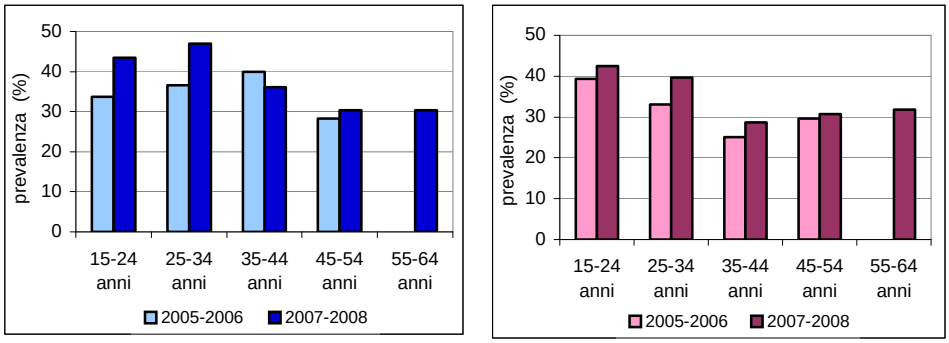
Grafico 2.20: Uso di tabacco nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Nel complesso, il consumo di tabacco ha coinvolto il 37,2% della popolazione lombarda maschile ed il 33,8% di quella femminile, senza sostanziali differenze di genere nelle diverse classi di età.
In entrambi i generi, oltre il 40% dei soggetti di 15-24 anni ha consumato tabacco nel corso degli ultimi 12 mesi (m=43,4%; f=42,2%), mentre tra i 25-34enni la quota raggiunge il 46,9% tra i maschi ed il 39,6% tra le femmine.
Poco meno di un terzo della popolazione di 45 anni ed oltre, nel corso dell'ultimo anno, ha fumato sigarette (45-54 anni: m=30,3%; f=30,7%; 54-64 anni: m=30,3%; f=31,8%).
Il confronto con la rilevazione precedente, evidenzia una tendenza all'incremento delle prevalenze di consumo nella popolazione sia maschile che femminile, in particolare tra i soggetti di 15-24 anni (Anno 2005-2006: m=33,7%; f=39,3%) e di 25-34 anni (Anno 2005-2006: m=36,5%; f=33,1%).

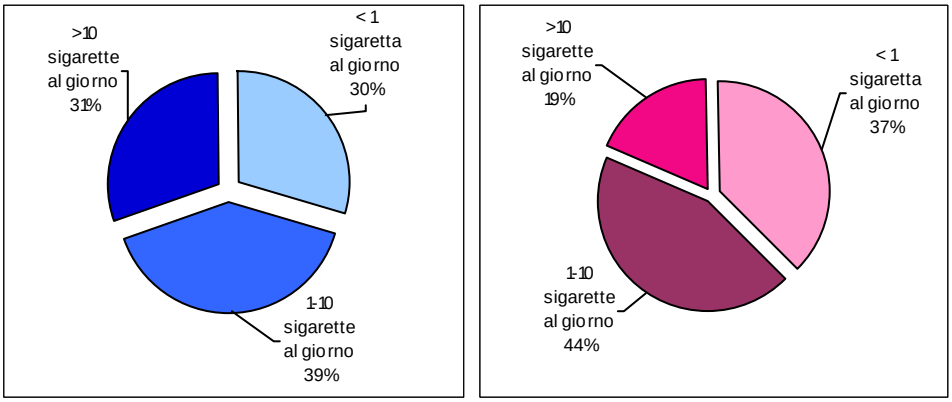
Grafico 2.21: Uso di tabacco nella popolazione generale (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a destra: maschi;
b) grafico a sinistra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2005-2006; IPSAD®2007-2008

Tra i soggetti che hanno consumato tabacco nel corso dell'anno, il 31% del collettivo maschile ed il 19% di quello femminile ha riferito di aver fumato più di 10 sigarette al giorno, mentre per il 30% dei fumatori ed il 37% delle fumatrici si è trattato di fumare al massimo 10 sigarette al giorno.

Grafico 2.22: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

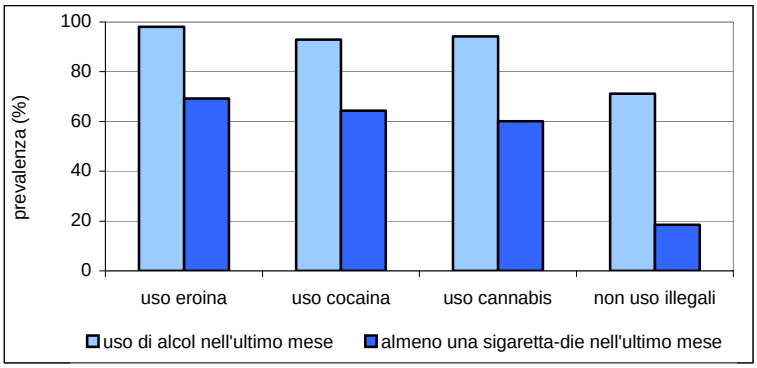


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

2.1.8 Policonsumi

L'analisi riferita al consumo associato di più sostanze psicoattive descrive in modo completo i consumi delle sostanze psicoattive illecite nella popolazione generale.
Il Grafico 2.23 rappresenta la distribuzione di prevalenza d'uso di sostanze legali tra la popolazione che ha consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.
Circa il 14% della popolazione lombarda riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo anno, tra questi il 94% ha bevuto alcolici nello stesso periodo e il 60% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta.
Il 3,4% della popolazione regionale ha utilizzato cocaina negli ultimi dodici mesi; di questi, il 93% ha utilizzato alcolici ed il 64% ha fumato sigarette tutti i giorni nel corso dell'ultimo mese.
Lo 0,4% della popolazione lombarda, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, ha fatto uso di eroina: tra questi il 98% ha riferito di aver bevuto alcolici ed il 69% di aver quotidianamente fumato sigarette negli ultimi 30 giorni.
Tra la popolazione che non ha consumato sostanze illecite, nel corso dell'ultimo anno, il 71% ha assunto bevande alcoliche ed il 18,5% ha fumato quotidianamente.

Grafico 2.23: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione generale fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi. Regione Lombardia.



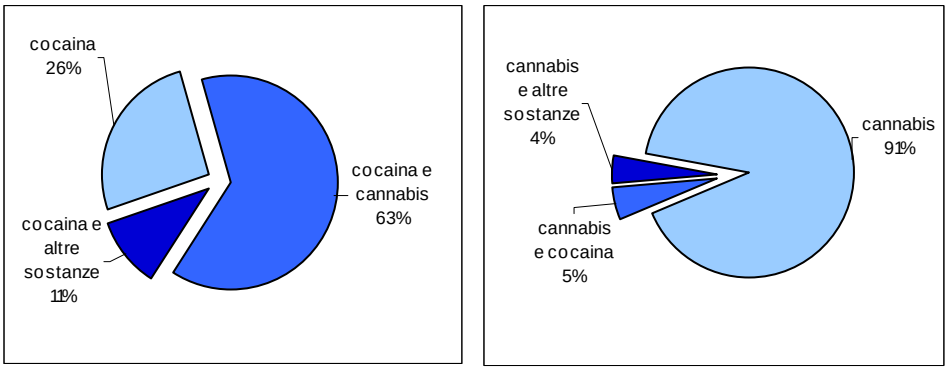
Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Tra i soggetti che hanno consumato cocaina nell'ultimo anno, il 63% riferisce di aver associato il consumo di cocaina a quello di cannabis e l'11% a quello di altre sostanze psicoattive illecite, mentre il 26% ha fatto un uso esclusivo della sostanza. Tendenza opposta si osserva tra i consumatori di cannabinoidi: per il 91% si è trattato di un consumo esclusivo della sostanza, per il 5% di associare il consumo di cannabis a quello di cocaina e per il restante 4% a quello di altre sostanze psicoattive illecite.

Grafico 2.24: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale della Regione Lombardia fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

a) grafico a sinistra: distribuzione tra i consumatori di cocaina;

b) grafico a destra: distribuzione tra i consumatori di cannabis.



Elaborazione sui dati IPSAD ®2007

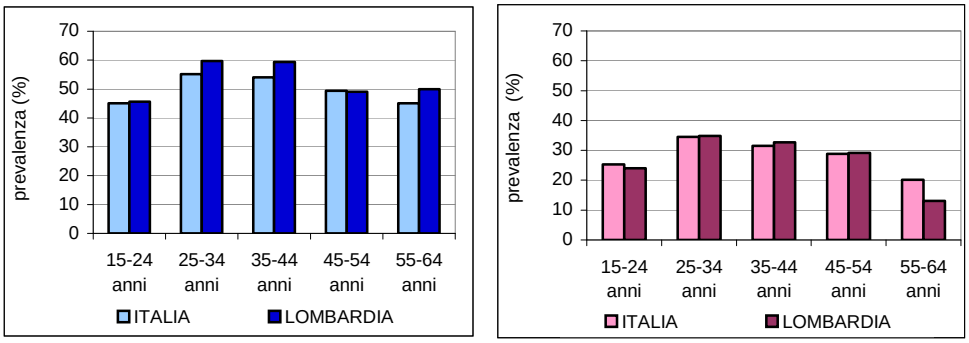
2.1.9 Gioco d'azzardo

Nella regione Lombardia, il 52,8% della popolazione maschile ed il 28,8% di quella femminile riferisce che almeno una volta nella vita ha fatto giochi in cui si puntano soldi (Italia: m=50,1%; f=29,4%).

Tra i maschi, il 60% dei 25-34enni ed il 59% dei 35-44enni ha giocato d'azzardo "una tantum", mentre tra i 45-54enni e 55-64enni la quota raggiunge il 49% ed il 50%. Il 46% dei maschi lombardi di 15-24 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita. Le prevalenze maschili regionali risultano superiori alle corrispondenti nazionali in quasi tutte le classi di età.

Nella popolazione femminile, il gioco d'azzardo "una tantum" ha riguardato il 24% delle 15-24enni, il 35% delle 25-34enni, per raggiungere il 33% tra le 35-44enni ed il 29% tra le donne di 45-54 anni. Le prevalenze regionali femminili risultano in linea con quelle nazionali, ad eccezione della quota rilevata tra le donne di 55-64 anni, che risulta inferiore (Italia: 20%; Lombardia: 13%).

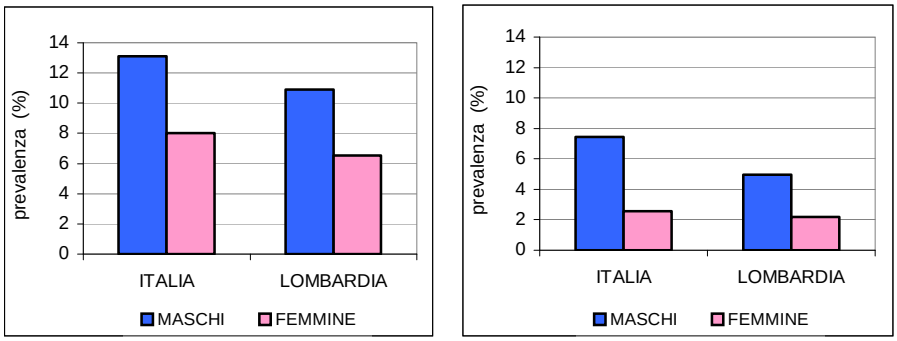
Grafico 2.25: Prevalenza gioco d'azzardo nella popolazione generale (almeno una volta nella vita), articolata per genere e classe d'età. Confronto Italia – Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Tra i residenti lombardi che hanno giocato d'azzardo nella vita, l'11% dei maschi ed il 7% delle femmine riferisce l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti (Italia: m=13,1%; f=8%) e per il 5% e 2,2% dei collettivi rispettivamente maschile e femminile si è trattato di un comportamento da tenere nascosto ai propri familiari (Italia: m=7,4%; f=2,6%).

Grafico 2.26: Prevalenza dei soggetti, articolata per genere, tra coloro che hanno giocato d'azzardo, che riferiscono
a) impulso a giocare somme maggiori (a sinistra);
b) di tener nascosta l'entità del loro gioco ai familiari (a destra).

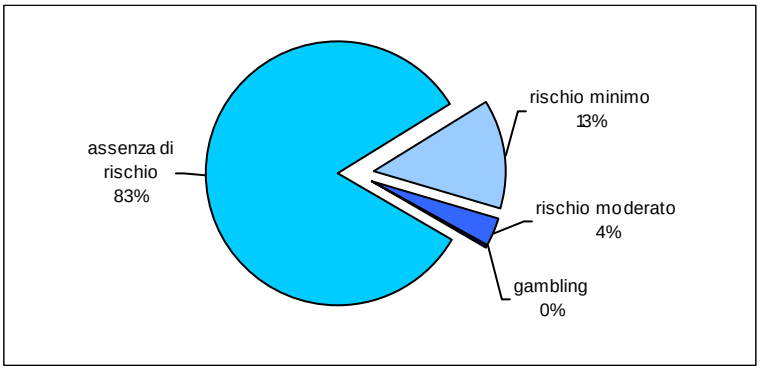


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Secondo le risposte fornite al questionario CPGI (Canadian Problem Gambling Index)[2] dai soggetti che hanno dichiarato di avere giocato somme di denaro, per l'83% dei lombardi il comportamento di gioco risulta esente da rischio (Italia: 80%), per il 13% si tratta di un gioco associato ad un rischio minimo (Italia: 14,4%), mentre per il 3,5% si rileva la presenza di un rischio moderato e per lo 0,2% di gioco problematico (Italia 4,6% e 0,8%).

[2] Questionario per la valutazione del grado di problematicità connesso alla pratica del gioco d'azzardo

Grafico 2.27: Distribuzione dei soggetti nella popolazione generale che riferiscono gioco di azzardo in base alla problematicità connessa a tale comportamento. Regione Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

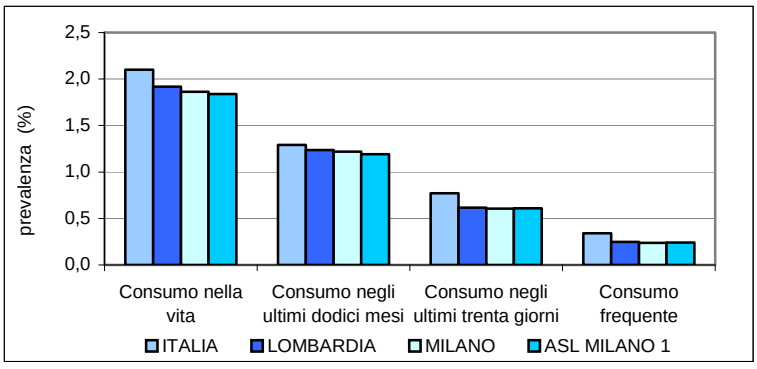
2.2 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale, regionale, provinciale e locale sono stati estratti dallo studio ESPAD-Italia®, condotto nell'anno 2008.
Attraverso la compilazione di un questionario anonimo e auto-compilato, l'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni che ha consumato sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo, nella vita, nel corso dell'ultimo anno, dell'ultimo mese, frequentemente o quotidianamente.

2.2.1 Consumi di eroina

L'eroina è stata utilizzata almeno una volta nella vita dall'1,8% degli studenti della ASL Milano 1, mentre l'1,2% riferisce di averne consumata nel corso dell'ultimo anno, valori che risultano in linea con quelli nazionali (2,1% e 1,3%), regionali e provinciali (1,9% e 1,2% in entrambe le aree territoriali di riferimento). Lo 0,6% degli studenti della ASL milanese ha recentemente assunto eroina (almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario), mentre per lo 0,2% si è trattato di consumarne frequentemente (10 o più volte negli ultimi trenta giorni) (Italia: 0,8% e 0,3%; Lombardia e provincia di Milano: 0,6% e 0,2% in entrambe le aree).

Grafico 2.28: Uso di eroina nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1. Anno 2008.

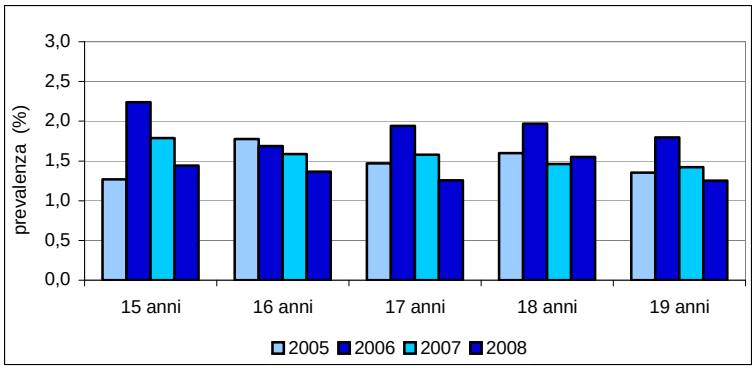


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

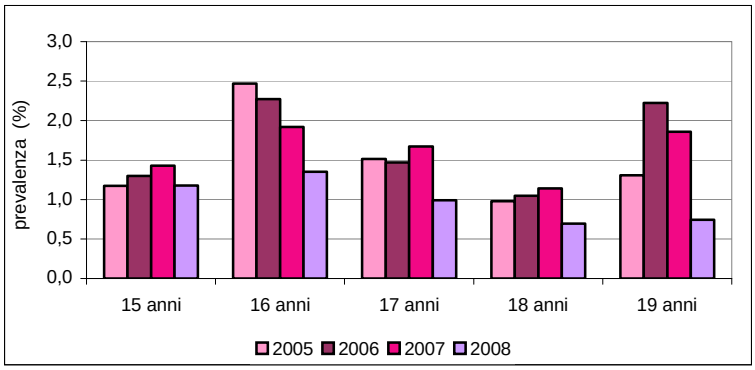
A livello locale, l'1,4% della popolazione studentesca maschile e l'1% della femminile hanno consumato eroina nel corso dell'ultimo anno.
Nel genere maschile i consumi rimangono sostanzialmente simili tra le diverse fasce di età, passando dall'1,4% dei 15enni, all'1,3% dei 17enni e dei 19enni, evidenziando un picco tra i soggetti di 18 anni (1,6%).
Tra le studentesse si osserva un progressivo decremento delle prevalenze, in particolare dopo i 17 anni, passando da 1,2% delle 15enni a 1% delle 17enni a 0,7% delle 18enni e 19enni.
Dal 2005 al 2008, nel genere femminile si evidenzia una flessione dei consumi di eroina in tutte le fasce d'età, eccetto nelle 15enni, tra le quali rimangono sostanzialmente stabili (oscillano tra l'1,2% e l'1,4%).
Tra le ragazze di 16 anni si passa dal 2,5% nel 2005 all'1,9% nel 2007 all'1,4% nel 2008 e nelle 19enni dall'1,3% del 2005 al 2,2% del 2006 per poi raggiungere l'1,9% nel 2007 e lo 0,7% del 2008.
Tra i maschi, pur riducendosi nel complesso il consumo di eroina soprattutto rispetto alla rilevazione del 2006 (m=1,9%), le contrazioni risultano meno accentuate, fatta eccezione per i 15enni, le cui prevalenze passano dal 2,2% del 2006 all'1,5% nel 2008, e per i 16enni che da 1,8% del 2005 passano a 1,6% nel 2007 e 1,3% nel 2008.

Grafico 2.29: Uso di eroina nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1 – Anni 2005-2008.

a) maschi;



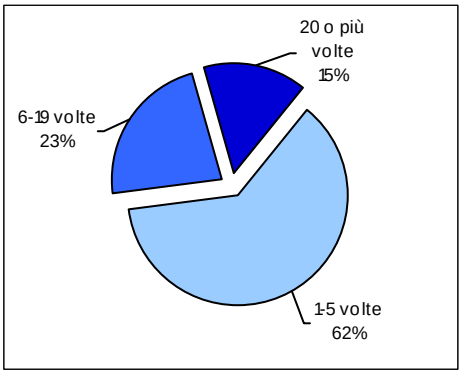
b) femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti che hanno riferito di aver assunto eroina almeno una volta in 12 mesi, il 61% ha utilizzato occasionalmente la sostanza (da 1 a 5 volte), mentre per il 15% si è trattato di un consumo più sostenuto, 20 o più volte in 12 mesi.

Grafico 2.30: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1. Anno 2008.

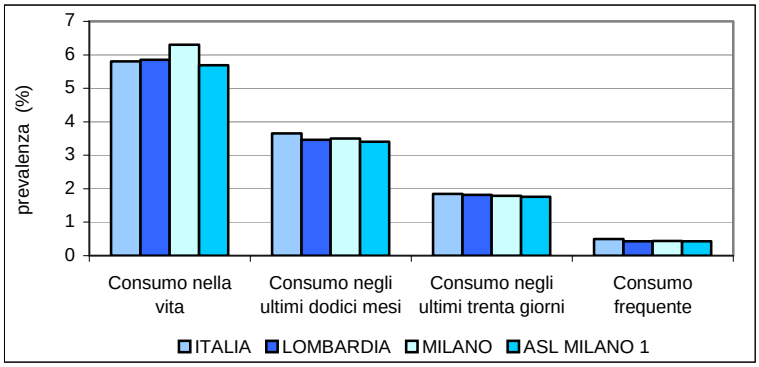


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.2 Consumi di cocaina

Il 5,7% degli studenti della ASL Milano 1 ha assunto cocaina almeno una volta nella vita, il 3,4% ne ha utilizzato nel corso dell'ultimo anno e l'1,8% nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, in linea con le prevalenze rilevate a livello nazionale (5,8%; 3,7%; 1,9%), regionale (5,9%; 3,5%; 1,8%) e provinciale (6,3%; 3,5%; 1,8%).
Lo 0,4% degli studenti della ASL milanese ha riferito un consumo frequente di cocaina (10 o più volte negli ultimi trenta giorni), così come rilevato nelle aree territoriali di riferimento (Italia=0,5%; Lombardia e provincia di Milano=0,4%).

Grafico 2.31: Uso di cocaina nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1. Anno 2008.



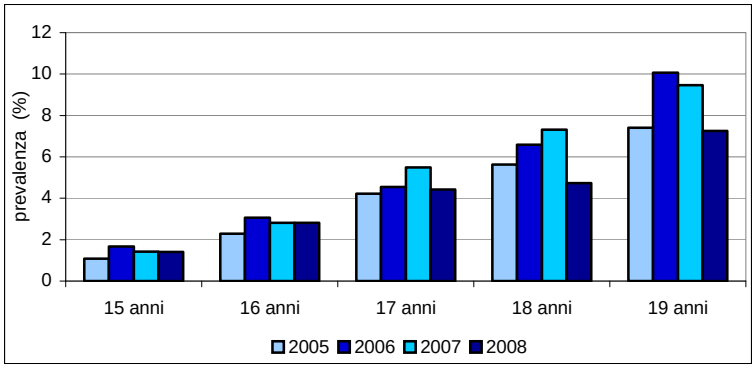
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Nella ASL Milano 1, il 4% della popolazione studentesca maschile ed il 2,8% della femminile ha consumato cocaina almeno una volta negli ultimi 12 mesi. In entrambi i generi, la contiguità con il consumo di cocaina aumenta al crescere dell'età: nel genere maschile, i consumatori passano da 1,4% dei 15enni a 4,4% dei 17enni a 7,2% dei 19enni, mentre nel genere femminile le rispettive prevalenze passano da 1,1%, a 2,2% a 4,6%.
L'andamento dei consumi di cocaina tra gli studenti della ASL milanese, registra una certa variabilità nel corso degli anni: dopo una tendenza all'aumento nel triennio 2005-2007, nel 2008 si registra una contrazione dei consumi, per attestarsi su valori simili a quelli del 2005. Rispetto le rilevazioni precedenti, nella popolazione studentesca locale i decrementi più rilevanti si registrano tra le

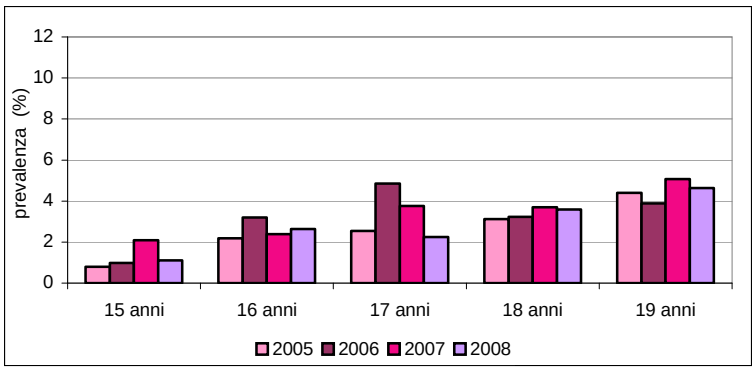
ragazze 17enni, che passano dal 5% del 2006 al 2,2% del 2008, e tra i maschi di 18 anni (da 7,3% nel 2007 a 4,7% nel 2008).

Grafico 2.32: Uso di cocaina nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1 – Anni 2005-2008.

a) maschi;



b) femmine.



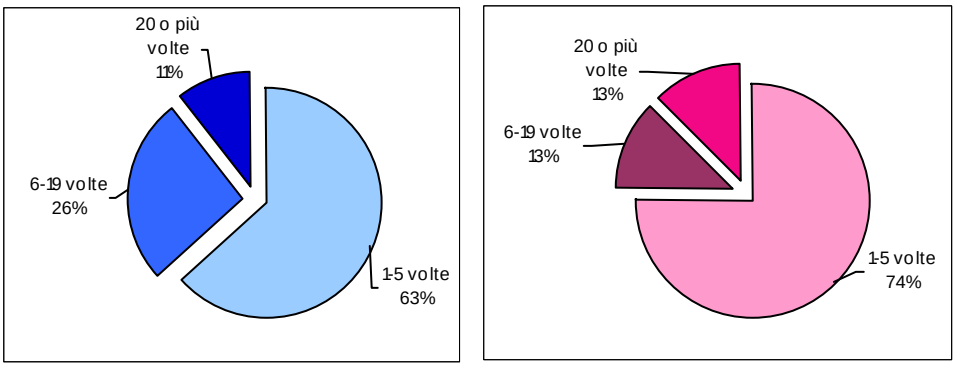
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno, per il 63% dei maschi ed il 75% delle femmine si è trattato di utilizzarla occasionalmente, mentre per l'11% del collettivo maschile ed il 13% del femminile il consumo è stato più frequente, per 20 o più volte.

Grafico 2.33: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1. Anno 2008.

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.

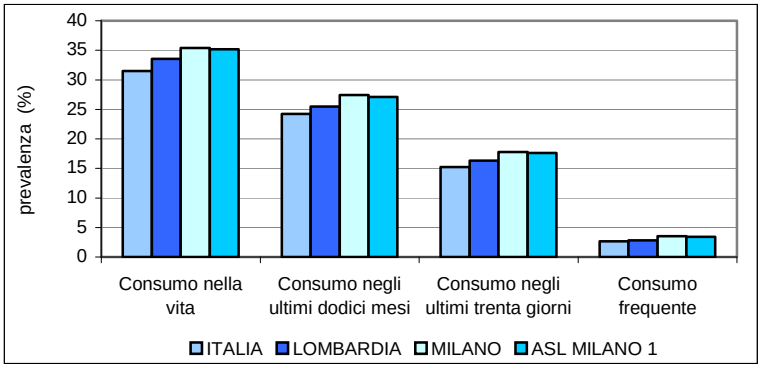


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.3 Consumi di cannabis

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 35,2% degli studenti della ASL milanese, quota che raggiunge il 27,1% se si considera il consumo annuale ed il 17,6% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (Italia: 31,5%; 24,2%; 15,2%; Lombardia: 33,5%; 25,5%; 16,3%; provincia di Milano: 35,4%; 27,4%; 17,8%). Il 3,4% della popolazione studentesca locale riferisce di aver consumato quotidianamente cannabinoidi (media nazionale, regionale e provinciale pari rispettivamente a 2,7%, 2,8% e 3,5%).

Grafico 2.34: Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano – ASL Milano 1. Anno 2008.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

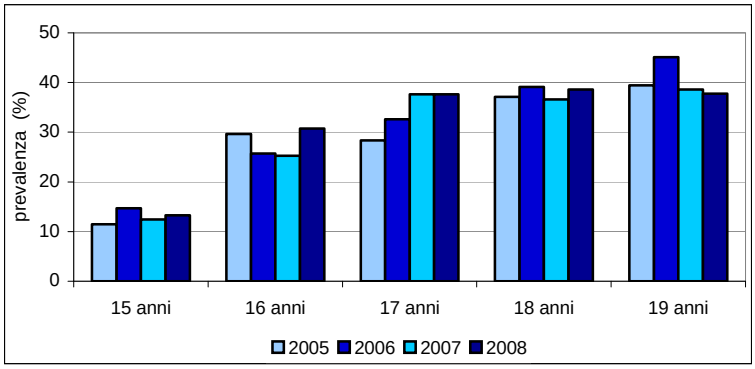
Il consumo di cannabis nell'ultimo anno ha coinvolto il 31,3% dei maschi ed il 22,9% delle femmine e risulta direttamente correlato all'età degli studenti: tra i maschi le prevalenze di consumo passano da 13,3% dei 15enni a 37,6% dei 17enni e 37,8% dei 19enni, mentre tra le studentesse da 8,7% a 23,6% a 33,4%. Sia nel collettivo maschile che in quello femminile, gli incrementi più consistenti delle prevalenze d'uso si osservano nel passaggio dai 15 ai 16 anni (16 anni: m=30,7%; f=19,1%).

Tra i maschi, nel corso degli anni l'incremento dei consumatori si evidenzia in particolare tra i 17enni, che da 28% del 2005 passano a 37,6% del 2008, mentre tra i 19enni si registra un decremento a partire dall'anno 2006 (Anno 2006=45%; Anno 2007=38,6%; Anno 2008=37,8%).

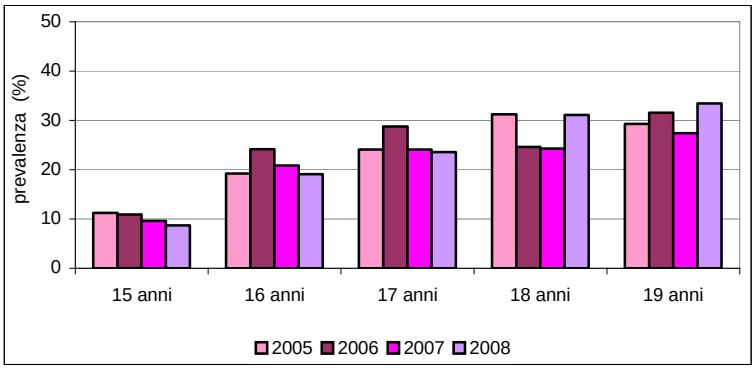
Nel genere femminile, nel corso degli anni, si osserva una sostanziale stabilizzazione dei consumi nelle fasce età inferiori, e, nell'ultimo anno, si registrano incrementi tra le 18enni (Anno 2007=24,3%; Anno 2008=31,1%) e le 19enni (Anno 2007=27,4%; Anno 2008=33,4%).

Grafico 2.35: Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1 – Anni 2005-2008.

a) maschi;



b) femmine.

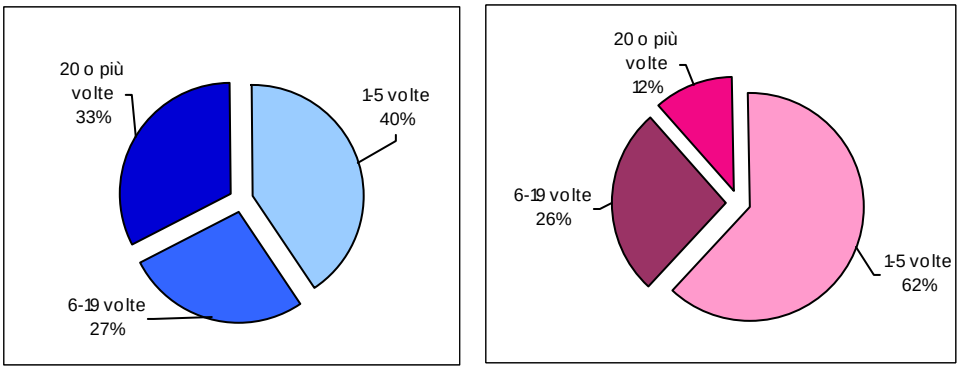


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti consumatori di cannabis della ASL milanese, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale (da 1 a 5 volte in 12 mesi) (m=40%; f=62%).
Il collettivo maschile si distingue per una quota superiore di studenti che consuma più assiduamente la sostanza, 20 o più volte (m=33%; f=12%).

Grafico 2.36: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano1. Anno 2008.

a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

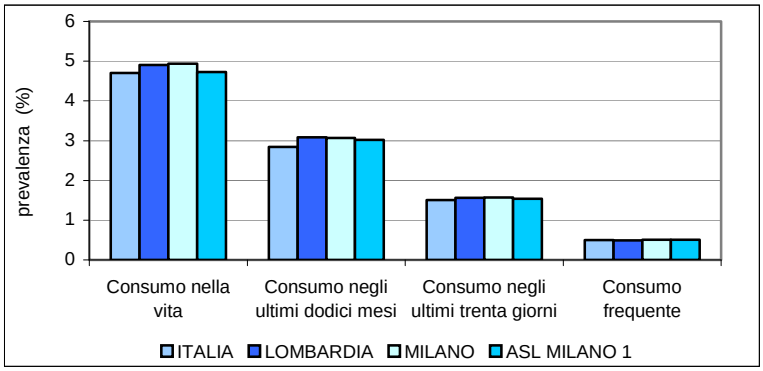


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.4 Consumi di stimolanti

Il 4,7% degli studenti della ASL Milano 1 ha provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ecc.) almeno una volta nella vita, l'1,5% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo mese e per lo 0,5% si è trattato di consumarne frequentemente, ossia dieci o più volte nell'ultimo mese (Italia:4,7%, 1,5% e 0,5%; Lombardia e provincia di Milano:4,9%, 1,6% e 0,3% in entrambe le aree).

Grafico 2.37: Uso di stimolanti nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – provincia di Milano – ASL Milano 1. Anno 2008.

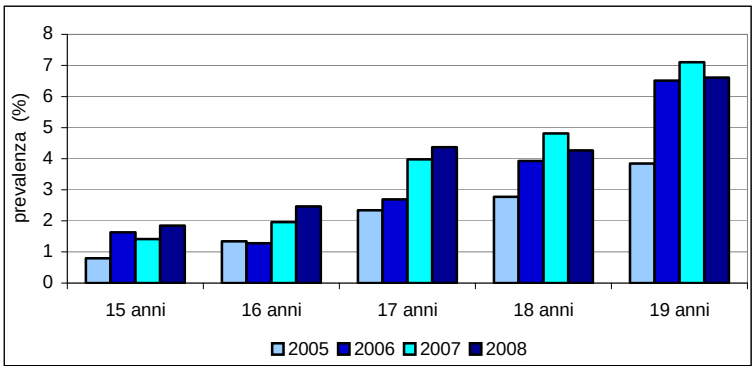


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

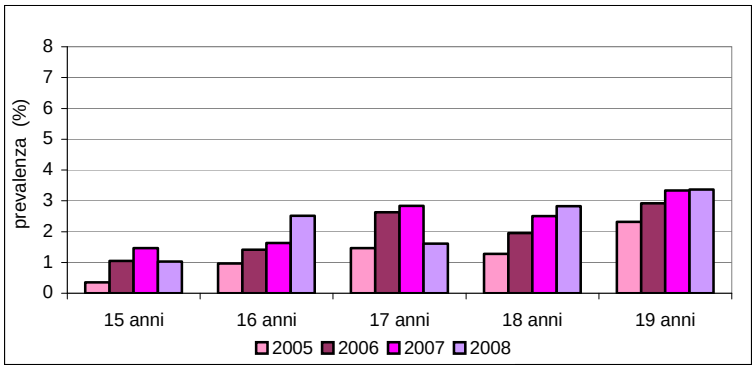
Il 3,8% della popolazione studentesca locale ha fatto uso di stimolanti nel corso dell'ultimo anno (Italia: 2,8%; Lombardia e provincia di Milano rispettivamente 3,1%), in particolare i maschi (3,8% contro 2,2% delle femmine).
In entrambi i generi, le quote dei consumatori di stimolanti aumentano al crescere dell'età dei soggetti: tra i maschi si passa da 1,8% dei 15enni a 4,4% dei 17enni a 6,6% dei 19enni, mentre tra le studentesse le rispettive prevalenze corrispondono a 1%, 1,6% e 3,4%.
L'analisi del trend di consumo delle sostanze stimolanti dal 2005 al 2008 evidenzia una tendenza all'aumento in entrambi i generi e nella maggior parte delle classi di età, in quanto i consumi nel corso degli anni risultano raddoppiati.

Grafico 2.38: Uso di stimolanti nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1 – Anni 2005-2008.

a) maschi;



b) femmine.



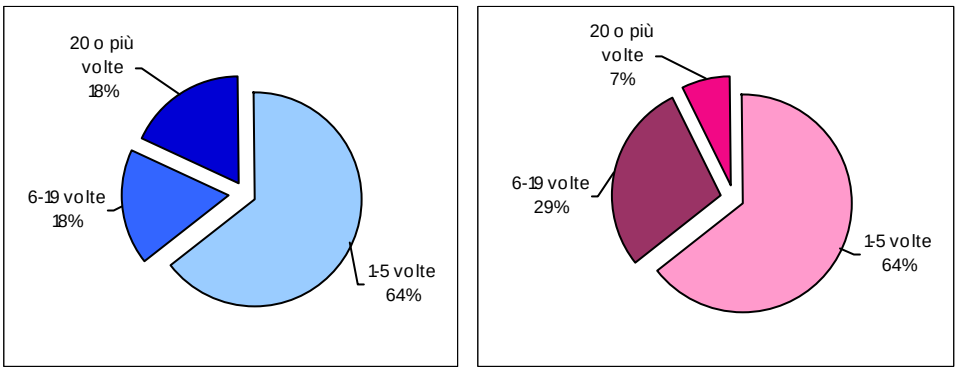
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

Il 64% dei consumatori di sostanze stimolanti di entrambi i generi ha assunto le sostanze da 1 a 5 volte in un anno, mentre il 18% del collettivo maschile ed il 7% del femminile le ha utilizzate più assiduamente (20 o più volte).

Grafico 2.39: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di stimolanti (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1. Anno 2008.

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.

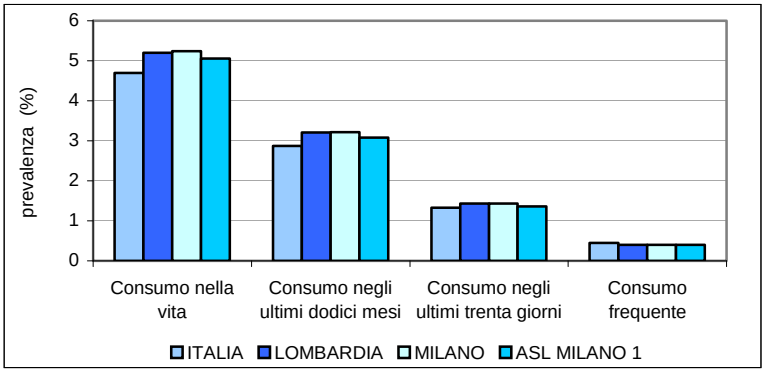


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.5 Consumi di allucinogeni

Tra gli studenti della ASL locale, il 5,1% ed il 3,1% ha usato sostanze allucinogene almeno una volta nella vita e nel corso dell'ultimo anno (Italia: 4,7% e 2,9%; Lombardia e provincia di Milano: 5,2% e 3,2% in entrambe le aree). Il consumo recente di allucinogeni (nell'ultimo mese) ha coinvolto l'1,4% degli studenti della ASL milanese e lo 0,4% li ha consumati frequentemente, così come rilevato a livello nazionale (1,3% e 0,5%), regionale e provinciale (1,4% e 0,4%).

Grafico 2.40: Uso di allucinogeni nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Nella popolazione studentesca locale, il 4% dei maschi ed il 2,2% delle femmine ha consumato sostanze allucinogene nel corso dell'ultimo anno.

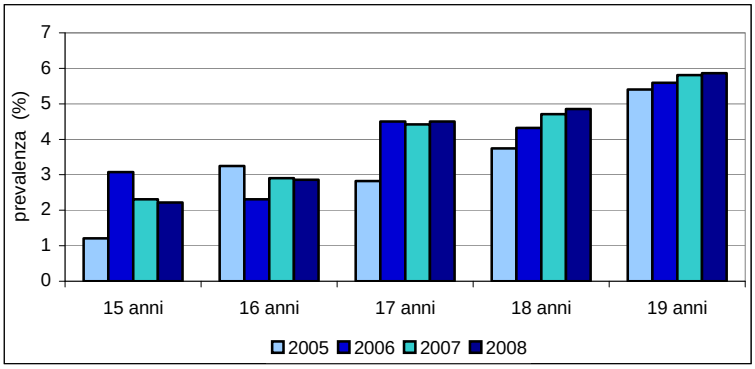
Le prevalenze d'uso aumentano progressivamente ai passaggi di età: tra i maschi da 2,2% dei 15enni si passa a 4,5% dei 17enni a 5,9% dei 19enni, mentre tra le femmine le corrispondenti prevalenze passano da 1,3 % a 2% a 2,7%.

L'analisi del trend di consumo di allucinogeni tra gli studenti locali, evidenzia, dall'anno 2005 al 2008, un lieve incremento, così come registrato per l'uso di stimolanti.

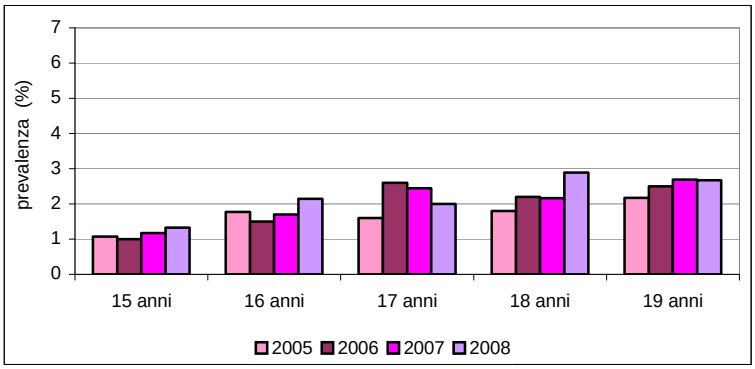
Nel corso del quadriennio, nel genere maschile i maggiori incrementi si registrano tra i 15enni (da 1,2%, passando per 3,1% nel 2006, raggiungono il 2,2%) e tra i 17enni (da 2,8% a 4,5%), mentre nel genere femminile si evidenziano tra le 18enni, che da 1,8% passano a 2,9%.

Grafico 2.41: Uso di allucinogeni nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1. Anni 2005-2008.

a) maschi;



b) femmine.



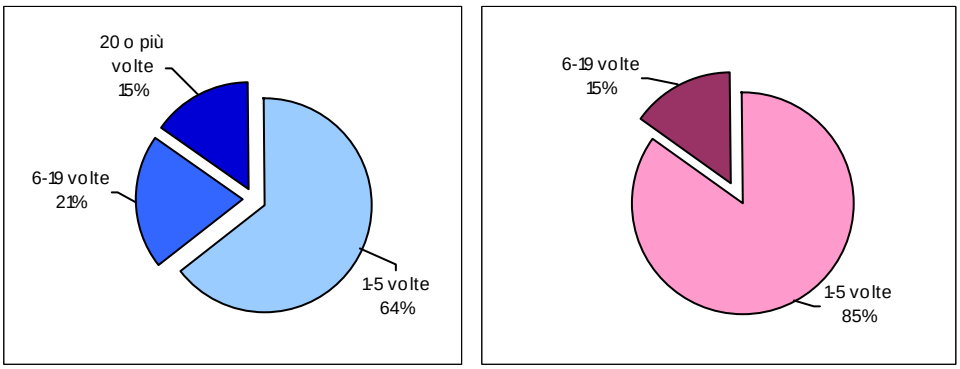
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

Tra i consumatori di allucinogeni, il 64% dei maschi e l'85% delle femmine hanno utilizzato tali sostanze occasionalmente (da una a 5 volte in 12 mesi), mentre per il 21% del collettivo maschile ed il 15% di quello femminile si è trattato di consumarne fino a 19 volte in un anno. Tra i consumatori maschi di sostanze allucinogene, il 15% le ha utilizzate frequentemente (20 o più volte).

Grafico 2.42: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di allucinogeni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.

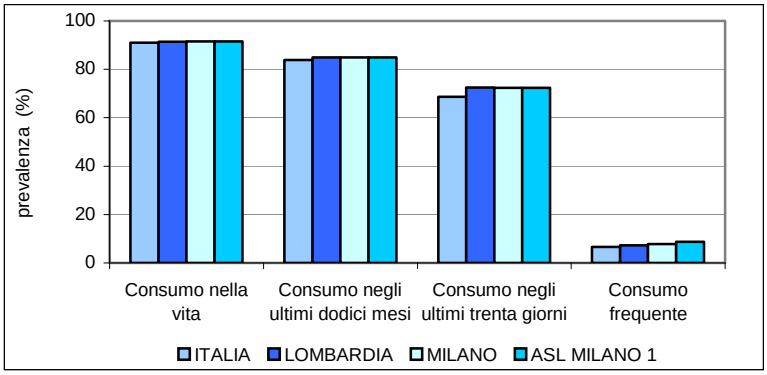


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.6 Consumi di alcol

Il 91,6% degli studenti della ASL Milano 1 ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita e l'85% nel corso dell'ultimo anno, in linea con le prevalenze nazionali (rispettivamente 91% e 83,9%), regionali e provinciali (91,5% e 85% in entrambe le aree).
Il consumo recente di alcolici (30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine) ha riguardato il 72,3% degli studenti locali (Italia=68,6%; Lombardia=72,5%; Milano=72,3), mentre per l'8,7% si è trattato di consumarne tutti i giorni (Italia=6,6%; Lombardia=7,2%; Milano=7,8%).

Grafico 2.43: Uso di alcol nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero). Confronto Italia – Lombardia – Milano - ASL Milano 1.

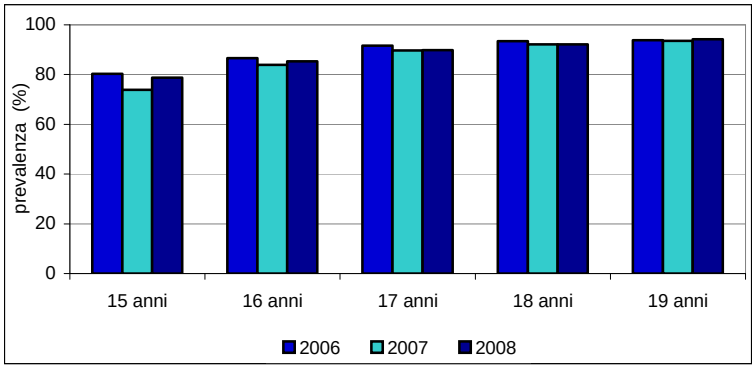


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

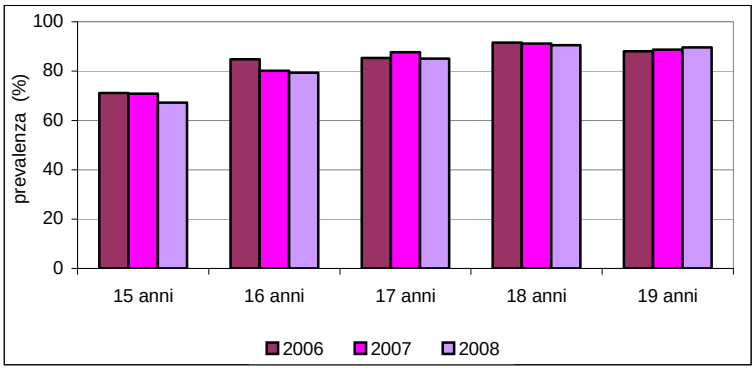
Il consumo di bevande alcoliche nell'ultimo anno, che caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i generi (m=87,8%; f=82,1%) e di tutte le classi di età, aumenta progressivamente al crescere dell'età: tra i maschi dal 78,8% dei 15enni si passa al 94,2% dei 19enni, mentre tra le femmine le rispettive prevalenze passano dal 67,3% all'89,6%.
In entrambi i generi, il passaggio dai 15 ai 16 anni è segnato da un rilevante incremento dei consumatori, raggiungendo tra i 16enni una quota pari a 85,3% tra i maschi e 79,4% tra le femmine. Il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili non differenzia i generi, mantenendosi pari a circa 1 in tutte le classi di età.
Il trend del consumo annuale di bevande alcoliche rimane sostanzialmente stabile nel corso del triennio 2006-2008, fatta eccezione per le contrazioni registrate tra le studentesse 15enni (Anno 2006: m=80,3%; f=71,1%; Anno 2007: m=73,9%; f=70,9%) e 16enni (Anno 2006: m=86,6%; f=84,8%; Anno 2007: m=84%; f=80,1%).

Grafico 2.44: Uso di alcol nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1. Anni 2006-2008.

a) maschi;



b) femmine.



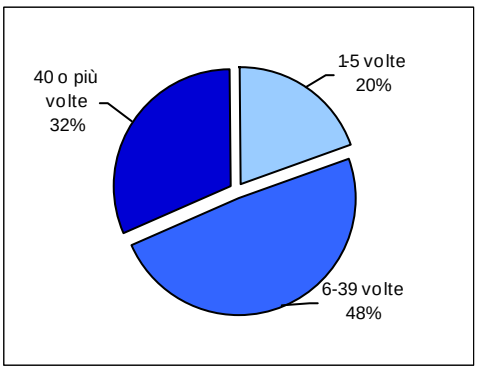
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

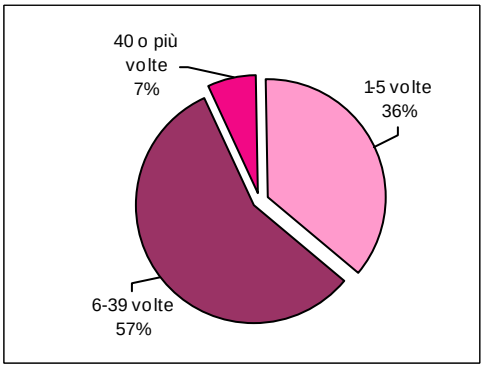
Tra gli studenti che hanno assunto bevande alcoliche durante l'anno, per il 48% dei maschi ed il 57% delle femmine si è trattato di consumarne per 6-19 volte, mentre per il 32% del collettivo maschile ed il 7% del femminile la frequenza è stata più assidua (40 o più volte).

Grafico 2.45: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.



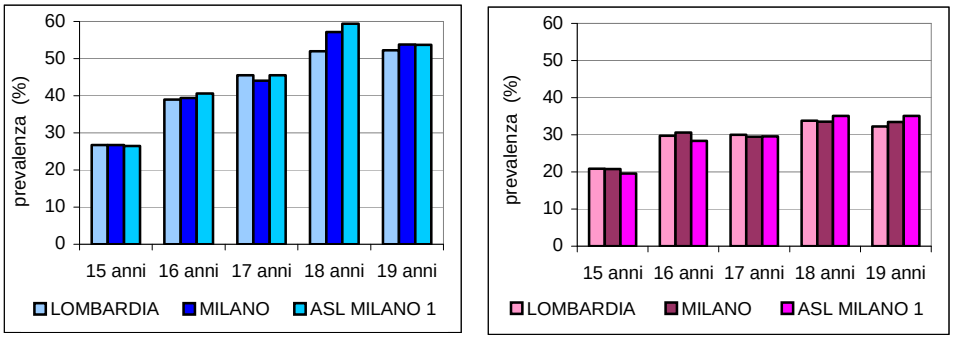


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, a livello locale il 44,6% della popolazione studentesca maschile ed il 29,4% di quella femminile

ha praticato il *binge drinking*, ha cioè assunto, in un'unica occasione, 5 o più bevande alcoliche di fila.
Le quote dei *binge drinkers* tendono ad aumentare al crescere dell'età dei soggetti: se tra i 15enni il 26,5% dei maschi ed il 19,4% delle femmine ha adottato tale comportamento negli ultimi 30 giorni, tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 53,7% ed il 35,1%. In entrambi i generi, le prevalenze dei *binge drinkers* registrano importanti incrementi nei passaggi dai 15 ai 16 anni (m=29,8%; f=28,4%) e dai 17 ai 18 anni (17 anni: m=30%; f=29,6%; 18 anni: m=33,8%; f=35,1%).
Le prevalenze provinciali risultano sovrapponibili a quelle regionali e provinciali in entrambi i generi (Lombardia: m=42,5%; f=29,2%; Milano: m=43,7%; f=29,5%) e nella maggior parte delle classi di età, fatta eccezione per le prevalenze locali riferite ai maschi di 18 anni che risultano superiori (Lombardia: m=52%; f=33,8%; Milano: m=57,2%; f=33,5%).

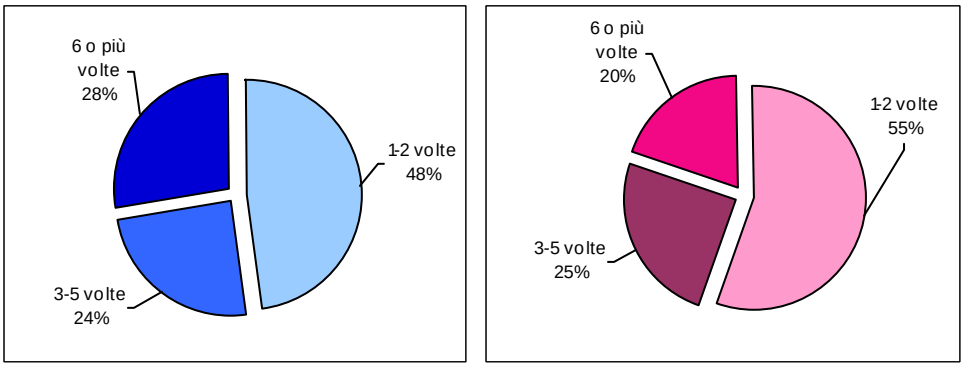
Grafico 2.46: Binge drinking nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Lombardia – Milano – ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti che hanno bevuto 5 o più bevande alcoliche di fila, la maggior parte ha adottato tale comportamento al massimo due volte nel corso dell'ultimo mese (m=48%; f=55%), mentre per il 28% del collettivo maschile ed il 20% del femminile si è trattato di ripeterlo per 6 o più volte.

Grafico 2.47: Distribuzione della frequenza di binge drinking fra gli studenti che l'hanno praticato (almeno una volta negli ultimi 30 giorni). ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

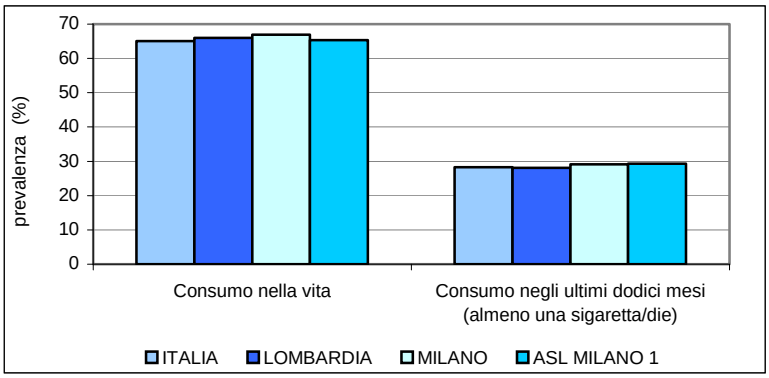


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.7 Consumi di tabacco

Il 65,3% degli studenti di 15-19 anni della ASL milanese ha provato a fumare tabacco e per il 29,3% il consumo di sigarette è diventato quotidiano (Italia: 65,1% e 28,3%; Lombardia: 66% e 28,1%; Milano: m=66,9% e 29,2%).

Grafico 2.48: Uso di tabacco nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Lombardia – Milano - ASL Milano 1.

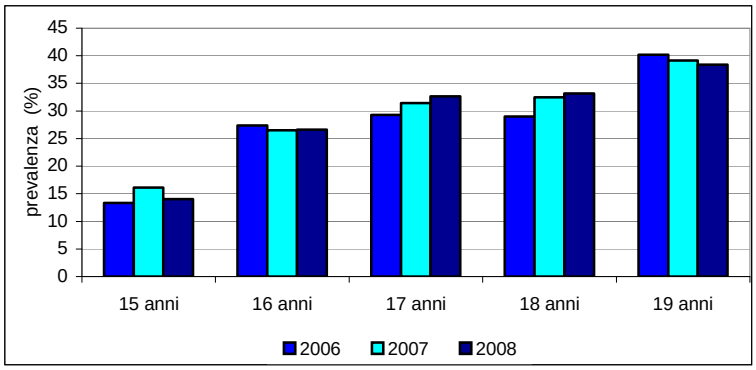


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

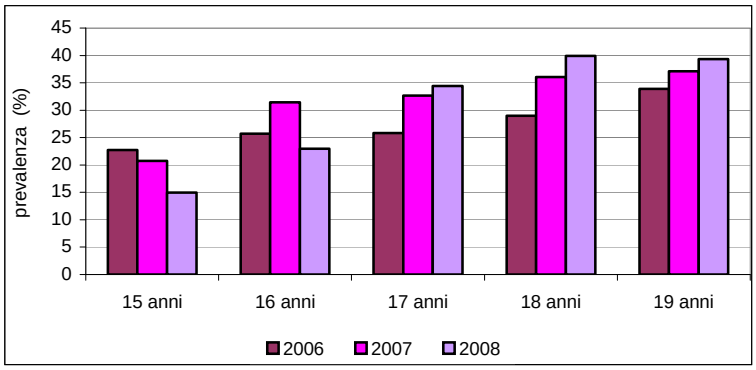
Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di tabacco nella popolazione studentesca locale ha coinvolto il 28,6% dei maschi ed il 30% delle femmine, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori più elevati tra i 19enni (m=38,4%; f=39,4%).
Se tra gli studenti 15enni, il 14,1% dei maschi ed il 15% delle femmine ha fumato almeno una sigaretta al giorno nel corso degli ultimi 12 mesi, tra i 16enni le prevalenze maschili e femminili raggiungono rispettivamente il 26,6% ed il 23% e tra i 17enni il 32,6% ed il 34,4%.
Nel corso del triennio, se nella popolazione maschile non si osservano sostanziali variazioni di consumo, nel genere femminile si osserva una contrazione delle prevalenze di consumo tra le 15enni (che dal 22,7% del 2005 passano a 21% nel 2007 ed al 15% nel 2008) e le 16enni (che dal 25,7% del 2005 passano a 31,5% ne 2007 e a 23% nel 2008), e, nel contempo, un incremento tra le 17enni (da 25,8% a 32,7% a 34,4% nel corso del triennio) e le 18enni (da 29% a 36% a 39,9%).

Grafico 2.49: Uso di tabacco nella popolazione studentesca (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. ASL Milano 1. Anni 2006-2008.

a) maschi;



b) femmine.



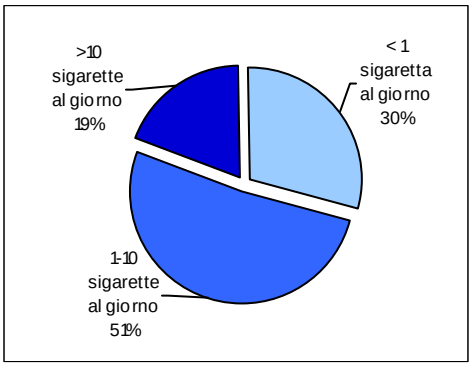
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006, ESPAD-Italia®2007, ESPAD-Italia®2008

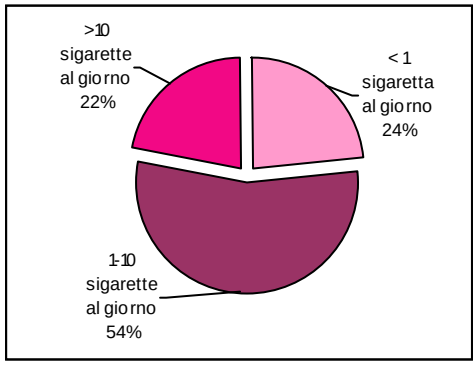
Tra gli studenti che hanno riferito di aver fumato tabacco nel corso dell'ultimo anno, oltre la metà ha fumato da 1 a 10 sigarette al giorno (m=51%; f=54%), mentre il 19% dei maschi ed il 22% delle femmine ne ha fumate più di 10.

Grafico 2.50: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.





Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.8 Consumi di farmaci psicoattivi

Tranquillanti, sedativi, farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione, per le diete, per dormire e/o rilassarsi e per regolarizzare l'umore possono essere utilizzati sia come medicinali sia come sostanze psicoattive illecite, senza cioè essere stati prescritti dal medico. Aver assunto almeno una volta nella vita farmaci per l'iperattività e/o per l'attenzione ha riguardato il 6,2% degli studenti della ASL milanese, quota che passa al 3,2% e all'1,7% quando l'uso riguarda l'ultimo anno e gli ultimi 30 giorni (Italia: 5,5%, 2,8% e 1,7%; Lombardia: 6,2%, 3,1% e 1,7%; Milano: 6,2%; 3,2%; 1,7%). Il consumo frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni) ha coinvolto lo 0,5% degli studenti della ASL locale, così come rilevato a livello nazionale e regionale (0,4% in Italia e Lombardia; 0,5% nella provincia di Milano).

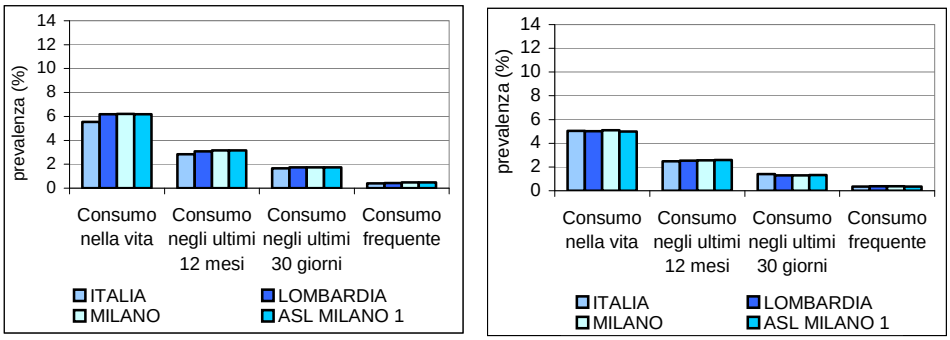
Rispetto i farmaci per le diete, il 5% degli studenti locali li ha consumati almeno una volta nella vita, il 2,6% e l'1,3% rispettivamente negli ultimi 12 mesi e 30 giorni, in linea con le prevalenze nazionali (5%, 2,5% e 1,4%), regionali (5%, 2,5% e 1,3%) e provinciali (5,1%; 2,6%; 1,3%).

Lo 0,4% della popolazione studentesca locale ha consumato frequentemente farmaci per le diete (0,4% in tutte le aree territoriali di riferimento).

Grafico 2.51: Uso di farmaci psicoattivi (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.

a) grafico a sinistra: uso farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione;

b) grafico a destra: uso farmaci per le diete.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Il 12,4% degli studenti della ASL Milano 1 ha utilizzato una tantum farmaci per dormire/rilassarsi ed il 6% durante l'ultimo anno (Italia:10,6%, 5%; Lombardia:12,4%, 6%; Milano: 12,7% e 6,2%).

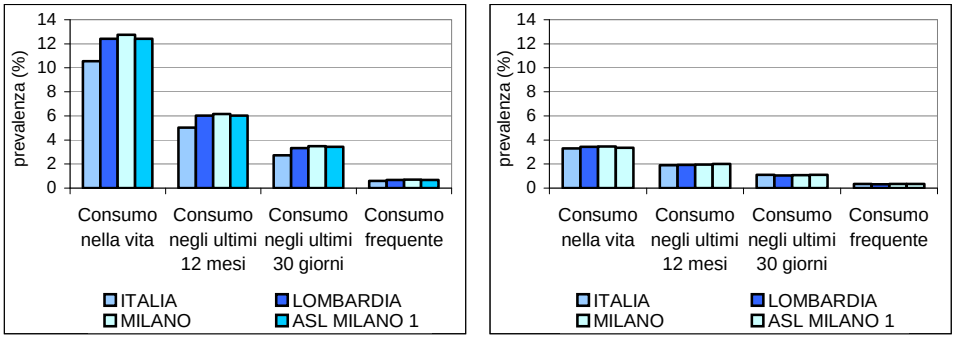
Il consumo recente (ultimi 30 giorni) di questa tipologia di farmaci ha riguardato il 3,4% degli studenti e lo 0,7% li ha assunti frequentemente (Italia:2,7% e 0,6%; Lombardia: 3,3% e 0,7%; Milano: 3,5% e 0,7%).

Rispetto i farmaci utilizzati per regolarizzare l'umore, le prevalenze di consumo tendenzialmente si riducono: tra gli studenti della ASL locale il 3,4% ha assunto questo tipo di farmaci almeno una volta nella vita ed il 2% anche nel corso dell'ultimo anno, mentre nel consumo recente e frequente risulta coinvolto rispettivamente l'1,1% e lo 0,3% degli studenti, così come rilevato a livello nazionale (3,3%, 1,9%, 1,1% e 0,4%), regionale (3,4%, 1,9%, 1% e 0,3%) e provinciale (3,5%, 2%, 1,1% e 0,3%).

Grafico 2.52: Uso di farmaci psicoattivi (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.

a) grafico a sinistra: uso farmaci per dormire;

b) grafico a destra: uso farmaci per l'umore.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Per tutte le tipologie di farmaci considerati, le prevalenze d'uso più consistenti si rilevano nel genere femminile, soprattutto in riferimento ai farmaci utilizzati per le diete: in questo caso a ciascun consumatore maschio corrispondono 4 ragazze consumatrici (m=1%; f=4%). Rispetto alle altre tipologie di farmaci, il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili evidenzia che a ciascun studente maschio consumatore di farmaci per dormire e per regolarizzare l'umore corrispondono 2 coetanee consumatrici (farmaci per dormire: m=4,1%; f=7,9%; farmaci per regolarizzare l'umore: m=1,3%; f=2,7%) e 1,3 coetanee consumatrici se si considerano i farmaci per l'iperattività (m=2,7%; f=3,6%).

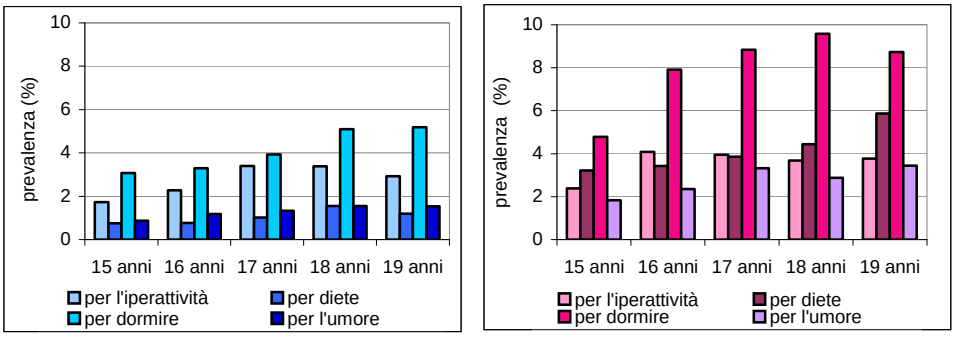
Nella popolazione studentesca maschile le prevalenze d'uso più consistenti si riscontrano tra i soggetti di 17 e 18 anni, quando si fa riferimento al consumo di farmaci per l'iperattività (3,4% contro 1,7% dei 15enni e 2,9% dei 19enni) e di 18 anni, quando il consumo riguarda i farmaci per le diete (1,6% contro lo 0,8% dei 15 e 16enni e l'1,2% dei 19enni).

Riguardo al consumo di farmaci per dormire e rilassarsi e per regolarizzare l'umore le prevalenze di consumo più consistenti si riscontrano tra gli studenti di 18 e 19 anni (farmaci per dormire/rilassarsi: 5,1% contro il 3,1% dei 15enni; farmaci per regolarizzare l'umore: 1,5% contro lo 0,9% dei 15enni).

Nel genere femminile, le prevalenze di consumo dei farmaci per l'iperattività risultano simili nelle diverse fasce di età (intorno al 4%), ad eccezione della prevalenza inferiore, pari a 2,4%, rilevata tra le 15enni.

Quando il consumo riguarda i farmaci per dormire/rilassarsi le prevalenze più consistenti si rilevano tra le ragazze di 18 anni (9,6% contro il 4,8% delle 15enni e l'8,7% delle 19enni), mentre le prevalenze superiori si osservano tra le 19enni se il consumo riguarda i farmaci per le diete (5,9% contro il 3,2% delle 15enni ed il 4,4% delle 18enni) e per regolarizzare l'umore (3,4% contro l'1,8% delle 15enni ed il 2,9% delle 18enni).

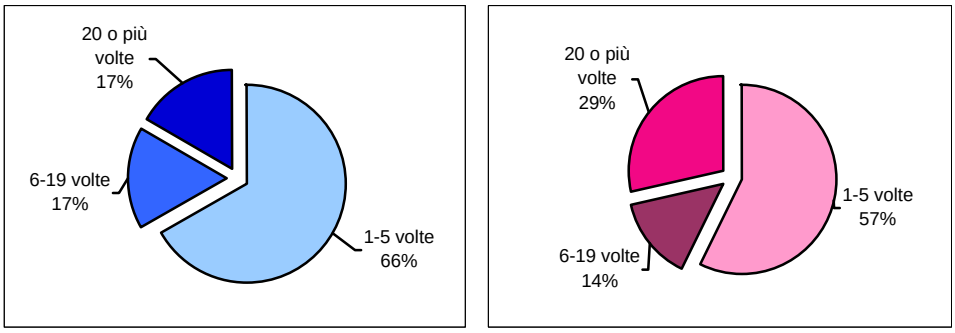
Grafico 2.53: Uso di farmaci psicoattivi (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto per tipologia di farmaco. ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti consumatori di farmaci per l'iperattività la frequenza d'uso prevalente è quella occasionale (da 1 a 5 volte in 12 mesi) (m=66%; f=57%), mentre per il 17% del collettivo maschile ed il 29% del femminile il consumo è stato più assiduo (20 o più volte).

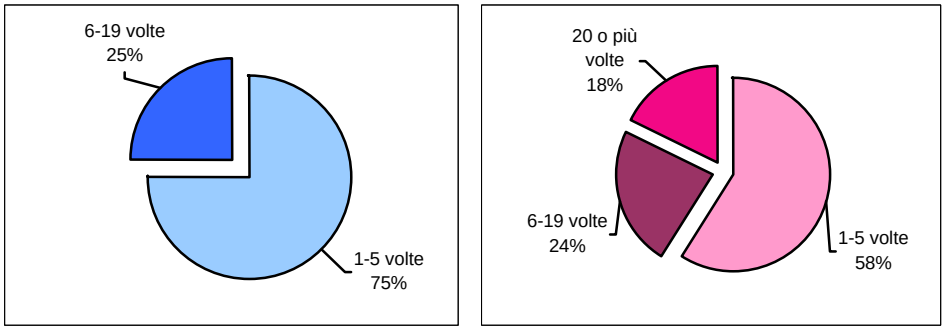
Grafico 2.54: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di farmaci per l'iperattività (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra i consumatori di farmaci per le diete, il 75% dei maschi ed il 58% delle femmine li ha consumati da 1 a 5 volte in 12 mesi, mentre il 25% del collettivo maschile e il 24% del femminile li ha utilizzati dalle 6 alle 19 volte nel corso dell'anno. Per il 18% delle studentesse consumatrici si è trattato di assumere questa tipologia di farmaci per 20 o più volte nell'anno (m=0%).

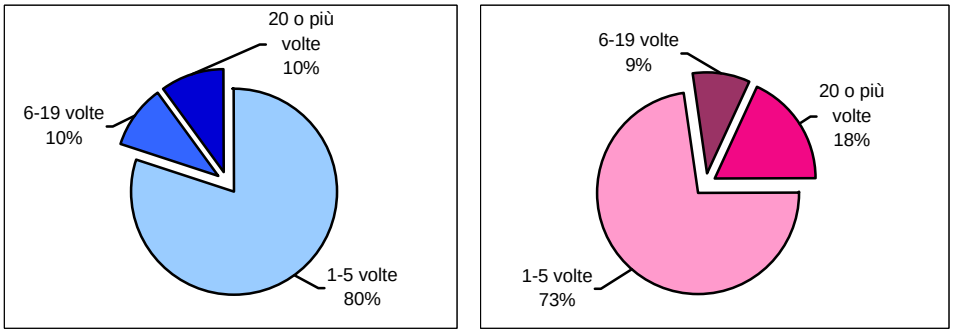
Grafico 2.55: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di farmaci per le diete (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

In entrambi i generi, la maggior parte degli studenti che ha consumato farmaci per dormire/rilassarsi li ha utilizzati da 1 a 5 volte (m=80%; f=73%), mentre il consumo più frequente, 20 o più volte, ha interessato il 10% del collettivo maschile ed il 18% del femminile.

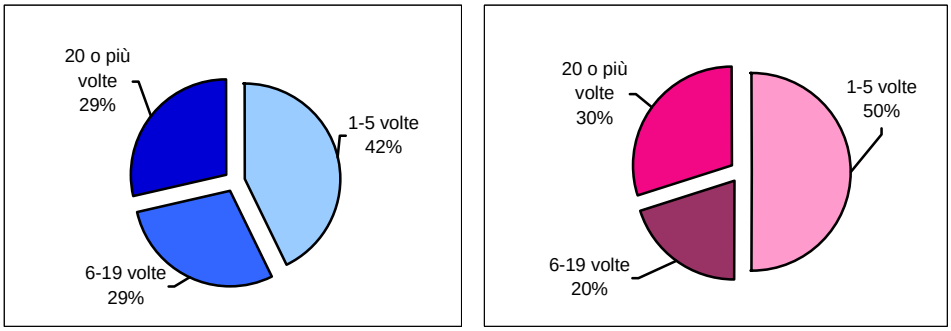
Grafico 2.56: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di farmaci per dormire (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

In entrambi i generi, la maggior parte degli studenti consumatori di farmaci per regolarizzare l'umore li ha utilizzati da 1 a 5 volte (m=42%; f=50%), mentre circa il 30% li ha consumati 20 o più volte (m=29%; f=30%).

Grafico 2.57: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra gli studenti consumatori di farmaci per l'umore (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



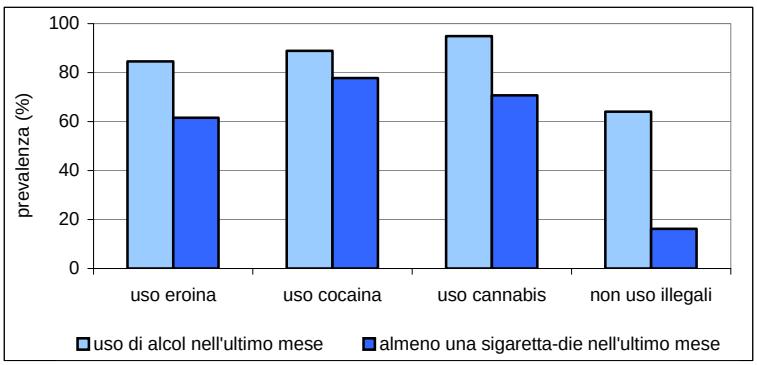
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Nel complesso, tra le studentesse della ASL Milano 1, oltre a rilevare prevalenze di consumo superiori a quelle dei coetanei maschi per tutte le tipologie di farmaci, si evidenzia la tendenza ad assumere questi farmaci più assiduamente, per 20 o più volte nel corso dell'anno, in particolare i farmaci per favorire il dimagrimento.

2.2.9 Policonsumi

Il Grafico 2.58 rappresenta la distribuzione dei consumatori di sostanze psicoattive legali tra gli studenti che hanno riferito di aver fatto uso, almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, di eroina, cocaina e cannabis.
L'assunzione di bevande alcoliche risulta trasversale al consumo delle sostanze psicoattive illegali, in quanto ha riguardato l'85%, il 95% e l'89% dei consumatori rispettivamente di eroina, di cocaina e di cannabis.
Anche fumare quotidianamente sigarette risulta un comportamento associato all'assunzione di droghe illegali: il 62%, il 78% ed il 71% dei soggetti che hanno utilizzato rispettivamente eroina, cocaina e cannabis nel corso degli ultimi 12 mesi ha fumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo mese.
Tra i soggetti che non hanno assunto sostanze illegali nell'ultimo anno, il 64% ha consumato alcolici ed il 16% ha fumato quotidianamente sigarette nel corso dell'ultimo mese.

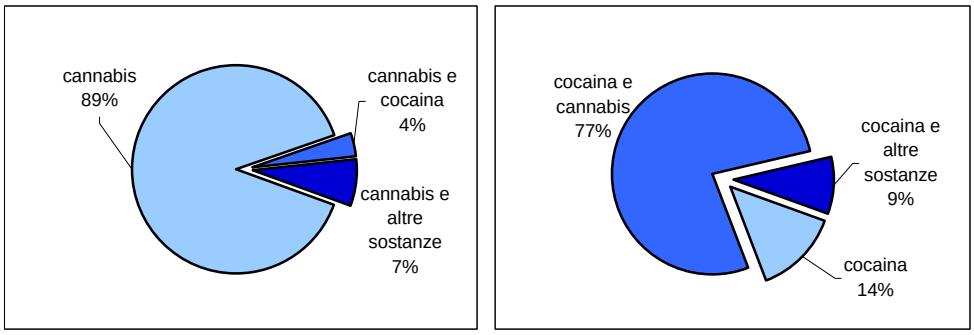
Grafico 2.58: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali tra gli studenti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi. ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra i soggetti che hanno riferito l'utilizzo di cannabinoidi nel corso dell'ultimo anno, l'89% ha consumato unicamente cannabis, mentre il 4% ha associato il consumo di cannabis a quello di cocaina e il 7% a quello di altre sostanze psicoattive illegali. Il policonsumo ha riguardato l'82% dei consumatori di cocaina: il 77% ha associato il consumo di cocaina a quello di cannabinoidi ed il restante 5% a quello di altre droghe illegali. Per il 18% dei consumatori di cocaina si è trattato di un consumo esclusivo della sostanza stessa.

Grafico 2.59: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione studentesca della regione Lombardia fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi:
a) di cannabis (grafico a sinistra);
b) di cocaina (grafico a destra).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.2.10 Gioco d'azzardo

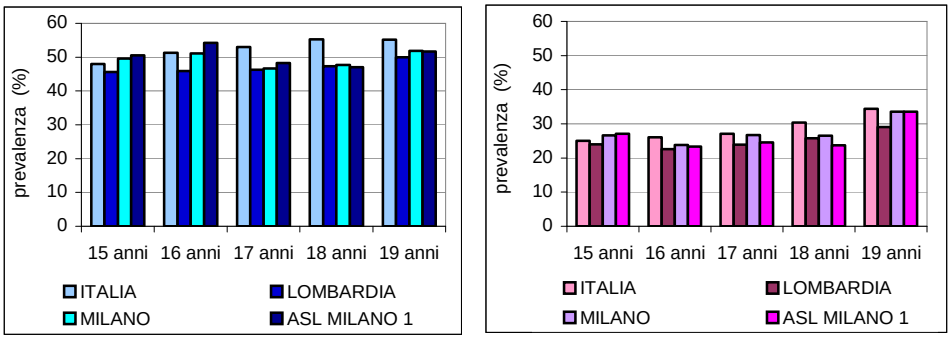
Nella popolazione studentesca locale, il 50,4% dei maschi ed il 26,3% delle femmine, almeno una volta in 12 mesi, ha praticato giochi in cui si puntano soldi. Tra i 15enni, il 50,5% dei maschi ed il 27,1% delle femmine ha adottato tale comportamento, mentre tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 51,7% ed il 33,6%. Tra i maschi di 16 anni si rilevano le prevalenze più consistenti di soggetti che hanno giocato puntando soldi (m=54,3%; f=23,3%).

Le prevalenze locali risultano tendenzialmente inferiori a quelle nazionali (m=52,6%; f=28,8%) nella maggior parte delle classi di età, in particolare tra gli studenti di 17 anni (Italia: m=53%; f=27,1%; ASL Milano 1: m=48,3%; f=24,6%) e 18 anni (Italia: m=55,2%; f=30,4%; ASL Milano 1: m=47%; f=23,7%). Rispetto quanto emerso tra gli studenti della regione Lombardia (m=46,9%; f=25%), a livello locale si evidenzia una tendenza superiore ad adottare questo comportamento di gioco, in particolare tra i maschi e tra i soggetti 15enni (Lombardia: m=45,6%; f=24%) e 16enni (Lombardia: m=45,9%; f=22,6%).

Anche tra le studentesse locali di 19 anni si rilevano prevalenze superiori rispetto a quelle delle coetanee lombarde (Lombardia: m=50%; f=29,1%).

Infine tra gli studenti della ASL Milano 1 la propensione a fare giochi in cui si vincono e/o perdono soldi risulta in linea con quella dei coetanei della provincia di Milano (m=49,3%; f=27,3%), fatta eccezione per gli studenti maschi 16enni, i quali, a livello locale, manifestano una tendenza superiore ad adottare tale comportamento (Milano: m=51,1%; f=23,9%).

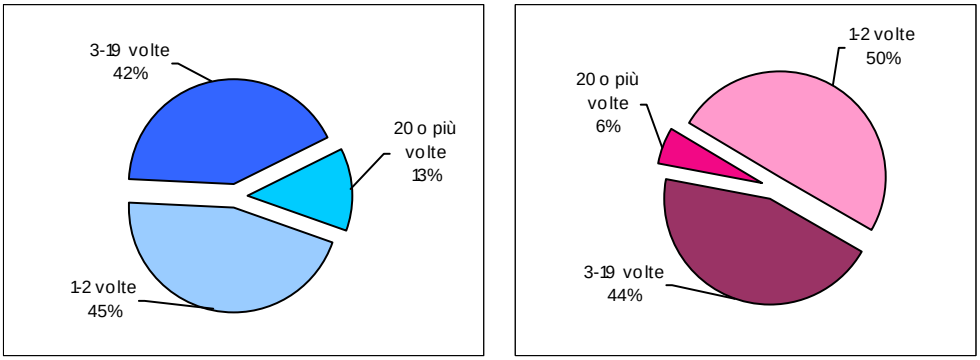
Grafico 2.60: Prevalenza di studenti che riferiscono di aver fatto giochi in cui si vincono soldi (almeno una volta negli ultimi dodici mesi), articolata per genere e classe di età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti maschi della ASL Milano 1 che nel corso dell'anno hanno praticato giochi in cui si vincono o perdono soldi, oltre il 40% di entrambi i generi ha ripetuto il comportamento dalle 3 alle 19 volte in un anno (m=42%; f=44%), mentre il 13% dei maschi ed il 6% delle femmine per 20 o più volte. La restante parte degli studenti giocatori (m=45%; f=50%) ha giocato 1-2 volte in un anno.

Grafico 2.61: Distribuzione della frequenza di gioco d'azzardo nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

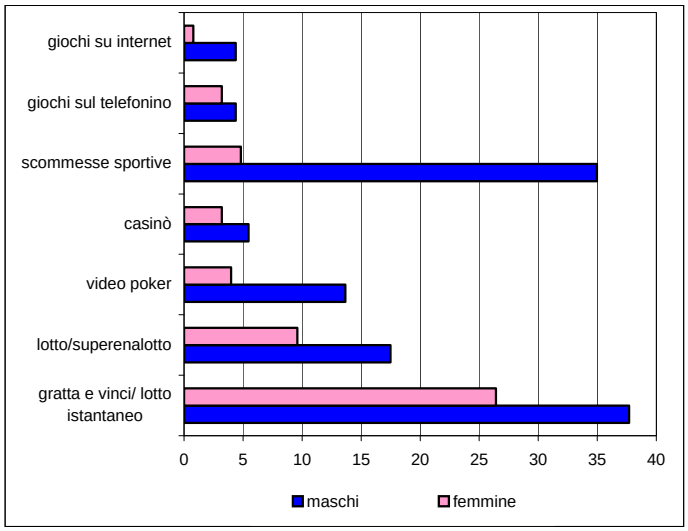


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti della ASL Milano 1 che hanno riferito di aver fatto giochi in cui si vincono o perdono soldi negli ultimi 12 mesi, il 33% ha preferito il gioco "gratta e vinci"/"lotto istantaneo" (m=37,7%; f=26,4%), in proporzione superiore a quella rilevata nelle altre aree territoriali di riferimento (Italia=28%; Lombardia=25%; Milano=29%), mentre il 23% ha fatto "scommesse sportive" (m=35%; f=4,8%) (Italia=15%; Lombardia=12%; Milano=16%).
Il 14,3% degli studenti intervistati riferisce di aver giocato al "Lotto/SuperEnalotto" (m=17,5%; f=9,6%), anche in questo caso, in percentuale maggiore a quella rilevata a livello nazionale (9%), regionale (9%) e della provincia di Milano (12%), ed il 10% ha giocato ai "video poker" (m=13,7%; f=4%) (Italia=8,6%; Lombardia=9,3%; Milano=8%).
Tra gli studenti che hanno praticato giochi in cui si puntano soldi, il 4,6% ha giocato in un casinò (m=5,5%; f=3,2%) (in linea con le prevalenze regionali e provinciali), il 4% sul cellulare (m=4,4%; f=3,2%) (Italia=1,7%;

Lombardia=1,6%; Milano=2%) ed il 3% "on line" (m=4,4%; f=0,8%) (Italia=2%; Lombardia=2%; Milano=2,4%).

Grafico 2.62: Distribuzione percentuale dei giochi d'azzardo ai quali si è giocato negli ultimi dodici mesi nella popolazione studentesca. ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Tra gli studenti della ASL di Milano 1 che hanno fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi, il 59% ha speso 10 euro o meno (Italia=68,9%; Lombardia=69%; Milano=67%), in particolare le ragazze (m=52%; f=81%), il 34% (38,4% dei maschi e 19,2% delle femmine) ha speso tra gli 11 ed i 50 euro (Italia=24,4%; Lombardia=24,9%; Milano=28,2%), mentre per il restante 7% il gioco ha comportato una spesa di oltre 50 euro, interessando solo il genere maschile (9%; f=0%), (Italia=6,7%; Lombardia=6,1%; Milano=5%).
In base alle risposte fornite al questionario CPGI (Canadian Problem Gambling Index)[3] dai soggetti che riferiscono aver giocato somme di denaro, gli intervistati sono classificati sulla base del livello di problematicità connesso a questo tipo di comportamento.
Per il 68% del collettivo locale il comportamento di gioco è risultato esente da rischio (Italia: 70%; Lombardia: 71%; Milano=70%), per il 20% risulta associato ad un rischio minimo (Italia: 20%; Lombardia:19%; Milano=19,5%) e per il 12% ad un rischio moderato, definibile "gioco problematico" (Italia e Lombardia: 10%; Milano=10,5%). Per nessun studente giocatore si tratta di "gioco patologico" (Italia: 0,4%; Lombardia: 0,2%; Milano=0,4%).

2.3 FATTORI ASSOCIATI ALL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

In relazione a quanto emerso dai dati riportati nei precedenti paragrafi, è stata effettuata una ulteriore analisi sulle caratteristiche di personalità, ambientali, esperienziali e comportamentali degli studenti, con lo scopo di individuare quelle che più si associano al consumo di sostanze psicoattive.
Gli studenti consumatori sono stati quindi suddivisi in cinque gruppi sulla base della sostanza psicoattiva utilizzata nel corso dell'anno: consumatori di eroina, cocaina, cannabis, tabacco e studenti che hanno avuto almeno un episodio di

[3] Questionario per la valutazione del grado di problematicità connesso alla pratica del gioco d'azzardo

binge drinking negli ultimi 30 giorni. Le analisi effettuate hanno quindi comportato l'individuazione di variabili, fattori e condizioni che meglio si associano positivamente ad uno studente che utilizza sostanze psicoattive, così come quelle che si associano negativamente e che caratterizzano, quindi, il soggetto che non consuma droghe.

Le condizioni positivamente associate al consumo delle sostanze psicoattive riguardano essenzialmente 5 tipologie di fattori:
- Rapporto con gli adulti: si tratta di caratteristiche che definiscono la problematicità del rapporto con i genitori e con gli insegnanti;
- Propensione ad intraprendere comportamenti rischiosi: si tratta di caratteristiche quali aver avuto rapporti sessuali non protetti o che hanno generato pentimento, coinvolgimento in risse, aver avuto problemi con la polizia, aver fatto giochi in cui si spendono soldi, aver speso oltre 50 euro/settimana senza il controllo dei genitori;
- Scarsa motivazione scolastica: si tratta di caratteristiche che riguardano la difficoltà di rapporto con gli insegnanti e la scarsa motivazione scolastica (aver perso nell'ultimo mese almeno 3 giorni di scuola senza motivo);
- Relazioni con i pari: fattore che riguarda caratteristiche quali uscire spesso la sera per andare al bar, in discoteca, partecipare a feste, e andare frequentemente durante la settimana in giro con gli amici per strada, al centro commerciale, ecc;
- Prossimità con le sostanze psicoattive: si tratta di un insieme di variabili che definiscono la vicinanza del soggetto alle sostanze e riguardano essenzialmente l'avere fratelli o amici che abusano di alcol o fanno uso di droghe, aver usato farmaci psicoattivi senza prescrizione medica;

L'uso di eroina e cocaina risulta principalmente associato alle variabili riguardanti la propensione ad intraprendere comportamenti rischiosi:
- aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 4,9; $p<0.05$ per eroina; OR 4,7; $p<0.05$ per cocaina);
- aver avuto esperienze sessuali di cui il giorno successivo si è pentiti (OR 5,5; $p<0.05$ per eroina; OR 5,7; $p<0.05$ per cocaina);
- aver fatto uso di farmaci psicoattivi negli ultimi dodici mesi senza prescrizione medica (eroina OR 4,20; $p<0.05$; cocaina OR 4,7, $p<.0,05$);
- aver avuto "guai" con la polizia (OR 5,1; $p<0.05$ per eroina; OR 7,2; $p<0.05$ per cocaina);
- aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 19,1; $p<0.05$ per eroina; OR 11,6; $p<0.05$ per cocaina).

L'uso di eroina e cocaina risulta associato positivamente anche al fattore riferito alle difficoltà di rapporto e relazione con gli adulti :
- aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli insegnanti (eroina OR 8,60; $p<0.05$; cocaina OR 3,5, $p<.0,05$);
- aver avuto gravi problemi nel rapporto con i genitori (eroina OR 7,7; $p<0.05$; cocaina OR 4,3, $p<.0,05$).

Le variabili che descrivono la prossimità con le sostanze psicoattive e l'intensa frequentazione dei pari risultano fortemente associate al consumo delle sostanze psicoattive più consumate, soprattutto la cannabis:
- avere amici che abusano di alcol o fanno uso di droghe (OR 9,30; $p<0.05$ per cannabis; OR 2,5; $p<0.05$ per binge drinking; OR 4,6; $p<0.05$ per tabacco);

- avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe (OR 3,9; p<0.05 per cocaina; OR 5,8; p<0.05 per cannabis; OR 2,0; p<0.05 per binge drinking; OR 2,7; p<0.05 per tabacco);
- andare spesso in giro con gli amici (OR 8,2; p<0.05 per cannabis; OR 9,72; p<0.05 per binge drinking; OR 7,0; p<0.05 per tabacco);
- andare spesso fuori la sera (OR 14,2; p<0.05 per eroina; OR 16,4; p<0.05 per cocaina; OR 9,3; p<0.05 per cannabis; OR 7,6; p<0.05 per binge drinking; OR 9,1; p<0.05 per tabacco).

Anche la mancanza di controllo genitoriale nella gestione dei soldi da parte del figlio caratterizza il consumo di tutte le sostanze psicoattive, legali ed illegali "*aver speso più di 50 euro la settimana senza il controllo dei genitori* (OR 5,18; p<0.05 per eroina; 7,65; p<0.05 per cocaina; OR 3,1; p<0.05 per cannabis; OR 2,0; p<0.05 per binge drinking; OR 3,2; p<0.05 per tabacco).

La scarsa motivazione scolastica, definita dalla variabile "aver *perso 3 o più giorni di scuola negli ultimi trenta giorni senza motivo",* risulta associata positivamente a tutti i gruppi di consumatori, in particolare quelli di eroina (OR 6,2; p<0.05 per eroina; OR 2,0; p<0.05 per cocaina; OR 2,0; p<0.05 per cannabis; OR 2,3; p<0.05 per binge drinking; OR 1,9; p<0.05 per tabacco).

La propensione ad intraprendere comportamenti rischiosi caratterizza i consumatori anche di cannabis e tabacco e dei soggetti che praticano il binge drinking, oltre ai consumatori di eroina e cocaina:
- aver fatto uso di farmaci psicoattivi negli ultimi dodici mesi senza prescrizione medica (OR 1,6; p<0.05 per cannabis; OR 1,9; p<0,05 per binge drinking),
- aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 2,2; p<0.05 per cannabis; OR 2,1; p<0.05 per binge drinking; OR 2,3; p<0.05 per tabacco);
- aver avuto esperienze sessuali di cui il giorno successivo si è pentiti (OR 2,7; p<0.05 per cannabis; OR 3,1; p<0.05 per binge drinking; OR 2,5; p<0.05 per tabacco);
- aver avuto "guai" con la polizia (OR 2,9; p<0.05 per cannabis; OR 2,2; p<0.05 per binge drinking; OR 2,5; p<.0,05 per tabacco);
- aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 2,5; p<0.05 per cannabis; OR 3,0; p<0.05 per binge drinking);
- essere stati coinvolti in risse (OR 2,7; p<0,05 per cocaina; OR 2,0; p<0.05 per cannabis; OR 1,8; p<0,05 per binge drinking; OR 1,8; p<.0,05 per tabacco).

Le variabili fortemente associate al non consumo delle sostanze psicoattive, riguardano essenzialmente due fattori:
- Non consumo di sostanze lecite: il non consumo di eroina, cocaina e cannabis, così come di alcol e tabacco, risultano associate alle variabili riguardanti :
  - "non essere fumatore" (OR 0,3 p<0.05 per eroina; OR 0,08; p<0.05 per cocaina; OR 0,10; p<0.05 per cannabis; OR 0,26; p<0.05 per binge drinking);
  - "non essersi ubriacato nell'ultimo mese" (OR 0,26; p<0.05 per eroina; OR 0,29; p<0.05 per cocaina; OR 0,17; p<0.05 per cannabis; OR 0,16; p<0.05 per tabacco);
- Rapporto positivo con i genitori: il non consumo di tutte le sostanze, illecite e lecite, risulta associato alla presenza positiva dei genitori e all'interessamento espresso dagli stessi, descritto dalle seguenti variabili:
  - "percepire attenzione da parte dei genitori" (OR 0,22; p<0.15 per eroina; OR 0,29; p<0.05 per cocaina; OR 0,17; p<0.05 per cannabis; OR 0,26; p<0.05 per tabacco);

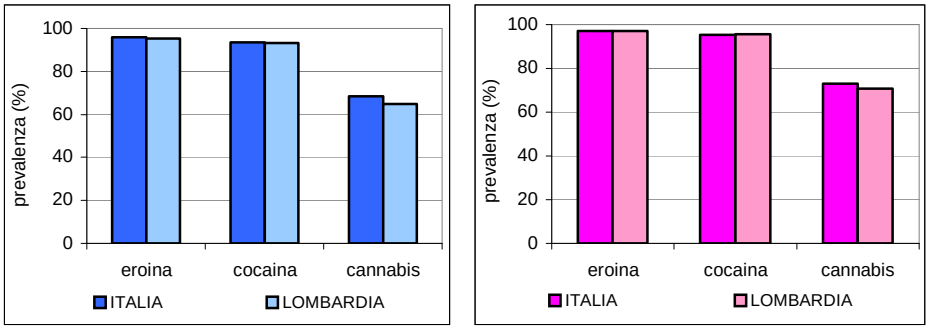
- "i genitori sanno dove e con chi esce la sera" (OR 0,32; p<0.05 per cocaina; OR 0,56; p<0.05 per cannabis; OR 0,51; p<0.05 per tabacco; OR 0,47; p<0.05 per binge drinking).

2.4 OPINIONE PUBBLICA SULL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

2.4.1 Disapprovazione dell'uso di sostanze psicoattive

La maggior parte dei residenti 15-64enni della regione Lombardia disapprova l'uso delle sostanze illegali, in particolare di eroina e cocaina. La disapprovazione è riferita, in particolar modo, dal genere femminile: il 97% delle donne lombarde disapprova il consumo di eroina, il 95,7% quello di cocaina ed il 70,7% di cannabis. Gli uomini risultano più tolleranti, soprattutto riguardo al consumo di cannabis, disapprovato dal 64,8% dei maschi, mentre per l'eroina e la cocaina le quote di uomini che ne disapprovano il consumo raggiungono rispettivamente il 95,2% ed il 93,1%. Se la quota di popolazione lombarda che disapprova il consumo di eroina e cocaina risulta sovrapponibile a quella nazionale (eroina: m=95,9%; f=97,1%; cocaina: m=93,4%; f=95,5%), rispetto alla cannabis, in entrambi i generi, risulta inferiore (Italia: m=68,5%; f=73,1%).

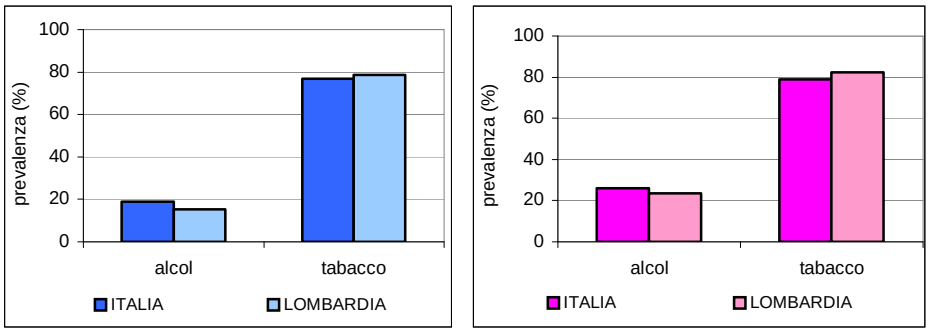
Grafico 2.63: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive illegali tra la popolazione generale, articolata per sostanza. Confronto Italia – Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

La quota di popolazione lombarda di 15-64 anni che esprime disapprovazione per il consumo di tabacco, 78,5% dei maschi e 82,2% delle femmine, prevalenze che risultano superiori a quelle rilevate riguardo al consumo di cannabis, è in linea con quella nazionale (m=77%; f=79,1%).
Riguardo al consumo di bevande alcoliche, la quota di popolazione regionale che riferisce dissenso risulta esigua, raggiungendo il 15,3% tra gli uomini ed il 23,5% tra le donne, così come rilevato a livello nazionale (m=18,8%; f=25,9%).

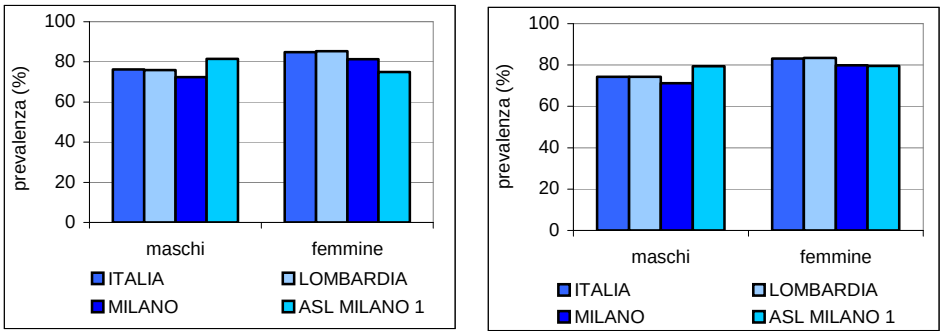
Grafico 2.64: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive legali tra la popolazione generale, articolata per sostanza. Confronto Italia – Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

L'atteggiamento di disapprovazione per il consumo delle sostanze psicoattive illecite caratterizza la maggior parte dagli studenti della ASL Milano 1, senza rilevanti differenze di genere.
La maggior parte della popolazione studentesca locale, in particolare di genere maschile disapprova il consumo di eroina (m=81,5%; f=75%), ed il 79% degli studenti di entrambi i generi non approva il consumo di cocaina (m=79,4%; f=79,6%). Le quote locali di studenti maschi che disapprovano l'uso di eroina e di cocaina risultano superiori a quelle nazionali, regionali e provinciali, mentre tra le studentesse della ASL Milano 1 si osserva un atteggiamento di minore disapprovazione rispetto a quello delle coetanee italiane (eroina: m=76,2%; f=84,9%; cocaina: m=74,3%; f=83,2%), lombarde (eroina: m=75,9%; f=85,3%; cocaina: m=74,4%; f=83,4%) e della provincia di Milano (eroina: m=72,3%; f=81,3%; cocaina: m=71,2%; f=79,8%).

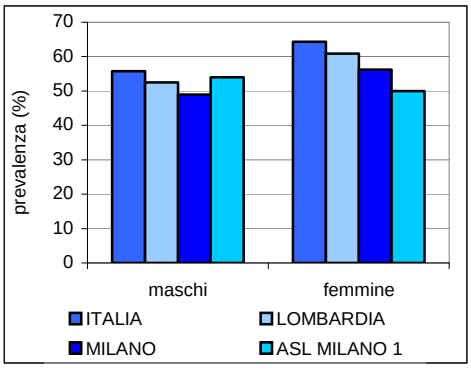
Grafico 2.65: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive illegali nella popolazione studentesca, articolata per genere. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: disapprovazione del consumo di eroina;
b) grafico a destra: disapprovazione del consumo di cocaina.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Nella ASL Milano 1 la quota di studenti che disapprova il consumo di cannabis raggiunge il 54% tra i maschi ed il 50% tra le femmine. Se tra i maschi la quota di soggetti che disapprova l'utilizzo di cannabis risulta in linea con quella rilevata a livello nazionale, regionale e provinciale, tra le studentesse della ASL locale si evidenzia un atteggiamento di maggiore tolleranza (Italia: m=55,7%; f=64,3%; Lombardia: m=52,5%; f=60,9%; Milano: m=48,9%; f=56,3%).

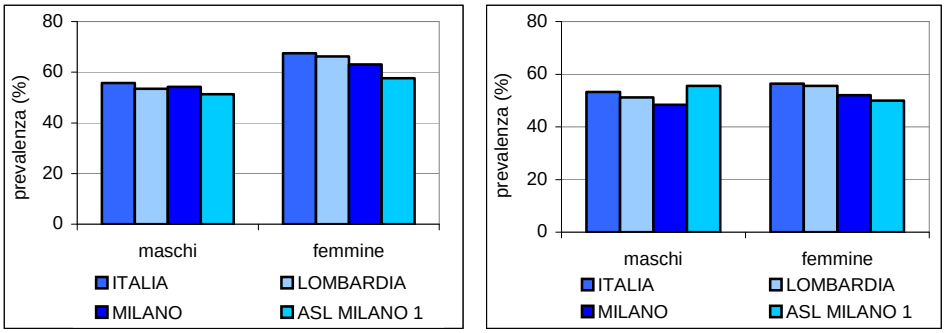
Grafico 2.66: Disapprovazione del consumo di cannabis nella popolazione studentesca, articolata per genere. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Nella ASL Milano 1, gli studenti che disapprovano l'assunzione giornaliera di bevande alcoliche risultano il 5,3% tra i maschi ed il 4,6% tra le femmine.
In entrambi i generi le quote di studenti che disapprovano l'assunzione di bevande alcoliche risultano inferiori a quelle rilevate tra i coetanei italiani (m=8,3%; f=8,7%), lombardi (m=7,1%; f=7,2%) e della provincia di Milano (m=7%; f=6,2%).
Riguardo il consumo di 10 o più sigarette al giorno, tra gli studenti della ASL Milano 1 il 14,8% dei maschi ed il 9,9% delle femmine disapprova tale comportamento. Anche per il consumo di tabacco, le prevalenze locali risultano inferiori a quelle nazionali (m=17,1%; f=12,9) e nel contempo in linea con le prevalenze regionali (m=14,4%; f=10,8%) e provinciali (m=13,9%; 9,7%).

Grafico 2.67: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive legali nella popolazione studentesca, articolata per genere. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: disapprovazione del consumo di alcol;
b) grafico a destra: disapprovazione del consumo di tabacco.

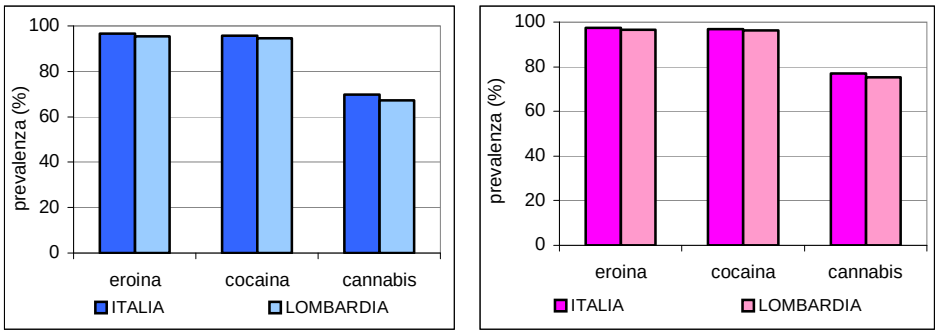


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

2.3.2 Percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive

La quasi totalità della popolazione lombarda, sia maschile che femminile, percepisce la rischiosità associata al consumo di eroina (m=95,5%; f=96,4%) e di cocaina (m=94,7%; f=96,2%), valori che risultano sovrapponibili a quelli nazionali (eroina: m=96,7%; f=97,4%; cocaina: m=95,8%; f=96,9%).
La quota di soggetti lombardi che ritiene rischioso il consumo di cannabis raggiunge il 67,2% tra i maschi ed il 75,3% tra le femmine, risultando anche in questo caso, in linea con la prevalenza nazionale (m=69,9%; f=76,9%).

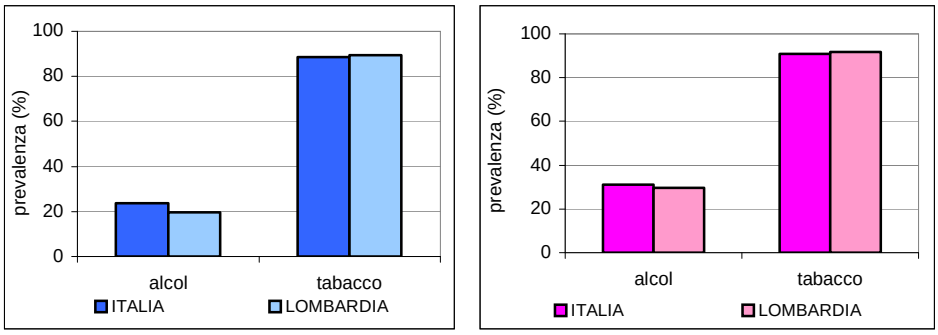
Grafico 2.68: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale, articolata per sostanza. Confronto Italia – Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

L'89,5% della popolazione maschile lombarda ed il 91,8% della femminile ritiene rischioso consumare tabacco (Italia: m=88,6%; f=90,9%). Come già evidenziato per l'atteggiamento di disapprovazione, la quota di soggetti che considera rischioso consumare tabacco risulta superiore a quella rilevata per il consumo di cannabis. Una quota ridotta della popolazione regionale considera rischioso assumere bevande alcoliche (m=19,6%; f=29,5%), così come rilevato a livello nazionale (m=23,6%; f=31,2%).

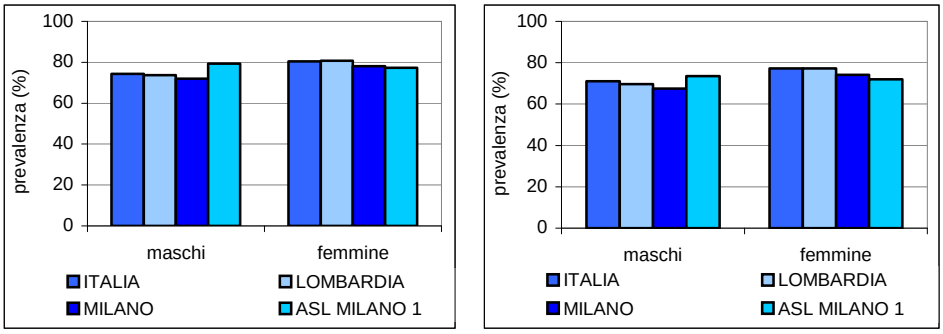
Grafico 2.69: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive legali nella popolazione generale, articolata per sostanza. Confronto Italia – Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

La maggior parte degli studenti della ASL Milano 1, senza differenze di genere, percepisce il rischio associato al consumo di eroina (m=79,4%; f=77,3%) e di cocaina (m=73,5%; f=72%). Tra gli studenti maschi della ASL lombarda, la quota di soggetti che percepisce il rischio associato al consumo di eroina e cocaina risulta superiore a quella rilevata tra i coetanei italiani (eroina: m=74,4%; f=80,5%; cocaina: m=71%; f=77,2%), lombardi (eroina: m=73,7%; f=80,7%; cocaina: m=69,7%; f=77,2%) e della provincia di Milano (eroina: m=72%; f=78,1%; cocaina: m=67,5%; f=74,1%).
Tra le studentesse, invece, si osserva una tendenza diversa, in quanto a livello locale si rileva una minor percezione del rischio rispetto al consumo di eroina e cocaina.

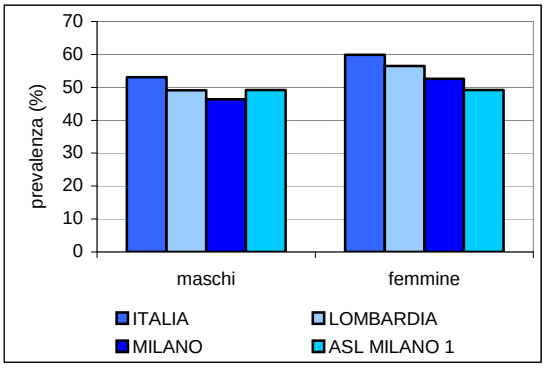
Grafico 2.70: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive popolazione studentesca, articolata per genere. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: percezione in relazione all'uso di eroina;
b) grafico a destra: percezione in relazione all'uso di cocaina.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Quando la valutazione riguarda le sostanze psicoattive più contigue alla popolazione giovanile (cannabis, tabacco e bevande alcoliche), le quote di studenti che ritengono rischioso il consumo delle stesse si riducono notevolmente.
Nella popolazione studentesca della ASL Milano 1, il consumo di cannabis è ritenuto rischioso dal 49,2% sia dei maschi che delle femmine, prevalenze che, anche in questo caso, nel genere maschile risultano superiori a quelle nazionali, regionali e provinciali, mentre nel genere femminile risultano inferiori a quelle delle coetanee italiane (m=53,1%; f=59,9%), lombarde (m=49,1%; f=56,5%) e della provincia di Milano (m=46,3%; f=52,6%).

Grafico 2.71: Percezione del rischio in relazione all'uso di cannabis nella popolazione studentesca, articolata per genere. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.

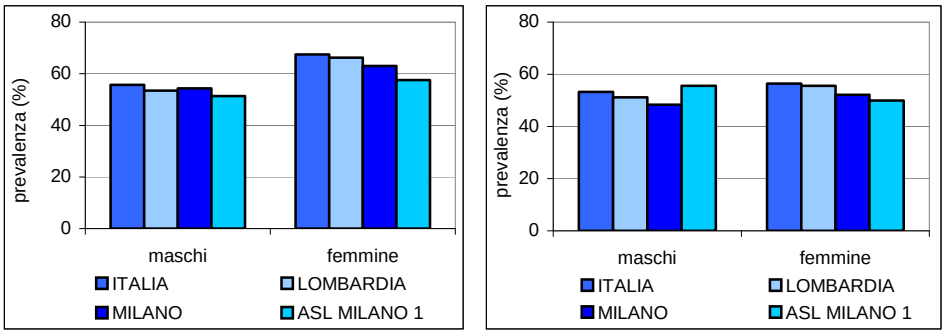


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

I rischi associati all'assunzione quotidiana di bevande alcoliche sono riferiti dal 51,3% degli studenti e dal 57,6% delle studentesse mentre, riguardo al consumo quotidiano di sigarette le prevalenze raggiungono il 55,6% tra i ragazzi ed il 50% tra le ragazze.
Rispetto l'assunzione quotidiana di bevande alcoliche sono gli studenti maschi della ASL milanese a percepire in misura inferiore i rischi correlati a tale comportamento, rispetto quanto riferito dai coetanei italiani (m=55,7%; f=67,5%), lombardi (m=53,4%; f=66,2%) e della provincia di Milano (m=54,3%; f=63%).

Le quote di studenti della ASL Milano 1 che considerano rischioso fumare quotidianamente 10 o più sigarette risultano nel genere maschile superiori alle corrispondenti prevalenze nazionali (m=53,2%; f=56,4%), regionali (m=51,2%; f=55,6%) e provinciali (m=48,4%; f=52,1%), mentre nel genere femminile risultano inferiori, come già rilevato per le altre sostanze.
Nel complesso tra le studentesse della ASL Milano 1 si osservano quote inferiori di ragazze che percepiscono la rischiosità associata al consumo delle sostanze psicoattive rispetto alle prevalenze emerse dalle coetanee delle aree territoriali di confronto.

Grafico 2.72: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive legali nella popolazione studentesca, articolata per genere. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.
a) grafico a sinistra: percezione in relazione all'uso di alcol;
b) grafico a destra: percezione in relazione all'uso di tabacco.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

3. PREVENZIONE

3.1 Prevenzione universale

3.1.1 A scuola
3.1.2 In famiglia
3.1.3 Nella società civile
3.1.4 Indagine assenze negli istituti superiori
3.1.5 Lo studio HBSC

3.2 Prevenzione selettiva e mirata

3.2.1 In contesti ricreazionali e fra gruppi a rischio
3.2.2 La sperimentazione del Progetto Prefettura

3.3 Progetto “Re-ligo: osservare e costruire”

3.4 Progetto “Salute e Lavoro”

3.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

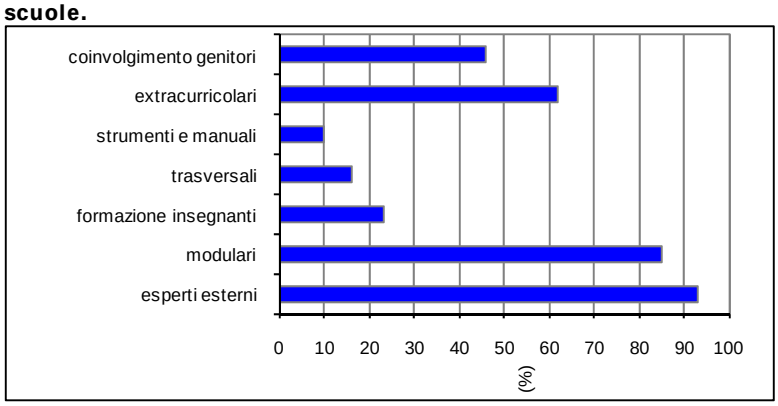
Le strategie e gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una data popolazione. Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono invece rivolti a specifiche situazioni o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio o vulnerabili, rispetto alla popolazione nel suo insieme.
Per avere un quadro della situazione provinciale per ciò che concerne le attività di prevenzione dell'uso e abuso di sostanze nei diversi ambiti, in accordo con i criteri dell'EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), sono state effettuate indagini all'interno degli Istituti scolastici di secondo grado (anno scolastico 2007/2008), dei Dipartimenti per le tossicodipendenze e dei Servizi per le tossicodipendenze.

3.1.1 A scuola

Tra le iniziative di prevenzione universale attivate nel corso del 2008 sono da segnalare, a livello nazionale, quelle del Ministero della Pubblica Istruzione (MPI). L'impegno per la prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato in iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale (*Piano triennale per il benessere dello studente*), il cui obiettivo finale è il raggiungimento da parte dei ragazzi di responsabilità e autonomia di scelta. Il complesso delle azioni, avviate dal MPI, è stato orientato al superamento della cultura dell'emergenza a favore di quella che si può definire la cultura della prevenzione.
Nel presente contributo sono riportate le iniziative implementate nella provincia di Milano nel campo della prevenzione universale condotte nelle scuole superiori, aderenti allo studio ESPAD-Italia®2008
E' stata avviata un'indagine attraverso l'utilizzo di un questionario costruito in base alle direttive EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) e compilato a cura dei dirigenti scolastici.
Per quanto riguarda gli istituti scolastici rispondenti nell'area territoriale dell'ASL Milano 1, per l'anno scolastico 2007-2008, si registra che, oltre a descrivere l'impostazione generale della scuola in termini di prevenzione, ognuno riporta da un minimo di uno ad un massimo di otto progetti. La maggior parte degli istituti rispondenti è informato a proposito di azioni di piano provinciali per la prevenzione dell'uso e abuso di alcol, tabacco, droghe e doping.
All'interno delle scuole della provincia di Milano, gli enti che si occupano maggiormente della gestione delle attività di prevenzione sono le ASL (69,2%) e le associazioni (61,5%). Nel 23% dei casi sono le autorità, i liberi professionisti e le cooperative, mentre solo in pochi casi, entrano nella collaborazione dei progetti scolastici le comunità, le università e i rappresentanti delle forze dell'ordine.
Nell'84,6% degli istituti intervistati esiste un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco ed alcol e nel 66,7% sono previste giornate di studio dedicate interamente alla prevenzione delle droghe.
In poco più di un quarto delle scuole del campione si registrano attività di prevenzione dedicate al tema del doping, mentre nessun istituto organizza giornate destinate alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.
Quasi la totalità degli istituti prevede l'intervento di esperti esterni (93,3%) e nell'84,6 i progetti risultano articolati su più moduli. La formazione e l'aggiornamento dei docenti in materia di prevenzione delle sostanze illecite è prevista nel 23% degli istituti scolastici intervistati.

Nel 15,4% delle scuole sono menzionati progetti trasversali con contenuti articolati su più materie e nel 66,7% dei casi i docenti forniscono informazioni sulle droghe, il doping, e il gioco d'azzardo patologico anche all'interno del programma curricolare.
In circa il 10% degli istituti sono programmati interventi strutturati con l'ausilio di specifici strumenti e manuali, nello specifico più della metà di questi progetti sono rivolti alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, mentre la restante quota prende in esame le tematiche del doping.
I progetti attuati nelle scuole del territorio indagato prevedono, inoltre, incontri e iniziative rivolte ai genitori (46%) e attività extracurricolari in materia di prevenzione delle droghe (62%) (Grafico 3.1).

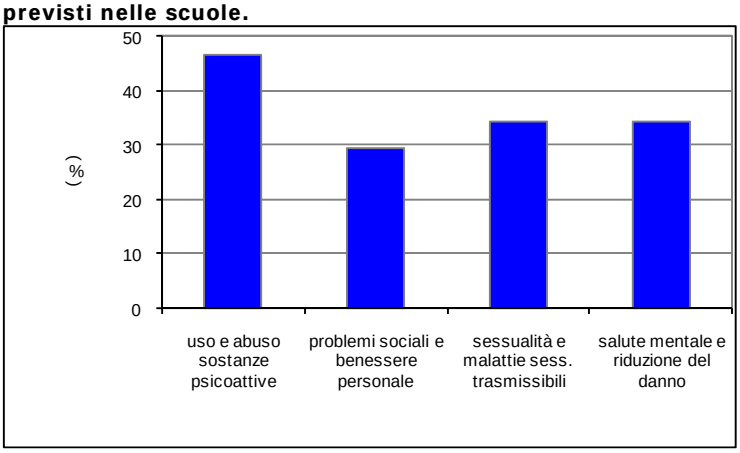
Grafico 3.1: Distribuzione percentuale di caratteristiche salienti dei progetti previsti nelle scuole.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

In tutte le scuole vengono presentate attività finalizzate all'individuazione precoce di alunni in difficoltà, il 16% sono i progetti genere-specifici, e in circa il 40% sono effettuati incontri con le forze dell'ordine (FFOO).
Lo strumento di rilevazione raccoglie inoltre informazioni sui singoli progetti attivati. Nel 95% degli istituti intervistati gli interventi risultano inseriti nel Piano di Offerta Formativa (POF) della scuola e contemplano contenuti ed ambiti problematici multipli relativi all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e di sostanze dopanti (46,4%), problemi sociali e benessere personale (29,2%), sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (34,4%), salute mentale e riduzione del danno (34,2%) (Grafico 3.2).

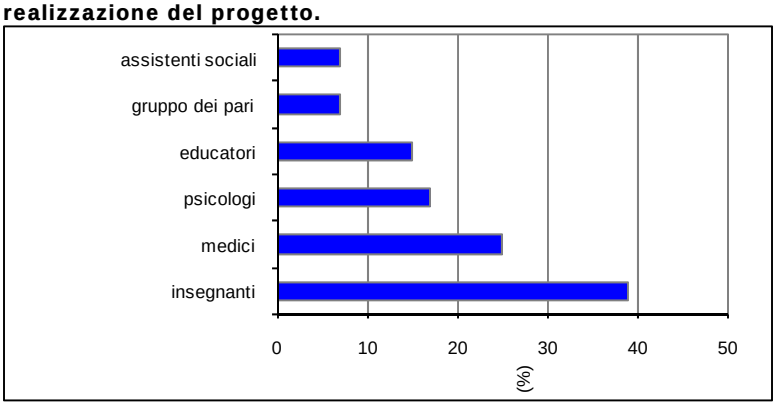
Grafico 3.2: Distribuzione percentuale dei contenuti e degli ambiti affrontati nei progetti previsti nelle scuole.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

I progetti censiti riguardano problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione, nel 22% affrontano problematiche psicologiche di tipo cognitivo-comportamentale e nel 25% quelle in ambito sociale.
Gli obiettivi prioritari dei progetti sono riconducibili nel 66% dei casi ad accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute di certi comportamenti, nel 10% sono interventi atti a sviluppare abilità di coping[1] e capacità personali e nel 7% l'obiettivo primario è il miglioramento dell'autostima e la percezione del sé. Le figure professionali responsabili della realizzazione del progetto sono gli insegnanti stessi (39%), i medici (25%), gli psicologi (17%), gli educatori (15%), il gruppo dei pari e gli assistenti sociali (7%) (Grafico 3.3).

Grafico 3.3: Distribuzione percentuale delle figure professionali responsabili della realizzazione del progetto.



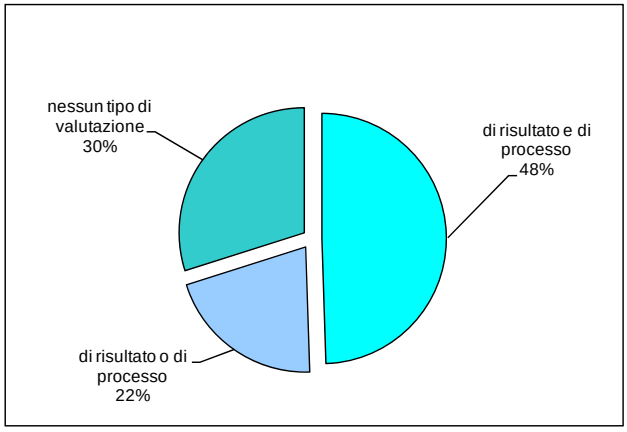
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Le modalità operative maggiormente utilizzate negli interventi risultano le lezioni frontali (51%), il lavoro di gruppo (42%), i seminari (27%) e i corsi interattivi (17%).
Circa la metà dei progetti censiti ha una durata minore ai tre mesi mentre la restante quota si sviluppa lungo tutto l'anno scolastico.

[1] indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione o problematica.

Sono il 68% gli interventi di prevenzione articolati in uno o più moduli e circa il 90% di questi sono già stati realizzati nel passato o ne è prevista una nuova realizzazione.
Nel 48% dei progetti la frequenza degli incontri risulta medio bassa (minore di 5 incontri), mentre nel restante 52% gli incontri risultano 5 o più.
Gli strumenti e i metodi di raccolta dei dati finalizzati alla valutazione sono i questionari (49%), i registri di classe/attività (19%), il monitoraggio periodico in itinere e/o ex post e le griglie di osservazione (17%) e le interviste (5%).
Per quanto riguarda la valutazione degli interventi svolti, nel 48% dei progetti è prevista una valutazione sia dei risultati che di processo (completa), nel 22% solo dei risultati o solo di processo (parziale), e nella restante quota di istituti non è previsto nessun tipo di valutazione (Grafico 3.4).

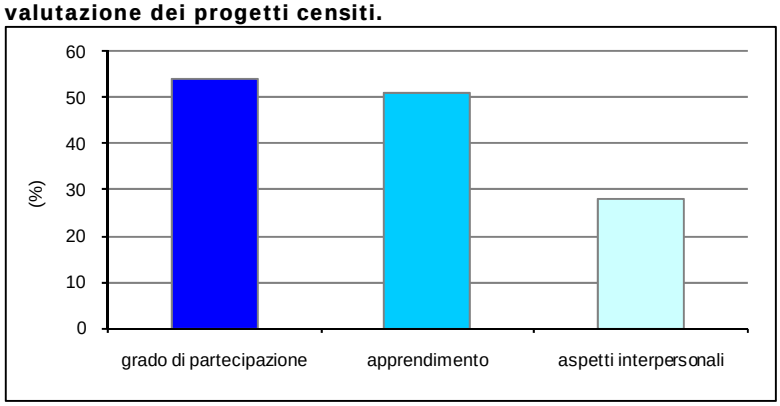
Grafico 3.4: Distribuzione percentuale delle modalità di valutazione dei progetti censiti.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Gli indicatori utilizzati (Grafico 3.5) riguardano il grado di partecipazione alle attività da parte dei vari attori (54%), la coerenza dei contenuti e le competenze acquisite (51%), la capacità di relazione unitamente alla percezione del sé ed all'autostima (28%).

Grafico 3.5: Distribuzione percentuale della tipologia di indicatore utilizzato nella valutazione dei progetti censiti.

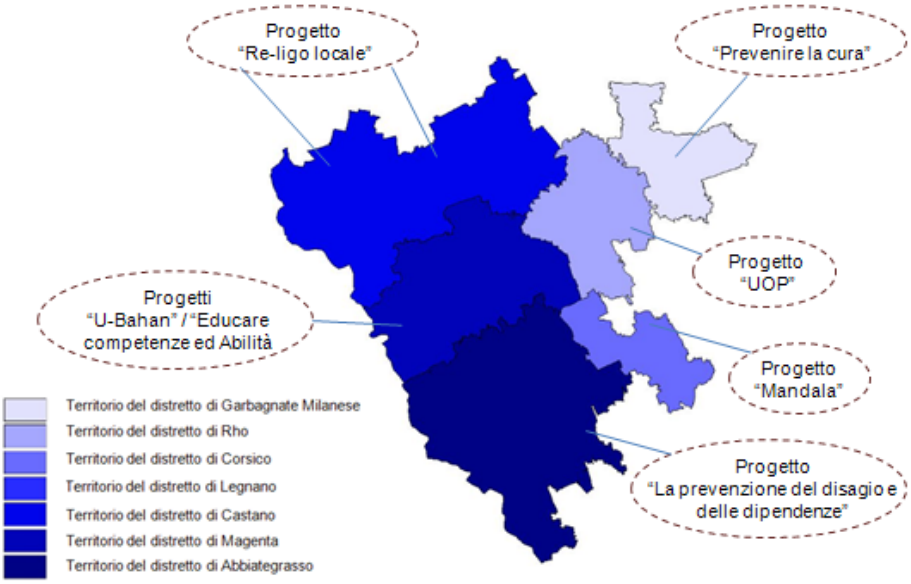


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

3.1.2 In famiglia

Sulla base delle risposte rilevate dall'indagine SIMI® sulla prevenzione universale, si osserva che i programmi di prevenzione rivolti ai nuclei familiari si basano sugli incontri rivolti a famiglie e/o genitori, programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra famiglie e progetti con l'obiettivo della formazione rivolta ai gruppi familiari. A livello locale queste tematiche vengono affrontate regolarmente con interventi e progetti brevi o saltuari i quali prevedono una valutazione dei risultati. I canali di approccio utilizzati per contattare le famiglie risultano essere maggiormente la scuola, le associazioni, il volontariato, il privato sociale, gli operatori di strada e il SSN.
Ulteriori progetti ed attività di prevenzione universale sono presenti nei diversi distretti sanitari dell'ASL Milano 1. Tali interventi sono finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico. In media la durata dei progetti è poco superiore ad un anno e nella maggior parte di essi i destinatari risultano essere la popolazione adolescenziale, gli studenti e le loro famiglie e gli operatori dei servizi territoriali.

Grafico 3.6: Progetti attivi nei distretti socio-sanitari dell'ASL Milano 1.



3.1.3 Nella società civile

Secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, le attività di prevenzione universale svolte nel corso del 2008 a livello del Dipartimento per le dipendenze, sono state maggiormente quelle relative alle azioni di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale.
In questo ambito, sul territorio dell'ASL Milano 1, risultano 12 progetti attivi o conclusi, queste tematiche risultano affrontate regolarmente e la valutazione adottata è di tipo completo (di processo e di risultato).
Altre attività di prevenzione universale vengono registrate nell'ambito del territorio Dipartimentale. Nello specifico, menzionati ufficialmente nei documenti sulle politiche sanitarie, sono presenti 10 progetti per lo sviluppo di piani a livello comunale sulle droghe. Queste tematiche prevedono una valutazione completa, sia di processo che di risultato.

Successivamente si registra la presenza di 7 progetti per lo sviluppo di sistemi di reti non esclusivamente finalizzati alla prevenzione delle droghe. Questi interventi sono menzionati nei documenti ufficiali, affrontati a livello locale in modo regolare ed i ragazzi hanno avuto un ruolo nella progettazione dello stesso progetto.
Infine, con 5 programmi per ogni tematica, si registrano interventi atti a sviluppare attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del loro quartiere, centri di associazione e counselling per i giovani a livello territoriale e programmi di prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati.

3.1.4 Indagine assenze negli istituti superiori

Nel corso dell'anno 2009 l'Osservatorio ha promosso una indagine esplorativa sulle assenze nelle scuole superiori.
Il disegno di questa ricerca richiedeva come pre-requisito la rilevazione su supporto elettronico dei dati relativi alle presenze/assenze degli studenti nell'anno scolastico 2007/2008.
Dopo contatti con gli istituti superiori l'Osservatorio Dipartimentale ha concordato di rinviare l'indagine poiché solo un numero esiguo di istituti poteva mettere a disposizione tali dati.

3.1.5 Lo studio HBSC

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare) ha le sue radici nella cultura della salute di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è fatta promotrice (WHO, 1986). Il concetto di salute deve infatti essere inteso nel senso più ampio del termine, come risorsa della vita quotidiana, e non solo come assenza di malattia. In questo senso essa comprende, oltre alla dimensione fisica, anche quelle sociali ed emozionali, che possono influenzare la prima, sia nel breve che nel lungo periodo. Un tale, ampio, concetto di salute sottintende l'adozione di un approccio multidisciplinare per la comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute che renda conto sia della sua multifattorialità che della interrelazione tra le diverse dimensioni che la compongono (Hasting Centre, 1997).
Lo studio HBSC cui l'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche alcuni Paesi extra-europei, come USA e Canada. La survey, relativa all'anno scolastico 2005-2006, ha coinvolto 41 Paesi, tra cui l'Italia che vi ha partecipato per la seconda volta. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università ed Istituzioni governative coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati. Il team italiano è composto da un responsabile nazionale che coordina i gruppi di ricerca locali, costituiti dalla Università degli Studi di Torino (Principal Investigator), Padova e Siena, e si è avvalso della collaborazione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).
L'obiettivo principale del progetto è di servire come strumento di monitoraggio, ma anche come strumento per aumentare la comprensione di quei fattori e di quei processi che possono determinare degli effetti sulla salute degli adolescenti. Tali obiettivi vengono perseguiti attraverso la raccolta di dati sulla salute, sui

comportamenti ad essa correlati e sui loro determinanti, tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni, attraverso un disegno di osservazione trasversale, con ripetizione ogni quattro anni, al fine di simulare uno studio longitudinale.
Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un'equipe multidisciplinare e internazionale, redatto in inglese e tradotto nelle diverse lingue dei Paesi partecipanti.

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

- dati anagrafici (età, sesso, struttura famigliare);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcool e fumo).

Ai quindicenni viene inoltre somministrato un questionario contenente domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.
I questionari, auto-compilati ed anonimi, sono stati somministrati nell'anno 2007 anche in alcune scuole della ASL Milano 1 con il sostegno degli insegnanti, che ricevono informazioni opportune sulle procedure da seguire.
Per un approfondimento dei contenuti relativi a questa ASL, si rimanda a un successiva elaborazione dei dati specifici che possono essere reperiti sul sito http://www.hbsc.org

3.2 PREVENZIONE SELETTIVA E MIRATA

Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono rivolti a specifici contesti o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio rispetto alla popolazione nel suo insieme.

3.2.1 In contesti ricreazionali e fra gruppi a rischio

Sul territorio di competenza dell'ASL Milano 1, nel 2008 risultano attivi 4 programmi di prevenzione rivolti a giovani in contesti ricreazionali (cioè ragazzi frequentatori di manifestazioni quali i concerti e feste popolari, oppure di pub e locali notturni).
Tutti sono valutati in modo completo (sia valutazione di processo che di risultato), sono menzionati nei documenti ufficiali e utilizzano gli enti locali o gli operatori di strada come canale di approccio per il gruppo target di riferimento.
Altri interventi menzionati nei documenti ufficiali e attivi nell'area Dipartimentale sono quelli rivolti a sottogruppi specifici, quali: studenti con problemi di emarginazione scolastica e sociale, giovani che abbandonano precocemente la scuola e giovani che presentano difficoltà nel socializzare.
Il gruppo target viene preferibilmente approcciato nell'ambiente scolastico di ogni grado, sia dagli organismi locali che da operatori di strada.

3.2.2 La sperimentazione del Progetto Prefettura

Il Progetto, finanziato dalla Regione Lombardia coinvolge la nostra ASL dal 2005; si rivolge alle persone segnalate alla Prefettura di Milano per possesso di sostanze stupefacenti al di sotto dei 26 anni al momento del fermo.

Il colloquio viene effettuato presso una sede della ASL anziché presso la Prefettura.

Il Progetto anche per il 2008 si è fondato sulle considerazioni già espresse gli anni precedenti e che si sono confermate:

- l'uso di sostanze stupefacenti è diventato un comportamento di massa. La diffusione di hashish, psicostimolanti, (soprattutto cocaina) ma anche di alcol, viene descritto dai soggetti coinvolti nella sperimentazione, quale comportamento diffuso, percepito distante dall'illegalità, ma molto compenetrato nella quotidianità.
- i giovani rischiano di sottovalutare la pericolosità delle sostanze e le conseguenze del loro uso, non solo per la facilità di reperimento dalla sostanza (e sempre più spesso attraverso gli amici e non da soggetti appartenenti alla criminalità o a condizioni di marginalità), ma anche per la significativa riduzione dei prezzi al mercato.
- i consumatori di queste sostanze rifiutano di rivolgersi ai servizi per le dipendenze, temendo di essere considerati dei tossicodipendenti. Di conseguenza, soprattutto gli abusatori di psicostimolanti (ad es. cocaina) arrivano ai servizi solo dopo diversi anni dall'inizio dell'uso di sostanze, cosa che spesso compromette l'esito della cura (a tale riguardo nel paragrafo 4.1 relativo al profilo utenti si può notare lo scarto tra l'età di inizio uso e quello di ingresso al servizio, Grafico 4.7)

il Progetto Prefettura si è rivelato anche per il 2008 uno strumento favorente l'aggancio precoce di soggetti consumatori.

L'organizzazione dell'attività

I colloqui si sono svolti in appositi Centri Educativi Polivalenti (CEP), con sede a: Parabiago, Arluno e Abbiategrasso.

I colloqui con l'Assistente Sociale sono uno strumento per valutare la situazione della persona e offrire informazioni sia sulla legge che sui nostri servizi. Si concludono con una valutazione sociale che viene fornita al Prefetto, il quale decide se applicare il formale invito ad astenersi dall'uso di sostanze stupefacenti con conseguente archiviazione della pratica o applicare una delle sanzioni amministrative previste dalla legge (sospensione della patente e/o apposizione del divieto di espatrio sulla carta di identità). In quest'ultimo caso se il percorso viene concluso positivamente la sanzione viene revocata.

L'esperienza maturata in questi anni e i dati raccolti sulle sperimentazioni nella Provincia ci hanno dimostrato che questa diversa organizzazione dei colloqui aumenta le probabilità che una segnalazione esiti in un programma educativo, aumentando non solo la possibilità di aggancio ai servizi, ma anche la numerosità delle revoche delle eventuali sanzioni erogate.

A seguito della valutazione effettuata durante il colloquio presso l'ASL vi può essere l'invio a programma, che nel 2008 si è concretizzato sia in attività di gruppo che individuale:

Programmi di gruppo

1) per il distretto di Garbagnate presso il CEP di Limbiate con operatori SerT e della Associazione Contrasti;

2) per il distretto di Legnano presso il SerT di Parabiago con operatori SerT e Cooperativa Atipica;

3) per i distretti di Rho, Corsico, Magenta e Abbiategrasso i programmi di gruppo vengono effettuati con operatori SerT e operatori di Comunità Nuova presso la sede AISE di Sedriano.

Programmi individuali
Vengono svolti nella sede CEP per Limbiate e nei SerT per le altre zone, in accordo con la persona. Per la zona di Abbiategrasso è possibile, su richiesta, anche concordare un programma individuale presso il NOA

Gli obiettivi dei percorsi educativi possono essere così sintetizzati:

- aumentare la consapevolezza sulle conseguenze dell'uso di sostanze;
- favorire una riflessione sul significato di queste scelte nella propria vita ed eventualmente favorire una presa in carico se si rileva un problema importante di abuso;
- far conoscere i servizi della ASL ai quali ci si può rivolgere in caso di necessità.

L'attività educativa è quindi molto diversa da quella tradizionalmente effettuata per l'utenza tossicodipendente, perché finalizzata alla prevenzione in soggetti a rischio.
Un risultato raggiunto dal progetto è stato anche quello di conoscere più da vicino questa popolazione giovanile, per poterne individuare meglio le caratteristiche e le specifiche esigenze.
Anche per il 2008 viene riconfermato il profilo della popolazione giovanile incontrata attraverso il Progetto Prefettura.
La stragrande maggioranza di loro vive in famiglia e solo una piccola parte ha iniziato da poco una convivenza, molti stanno affrontando il percorso di studi, spesso contraddistinto da insuccessi nelle scuole superiori o cambi di percorso scolastico, anche se la maggioranza dei soggetti è inserito nel mondo del lavoro.
Si riconferma il basso numero di disoccupati e precari.
In pochi casi vi è una situazione pregressa di disagio familiare o psicologico importante. La famiglia di origine non sempre viene coinvolta e spesso rappresenta il luogo normante di cui i ragazzi si preoccupano molto.
Si può notare una discrepanza tra il comportamento di consumo considerato "normale", soprattutto perché molto diffuso, e la scarsa conoscenza della normativa e dei rischi sanzionatori conseguenti. A cui molti reagiscono con timore, altri con scarsa consapevolezza.
Molti riportano ampia soddisfazione della propria occupazione, e del proprio stile di vita, ricco di relazioni ed interessi.
Nel complesso sono stati contattati 205 giovani, di cui 7 sono femmine.

Età dei soggetti segnalati (al momento del colloquio)
Il tempo che passa dall'evento del fermo alla convocazione è piuttosto variabile, per i più passano almeno 12 mesi, fatto salvo il fatto che per i soggetti minori di età si tende ad effettuare solo alcuni mesi dopo.
Le percentuali di età più rappresentate sono quelle che vanno dai 24 ai 26 anni e quelle che vanno dai 18 ai 20 anni, per questi ultimi va considerato tuttavia che molti di loro hanno subito il fermo da minorenni.
La fascia dei minori di età convocati a colloquio (la procedura prevede la convocazione insieme al genitore), ha riguardato invece il 9 % del totale.

Tabella 3.1: Distribuzione in valori assoluti e percentuali dei soggetti segnalati per classi d'età. Anno 2008.

Età	N soggetti	%
15 - 17 anni	18	9
18 - 20 anni	53	26
21 - 23 anni	40	20
24 - 26 anni	54	26
27 - 29 anni	31	15
30 anni	1	0
Non rilevata	8	4
Totale	205	100

La sostanza di segnalazione

Tabella 3.2: Distribuzione delle sostanze di segnalazione per sesso. Anno 2008.

Sostanza sequestrata durante il fermo	Maschi	Femmine	Totale	%
Cocaina	60	4	**64**	31,2
THC	114	3	**117**	57,1
Ecstasy - MDMA	1	0	**1**	0,5
Più sostanze	23	0	**23**	11,2
Totale	**198**	**7**	**205**	**100**

Per quanto riguarda la sostanza di segnalazione si rileva una maggioranza di sequestri per hashish, precisamente 117 fermi (57,1%), molti dei quali reiterati, seguiti dalla cocaina, 64 (31,2%), e dai fermi con sequestro di più sostanze, 23 (11,2%), prevalentemente cocaina e hashish. È tuttavia da precisare che la sostanza di segnalazione spesso non è indicativa delle reali abitudini della persona: la stragrande maggioranza delle persone fermate per hashish afferma infatti di avere sperimentato altre sostanze stupefacenti illegali (più spesso cocaina) e di abusare di alcool in situazioni ricreative.
I dati qui esposti rappresentano il numero delle convocazioni effettuate e l'esito successivo al colloquio. Il campione selezionato ai fini della sperimentazione non è rappresentativo dell'intera popolazione minore di 26 anni che subisce il fermo da parte delle FFOO nel territorio della nostra ASL, infatti nella scelta dei fascicoli da convocare si è ritenuto opportuno dare priorità ai soggetti plurisegnalati o con fermi per cocaina, eroina o ecstasy, scelta che ha consentito di agganciare presso i CEP una quantità rilevante di giovani sconosciuti ai servizi e spesso già abusatori di sostanze. Un altro criterio di priorità è stata la minore età del soggetto, indipendentemente dalla sostanza di segnalazione.
Dei 205 soggetti convocati a colloquio presso le sedi CEP, solo 22 di essi non si sono presentati, come si evince dalla tabella seguente .

Tabella 3.3: Esito delle convocazioni a colloquio. Anni 2006, 2007 e 2008.

	Convocati	Non presentati	%	Presentati	%
2006	163	27	17	136	83
2007	54	11	20	43	80
2008	205	22	11	183	89
Totale	422	60	14,2	362	85,8

Di seguito vengono riportati gli esiti dei 183 colloqui effettuati.
I dati riportati di seguito si riferiscono alla proposta di invio a programma, che l'assistente sociale della ASL, formula ai soggetti convocati a nome della Prefettura. Pertanto tali dati non fanno riferimento all'esito (sanzionatorio o di formale invito) di competenza del Prefetto. In questo si evidenzia il delicato rapporto tra la funzione di sostegno e di controllo che questo particolare ambito di intervento prevede. La relazione scritta che esita dal colloquio delegato alla ASL dalla Prefettura, è uno strumento che consente al Prefetto, unitamente ad altri criteri che esulano dalle competenze dell'operatore ASL, di decidere sull'applicazione della sanzione amministrativa (sospensione di uno o più documenti per un periodo variabile) o il formale invito (lettera di ammonizione a non fare più uso di sostanze stupefacenti applicabile solo una tantum e per il primo fermo).
A tale proposito possiamo dire che, in base ai dati in nostro possesso, riguardo agli esiti dei provvedimenti prefettizi, la percentuale dei provvedimenti che si sono conclusi con un formale invito (con o senza invio a programma) è del 46%, a questi è da aggiungersi un 13% di soggetti fermati prima dell'entrata in vigore della nuova legge, i quali hanno avuto l'archiviazione del provvedimento essendosi sottoposti a programma educativo e un altro 1% di archiviazioni d'ufficio.
Invece la quota dei provvedimenti esitati in sanzione si aggira intorno al 39%. Considerato che la sanzione in base alla nuova legge viene revocata successivamente alla conclusione positiva del programma, è da aggiungere che sul totale delle persone sanzionate nel 2008 in base alla nuova legge quasi la metà 50% ha già ottenuto la revoca del provvedimento.
L'operatore ASL può, attraverso la valutazione tecnica e la dimensione relazionale che si crea all'interno del colloquio, fornire un quadro tecnico (sul bisogno del soggetto, sul grado di motivazione al cambiamento ed alla consapevolezza espressi) dichiarare che la persona ha necessità di un programma educativo o terapeutico

Tabella 3.4: Distribuzione percentuale dell'esito dei soggetti venuti a colloquio. Anni 2006, 2007 e 2008.

	Senza proposta di programma	%	Proposta di Programma	%	Rinviato ad altra Prefettura	%	Totale
2006	71	52	65	48	1	0	137
2007	31	72	11	26	1	2	43
2008	80	44	101	55	2	1	183
Totale	182	50,1	177	48,8	4	1,1	363

Le situazioni per le quali non è stato proposto un invio a programma, che ammontano al 44% dei soggetti, riguardano quasi esclusivamente ragazzi fermati per una singola segnalazione per hashish, per i quali non è stata rilevata una necessità in tal senso
L'invio a programma ha riguardato 101 soggetti (il 55% sul totale dei convocati), situazioni nelle quali vi è stato in prevalenza un sequestro di cocaina oppure segnalazioni plurime e comunque indipendentemente dal tipo di sostanza, casi nei quali si é rilevata la necessità di un sostegno sia cognitivo che relazionale utile alla sospensione completa del consumo di sostanze.
Il momento del colloquio, grazie alla rete ormai consolidata dei CEP del territorio, ha consentito anche l'invio a programma di situazioni che necessitavano di un supporto educativo o di un counseling. L'offerta sempre più specializzata ed

orientata al bisogno specifico che le realtà pubbliche e private, hanno in questi anni costruito in modo integrato, si è rivelata determinante nell'agganciare una tipologia di utenza che appare spesso per sua natura resistente al trattamento.
La tabella seguente mostra l'esito dei programmi attivati.

Tabella 3.5: Esiti dei programmi. Anni 2006, 2007 e 2008.

	Conclusi positivamente	%	In corso	%	Interrotti o conclusi negativamente	%	Totale inviati a programma
2006	49	75	5	8	11	17	65
2007	8	73	2	18	1	9	11
2008	61	60	17	17	23	23	101
Totale	118	66,7	24	13,5	35	19,8	177

Il 60% dei soggetti che hanno preso contatto con i servizi (sul totale degli invii a programma - 101 soggetti), ha concluso positivamente il percorso intrapreso.
Il 17% aveva il programma in corso al 31.12.2008, mentre il 23% ha interrotto o concluso negativamente il programma.
Complessivamente l'esito dei programmi per il 2008 si rivela positivo, infatti più della metà degli invii a programma hanno avuto esito positivo, dato che conferma il trend già in atto negli anni precedenti. E questo, malgrado il 2008 sia l'anno che vede a colloquio i soggetti sottoposti a nuova legge; si ritiene che la nuova normativa, che non prevede la sospensione della sanzione nel caso di programma ad esito positivo, possa essere un fattore che può determinare una minore adesione ai percorsi educativi proposti.
Il dato rilevante e che segna l'andamento positivo della sperimentazione è che vi è stato un aumento dei soggetti presentati a colloquio (l'89% contro l'83% del 2006), che sta a confermare che il sistema organizzativo deputato si sta sempre più attrezzando al contatto con i soggetti segnalati (il più delle volte la non presentazione a colloquio deriva da cambi di indirizzo o mancato ricevimento della convocazione).
In relazione al sistema trattamentale, anch'esso mostra una tenuta ed una capillarità sempre crescente, capace non solo di intercettare, ma soprattutto trattare e con modalità sempre nuove, una popolazione altrimenti imprendibile.
Si conferma pertanto che la valorizzazione della dimensione di aiuto e sostegno, anche in ambito coatto e di controllo, se attento ai reali bisogni del soggetto e svincolato dalla logica esclusivamente punitiva, consente a molti dei soggetti coinvolti nel consumo di sostanze, ad incontrare nel loro percorso di crescita e/o di maturazione degli ambiti dove poter dare lo spazio al pensiero e alla riflessione, al di là del mero consumo.
L'aggancio se pur spesso motivato dal timore della sanzione, spesso si trasforma. Questo grazie anche alla capacità degli operatori che compongono questa rete di trattamento.
Considerando che la motivazione iniziale dei ragazzi coinvolti è in genere abbastanza limitata, i risultati sopra illustrati appaiono assai soddisfacenti; essi sono indicativi dell'impegno compiuto dagli operatori nell'offrire una occasione di crescita in grado di superare le iniziali diffidenze dei ragazzi e di rispondere ad un bisogno presente, anche se non ancora percepito dal soggetto.
Anzi in questi ultimi due anni la maggiore presenza di segnalati con uso già problematico di sostanze ha reso necessario una maggiore durata dei relativi programmi, molti dei quali attuati in regime individuale.
E' stato inoltre rilevato come almeno una quindicina di soggetti che avevano effettuato un programma Prefettura in passato si sono spontaneamente

ripresentati alcuni anni dopo alle equipe che li avevano seguiti per essere aiutati ad affrontare problemi intervenuti successivamente e/una ricaduta nell'uso di sostanze. Ciò a nostro avviso costituisce un primo elemento di ritorno circa la possibilità che il Progetto Prefettura, consentendo alla persona di conoscere le potenzialità offerte dai Servizi e di sperimentare un rapporto positivo con gli operatori, possa favorire un aggancio precoce dei soggetti, riducendo il tempo di latenza fra l'inizio dell'uso di sostanze e la presa in carico.

3.3 PROGETTO RE-LIGO: OSSERVARE E COSTRUIRE

La sperimentazione in alcune scuole dei distretti di Legnano,Castano e Magenta (primarie e secondarie di 1° e 2°) fa riferimento al progetto interregionale Re-ligo: evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze. La costruzione di una rete locale è il punto centrale individuato nella prosecuzione del Progetto Re-ligo nell'ASL Milano 1 denominato "Re-ligo: osservare e costruire". Il progetto "Re-ligo: osservare e costruire" si pone l'obiettivo di formare tramite un processo integrato (ricerca/ azione) i "moltiplicatori dell'azione preventiva" cioè gli adulti con responsabilità educative e formative presenti nel contesto scuola. Si lavora sui moltiplicatori dell'azione preventiva. I "moltiplicatori" sono adulti con funzioni educative, che lavorano, quindi, a stretto contatto con il mondo giovanile. Si è voluto favorire in loro un coinvolgimento sul tema, che possa permettere una attivazione in prima persona per intraprendere azioni preventive con i ragazzi. I docenti così perseguono il proprio mandato sociale cioè sviluppare delle competenze in per gli aspetti connessi al ruolo di cittadini e contrastare anche i fenomeni di disagio giovanile. La sperimentazione- riprendendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - si pone come obiettivo l'implementazione di quelle competenze sociali e relazionali che permettono alla persona di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi agli altri e alla comunità (life skill).
A titolo esemplificativo vengono riportati le tipologie di Life skills:
Problem solving: (capacità di risolvere i problemi) indica la capacità di affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi quotidiani;
Decision making: (capacità di prendere decisioni) è una competenza che aiuta a prendere decisioni in modo consapevole e costruttivo, valutando le diverse scelte che si hanno a disposizione;
Pensiero critico: inteso come la capacità di riconoscere e valutare i diversi fattori che influenzano gli atteggiamenti e il comportamento, come ad es. le pressioni dei pari o l'influenza dei media;
Pensiero creativo: inteso come un efficace modo di affrontare in maniera flessibile le situazioni della vita quotidiana;
Comunicazione efficace: esprimere opinioni e desideri in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore, sia a livello verbale, sia a livello non verbale;
Empatia: riconoscere, discriminare e condividere le emozioni degli altri al fine di favorire la comprensione e l'accettazione anche di persone differenti per cultura, eticità e abitudini;
Autoconsapevolezza: aumentare la conoscenza di se stessi, individuando le proprie risorse e i propri limiti, i propri desideri e le proprie avversioni;
Gestione delle emozioni: riconoscere e regolare le proprie emozioni e gli stati di tensione;

Gestione dello stress: riconoscere le fonti di stress nella propria vita, riconoscere come influiscono su se stessi e agire in modo tale da ridurre il loro impatto;
Autoefficacia: convinzione di poter organizzare efficacemente una serie di azioni necessarie per fronteggiare nuove situazioni, prove e sfide.
La prospettiva delle Life Skills, quindi, si basa su un approccio di tipo olistico e su modelli didattici attivi e partecipativi, che hanno dimostrato di essere efficaci sia dal punto di vista della qualità dei risultati sia per avere una ricaduta ottimale in termini di costi/benefici, in cui trova ampio risalto la promozione di abilità di base, che vengono affrontate alla luce dei principali approcci psico-sociali e psico-pedagogici. Il progetto "Re-ligo: osservare e costruire" prevede una riorganizzazione del sistema di offerta nel settore preventivo, valorizzando maggiormente lo sviluppo di progetti integrati, centrati sui bisogni della scuola e non necessariamente sulle sole attività tradizionali dei Servizi. La novità rappresentata dal progetto per quanto riguarda l'ASL è stata quella di presentare nelle scuole, equipe di lavoro integrate fra vari servizi: dipartimento delle dipendenze, consultori, dipartimento di prevenzione.
Le equipe che hanno operato alla co-costruzione del progetto nella singola scuola sono state quattro: ogni equipe formata dalle diverse figure professionali operante nei vari servizi. I punti qualificanti di questo processo possono essere così individuati: esigenza di pensare e condividere la progettazione secondo criteri di Evidence Based Prevention, forte coinvolgimento e stretta integrazione tra la componente Sanitaria e quella Sociale, massimo coinvolgimento delle agenzie educative nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi, ridefinizione delle azioni verso l'utente riorientando gli interventi, in particolare valorizzando il ruolo dei genitori e degli insegnanti tradizionalmente impegnati nel ruolo di educatori.

3.4 PROGETTO "SALUTE E LAVORO"

La tematica del consumo di sostanze psicoattive legali e illegali nel mondo del lavoro ha progressivamente suscitato l'attenzione degli operatori dei settori istituzionali, scientifici e sindacali e non solo quelli delle tossicodipendenze. Essa va ben oltre la semplice osservazione che è sempre più numeroso il gruppo di abusatori in grado di conservare il proprio posto di lavoro in ragione del fatto che i nuovi consumatori, come evidenziato dagli operatori dei SerT e NOA, hanno superato il legame classico tra droga e disagio individuale, sostituito da una ricerca di divertimento, trasgressione e rischio.
Nel passato la legislazione (vedi il DPR 309/90) si limitava ad una tutela "ex post" del lavoratore che assumeva sostanze psicoattive, garantendogli di mantenere il posto di lavoro in caso di inserimento in Comunità Terapeutica. Non vi era, di concerto, un sistema coordinato di monitoraggio che potesse esprimere dei dati precisi sull'impatto che l'uso di sostanze aveva nei luoghi di lavoro e, quindi, anche i programmi di prevenzione ad hoc erano limitati e circoscritti.
Oggi, invece, si possono reperire numerose evidenze tecnico-scientifiche che, a partire dal riconoscimento e dall'approfondimento dell'ampio tema dello stress-disagio psicofisico nell'ambiente di lavoro (direttiva CE 83/391 del 1989 contenente le clausole fondamentali per la salute e sicurezza sul lavoro compresa la prevenzione degli effetti provocati dallo stress), affrontano anche, sia come effetto o complicanza dello "stress" sia come "patologia" autonoma, l'uso di sostanze psicoattive legali o illegali, sollecitando un approccio ex ante, ovvero di tipo preventivo.

Molto recentemente, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha ratificato l'intesa per prevedere controlli periodici in merito all'eventuale uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, a garanzia della salute e della sicurezza dei lavoratori con mansioni che possono comportare rischi per sé o per i cittadini.
A partire da queste premesse, il Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 1 ha promosso la partecipazione di operatori del pubblico e del privato sociale, in particolare la Cooperativa CS&L, che agiscono sul territorio alla condivisione di un "percorso" di programmazione e definizione di un progetto che abbia, quale obiettivo principale, quello di migliorare il benessere e la salute dei lavoratori, istituendo così il tavolo "Salute e Lavoro"
Il Dipartimento Dipendenze, in collaborazione con la Coop.CS&L e con il tavolo di coordinamento "Salute e Lavoro", ha svolto una sperimentazione per rilevare sia il fenomeno dell'uso e abuso di sostanze nei luoghi di lavoro sia le implicazioni che tale fenomeno può avere per la salute dei lavoratori delle aziende e per i cittadini del territorio.
Gli obiettivi del progetto sono stati:

1. approfondire tramite l'utilizzo di diversi strumenti di indagine la rilevanza e le caratteristiche del problema all'interno delle aziende con attenzione al rapporto tra disagio prodotto dalle condizioni lavorative e l'uso/abuso di sostanze;
2. attivare dei percorsi orientativi ed informativi rivolti ad alcune figure chiave all'interno delle aziende affinché sia possibile sviluppare le capacità di gestione del problema;
3. sperimentare alcuni interventi individualizzati o rivolti a gruppi di lavoratori con lo scopo di gestire alcune situazioni di particolare disagio.

Le attività sono state le seguenti:

1) indagine conoscitiva
2) organizzazione di percorsi orientativi e informativi
3) valutazione dell'indagine e dell'intervento nelle aziende

Sono state coinvolte 7 realtà, consegnati 500 questionari (il 60% dei quali utilizzabili per elaborare i dati), e sono state realizzate 23 interviste.
In ciascuna realtà coinvolta è stato realizzato un intervento di sensibilizzazione sul tema della salute e di prevenzione sull' uso e abuso di sostanze psicoattive e sono state gettate le basi per future collaborazioni.
Per i risultati dell'indagine si rimanda al report di indagine "Salute e Lavoro".

4. I CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE

4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT

4.1.1 Profilo sintetico degli utilizzatori delle diverse sostanze

4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA

4.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche

4.4 Utenti segnalati dalle Prefetture

4.5 Soggetti presi in carico a seguito della segnalazione della Commissione Medico Locale Patenti

4.5.1 La guida in stato di ebbrezza

4.6 Utenza in carcere o con problemi giudiziari

4.7 Consumo problematico di sostanze psicoattive

4.7.1 Gli utilizzatori problematici
4.7.2 Gli utilizzatori problematici di oppiacei
4.7.3 Gli utilizzatori problematici di cocaina
4.7.4 Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

4.8 Trend 2005-2008 delle stime del numero di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, stimolanti e alcol

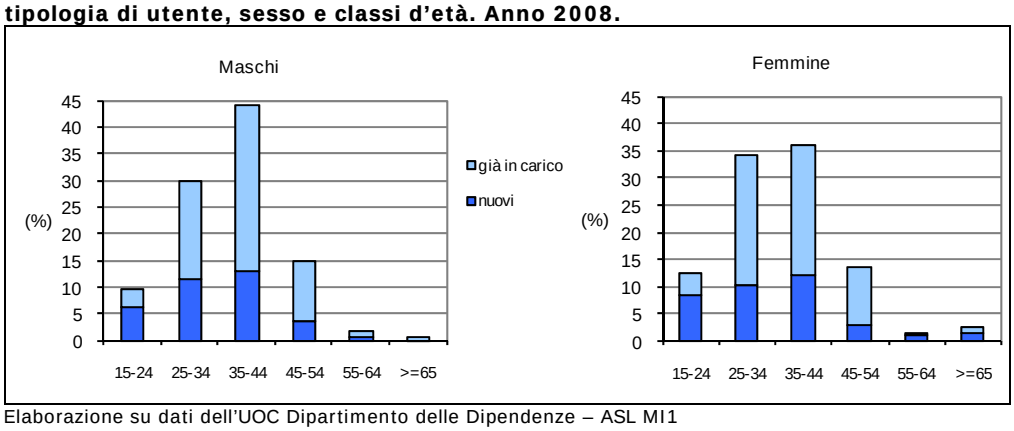
4.9 Mappatura territoriale dell'utenza

4.9.1 Consumatori di oppiacei
4.9.2 Consumatori di stimolanti
4.9.3 Consumatori di cannabinoidi

4.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT

Dal 2007 al 2008 non si rilevano sostanziali differenze per quanto riguarda la numerosità dell'utenza afferente ai Servizi Territoriali dell'ASL Milano 1. Si è difatti passati da 1.987 soggetti in carico nel 2007 a 1.915 soggetti nel 2008.
Questa quota comprende l'utenza temporaneamente in trattamento presso i servizi dell'ASL Milano 1, ma in carico presso altro SerT (utenti appoggiati) che per il 2007 è pari al 19% dell'utenza totale rispetto al 10% del 2008.
Nell'anno 2008 il 27% degli utenti risulta trattato presso il SerT di Limbiate, il 24% è costituito dagli utenti del SerT di Parabiago, il 18,5% è in carico presso il SerT di Magenta, il 17% nel SerT di Rho e l'altro 13,5% è relativo al SerT di Corsico. La distribuzione degli utenti per SerT è molto simile a quella osservata nell'anno 2007, dove il servizio di Limbiate guadagna 2 punti percentuali (29%) a scapito del SerT di Parabiago (22%).
L'utenza in carico di nazionalità straniera è pari all'1%.
La distribuzione per sesso e per tipologia mostra una prevalenza di soggetti di sesso maschile (87%) e di utenti che proseguono un trattamento avviato da anni precedenti (71%). Rispetto all'anno 2007 la percentuale della nuova utenza è risultata in incremento, mentre si è abbassata la percentuale degli utenti già seguiti in precedenza. La nuova utenza si è, infatti, attestata sul 29% in rapporto a 25% del 2007 e al 21% del dato nazionale.
L'età media dei soggetti in trattamento è pari a 36 anni, senza differenze tra i generi. Distinguendo tra soggetti che hanno effettuato la prima domanda di trattamento nell'anno e quelli già in carico, risulta che i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto ai conosciuti (34 anni contro 38 anni).
Disaggregando l'utenza per sesso e fasce d'età si osserva una distribuzione per classe di età diversa tra i due sessi.
Sia tra i maschi che tra le femmine la classe modale è quella compresa tra i 35 ed i 44 anni (44% dei soggetti maschi e 36% delle femmine) e una consistente quota di utenti si concentra anche nella classe precedente (il 30% dei maschi e il 34% delle femmine). Il 10% dei maschi e il 13% delle femmine ha un'età inferiore ai 24 anni; pari al 15% ed al 14% sono le quote di maschi e di femmine d'età compresa tra i 45 e i 54 anni, mentre solo una minoranza degli utenti ha un'età pari o superiore ai 55 anni (2% per i maschi e 4% per le femmine).

Grafico 4.1: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i SerT della ASL MI1 per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2008.

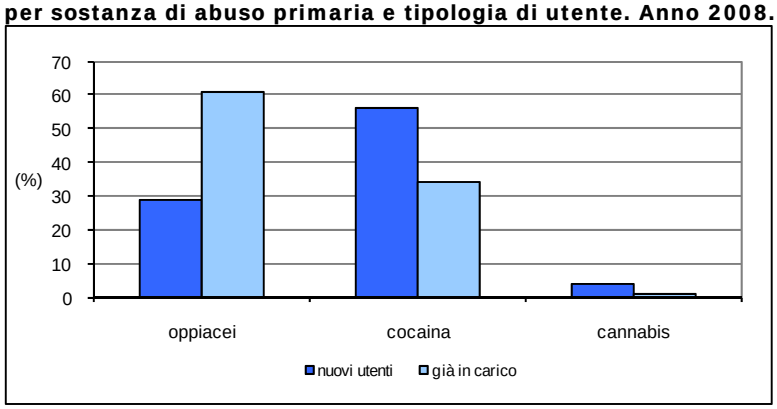


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 50% dei soggetti in carico utilizza oppiacei quale sostanza d'abuso primaria, il 42% fa uso di cocaina, il 2% utilizza cannabinoidi e il 6% dei soggetti è

rappresentato da utenti con altre dipendenze (4%) e da alcoldipendenti (2%) che sono seguiti per il concomitante uso di altre sostanze.
Rispetto all'anno precedente tali percentuali sono confermate, ad eccezione di un aumento di tre punti sui cocainomani a svantaggio dei consumatori di cannabis.
Distinguendo per presenza all'interno del servizio, si evince tra i casi incidenti una quota minore di utilizzatori di oppiacei (29% contro il 61% dei soggetti già noti), mentre maggiore è la quota degli utilizzatori di cocaina (56% contro 34%) e quella dei soggetti che abusano di cannabinoidi (4% contro 1%).

Grafico 4.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL MI1 per sostanza di abuso primaria e tipologia di utente. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Disaggregando per genere si osserva che la percentuale di soggetti che fanno uso di oppiacei è maggiore tra le donne (63% contro il 48% degli uomini); mentre sono minori le percentuali di utilizzatori di cocaina (27% contro il 44% dei maschi) e uguali quelle di cannabis (2% per entrambi).
L'analisi della modalità di assunzione della sostanza primaria evidenzia che il 37% degli utenti in carico la assume per via iniettiva, il 20% la fuma o la inala e il 39% la sniffa.
Distinguendo tra soggetti già in carico presso i servizi e "nuovi", è evidente che l'assunzione per via endovenosa risulta maggiormente diffusa tra gli utenti già conosciuti (46% contro 19% dei nuovi ingressi); mentre i soggetti incidenti sniffano la sostanza nel 52% dei casi e il 23% la fuma, contro rispettivamente il 32% e il 19% dei soggetti già in carico.
Disaggregando il dato per sostanza primaria, risulta che il 71% di chi abusa di oppiacei ne fa un uso endovenoso; stessa modalità di assunzione si rileva anche per il 2% di chi fa uso di cocaina.
Dai risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica, considerando solamente i consumatori di oppiacei, si osserva che esiste un'associazione positiva tra l'utilizzo della sostanza per via parenterale e aver iniziato ad utilizzare la sostanza primaria prima dei 20 anni e avere più di 35 anni.

Tabella 4.1: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei presso i SerT. Anno 2008.

	Odds ratio (IC 95%)
maschi v. femmine	0,695 (0,432-1,117)
già in carico v. nuovi utenti	0,950 (0,605-1,491)
età >=35 anni v. età < 35 anni	4,646 (3,209-6,727)*
età primo uso < 20 anni v. età primo uso >= 20 anni	2,314 (1,633-3,280)*

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Da rilevare che negli ultimi 2 anni si è verificato un aumento percentuale di 10 punti per i soggetti eroinomani che sniffano o fumano eroina. Tale tendenza, già preannunciata dagli studi di settore, mostra come le nuove forme del consumo si siano sempre più adattate alle esigenze delle nuove generazioni, inducendo anche una ridotta percezione soggettiva dell'effettiva portata dell'addiction, con una sottovalutazione del comportamento d'abuso.
Il 61% dell'utenza fa uso di più sostanze, ed il 17% utilizza tre sostanze. Il fenomeno si presenta molto diverso tra i soggetti già in carico, tra i quali il 67% utilizza più sostanze, e tra i nuovi utenti, che fanno ricorso al poliabuso è nel 53% dei casi (Tabella 4.2).

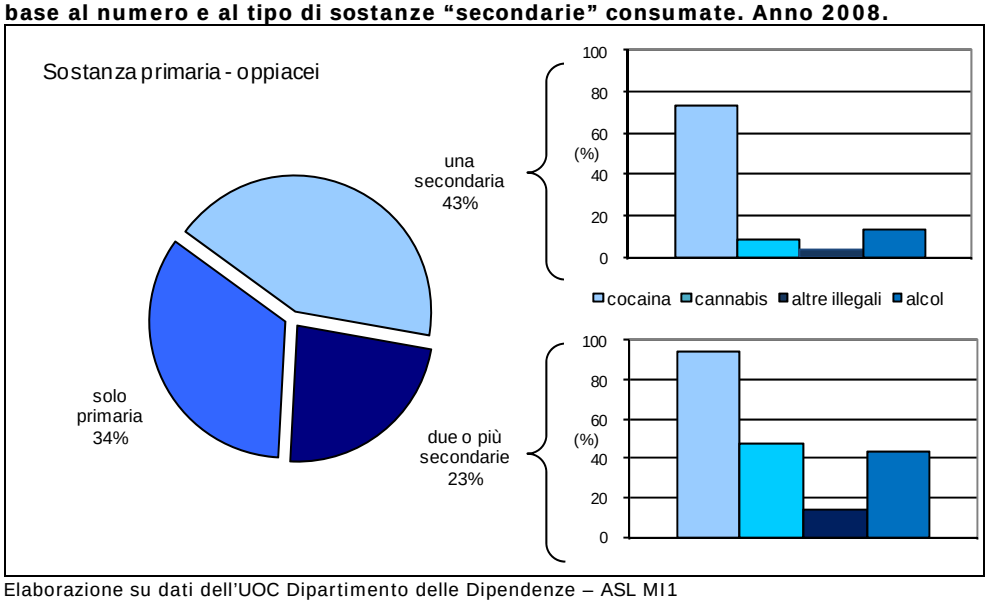
Tabella 4.2: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico nei SerT per numero di sostanze consumate e tipologia di utenti. Anno 2008.

		Utenti già in carico	Nuovi utenti
Utilizzatori di una sola sostanza		32,0%	52,4%
Utilizzatori di più sostanze	due sostanze	47,4%	36,7%
	tre o più sostanze	20,6%	10,9%
	totale	68,0%	47,6%

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

L'analisi del numero e del tipo di sostanze "secondarie" consumate secondo la distinzione per tipologia di sostanza "primaria" può fornire un contributo nello studio delle principali associazioni che caratterizzano il poliabuso.
Nel Grafico 4.3 è possibile osservare che gli utenti in trattamento per uso di oppiacei ricorrono all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 66% dei casi. Se si distinguono i poliassuntori tra coloro che, oltre alla primaria, assumono un'unica sostanza "secondaria" e quelli che ne assumono due o più, è possibile osservare che tra i soggetti in trattamento per disturbi correlati all'uso di oppiacei si trovano, come sostanze di associazione preferite, la cocaina (74% nel primo gruppo e 94% nel secondo gruppo) e le bevande alcoliche (13% ed 43%, rispettivamente).

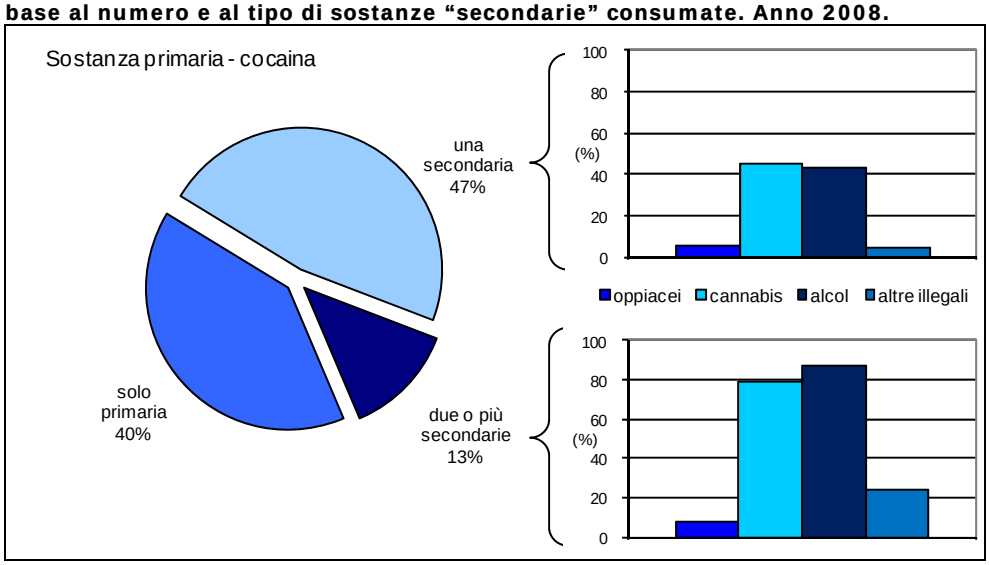
Grafico 4.3: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Si osserva che il 60% dei soggetti cocainomani sono utilizzatori di più di una sostanza e che i poliabusatori prediligono come sostanza concomitante prevalentemente la cannabis (utilizzata dal 45% dei consumatori di una sola secondaria e dal 79% dei consumatori di più sostanze secondarie) e le bevande alcoliche (nel 43% dei soggetti con una sola secondaria e dall'87% dei consumatori di più sostanze secondarie) (Grafico 4.4).
Il poliabuso di sostanze psicoattive rappresenta una significativa evoluzione nella storia di addiction di una persona. Raramente si presenta agli esordi della sua esperienza, bensì, quasi sempre, è frutto di una successiva ricerca e sperimentazione di novità, oppure, come spesso accade, l'utilizzo contemporaneo di più sostanze psicotrope acquista significati e modalità autoterapeutiche. Una sostanza serve per tamponare, antagonizzare, l'eccessiva azione di un'altra, o serve a compensarne la mancanza. Un esempio per tutti, il rapporto sinergico tra cocaina ed alcol. Queste sono alcune delle motivazioni per cui il policonsumo è più frequente nei vecchi utenti che in quelli nuovi.
Un'altra considerazione va fatta a proposito della recrudescenza, da anni attesa, dell'eroina ed ora probabilmente in atto. La mancata percezione del rischio di questa addiction è da imputare ad un calo dell'attenzione sanitaria, sociale e culturale rispetto a questo specifico fenomeno. Quindi ad una sorta di "amnesia" rispetto ai molteplici e complessi danni indotti dalla dipendenza da eroina e, contemporaneamente, alla presenza sul mercato di una sostanza oppiacea, definita dai consumatori, di scarsa qualità e dagli effetti poco "potenti", incapace quindi di generare in questa prima fase una situazione di allarme sociale.

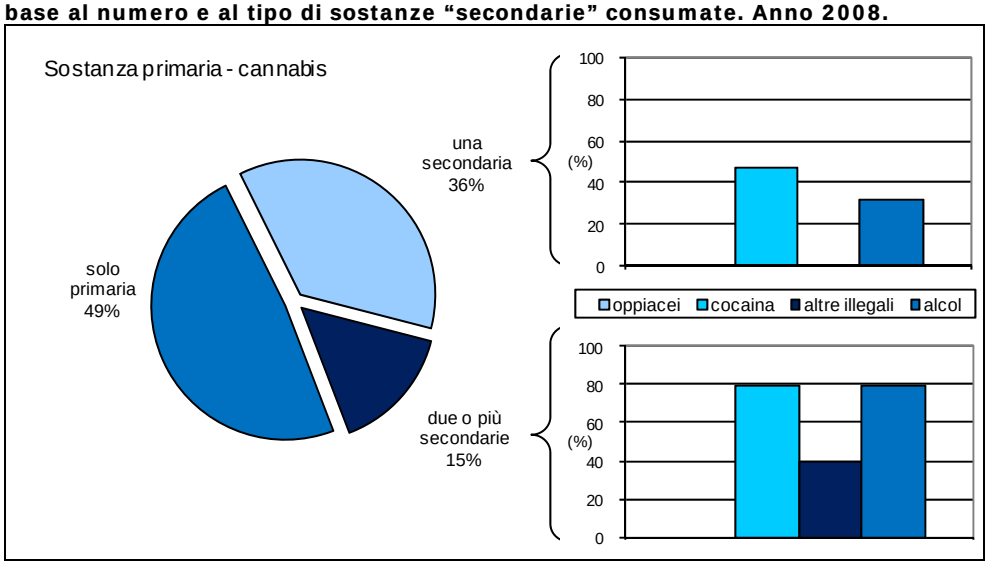
Grafico 4.4: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cocaina in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

I soggetti che hanno richiesto un trattamento per uso di cannabis sono per la metà utilizzatori di una sola sostanza (49%). La cocaina pare essere la sostanza maggiormente associata sia per coloro che utilizzano solo un'altra sostanza, nel qual caso il 47% ha cocaina associata, che tra i poliassuntori di 3 o più sostanze psicoattive (80%).

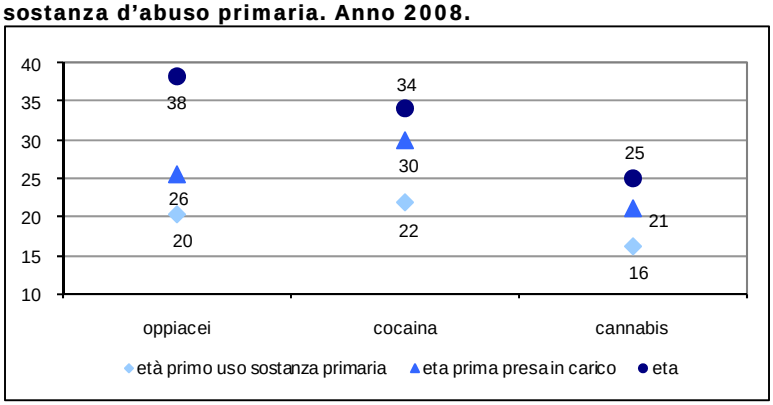
Grafico 4.5: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cannabis in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Di seguito vengono analizzati i valori medi dell'età di prima presa in carico, dell'età di primo uso della sostanza primaria e l'età media attuale dei soggetti, distinti per tipologia di sostanza d'abuso primario.
Per quanto riguarda l'età media attuale emerge che i soggetti più anziani (38 anni) sono i consumatori di oppiacei seguiti dai cocainomani (34 anni); più giovani sono gli utilizzatori di cannabinoidi per i quali l'età media risulta pari a 25 anni.
Relativamente all'età di prima presa in carico, sono gli utilizzatori di cannabis (21 anni) coloro che entrano per primi nei servizi, seguono i consumatori di oppiacei (26 anni) e gli assuntori di cocaina (30 anni).
Si attesta inoltre che i soggetti in trattamento per uso di cannabis sono coloro che mediamente hanno cominciato prima ad utilizzare la sostanza per la quale risultano in trattamento (16 anni), seguono gli utilizzatori di oppiacei (che hanno iniziato in media a 20 anni) ed infine i cocainomani (22 anni).

Grafico 4.6: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico presso i SerT, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2008.

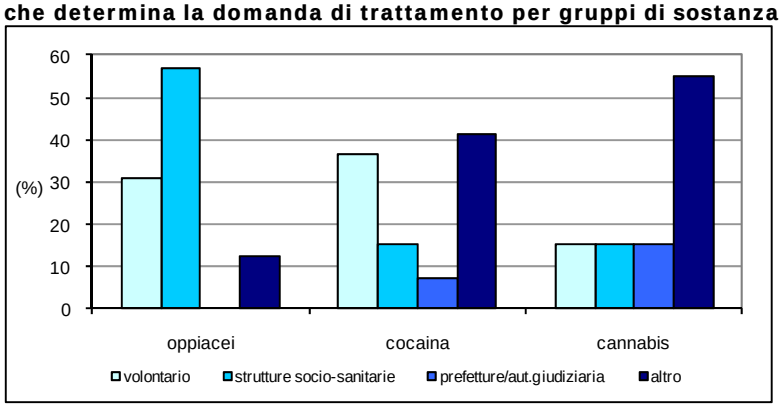


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Prendendo in considerazione il canale di invio si rileva che la maggior parte degli utenti sono giunti volontariamente ai servizi (55%), il 5% è stato inviato dalle

autorità, il 14% è giunto attraverso strutture socio sanitarie ed il 26% tramite altri canali che per il 10% sono familiari o amici.
Relativamente alla modalità di arrivo ai servizi e con riferimento al collettivo dei nuovi utenti, emerge che il 6% risulta inviato dalle autorità, la scelta volontaria di sottoporsi a trattamento riguarda il 34% di questi utenti, il 27% si trova in trattamento per l'invio da parte di strutture socio-sanitarie e il 33% vi è giunto attraverso altri canali.
La modalità di accesso al servizio risulta sensibilmente diversa in relazione alla sostanza di abuso primaria utilizzata: tra gli utilizzatori di oppiacei la scelta individuale di sottoporsi al trattamento si rileva nel 31% dei casi, il 12% di questi utenti risulta inviato attraverso altri canali e il 57% dalle strutture socio sanitarie. Tra gli utilizzatori di cocaina il 7% ha subito un invio da parte delle autorità, il 36% degli utenti è giunto al servizio spontaneamente e il 15% risulta invece inviato dalle strutture socio sanitarie. Diversa è la modalità d'arrivo ai servizi per coloro che assumono cannabinoidi: il 15% vi giunge per l'invio da parte delle autorità, il 15% è in trattamento per scelta volontaria e il 15% risulta inviato da strutture socio sanitarie, ben il 55% di questi utenti risulta inviato attraverso altri canali.

Grafico 4.7: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti in carico secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza primaria. Anno 2008.

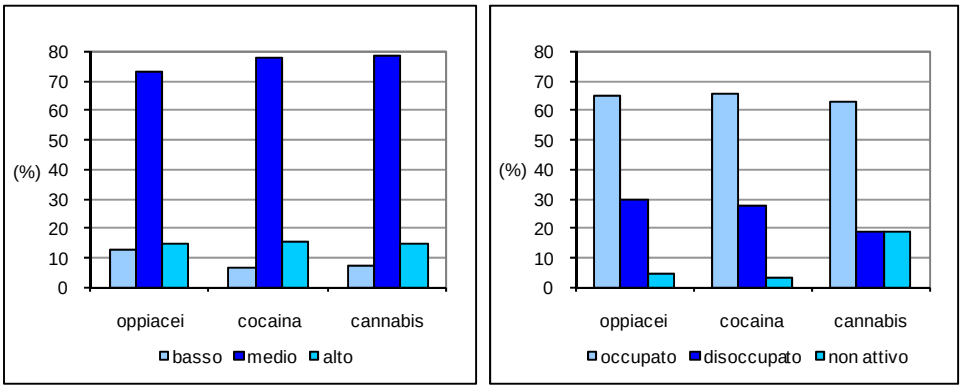


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza si evidenziano profili differenti a seconda delle diverse sostanze utilizzate.
Per quanto riguarda il livello di istruzione la distribuzione risulta uguale a quella osservata nel 2007, la maggior parte degli utenti in trattamento dichiara un livello di scolarità medio (75%), il 9% ha ottenuto al massimo la licenza elementare e il 16% ha un elevato grado di istruzione (quota inferiore a quella nazionale, pari al 27%).
Dalla distribuzione dell'utenza per scolarità e sostanza d'abuso primaria si evince che ha il titolo di istruzione medio il 73% degli assuntori di oppiacei, il 78% dei soggetti in carico per abuso di cocaina ed il 79% di coloro che abusano di cannabinoidi. Risulta omogenea la quota di soggetti che dichiarano un titolo di studio elevato (circa 14%). Tra gli utilizzatori di oppiacei si osserva la percentuale più elevata di soggetti che dichiarano di aver ottenuto al massimo la licenza elementare (13%), tale dato risulta invece pari al 6% tra gli assuntori di cocaina e al 7% tra i soggetti che fanno uso di cannabis.
Relativamente alla condizione occupazionale, risulta occupato il 65% degli utenti in carico, il 27% è disoccupato (quota inferiore a quella del 2007, pari al 34%),

mentre il 6% dichiara di non essere attivo dal punto di vista lavorativo e il 2% di trovarsi in una situazione diversa dalle precedenti.
Dalla disaggregazione per sostanza primaria emerge che è occupato il 64% dei soggetti in trattamento per abuso di oppiacei, il 63% degli assuntori di cannabinoidi ed il 66% di chi abusa di cocaina. La quota maggiore di soggetti disoccupati si rileva tra gli utilizzatori di oppiacei, il 30%, contro il 27% dei cocainomani e il 18% degli utilizzatori di cannabis. I soggetti non attivi rappresentano il 4% degli utilizzatori di oppiacei e sono pari al 3% tra gli utenti cocainomani; la quota di questo sottogruppo è più elevata tra gli utilizzatori di cannabinoidi (18%) a causa della presenza di studenti.

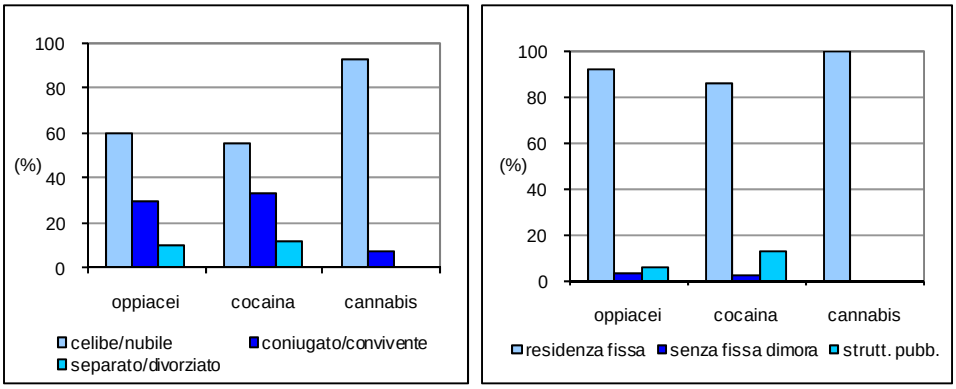
Grafico 4.8: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Rispetto allo stato civile, il 58% dei soggetti dichiara di essere celibe/nubile, il 31% dell'utenza afferma di essere coniugato o convivente e il 10% di essere separato o divorziato; mentre solamente l'1% dei soggetti è vedovo. Dalla disaggregazione per sostanza d'abuso primaria si osserva tra gli assuntori di cannabinoidi una percentuale più elevata di soggetti celibi/nubili (93%).
Per quanto riguarda il luogo di abitazione, si rileva che il 90% dei soggetti in carico dichiara di avere dimora stabile, l'8% risiede in una struttura pubblica ed il 2% dichiara di non possedere dimora fissa. Distinguendo per sostanza d'abuso primaria, si osserva solo una percentuale più elevata di soggetti che risiedono in strutture pubbliche tra gli utenti cocainomani (12%).

Grafico 4.9: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base allo stato sociale (grafico a sinistra) alla condizione abitativa (dove – grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Profilo sintetico degli utilizzatori delle diverse sostanze

I risultati dell'adattamento di modelli di regressione logistica[1] (uno per ciascuna sostanza) ci permettono di tracciare un profilo sintetico degli utilizzatori delle diverse sostanze in carico presso i servizi della ASL Milano 1.

L'utilizzo di oppiacei è associato positivamente al fatto di essere soggetti già noti ai servizi e che hanno scelto volontariamente di sottoporsi a trattamento. Inoltre sono utenti poliassuntori piuttosto che utilizzatori della sola sostanza primaria; rispetto alle caratteristiche socio-demografiche, emerge che si tratta di soggetti che hanno un livello di scolarità basso piuttosto che alto. Interessante sottolineare l'associazione riscontrata relativamente al sesso, dalla quale emerge come sia maggiore tra i pazienti di sesso femminile la presenza di oppiacei come sostanza di abuso primario.

Gli utilizzatori di cocaina sono tipicamente soggetti incidenti di sesso maschile, giunti ai servizi tramite strutture socio sanitarie, invio da parte delle autorità o attraverso altri canali piuttosto che per scelta volontaria e sono soggetti occupati anziché economicamente non attivi.

Tabella 4.3: Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso delle diverse sostanze ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2008.

	Odds ratio (IC 95%)	
	oppiacei	**cocaina**
femmine vs. maschi	2,527 (1,630-3,918)*	0,427 (0,276-0,661)*
già in carico vs. nuovi utenti	5,497 (3,883-7,781)*	0,349 (0,258-0,473)*
livello scolarità basso vs. alto	2,139 (1,193-3,835)*	0,691 (0,392-1,220)
livello scolarità medio vs. alto	1,099 (0,755-1,599)	1,189 (0,825-1,714)
disoccupati vs. occupati	1,180 (0,864-1,610)	0,866 (0,642-1,168)
economicamente non attivi vs. occupati	0,662 (0,339-1,294)	0,399 (0,197-0,808)*
altro v. occupati	0,679 (0,253-1,826)	1,493 (0,616-3,615)
poliassuntore vs. non poliassuntore	1,623 (1,218-2,162)*	0,957 (0,726-1,261)
inviato da strutt. socio sanitarie vs. volontario	0,553 (0,341-0,896)*	1,658 (1,047-2,624)*
inviato dalle autorità vs. volontario	0,075 (0,030-0,190)*	5,753 (2,923-11,324)*
invio per altri canali vs. volontario	0,162 (0,115-0,229)*	5,188 (3,787-7,107)*

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

* valori significativi ($p<0,05$).

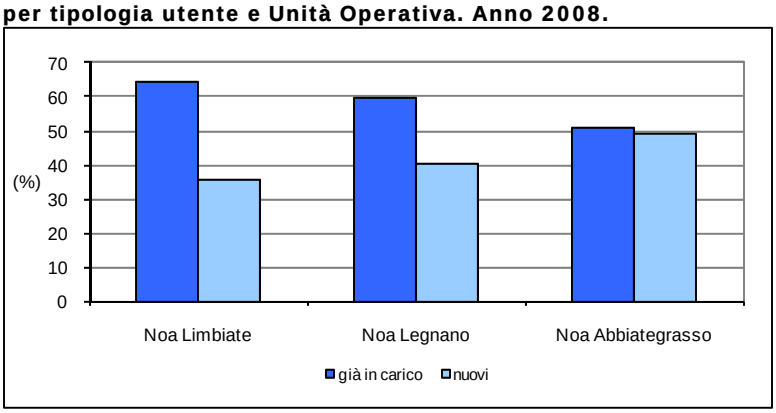
4.2 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I NOA

Nel corso dell'anno 2008 presso il Servizio di Alcologia dell'ASL Milano 1 sono risultati in carico 994 soggetti, dei quali: 312 (31%) in trattamento presso la sede di Legnano, 403 presso la sede di Limbiate (41%) e 279 in carico al NOA di Abbiategrasso (28%). L'utenza è aumentata rispetto l'anno precedente, durante il quale sono risultati in carico 381 soggetti presso la sede di Limbiate, 271 nel NOA di Legnano e 278 ad Abbiategrasso.

[1] Il modello di regressione logistica permette di stimare gli *odds ratio* ed i rispettivi intervalli di confidenza rispetto ad ognuna delle caratteristiche della popolazione; in questo caso l'odds ratio indica quanto tale caratteristica sia associata al comportamento in studio. Laddove l'odds ratio assuma un valore superiore ad 1 sarà possibile affermare che la caratteristica in esame (rispetto ad un carattere considerato come riferimento) risulta associata in maniera positiva col comportamento in studio e viceversa se l'odds ratio risulta negativo. Gli odds ratio statisticamente significativi sono contrassegnati da un asterisco.

Dei pazienti trattati il 79% dei soggetti in carico è di sesso maschile, il 41% dell'utenza ha effettuato per la prima volta la domanda di cura, mentre i restanti 59% sono soggetti già noti che hanno proseguito un trattamento già attivato in anni precedenti o che sono rientrati in trattamento dopo la sospensione o la dimissione da trattamenti pregressi.

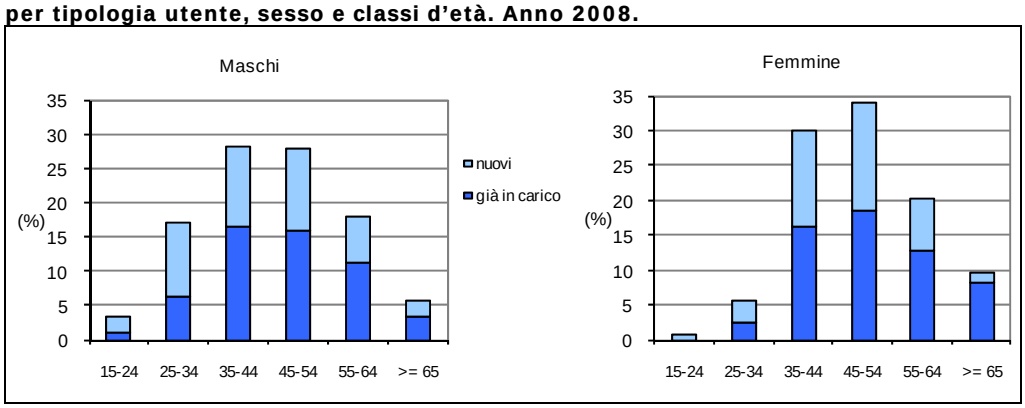
Grafico 4.10: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per tipologia utente e Unità Operativa. Anno 2008.



Elaborazione su dati questionari regionali–ASL MI1.

L'età media dell'utenza è pari a 46 anni, nello specifico 45 anni per il sesso maschile, 49 anni per il sesso femminile. Se si distingue tra soggetti di sesso maschile che transitano per la prima volta nei servizi e soggetti già noti, si rileva una differenza di quattro anni relativamente all'età media che risulta 44 anni per i nuovi e 48 anni per i già noto.
La distribuzione dell'utenza per sesso e classe di età evidenzia una maggiore presenza di maschi nelle classi di età comprese tra i 15 e i 34 anni, 20% dei maschi contro il 6% delle femmine; mentre le femmine presentano quote più elevate tra l'utenza con età superiore ai 54 anni, 30% contro il 23% dei maschi.
In entrambi i sessi comunque la maggior parte degli utenti si concentra nelle fasce di età centrali, tra i 35 e i 54 anni: 56% dei maschi e 64% delle femmine.
Tra i nuovi utenti la distribuzione dell'utenza secondo le classi d'età, evidenzia un valore modale nella classe 45-54 anni sia per le femmine che per i maschi. Differenze più marcate tra i sessi si evidenziano tra gli utenti di età inferiore ai 35 anni: tra la nuova utenza femminile tale quota raggiunge il 4% contro il 13% rilevata nel collettivo maschile corrispondente.
Tra gli utenti già in carico, disaggregati per sesso, la distribuzione evidenzia un valore modale nella classe 45-54 anni per le femmine e 35-44 anni per i maschi. Come per i nuovi utenti, elemento discordante tra i sessi si evidenzia tra gli utenti più giovani, in quanto la percentuale di giovani utenti femmine già conosciute ai servizi e con meno di 35 anni di età risulta pari al 2% contro il 7% dei corrispondenti coetanei maschi.
Pertanto si può evidenziare che si sta allargando la fascia di età dei più giovani tra gli utenti nuovi.

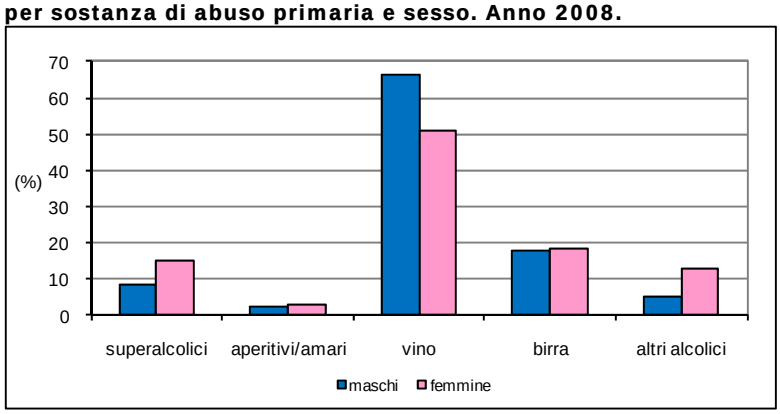
Grafico 4.11: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i NOA della ASL MI1 per tipologia utente, sesso e classi d'età. Anno 2008.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI1

In relazione alla sostanza di abuso primaria dichiarata all'ingresso al servizio, si evidenzia che il 62% degli utenti è in carico per abuso/dipendenza di vino, il 18% per abuso/dipendenza di birra, il 10% di superalcolici e il 2% per abuso di aperitivi o amari, il 7% dell'utenza alcoldipendente dichiara di consumare altri alcolici.
Osservando il Grafico 4.12 si evince che la bevanda alcolica d'abuso prevalente è per entrambi i sessi il vino (66% nei maschi, 51% nelle femmine) seguita dalla birra (18% nei maschi, 19% nelle femmine). L'abuso prevalente di altri alcolici si rileva nel 5% degli uomini e nel 13% delle donne e l'utilizzo di superalcolici è maggiore, in percentuale, tra le donne (15% contro il 9% dei maschi).

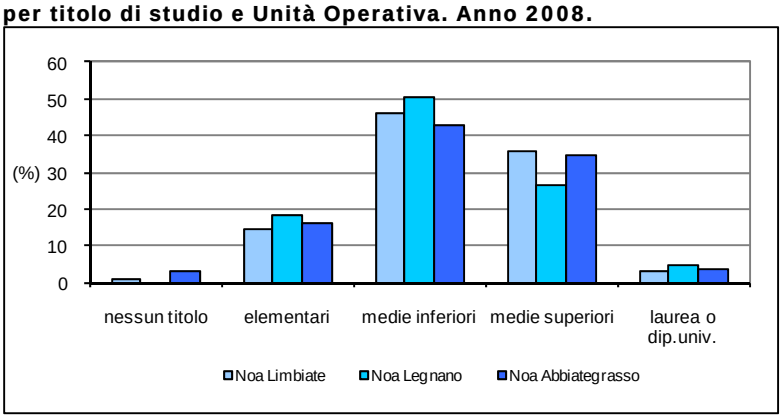
Grafico 4.12: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per sostanza di abuso primaria e sesso. Anno 2008.



Elaborazione su dati questionari regionali (escluso il NOA di Limbiate) – ASL MI1

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza afferente ai Servizi di Alcologia dell'ASL Milano 1, poco meno della metà degli utenti in carico (46,5%) dichiara di avere la licenza media inferiore, il 32% la licenza media superiore (dato superiore rispetto al 26% osservato nel 2007), il 16% la licenza elementare e solamente il 4% la laurea o un diploma universitario.
Nel NOA di Limbiate si osserva un livello di istruzione più elevato rispetto all'utenza degli altri due NOA, in quanto si notano quote meno elevate di soggetti in possesso della licenza elementare e percentuali più alte per l'utenza che possiede almeno il diploma.

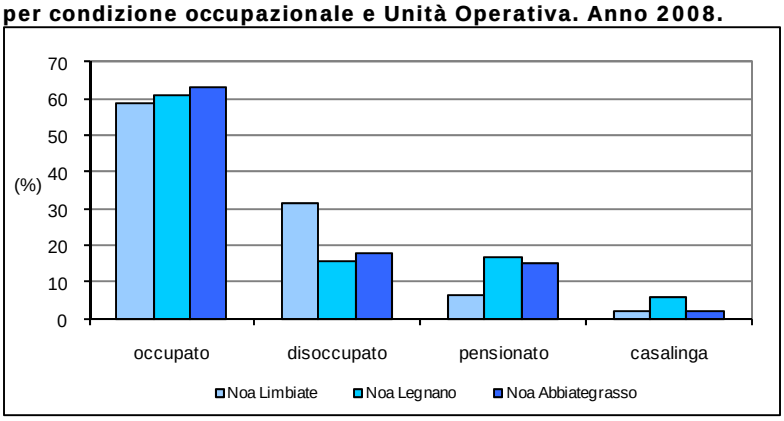
Grafico 4.13: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per titolo di studio e Unità Operativa. Anno 2008.



Elaborazione su dati questionari regionali–ASL MI1

Per quanto riguarda la condizione occupazionale, la maggior parte dell'utenza risulta occupata (61%), il 23% risulta disoccupato, il 12% dei soggetti sono pensionati (dato inferiore rispetto al 16% osservato nel 2007) ed il 3% sono casalinghe. Percentuali più basse si rilevano per gli studenti (1%).
Il NOA di Limbiate si distingue per la percentuale più elevata di soggetti disoccupati (31%) e la quota più bassa di pensionati (6%); mentre le casalinghe e i pensionati sono maggiormente presenti nel NOA di Legnano e il più alto tasso di occupazione si osserva nel NOA di Abbiategrasso (63%).

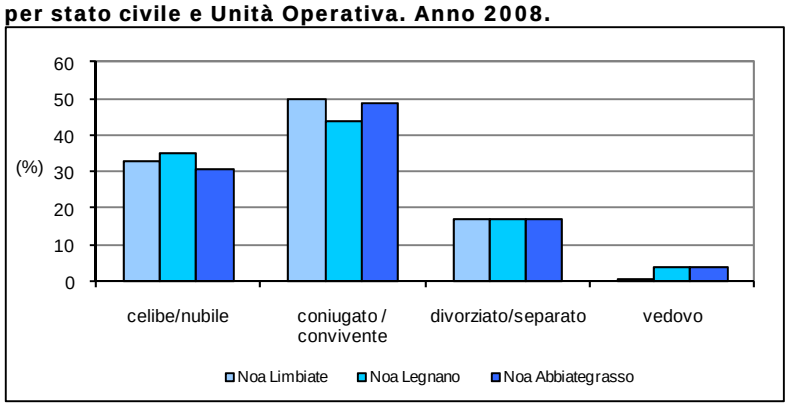
Grafico 4.14: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per condizione occupazionale e Unità Operativa. Anno 2008.



Elaborazione su dati questionari regionali–ASL MI1

Per quanto concerne lo stato civile la maggior parte dell'utenza risulta coniugata o convivente (47%), il 33% è celibe/nubile, il 17% è separato o divorziato e il 3% è vedovo. Nel NOA di Legnano si osservano quote più elevate di celibi/nubili e più basse di coniugati o conviventi rispetto agli altri due NOA.

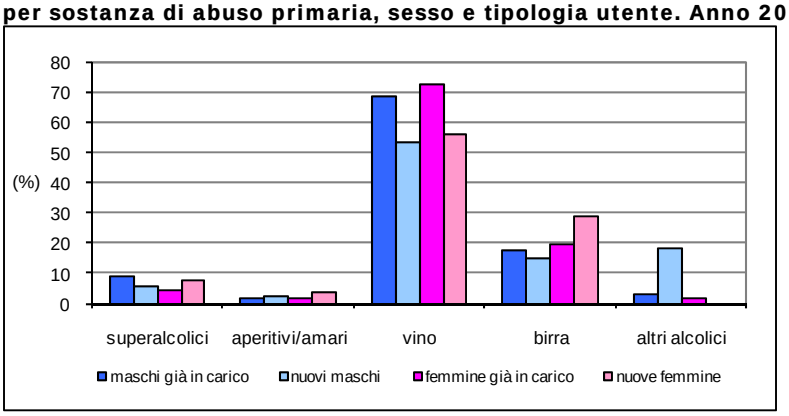
Grafico 4.15: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per stato civile e Unità Operativa. Anno 2008.



Elaborazione su dati questionari regionali–ASL MI1

Con l'utilizzo dell'applicativo SESIT-Dipendenze nel corso del 2008 è stato possibile effettuare elaborazioni sui singoli record, incrociando alcune variabili quali: tipologia utenza, età, sesso, caratteristiche socio-demografiche e sostanza d'abuso. L'implementazione del programma, comportando il recupero dei dati delle precedenti anagrafiche dei pazienti ed il loro inserimento manuale, ha rappresentato un considerevole impegno per tutti gli operatori. Dovendo conciliare tale attività con la clinica quotidiana e l'organizzazione del servizio, il caricamento dei dati è stato completato con tempi diversi dalle UUOO SerT e NOA, per questo motivo, le elaborazioni seguenti fanno riferimento ai dati, su singolo record. dei NOA di Legnano e Abbiategrasso.
In base alla tipologia di utenza permangono come sostanze d'abuso prevalenti in primo luogo il vino, sia nei nuovi utenti (54%) che negli utenti già noti (69%), seguito dalla birra (18% per entrambi). Si è rilevato un incremento significativo di utenti alla prima richiesta di cura con preferenza d'abuso di altri alcolici rispetto agli utenti già noti (15% vs 2%).
Distinguendo la popolazione in base a sostanza d'abuso preferenziale, sesso e tipologia d'utenza si rileva che il vino permane la sostanza d'uso prevalente sia in soggetti di sesso maschile che femminile già noti al servizio (68% e 72% rispettivamente) che nei soggetti di sesso maschile e femminile al primo contatto con il servizio (53% e 56% rispettivamente).
Di rilievo il riscontro di una maggior percentuale di soggetti al primo contatto che riferiscono abuso di altri alcolici tra i maschi (18%) rispetto ai pazienti già noti (3%) ed una quota più elevata di donne che abusano di birra come sostanza primaria nelle nuove utenti (29%) rispetto a quelle già in carico (19%).

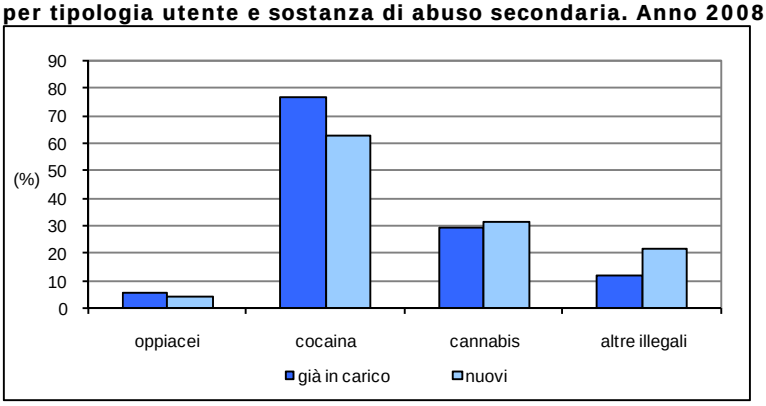
Grafico 4.16: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per sostanza di abuso primaria, sesso e tipologia utente. Anno 2008.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI1

Il 14% dei soggetti in carico per la cura dell'alcoldipendenza presentano abuso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope, con una prevalenza del poliabuso nel sesso maschile (15% contro 13% delle femmine). La sostanza secondaria più utilizzata dai poliabusatori è la cocaina (68%), quote meno elevate si rilevano per la cannabis (31%) e le altre sostanze illegali (18%) e una minoranza dei soggetti utilizza oppiacei (5%) come sostanza secondaria.
Distinguendo per presenza all'interno del servizio si osserva una prevalenza del poliabuso fra l'utenza incidente (17% contro 12% dei già noti). I soggetti già in carico, rispetto ai nuovi utenti, prediligono l'uso di cocaina come sostanza secondaria (75% contro 62%), mentre utilizzano in percentuali minori altre sostanze illegali (13% contro 22%).

Grafico 4.17: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI1 per tipologia utente e sostanza di abuso secondaria. Anno 2008.



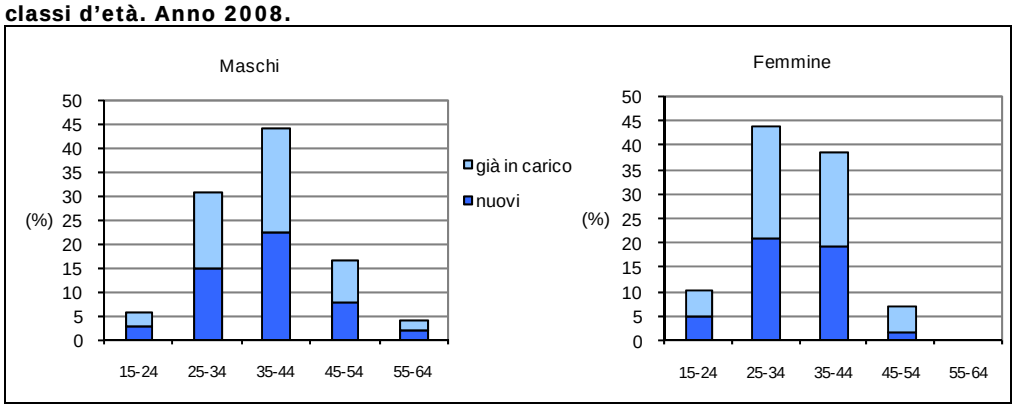
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI1

Il dato qui riportato poterebbe sottostimare il fenomeno del poliabuso, che quotidianamente i NOA trattano.

4.3 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Nel 2008, presso le strutture del Privato Sociale della ASL Milano 1, risultano in carico 333 soggetti per problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti o di bevande alcoliche. Il 83% degli utenti sono maschi ed il 49% sono in carico da anni precedenti.
L'età media dei soggetti in carico è pari a 37 anni, ma si osserva una differenza di 4 anni tra maschi (38 anni) e femmine (34 anni) e nessuna nella distinzione tra utenti nuovi e già in carico da anni precedenti.
Si osserva inoltre che tra i maschi la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra 35 e 44 anni, che racchiude complessivamente il 44% del collettivo (23% di nuovi utenti e 21% di già in carico); il 30% ha invece un età compresa fra 25 e 34 anni (15% nuovi e 15% già in carico). Il collettivo femminile presenta una composizione per età diversa, nelle classi intermedie si concentra la maggior parte dell'utenza con l'82% degli utenti che hanno un età compresa fra i 25 e i 44 anni; la classe modale è quella dei 25-34 dove si osserva una quota pari al 44% (Grafico 4.18).

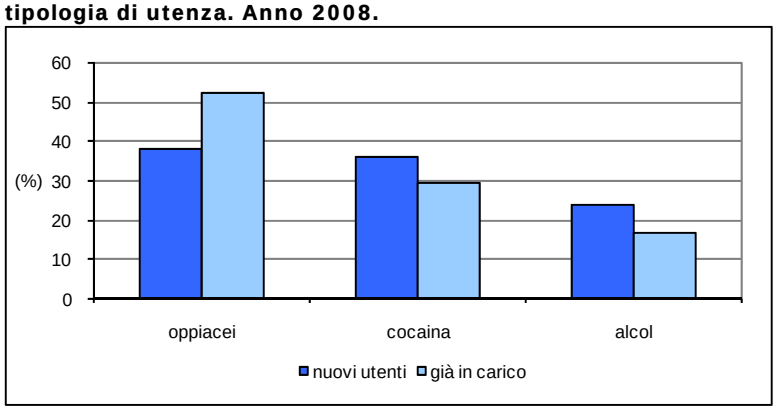
Grafico 4.18: Distribuzione percentuale degli utenti in carico per tipologia di utenza e classi d'età. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 45% dei soggetti in carico nei servizi utilizzano come sostanza d'abuso primaria gli oppiacei (eroina, metadone, morfina o altri oppiacei), il 33% risulta in trattamento per abuso di cocaina ed il 20% per abuso di bevande alcoliche; il restante 2% per uso di cannabis o altre sostanze (Grafico 4.19).

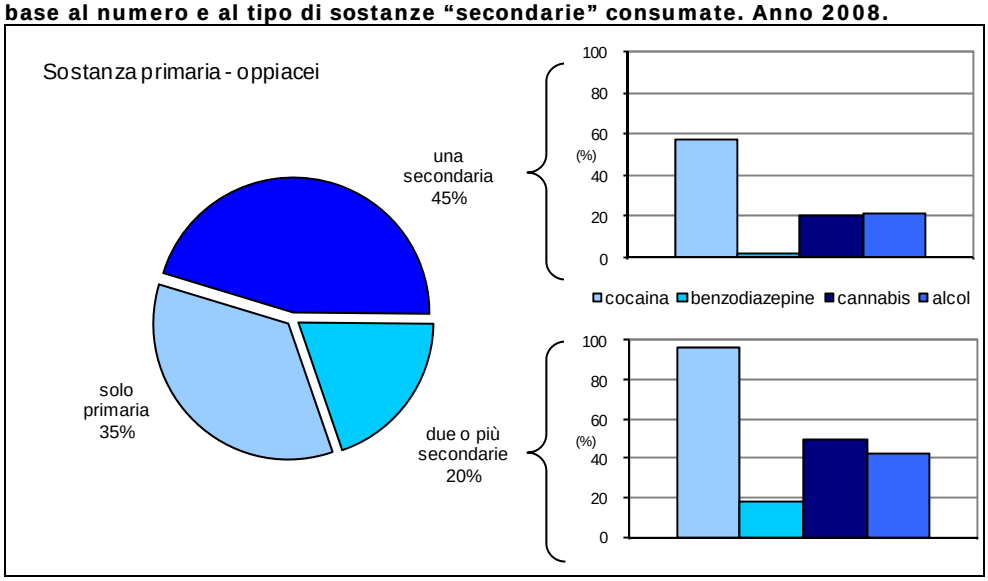
Grafico 4.19: Distribuzione percentuale degli utenti in carico per sostanza d'uso primaria e tipologia di utenza. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 63% dei soggetti fa uso di una o più sostanze di abuso oltre a quella per cui è in trattamento: il 47% fa uso di una sostanza secondaria ed il 16% di due o più. La sostanza d'abuso secondaria più utilizzata è la cocaina, consumata dal 40% degli utenti, seguita dalle bevande alcoliche (34%), dalla cannabis (30%) e dagli oppiacei (17%).
Il 52% dei soggetti che risultano in cura per consumo di bevande alcoliche utilizzano una sola sostanza, contro il 35% degli utilizzatori di oppiacei e il 32% dei cocainomani.
L'analisi del numero e del tipo di sostanze "secondarie" consumate secondo la distinzione per tipologia di sostanza "primaria" può fornire un contributo nello studio delle principali associazioni che caratterizzano il poliabuso.
Nel grafico 4.x è possibile osservare che gli utenti in trattamento per uso di oppiacei ricorrono all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 65% dei casi. Se si distinguono i poliassuntori tra coloro che, oltre alla primaria, assumono un'unica sostanza "secondaria" e quelli che ne assumono due o più è possibile osservare che le sostanze di associazione preferite sono la cocaina (60% nel primo gruppo e 96% nel secondo gruppo), la cannabis (20% e 50%, rispettivamente) e le bevande alcoliche (21% e 43%, rispettivamente).

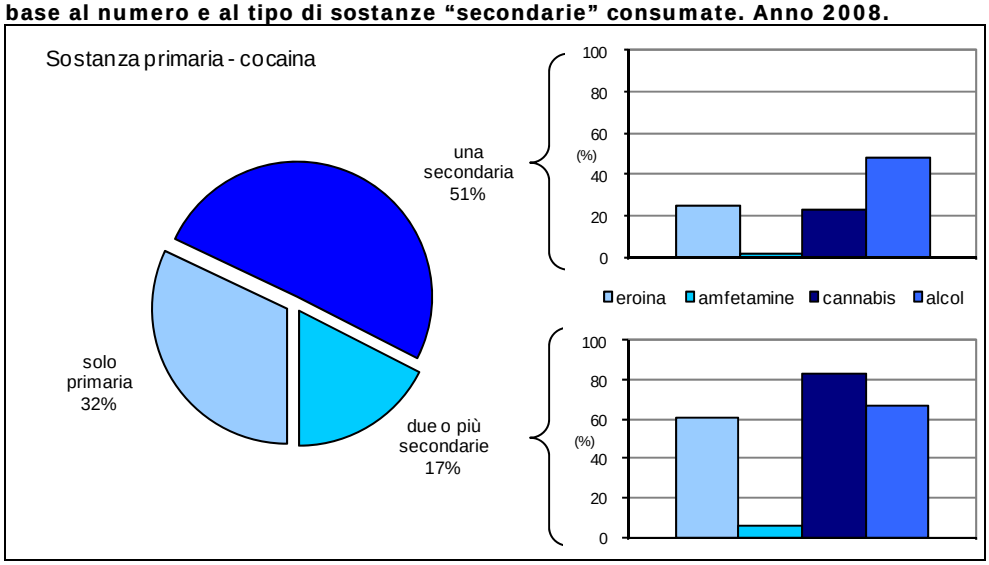
Grafico 4.20: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Nei soggetti cocainomani si osserva che il 68% dei soggetti sono poliabusatori e prediligono come sostanza concomitante prevalentemente le bevande alcoliche (utilizzata dal 48% dei consumatori di una sola secondaria e dal 67% dei consumatori di più sostanze secondarie), l'eroina è utilizzata dal 25% dei soggetti con una sola secondaria e dal 61% dei consumatori di più sostanze secondarie, mentre la cannabis è fumata dal 23% dei mono abusatori e dall'83% dei consumatori di più sostanze secondarie (Grafico 4.21).

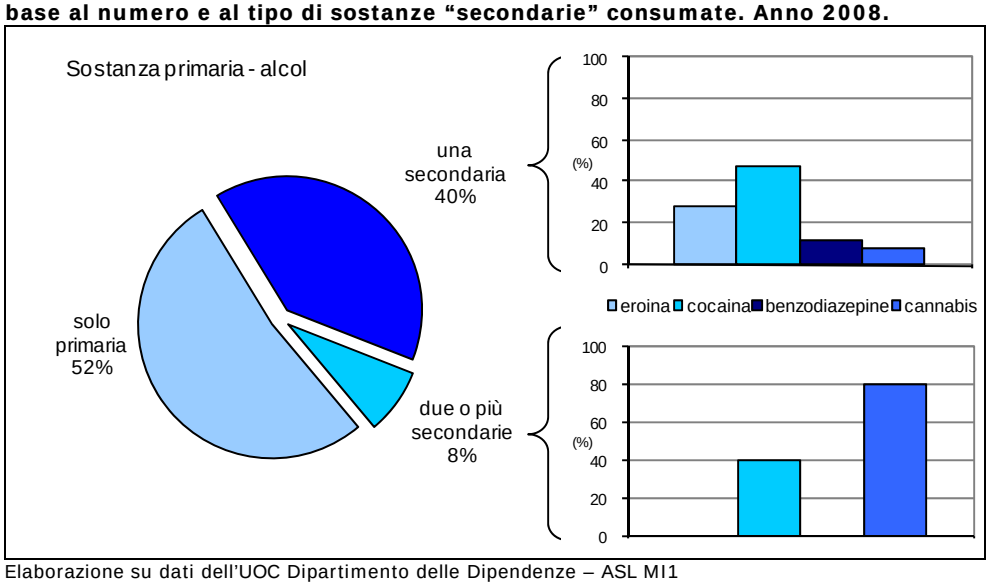
Grafico 4.21: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cocaina in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Si presenta una situazione differente per i soggetti in carico per uso di bevande alcoliche, tra i quali troviamo una quota meno elevata di soggetti utilizzatori di più sostanze (48%) e dove l'uso di eroina e cocaina risulta associata rispettivamente per il 28% e il 48% dei consumatori di una sola secondaria; tra i pluriconsumatori l'80% dei soggetti utilizzano cannabis come sostanza secondaria. (Grafico 4.22).

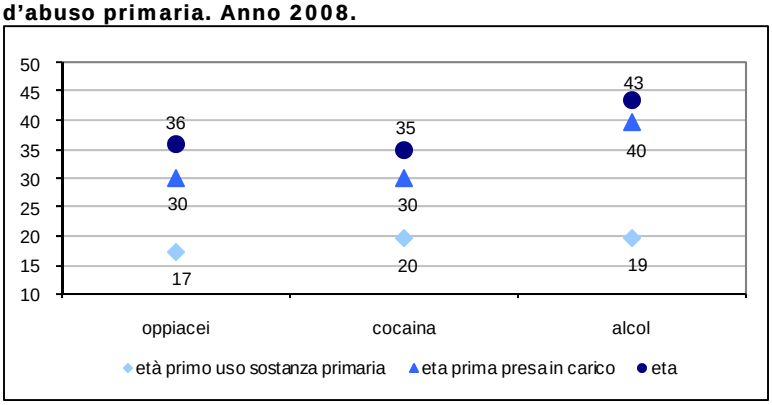
Grafico 4.22: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cannabis in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

L'età media dei soggetti in carico varia sensibilmente se si distinguono gli utenti in base alla sostanza di abuso primaria. A tale proposito sono stati calcolati e riportati su un Grafico (4.23) i valori medi dell'età di primo uso, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale relativamente ai consumatori di oppiacei, di cocaina e di bevande alcoliche, che rappresentano i tre collettivi più rappresentativi.
Si osserva che i soggetti più anziani sono i consumatori di alcol, con un età media di 43 anni, che riportano anche un'età di prima presa in carico piuttosto elevata, 40 anni ed un'età di primo uso pari a 19 anni. Gli utilizzatori di oppiacei e cocaina mediamente entrano in carico a 30 anni e risultano in media più giovani rispetto agli alcolisti, con un'età media rispettivamente di circa 36 e 35 anni; invece rispetto all'età di primo utilizzo della sostanza, cominciano per primi gli eroinomani, a 17 anni, e più tardi i cocainomani, a 20 anni.

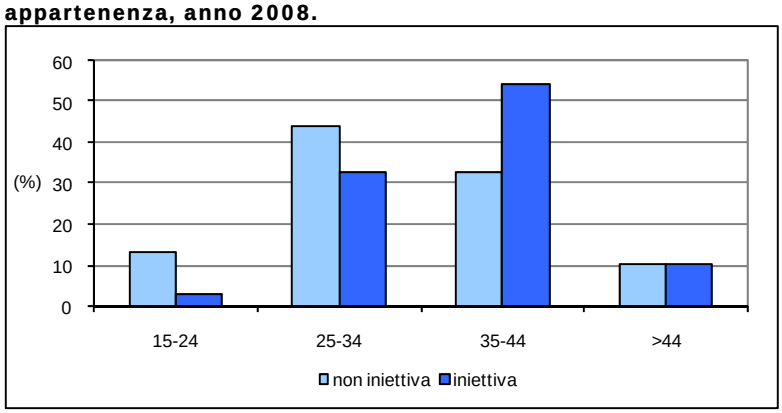
Grafico 4.23: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Per quanto riguarda la problematica di utilizzo della via parenterale nell'assunzione di sostanze, ai fini della valutazione dei fattori di rischio associati al consumo di droghe, è possibile osservare che il 44% dell'utenza in trattamento presso le comunità terapeutiche presenti nella ASL Milano 1, fa ricorso all'assunzione per via iniettiva; in particolare sceglie tale modalità di consumo il 79% dei soggetti eroinomani ed il 24% degli utenti consumatori di cocaina. La parte restante dei cocainomani fa invece uso della sostanza per inalazione o sniffo (76%).
Se si considerano i soli soggetti in trattamento per problemi legati al consumo di oppiacei o cocaina, si osserva che gli assuntori per via iniettiva sono mediamente più anziani di coloro che utilizzano altre vie di assunzione, con un età media di circa 37 anni per i primi e 34 anni per i secondi. Nella distribuzione per classi di età si evince che più della metà (54%) dei soggetti che utilizzano la sostanza per via iniettiva hanno fra i 35 e i 44 anni, mentre il 44% degli altri utenti hanno un'età compresa tra 25 e 34 anni (Grafico 4.24). Per quanto riguarda il sesso dei soggetti, si osserva una quota sovrapponibile di femmine e maschi che assumono la sostanza (oppiacei o cocaina) per via iniettiva (rispettivamente 44% e 43%).

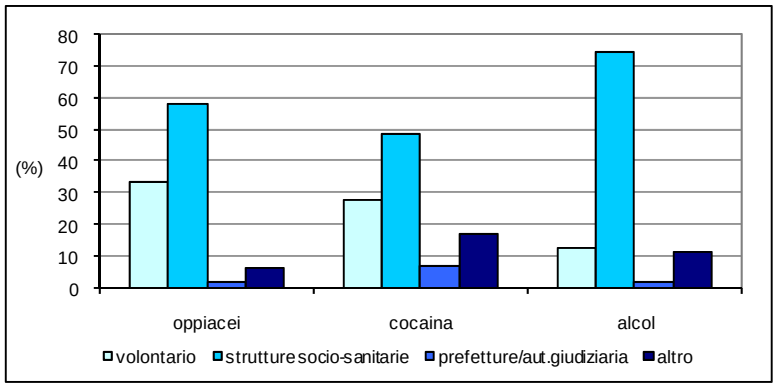
Grafico 4.24: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento per oppiacei o cocaina in base alla modalità di assunzione della sostanza primaria ed alla classe di età di appartenenza, anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Analizzando il canale attraverso il quale i soggetti arrivano al Servizio si deduce che il 60% degli utenti risulta in trattamento perché inviato da altre strutture socio-sanitarie, in maggioranza SerT, il 4% è inviato da Prefetture, Commissioni patenti o Autorità Giudiziarie; il 26% arriva ai servizi per scelta volontaria e il restante 10% tramite altre vie.
Nella distinzione per sostanza di abuso primaria emerge un diverso comportamento dei soggetti alcolisti, tra i quali si osserva una quota più elevata (74%) di invii da parte di strutture socio-sanitarie e fra i cocainomani, dove il 7% è giunto alle strutture in quanto inviato da Prefetture o Autorità Giudiziarie (Grafico 4.25).

Grafico 4.25: Distribuzione percentuale degli utenti in carico per sostanza d'uso primaria e canale di invio ai servizi. Anno 2008.

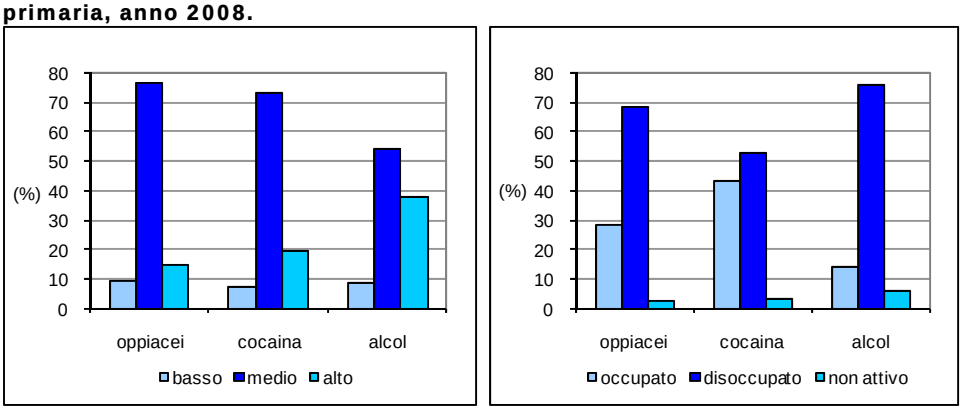


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il livello di istruzione prevalente è quello medio, infatti il 72% dei soggetti ha frequentato al massimo le medie inferiori contro un 8% di utenti con un basso livello di istruzione ed un 20% con grado di istruzione elevato.
Tra gli utilizzatori di oppiacei si rilevano maggiori percentuali di utenti con media istruzione (77%), mentre gli alcolisti presentano quote superiori di soggetti con livelli di istruzione alti (38%).
Rispetto alla condizione occupazionale, il 32% dell'utenza risulta occupato, il 63% disoccupato ed il 4% è economicamente non attivo (l'1% dichiara "altro"). Distinguendo per tipologia di sostanza assunta, fra i consumatori di cocaina si riscontra una quota minore di disoccupati (53%) e maggiore di occupati (43%)

rispetto agli utilizzatori di altre sostanze, mentre fra gli alcolisti si certifica una quota maggiore di soggetti non attivi (6%) e di disoccupati (76%) (Grafico 4.26).

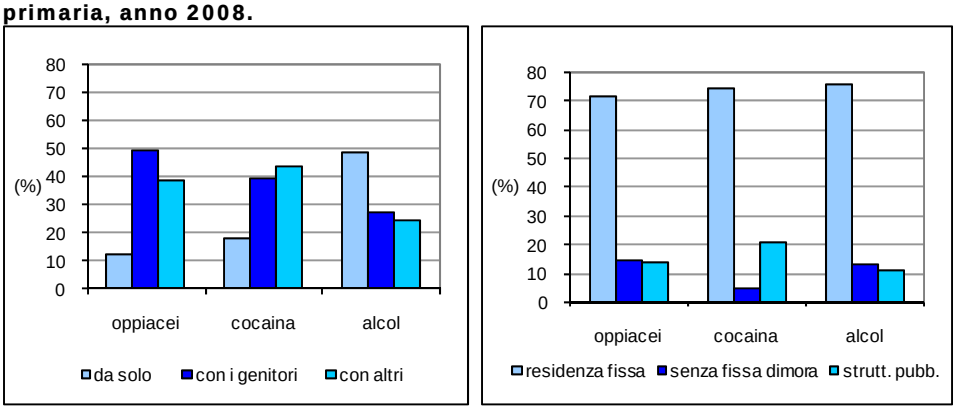
Grafico 4.26: Distribuzione percentuale degli utenti in carico in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra) per sostanza d'abuso primaria, anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Relativamente alla condizione abitativa, il 36% abita con altre persone (amici, parenti, famiglia costituita), il 41% abita con i genitori e il rimanente 23% vive da solo. Disaggregando per sostanza d'abuso primaria, tra gli alcolisti si registra la quota più elevata di soggetti che vivono da soli (49%), mentre la percentuale più alta (49%) di utenti che vivono con i genitori si osserva tra i soggetti in carico per uso di oppiacei.
Rispetto la condizione di residenza, il 73% degli utenti risulta avere una residenza fissa, il 15% vive in una struttura pubblica e il restante 12% è senza fissa dimora. Tra gli utilizzatori di cocaina la percentuale di soggetti che vivono in strutture pubbliche (21%) risulta più elevata rispetto le altre tipologie di consumatori, mentre risulta la più bassa la quota di cocainomani che non hanno fissa dimora (5%) (Grafico 4.27).

Grafico 4.27: Distribuzione percentuale degli utenti in carico in base alla condizione abitativa (con chi - grafico a sinistra e dove - grafico a destra) per sostanza d'abuso primaria, anno 2008.

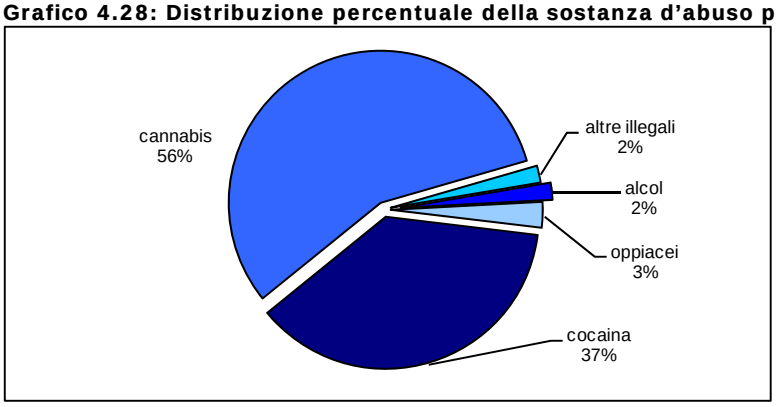


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

4.4 UTENTI SEGNALATI DALLE PREFETTURE

Nel 2008 sono stati raccolti tutti i dati dei soggetti che, in seguito a segnalazioni della Prefettura, hanno avviato un trattamento presso i servizi territoriali della ASL (cioè coloro che sono stati inviati a programma).
Questi soggetti sono stati presi in carico dai servizi a seguito della segnalazione della Prefettura di Milano o di altre province, o nell'ambito del Progetto Prefettura.
Nel 2008 hanno attivato un programma terapeutico 115 individui.
Di questi, 52 persone sono state inviate dal Progetto Prefettura, 63 direttamente dalla Prefettura di Milano o di altre città.
Dei 115 individui il 97% dei soggetti sono maschi e l'età media è pari a 26 anni.
La sostanza primaria di abuso prevalente è la cannabis, seguita dalla cocaina, rispettivamente con il 56% e il 37% dei soggetti (Grafico 4.28).E' anche da specificare che tale sostanza non sempre coincide con quella di segnalazione, può infatti capitare che una persona segnalata ad esempio per hashish si riveli, al momento della presa in carico, un consumatore di altre sostanze.

Grafico 4.28: Distribuzione percentuale della sostanza d'abuso primaria.

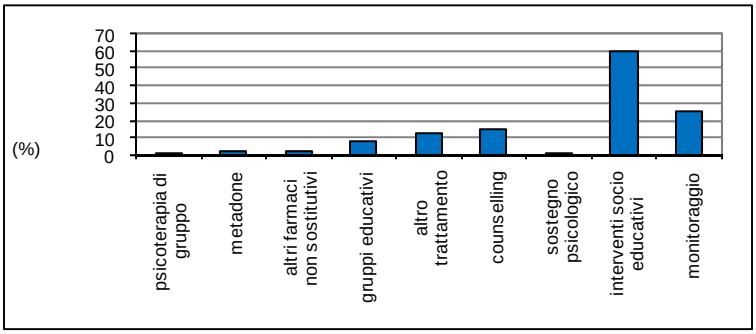


Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

I soggetti inviati a programma hanno intrapreso percorsi socio educativi nel 59% dei casi, il 25% ha seguito programmi di monitoraggio, che comprendono anche i colloqui di verifica sull'andamento del programma, al 31% sono stati erogati interventi di counselling, il 12% ha intrapreso programmi con altri trattamenti non specificati e l'8% dei soggetti sono stati inseriti in gruppi educativi (Grafico 4.29).
L'invio effettuato dalla Prefettura, regolato dall'art 75 del DPR 309/90, avviene a seguito del colloquio che il soggetto, fermato per possesso di sostanze illegali (per uso personale), ha effettuato presso il Nucleo Operativo Prefettura con l'assistente sociale, che invita il soggetto a sottoporsi a programma sia a scopo informativo e di sensibilizzazione che per intraprendere un percorso terapeutico.
A seguito dell'esito del percorso terapeutico e/o educativo la Prefettura può revocare l'eventuale sanzione.
Come spesso accade, l'invio coatto al trattamento, in condizioni di controllo formale, da un lato favorisce l'aggancio di persone che altrimenti non arriverebbero mai al luogo di cura, dall'altro, tutti gli aspetti di accoglienza, trattamento e di accertamento risultano essere molto più complessi.
Molti dei soggetti che giungono ai SerT inviati dalla Prefettura, hanno un approccio strumentale al servizio, pertanto l'accertamento relativo alla sospensione del consumo di sostanze richiede modalità e procedure medico legali di maggior intensità. Normalmente con il paziente con il quale vi è un

contratto di cura negoziato e reciproco la dimensione del controllo è maggiormente simbolica, in questo caso il dato oggettivo è invece un elemento che può far decidere l'autorità per la revoca della sanzione.
Nell'invio indotto, spesso il livello di consapevolezza del proprio consumo di sostanze psicotrope è molto scarso e gli operatori hanno la necessità di favorire percorsi di motivazione all'astensione e prima ancora all'informazione, che richiede modalità di lavoro sempre nuove e centrate sul bisogno della persona. L'invio coatto rappresenta sempre una risorsa ma costringe gli operatori a modulare il proprio intervento tra il controllo ed il sostegno, con lo scopo di tutelare l'utente che spesso non riconosce la gravità degli esiti del proprio consumo di sostanze.

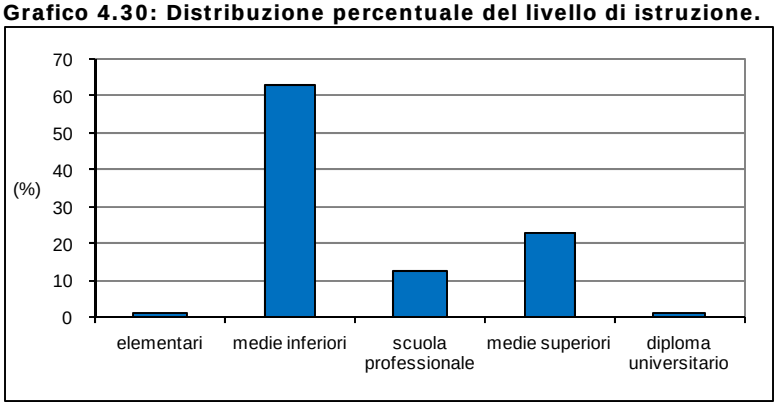
Grafico 4.29: Distribuzione percentuale della tipologia dei programmi.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Le caratteristiche di questa tipologia di utenza rilevano che il 63% dei soggetti possiede la licenza media inferiore, il 23% ha conseguito il diploma di media superiore, il 13% ha un attestato di scuola professionale, solamente l'1% ha la licenza elementare e l'1% ha conseguito un diploma universitario (Grafico 4.30).

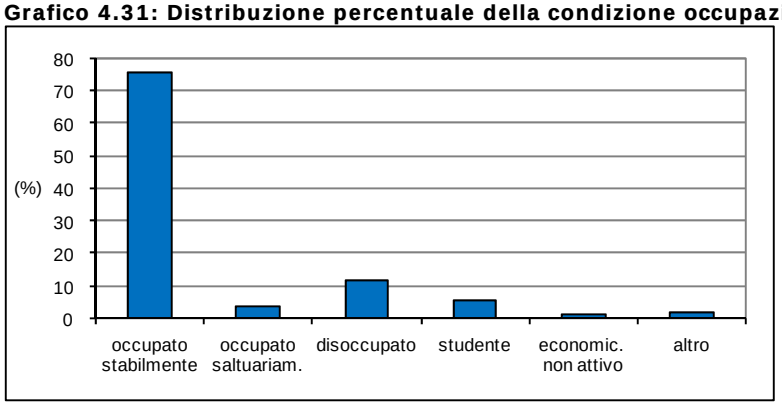
Grafico 4.30: Distribuzione percentuale del livello di istruzione.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

La maggior parte dei soggetti lavora: il 76% ha un lavoro stabile e il 4% saltuario; il 12% dei segnalati sono disoccupati e il 6% è ancora all'interno del circuito scolastico (Grafico 4.31).

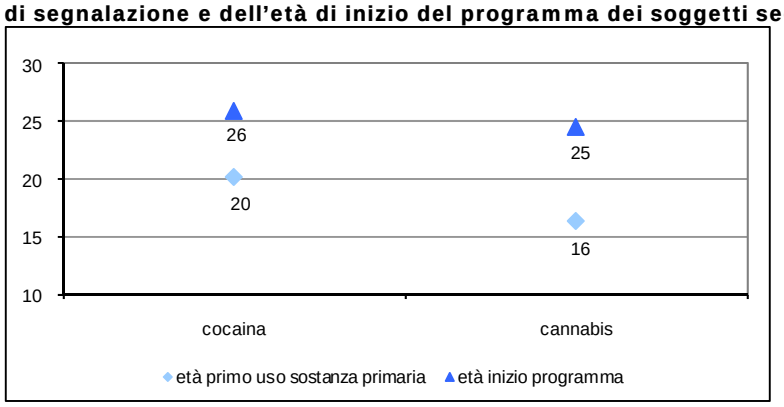
Grafico 4.31: Distribuzione percentuale della condizione occupazionale.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Si osservano differenze per quanto riguarda la sostanza primaria di presa in carico e l'età media di primo utilizzo che è pari a 16 anni per coloro che utilizzano cannabis e a 20 anni per i soggetti che sono stati trattati per problemi legati alla cocaina.
Relativamente all'età di inizio programma, non si osservano differenze significative tra gli utilizzatori di cannabis (poco meno di 25 anni) e gli assuntori di cocaina (26 anni) (Grafico 4.32).
Da tenere presente che la metà della popolazione qui rappresentata fa riferimento al Progetto Prefettura che si rivolge a soggetti che al momento del fermo hanno meno di 26 anni.

Grafico 4.32: Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di primo utilizzo della sostanza di segnalazione e dell'età di inizio del programma dei soggetti segnalati dalle Prefettura.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

4.5 SOGGETTI PRESI IN CARICO A SEGUITO DELLA SEGNALAZIONE DELLA COMMISSIONE MEDICO LOCALE PATENTI

Nel 2008 sono stati raccolti i dati dei soggetti che sono arrivati ad avviare un programma terapeutico presso i servizi territoriali della ASL Milano 1 in seguito a segnalazioni della Commissione Medico Locale per gli accertamenti in sede di revisione della patente per lo più a seguito di guida in stato di ebbrezza. Nel 2008 sono stati 139 i soggetti in carico a seguito di tali segnalazioni: circa il 98% dei soggetti è di sesso maschile, l'età media è pari a 41 anni e l'82% dei soggetti non era conosciuto ai servizi.

4.5.1 La guida in stato di ebbrezza

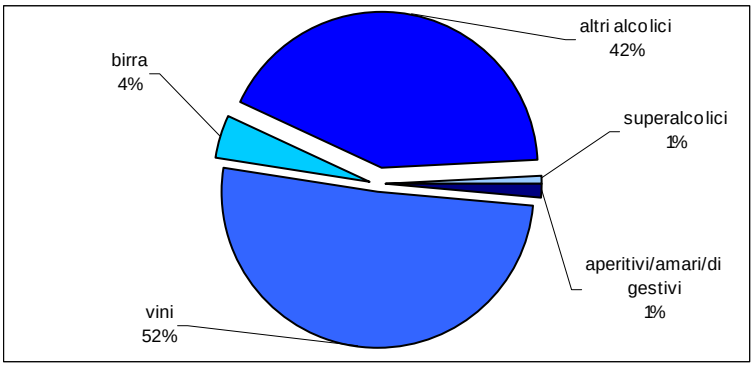
La guida in stato di ebbrezza è sanzionata dall' art. 186 del Codice della Strada. Ed è un reato penale. Di seguito vengono riportati alcuni accenni della normativa che ha regolato il fenomeno per l'anno 2008, che subirà ulteriori variazioni a seguito del nuovo "Decreto Sicurezza".
Con il decreto-legge del 23 maggio 2008, n.92, convertito in Legge n. 125 del 24 Luglio 2008 le sanzioni sono diventate più severe:

Tasso alcolemico	Sanzione
tra 0,5 g/l a 0,8 g/l	ammenda da 500 a 2.000 euro. Sospensione della patente da 3 a 6 mesi.
tra 0,8 e 1,5g/l	ammenda da 800 a 3.200 euro e arresto fino a 6 mesi. Sospensione della patente per un periodo di tempo compreso tra 6 mesi e 1 anno.
oltre 1,5 g/l	ammenda tra 1.500 e 6.000 euro e arresto da 6 mesi ad 1 anno, con un minimo di 6 mesi. Sospensione della patente da 1 a 2 anni. Confisca del veicolo con la sentenza di condanna.

Il Codice della Strada, inoltre, stabilisce che il conducente possa essere sottoposto ad un accertamento alcolimetrico, che misura la quantità di alcol contenuta nell'aria espirata.
Chi senza giustificato motivo rifiuta di sottoporsi al controllo etilometrico commette un illecito penale, sanzionabile.
Il Prefetto, sulla base dei risultati delle analisi, può disporre la revisione della patente, ovvero può obbligare il conducente a sottoporsi a visita medica per accertare il possesso dei requisiti psico-fisici previsti dalla legge (codice della strada art.128).
Con l'ordinanza di sospensione il Prefetto obbliga il conducente a sottoporsi a visita medica di revisione della patente di guida presso la Commissione Medica Locale.
Tale commissione garantisce l'accertamento dei requisiti psicofisici necessari al possesso della patente: la Commissione Medica, sulla base delle indicazioni del Codice della Strada, ha la funzione di valutare se il soggetto che utilizza l'alcol sa controllare le sue modalità di assunzione, senza ripercussioni sulla guida, o se si tratta di soggetto che assume alcol con modalità patologiche o in stato di dipendenza o di consumo abituale, tale da compromettere l'idoneità alla guida senza pericoli.
A quanto rilevato, in base alle caratteristiche dei soggetti giunti ai Servizi, l'invio è avvenuto prevalentemente nei casi in cui la persona era recidiva e aveva reiterato la guida in stato di ebbrezza, oppure nel caso in cui il soggetto era in possesso di una patente speciale o a seguito dell'accertamento, effettuato in sede medico legale, che aveva favorito il dubbio di abuso o dipendenza da alcol.

La tipologia di utenza incontrata dai servizi con questa modalità, in quanto essenzialmente diversa per quadro clinico e per motivazione al trattamento dall'utenza tradizionale, ha condotto i NOA a costruire nuovi percorsi di presa in carico, meno medicalizzati e maggiormente incentrati sugli aspetti informativi e su interventi favorenti nel soggetto una riflessione circa il ruolo dell'alcol all'interno della propria esperienza di vita. Essi infatti prevedono la parte informativa sulla normativa, sulle qualità organolettiche della sostanza, sull'obiettivo di accertamento della reale condizione di consumo (consumo adeguato/abuso/dipendenza) e sulle procedure necessarie a produrre la certificazione richiesta dall'inviante. Spesso la maggioranza dei soggetti fatica a considerare l'alcol una sostanza psicoattiva che, se coniugata al comportamento della guida, produce un reato penale.
Pur in assenza di specifici protocolli operativi, il "contratto" con l'utente prevede sia l'adesione alle procedure diagnostiche, che ad un percorso di tipo informativo/motivazionale.
Il trattamento, anche per chi ha in corso una valutazione diagnostica o è conclusa con esito negativo (cioè per chi non è alcoldipendente), può prevedere la frequenza ad un gruppo informativo.
la prestazione di gruppo o individuale è un offerta qualificante che le diverse unità operative hanno sperimentato, se pur con modalità differenti.
La sostanza dichiarata come prevalente dai soggetti qui descritti è per il 52% il vino e per il 42 % altri alcolici in generale. (Grafico 4.33).

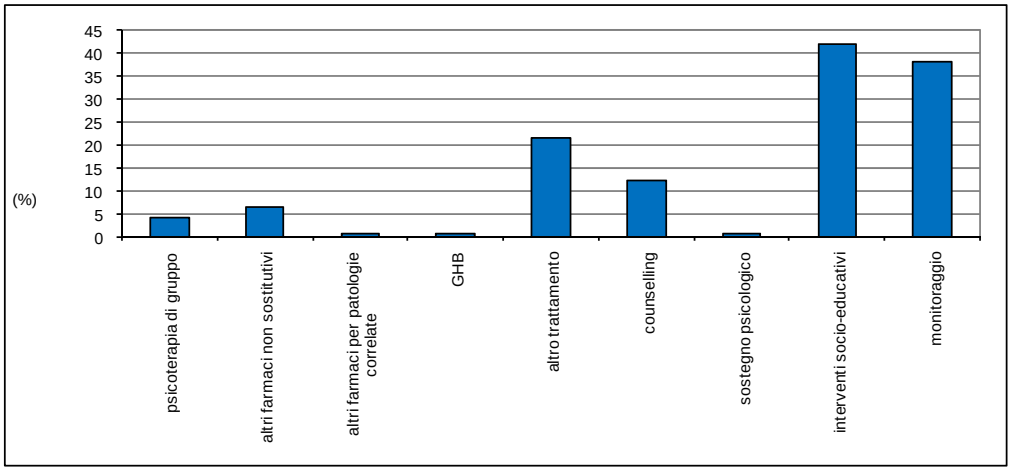
Grafico 4.33: Distribuzione percentuale della sostanza primaria.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

I soggetti hanno intrapreso programmi di interventi socio educativi nel 41% dei casi, il 38% ha ricevuto interventi di monitoraggio, al 12% sono stati erogati interventi di counselling, al 6% sono stati dati farmaci non sostitutivi ed il 4% ha seguito interventi di psicoterapia di gruppo. L'1% dei soggetti è stato seguito per patologie correlate, ha assunto GHB, ha ricevuto sostegno psicologico ed è stato inserito in gruppi informativi e di sostegno. Il 22% ha intrapreso programmi con altri trattamenti non specificati, tale percentuale si riferisce all'iter diagnostico. (Grafico 4.34).

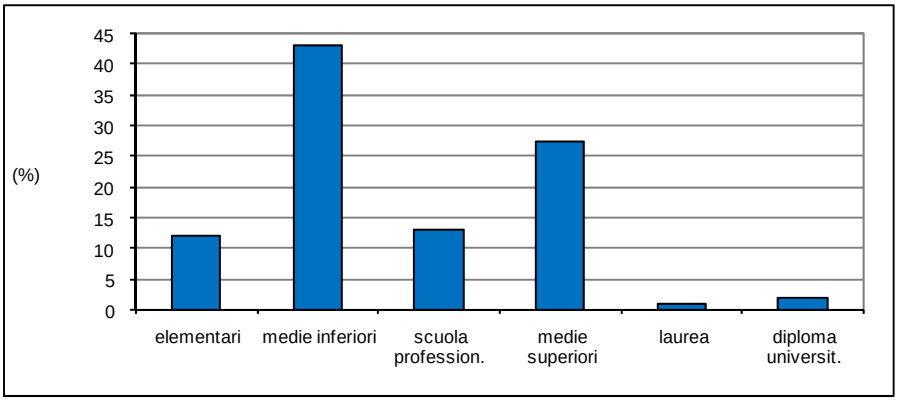
Grafico 4.34: Distribuzione percentuale della tipologia dei trattamenti.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Le caratteristiche di questa tipologia di utenza rilevano che il 44% dei soggetti possiede la licenza media inferiore, il 28% ha conseguito il diploma di media superiore, il 13% ha un attestato di scuola professionale, il 12% ha conseguito la licenza elementare, solamente il 2% ha conseguito il diploma universitario e l'1% una laurea (Grafico 4.35).

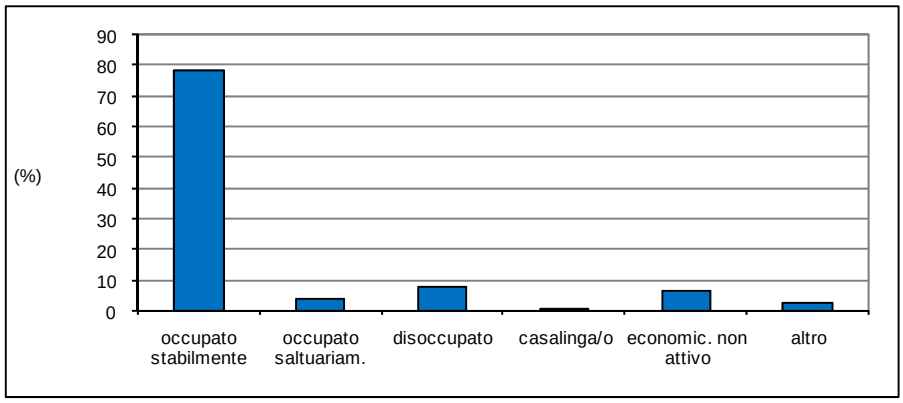
Grafico 4.35: Distribuzione percentuale del livello di istruzione.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

La maggior parte dei soggetti lavora: il 78% dei soggetti è infatti occupato stabilmente ed il 4% saltuariamente, l'8% dei soggetti è disoccupato, il 7% è economicamente non attivo e l'1% sono casalighe/i (Grafico 4.36).

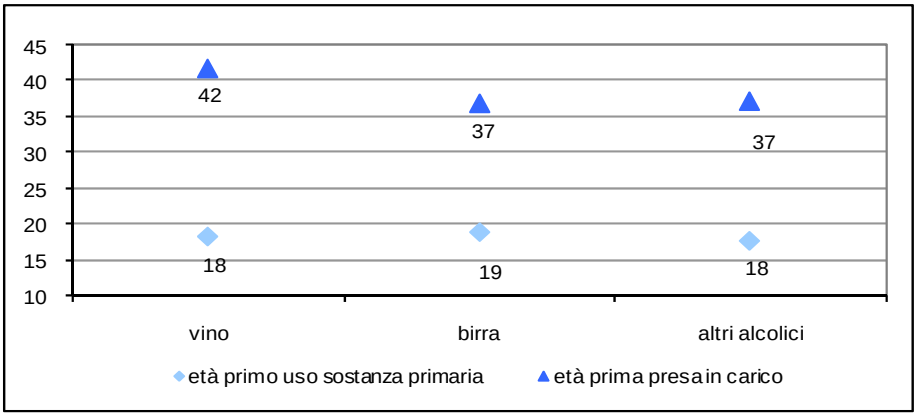
Grafico 4.36: Distribuzione percentuale della condizione occupazionale.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Non si osservano differenze per quanto riguarda la bevanda prevalente utilizzata dai soggetti e l'età media di primo utilizzo che è pari a 18 anni per coloro che utilizzano vino e altri alcolici e 19 per i consumatori di birra.
Differente è invece l'età media di inizio programma: i consumatori di birra e altre bevande alcoliche hanno iniziato un percorso trattamentale mediamente a 37 anni, mentre i consumatori di vino a 42 anni (Grafico 4.37).

Grafico 4.37: Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di primo utilizzo della bevanda prevalente e dell'età di inizio del programma dei soggetti inviati dalle Commissioni Medico Locale Patenti.



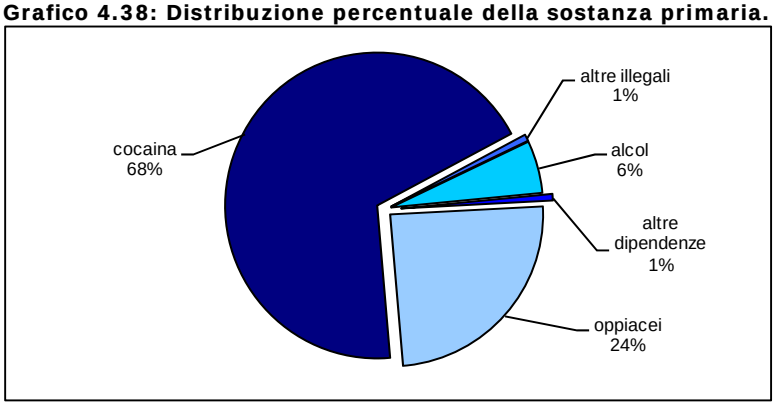
Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

4.6 UTENZA IN CARCERE O CON PROBLEMI GIUDIZIARI

Una parte rilevante dell'utenza seguita dai SerT e NOA ha in corso o ha avuto nel passato procedimenti penali per reati di varia natura; si tratta di una quota non indifferente di utenza che richiede la predisposizione di programmi terapeutici individualizzati che ricomprendono: la valutazione della idoneità a programmi ambulatoriali o residenziali in alternativa alla detenzione, il monitoraggio e le relative comunicazioni all'autorità giudiziaria; tutto ciò implica un costante aggiornamento da parte degli operatori sulla normativa vigente.
Nel 2008 sono stati 143 i soggetti detenuti in carico alla ASL Milano 1. Per questi soggetti è stata garantita da parte dei SerT e NOA la continuità terapeutica nonostante la carcerazione, anche grazie alla collaborazione con le varie "équipe carcere" operanti negli istituti di pena.

Di questi soggetti circa il 98% è di sesso maschile, l'età media è pari a 35 anni. È da rilevare che, quasi il 54% dei soggetti, erano sconosciuti ai servizi; in questi casi il carcere può aver rappresentato un canale di invio e di aggancio.
Le sostanze di abuso prevalenti sono la cocaina e l'eroina, rispettivamente con il 68% e il 24% dei soggetti (Grafico 4.38).
Da notare che la percentuale di cocainomani risulta in questo campione assai rilevante, specie se rapportata a quella dei pazienti nel loro complesso (42% cocaina e 50% oppiacei). Ciò impone una riflessione importante sulla relazione fra questo tipo di abuso e il comportamento deviante.

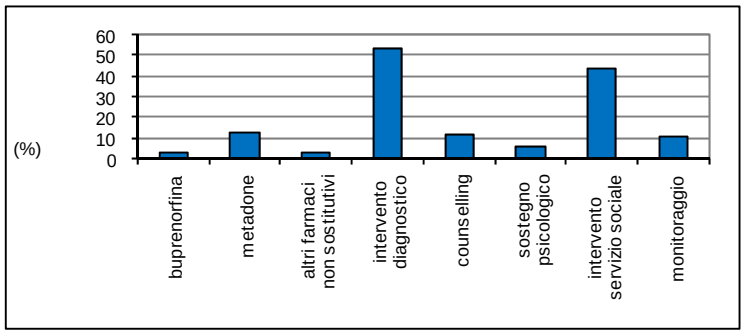
Grafico 4.38: Distribuzione percentuale della sostanza primaria.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Le misure alternative alla detenzione di cui possono usufruire i pazienti detenuti comprendono: l'affidamento in prova ai servizi sociali, volto al trattamento della tossico-alcoldipendenza per pene definitive inferiori ai 6 anni (art 94 ex DPR 309/90), l'affidamento in prova ai Servizi Sociali per pene non superiori a 3 anni (art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche), la detenzione domiciliare. Per i detenuti in attesa di sentenza definitiva è prevista la misura degli arresti domiciliari anche in Comunità Terapeutica residenziale.
L'evoluzione della normativa negli ultimi anni ha richiesto un costante aggiornamento da parte degli operatori su prassi, terminologie, obblighi di legge, e ha definito più specifiche modalità relative all'accertamento sullo stato di tossico-alcoldipendenza. La maggior collaborazione con le "equipe carcere" da parte degli operatori dei servizi ha, d'altro canto, evidenziato una disomogeneità nelle modalità operative che le stesse equipe carcere esprimono, a loro volta legate alla realtà dell'istituto penitenziario. Mentre in alcune situazioni le segnalazioni ai servizi avvengono da parte dell'equipe carcere che ha già effettuato la certificazione di tossico-alcoldipendenza, in altri ancora avvengono segnalazioni spontanee da parte del singolo detenuto al SerT/NOA; in questo caso, i servizi devono attivare l'intero iter diagnostico attraverso visite in carcere e rapporti con l'equipe dello stesso per la valutazione del caso.
L'alta percentuale di utenti nuovi spiega l'importante quota relativa ad interventi di tipo diagnostico (53%), significativo il valore che riguarda gli interventi di servizio sociale, infatti la figura professionale coinvolta nella gestione degli utenti detenuti è proprio l'assistente sociale. Nel 12% dei casi sono stati erogati interventi di counselling, l'11% ha ricevuto interventi di monitoraggio, il 7% dei soggetti ha ricevuto sostegno psicologico.

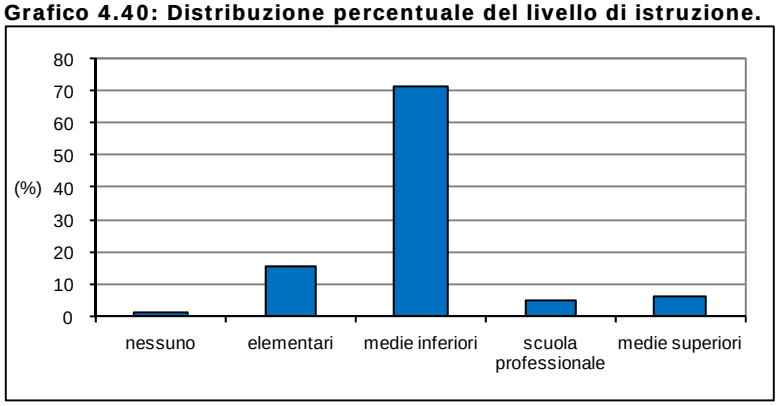
Grafico 4.39: Distribuzione percentuale della tipologia dei trattamenti.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Le caratteristiche di questa tipologia di utenza rilevano che il livello di istruzione della popolazione detenuta possiede per il 71% la licenza media inferiore, il 15% ha conseguito la licenza elementare, il 6% ha conseguito il diploma di media superiore, il 5% ha un attestato di scuola professionale, solamente l'1% non ha conseguito alcun titolo (Grafico 4.40).

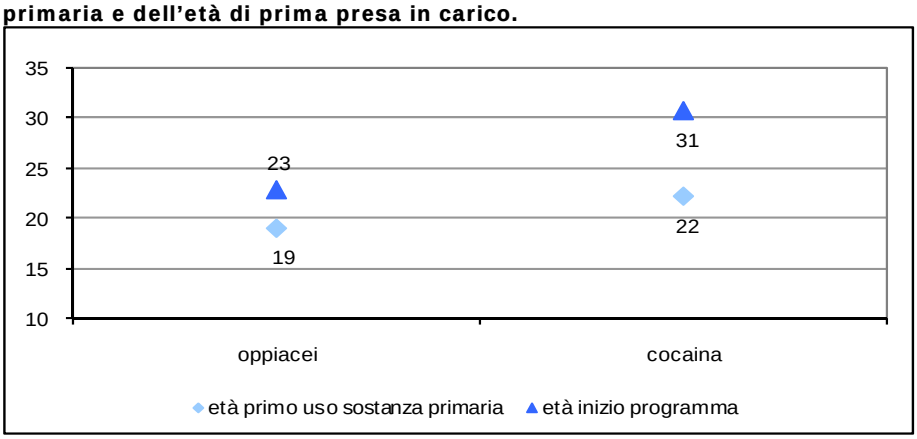
Grafico 4.40: Distribuzione percentuale del livello di istruzione.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1delle Dipendenze ASL MI1

Si osservano differenze per quanto riguarda le sostanze primarie prevalenti di presa in carico e l'età media di primo utilizzo che è pari a 19 anni per coloro che utilizzano oppiacei e a 22 anni per i soggetti che sono stati trattati per problemi legati alla cocaina.
Anche relativamente all'età di prima presa in carico, si osservano differenze significative tra gli utilizzatori di oppiacei (23 anni) e gli assuntori di cocaina (31 anni) (Grafico 4.41).

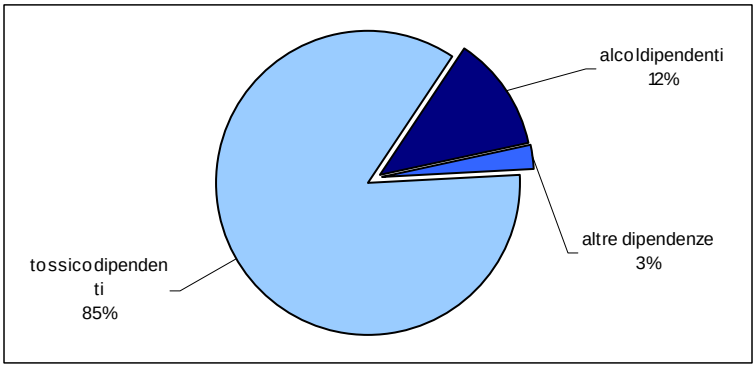
Grafico 4.41: Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di primo utilizzo della sostanza primaria e dell'età di prima presa in carico.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

Oltre agli utenti detenuti, vi è un'altra quota consistente di soggetti che pur essendo in libertà, sono sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria o in attesa di giudizio.
Nel 2008 sono stati 315 i soggetti, in carico ai servizi della ASL Milano 1, che hanno avuto problemi giudiziari in corso nell'anno. Tra questi soggetti sono inclusi anche i soggetti detenuti sopra descritti (143).
Questi soggetti si distribuiscono maggiormente tra i tossicodipendenti (85%), gli alcoldipendenti sono il 12% ed il restante 3% riguarda altre dipendenze (Grafico 4.42).

Grafico 4.42: Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di primo utilizzo della sostanza primaria e dell'età di prima presa in carico.



Elaborazione dati singolo record Dipartimento delle Dipendenze ASL MI1

L'intervento delle equipe nei confronti di questo particolare tipo di utenza è molto articolato sia rispetto alle figure professionale coinvolte che alle attività svolte. Nel caso di programmi alternativi alla detenzione questi, a seconda delle condizioni del soggetto, vengono svolti, oltre che a livello ambulatoriale, anche in comunità terapeutiche. In ambedue i casi gli operatori svolgono un costante monitoraggio sull'andamento del programma, ponendo in essere anche modifiche correttive del percorso terapeutico. Intervento questo che è condotto a livello multidisciplinare, con indagini diagnostiche atte a rilevare l'astinenza dall'uso di sostanze e una sorveglianza clinica costante. Rilevante è l'intervento con la rete familiare e sociale, in termini di supporto socio-educativo e psicologico alle persone della famiglia direttamente coinvolte nel processo di riabilitazione e, nel sostegno alla ricerca e/o al mantenimento dell'attività

lavorativa e di relazioni sociali. Oltre a ciò, questa tipologia di utenza richiede un lavoro di rete considerevole con gli uffici giudiziari preposti (UEPE: Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna) e gli avvocati, per la stesura di relazioni e comunicazioni.

4.7 CONSUMO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

La pianificazione ai fini della programmazione in un settore complesso come quello delle dipendenze, non può prescindere dall'utilizzo strumenti che consentano di quantificare, in termini di stima, il totale dei soggetti che utilizzano sostanze psicoattive nella popolazione. I tavoli comuni di studio sul fenomeno a cura dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs Addiction, EMCDDA) di Lisbona, hanno condiviso negli anni una definizione di uso problematico così da ottenere valori di stima della prevalenza e dell'incidenza di più gravi pattern di utilizzo di sostanze che fossero confrontabili tra le diverse aree territoriali.

Il consumo problematico di sostanze psicoattive rappresenta il secondo indicatore chiave proposto dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga; tale indicatore si pone come obiettivo quello di andare ad investigare quei pattern di consumo più gravi che possono essere rilevati in maniera parziale dalle indagini campionarie di popolazione. Nel corso degli anni i gruppi di ricerca dell'Osservatorio Europeo hanno condiviso una definizione di uso problematico di sostanze psicoattive[2] definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto od alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. La stima del cosiddetto sommerso, vista anche la tipologia di informazioni che solitamente viene analizzata e che deriva principalmente dai flussi informativi delle strutture di trattamento specifiche e non specifiche per l'utenza tossicodipendente, può essere interpretata come la stima del totale di quei soggetti che, residenti nell'area in studio, sono eleggibili al trattamento in un determinato periodo di tempo.

Grazie all'informazione a livello analitico rilevata all'interno delle attività di monitoraggio per il territorio della ASL Milano 1, è stato possibile determinare le stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento sia secondo la definizione di uso problematico definita dall'Osservatorio Europeo che per tre gruppi specifici di sostanze: gli oppiacei, la cocaina e le bevande alcoliche.

Per la determinazione della stima del numero di soggetti utilizzatori problematici nel territorio della ASL Milano 1, nelle annualità 2007-2008, sono state utilizzate due differenti metodologie di stima. Nell'anno 2007 il metodo denominato Moltiplicatore semplice, mentre per l'anno 2008 il metodo Cattura/Ricattura, quest'ultimo applicato a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti in carico e trattati presso i SerT e quella relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliera con diagnosi principale o concomitante riconducibile alle sostanze di riferimento della definizione dell'Osservatorio Europeo.

[2] Per uso problematico di sostanze è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine.

4.7.1 Gli utilizzatori problematici

Nel complesso sul territorio sono stimati circa 6.000 utilizzatori problematici (IC 95% 4.399 – 7.442) corrispondenti ad una prevalenza stimata dell'8,8 nel 2007 e poco più di 9 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni nel 2008.

Tabella 4.4: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2007-2008.

		Casi prevalenti			Prevalenza		
Annualità	**Metodologia**	**Stima**	**IC (95%)**		**Stima**	**IC (95%)**	
2007	Moltiplicatore semplice	5.818	-	-	8,8	-	-
2008	Cattura/Ricattura	5.983	4.399	7.442	9,1	6,7	11,3

Rispetto alla stima delle annualità precedenti, i valori per gli anni in esame sono sovrapponibili, mentre risultano inferiori rispetto alla rilevazione 2008 stimata, nazionale e regionale, rispettivamente il 9,8 e il 12,3 soggetti ogni mille residenti di età a rischio.

4.7.2 Gli utilizzatori problematici di oppiacei

Per quanto riguarda le stime di prevalenza dell'uso problematico di oppiacei, per l'anno 2007, con il metodo del Moltiplicatore semplice, si stimano circa 3.200 utilizzatori per una prevalenza pari a 4,8 soggetti ogni mille residenti.
Per quanto riguarda il 2008, limitando l'analisi ai flussi relativi ai soggetti trattati e con oppiacei come sostanza di abuso primario e ai soggetti con Scheda di Dimissione Ospedaliera con diagnosi riconducibile all'uso di oppiacei ed applicando la stessa metodologia, sono stimati circa 3.300 utilizzatori problematici di oppiacei residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza pari a 5 soggetti (IC 95% 1,9 – 6,8) ogni mille di età a rischio (Tabella 4.5).

Tabella 4.5: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2007-2008.

		Casi prevalenti			Prevalenza		
Annualità	**Metodologia**	**Stima**	**IC (95%)**		**Stima**	**IC (95%)**	
2007	Moltiplicatore semplice	3.183	-	-	4,8	-	-
2008	Cattura/Ricattura	3.266	1.245	4.459	5,0	1,9	6,8

Rispetto alle stime relativa all'anno 2006 i valori per le annualità in esame sono del tutto in linea e non differiscono dal valore nazionale che si attesta a 5,4 ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

4.7.3 Gli utilizzatori problematici di cocaina

Considerando l'uso problematico di cocaina, le stime per l'anno 2007, elaborate tramite la metodologia del Moltiplicatore semplice, presentano valori prossimi ai 2.900 casi prevalenti, corrispondenti a 4,2 soggetti residenti ogni mille.
Focalizzando l'attenzione alla sostanza di interesse, nel 2008, attraverso la metodologia Cattura/Ricattura, si osservano valori prossimi ai 3.200 casi prevalenti (IC 95% 2.182 – 5.120), per una prevalenza stimata di 4,8 residenti (IC 95% 3,3 – 7,8) ogni mille di età a rischio.

Tabella 4.6: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2007-2008.

		Casi prevalenti			Prevalenza		
Annualità	**Metodologia**	**Stima**	**IC (95%)**		**Stima**	**IC (95%)**	
2007	Moltiplicatore semplice	2.828	-	-	4,2	-	-
2008	Cattura/Ricattura	3.189	2.182	5.120	4,8	3,3	7,8

Nel confronto con l'annualità precedente i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi tendenzialmente al di sopra del valore medio nazionale, pari a 4,4 per mille residenti.

4.7.4 Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

Le metodologie di stima del totale di popolazioni elusive come quella dei soggetti tossicodipendenti, una volta rispettati i criteri di applicabilità richiesti, forniscono risultati tanto più affidabili quanto maggiore è il grado di copertura dei flussi informativi utilizzati; per i soggetti tossicodipendenti, nella realtà nazionale, la quasi totalità di quelli che inizia o continua un percorso terapeutico transita attraverso i SerT e questo garantisce adeguatamente l'analisi in termini di completezza della rilevazione dell'utenza nota. Per l'utenza alcoldipendente tale copertura può essere parziale in quanto possono essere presenti sul territorio altre strutture di trattamento che attirano utenza con problematiche legate al consumo di bevande alcoliche senza che essa sia nota ai Nuclei Operativi Alcologia operanti sul territorio stesso, causando una possibile distorsione delle stime.
Per l'anno 2007, utilizzando la metodologia del Moltiplicatore semplice, sono stimati circa 4.400 utilizzatori problematici di bevande alcoliche, corrispondenti a 6,6 soggetti ogni mille residenti.
Per l'anno 2008, con il metodo Cattura/Ricattura, sono state elaborate stime della prevalenza degli utilizzatori problematici di bevande alcoliche incrociando i flussi relativi all'utenza in carico ai NOA ed alle SDO con diagnosi principale o concomitante riconducibile all'uso di alcolici, come riportato in Tabella 4.7.
Si stimano poco più di 4.600 utilizzatori problematici di bevande alcoliche residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza stimata pari a 7,0 soggetti (IC 95% 6,0 – 7,7) residenti ogni mille di età a rischio.

Tabella 4.7: Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2007-2008.

		Casi prevalenti			Prevalenza		
Annualità	**Metodologia**	**Stima**	**IC (95%)**		**Stima**	**IC (95%)**	
2007	Moltiplicatore semplice	4.345	-	-	6,6	-	-
2008	Cattura/Ricattura	4.648	3.958	5.107	7,0	6,0	7,7

Così come per gli oppiacei e gli stimolanti, anche per l'alcol il valore di stima, stante comunque un'elevata variabilità delle stime stesse, non si discosta in maniera significativa da quello registrato nell'anno precedente.

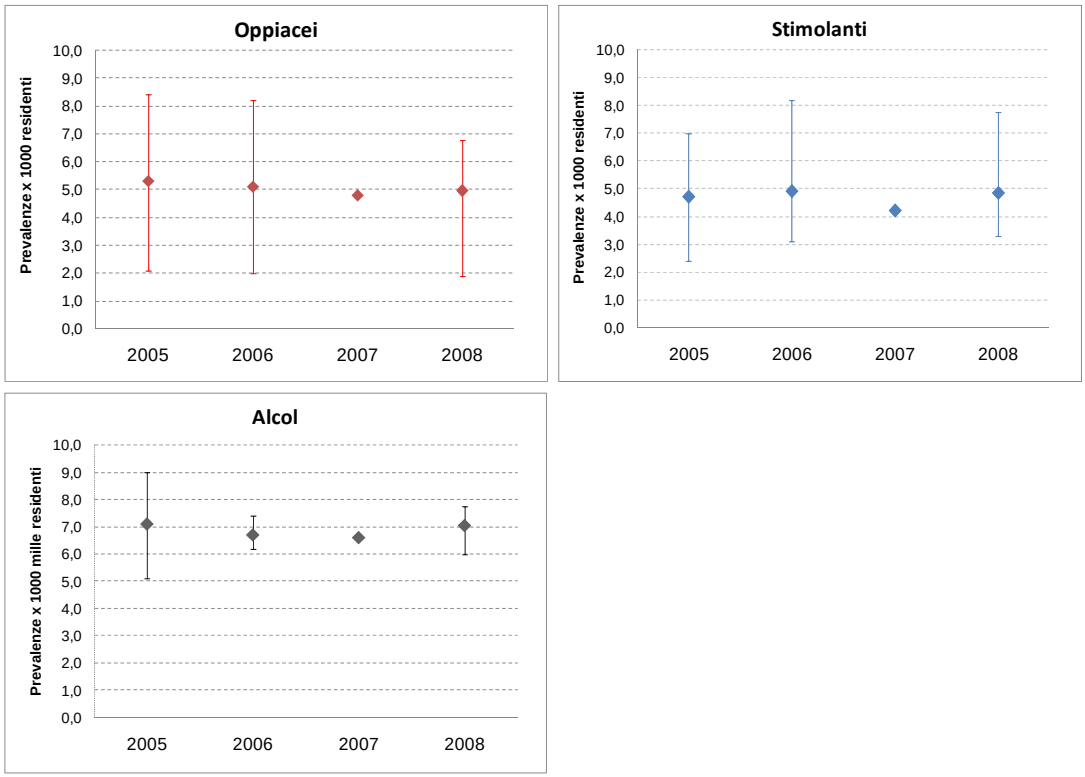
4.8 TREND 2005-2008 DELLE STIME DEL NUMERO DI SOGGETTI ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO PER USO DI OPPIACEI, STIMOLANTI ED ALCOL

Per le tre sostanze in esame, l'andamento temporale delle stime di prevalenza (Grafico 4.43) conferma una sostanziale sovrapposizione dei valori relativi ai soggetti eleggibili al trattamento.

Rispetto al 2005 e al 2006, relativamente agli oppiacei si osserva per il biennio 2007/2008 una lieve diminuzione, mentre per gli stimolanti nel 2007 il dato è poco inferiore rispetto alle annualità precedenti, mentre è sovrapponibile nel 2008.

Infine per quanto riguarda le stime relative agli utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di alcol si osserva la stessa tendenza nelle tre annualità a confronto.

Grafico 4.43: Utilizzo problematico oppiacei, stimolanti e alcol, stime e IC (95%) dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2005-2008.



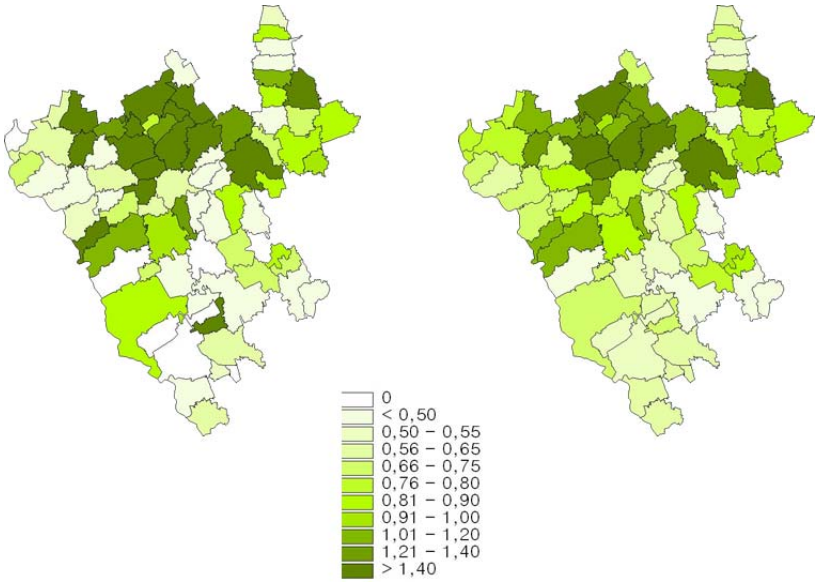
4.9 MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

In un fenomeno in evoluzione e fortemente radicato sul territorio qual è quello delle tossicodipendenze risulta di notevole interesse analizzare la dimensione spaziale.
Coerentemente con quanto fatto per gli anni 2005 e 2006, i soggetti residenti transitati presso i servizi della ASL sono stati ricollocati sul territorio in base al comune di residenza.
Tra tutti gli utenti sono stati inclusi nell'analisi i soggetti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, in linea con gli standard europei; i diversi utilizzatori sono stati inoltre raggruppati in tre diverse tipologie in base alla sostanza d'abuso primaria: utilizzatori di oppiacei (eroina, morfina ed altri oppiacei), utilizzatori di stimolanti (cocaina, crack, amfetamine, ecstasy ed altri stimolanti) e utilizzatori di cannabinoidi.

4.9.1 Consumatori di oppiacei

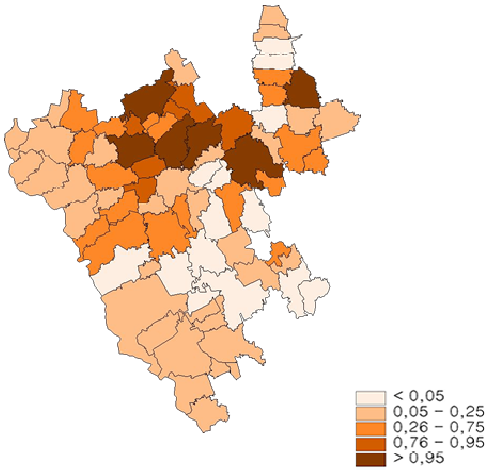
Il Grafico 4.44 riporta le mappature delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) relative ai 658 utenti residenti utilizzatori di oppiacei transitati nei servizi della ASL.

Grafico 4.44: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2008.



La mappatura che riporta i valori di prevalenza stimati sembra suggerire prevalenze più elevate nella parte settentrionale del territorio della ASL, a conferma di questo, dalla mappa che riporta i valori di probabilità a posteriori è evidente come nella parte alta della regione si concentri un gruppo di comuni per i quali i valori di prevalenza stimati risultano maggiori, in maniera significativa o tendenziale, rispetto al valore di riferimento.

Grafico 4.45: Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2008.

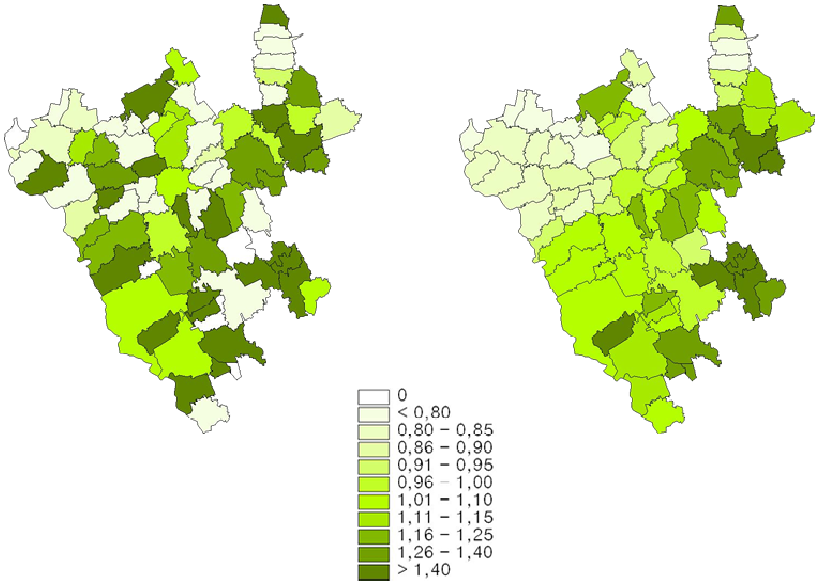


In particolare sono 7 i comuni per i quali il valore di prevalenza stimato risulta maggiore del valore medio della ASL (Limbiate, Legnano, Busto Garolfo, Parabiago, Nerviano, Rho) e a questi si aggiungono altri 6 comuni per i quali la prevalenza stimata è invece maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale (Cerro Maggiore, San Vittore Olona, Lainate, Villa Cortese, Casorezzo e Ossona). Questi comuni si raggruppano tutti in un cluster nella parte settentrionale del territorio nell'area tra Legnano e Rho.
Praticamente in tutta la fascia occidentale si concentrano i 33 comuni per i quali la prevalenza stimata è tendenzialmente minore del valore di riferimento mentre i 14 comuni per i quali la probabilità a posteriori indica valori di prevalenza stimati significativamente minori rispetto al valore medio della ASL si concentrano prevalentemente nell'area centro-orientale.
Sparsi nella parte settentrionale del territorio risultano invece i 18 comuni che fanno rilevare valori di prevalenza stimati non differenti dal valore di riferimento.
Confrontando la distribuzione individuata con le analisi condotte, con la stessa metodologia, negli anni precedenti, non si osservano cambiamenti nella distribuzione spaziale del fenomeno.

4.9.2 Consumatori di stimolanti

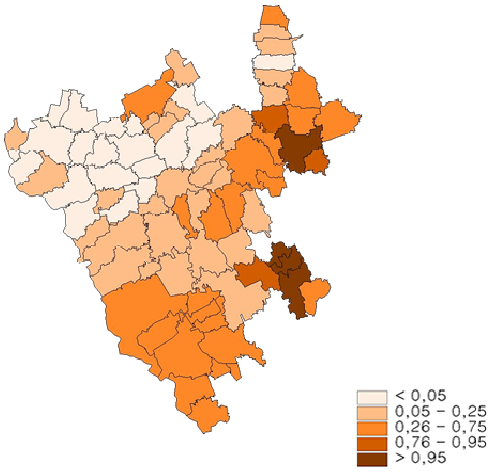
Le mappature dei valori di prevalenza osservati (a) e stimati (b) relativi ai 663 utilizzatori di oppiacei sono riportate rispettivamente nel Grafico 4.46.

Grafico 4.46: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2008.



Dalla mappatura che riporta i valori di probabilità a posteriori sembra emergere una netta differenziazione del territorio della ASL rispetto alla prevalenza di utilizzatori di questo tipo di sostanze.
Nella parte nord occidentale della regione si concentrano tutti i 19 comuni che riportano valori di prevalenza stimati significativamente minori del valore medio della ASL.
Nella parte centrale si concentrano invece quasi tutti i 28 comuni per i quali il valore di prevalenza stimato risulta tendenzialmente minore rispetto al valore di riferimento.

Grafico 4.47: Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2008.

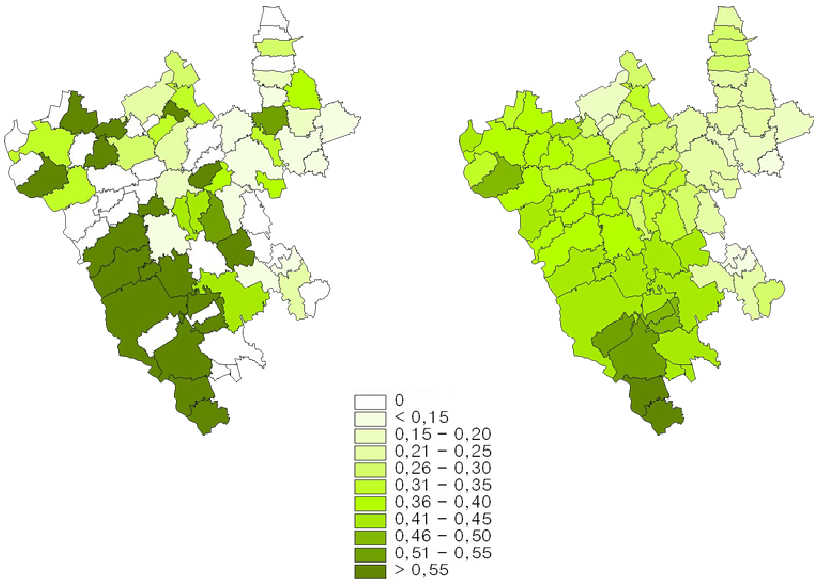


4 comuni fanno osservare una prevalenza stimata significativamente maggiore del valore medio della ASL: Bollate lungo il confine nord orientale e Cesano Boscone, Corsico e Buccinasco che si raggruppano nella punta orientale a confine con la ASL Milano 2 e con la ASL Milano Città.
A ridosso di questi comuni si collocano i 3 comuni che fanno rilevare una prevalenza stimata tendenzialmente maggiore della media della ASL: Garbagnate Milanese e Novate Milanese a ridosso di Bollate e Trezzano sul Naviglio nella punta orientale.
Rispetto alle analisi condotte negli anni precedenti si osserva una distribuzione spaziale maggiormente delineata e soprattutto il passaggio di tutta l'area nord occidentale a valori di prevalenza inferiori (in maniera significativa o tendenziale) rispetto al riferimento.

4.9.3 Consumatori di cannabinoidi

Nel Grafico sono riportate le mappature relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per i 68 utilizzatori di cannabis censiti e residenti nel territorio della ASL.

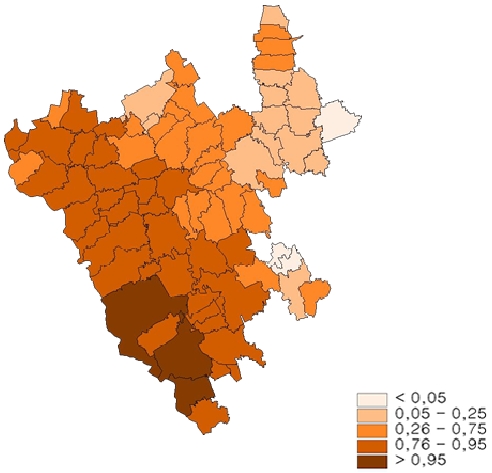
Grafico 4.48: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2008.



Dalla mappa che riporta le probabilità a posteriori emerge una distribuzione spaziale dell'utenza ben delineata.
A differenza di quanto osservato per le altre tipologie di utilizzatori, è evidente come in questo caso per la maggior parte dei comuni che compongono il territorio della ASL si rilevi una prevalenza stimata significativamente o tendenzialmente maggiore rispetto al riferimento.
Sono, infatti, 3 i comuni per i quali la prevalenza stimata è significativamente maggiore del valore di riferimento (Abbiategrasso, Morimondo e Besate), mentre per altri 33 comuni la prevalenza stimata risulta tendenzialmente maggiore del valore medio della ASL.
Questi comuni coprono la fascia occidentale e tutta la parte meridionale della ASL.

Nella parte settentrionale a ridosso dei comuni con prevalenza stimata tendenzialmente o significativamente maggiore del riferimento si concentrano i 25 comuni per i quali la prevalenza stimata non differisce dal valore di riferimento.

Grafico 4.49: Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2008.



Infine per 3 comuni si osserva una prevalenza stimata significativamente inferiore rispetto al valore medio della ASL (Paderno Dugnano, Cesano Boscone e Corsico) e per 13 comuni la prevalenza stimata è invece tendenzialmente minore rispetto al riferimento.
Questi comuni si collocano nella parte nord orientale e nella punta orientale a confine con la ASL Milano 2 e con la ASL Milano Città.
Rispetto a quanto osservato per gli anni precedenti si osserva un notevole aumento del numero di comuni con valori di prevalenza tendenzialmente maggiori rispetto alla media della ASL, in particolare se nel 2006 tutta l'area centro-orientale e meridionale mostrava valori di prevalenza in linea con la media della ASL, nel 2008 si rileva il passaggio di tutta questa area a valori di prevalenza tendenzialmente maggiori rispetto la riferimento.

Conclusioni
L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza sul territorio della ASL di Milano 1 evidenzia pattern differenti per le tre tipologie di utilizzatori in esame.
In particolare, sia rispetto al consumo di oppiacei che di stimolanti, l'immagine che ne emerge è quella di un fenomeno che risulta molto concentrato sul territorio dato che per la maggior parte dei comuni si rilevano valori di prevalenza minori (in maniera significativa o tendenziale) rispetto alla media della ASL, mentre pochi comuni fanno osservare una prevalenza maggiore del valore di riferimento.
In particolare, nel caso degli utilizzatori di oppiacei, si rileva una concentrazione dell'utenza maggiore nella parte settentrionale della ASL, nell'area tra Legnano e Rho.
Rispetto agli utilizzatori di stimolanti si rilevano invece pochi comuni sparsi nella parte orientale della ASL che fanno osservare valori di prevalenza stimati

maggiori del riferimento: alcuni di questi si raggruppano attorno a Bollate, gli altri si concentrano nell'area vicino a Corsico.
Differente è la situazione evidenziata per gli utilizzatori di cannabis, in questo caso si rileva un'ampia area che copra la parte centrale e meridionale del territorio dove si concentrano i comuni per i quali il valore di prevalenza stimato risulta maggiore (in maniera significativa o tendenziale) del valore di riferimento.

5. TRATTAMENTI ED INTERVENTI

5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale

5.1.1 Sedi del servizio Tossicodipendenze
5.1.2 Sedi del servizio Alcoldipendenze
5.1.3 Strutture del privato sociale accreditato: disponibilità, occupazione e rette
5.1.4 Spesa per trattamenti residenziali

5.2 Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistititi e non farmacologicamente assistiti

5.2.1 Trattamenti droga correlati tra i soggetti in carico presso i SerT
5.2.2 Trattamenti alcol correlati tra i soggetti in carico presso i NOA

5.3 Interventi rivolti a terget emergenti

5.3.1 Mosaico
5.3.2 Progetto Cocaina
5.3.3 Interventi per Giocatori d'Azzardo Patologici

5.4 Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi

5.4.1 Sistema di monitoraggio e di allerta rapido
5.4.2 Unità Mobile Giovani – Confronti fra i territori della provincia di Milano

5.1 RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE

5.1.1 Sedi del Servizio Tossicodipendenze

Le sedi del servizio di tossicodipendenze presenti sul territorio della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Milano 1 nel periodo 2007- 2008 sono cinque e, più precisamente:

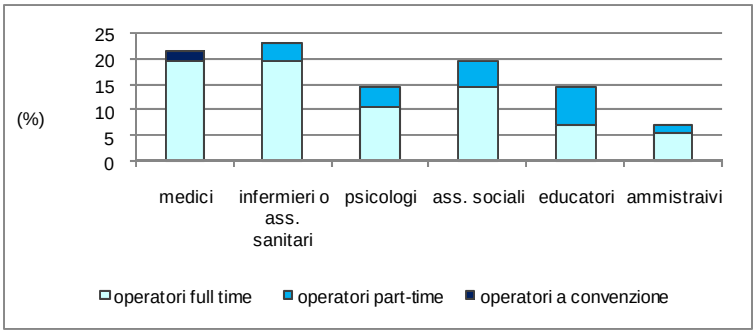
la sede di Corsico,
la sede di Limbiate,
la sede di Magenta,
la sede di Parabiago,
la sede di Rho.

Nel 2008 risultano 0,75 servizi per le tossicodipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 383 utenti tossicodipendenti.

Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i SerT

Il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario, Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze (Schede SER. 01, SER. 02).
Il totale degli addetti alle tossicodipendenze è pari a 56, di questi il 22% medici, il 23% infermieri o assistenti sanitari, il 14% psicologi, il 20% assistenti sociali, il 14% educatori ed il 7% amministrativi. Il 77% degli operatori è impiegato a tempo pieno, contro il 21% impiegato a tempo parziale ed il 2% a convenzione(Grafico 5.1).
Il rapporto tra gli operatori che lavorano nel campo delle tossicodipendenze e la popolazione a rischio residente sul territorio è di 1 a 11.780 circa.

Grafico 5.1: Caratteristiche del personale assegnato al servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.



5.1.2 Sedi del servizio Alcoldipendenze

Le sedi del servizio per le alcoldipendenze presenti sul territorio della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Milano 1 nel periodo 2007-2008 sono tre:

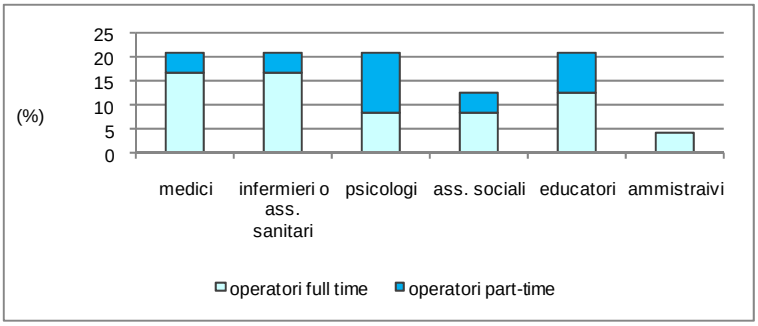
la sede di Abbiategrasso,
la sede di Legnano,
la sede di Limbiate.

Nel 2008 risultano 0,45 servizi per le alcoldipendenze ogni 100.000 abitanti della fascia a rischio ed ogni servizio ha in media in trattamento circa 331 utenti alcoldipendenti.

Il personale operante nel campo delle tossicodipendenze: i NOA

Anche per quanto riguarda l'analisi sui servizi delle alcoldipendenze, il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario, Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze (Schede SER. 01, SER. 02).
Gli addetti alle alcoldipendenze in totale sono 24: il 21% medici così come gli infermieri o assistenti sanitari, gli psicologi e gli educatori; il 12% assistenti sociali ed il 4% amministrativi.
Il 67% degli operatori sono impiegati a tempo pieno, il 33% a tempo parziale.
Considerando la popolazione residente a rischio ed i servizi per le alcoldipendenze, si calcola un rapporto di un operatore ogni 27.488 soggetti circa.

Grafico 5.2: Caratteristiche del personale assegnato al servizio per qualifica, rapporto e tempi di lavoro.



5.1.3 Strutture del privato sociale accreditato: disponibilità, occupazione e rette

Gli Enti Accreditati che ad oggi gestiscono le strutture residenziali hanno una presenza storica nel territorio dell'ASL Milano 1 che negli anni si è tradotta in azioni di collaborazione con i servizi e nel loro coinvolgimento nella gestione di attività di prevenzione e trattamento su progetti specifici attivati nel territorio.
Nell'arco degli ultimi anni, infatti gli operatori di tali Enti hanno partecipato insieme ai SerT e NOA ad iniziative quali: attività di educazione alla salute in ambito scolastico, reinserimento socio-lavorativo, attività formative per gli operatori delle dipendenze organizzati dall'ASL. Inoltre i rappresentanti di tali organizzazioni hanno partecipato attivamente agli incontri del Coordinamento Territoriale per le progettazioni ex-lege 45/99 e dell'attuale Tavolo Tematico.
Gli Enti Gestori attualmente presenti sul territorio della ASL Milano 1 con strutture in grado di accogliere soggetti con disturbo da dipendenza e/o da alcol sono:

- Associazione Dianova Onlus
- Associazione Fides Onlus
- Associazione Micaela Onlus
- Cooperativa Sociale " A Stefano Casati"
- Cooperativa Sociale Contina

e gestiscono complessivamente, nel territorio dell'ASL Milano 1, 6 unità d'offerta residenziali a carattere Pedagogico Riabilitativo e Terapeutico Riabilitativo. Nel corso dell'anno 2007 è stato accreditato da parte dell'Associazione Dianova Onlus all'interno della struttura di Garbagnate Milanese un nuovo modulo di Servizio di Accoglienza.

Inoltre, dal terzo trimestre 2008 l'associazione ASPRU Risvegli onlus, ha avuto l'accreditamento della struttura "Alba di Bacco" specialistica per alcool e polidipendenti, che è passata dal 1° gennaio 2009 nell'ASL di Monza-Brianza, a seguito della ridefinizione degli ambiti territoriali.
Nella tabella seguente è riportata per l'anno 2008 l'articolazione delle strutture accreditate per tipologia di modulo, distribuzione posti letto, indice di saturazione riferito agli utenti inseriti (compresi extralombardi).

Tabella 5.1: Strutture accreditate per tipologia di modulo, distribuzione posti letto, indice di saturazione. Anno 2008.

	Classificazione unità d'offerta	Tariffa giornaliera	N. posti accreditati	Indice di saturazione 2008
ALBA DI BACCO - Via Garibaldi, 33 - 20051 LIMBIATE (MI) Tel. 0283241125	SPECIALISTICA Residenziale-alcool e polidipendenti	120 €	15	75,81% su III e IV TRIM
COMUNITA' TERAPEUTICA di GARBAGNATE - Viale Forlanini 121 - 20024 Garbagnate Milanese (MI) Tel. 0299026312	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale	44,40 €	30	74,17%
COMUNITA' TERAPEUTICA di GARBAGNATE - Viale Forlanini 121 - 20024 Garbagnate Milanese (MI) Tel. 0299026312	Servizio ACCOGLIENZA Residenziale	58,80 €	8	79,59%
COMUNITA' IRENE Via San Carlo - Cascina Poglianasca 7 - 20010 Arluno (MI) Tel. 0290377333	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale	52,80 €	14	56,83%
COMUNITA' "A STEFANO CASATI" - Via per Riazzolo Cascina Vecchia Scamozza 1 - 20080 Albairate (MI) Tel. 029406219 Fax 029406219	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale	52,80 €	9	59,91%
COMUNITA' CASCINA CONTINA - Via Cascina Contina - 20088 Rosate (MI) Tel. 0290849494 Fax 0290849493	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale	44,40 €	16	94,66%
COMUNITA' ERGORERAPICA – MESERO – Via Grandi 3/5 - 20010 Mesero (MI) Tel. 029787273	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale	44,40 €	9	44,57%
COMUNITA' FIDES "CA' NOSTRA" - Via Trento 82 - 20011 Corbetta (MI) Tel. 02/97272500	Servizio PEDAGOGICO Riabilitativo Residenziale	44,40 €	9	83,41%
	Totale posti accreditati		**110**	

Dei 110 posti accreditati nell'anno 2008, 8 sono di accoglienza, 23 sono di tipo terapeutico riabilitativo, 64 di tipo pedagogico riabilitativo e 15 con specifica specializzazione.

Tabella 5.2: Strutture accreditate: tipologie e specificità di trattamento.

Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento

Contina Coop. Sociale	pedagogico riabilitativo Residenziale	• Primo contatto;
		• Valutazione diagnostica multidisciplinare;
		• Attività educative e momenti pedagogici riabilitativi;
			• Mista
			• Nuclei familiari (Coppie e/o madre/padre con figli)
				• Centralità dell'attività ergoterapica di laboratorio:
				  • Falegnameria e restauro del mobile
				  • Restauro di moto d'epoca, auto- e moto-manutenzione
				  • Gestione verde, orto e animali
				• Gestione delle case in una dimensione familiare
				• Psicoterapia individuale e/o di coppia
				• Terapia riabilitativa fisica
				• Studio/recupero scolastico
				• Esperienze educative esterne alla comunità
				• Corsi di Formazione professionale
				• Lavoro con la/e famiglia/e di origine
				• Sostegno alla coppia
				• Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie
				• Colloqui di sostegno
				• Collaborazione con i servizi territoriali
				• Reinserimento sociale e lavorativo (Risocializzazione)

Società Coop. Sociale onlus A Stefano Casati	Terapeutico riabilitativo residenziale	• Primo contatto; • Valutazione diagnostica multidisciplinare; • Supporto psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo	• Solo maschi; • sia minorenni che maggiorenni; • alternativa alla detenzione; • agli arresti; • sia italiani che stranieri;	• Partecipazione a gruppi di comunità tematici; • Terapia riabilitativa fisica; • Studio/recupero scolastico; • Esperienze educative esterne alla comunità; • Corsi di Formazione professionale; • Attività di laboratorio; • Sostegno alla famiglia; • Sostegno alla coppia; • Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie; • Colloqui di sostegno; • Collaborazione con i servizi territoriali; • Reinserimento sociale e lavorativo;

Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Associazione Fides Onlus	Pedagogico riabilitativo residenziale	• Primo contatto; • Valutazione diagnostica multidisciplinare; • Attività educative e momenti pedagogici riabilitativi;	• Solo maschi; • italiani o stranieri di maggiore età; • alternativa alla detenzione;	• Percorso suddiviso in due fasi e due sedi ad esse destinate; • Partecipazione a gruppi di comunità tematici; • Terapia riabilitativa fisica; • Studio/recupero scolastico; • Corsi di Formazione professionale; • Attività di laboratorio; • Esperienze educative esterne alla comunità; • Sostegno alla famiglia; • Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie; • Colloqui di sostegno; • Collaborazione con i servizi territoriali; • Reinserimento sociale e lavorativo;
Associazione Micaela onlus	Terapeutico riabilitativo	• Primo contatto; • Valutazione diagnostica multidisciplinare; • Supporto psicologico individuale/di gruppo e attività di psicoterapia strutturata individuale e/o di gruppo	• Solo donne anche di età inferiore ai 18 anni	• Partecipazione a gruppi di comunità tematici; • Terapia riabilitativa fisica; • Yoga; • Esperienze educative esterne alla comunità; • Studio/recupero scolatico; • Corsi di Formazione professionale; • Attività di laboratorio; • Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie; • Colloqui di sostegno; • Collaborazione con i servizi territoriali; • Reinserimento sociale e lavorativo e abitativo;

Ente	Servizio	Prestazione previste da DGR 12621	Tipologia ospiti	Specificità del trattamento
Associazione Dianova onlus	Pedagogico riabilitativo residenziale	• Primo contatto; • Valutazione diagnostica multidisciplinare; • Attività educative e momenti pedagogici riabilitativi;	• Mista; • alternativa alla detenzione; • agli arresti; • sia italiani che stranieri;	• auto-mutuo aiuto; • prevalente attenzione al graduale percorso di responsabilizzazione; • Partecipazione a gruppi di comunità tematici; • Terapia riabilitativa fisica; • Studio/recupero scolastico; • Esperienze educative esterne alla comunità; • Corsi di Formazione professionale; • Attività di laboratorio; • Verifiche periodiche presso il proprio ambiente socio-familiare; • Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie; • Colloqui di sostegno; • Collaborazione con i servizi territoriali; • Reinserimento sociale e lavorativo
	Accoglienza residenziale	• Accesso non selezionato di soggetti; • Valutazione stato di salute; • Identificazione e impostazione di un programma complessivo; • Accompagnamento a percorsi strutturati; • Consulenza e supporto a carattere psicologico; • Supporto medico	• Mista; • sia italiani che stranieri;	• motivazione al trattamento; • trattamento farmacologico; • supporto psichiatrico; • Partecipazione a gruppi di comunità tematici; • Terapia riabilitativa fisica; • Studio/recupero scolastico; • Esperienze educative esterne alla comunità; • Corsi di Formazione professionale; • Attività di laboratorio; • Accompagnamenti presso strutture sanitarie/sociali e giudiziarie; • Colloqui di sostegno; • Collaborazione con i servizi territoriali; • Reinserimento sociale e lavorativo

A partire dal 2008 a seguito dell'applicazione della DGR 5509 del 10/10/2007, le procedure per l'inserimento di soggetti con problematiche di dipendenza nelle Comunità residenziali sono radicalmente cambiate. Nel riconoscere il diritto di libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate ai sensi della DGR 12621/2003, previa certificazione dello stato di dipendenza rilasciata dai Servizi Territoriali per le Dipendenze e dai Servizi Multidisciplinari Integrati, è stato assegnato ad ogni ASL un budget per la retribuzione di prestazioni rese nel

territorio di competenza, per coprire le spese relative alle rette riferite a cittadini lombardi indipendentemente dalla ASL di residenza del soggetto.
Tale budget è stato successivamente ripartito da ogni ASL fra le strutture accreditate presenti sul proprio territorio, costituendo in tal modo il limite massimo entro il quale ogni struttura ha la garanzia di avere riconosciuti i propri costi.
Infine, oltre ad estendere a 36 mesi la durata massima del trattamento per i Servizi Terapeutico Riabilitativi e Pedagogico Riabilitativi, la stessa DGR 5509/2007 ha aggiornato il sistema di remunerazione tariffaria delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali accreditate ai sensi della DGR 12621/2003, in considerazione dell'incremento dell'impegno clinico e assistenziale in tutte le tipologie di servizio e in particolare in quelle per il trattamento di persone affette da patologia psichiatrica o da patologia correlata all'abuso di alcol o più sostanze.
Pertanto, secondo le nuove tabelle regionali, le rette sono passate già dal quarto trimestre 2007 da 44,00€ a 52,80€ al giorno per soggetto inserito per il modulo terapeutico riabilitativo, da 37,00€ a 44,40€ per quello pedagogico riabilitativo e da 54,00€ a 120,00€ per il modulo specialistico per doppia diagnosi e per quello per i polidipendenti.
La cifra assegnata per l'anno 2008 all'ASL Milano 1 per l'acquisto di prestazioni rese nel territorio di competenza ammonta a 1.040.000,00€, comprensivo degli adeguamenti in corso d'anno.
Nella tabella successiva è riportata l'articolazione per l'anno 2008 del budget di produzione assegnato a ciascuna singola struttura, la retta giornaliera, il livello di saturazione riferito agli utenti lombardi e la quantificazione delle prestazioni effettivamente rese dalle strutture per l'accoglienza degli utenti lombardi.
Come è possibile rilevare dalla tabella successiva ad esclusione dell'Associazione Micaela in tutte le altre strutture il budget assegnato non è stato sufficiente a coprire l'ammontare delle rette degli utenti inseriti in corso d'anno. Gli enti gestori hanno comunque garantito l'accoglienza delle persone che necessitavano d'intervento, assumendosi gli oneri, non sapendo a priori se avrebbero potuto disporre di eventuali integrazioni di budget. Della produzione complessiva di servizi, effettuata nel 2008, si è tenuto conto per meglio dimensionare e negoziare con la regione il budget per l'anno corrente.

Tabella 5.3: Strutture per articolazione del budget di produzione assegnato, retta giornaliera, livello di saturazione, quantificazione delle prestazioni rese. Anno 2008.

Unità d'offerta	Retta giornaliera euro	Indice saturazione res. Lombardi	Budget assegnato	prodotto
Alba di bacco	120,00	75,81	226.800,74	245.640,00
Casati	52,80	41,46	54.852,60	71.913,60
Contina	44,40	84,66	200.961,60	219.513,60
Dianova sar (legenda)	58,80	65,24	269.293,60	299.692,80
Dianova prr (legenda)	44,40	38,60		
Fides Corbetta	44.40	56,26	114.530,60	114.552,00
Fides Mesero	44.40	22,28		
Micaela Comunità Irene	52,80	56,83	173.561,60	153.331,20
			1.040.000,00	1.104.643,20

Un discorso a parte merita la quota relativa agli inserimenti in strutture fuori regione di soggetti residenti nell'ASL Milano 1, che avviene previa autorizzazione ed assunzione di impegno di spesa da parte dell'ASL di residenza. Per tale spesa è stato assegnato uno specifico budget, che nel 2008 ha toccato i 324.064,00 euro. Per quanto riguarda le caratteristiche di tali interventi si rimanda al capitolo successivo.

5.1.4 Spesa per trattamenti residenziali

In questa parte viene considerata la spesa degli anni 2007-2008 riferita agli utenti residenti nella nostra ASL che hanno usufruito di un trattamento residenziale in strutture riabilitative accreditate sia regionali che extra-regionali. Spesa che nel 2007 veniva direttamente erogata dalla ASL in prima battuta, mentre nel 2008 viene sostenuta in un secondo momento attraverso il meccanismo della compensazione tra le diverse ASL.

Tabella 5.4: Spesa degli utenti residenti nella ASL MI1 per trattamenti residenziali in strutture riabilitative accreditate regionali ed extra-regionali. Anni 2007-2008.

	Strutture in ASL	Strutture in altre ASL lombarde	Strutture fuori regione	Totale
2007	175.832,00	1.372.727,31	280.140,60	1.828.699,91
2008	265.850,00	2.173.365,00	324.064,00	2.763.279,00
Differenza %	51,2	58,3	15,7	51,1

Appare immediatamente evidente un forte aumento della spesa che va considerato in relazione all'applicazione della DGR 5509 e alle sue ricadute sotto diversi aspetti: accesso diretto dell'utenza, adeguamento di retta dei diversi moduli, prolungamento dei tempi di trattamento per il modulo Terapeutico.
In particolare, per i pazienti in doppia diagnosi il raddoppio della retta per le strutture dedicate, rendendo superflua la compartecipazione della spesa a valere sul budget sanitario, ha di fatto facilitato gli accessi.
Nella tabella seguente è riportata la suddivisione dei soggetti inseriti nell'anno 2007 per tipologia di modulo specialistico, dato che per l'anno 2008 non è disponibile in relazione al nuovo sistema di monitoraggio.

Tabella 5.5: Soggetti inseriti per tipologia di modulo specialistico. Anno 2007.

Tipologia modulo	n. soggetti	%
SAR Servizio di accoglienza	8	3,3
SPR1 Coppie con figli	10	4,1
SPR2 Comorbilità psichiatrica	19	7,2
SPR3 Alcoldipendenza e polidipendenza	7	2,9
PRR Tratt. pedagogico-riabilitativo residenziale	29	12,1
TRR Tratt. terapeutico-riabilitativo residenziale	156	65,3
TRS Tratt. terapeutico-riabilitativo semi-residenziale	5	2,1
CPT Tratt. ambulatoriale individuale	5	2,1
Totale	239	100

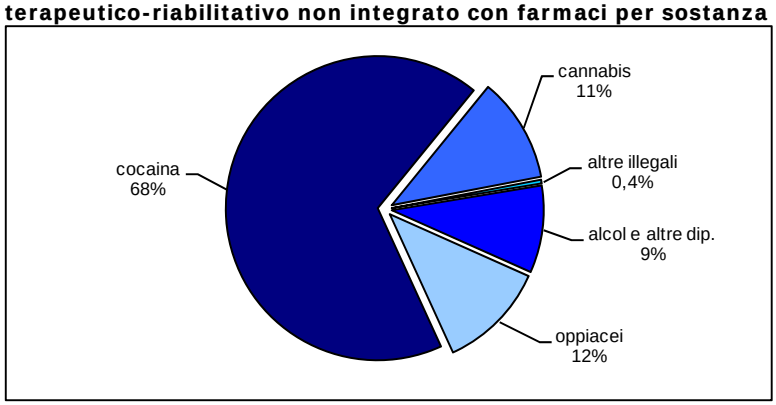
Tale situazione non ha scostamenti di rilievo rispetto all'anno 2006 (i soggetti inseriti erano 234), soprattutto per le percentuali riferite alla distribuzione per tipologia delle strutture, sostanzialmente sovrapponibile.

Si evince dalla tabella che per la maggioranza dei soggetti il trattamento ritenuto idoneo dalle equipe curanti coincide con quello offerto dalle strutture Terapeutico-Riabilitative, che a differenza delle strutture pedagogiche sono tenute, in base agli standards di accreditamento regionali, a garantire un supporto psicologico individuale/di gruppo e attività psicoterapica strutturata. Ciò anche in relazione all'aumento dell'utenza cocainomane per la quale tale approccio è particolarmente indicato.
È pur vero che al 35% dell'utenza viene proposto un ventaglio di offerte trattamentali, fra le quali ha un ruolo sicuramente prevalente il modulo pedagogico riabilitativo, seguito dalle strutture per utenti in doppia diagnosi e dalle rimanenti tipologie.
Ciò a conferma della tendenza presente nei servizi, come previsto dal piano terapeutico individualizzato, di diversificare il tipo di programma sulla base delle esigenze emergenti nella specifica situazione.

5.2 TRATTAMENTI DIAGNOSTICO / TERAPEUTICO / RIABILITATIVI FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITITI E NON FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI

5.2.1 Trattamenti droga correlati tra i soggetti in carico presso i SerT La tipologia dei trattamenti evidenzia, all'analisi dei dati, una eterogeneità ed una differenziazione, motivata dal fatto che il servizio per le dipendenze ha il compito di realizzare per l'utente un programma terapeutico individualizzato, che necessariamente comporta quindi delle specificità legata al bisogno della persona. Di conseguenza i servizi hanno adattato i loro modelli di intervento in relazione all'emergere dei nuovi fenomeni o di nuove condotte di abuso.
Nell'anno 2008 in linea con l'aumento dell'utenza cocainomane, si è avuto un incremento dei programmi picosocioeducativi che si è attestato al 46%, anche se vi è ancora una percentuale maggioritaria dei trattamenti farmacologici integrati 47%, mentre invece, per il 7%, l'intervento è stato concentrato sulla fase diagnostica.
E' da precisare tuttavia che anche i trattamenti non farmacologici prevedono sempre una valutazione medica iniziale ed in itinere una sorveglianza clinica, caratterizzata anche dalla ricerca dei metaboliti urinari delle sostanze stupefacenti, per questo motivo, tale programma, si configura come multidisciplinare.
Di seguito vengono analizzati i trattamenti diagnostico-terapeutici riabilitativi non affiancati da terapie farmacologiche e i trattamenti farmacologicamente integrati. Dall'analisi emergono differenze significative tra i due collettivi.
I soggetti che hanno ricevuto esclusivamente trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo sono per il 90% maschi e la quota di nuovi utenti è simile a quella dei soggetti già in carico da anni precedenti (53% e 47% rispettivamente); l'elevata quota di utenti incidenti è correlata ad una consistente presenza di utilizzatori di cocaina (68%) e di cannabis (11%), tra i quali è maggiore la proporzione di utenti che hanno fatto ingresso per la prima volta nell'anno. La rimanente parte di questo collettivo utilizza per il 12% oppiacei e per il 9% bevande alcoliche o altre dipendenze. Inoltre, il 39% di questi soggetti è giunto ai servizi per scelta volontaria e il 18% a causa di un invio da parte delle autorità.

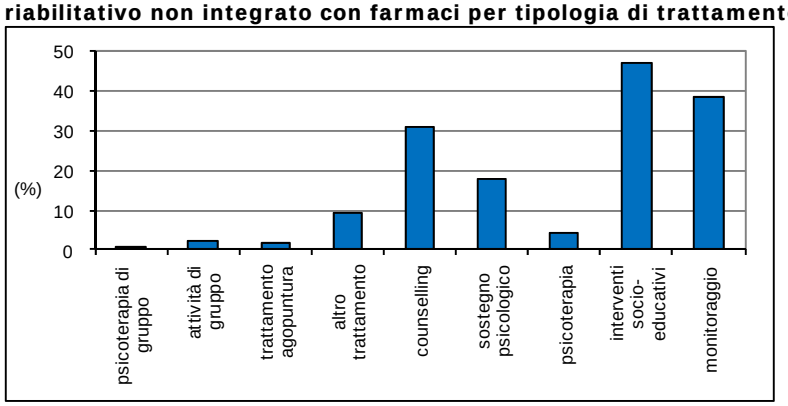
Grafico 5.3: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per sostanza primaria. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Per quanto riguarda le tipologie di trattamento, la maggior parte dei soggetti sono stati sottoposti, nel corso del 2008, a interventi socio-educativi (47%), al 31% dell'utenza sono stati erogati interventi di counselling, il 18% dei soggetti ha seguito interventi di sostegno psicologico e una quota consistente di utenti è stato sottoposto a monitoraggio (39%).

Grafico 5.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Rispetto alla sostanza primaria, emerge una distribuzione differente tra le tipologie di interventi rivolti agli utilizzatori di oppiacei, cocaina e cannabis.
La maggior parte dei soggetti in carico che fa uso di cannabis riceve, nel corso dell'anno, interventi socio-educativi (63%); è inferiore la quota di soggetti che risultano sottoposti a interventi di counselling e monitoraggio (26% e 29% rispettivamente), mentre una parte minore degli utilizzatori di cannabis risulta sottoposta nel corso dell'anno a interventi di sostegno psicologico (8%) e ad inserimento in attività di gruppo (11%).
Poco più della metà degli utilizzatori di oppiacei (52%) è stato sottoposto a interventi di monitoraggio e una quota consistente (39%) ad interventi socio-educativi, mentre una percentuale minore di questi utenti ha effettuato trattamenti di counselling (17%) e sostegno psicologico (10%).
Tra i soggetti cocainomani la maggior parte dei trattamenti rilevati si riferisce a interventi socio-educativi (45%), seguiti da interventi di monitoraggio (39%) e di counselling (35%); tra le altre tipologie di trattamenti, il 22% dei soggetti ha seguito interventi di sostegno psicologico, l'11% altri trattamenti e il 4% di questi utenti risulta sottoposto a psicoterapia individuale.

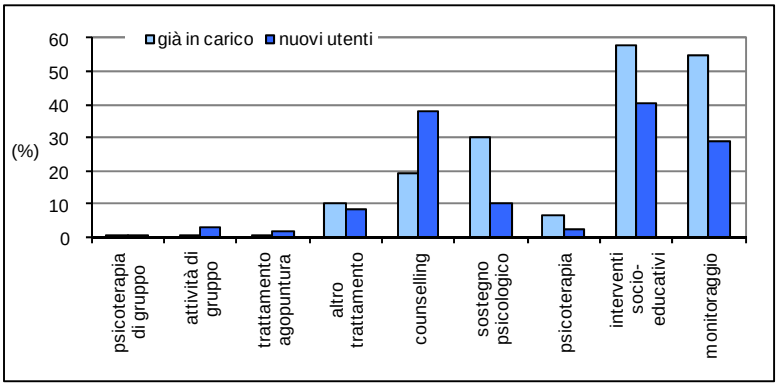
Tabella 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2008.

	Oppiacei	Cocaina	Cannabis	Alcol e altre dipendenze
Psicoterapia di gruppo	1,1	0,8	0,0	1,4
Attività di gruppo	0,0	0,6	10,6	5,6
Trattamento agopuntura	0,0	1,7	0,0	2,8
Altro trattamento	6,8	10,8	5,9	4,2
Counselling	17,0	34,7	25,9	19,7
Sostegno psicologico	10,2	22,0	8,2	12,7
Psicoterapia individuale	1,1	4,4	1,2	9,9
Interventi socio-educativi	38,6	44,6	63,5	60,6
Monitoraggio	52,3	39,2	29,4	32,4

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Distinguendo le differenti tipologie di trattamento tra nuovi utenti e soggetti già in carico, si osserva tra i nuovi utenti una percentuale maggiore di soggetti sottoposti a counselling (38% contro 19% dei già conosciuti), mentre più bassa risulta la percentuale di soggetti sottoposti a monitoraggio (29% contro 55% dei già conosciuti), interventi socio-educativi (40% contro 58% dei già conosciuti) e sostegno psicologico (10% contro 30% dei già conosciuti).

Grafico 5.5: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento e presenza nel servizio. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Per approfondire l'attività svolta all'interno dei servizi, sono state analizzate le tipologie di intervento in relazione alla sostanza di abuso primaria e al momento di ingresso all'interno dei servizi (Tabella 5.7).
Fra gli utilizzatori di oppiacei, gli utenti incidenti ricevono in misura maggiore interventi di counselling (42% contro l'8% dei soggetti già in carico) e di psicoterapia di gruppo, invece il sostegno psicologico, gli interventi socio educativi e il monitoraggio risultano rivolte in misura maggiore agli utenti già in carico.
Fra gli utenti incidenti, anche gli utilizzatori di cocaina presentano quote più elevate per gli interventi di counselling (52% contro il 18% dei soggetti già in carico), e percentuali più basse per gli interventi di monitoraggio (37% contro il 41% dei soggetti già in carico) e sostegno psicologico (17% contro il 27% dei soggetti già in carico).

Tabella 5.7: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2008.

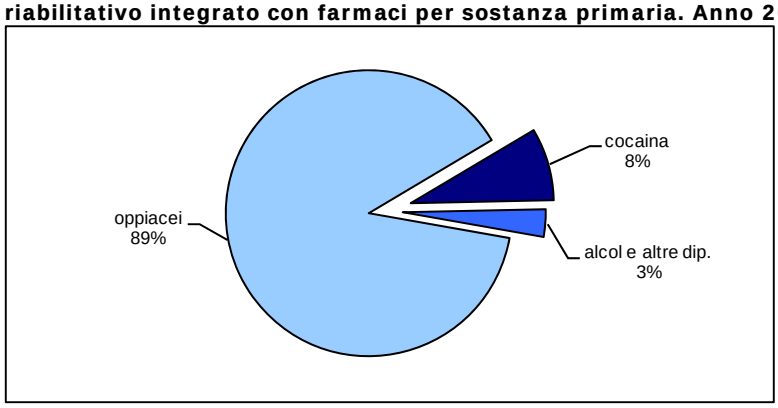
		Oppiacei	Cocaina	Cannabis	Alcol
Già in carico	Psicoterapia di gruppo	0,0	0,8	0,0	0,0
	Attività di gruppo	0,0	0,4	0,0	3,4
	Trattamento agopuntura	0,0	0,8	0,0	0,0
	Altro trattamento	7,8	8,7	6,3	3,4
	Counselling	7,8	18,3	0,0	10,3
	Sostegno psicologico	12,5	27,0	12,5	24,1
	Psicoterapia individuale	1,6	5,7	6,3	6,9
	Interventi socio-educativi	43,8	43,3	75,0	58,6
	Monitoraggio	57,8	41,1	56,3	27,6
Nuovi utenti	Psicoterapia di gruppo	4,2	0,8	0,0	2,4
	Attività di gruppo	0,0	0,8	13,0	7,1
	Trattamento agopuntura	0,0	2,7	0,0	4,8
	Altro trattamento	4,2	12,9	5,8	4,8
	Counselling	41,7	51,8	31,9	26,2
	Sostegno psicologico	4,2	16,9	7,2	4,8
	Psicoterapia individuale	0,0	3,1	0,0	11,9
	Interventi socio-educativi	25,0	45,9	60,9	61,9
	Monitoraggio	37,5	37,3	23,2	35,7

Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Tra gli utilizzatori di cannabis il counselling e gli interventi di gruppo sono interventi rivolti esclusivamente agli utenti al primo ingresso al servizio (rispettivamente 32% e 13% contro nessuno tra i soggetti già in carico), mentre il proseguimento del percorso terapeutico risulta caratterizzato dagli interventi socioeducativi (75% contro il 61% tra i nuovi utenti), dal monitoraggio (56% contro il 23% tra i nuovi utenti), dagli interventi di sostegno psicologico (13% contro il 7% tra i nuovi utenti) e dalla psicoterapia individuale (6% contro nessuno tra i nuovi utenti).

Il profilo dell'utente sottoposto a trattamenti diagnostico-terapeutici riabilitativi farmacologicamente integrati è quello di un soggetto maschio (85%), utilizzatore di oppiacei (89%), già in carico da anni precedenti (79%) e giunto al servizio per scelta volontaria (72%). Molto differente rispetto a quanto rilevato in precedenza.

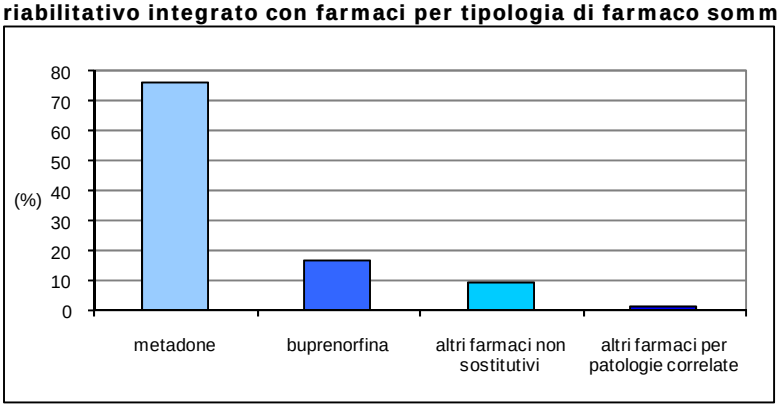
Grafico 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per sostanza primaria. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Al 76% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche è stato somministrato metadone, al 17% buprenorfina e al 9% dei soggetti sono stati somministrati altri farmaci non sostitutivi, mentre una minoranza di tale utenza è stata trattata con altri farmaci per patologie correlate (1%).

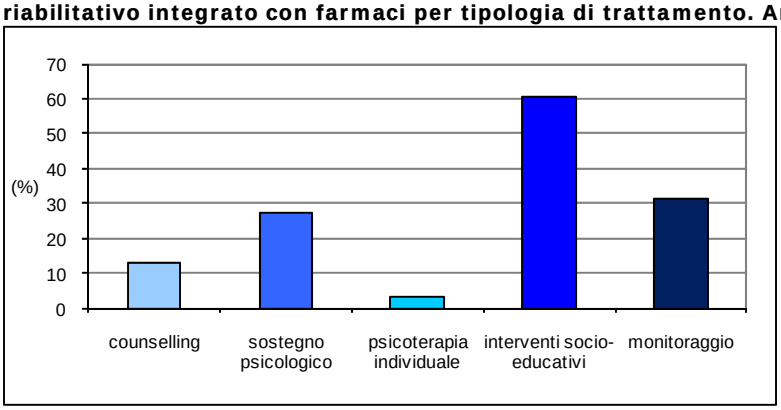
Grafico 5.7: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La maggior parte dei soggetti sottoposti a interventi psicosociali e/o riabilitativi, affiancati a cure farmacologiche, ha ricevuto interventi socio-educativi (61%); circa un quarto di quest'utenza ha affiancato alla terapia farmacologica il sostegno psicologico (27%), poco meno di un terzo interventi di monitoraggio (31%) e il 13% ha invece seguito interventi di counselling. Solamente il 3% dei soggetti sottoposti a interventi integrati sono stati trattati con la psicoterapia individuale.

Grafico 5.8: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per tipologia di trattamento. Anno 2008.



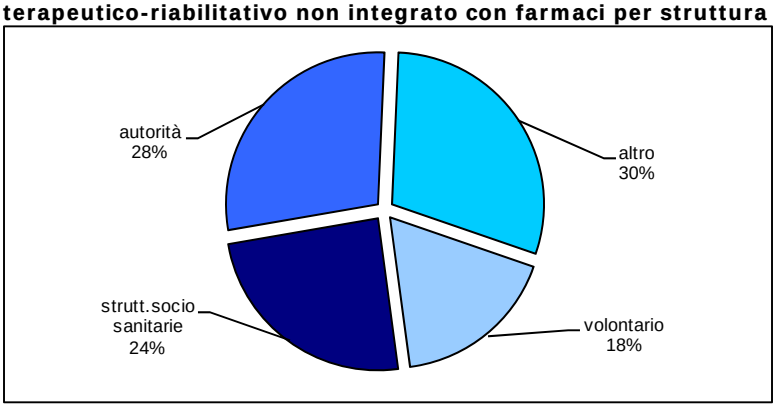
Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

5.2.2 Trattamenti alcol correlati tra i soggetti in carico presso i NOA

Nel corso del 2008 i trattamenti erogati a favore dell'utenza alcoldipendente in carico nei servizi della ASL Milano 1 sono complessivamente 958 (1,6 trattamenti per utente). La tipologia dei trattamenti evidenzia, all'analisi dei dati, un'eterogeneità ed una differenziazione motivata dal fatto che il servizio per le dipendenze ha il compito di realizzare per l'utente un programma terapeutico individualizzato, che necessariamente comporta delle specificità legate al bisogno della persona. Di conseguenza i servizi hanno anche adattato i loro modelli di

intervento in relazione all'emergere dei nuovi fenomeni e di nuove condotte d'abuso.
Nel 2008 si sono consolidate almeno due tendenze, presso i servizi di alcologia della ASL: l'aumento di utenza caratterizzata da poliabuso, in particolar modo l'utilizzo associato di alcol e cocaina, e l'incremento degli invii, da parte della commissione medica locale di soggetti a cui è stata ritirata la patente (vedi paragr.). Tali fenomeni hanno contribuito, insieme ad altri fattori, a condizionare la tipologia di trattamento offerto. Il 47% dei trattamenti è di tipo psicosocioeducativo, il 13% è rappresentato da interventi prevalentemente di tipo diagnostico. Infatti, spesso istituzioni esterne al servizio (la commissione medica locale, il tribunale per i minorenni, o altri servizi) richiedono una valutazione diagnostica del soggetto, e, anche se l'accertamento esclude una diagnosi di dipendenza o di abuso da alcol, il servizio offre all'utente un orientamento informativo (spesso attraverso un gruppo) o counselling.
E' da precisare tuttavia che anche i trattamenti non farmacologici prevedono sempre una valutazione medica iniziale, ed in itinere una sorveglianza clinica, comprendendo, pertanto, anche i controlli tossicologici. Per questo motivo, tale programma si configura come multidisciplinare
Rispetto ai trattamenti di tipo psicosocioeducativo (47%), va rilevato che sono qui comprese tutte le attività di gruppo rivolte all'utenza e ai loro familiari. I NOA utilizzano i gruppi multifamiliari sia in fase di accoglienza, con scopi informativi e motivazionali al trattamento, che in fase di mantenimento, e possono essere psicoterapeutici, educativi e di sostegno. Il gruppo spesso diviene il trattamento prevalente, in particolar modo per utenti che hanno un percorso trattamentale più lungo, accompagnato da interventi di monitoraggio sanitario. Negli interventi a prevalenza psicosocioeducativa vanno annoverati gli utenti in trattamento residenziale che di solito svolgono altrove il monitoraggio sanitario ed i controlli medici.
Il 39% dell'utenza ha ricevuto trattamenti di tipo farmacologico integrato, tra questi si rileva, inoltre, che il 18% è costituito da terapie farmacologiche, caratterizzate, essenzialmente, dall'erogazione di agonisti, di altri farmaci non sostitutivi ed altri trattamenti farmacologici.
Anche in questo tipo di trattamento sono ricomprese le attività di gruppo di accoglienza svolte dalla figura inferimieristica, è possibile quindi affermare che almeno l'80% degli utenti afferenti ai NOA dell'ASL Milano 1 hanno svolto attività di gruppo.
Di seguito sono analizzati i trattamenti diagnostico-terapeutici riabilitativi non affiancati da terapie farmacologiche e i trattamenti farmacologicamente integrati; dall'analisi emergono differenze significative tra i due collettivi.
Anche in questo caso, per le motivazioni già espresse nel paragrafo 4.3 l'analisi è stata condotta attraverso le elaborazioni di dati estratti su singolo record delle UUOO di Legnano e Abbiategrasso.
Tuttavia, la fotografia trattamentale che emerge può essere rappresentativa anche del NOA di Limbiate, che si caratterizza storicamente, per un'offerta all'utenza di molteplici tipologie di gruppi.
I soggetti che hanno ricevuto esclusivamente trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo sono per l'82% maschi e la quota di nuovi utenti è inferiore a quella dei soggetti già in carico da anni precedenti (45% e 55% rispettivamente); inoltre, il 18% di questi soggetti è giunto ai servizi per scelta volontaria, il 24% attraverso strutture socio sanitarie e il 28% a causa di un invio da parte delle autorità tra cui le Commissioni Mediche Locali.

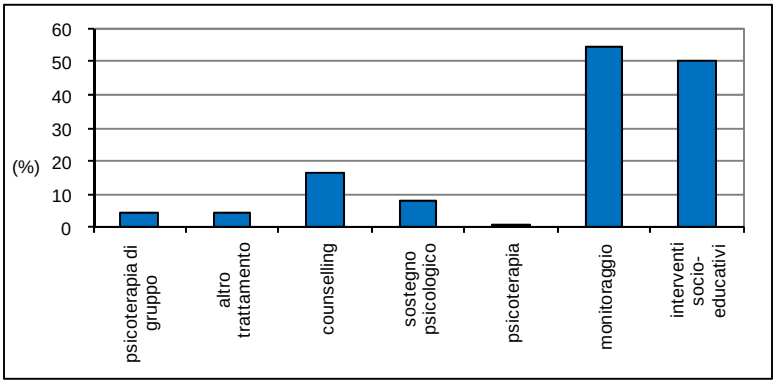
Grafico 5.9: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per struttura inviante. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Per quanto riguarda le tipologie di trattamento, la maggior parte dei soggetti è stata sottoposta, nel corso del 2008, a monitoraggio (54%), al 16% dell'utenza sono stati erogati interventi di counselling, l'8% dei soggetti ha seguito interventi di sostegno psicologico e una quota consistente di utenti è stata sottoposta ad interventi socio-educativi (51%).

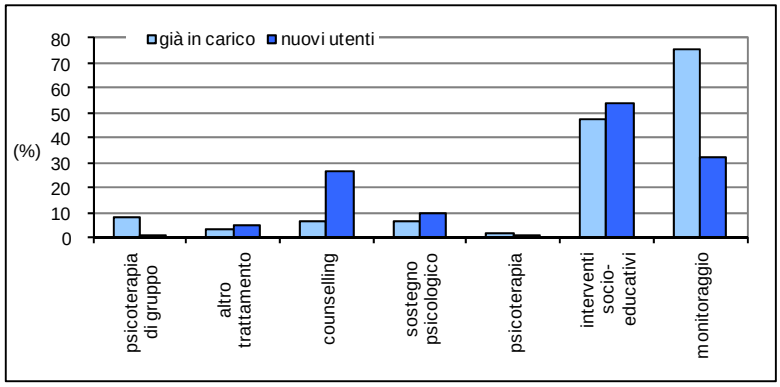
Grafico 5.10: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Distinguendo le differenti tipologie di trattamento tra nuovi utenti e soggetti già in carico, si osserva tra i nuovi utenti una percentuale maggiore di soggetti a cui è cui sono stati erogati sia interventi di counselling (27% contro 6% dei già conosciuti), interventi socio-educativi (54% contro 47% dei già conosciuti) che sostegno psicologico (10% contro 6% dei già conosciuti), mentre più bassa risulta la percentuale di soggetti sottoposti a monitoraggio (32% contro 76% dei già conosciuti).

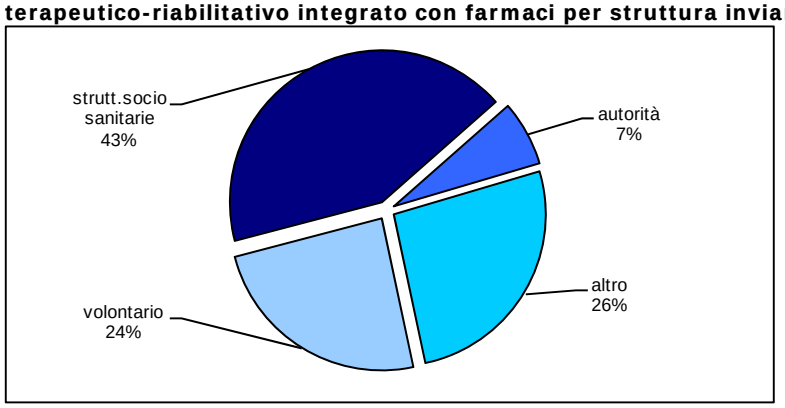
Grafico 5.11: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento e presenza nel servizio. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

I soggetti sottoposti a trattamenti diagnostico-terapeutici riabilitativi farmacologicamente integrati sono per la maggior parte maschi (74%), utenti già noti o rientrati (63%) e giunti al servizio attraverso strutture socio sanitarie (43%) o per scelta volontaria (24%).

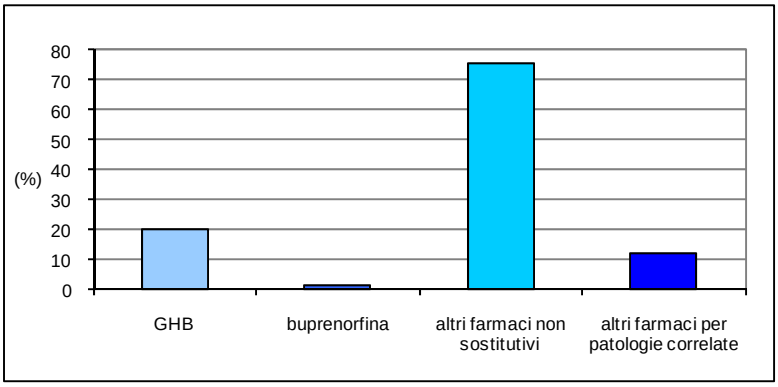
Grafico 5.12: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per struttura inviante. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Al 76% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche sono stati somministrati altri farmaci non sostitutivi, al 20% GHB (sale sodico dell'acido gammaidrossibutirrico) e al 12% dei soggetti sono stati somministrati altri farmaci per patologie correlate, mentre una minoranza di tale utenza, che evidentemente utilizza oppiacei come sostanza secondaria, è stata trattata con buprenorfina (1%).

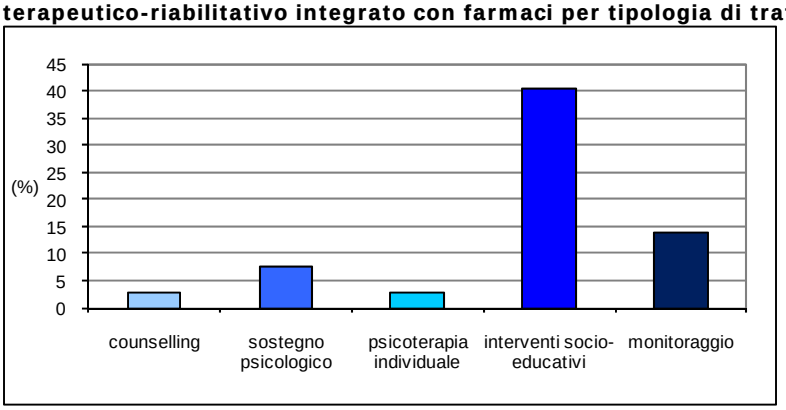
Grafico 5.13: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

La maggior parte dei soggetti sottoposti a interventi psicosociali e/o riabilitativi affiancati a cure farmacologiche ha ricevuto interventi socio-educativi (40%); anche in questo caso va specificato che sono qui ricompresi gli interventi di gruppo; il 14% di quest'utenza ha affiancato alla terapia farmacologica il monitoraggio, il 7% interventi di sostegno psicologico e una minoranza dei soggetti sottoposti a interventi integrati ha invece seguito interventi di counselling o di psicoterapia individuale (3% per entrambi).

Grafico 5.14: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per tipologia di trattamento. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

5.3 INTERVENTI RIVOLTI A TARGET EMERGENTI

5.3.1 Mosaico

Il progetto Mosaico si sviluppa dal 2006 in tre ambiti di intervento:

- ambito di "ricerca-esperienza";
- ambito formativo;
- ambito istituzionale.

Le azioni realizzate fino al 2007 nei primi due ambiti di lavoro hanno contribuito a sviluppare un pensiero e una cultura intorno ad alcuni concetti fondamentali nel percorso di cura delle famiglie multiproblematiche, in particolare quando sono presenti figli di minor età:

- il minore deve sempre e comunque essere tutelato: lo stabilisce l'art.3 legge 176/91 che recepisce la Convenzione di New York sui diritti del

fanciullo: “il superiore interesse del fanciullo” sia tenuto in preminente considerazione “in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi”;

- il processo d’aiuto deve essere necessariamente implementato in modo integrato fra i diversi servizi. In tali situazioni le esigenze di natura etica, tecnica, metodologica, l’osservanza dei vincoli normativi comportano necessariamente una messa in rete di responsabilità, di organizzazioni e di competenze in un procedimento unitario e integrato di presa in carico del contesto familiare;
- le Linee di indirizzo regionali per la stesura di un Protocollo Tecnico-Operativo tra servizi di aziende sanitarie, enti locali ed enti del privato sociale per la gestione di donne tossicodipendenti in gravidanza/con figli minori o coppie con figli minori evidenziano che “spesso i servizi degli adulti sono gli unici che possono venire a conoscenza del fatto che i bambini dei loro utenti corrono seri rischi”.

Tutte le azioni hanno visto una partecipazione congiunta di operatori dell’ASL e di operatori di altri enti (Azienda Ospedaliera, Enti Locali) diversamente coinvolti nella presa in carico di questi nuclei multiproblematici.
La ricerca-esperienza aveva fatto emergere la necessità di garantire alcune funzioni:

- il trattamento terapeutico degli adulti;
- la cura e tutela del processo di crescita dei figli in età evolutiva;
- il sostegno delle funzioni genitoriali ed eventuale mediazione dei conflitti nella coppia.

Queste funzioni, perché producano esiti positivi, richiedono un approccio integrato, interistituzionale, interorganizzativo, interprofessionale, e che insieme vengano presidiate le “zone grigie”, le “zone di confine” tra le competenze delle istituzioni, delle organizzazioni, dei profili professionali.
Si è compreso infine che la complessità di questo territorio non permette di definire buone prassi collaborative omogenee per tutta la ASL Milano 1.
L’ambito formativo, come già descritto nel Rapporto 2007, si era sviluppato con la realizzazione di due corsi di formazione negli anni 2006 e 2007.
L’ambito istituzionale si è sviluppato a partire dalla fine del 2007 attraverso l’attivazione in ogni distretto di un tavolo interorganizzativo e interistituzionale con le seguenti funzioni:

- predisporre un protocollo collaborativo per la miglior presa in carico di nuclei famigliari multiproblematici con genitori alcol-tossicodipendenti con figli minori;
- creare le condizioni per la costituzione e il buon funzionamento di gruppi operativi sui casi;
- effettuare un monitoraggio periodico sull’applicazione del protocollo.

Più precisamente la stesura di uno specifico protocollo operativo fra servizi e istituzioni diverse, volto a garantire la contestuale protezione dei minori e promozione della genitorialità.
Il protocollo è lo strumento finalizzato a garantire:

- la valutazione del rischio per il minore, prima di un qualsiasi provvedimento dell’Autorità Giudiziaria;
- la valutazione delle competenze genitoriali, limiti e potenzialità, nei casi di non accesso spontaneo degli adulti ad un servizio;
- il ripristino dell’esercizio delle competenze genitoriali, il supporto alle stesse e la mediazione dei conflitti.

Nel 2008 si è costituito un Gruppo di Regia presso il Dipartimento delle Dipendenze con l'obiettivo di supportare i Tavoli di lavoro distrettuali, di elaborare linee guida, di affrontare le questioni comuni a tutti ricercando soluzioni omogenee.
Il Gruppo di Regia ha prodotto due documenti: un primo documento con le Linee guida per le attività dei Tavoli distrettuali e un successivo documento con la Parte comune per i Protocolli operativi.
Le principali azioni individuate dalle linee guida:

- la costituzione delle equipe integrate sui singoli nuclei familiari, così come previsto nei protocolli distrettuali previsti dal progetto Mosaico locale, con la partecipazione di operatori di SerT/NOA, Consultori, EELL, AO.
- il monitoraggio della correlazione tra le problematiche della dipendenza degli adulti con figli minori e le problematiche di rischio e di tutela dei figli;
- l'organizzazione di percorsi formativi comuni per i diversi profili professionali che operino nei gruppi di lavoro integrati.
- il graduale coinvolgimento di altre istituzioni del territorio, cointeressate, per competenza, alle problematiche affrontate.
- la verifica e valutazione della qualità e dell'equità dell'accesso della casistica alla progettazione e gestione integrata e dell'efficacia dei processi di aiuto.

I Tavoli sono stati avviati in tempi diversi durante l'anno 2008 e hanno sviluppato le loro attività in sintonia con le esigenze e le caratteristiche di ogni singolo ambito territoriale. Ai lavori hanno partecipato operatori dei SerT e dei NOA, dei Consultori, per quanto riguarda la ASL Milano 1, operatori dei Comuni e dei Servizi di Tutela Minori, dei CPS (Centri Psico Sociali) e delle UONPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza) delle Aziende Ospedaliere.
Il lavoro integrato ha fatto emergere l'opportunità che i protocolli potessero diventare documenti dei Piani di Zona in linea con le indicazioni della LR 3 del 2008, azione sviluppatasi nel 2009.

5.3.2 Progetto Cocaina

Nel biennio 2007-2008 L'ASL Milano 1 è stata identificata come uno dei centri di sperimentazione del Progetto Nazionale "Unità operative ed elevata integrazione tra i servizi pubblici e del privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani ed i consumatori di psicostimolanti" denominato "Progetto Cocaina".
Il progetto, preceduto da una rilevazione dei servizi specialistici già esistenti e delle loro caratteristiche, ha previsto la costituzione o la stabilizzazione di Unità Operative a carattere sperimentale, ad alta integrazione tra sistema pubblico e privato, in grado di rispondere al particolare bisogno terapeutico di questa tipologia di utenti. Questi soggetti, spesso integrati socialmente e nelle attività professionali, pur avendo problemi consistenti a causa dell'uso di sostanze, hanno una grande difficoltà nel riconoscersi come tossicodipendenti. Per tale motivo accedono con estrema difficoltà ai "classici servizi di riferimento, ovvero SerT e Comunità Terapeutiche. Inoltre, come è stato evidenziato nella prassi clinica, anche quando viene avviato il programma di trattamento, si registra un livello molto elevato di drop out, con una difficoltà importante nel consentire continuità all'intervento terapeutico. La sinergia d'intervento tra professionisti del Servizio Pubblico e del terzo settore può consentire di individuare nuove strategie per entrare in contatto con questi pazienti e coinvolgerli in un

programma riabilitativo personalizzato in grado di garantire un maggior livello di compliance.
Nell'ambito dell'ASL Milano 1 sono stati identificati, a seguito di esperienze già in atto, quali Centri di sperimentazione:

- SerT/NOA- Distretto 1 Limbiate in collaborazione con ASPRU –Risvegli onlus
- SerT Distretto 4, Parabiago in collaborazione con Soc. Coop. atipica

Al momento di dare attuazione al progetto, in considerazione del fatto che tutte le Unità Operative territoriali del Dipartimento Dipendenze da tempo si occupavano attivamente di una consistente quota di utilizzatori di cocaina , come sostanza primaria o secondaria ad altre droghe, si è ritenuto opportuno allargare la partecipazione a tali equipe, per cui le due realtà indicate nelle disposizioni regionali sono state non solo luoghi deputati alla cura di tali soggetti, ma anche riferimento per la revisione e implementazione in tutte le altre unità operative di specifiche metodiche d'intervento.
Al fine di assicurare il coinvolgimento del maggior numero possibile di operatori, l'attività del progetto è stata integrata con esperienze formative e di addestramento preliminari alla presa in carico dell'utenza e rivolte ai professionisti di tutte le equipe, che, in una edizione, hanno visto anche la partecipazione di operatori del privato sociale e del Dipartimento di Salute Mentale.
È da precisare che, precedentemente all'avvio del progetto, sulla cura del cocainismo erano già stati realizzati con fondi ASL: un corso base nel 2003, un corso di secondo livello nel 2005 e un approfondimento per le figure mediche nel 2006.
Il coinvolgimento di tutte le Unità Operative SerT e NOA nella sperimentazione ha permesso una ricaduta più capillare sulle attività rivolte ai cocainomani in carico alle unità operative, consentendo l'adozione di metodologie idonee alla valutazione e alla presa in carico dei pazienti. Le risorse del progetto hanno inoltre previsto attività a diretto contatto con l'utenza per l'implementazione di particolari tipologie d'offerta in ambito trattamentale, come meglio dettagliato di seguito.

Progetto Cocaina sede di Limbiate
Attori coinvolti:

- ASL: SerT e NOA di Limbiate ,in collaborazione con il SerT di Brescia
- Privato Sociale: Associazione ASPRU Risvegli Onlus

Le attività, realizzate con fondi congiunti della DGR 6116 del 12/12/07, della DGR 3445 del 7/11/2006 e cofinanziamento ASL sono state le seguenti:

Assessment Neurocognitivo
a) **Seminario formazione assessment**:

- Progettazione data base e avvio ricerca e riunioni metodologiche organizzative

b) **Somministrazione di una batteria testale** che comprende :

- Esame neuropsicologico breve
- Wisconsin Card Sorting Test
- Scale di memoria (Weiss)/memoria con interferenza
- Test di fluenza/Astrazione e stime cognitive/Stime cognitive

c) **Valutazione diagnostica** psicopatologica:

- Diagnosi DSM IV
- Scale di personalità (16 PF o SCL90)

- HAMILTON e ZUNG per ansia e depressione
- MAC-A (motivazione al cambiamento)

Area trattamentale

1) Psicoterapia di Gruppo Bioenergetica
2) Gruppo psicodramma
3) Gruppo arteterapia

Riunioni clinico metodologiche equipe progetto

Partecipazione di 2 operatori (1 del NOA di Limbiate e 1 dell'Associazione AspruRisvegli) al Corso di Formazione Nazionale a Roma.

Formazione Addestramento testistica Neuropsicologica e Formazione e Supervisione Assessment Neurodiagnostica.

Progetto Cocaina sede di Parabiago

Attori coinvolti:

- ASL: SerT Parabiago, SerT Rho, SerT Magenta, SerT Corsico, Noa Legnano, Noa Abbiategrasso
- Privato Sociale: Cooperativa Atipica

Le attività realizzate nell'anno 2008 , con fondi congiunti della DGR 6116 del 12/12/07 , della DGR 3445 del 7.11.2006 e cofinanziamento ASL, sono state le seguenti:

a) Formazione

Corso accreditato ECM realizzato con fondi ASL dal titolo "La gestione della criticità nel trattamento del paziente tossico-alcoldipendente", condotto dalla Cooperativa Atipica, che ha focalizzato l'attenzione sulla presa in carico con orientamento sistemico dei pazienti abusatori di cocaina, rivolto a operatori SerT e Noa, operatori del Privato Sociale e del Dipartimento Salute Mentale;

b) Incontri di equipe per la condivisione delle metodologie di valutazione e presa in carico del paziente

c) Valutazione multidisciplinare integrata (Assessment)

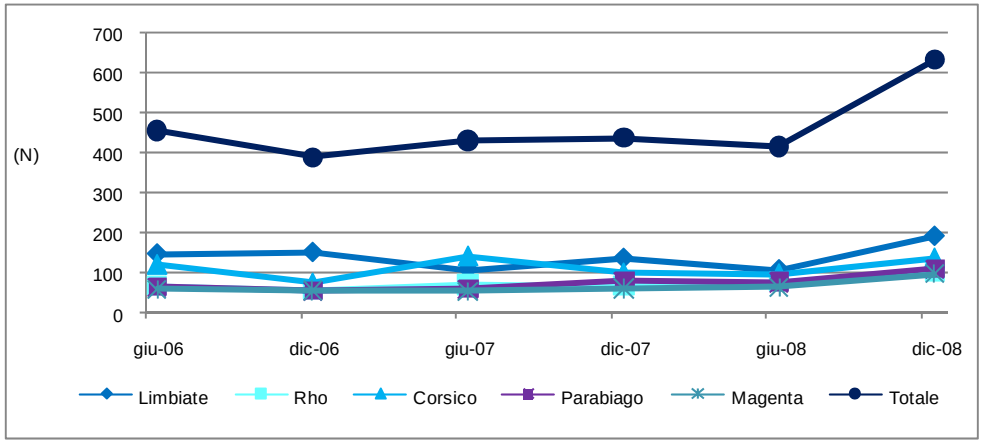
Tabella 5.8: Schema riassuntivo dei principali strumenti utilizzati.

Strumento	Indici misurati	Tempi di somministrazione	Somministratore	Organizzazione
Addiction Severity Index (Mc Lelland, 1992)	Gravità della dipendenza	Presa in carico e dimissione	Assistente Sociale	SerT Parabiago
SCID I (Spitzer, 2000)	Diagnosi Asse I DSM-IV	Presa in carico	Psicologo, Medico	SerT Parabiago
SCID II (Spitzer, 2003)	Diagnosi Asse II DSM-IV	Presa in carico	Psicologo	Atipica
SCL-90 (Derogatis, 1997)	Sintomatologia psichiatrica	Presa in carico e dimissione	Psicologo	Atipica
SAT-P (Majani, 1998)	Soddisfazione della vita personle	Presa in carico e dimissione	Psicologo	Atipica
MAC-C (Spiller, 1994)	Motiazione al cambiamento	Presa in carico e dimissione	Psicologo	Atipica
Scala Visuo analogica	Grado di craving	Presa in carico e dimissione	Psicologo	Atipica
Genogramma	Ricostruzione del contesto trigenerazionale	Presa in carico	Psicologo	Atipica
Strumenti utilizzati al bisogno				
PBI	Relazioni con le figure di attaccamento	Presa in carico	Psicologo	
TAS	Alessitimia	Presa in carico	Psicologo	
BDI	Grado di depressione	Presa in carico	Psicologo	

d) Percorso motivazionale e counselling psicologico individuale e focale finalizzato al sostegno alla motivazione al cambiamento e alla riduzione dei rischi correlati all'utilizzo di sostanze
e) Gruppo di prevenzione alle ricadute di stampo cognitivo-comportamentale (CBT) secondo l'approccio di Carroll.
f) Presa in carico della famiglia attraverso valutazioni familiari e sedute di terapia familiare
g) Attività di **Case Management** e discussione del caso
h) Protocollo di raccolta dei dati

Partecipazione di 2 operatori (1 del SerT di Parabiago e 1 della Cooperativa Atipica) al Corso di Formazione Nazionale a Roma
Il grafico seguente riporta l'andamento dei pazienti in carico con sostanza primaria cocaina nei 5 SerT della nostra ASL alle date di giugno e dicembre , come da rilevazioni ministeriali. Risulta evidente un trend di aumento nel periodo concomitante con la realizzazione del Progetto Cocaina.
Per quanto riguarda i NOA è già stato messo in evidenza al paragrafo 4.2 il fenomeno del poliabuso che vede per l'anno 2008 la cocaina come sostanza secondaria più utilizzata dagli alcolisti.

Grafico 5.15: Pazienti in carico con sostanza primaria cocaina nei 5 SerT della ASL MI1 alle rilevazioni puntuali delle ministeriali di giugno e dicembre. Anni 2006-2008.



5.3.3 Interventi per Giocatori d'Azzardo Patologici

Nel periodo 2007-2008, a seguito delle due sperimentazioni attivate nel biennio precedente nel territorio del distretto 1 (Garbagnate) e dei distretti 4 e 5 (Legnano e Castano), il trattamento rivolto ai giocatori d'azzardo è stato implementato, con proposte metodologiche differenziate, come attività d'istituto nei SerT di Limbiate e Parabiago.
Il SerT di Limbiate ha iniziato ad occuparsi di gioco d'azzardo fin dal 2000, sulla scia della richiesta di cura che perveniva agli operatori.
Allo scopo di acquisire competenze e metodologia alcuni operatori hanno collaborato alla costruzione di un tavolo di lavoro tematico che a cadenza mensile si riuniva in una sede della Regione (Gruppo Azzardo Sovrazonale).
Nel 2002 i pazienti eroinomani in trattamento al SerT sono stati sottoposti ad un'indagine epidemiologica volta ad indagare le condotte di gioco, attraverso la somministrazione del questionario SOGS. Da ciò era emersa una forte problematicità nei tossicodipendenti in carico rispetto al gioco d'azzardo;

pertanto è stata privilegiata la formazione degli operatori al fine di poter soddisfare la crescente richiesta di cura che veniva posta.
Ad oggi è stata ormai acquisita un'esperienza consolidata che ha individuato l'opportunità, come nelle altre dipendenze, di una presa in carico multidisciplinare al fine di affrontare tutti gli aspetti problematici che si evidenziano nelle specifiche situazioni (disturbi dell'umore, problemi finanziari e legali, danni sociali, difficoltà relazionali, ecc…).
Gli strumenti adottati nella presa in carico dei giocatori d'azzardo sono:

- Colloqui individuali con: medico/psicologo/assistente sociale/educatore
- Colloqui di coppia
- Colloqui familiari
- Gruppi motivazionali, psicoeducativi, di rilassamento
- Terapie farmacologiche
- Inserimenti in comunità terapeutiche residenziali

Nel 2008 si sono utilizzate esclusivamente risorse interne con il coinvolgimento delle seguenti figure professionali:

- 2 medici
- 2 assistenti sociali
- 1 psicologo
- 2 educatori
- 2 infermiere professionali

Attiva è la collaborazione con i CPS di Garbagnate e Bollate e con le strutture ospedaliere del territorio, con i Medici di Medicina Generale, con i Servizi Sociali comunali e con alcune Comunità Terapeutiche disponibili all'inserimento degli utenti più problematici.
Nello stesso anno gli utenti trattati sono stati 17. Al 31/12/2008 i pazienti ancora in trattamento erano 14, di cui 12 in condizione di astinenza da gioco; hanno abbandonato il trattamento 3 utenti.
Tra i 17 pazienti in carico tutti erano giocatori patologici.
I giocatori sociali ed eccessivi, non avendo una diagnosi di dipendenza, non accedono alla presa in carico e il Servizio si limita, qualora accadesse, a una consulenza e all'orientamento.
Nessun paziente, neppure tra quelli inviati da SPDC e CPS, aveva una diagnosi psichiatrica.
Su 17 pazienti 2 abusavano saltuariamente di alcool e 2 di cannabis.
D'altro canto invece una percentuale elevata dei pazienti polidipendenti in carico al servizio, soprattutto cocainomani, ha abitudini eccessive di gioco.

Rispetto alla tipologia di gioco privilegiata, fra i 17 pazienti rileviamo:

- 8 Slot machines/video poker
- 3 Scommesse
- 4 Lotto/superenalotto
- 2 Gratta e vinci

Nel territorio dei distretti 4 e 5 (Legnano e Castano), nel biennio precedente era stato realizzato un progetto sperimentale sul gioco d'azzardo patologico intitolato Reti d'azzardo, rivolto a giocatori patologici e ai loro familiari, oltre che a operatori significativi della rete inviante. Il progetto è stato realizzato dagli operatori del SerT con la collaborazione dell'Associazione "AND" e della Cooperativa Sociale "Il Progetto".
Premessa per tale progetto era stata la riflessione che il comportamento di gioco d'azzardo patologico, nel territorio, non era sufficientemente indagato e affrontato, nonostante provochi conseguenze preoccupanti e distruttive nelle

relazioni famigliari, sociali, lavorative, nonché sul versante sanitario ed economico.
Come descritto nel report 2007 il progetto aveva permesso di costituire un'èquipe specialistica sulla problematica, di attivare un gruppo psico-educazionale per giocatori, di offrire una consulenza legale e percorsi terapeutici in una struttura residenziale, oltre alla presa in carico ambulatoriale.
Tuttora, all'interno del SerT di Parabiago, il trattamento dei giocatori d'azzardo avviene in maniera strutturata.
I pazienti e/o i familiari accedono al servizio su invio da altri servizi (CPS, MMG, sportelli territoriali sul gioco, altri SerT, servizi sociali del comune, altri servizi ASL, privato sociale, UEPE, Caritas) oltre che spontaneamente. All'accesso svolgono un primo colloquio di accoglienza con medico e assistente sociale.
Il trattamento si struttura in diverse fasi:
1° fase: psicoeducazione

- valutazione medica con eventuale terapia farmacologia

2° fase: proseguimento del trattamento terapeutico con possibile accesso alle seguenti risorse:
Interne al servizio:

- monitoraggio sociale e medico;
- tutoraggio economico;
- sostegno psicologico individuale;
- attivazione e collaborazione con l'amministratore di sostegno;

Esterne al servizio:

- attività di gruppo (autoaiuto o terapeutico);
- consulenza legale e intermediazione finanziaria;
- comunità terapeutica;
- amministrazione di sostegno;
- consulenza/cogestione psichiatrica.

I familiari dei giocatori sono coinvolti in diverse fasi del trattamento terapeutico (psicoeducazione, monitoraggio, gruppi, ecc).
È prevista inoltre la possibilità di una presa in carico solo dei familiari senza la presenza del giocatore.

Nel 2008 le risorse utilizzate sono state le seguenti:
Interne al Servizio:

- 1 medico
- 2 assistenti sociali
- 2 psicologi

Esterne:

- 1 avvocato volontario
- 4 psicologi volontari
- Partecipazione all'attività di intervisione clinica legata al gruppo del Canton Ticino e all'Associazione AND

Sono state infine avviate collaborazioni con:

- Associazione AND – Varese
- Fondazione San Bernardino – Milano
- Reti familiari (progetto finanziato dalla provincia)
- Ufficio di protezione giuridica dell'ASL
- Caritas

Nello stesso anno gli utenti trattati sono stati 40.

Al 31/12/2008 i pazienti ancora in trattamento erano 25 ; 4 hanno concluso positivamente; hanno abbandonato il trattamento 11 utenti.
Dei 40 soggetti in carico, 15 erano giocatori "eccessivi" e 25 "patologici"; 7 avevano una diagnosi psichiatrica e 5 manifestavano polidipendenza.
Rispetto alla tipologia di gioco "privilegiata" i soggetti erano così suddivisi:

- 20 Slot machine (bar)
- 10 Scommesse
- 5 Casinò
- 3 Gratta e vinci
- 2 Lotto/superenalotto

5.4 INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO E LIMITAZIONE DEI RISCHI A TERGET EMERGENTI

5.4.1 Sistema di monitoraggio e di allerta rapido

Dal 2007, successivamente alla sperimentazione del progetto MDMA, la Regione Lombardia ha deciso di dotarsi di un sistema efficace e coordinato di "allerta" e di "attenzione", in caso di circolazione di sostanze particolarmente pericolose o della comparsa di modalità di consumo particolarmente a rischio (Progetto SAR Droghe). Questo nuovo progetto coinvolge tutti i territori delle Aziende Sanitarie della regione.
Nel territorio della ASL Milano 1 si sta sviluppando una rete locale stabile di organizzazioni pubbliche e private, nonché di competenze professionali diverse, allo scopo di identificare precocemente sia le nuove droghe emergenti sia i nuovi tipi di preparazione rispetto a droghe già conosciute, consentendo un intervento preventivo di maggiore efficacia.
Le azioni del progetto SAR Droghe nell'ASL Milano 1 si sono sviluppate in ambiti considerati strategici attraverso le seguenti azioni:

- scambio di informazioni
- sviluppo della reciproca conoscenza per la costruzione di una rete e di una sinergia fra i diversi soggetti
- diffusione di informazioni.

Il 3 Aprile 2008 è stata istituita formalmente tramite un protocollo la rete locale per l'avvio del sistema di Sorveglianza MDMA. Essa è attualmente composta dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 1, dal Dipartimento delle Cure Primarie, dalla Polizia Locale del Comune di Lainate in rappresentanza del Patto del Sempione, dal Privato sociale operante sul territorio dell'ASL nell'ambito delle Dipendenze con attività compatibili con il progetto. Ognuna delle parti si pone come osservatore e referente privilegiato instaurando una relazione sinergica con il resto del sistema.
Gli obiettivi del Sistema di Sorveglianza MDMA ASL Milano 1 sono:

- Scambiare informazioni circa dati e percezioni dei soggetti partecipanti, sulla circolazione delle sostanze stupefacenti e sulla tipizzazione dei consumatori.
- Sviluppare la reciproca conoscenza circa le modalità di intervento al fine di affinare strumenti e prassi di integrazione operativa.
- Potenziare la diffusione di informazioni tra la popolazione sulle caratteristiche delle sostanze in circolazione e sull'esistenza e offerta dei servizi di cura e di prevenzione presenti sul territorio.

Nel protocollo vengono definite le modalità allo scopo di interagire in modo funzionale ed operativo.

5.4.2 Unità Mobile Giovani – Confronti fra i territori della provincia di Milano

La cooperativa Lotta contro L'Emarginazione ha attivato in tutti i territori della provincia di Milano (ASL città di Milano, ASL Milano 1, ASL Milano 2 e ASL Milano 3) delle Unità Mobili prevenzione e riduzione dei rischi, che lavorano nei contesti connessi al divertimento notturno.

L'obiettivo principale è quello di ridurre i comportamenti a rischio causati dall'assunzione di alcol e sostanze (in particolar modo per i rischi di incidenti stradali conseguenti agli stati alterati). A fianco di tale obiettivo si aggiungono anche finalità preventive rispetto agli effetti psico-fisici dell'assunzione delle sostanze e dell'alcol.

Le equipe di lavoro inoltre partecipano all'interno della cooperativa a processi di integrazione degli strumenti di ricerca e di analisi dei dati, sia attraverso un processo condiviso di costruzione degli strumenti e delle modalità di utilizzo, sia attraverso un confronto sugli scenari che si vanno ad incontrare nei diversi territori.

Attraverso l'analisi comparata di tutti i dati raccolti nei territori è possibile così comprendere come si collocano i consumi e i comportamenti registrati nel territorio dell'ASL Milano 1 rispetto agli altri contesti limitrofi e in particolare rispetto alla città di Milano. Va tenuto conto, ovviamente, che, a causa del normale fenomeno "migratorio" della popolazione giovanile, in ogni contesto territoriale considerato vengono incontrati soggetti che, per la maggior parte, provengono da altri territori. Il periodo monitorato, come conseguenza dei diversi mandati assegnati, riguarda archi temporali non omogenei e che si estendono per alcuni mesi dell'anno 2009.

Se si osservano i dati socio-anagrafici che descrivono le differenti popolazioni intercettate si possono notare alcune differenze tra i vari territori.

Rispetto al genere sessuale vi è in tutti i territori la tendenza ad incontrare prevalentemente il target maschile (78% circa in tre territori su quattro con 21-22% di soggetti di sesso femminile). Nel territorio dell'ASL Milano 1 si è entrati in contatto con una percentuale ancora minore di soggetti di sesso femminile (15,1%).

Per quanto riguarda le altre variabili indagate si osserva un maggior numero di laureati nel territorio dell'ASL Milano 2 e della città di Milano e, viceversa, soggetti con livelli di istruzione più bassi nell'ASL Milano 1 e nell'ASL Milano 3.

Inoltre, nell'ASL Milano 1, si riscontra la percentuale più elevata di lavoratori (71,8%) e la minor percentuale di persone che stanno proseguendo negli studi (33,4% contro il 40,7% dell'ASL Milano 2, il 45% dell'ASL Milano 3 e il 38% dell'ASL Milano).

Tale distribuzione del livello di studio può essere in parte legata all'età del campione: nell'ASL Milano 3 infatti si ha la percentuale più elevata di soggetti con età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Tabella 5.9: Caratteristiche socio anagrafiche dei soggetti contattati nelle aree delle ASL Milano 1, Milano 2, Milano 3 e Milano città. Periodo 2007-2008.

Socio-anagrafica	apr08-apr09 Asl MI1	apr08-apr09 ASL MI2	lug07-lug08 ASL MI3	giu07-mar09 ASL MI
Totale (N)	287	173	256	431
Maschi (%)	84,90	78,80	78,10	77,50
Femmine(%)	15,10	21,20	21,90	22,50
elementari	2,70	0,00	0,00	0,20
medie	14,10	7,50	20,60	17,90
formaz professionale	7,90	1,20	4,40	2,30
superiori	57,60	50,60	62,30	52,70
laurea breve	11,00	16,90	9,20	13,20
laurea	6,70	23,80	3,50	13,70
studente	23,10	28,50	36,80	28,80
lavoratore	61,50	55,80	52,60	59,40
stud/lav	10,30	12,20	9,02	9,70
disoccupato	5,10	3,50	1,30	2,10
14-15 anni	0,00	0,00	1,60	0,20
16-17	1,90	0,60	2,40	2,30
18-24	51,50	44,80	64,30	50,50
25-34	38,80	45,30	26,70	40,70
> 35	7,80	9,30	5,10	6,30

Alcolemia

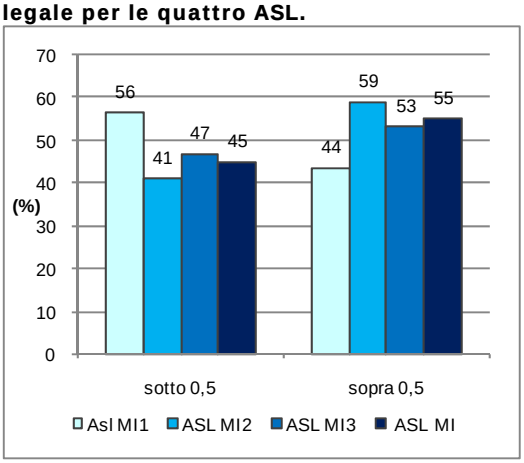
La rilevazione dell'alcolemia avviene tramite l'utilizzo di un etilometro del tutto analogo a quello utilizzato dalle Forze dell'Ordine e, in quanto tale, fornisce rilevazioni attendibili dell'esatta concentrazione di alcol nel sangue (espressa qui in g/l).

Il primo dato che viene analizzato riguarda la percentuale di coloro che sono risultati sopra o sotto il valore limite di alcolemia per mettersi alla guida di un veicolo.

Come si può osservare nel grafico seguente, nell'ASL Milano 1 il 56,4% dei soggetti testati ha presentato valori di alcolemia al di sotto del limite legale. All'estremo opposto troviamo l'ASL Milano 2, che ha fatto registrare la percentuale più alta di persone con alcolemia sopra al livello soglia di 0,5 g/l.

Anche negli altri territori, rispetto alle rilevazioni di periodi precedenti, si è registrato un abbassamento del valore medio di alcolemia e un aumento delle percentuali di coloro che si sono trovati con valori al di sotto di 0,5 g/l. In particolare, i dati del territorio dell'ASL Milano 1 potrebbero suggerire un cambiamento significativo, in quanto si è potuto osservare che, coloro che hanno le alcolemia più alte, sono diventati il gruppo di minoranza e questo ha un'importanza considerevole nelle dinamiche che si instaurano durante gli interventi.

Grafico 5.16: Distribuzione percentuale della rilevazione dell'alcolemia rispetto al limite legale per le quattro ASL.

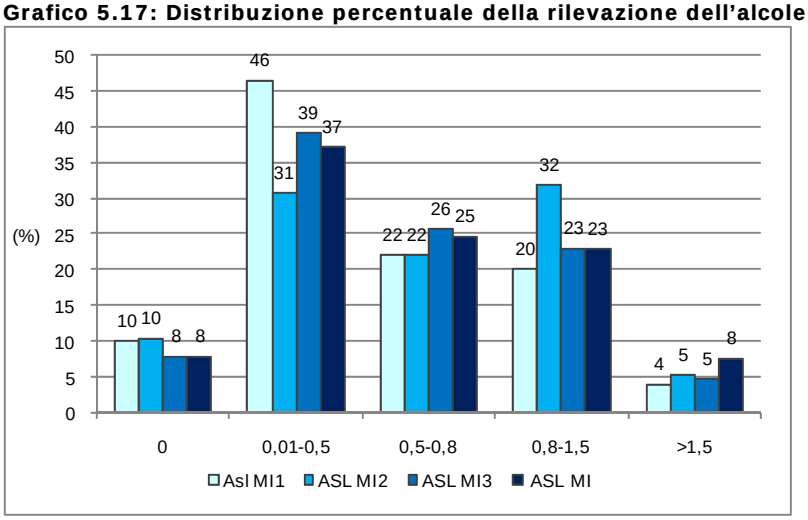


Per definire ulteriormente la distribuzione delle alcolemie nel campione ricodifichiamo i valori di alcolemia riscontrati nel campione in cinque classi corrispondenti a :

1) coloro che sono stati trovati con valore di alcolemia pari a zero;
2) coloro che pur avendo un valore superiore a zero sono risultati con un valore al di sotto del valore legale di alcolemia per potersi mettere alla guida (< 0,5 g/l);
3) coloro che hanno un'alcolemia compresa tra 0,51 g/l e 0,8 g/l (scelto come criterio perché 0,8 g/l rappresenta il precedente limite legale);
4) coloro che hanno un'alcolemia compresa tra 0,8 g/l e 1,5 g/l;
5) coloro che hanno un'alcolemia superiore a 1,5 g/l.

Se si osserva il grafico seguente si può notare come nell'ASL Milano 1 per la quarta (0,81 g/l - 1,5 g/l) e la quinta classe (>1,5 g/l) si ottengono valori decisamente più bassi che negli altri territori. Questo, è un ulteriore dato importante, tenuto conto che queste due classi comprendono le persone con un valore di alcolemia che li colloca ad un più alto rischio rispetto agli incidenti stradali.

Grafico 5.17: Distribuzione percentuale della rilevazione dell'alcolemia per le quattro ASL.



Guida e alcolemia

Nei quattro territori dove è stato somministrato il questionario si sono raccolte le informazioni sulla guida dei veicoli per comprendere come cambiano, nel corso del tempo, i comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza) nei contesti del divertimento.
Nella tabella si sono suddivisi i guidatori da coloro che hanno dichiarato di non dover guidare (che nella maggior parte dei casi sono passeggeri di altre persone, visti i bassissimi tassi percentuali di coloro che utilizzano i mezzi pubblici).
Si osservano alcuni aspetti interessanti: prima di tutto nell'ASL Milano 1 si ha una percentuale più bassa (39,6%) di guidatori con valori di alcolemia sopra alla soglia di 0,5 g/l (limite legale per la guida). In assoluto, in questo territorio, nell'ultimo anno di rilevazione si è riscontrata la percentuale più bassa rispetto a tutte le altre ASL della provincia di Milano e tale differenza conferma quanto già osservato nel campione generale. Inoltre, osservando i valori percentuali dei guidatori con alcolemia sopra al valore legale negli altri territori, si rileva che il limite di 0,5 viene superato per quote non superiori al 50%.
Le rilevazioni effettuate nell'ASL Milano 1 sono caratterizzate da un'altra specificità: anche chi non guida è risultato sotto il valore legale nella maggior parte dei casi (il 54,8% dei soggetti era sotto il valore legale contro il 45,2% sopra).
Nelle altre ASL, coloro che non devono guidare, hanno invece comportamenti di consumo molto più consistenti e la differenza con i guidatori è molto più marcata. In tutti i casi esaminati, le percentuali di soggetti non guidatori con alcolemia sopra al valore legale, sono molto elevate (60,8% nell'ASL di Milano, 67,5% nell'ASL Milano 2 e 56% nell'ASL Milano 3).

Tabella 5.10: Tassi alcolemici rilevati tra guidatori e non guidatori, rispetto al valore legale, per le quattro ASL.

		ASL MILANO			ASL MI1			ASL MI2			ASL MI3		
		valore legale di alcolemia		Totale	valore legale di alcolemia		Totale	valore legale di alcolemia		Totale	valore legale di alcolemia		Totale
		<0,5	>0,5		<0,5	>0,5		<0,5	>0,5		<0,5	>0,5	
guidatore	N	114	114	228	84	55	139	45	47	92	69	65	134
	%	50	50		60	40		49	51		51	49	
non guidatore	N	80	124	204	74	61	135	26	54	80	42	54	96
	%	39	61		55	45		33	67,		44	56	
Totale	N	194	238	432	158	116	274	71	101	172	111	119	230
	%	45	55		58	42		41	59		48	52	

Consumo di sostanze

Le unità mobili hanno raccolto informazioni anche sui consumi di sostanze stupefacenti in riferimento "all'intera" vita dei soggetti intervistati (vengono quindi considerati anche i consumi passati e le eventuali sperimentazioni di sostanze che, nel corso degli anni, sono state abbandonate) e di seguito sono state raccolte informazioni sui consumi attuali (riferiti cioè all'ultimo mese dal momento della rilevazione) registrando, infine, il quadro dei consumi al momento della rilevazione, per ottenere dati utili per eventuali progettazioni sulla prevenzione di tali comportamenti.
La prima tabella che si esamina è quella relativa ai consumi durante l'arco della vita. Va notato come, in tutti i territori, si riscontrino percentuali elevate di

soggetti che hanno consumato almeno una sostanza stupefacente, ad eccezione dell'ASL Milano 2 che ha i consumi life time più bassi (35%).
In particolare il dato di coloro che hanno dichiarato di aver consumato almeno una sostanza è molto alto (71,9%) nell'ASL città di Milano, in cui si segnala una situazione di elevato consumo di tutte le diverse sostanze psicoattive, in particolare della cocaina. La diffusione di questa sostanza coinvolge anche gli altri territori della provincia, con valori alti per l'ASL Milano 1 (18,82%) e per l'ASL Milano 3 (20,54%).

Tabella 5.11: .Distribuzione percentuale del consumo nella vita e della sperimentazione di sostanze psicotrope.

Consumi nella vita LTP	Asl MI1	ASL MI2	ASL MI3	ASL MI
Si	47,40	35,30	50,00	71,90
No	52,60	64,70	50,00	28,10
Hashish/Marijuana	43,55	35,26	48,06	69,12
Ecstasy	13,59	9,25	12,79	17,74
Anfetamine	8,01	9,25	9,30	8,76
Oppiacei	3,83	8,67	3,49	6,91
Allucinogeni	10,80	13,87	7,75	14,98
Inalanti	13,94	11,56	12,40	18,20
Cocaina	18,82	16,18	20,54	30,65
Ketamina	9,06	4,62	2,33	8,29
Crack	3,83	2,31	1,55	3,92
Farmaci	2,79	0,00	1,55	4,15

Si riscontrano percentuali consistenti di persone che hanno consumato Ketamina (in particolare 9% nell'ASL Milano 1), inalanti (18,2% nell'ASL città di Milano e 13,94% nell'ASL Milano 1), allucinogeni (14,98% nell'ASL città di Milano e 13,87% nell'ASL Milano 2) ed ecstasy (17,74% nell'ASL città di Milano e 13,59% nell'ASL Milano 1).
Questi valori evidenziano un quadro di sperimentazione diffusa e sottolineano come, oramai, molte sostanze che in passato erano sperimentate solo da una nicchia di persone abbiano raggiunto strati della popolazione molto ampi e vengano provate anche da soggetti con età molto bassa, come risulta dal campione in esame (prevalentemente compreso tra i 18 e 24 anni).
La tipologia prevalente è quella dei consumatori dediti, nell'arco della vita, alla sperimentazione e, considerata la giovane età del campione, i rischi per lo sviluppo di comportamenti problematici non possono essere sottovalutati.
I derivati del THC sono la tipologia di sostanza trasversale a tutti i territori coinvolti nell'indagine e, anche per quanto riguarda le prevalenze nell'ultimo mese, non si notano differenze rilevanti tra territorio e territorio (ad eccezione dell'ASL Milano 2 che ha una percentuale più bassa, pari al 21,39%). Le prevalenze relative a questa sostanza sono infatti superiori al 30% in tre territori su quattro. Va però ricordato che il campione considerato ha una specificità determinata dal contesto in cui è stato incontrato.
Le prevalenze nell'ultimo mese (Tabella 5.12) evidenziano come anche la cocaina stia diventando sempre più trasversale alle età ed ai contesti. Infatti per tre dei quattro territori si hanno prevalenze elevate (tra quasi il 9% e più dell'11%), mentre solo nell'ASL Milano 2 si registra un abbassamento significativo della percentuale di consumatori (2,31%).

Considerando l'insieme delle sostanze si osservano invece delle differenze sostanziali tra territorio e territorio.
Si individuano due tipologie di territori:

1. la prima tipologia, di cui fanno parte l'ASL città di Milano e l'ASL Milano 1 (Distretti di Garbagnate, Rho e Corsico), ha prevalenze elevate per quanto riguarda l'ultimo mese per quasi tutte le sostanze stupefacenti e indica, quindi, una tipologia con le caratteristiche di consumatori attuali.
2. la seconda tipologia (di cui fanno parte l'ASL Milano 2 e l'ASL Milano 3) ha invece consumi più contenuti nell'ultimo mese per quasi tutte le sostanze.

Tabella 5.12: Distribuzione percentuale del consumo nell'ultimo mese e di sostanze psicotrope.

Consumi nell'ultimo mese LMP	Asl MI1	ASL MI2	ASL MI3	ASL MI
Hashish/Marijuana	31,36	21,39	36,05	36,41
Ecstasy	4,53	1,73	3,10	4,61
Anfetamine	2,09	0,58	1,94	1,84
Oppiacei	2,44	0,00	0,00	1,61
Allucinogeni	2,79	0,00	0,00	2,07
Inalanti	5,57	1,16	0,78	2,07
Cocaina	10,80	2,31	8,91	11,52
Ketamina	3,14	0,58	0,39	2,30
Crack	2,44	0,58	0,39	1,15
Farmaci	2,09	0,58	0,00	1,15

Aspetti conclusivi

In sintesi, fra le persone incontrate nelle aree di intervento dell'ASL Milano 1, si sono osservati valori più bassi di alcolemia (con una percentuale superiore al 60% di persone con alcolemia sotto al valore limite) che potrebbe rappresentare una riduzione del rischio di incidenti stradali connessi all'abuso alcolico, mentre risulta maggiore il rischio connesso all'assunzione di altre sostanze dove, infatti, i valori dei consumi life time e nell'ultimo mese sono molto simili a quelli riscontrati nell'ASL città di Milano e significativamente superiori a quelli riscontrati negli altri territori dell'hinterland milanese.

6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga

6.1.1 Mortalità alcol correlata

6.2 Malattie infettive droga correlate

6.2.1 Test sierologico HIV
6.2.2 Test epatite virale HBV
6.2.3 Test epatite virale HCV

6.3 Ricoveri alcol droga e tabacco correlati

6.3.1 Ricoveri
6.3.2 Pazienti ricoverati

6.4 Analisi dei costi sostenuti per i ricoveri ospedalieri correlati al consumo di sostanze psicoattive

6.4.1 Analisi dei costi per ricoveri droga correlati
6.4.2 Analisi dei costi per ricoveri alcol correlati
6.4.3 Analisi dei costi per ricoveri tabacco correlati

6.1 DECESSI DROGA CORRELATI

Obiettivo dello studio dei decessi droga correlati (DDC) è di ottenere informazioni attendibili sul numero e le caratteristiche delle persone che muoiono a seguito dell'utilizzo di sostanze, consentendo la valutazione dell'impatto sul sistema sanitario delle diverse forme di utilizzo di sostanze monitorandone anche l'evoluzione nel tempo.
Nel nostro Paese i DDC vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro Generale di Mortalità (RGM) curato dall'ISTAT ed il Registro Speciale (RS) relativo ai decessi droga correlati, entrambi caratterizzati da una copertura nazionale del territorio, ma distinti per definizione di caso, specificità, articolazione della procedura di rilevamento, tempi e modi di produzione dei dati e loro verifica.
Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale di mortalità forniti dal Ministero dell'Interno. La rilevazione di tali episodi viene effettuata su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia.
Il Registro Generale di Mortalità riguarda la totalità dei decessi avvenuti nella popolazione generale e le cui cause sono codificate secondo il sistema di classificazione internazionale (fino al 2002 ICD 9, successivamente ICD 10).
Nell'ambito specifico, i casi sono "estratti" dai record della mortalità generale attraverso gruppi di cause secondo la procedura concordata nell'ambito del gruppo di lavoro REITOX sull'indicatore chiave "Decessi droga correlati e mortalità tra i consumatori di droga" coordinato dall'Osservatorio europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona.
In tale contesto è importante ricordare che la definizione di un decesso droga correlato è limitato ai casi in cui la morte è dovuta all'azione diretta di sostanze psicoattive, quali overdose o avvelenamenti, non includendo le morti indirettamente associate all'uso di sostanze, quali incidenti stradali, infezioni da virus dell'immunodeficienza umana acquisita tramite la somministrazione per via iniettiva o accidenti cardiovascolari indirettamente attribuibili all'uso di cocaina, portando, quindi, a sottostimare il reale numero di decessi correlati all'uso di sostanze.
Nello specifico, un decesso viene considerato droga correlato se in diagnosi risulta un disturbo mentale o comportamentale dovuto all'uso di sostanze psicoattive, o un avvelenamento.
Di seguito si riportano i codici adottati dai due sistemi di classificazione ICD-9 e ICD-10, selezionati per l'inclusione di un caso tra i DDC (Tabella 6.1).

Tabella 6.1: Cause di morte in base ai sistemi di classificazione ICD 9 e ICD 10.

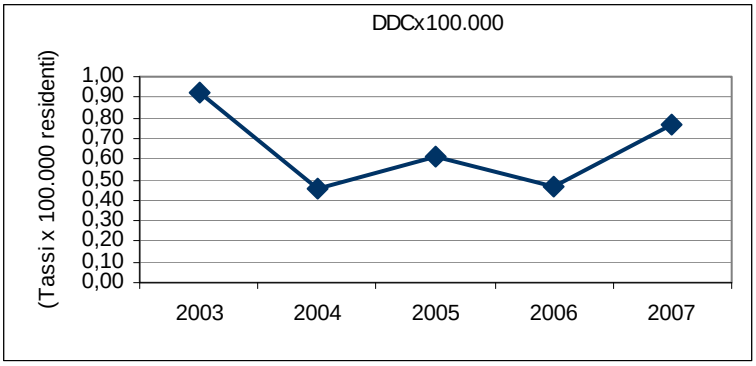
	COD ICD 9	COD ICD 10
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive	292, 304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7. 305.9	F11-F12, F14-F16, F19
Avvelenamenti	E850.0, E850.8[1)], E854.1-2, E855.2, E858.8[1)], E950.0[1)], E950.4[1)], E980.0[1)], E980.4[1)]	X42, X41, X62, X61, Y12, Y11, X44, X64, Y14

1 Solo se in combinazione

Perché gli avvelenamenti possano essere considerati nella classificazione di un decesso tra i casi droga correlati, deve essere presente la sostanza di avvelenamento a cui si riferiscono.
Per la classificazione in base all'ICD-9, gli avvelenamenti sono associati con le sostanze indicate dai codici 965.0 e/o 968.5 e/o 969.6 e/o 969.7.

In base alla classificazione ICD-10 i codici riferibili agli avvelenamenti da narcotici/psicodislettici (cod X42, X62, Y12), devono essere associati alle sostanze codificate da T40.0 a T40.9; nei casi di avvelenamento da antiepilettici, sedativo-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi non classificati altrove (cod X41, X61, Y11), deve essere presente il codice T43.6
Gli avvelenamenti attribuibili ad altri e non specificati farmaci (cod X44, X64, Y14) vengono considerati solo se associati ad uno qualsiasi dei codici specifici per sostanza.
Nel quinquennio 2003-2007, nel territorio di competenza della ASL Milano 1 si sono registrati 21 decessi droga correlati (DDC), in media 4 l'anno.
Se si rapportano i decessi avvenuti nel quinquennio alla popolazione residente tra i 15 ed i 64 anni di età, il tasso di mortalità droga correlata è rimasto sostanzialmente stabile assestandosi a circa 1 caso ogni 100.000 residenti (Grafico 6.1).

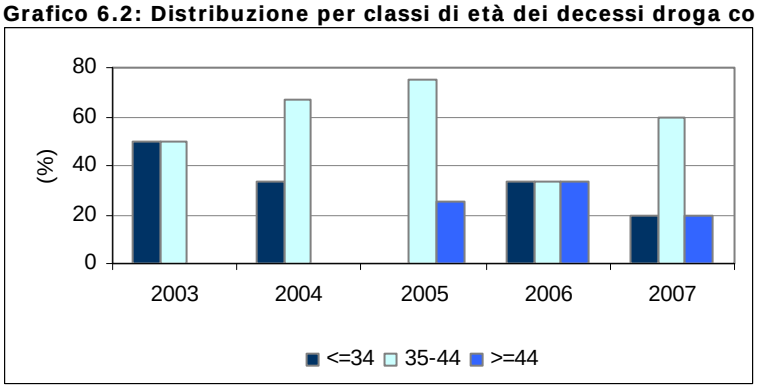
Grafico 6.1: Distribuzione annuale del tasso di decessi droga correlati ogni 100.000 residenti nella ASL MI1 tra i 15 ed i 64 anni.



Schede di Morte-ISTAT

Complessivamente in quasi l'86% dei casi si tratta di maschi (solo 3 donne di cui 2 nel 2003 ed 1 nel 2005). Ad eccezione del primo biennio, l'età media è superiore ai 40 anni (circa 34 e 32 rispettivamente nel 2003 e 2004) e nel complesso la classe di età più rappresentata è quella tra i 35 ed i 44 anni (Grafico 6.2).

Grafico 6.2: Distribuzione per classi di età dei decessi droga correlati.

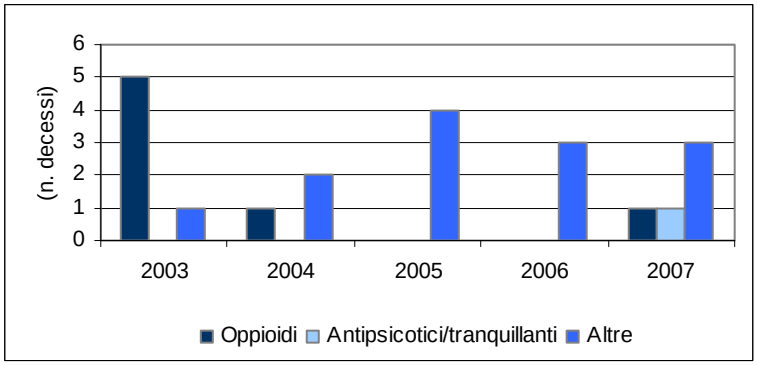


Schede di Morte-ISTAT

Tra i 21 decessi droga correlati, più del 33% è riferibile ad oppioidi, quasi il 62% a sostanze non specificate e nel rimanente 6% circa ad antipsicotici, neurolettici o tranquillanti.

Nel corso degli anni, tuttavia, si osserva che la maggior parte dei decessi dovuti ad oppioidi è avvenuto nel 2003, mentre risultano del tutto assenti nel biennio 2005-2006.

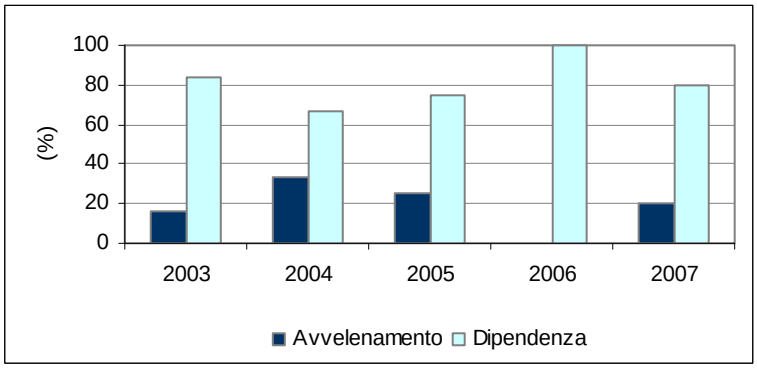
Grafico 6.3: Distribuzione per anno del numero di decessi droga correlati per sostanza.



Schede di Morte-ISTAT

Più omogenea la distribuzione qualora si consideri la presenza di diagnosi di dipendenza o avvelenamento. In tutti gli anni, infatti, la maggior parte dei casi presentava una diagnosi di dipendenza che nell'intero periodo considerato ha riguardato l'81% dei decessi.

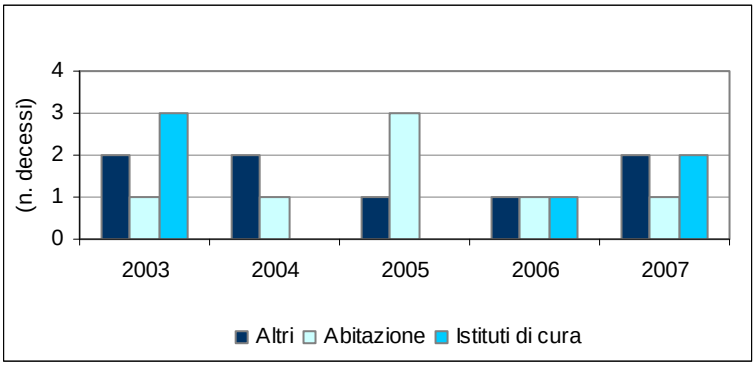
Grafico 6.4: Distribuzione per anno del numero di decessi droga correlati per causa di morte.



Schede di Morte-ISTAT

In 4 casi su 21, la morte è stata dovuta a causa violenta, in 2 a suicidio e nei restanti accidentale.
In particolare in uno dei suicidi (uno nel 2005 ed uno nel 2007) l'avvelenamento è attribuibile all'uso di tranquillanti, antipsicotici o neurolettici, nell'altro ad altre sostanze psicotrope.
I due avvelenamenti accidentali (uno nel 2003 ed uno nel 2004), di contro, sono entrambi attribuibili ad oppioidi.
Tra i 21 decessi registrati nel quinquennio, in circa il 33% dei casi, la morte è avvenuta presso l'abitazione, in quasi il 29% presso istituti di cura, pubblici e privati, e nel restante 38% circa in altri luoghi non meglio specificati.

Grafico 6.5: Distribuzione per anno del numero di decessi droga correlati per luogo del decesso.



Schede di Morte-ISTAT

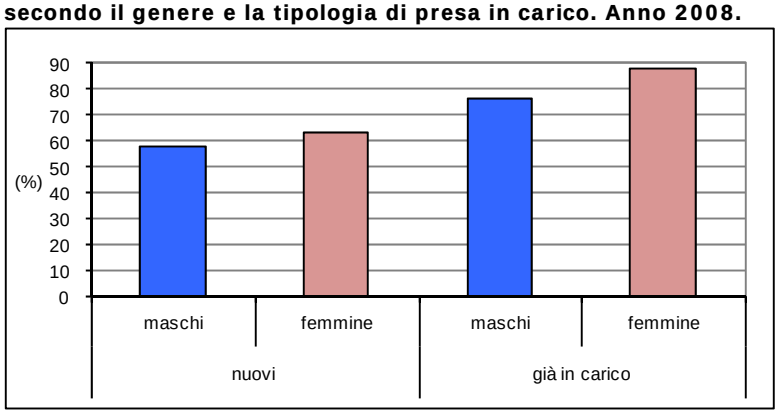
6.2 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Le malattie infettive droga correlate costituiscono uno dei cinque indicatori per il monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno della droga individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCDDA).
Il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario, riferito all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze (Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze, Schede ANN.04, ANN.05, ANN.06).

6.2.1 Test sierologico HIV

Gli utenti tossicodipendenti sottoposti al test sierologico HIV durante l'anno 2008, risultano 1.222, pari al 71% dell'utenza complessivamente trattata nei Dipartimenti per le Dipendenze della ASL Milano 1, e il 15% dei soggetti testati è risultato positivo al test (pari all'11% dell'utenza totale).
La quota di soggetti sottoposti al test sierologico risulta superiore tra l'utenza già nota (78%), rispetto a quella rilevata tra la nuova utenza (59%), e tra il collettivo femminile (80%), rispetto alla quota di soggetti maschi sottoposti al test (70%) (Grafico 6.6).

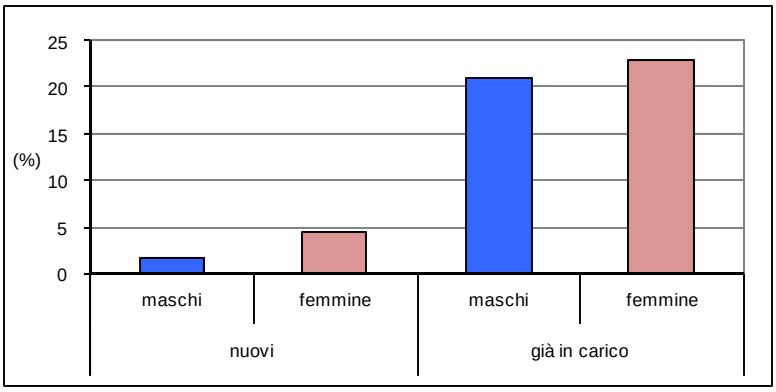
Grafico 6.6: Distribuzione percentuale di soggetti testati per HIV sull'utenza totale, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Nel considerare i soggetti risultati positivi al test anti-HIV, si rileva una quota superiore tra i soggetti già in carico (21%) rispetto a quella dei nuovi utenti (2%), in entrambi i generi.
Inoltre, nel collettivo femminile si riscontra una quota più elevata di test con esito positivo (18%) rispetto quanto rilevato nell'utenza maschile (15%), in entrambe le tipologie di presa in carico (Grafico 6.7).

Grafico 6.7: Distribuzione percentuale di soggetti risultati positivi al test sierologico HIV sull'utenza testata, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.

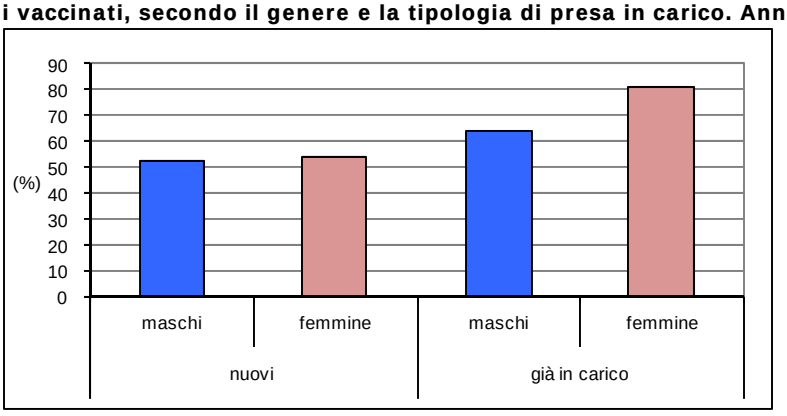


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

6.2.2 Test epatite virale HBV

Nel corso del 2008, i soggetti sottoposti al test sierologico HBV sono stati 888, pari al 61% dell'utenza totale trattata esclusi i vaccinati.
Le quote maggiori di utenti sottoposti al test sierologico emergono se si considera l'utenza già nota (66% rispetto il 53% della nuova utenza), sia maschile che femminile, e il collettivo femminile (72% contro il 60% dei maschi testati), in entrambe le tipologie di presa in carico (Grafico 6.8).

Grafico 6.8: Distribuzione percentuale di soggetti testati per HBV sull'utenza totale esclusi i vaccinati, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.

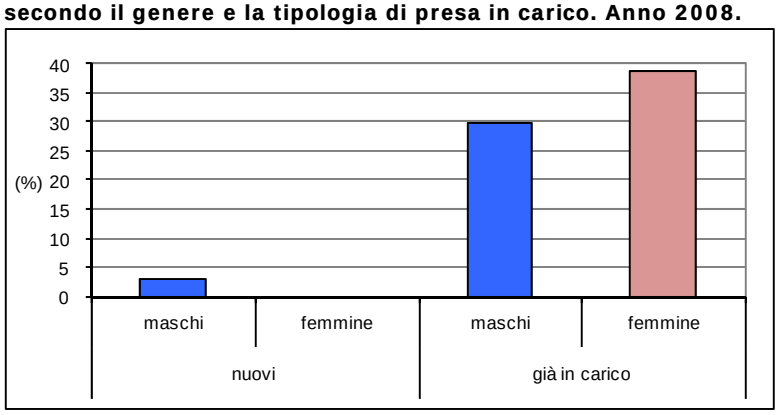


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Tra i soggetti testati, il 22% risulta positivo al test HBV, in particolare tra l'utenza già nota ai servizi (31% contro 3% della nuova utenza) e tra l'utenza femminile (29% contro il 21% rilevato tra l'utenza maschile), nonostante il fatto che tra le nuove utenti nessuna risulta positiva (Grafico 6.9). Se rapportiamo

l'utenza positiva al test all'utenza totale si osserva una quota di soggetti positivi pari al 12%.

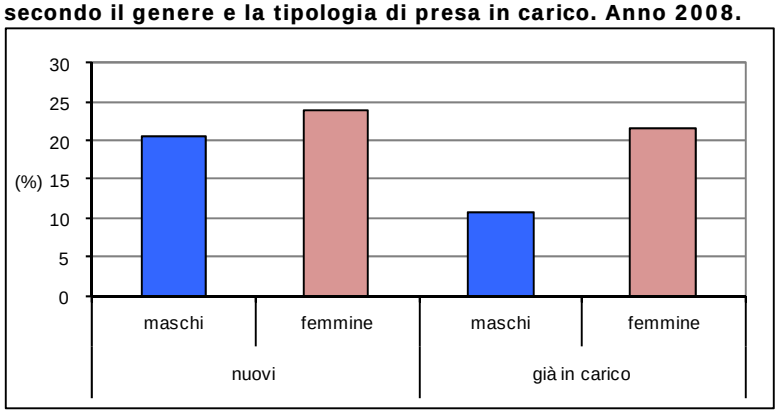
Grafico 6.9: Distribuzione percentuale di soggetti positivi per HBV sull'utenza testata, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 16% dell'utenza è stata vaccinata per HBV. Le quote maggiori di soggetti vaccinati si rilevano nella nuova utenza (21% contro il 12% dell'utenza già nota) di entrambi i generi, e nel collettivo femminile (22% contro il 15% rilevato tra l'utenza maschile) di entrambe le tipologie di presa in carico (Grafico 6.10).

Grafico 6.10: Distribuzione percentuale di soggetti vaccinati per HBV sull'utenza totale, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.

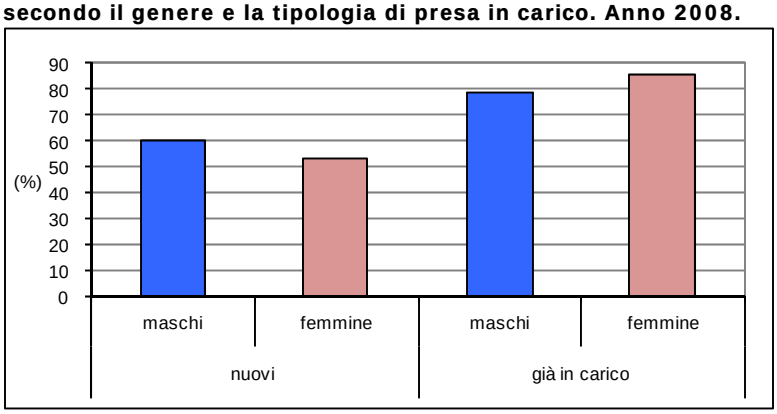


Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

6.2.3 Test epatite virale HCV

Nei Dipartimenti per le Dipendenze della ASL Milano 1, nel corso dell'anno 2008, il 72% degli utenti in carico è stato sottoposto a test sierologico HCV.
La maggiore attività di testing è stata effettuata tra i soggetti già noti (79% contro il 59% della nuova utenza), sia maschi che femmine, e tra le utenti di sesso femminile, 75% contro il 71% dei maschi (Grafico 6.11).

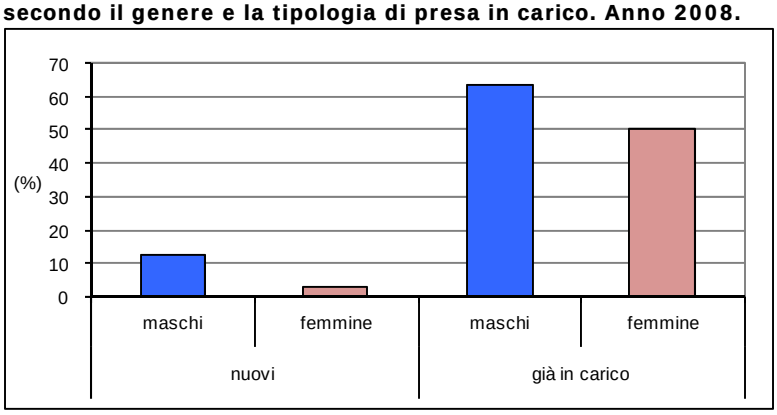
Grafico 6.11: Distribuzione percentuale di soggetti testati per HCV sull'utenza totale, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

Il 46% dell'utenza sottoposta a test sierologico è risultata positiva (pari al 33% dell'utenza complessivamente in carico), in particolare tra i maschi (47% contro il 39% delle femmine) in entrambe le tipologie di presa in carico.
Differenze più marcate si rilevano, in entrambi i generi, se si considera la presenza nel servizio: il 62% dell'utenza già nota sottoposta al test sierologico risultata positiva, contro il 12% della nuova utenza (Grafico 6.12).

Grafico 6.12: Distribuzione percentuale di soggetti positivi per HCV sull'utenza testata, secondo il genere e la tipologia di presa in carico. Anno 2008.



Elaborazione su dati dell'UOC Dipartimento delle Dipendenze – ASL MI1

6.3 RICOVERI ALCOL DROGA E TABACCO CORRELATI

6.3.1 Ricoveri

Viene di seguito fornita la descrizione relativa al biennio 2007-2008, del ricorso alle strutture ospedaliere lombarde, per motivi correlati al consumo di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci da parte di residenti nel territorio della ASL Milano 1; tali ricoveri sono stati complessivamente 25.231. Si analizzano di seguito le categorie diagnostiche (classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM) che riportano una diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di droghe/psicofarmaci, alcol e tabacco[1]. I ricoveri con diagnosi indirettamente correlata al consumo di alcol

[1] Si sono analizzate le categorie diagnostiche classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD9-CM. I codici ICD9-CM analizzati sono stati per

sono stati 22.632 (pari a circa l'85% dell'intero collettivo), 2.633 quelli con diagnosi direttamente correlata al consumo di alcol (pari a circa il 10% dell'intero collettivo), 1.026 (circa il 4% dell'intero collettivo) quelli attribuibili all'uso di droghe e psicofarmaci e 304 al tabacco (circa l'1% dell'intero collettivo); il totale complessivo supera la suddetta quota di 25.231 ricoveri, in quanto alcuni di questi riportano nelle diverse diagnosi concomitanti codici che fanno riferimento contemporaneamente a più tipologie diagnostiche (Tabelle 6.2 e 6.3).

Tabella 6.2: Distribuzione di frequenza delle diagnosi (ICD9-CM) rilevate nei ricoveri alcol e tabacco correlati.

diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol	**Anno 2007 %**	**Anno 2008 %**
Psicosi da alcol	5,0%	5,0%
Sindrome di dipendenza da alcol	18,5%	19,1%
Abuso di alcol senza dipendenza	11,1%	11,8%
Polineuropatia alcolica	1,6%	1,6%
Cardiomiopatia alcolica	0,4%	0,2%
Gastrite alcolica	0,4%	0,2%
Effetti tossici da alcol etilico	0,1%	0,0%
Steatosi, epatite e cirrosi alcolica	63,0%	62,2%
totale n°	**1.409**	**1.224**
%	**100**	**100**
diagnosi indirettamente correlate all'uso di alcol (ad eziologia multifattoriale per le quali si presume un rapporto di causalità con l'alcol)	**%**	**%**
Tumori maligni del cavo orale e faringe	3,5%	3,4%
Tumori maligni del esofago	1,1%	1,5%
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari	6,8%	7,2%
Tumori maligni della laringe	1,3%	1,2%
Ipertensione essenziale	71,6%	70,3%
Coma epatico ed ipertensione portale	4,1%	4,0%
Altre malattie epatiche	11,6%	12,2%
totale n°	**11.703**	**10.929**
%	**100**	**100**
diagnosi di ricovero correlate all'uso di tabacco	**n°**	**n°**
Disturbi da uso di tabacco	**170**	**134**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

droghe/psicofarmaci: Psicosi da droghe (292,292.0-9), Dipendenza da droghe (304,304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305,305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenam. da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenam. da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenam. da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5), per il tabacco: Disturbi da uso di tabacco (305.1), Effetti tossici del tabacco (989.84), per l'alcol dirette: Psicosi da alcol (291, 291.0-9), Sindrome di dipendenza da alcol (303, 303.0-9), Abuso di alcol senza dipendenza (305.0), Polineuropatia alcolica (357.5), Cardiomiopatia alcolica (425.5), Gastrite alcolica (535.3), Steatosi, epatite e cirrosi alcolica (571.0-3), Alcolemia elevata (790.3), Effetti tossici da alcol etilico (980.0), Danni da alcol al feto o al neonato attraverso la placenta (7607.1), per l'alcol indirette: Tumori maligni del cavo orale e faringe(140-149), Tumori maligni dell'esofago (150), Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari (155), Tumori maligni della laringe (161), Ipertensione essenziale (401), Altre malattie epatiche croniche o cirrosi senza menzione di alcol (571.5-6, 8-9), Coma epatico ed ipertensione portale (572.2-3). Tali codici risultano peraltro consigliati anche dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), dal National Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal Ministero della Salute

Tabella 6.3: Distribuzione di frequenza delle diagnosi (ICD9-CM) rilevate nei ricoveri alcol e tabacco correlati.

diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe e psicofarmaci	Anno 2007	Anno 2008
Psicosi da droghe	6%	8%
Dipendenza da oppioidi	7%	7%
Dip. da barbiturici, sedativi o ipnotici	0%	1%
Dipendenza da cocaina	5%	8%
Dipendenza da cannabinoidi	1%	1%
Dipendenza da allucinogeni	0%	0%
Dip. da combin. di sost. oppioidi con altre	0%	2%
Dipendenza da combinazioni senza oppioidi	0%	0%
Dipendenza da altre droghe	4%	5%
Abuso di cannabinoidi	7%	5%
Abuso di allucinogeni	0%	0%
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	5%	3%
Abuso di oppioidi	1%	1%
Abuso di cocaina	9%	14%
Abuso di antidepressivi	1%	1%
Abuso di altre droghe o combinazioni	22%	21%
Avvelenamento da eroina	0%	1%
Avvelenamento da barbiturici	1%	0%
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	5%	2%
Avvelenamento da anestetici -cocaina	0%	0%
Avvelenamento da antidepressivi	4%	4%
Avvelenamento da tranquillanti	18%	13%
Avvelenamento da psicostimolanti	0%	0%
Avv. da altre sostanze psicotrope	1%	1%
Gravid. e bamb. nati da madri consum. di droghe	2%	1%
totale n°	**514**	**512**
%	**100**	**100**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Tali degenze risultano avvenute, nella maggior parte dei casi, all'interno dei reparti di "medicina generale" per quanto attiene alle diagnosi direttamente e indirettamente correlate all'uso di alcol (rispettivamente 51,1% e 31,2% del totale dei ricoveri) e di "cardiologia" per il tabacco (40,1% del totale dei ricoveri); per quanto attiene invece a quelle correlate all'uso di droghe e psicofarmaci il 37,1% dei ricoveri risultano avvenuti nei reparti di "psichiatria". In Tabella 6.4 si riportano le frequenze percentuali degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi.

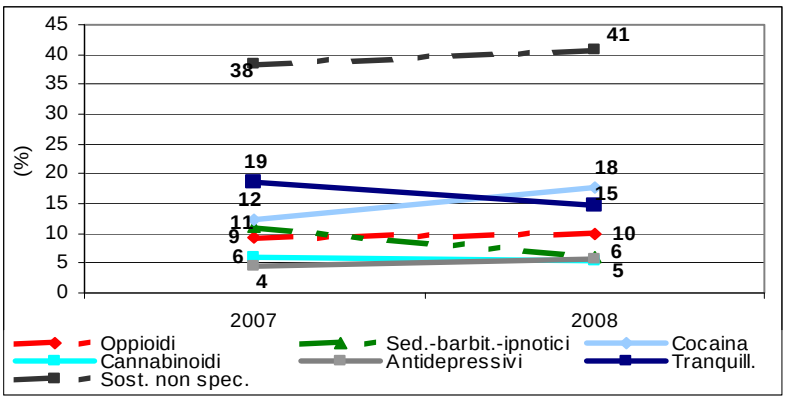
Tabella 6.4: Distribuzione di frequenza dei ricoveri, in base al reparto ed al tipo di diagnosi (ICD9-CM).

REPARTO	Diagnosi corr. uso di droghe e psicofarm.	Diagnosi direttamente corr. uso di alcol	Diagnosi correlate all'uso di tabacco	Diagnosi indirettam. corr. all'uso di alcol
Cardiochirurgia	0,0%	0,1%	0,7%	1,4%
Cardiologia	0,2%	0,5%	40,1%	8,5%
Chirurgia Generale	0,9%	3,4%	6,3%	6,8%
Chirurgia Maxillo Facciale	0,0%	0,1%	0,0%	0,5%
Chirurgia Plastica	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%
Chirurgia Toracica	0,0%	0,0%	0,7%	0,3%
Chirurgia Vascolare	0,1%	0,1%	0,0%	2,0%
Malatt. endocrine del ricambio e nutr.	0,0%	0,3%	1,3%	1,0%
Geriatria	0,4%	0,5%	0,0%	1,2%
Malattie Infettive E Tropicali	3,1%	2,1%	0,0%	1,3%
Medicina Del Lavoro	0,0%	0,0%	7,2%	0,1%
Medicina Generale	16,5%	51,1%	19,4%	31,2%
Unita' Spinale	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
Nefrologia	0,0%	0,2%	0,0%	0,6%
Neurochirurgia	0,2%	0,1%	0,0%	0,4%
Neurologia	21,7%	2,3%	6,3%	7,4%
Oculistica	0,1%	0,2%	0,0%	0,6%
Ortopedia e traumatologia	0,7%	1,2%	0,0%	3,2%
Ostetricia e ginecologia	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Otorinolaringoiatria	0,1%	0,5%	0,0%	2,6%
Pediatria	2,9%	0,9%	0,7%	0,2%
Psichiatria	37,1%	17,5%	0,7%	0,6%
Urologia	0,2%	1,0%	0,0%	2,5%
Terapia Intensiva	6,3%	1,4%	1,3%	0,7%
Unita' Coronarica	1,4%	0,1%	3,6%	2,0%
Astanteria	0,5%	0,2%	0,7%	0,2%
Dermatologia	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%
Recupero e riabilit. funzionale	4,1%	3,8%	1,6%	10,5%
Gastroenterologia	0,2%	9,1%	0,3%	3,7%
Lungodegenti	0,0%	0,2%	0,3%	0,5%
Neonatologia	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Oncologia	0,5%	0,7%	0,0%	3,5%
Pensionanti	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Pneumologia	0,5%	0,9%	8,9%	2,2%
Radioterapia	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Reumatologia	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
Neuroriabilitazione	0,0%	0,2%	0,0%	0,6%
Altri Reparti	0,9%	1,0%	0,0%	1,2%
totale n°	**1.026**	**2.633**	**304**	**22.632**
%	**100**	**100**	**100**	**100**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

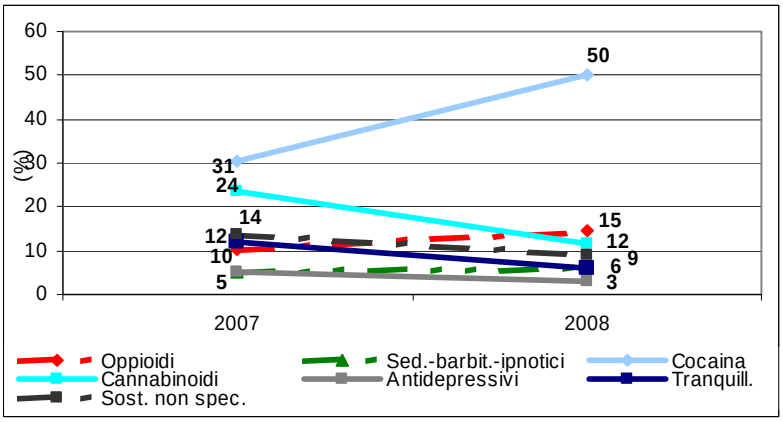
Poco più del 5% (pari a 127 ricoveri) dei 2.633 ricoveri droga correlati presentano diagnosi correlate anche all'uso di alcolici.
Di seguito si riportano le distribuzioni, suddivise per gli anni 2007-2008, delle sostanze d'abuso indicate in diagnosi di dimissione che presentano codici correlati al solo uso di droghe e psicofarmaci (Grafico 6.13) e quelle che presentano codici correlati all'uso di droghe/piscofarmaci in associazione con l'alcol (Grafico 6.14). Il confronto effettuato tra i due anni evidenzia in entrambi i gruppi considerati un incremento delle diagnosi ICD-9 CM in cui compare il consumo di cocaina, per quanto attiene invece ai cannabinoidi, a fronte di una situazione sostanzialmente stabile (circa 6% del 2007 e circa 5% del 2008) rilevata nel gruppo dei ricoveri che presentano diagnosi correlate unicamente al consumo di droghe/psicofarmaci, si evidenzia un decremento (circa 24% del 2007 e circa 12% del 2008).

Grafico 6.13: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso (droghe e psicofarmaci) indicate in diagnosi per anno di ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Grafico 6.14: Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso (droghe e psicofarmaci) abbinate all'uso di alcol, per anno di ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

6.3.2 Pazienti ricoverati

Droghe e psicofarmaci

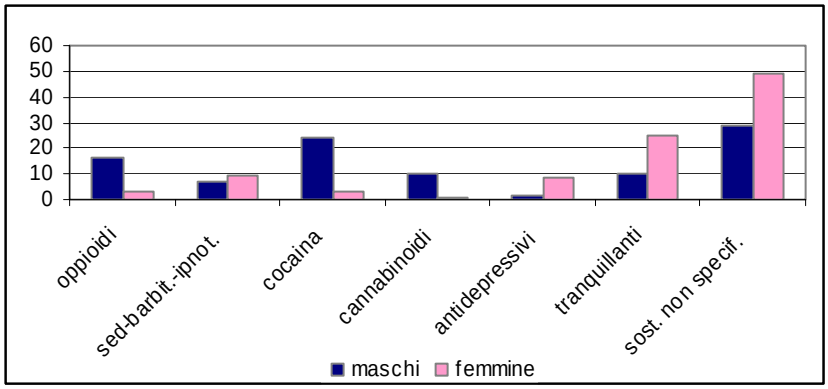
La seguente analisi riguarda pazienti che presentano in diagnosi di ricovero patologie correlate all'uso di droghe e psicofarmaci.

I 1.026 ricoveri droga correlati, avvenuti nel periodo 2007-2008, fanno riferimento a 916 pazienti: circa l'88% (pari a 803 pazienti) presenta in diagnosi di ricovero codici relativi unicamente all'uso di droghe e psicofarmaci, la restante quota (pari a 113 pazienti) presenta diagnosi ICD-9 CM correlate sia all'uso di sostanze psicotrope che a quello di alcol.

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di droghe e psicofarmaci

Nel Grafico 6.15 si riporta la distribuzione per sesso e sostanza d'abuso dei pazienti ricoverati per consumo di droghe e psicofarmaci. Circa il 52% del gruppo considerato, risulta costituito da maschi; se le femmine sono maggiormente rappresentate nel gruppo di degenti che fanno uso di antidepressivi, sedativi/barbiturici e tranquillanti le quote più elevate di maschi le ritroviamo tra i consumatori di cannabinoidi, cocaina ed oppiacei.

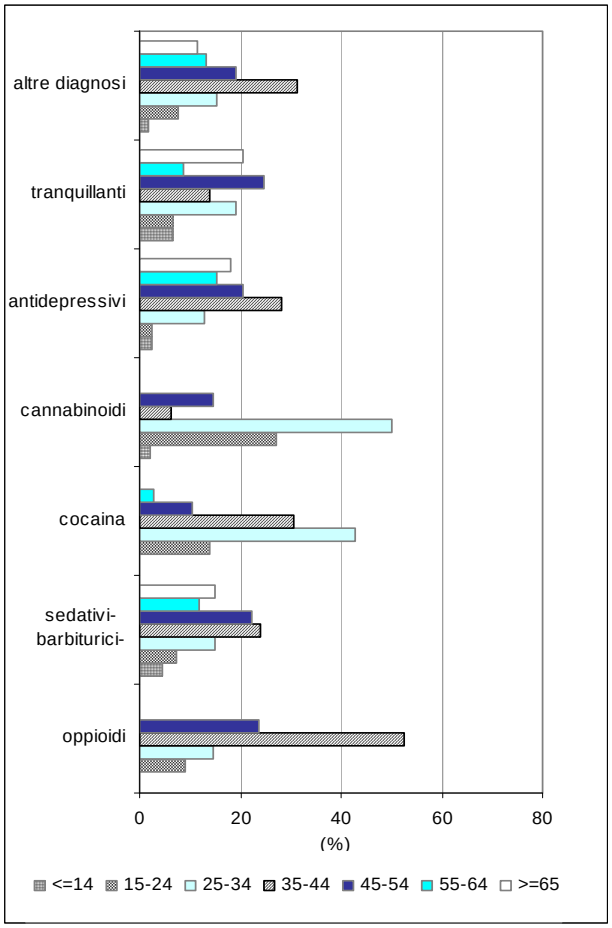
Grafico 6.15: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Nel Grafico 6.16 si riporta la distribuzione per età e sostanza d'abuso dei pazienti ricoverati che presentano diagnosi ICD9-CM droga correlata.

Grafico 6.16: Distribuzione percentuale per classe d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.

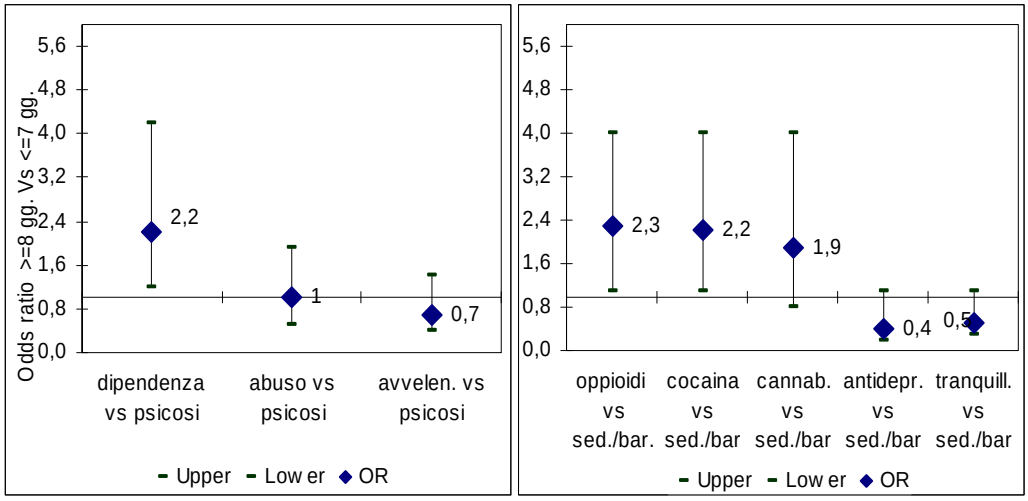


Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

L'utilizzo di due modelli di regressione logistica, ha consentito lo studio dell'associazione tra il tipo di diagnosi droga correlata (Grafico 6.17a) e la sostanza riportata in diagnosi (Grafico 6.17b) con il numero di giornate di degenza alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario nel corso del periodo 2007-2008: "8 o più giornate" a fronte di "7 giornate o meno".
Nel grafico 5a si riporta l'"odds ratio" (rapporto dei rischi) tra il "rischio" (quindi la probabilità) di venire sottoposti ad un numero di giornate di degenza pari a "8 o più giornate" piuttosto che "7 o meno" che hanno i ricoverati con diagnosi di "Abuso", "Dipendenza" o "Avvelenamento" rispetto alle situazioni di "Psicosi": a parità di sesso ed età, tale probabilità arriva poco più che a raddoppiarsi (OR 2,2) nelle situazioni di "Dipendenza". Vengono riportati, inoltre, gli intervalli di confidenza (Upper/Lower) degli "odds-ratio": se l'intervallo non comprende il valore 1, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa (se lo comprende, invece, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente non significativa: per quanto attiene alle situazioni di "Abuso" ed "Avvelenamento", non si rilevano infatti associazioni statisticamente significative).
La probabilità (Grafico 6.17b) di venire sottoposti ad un numero di giornate di degenza pari a "8 o più giornate" piuttosto che "7 o meno" arriva poco più che a

raddoppiarsi per chi fa uso di “oppioidi” (OR 2,3) e “cocaina” (OR 2,2) rispetto a chi fa uso di “sedativi/barbiturici”; non si rilevano invece associazioni statisticamente significative per quanto attiene ai cannabinoidi, antidepressivi e tranquillanti.

Grafico 6.17: Risultati dei modelli di regressione logistica
a) sinistra: per diagnosi;
b) destra: per sostanza.

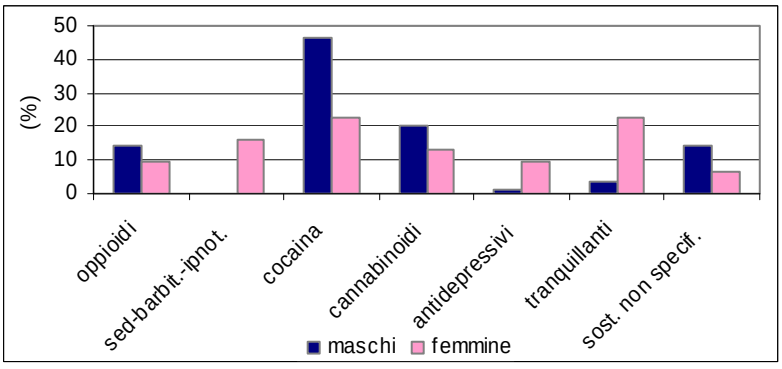


Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di droghe / psicofarmaci associati all'uso di alcolici

Nel gruppo di pazienti ricoverati con diagnosi ICD9-CM relative al consumo di droghe/psicofarmaci in concomitanza con quello di alcolici, i maschi, che costituiscono circa il 71% del collettivo considerato, sono generalmente maggiormente rappresentati tra gli utilizzatori di droghe, mentre le femmine, tra chi fa uso di psicofarmaci; nel grafico 6 si riporta la distribuzione per sesso e sostanza d'abuso.

Grafico 6.18: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.

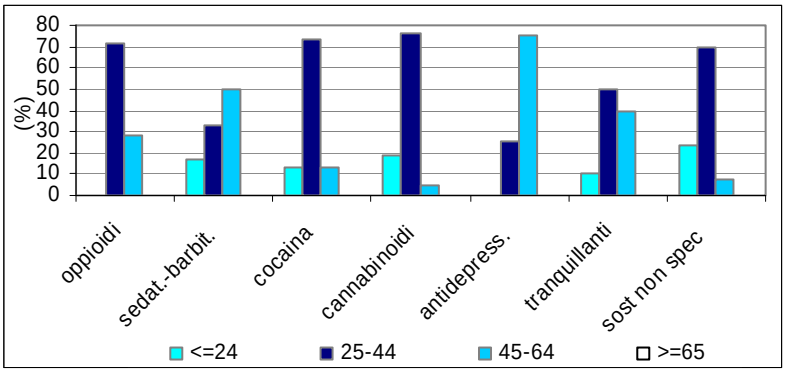


Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Nel Grafico 6.19 si riporta la distribuzione per età e sostanza d'abuso dei pazienti ricoverati che presentano diagnosi ICD9-CM droga correlata in abbinamento all'abuso di alcol; si rileva che, se i pazienti di età compresa tra i 25 ed i 44 anni

prediligono l'abbinamento dell'alcol con le droghe, chi è un po' più avanti negli anni (45-64 anni) predilige l'uso degli psicofarmaci.

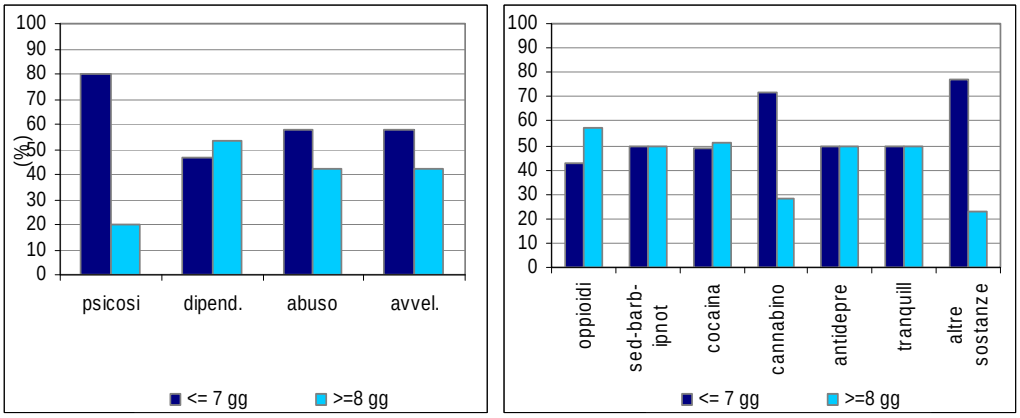
Grafico 6.19: Distribuzione percentuale per classi d'età e sostanza d'abuso abbinata all'uso di bevande alcoliche, correlata al ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Dall'analisi della distribuzione percentuale del numero di giornate di degenza (Grafico 6.20) alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario nel periodo 2007-2008 si evidenzia che, la percentuale più elevata di pazienti sottoposti ad "8 o più giorni" di ricovero, la ritroviamo tra i degenti con diagnosi di "dipendenza (circa 53%) e tra quanti hanno abbinato all'abuso di alcolici anche quello di oppiacei (circa 57%).

Grafico 6.20: Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero
a) sinistra: per diagnosi;
b) destra: per sostanza.

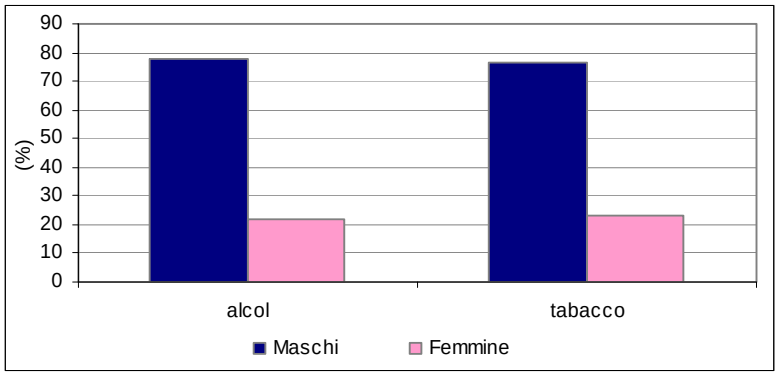


Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Alcol e tabacco

I ricoveri alcol e tabacco correlati, avvenuti nel periodo 2007-2008, fanno riferimento rispettivamente a 1.836 e 240 pazienti.
I maschi risultano maggiormente rappresentati in entrambe le sostanze considerate con valori percentuali pari al 78% per l'alcol e 77% per il tabacco (Grafico 6.21).

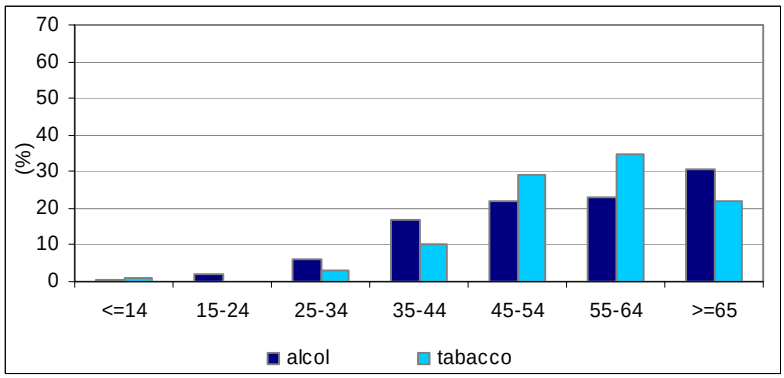
Grafico 6.21: Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Dall'analisi dell'età (Grafico 6.22) si evidenzia che, le percentuali più elevate di ricoverati con diagnosi attribuibili all'abuso di alcol le ritroviamo tra gli ultra 65enni (circa il 30%) mentre per quanto attiene al tabacco, la maggior parte dei pazienti hanno un'età compresa tra i 55 ed i 64 anni (35%).

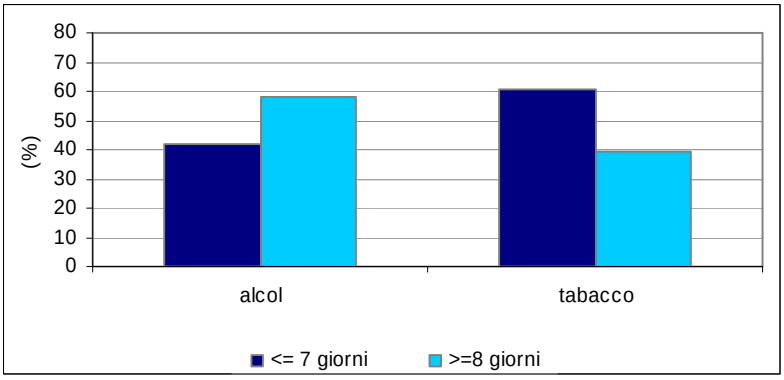
Grafico 6.22: Distribuzione percentuale per classi d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Dall'analisi della distribuzione percentuale del numero di giornate di degenza alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario, nel corso del periodo 2007-2008 si evidenzia che, la percentuale più elevata di pazienti sottoposti ad "8 o più giorni" di ricovero la ritroviamo tra coloro che presentano diagnosi alcol correlate (Grafico 6.23).

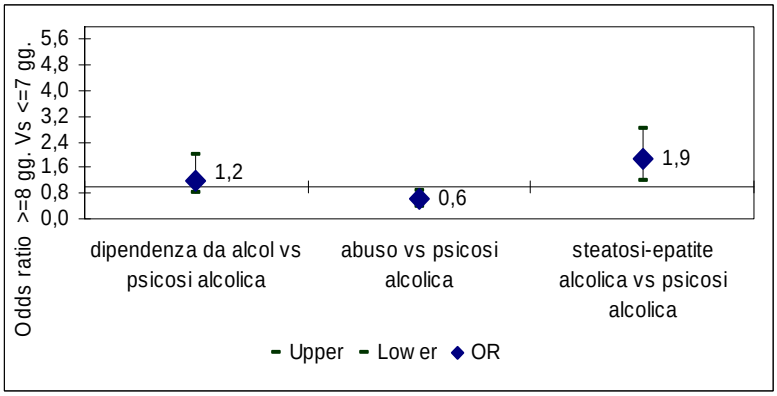
Grafico 6.23: Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero, effettuata in base alla sostanza d'abuso, correlata al ricovero.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Un modello di regressione logistica ha consentito lo studio dell'associazione tra il tipo di diagnosi alcol correlata ed il numero di giornate di ricovero a cui i pazienti sono stati sottoposti sempre nel periodo di riferimento (Grafico 6.24).
Nel Grafico 6.24 si riporta l'"odds ratio" (rapporto dei rischi) tra il "rischio" (quindi la probabilità) di venire sottoposti ad un numero di giornate di degenza pari a "8 o più" piuttosto che "7 o meno" che hanno i ricoverati con diagnosi di "Dipendenza", "Abuso di alcol senza dipendenza" o "Steatosi-epatite-cirrosi alcolica" rispetto alle situazioni di "Psicosi alcolica"; tale probabilità, a parità di sesso ed età, è inferiore per le situazioni di abuso (OR 0,6) mentre arriva quasi a raddoppiarsi (OR 1,9) nel caso delle "Steatosi-epatite-cirrosi alcolica"; per quanto attiene alle diagnosi di "Dipendenza", non si rilevano associazioni statisticamente significative.

Grafico 6.24: Risultati del modello di regressione logistica relativo alla diagnosi alcol correlata.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

6.4 ANALISI DEI COSTI SOSTENUTI PER I RICOVERI OSPEDALIERI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE – ANNO 2008

Il consumo di droghe, lecite ed illecite, non è un problema che coinvolge esclusivamente il soggetto consumatore o la sua famiglia, ma riguarda la collettività nel suo insieme, anche dal punto di vista economico. Quantificare in termini economici le conseguenze ed i danni indotti dal consumo di droghe permette di valutare e analizzare una parte delle risorse economiche che gravano sulla collettività e che la stessa è costretta ad assumersi.

L'analisi di seguito proposta, riferita ai soggetti residenti nei comuni afferenti alla ASL Milano 1, si propone di stimare l'impatto economico delle patologie correlate al consumo di sostanze psicoattive valutando i costi sostenuti annualmente dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) per le ospedalizzazioni dei pazienti affetti dalle patologie considerate. Dall'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) prodotte nell'anno 2008 dalle strutture della Regione Lombardia per soggetti residenti nella ASL Milano 1, sono state selezionate le schede che riportavano in diagnosi principale e/o nelle 5 concomitanti una delle patologie classificate con i codici ICD-IX-CM già elencati in nota 1 (a pag. 173 del presente capitolo).

Per la valorizzazione economica dei ricoveri selezionati si è proceduto all'applicazione delle tariffe associate dal sistema DRG *(Diagnosis Related Group)*[1] alle prestazioni ospedaliere erogate, secondo il tariffario attualmente in vigore presso le strutture ospedaliere della Regione Lombardia.

Il sistema DRG indica sia le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, sia il valore soglia della degenza, che individua la durata di degenza (espressa in giornate) oltre la quale si applica una remunerazione aggiuntiva, corrisposta "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia.

Per tutti i ricoveri di durata superiore ad 1 giorno, purché contenuta entro il valore soglia, si applica la tariffa ordinaria, indipendentemente dalla durata effettiva della degenza (ad esempio per un caso di DRG 521-Abuso o dipendenza da alcol/farmaci con CC, che richiede un ricovero di 2 giorni, si applica la stessa tariffa di un caso analogo che richiede una degenza di 5, 7, 9 giorni, fino alla soglia massima stabilita in n.30 giorni).

A seguito dell'attribuzione della tariffa DRG ai ricoveri ordinari ed diurni, è stato valutato il costo sostenuto dal SSR. A tal proposito si deve precisare che, proprio per i criteri adottati dal sistema di classificazione DRG, non vi è una corrispondenza univoca tra codici ICD-IX e categoria DRG (ad una stessa patologia ICD-IX, infatti, possono essere attribuiti DRG diversi), comportando quindi valorizzazioni economiche differenti a ricoveri con medesime diagnosi[2].

[1] Il sistema DRG è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti, basato sulle informazioni, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relative a: diagnosi principali, diagnosi secondarie, intervento chirurgico principale, altri interventi, sesso, età, stato del paziente alla dimissione. Il sistema DRG individua oltre 500 classi di casistiche, tendenzialmente omogenee per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico.

[2] L'omogeneità dei DRG riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico.

6.4.1 Analisi dei costi per ricoveri droga correlati

Ricoveri con diagnosi principale direttamente drogacorrelata

Per valutare specificatamente l'entità dei costi generati dai ricoveri correlati all'assunzione di droghe e psicofarmaci, si è proceduto alla selezione ed analisi dei casi che riportano in **diagnosi principale** uno dei codici ICD-IX-CM droga correlati. I ricoveri ospedalieri selezionati sono stati 248 (di cui 9 solventi)[3] ed hanno comportato un costo di circa 327mila euro.

Dei 239 ricoveri, 187 sono avvenuti in regime ospedaliero ordinario (78%) e 52 in Day-Hospital, con un costo a carico del SSR rispettivamente di circa 257.600 euro (79% del totale) e circa 69.300 euro (21%).

Il 68% dei ricoveri con diagnosi principale direttamente droga correlata ha riguardato casi inclusi nella categoria diagnostica MDC 20-Abuso di droghe/farmaci e disturbi mentali organici indotti[4] (162 casi, di cui 110 in regime di ricovero ordinario (il 68%) e 52 diurno), il cui costo ospedaliero è stato di circa 228mila euro (per il 30% attribuibile ai ricoveri diurni), pari al 70% circa dei costi complessivamente sostenuti.

Il 61% dei casi appartenenti a tale categoria diagnostica ha riguardato ricoveri per DRG 523-Abuso/dipendenza da droghe/farmaci SENZA terapia riabilitativa senza Complicanze Cliniche (CC) (98 casi), il 23% per DRG 522-Abuso o dipendenza da droghe/farmaci CON Terapia Riabilitativa senza CC (37 casi), il 9% per DRG 521-Abuso/dipendenza da droghe/farmaci con CC (15 casi), il restante 7% per DRG 433-Abuso/dipendenza da droghe/farmaci, dimesso contro il parere dei sanitari (12 casi).

Il 32% dei costi generati dai ricoveri afferenti alla categoria diagnostica MDC 20, per un importo di circa 74mila euro, è stato assorbito dai casi classificati con DRG 522, che implicano il ricorso alla terapia riabilitativa, con un costo medio per ricovero di circa 1.992 euro. Il 50% dei costi afferenti alla specifica categoria diagnostica è stato generato dai ricoveri per DRG 523 (114mila euro), con un costo medio/ricovero di circa 1.164 euro. Il trattamento ospedaliero dei casi classificati con DRG 521 ha comportato un costo di circa 34.400 euro (15%), mediamente 2.292 euro a ricovero.

I 76 ricoveri appartenenti alla categoria diagnostica MDC 21-Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci (33% del totale dei ricoveri), avvenuti tutti in regime ospedaliero ordinario, hanno generato un costo di 98mila euro, pari al 30% dei costi complessivamente sostenuti.

Il 51% dei costi afferenti alla specifica categoria diagnostica sono stati generati dai casi classificati con DRG 449-Avvelenamento ed effetti tossici dei farmaci con CC in pazienti di età >18 anni, con un costo medio/ricovero di oltre 2mila euro.

Il restante ricovero con diagnosi principale droga correlata è afferito alla categoria diagnostica MDC 14-Gravidanza, parto e puerperio per DRG 383-Altre diagnosi preparto con CC.

[3] I 9 ricoveri "solventi", i cui costi cioè sono a carico del paziente, sono stati esclusi dalla presente analisi. Si tratta di ricoveri avvenuti tutti in regime ordinario ed afferenti alla MDC 20 per DRG 521.

[4] L'analisi dei ricoveri afferenti alla MDC 20, in questo caso, ha riguardato i casi riportanti patologie specificatamente correlate all'uso di droghe e/o psicofarmaci.

Tabella 6.5: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale droga correlata, secondo MDC e DRG e regime di ricovero. ASL Milano 1. Anno 2008.

MDC		DRG		N. casi	Valorizzazione economica		Costo medio per ricovero
					euro	%	
RICOVERI ORDINARI							
14	Gravidanza, parto e puerperio	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1	929	0,3	929,00
20	Abuso di droghe e disturbi mentali organici indotti	433	Abuso/dipendenza da droghe/farmaci, dimesso contro il parere dei sanitari	12	5.740	1,8	478,33
		521	Abuso/dipendenza da droghe/farmaci CON CC	14	32.193	9,8	2.299,50
		522	Abuso/dipendenza da droghe/farmaci CON terapia riabilitativa SENZA CC	16	42.236	12,9	2.639,75
		523	Abuso/dipendenza da droghe/farmaci SENZA terapia riabilitativa SENZA CC	68	78.445	24,0	1.153,60
		Totale categoria diagnostica		*110*	*158.614*	*48,5*	*1.441,95*
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	449	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età >18 anni con CC	25	50.274	15,4	2.010,96
		450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età >18 anni senza CC	42	40.168	12,3	956,38
		451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età <18 anni	9	7.602	2,3	844,67
		Totale categoria diagnostica		*76*	*98.044*	*30,0*	*1.290,05*
TOTALE RICOVERI ORDINARI				**187**	**257.587**	**78,8**	**1.377,47**
RICOVERI DIURNI							
20	Abuso di droghe e disturbi mentali organici indotti	521	Abuso/dipendenza da droghe/farmaci CON CC	1	2.192	0,7	2.192,00
		522	Abuso/dipendenza da droghe/farmaci CON terapia riabilitativa SENZA CC	21	31.460	9,6	1.498,10
		523	Abuso/dipendenza da droghe farmaci SENZA terapia riabilitativa SENZA CC	30	35.633	10,9	1.187,77
TOTALE RICOVERI DIURNI				**52**	**69.285**	**21,2**	**1.332,40**
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DIRETTAMENTE DROGA ATTRIBUIBILE				**239**	**326.872**	**100,0**	**1.367,67**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

L'analisi effettuata secondo la diagnosi principale di ricovero evidenzia che:

- i ricoveri per "Sindrome da dipendenza" da sostanze psicoattive (eccetto alcol e tabacco) sono stati 25 (il 10% dei ricoveri totali) e hanno comportato un costo di circa 49.200 euro (15% del totale sostenuto), mediamente di 1.966 euro per ricovero.

  Il 44% ed il 36% dei ricoveri droga correlati per "Sindrome da dipendenza" hanno riguardato il consumo rispettivamente di "altre droghe"[5] (casi) e di cocaina (casi), incidendo rispettivamente per il 41% ed il 50% dei costi

[5] Si intendono le sostanze psicotrope non definite da specifici ICD IX, escludenti quindi cannabinoidi, allucinogeni, barbiturici e sedativi o ipnotici, oppiodi, cocaina, amfetamine e simpaticomimetici ad azione simile, antidepressivi.

sostenuti per i ricoveri accorsi per “Sindrome di dipendenza da droghe” (circa 44.700 euro);
- i 106 ricoveri con diagnosi principale riferita ad “Abuso” di droghe/psicofarmaci (44,3% dei ricoveri totali) hanno implicato un costo di circa 140mila euro (pari al 43% dei costi totali), con un costo medio di circa 1.320 euro/ricovero. Il 46% di tali ricoveri è avvenuto in regime ospedaliero diurno, incidendo per il 47% sulla spesa sostenuta per i ricoveri specificatamente correlati all’abuso di droghe.
  Il 67% dei ricoveri per “Abuso” ha riguardato l’assunzione combinata di più sostanze psicoattive (71 casi), mentre il 18% quella di cocaina (19 casi), con costi che hanno inciso rispettivamente per il 67% (circa 94mila euro) e per il 16% (circa 23mila euro) sul totale sostenuto per i ricoveri specificamente correlati all’abuso di sostanze. La restante quota di ricoveri (il 15%), che risulta correlata all’abuso di barbiturici-sedativi-ipnotici (9 casi), antidepressivi (4 casi) cannabinoidi (2 casi) ed oppiodi (1 caso), ha inciso per il 17% sul totale specifico;
- i ricoveri per “Avvelenamento da droghe/psicofarmaci” sono stati 76 (corrispondenti al 32% dei ricoveri totali), per un ammontare complessivo di circa 98mila euro (30% del totale) ed un costo medio per ricovero di 1.290 euro. L’80% dei ricoveri per “Avvelenamento” è dovuto all’assunzione di tranquillanti (46 casi) ed antidepressivi (15 casi), incidendo per il 70% sul totale specificamente speso (circa 69mila euro);
- per il trattamento ospedaliero dei 31 ricoveri per “Psicosi” (che rappresentano il 13% dei ricoveri totali) sono stati impiegati circa 39mila euro, pari al 12% del costo complessivamente sostenuto per i ricoveri principalmente droga correlati;
- il restante ricovero ha riportato in diagnosi principale “Tossicodipendenza in gravidanza, antepartum, parto, postpartum” e ha comportato un costo di 929 euro (0,3% del totale).

L’analisi effettuata secondo la tipologia di droga evidenzia che il 34% dei ricoveri ospedalieri droga correlati risulta connesso al consumo di barbiturici-sedativi (16 casi), tranquillanti (46 casi) e antidepressivi (19 casi), comportando un costo di oltre 104mila euro, corrispondenti al 32% totale.
Il 30% dei ricoveri ospedalieri ha riguardato il consumo associato di più sostanze psicoattive (72 casi di policonsumo) ed il 12% di cocaina (28 casi), comportando rispettivamente un costo di 94.200 euro e 47.500 euro, il 29% ed il 14% del costo totale.
Per il 2% dei ricoveri si è trattato di consumo di oppiodi (5 casi) e per il 9% di altre sostanze psicotrope, quali cannabinoidi, allucinogeni e psicostimolanti (26 casi). Tali ricoveri hanno comportato un costo rispettivamente di circa di 5.600 e 36mila euro, il 2% ed l’11% della spesa complessivamente sostenuta per i ricoveri droga correlati.
I restanti ricoveri riguardano i casi di “Psicosi” indotta dal consumo di sostanze psicoattive (31 casi) ed il caso di “Tossicodipendenza in gravidanza”, che nel complesso hanno inciso per il 12% sul totale speso (circa 40mila euro).

Tabella 6.6: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale droga correlata, secondo ICD IX, DRG e regime di ricovero. ASL Milano 1. Anno 2008.

ICD IX	DRG Attribuiti	N. ricoveri	Valorizzazione economica	Costo medio per ricovero
RICOVERI ORDINARI				
Psicosi da droghe	433 – 521 – 523	29	37.257	1.284,72
Dipendenza da oppioidi	433 – 521	2	2.792	1.396,00
Dipendenza da barbiturici, sedativi o ipnotici	523	1	1.346	1.346,00
Dipendenza da cocaina	522 – 523	9	24.575	2.730,56
Dipendenza da allucinogeni	521	1	323	323,00
Dipendenza da combinazioni di sostanze oppioidi con altre droghe	433	1	190	190,00
Dipendenza da altre droghe[6]	433 - 522 – 523	10	18.737	1.873,70
Abuso di cannabinoidi	523	2	1.592	796,00
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	433 – 521 - 523	9	16.011	1.779,00
Abuso di oppioidi	523	1	1.346	1.346,00
Abuso di cocaina	433 – 521 - 523	18	21.797	1.210,94
Abuso di antidepressivi	523	4	4.284	1.071,00
Altri abusi misti[6]	433 – 521 – 522 – 523	23	28.364	1.233,22
Tossicodipendenza in gravidanza	383	1	929	929,00
Avvelenamento da eroina	449	2	1.468	734,00
Avvelenamento da barbiturici	451	1	1.634	1.634,00
Avvelenamento da sedativi o ipnotici	449 – 450	5	12.005	2.401,00
Avvelenamento da antidepressivi	449 – 450	15	17.207	1.147,13
Avvelenamento da tranquillanti	449 – 450 - 451	46	51.581	1.121,33
Avvelenamento da psicostimolanti	449	1	181	181,00
Avvelenamento da altre sostanze psicotrope	449 – 450	6	13.968	2.328,00
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**187**	**257.587**	**1.377,47**
RICOVERI IN DAY HOSPITAL				
Psicosi da droghe	523	2	1.476	738,00
Dipendenza da altre droghe	523	1	1.193	1.193,00
Abuso di cocaina	523	1	984	984,00
Altri abusi misti[6]	521 - 522 - 523	48	65.632	1.367,33
TOTALE RICOVERI IN DAY HOSPITAL		**52**	**69.285**	**1.332,40**
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DIRETTAMENTE DROGA ATTRIBUIBILE		**239**	**326.872**	**1.367,67**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

[6] Si intendono le sostanze psicotrope non definite da specifici ICD IX, escludenti quindi cannbinoidi, allucinogeni, barbiturici e sedativi o ipnotici, oppiodi, cocaina, amfetamine e simpaticomimetici ad azione simile, antidepressivi.

Ricoveri con diagnosi principale e/o concomitanti correlate al consumo di droghe

Per approfondire l'analisi dei costi associati ai ricoveri ospedalieri droga correlati e considerare quindi i casi che anche secondariamente risultano correlati al consumo di sostanze, sono stati considerati i ricoveri che hanno riportato in almeno una delle diagnosi presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (diagnosi principale e/o concomitante) uno dei codici ICD-IX droga correlati.
Sono stati così selezionati 512 ricoveri (di cui 14 solventi)[7], che hanno comportato un costo di circa 1,130 milioni di euro, per l'88% dovuto ai ricoveri ordinari (oltre 993mila euro) e per la restante quota (12%) ai ricoveri diurni (circa 134mila euro). Dei 498 ricoveri selezionati, 430 sono avvenuti in regime ospedaliero ordinario e 68 in Day Hospital (13,6% della domanda).
I DRG attribuiti ai ricoveri selezionati sono stati 64, afferenti a 20 macro categorie diagnostiche (MDC).

Considerando i ricoveri avvenuti in Day Hospital, l'84% ha riguardato la categoria diagnostica MDC 20-Abuso di droghe/farmaci e disturbi mentali organici indotti (57 casi), nello specifico 26 ricoveri per DRG 522 Abuso/dipendenza da droghe/farmaci CON terapia riabilitativa senza CC e 30 per DRG 523-Abuso/dipendenza da droghe/farmaci SENZA terapia riabilitativa senza CC, generando un costo di circa 116mila euro, pari all'87% dei costi complessivamente sostenuti per i ricoveri diurni.
Il restante ricovero afferente alla MDC 20 è stato classificato con DRG 521– Abuso/dipendenza da droghe/farmaci con CC.

Dei 430 ricoveri ordinari, il 29% è afferito alla categoria diagnostica MDC 20-Abuso di droghe/farmaci e disturbi mentali indotti (125 casi), il 26% alla MDC 19-Malattie e disturbi mentali (111 casi) ed il 19% alla MDC 21-Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci (81 casi), con un costo complessivo di poco più di 640mila euro (64,4% circa dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari droga correlati).
I casi di ricovero per MDC 25-Infezioni da HIV sono stati 17, con un costo di oltre 84mila euro, incidendo per l'8,5% sui costi sostenuti per i ricoveri ordinari.
Dei restanti 96 ricoveri ordinari, 34 sono stati inclusi nella categoria diagnostica MDC1-Malattie e disturbi del sistema nervoso, con un costo di 74mila euro (7,5%% circa del totale generato dai ricoveri ordinari), e per la restante parte si tratta di ricoveri che riportano in almeno una delle diagnosi di dimissione una patologia correlata al consumo di droghe, implicando un costo di 194.500 euro (il 19,6%) (Tabella 6.7).

[7] I ricoveri "solventi", il cui costo cioè è a carico del paziente, sono stati esclusi dalla presente analisi dei costi.

Tabella 6.7: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale e/o concomitanti droga correlate, secondo MDC, DRG e regime di ricovero. ASL Milano 1. Anno 2008.

MDC		N. casi	Valorizzazione economica	
			euro	%
RICOVERI IN REGIME ORDINARIO				
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso (DRG 1 – 14 – 15 – 23 – 24 – 25)	34	74.394	6,6
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola (DRG 73)	1	2.312	0,2
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (DRG 79 – 82 – 87 – 88 – 89 – 92 – 475)	15	60.501	5,4
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (DRG 124 – 126 – 128 – 130 – 134 –144)	7	24.035	2,1
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente (DRG 159 – 182 –189)	4	5.954	0,5
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (DRG 202 – 205 – 206 – 207)	14	37.588	3,3
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico (DRG 210 – 239 – 243 – 248)	6	21.896	1,9
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella (DRG 277)	2	5.516	0,5
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali (DRG 296)	1	2.546	0,2
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie (DRG 304 – 316 – 323)	5	14.283	1,3
14	Gravidanza, parto e puerperio (DRG 380 – 383)	2	1.253	0,1
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale (DRG 389)	1	8.639	0,8
16	Malattie e disturbi sangue, organi emopoietici e del sistema immunitario (DRG 395)	1	1.590	0,1
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (DRG 411)	1	1.394	0,1
18	Malattie infettive e parassitarie (DRG 416 – 421)	2	6.996	0,6
19	Malattie e disturbi mentali (DRG 424 – 425 – 426 – 427 – 428 – 429 – 430 – 432)	111	309.675	27,5
20	Abuso di droghe/farmaci e disturbi mentali organici indotti (DRG 433 – 521 – 522 – 523)	125	211.096	18,7
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci (DRG 442 444 – 449 – 450 – 451)	81	119.450	10,6
25	Infezioni da HIV (DRG 488 – 489 – 490)	17	84.250	7,5
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**430**	**993.368**	**88,1**
RICOVERI IN DAY HOSPITAL				
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso (DRG 24)	3	2.959	0,3
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella (DRG 267)	1	1.339	0,1
14	Gravidanza, parto e puerperio (DRG 381)	1	883	0,1
19	Malattie e disturbi mentali (DRG 428 – 429 – 430 – 432)	2	9.363	0,8
20	Abuso di droghe/farmaci e disturbi mentali organici indotti (DRG 521 – 522 – 523)	57	115.902	10,3
23	Fattori ch einfluenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (DRG 466)	4	3.389	0,3
TOTALE RICOVERI IN DAY HOSPITAL		**68**	**133.835**	**11,9**
RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE E/O CONCOMITANTI DIRETTAMENTE DROGA ATTRIBUIBILI		**498**	**1.127.203**	**100,0**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

In sintesi

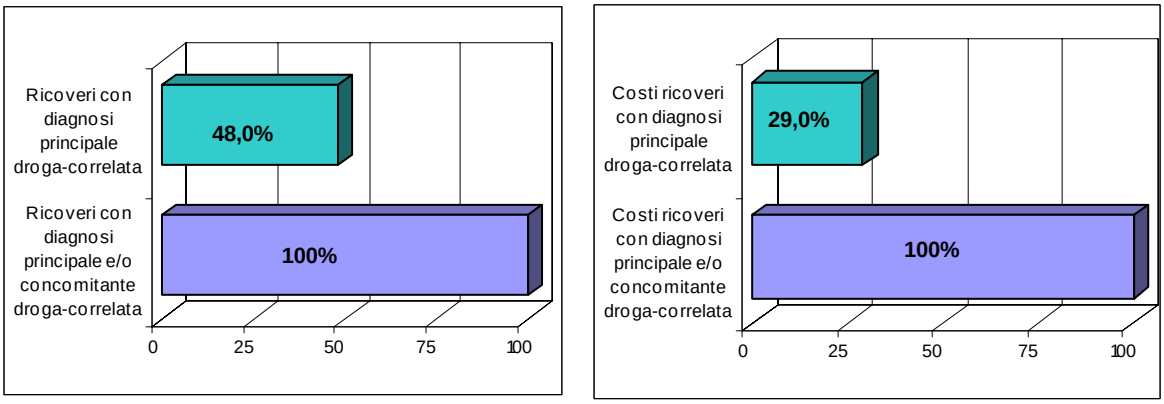
I ricoveri che riportano in diagnosi principale una patologia direttamente droga correlata (239 casi) rappresentano il 48% dei ricoveri droga correlati, ossia dei casi che riportano in diagnosi principale e/o nelle concomitanti almeno una diagnosi droga correlata (498 ricoveri).

Riguardo il costo sostenuto dal SSR per i 239 ricoveri con diagnosi principale droga correlata, che ammonta a 326.872 euro, corrisponde al 29% dei costi complessivamente sostenuti tutti i ricoveri droga correlati (ossia 1.127.203 euro).

Grafico 6.25: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri droga correlati, secondo i casi che riportano patologie droga correlate in diagnosi principale e/o concomitanti e in diagnosi principale. ASL Milano 1. Anno 2008.

a) grafico a sinistra: ricoveri;

b) grafico a destra: costi.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

6.4.2 Analisi dei costi per ricoveri alcol correlati

Ricoveri con diagnosi principale correlata al consumo di alcol

Riferendo l'analisi ai casi che presentano in diagnosi principale uno dei codici ICD IX direttamente correlati al consumo di alcol, risultano 568 ricoveri che hanno comportato un costo complessivo di 1.726.000 euro. Di questi ricoveri, di cui 11 sono casi solventi[8], il 13% è avvenuto in Day-Hospital (72 casi) ed ha comportato un costo di oltre 133mila euro, pari al 7,7% del totale.

Dei 485 ricoveri ordinari, il 57,7% è incluso nella categoria diagnostica MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (280 casi) con un costo di circa 1.059 euro (il 66,5% dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari).

Il 95% dei casi appartenenti a questa categoria diagnostica sono stati per DRG 202-Cirrosi ed epatite alcolica (265 casi), con un costo complessivo di circa 990mila euro (il 93% del costo totale della categoria).

Il 39,4% dei ricoveri ordinari è afferito alla categoria diagnostica MDC 20-Abuso di alcol e disturbi mentali indotti[9] (191 casi), generando un costo di circa 339mila euro (21,3% circa dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari).

[8] I ricoveri "solventi", i cui costi cioè sono a carico del paziente, sono stati esclusi dalla presente analisi dei costi.

[9] L'analisi dei ricoveri afferenti alla MDC 20, in questo caso, ha riguardato i casi con diagnosi principale e/o concomitanti specificatamente correlate all'uso di alcol

La maggior parte dei ricoveri appartenenti a questa categoria diagnostica è stata per DRG 523-Abuso/dipendenza da alcol SENZA terapia riabilitativa senza CC (117 casi), con un costo di 125.500 euro, mentre la terapia riabilitativa (DRG 522) ha riguardato 26 casi di ricovero, implicando un costo di circa 115mila euro. Tali ricoveri hanno inciso rispettivamente per il 37% ed il 34% sul costo specificatamente sostenuto per i ricoveri ordinari afferenti alla categoria diagnostica.

I restanti ricoveri ordinari alcol correlati sono stati per MDC 1-Malattie e disturbi del sistema nervoso (11 casi), MDC 6-Malattie e disturbi dell'apparato digerente (1 caso) e per "Trapianto del fegato" (2 casi-DRG 480).
Il trattamento ospedaliero di questi 14 ricoveri specifici (il 2,9% dei ricoveri ordinari) ha comportato un costo di circa 195mila euro, pari al 12,2% del totale, per il 73% attribuibile ai casi di "Trapianto del fegato".

Rispetto i ricoveri diurni con diagnosi principale alcol-attribuibile, l'81% (58 casi) ha riguardato la categoria diagnostica MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (di cui 54 casi per DRG 202-Cirrosi ed epatite alcolica), con un costo di circa 71mila euro, il 53% del totale sostenuto in tale specifico ambito diurno.
I restanti 14 ricoveri diurni hanno riguardato la categoria diagnostica MDC 20 ed hanno implicato un costo di circa 63mila euro, pari al 47% del costo sostenuto per i ricoveri diurni. L'utilizzo della terapia riabilitativa in regime di ricovero diurno, che ha riguardato 8 casi, ha inciso per il 43% sui costi sostenuti per i ricoveri diurni (circa 57.200 euro), con un costo medio/ricovero di 7.150 euro.

Tabella 6.8: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale alcol correlata, secondo MDC ed DRG. ASL Milano 1. Anno 2008.

MDC		DRG		N. casi	Valorizzazione economica		Costo medio per ricovero
					euro	%	
RICOVERI ORDINARI							
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	4	Interventi sul midollo spinale	1	7.646	0,4	7.646,00
		18	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	7	39.725	2,3	5.675,00
		19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	3	3.235	0,2	1.078,33
			Totale categoria diagnostica	11	50.606	2,9	4.600,55
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	174	Emorragia gastrointestinale con CC	1	2.531	0,1	2.531,00
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	1	9.831	0,6	9.831,00
		201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	4	36.452	2,1	9.113,00
		202	Cirrosi ed epatite alcolica	265	987.053	57,2	3.724,73
		205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3	11.165	0,6	3.721,67
		206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	7	14.340	0,8	2.048,57
			Totale categoria diagnostica	*280*	*1.058.841*	*61,4*	*3.781,76*
20	Abuso di alcol e disturbi mentali organici indotti	433	Abuso o dipendenza da droghe/farmaci, dimesso contro il parere dei sanitari	17	11.059	0,6	650,53
		521	Abuso o dipendenza da alcol CON CC	31	87.732	5,1	2.830,06
		522	Abuso o dipendenza da alcol CON terapia riabilitativa SENZA CC	26	114.771	6,7	4.414,27
		523	Abuso o dipendenza da alcol SENZA terapia riabilitativa SENZA CC	117	125.519	7,3	1.072,81
			Totale categoria diagnostica	*191*	*339.081*	*19,6*	*1.775,29*
DRG non attribuibile ad una MDC		480	Trapianto di fegato	2	141.344	8,2	70.672,00
TOTALE RICOVERI ORDINARI				**485**	**1.592.403**	**92,3**	**3.283,31**
RICOVERI IN DAY HOSPITAL							
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	202	Cirrosi ed epatite alcolica	54	70.080	4,1	1.297,78
		206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	4	626	0,04	159,00
			Totale categoria diagnostica	*58*	*70.716*	*4,1*	*1.219,24*
20	Abuso di alcol e disturbi mentali organici indotti	521	Abuso o dipendenza da alcol CON CC	2	2.504	0,1	1.252,00
		522	Abuso o dipendenza da droghe/farmaci CON terapia riabilitativa senza CC	8	57.197	3,3	7.149,63
		523	Abuso o dipendenza da droghe/farmaci SENZA terapia riabilitativa senza CC	4	2.952	0,2	738,00
			Totale categoria diagnostica	*14*	*62.653*	*3,6*	*4.475,21*
TOTALE RICOVERI IN DAY HOSPITAL				**72**	**133.369**	**7,7**	1.825,35
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DIRETTAMENTE ALCOL ATTRIBUIBILE				**557**	**1.725.772**	**100,0**	**3.098,33**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

L'analisi dei ricoveri effettuata sulla base della diagnosi ICD-IX riportata in diagnosi principale, ha evidenziato che dei 485 ricoveri alcol correlati effettuati in regime ospedaliero ordinario, 282 (il 58%) hanno riportato la patologia di Steatosi/epatite/cirrosi alcolica, implicando un costo di oltre 1,2 milioni di euro (il 75% dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari). Di tali ricoveri, l'87% ha riguardato casi con diagnosi principale "Cirrosi epatica alcolica" (244/282 casi), con un costo medio/ricovero di circa 4.376 euro, mentre per il restante 13% si è trattato di ricoveri per "Steatosi epatica alcolica" (10 casi), "Epatite acuta alcolica" (15 casi) e "Altro danno epatico da alcol non specificato" (13 casi).
I ricoveri ordinari per "Dipendenza alcolica" sono stati 58 (il 12%), con un costo di circa 176mila euro (l'11% del costo per i ricoveri ordinari), mentre 52 sono stati i casi di "Abuso alcolico" e 38 quelli di "Intossicazione acuta alcolica" (rispettivamente 11% e 8%), il cui costo ospedaliero è stato di 82.300 euro, il 6% dei costi sostenuti per i ricoveri alcolcorrelati ordinari.
Il trattamento ospedaliero delle 43 degenze per "Psicosi da alcol" (9% dei 485 ricoveri ordinari) ha generato un costo di circa 81mila euro (5%), mentre per i restanti 12 ricoveri alcol correlati ("Polineuropatia alcolica", 11 casi e "Gastrite alcolica", 1 caso) sono stati spesi poco più di 53mila euro (3%), attribuibili principalmente ai ricoveri per cardiomiopatia alcolica, con un costo medio per ricovero di 4.600 euro.
Tra i 72 ricoveri avvenuti in Day Hospital, 54 hanno riportato in diagnosi principale la patologia "Cirrosi epatica alcolica" (ICD571.2), comportando un costo di poco più di 70mila euro (52% dei costi sostenuti per le degenze in DH), circa 1.300 euro a ricovero, mentre il trattamento dei 12 casi di "Dipendenza da alcol" (ICD 3039, 0-3) ha implicato un costo di circa 61mila euro (il 46%), con un costo medio/ricovero di circa 5.100 euro.

Tabella 6.9: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale alcol correlata, secondo ICD IX, DRG e regime di ricovero. ASL Milano 1. Anno 2008.

ICD IX	DRG Attribuiti	n. casi	Valorizzazione economica	Costo medio per ricovero
RICOVERI ORDINARI				
Psicosi da alcol	433 - 521 – 522 - 523	43	80.926	1.882,00
Intossicazione acuta da alcol	433 – 521 - 522 - 523	38	37.616	989,89
Dipendenza da alcol	433 – 521 - 522 – 523	58	175.828	3.031,52
Abuso di alcol	433 – 521 – 522 - 523	52	44.711	859,83
Polineuropatia alcolica	04 - 18 – 19	11	50.606	4.600,55
Gastrite alcolica	174	1	2.531	2.531,00
Steatosi, epatite e cirrosi epatica alcolica	200 – 201 – 202 – 205 – 206 - 480	282	1.200.185	4.255,98
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**485**	**1.592.403**	**3.283,31**
RICOVERI IN DAY HOSPITAL				
Intossicazione acuta da alcol	523	1	1.476	1.476,00
Dipendenza da alcol	521 - 522 – 523	12	60.685	5.057,08
Abuso di alcol	523	1	492	492,00
Steatosi epatica alcolica	206	4	636	159,00
Cirrosi alcolica	202	54	70.080	1.297,78
TOTALE RICOVERI IN DAY HOSPITAL		**72**	**133.369**	**1.852,35**
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DIRETTAMENTE ALCOL ATTRIBUIBILE		**557**	**1.725.772**	**3.098,33**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Ricoveri con diagnosi principale e/o concomitanti correlate al consumo di alcol

I ricoveri ospedalieri che hanno riportato in diagnosi principale e/o nelle concomitanti uno dei codici ICD-IX direttamente correlati al consumo di bevande alcoliche sono stati 1.224 (di cui 11 "solventi")[10] ed hanno generato un costo complessivo di 4.243.839 euro. Le categorie DRG attribuite ai ricoveri con patologie direttamente correlate al consumo di bevande alcoliche sono 128, afferenti a 19 categorie diagnostiche principali MDC.

Dei 1.213 ricoveri alcol correlati, il 9% circa è stato effettuato in regime ospedaliero diurno, comportando un costo complessivo di circa 169mila euro (4% del totale).

Tra i ricoveri diurni, il 67% risulta incluso nella categoria diagnostica MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (71 casi), per il cui trattamento sono stati impiegati circa 79.500 euro (47% del costo sostenuto per i ricoveri diurni), l'89% dei quali generati dai 56 ricoveri diurni per DRG 202-Cirrosi ed epatite alcolica.

I ricoveri ordinari con almeno una delle 6 diagnosi di dimissione ospedaliera correlata al consumo di alcol sono stati 1.107, implicando un costo di circa 4,1 milioni di euro. Dei ricoveri ordinari, il 46% risulta incluso nelle categorie diagnostiche MDC 6–Malattie e disturbi dell'apparato digerente (58 ricoveri) e MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (454 ricoveri), con un costo complessivo di oltre 1,8 milioni di euro (il 45% del costo sostenuto per i ricoveri ordinari).

Tra i 454 ricoveri relativi alla categoria diagnostica MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas, 267 hanno riportato DRG 202-Cirrosi ed epatite alcolica con un costo di circa 995mila euro.

I ricoveri classificati con MDC 20-Abuso di alcol e disturbi mentali organici indotti[11] costituiscono il 18% circa dei ricoveri alcol correlati ordinari (199 casi) ed hanno inciso per il 9% sul totale dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari, per un importo di circa 359mila euro.

Il restante 36% dei ricoveri ordinari (396 casi) ha riguardato casi con diagnosi principale non specificatamente correlata al consumo di alcolici e con almeno una diagnosi concomitante riferita alle patologie alcol correlate.

Tali ricoveri hanno comportato un costo di poco più di circa 1,9 milioni di euro, pari al 46% dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari.

[10] I ricoveri "solventi", i cui costi cioè sono a carico del paziente, sono stati esclusi dalla presente analisi dei costi.

[11] L'analisi dei ricoveri afferenti alla MDC 20, in questo caso, ha riguardato i casi con diagnosi principale e/o concomitanti specificatamente correlate all'uso di alcol

Tabella 6.10: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale e/o concomitanti alcol correlate, secondo MDC, DRG e regime di ricovero. ASL Milano 1. Anno 2008.

MDC		N. casi	Valorizzazione economica	
			euro	%
RICOVERI ORDINARI				
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso (DRG 1 – 4 - 9 – 10 – 12 – 14 – 15 – 16 – 17 – 18 – 19 – 20 - 23 - 24 – 25 - 27 – 28 – 29 – 31 – 34)	78	359.934	8,5
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (DRG 75 – 76 - 79 – 80 - 82 – 83 – 85 –86 - 87 – 88 – 89 – 90 – 92 – 96 – 97 – 475)	54	234.278	5,5
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (DRG 122 - 124 –127 – 134 – 138 – 141 – 142 – 143 – 144 – 478)	35	95.475	2,2
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente (DRG 148 – 154 – 170 – 172 – 174 – 175 - 176 – 179 – 180 – 181 - 182 – 183 – 188)	58	184.209	4,3
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (DRG 197 – 199 – 200 - 201 – 202 – 203 – 204 – 205 – 206 – 207 - 493)	454	1.638.040	38,6
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico (DRG 210 – 218 – 236 – 2378 – 241 – 243 – 244 – 250 – 253)	12	37.527	0,9
09	Malattie e disturbi della pelle, tessuto sotto cutaneo e mammella (DRG 265 - 266 – 271 - 272 – 277 – 280 – 283 – 491)	10	24.285	0,6
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali (DRG 288 - 294 – 295 - 296 – 297)	15	30.391	0,7
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie (DRG 310 – 316 – 320 - 331)	13	59.560	1,4
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile (DRG 344)	1	3.150	0,1
16	Malattie e disturbi del sangue e del sistema immunitario (DRG 395 – 397)	10	20.001	0,5
18	Malattie infettive e parassitarie (DRG 415 – 416 – 420 - 421)	14	85.481	2,0
19	Malattie e disturbi mentali (DRG 424 - 425 – 426 – 427 – 428 – 429 – 430 – 431)	110	323.324	7,6
20	Abuso di alcol e disturbi mentali organici indotti (DRG 433 – 521 – 522 – 523)	199	358.856	8,5
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci (DRG 442 - 444 – 449 – 451)	14	25.859	0,6
22	Ustioni (DRG 504)	1	47.300	1,1
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (DRG 462 – 463 – 467)	14	27.322	0,6
24	Traumatismi multipli rilevanti (DRG 486)	2	35.904	0,8
25	Infezioni da HIV (DRG 489 - 490)	6	21.044	0,5
---	DRG non attribuibile ad una MDC (DRG 480 – 483)	7	463.228	10,9
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**1.107**	**4.075.168**	**96,0**

segue Tabella 6.10

	MDC	N. casi	Valorizzazione economica	
			Euro	%
RICOVERI IN DAY HOSPITAL				
01	Malattie e disturbi del sistema respiratorio (DRG 79 - 85)	3	2.445	0,1
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (DRG 478)	1	2.559	0,1
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente (DRG 172)	1	455	0,0
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (DRG 202 –203 –205 –206)	71	79.386	1,9
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali (DRG 299)	1	1.221	0,01
16	Malattie e disturbi del sangue e del sistema immunitario (DRG 395)	6	3.447	0,1
19	Malattie e disturbi mentali (DRG 430 – 432)	3	11.460	0,3
20	Abuso di alcol e disturbi mentali organici indotti (DRG 521 - 522 – 523)	14	62.653	1,5
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (DRG 463 – 464)	5	3.890	0,1
25	Infezioni da H.I.V. (DRG 490)	1	1.155	0,03
TOTALE RICOVERI IN DAY HOSPITAL		**106**	**168.671**	**4,0**
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE E/O CONCOMITANTI DIRETTAMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI		**1.213**	**4.243.839**	**100%**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

In sintesi

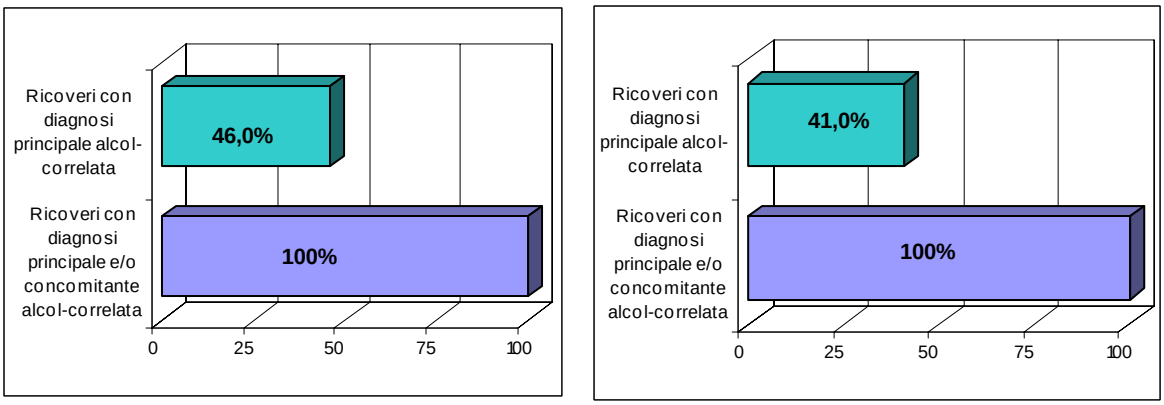
I ricoveri che riportano in diagnosi principale una patologia direttamente alcol correlata (557 casi) rappresentano il 46% del totale dei ricoveri che riportano in almeno una delle diagnosi di dimissione una patologia direttamente correlata al consumo di alcolici (1.213 ricoveri).

Il costo sostenuto per i 557 ricoveri con diagnosi principale alcol correlata, che ammonta a 1.725.772 euro, corrisponde al 41% dei costi complessivamente sostenuti per i ricoveri alcol correlati (ossia 4.243.839 euro).

Grafico 6.26: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri alcol correlati, secondo i casi che riportano patologie alcol correlate in diagnosi principale e/o concomitanti e in diagnosi principale. Anno 2008.

a) grafico a sinistra: ricoveri;

b) grafico a destra:costi.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

6.4.3 Analisi dei costi per ricoveri tabacco correlati

I ricoveri ospedalieri con diagnosi principale e/o concomitanti correlate all'utilizzo di tabacco sono stati 134, comportando un costo complessivo di 565.324 euro (di cui circa 19.200 euro per 20 ricoveri diurni).

Dei 114 ricoveri ordinari la maggior parte ha riguardato casi associati alle categorie diagnostiche MDC 5-Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (62 ricoveri) e MDC 4-Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (16 ricoveri), il cui costo ammonta a circa 420mila euro (77% del costo sostenuto per i ricoveri ordinari selezionati).

I restanti 36 ricoveri ordinari, riferiti a casi che hanno riportato una patologia direttamente fumo correlata in almeno una delle diagnosi di dimissione, hanno comportato un costo di circa 129mila euro (pari al 23% del costo sostenuto per i ricoveri ordinari).

Tabella 6.11: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale e/o concomitanti tabacco correlate, secondo MDC, DRG e regime di ricovero. ASL Milano 1. Anno 2008.

MDC		N. casi	Valorizzazione economica	
			euro	%
RICOVERI ORDINARI				
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso (DRG 14 – 15 – 25)	11	35.385	6,3
02	Malattie e disturbi dell'occhio (DRG 45)	1	1.840	0,3
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola (DRG 49 – 50 - 55)	6	12.751	2,3
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (DRG 85 – 87 – 88 – 89 – 99 - 100)	16	51.165	9,1
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (DRG 110 – 111 - 116 – 122 –124 - 125 – 139 – 143 - 144 – 514 – 516 – 517 - 518)	62	368.920	65,3
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente (DRG 183)	1	993	0,2
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici (DRG 290 - 294 – 299 - 300)	5	9.397	1,7
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie (DRG 316)	2	7.924	1,4
16	Malattie e disturbi del sangue e del sistema immunitario (DRG 394)	2	7.826	1,4
18	Malattie infettive e parassitarie (DRG 416)	1	4.588	0,8
19	Malattie e disturbi mentali (DRG 428 – 430)	3	9.782	1,7
20	Abuso di alcol/farmaci e disturbi mentali organici indotti (DRG 523)	1	477	0,1
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci (DRG 449 – 451)	2	1.737	0,3
---	DRG non attribuibile ad alcuna MDC (DRG 483)	1	35.385	6,3
TOTALE RICOVERI ORDINARI		**114**	**546.142**	**96,6**
RICOVERI IN DAY HOSPITAL				
02	Malattie e disturbi dell'occhio (DRG 73)	2	1.092	0,2
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (DRG 86 – 88 – 89 – 90 - 97)	11	16.620	2,9
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (DRG 467)	7	1.470	0,3
TOTALE RICOVERI IN DAY HOSPITAL		**20**	**19.182**	**3,4**
RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE E/O CONCOMITANTI DIRETTAMENTE TABACCO ATTRIBUIBILI		**134**	**565.324**	**100,0**

Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

Tra i 134 ricoveri considerati, 8 hanno riportato in diagnosi principale una patologia direttamente fumo correlata, il cui trattamento ha comportato un costo di 1.920 euro. Si tratta di 1 ricovero ordinario per ICD-IX 989.84-Effetti tossici del tabacco, classificato con DRG 451-Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età<18 anni, e 7 ricoveri diurni per ICD-IX 305.1-Disturbi da uso di tabacco, con DRG 467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute.

Sintesi

Per la valutazione dell'incidenza dei ricoveri e dell'impatto economico delle patologie direttamente correlate all'assunzione di sostanze psicoattive, si riportano in sintesi i costi sostenuti dalla ASL Milano 1 nell'anno 2008 per 804 ricoveri ospedalieri con *diagnosi principale direttamente attribuibile* al consumo di droghe, alcolici e tabacco.

I costi si riferiscono ai ricoveri di soggetti residenti nella ASL Milano 1 avvenuti presso le strutture ospedaliere regionali.

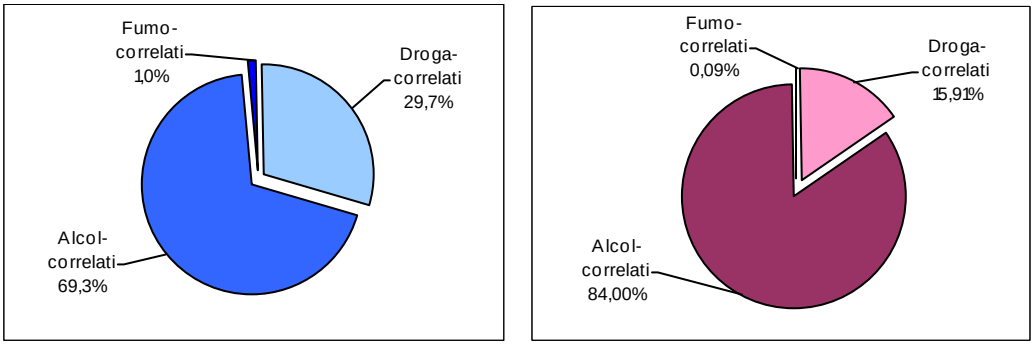
Per il 69% circa si tratta di ricoveri correlati al consumo alcolico (557 casi) e per il 30% attribuibili all'assunzione di droghe e farmaci (239 casi); la restante quota, 1%, riguarda 8 ricoveri fumo correlati.

Il totale dei costi che l'ASL Milano 1 ha sostenuto per i ricoveri direttamente correlati al consumo di sostanze psicoattive ammonta a 2.054.564 euro, assorbiti per l'84% dai ricoveri direttamente alcol correlati (1.725.772 euro), per il 16% circa dai casi attribuiti al consumo di droghe e psicofarmaci (326.872 euro) e per lo 0,09% dal ricovero fumo-attribuibile (1.920 euro).

Grafico 6.27: Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri alcol, droga e fumo correlati che riportano in diagnosi principale patologie alcol, droga e fumo correlate. ASL Milano 1. Anno 2008.

a) grafico a sinistra: ricoveri;

b) grafico a destra:costi.



Elaborazioni su dati dell'UOC - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 1

7. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

7.1 Reati droga correlati

7.2 Caratteristiche dei soggetti entrati negli Istituti Penitenziari

7.1 REATI DROGA CORRELATI

Le denunce per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti effettuate in Italia nel corso del 2008 sono state effettuate 35.352, di cui 6.261 in Lombardia e 2.851 nella provincia di Milano. A fronte della sostanziale stabilità rilevata sul territorio nazionale rispetto al 2007, il numero di denunce ha subito un aumento di quasi il 5% nella regione, ed una diminuzione di quasi il 10% nella provincia.

Il reato di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74), ha riguardato circa l'8% dei casi in Italia e meno del 7% in Lombardia e nella provincia milanese, registrando un complessivo decremento più accentuato nell'area provinciale. Nella quasi totalità dei casi le denunce si riferiscono al reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti previsto dall'art. 73 della stessa Legge (in Italia, in Lombardia e nella provincia rispettivamente circa il 92% ed il 93%), mentre gli altri reati previsti dalla stessa normativa costituiscono meno dello 0,2% in Italia e Lombardia risultando del tutto assenti nella provincia.

In lieve aumento rispetto al 2007, la proporzione di stranieri coinvolti nelle denunce per i crimini previsti dall'ex DPR 309/90 è di circa il 32% in Italia, il 56% nella regione e quasi il 59% a Milano.

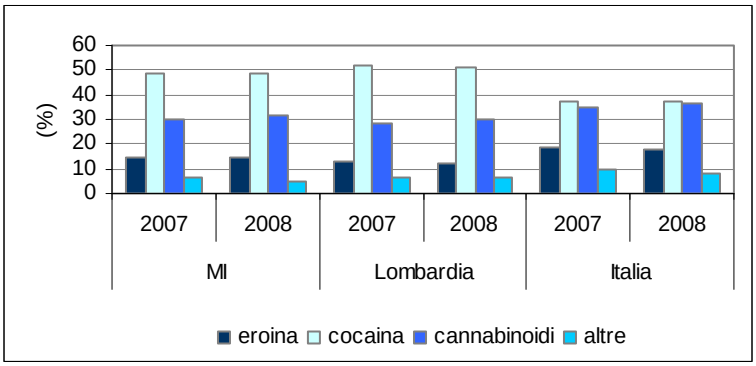
In Italia ed a livello provinciale, le denunce per il reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73) hanno coinvolto allo stesso modo italiani e stranieri (in Italia circa il 92%; a Milano circa il 93% degli italiani ed il 94% degli stranieri), mentre nella regione il coinvolgimento degli italiani in questi crimini risulta superiore a quello degli stranieri (rispettivamente circa il 96% ed il 92%).

Quasi l'83% delle denunce effettuate in Italia ha esitato in un arresto. In Lombardia e nella provincia milanese, tale proporzione sale rispettivamente a circa l'85% ed il 94%, senza mostrare variazioni di rilievo rispetto al 2007.

Come già rilevato nel corso degli anni precedenti, in tutte le partizioni considerate, tali proporzioni risultano superiori nel caso le denunce abbiano riguardato stranieri. In particolare, se in Italia l'arresto è stato attuato in circa l'81% delle denunce che hanno coinvolto italiani e nell'86% dei casi riguardanti stranieri, nella regione e nella provincia, tali quote si assestano rispettivamente a circa l'81% e l'89% per gli italiani e salgono a quasi l'89% ed il 97% per gli stranieri.

Come lo scorso anno, la sostanza di denuncia più frequente risulta essere la cocaina (circa il 38% in Italia, il 51% in Lombardia ed il 49% a Milano), seguita dai cannabinoidi e dall'eroina (Grafico 7.1).

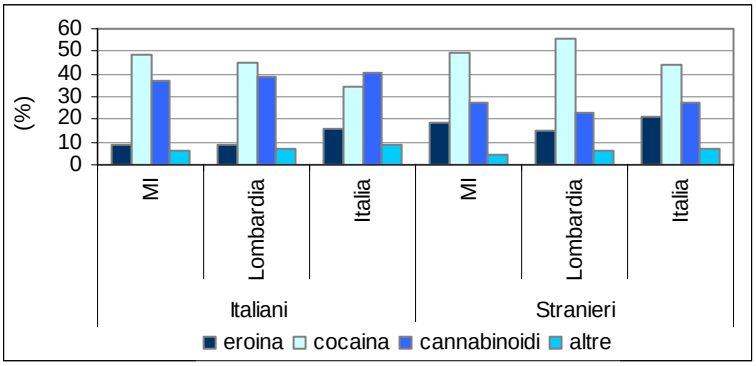
Grafico 7.1: Distribuzione percentuale delle denunce per sostanza primaria effettuate nelle diverse partizioni geografiche nel biennio 2007-2008.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 luglio 2009)

Tuttavia, tale distribuzione varia qualora si distingua per nazionalità (Grafico 7.2). In particolare, in Italia le denunce che hanno coinvolto italiani mostrano al primo posto i cannabinoidi, seguiti dalla cocaina ed, infine, dall'eroina. Tra gli stranieri, di contro, la sostanza di denuncia più frequente risulta essere la cocaina, seguita da hashish e marijuana, ed eroina.
A differenza di quanto evidenziato nel territorio nazionale, in Lombardia e nella provincia di Milano, sia tra gli italiani che tra gli stranieri la sostanza di denuncia più frequente è la cocaina, seguita dai derivati della cannabis e dall'eroina.
In tutte le partizioni, comunque, la proporzione di italiani coinvolti nelle denunce per cocaina risulta inferiore a quella rilevata tra gli stranieri.

Grafico 7.2: Distribuzione tra italiani e stranieri delle denunce per sostanza primaria effettuate nelle diverse partizioni.

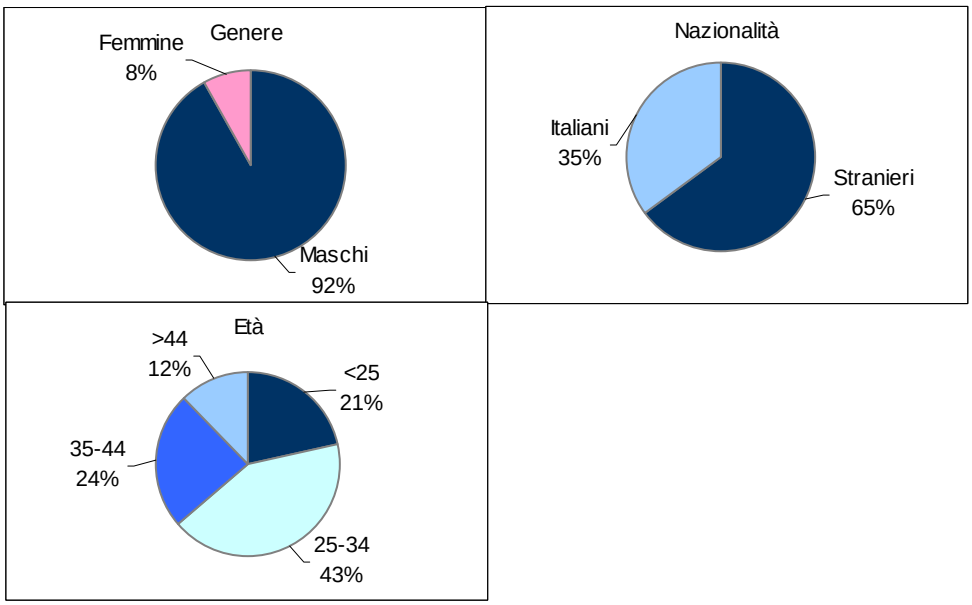


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 luglio 2009)

7.2 CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI ENTRATI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Nel 2008, si sono registrati 92.800 ingressi negli istituti penitenziari italiani e 15.684 nelle strutture lombarde e 7.651 in quelle di Milano.
In circa il 31% dei casi in Italia e nel 33% in Lombardia e nelle strutture milanesi, si tratta di ingressi per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti.
In linea con quanto osservato nella penisola, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche dei detenuti per questi crimini (Grafico 7.3), evidenzia la preponderanza del genere maschile (rispettivamente circa il 92% in Italia e nelle strutture milanesi, il 93% in quelle lombarde), mentre la proporzione di stranieri risulta nettamente superiore rispetto al valore nazionale, costituendo circa il 63% dei detenuti in Lombardia ed il 65% negli Istituti di Milano, contro poco più del 42% rilevato in Italia.
In tutte le partizioni considerate, la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 25 ed i 34 anni e l'età media è di circa 32 anni (quasi 33 negli Istituti della provincia), complessivamente più bassa tra gli stranieri rispetto agli italiani (circa 30 contro 35 anni in Lombardia, 31 contro 37 nella provincia, circa 30 contro 34 in Italia) e tra i detenuti per art. 73 piuttosto che per art. 74 (circa 32 contro 36 anni in Lombardia, circa 33 contro i 36 anni nella provincia; in Italia 32 contro 37).

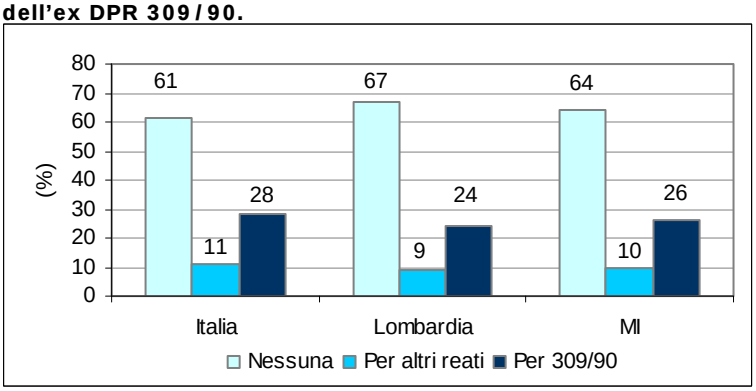
Grafico 7.3: Distribuzione percentuale per genere, nazionalità e classi di età dei soggetti entrati negli istituti penitenziari della provincia per reati in violazione dell'ex DPR 309/90.



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Con una proporzione leggermente superiore a quella nazionale, tra i detenuti per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti, circa il 96% dei ristretti in Lombardia ed il 95% nella provincia, è entrato per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73), rispettivamente il 4% ed il 5% per il reato più grave di associazione previsto dall'art. 74, mentre le detenzioni per altri crimini della stessa normativa non arrivano a costituire lo 0,5%. In Italia si osserva una relativa minor presenza di detenuti per crimini previsti dall'art. 73 a fronte di una maggiore di ristretti per reati di associazione (rispettivamente circa il 94% ed il 6%, i detenuti per gli altri reati previsti dalla stessa normativa costituiscono circa lo 0,1% del collettivo).
Con una proporzione leggermente superiore a quanto rilevato in Italia ed inferiore al livello regionale, circa il 64% dei casi entrati negli istituti della provincia non ha precedenti carcerazioni (in Italia circa il 61%, in Lombardia il 67%). Dei restanti, poco più del 26% è rientrato per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti e quasi il 10% per altri reati (in Italia rispettivamente il 28 e l'11%; il Lombardia circa il 24 ed il 9%).

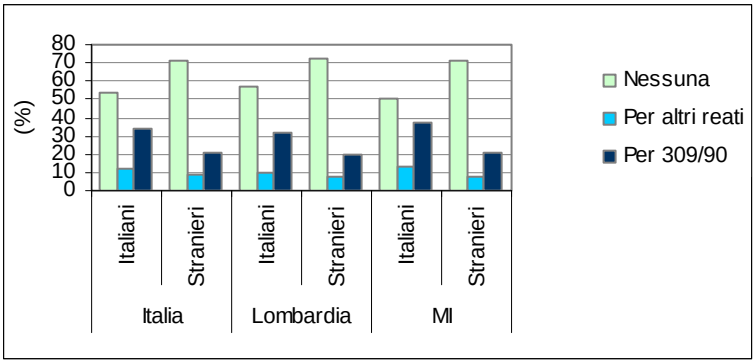
Grafico 7.4: Distribuzione percentuale per precedenti carcerazioni dei soggetti entrati negli istituti penitenziari delle diverse partizioni geografiche per reati in violazione dell'ex DPR 309/90.



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

In tutte le partizioni geografiche considerate, tuttavia, la presenza di neocarcerati è maggiore tra gli stranieri rispetto agli italiani, mentre tra questi ultimi è maggiore la proporzione di pluricarcerati per reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti rispetto agli stranieri.
In particolare, tra gli stranieri la proporzione di neocarcerati ai assesta tra valori compresi tra il 71% in Italia ed il 72% in Lombardia e nella provincia, mentre tra gli italiani tali percentuali non superano il 58% (circa il 54% in Italia ed il 50% nella provincia).
La recidiva carceraria per crimini previsti dall'ex DPR 309/90 riguarda il 37% degli italiani detenuti nelle strutture milanesi e meno del 21% degli stranieri, proporzioni che in Italia scendono rispettivamente a circa il 34% ed il 20%, ed il Lombardia a circa il 32% ed il 19%.

Grafico 7.5: Distribuzione percentuale per precedenti carcerazioni degli italiani e stranieri entrati negli istituti penitenziari delle diverse partizioni geografiche per reati in violazione dell'ex DPR 309/90.



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

8. RISPOSTE ALLE CONSEGUENZE SOCIALI E PER LA SALUTE

8.1 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

8.2 Dati questionario Reinserimento lavorativo: indagine su bisogni e risorse

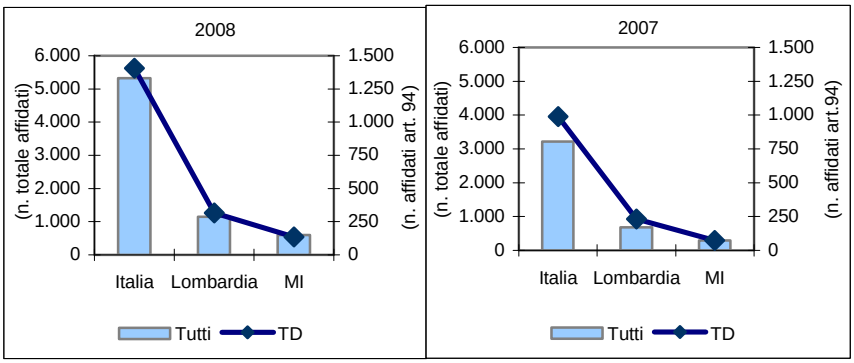
8.1 MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE PER TOSSICODIPENDENTI

Nel corso dell'anno 2008 in Italia sono state affidate agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)[1] complessivamente 5.320 persone: il 26% (circa 1.400 persone) per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza ed alcoldipendenza in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, il 74% in affidamento per esecuzione di pene non superiori ai tre anni come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche.

Delle 1.140 persone circa affidate ai Servizi sociali lombardi, quasi il 28% ha iniziato o proseguito un programma terapeutico per il trattamento della dipendenza (affidamento per art. 94 dell'ex DPR 309/90), proporzione che riguarda poco più del 22% dei quasi 600 affidati all'Ufficio dei Esecuzione Penale Esterna di Milano.

Nonostante che anche nel 2008 l'applicazione della Legge 241 del 31 luglio 2006[2], relativa alla concessione dell'indulto, abbia inciso sul numero di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna mantenendolo fortemente al di sotto di quello del 2006 (Grafico 8.1), rispetto al 2007 il loro numero ha subito un incremento di quasi il 66% in Italia, del 69% in Lombardia e superiore al 100% a Milano.

Grafico 8.1: Numero di persone affidate ai Servizi Sociali nel 2007 e 2008, complessivo e per art. 94 dell'ex DPR 309/90 (tossicodipendenti o alcoldipendenti), suddivisi per partizione geografica.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

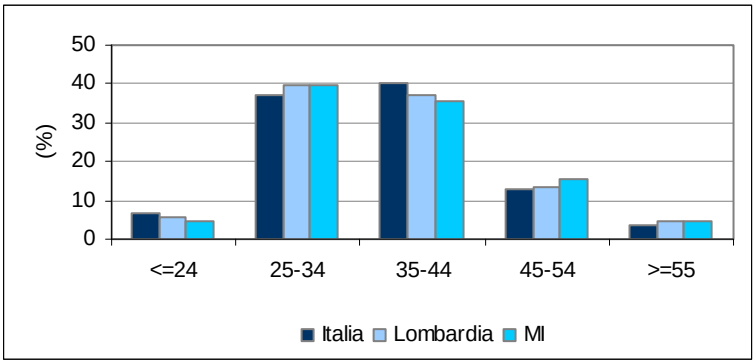
In linea con i valori nazionali, la quasi totalità degli affidati per art. 94 è di genere maschile (quasi il 95% in Italia, il 97% in Lombardia ed il 96% a Milano) e l'età media di circa 37 anni.

La classe di età più rappresentata in Italia è quella tra i 35 ed i 44 anni, mentre in Lombardia ed a Milano questa scende a quella compresa tra i 25 ed i 34 anni (Grafico 8.2).

[1] I dati della Direzione Generale dell'esecuzione Penale esterna sono stati forniti per gentile concessione del Direttore dell'Osservatorio delle Misure alternative, Dr F. Leonardi.

[2] L'applicazione della suddetta Legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno.

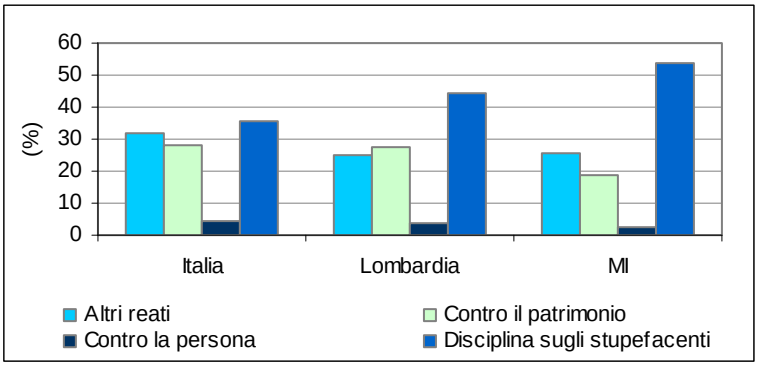
Grafico 8.2: Distribuzione percentuale, per classi di età e partizione geografica, dei soggetti affidati ai Servizi Sociali nel 2008, in base all'art. 94 dell' ex DPR 309/90.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Gli stranieri, continuano ad essere poco presenti tra gli affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna, costituendo circa il 7% del collettivo in Italia, quasi l'8% in Lombardia e poco più del 5% nel capoluogo.
L'analisi della distribuzione dei reati commessi dai tossicodipendenti o alcoldipendenti affidati ai Servizi sociali, evidenzia rispetto al 2007 un complessivo aumento dei crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti. In particolare, se in Italia questi sono passati dal costituire quasi il 32% dei reati a circa il 36%, in Lombardia tale proporzione è aumentata da circa il 37% al 44% ed a Milano da valori prossimi al 48% a quasi il 54%.
Tale incremento può essere interpretato alla luce dell'applicazione della Legge 241/2006 relativa alla concessione dell'indulto; questa, non essendo stata applicata nel caso dei crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti, ha modificato la proporzione di accessi al beneficio della misura alternativa dei condannati per questi reati, modificando il rapporto.
Si tratta in particolare di crimini connessi alla produzione, vendita e traffico di stupefacenti (art. 73) che in Italia costituiscono circa il 24% dei reati commessi dagli tossicodipendenti o alcoldipendenti affidati ai Servizi sociali, in Lombardia salgono a quasi il 30% ed a Milano superano il 37%. Meno frequenti i crimini più gravi previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) che costituiscono circa il 7% dei reati in Italia, quasi l'8% nella regione e superano di poco il 2% nel capoluogo.
Sempre elevata risulta la frequenza dei reati contro il patrimonio (rispettivamente circa il 28% dei crimini in Italia, il 27% in Lombardia ed il 19% a Milano), mentre leggermente meno presenti quelli contro la persona (rispettivamente circa il 4% in Italia e Lombardia, il 2% a Milano).

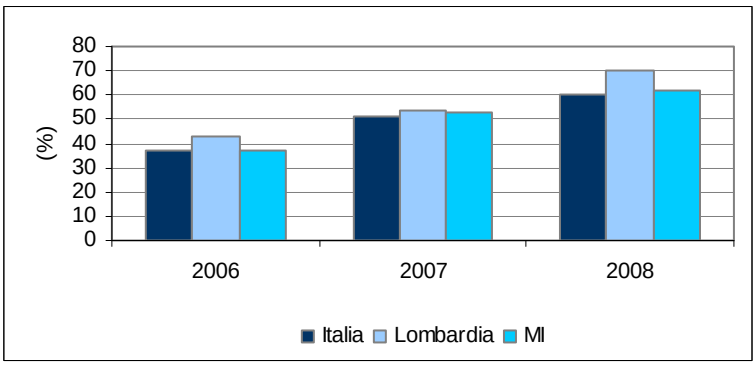
Grafico 8.3: Distribuzione percentuale per partizione geografica, dei reati commessi dai tossicodipendenti affidati ai Servizi Sociali.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Come già evidenziato nel corso del 2007, anche nell'anno in esame continua ad aumentare la proporzione di affidati in casi particolari, proveniente dalla detenzione (circa il 60% in Italia, quasi il 70% in Lombardia ed il 62% a Milano).

Grafico 8.4: Distribuzione percentuale dei tossicodipendenti/alcoldipendenti provenienti dalla detenzione, affidati nelle diverse partizioni geografiche al Servizio Sociale. Anni 2006-2008.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

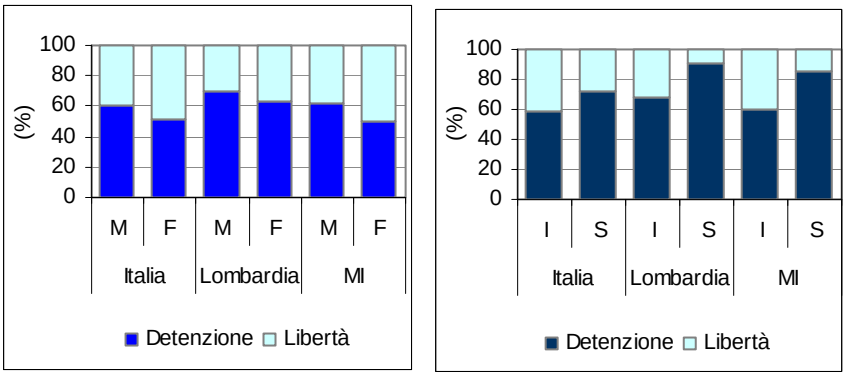
Anche tale dato può essere letto alla luce della riduzione della pena prevista dalla Legge 241/06 che, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative a condannati a pene detentive superiori ai tre anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell'accesso di quei condannati fino a tre anni che avrebbero usufruito della misura direttamente dalla libertà.
La condizione di provenienza, comunque, risulta variare in base al genere ed alla nazionalità (Grafico 8.5).
Complessivamente se tra i maschi la proporzione di casi provenienti da condizioni detentive è di quasi il 61% in Italia e circa il 70% ed il 62% rispettivamente in Lombardia ed a Milano, tra le femmine tale condizione riguarda rispettivamente circa il 51%, il 64% ed il 50% delle affidate.
Come già rilevato nel corso del 2007, nel 2008 la proporzione di stranieri provenienti dalla detenzione risulta nettamente superiore a quella rilevata tra gli italiani, ma a differenza dell'anno precedente, tale differenza aumenta man mano che si passa dal livello nazionale a quello provinciale.

In particolare, in Italia circa il 72% degli stranieri proviene da condizioni detentive, proporzione che sale a circa il 91% in Lombardia ed a quasi l'86% nella provincia. Tra gli italiani, i condannati provenienti dalla detenzione costituiscono circa il 59% dei casi affidati ai Servizi Sociali in Italia e circa il 68% ed il 61% rispettivamente nella regione e nella provincia.

Grafico 8.5: Distribuzione percentuale, per genere e nazionalità, dei soggetti tossicodipendenti affidati nelle diverse partizioni geografiche ai Servizi Sociali secondo la condizione di provenienza.

a) grafico a sinistra: distribuzione per genere;

b) grafico a destra: distribuzione per nazionalità.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

8.2 DATI QUESTIONARIO REINSERIMENTO LAVORATIVO: INDAGINE SU BISOGNI E RISORSE

Nel corso del 2009 è stata realizzata un'indagine esplorativa sui bisogni e le risorse nell'area del reinserimento lavorativo riferito a persone con problemi di tossico-alcoldipendenza.

Questa indagine ha coinvolto le diverse agenzie che si occupano di questo aspetto quali i Servizi per le dipendenze, le Comunità Terapeutiche, i Servizi per l'inserimento lavorativo (SIL/NIL), le Cooperative Sociali di tipo B del territorio.

Obiettivo di questa indagine (focalizzata sull'anno 2008) era rilevare le evidenze più recenti del fenomeno, in funzione di eventuali azioni future, con approfondimenti più puntuali.

A tal fine è stato predisposto un questionario di rilevazione redatto in due versioni e sottoposto alle agenzie sopracitate.

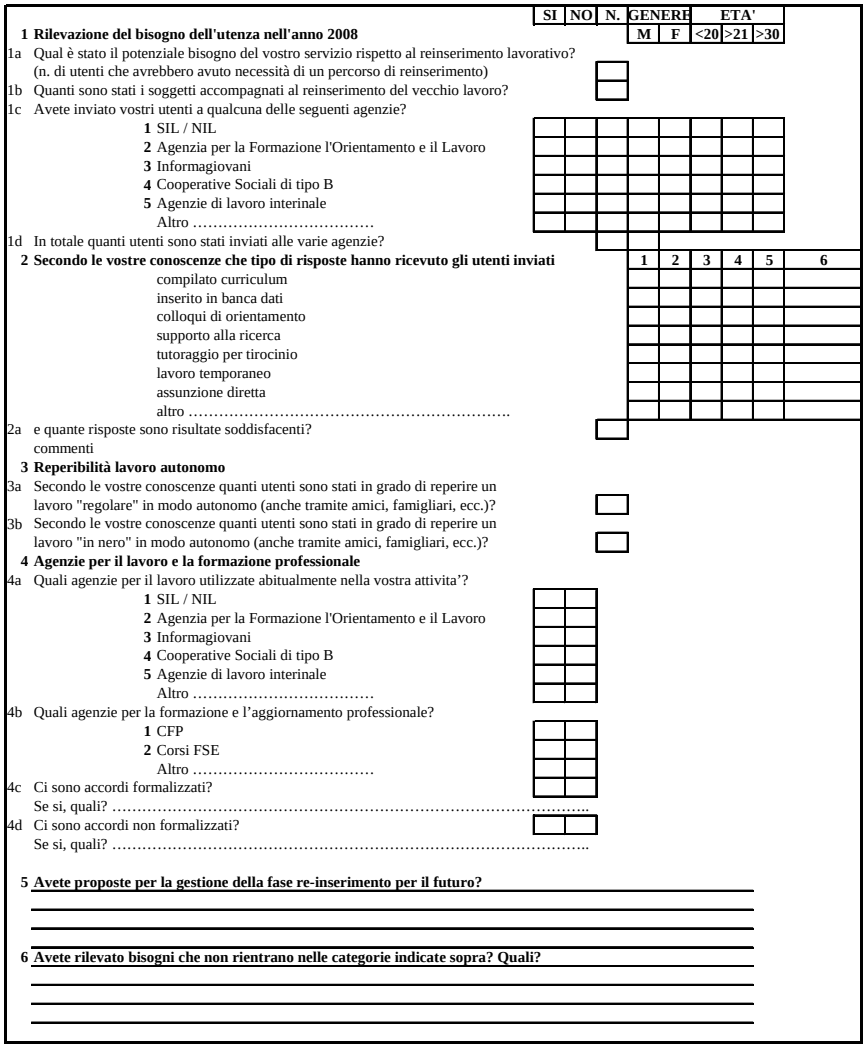
Il questionario riportato nel Grafico 8.6 è stato somministrato ai Servizi Territoriali per le Dipendenze[3] ed alle Comunità Terapeutiche e Riabilitative[4] presenti sul territorio della ASL di Milano 1.

Le aree indagate hanno riguardato il bisogno dell'utenza in carico, le risposte effettive che si sono conseguite, gli strumenti e le agenzie utilizzate.

[3] Hanno risposto al questionario i SerT di Corsico, Limbiate, Magenta, Parabiago e Rho ed il NOA di Legnano.

[4] Hanno risposto al questionario le comunità: Dianova, Fides Onlus Ca' Nostra, Micaela e Stefano Casati, Cascina Contina.

Grafico 8.6: Questionario somministrato a SerT, NOA e Comunità Territoriali.



		SI	NO	N.	GENERE		ETA'		
					M	F	<20	>21	>30
1	**Rilevazione del bisogno dell'utenza nell'anno 2008**								
1a	Qual è stato il potenziale bisogno del vostro servizio rispetto al reinserimento lavorativo? (n. di utenti che avrebbero avuto necessità di un percorso di reinserimento)								
1b	Quanti sono stati i soggetti accompagnati al reinserimento del vecchio lavoro?								
1c	Avete inviato vostri utenti a qualcuna delle seguenti agenzie?								
	1 SIL / NIL								
	2 Agenzia per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro								
	3 Informagiovani								
	4 Cooperative Sociali di tipo B								
	5 Agenzie di lavoro interinale								
	Altro ……								
1d	In totale quanti utenti sono stati inviati alle varie agenzie?								

		1	2	3	4	5	6
2	**Secondo le vostre conoscenze che tipo di risposte hanno ricevuto gli utenti inviati**						
	compilato curriculum						
	inserito in banca dati						
	colloqui di orientamento						
	supporto alla ricerca						
	tutoraggio per tirocinio						
	lavoro temporaneo						
	assunzione diretta						
	altro …….						
2a	e quante risposte sono risultate soddisfacenti?						
	commenti						

3	**Reperibilità lavoro autonomo**	
3a	Secondo le vostre conoscenze quanti utenti sono stati in grado di reperire un lavoro "regolare" in modo autonomo (anche tramite amici, famigliari, ecc.)?	
3b	Secondo le vostre conoscenze quanti utenti sono stati in grado di reperire un lavoro "in nero" in modo autonomo (anche tramite amici, famigliari, ecc.)?	
4	**Agenzie per il lavoro e la formazione professionale**	
4a	Quali agenzie per il lavoro utilizzate abitualmente nella vostra attivita'?	
	1 SIL / NIL	
	2 Agenzia per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro	
	3 Informagiovani	
	4 Cooperative Sociali di tipo B	
	5 Agenzie di lavoro interinale	
	Altro ……	
4b	Quali agenzie per la formazione e l'aggiornamento professionale?	
	1 CFP	
	2 Corsi FSE	
	Altro ……	
4c	Ci sono accordi formalizzati?	
	Se si, quali? ……	
4d	Ci sono accordi non formalizzati?	
	Se si, quali? ……	

5 Avete proposte per la gestione della fase re-inserimento per il futuro?

6 Avete rilevato bisogni che non rientrano nelle categorie indicate sopra? Quali?

Nei servizi territoriali SerT e NOA sono stati rilevati nell'anno 2008 151 soggetti che necessitavano di un intervento per il reinserimento lavorativo.
Tali soggetti sono prevalentemente maschi (86% contro 14% di soggetti di sesso femminile).
Hanno prevalentemente un'età compresa tra i 31 ed i 40 anni (49% dei soggetti), mentre il 27% è inferiore ai 30 anni e il 24% superiore ai 40.
Fra tutti i soggetti che necessitavano di un intervento 77 sono stati effettivamente seguiti dai servizi per il reinserimento lavorativo. Fra questa coorte di soggetti l'87% è di sesso maschile, contro il 13% di sesso femminile, senza grosse differenze con il gruppo più ampio.
Per quanto riguarda l'età, invece si osservano alcune differenze fra il primo e il secondo gruppo rilevando un leggero spostamento sulle età inferiori: il 52% ha un'età compresa tra i 31 ed i 40 anni, il 31% è al di sotto dei 30 e il 17% è al di sopra di 40.
I soggetti che, alla fine del percorso terapeutico, sono stati accompagnati al rientro nell'azienda presso la quale lavoravano in precedenza sono stati 13 di cui 10 maschi e 3 femmine, prevalentemente con un'età compresa tra i 31 e i 40 anni (60%).

Le comunità terapeutiche hanno dichiarato di aver accompagnato 42 soggetti al reinserimento lavorativo, 2 dei quali presso l'azienda nella quale erano già assunti.
I Servizi per le dipendenze utilizzano, come strumento privilegiato di lavoro, i colloqui orientativi con l'utenza, l'83% fa consulenza per la compilazione del curriculum vitae e il 67% dà supporto nella ricerca attraverso canali quali internet, consultazione di quotidiani, ecc…
Anche le Comunità utilizzano la consulenza alla compilazione di curriculum vitae e danno supporto nella ricerca; i colloqui di orientamento sono stati fatti dal 75% delle Comunità.
I Servizi Territoriali hanno inviato, in totale, 100 soggetti alle varie agenzie. Alcuni di questi sono stati inviati a più di una agenzia nel corso dell'anno.
Alle agenzie SIL/NIL sono stati inviati 49 utenti dei quali il 80% di sesso maschile e con un'età prevalente compresa tra i 31 e i 40 anni (59%).
41 persone sono state inviate alle Agenzie di Lavoro interinale (di cui il 95% maschi e quasi il 40% con un'età compresa tra i 21 ed i 30 anni).
Sono stati effettuati 29 invii alle Agenzie per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro (90% maschi).
Infine gli invii alle Cooperative Sociali di tipo B sono stati 15 (73% maschi, in questo caso prevalentemente di età compresa tra i 31 ed i 40 anni) e 10 all'Informagiovani. Tutti questi soggetti sono prevalentemente di età inferiore ai 30 anni.
Le Comunità hanno inviato, in totale, 33 soggetti alle varie agenzie. Alcuni, anche in questo caso, inviati a più di una agenzia. Le agenzie maggiormente utilizzate dalle Comunità sono state le Agenzie di lavoro interinale (22 invii), l'Informagiovani (17 invii) e le Cooperative Sociali di tipo B (13 invii). Meno utilizzate le Agenzie per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro (2 invii) e i SIL/NIL (un solo invio).
Gli utenti inviati ai SIL/NIL dai Servizi territoriali hanno usufruito di tutti gli strumenti indagati dal questionario. Le altre Agenzie hanno utilizzato prevalentemente l'inserimento nella banca dati, colloqui d'orientamento e la compilazione di curriculum vitae.
Secondo il parere degli operatori dei Servizi territoriali la compilazione di curriculum ha un'efficacia maggiore rispetto agli altri strumenti. Buono anche il giudizio rispetto ai colloqui di orientamento ed al tutoraggio. Seguono poi, sempre ritenuti strumenti validi, l'inserimento in banca dati, il supporto alla ricerca ed il lavoro temporaneo.
Gli operatori delle Comunità hanno ritenuto, come miglior strumento, il lavoro temporaneo, seguito dalla compilazione di curriculum, dai colloqui di orientamento e dall'inserimento in banche dati. Non emerge, invece, una forte efficacia attribuita al supporto alla ricerca e al tutoraggio per tirocinio.
Alla domanda sulla capacità di reperire lavoro in modo autonomo i Servizi Territoriali hanno identificato 92 soggetti che sono stati in grado di reperire un lavoro "regolare" in modo autonomo (tramite amici, famigliari, ecc.) e 183 coloro che sono stati in grado di reperire lavoro "in nero".
La stessa domanda, posta alle Comunità, ha rilevato 15 soggetti che hanno reperito lavoro "regolare" e 5 "in nero".
Tutti i Servizi Territoriali collaborano abitualmente, nello svolgimento di tali attività, con SIL/NIL. L'83% dei Servizi si è rivolto anche a Cooperative Sociali di tipo B. Meno utilizzate risultano le Agenzie per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro e le Agenzie di lavoro interinale (50%). Solo il 33% si rivolge agli Informagiovani.

Solo 2 sono i servizi che si sono rivolti all'area della formazione professionale (CFP – aggiornamento professionale) in fase di reinserimento lavorativo.
Diversa la distribuzione tra le Comunità: nessuna di esse si rivolge a SIL/NIL, mentre tutte si rivolgono a Cooperative Sociali di tipo B e alle Agenzie di lavoro interinale. La metà delle rispondenti si rivolge anche alle Agenzie per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro e agli Informagiovani.
Quasi tutte le Comunità si sono rivolte all'area della formazione professionale (CFP – aggiornamento professionale) in fase di reinserimento lavorativo.
Un questionario analogo (Grafico 8.7) è stato inviato alle agenzie per il lavoro presenti sul territorio[5]. A queste è stato chiesto con quale tipologia di soggetti hanno lavorato e quali interventi sono stati messi in atto.

Grafico 8.7: Questionario somministrato alle Agenzie per il Lavoro.

	SI	NO	N.
1 **La vostra agenzia / coop si occupa di:**			
1. persone con documento di invalidità (legge 68/99)	☐	☐	
2. altri soggetti deboli (senza legge 68/99)	☐	☐	
a. persone detenute/ex detenute	☐	☐	
b. persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti	☐	☐	
c. persone con problemi di dipendenza da alcool	☐	☐	
d. minori a rischio	☐	☐	
altro ……	☐	☐	
2 **Nel periodo 2007 / 2008 quanti interventi sono stati effettuati verso soggetti deboli**			
a. persone detenute/ex detenute			☐
b. persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti			☐
c. persone con problemi di dipendenza da alcool			☐
d. minori a rischio			☐
altro ……..……			☐
3 **Fra le persone con problemi di dipendenza...**			
1. da sostanze stupefacenti, che tipo di intervento è stato effettuato?			
a. compilato curriculum	☐	☐	
b. inserito in banca dati	☐	☐	
c. colloqui di orientamento	☐	☐	
d. supporto alla ricerca	☐	☐	
e. tutoraggio per tirocinio	☐	☐	
f. lavoro temporaneo	☐	☐	
g. assunzione diretta	☐	☐	
h. erogazione borsa lavoro	☐	☐	
altro …….	☐	☐	
2. da alcool, che tipo di intervento è stato effettuato?			
a. compilato curriculum	☐	☐	
b. inserito in banca dati	☐	☐	
c. colloqui di orientamento	☐	☐	
d. supporto alla ricerca	☐	☐	
e. tutoraggio per tirocinio	☐	☐	
f. lavoro temporaneo	☐	☐	
g. assunzione diretta	☐	☐	
h. erogazione borsa lavoro	☐	☐	
altro ……..	☐	☐	
4a Avete accordi formalizzati che coinvolgono:			
a. Ser.t / NOA del distretto	☐	☐	
b. Comunità terapeutiche del territorio	☐	☐	
4b Avete accordi non formalizzati che coinvolgono:			
a. Ser.t / NOA del distretto	☐	☐	
b. Comunità terapeutiche del territorio	☐	☐	

Le Agenzie rispondenti si occupano prevalentemente di persone con documento di invalidità ex legge 68/99 (93%) e quasi la metà si occupa anche di altri soggetti deboli (senza legge 68/99); più precisamente, di queste: il 64% di persone detenute/ex detenute e persone con problemi di dipendenza da sostanze

[5] Hanno risposto al questionario: Azienda Sociale Castano, Coop Betania Onlus, Coop. Arcadia, Coop ESTIA, Coop Il Portico, Coop La buona notizia, Coop L'alveare, Coop Nazaret, Servizi e lavoro Gaggiano, SIL Abbiategrasso, SIL Cerro, SIL Nerviano, SIL Sercop, SIL Comuni Insieme per lo Sviluppo Sociale, Coop I Sommozzatori della Terra.

stupefacenti; il 57% di persone con problemi di dipendenza da alcool e il 40% si occupa di minori a rischio.
Nel 2008 tra tutte le Agenzie hanno effettuato 9 interventi con persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti , altrettanti con soggetti con problemi di dipendenza da alcool ed ex detenuti.
Gli strumenti maggiormente utilizzati con persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti sono i colloqui di orientamento (57%), il tutoraggio per tirocinio e l'erogazione di borse lavoro (50%). Meno utilizzati la compilazione di curriculum, l'inserimento in banche dati ed il lavoro temporaneo (36%) così come il supporto alla ricerca (33%).
Il 53% delle Agenzie ha affermato di aver effettuato assunzioni dirette.
Maggiori le assunzioni per i soggetti con problemi legati alla dipendenza da alcol (60%).
Per tali soggetti lo strumento maggiormente utilizzato sono stati i colloqui d'orientamento (50%) ed il tutoraggio per tirocinio (43%). Il 40% delle agenzie ha utilizzato la compilazione di curriculum e l'inserimento in banche dati, il 33% ha dato supporto alla ricerca del servizio più idoneo a cui rivolgersi ed il 27% ha trovato per i soggetti un lavoro temporaneo.
Per quanto riguarda gli accordi con i SerT e i NOA del territorio risultano dalla ricerca un 47% di accordi formalizzati e un 60% di accordi non formalizzati, rilevando quindi la presenza di entrambe le tipologie in alcune situazioni.
Per quanto riguarda gli accordi con le Comunità terapeutiche risulta dalla ricerca che l'80% ha dichiarato l'inesistenza di accordi formalizzati. Risulta invece nel 53% dei casi l'esistenza di accordi informali.

9. MERCATO DELLA DROGA

9.1 Percezione della disponibilità delle droghe

9.1.1 Percezione della disponibilità di droghe da parte della popolazione

9.1.2 Percezione della disponibilità di droghe da parte degli studenti

9.2 Operazioni antidroga

9.3 Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti

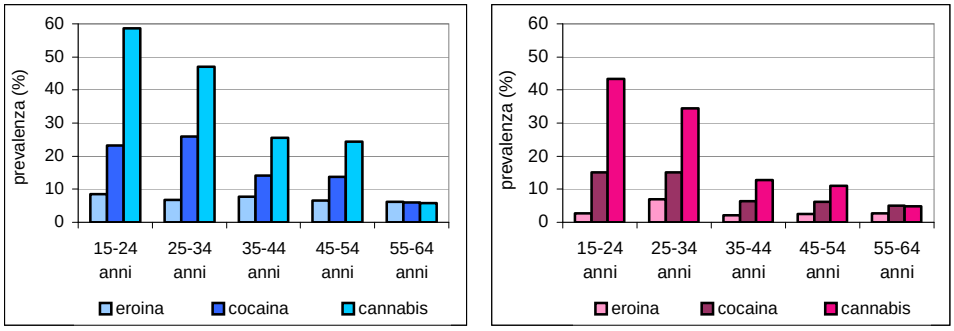
9.1 PERCEZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DELLE DROGHE

La prossimità alle droghe è definita anche dalla percezione che i soggetti hanno di potersi procurare con una certa facilità le sostanze psicoattive.
Per la stima della disponibilità di sostanze psicoattive nella popolazione generale e studentesca è stato fatto ricorso all'analisi delle risposte fornite alla domanda "quanto sarebbe facile per te procurarti (droghe)… in 24 ore se lo volessi", presente nel questionario IPSAD®2007-2008, rivolto alla popolazione generale di 15-64 anni, ed ESPAD-Italia®2008, somministrato agli studenti di 15-19 anni.
L'analisi delle risposte fornite alla specifica domanda del questionario, evidenzia la correlazione tra la stima della disponibilità delle sostanze psicoattive, il tipo di sostanza psicoatttiva, la diffusione dei consumi e l'età dei soggetti rispondenti: più la sostanza è diffusa e consumata, più è considerata facilmente reperibile, in particolare dai soggetti appartenenti alle fasce di età in cui il consumo risulta più sostenuto.

9.1.1 Percezione della disponibilità di droghe da parte della popolazione generale

La popolazione generale della regione Lombardia, ritiene la cannabis la sostanza illecita più facilmente accessibile, seguita da cocaina ed eroina, in linea con le prevalenze di consumo di ciascuna sostanza.
Tendenzialmente sono i soggetti più giovani a ritenere più facile potersi procurare le sostanze illecite: all'aumentare dell'età corrisponde infatti un decremento della percezione della disponibilità, così come osservato anche nei consumi.
Se tra i giovani di 15-24 della regione Lombardia, la cannabis è considerata facilmente accessibile dal 58,6% dei maschi e dal 43,3% delle femmine, tra i soggetti adulti di 35-44 anni tale opinione è condivisa dal 25,6% del collettivo maschile e dal 12,9% del femminile, per raggiungere il 5,7% ed il 4,9% tra i soggetti dei rispettivi collettivi di 55-64 anni.
La corrispondenza tra percezione della disponibilità, età del soggetto e prevalenza dei consumi emerge anche nel caso della cocaina: le quote più consistenti di soggetti che ritengono la cocaina facilmente accessibile si concentrano, in entrambi i generi, tra i soggetti di 15-24 anni (m=23,3%; f=15,1%) e di 25-34 anni (m=26%; f=15%), tra i quali si registrano anche le prevalenze più elevate di consumo della sostanza.
Tra i soggetti più adulti di 55-64 anni, la cocaina è ritenuta facilmente accessibile dal 6% della popolazione regionale maschile e dal 5% di quella femminile.
Rispetto l'eroina, le quote di soggetti lombardi che percepiscono questa sostanza come facilmente reperibile risultano notevolmente ridotte rispetto alle altre.
Tra la popolazione regionale maschile l'8,5% dei soggetti più giovani ritiene che l'eroina sia facilmente recuperabile, mentre tra i 25-34enni l'opinione è condivisa dal 6,8% dei soggetti, raggiungendo la quota di 6,3% tra gli adulti di 55 anni ed oltre. Nel collettivo regionale femminile si segue un andamento diverso, in quanto tra le 25-34enni si registra un picco delle prevalenze di donne che ritengono molto facile potersi procurare l'eroina: dal 2,8% delle ragazze di 15-24 anni, si passa al 7% delle donne di 25-34 anni per raggiungere il 2,8% tra le donne di 55 anni ed oltre.

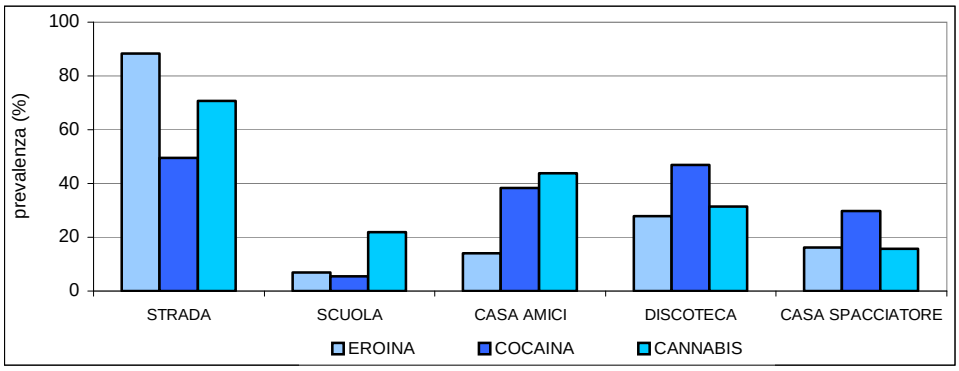
Grafico 9.1: Distribuzione della elevata facilità di accesso alla cannabis, articolata per sesso e classi d'età. Regione Lombardia.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

Per la popolazione lombarda i luoghi privilegiati per il reperimento delle sostanze risultano direttamente associati al tipo di sostanza da recuperare.
La scuola è considerata un luogo dove poter trovare con facilità la cannabis (opinione condivisa dal 22% della popolazione lombarda), mentre a casa di amici si possono recuperare cannabis (per il 43,7% dei lombardi) e cocaina (38,3%).
La cocaina si può facilmente recuperare anche a casa dello spacciatore (29,7%).
La strada e la discoteca risultano, invece, contesti in cui si può facilmente recuperare qualsiasi sostanza (strada: eroina=88,4%; cocaina=49,6%; cannabis=70,8% - discoteca: eroina=27,9%; cocaina=46,9%; cannabis=31,4%).

Grafico 9.2: Prevalenza di soggetti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente eroina, cocaina, cannabis. Regione Lombardia.



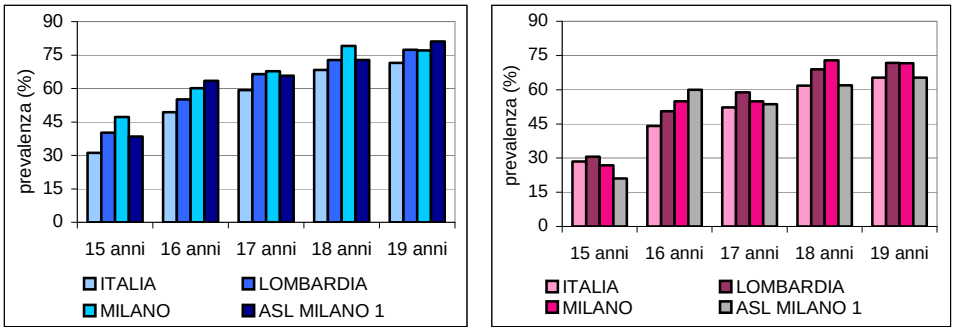
Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008

9.1.2 Percezione della disponibilità di droghe da parte degli studenti

Nella popolazione studentesca della ASL Milano 1, il 66% dei maschi ed il 57% delle femmine ritiene piuttosto facile/molto facile potersi procurare cannabis. In entrambi i generi la prossimità alla sostanza aumenta in corrispondenza dell'età dei soggetti: se tra i 15enni il 38,5% dei maschi ed il 21% delle femmine considera la cannabis facilmente accessibile, tra i 19enni tale opinione è condivisa dall'81% e 65% dei soggetti rispettivamente di genere maschile e femminile.

Gli studenti maschi della ASL Milano 1 riferiscono la facilità di accesso alla cannabis in proporzione superiore a quella dei coetanei italiani (m=56,8%; f=51,3%), in tutte le fasce di età.
Le prevalenze locali maschili tendenzialmente risultano in linea con quelle regionali (m=64,3%; f=57,9%) e, nello stesso tempo, inferiori a quelle provinciali (m=68,2%: f=58,6%). Da tale tendenza risultano esclusi gli studenti di 16 e 19 anni: la proporzione di soggetti locali che ritiene facile potersi procurare la cannabis risulta superiore (16 anni: m=63,4%; f=60%; 19 anni: m=81,1%; f=65,2%) a quella rilevata tra i coetanei italiani (16 anni: m=49,4%, f=44%; 19 anni: m=71,5%, f=65,3%), lombardi (16 anni: m=55,2%; f=50,6%; 19 anni: m=77,4%; f=71,7%) e della provincia di Milano (16 anni: m=60,2%; f=54,92%; 19 anni: m=77,1%; f=71,6%).
Riguardo al genere femminile, ad eccezione delle prevalenze superiori rilevate tra le 16enni locali, le studentesse della ASL Milano 1 ritengono facile potersi procurare la cannabis in proporzione simile a quella delle coetanee italiane e nello stesso tempo inferiore a quella delle coetanee della regione Lombardia e della provincia di Milano.

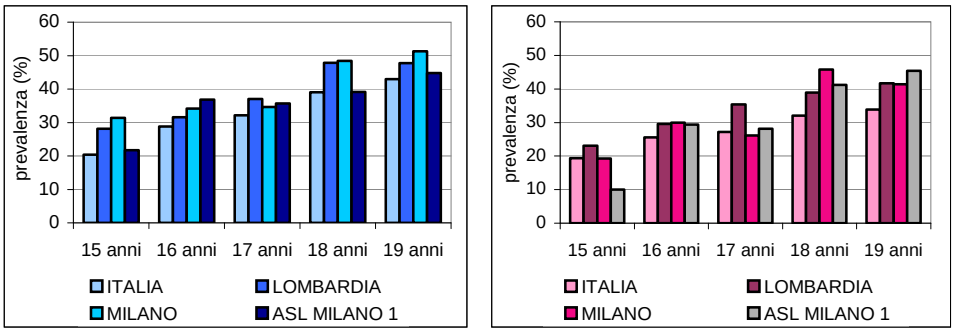
Grafico 9.3: Distribuzione della elevata facilità di accesso alla cannabis, articolata per sesso e classi d'età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

La cocaina è ritenuta facilmente accessibile da circa un terzo della popolazione studentesca locale di entrambi i generi, il 37,3% dei maschi ed il 33,7% delle femmine. Anche in questo caso, le quote di soggetti che ritengono facile potersi procurare la cocaina aumentano in corrispondenza dell'aumentare dell'età dei soggetti.
Nel collettivo maschile, il 21,7% degli studenti di 15 anni ed il 44,8% dei 19enni ritiene che la cocaina sia facilmente recuperabile, così come il 10% ed il 45,5% delle ragazze rispettivamente di 15 e 19 anni.
Rispetto le prevalenze osservate a livello nazionale (m=32,7%; f=27,7%), regionale (m=38,9%; f=34,2%) e provinciale (m=40,7%; f=32,9%), tra gli studenti di entrambi i generi della ASL locale per la maggior parte delle classi di età si rileva una tendenza inferiore a ritenere "facile" potersi procurare la cocaina, ad eccezione dei maschi 16enni (36,8%; f=29,4%) e delle femmine 19enni, tra i quali le prevalenze locali risultano superiori a quelle di riferimento (16 anni - Italia: m=28,8%, f=25,6%; Lombardia: m=31,6%; f=29,6%; Milano: m=34,2%; f=30%; 19 anni - Italia: m=43%, f=33,8%; Lombardia: m=47,7%; f=41,7%; Milano: m=51,3%; f=41,4%).

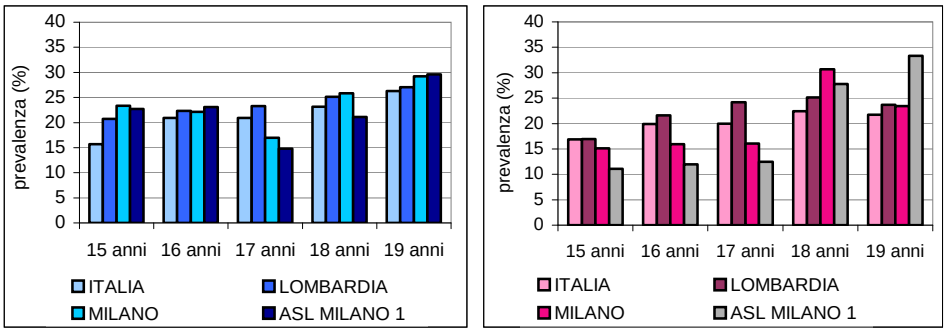
Grafico 9.4: Distribuzione della elevata facilità di accesso alla cocaina, articolata per sesso e classi d'età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

La sostanza psicoattiva illecita percepita come meno accessibile è l'eroina: per circa due studenti su dieci della ASL Milano 1 risulta facile potersela procurare (m=22,5%, f=21,1%).
Tra le studentesse della ASL locale si osserva una minore facilità di accesso alla sostanza da parte delle ragazze più giovani (15-17 anni), per le quali la percentuale rilevata è intorno al 12% rispetto al 15-16% delle coetanee della provincia.
Tendenza inversa si registra con l'aumentare dell'età: un incremento sostanziale si osserva nelle 18enni della ASL Milano 1 (27,8%) per poi raggiungere il 33,3% delle 19enni, prevalenze che risultano superiori a tutte delle coetanee delle aree territoriali di riferimento (intorno al 23%).
Per quanto riguarda i ragazzi, le prevalenze di accesso sono sostanzialmente in linea con quelle rilevate a livello provinciale: in entrambi i contesti si passa dal 22,7% dei 15enni al 15% dei 17enni al 30% dei 19enni. Rispetto quanto rilevato a livello regionale e nazionale, a livello locale si registra una disponibilità di accesso maggiore per i 15enni (Lombardia: 20,7%; Italia: 15,7%) e minore tra i 17enni (Lombardia: 23,3%; Italia: 21%).

Grafico 9.5: Distribuzione della elevata facilità di accesso all'eroina, articolata per sesso e classi d'età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.

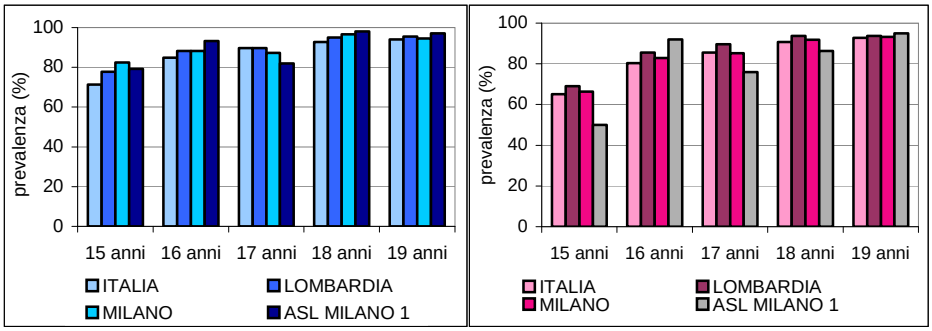


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Riguardo alle bevande alcoliche, l'89% degli studenti maschi e l'87% delle studentesse della ASL Milano 1 considerano piuttosto facile/molto facile potersene procurare.
La percezione della facilità di accesso aumenta al crescere dell'età degli studenti: tra i maschi si passa dal 67% dei 15enni all'88% dei 17enni al 95% dei 19enni, mentre tra le femmine le rispettive prevalenze corrispondono al 50%, 76% e 95%.

Le prevalenze provinciali risultano sostanzialmente in linea con quelle nazionali (m=87%; f=84%), regionali (m=90%; f=88%) e provinciali (m=88%; f=86%) in entrambi i generi e per la maggior parte delle classi di età, ad eccezione delle studentesse 15enni: nella ASL locale la proporzione di studentesse 15enni che ritiene facile potersi procurare bevande alcoliche risulta inferiore a quella rilevata tra le coetanee degli altri ambiti di confronto (Italia:m=69%; f=65%; Lombardia:m=74%; f=69%; Milano:m=69%; f=66%).

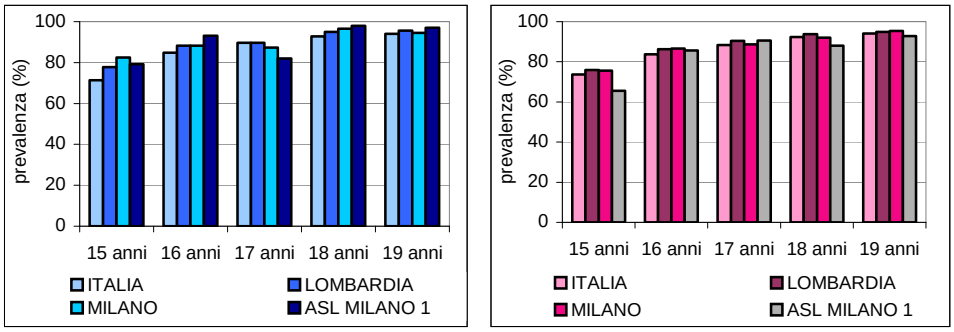
Grafico 9.6: Distribuzione della elevata facilità di accesso all'alcol, articolata per sesso e classi d'età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Rispetto il tabacco, la quasi totalità della popolazione studentesca della ASL locale ritiene molto facile potersene procurare (m=91%; f=87%).
La percezione che tale sostanza psicoattiva possa essere facilmente accessibile aumenta progressivamente con il crescere dell'età: tra i maschi si passa dal 79% dei 15enni all'82% dei 17enni al 97% dei 19enni, mentre tra le coetanee le rispettive prevalenze raggiungono il 66%, il 91% ed il 93%. Il confronto con quanto emerso a livello nazionale (m=87%; f=87%), regionale (m=90%; f=89%) e provinciale (m=91%; f=89%) non evidenzia differenze sostanziali in entrambi i generi.

Grafico 9.7: Distribuzione della elevata facilità di accesso al tabacco, articolata per sesso e classi d'età. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.

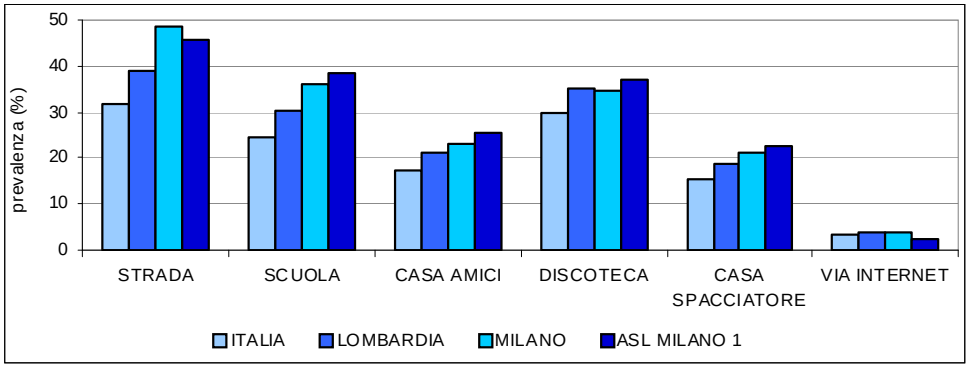


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

I luoghi dove poter reperire le sostanze psicoattive illegali risultano diversi a seconda del tipo di sostanza.
Gli studenti della ASL Milano 1 ritengono che in discoteca si possa trovare eroina (20%), cocaina (34%), ma anche cannabis (37%), quest'ultima facilmente reperibile in strada (46%), a scuola (38%) e a casa di amici (25%), luoghi maggiormente prossimi al mondo giovanile.

La quota di studenti della ASL locale che riferisce la facilità di reperimento della cannabis in discoteca, a scuola e a casa di amici risulta superiore a quella emersa a livello sia nazionale (discoteca=30%; scuola=24%; casa di amici=18%) sia regionale (discoteca=35%; scuola=30%; casa di amici=21%) sia provinciale (discoteca=35%; scuola=36%; casa di amici=23%). Inoltre, gli studenti della ASL Milano 1 che ritengono la strada un luogo privilegiato per l'acquisto di cannabis risultano in quota superiore a quanto riferito dai coetanei italiani e lombardi (Italia=32%; Lombardia=39%) e, nello stesso tempo, in quota inferiore a quella dei coetanei della provincia di Milano (49%).

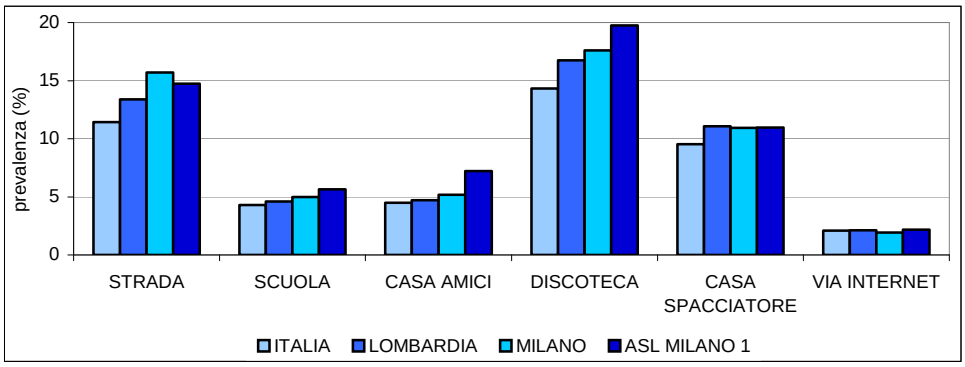
Grafico 9.8: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente cannabis. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

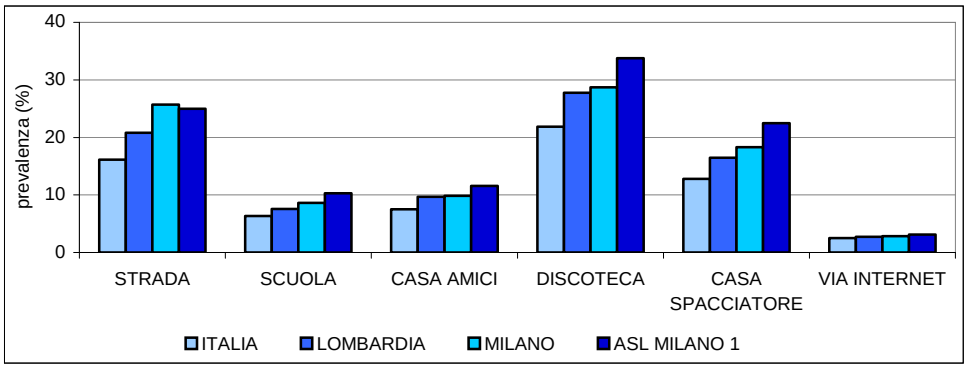
Gli studenti della ASL locale ritengono che si possa trovare eroina e cocaina anche in strada (rispettivamente 15% e 25%), casa dello spacciatore (eroina:11%; cocaina:23%), a scuola (eroina:6%; cocaina: 10%) e a casa di amici (eroina:7%; cocaina:12%).
La quota di studenti della ASL Milano 1 che ritiene di poter recuperare eroina e cocaina in discoteca e a casa di amici risulta superiore a quanto riportato dai coetanei a livello nazionale (eroina: discoteca=14%; casa di amici=5%; cocaina: discoteca=22%; casa di amici=8%), regionale (eroina: discoteca=17%; casa di amici=5%; cocaina: discoteca=28%; casa di amici=10%) e provinciale (eroina: discoteca=18%; casa di amici=5%; cocaina: discoteca=29%; casa di amici=10%).
La quota di studenti locali che riferisce poter reperire facilmente eroina e cocaina in strada risulta superiore a quella emersa sia a livello nazionale (eroina=11%; cocaina=16%) che regionale (eroina=13%; cocaina=21%), mentre risulta inferiore quando il contesto di confronto è quello provinciale (eroina=16%; cocaina=26%).

Grafico 9.9: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente eroina. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

Grafico 9.10: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente cocaina. Confronto Italia – Lombardia – Milano – ASL Milano 1.



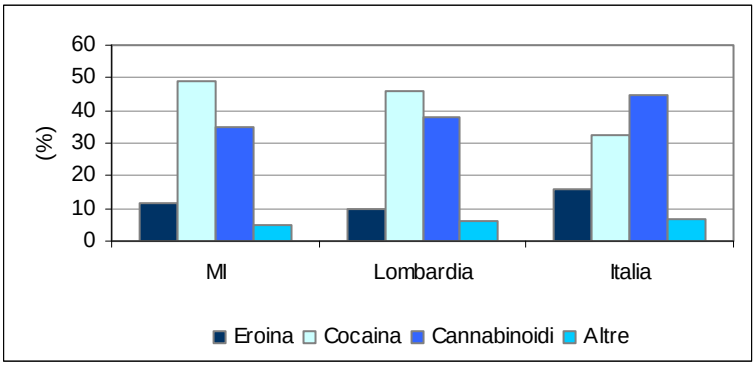
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2008

9.2 OPERAZIONI ANTIDROGA

Dei 22.623 interventi effettuati dalle Forze dell'Ordine (FFOO) in Italia nel corso del 2008, 4.243 sono avvenuti in Lombardia, registrando rispetto al 2007, un incremento di circa il 2%. In controtendenza rispetto sia al territorio nazionale che regionale, il numero di operazioni antidroga effettuate nella provincia di Milano ha subito un decremento di circa il 6% assestandosi a 1.867.

Come gli anni precedenti, a differenza di quanto registrato in Italia, la maggior parte degli interventi effettuati nella regione e nella provincia è stata principalmente rivolta al contrasto del traffico e smercio di cocaina (rispettivamente circa il 46% ed il 49%), seguono le operazioni relative ai cannabinoidi ed, a distanza, all'eroina (Grafico 9.11).

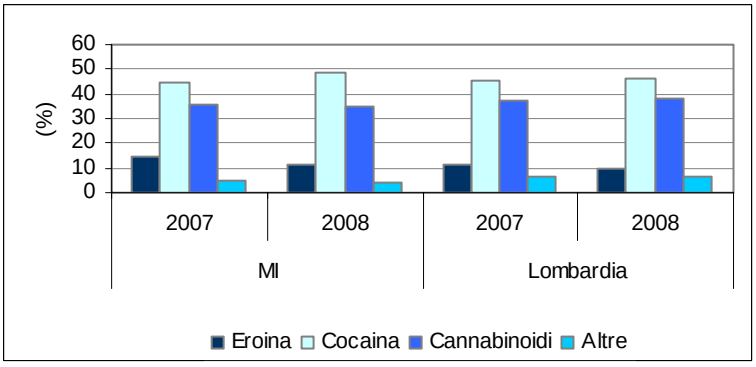
Grafico 9.11: Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate nel 2008 nelle diverse partizioni geografiche, suddivise per tipologia di sostanza psicoattiva.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 luglio 2009)

In contrasto con la sostanziale stabilità rilevata a livello nazionale, rispetto al 2007 si osserva un aumento della proporzione di operazioni volte al contrasto della cocaina a fronte di una complessiva diminuzione di quella relativa all'eroina (Grafico 9.12).

Grafico 9.12: Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate nel biennio 2007-2008 nelle diverse partizioni geografiche, suddivise per tipologia di sostanza psicoattiva.

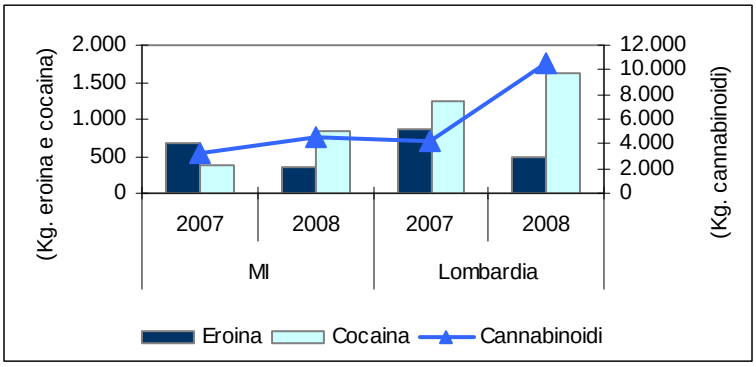


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 luglio 2009)

In Italia, le operazioni antidroga[1] hanno portato ad intercettare più di 1.300 Kg di eroina, 4.100 di cocaina e circa 37 quintali di cannabinoidi, registrando rispetto al 2007, un aumento dei quantitativi di cocaina (circa 200 Kg) e cannabinoidi (circa 12 quintali) ed una flessione di quelli di eroina (circa 590 Kg). In linea con la distribuzione nazionale, sia in Lombardia che nella provincia si è assistito ad un incremento dei quantitativi di cocaina e cannabinoidi sequestrati e rinvenuti ed una diminuzione di quelli di eroina (Grafico 9.13).

[1] Si ricorda che alcune operazioni non portano ad intercettare quantitativi di sostanza, mentre altre portano a sequestrarne o rinvenirne più di una.

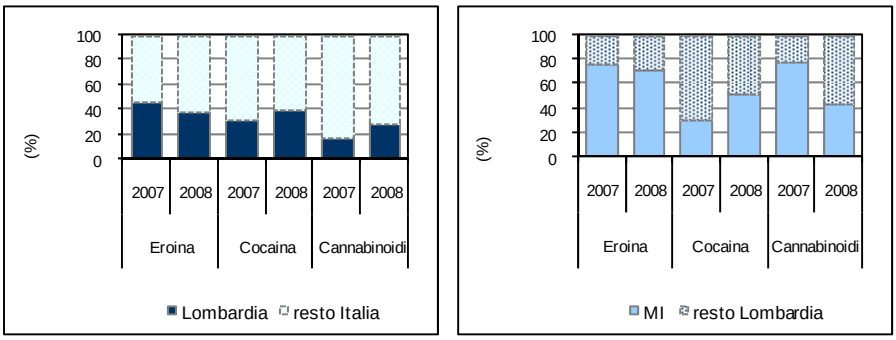
Grafico 9.13: Distribuzione dei quantitativi di sostanza intercettati nel corso delle operazioni effettuate nel biennio 2007-2008 nelle diverse partizioni geografiche.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 luglio 2009)

In particolare, circa il 37% dell'eroina, il 39% della cocaina ed il 28% dei cannabinoidi intercettati nel 2008 in Italia, sono stati rinvenuti e sequestrati in Lombardia, registrando rispetto all'anno precedente una riduzione dell'impatto di questa regione sui quantitativi di eroina intercettati sul territorio nazionale ed un suo aumento di quelli relativi a cocaina e cannabinoidi (Grafico 9.14).
Con l'eccezione dei quantitativi di hashish e marijuana, la stessa situazione è rilevabile anche nel contributo che nel biennio ha dato la provincia alla regione. I quantitativi di eroina intercettati nel 2008, infatti, hanno costituito poco più del 71% dei circa 480 Kg di stupefacente sequestrato e rinvenuto nella regione, proporzione leggermente inferiore a quella rilevata nel 2007 (circa il 76% degli oltre 870 kg intercettati in Lombardia). Di contro, quasi il 52% degli oltre 1.600 Kg di cocaina rintracciati in Lombardia, sono stati sequestrati e rinvenuti nella provincia di Milano.

Grafico 9.14: Distribuzione percentuale dei quantitativi di sostanza intercettati nelle operazioni effettuate nel biennio 2007-2008.
a) grafico a sinistra: contributo regionale rispetto al territorio nazionale;
b) grafico a destra: contributo provinciale rispetto al territorio regionale.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 luglio 2009)

9.3 ANALISI DEI CONSUMI MEDIANTE QUESTIONARIO AI PAZIENTI

Nei primi mesi del 2008 è stato somministrato un questionario anonimo ai pazienti della ASL presso 5 unità operative[2] al fine di raccogliere informazioni relative al mercato della droga.
Lo strumento adottato è un questionario semistrutturato facoltativo ed anonimo (Grafico 9.15) che ha raccolto informazioni relative alle sostanze acquistate ed utilizzate, al loro costo ed alla loro qualità. Sono state indagate anche informazioni relative al luogo abituale d'acquisto e al venditore. Ad ognuno dei rispondenti si chiedeva di indicare il proprio sesso e la classe d'età d'appartenenza.

Grafico 9.15: Questionario somministrato ai pazienti.

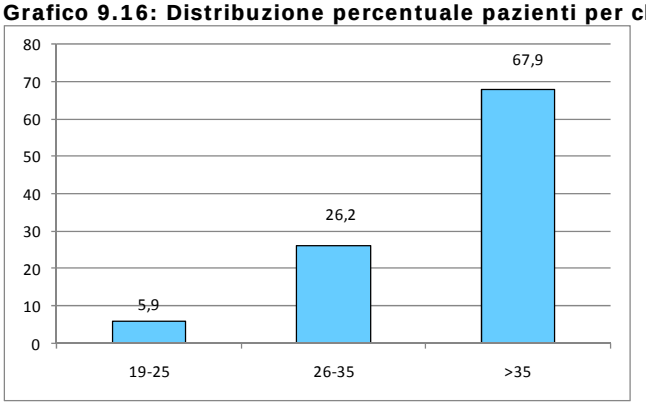
QUESTIONARIO ANONIMO

Sesso: □ M □ F
Età: □ < 18 □ 19 – 25 □ 26 – 35 □ > 35
Qual è l'ultima sostanza stupefacente che hai acquistato?
_____
Quando?
□ ieri o nell'ultima settimana
□ più di una settimana fa
□ più di un mese fa
□ da sei mesi a un anno fa
□ più di un anno fa
Indicane la quantità
□□□□ grammi
Quanto l'hai pagata?
□□□□ Euro
Dai un voto da 1 a 10 alla qualità
□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9 □ 10
Dove l'hai acquistata?
□ comune di residenza
□ provincia di Milano
□ Milano
□ altro
È sempre la stessa persona che ti rifornisce?
□ sì □ no

Sono stati raccolti 246 questionari: 60 compilati da pazienti in trattamento presso l'UO NOA ed il resto presso le UO SerT.
Il 70% dei rispondenti è di sesso maschile, il 20% invece di sesso femminile. Il restante 10% dei rispondenti non ha dichiarato il genere d'appartenenza.
La maggior parte dei rispondenti appartiene alla classe d'età maggiore, ossia quella sopra i 535 anni (68%), il 26% rientra nella classe intermedia con un'età compresa tra i 26 ed i 35 anni, il restante 6% sono i giovani tra i 19 ed i 25 anni (Grafico 9.16).

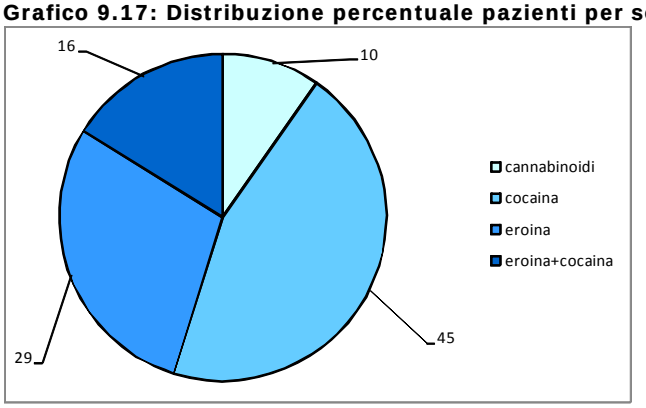
[2] I SerT di Corsico, Magenta, Parabiago e Rho ed il NOA di Legnano.

Grafico 9.16: Distribuzione percentuale pazienti per classi d'età.



Al questionario ha risposto l'8,5% dell'utenza in carico presso le sedi UO nell'anno 2008. Il 17% dei soggetti che hanno compilato il questionario ha affermato di non usare più sostanze stupefacenti. Dalle risposte di coloro che invece affermano di aver acquistato sostanze, emerge che nell'ultimo episodio il 45,2% ha acquistato cocaina, il 29% eroina, il 16,1% eroina abbinata a cocaina ed il 9,7% cannabis (Grafico 9.17).

Grafico 9.17: Distribuzione percentuale pazienti per sostanza d'abuso.



Il quantitativo medio dichiarato nell'ultimo acquisto varia da sostanza a sostanza. Se per eroina e cocaina oscilla tra lo 0,9 e l'1,6 grammi, per la cannabis il quantitativo medio sale a 4,4 mentre supera di poco il grammo per eroina e cocaina abbinate.

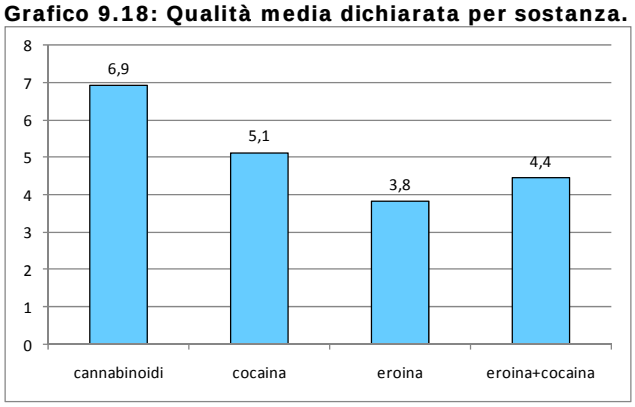
Sostanza d'abuso	cannabinoidi	cocaina	eroina	eroina + cocaina
Quantitativo medio in gr.	4,43	1,62	0,94	1,03

Anche il costo medio varia molto da sostanza a sostanza; da poco più di 5 euro per la cannabis, agli oltre 33 euro per eroina e ai quasi 44 per l'eroina abbinata a cocaina. È la cocaina la sostanza con il prezzo medio più alto (60 euro al grammo).

Sostanza d'abuso	cannabinoidi	cocaina	eroina	eroina + cocaina
Costo medio in euro al gr.	5,05	60,00	33,85	43,92

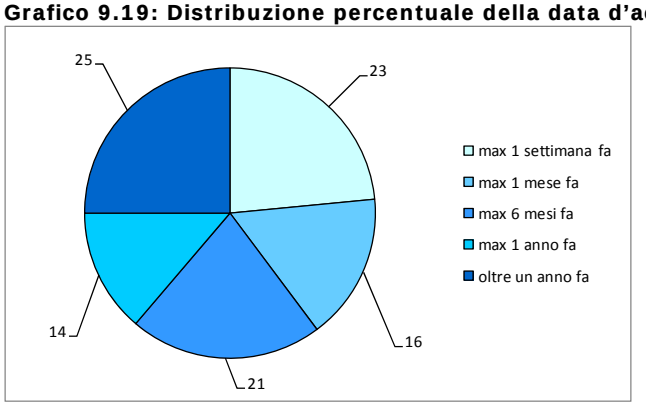
Per quanto riguarda la qualità delle sostanze, l'unica a riportare una qualità media elevata è la cannabis con un valore, su scala da 1 a 10, pari a 7. La sostanza che ha la qualità media più bassa è, invece, l'eroina (3,8). Per le altre due sostanze: 4,4 eroina abbinata a cocaina e 5,1 cocaina.

Grafico 9.18: Qualità media dichiarata per sostanza.



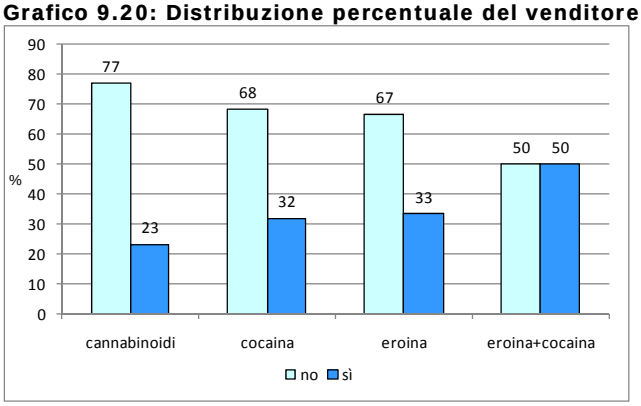
La maggior parte dei rispondenti (25%) ha affermato di aver acquistato la sostanza oltre un anno prima la compilazione del questionario. D'altra parte il 23,4% ha affermato di aver acquistato sostanze nella settimana precedente. Il 21,43% dei soggetti ha acquistato entro i 6 mesi antecedenti la compilazione, il 16,33% entro un mese ed il 13,68% tra sei mesi e l'anno.

Grafico 9.19: Distribuzione percentuale della data d'acquisto.



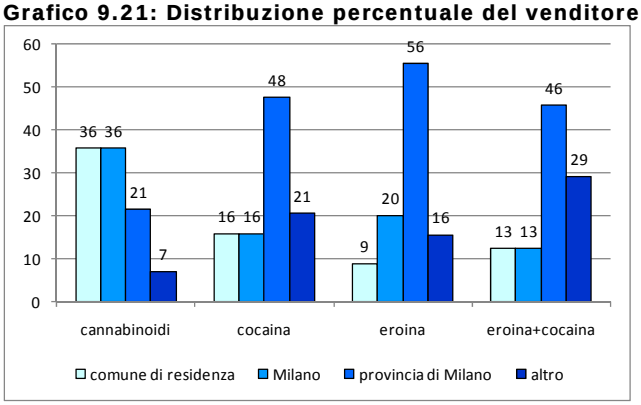
Alla domanda "è sempre la stessa persona che ti rifornisce?", tranne che per chi ha acquistato eroina e cocaina abbinate che si distribuiscono equamente tra chi si rifornisce sempre dallo stesso venditore e chi invece non ha un venditore abituale al quale rivolgersi, chi ha affermato di aver acquistato cannabis, cocaina o eroina predilige acquistare da venditori differenti (76,9% per gli acquirenti di cannabis, 68,2% per cocaina e 66,7% per eroina) (Grafico 9.20).

Grafico 9.20: Distribuzione percentuale del venditore abituale o meno.



Tranne che per la cannabis, dai questionari emerge che è prevalentemente la provincia milanese (escluso il comune di residenza) il luogo deputato al reperimento delle sostanze. Infatti il 47,62% dei consumatori di cocaina, il 55,56% dei consumatori di eroina ed il 45,83% dei consumatori delle due sostanze abbinate affermano di acquistare su questo territorio. I consumatori di cannabis sembrano prediligere il comune di residenza e la città di Milano (35,71% in entrambi i casi).

Grafico 9.21: Distribuzione percentuale del venditore abituale o meno.



10. FRAGILITA' PSICHIATRICA E DIPENDENZE

10.1 Razionale e obiettivi

10.2 Costruzione dell'anagrafica

10.3 Profilo della popolazione osservata per problematica di salute

10.4 Profilo della popolazione osservata per problematica di paziente

10.5 Consumi sanitari per tipologia di paziente

10.6 Valutazione per tipologia di paziente

10.1 RAZIONALE E OBIETTIVI

La mission istituzionale dell'ASL è di tutelare il diritto alla salute nella sua accezione più completa di benessere fisico, psichico e sociale.
L'ASL persegue questa finalità attraverso un'azione di "governo della domanda" che consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni e nel decidere come questa possa essere gestita in modo da tendere ad un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo. L'analisi della frequenza, del volume, della distribuzione e della modifica nel tempo dei comportamenti relativi alla fruizione dei servizi è un elemento di conoscenza imprescindibile per il governo della domanda. L'individuazione dell'allocazione spazio/temporale dei principali determinanti di spesa sanitaria permette infatti di monitorare e verificare il corretto funzionamento del sistema consentendo, inoltre, di valutare le priorità di allocazione delle risorse e del loro ottimale impiego.
A questo proposito, l'ASL dispone di flussi informativi relativi alle prestazioni fruite dai propri assistiti o residenti. Tali flussi sono di carattere prevalentemente amministrativo e contengono dati di carattere socio-demografico e di tipo sanitario che consentono di delineare le caratteristiche salienti della popolazione in oggetto e di evincere aspetti significativi dello stato di salute/malattia in riferimento ai fenomeni osservati.
L'analisi qui proposta è relativa al 2008 e prende in considerazione i soggetti che presentano problematiche alcol/droga correlate e/o per disagio psichico. In particolare si sono definite anagrafiche di popolazioni omogenee esclusive per alcol/tossicodipendenze, disturbi psichiatrici o per entrambe le problematiche. Gli specifici gruppi sono stati confrontati in relazione a:

- caratteristiche socio-demografiche,
- patologie concomitanti e consumi sanitari.

10.2 COSTRUZIONE DELL'ANAGRAFICA

Sono state utilizzate informazioni sui consumi sanitari/socio-sanitari della popolazione dell'ASL Milano 1 relativamente all'anno 2008. Per la costruzione dell'anagrafica di riferimento sono stati individuati i soggetti presenti nelle basi dati relative a:

- SerT e NOA dell'ASL Milano 1 (fonte: specifico applicativo in uso presso le singole strutture).
- Servizi di psichiatria (fonte: specifico flusso regionale in uso in Lombardia per il monitoraggio delle prestazioni di Psichiatria territoriale "Psiche").
- Ricoveri ospedalieri. Sono stati individuati i soggetti con ricoveri per patologie direttamente correlate a problemi di alcol, droga e tabacco; i soggetti con ricovero per patologie indirettamente correlate all'uso di alcol; i soggetti dimessi da reparto di psichiatrico (fonte: specifico flusso regionale - SDO).
- Farmaceutica territoriale e distribuzione diretta dei farmaci: sono stati individuati i soggetti che hanno fruito nel corso dell'anno di farmaci antipsicotici (ATC N05) e antidepressivi (ATC N06A) (fonte: specifici flussi regionali di farmaceutica territoriale e file F).
- Esenzioni: sono stati individuati tutti i soggetti che sono stati esenti nel corso dell'anno per psicosi o per problemi alcol/droga correlati.

La popolazione è stata quindi analizzata secondo una doppia prospettiva:

- Una prospettiva di potenziale "problematica di salute", intesa in termini ampi e desunta dalla presenza del soggetto nelle suddette basi dati, secondo i criteri enunciati.
- Una lettura più specifica, per "tipologia paziente", finalizzata ad individuare un sottogruppo composto da soggetti con condizione di patologia/problematica conclamata attestata dalla presenza di una diagnosi e/o dall'essere in trattamento presso SerT, NOA o dall'essere stati ricoverati presso reparto ospedaliero di tipo psichiatrico.

I dati confermano sostanzialmente quanto emerso nel corso dell'analisi pregressa riferita all'anno 2006 e riportata nel precedente report[1], anche se con modulazioni leggermente differenti nella lettura degli specifici sottogruppi.

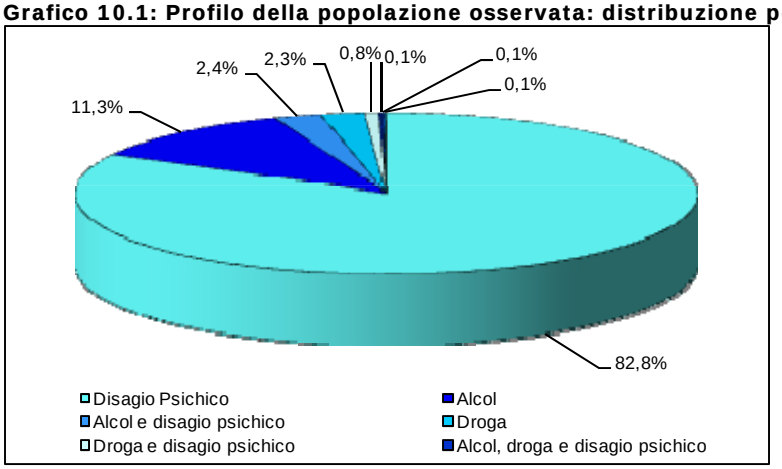
10.3 PROFILO DELLA POPOLAZIONE OSSERVATA PER "PROBLEMATICA DI SALUTE"

Nel 2008, la popolazione di riferimento è costituita da circa 74.000 soggetti che, analizzando le basi dati di consumo sanitario e socio-sanitario, risulta caratterizzata da potenziale disagio di tipo psichico o correlato all'uso/abuso di alcol e droghe e tabacco. Il 4% risulta essere deceduto nel corso dell'anno 2008.
Si registra un incremento della popolazione rispetto al precedente che individuava 65 mila soggetti circa.
La popolazione di riferimento corrisponde al 7,6% circa dei 976.000 residenti nei 78 Comuni dell'ASL Milano 1, al 1° gennaio 2008.
L'82,8% dei soggetti individuati è riconducibile al gruppo con problemi di disagio psichico; la maggior parte dei soggetti ricondotti a questo gruppo, pari al 79%, sono stati individuati esclusivamente in quanto consumatori di farmaci antidepressivi o antipsicotici.
L'11,3% presenta problematiche correlati all'uso/abuso/dipendenza da alcol; questo gruppo include anche soggetti che presentano ricoveri ospedalieri per patologie che potrebbero essere indirettamente correlate all'utilizzo di alcolici (es. alcune forme tumorali) e che rappresentano la quota più cospicua del gruppo (81%).
Il 2,4% presenta problematiche correlate all'uso/abuso o dipendenza da alcol, unitamente a problemi di disagio psichico; in questo gruppo 60% è rappresentato da soggetti che sono stati individuati a seguito di ricoveri ospedalieri per patologie indirettamente correlate all'abuso di alcol, unitamente all'utilizzo di farmaci per disturbi psichici.
Il 2,3% dei soggetti rientra nel gruppo con problemi esclusivamente droga correlati; si tratta in particolare dei soggetti in carico ai SerT (circa l'80%), e di coloro che presentano eventualmente anche ricoveri ospedalieri per problemi droga correlati o esenzione specifica.
Lo 0,8% è stato individuato per problemi di droga e disagio psichico. Uno su quattro risulta in carico a SerT e Servizio psichiatrico; uno su 3 è un soggetto tossicodipendente al quale sono stati prescritti anche farmaci con antipsicotici o antidepressivi, oppure ha un'esenzione per problemi psichiatrici o risulta essere stato dimesso da reparto di psichiatria; uno su cinque è invece un soggetto in

[1] Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenza, Il Fenomeno delle Dipendenze sul Territorio della ASL MI1 – anno 2007.

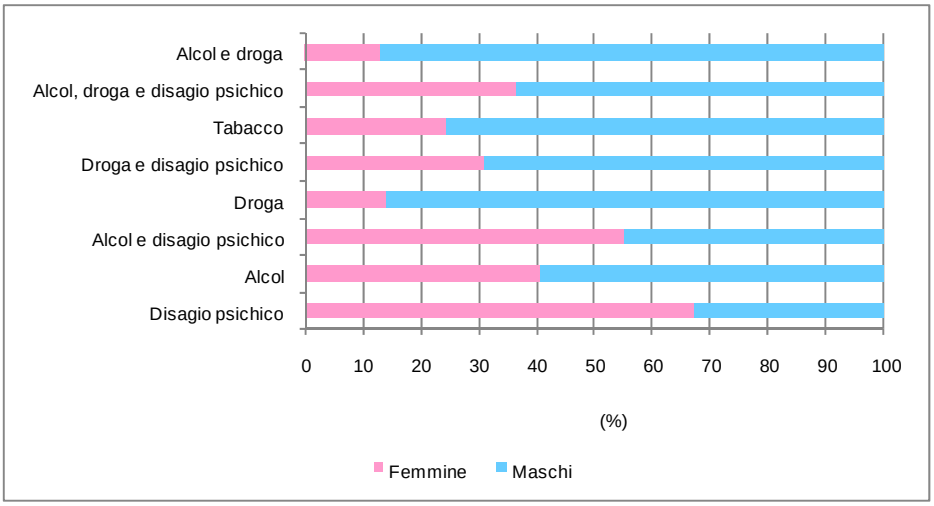
carico al servizio psichiatrico e che risulta avere un'esenzione per problemi e/o un ricovero per problemi droga correlati.
Una percentuale residuale dei soggetti ha effettuato ricoveri ospedalieri per disturbi correlati al tabacco - eventualmente anche con diagnosi indirettamente correlata all'alcol (0,1%).
Infine, si hanno i soggetti per i quali risultano un mix di problematiche caratterizzate dalla presenza di alcol, droga, in eventuale combinazione con disagio psichico (0,1%).

Grafico 10.1: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per problematica di salute.



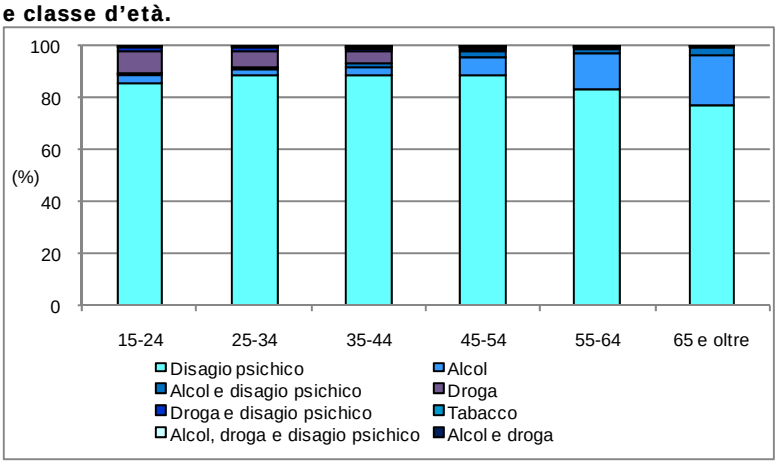
Per quanto riguarda la composizione per sesso, il gruppo più consistente correlato al disagio psichico risulta fortemente caratterizzato dalla presenza femminile (67% contro il 33% di maschi), coerentemente con i dati relativi alla prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale e in conseguenza del fatto che sono stati inclusi nell'anagrafica di riferimento più di 53.000 soggetti che fanno uso di antidepressivi sotto prescrizione medica (di essi più del 60% è rappresentato da donne).
Analogamente, ma con differenze percentuali più contenute, prevalgono le donne nel gruppo caratterizzato da "alcol e disagio psichico" (56% femmine contro il 44% di maschi).
Negli altri gruppi risulta maggioritaria la componente maschile, in particolare laddove la problematica prevalente è caratterizzata dall'utilizzo esclusivo di alcol (60% contro il 40%), di droghe (86% contro il 14%), o droghe in associazione ad alcol (87% contro il 13% di donne).
Sia per il tabacco, sia per problematiche correlate all'uso di alcol, droga con disagio psichico 7-8 soggetti su 10 sono rappresentati da uomini (le percentuali sono rispettivamente 76% maschi contro il 24% femmine nel caso del tabacco, 64% maschi contro il 36% femmine nel caso di alcol, droga e disagio psichico).
Per il gruppo con problematica mista disagio psichico e droga il 69% dei soggetti è rappresentato da uomini contro il 31% delle donne.

Grafico 10.2: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per problematica di salute e sesso.



Analizzando i dati in riferimento alle classi d'età, si rileva che la problematica correlata al disagio psichico ha i valori in assoluto più alti in tutte le classi d'età, con un maggiore impatto tra i 35 e i 54 anni dove le percentuali sono superiori all'85%.
I comportamenti droga-correlati (considerati singolarmente o unitamente ad altre tipologie di problematiche) colpiscono maggiormente le classi d'età inferiori; in particolare tra i 15 e i 24 anni.
I problemi alcol-correlati riguardano infine tutte le fasce d'età, con un con un andamento crescente all'aumentare dell'età (dal 3,5% nella fascia 15-24, al 18,7% nella fascia 65 anni e oltre); analogamente ma con percentuali più ridotte si può descrivere l'andamento del problema alcol e disagio psichico che cresce percentualmente in relazione al crescere dell'età.

Grafico 10.3: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per problematica di salute e classe d'età.



Dei soggetti individuati nel corso del 2006 il 7% circa risulta essere deceduto, emigrato o cancellato dall'elenco degli assistiti.
Complessivamente il 50% dei soggetti arruolati nel 2006 sono ancora presenti nel 2008. In termini di problemi di salute, le categorie numericamente più rappresentate sono il disagio psichico con il permanere del 55% della

popolazione osservata e alcol e disagio psichico con il 53%. Più dinamica risulta essere la popolazione con il problema alcol non in associazione ad altre problematiche, per la quale si apprezza circa l'80% di nuovi ingressi.
Per la categoria "droga", si rileva un 69% di nuovi ingressi.

Tabella 10.1: Distribuzione percentuale dei soggetti suddivisi tra presenti nel 2006 e nuovi ingressi nel 2008, dato complessivo e disaggregato per problema di salute.

Problema salute	% Presenti nel 2006	% Nuovi ingressi al 2008
Alcol	20%	80%
Alcol e disagio psichico	53%	47%
Droga	41%	59%
Alcol e droga	31%	69%
Alcol, droga e disagio psichico	67%	33%
Droga e disagio psichico	64%	36%
Droga e disagio psichico	55%	45%
Tabacco	6%	94%
TOTALE	50%	50%

Per il 93% dei casi di passaggio dal 2006, la tipologia di problema di salute registrato nel corso del 2008 risulta invariato.

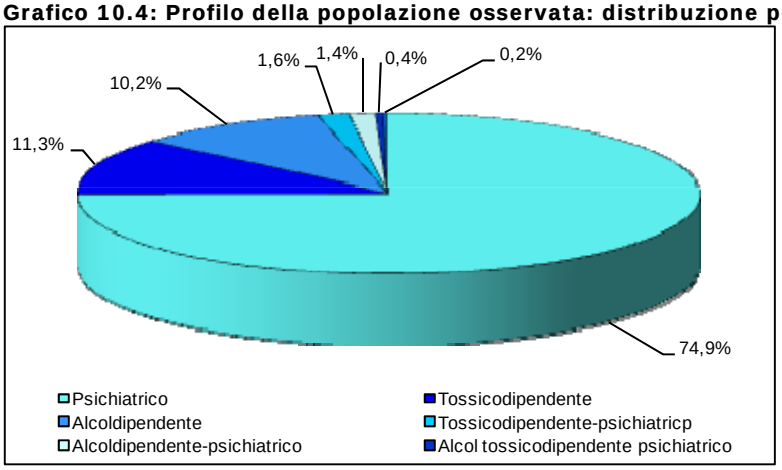
10.4 PROFILO DELLA POPOLAZIONE OSSERVATA PER "TIPOLOGIA DI PAZIENTE"

Il sotto-gruppo dei soggetti con patologia/problematica di salute conclamata (evidenziata dalla presenza di una diagnosi e/o di un trattamento presso servizio/reparto specialistico) è rappresentato da 17.831 soggetti, pari al 24% dell'intera popolazione osservata. Il 2% circa risulta essere deceduto nel corso del 2008.
La composizione di questo sotto-gruppo per "tipologia di paziente" è riportata nella tabella e nel grafico seguenti.

Tabella 10.2: Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati in termini numerici e % per tipologia di paziente.

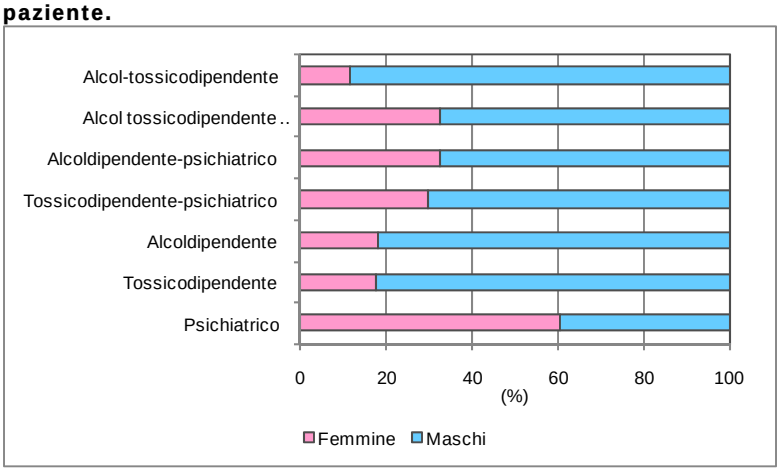
Tipologia paziente	N.	%
Psichiatrico	13.346	74,8%
Tossicodipendente	2.008	11,3%
Alcoldipendente	1.818	10,2%
Tossicodipendente- Psichiatrico	292	1,6%
Alcoldipendente - Psichiatrico	251	1,4%
Alcol- Tossicodipendente - Psichiatrico	72	0,4%
Alcol- Tossicodipendente	44	0,2%
TOTALE	17.831	100,0%

Grafico 10.4: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per tipologia di paziente.



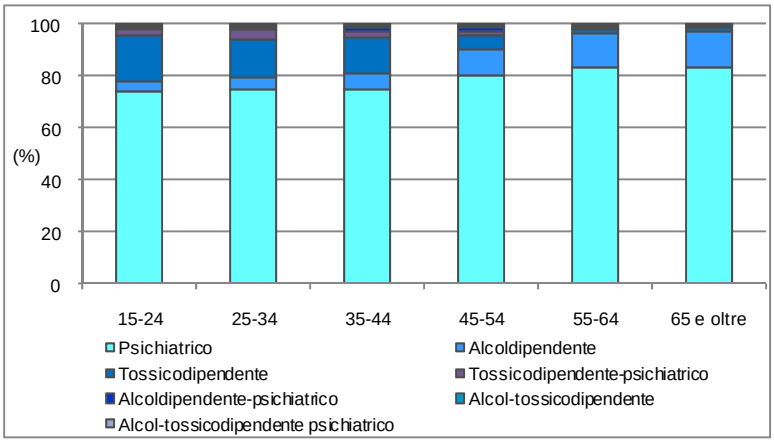
Il 74,8% (più di 13.300 soggetti) è rappresentato da persone con problematiche di carattere psichiatrico. Il 92% di questi soggetti è in trattamento presso i servizi psichiatrici e presenta una diagnosi specifica. La parte rimanente è stata individuata come dimesso da reparto psichiatrico e/o con esenzione per psicosi.
L'11,3% (2.008 soggetti) presenta problemi di droga. In larga parte si tratta di soggetti in carico presso i SerT (77%); l'8% ha avuto nell'arco dell'anno almeno un ricovero droga-correlato, il restante 15% è stato individuato in quanto soggetto con esenzione per tossicodipendenza.
Il 10,2% (più di 1.800) ha problemi alcol correlati. Il 40% è rappresentato da soggetti in carico presso i NOA; il resto del gruppo si suddivide tra soggetti che hanno avuto esclusivamente un ricovero ospedaliero per problemi di alcol (19%), soggetti con esenzione per problemi alcol-correlati (35%) e il 6% in quanto esenti e con ricovero.
In percentuali residuali si hanno soggetti con un mix di problematiche. Si tratta prevalentemente di soggetti che presentano una diagnosi di tipo psichiatrico, unitamente a problemi di tossicodipendenza (1,6%) e alcoldipendenza (1,4%); i soggetti alcol-tossicodipendenti costituiscono lo 0,2% del gruppo ed un ulteriore 0,4% è rappresentato da soggetti che presentano contemporaneamente le tre tipologie di problema.
I dati relativi alla distribuzione per tipologia di paziente e per sesso ricalcano sostanzialmente la distribuzione vista nel paragrafo precedente nell'osservazione della popolazione per problematica di salute.
Le donne costituiscono la maggioranza tra i pazienti trattati per problemi psichiatrici (60,6% donne contro il 39,4% degli uomini).
Negli altri gruppi la percentuale dei maschi è maggioritaria ed è superiore all'80%, in particolare laddove prevale la componente di dipendenza da sostanze psicotrope o da alcol.

Grafico 10.5: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per sesso e tipologia paziente.



Analizzando il dato riferito all'età, si rileva la netta prevalenza dei soggetti con problemi di carattere psichiatrico per tutte le classi d'età, con un trend in crescita al crescere dell'età.
Il medesimo andamento si rileva per i soggetti con problematiche alcol-correlate.
La problematica droga-correlata riguarda invece le fasce d'età inferiori, in particolare tra i 15 e i 34 anni in cui oltre il 15-17% dei soggetti risulta appartenere a questo gruppo.
Il medesimo andamento si rileva per i soggetti tossicodipendenti con problemi psichiatrici - con percentuali tuttavia molto inferiori (3,3% nella fascia 25-34 anni).
Anche per i soggetti alcoldipendenti con problemi psichiatrici si registra un lieve incremento al crescere dell'età, con un picco del 2% nella fascia 35-64 anni.
Per i rimanenti due gruppi (alcol-tossicodipendente e alcol-tossicodipendente con problemi di tipo psichiatrico) si rilevano percentuali residuali (<1%) in tutte le fasce d'età.

Grafico 10.6: Profilo della popolazione osservata: distribuzione per tipologia paziente e classe d'età.



Il 61% dei soggetti individuati come paziente nel 2008 risultava già presente nella anagrafica di riferimento del 2006.
Di seguito si riporta il dato di dettaglio concernente la tipologia di paziente, articolata per soggetti già presenti nel 2006 e nuovi ingressi nella base dati del 2008.
Mediamente, il 39% dei soggetti risulta essere stato registrato per la prima volta con la rilevazione del 2008.
Osservando le categorie di paziente numericamente più significative, si rileva che tra i soggetti con problemi psichiatrici, il 36% è costituito da nuovi ingressi; per i tossicodipendenti e gli alcoldipendenti, poco più della metà è costituito da nuovi ingressi (rispettivamente 57% e 51%).
Nelle restanti categorie, i nuovi ingressi variano da un minimo del 28% per la tipologia "alcol-tossicodipendente-psichiatrico", ad un massimo del 66% tra gli alcol-tossicodipendenti.

Tabella 10.3: Distribuzione percentuale dei soggetti suddivisi tra presenti nel 2006 e nuovi ingressi nel 2008, dato complessivo e disaggregato per tipologia paziente.

Tipologia paziente 2008	% Presenti nel 2006	% Nuovi ingressi al 2008
Alcoldipendente	49%	51%
Alcoldipendente-psichiatrico	57%	43%
Alcol tossicodipende	34%	66%
Alcol tossico dipende psichiatrico	72%	28%
Psichiatrico	64%	36%
Tossicodipendente	43%	57%
Tossicodipendente-psichiatrico	69%	31%
Totale	61%	39%

L'82% dei soggetti considerati apparteneva già dal 2006 sotto-gruppo dei "pazienti", ovvero i soggetti in condizione di patologia/problematica conclamata attestata dalla presenza di una diagnosi e/o dall'essere in trattamento presso SerT, NOA o dall'essere stati ricoverati presso reparto ospedaliero di tipo psichiatrico.
Per quanto riguarda i soggetti già categorizzati come "paziente", si rileva un mantenimento della tipologia nel 94% dei casi.
La restante quota (18%) risultava sì inclusa nella base dati complessiva del 2006 ma con la codifica "non paziente", trattandosi cioè di soggetti individuati in quanto fruitori di prestazioni sanitarie specifiche (es. consumo di antipsicotici o antidepressivi) ma in assenza di trattamento presso servizi psichiatrici, SerT e NOA e/o in assenza di un dato di diagnosi specifico.
I soggetti indicati nella rilevazione precedente come "non pazienti" ed inclusi nel sottogruppo pazienti del 2008 risultano essere confluiti nella maggior parte dei casi (89,2%) nella categoria paziente psichiatrico, nel 4,8% nella categoria alcol dipendente, nel 2,9% tossicodipendente, nel 2,0% tossicodipendente-psichiatrico, con percentuali residuali nelle tipologie alcoldipendente-psichiatrico e alcol-tossicodipendente-psichiatrico (rispettivamente 0,8% e 0,3%).
In conclusione, si può affermare che la lettura su base annuale dei flussi informativi relativi ai consumi di carattere sanitario restituisce il quadro di una popolazione con un elevato livello di dinamicità per quel che riguarda la complessità nella descrizione della tipologia paziente.

10.5 CONSUMI SANITARI PER "TIPOLOGIA DI PAZIENTE"

Il sotto-gruppo dei soggetti con patologia/problematica di salute conclamata (evidenziata dalla presenza di una diagnosi e/o di un trattamento presso servizio/reparto specialistico) rappresentato da 17.831 soggetti, è stato studiato in relazione alla concomitante presenza di una patologia prevalente e di consumi sanitari rappresentati in BDA.

Banca Dati Assistito (BDA) è un sistema di monitoraggio dei consumi sanitari e socio-sanitari della popolazione messo a punto partire dal 2002 in Regione Lombardia. Utilizzando in modo integrato dati di anagrafe assistiti, esenzione per patologia, ricoveri ospedalieri, consumo di farmaci e prestazioni ambulatoriali ogni soggetto è descrivibile in termini di categorie patologiche. Le categorie identificate sono 15, dalla "01 – Deceduto" alla "15 – Non consumatore". La categoria "14 – Altro" identifica soggetti consumatori di prestazioni non descrivibili nelle altre categorie. Il ranking per la definizione di categoria prevalente è stato definito in ragione dell'assorbimento di risorse delle diverse patologie.

Nelle seguenti tabelle sono riportati in termini numerici e percentuali i soggetti interessati dal fenomeno dipendenze e/o fragilità psichiatrica con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati per categoria patologica prevalente BDA. Il soggetto è rappresentato una unica volta ed è ascritto ad una unica categoria.

Si descrivono compiutamente 15.780 soggetti su 17.831; questo fatto è dovuto alla diversa fonte della anagrafe di partenza o per incoerenze tra le diverse fonti di dato. Le anagrafi sono gli assistiti nel primo caso e i residenti nel secondo e le due popolazione differiscono in termini numerici per circa il 5%.

Tabella 10.4: Residenti ASL Milano 1, anno 2008. BDA - Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati per categoria patologica prevalente.

Categoria patologica prevalente	N. casi	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcoldipendente	Alcoldipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente
01 - Deceduto	268	1	2	120	1	127	5	12
02 - Trapiantato	22			11		10		1
03 - Ins_renale	53			4	1	46		2
04 - HIV	254		3	21	6	87	16	121
05 - Neoplasia	624			105	9	492	6	12
06 - Diabete	1.185	5	1	199	14	920	9	37
07 - Cardiopatia	2.372	4	1	300	31	1.939	24	73
08 - Broncopatia	264	1	2	21	6	211	3	20
09 - Gastropatia	677	8	2	183	13	393	11	67
10 - Neuropatia	1.428	6	7	35	26	1.250	47	57
11 - Autoimmuni	68	1		1	1	64		1
12 - Endocrinopatia	284	1		10	4	262	2	5
13 - Altro Parto	60			1	1	56		2
14 - Altro	7.939	28	15	459	112	6.336	131	858
Ricondotti a BDA	**15.780**	**55**	**34**	**1.524**	**226**	**12.263**	**254**	**1.424**
Popolazione in studio	17.831	72	44	1.818	251	13.346	292	2.008

Tabella 10.5: Residenti ASL Milano 1, anno 2008. BDA - Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata disaggregati per categoria patologica prevalente. Dati percentuali.

Categoria patologica prevalente	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcoldipendente	Alcoldipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente	Ppolazione generale
01 - Deceduto	1,82	5,88	7,87	0,44	1,04	1,97	0,84	1,70
02 - Trapiantato	0,00	0,00	0,72	0,00	0,08	0,00	0,07	0,14
03 - Ins_renale	0,00	0,00	0,26	0,44	0,38	0,00	0,14	0,34
04 - HIV	0,00	8,82	1,38	2,65	0,71	6,30	8,50	1,61
05 - Neoplasia	0,00	0,00	6,89	3,98	4,01	2,36	0,84	3,95
06 - Diabete	9,09	2,94	13,06	6,19	7,50	3,54	2,60	7,51
07 - Cardiopatia	7,27	2,94	19,69	13,72	15,81	9,45	5,13	15,03
08 - Broncopatia	1,82	5,88	1,38	2,65	1,72	1,18	1,40	1,67
09 - Gastropatia	14,55	5,88	12,01	5,75	3,20	4,33	4,71	4,29
10 - Neuropatia	10,91	20,59	2,30	11,50	10,19	18,50	4,00	9,05
11 - Autoimmuni	1,82	0,00	0,07	0,44	0,52	0,00	0,07	0,43
12 - Endocrinopatia	1,82	0,00	0,66	1,77	2,14	0,79	0,35	1,80
13 - Altro Parto	0,00	0,00	0,07	0,44	0,46	0,00	0,14	0,38
14 - Altro	50,91	44,12	30,12	49,56	51,67	51,57	60,25	50,31
15 – Non consumatore	0,00	2,94	3,54	0,44	0,57	0,00	10,96	1,79
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

La valutazione dei costi complessivi restituisce il quadro rappresentato nelle seguenti due tabelle. In termini di consumi medi si apprezza una ampia variabilità del dato dai 1.681€ dei tossicodipendenti ai 8.971€ dei soggetti appartenenti alla categoria Alcol-tossicodipendente-psichiatrico. In termini di assorbimento percentuale di specifiche risorse si apprezzano rilevanti modulazioni in relazione alle diverse categorie di soggetti con patologia/problematica di salute conclamata.

Tabella 10.6: Residenti ASL Milano 1, anno 2008. Fenomeno dipendenze e BDA. Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata descritti in termini economici per consumi specifici, importi in €.

N. casi e importi	Totale	Alcol Tossicodipendente psichiatrico	Alcol Tossicodipendente	Alcoldipendente	Alcoldipendente Psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente Psichiatrico	Tossicodipendente
N. Casi	15.780	55	34	1.524	226	12.263	254	
Totale importo	56.503.577	493.412	170.319	5.980.872	1.392.177	44.356.793	1.716.330	2.393.674
Importo medio	3.581	8.971	5.009	3.924	6.160	3.617	6.757	1.681
SDO	21.251.196	315.824	110.407	4.402.889	755.123	13.809.714	902.728	954.511
Specialistica ambulatoriale	6.766.049	26.776	14.526	634.774	129.816	5.453.273	110.072	396.811
Farmaceutica	6.711.176	20.636	16.184	755.115	85.664	5.503.204	102.471	227.902
File F	4.015.898	14.321	29.202	187.660	76.601	2.761.985	134.284	811.845
Psichiatrica territoriale	17.759.259	115.856	0	435	344.972	16.828.617	466.775	2.605
Ricoveri ordinari (di cui SDO)	17.618.313	287.109	65.561	3.894.243	667.662	11.156.641	817.977	729.120
DH (di cui SDO)	1.713.069	14.395	16.909	238.784	35.132	1.207.459	33.566	166.824
Ricoveri riabilitativi (di cui SDO)	1.919.814	14.320	27.937	269.862	52.329	1.445.614	51.185	58.567

Tabella 10.7: Residenti ASL Milano 1, anno 2008. Soggetti con patologia/problematica di salute conclamata descritti in termini economici per consumi specifici, valori percentuali.

N. casi e importi	Totale	Alcol tossicodipendente psichiatrico	Alcol tossicodipendente	Alcoldipendente	Alcoldipendente psichiatrico	Psichiatrico	Tossicodipendente psichiatrico	Tossicodipendente
N. casi	15.780	55	34	1.524	226	12.263	254	1.424
Totale importo	56.503.577	493.412	170.319	5.980.872	1.392.177	44.356.793	1.716.330	2.393.674
Importi in %								
SDO	37,6	64,0	64,8	73,6	54,2	31,1	52,6	39,9
Specialistica ambulatoriale	12,0	5,4	8,5	10,6	9,3	12,3	6,4	16,6
Farmaceutica	11,9	4,2	9,5	12,6	6,2	12,4	6,0	9,5
File F	7,1	2,9	17,1	3,1	5,5	6,2	7,8	33,9

10.6 VALUTAZIONI PER "TIPOLOGIA DI PAZIENTE"

I soggetti con patologia/problematica di salute conclamata arruolati nella categoria ***Alcol tossicodipendente psichiatrico*** sono 55 e assorbono risorse per 493.412€ con un importo medio di 8.972€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 64% e dalla psichiatria territoriale 24%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per neuropatia 11% e gastropatia 15%.

I soggetti arruolati nella categoria ***Alcol Tossicodipendente*** sono 34 e assorbono risorse per 170.319€ con un importo medio di 5.009€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 65% e dal file F 18%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per neuropatia 21%, HIV 9%, gastropatia e broncopatie per il 6%.

I soggetti della categoria ***Alcoldipendenti*** sono 1.524 e assorbono risorse per 5.980.872€ con un importo medio di 3.924€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 74% e dalla farmaceutica 13%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 20%, gastropatia 12%, diabete 13% e neoplasia 7%.

I soggetti della categoria ***Alcoldipendente Psichiatrico*** sono 226 e assorbono risorse per 1.392.177€ con un importo medio di 6.610€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 54% e dalla psichiatria territoriale 25%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 14%, neuropatia 12%, diabete 6% e gastropatia 6%.

I soggetti della categoria ***Psichiatrico*** sono 12.263 e assorbono risorse per 44.356.793€ con un importo medio di 3.617€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dalla psichiatria territoriale 38% e dai ricoveri 31%, e dalla farmaceutica e specialistica ambulatoriale con 12%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per cardiopatia 16%, neuropatia 10%, e diabete 8%.

I soggetti della categoria ***Tossicodipendente Psichiatrico*** sono 254 e assorbono risorse per 1.716.330€ con un importo medio di 6.757€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 53%, dalla psichiatria territoriale 27%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per neuropatie 19%, cardiopatie 10% e HIV 6%.

I soggetti della categoria ***Tossicodipendente*** sono 1.424 e assorbono risorse per 2.393.674€ con un importo medio di 1.681€; i determinanti maggiori di spesa sono rappresentati dai ricoveri 40%, dal file F 34% e specialistica ambulatoriale 17%. In termini di patologie BDA, questi soggetti soffrono inoltre per HIV 9%, cardiopatia 5% e gastropatie 5%.

Di rilievo inoltre il riscontro di un elevato numero di decessi tra la popolazione afferente a ***Alcoldipendenti*** e ***Alcol tossicodipendenti*** rispetto alla popolazione generale (7,9% e 5,9% rispetto a 1,7% della popolazione generale).

11. IL FENOMENO ALCOL E DROGA NELLA PERCEZIONE DEGLI AMMINISTRATORI LOCALI

11.1 Il problema del consumo di sostanze psicotrope

11.2 Il problema degli incidenti stradali "del sabato sera"

11.3 I problemi legati all'illegalità

11.4 I problemi legati al mondo del lavoro

11. IL FENOMENO DROGA ED ALCOL NELLA PERCEZIONE DEGLI AMMINISTRATORI LOCALI

Nel corso del primo semestre dell'anno 2009 si è effettuata un'indagine tra i sindaci dei comuni afferenti alla ASL Milano 1, finalizzata a rilevare la percezione dello stato di "sicurezza" dei comuni da loro stessi amministrati, in riferimento all'anno 2008.
L'Amministrazione Comunale è la prima e diretta destinataria delle richieste e denunce di sicurezza da parte dei cittadini: al Sindaco infatti ci si rivolge per esporre le insicurezze collettive derivanti dalla presenza nel territorio di problematiche sociali e per richiedere che l'Amministrazione stessa se ne faccio carico fornendo risposte adeguate.
La ricerca ha avuto quindi l'obiettivo principale di individuare quali "fenomeni" vengono valutati dagli Amministratori Locali effettivamente come "problematici e rischiosi", rappresentando quindi un osservatorio privilegiato sulle peculiari problematicità ed emergenze locali, capace di fornire elementi utili alle Amministrazioni Pubbliche che hanno il compito di definire linee politiche e strategiche tali da garantire la sicurezza collettiva.
Lo strumento di rilevazione utilizzato consiste in un questionario[1], con il quale è stato chiesto ai Sindaci di esprimere il proprio giudizio sulla gravità dei fenomeni riguardanti la devianza sociale (abbandono scolastico, alcolismo, suicidi, incidenti stradali "del sabato sera", diffusione tossicodipendenza, consumo di sostanze stupefacenti tra giovani non tossicodipendenti, consumo di alcol tra giovani non alcoldipendenti), l'illegalità (immigrazione illegale, criminalità, teppismo giovanile, prostituzione, spaccio di sostanze stupefacenti), la disoccupazione, gli incidenti sul lavoro, le nuove povertà[2], l'adeguatezza delle risorse dei servizi operanti in ambito locale (Comuni e Uffici di Piano; servizi pubblici e privati per le alcol-tossicodipendenze e di salute mentale, forze dell'ordine e polizia locale), le politiche di prevenzione delle tossicodipendenze giovanili (supporto alle motivazioni personali delle nuove generazioni, attuazione di azioni di sorveglianza, interventi di recupero delle difficoltà personali e di gruppo, promozione di stili di vita diversi nei consumatori di alcol e droghe, riqualificazione dei tessuti sociali).
In questo paragrafo verranno riportati i dati relativi all'area del consumo di sostanze, della devianza sociale, dell'illegalità e ad alcuni aspetti legati al mondo del lavoro.
I sindaci sono stati invitati a fornire la loro valutazione circa la gravità dei fenomeni sopracitati in base ad una scala quali-quantitativa, compresa tra 0 (assenza di problematicità) a 100 (elevatissima problematicità), con un incremento di unità pari a 5 punti (Tabella 11.1).

[1] Il questionario utilizzato è stato realizzato prendendo spunto da un'indagine simile realizzata dalla Provincia Autonoma di Trento, dall'Istituto Transcrime e dall'Università degli Studi di Trento su "Il problema della sicurezza nella percezione degli Amministratori Locali".
[2] Con questo concetto si fa riferimento non solo ad un problema di scarsità di reddito, ma anche a forme di svantaggio dovute a carenza di fattori relazionali, di possibilità di cura, a privazione o perdita delle capacità fondamentali.

Tabella 11.1: Scala utilizzata nel questionario.

Grado di problematicità	Punteggio
Elevatissima	80-100
Alta	55-75
Media	30-50
Bassa	5-25
Non esiste, non costituisce problema	0

Il questionario è stato inviato a tutti i sindaci dei 78 comuni del territorio della ASL Milano 1, con una percentuale di risposta pari a circa il 54% (42 sindaci rispondenti).
I Comuni sono stati suddivisi in 4 classi, sulla base della densità demografica (Tabella 11.2). Il grado di rappresentatività dei comuni di piccole dimensioni (con meno di 3.300 abitanti) è pari al 40%, con una copertura demografica del 41%, il 50% della seconda classe ha risposto al questionario, con una copertura demografica media pari al 47%; i comuni fino agli 11.500 residenti hanno aderito nel 65% dei casi, con una copertura demografica del 56% mentre per i comuni più grandi del territorio hanno aderito nel 65% dei casi con una copertura demografica del 58%.
Complessivamente, comunque, la copertura della popolazione del territorio ha raggiunto il 55,44%.

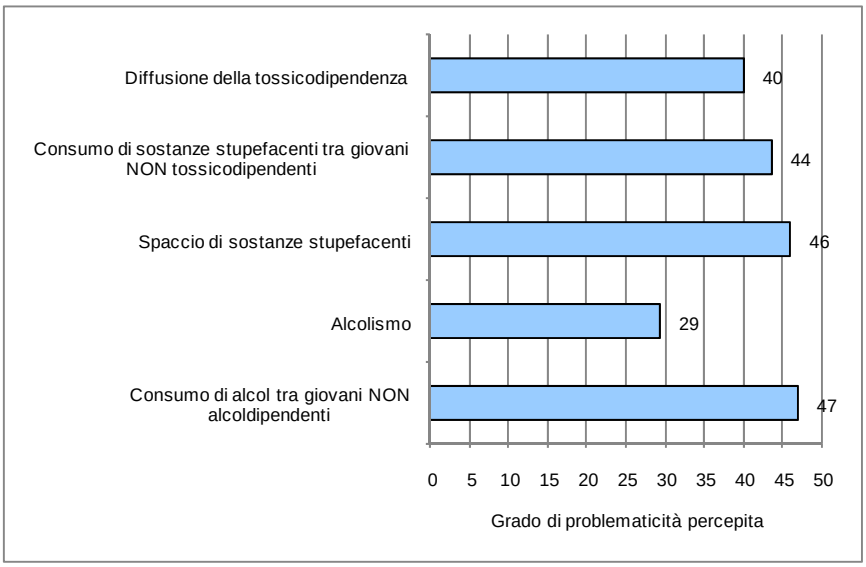
Tabella 11.2: Distribuzione assoluta e percentuale dei Comuni rispondenti e della popolazione residente (15-64 anni) al 01/01/2008.

	Comuni			Popolazione al 01/01/2008		
	Totale	**Rispondenti**	**copertura %**	**Totale**	**Rispondenti**	**copertura %**
fino a 3.300	20	8	40,00	39.412	16.111	40,88
3.300-5.500	18	9	50,00	79.073	37.335	47,22
5.501-11.500	20	12	60,00	154.481	86.966	56,30
oltre i 11.500	20	13	65,00	386.736	225.323	58,26
Territorio ASL MI 1	**78**	**42**	**53,85**	**659.702**	**365.735**	**55,44**

11.1 IL PROBLEMA DEL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOTROPE

Di seguito si riportano i dati relativi alle parti del questionario che trattano il fenomeno del consumo di sostanze psicotrope, suddiviso nelle dimensioni relative alla diffusione della tossicodipendenza, al consumo di sostanze stupefacenti tra i giovani non tossicodipendenti, allo spaccio di sostanze stupefacenti, al problema dell'alcolismo ed alla diffusione del consumo di sostanze alcoliche tra giovani non alcolisti.
Nello specifico del fenomeno "consumo di droga", si rileva che la maggior parte dei sindaci percepisce tale fenomeno come "mediamente" preoccupante, non differenziando le tre le variabili studiate (Grafico 11.1).
Diversa invece la percezione rispetto al consumo di alcol per cui l'alcolismo non è considerato un problema grave, avendo ricevuto in media un punteggio pari a 29 come grado di problematicità; più elevata la percezione, seppur mantiene un punteggio di gravità "medio", del consumo di alcolici tra giovani non alcolisti.

Grafico 11.1: Grado medio percepito di problematicità a livello territoriale.



La tabella successiva indica la distribuzione dei livelli di problematicità percepiti rispetto alla tossicodipendenza e all'alcolismo, al consumo ricreazionale di droghe e alcol tra i giovani e dello spaccio all'interno del proprio comune.

Tabella 11.3: Distribuzione percentuale a livello territoriale delle risposte fornite al grado di problematicità percepito.

	Diffusione della tossicodipendenza	Consumo di sostanze tra giovani non tossicodipendenti	Spaccio di sostanze stupefacenti	Alcolismo	Consumo di alcol tra giovani non alcoldipendenti
Nulla	2	5	2	5	2
Bassa	26	21	17	43	24
Media	52	38	48	45	26
Alta	19	31	31	7	38
Elevata	0	5	2	0	10

Dall'analisi dei dati effettuata classificando i comuni secondo la densità demografica (Tabella 11.4), si rileva che la percezione della gravità del problema "sostanze psicotrope" è connesso e direttamente proporzionale all'ampiezza demografica dei comuni amministrati: più aumenta l'ampiezza demografica del territorio amministrato, più aumenta la problematicità connessa al fenomeno percepita dagli amministratori stessi (tranne che per la percezione del consumo di droghe tra giovani non tossicodipendenti, spaccio e alcolismo per i quali i comuni più piccoli superano, seppur di poco, i comuni con una densità compresa tra i 3.300 e i 5.500 residenti).

Tabella 11.4: Grado medio percepito di problematicità secondo la densità demografica dei comuni.

	Diffusione della tossicodipendenza	Consumo di sostanze tra giovani non tossicodipendenti	Spaccio di sostanze stupefacenti	Alcolismo	Consumo di alcol tra giovani non alcoldipendenti
fino a 3.300	31,3	35,0	42,5	26,9	37,5
3.300-5.500	33,9	34,4	38,3	22,8	40,6
5.501-11.500	41,7	46,7	45,0	31,7	48,8
oltre i 11.500	48,1	52,3	54,2	33,1	55,4
Territorio ASL MI1	**40,0**	**43,6**	**46,0**	**29,3**	**46,9**

La Tabella 11.5 riporta la distribuzione percentuale dei livelli di gravità attribuita al fenomeno suddividendo i comuni secondo la densità demografica.

Tabella 11.5: Valori percentuali relativi al grado di problematicità percepita secondo la densità demografica dei comuni.

Grado di Problematicità		fino a 3.300	3.300-5.500	5.501-11.500	oltre i 11.500	Territorio ASL MI1
Diffusione della tossicodipendenza	Nulla	0	11	0	0	2
	Bassa	50	33	25	8	26
	Media	38	33	67	62	52
	Alta	13	22	8	31	19
	Elevata	0	0	0	0	0
Consumo di sostanze stupefacenti tra giovani non tossicodipendenti	Nulla	13	11	0	0	5
	Bassa	25	33	17	15	21
	Media	50	22	50	31	38
	Alta	13	22	25	54	31
	Elevata	0	11	8	0	5
Spaccio di sostanze stupefacenti	Nulla	0	11	0	0	2
	Bassa	38	22	17	0	17
	Media	25	44	67	46	48
	Alta	38	11	17	54	31
	Elevata	0	11	0	0	2
Alcolismo	Nulla	0	11	8	0	5
	Bassa	50	44	33	46	43
	Media	50	33	50	46	45
	Alta	0	11	8	8	7
	Elevata	0	0	0	0	0
Consumo di alcol tra giovani non alcoldipendenti	Nulla	0	11	0	0	2
	Bassa	38	33	17	15	24
	Media	38	11	42	15	26
	Alta	25	33	33	54	38
	Elevata	0	11	8	15	10

11.2 IL PROBLEMA DEGLI INCIDENTI STRADALI "DEL SABATO SERA"

Un ultimo aspetto, che compone l'area della devianza sociale che si analizzerà in questo rapporto, riguarda gli incidenti stradali del sabato sera, spesso associati all'uso di alcol o di sostanze stupefacenti; fenomeno al quale è attribuito un basso/medio grado di problematicità (Tabella 11.6): il 77% dei sindaci, infatti, ritiene tale problema come inesistente o di scarsa rilevanza nell'ambito dei territori da loro stessi amministrati. Tale situazione è particolarmente presente tra i sindaci dei comuni più piccoli (il 100% dei rispondenti attribuisce un grado di problematicità nullo o basso) e più grandi del territorio (per il 77% di questi ultimi il grado di problematicità è ritenuto nullo o basso).

Tabella 11.6: Distribuzione percentuale dei livelli di problematicità percepita secondo la densità demografica del comune.

Grado di Problematicità		fino a 3.300	3.300-5.500	5.501-11.500	oltre i 11.500	Territorio ASL MI1
Incidenti stradali "del sabato sera"	Nulla	38	56	17	8	26
	Bassa	63	33	42	69	52
	Media	0	11	33	23	19
	Alta	0	0	8	0	2
	Elevata	0	0	0	0	0

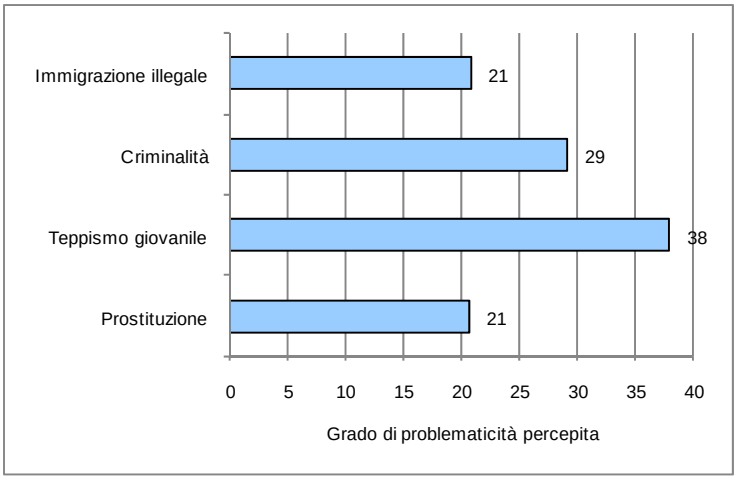
11.3 I PROBLEMI LEGATI ALL'ILLEGALITÁ

Una specifica batteria di domande ha indagato problemi legati al mondo dell'illegalità.

Dalle risposte ottenute sembra che i sindaci che amministrano il territorio della ASL Milano 1 non ritengano problemi rilevanti quelli indagati dal questionario.

Come si può osservare dal Grafico 11.2, infatti, si rileva che la maggior parte dei sindaci percepisce tali fenomeni come "scarsamente" preoccupanti, l'unico fenomeno per il quale hanno dato un punteggio di gravità media, è quello del teppismo giovanile.

Grafico 11.2: Grado medio percepito di problematicità a livello territoriale.



La tabella 11.7 indica la distribuzione dei livelli di problematicità percepiti rispetto ai fenomeni legati al mondo della criminalità. Come si nota, bassissime le percentuali di chi riscontra un alto e, addirittura nulle per l'elevato, grado di problematicità.

Tabella 11.7: Distribuzione percentuale a livello territoriale delle risposte fornite al grado di problematicità percepito.

	Immigrazione illegale	Criminalità	Teppismo giovanile	Prostituzione
Nulla	21	2	2	26
Bassa	45	50	29	48
Media	29	43	52	14
Alta	5	5	17	12
Elevata	0	0	0	0

La tabella successiva riporta la distribuzione percentuale dei livelli di gravità attribuita al fenomeno suddividendo i comuni secondo la densità demografica. Non si rilevano grandi evidenze nei valori: per tutti i fenomeni, infatti, i punteggi si concentrano maggiormente tra i valori nulli e medi indipendentemente dalla densità demografica.

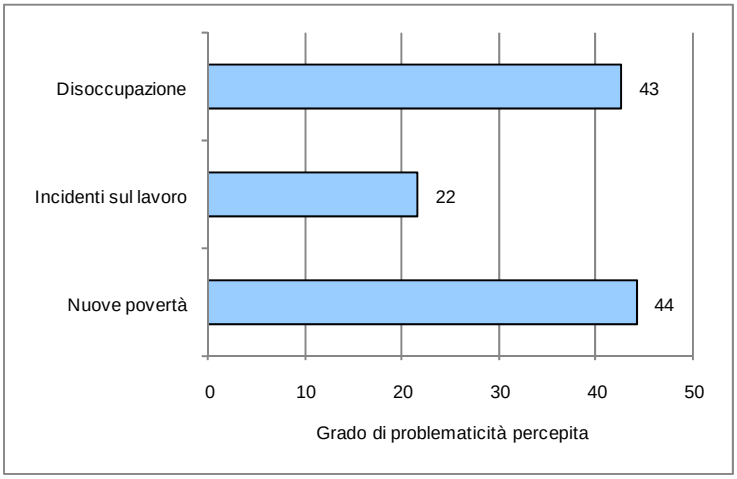
Tabella 11.8: Valori percentuali relativi al grado di problematicità percepita secondo la densità demografica dei comuni.

Grado di Problematicità		fino a 3.300	3.300-5.500	5.501-11.500	oltre 11.500	Territorio ASL MI1
Immigrazione illegale	Nulla	38	33	25	0	21
	Bassa	63	22	42	54	45
	Media	0	33	33	38	29
	Alta	0	11	0	8	5
	Elevata	0	0	0	0	0
Criminalità	Nulla	0	0	8	0	2
	Bassa	50	67	42	46	50
	Media	50	33	42	46	43
	Alta	0	0	8	8	5
	Elevata	0	0	0	0	0
Teppismo giovanile	Nulla	0	11	0	0	2
	Bassa	25	33	42	15	29
	Media	75	33	25	77	52
	Alta	0	22	33	8	17
	Elevata	0	0	0	0	0
Prostituzione	Nulla	13	67	17	15	26
	Bassa	38	22	58	62	48
	Media	25	11	17	8	14
	Alta	25	0	8	15	12
	Elevata	0	0	0	0	0

11.4 I PROBLEMI LEGATI AL MONDO DEL LAVORO

In un'ultima analisi si è scelto di riportare gli esiti sul fenomeno disoccupazione, incidenti sul lavoro e le così dette "nuove povertà".
Come si può osservare dal grafico seguente, il fenomeno delle nuove povertà e della disoccupazione hanno avuto un punteggio medio che pone la gravità di tali fenomeni come "mediamente preoccupante". Basso invece il punteggio di gravità degli incidenti sul lavoro.

Grafico 11.3: Grado medio percepito di problematicità a livello territoriale.



Nella tabella 11.9 sono riportate le distribuzioni percentuali dei livelli di problematicità percepiti rispetto ai fenomeni indagati. Come si nota, le percentuali maggiori di disoccupazione e nuove povertà si concentrano nei punteggi medio-alti. Basso invece il grado di problematicità percepito rispetto agli incidenti sul lavoro.

Tabella 11.9: Distribuzione percentuale a livello territoriale delle risposte fornite al grado di problematicità percepito.

	Disoccupazione	Incidenti sul lavoro	Nuove povertà
Nulla	0	7	5
Bassa	29	74	24
Media	43	12	43
Alta	26	0	21
Elevata	2	0	7

La Tabella 11.10 riporta la distribuzione percentuale dei livelli di gravità attribuita ai fenomeno suddividendo i comuni secondo la densità demografica. Sembra che i fenomeni vengano percepiti in modo analogo indipendentemente dalla densità del comune, non rilevando grandi differenze tra i valori emersi.

Tabella 11.10: Valori percentuali relativi al grado di problematicità percepita secondo la densità demografica dei comuni.

Grado di Problematicità		fino a 3.300	3.300-5.500	5.501-11.500	oltre 11.500	Territorio ASL MI1
Disoccupazione	Nulla	0	0	0	0	0
	Bassa	25	11	58	15	29
	Media	38	56	25	54	43
	Alta	38	22	17	31	26
	Elevata	0	11	0	0	2
Incidenti sul lavoro	Nulla	0	22	8	0	7
	Bassa	88	56	83	69	74
	Media	0	22	0	23	12
	Alta	13	0	8	8	7
	Elevata	0	0	0	0	0
Nuove povertà	Nulla	0	22	0	0	5
	Bassa	38	11	33	15	24
	Media	63	33	25	54	43
	Alta	0	22	33	23	21
	Elevata	0	11	8	8	7

Considerazioni finali

In questa prima esperienza di indagine rivolta agli amministratori locali si può considerare positivo il dato di adesione da parte dei sindaci dei comuni dell'ASL Milano 1 che è stato complessivamente superiore al 50%, con una rappresentanza del 55,44% della popolazione.

I comuni più grandi, sia nella fascia 5.500-11.500 abitanti sia nella fascia oltre 11.500 abitanti, hanno risposto in misura maggiore, probabilmente per la presenza di un apparato e di un "osservatorio" in grado di rispondere con appropriatezza alla richiesta su temi così specifici.

L'ente locale, tramite il suo primo cittadino, ha una percezione dei fenomeni che si attesta a un livello di problematicità medio. Una considerazione al riguardo è che l'ente locale svolge una funzione di contenitore sociale che ben accoglie, interpreta e affronta i problemi del proprio territorio e dei propri cittadini.

Questa visione da un punto di vista "altro" rispetto all'Osservatorio Dipendenze potrebbe consentire una interessante integrazione per una lettura più complessiva del contesto in cui i Servizi per le dipendenze operano e si presta a spunti di ulteriore approfondimento.

Si ringraziano i Sindaci dei comuni che hanno aderito all'indagine:
Abbiategrasso, Arese, Arluno, Assago, Bernate Ticino, Boffalora sopra Ticino, Bollate, Buccinasco, Buscate, Busto Garolfo, Calvignasco, Casorezzo, Cassinetta di Lugagnago, Ceriano Laghetto, Cerro Maggiore, Corsico, Cusago, Dairago, Gaggiano, Garbagnate Milanese, Inveruno, Lainate, Limbiate, Magnago, Marcallo con Casone, Motta Visconti, Nerviano, Novate Milanese, Ossona, Ozzero, Parabiago, Pero, Rescaldina, Robecco sul Naviglio, Rosate, San Giorgio su Legnano, Senago, Solaro, Trezzano sul Naviglio, Vanzago, Villa Cortese, Vittuone.