

Il fenomeno delle dipendenze in Provincia di Trento Anno 2010



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute
e Politiche sociali



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitarie



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



Servizio per le Tossicodipendenze

infosalute 23

Il fenomeno delle dipendenze in Provincia di Trento

Anno 2010

Edizioni
Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Politiche sociali

Trento, 2012

infosalute 23

Il fenomeno delle dipendenze in Provincia di Trento – Anno 2010

Assessorato alla Salute e Politiche sociali
Via Gilli,4 – 38100 Trento
tel. 0461. 494171 – fax 0461. 494159
www.trentinosalute.net

Gli autori del rapporto sono:

Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), A.P.S.S di Trento: Lorella Molteni, Enrica Latterini, Raffaele Lovaste

Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari: Annalisa Pitino, Roberta Potente, Mercedes Gori, Marco Scalese, Luca Bastiani, Emanuela Colasante, Valentina Lorenzoni, Valeria Siciliano, Olivia Curzio, Rosanna Panini, Stefania Pieroni, Loredana Fortunato, Sabrina Molinaro

Comunità Residenziale di Accoglienza “Voce Amica” O.N.L.U.S.: Angelo Parolari, Camelia Onica

Associazione Centro Antidroga O.N.L.U.S.: Valerio Costa

Centro Trentino Solidarietà O.N.L.U.S.: Irene Pradi, Antonio Simula

Associazione Famiglie Tossicodipendenti: Paola Meina, Federico Tavernini

Servizio di Riferimento per le Attività Alcologiche, A.P.S.S di Trento: Roberto Pancheri, Gianluca Paradisi

Centro di Riferimento per i Disturbi del Comportamento Alimentare, A.P.S.S di Trento: Aldo Genovese, Mariangela Bassetti

Presentazione

Le dipendenze rappresentano un problema complesso e articolato in continua evoluzione. Questa relazione traccia il profilo della popolazione a rischio su cui concentrare gli sforzi programmatici e gli interventi di prevenzione.

Si sviluppa secondo due direttrici che consentono di esplorare il fenomeno delle dipendenze nelle sue diverse prospettive con una visione completa e integrata dell'uso delle sostanze psicoattive, dell'offerta dei servizi sul territorio, dei trattamenti terapeutici, della valutazione degli interventi di salute.

La prima parte della relazione, dedicata alla diffusione e alle modalità di consumo nella popolazione generale e scolastica, analizza i dati relativi all'uso problematico di sostanze, alcol, fumo e di altri comportamenti a rischio. Il rapporto si sofferma con attenzione sulla dipendenza da gioco d'azzardo la quale, coinvolgendo un numero crescente di persone, pone i decisori politici e gli operatori sociali e sanitari di fronte a una nuova sfida.

La seconda parte si concentra sull'utenza e sull'attività dei Ser.T, sulla domanda di trattamento, sugli indicatori di salute, sui ricoveri e i decessi correlati al consumo di sostanze psicotrope.

Nell'auspicare che questo documento possa contribuire a individuare risposte sempre più efficaci alla complessità di questo fenomeno, il mio ringraziamento va a tutti gli operatori che con competenza e dedizione prestano la loro attività.

Ugo Rossi
*Assessore alla Salute
e Politiche sociali*

Indice

Premessa	11
Sintesi	13
1	
La rete assistenziale nella Provincia Autonoma di Trento	21
2	
La valutazione dell'efficienza produttiva ed economica del Ser.T e dell'efficacia degli interventi	27
2.1 Dati generali di attività	27
2.2 Efficienza produttiva complessiva: indicatori di output	29
2.3 Efficienza produttiva per area: indicatori di output	30
2.4 La densità assistenziale per accesso	31
2.5 Grado di copertura della popolazione con uso problematico di sostanze	32
2.6 Gli indicatori economici	32
2.7 La valutazione d'esito	35
3	
Consumo di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione ..	43
3.1 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione generale	43
3.1.1 <i>Consumi di alcol</i>	43
3.1.2 <i>Consumi di tabacco</i>	46
3.1.3 <i>Consumi di cannabis</i>	47
3.1.4 <i>Consumi di cocaina</i>	48
3.1.5 <i>Consumi di eroina</i>	50
3.1.6 <i>Altre dipendenze</i>	52
3.1.7 <i>Policonsumo</i>	58
3.1.8 <i>Primo contatto con le droghe, opinioni relative al loro uso e fattori associati</i> ..	58
3.2 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione studentesca	61
3.2.1 <i>Consumo di sostanze psicoattive illegali</i>	61
3.2.2 <i>Consumi di alcol</i>	62

3.2.3	<i>Consumi di tabacco</i>	65
3.2.4	<i>Consumi di cannabis</i>	67
3.2.5	<i>Consumi di cocaina</i>	69
3.2.6	<i>Consumi di eroina</i>	71
3.2.7	<i>Consumi di farmaci psicoattivi</i>	73
3.2.8	<i>Consumi di stimolanti</i>	78
3.2.9	<i>Consumi allucinogeni</i>	80
3.2.10	<i>Policonsumo</i>	82
3.2.11	<i>Altri comportamenti a rischio</i>	84
3.2.12	<i>Età media di primo uso e prime sostanze psicoattive illegali consumate</i>	88
3.1.13	<i>Percezione del rischio e della disponibilità di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca</i>	89
4		
	La prevenzione	95
4.1	Prevenzione universale	96
4.1.1	<i>A scuola</i>	96
4.1.2	<i>In famiglia</i>	101
4.1.3	<i>Nella società civile</i>	101
4.2	Prevenzione selettiva e mirata	101
4.3	Azioni di prevenzione delle tossicodipendenze realizzate dal Ser.T	102
5		
	Uso problematico di sostanze psicoattive	105
5.1	Consumo problematico di sostanze psicoattive	105
5.1.1	<i>Gli utilizzatori problematici</i>	106
5.1.2	<i>Gli utilizzatori problematici di oppiacei</i>	106
5.1.3	<i>Gli utilizzatori problematici di stimolanti</i>	107
5.1.4	<i>Trend 2005-2010 delle stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento</i>	107
5.2	Profilo dei soggetti in trattamento presso i Ser.T	108
5.2.1	<i>Un focus sui soggetti in trattamento per gioco d'azzardo</i>	116
5.3	T Trattamenti droga-correlati	118
5.3.1	<i>T Trattamenti non farmacologicamente assistiti</i>	118
5.3.2	<i>T Trattamenti farmacologicamente assistiti</i>	120
5.3.3	<i>I programmi terapeutici</i>	122
5.4	Analisi dei tempi di latenza	125
5.5	Mappatura territoriale dell'utenza	127
5.5.1	<i>I consumatori di oppiacei</i>	128
5.5.2	<i>consumatori di stimolanti</i>	129
5.5.3	<i>I consumatori di cannabinoidi</i>	131
5.5.4	<i>Conclusioni</i>	132
6		
	Implicazioni e conseguenze per la salute	133
6.1	Ricoveri correlati all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci	133

6.1.1	<i>Diagnosi indirettamente correlate all'uso di alcol e tabacco</i>	134
6.1.2	<i>Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci</i>	135
6.1.3	<i>I pazienti ricoverati con diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci</i>	137
6.2	Analisi dei costi sostenuti per i ricoveri correlati al consumo di sostanze psicoattive	141
6.2.1	<i>Analisi dei costi sostenuti per i ricoveri ospedalieri di soggetti residenti in provincia di Trento</i>	142
6.2.2	<i>Analisi dei costi dei ricoveri droga/psicofarmaci correlati</i>	146
6.2.3	<i>Analisi dei costi dei ricoveri alcol-correlati</i>	148
6.2.4	<i>Analisi dei costi dei ricoveri tabacco-correlati</i>	152
6.2.5	<i>Analisi dei costi dei ricoveri correlati al consumo di più sostanze psicoattive</i>	154
6.2.6	<i>Confronto dei costi dei ricoveri nel biennio 2009-2010</i>	155
6.3	Malattie infettive	156
6.3.1	<i>Diffusione delle malattie infettive nell'utenza tossicodipendente</i>	156
6.3.2	<i>Diffusione delle malattie infettive nell'utenza ospedaliera</i>	159
7		
	Implicazioni e conseguenze sociali	163
7.1	Segnalazioni alla Prefettura	163
7.2	Operazioni antidroga	166
7.3	Reati droga-correlati	167
7.4	Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari per reati 309/90 e successive modifiche ed integrazioni	169
7.5	Caratteristiche dei consumatori di sostanze stupefacenti transitati negli istituti penitenziari	171
8		
	Risposte alle implicazioni e conseguenze sociali	177
8.1	T Trattamenti rivolti a consumatori di sostanze stupefacenti transitati negli istituti penitenziari	177
8.2	Misure alternative al carcere per tossicodipendenti	178
8.3	Reinserimento sociale	181
8.3.1	<i>Casa</i>	182
8.3.2	<i>Istruzione</i>	182
8.3.3	<i>Occupazione e formazione</i>	182
8.3.4	<i>Gli inserimenti lavorativi del SerT della P.A. di Trento</i>	183
9		
	Comunità terapeutiche e privato sociale accreditato	185
9.1	Le comunità terapeutiche	185
9.1.1	<i>Profilo degli utenti in trattamento nel 2009</i>	186
9.2	I soggetti inviati in comunità terapeutiche fuori provincia	191
9.3	L'associazione Famiglie Tossicodipendenti	192
9.3.1	<i>Profilo degli utenti in trattamento nel 2009</i>	193

10

Il Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche 197

10.1 Introduzione 197

10.2 Le attività di diagnosi, cura e riabilitazione 198

10.3 Le attività di educazione e promozione della salute 202

11

Il Centro di Riferimento per i Disturbi del Comportamento Alimentare 207

11.1 Introduzione 207

11.2 Profilo degli utenti in carico 208

11.3 Le attività di educazione alla salute e di prevenzione sul territorio 210

Premessa

La relazione statistica che il Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T) elabora annualmente dal 2006, ha l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo dell'uso di sostanze e delle dipendenze patologiche in provincia di Trento.

Lo studio è effettuato sulla base di indicatori epidemiologici definiti dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT), al fine di fornire un inquadramento e una comparazione (territoriale e temporale) del fenomeno. In particolare, vengono analizzate:

1. la diffusione e modi di consumo nella popolazione generale;
2. la diffusione dell'uso problematico;
3. la domanda di trattamento;
4. le morti droga-correlate;
5. le malattie infettive droga-correlate.

In linea con gli anni precedenti, tali indicatori sono affiancati da analisi specifiche relative all'attività delle comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, del privato sociale accreditato nonché del Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche e del Centro di Riferimento Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare. L'obiettivo è delineare un quadro complessivo dell'andamento del fenomeno e delle strategie di prevenzione, cura e riabilitazione attivate complessivamente dalla rete assistenziale.

Un apprezzamento va al lavoro dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa (Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari) con il quale il Ser.T collabora da anni, e all'impegno quotidiano di tutti i professionisti del Ser.T, dei servizi aziendali competenti in materia di alcol e disturbi alimentari, delle comunità terapeutiche e del privato sociale accreditato che hanno reso possibile la realizzazione di questo rapporto.

Raffaele Lovaste
Direttore Unità Operativa Ser.T

Sintesi

La rete assistenziale dedicata alla diagnosi, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze in provincia di Trento è costruita intorno a un unico Ser.T, articolato in tre sedi dislocate a Trento, Riva del Garda e Rovereto, a tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari presenti sul territorio con quattro sedi, (Voce Amica, Centro Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà), ad associazioni e cooperative del privato sociale, alle Unità Operative degli ospedali di Trento, Rovereto, Arco, Cles, Cavalese, Tione e Mezzolombardo e alle case circondariali di Trento e Rovereto.

La gestione dei soggetti con problematiche alcol correlate e con disturbi del comportamento alimentare è affidata a due servizi distinti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: il Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche e il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Le tendenze generali

Le rilevazioni sui consumi di sostanze psicoattive nella popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 64 anni e nella popolazione studentesca di età compresa tra i 15 e i 19 anni, entrambe riferite al 2010, confermano le tendenze osservate a livello nazionale in merito ad una diminuzione della contiguità alle sostanze psicoattive, legali e illegali, rispetto agli anni precedenti.

In Trentino Alto Adige una quota consistente di soggetti di età compresa tra i 15 e 64 anni non ha mai fatto uso di sostanze psicoattive illegali: 7 soggetti su 10 non hanno mai consumato droghe nel corso della loro vita, proporzione che sale a 9 soggetti su 10 se si considera il consumo nell'ultimo anno. Se si considerano, al contrario, anche le sostanze psicoattive legali – alcol e tabacco – la percentuale di non consumatori scende vertiginosamente sia per il consumo nella vita (1 soggetto su 10), sia per il consumo nell'ultimo anno (circa 2 soggetti su 10%). Nella popolazione studentesca di età compresa tra i 15 e 19 anni queste tendenze vengono confermate: nel 2010, la proporzione di coloro che non hanno mai sperimentato nella vita l'uso di droghe illegali è in linea con quanto osservato nella popolazione generale (68,6%), mentre la proporzione di non consumatori nell'ultimo anno risulta inferiore a quanto osservato nella popolazione genera-

le, essendo pari al 76,5% degli studenti. Se si considerano anche le sostanze legali, i dati a disposizione confermano tendenze simili a quanto osservato per la popolazione generale.

Il consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali, per entrambe le popolazioni di riferimento riguarda in modo più consistente il genere maschile e le classi di età più giovani della popolazione; per i consumatori di droghe illegali, inoltre, si caratterizza prevalentemente come un uso occasionale circoscritto a poche volte l'anno e nella forma del policonsumo, in combinazione cioè con altre sostanze psicoattive, in particolare alcol e tabacco.

A fronte di tale diminuzione dei soggetti che accedono alla sperimentazione di sostanze psicoattive illegali, si segnala un lieve aumento nel 2010 della proporzione di consumatori che sviluppano un consumo problematico, che passano a 2.400 soggetti dai 2.073 registrati nel 2009, per una prevalenza stimata di 6,5 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, dato comunque inferiore alla stima nazionale che presenta una prevalenza stimata pari a 8,5 soggetti ogni mille residenti.

La popolazione realmente in trattamento presso il Ser.T nell'anno considerato per problematiche connesse all'abuso o dipendenza da droghe si costituisce di 1.172 unità: il tasso di prevalenza, dato dal rapporto tra il numero di utenti in carico e la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni, nel 2010 risulta pari a circa 40 utenti ogni 10.000 abitanti, in linea con quanto mostrato l'anno precedente. Il grado di copertura della popolazione con uso problematico, ovvero la capacità del Servizio di corrispondere alla domanda teorica di trattamento presente sul territorio si attesta intorno al 65% circa.

In linea con quanto evidenziato gli anni precedenti, si tratta in gran parte di soggetti di sesso maschile, con un'età media di 35 anni, prevalentemente già noti, pervenuti volontariamente al servizio, che hanno come sostanza primaria gli oppiacei nonostante siano in prevalenza policonsumatori, con un livello di scolarità medio e un'occupazione stabile. I nuovi utenti sono 109 (10%), in decisa diminuzione rispetto al 2009 in cui essi costituivano il 16% dell'utenza complessiva.

Gli altri punti della rete assistenziale accolgono una quantità di soggetti con problematiche connesse all'uso di sostanze psicoattive inferiore: i soggetti trattati presso le comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Sanitaria e l'Associazione Famiglie Tossicodipendenti sono stati, rispettivamente, 126 e 127, mentre i soggetti trattati nelle strutture carcerarie per problematiche derivanti dal consumo di sostanze illegali sono stati 226. Infine, 140 soggetti sono stati ospitati in comunità terapeutiche extra-provinciali.

Rispetto all'attività complessiva svolta dal Ser.T nel corso del 2010, è da evidenziare innanzitutto l'incremento consistente dell'utenza trattata presso il servizio, non dovuta solamente all'aumento dei soggetti in carico per dipendenza da sostanze, ma anche all'aumento di soggetti a rischio e soggetti non direttamente

coinvolti nel consumo di droghe (famiglie, coppie, partner...). Nel complesso, l'attività si è rivolta ad un'utenza di 1.913 casi (a fronte dei 1.774 registrati l'anno precedente), nei confronti dei quali sono stati attivati complessivamente 2.244 progetti terapeutici e sono state erogate 124.499 prestazioni, che hanno comportato 71.520 accessi al servizio. La spesa complessiva sostenuta dal Ser.T nel 2009 è stata di 3.607.733 euro, per 2.733.514 euro direttamente destinata all'assistenza. Il costo medio per singolo paziente risulta pari a circa 1.886 euro e il costo medio di assistenza per paziente a 1.428 euro; il costo totale per singolo progetto terapeutico è stato di 1.608 euro, e il costo di assistenza per progetto terapeutico di 1.218 euro.

Il 2010 ha visto un totale di 501 segnalazioni ai sensi degli artt. 75 e 121 del testo unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90, in lieve aumento rispetto al 2009 nel quale si registravano 426 segnalazioni; il tasso di segnalazione riferito alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni è quindi di circa 13 soggetti ogni 10.000 abitanti, in aumento rispetto all'anno precedente nel quale il valore era pari a circa 12 soggetti ogni 10.000 abitanti.

Anche le operazioni antidroga e le denunce per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti registrano un incremento rispetto al 2009: le prime sono, nel 2010, 197 (5% in più); le seconde sono nel complesso 329 (vs. 289 del 2009), costituite prevalentemente di denunce per reati previsti dall'art. 73 (produzione, traffico e vendita di stupefacenti).

Rispetto alle conseguenze sanitarie, aumentano i ricoveri che presentano almeno una diagnosi, primaria e secondaria, direttamente o indirettamente correlata all'uso di droghe, alcol e tabacco; nel 2010, sul totale dei 96.403 ricoveri registrati, il 27% è attribuibile direttamente o indirettamente all'uso di sostanze psicoattive.

Se ci si limita ai ricoveri di soggetti residenti nella Provincia Autonoma di Trento, si evidenzia che la maggior parte di essi hanno avuto una diagnosi principale o secondaria correlata all'uso di alcol (932), mentre i ricoveri che hanno compreso le droghe in almeno una diagnosi sono stati 120 ed il tabacco sono 42. Specularmente, il costo sostenuto dal Servizio Sanitario Provinciale per i ricoveri con diagnosi principale direttamente correlate alle sostanze è di circa un milione e mezzo di euro, pari allo 0,5% della spesa complessivamente sostenuta. Se si considerano anche le diagnosi secondarie, tale spesa aumenta a quasi 5 milioni di euro, generata in modo prevalente dai ricoveri alcol correlati (90% circa).

Sostanzialmente stabile è la prevalenza di malattie infettive droga-correlate nell'utenza del Ser.T. A fronte di un aumento del numero di test effettuati rispetto al 2009, nel 2010 la positività al virus HIV è stata riscontrata nel 10% delle persone testate, la positività al virus HBV nel 29% e all'HCV nel 62% circa dei testati.

La mortalità droga-correlata è pressoché assente nel 2010, come si era evidenziato l'anno precedente, interessando un unico caso.

Di seguito, queste tendenze generali vengono articolate secondo le diverse sostanze psicoattive illegali.

Eroina (ed oppiacei)

In linea con le tendenze degli ultimi anni, l'eroina rappresenta la sostanza psicoattiva meno consumata nella popolazione, generale e studentesca, che al tempo stesso motiva la richiesta al trattamento in misura maggiore rispetto alle altre droghe. Solo l'1,7% della popolazione di età compresa tra i 15 e 64 anni l'ha sperimentata una volta nella vita e lo 0,4% ha continuato a farlo nei dodici mesi precedenti la rilevazione; per gli studenti trentini, le prevalenze sono superiori, in quanto l'1,8% l'ha provata almeno una volta nella vita (circa 390 ragazzi), l'1,3% ne ha fatto uso nell'ultimo anno e lo 0,9% nell'ultimo mese.

I consumatori problematici di oppiacei stimati a livello provinciale sono circa 1600, corrispondenti ad una prevalenza di 4,5 soggetti ogni mille di età a rischio; i valori stimati risultano in crescita rispetto all'anno precedente (1417 consumatori problematici per una prevalenza di 4,2 soggetti ogni mille) ma inferiori a quanto evidenziato a livello nazionale (5,5 soggetti/1000 residenti). I tossicodipendenti in carico al Ser.T per uso di eroina sono un migliaio e costituiscono il 92% dell'utenza complessiva, prevalentemente trattati con terapie farmacologiche (67%) integrate o meno con altri trattamenti, psicologici e/o sociali. La proporzione di utenti in carico per eroina è minore nei soggetti che per la prima volta accedono al servizio nel 2010 (72%), mentre è più consistente nei soggetti già noti (93%). Le donne risultano in carico per eroina in misura maggiore degli uomini (96% vs. 90%). Inoltre, gran parte dei soggetti in trattamento per uso di oppiacei ricorre all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 75% dei casi.

La modalità d'uso prevalente di eroina è la via parenterale (59%), mentre il fumo, l'inalazione e lo sniffo interessa i due quinti degli eroinomani. Prosegue dunque la tendenza alla diminuzione dell'uso per via parenterale di eroina, che diminuisce di 10 punti percentuali rispetto al 2008 lasciando spazio a nuovi stili di consumo, maggiormente visibili nelle fasce giovanili (15-24 anni) che solo in 3 casi su 10 utilizzano la via iniettiva.

L'età media di primo uso degli oppiacei è di 21 anni, l'età media di prima presa in carico 26 anni, e l'età media dei consumatori in carico al Ser.T è di 36 anni; il tempo medio di latenza è poco più di 5 anni, mentre la mediana è pari a 4 anni, ad indicare che in media un soggetto entra in cura circa 5 anni dopo aver iniziato ad utilizzare oppiacei, e che la metà del campione ha richiesto per la prima volta un trattamento entro 4 anni dal primo utilizzo della sostanza.

L'eroina costituisce la sostanza primaria prevalente anche tra i soggetti trattati nelle comunità terapeutiche (61%) e nelle strutture carcerarie trentine (69%). Le operazioni antidroga di contrasto all'eroina effettuate nel 2010 sono diminuite rispetto all'anno precedente, passando dal 33% al 20% del totale

delle operazioni effettuate; a tale diminuzione corrisponde un decremento dei quantitativi sequestrati, che si attestano sui 3 kg (dai 20 kg. dell'anno precedente). Per ciò che riguarda i reati droga-correlati, sul totale delle 329 denunce effettuate il 33% riguarda l'eroina, valore superiore al dato nazionale (19%) ma in netta diminuzione rispetto all'anno precedente (dove riguardavano il 56% dei deferiti). L'eroina costituisce, infine, la sostanza di segnalazione per il 33% dei segnalati ex art. 75 e il 14% dei segnalati ex art. 121.

Cocaina (e crack)

Il 6% della popolazione di età compresa tra i 15 e 64 anni residente in regione ha sperimentato una volta nella vita la cocaina, e l'1,8% ha proseguito nel consumo di tale sostanza nei dodici mesi precedenti l'indagine. Gli studenti che l'hanno provata una volta nella vita sono il 4%, l'1,7% ha continuato ad assumerla nell'ultimo anno e l'1,5% nell'ultimo mese.

La stima della popolazione che presenta un consumo problematico di cocaina, per il 2009, presenta valori prossimi agli 850 casi prevalenti, per una prevalenza stimata di 2,4 residenti ogni mille di età a rischio; nel 2009, tali stime erano pari a 750 consumatori problematici per 2,2 soggetti ogni mille residenti; il valore stimato a livello nazionale, inoltre, è pari a 3 soggetti ogni 1.000 residenti.

I consumatori di cocaina che si sono presentati al Ser.T per un uso problematico della sostanza costituiscono il 4% dell'utenza complessiva, maggiore nei nuovi casi (14%) rispetto ai casi già in carico da tempo al servizio (3%). Il consumo di tale sostanza caratterizza in modo maggiore gli uomini delle donne (5% vs. 2%) ed in 9 casi su 10 la modalità di assunzione prevalente è alternativa alla via parenterale (sniffo, fumo, inalazione). Inoltre, gli utenti in carico per cocaina come sostanza primaria sono nell'85% dei casi dei poliassuntori, prediligendo come sostanze di combinazione la cannabis, e a seguire oppiacei e alcolici.

L'età media di primo uso della sostanza è 23 anni, l'età media di prima presa in carico 31 anni e l'età media degli utenti in carico per tale sostanza primaria è di 35 anni: il periodo di latenza, dunque, è di circa 8 anni, superiore a quanto mostrato per l'eroina ed in aumento di circa 2 anni rispetto a quanto evidenziato nel 2009. La cocaina rappresenta, infine, la sostanza primaria per il 3,1% degli utenti trattati nelle comunità terapeutiche provinciali e il 20% dei soggetti trattati dal Ser.T in regime carcerario presso gli istituti penitenziari provinciali.

Le operazioni antidroga relative alla cocaina costituiscono il 13% delle operazioni complessivamente effettuate nel 2010, in linea con quanto mostrato l'anno precedente; rispetto al 2009 si osserva una diminuzione dei quantitativi di sostanza sequestrati, che passano dai 4 kg ai 2 kg. Le denunce per reati correlati alla cocaina, al contrario, registrano un aumento rispetto al 2009, in quanto costituiscono nell'anno in corso il 15% (vs. 11% del 2009). Infine, in linea con quanto mostrato l'anno precedente, la cocaina rappresenta la sostanza di segnalazione per il 6% delle segnalazioni ex art. 121 e l'8% delle segnalazioni ex art. 75.

Cannabis

La cannabis rappresenta la sostanza psicoattiva illegale consumata dal maggior numero di persone ma che allo stesso tempo motiva la richiesta di trattamento della proporzione minore di soggetti.

Nella popolazione regionale di età compresa tra i 15 e 54 anni, oltre un terzo delle persone l'ha sperimentata almeno una volta nella vita, mentre un soggetto su cinque ha proseguito nel consumo negli ultimi dodici mesi. Tra gli studenti trentini, gli sperimentatori di cannabis costituiscono il 29% della popolazione complessiva, mentre il consumo nell'ultimo anno caratterizza il 22% e il consumo nel mese precedente la rilevazione il 14%.

La cannabis non viene considerata dall'Oedt come una sostanza da comprendere nel calcolo delle stime di uso problematico.

Gli utenti del Ser.T che hanno come sostanza primaria i cannabinoidi costituiscono il 4% dell'utenza complessiva, il 14% della nuova utenza e il 3% dell'utenza già in carico da anni precedenti. In 7 casi su 10 gli utenti in carico per cannabinoidi sono policonsumatori, che associano in modo privilegiato alla cannabis il consumo di cocaina e bevande alcoliche. L'età di primo uso della cannabis è più bassa rispetto alle altre sostanze, cioè pari a 16 anni; l'età di prima presa in carico è di 26 anni e l'età media dei soggetti in carico al servizio di 28 anni. Dunque, il periodo che intercorre tra il primo uso della sostanza e la prima presa in carico, è pari a 10 anni, con un aumento di 3 anni rispetto a quanto registrato nel 2009.

La maggiore diffusione della cannabis si riflette in una maggiore intercettazione da parte delle FF00, nell'incrementato delle operazioni antidroga e dei quantitativi di sostanza rispetto al 2009: i cannabinoidi costituiscono infatti la sostanza che ha animato il 60% operazioni effettuate nell'anno (vs. 48% del 2009), che hanno portato al sequestro di 91 kg di cannabinoidi (vs. 52 Kg. del 2009). Inoltre, il 57% delle segnalazioni effettuate per l'ex art. 75, il 79% delle segnalazioni ex art. 121, ed il 46% delle denunce per reati droga correlati si riferisce a tale sostanza.

Altre droghe

Le rilevazioni sul consumo di droghe nella popolazione generale e studentesca hanno compreso, oltre alle precedenti, alcune domande sull'uso di stimolanti e allucinogeni (per entrambi i gruppi) e farmaci psicoattivi (solo per gli studenti).

Il 3,6% dei residenti in regione di età compresa tra i 15 e 64 anni ha fatto uso almeno una volta nella vita di amfetamine, ecstasy, GHB o altri stimolanti; la proporzione di coloro che hanno proseguito il consumo negli ultimi dodici mesi si attesta sullo 0,8%. Il 3,4% della popolazione regionale dichiara di aver sperimentato il consumo di allucinogeni (almeno una volta nella vita), mentre lo 0,6% ne ha assunto anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario. Queste prevalenze sono simili a quanto stimato nella popolazione studentesca, che hanno sperimentato nella vita il consumo di stimolanti nel 3,9% dei casi, nel 2,2% li hanno consumati nell'ultimo anno e nell'1,2% nell'ultimo mese. Lievemente superiori, al contrario, le

stime dei consumi di allucinogeni, sperimentati dal 4,9% della popolazione studentesca, assunti nell'ultimo anno dal 2,9% e nell'ultimo mese dall'1,5%.

In linea con quanto evidenziato nel 2009, sono i farmaci psicoattivi utilizzati senza prescrizione medica ad essere maggiormente abusati dagli studenti: nella vita, infatti, il 6,5% ha utilizzato farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione, il 4,8% farmaci per le diete, il 13,6% farmaci per dormire/rilassarsi, il 3,7% farmaci per regolarizzare l'umore.

Alcol e Tabacco

Alcol e tabacco rappresentano le due sostanze psicoattive sperimentate e consumate dalla porzione più ampia della popolazione: l'aver consumato almeno una volta nella vita, infatti, interessa oltre 9 persone su 10 e 6 persone su 10 in entrambi i target di popolazione, generale (15-64 anni) e studentesca (15-19 anni). Il consumo nell'anno precedente la rilevazione ha interessato l'82% (per l'alcol) e il 27% (per le sigarette) dei soggetti di età compresa tra i 15 e 64 anni e l'84% e 26% degli studenti di età compresa tra i 15 e 19 anni.

Il carattere problematico dei consumi di queste due sostanze si riflette in un maggiore ricorso alle strutture ospedaliere per danni sulla salute direttamente o indirettamente correlati all'uso: nel 2010, se ci si limita ai residenti in provincia di Trento, ben 932 ricoveri hanno compreso almeno una diagnosi di patologia correlata all'uso di alcol e 42 all'uso di tabacco, contribuendo a determinare una spesa sanitaria di 4 milioni di euro.

Come già evidenziato nel 2009, il ricorso al Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche resta contenuto rispetto alla quota reale di soggetti che consumano alcolici nella popolazione generale: la nuova utenza, infatti, si compone di soli 970 casi, e la popolazione in età a rischio raggiunta supera di poco l'1%. Vi è, inoltre, da evidenziare che sul totale dei colloqui svolti dai servizi alcolologici provinciali nel 2010 (ossia, 5598), quasi la metà riguarda consulenze per la Commissione Patenti, quindi non si tratta di soggetti che si rivolgono autonomamente al servizio per le problematiche connesse al consumo di alcolici ma di segnalazioni effettuate dalle Forze dell'Ordine per guida in stato di ebbrezza.

Questi dati mostrano che la percezione del carattere problematico dell'assunzione di alcol e delle sue conseguenze sanitarie da parte della popolazione è ancora limitata.

Disturbi alimentari

L'indagine Espad ha approfondito, anche per il 2010, la presenza di disturbi del comportamento alimentare tra gli studenti trentini di età compresa tra i 15 e 19 anni, arrivando a stimare una prevalenza di tali disturbi del 9%, prevalente nel genere femminile (11,8% contro il 4,3% dei maschi). Gli utenti in carico al Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Trento sono stati 305 nel 2010, in aumento rispetto al 2009 nel quale si registravano 271 casi; oltre la metà di questi casi sono soggetti sconosciuti al servizio, per il 94% si tratta di donne di età prevalentemente collocate nella fascia d'età tra i 19 e 25 anni.

1

La rete assistenziale nella Provincia autonoma di Trento

In provincia di Trento, l'attività di diagnosi, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze è affidata a un unico Ser.T (articolato in tre sedi dislocate a Trento, Riva del Garda e Rovereto), a tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari presenti sul territorio con quattro sedi (Voce Amica, Centro Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà) e ad associazioni e cooperative del privato sociale.

La gestione dei soggetti con problematiche alcol correlate e con disturbi del comportamento alimentare è affidata a due servizi distinti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: il Servizio di riferimento per le attività alcoliche e il Centro per i disturbi del comportamento alimentare, che ricevono una trattazione specifica nei capitoli 10 e 11.

Il Ser.T ha come *mission* l'assistenza della popolazione di tossicodipendenti e delle loro famiglie, perseguendo il completo recupero dei soggetti alla società e attuando strategie di prevenzione del fenomeno. L'Accordo Stato Regioni del 21/01/1999 definisce la competenza del Ser.T sui seguenti interventi terapeutici: pronta accoglienza e diagnosi; terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze; psicodiagnosi e attività di sostegno e di counseling; attività di riabilitazione; *focal point* della ricerca epidemiologica e sociale.

Il Ser.T ha un approccio bio-psico-sociale alla tossicodipendenza, ovvero la interpreta come una malattia cronica ad andamento recidivante e ad eziopatogenesi multi-assiale, in quanto nella sua insorgenza sono coinvolti fattori di natura biologica, sociale e psicologica: in ogni paziente, dunque, deve essere ricercato quanto delle singole componenti partecipa alla costituzione del sintomo tossicomano.

La struttura organizzativa di base prevede quattro componenti fondamentali: il vertice strategico, i quadri intermedi, l'équipe terapeutica e la struttura tecnico/amministrativa.

Il *vertice strategico* è impersonato dalla figura del direttore, il quale assicura che il Servizio assolva alle finalità previste dal mandato istituzionale, risponde, per

quanto di competenza, alle richieste dei gruppi di interesse (stakeholders), supervisiona l'organizzazione, gestisce le relazioni con l'ambiente esterno e formula le strategie generali allineandosi con le indicazioni gestionali del management dell'APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari).

I *quadri intermedi* sono costituiti dai responsabili di articolazione semplice e dai coordinatori d'area, che rappresentano la linea di congiunzione e comunicazione fra il vertice strategico e le differenti figure professionali.

L'*équipe multi disciplinare* rappresenta il nucleo operativo di base ed è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo e dall'assistente sociale. L'*équipe* è il contesto all'interno del quale sono elaborati ed attuati i diversi interventi rivolti all'utenza che, di norma, si strutturano attraverso tre fasi strettamente correlate fra loro: l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico. La *struttura tecnico/amministrativa* ha funzioni di supporto alle altre componenti ed è composta da due tipi di operatori: gli amministrativi e gli operatori tecnici. Questi soggetti non sono direttamente coinvolti nei processi d'erogazione delle prestazioni rivolte all'utenza, ma forniscono servizi trasversali che rendono possibile la realizzazione di molte attività specifiche del Ser.T.

Il processo di intervento sul paziente si struttura sulla base dell'assessment sanitario, psichico e sociale del soggetto e sulla conseguente predisposizione di un progetto terapeutico personalizzato sulla base dei bisogni del paziente.

L'accoglienza è rivolta a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per gli altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto legata all'uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive e non.

Gli obiettivi di questa fase consistono nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione d'alcuni dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema portato, nell'indicazione degli interventi attivabili fin da subito e nella presentazione delle ulteriori opportunità che il servizio può offrire.

La persona che si rivolge al servizio è accolta senza tempi d'attesa e senza formalità burocratiche, è strettamente rispettata nella privacy e può formulare la propria domanda di aiuto in completo anonimato.

La valutazione si riferisce all'insieme d'attività che consentono una conoscenza più approfondita del caso e che permettono di formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato sui bisogni del paziente.

La valutazione sanitaria permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM IV, di abuso o dipendenza e di avere un quadro sufficientemente chiaro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di una comorbilità psichiatrica.

La valutazione psicologica è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la psico-dinamica delle sue relazioni familiari, il significato soggettivo dell'esperienza portata e, ad individuare le risorse psicologiche mobilitabili ai fini di un possibile cambiamento.

La valutazione sociale permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita delle persone e gli eventuali problemi giuridici connessi all'uso, abuso o dipendenza.

La fase della presa in carico, comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del soggetto. Tutti i progetti terapeutici prevedono un obiettivo concordato con il paziente, intendendo con ciò la ricerca di un suo attivo coinvolgimento non solo sul piano del consenso, ma anche rispetto alla definizione dei reciproci impegni e dei criteri utilizzati per la verifica del risultato.

La rete assistenziale delle tossicodipendenze in Trentino comprende tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: Voce Amica, Centro Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà. Il loro assetto organizzativo è regolato dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1792 del 25/07/2003, che classifica le strutture presenti nel territorio sulla base di un duplice criterio: la specificità rispetto al grado di evolutività dell'utenza, ossia al grado di motivazione del soggetto a superare volontariamente la condizione di tossicodipendenza, e la possibilità o meno di accogliere pazienti con comorbidità psichiatrica.

La Tabella 1.1 illustra la ripartizione delle 4 tipologie di utenza nelle strutture residenziali territoriali. Nel complesso, le quattro strutture forniscono una disponibilità complessiva di 71 posti convenzionati ^[1].

Tabella 1.1 *L'assetto organizzativo delle strutture residenziali nella Provincia Autonoma di Trento*

	Tossicodipendenti senza doppia diagnosi	Tossicodipendenti con doppia diagnosi
Bassa evolutività	1) Voce Amica	3) Centro Trentino di Solidarietà Accoglienza Giano
Alta evolutività	2) Centro Antidroga	4) Centro Trentino di Solidarietà Progetto Giano

Voce Amica e il Centro Antidroga sono preposte all'accoglienza e al trattamento di pazienti con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti senza una concomitante significativa patologia psichiatrica; la distinzione tra le due strutture si definisce rispetto al carattere limitatamente o altamente evolutivo del percorso riabilitativo offerto. Vengono inseriti a Voce Amica gli utenti che

^[1] Si aggiungono, inoltre, 6 posti convenzionati nell'appartamento protetto di Voce Amica, rivolto a persone inserite in un percorso di reinserimento lavorativo.

segnalano una condizione di instabilità sul piano sintomatico o di fragilità sul versante sociale, ma che al momento dell'ingresso non appaiono in grado di sostenere un percorso di cambiamento volontario.

Vengono, invece, indirizzati al Centro Antidroga i pazienti per i quali è possibile ipotizzare l'adesione ad una proposta terapeutica altamente evolutiva. Le due strutture del Centro Trentino di Solidarietà, Accoglienza Giano e Progetto Giano, sono preposte all'accoglienza e al trattamento di quei pazienti che, oltre ad essere portatori di problematiche di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti, sono anche interessati da rilevanti patologie di carattere psichiatrico. La differenziazione tra le due sedi (Accoglienza Giano e Progetto Giano) segue il criterio relativo al grado di evolutività dell'utenza, come sopra descritto.

Sul territorio operano anche associazioni del privato sociale che attuano interventi prevalentemente rivolti alle famiglie e/o al reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti.

Fra queste realtà, le associazioni che maggiormente collaborano con il Ser.T sono:

- Associazione Provinciale Dipendenze Patologiche
- Associazione Famiglie Tossicodipendenti
- Lega Italiana per la lotta all'AIDS (LILA)
- Cooperativa Sociale Arianna
- Associazione "La Panchina" – Via della Collina 15, Trento
- Associazione "AMA" – Via Torre d'Augusto 2/1, Trento
- Cooperativa "Alpi" – Via Ragazzi del '99 13, Trento
- Cooperativa "Talea" – Via Bolzano 7, Gardolo
- Cooperativa "Il Gabbiano" – Via Provina, Ravina di Trento
- Cooperativa "La Sfera" – Lung'Adige San Nicolò 12, Trento
- Cooperativa "Coop 90" – Via Caduti 6, Pergine Valsugana
- Cooperativa "Le Coste" – Loc. Lamar 59/1, Gardolo
- Cooperativa Punto D'incontro (laboratorio) – Via Travai 1, Trento
- Associazione APAS (laboratorio) – Via S. M. Maddalena, Trento
- Cooperativa "Insercoop" – Via Ragazzi del '99, Trento
- Cooperativa "Povo Coop 81" – via Sommarive 4, Povo
- Cooperativa "Tandem", Via delle Ginestre 31, Riva del Garda
- Cooperativa "Fenice", Via A. Moro 9a, Arco
- Cooperativa "Judicaria", Storo
- Associazione "Ubalda Bettini Girella", Via Benacense 33, Rovereto
- Cooperativa "Girasole" (Casa ex Maglio), Via Cartiera 8, Rovereto
- Cooperativa "Punto D'Approdo", Via Albusa Grande 48, Rovereto
- Cooperativa "Fiordaliso", Viale Schio 5, Rovereto

Si segnalano, infine, alcune forme di collaborazione occasionale con altre cooperative ed associazioni presenti sul territorio: Cooperativa "Paganella" di Lavis, Cooperativa "Multiservizi" di Mezzocorona, Cooperativa "Talea" di Gardo-

lo, Cooperativa “Ephedra” di Riva del Garda, APSP “Casa mia” di Riva del Garda. Nella Tabella 1.2 si riportano alcune caratteristiche del territorio nel quale opera il Ser.T di Trento: numerosità della popolazione residente suddivisa per genere e numerosità della popolazione residente “a rischio” stimata per le fasce d’età 15-54 anni e 15-64 anni ^[2], suddivisa per genere. La superficie territoriale di riferimento è di 6.206,88 Km^q.

Tabella 1.2 *Popolazione residente nella Provincia Autonoma di Trento*

	Popolazione residente età 0-90 anni	Popolazione residente età 15-54 anni	Popolazione residente età 15-64 anni
Maschi	256.602	141.578	173.463
Femmine	268.224	137.867	169.479
TOTALE	524.826	279.445	342.942

^[2] In ambito europeo viene definita “a rischio” (rispetto all’insorgenza di problematiche di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti) la popolazione nella fascia d’età 15-64, mentre in ambito nazionale la definizione di popolazione a rischio si applica alla fascia d’età 15-54, motivo per il quale si presentano entrambi i dati.

2

La valutazione dell'efficienza produttiva ed economica del Ser.T e dell'efficacia degli interventi

2.1 Dati generali di attività

L'analisi dell'utenza trattata dal servizio nel corso del 2010 mostra che gli utenti in carico, ovvero coloro che secondo i criteri dell'OEDT (Osservatorio Europeo per le Droghe e Tossicodipendenze) hanno chiesto un trattamento per abuso e/o dipendenza da sostanze^[1], sono stati 1.110.

A questi vanno aggiunte le altre tipologie di utenti quali: i soggetti appoggiati da altri Ser.T italiani, i soggetti a rischio, i soggetti con dipendenze non da sostanze, le famiglie, i partner i genitori etc. tutti coloro cioè per i quali c'è stato un consumo di risorse pur non rientrando nei criteri selettivi dell'EMCDDA di "soggetto in carico".

Tale tipologia di utenza, nell'anno 2010, ha raccolto 802 persone. In totale quindi sono state seguite 1.913 persone.

Questi dati documentano come il Ser.T non è più solo il luogo in cui si curano i pazienti tossicodipendenti ma è diventato, nel tempo, una struttura specialistica che risponde alle diverse problematiche, presenti nella popolazione e correlate alle dipendenze.

Il Grafico 2.1 raffigura l'andamento dell'utenza dal 2005 al 2010: come si può agevolmente osservare, vi è stato un aumento costante dei soggetti complessivamente seguiti dal servizio, meno consistente per gli utenti definiti in carico rispetto ad altre tipologie di utenza.

Per quanto riguarda le risorse a disposizione in termini di personale, nella Tabella 2.1 viene riportata la media annuale delle unità equivalenti riferita all'anno 2010, intendendo con questa espressione la presenza media di ogni figura professionale presso il servizio durante l'anno.

^[1] Un utente è preso in carico quando il Servizio opera un trattamento nei suoi confronti relativamente allo stato di tossicodipendenza; per 'trattamento' si intende qualunque procedura terapeutica e riabilitativa, farmacologica o di altro tipo che il Servizio fornisce ad un tossicodipendente, anche esternamente (es. carcere).

Grafico 2.1 *Andamento dell'utenza trattata presso il Ser.T. Anni 2005-2010*

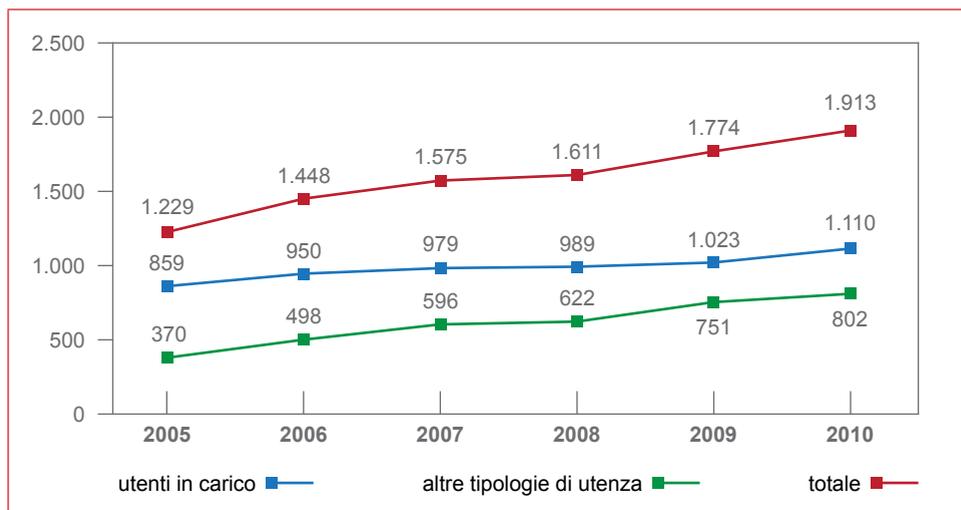


Tabella 2.1 *Le professionalità in organico presso il Ser.T della P.A. di Trento – Media annuale unità equivalenti per ripartizione territoriale. Anno 2010*

Qualifica	Trento	Riva del Garda	Rovereto
Assistente amministrativo	1,58	—	1,00
Coadiutore amministrativo	—	1,00	—
Collab. prof. assistente sociale	3,56	2,00	0,83
Collab. prof. esperto assistente sociale	—	—	1,00
Collab. prof. sanitario – pers. inferm.	5,91	1,58	0,83
Collab. prof. sanitario esperto – pers. inferm.	0,83	—	—
Direttore medico	1,00	—	—
Dirigente medico	5,00	1,00	1,00
Dirigente psicologo	4,00	1,00	—
Incarico lib. prof. – pers. inferm.	1,08	0,50	—
Incarico lib. prof. – medico	—	0,00	0,04
Totale	22,96	7,08	4,70

Tabella 2.2 *Andamento dei progetti terapeutici, del numero di prestazioni erogate e degli accessi degli utenti. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
N. Progetti terapeutici	1.513	1.480	1.845	2.004	2.232	2.244
N. Prestazioni totale	129.614	127.998	132.685	128.585	130.513	124.499
N. Accessi totale	77.167	69.110	69.155	69.963	77.995	71.520

Nei confronti delle persone seguite, nel 2010 sono stati attivati complessivamente 2.244 progetti terapeutici e sono state erogate 124.499 prestazioni, che hanno comportato 71.520 accessi al servizio. La Tabella 2.2 mette in rilievo l'andamento di questi indicatori nel periodo 2005-2010. Come si può osservare, i progetti terapeutici sono progressivamente aumentati nel corso degli anni, dato da correlare alla domanda di trattamento presente nel territorio. Le prestazioni elementari hanno avuto un andamento oscillante nel corso di questi sei anni in relazione alla tipologia degli utenti. Per alcuni è necessario infatti consumare molte risorse per corrispondere alla domanda portata mentre per altre tipologie sono sufficienti meno prestazioni. Per accesso si intende la presenza fisica dell'utente in una delle sedi Ser.T finalizzata ad ottenere una prestazione. Nel corso degli anni gli adattamenti organizzativi attuati sono stati finalizzati ad aumentare la programmazione delle attività per diminuire gli spostamenti degli utenti. La comparsa sul territorio di una nuova tipologia di utenti o l'introduzione di nuovi progetti terapeutici comporta sempre un'impennata degli accessi che nel tempo vengono razionalizzati, da cui l'andamento sinusoidale di questo dato nell'intervallo di tempo.

Nei paragrafi successivi si analizzano i diversi indicatori scelti per valutare l'efficienza del servizio. L'efficienza di un Ser.T si misura sulla base della capacità di produrre progetti terapeutici utili ad accrescere lo stato di salute o ad evitare nuova patologia con il minor impiego di risorse possibili, tenendo conto degli standard di qualità dichiarati. Gli indicatori di seguito presentati sono stati scelti in base alla loro rilevanza informativa, in base alla possibilità di recuperare i dati dal sistema gestionale utilizzato dal Ser.T e comparando i benefici informativi con i costi di rilevazione. Si è ritenuto opportuno individuare indicatori esprimenti l'efficienza produttiva totale del Ser.T ed indicatori esprimenti l'efficienza produttiva delle aree sanitaria, sociale e psicologica. Gli indicatori di efficienza produttiva sono stati inoltre articolati in indicatori di output, economici e di densità assistenziale. Gli indicatori sono rilevati a cadenza annuale, e i relativi valori sono oggetto di confronti nel tempo. In caso di situazioni che appaiono anomale (per esempio uno scostamento significativo rispetto al precedente periodo) si possono effettuare analisi in profondità consultando i dati di dettaglio disponibili nel sistema informatico gestionale.

2.2 Efficienza produttiva complessiva: indicatori di output

Si considerano, in questa sede, il numero di progetti terapeutici per operatore ed il numero di pazienti per operatore, intesi come indicatori dell'efficienza produttiva complessiva. I progetti terapeutici sono da intendersi le attività cliniche strutturate e predefinite rivolte a tutti i soggetti seguiti dal Ser.T per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale. Si conteggiano come pazienti tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. Il numero totale di operatori, comprensivo del personale impiegato in attività di supporto come gli amministrativi, è espresso

in unità equivalenti. Nel corso del 2010 ogni operatore ha attivato mediamente 72 progetti terapeutici nel corso dell'anno e ha seguito in media 61,4 persone.

Tabella 2.3 *Andamento dei principali indicatori d'output. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nr. Progetti terapeutici per operatore	50,8	50,5	60,6	66,7	74,4	72,0
Nr. Pazienti per operatore	49,4	49,4	51,7	53,6	59,2	61,4

I due indicatori seguono andamenti distinti nel passaggio dal 2009 al 2010. Infatti, il numero di progetti terapeutici per operatore è lievemente diminuito a causa dell'aumento più consistente degli operatori in servizio (+3,93%) rispetto all'aumento osservato nel numero di progetti terapeutici totali (0.5%); al contrario, il numero medio di pazienti per operatore è aumentato per effetto dell'aumento più consistente dell'utenza in carico (+7,8%) rispetto a quello degli operatori in servizio.

2.3 Efficienza produttiva per area: indicatori di output

Si considerano ora il numero di interventi specialistici d'area per figura professionale e il numero di pazienti d'area per figura professionale, intesi come indicatori dell'efficienza produttiva delle singole aree professionali.

Tabella 2.4 *Andamento dei principali indicatori d'output per figure professionali. Anni 2005-2010*

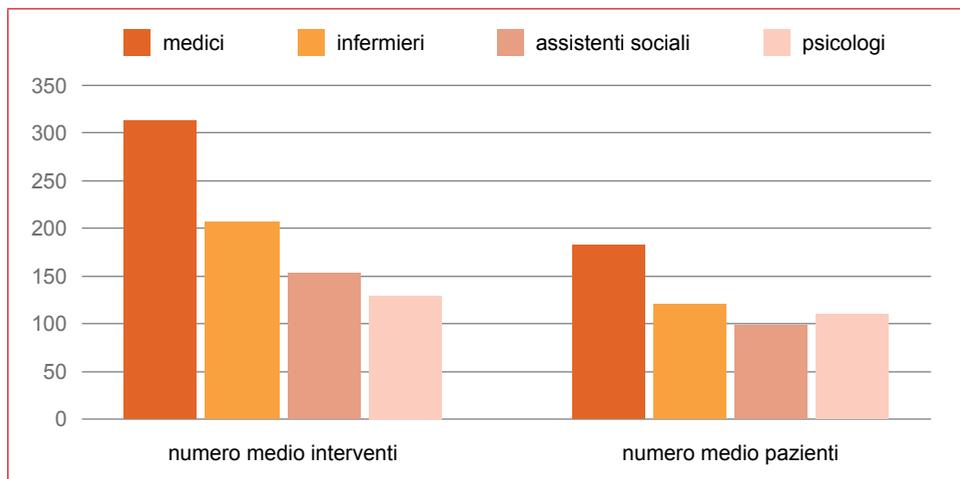
Nr. interventi d'area per operatore di profilo	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Area medica	256,1	233,5	265,4	323,4	425	312,9
Area infermieristica	194,7	161,4	186,9	201	251,4	207,4
Area sociale	113,9	113	104,4	122,4	136,8	153,6
Area psicologica	92,5	92,1	95	114,4	134	129,9
Nr. pazienti d'area per operatore di profilo	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Area medica	135,8	143,6	161,4	186,2	204,4	182,1
Area infermieristica	103,2	99,3	113,7	115,8	120,9	120,7
Area sociale	69,7	72,1	68,5	82,4	87,9	97,9
Area psicologica	78,3	79,1	77,6	90,4	106,6	109,9

L'aumento di una unità equivalente di personale medico, come previsto dal budget per il 2010, giustifica il riallineamento sostanziale ai dati del 2008 del numero degli interventi specialistici e dei pazienti seguiti dall'area.

Il definitivo completamento della dotazione organica infermieristica, prevista per il Ser.T, giustifica il comportamento simile documentato per quest'area.

Le variazioni verso l'alto documentate per l'area psicologica e sociale sono correlate invece alla diminuzione della media annuale di psicologi ed assistenti sociali in servizio nel 2010.

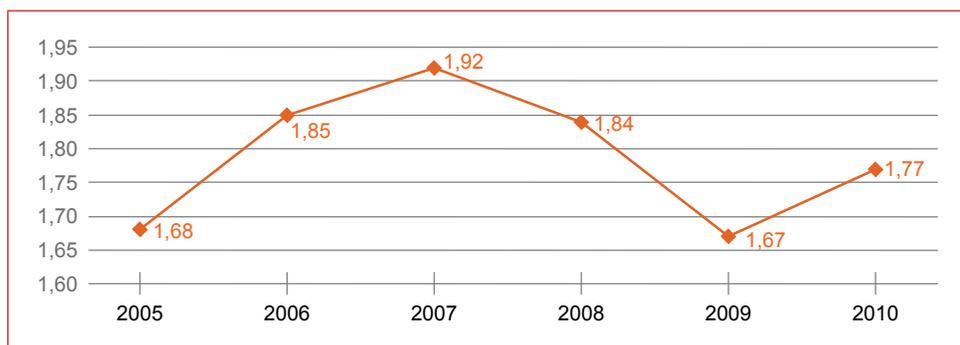
Grafico 2.2 Ripartizione degli interventi e dei pazienti seguiti in base al profilo professionale. Anno 2010



2.4 La densità assistenziale per accesso

Il rapporto tra le prestazioni totali erogate e il numero di accessi costituisce un indicatore di quanto i vari professionisti riescono a coordinarsi negli appuntamenti per rendere più agevole l'adesione del paziente al programma terapeutico concordato. Nel 2010, il valore di tale indicatore è pari a 1,77, in lieve aumento nel 2010 rispetto all'anno precedente (+5,7%). Il dato è correlato agli adattamenti organizzativi effettuati nel 2010 per correggere le flessioni documentate negli anni 2008 e 2009 (Grafico 2.3).

Grafico 2.3 Andamento del rapporto tra prestazioni erogate e numero di accessi. Anni 2005-2010



2.5 Grado di copertura della popolazione con uso problematico di sostanze

Il grado di copertura della popolazione con uso problematico di sostanze psicoattive, definito dal rapporto tra il numero totale di pazienti seguiti dal Ser.T residenti in Trentino e la stima della popolazione con uso problematico, esprime la capacità del Servizio di corrispondere alla domanda teorica di trattamento presente sul territorio. Nel 2010, il valore di tale indicatore è pari al 64,7%. Rispetto al 2009, nell'anno considerato si registra una lieve flessione di tale indicatore (-7,4%) dovuta all'aumento più consistente della stima dei consumatori problematici residenti sul territorio (+15,2%) rispetto all'aumento del numero di pazienti residenti seguiti (+6,6%).

Questo dato è ovviamente influenzato dall'accuratezza della stima dei consumatori problematici presenti sul territorio per cui non sono significative le piccole oscillazioni contenute dell'indicatore.

2.6 Gli indicatori economici

Il costo di ogni prestazione è dato dal tempo medio della singola prestazione moltiplicato per il costo medio del personale: quest'ultimo viene elaborato annualmente dal Servizio Controllo di Gestione per singola qualifica professionale, mentre il tempo medio per singola prestazione è quello definito dal progetto Sesit "Protocollo e standard statement sulla valutazione dell'outcome" (versione dicembre 2004) e integrato con le informazioni raccolte dal 2001 dal Ser.T di Trento. I tempi standard (o ottimali) concordati per ciascuna prestazione rappresentano l'indicatore che la stessa è stata erogata secondo i criteri delle buone prassi. Il sistema informativo registra i tempi reali utilizzati da ogni professionista nell'erogazione della singola prestazione e, la media dei tempi registrati rapportata al tempo ottimale previsto fornisce il dato sulla percentuale di prestazioni erogate secondo le buone prassi. Dato che il costo dei farmaci varia notevolmente a seconda della tipologia somministrata, si è ritenuto opportuno prevedere, per le prestazioni che implicano somministrazione di farmaci, l'addebito del costo specifico della tipologia di medicinali utilizzati (costo unitario da gara d'acquisto in vigore) e non la definizione di uno standard ipotetico di consumo per prestazione.

Con riferimento ai consumi relativi a presidi chirurgici, materiale sanitario e di medicazione, reagenti e altri prodotti di laboratorio sono state individuate le prestazioni "richiedenti" tali consumi e sono state calcolate delle quote residuali di costo da considerare nel costo di produzione di tali prestazioni (costi consuntivi dell'anno precedente che risultano dalla contabilità analitica diviso il numero consuntivo di tutte le prestazioni dell'anno precedente).

Per considerare tutti gli altri costi del Ser.T che contribuiscono alla realizzazione delle prestazioni, si è ritenuto opportuno calcolare una quota residuale da ag-

giungere ai costi di produzione di ogni prestazione calcolati secondo i criteri in precedenza illustrati (totale costi residuali/totale prestazioni Ser.T).

I costi dei medicinali e materiale di consumo in generale, sono quelli presi dalla contabilità analitica dell'anno di riferimento.

Gli indicatori economici considerati sono:

- a) costo totale per paziente
- b) costo di assistenza per paziente
- c) costo totale per progetto terapeutico
- d) costo totale di assistenza per progetto terapeutico
- e) costo d'area di assistenza per paziente

La spesa complessiva sostenuta dal Ser.T nel 2010 è stata di 3.607.733 euro; il rapporto tra tale valore e il numero totale di pazienti trattati nel corso dell'anno, indicatore del costo totale sostenuto per ogni singolo paziente, risulta pari a circa 1.885,9 euro, valore in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (-1,6%). Tale diminuzione si giustifica con un aumento più consistente del numero di pazienti totali (+7,8%) rispetto all'aumento del costo complessivo del servizio (+6%). La tabella 2.5 rappresenta l'evoluzione di tale indicatore nel periodo 2005-2010.

Tabella 2.5 *Il costo totale per paziente. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Costo Totale/ Nr. Pazienti totali	2.075,59	2.212,28	2.073,56	2.084,86	1.916,96	1.885,90
Costo Totale (in euro)	3.055.271	3.203.388	3.265.851	3.358.707	3.400.680	3.607.733
Nr. Pazienti totali	1.472	1.448	1.575	1.611	1.774	1.913

La Tabella 2.6 circoscrive l'analisi ai costi di assistenza per singolo paziente, conteggia cioè solo le spese legate direttamente alla cura. Nel corso del 2010, l'incidenza del costo di assistenza sul costo totale è stata del 75,7%, in lieve diminuzione rispetto al 2009 in cui il valore registrato è stato del 77,4%. Di conseguenza, il costo di assistenza per singolo paziente nel 2010 ha una contrazione del 3,7%, passando da circa 1.484 euro del 2009 a 1.428 euro. La diminuzione del costo di assistenza per paziente si giustifica con l'aumento del numero totale di pazienti in carico al servizio (+7,8%) a fronte di un costo totale di assistenza solo lievemente aumentato rispetto all'anno precedente (3,8%).

Tabella 2.6 *Il costo di assistenza per paziente. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Costo assist./Nr. Pazienti totali	1.617,06	1.725,54	1.691,96	1.651,15	1.484,19	1.428,21
Costo Totale (in euro)	2.380.315	2.498.588	2.664.839	2.660.009	2.632.945	2.733.514
Nr. Pazienti totali	1.472	1.448	1.575	1.611	1.774	1.913

Il costo totale per singolo progetto terapeutico (Tabella 2.7) nel 2010 è stato di 1.607,7 euro. Rispetto al 2009 si osserva un lieve aumento di tale indicatore (5,5%) attribuibile ad una crescita del costo totale più consistente rispetto alla crescita del numero dei progetti terapeutici (6% vs. 0,5%).

Tabella 2.7 *Il costo totale per progetto terapeutico. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Costo Totale/ Nr. PT totali	2.019,35	2.164,45	1.770,11	1.676,00	1.523,60	1.607,72
Costo Totale (in euro)	3.055.271	3.203.388	3.265.851	3.358.707	3.400.680	3.607.733
Nr. Progetti terapeutici totali	1.513	1.480	1.845	2.004	2.232	2.244

Il costo di assistenza per progetto terapeutico, conteggiando cioè solo le spese legate direttamente alla cura (Tabella 2.8), è stato di 1.218,1 euro. Rispetto al 2009, il valore di tale indicatore è aumentato (+3,3%) a causa di un aumento maggiore nel costo di assistenza rispetto al numero dei progetti terapeutici (3,8% vs. 0,5%).

Tabella 2.8 *Il costo di assistenza per progetto terapeutico. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Costo di assistenza/ Nr. PT totali	1.573,24	1.688,24	1.444,36	1.327,35	1.179,63	1.218,14
Costo di assistenza (in euro)	2.380.315	2.498.588	2.664.839	2.660.009	2.632.945	2.733.514
Nr. Progetti terapeutici totali	1.513	1.480	1.845	2.004	2.232	2.244

Questi indicatori economici sono ulteriormente declinati in rapporto alle singole figure professionali presenti presso il servizio: area medica, infermieristica, psicologica e sociale (Tabella 2.9).

La spesa complessiva di assistenza, stratificata per singola area di prestazione, nel 2010 è stata pari a 1.098.527 euro per l'area medica, a 659.997 euro per quella infermieristica, a 369.990 euro per la sociale e a 605.000 euro per quella psicologica.

Rapportando il numero di pazienti per ogni area a questi valori, si rileva che nel 2010 un paziente in carico all'area medica ha avuto un costo di 828 euro, per l'area infermieristica il costo è stato di 497 euro, per l'area psicologica di 1.048 euro e per l'area sociale di 495 euro.

Rispetto al 2009, mentre per l'area medica il costo per paziente aumenta (+7,3%) per effetto dell'aumento più consistente del costo d'assistenza rispetto al numero di pazienti d'area, per le altre aree si nota una diminuzione del costo d'assistenza per paziente, più consistente per l'area sociale (-9,8%) rispetto all'area infermieristica e psicologica (-2,7% per entrambe).

Tabella 2.9 *Il costo d'area di assistenza per paziente. Anni 2005-2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Medica	1.046,20	1.013,48	927,81	827,37	771,52	827,8
Infermieristica	570,60	595,54	548,50	540,15	511,12	497,4
Sociale	567,22	636,43	672,34	563,07	548,49	494,6
Psicologica	1.203,96	1.324,38	1.443,43	1.248,78	1.077,54	1.048,5

2.7 La valutazione d'esito

I Ser.T, come peraltro anche le strutture del privato sociale, sono organizzazioni socio-sanitarie per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze.

Queste organizzazioni hanno a disposizione risorse definite che, elaborate con l'immissione del valore aggiunto dato dalla professionalità degli operatori che vi lavorano, producono interventi terapeutici (output).

Gli interventi terapeutici sono proposti ai pazienti che afferiscono e la risultante fra il progetto terapeutico, il paziente e la realtà socio culturale in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico in termini di efficacia (outcome).

Le variabili, quindi, che entrano in gioco nella valutazione dell'efficacia sono tre: il prodotto terapeutico strutturato, il paziente e l'ambiente. Due di queste variabili, il paziente e l'ambiente, non sono direttamente rapportabili all'organizzazione, per cui il rapporto di causalità può essere ricercato solo con il prodotto terapeutico.

Nella predisposizione di questo modello si è deciso di valutare l'outcome in termini di variazione del sintomo, lasciando a progetti di ricerca specifici la valutazione dell'outcome in termini di cambiamento della personalità che sostiene il sintomo. Date queste premesse è implicito che uno stesso progetto terapeutico erogato a pazienti con caratteristiche diverse produce outcome differenti e che, uno stesso prodotto terapeutico erogato a pazienti con le stesse caratteristiche ma in ambienti socio-culturali diversi produce outcome differenti.

In un approccio bio-psico-sociale alla tossicodipendenza, la situazione ideale vede operare in modo sinergico i medici, gli infermieri, gli assistenti sociali e gli psicologi i cui interventi d'area, sono amalgamati in un progetto complessivo d'equipe. È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessario il contemporaneo intervento di tutte le figure professionali, perché non accettato dal paziente o non ritenuto utile dall'equipe curante per raggiungere l'obiettivo definito e concordato con il paziente. Anche nei casi in cui le figure professionali non sono tutte coinvolte nella realizzazione di un progetto terapeutico, la responsabilità della sua definizione e del suo monitoraggio è dell'equipe multi-disciplinare nella sua totalità e viene definita in una riunione d'equipe specificamente dedicata. Le decisioni prese sono sempre riportate nel diario clinico del fascicolo personale sotto la voce "Decisioni d'equipe".

Affidare la titolarità di tutti i progetti terapeutici all'equipe multi-disciplinare, anche quando le singole professionalità non sono coinvolte direttamente sul caso è uno strumento di tutela sia del paziente sia del professionista: riduce, infatti, la possibilità di "fughe terapeutiche" e di burn out.

Come accennato precedentemente, un progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti. Per fare ciò bisogna necessariamente fare delle scelte ed esplicitare i criteri utilizzati per la differenziazione. Definire delle coorti sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente si è dimostrato molto difficile perché le variabili in gioco sono numerose e paradossalmente si può affermare che non esistono due pazienti uguali sotto tutti i punti di vista.

Il minimo comune denominatore che accomuna però un numero sufficientemente ampio di pazienti è l'obiettivo terapeutico che si vuole perseguire e, come detto precedentemente, con questo modello si vuole valutare l'outcome in termini di variazione del sintomo e non in termini di cambiamento della personalità che eventualmente sostiene il sintomo. Il criterio, quindi, che definisce ed identifica la coorte è l'obiettivo che si vuole raggiungere individuato nella riunione d'equipe e registrato nel diario clinico. È possibile allora che in un gruppo verranno inseriti pazienti con situazioni cliniche diverse che richiederanno interventi specialistici diversi ma tutti dovranno avere lo stesso obiettivo terapeutico.

I programmi terapeutici erogabili dal Ser.T di Trento sono i seguenti:

Tipologia programma	Inquadramento	Obiettivo
Aggancio	Bassa evolutività	Ritenzione in trattamento e verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento.
Stabilizzazione	Alta evolutività	L'obiettivo di questo Pgt è contenere i sintomi, supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) e ridurre i rischi sanitari.
Induzione del cambiamento	Alta evolutività	Attivare le azioni necessarie per raggiungere l'astinenza in una diagnosi di dipendenza da sostanze o cessazione dei sintomi in una diagnosi di dipendenza non da sostanze. Riconoscere e affrontare gli eventuali elementi di problematicità correlati alla patologia.
Gestione del cambiamento	Alta evolutività	Promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento.

La bassa evolutività corrisponde ad una situazione clinica che, a giudizio dell'equipe curante, è caratterizzata da scarsa o nulla compliance del paziente all'assessment e/o alla proposta terapeutica finalizzata al cambiamento.

L'alta evolutività corrisponde ad una situazione clinica che, a giudizio dell'equipe curante, presenta la possibilità di perseguire obiettivi di cambiamento rispetto al sintomo presentato e/o alle condizioni che lo sostengono o lo aggravano. I progetti terapeutici complessivi che, come anticipato, sono costituiti da uno o più

interventi d'are specialistica inseriti contemporaneamente o in successione, sono stati definiti a seconda dell'obiettivo che l'equipe terapeutica intende perseguire. Per ogni progetto terapeutico inoltre sono stati definiti indicatori d'esito per il successo, successo parziale o insuccesso coerenti con l'obiettivo dichiarato. Nelle tabelle successive sono presentati in dettaglio i vari progetti terapeutici con i rispettivi indicatori d'esito.

Aggancio

Sono inseriti nel Pgt di Aggancio i pazienti che:

- a giudizio dell'equipe curante, sono in una fase pre-contemplativa o contemplativa come documentato anche nel profilo di disponibilità al cambiamento dal test MAC/E ($R \leq 32$);
- i pazienti che non sono completamente aderenti alla procedura di assessment. L'obiettivo di questo Pgt è la ritenzione in trattamento e la verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia.

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare l'obiettivo saranno:

- Percentuale di aderenza agli appuntamenti programmati;
- Valutazione clinica dell'equipe sul grado di compliance alle proposte terapeutiche;
- Disponibilità a discutere e condividere un progetto terapeutico volto al cambiamento.

INDICATORI D'ESITO

Obiettivo	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Ritenzione in trattamento Peso 80	Aderenza almeno all'80% degli appuntamenti programmati	Aderenza meno dell'80% degli appuntamenti programmati	Abbandono
Verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia Peso 20	Strutturazione di un Pgt volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia	Persistenza nel Pgt di aggancio	Abbandono

Stabilizzazione

Sono inseriti nel pgt di stabilizzazione i pazienti che:

- a giudizio dell'equipe curante, sono in fase di preparazione come documentato anche, per i dipendenti da eroina, dal profilo di disponibilità al cambiamento dal test MAC/E ($R \leq 32$);
- i pazienti sostanzialmente aderenti alle proposte terapeutiche ma che presentano delle "criticità" dal punto di vista tossicologico, internistico, sociale o psicologico non facilmente superabili o pienamente gestibili nel breve periodo.

L'obiettivo di questo Pgt è contenere i sintomi, supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) e ridurre i rischi sanitari.

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare il contenimento del sintomo saranno:

- Il controllo sull'uso di sostanze con una riduzione di almeno il 50% rispetto alla situazione all'ingresso (valutazione clinica e laboratoristica: matrice urinaria di norma settimanale e/o matrice cheratinica di norma trimestrale su un campione di tre cm);
- Riduzione della sintomatologia presentata in caso di una dipendenza non da sostanze (nella dipendenza da gioco o da shopping patologico la riduzione del 50% dei soldi spesi/mese nella dipendenza da internet riduzione del 50% delle ore/die di collegamento alla rete)

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) saranno:

- la modifica in positivo degli elementi di disagio psicologico rispetto al quadro iniziale documentato dalla valutazione di equipe eventualmente integrata da test ripetibili (SCL 90 e similari),
- la riduzione e/o assenza di nuovi procedimenti penali o comunque il non coinvolgimento in procedimenti penali qualora questi fossero precedentemente assenti;
- l'aumento delle giornate lavorative o mantenimento delle stesse qualora l'utente svolga lavoro regolare e/o attivazione di una progettualità in tal ambito (documentata dall'ASI);

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare la riduzione dei rischi sanitari:

- Aderenza ai comportamenti previsti dal counseling sanitario con conseguente miglioramento o stabilizzazione del disagio sanitario documentato dalla valutazione infermieristica alla data della valutazione rispetto al quadro iniziale.

INDICATORI D'ESITO

Obiettivo	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Contenere i sintomi Peso 60	Il 50% dei controlli dei metaboliti delle sostanze esaminate deve essere negativo. Riduzione del 50% della sintomatologia per una dipendenza non da sostanze a valutazione dell'équipe	Più del 50% dei controlli dei metaboliti delle sostanze esaminate risulta positivo. Riduzione meno del 50% della sintomatologia per una dipendenza non da sostanze	Nessuna sostanziale modifica rispetto al quadro iniziale
Migliorare la qualità della vita Peso 20	Raggiunti due o più elementi di miglioramento della qualità della vita	Raggiunto un solo elemento di miglioramento della qualità della vita	Nessun elemento raggiunto
Ridurre i rischi sanitari Peso 20	Aderenza totale ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Aderenza parziale fino al 50% ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Nessuna aderenza al counseling

Induzione del cambiamento

Sono inseriti nel Pgt d'induzione del cambiamento i pazienti che, a giudizio dell'equipe curante, sono:

- in fase di azione come documentato anche, per i dipendenti da eroina, dal profilo di disponibilità al cambiamento del test MAC/E ($R \leq 32$);
- hanno completato l'assessment multi professionale
- hanno un livello di adattamento sociale e/o familiare sintonico, come documentato dalla valutazione dell'equipe acquisiti i risultati dell'assessment multi professionale;
- non presentano gravi patologie mediche e/o psichiatriche scompenstate come documentato dalle valutazioni internistiche e/o psichiatriche.

L'obiettivo di questo Pgt è l'astinenza (in una diagnosi di dipendenza da sostanze) o cessazione dei sintomi (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze).

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare l'astinenza o la cessazione dei sintomi saranno:

- Il risultato dei test tossicologici ripetuti nel tempo (su matrice urinaria di norma a cadenza settimanale e/o su matrice cheratinica di norma trimestrale su un campione di tre cm)
- La % di sintomatologia presentata in caso di una dipendenza non da sostanze rispetto alla situazione iniziale all'inizio del progetto terapeutico

INDICATORI D'ESITO

Obiettivo	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Astinenza (in una diagnosi di dipendenza da sostanze) Peso 100	Assenza di uso durante il trattamento farmacologico (in una diagnosi di dipendenza da sostanze).	Riduzione dell'uso, dal 70 al 99 %, durante il trattamento farmacologico (in una diagnosi di dipendenza da sostanze).	Riduzione dell'uso < del 70% durante il trattamento farmacologico. (in una diagnosi di dipendenza da sostanze).
Cessazione dei sintomi (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze) Peso 100	Assenza di una sintomatologia correlata, durante qualsiasi forma di trattamento instaurata (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze).	Riduzione della sintomatologia, correlata, dal 70 al 99%, durante qualsiasi forma di trattamento instaurata (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze).	Riduzione della sintomatologia, correlata, < 70 %, durante qualsiasi forma di trattamento instaurata. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze).

Gestione del cambiamento

Sono inseriti nel Pgt di gestione del cambiamento i pazienti che, a giudizio dell'equipe curante:

- Sono in fase di mantenimento come documentato anche per i dipendenti da eroina, dal profilo di disponibilità al cambiamento del test MAC/E ($R \leq 32$);
- hanno completato un Pgt di induzione del cambiamento

L'obiettivo di questo Pgt è promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento.

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare questo obiettivo saranno:

- La documentazione di uno stadio di remissione protratta continuativa (assenza dei criteri del DSM IV per la diagnosi di dipendenza) sia per una dipendenza da sostanze sia per una dipendenza non da sostanze;
- La conclusione con successo di eventuali trattamenti farmacologici (per la dipendenza da sostanze).

INDICATORI D'ESITO

Obiettivo	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Consolidare i risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento Peso 100	Astinenza completa senza terapia farmacologica (in una diagnosi di dipendenza da sostanze). Cessazione dei sintomi. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze).	Fugaci e temporanee ricadute nel sintomo (durata max della ricaduta un mese).	Ricaduta persistente nel tempo (durata più di un mese).

Il peso assegnato ai vari indicatori nello specchio riassuntivo della valutazione dell'esito identifica l'importanza che il singolo indicatore ha nella determinazione dell'esito.

Nel caso in cui in per la determinazione dell'esito di un progetto terapeutico siano previsti più indicatori e non ci sia concordanza fra gli stessi, l'esito complessivo del progetto (successo, successo parziale o insuccesso) è determinato dall'indicatore con peso maggiore.

Nel periodo 2005-2010, il Ser.T di Trento ha attivato 4.459 progetti terapeutici rivolti a 1.669 soggetti tossicodipendenti (in carico ed in carico temporaneo), conclusi o interrotti nel periodo di riferimento. Il 56% di tali progetti terapeutici si è concluso con successo, il 26% con successo parziale ed il 18% con un insuccesso. La stratificazione per tipologia di programma mostra che i PT di Accoglienza e di Bassa Evolutività hanno avuto più frequentemente un insuccesso rispetto ai programmi di Alta Evolutività (rispettivamente, 21% e 18% vs. 15%) che, al contrario, presentano una percentuale di successo maggiore (59% vs. 56% dei programmi di Accoglienza e 52% di Bassa Evolutività).

Nella Tabella 2.9 si riporta la distribuzione degli esiti dei trattamenti negli anni considerati.

I fattori socio-demografici e della storia di abuso e terapeutica che influenzano la probabilità di successo o insuccesso dei diversi progetti terapeutici (e delle terapie mediche, per le quali esiste un sistema di codifica dei criteri che definiscono il successo/insuccesso del trattamento) sono attualmente oggetto di un progetto di ricerca sulla valutazione degli esiti dei trattamenti (Val.Evol), svolto in collaborazione con il Dipartimento delle Politiche Antidroga.

Tabella 2.10 Distribuzione percentuale degli esiti dei programmi terapeutici per tipologia di programma. Anni 2005-2010

		2005	2006	2007	2008	2009	2010
AAV	successo	55	59	49	57	61	57
	parziale	20	26	29	25	15	23
	insuccesso	25	15	22	19	24	20
AE	successo	55	61	65	59	55	59
	parziale	26	26	24	27	31	25
	insuccesso	19	13	11	14	14	16
BE	successo	67	55	42	47	49	54
	parziale	19	32	36	35	30	28
	insuccesso	14	13	22	18	21	18
Totale	successo	58	58	52	54	55	56
	parziale	21	28	30	29	24	25
	insuccesso	21	14	18	17	21	19

Criteria di qualità

I criteri di qualità definiscono le caratteristiche del servizio erogante e sono condizionati da una serie di variabili legate al tipo di organizzazione scelta ed alle caratteristiche sociali, culturali e politiche della realtà in cui la struttura opera (ambiente).

Per quanto riguarda il Ser.T di Trento sono stati individuati specifici indicatori di qualità, suddivisi per area, che il servizio si impegna a rispettare.

INTERVENTI SANITARI

Requisito di qualità	Indicatore	Standard
1 – Accessibilità	a) Orari di svolgimento delle prestazioni	Esistenza di fasce orarie notificate e rispettate almeno nell'80% dei casi
	b) Reclami dei clienti	Non superiori al 20%
2 – Documentabilità	a) Scheda scritta	Nel 100% dei casi
	b) Leggibilità	Nel 100% dei casi
	c) Rintracciabilità	Nel 100% dei casi
3 – Personalizzazione	a) Tempo per il paziente	Tempo della prestazione definito
	b) Interattività tra professionisti	Équipe dedicata con registrazione delle decisioni concordate
	c) Adeguato alla patologia	Nel 100% dei casi

INTERVENTI PSICOLOGICI

Requisito di qualità	Indicatore	Standard
1 – Definiti rispetto ad obiettivi	a] Predefinizione di un piano terapeutico	Almeno nel 90% dei casi
	b] Obiettivo concordato	Almeno 90% dei casi
	c] Previsione di verifica di congruità	Almeno 90% dei casi
2 – Aumento di compliance	a] Riduzione di drop-out	Interruzioni in corso non superiori a 40% nei primi sei mesi
	b] Adesione agli appuntamenti programmati	Almeno nel 60%
	c] Casi in trattamento da 6 mesi	Rispettivamente 50%
3 – Definiti rispetto al setting	a] Tempo/luogo/operatore	Almeno nel 90% dei casi
	b] Previsione dei tempi all'inizio	Almeno nel 90% dei casi

INTERVENTI SOCIALI

Requisito di qualità	Indicatore	Standard
1 – Definiti rispetto ad obiettivi	a] Protocolli operativi delle pratiche che il servizio offre	Almeno il 60% del lavoro deve rientrare nelle attività previste
	b] Semplicità della procedura burocratica	Realizzabile in 1-2 giorni
2 – Connessione alla rete dei servizi	a] Esistenza di protocolli tra servizi	Almeno nel 60% dei casi
	b] Esistenza di momenti di valutazione collegiale	Almeno nel 60% dei casi
	c] Esistenza di griglie di valutazione dei risultati	Almeno nel 60% dei casi
3 – Connessione con il progetto terapeutico	a] Verifiche con cadenze previste	Almeno nel 40% dei casi
	b] Grado di realizzazione del progetto terapeutico	Almeno nel 40%

Il controllo sulla corrispondenza fra l'erogato ed il dichiarato viene fatto con rilevazioni a campione ad intervalli di tempo variabili. Una particolare attenzione viene riservata ai reclami presentati dai pazienti: infatti, in ogni sede Ser.T, è presente una cassetta postale per i suggerimenti e reclami a disposizione di tutti gli utenti. Tutte le "lettere" vengono regolarmente lette e tutti i pazienti che si firmano ottengono una risposta dal direttore nell'arco massimo di un mese. Questo sistema consente di monitorare gli umori ed i suggerimenti provenienti dall'utenza ed è finalizzato alla strutturazione di un circolo virtuoso del reclamo.

3

Consumo di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione

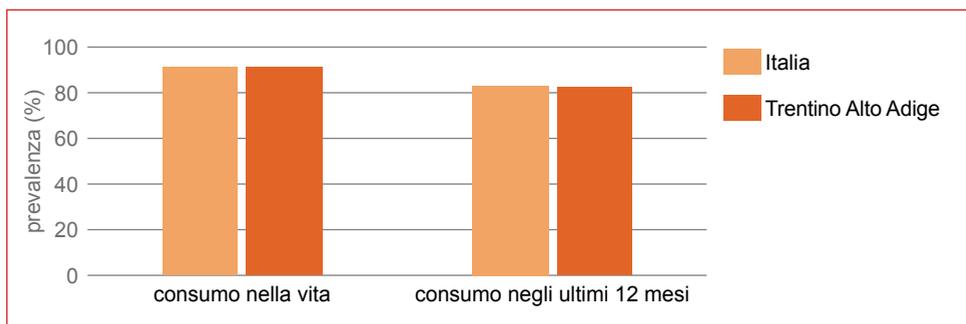
3.1 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione generale

L'indagine nazionale IPSAD®2010 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) 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 dal Consiglio Nazionale delle Ricerche attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione di soggetti rappresentativo della popolazione italiana di età compresa tra i 15 ed i 64 anni. I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Trentino Alto Adige sono stati estratti dall'indagine IPSAD®2010.

3.1.1 Consumi di alcol

Il 90,7% della popolazione di 15-64 anni residente in regione riferisce di aver consumato, almeno una volta nella vita, una o più bevande alcoliche e l'82% ha continuato a farlo nel corso degli ultimi 12 mesi, prevalenze simili a quelle registrate a livello nazionale (90,9% e 83,1%).

Grafico 3.1 *Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige*



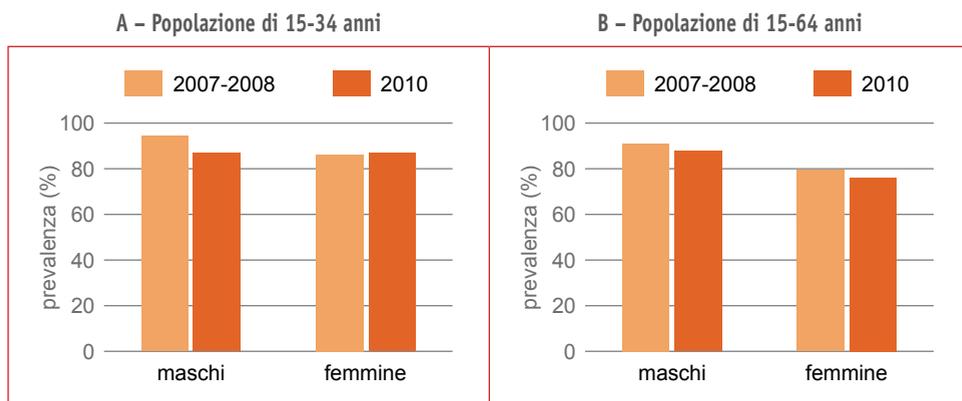
Elaborazione sui dati IPSAD®2010

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. L'87,4% dei maschi dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'ultimo anno contro il 76,4% delle femmine.

Tra i soggetti 15-34enni la prevalenza dei bevitori si attesta all'87,3% e per le femmine le prevalenze di consumo diminuiscono all'aumentare dell'età delle intervistate. Sono infatti le giovani che consumano alcolici in maniera più consistente (87,2%) rispetto alle donne di età più avanzata, mentre i maschi giovani tendono a consumare in percentuale non dissimile dai maschi di età maggiore (87,4%).

Rispetto alla rilevazione precedente, si osserva un decremento generale delle prevalenze (da 85,2% a 82,0%) da attribuire al calo dei consumi sia tra i maschi (da 90,7% a 87,4%) che tra le femmine (da 79,5% a 76,4%). Tra i giovani si nota un decremento nell'uso di bevande alcoliche (da 90,2% a 87,3%) da attribuirsi esclusivamente ai soggetti di genere maschile (da 94,2% a 87,4%).

Grafico 3.2 *Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*

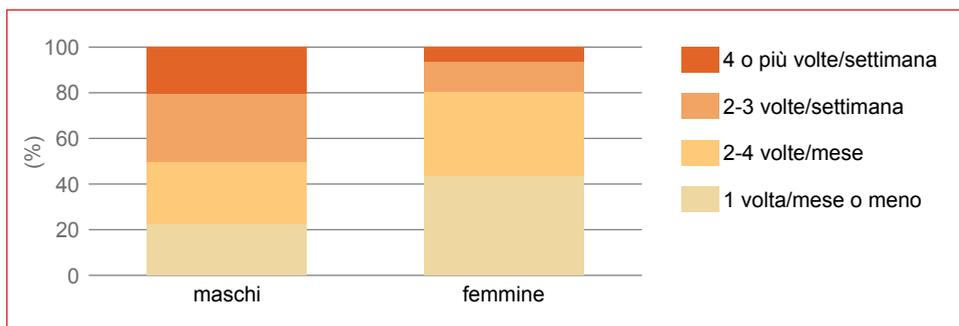


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Tra i maschi consumatori di alcol il 29,5% beve 2-3 volte la settimana ed il 27,4% 2-4 volte al mese. Tra le femmine invece la maggioranza delle bevitrice (42,6%) beve una volta al mese o meno ed una consistente quota (37,2%) beve 2-4 volte al mese, Bevono 4 o più volte la settimana il 21,2% dei maschi ed il 6,8% delle femmine (Grafico 3.3).

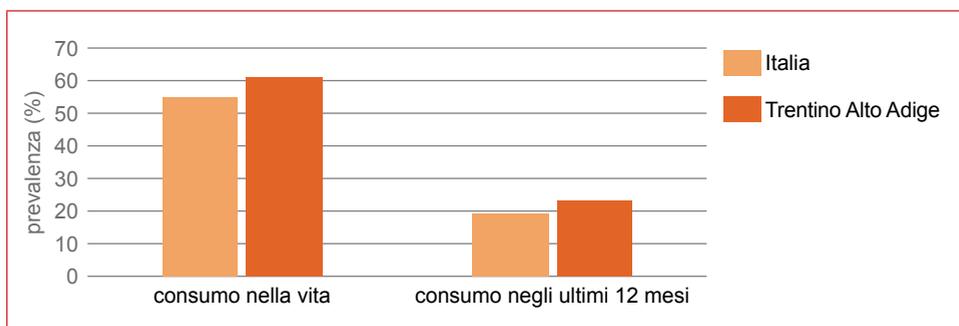
Il 60,7% della popolazione del Trentino Alto Adige dichiara di essersi ubriacato una o più volte nella vita, dato che risulta superiore alla prevalenza nazionale (54,4%); anche relativamente alla prevalenza d'uso negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista il dato regionale è superiore al nazionale: il 22,8% della popolazione regionale dichiara di essersi ubriacato, contro il 18,8%, dato italiano (Grafico 3.4).

Grafico 3.3 Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol nella popolazione generale per genere (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



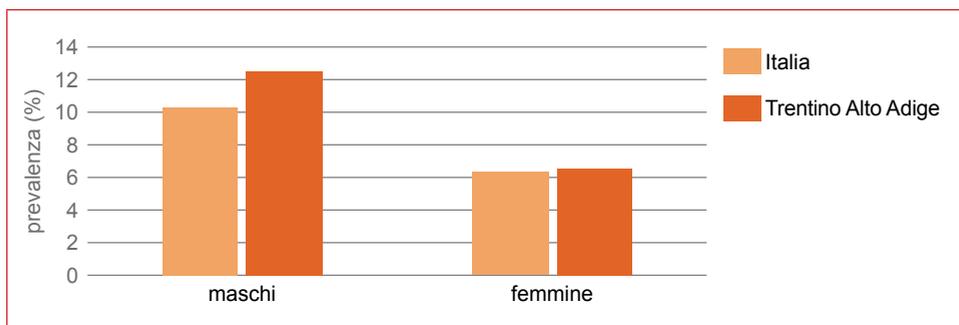
Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Grafico 3.4 Ubriacature nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Grafico 3.5 Prevalenza di soggetti, con profilo di rischio problematico, tra coloro che hanno consumato alcol almeno una volta nella vita, per genere. Confronto Italia-Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

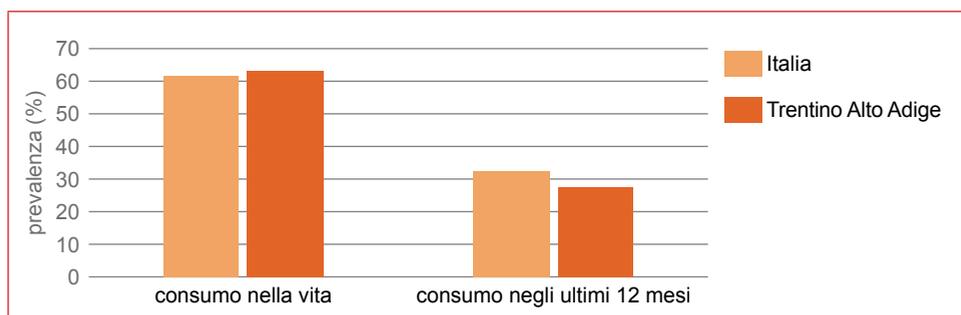
Il CAGE è uno strumento diagnostico per la diagnosi di alcolismo ed è inserito nel questionario IPSAD®2010. In Italia, tra coloro che riferiscono l'uso di alcol nella vita l'8,2% dei soggetti risulta avere un profilo che indica problemi di alcolismo

mentre in Trentino Alto Adige tale percentuale ammonta al 9,4%. Il rapporto tra maschi e femmine che rientrano in tale profilo è 1,6 come dato nazionale e 1,9 come dato regionale. È quindi proporzionalmente maggiore la quota dei maschi con un punteggio con profilo di rischio problematico rispetto alle femmine in Trentino Alto Adige piuttosto che in Italia (Grafico 3.5).

3.1.2 Consumi di tabacco

Il 63,1% della popolazione del Trentino Alto Adige di 15-64 anni ha provato a fumare sigarette almeno una volta nella vita ed il 27,2% ha proseguito nel corso dell'ultimo anno (Italia=61,3% e 32,1% rispettivamente).

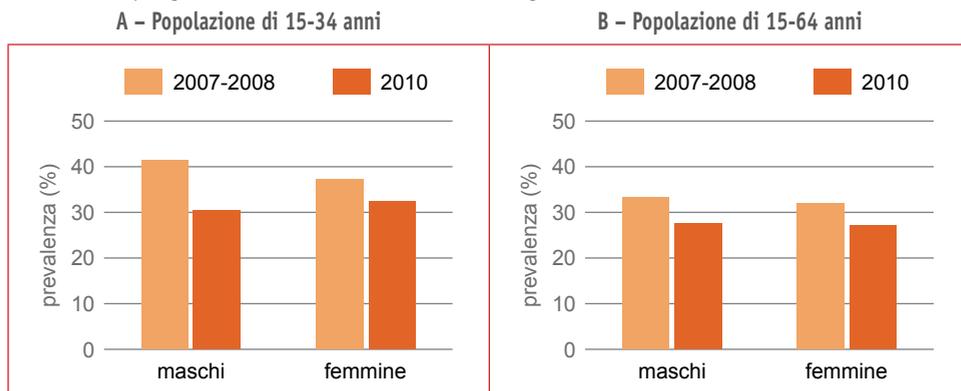
Grafico 3.6 *Usa di tabacco nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige*



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Confrontando i dati delle due rilevazioni IPSAD®2007-2008 ed IPSAD®2010 è possibile osservare, in Trentino Alto Adige, una diminuzione complessiva nel consumo di tabacco riferita agli ultimi 12 mesi (da 32,6% a 27,2%). Questo decremento è relativo anche alle fasce giovanili di popolazione (15-34 anni) (da 39,5% a 31,4%) e sono soprattutto i maschi giovani a contribuire a tale variazione (da 41,6% a 30,4%)

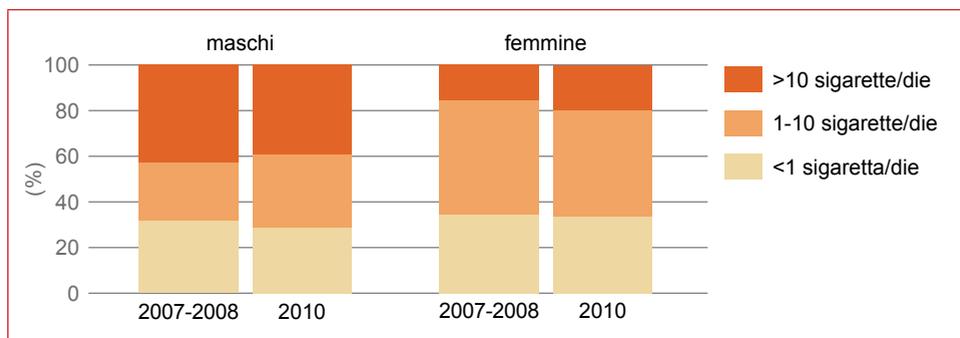
Grafico 3.7 *Usa di tabacco nella popolazione generale (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Tra i soggetti che hanno consumato tabacco nel corso dell'anno, il 39,3% del collettivo maschile ed il 20,4% di quello femminile ha riferito di aver fumato più di 10 sigarette al giorno, mentre per il 32,1% dei fumatori ed il 46,3% delle fumatrici si è trattato di fumare al massimo 10 sigarette al giorno.

Grafico 3.8 Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Trentino Alto Adige

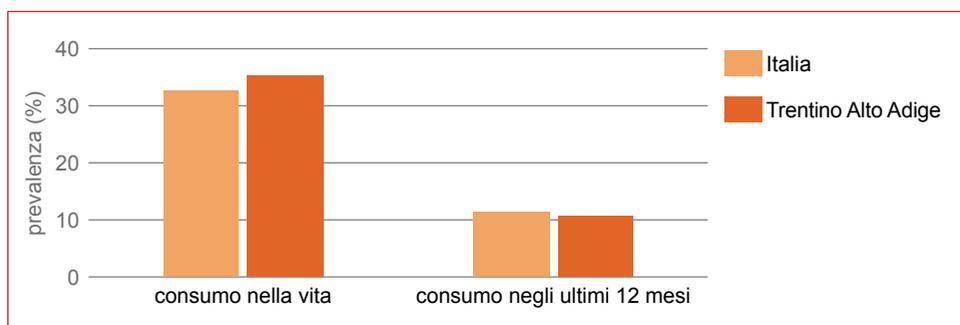


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

3.1.3 Consumi di cannabis

In Trentino Alto Adige, il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 35,1% della popolazione di 15-64 anni (Italia 32,5%), mentre il 10,5% ha continuato ad utilizzarne nel corso dell'ultimo anno (Italia: 11,1%). Rispetto alla precedente rilevazione, in cui il 14,3% della popolazione dichiarava di aver consumato cannabinoidi nei 12 mesi precedenti alla compilazione del questionario, si nota quindi una diminuzione.

Grafico 3.9 Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige



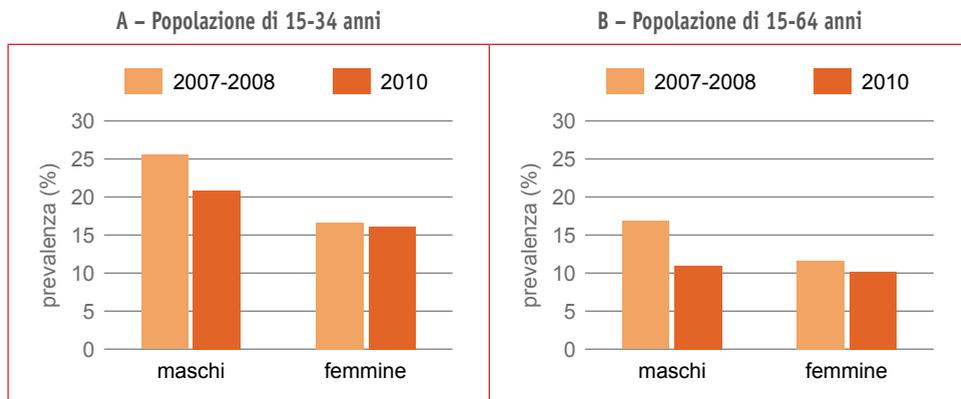
Elaborazione sui dati IPSAD®2010

I consumatori di cannabis

Il consumo di cannabis durante l'anno ha riguardato il 10,9% della popolazione maschile ed il 10,1% di quella femminile; dai dati del 2007-2008 risulta che tali consumi siano diminuiti.

In entrambi i generi l'uso di cannabis risulta più diffuso tra i soggetti giovani. Sono infatti pari al 18,4% della popolazione di 15-34 anni coloro che ne dichiarano l'uso nell'ultimo anno, dato anch'esso in diminuzione rispetto al passato (21,2%).

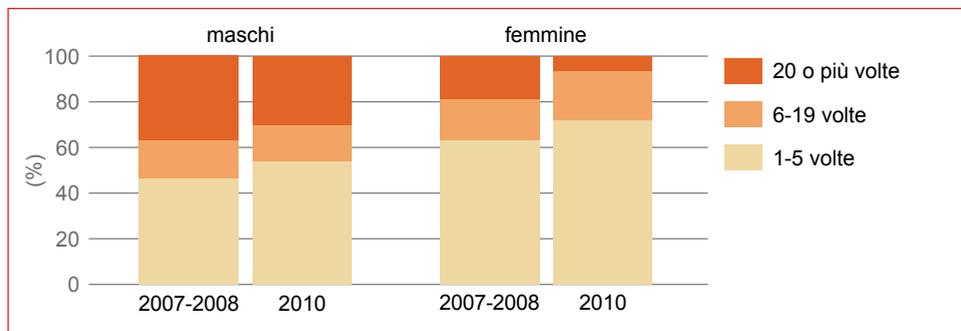
Grafico 3.10 *Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Tra i soggetti che hanno utilizzato cannabis negli ultimi 12 mesi, il 53,8% dei maschi ed il 71,4% delle femmine riferisce di averne consumato fino a 5 volte, mentre per il 30,8% dei consumatori maschi e per il 7,1% delle consumatrici si è trattato di un consumo frequente (20 o più volte durante l'anno).

Grafico 3.11 *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Trentino Alto Adige*



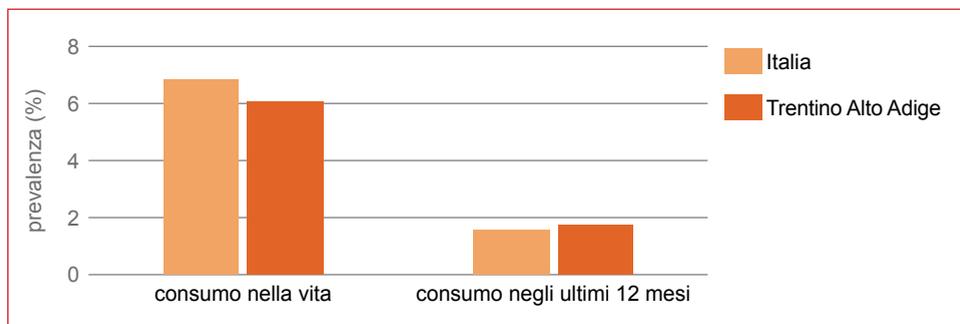
Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

3.1.4 Consumi di cocaina

Il 6% dei soggetti del Trentino Alto Adige (di 15-64 anni) ha assunto cocaina almeno una volta nella vita, mentre l'1,8% ammette di averne consumato anche nel corso dell'ultimo anno (le prevalenze nazionali si attestano invece al 6,8% e 1,6% rispettivamente).

Facendo un confronto con la precedente rilevazione (IPSAD®2007-2008) si nota una diminuzione in Trentino Alto Adige nella percentuale dei consumatori che raggiungeva il 2,5%.

Grafico 3.12 *Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige*

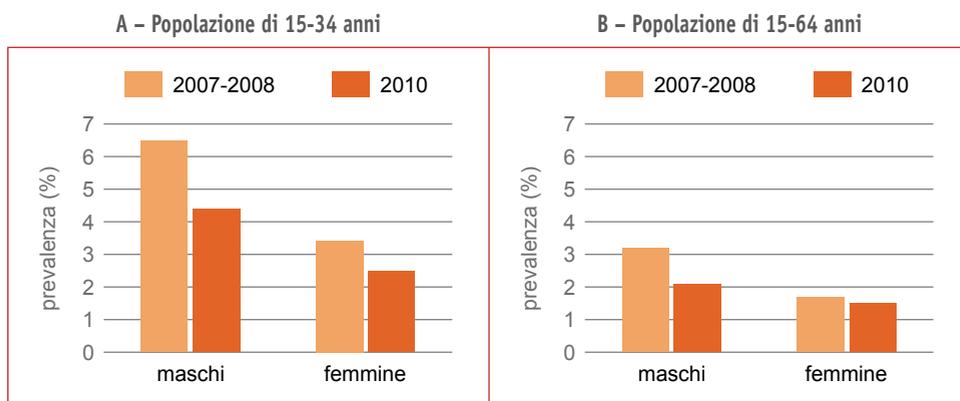


Elaborazione sui dati IPSAD®2010

I consumatori di cocaina

Ha consumato cocaina nell'ultimo anno il 2,1% dei maschi e l'1,5% delle femmine (mentre nel 2008 tali prevalenze erano pari al 3,2% e all'1,7%, rispettivamente). Il consumo di cocaina ha riguardato in particolar modo il genere maschile ed i soggetti di età compresa tra i 15 ed i 34 anni (3,5% dei giovani, complessivamente). I maschi in tale fascia di età consumano la sostanza nel 4,4% dei casi, mentre le femmine nel 2,5% dei casi, dato in diminuzione rispetto alla rilevazione precedente (m=6,5% e f=3,4%).

Grafico 3.13 *Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*

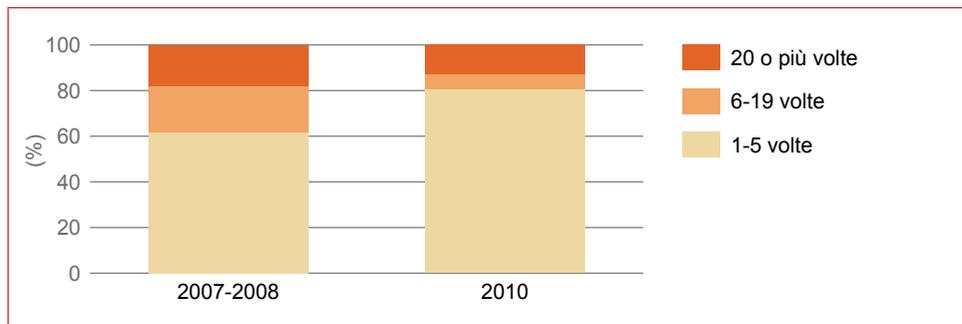


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Tra i soggetti che hanno utilizzato cocaina negli ultimi 12 mesi, l'80% ha riferito un consumo occasionale (da 1 a 5 volte nell'anno), mentre l'assunzione più fre-

quente (20 o più volte annue) ha caratterizzato il 13% di questi consumatori. Nella rilevazione precedente il 61% dei consumatori risultava di tipo occasionale ed il 18% consumava frequentemente. Tra i consumatori tende dunque ad aumentare la quota di coloro che fanno un uso occasionale della sostanza.

Grafico 3.14 Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Trentino Alto Adige

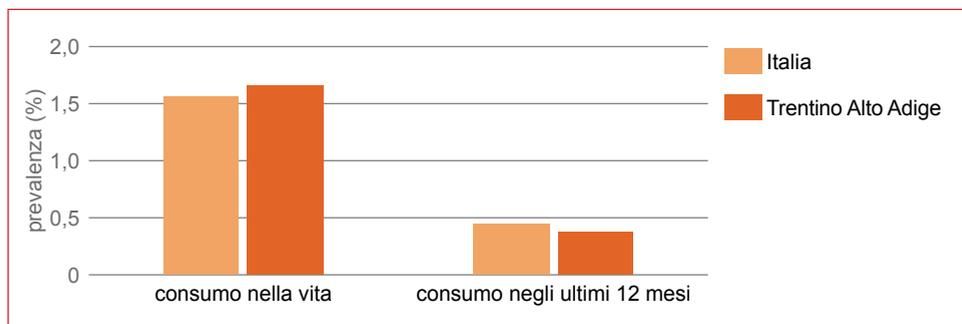


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

3.1.5 Consumi di eroina

L'1,7% della popolazione residente nella regione Trentino Alto Adige di età compresa tra i 15 ed i 64 anni riferisce di aver consumato eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,4%, anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario, ne ha fatto uso (Italia: 1,6% e 0,4%).

Grafico 3.15 Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige



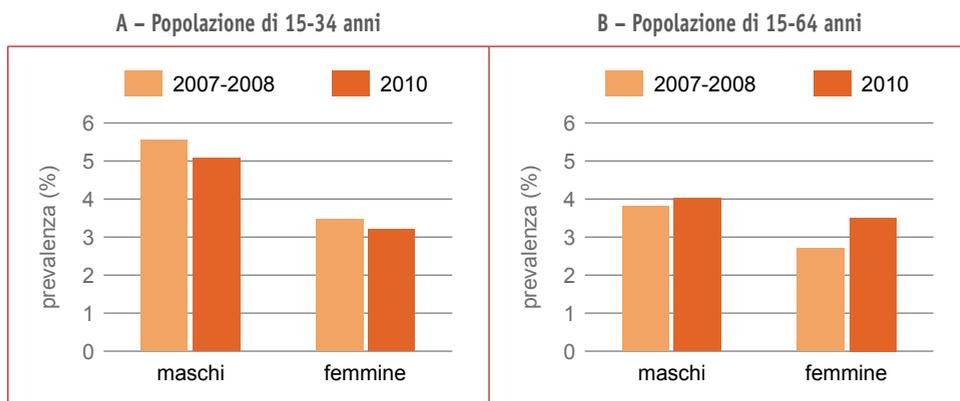
Elaborazione sui dati IPSAD®2010

I consumatori di eroina

Il consumo annuale di eroina ha coinvolto dunque complessivamente lo 0,4% della popolazione regionale sia maschile che femminile; dato in aumento rispetto alla precedente rilevazione, dati IPSAD®2007-2008 (0,3%). Il consumo di eroina, nei

soggetti di età inferiore ai 34 anni e relativo ai 12 mesi prima dell'intervista (0,4%) risulta invece in leggera diminuzione rispetto alla precedente rilevazione (0,5%) se considerato nel suo insieme; disaggregando per genere è possibile osservare una stabilità del dato nella popolazione femminile (0,3%) ed una diminuzione nella maschile (0,6% nella precedente rilevazione).

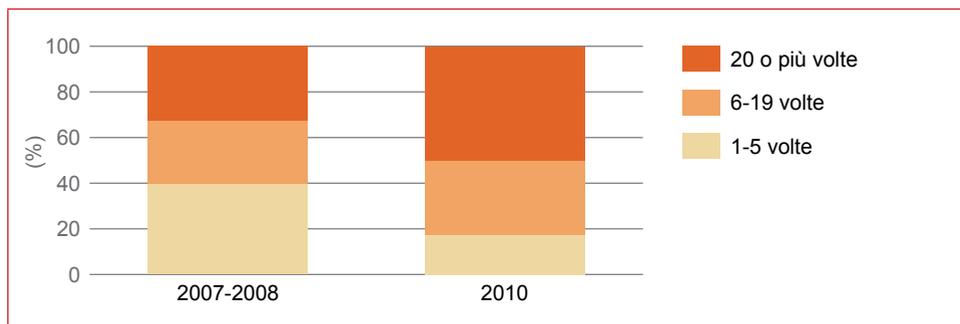
Grafico 3.16 *Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Tra le persone che hanno dichiarato di avere fatto uso di eroina negli ultimi 12 mesi il 16,7% ne ha fatto un uso sporadico ovvero un numero di volte inferiore o uguale a 5; un 33,3% ne ha fatto uso tra le 6 e le 19 volte e la metà di questa popolazione di utilizzatori ne ha fatto uso 20 volte o più nel corso dell'anno. Rispetto alla rilevazione precedente aumenta la percentuale dei consumatori frequenti che si attestavano al 33,3% e diminuisce quella degli occasionali che era del 38,9%.

Grafico 3.17 *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Trentino Alto Adige*



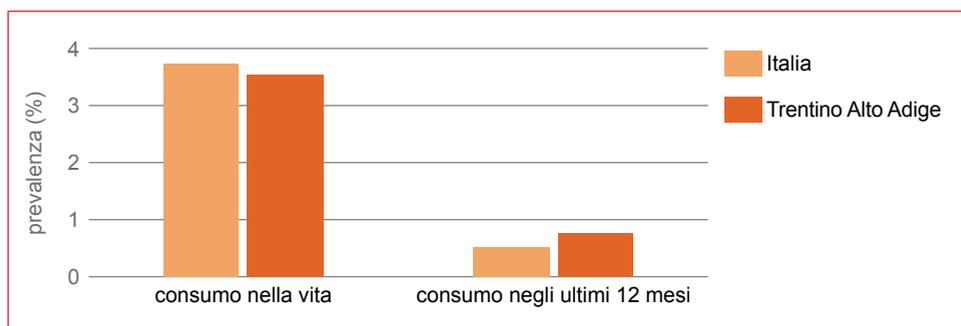
Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

3.1.6 Altre dipendenze

Stimolanti

Il 3,6% 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 e lo 0,8% ha assunto queste sostanze almeno una volta nel corso dei dodici mesi antecedenti lo svolgimento dell'indagine (Italia rispettivamente 3,8% e 0,5%).

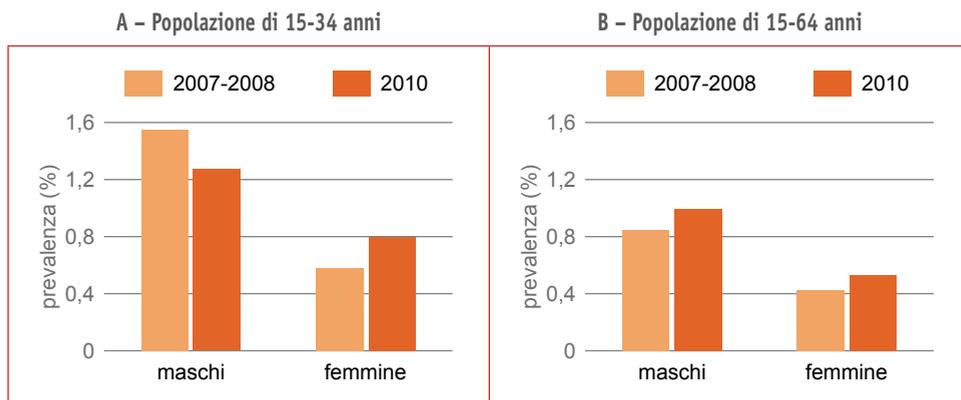
Grafico 3.18 *Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige*



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Durante l'ultimo anno, il consumo di sostanze stimolanti ha coinvolto soprattutto il genere maschile (m=1%; f=0,5%) ed i soggetti più giovani (15-34 anni) (m=1,3%; f=0,8%). Le prevalenze di consumo decrescono quindi in corrispondenza dell'aumentare dell'età degli intervistati. Rispetto alla precedente rilevazione si nota un aumento generale di tali consumi negli ultimi 12 mesi (da 0,6% a 0,8%) ed una leggera diminuzione tra i soggetti più giovani attribuibile esclusivamente ai maschi (da 1,6% a 1,3%).

Grafico 3.19 *Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*

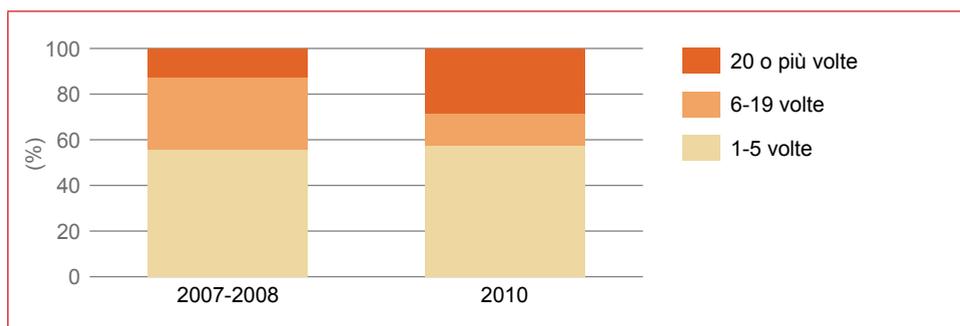


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

La tipologia di consumo prevalente di stimolanti è quella occasionale: il 57% dei consumatori ha utilizzato queste sostanze psicoattive da 1 a 5 volte nel corso di dodici mesi.

L'utilizzo frequente (20 o più volte in 12 mesi) è stato riferito dal 29% della popolazione, dato in forte aumento rispetto alla precedente rilevazione (13% dei consumatori). Diminuiscono invece coloro che dichiarano di aver consumato stimolanti tra le 6 e le 19 volte in un anno (da 32% a 14%).

Grafico 3.20 Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Trentino Alto Adige

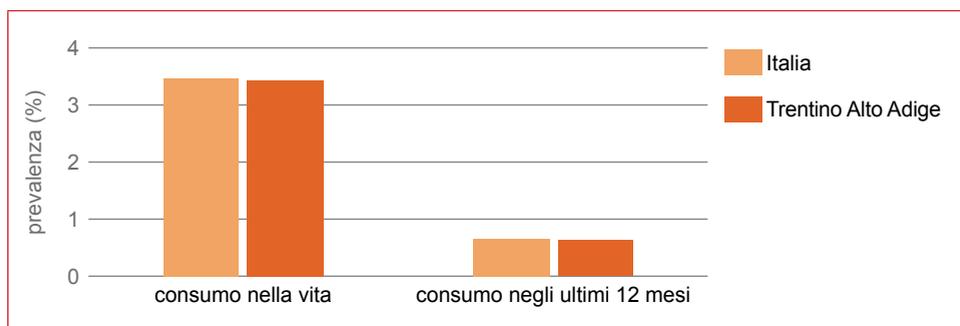


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Allucinogeni

Il 3,4% della popolazione regionale dichiara di aver sperimentato il consumo di allucinogeni (almeno una volta nella vita), mentre lo 0,6% ne ha assunto anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (Italia: 3,5% e 0,7%).

Grafico 3.21 Uso di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Trentino Alto Adige

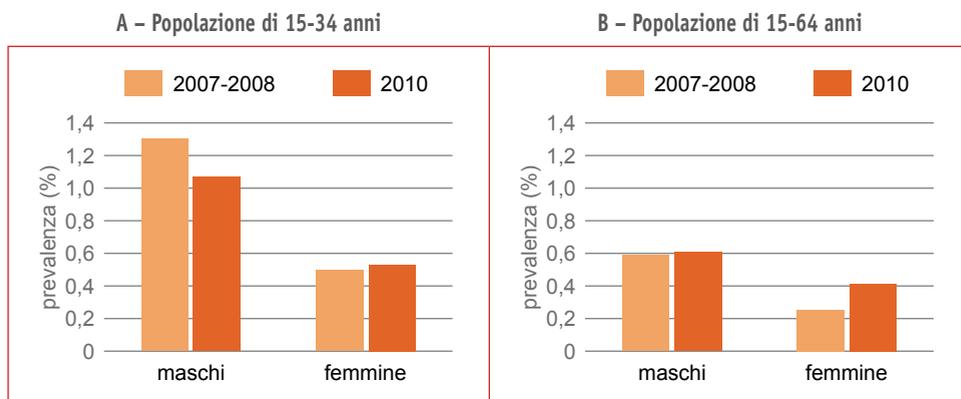


Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Sono i soggetti più giovani quelli che maggiormente utilizzano sostanze allucinogene (graf. 3.22). Lo 0,8% della popolazione di età inferiore ai 34 anni ha nel 2010 avuto questo tipo di consumi (1,1% i maschi e 0,5% le femmine). Rispetto alla

precedente rilevazione il consumo è in questa fascia di età leggermente diminuito (2007-2008: 0,9%), fenomeno da attribuire ai maschi (2007-2008: 1,3%). Il dato è caratterizzato da maggiore stabilità se si considera l'intera popolazione 15-64 anni.

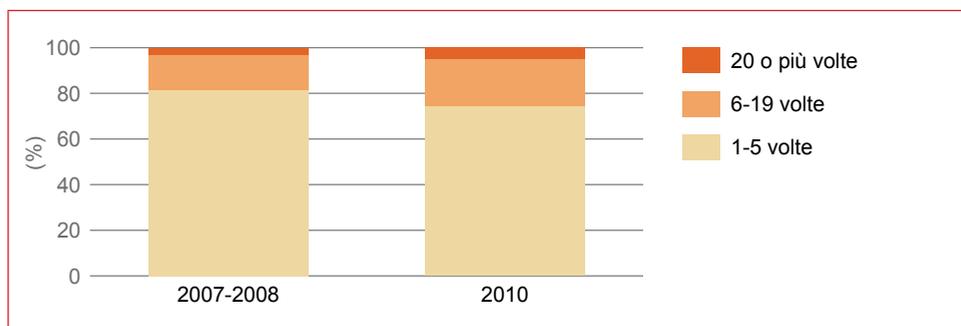
Grafico 3.22 *Uso di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Trentino Alto Adige*



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Il 74% dei consumatori dichiara di aver usato gli allucinogeni da una a 5 volte in un anno, il 21% tra le 6 e le 19 volte ed il 5% 20 o più volte. Nella precedente rilevazione si osserva invece, rispettivamente l'81%, il 16% ed il 3%, nelle tre categorie di frequenza di consumo.

Grafico 3.23 *Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Trentino Alto Adige*

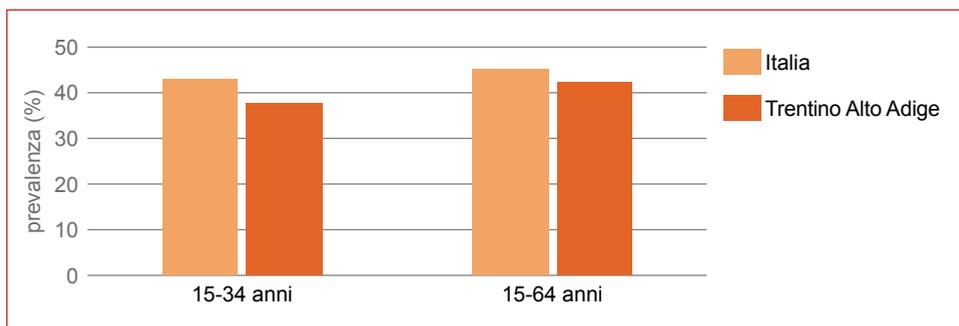


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Praticare giochi in cui si scommettono soldi

Nella regione Trentino Alto Adige, il 42% della popolazione 15-64 anni riferisce che almeno una volta nella vita ha fatto giochi in cui si puntano soldi (Italia: 45,2%). I soggetti di età minore ai 34 anni giocano meno degli altri, sia in Trentino Alto Adige (37,8%) che in Italia (43%).

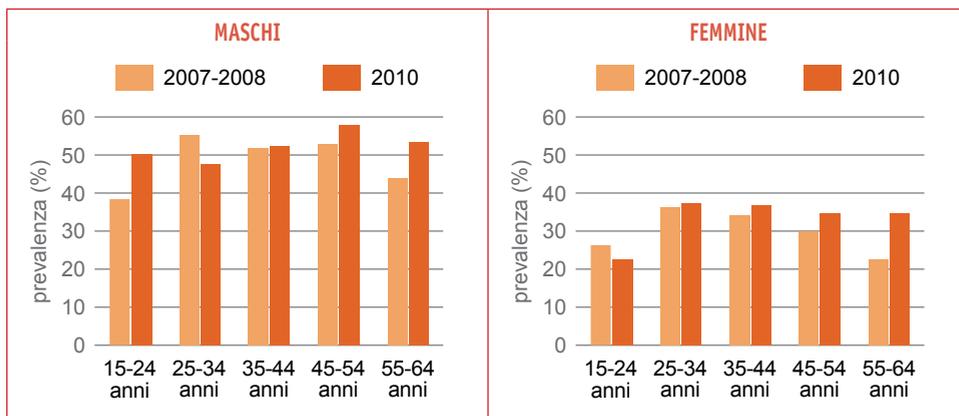
Grafico 3.24 Prevalenza gioco, in cui si scommettono soldi, nella popolazione generale (almeno una volta nella vita), articolata per classe d'età. Confronto Italia-Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Sono il 52,1% dei maschi ed il 33,2% delle femmine ad aver giocato almeno una volta. Rispetto alla precedente rilevazione si osserva un aumento in questo comportamento sia per quanto riguarda i maschi che le femmine (m=48,3%; f=30,9%). Se nel genere maschile le prevalenze più consistenti si osservano tra i soggetti di 45-54 anni (m=57,6%; f=34,8%), nel genere femminile si riscontrano tra le donne di età compresa tra i 25 ed i 34 anni (f=37,1%; m=47,4).

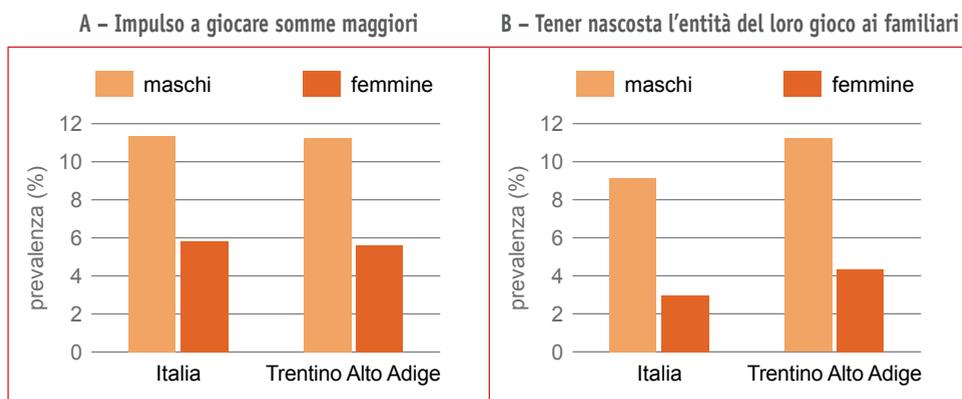
Grafico 3.25 Prevalenza gioco, in cui si scommettono soldi, nella popolazione generale (almeno una volta nella vita), articolata per genere e classe d'età. Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Tra i soggetti che hanno praticato giochi in cui si vincono o perdono soldi almeno una volta nella vita, l'11,2% dei maschi ed il 5,6% delle femmine riferisce l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti (Italia: m=11,4%; f=5,8%) e per l'11,2% ed il 4,4% dei collettivi rispettivamente maschile e femminile si è trattato di un comportamento da tenere nascosto ai propri familiari (Italia: m=9,1%; f=3%).

Grafico 3.26 Prevalenza , articolata per genere, tra coloro che hanno praticato giochi in cui si scommettono soldi. Confronto Italia-Trentino Alto Adige

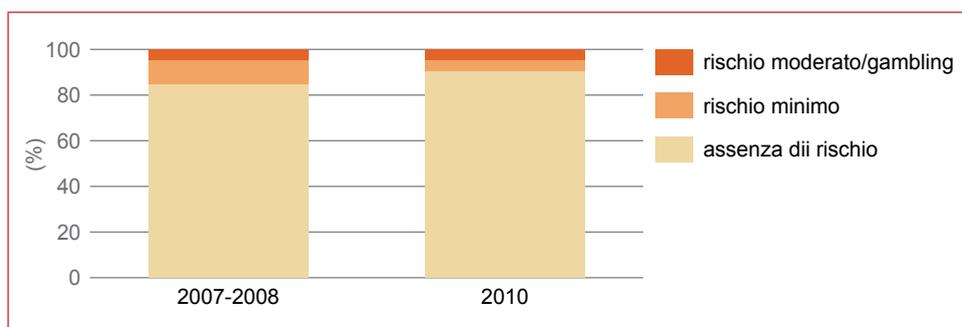


Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Le risposte fornite al questionario CPGI (Canadian Problem Gambling Index) dai soggetti che riferiscono di avere giocato somme di denaro, consentono di classificare i soggetti sulla base del grado di problematicità correlato al comportamento di gioco.

Per l'89,9% dei soggetti che in regione hanno praticato giochi in cui si vincono o perdono soldi risulta che il comportamento di gioco sia esente da rischio (2007-2008: 83,7%), per il 5% si tratta di un gioco associato ad un rischio minimo (2007-2008: 11,1%), mentre per un altro 5% si rileva la presenza di un rischio moderato o di gioco problematico vero e proprio (2007-2008: 5,2%).

Grafico 3.27 Distribuzione dei soggetti, nella popolazione generale, che hanno praticato giochi in cui si scommettono soldi; in base alla problematicità connessa a tale comportamento. Trentino Alto Adige

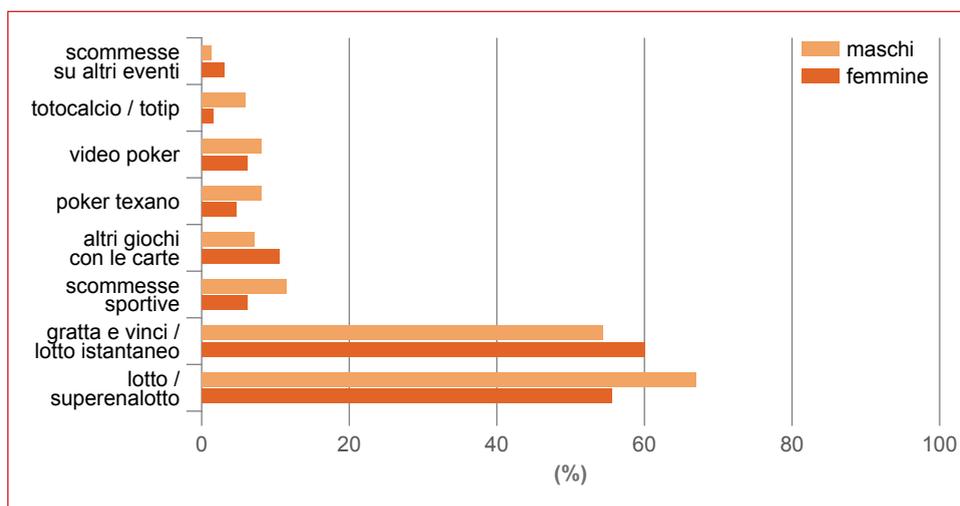


Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

I giochi più popolari risultano essere sia per i maschi che per le femmine il lotto e superenalotto (m=66,7%; f=55,2%) e il gratta e vinci e lotto istantaneo (m=54%; f=59,7%) (graf. 3.28).

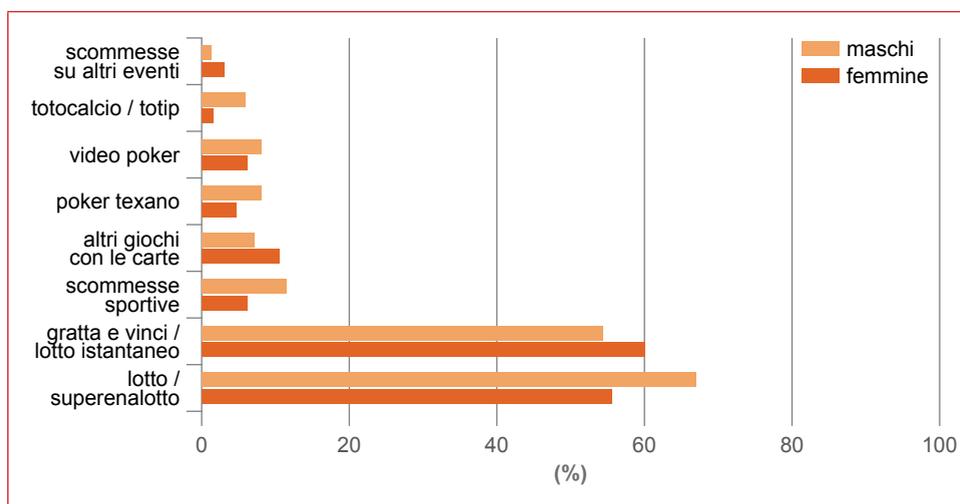
I luoghi del gioco sono prevalentemente i bar, tabacchi e pub (m=84,8%; f=84,6%), le case degli amici (m=10,1%; f=18,5%), le sale scommessa (m=11,4%; f=3,1%). Tra i giocatori il 67% ha speso meno di 10 euro in un anno (m=60,7%; f=75,6%), il 27,4% tra gli 11 ed i 50 euro (m=31,1%; f=22,2%), ed il 5,7% più di 51 euro (m=8,2%; f=2,2%) (graf. 3.29).

Grafico 3.28 Percentuale, negli ultimi dodici mesi, dei soggetti che hanno che hanno praticato giochi in cui si scommettono soldi: secondo la tipologia di gioco, articolata per genere. Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Grafico 3.29 Percentuale, negli ultimi dodici mesi, dei soggetti che hanno che hanno praticato giochi in cui si scommettono soldi: secondo il luogo di gioco, articolata per genere. Trentino Alto Adige



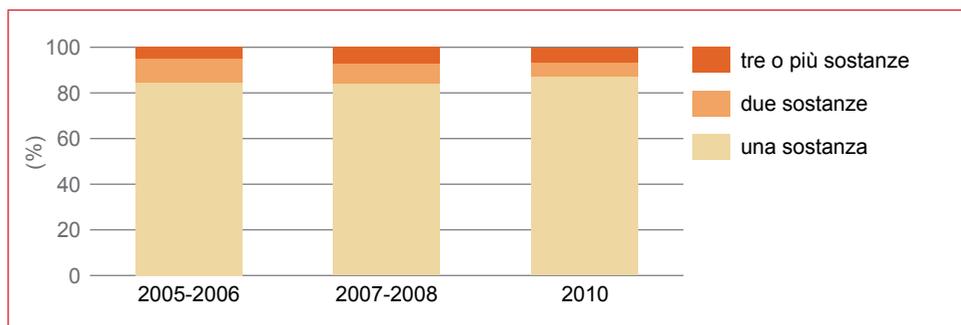
Elaborazione sui dati IPSAD®2010

3.1.7 Policonsumo

L'analisi riferita al consumo associato di più sostanze psicoattive, delinea in modo completo il quadro riferito ai consumi delle sostanze psicoattive illecite nella popolazione generale.

Il Grafico 2.28 rappresenta la distribuzione in base al policonsumo dei soggetti che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi. Nel 2010, tra coloro che hanno dichiarato di consumare sostanze illecite il 7% ha utilizzato tre o più sostanze, il 7% due sostanze e l'87% una sola sostanza illegale.

Grafico 3.30 Distribuzione percentuale dei soggetti nella popolazione generale che riferiscono l'uso di sostanze illegali in base al policonsumo, articolata per anno di rilevazione. Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

3.1.8 Primo contatto con le droghe, opinioni relative al loro uso e fattori associati

Come si può osservare dalla Tabella 3.1 le prime sostanze con le quali la popolazione entra in contatto sono l'alcol ed il tabacco.

L'età media in cui i soggetti di sesso maschile iniziano a consumare bevande alcoliche corrisponde a 15,4 anni nella precedente rilevazione e a 15,7 anni in base all'indagine più recente. L'età di primo utilizzo delle femmine è di 16,7 e 17 anni nelle due rilevazioni. Per entrambi i generi risulta dunque leggermente posticipata nell'ultima rilevazione.

Anche per quanto riguarda il fumo di sigarette e l'uso di sostanze illegali l'età di primo uso risulta maggiore dai dati del 2010.

I maschi, rispetto alle femmine, entrano in contatto più precocemente con le sostanze psicotrope e lo scarto di tempo tra i due sessi nelle due rilevazioni tende ad aumentare ad eccezione della cocaina che viene, nell'ultima indagine, mediamente utilizzata prima dalle ragazze (m=23,6 anni; f=23,1 anni).

La cocaina è inoltre la sostanza che viene consumata per la prima volta ad un'età maggiore e che fa rilevare la maggior differenza tra le due rilevazioni considerate. I luoghi in cui le sostanze illegali vengono più comunemente reperite dalla popolazione dei consumatori sono la strada per l'eroina (50%), le discoteche per la cocaina (47,1%), gli stimolanti (48,9%) e gli allucinogeni (39%), le case degli amici per la

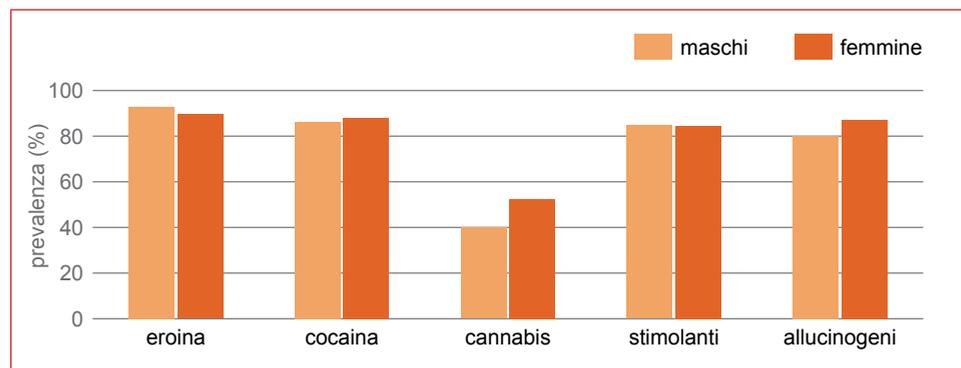
cannabis (54,1%). I soggetti più giovani (15-34 anni) reperiscono l'eroina anche a casa dello spacciatore (50%) e gli allucinogeni ai rave o ai concerti (59,3%). Per quanto riguarda la percezione del rischio per la propria salute nel fare uso di sostanze illegali (Grafico 3.31), per ogni sostanza si osserva una percentuale differente di coloro che ne percepiscono la pericolosità e una diversa considerazione del rischio tra uomini e donne, soprattutto relativamente alla cannabis (m=40,1%; f=52,1%) ed agli allucinogeni (m=80,2%; f=86,8%).

Tabella 3.1 *Età media di primo utilizzo delle sostanze psicoattive, articolata per genere e anno di rilevazione. Trentino Alto Adige. Confronto anni 2007-2008, 2010*

	2007-2008		2010	
	maschi	femmine	maschi	femmine
alcol	15.4	16.7	15.7	17.0
prima sigaretta	15.8	16.3	16.1	17.0
cannabis	18.0	18.1	17.9	18.7
cocaina	20.2	21.2	23.6	23.1
stimolanti	18.4	19.6	18.0	20.7

Elaborazione sui dati IPSAD®2007-2008 e IPSAD®2010

Grafico 3.31 *Prevalenza di soggetti che riferiscono rischio elevato nel far uso di sostanze, articolata per genere. Regione Trentino Alto Adige*

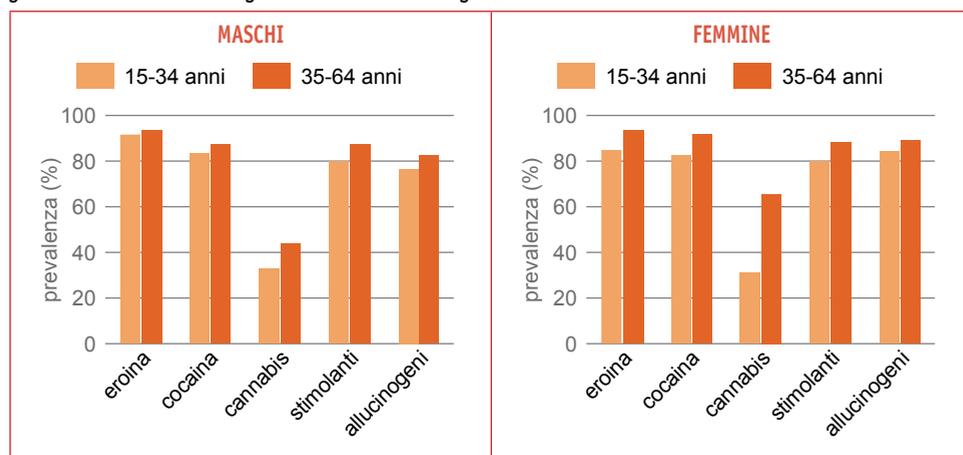


Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Sia per i maschi che per le femmine la percentuale dei soggetti che considera pericolosa l'assunzione di sostanze illegali aumenta al crescere dell'età. Questo si osserva in modo particolare per le donne.

Considerano rischioso l'uso di cannabis il 31,1% delle donne tra i 15 ed i 34 anni ed il 65% delle 35-64enni; anche tra gli uomini la differenza nella percezione del rischio è massima in relazione all'uso di cannabis (15-34 anni: 33,3%; 35-64 anni: 43,9%).

Grafico 3.32 Prevalenza di soggetti che riferiscono rischio elevato nel far uso di sostanze, articolate per genere e classe di età. Regione Trentino Alto Adige



Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Tabella 3.2 Prevalenza di comportamenti a rischio, distribuzione per uso di sostanze illegali

Fattori associati	Negli ultimi 12 mesi (%)			p value
	Nessuna sostanza	Una sostanza	Due o più sostanze	
<i>Comportamenti a rischio (negli ultimi dodici mesi)</i>				
essere stati coinvolti in litigi o discussioni violente	66,1	76,7	70,6	p<0.05
essere stati coinvolti in risse	2,9	11,3	11,8	p<0.001
essere avuto incidenti o ferimenti	5,9	12,0	11,8	p<0.05
aver perso soldi o oggetti di valore	8,0	18,1	47,1	p<0.001
aver avuto guai con la polizia	0,8	1,5	23,5	p<0.001
aver avuto esperienze sessuali di cui si è pentiti	4,1	15,0	41,2	p<0.001
aver avuto rapporti sessuali non protetti	6,7	22,6	52,9	p<0.001
perdere in giochi o denato più soldi di quanto si voleva	1,8	3,8	11,8	p<0.01
aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	5,3	7,5	29,4	p<0.001
<i>Consumo e/o abuso di sostanze psicoattive legali e problematicità al gioco</i>				
aver praticato binge drinking negli ultimi 30 giorni	5,0	28,9	61,1	p<0.001
fumare almeno una sigaretta al giorno	17,1	52,3	94,4	p<0.001
avere avuto un punteggio con profilo rischio problematico al CAGE	8,2	23,3	38,9	p<0.001
avere avuto un punteggio con profilo rischio problematico al CGPI	4,7	7,9	33,3	p<0.01
<i>Aver vissuto situazioni problematiche (negli ultimi dodici mesi)</i>				
aver avuto gravi problemi nel rapporto con parenti	5,2	7,6	23,5	p<0.01
essere stata vittima di rapine/furti	4,8	8,3	23,3	p<0.001

Elaborazione sui dati IPSAD®2010

Il questionario IPSAD®2010 va a rilevare, oltre al possibile utilizzo di sostanze psicotrope, comportamenti di altro tipo che possono essere più o meno associati all'uso di una o più sostanze. La Tabella 3.2 mostra, in valori percentuali, la distribuzione di specifici comportamenti nella popolazione in base al consumo di una o più sostanze.

Ad esempio l'essere stati coinvolti in risse risulta molto più frequente tra coloro che utilizzano una sostanza illegale (11,3%) piuttosto che tra coloro che non lo fanno (2,9%). Questo vale anche per l'aver perso oggetti di valore (18,1% vs 8,0%), per aver avuto esperienze sessuali di cui si è pentiti (15% vs 4,1%), l'aver avuto rapporti sessuali non protetti (22,6% vs 6,7%).

Anche tra il consumare una sostanza illegale ed il consumarne due o più si osservano differenze nelle percentuali dei comportamenti menzionati, nell'aver fatto incidenti alla guida di un veicolo (29,4% vs 7,5%) ed in altre situazioni specifiche che riguardano anche problemi familiari.

L'aver praticato binge drinking negli ultimi 30 giorni, il fumare sigarette, l'aver avuto un punteggio con profilo di rischio problematico al CAGE sono comportamenti anch'essi che aumentano percentualmente nel passaggio tra il non usare sostanze, l'uso di una sostanza ed il policonsumo.

3.2 Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio nella popolazione studentesca

I dati relativi all'uso di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione degli studenti delle scuole superiori della provincia di Trento, sono stati estratti dallo studio ESPAD®Italia, condotto nell'anno 2010.

Attraverso l'autocompilazione di un questionario cartaceo anonimo, l'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare la quota di studenti di 15-19 anni che ha consumato sostanze psicoattive in determinati intervalli di tempo: nel corso della vita, dell'ultimo anno, dell'ultimo mese, frequentemente o quotidianamente.

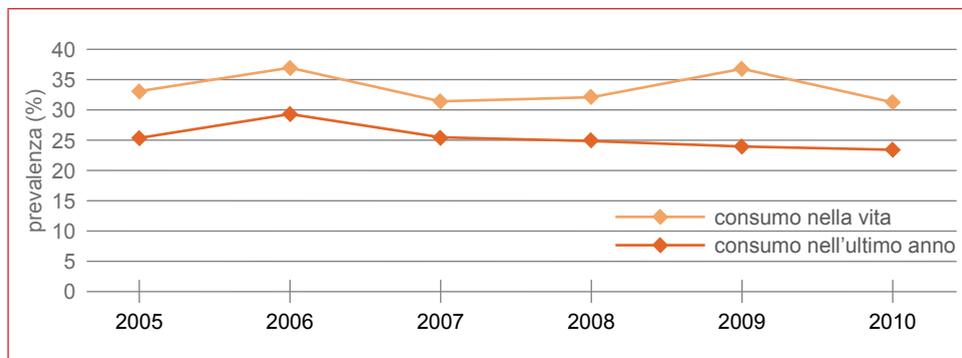
Il consumo "nella vita" o "una tantum" (prevalenza "life time") definisce la quota di soggetti che ha sperimentato il consumo di specifiche sostanze psicoattive, mentre i consumi riferiti "agli ultimi 12 mesi" (prevalenza "last year") e "agli ultimi 30 giorni" (prevalenza "last month") riflettono i comportamenti più recenti e adottati allo stato attuale. Le evidenze che emergono permettono di comprendere l'andamento del fenomeno del consumo delle sostanze e lo stile di utilizzo delle stesse per meglio indirizzare le iniziative di prevenzione sul territorio.

3.2.1 Consumo di sostanze psicoattive illegali

Il 31,4% degli studenti di 15-19 anni della regione Trentino Alto Adige dichiara nel 2010 di aver utilizzato sostanze illegali una o più volte nella vita. Questo dato risulta massimo nel 2009 (37%) e nel 2006 (37,1%). Nell'anno 2010, il 23,5% degli

studenti di Trento dichiara di aver consumato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso dell'ultimo anno. Il consumo annuale, dopo il picco registrato nell'anno 2006 (29%), evidenzia successivamente un progressivo decremento.

Grafico 3.33 *Usa di almeno una sostanza psicoattiva (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2010*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

Di seguito verranno espone le prevalenze d'uso di ciascuna sostanza psicoattiva legale ed illegale, analizzato il fenomeno del policonsumo, della propensione a praticare giochi in cui si vincono o perdono soldi, dei disturbi alimentari, dell'età di primo uso e sperimentazione delle sostanze psicoattive, della percezione del rischio ed l'accessibilità correlate all'utilizzo delle droghe.

3.2.2 Consumi di alcol

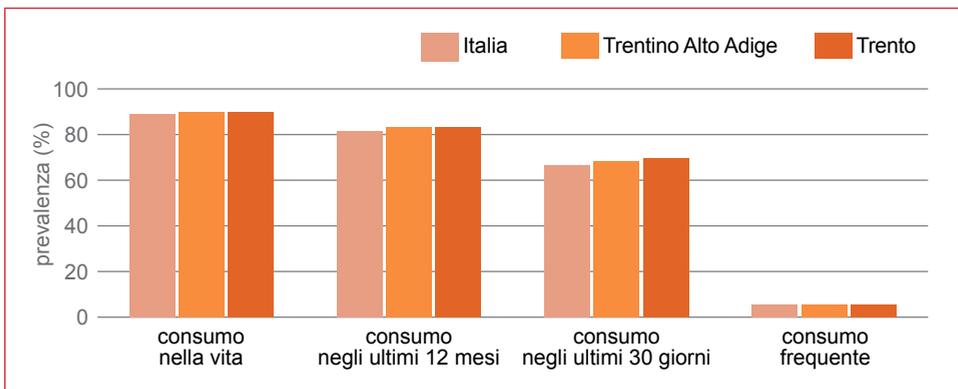
Il 90,7% degli studenti di 15-19 anni delle scuole di Trento ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nella vita, l'84,1% lo ha fatto negli ultimi 12 mesi e il 70,1% negli ultimi 30 giorni.

Nella regione Trentino Alto Adige tali consumi risultano analoghi mentre, a livello nazionale, si osservano prevalenze leggermente inferiori (consumo nella vita 89,4%; consumo negli ultimi 12 mesi 82%; consumo negli ultimi 30 giorni 66,9%). Il consumo frequente riguarda il 5,8% degli studenti della regione Trentino Alto Adige e della provincia di Trento ed il 5,7% degli studenti italiani (Grafico 3.34). Il consumo di bevande alcoliche caratterizza la maggior parte degli studenti trentini di entrambi i generi (m=84,9%; f=83,5%) e di tutte le classi di età, aumentando progressivamente in corrispondenza dell'età.

Il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili non evidenzia importanti differenziazioni di genere, mantenendosi pari a 1 in tutte le classi di età (Grafico 3.35).

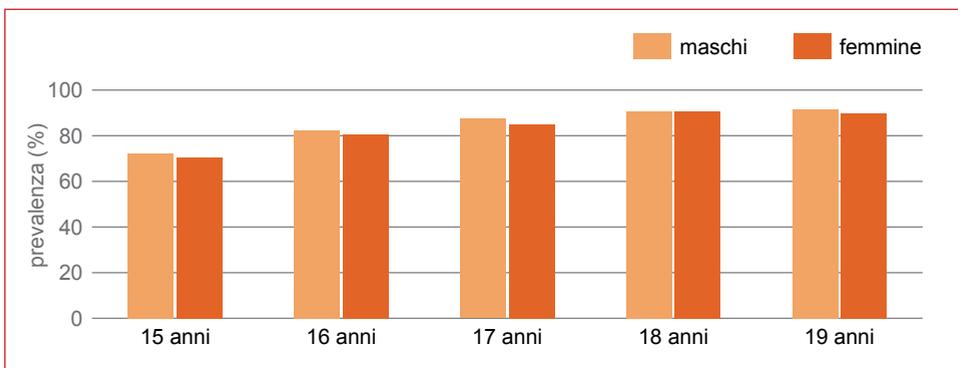
Tra gli studenti di Trento che hanno assunto bevande alcoliche durante l'anno (Grafico 3.36) prevale il consumo circoscritto alle 6-39 volte annue per i maschi (36%), ed alle 1-5 volte per le femmine (40%).

Grafico 3.34 *Uso di alcol (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo quotidiano). Confronto Italia - Trentino Alto Adige - Trento*



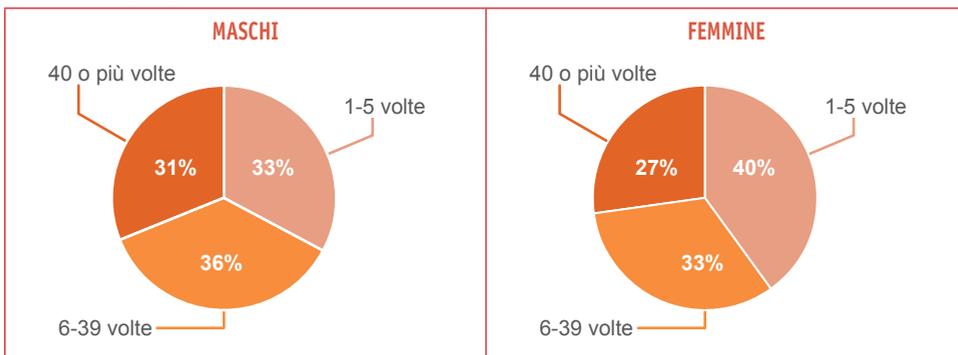
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.35 *Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

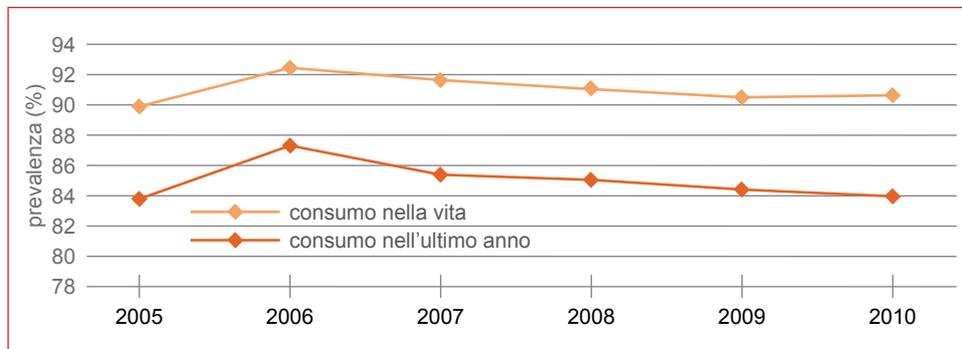
Grafico 3.36 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione studentesca provinciale non ha subito rilevanti variazioni nel corso degli ultimi anni, sia considerando il consumo sperimentale che quello annuale.

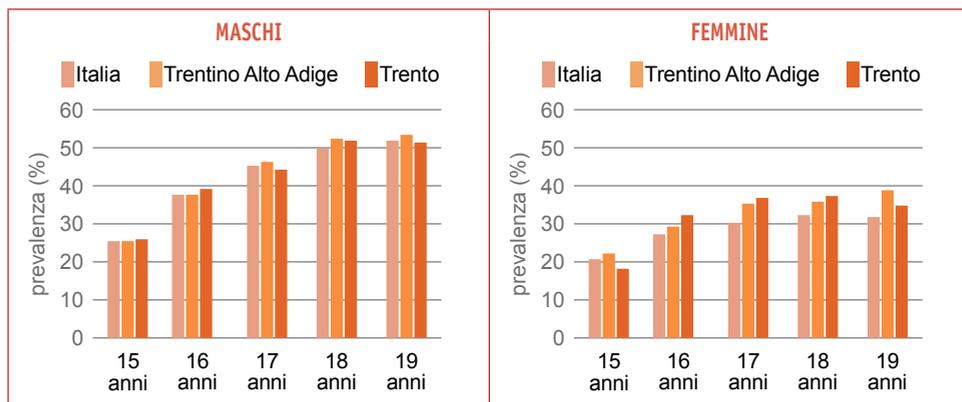
Grafico 3.37 *Uso di alcol (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2010*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

In provincia il 42,6% degli studenti ed il 32,2% delle studentesse hanno praticato il binge drinking (assumere 5 o più volte bevande alcoliche in un'unica occasione) nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario. I consumi più elevati si osservano tra i maschi di 18 e 19 anni (52,2% e 51,7% rispettivamente) e tra le femmine di 17 e 18 anni (37,2% e 37,4% rispettivamente). Hanno praticato il *binge drinking* il 42,9% degli studenti maschi ed il 32,4% delle studentesse della regione Trentino Alto Adige ed il 42,6% degli studenti maschi ed il 29% delle studentesse a livello nazionale.

Grafico 3.38 *Binge drinking (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*

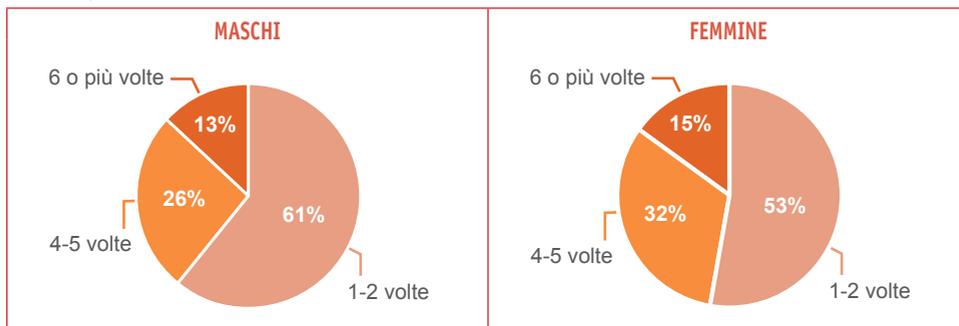


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Tra i *binge drinkers*, il 61% dei maschi ed il 53% delle femmine lo ha fatto al massimo due volte in un mese, mentre il 13% del collettivo maschile ed il 15% del femminile lo ha praticato 6 o più volte (graf. 3.39).

Nel corso degli anni, tra gli studenti trentini si evidenzia un leggero decremento nell'aver recentemente praticato il *binge drinking* (nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine), passando dal 42,1% del 2007 al 37,2% del 2010.

Grafico 3.39 *Frequenza di binge drinking fra coloro che l'hanno praticato (almeno una volta negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*

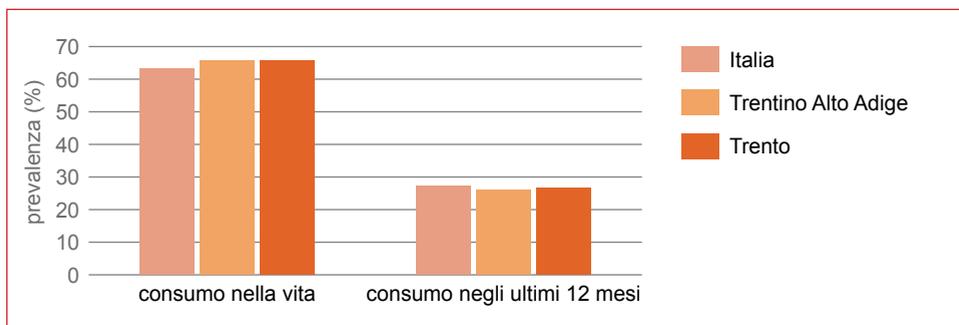


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

3.2.3 Consumi di tabacco

Il 66,6% degli studenti della provincia di Trento ha provato almeno una volta a fumare tabacco e per il 26,6% il consumo di sigarette è stato quotidiano (Italia: 63,6% e 27,4%; Trentino Alto Adige: 66,1% e 26%).

Grafico 3.40 *Uso di tabacco (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*

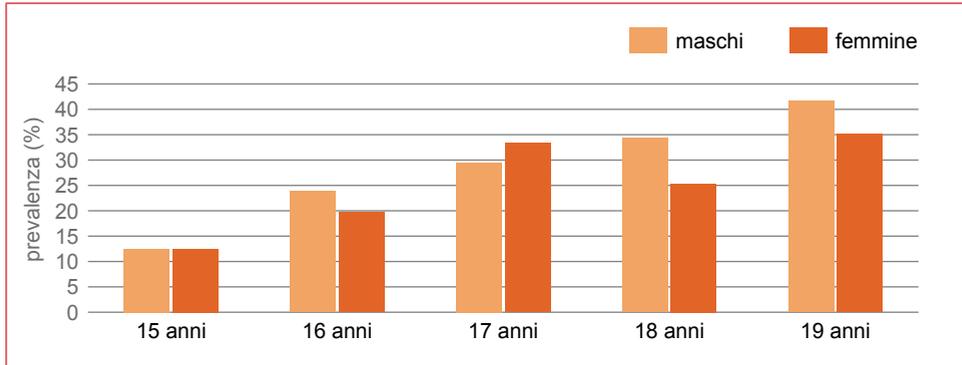


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Nel corso dell'anno 2009 in provincia di Trento il consumo di tabacco nella popolazione studentesca ha coinvolto il 28,1% dei maschi ed il 25,2% delle femmine, con prevalenze che tendono ad aumentare progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori più elevati tra gli studenti di 19 anni (m=41,8%;

f=35,2%). Il rapporto tra la prevalenza d'uso dei maschi e quella delle femmine risulta massima nei soggetti di 18 anni in cui per ogni femmina fumatrice si osservano 1,4 maschi fumatori (m=34,4%; f=25,3%) e minima nei soggetti di 17 anni per i quali si osserva che la prevalenza d'uso femminile è invece maggiore della maschile (m=29,5%; f=33,2%).

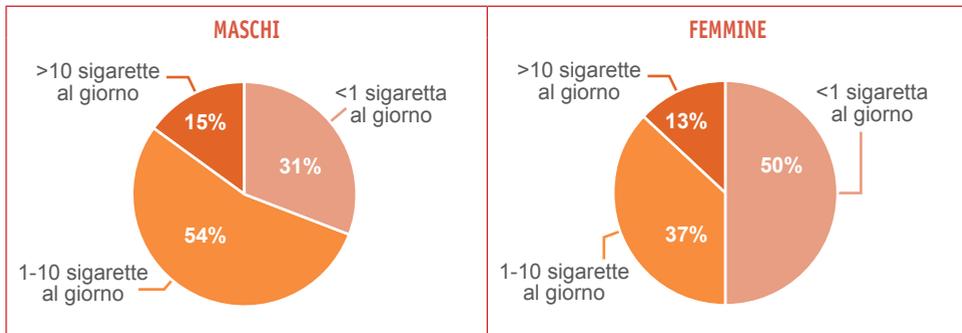
Grafico 3.41 *Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti che hanno consumato tabacco nel corso dell'ultimo anno, il 54% dei maschi ed il 37% delle femmine hanno fumato tra una e 10 sigarette al giorno, mentre il 15% del collettivo maschile ed il 13% di quello femminile ne ha fumate più di 10.

Grafico 3.42 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*

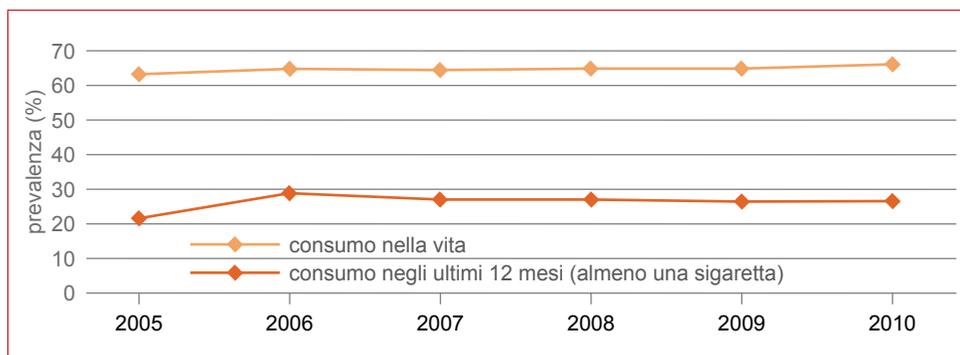


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

La sperimentazione del consumo di tabacco ha coinvolto per il 2010 il 66,3% della popolazione studentesca provinciale e, rispetto alle rilevazioni precedenti si nota un lieve aumento dal 2005, anno in cui la prevalenza era pari al 63,2%.

Il consumo annuale, dopo l'incremento registrato dal 2005 al 2006 (da 22% a 29%), non subisce variazioni, per attestarsi al 26,6% dell'ultima rilevazione.

Grafico 3.43 *Usa di tabacco (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2010*



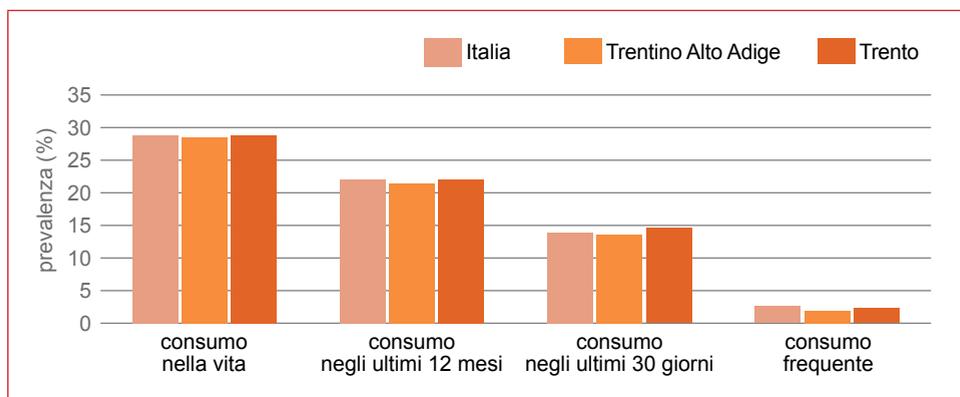
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

3.2.4 Consumi di cannabis

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 29% degli studenti trentini, mentre il 22,1% ne ha consumato nell'ultimo anno (Italia: 29,1%, 22%; Trentino Alto Adige: 28,5%, 21,5%).

Il 13,7% degli studenti ha assunto cannabis nei 30 giorni antecedenti l'indagine e circa l'1,3% della popolazione studentesca provinciale ne ha fatto un uso frequente, definito come 20 o più volte nell'ultimo mese (Italia=14% e 2,6%; Trentino Alto Adige=13,7% e 2%).

Grafico 3.44 *Usa di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia - Trentino Alto Adige - Trento*

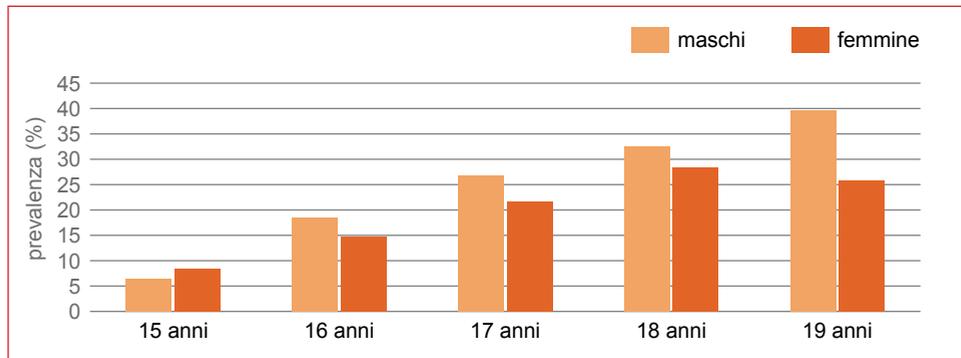


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il consumo di cannabis durante l'ultimo anno, che ha coinvolto il 24,6% dei maschi ed il 19,8% delle femmine, è correlato all'età degli studenti: tra i maschi, le prevalenze passano da 6,6% dei 15enni a 39,7% dei 19enni, mentre tra le femmine

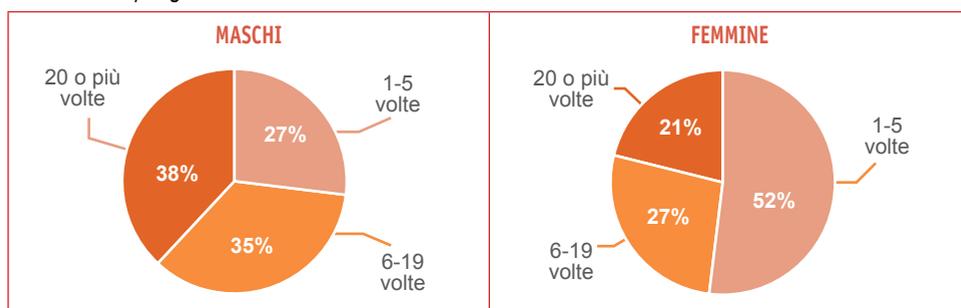
da 8,3% a 25,8%. Tra le femmine si nota una diminuzione nella prevalenza d'uso di 2,6 punti percentuali nel passaggio tra i 18 (28,4%) ed i 19 anni.

Grafico 3.45 *Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



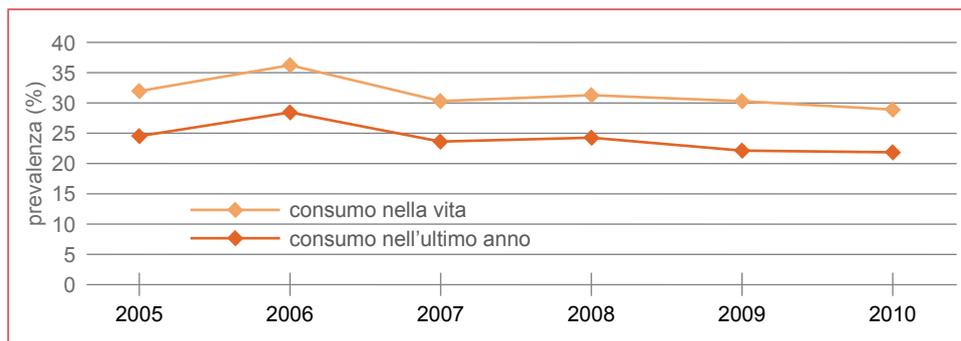
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.46 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.47 *Uso di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2010*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione della cannabis, per i maschi prevale il consumo frequente, ovvero più di 20 volte in un anno (38%) mentre per le femmine il consumo occasionale (52%) (Grafico 3.46).

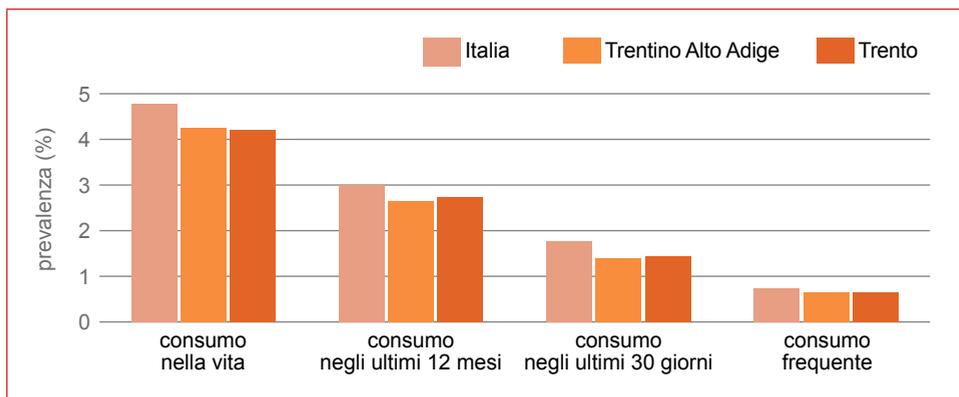
Il consumo "life time", ovvero una o più volte nella vita evidenzia un andamento simile al consumo "last year"; dopo il picco registrato nel 2006 (sperimentazione: 36,4%; prevalenza "last year": 28,8%), si osserva un decremento che si stabilizza intorno al 30% degli studenti per quanto riguarda l'uso di cannabis una o più volte nella vita ed al 22% dei soggetti relativo all'uso nei 12 mesi prima dell'intervista (Grafico 3.47).

3.2.5 Consumi di cocaina

Il 4,3% degli studenti della provincia di Trento ha sperimentato l'assunzione di cocaina ed il 2,7% ne ha fatto uso nell'ultimo anno (Italia=4,8%, 3,0%; Trentino Alto Adige=4,3%, 2,7%).

L'assunzione della sostanza è avvenuta nell'ultimo mese prima dell'intervista per l'1,5% dei giovani e risulta essere stata frequente, 10 o più volte negli ultimi 30 giorni, per lo 0,7% del collettivo in esame (Italia=1,8% e 0,7%; Trentino Alto Adige=1,4% e 0,7%).

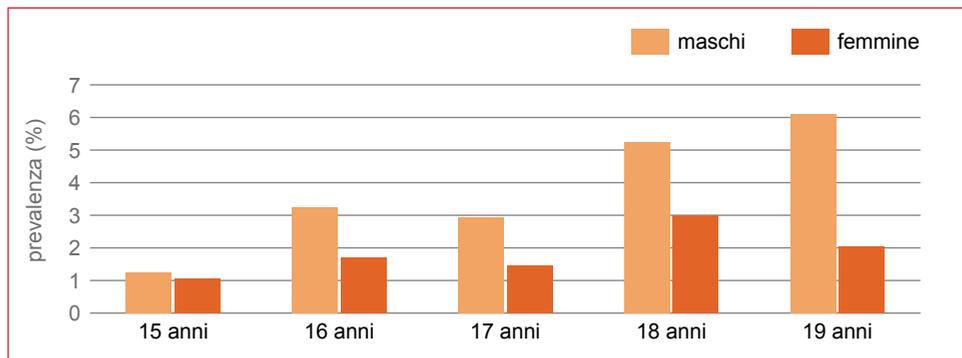
Grafico 3.48 *Usa di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

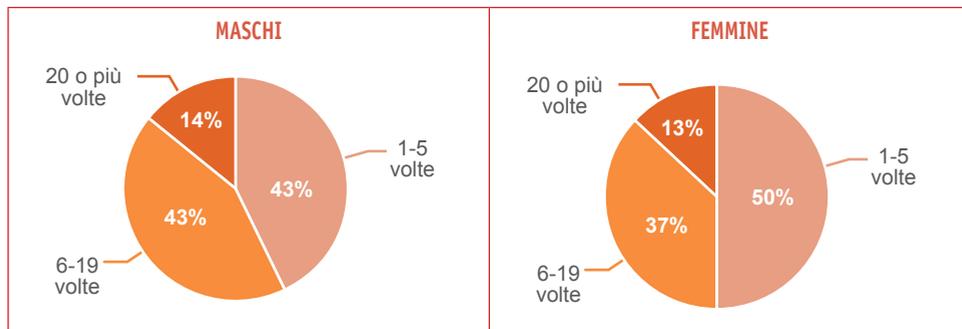
Il consumo di cocaina durante l'anno ha riguardato il 3,7% dei maschi e l'1,9% delle femmine. In entrambi i generi, la prevalenza d'uso di cocaina aumenta al crescere dell'età: tra i maschi, i consumatori passano dall'1,2% dei 15enni al 6,1% dei 19enni, mentre tra le studentesse da 1,0% a 2,1%. Il rapporto tra maschi consumatori e femmine consumatrici è complessivamente pari a 2 ed è minimo per i quindicenni (1,2) e massimo per i diciannovenni tra i quali si osservano, per ogni femmina che ha utilizzato cocaina negli ultimi 12 mesi, 3 maschi utilizzatori (Grafico 3.49).

Grafico 3.49 *Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



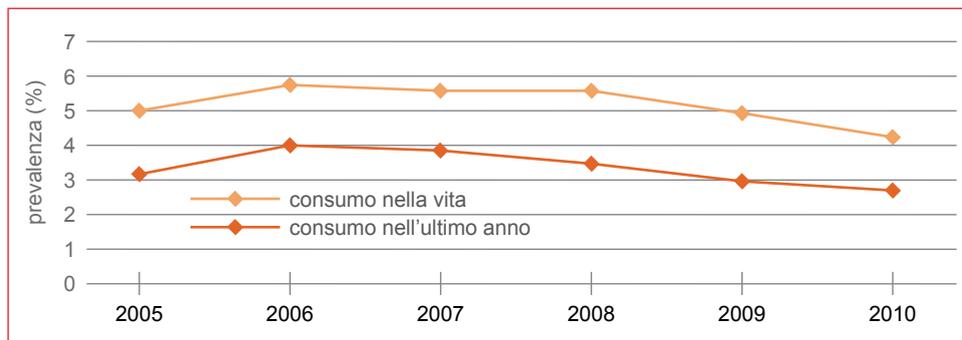
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.50 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.51 *Uso di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2009*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti che hanno assunto cocaina nel corso dell'ultimo anno, il consumo prevalente è stato per le femmine quello occasionale, tra una e cinque volte (50%), mentre i maschi consumano per il 43% dei casi in modo occasionale e per un altro 43% tra le 6 e le 19 volte in 12 mesi. La quota dei consumatori frequenti è invece analoga tra maschi e femmine (Grafico 3.50).

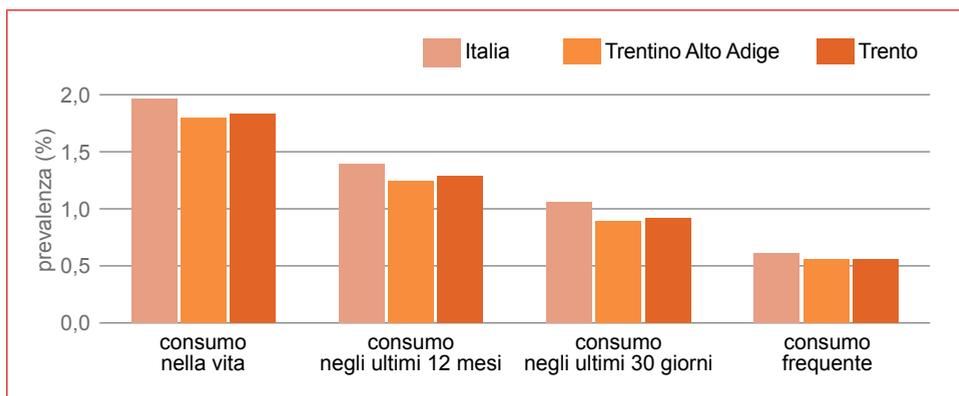
Dal Grafico 3.51 è possibile osservare il decremento nei consumi di cocaina tra gli studenti di Trento seguito al picco del 2006 in cui il consumo nella vita riguarda il 5,8% degli studenti ed il consumo nell'ultimo anno il 4%.

3.2.6 Consumi di eroina

Nella provincia di Trento, l'eroina è stata sperimentata dall'1,8% degli studenti 15-19enni e per l'1,3% il consumo è avvenuto anche negli ultimi 12 mesi (Italia=2% e 1,4%; Trentino Alto Adige=1,8% e 1,2%).

Lo 0,9% degli studenti trentini ha assunto eroina nell'ultimo mese e per lo 0,6% il consumo è stato frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni), in linea con le prevalenze nazionali (1,1% e 0,6%) e regionali (0,9% e 0,6%).

Grafico 3.52 *Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*

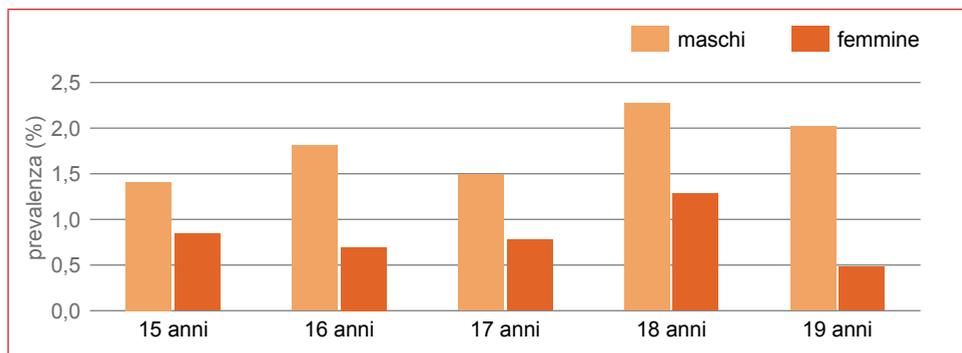


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il consumo di eroina durante l'anno ha coinvolto l'1,8% dei maschi e lo 0,8% delle femmine, evidenziando le prevalenze più consistenti tra i 18enni (m=2,3%; f=1,3%) e 16enni (1,8%). Le maggiori differenze tra le prevalenze maschili e quelle femminili si osservano tra i 19vanni (m/f=4,2) ed i 16enni (m/f=2,6) (Grafico 3.53).

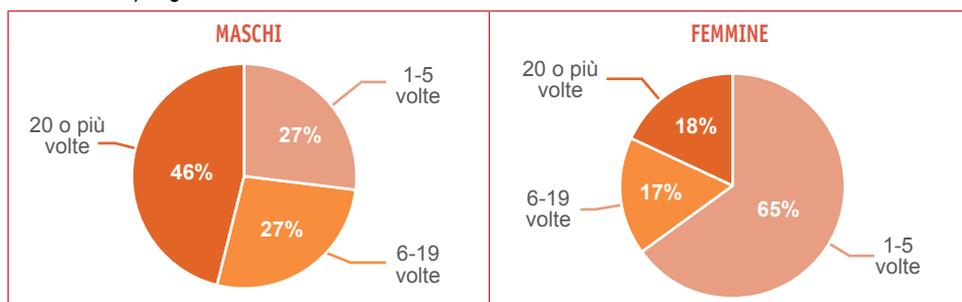
Tra i consumatori maschi la frequenza prevalente di assunzione di eroina è quella frequente (20 o più volte nell'anno), mentre per le femmine il consumo prevalente è occasionale (1-5 volte) (Grafico 3.54).

Grafico 3.53 *Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

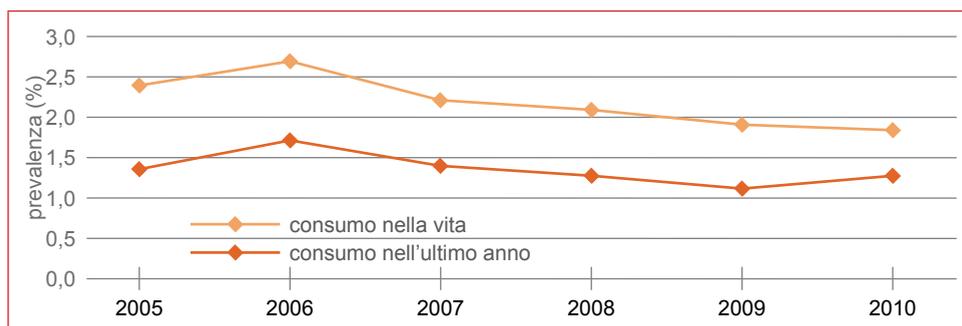
Grafico 3.54 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Nella popolazione studentesca provinciale il consumo di eroina subisce, dopo il 2006, un decremento, sia rispetto al consumo sperimentale sia annuale. Per quanto riguarda il consumo negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista si nota però un incremento dal 2009 (1,1%) al 2010 (1,3%).

Grafico 3.55 *Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2009*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

3.2.7 Consumi di farmaci psicoattivi

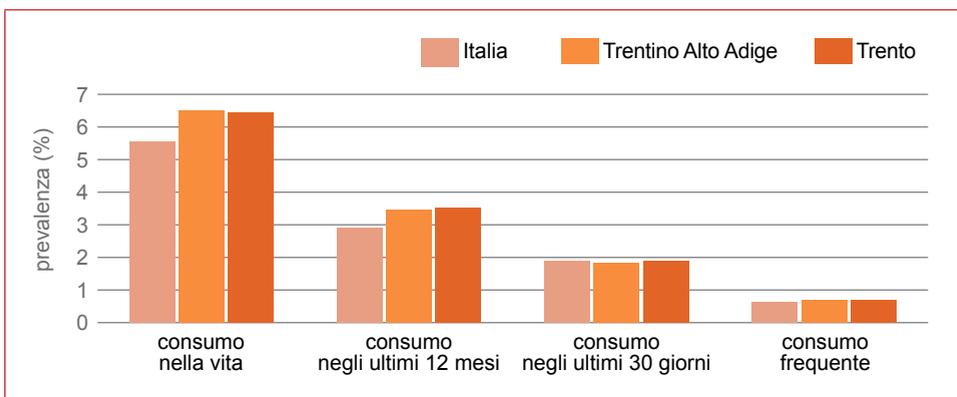
I farmaci psicoattivi (come quelli per l'iperattività e/o l'attenzione, per le diete, per dormire e/o rilassarsi o per regolarizzare l'umore) possono essere utilizzati sia come medicinali (prescritti dal medico) oppure come sostanze psicoattive illecite (ottenuti senza prescrizione medica).

Di seguito si riportano le prevalenze riferite alla seconda modalità di utilizzo.

I farmaci maggiormente sperimentati e consumati sono quelli per dormire e per l'iperattività, come di seguito descritto.

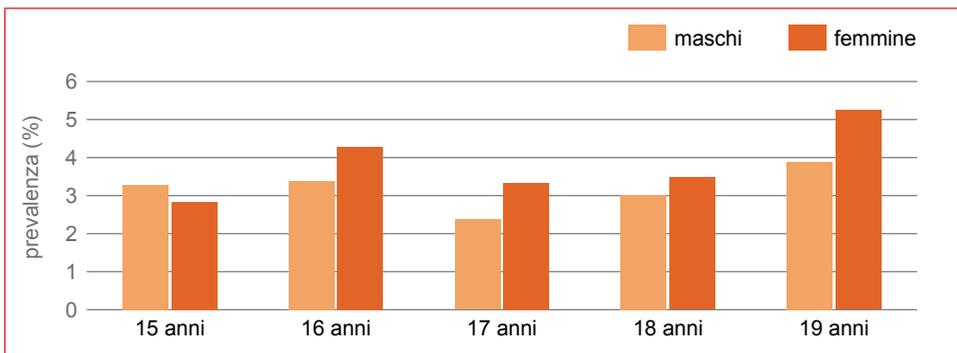
Tra gli studenti trentini, il 6,5% ha utilizzato *farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione* "una tantum" ed il 3,5% ha continuato a farlo nell'ultimo anno; sono l'1,9% del collettivo analizzato coloro che fanno uso di tali farmaci negli ultimi 30 giorni e, per lo 0,7% si tratta di un uso frequente. (Italia: 5,6%, 2,9%, 1,9%, 0,6%; Trentino Alto Adige: 6,5%, 3,5%, 1,8%, 0,7%).

Grafico 3.56 *Uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia - Trentino Alto Adige - Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

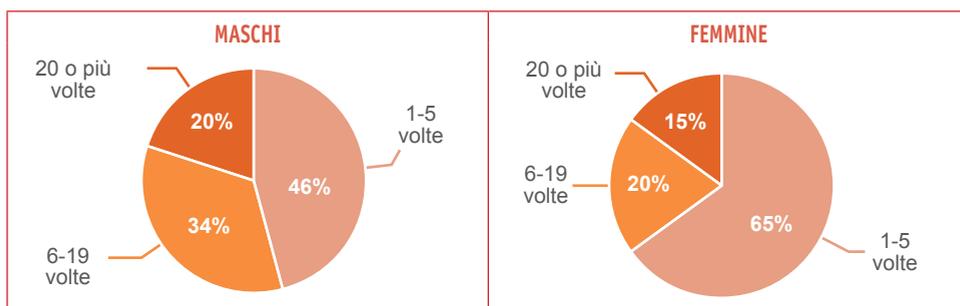
Grafico 3.57 *Uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

I farmaci per l'iperattività e/o per l'attenzione sono stati assunti dal 3,2% dei maschi e dal 3,8% delle femmine, con una tendenza all'aumento delle prevalenze al crescere dell'età. Sono le femmine le maggiori utilizzatrici di questi farmaci in tutte le classi di età ad eccezione dei 15enni (m=3,3%; f=2,8%) (Grafico 3,57). Per oltre la metà degli studenti consumatori di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione la frequenza di assunzione è stata occasionale ma il 20% dei maschi ed il 15% delle femmine ne ha fatto uso frequentemente (20 o più volte/anno).

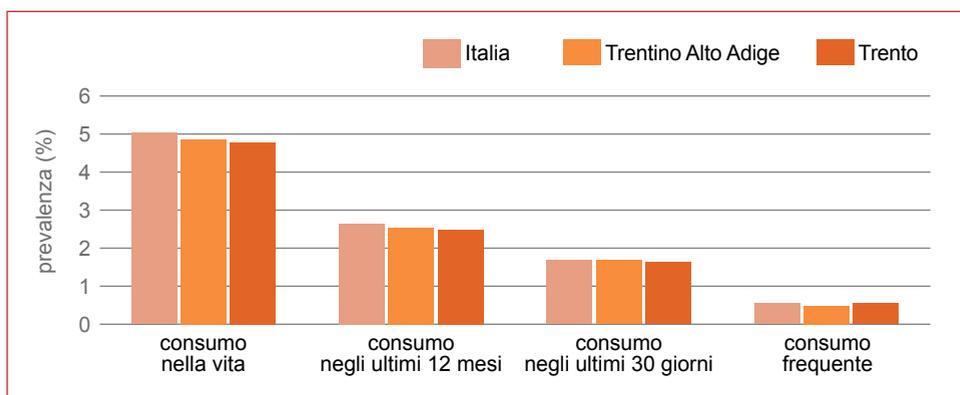
Grafico 3.58 Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'iperattività (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il 4,8% degli studenti trentini ha utilizzato *farmaci per le diete* almeno una volta nella vita, il 2,5% anche nell'ultimo anno, l'1,6% li ha assunti negli ultimi 30 giorni e per lo 0,5% il consumo è stato frequente (Italia: 5,1%, 2,7%, 1,7% e 0,6%; Trentino Alto Adige: 4,9% e 2,6%, 1,7% e 0,5%).

Grafico 3.59 Uso di farmaci per le diete (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento

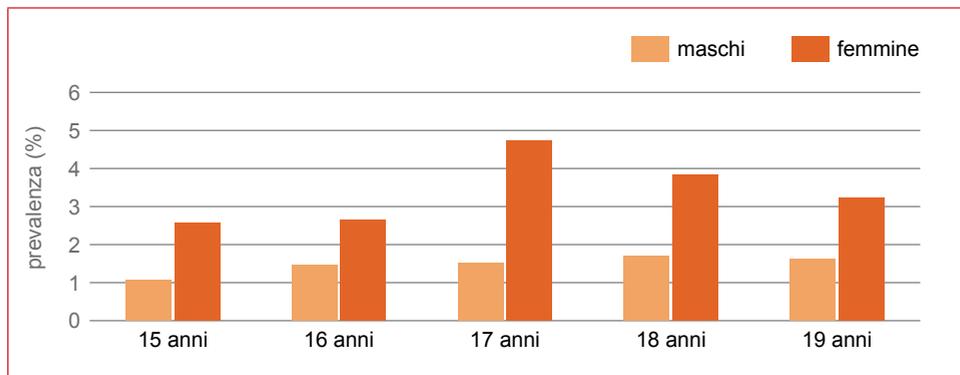


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Nell'ultimo anno, il 3,4% delle studentesse e l'1,5% degli studenti trentini ha assunto farmaci per le diete. Dal rapporto tra le prevalenze femminili e maschili si

rileva che a ciascun consumatore maschio corrispondono 2,3 consumatrici, valore che risulta pari a 3,2 tra i 17enni (m=1,5%; f=4,7%).

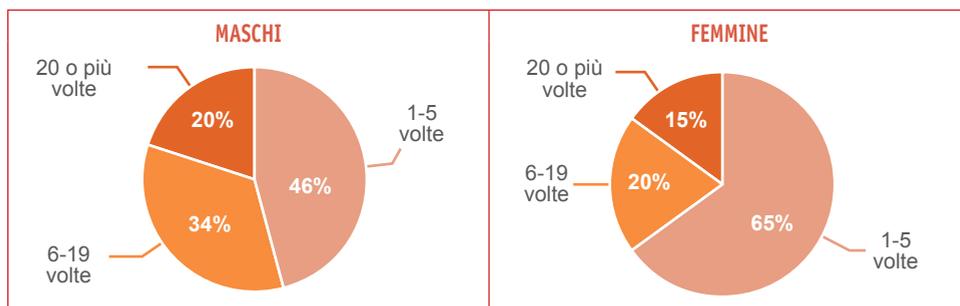
Grafico 3.60 *Uso di farmaci per le diete (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Per il 65% delle ragazze ed il 46% dei ragazzi consumatori di questi farmaci, la frequenza di assunzione è stata sporadica, mentre il 20% dei maschi ed il 15% delle femmine lo ha fatto per 20 o più volte nell'anno.

Grafico 3.61 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per le diete (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*

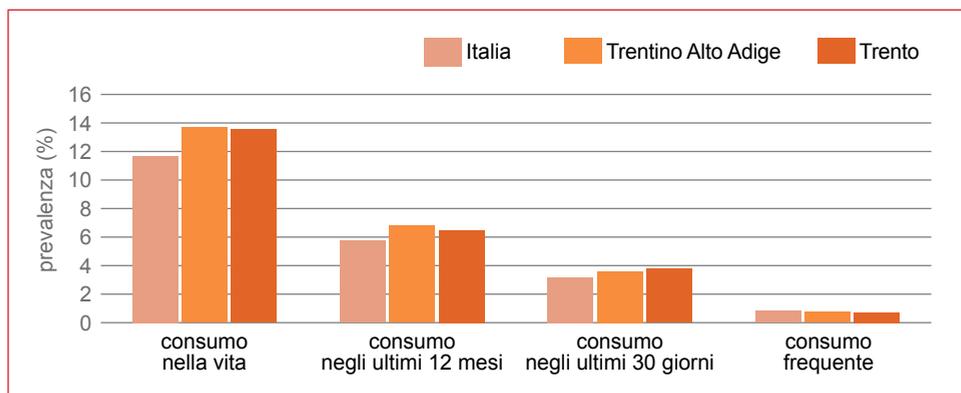


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti della provincia di Trento, il 13,6%) hanno utilizzato "una tantum" farmaci per dormire/rilassarsi ed il 6,6% durante l'ultimo anno (Italia: 11,7% e 5,8%; Trentino Alto Adige: 13,8% e 6,8%). Il consumo negli ultimi 30 giorni ha coinvolto il 3,7% dei ragazzi e lo 0,8% li ha assunti frequentemente (Italia: 3,1% e 0,8%; Trentino Alto Adige: 3,6% e 0,7%) (Grafico 3.62).

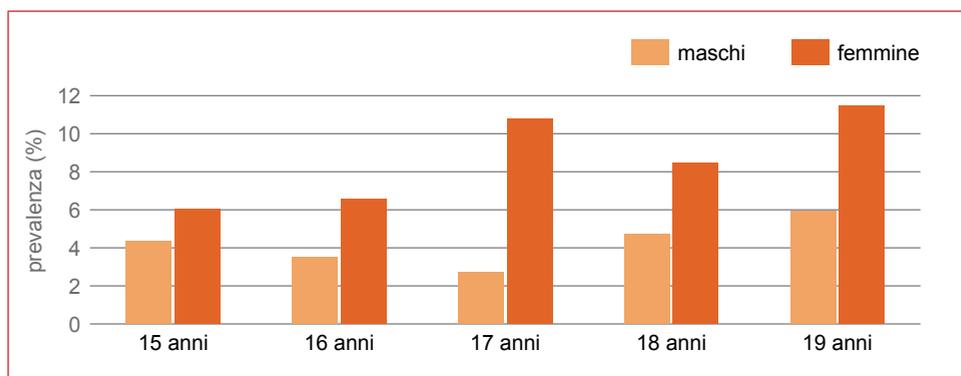
Anche in questo caso il genere femminile risulta maggiormente coinvolto nell'assunzione di farmaci per dormire e/o rilassarsi (8,7% contro il 4,2% dei maschi), in particolare le 17enni (10,8% contro il 2,8% dei coetanei maschi) (Grafico 3.63).

Grafico 3.62 *Usa di farmaci per dormire/riassarsi (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*



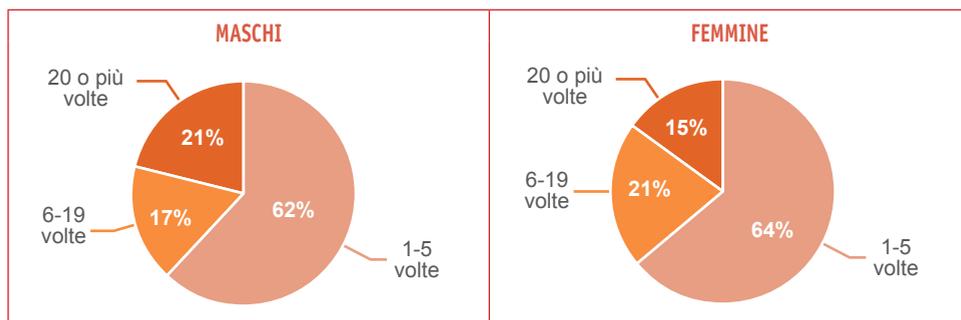
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.63 *Usa di farmaci per dormire/riassarsi (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.64 *Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per dormire/riassarsi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento*

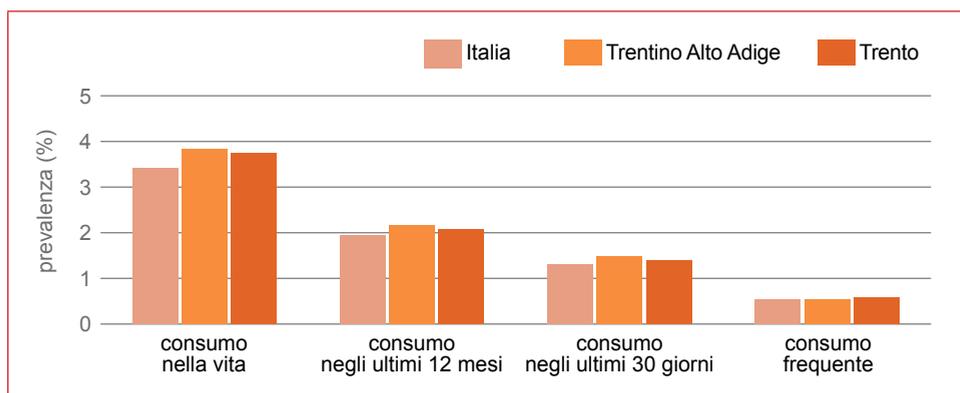


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Sia tra i maschi (62%) che tra le femmine (64%) che utilizzano farmaci per rilassarsi/dormire prevale il consumo sporadico, limitato a 1-5 volte nell'anno (Grafico 3.64).

Rispetto ai *farmaci utilizzati per regolarizzare l'umore*, il 3,7% degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita ed il 2,1% nell'ultimo anno, mentre nel consumo recente e frequente risultano coinvolti rispettivamente l'1,4% e lo 0,6% (Italia=3,5%; 2,0%; 1,3%; 0,5%; Trentino Alto Adige=3,8%; 2,2%; 1,5%; 0,6%).

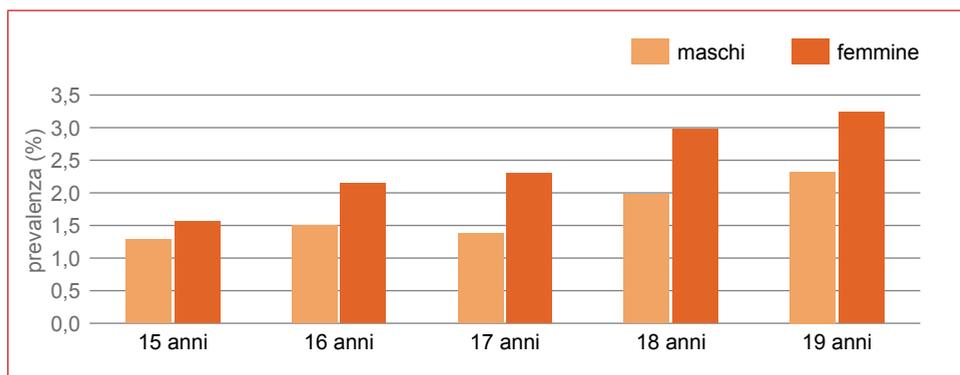
Grafico 3.65 *Uso di farmaci per regolarizzare l'umore (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia - Trentino Alto Adige - Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Come già rilevato per le altre tipologie di farmaco, il genere femminile risulta maggiormente coinvolto nell'assunzione di farmaci regolatori dell'umore (2,4% contro 1,7% dei maschi). Tra le femmine il consumo passa da 1,6% delle 15enni al 3,3% delle 19enni (nei maschi le corrispondenti prevalenze sono pari a 1,3% e 2,3%).

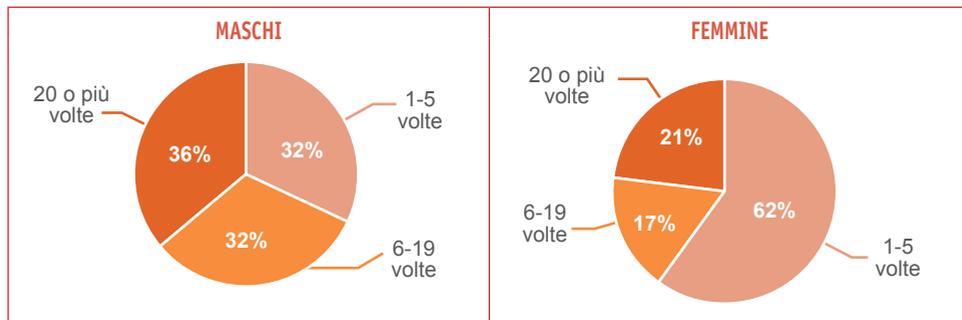
Grafico 3.66 *Uso di farmaci per regolarizzare l'umore (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti che hanno utilizzato questi farmaci prevale il consumo da 1 a 5 volte/anno per le femmine, mentre per il 36% dei maschi l'assunzione è stata frequente.

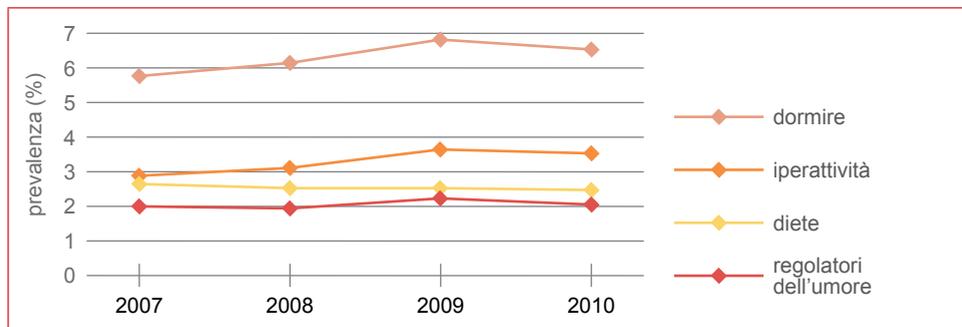
Grafico 3.67 Frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per regolarizzare l'umore (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

A differenza di quanto rilevato rispetto ad altre sostanze psicoattive, tra la popolazione studentesca trentina il consumo annuale di farmaci per l'iperattività e per dormire evidenzia negli ultimi anni un incremento (per l'iperattività si passa da un 2,9% del 2007 ad un 3,5% del 2010 e per dormire da un 5,8 ad un 6,6%). Rimangono sostanzialmente invariate le prevalenze di consumo riferite ai farmaci per le diete (intorno al 2,5%) e per regolarizzare l'umore (intorno al 2,1%).

Grafico 3.68 Uso di farmaci psicoattivi (negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2007-2009



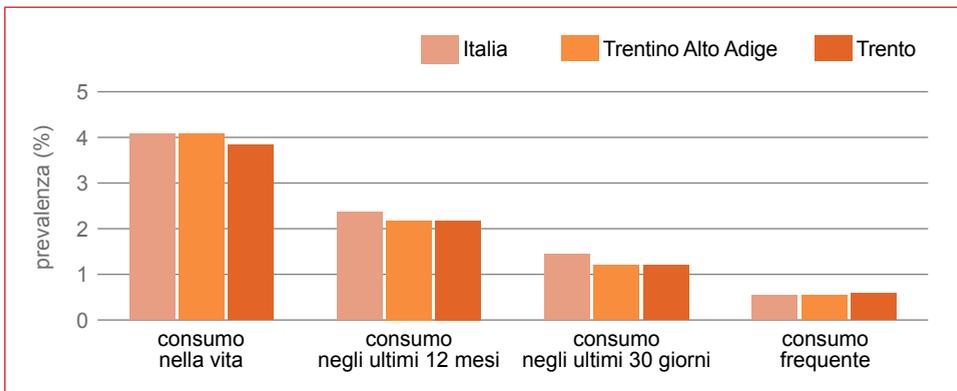
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

3.2.8 Consumi di stimolanti

Il 3,9% degli studenti della provincia di Trento ha provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ecc.) almeno una volta nella vita, il 2,2% ne ha

utilizzato nel corso dell'ultimo anno e per l'1,2% il consumo è riferito all'ultimo mese. Il consumo frequente è attribuibile allo 0,6% dei giovani scolarizzati (Italia=4,1%, 2,4%, 1,4% e 0,7%; Trentino Alto Adige=4,1%, 2,2%, 1,2% e 0,6%).

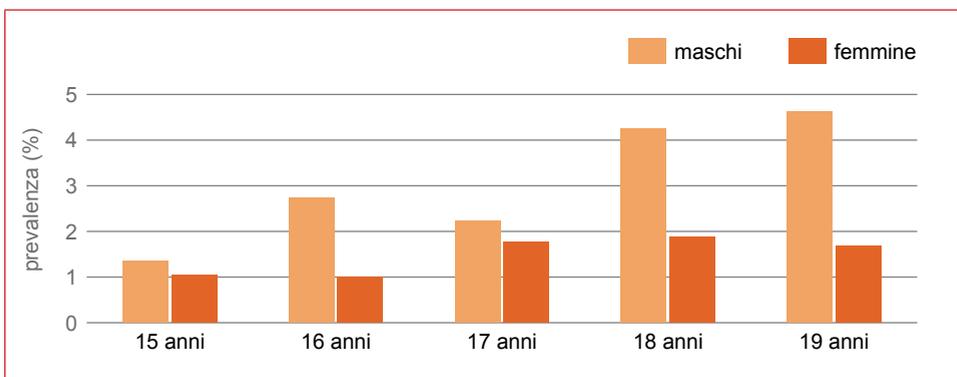
Grafico 3.69 *Uso di stimolanti (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il 2,2% della popolazione studentesca provinciale ha fatto uso di stimolanti nel corso dell'ultimo anno, in particolare il genere maschile (3,0% contro l'1,5% delle femmine) ed i ragazzi di 19 anni (m=4,6%; f=1,7%).

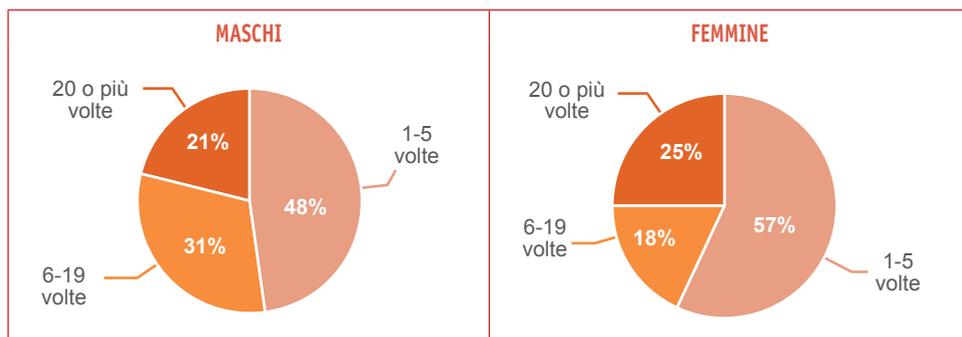
Grafico 3.70 *Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti consumatori di sostanze stimolanti, per il 50% del collettivo femminile l'utilizzo durante l'anno è stato sporadico, mentre per il 36% di quello maschile è stato più assiduo, 20 o più volte (Grafico 3.71).

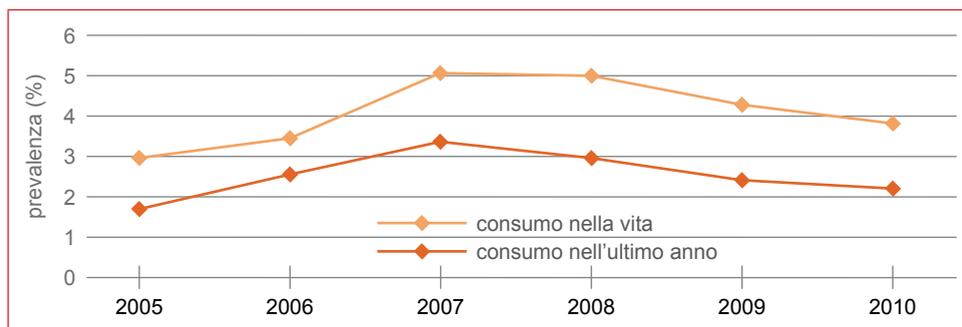
Grafico 3.71 Frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il consumo “una tantum” e “nell’ultimo anno” di stimolanti aumenta dal 2005 al 2007, passando rispettivamente da 3% a 5% e da 1,7% a 3,4%, prevalenze, che, negli anni successivi, subiscono invece un decremento.

Grafico 3.72 Uso di stimolanti (almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2009



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

3.2.9 Consumi di allucinogeni

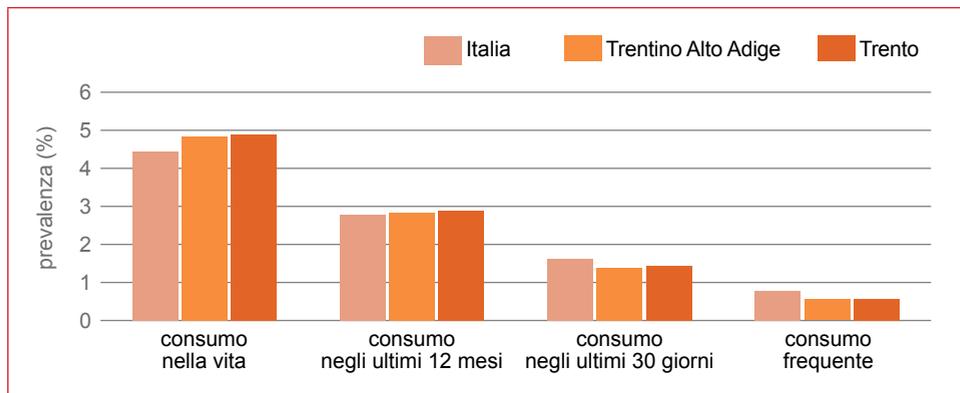
Il 4,9% degli studenti della provincia di Trento ha assunto allucinogeni nel corso della propria vita, mentre il 2,9% li ha utilizzati nel corso dell’ultimo anno (Italia: 4,5% e 2,8%; Trentino Alto Adige: 4,9% e 2,8%). Nel corso dell’ultimo mese precedente all’intervista, l’1,5% degli studenti trentini ha consumato allucinogeni e per lo 0,6% degli studenti trentini il consumo è stato frequente (Italia: 1,6% e 0,8%; Trentino Alto Adige: 1,4% e 0,6%) (Grafico 3.73).

Nella popolazione studentesca provinciale, il 4,2% dei maschi e l’1,7% delle femmine hanno consumato sostanze allucinogene nel corso dell’ultimo anno.

Le prevalenze d’uso aumentano con l’età soprattutto tra i maschi che dall’1,6% dei 15enni passano al 6,9% dei 19enni. Tra le femmine si osserva che dall’1,2%

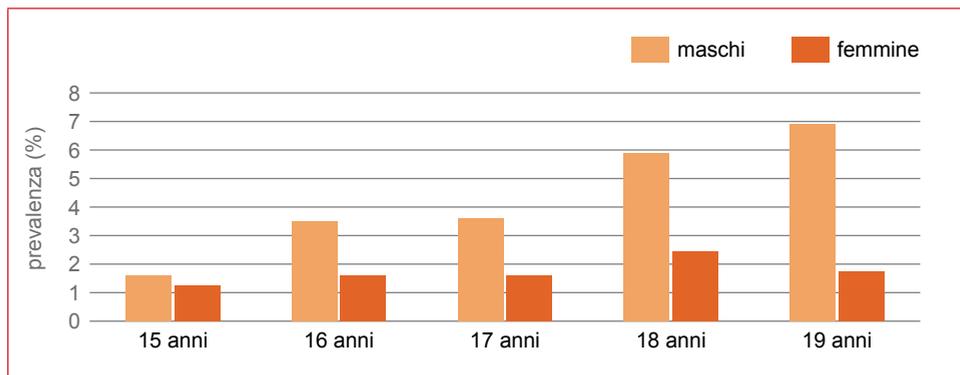
delle 15enni si passa gradualmente all'1,7% delle 19enni, con un picco relativo alle 18enni (2,3%). Il rapporto tra i maschi consumatori e le femmine è massimo ai 19 anni, età in cui per ogni consumatrice femmina si rilevano 4 maschi ed è minimo invece tra i 15enni (m/f=1,3) (Grafico 3.74).

Grafico 3.69 *Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

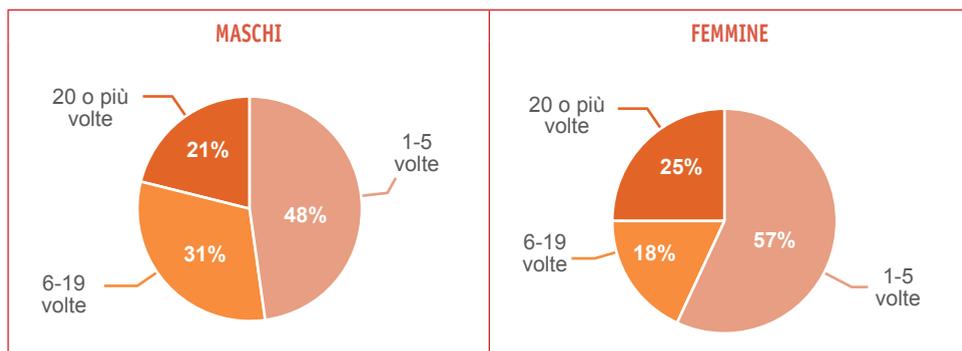
Grafico 3.74 *Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Provincia di Trento*



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

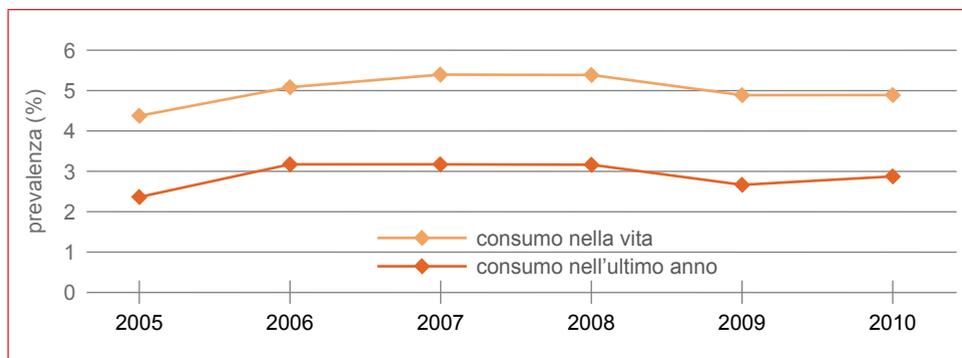
Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, più della metà sia dei maschi che delle femmine ne fa un utilizzo occasionale da 1 a 5 volte/anno, mentre il 33% dei maschi ed il 26% delle femmine ne ha fatto uso tra le 6 e le 19 volte (Grafico 3.75). Come rilevato per gli stimolanti, dal 2005 al 2007 il consumo di allucinogeni evidenzia un incremento sia rispetto al consumo sperimentale (da 4,4% a 5,4%) sia annuale (da 2,4% a 3,2%), per subire un leggero decremento nel 2009 (4,9% e 2,7%) ed un leggero aumento relativo alla prevalenza d'uso "last year" nel corso dell'ultimo anno (dal 2,7% del 2009 al 2,9% del 2010) (Grafico 3.76).

Grafico 3.71 Frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.72 Uso di allucinogeni (almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi). Provincia di Trento. Anni 2005-2009



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005; ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

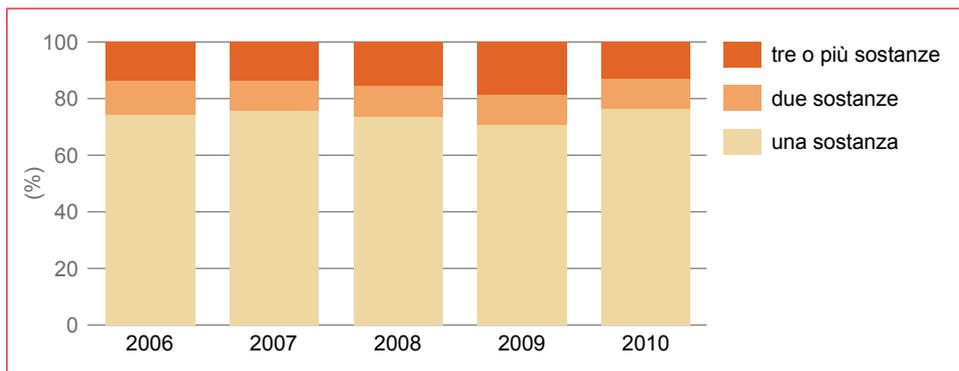
3.2.10 Policonsumo

Nell'anno 2010 il 23,5% degli studenti di Trento ha utilizzato almeno una droga illegale nel corso dell'ultimo anno. Tra questi utilizzatori il 76,1% ha consumato una sostanza, il 10,6% due sostanze ed il 13,3% tre o più sostanze diverse.

La quota dei giovani consumatori che fanno uso di 2 o più sostanze illegali tende ad aumentare tra il 2006 (13,5%) ed il 2009 (18,7%) mentre, nel passaggio al 2010 si osserva invece un decremento (13,3%).

La percentuale di utilizzatori di due sostanze illegali, subisce un decremento dal 2006 al 2007 (da 12,3% a 10,7%) per poi stabilizzarsi nel tempo e nel 2010 tale quota è del 10,6%. Coloro che prediligono l'uso di un'unica sostanza illegale sono nel 2010 il 76,1%, percentuale maggiore se paragonata alle precedenti rilevazioni e soprattutto rispetto al 2009 (71%).

GRAF. 3.77 Consumo di una o più sostanze psicoattive nell'anno. Provincia di Trento. Anni 2006-2009



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

Gli studenti delle scuole medie superiori della provincia di Trento, consumatori di più sostanze illecite negli ultimi 12 mesi ("poli-consumatori"), si contraddistinguono per le quote più consistenti di soggetti che presentano determinate caratteristiche rispetto a coloro che non consumano sostanze illegali ("non consumatori") e a coloro che fanno uso di una sola sostanza illegale ("mono-consumatori"):

- *propensione ad intraprendere comportamenti rischiosi*
 - aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica (25,9%; "non consumatori"=5,3% e "mono-consumatori"=8,4%)
 - essere stati coinvolti in risse (70,4%; "non consumatori"=35,9% e "mono-consumatori"=57,7%)
 - aver avuto problemi con la polizia (29,6% contro "non consumatori"=6,7% e "mono-consumatori"=11,8%)
- *avere rapporti difficili con i genitori ed il gruppo ed i pari*
 - aver avuto gravi problemi nel rapporto con i genitori (48,2% contro "non consumatori"=16,8% e "mono-consumatori"=28,2%)
 - aver speso più di 50 euro la settimana senza il controllo dei genitori (20,8%; "non consumatori"=6% e "mono-consumatori"=16,9%)
 - avere una famiglia non tradizionale (36%; "non consumatori"=14,9% e "mono-consumatori"=20,7%)
- *scarsa motivazione scolastica*
 - aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (30,8%; "non consumatori"=4,2% e "mono-consumatori"=20,5%)

I collettivi degli studenti consumatori di una sostanza illegale (mono-consumatori") e di due o più sostanze ("poli-consumatori") si distinguono dai non consumatori, per le quote più consistenti di soggetti con:

- *prossimità alle sostanze psicoattive*
 - avere amici che abusano di alcol o fanno uso di droghe ("mono-consumatori"=96,4% e "poli-consumatori"=98,8%; "non consumatori"=59,4%)

- avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe (“mono-consumatori”=20,4% e “poli-consumatori”=31,3%; “non consumatori”=1,2%)
- aver praticato il binge drinking negli ultimi 30 giorni (“mono-consumatori”=68,6% e “poli-consumatori”=74,1%; “non consumatori”=26,6%)
- fumare almeno una sigaretta al giorno (“mono-consumatori”=60,5% e “poli-consumatori”=96,3%; “non consumatori”=14,5%)
- andare spesso in giro con amici (“mono-consumatori”=98,8% e “poli-consumatori”=97,1%; “non consumatori”=86,1%)
- *propensione ad intraprendere comportamenti a rischio*
- aver avuto rapporti sessuali non protetti (“mono-consumatori”=22,4% e “poli-consumatori”=42,3% contro “non consumatori”=8,9%)
- aver avuto esperienze sessuali di cui si è pentiti (“mono-consumatori”=23,5% e “poli-consumatori”=37%; “non consumatori”=8,1%)

Infine, il gruppo dei non consumatori di sostanze illecite presenta quote più consistenti di soggetti che:

- sono soddisfatti della situazione finanziaria della propria famiglia (“non consumatori”=71,3; “mono consumatori”=53%; “policonsumatori”=38,5%)
- sono soddisfatti della propria salute (“non consumatori”=85,7%; “mono-consumatori”=79,5%; “poli-consumatori”=65,4%)
- ritengono di avere una condizione economica alta (“non consumatori”=93,1% contro “mono-consumatori”=78,1%; “poli-consumatori”=84%).

3.2.11 Altri comportamenti a rischio

Praticare giochi in cui si puntano soldi

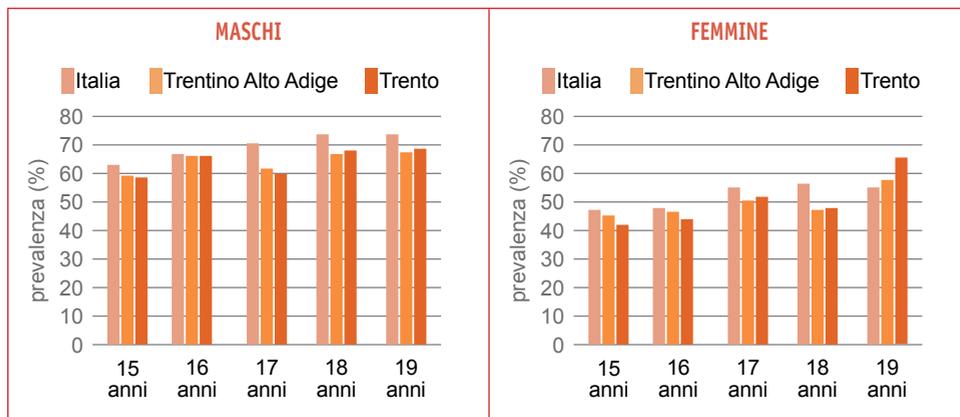
All'interno della popolazione studentesca provinciale, il 64,3% dei maschi ed il 50,2% delle femmine, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, ha praticato giochi in cui si puntano soldi.

Tra i 15enni, il 58,5% dei maschi ed il 41,8% delle femmine ha adottato tale comportamento, mentre tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 69,0% ed il 65,5%. Le prevalenze provinciali risultano inferiori a quelle nazionali (m=69,7%; f=52,4%), soprattutto tra i maschi 17enni (Italia=70,6%; Trento=59,6%) ma con una eccezione per le femmine 19enni che risultano giocatrici in percentuale maggiore rispetto alle coetanee nazionali (Italia=54,6%; Trento=65,5%)

Anche rispetto alle prevalenze regionali (m=64,3%; f=49,1%), una tendenza superiore a praticare giochi in cui si puntano soldi si rileva tra le studentesse trentine 19enni (Trentino Alto Adige=57,4%; Trento=65,5%) (Grafico 3.78).

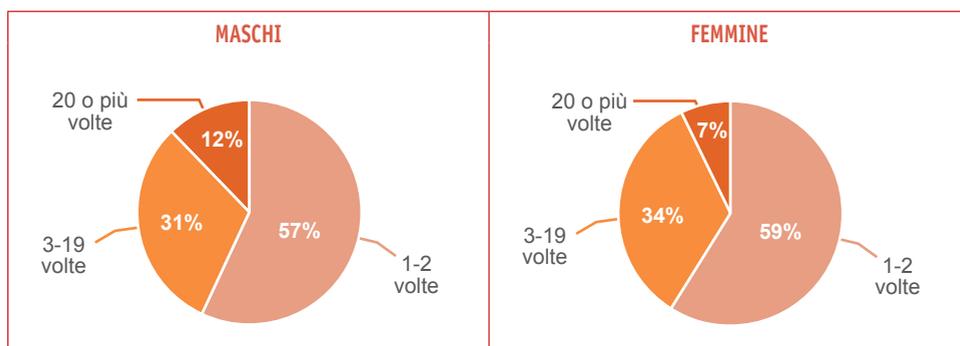
Tra i soggetti che hanno praticato giochi in cui si puntano soldi almeno una volta negli ultimi 12 mesi, il 57% dei maschi ed il 59% delle femmine ha adottato tale comportamento poche volte (1-2 volte), mentre il 12% del collettivo maschile ed il 7% di quello femminile lo ha fatto frequentemente (Grafico 3.79).

Grafico 3.78 Prevalenza di studenti che riferiscono di aver fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classe di età. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.71 Frequenza della pratica di giochi in cui si puntano soldi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere. Provincia di Trento



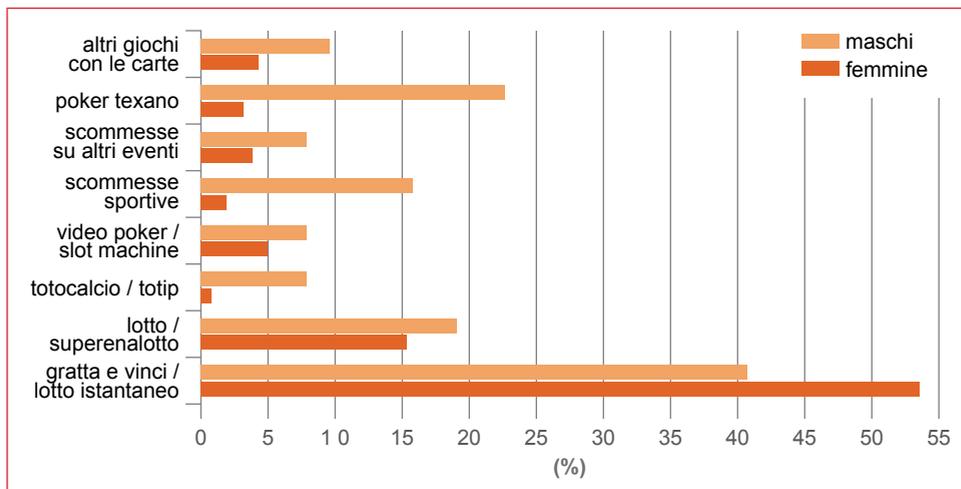
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti trentini che hanno fatto giochi in cui si vincono o perdono soldi, il “gratta e vinci”/“lotto istantaneo” è preferito dal 48,4% degli studenti (m=40,9%; f=53,7%), il “lotto”/“superenalotto” dal 16,8% (m=19,1%; f=15,2%) ed il “poker texano” dall’11,1% (m=22,6%; f=3%) (Grafico 3.80).

I luoghi dove più frequentemente si praticano giochi in cui si puntano soldi sono i bar/tabacchi/pub (56,1%; m=41,2%; f=67,2%) e “a casa mia o di amici” (18,4%; m=26,8%; f=12,2%) (Grafico 3.81).

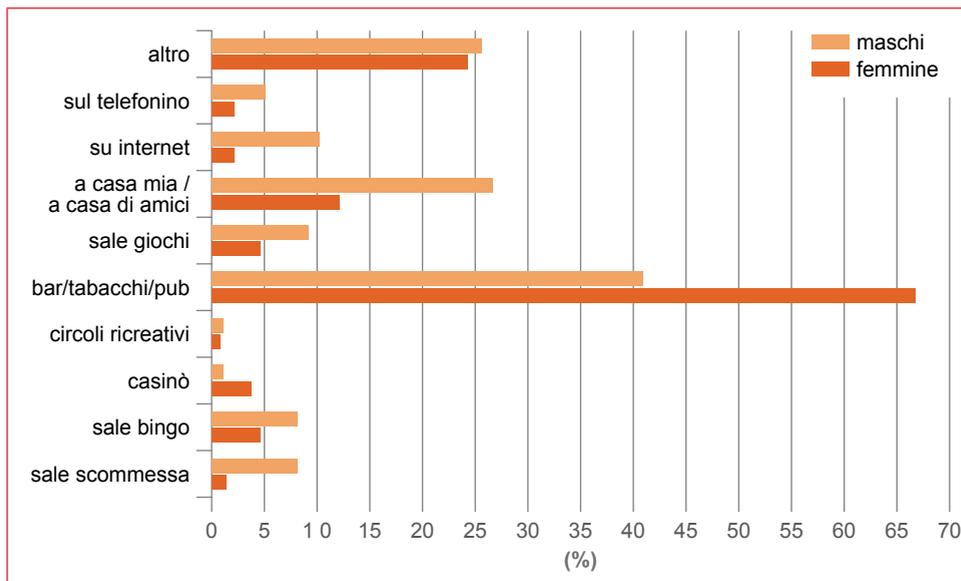
Tra gli studenti trentini che hanno praticato questi giochi nei 12 mesi antecedenti lo svolgimento dell’indagine, il 78,5% ha speso 10 euro o meno negli ultimi trenta giorni (m=72,1%; f=82,8%), mentre il 18,6% dei maschi ed il 17,2% delle femmine ha speso tra gli 11 ed i 50 euro.

Grafico 3.80 Distribuzione percentuale dei giochi in cui si puntano soldi praticati dagli studenti della provincia di Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.81 Distribuzione percentuale dei luoghi in cui gli studenti della provincia di Trento hanno praticato giochi in cui si puntano soldi



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Sulla base delle risposte fornite al questionario SOGS (South Oaks Gambling Screen)^[2] dai soggetti che hanno riferito di aver praticato giochi in cui si puntano

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

solidi nel corso dell'anno, per il 74,2% degli studenti trentini il comportamento risulta esente da rischio (Italia: 68,3%; Trentino Alto Adige: 71,5%), per il 18,1% risulta associato ad un rischio minimo (Italia: 20,8%; Trentino Alto Adige: 20,7%), mentre per il 7,7% si rileva la presenza di rischio moderato/gambling (Italia: 10,9%; Trentino Alto Adige: 7,8%).

Disturbi alimentari

Ha ottenuto un punteggio positivo al Test Eating Attitudes EAT-26 ^[3] il 9% della popolazione studentesca provinciale, per la maggior parte di genere femminile (11,8% contro il 4,3% dei maschi), (Italia=11,2%; Trentino Alto Adige=8,9%). L'elevato punteggio conseguito al test EAT risulta associato positivamente ad alcune condizioni riguardanti:

— *la propensione ad intraprendere comportamenti a rischio:*

- aver avuto problemi con la polizia (OR 5,6; $p<0,05$)
- aver perso in giochi più denaro di quanto si voleva spendere (OR 3,41; $p<0,05$)
- aver fatto uso di eroina negli ultimi 12 mesi (OR 10,2; $p<0,05$)
- aver fatto uso di farmaci per dimagrire negli ultimi 12 mesi (OR 10,94; $p<0,05$)
- aver fatto uso di stimolanti negli ultimi 12 mesi (OR 4,9; $p<0,05$)
- aver fatto uso di farmaci per l'iperattività negli ultimi 12 mesi (OR 4,5; $p<0,05$)
- aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica (OR 3,1; $p<0,05$)
- aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 2,3; $p<0,05$)
- andare spesso fuori la sera (OR 2,6; $p<0,05$)
- *il rapporto problematico con i genitori ed i pari*
- aver avuto gravi problemi nel rapporto con i genitori (OR 4,0; $p<0,05$)
- aver speso più di 50 euro la settimana senza il controllo dei genitori (OR 3,4; $p<0,05$)
- aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli amici (OR 3,1; $p<0,05$)
- *la scarsa motivazione scolastica*
- aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli insegnanti (OR 4,5; $p<0,05$)

L'elevato punteggio al test EAT risulta invece associato negativamente (ossia non caratterizzante i soggetti con punteggio positivo al test EAT) alle variabili riguardanti:

— *avere un rapporto positivo con i genitori*

- sentirsi accolto dai genitori (OR 0,5; $p<0,05$)
- percepire attenzione da parte dei genitori (OR 0,4; $p<0,05$)

^[3] Questionario utilizzato per cogliere sintomi caratteristici dei disturbi dell'alimentazione.

- essere soddisfatto del rapporto coi genitori (OR 0,4; p<0,05)
- avere un rapporto positivo con i pari
- essere soddisfatto del rapporto con gli amici (OR 0,4; p<0,05)
- avere un rapporto positivo con sé stessi
- essere soddisfatto della propria salute (OR 0,4; p<0,05)
- essere soddisfatto della propria persona (OR 0,6; p<0,05).

3.2.12 Età media di primo uso e prime sostanze psicoattive illegali consumate

Nell'analisi del consumo delle sostanze psicoattive da parte degli studenti è fondamentale rilevare l'età di primo contatto con le sostanze psicotrope. Le bevande alcoliche, birra e vino in particolare, ed il tabacco sono le sostanze con cui i ragazzi e le ragazze vengono più precocemente a contatto, ovvero ancor prima dei 14 anni. Anche soft drink e liquori vengono utilizzati sin da giovanissimi. La sperimentazione del consumo di psicofarmaci avviene mediamente tra i 14 ed i 15 anni mentre il primo uso delle sostanze illegali avviene mediamente tra i 15 ed i 16 anni.

Dalla Tabella 3.3 è possibile osservare che per le studentesse e gli studenti della provincia di Trento l'età media di sperimentazione delle varie sostanze psicoattive si è lievemente abbassata nel passaggio dal 2009 al 2010. Questo cambiamento si nota nelle femmine per la cocaina (da 16 anni a 15,2), gli allucinogeni (da 15,8 a 15,4 anni) e l'eroina (da 16,6 a 16,3 anni) e tra i maschi per le sigarette (da 13,8 a 13,5), la cannabis (da 15,4 a 15,2).

Tabella 3.3 Età media di iniziazione al consumo di sostanze psicoattive. Distribuzione per genere. Provincia di Trento. Anni 2009-2010

Sostanze	2009		2010	
	Età media (anni)		Età media (anni)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Birra	13,3	13,9	13,3	13,7
Soft	13,8	14,4	14,0	14,2
Vino	13,5	14,2	13,4	14,0
Liquori	14,3	14,8	14,7	14,7
Ubriacature	15,1	15,2	15,0	15,0
Prima sigaretta	13,8	14,0	13,5	13,8
Sigarette quotidianamente	14,9	15,2	15,2	15,2
Cannabis	15,2	15,4	14,9	15,2
Cocaina	15,5	16,0	15,4	15,2
Stimolanti	14,3	15,4	15,3	15,2
Allucinogeni	15,4	15,8	15,1	15,4
Psicofarmaci	13,8	14,7	14,1	15,0
Eroina	15,3	16,6	13,9	16,3

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

Tra gli studenti trentini che hanno utilizzato sostanze nella vita, per il 92% la cannabis è stata, in base alla rilevazione 2010, la prima sostanza illegale consumata ed il 2,8% degli studenti, invece, non sapeva che tipo di sostanza psicotropa stesse assumendo (Tabella 3.4).

Tabella 3.4 Distribuzione percentuale degli studenti che hanno consumato sostanze psicoattive nella vita secondo la prima sostanza utilizzata. Provincia di Trento

Prima sostanza utilizzata	2006	2007	2008	2009	2010
Tranquillanti	0,6	0,9	1,3	2,2	0,8
Cannabis	89,3	89,8	90,8	91,1	92,0
Cocaina	1,7	0,9	0,0	0,0	1,4
Eroina	2,3	0,0	0,0	0,0	0,6
Altre sostanze	1,7	4,2	5,3	1,5	2,4
"Non so cosa fosse"	4,5	4,2	3,6	5,2	2,8

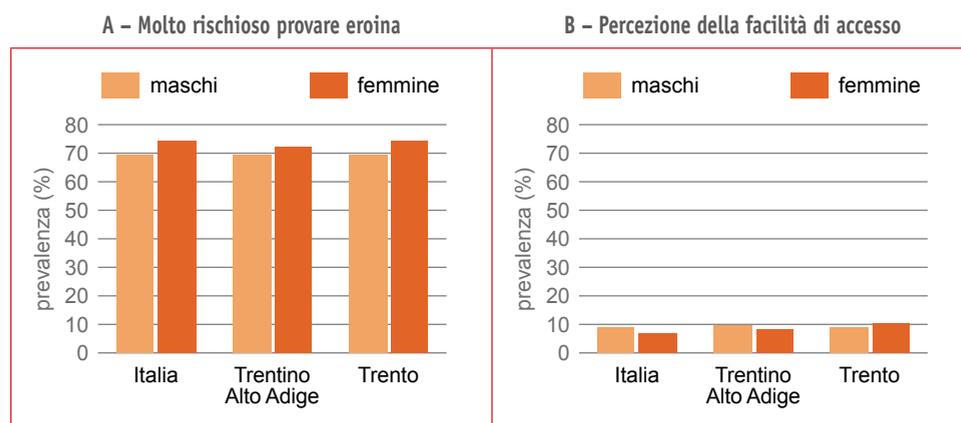
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006; ESPAD-Italia®2007; ESPAD-Italia®2008; ESPAD-Italia®2009; ESPAD-Italia®2010

3.2.13 Percezione del rischio e della disponibilità di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

Il 72,6% degli studenti trentini, attribuisce alla sperimentazione di *eroina* un elevato grado di pericolosità e le femmine risultano più coscienti di tale rischio (m=69,7%; f=74,4%).

Il 9,7% degli studenti trentini ritiene facile potersi procurare eroina (m=8,9%; f=10,3%). Nel grafico 3.82 è possibile osservare le percentuali relative al giudizio di rischio e reperibilità per l'Italia (72,4% e 7,8%) ed il Trentino Alto Adige (71,5% e 8,9%).

Grafico 3.82 Prevalenza di studenti che percepisce "molto rischioso" provare a consumare eroina e che ritiene facile potersene procurare, per genere. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento

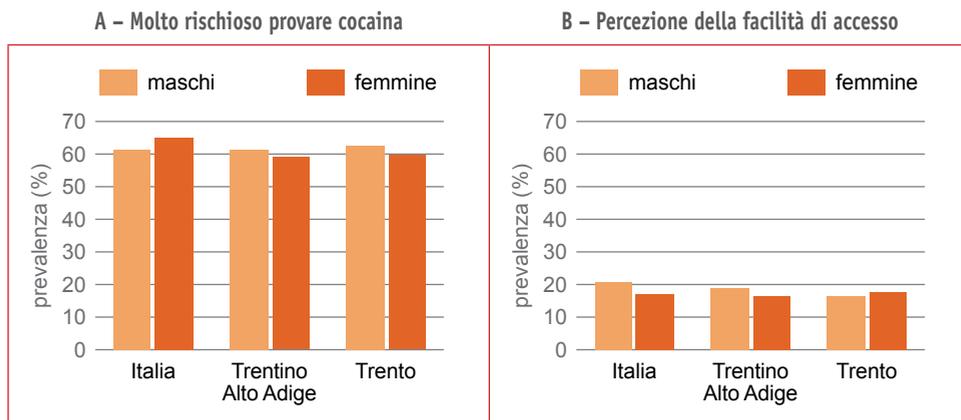


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Il 60,7% degli studenti trentini (m=62,4%; f=59,6%), ritiene che provare a consumare *cocaina* sia un comportamento rischioso.

Il 16,8% degli studenti trentini ritiene semplice potersi procurare la cocaina (m=16,0%; f=17,3%). Nel grafico 3.83 è possibile osservare le percentuali relative al giudizio di rischio e reperibilità per l'Italia (63,1% e 18,6%) ed il Trentino Alto Adige (59,9% e 17,1%).

Grafico 3.83 Prevalenza di studenti che percepisce “molto rischioso” provare a consumare cocaina e che ritiene facile potersene procurare, per genere. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

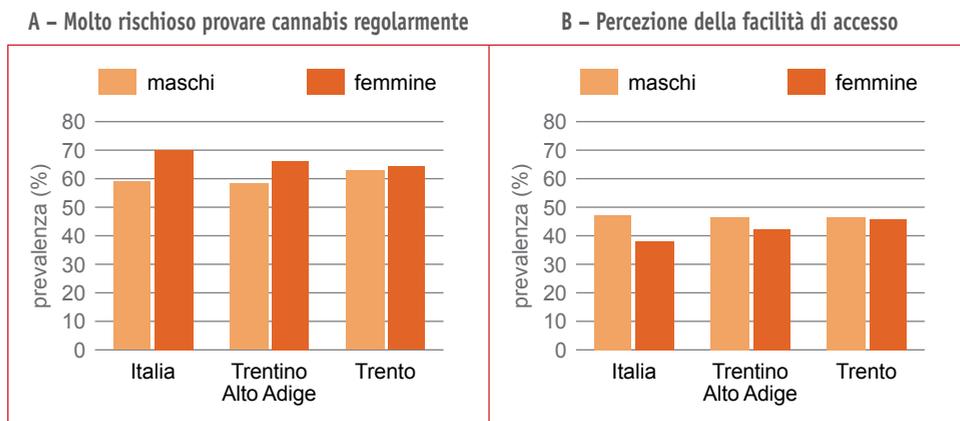
Fumare *cannabis* regolarmente è considerato molto rischioso dal 67,8% degli studenti trentini. Sono le studentesse che maggiormente ne percepiscono gli eventuali effetti dannosi (m=66,9%; f=68,4%).

Il 46,1% degli studenti trentini ritiene facile procurarsi cannabis (m=46,4%; f=46%). Nel grafico 3.84 è possibile osservare le percentuali relative al giudizio di rischio e reperibilità per l'Italia (68,6% e 42,8%) ed il Trentino Alto Adige (66,9% e 43,9%), disaggregate per genere.

Bere 5 o più bicchieri di una *bevanda alcolica* al fine settimana è considerato pericoloso dal 45,2% degli studenti della provincia di Trento. Sono le ragazze che maggiormente percepiscono tale rischio (46,7% contro il 42,9% dei coetanei). Questo rischio è percepito da una percentuale di studenti leggermente maggiore considerando l'intera regione Trentino Alto Adige (46,4%) ed ancor più l'Italia (49,9%) e le femmine risultano, per ogni partizione territoriale, le più consapevoli delle conseguenze sulla salute/incolumità di questa pratica (Grafico 3.85-A).

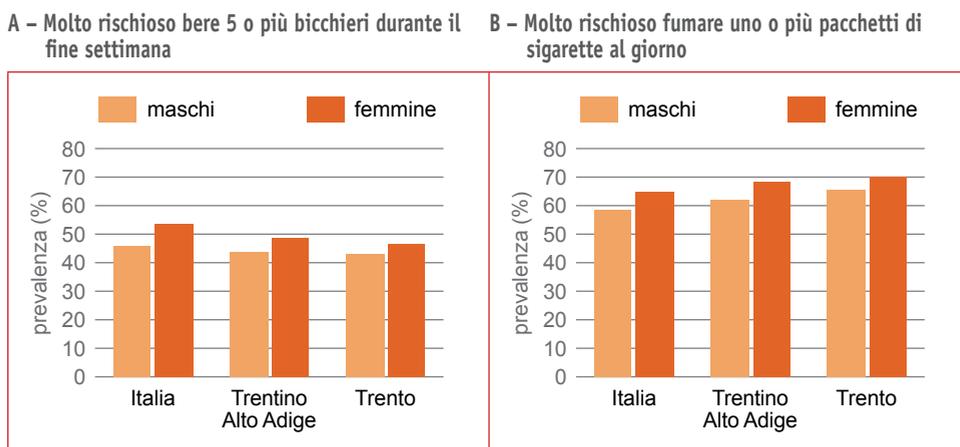
Anche per quanto riguarda il consumo consistente di *sigarette* le femmine appaiono più consapevoli dei rischi ad esso legati. Il 68,4% degli studenti di Trento (m=65,5%; f=70,2)% considera rischioso tale comportamento (Trentino Alto Adige=65,7%; Italia=61,7%) (Grafico 3.85-B).

Grafico 3.84 Prevalenza di studenti che percepisce “molto rischioso” fumare cannabis regolarmente e che ritiene facile potersene procurare, per genere. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.85 Prevalenza di studenti che percepisce “molto rischioso” bere 5 o più bicchieri durante il fine settimana e fumare uno o più pacchetti di sigarette al giorno, per genere. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento

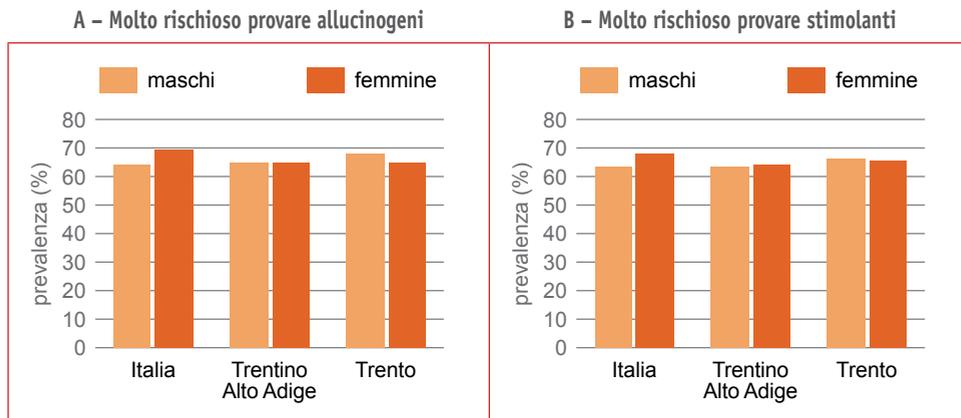


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

La sperimentazione di *allucinogeni* è ritenuta pericolosa dal 66,2% degli studenti trentini (maschi=68,4%; femmine=64,9%) mentre, quella di stimolanti, dal 65,9% (maschi=66,3%; femmine=65,6%) (dato nazionale - allucinogeni: maschi=63,6%; femmine=69,3% - stimolanti: maschi=63,6%; femmine=67,8%) (Grafico 3.86). I luoghi in cui gli studenti di Trento ritengono di poter facilmente reperire eroina sono prevalentemente la strada (9,3%), la discoteca (8,5%), i rave party ed i concerti (8%), la casa dello spacciatore (6,9%). Per le partizioni territoriali regionale e nazionale questi luoghi sono comunemente menzionati per il reperimento della

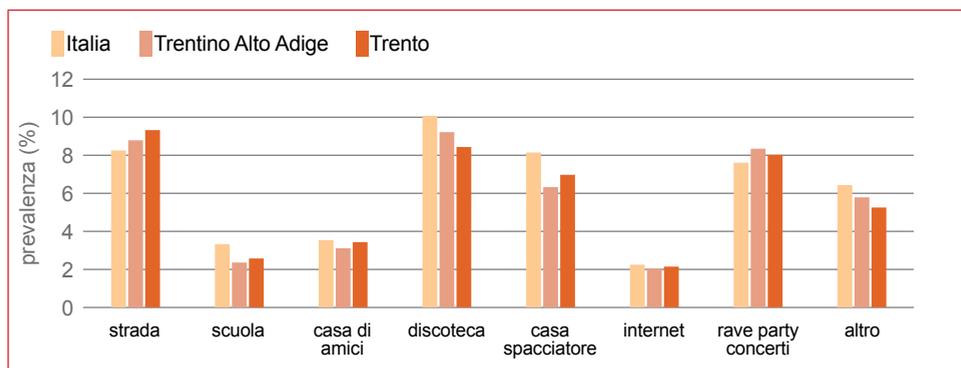
sostanza. Per l'Italia ed il Trentino Alto Adige spiccano la discoteca (Italia=10,1%; Trentino Alto Adige=9,2%), la strada (Italia=8,2%; Trentino Alto Adige=8,8%), la casa dello spacciatore (Italia=8,2%; Trentino Alto Adige=6,4%) ed i rave party e concerti (Italia=7,6%; Trentino Alto Adige=8,4%) (Grafico 3.87).

Grafico 3.86 Prevalenza di studenti che percepisce “molto rischioso” elevato rischio provare allucinogeni e provare stimolanti, per genere. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.87 Prevalenza di studenti che ritiene facile reperire eroina nei luoghi indicati. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento. Anno 2010



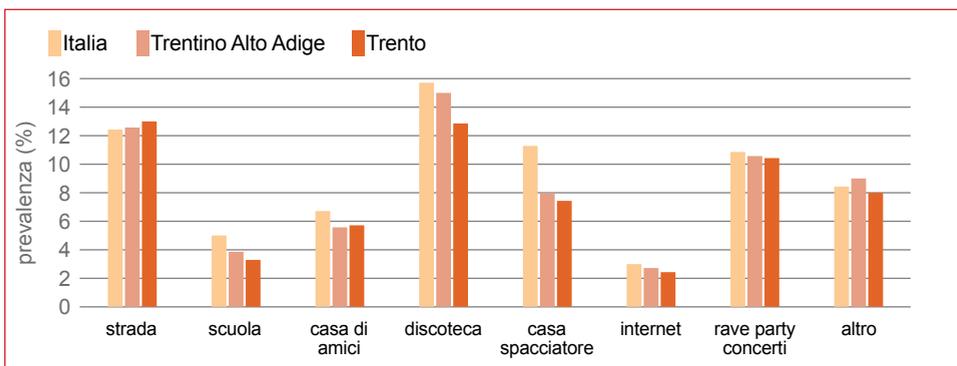
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

La cocaina è facilmente acquistabile, in base alle risposte fornite dagli studenti trentini, in strada (13%), discoteca (12,8%) e rave party (10,4%). Per gli studenti del Trentino Alto Adige ed Italiani il contesto che in percentuale maggiore rimanda al reperimento della cocaina è la discoteca (Italia=15,7%; Trentino Alto Adige=15%) (Grafico 3.88).

Per quanto riguarda la cannabis il panorama di luoghi e contesti di reperibilità appare differente rispetto alle precedenti sostanze considerate: sono la strada

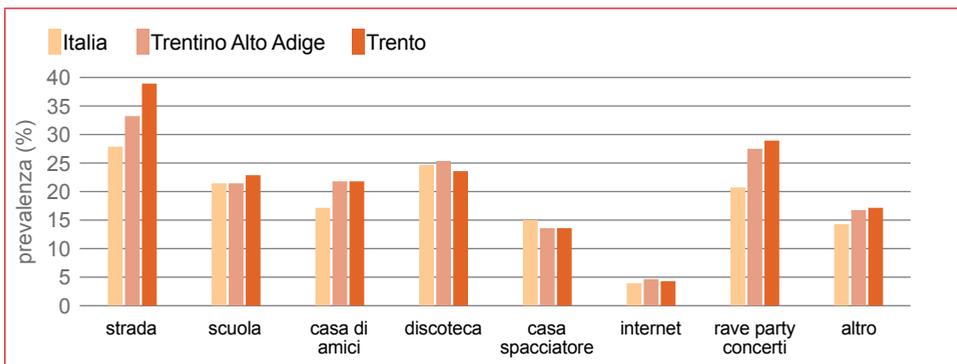
(38,9%), i rave party e concerti (28,8%), la discoteca (23,7%) ma anche la scuola (22,8%) e le case degli amici (21,7%). Per l'Italia si osserva una elevata percentuale di soggetti che dichiarano che sono la strada (27,9%) e la discoteca (24,5%) i luoghi in cui si può facilmente reperire la sostanza e, analogamente per il Trentino Alto Adige in cui spiccano i rave party (27,4%) (Grafico 3.89).

Grafico 3.88 Prevalenza di studenti che ritiene facile reperire cocaina nei luoghi indicati. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento. Anno 2010



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Grafico 3.89 Prevalenza di studenti che ritiene facile reperire cannabis nei luoghi indicati. Confronto Italia – Trentino Alto Adige – Trento. Anno 2010



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

4

La prevenzione

In termini generali, la prevenzione ha come oggetto la protezione della salute a livello fisico, psichico e sociale. Per molto tempo la classificazione delle aree di intervento preventivo più utilizzata distingueva fra interventi di Prevenzione Primaria, Prevenzione Secondaria e Prevenzione Terziaria; attualmente, la revisione dei sistemi di classificazione dell'*Institute of Medicine* ha portato all'adozione di criteri più pragmatici e funzionali alla definizione di progetti d'intervento, che si basa su una diversa "focalizzazione" dei target degli interventi di prevenzione.

Tale classificazione propone una distinzione fra:

- approcci universali, cui fanno riferimento quegli interventi considerati "desiderabili" per l'intera popolazione, senza valutare profili di rischio;
- approcci selettivi, rivolti a sottogruppi di popolazione il cui rischio di sviluppare un qualsiasi disturbo risulta significativamente maggiore rispetto alla media;
- approcci mirati, applicabili cioè ad individui identificati come portatori di chiari segni o sintomi prodromici, tali da doverli considerare vulnerabili e ad alto rischio.

Gli interventi che fanno riferimento all'approccio della prevenzione universale sono volti a ridurre l'incidenza di un disturbo ancora in forma latente, agendo sulla popolazione "sana" per prevenire l'insorgenza di nuovi casi clinici e per ridurre l'impatto o l'esposizione a fattori di rischio. L'esempio tipico, costituito dagli interventi formativi in ambito scolastico, ha messo in luce in Europa la possibilità di tre strategie di azione, differenti per scala di progetto:

- l'implementazione di grandi programmi standardizzati di prevenzione (a volte a livello nazionale);
- la formazione esclusiva degli insegnanti come veicolatori del messaggio;
- la costituzione di "reti di scuole" che promuovano la salute con un programma comune.

La prevenzione nelle scuole risulta indicata come priorità politica nella maggior parte dei Paesi europei, ma molti di questi continuano ad utilizzare metodi e strumenti la cui efficacia non risulta dimostrata, senza documentare monitoraggio e valutazione degli effetti degli interventi.

L'ambito scolastico costituisce infatti un'area di notevole interesse per gli interventi preventivi, proprio per l'elevata concentrazione di giovani e di educatori

che gravitano intorno ad esso, che risolve a monte il grande problema di come raggiungere tale gruppo target.

Secondo l'OEDT, la maggior parte dei programmi di prevenzione all'uso di sostanze ha come obiettivo quello di far ritardare o evitare l'assunzione di stupefacenti e la tossicodipendenza da parte dei giovani, intervenendo a partire dall'ambito scolastico tradizionale.

La prevenzione nella scuola inoltre, non dovrebbe focalizzarsi esclusivamente sul problema "droga", ma sarebbe utile comprendesse anche aspetti riferiti ai comportamenti di addiction, includendo nelle attività aspetti di carattere personale e sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie degli alunni. Nello specifico, l'Osservatorio di Lisbona segnala il fatto che interventi preventivi universali dimostratisi efficaci sono quelli che utilizzano strategie come, ad esempio: l'insegnamento interattivo, gli interventi che pongano l'accento sulle capacità personali e sociali (Life Skills) e sulle credenze normative. Sono risultati addirittura controproducenti invece, gli interventi solamente informativi, brevi, sporadici o "moralistici".

4.1 Prevenzione universale

Le strategie e gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una data popolazione.

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, dei Dipartimenti per le tossicodipendenze e dei Servizi per le tossicodipendenze.

4.1.1 A scuola

Tra le iniziative di prevenzione universale attivate nell'ultimo biennio 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, si è orientato al superamento della cultura dell'emergenza a favore di quella che si può definire la cultura della prevenzione^[1].

Nel presente contributo sono riportate le iniziative implementate nella PA di Trento nel campo della prevenzione universale condotte nelle scuole superiori, aderenti

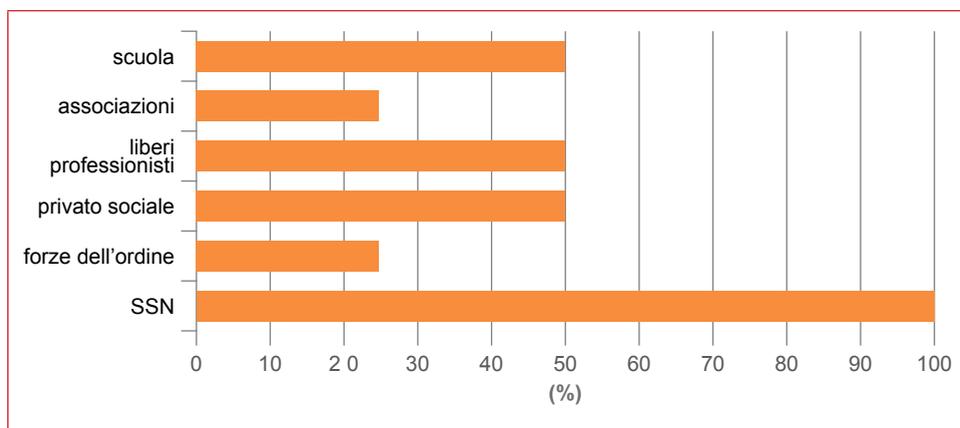
^[1] Per maggiori informazioni si veda il sito internet http://www.pubblica.istruzione.it/news/2007/linee_indirizzo0708.shtml.

allo studio ESPAD-Italia®2010. È 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.

Le scuole esistenti sul territorio della PA di Trento e partecipanti a questa indagine hanno attivato, per l'anno scolastico 2009-2010 da un minimo di uno ad un massimo di quattro progetti.

Circa il 40% 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. Tra gli istituti scolastici della PA di Trento, le istituzioni che si sono occupate maggiormente della gestione delle attività di prevenzione nel 2010 sono state le strutture o gli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (ASL; Servizi di base; Educazione alla salute; Ser.T; Dipartimenti Dipendenze) (87,5%), i liberi professionisti, le autorità e il privato sociale (50%), le associazioni e i rappresentanti delle Forze dell'Ordine (25%).

Grafico 4.1 Distribuzione percentuale degli Enti che svolgono attività di prevenzione nelle scuole



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

In tutti gli istituti intervistati esiste un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco e sono previste giornate di studio dedicate interamente alla prevenzione delle droghe legali ed illegali.

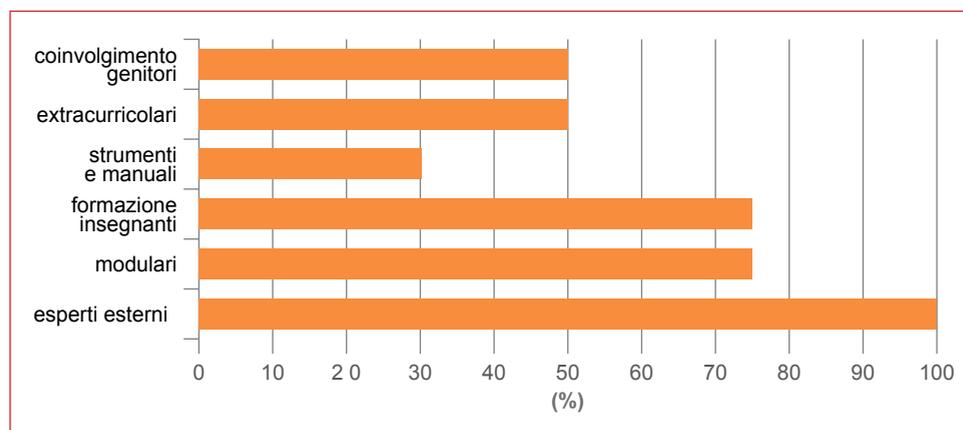
Nel 75% delle scuole del campione vengono organizzate attività di prevenzione dedicate al tema del doping o a quello delle droghe, mentre nessun istituto programma giornate destinate alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

Tutti gli istituti prevedono l'intervento di esperti esterni e nel 75% i progetti risultano articolati su più moduli. Quando si parla di modulo ci si riferisce ad una serie di incontri: per esempio è possibile pensare ad un modulo "sulla prevenzione dell'uso di alcol" che sia costituito da 5 incontri. La formazione e l'aggiornamento dei docenti in materia di prevenzione delle sostanze illecite è prevista nella maggior parte degli istituti scolastici intervistati.

In un terzo degli istituti sono menzionati progetti trasversali con contenuti articolati su più materie e nella totalità dei casi i docenti forniscono informazioni sulle droghe, il doping e il gioco d'azzardo patologico, anche all'interno del programma curricolare. In quasi il 30% degli istituti sono programmati interventi strutturati con l'ausilio di specifici strumenti e manuali, nello specifico il 25% di questi progetti sono rivolti alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e dopanti, mentre non sono prese in esame le tematiche relative al gioco d'azzardo.

Ci sono altre caratteristiche che contraddistinguono le scuole coinvolte nell'indagine: ad esempio sono stati effettuati progetti nei quali vengono organizzate iniziative rivolte ai genitori, ed attività extracurricolari in materia di prevenzione delle droghe (50%).

Grafico 4.2 Distribuzione percentuale di caratteristiche salienti dei progetti previsti nelle scuole



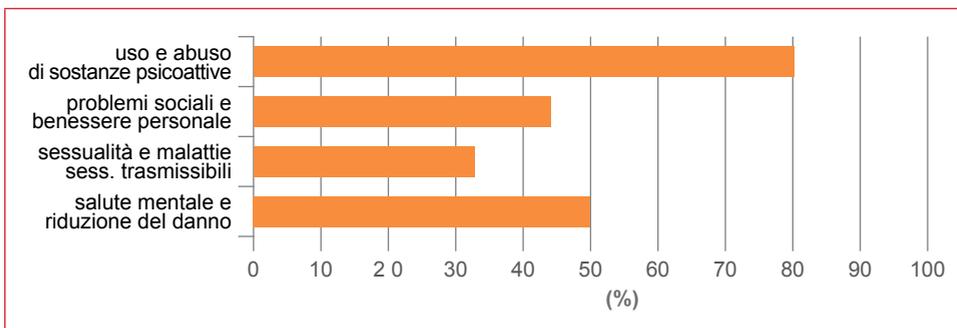
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

In tutte le scuole vengono presentate attività finalizzate all'individuazione precoce di alunni in difficoltà (*difficoltà* di apprendimento, problematiche familiari, disagio socio economico, difficoltà di integrazione per esempio per gli extracomunitari), e nel 25% sono effettuati incontri con le forze dell'ordine (FFOO).

Lo strumento di rilevazione raccoglie inoltre informazioni sui singoli progetti attivati. In tutti gli istituti intervistati gli interventi risultano inseriti nel Piano di Offerta Formativa (POF) della scuola e contemplano contenuti ed ambiti problematici multipli relativi all'uso ed abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali (80%), di sostanze dopanti e relative alla salute mentale e riduzione del danno (50%), sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (33%), problemi sociali e benessere personale (44%). I progetti censiti riguardano problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione: nel 12% affrontano problematiche psicologiche di tipo cognitivo-comportamentale (problematiche legate ai comportamenti e ad un disagio più personale dei ragazzi) soggetti con depressione, disturbi dell'attenzione, com-

portamenti aggressivi oppositori, e nel 22% quelle in ambito sociale (difficoltà familiari, gruppi etnici, immigrati, abbandono scolastico).

Grafico 4.3 Distribuzione percentuale dei contenuti e degli ambiti affrontati nei progetti previsti nelle scuole

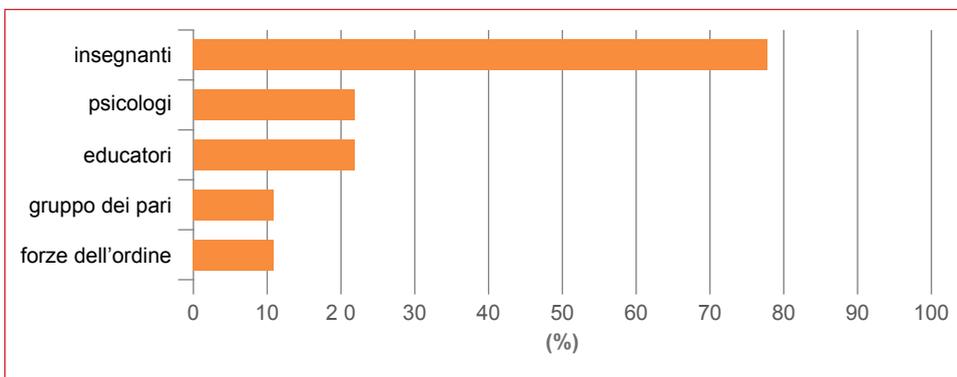


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Gli obiettivi prioritari dei progetti sono volti nel 78% dei casi ad accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute di certi comportamenti, mentre il 22% dei progetti mirano a sviluppare abilità di fronteggiamento e capacità personali e sociali.

Le figure professionali responsabili della realizzazione del progetto sono gli insegnanti stessi (78%), gli psicologi e gli educatori (22%), il gruppo dei pari e le Forze dell'ordine (11%). Questi dati sembrano indicare una forte partecipazione al lavoro preventivo anche da parte degli insegnanti, un dato importante che avvalorata il proprio ruolo di figura educativa.

Grafico 4.4 Distribuzione percentuale delle figure professionali responsabili della realizzazione del progetto



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Le modalità operative maggiormente utilizzate negli interventi risultano ancora le lezioni frontali (64%), ma rispetto agli anni precedenti si nota una crescita

dell'utilizzo del lavoro di gruppo (56%), dei seminari e dei corsi interattivi (33%). Il 78% dei progetti censiti ha una durata minore di tre mesi mentre la restante quota si sviluppa lungo tutto l'anno scolastico.

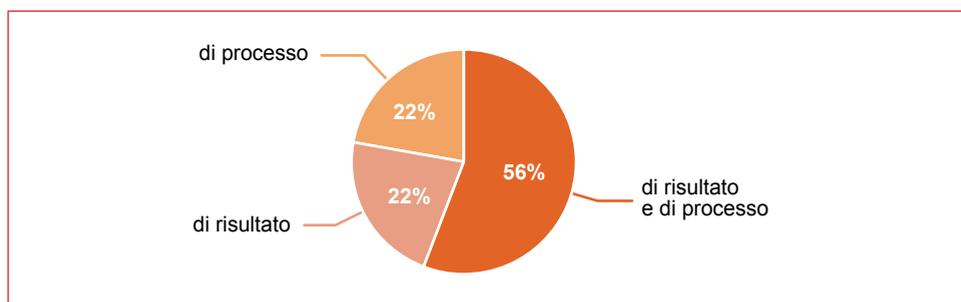
Ben il 90% degli interventi di prevenzione è articolato in uno o più moduli e tutti sono già stati realizzati nel passato o ne è prevista una nuova realizzazione.

Nel 66% dei progetti la frequenza degli incontri risulta medio bassa (minore di 5 incontri), mentre nella restante quota gli incontri risultano 5 o più.

Gli strumenti e i metodi di raccolta dei dati finalizzati alla valutazione sono i questionari (67%), le interviste (45%), e il monitoraggio periodico in itinere e/o ex post (22%).

Per quanto riguarda la valutazione degli interventi svolti, nel 56% dei progetti è prevista una valutazione sia dei risultati che di processo (completa), nel 44% solo dei risultati o solo di processo (parziale).

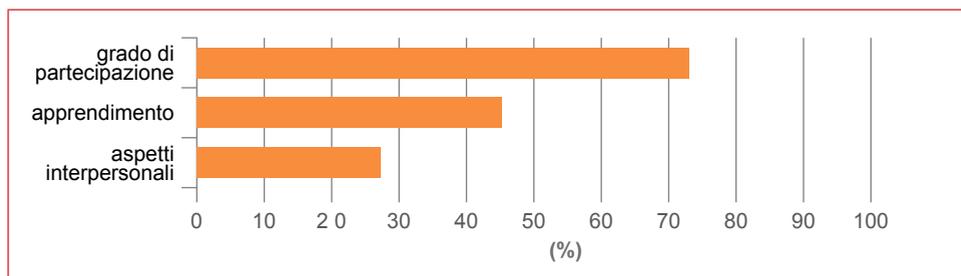
Grafico 4.5 Distribuzione percentuale delle modalità di valutazione dei progetti censiti



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

Gli indicatori utilizzati riguardano il grado di partecipazione alle attività da parte dei vari attori (72%), la coerenza dei contenuti e le competenze acquisite (45%), la capacità di relazione unitamente alla percezione del sé ed all'autostima (22%).

Grafico 4.6 Distribuzione percentuale della tipologia di indicatore utilizzato nella valutazione dei progetti censiti



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2010

4.1.2 *In famiglia*

In base alle risposte fornite dai referenti regionali al questionario europeo ^[2] sulla prevenzione universale, i principali progetti e programmi risultano essere quelli che si basano su incontri rivolti alle famiglie e/o ai genitori degli studenti e quelli basati sull'auto o reciproco aiuto fra famiglie, progetti esplicitati nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e sociali della PA di Trento del 2010.

Tali programmi sono per lo più svolti all'interno delle scuole, e prevedono il coinvolgimento di più soggetti: insegnanti, studenti (appartenenti a scuole di ogni ordine e grado), famiglie, operatori socio-sanitari.

I progetti di prevenzione universale finanziati a valere del Fondo Sociale Regionale attivi nell'anno in esame hanno coperto tutto il territorio provinciale. L'importo finanziato è stato di 122.000 euro per l'Associazione Famiglie Tossicodipendenti (A.F.T.), e 28.000 euro per l'associazione Famiglia Progetto Uomo (A.F.P.U).

4.1.3 *Nella società civile*

Le attività di prevenzione universale svolte nel corso del 2010 a livello locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali regionali, sono state quelle relative alle attività menzionate ufficialmente e rivolte ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati, inoltre si rilevano attività volte all'incremento di offerte di spazi ricreativi e/o culturali. Infine progetti rivolti a soggetti attivi nell'ambito del territorio e programmi di prevenzione che coinvolgono i "partecipanti" in attività sportive, ricreative e culturali. Tutti gli interventi attivi, o attivati nel corso del 2010, risultano menzionati ufficialmente nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie. Da segnalare, inoltre, la messa in atto di numerose campagne informative di prevenzione universale. Nel corso del 2010, risultano attive sul territorio della regione 9 campagne informative, le quali, attraverso i mass-media (TV, radio, quotidiani, depliant e poster pubblicitari) sensibilizzano la società civile alle problematiche connesse all'utilizzo di sostanze lecite ed illecite.

4.2 **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. Anche in questo caso, come strumento di rilevazione sono stati utilizzati i questionari messi a punto in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze in materia di prevenzione selettiva e mirata, sia fra specifici gruppi che su famiglie a rischio.

^[2] I questionari strutturati dell'EMCDDA riguardano aspetti quanti-qualitativi nell'ambito della prevenzione, del reinserimento sociale, dei trattamenti e interventi rivolti alla riduzione della mortalità droga-correlata.

A livello regionale, nel 2010, risultano attivi, programmi di prevenzione rivolti a giovani che abbandonano precocemente la scuola, progetti rivolti agli Immigrati e Gruppi etnici. Gli interventi risultano attuati presso strutture o servizi dedicati e sono menzionati ufficialmente nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie. Inoltre, durante il 2010, sul territorio regionale Trentino, risultano attivi o avviati 14 progetti di prevenzione selettiva rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze. Gli interventi risultano attuati presso strutture o servizi dedicati o a domicilio e sono menzionati ufficialmente nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie.

4.3 Azioni di prevenzione delle tossicodipendenze realizzate dal Ser.T

Nel corso del 2010 il Ser.T ha proseguito l'attività di prevenzione primaria delle tossicodipendenze negli istituti scolastici provinciali, sul territorio e presso le sedi del servizio.

Rispetto alle attività svolte nelle scuole, i progetti proposti avevano l'obiettivo di realizzare interventi multidisciplinari in ambito scolastico sul tema della prevenzione all'uso non terapeutico di sostanze psicotrope, sotto il profilo psicologico e sociale. Mentre l'intervento psicologico si è soffermato sui comportamenti a rischio durante l'adolescenza e sui significati di natura psicologica del consumo giovanile, l'intervento sociale ha focalizzato l'attenzione sugli aspetti culturali, antropologici e giuridici della realtà giovanile all'interno di una società in continua trasformazione. Nello specifico, sono stati realizzati presso le scuole aderenti tre tipi di progetti che presupponevano differenti target di destinatari: i progetti "gli adulti significativi e la tossicodipendenza: confronto-informazione sul possibile significato dell'uso di sostanze in adolescenza e sulla dinamica relazionale adulto/adolescente" e "gruppi di discussione mirati alla comprensione e alla gestione di situazioni di disagio" si sono rivolti a docenti e genitori e sono stati realizzati da psicologi e assistenti sociali; il progetto di peer education "le sostanze e i giovani", si è rivolto agli studenti al fine di individuare tra essi potenziali "formatori-informatori" di altri studenti ed ha coinvolto nella sua realizzazione prevalentemente gli assistenti sociali operanti nel Servizio per le Tossicodipendenze. Gli operatori coinvolti negli interventi sono stati 2 psicologi e 4 assistenti sociali del servizio.

Nel complesso, nell'anno scolastico 2009-2010 il Ser.T di Trento ha realizzato 13 interventi in altrettanti istituti scolastici del territorio provinciale, comprensivi di scuole medie inferiori e superiori, per un totale di 132 ore impegnate; i comprensori territoriali coinvolti sono la Vallagarina, Trento e Valle dei Laghi, Alto Garda e Ledro, Val di Fiemme e Fassa, Giudicarie e Rendena, Alta Valsugana.

Gli interventi si sono strutturati prevalentemente sul progetto di peer education, per un totale di 88 ore impegnate e il coinvolgimento di 10 insegnanti, 134 genitori e 59 peerer; la ricaduta stimata in termini di studenti raggiunti è di 647 studenti. I progetti "Adulti significativi" e "Prevenzione del disagio" hanno visto un impe-

gno più contenuto dal punto di vista orario (44 ore) ed il coinvolgimento di 10 insegnanti e 304 genitori.

Accanto ai progetti di educazione alla salute nelle scuole, il 2010 ha visto gli psicologi dell'équipe multidisciplinare del Ser.T di Trento impegnati nella realizzazione di alcuni interventi di prevenzione primaria sul territorio provinciale, in linea con quanto progettato e realizzato l'anno precedente.

Gli interventi sono stati in totale 26, con un impegno effettivo di 53 ore e il coinvolgimento di 294 partecipanti. Essi sono sostanzialmente classificabili in due tipologie: da un lato, gli interventi rivolti alla popolazione generale, effettuati su inviti proposti da differenti agenzie, istituzionali e non, che a vario titolo operano nel campo culturale ed educativo, concretizzandosi in prestazioni estemporanee e puntiformi; dall'altro, gli interventi di consulenza e/o formazione attivati a favore di gruppi o singoli operatori di altre agenzie che operano in maniera diretta o indiretta nel campo della cura e riabilitazione della sofferenza d'area tossicomana, sia essa conclamata che allo stato potenziale.

Nel complesso, dunque, l'attività si è strutturata come segue:

- supervisione sui casi: 22 interventi, per un totale di 44 ore e 178 partecipanti (educatori professionali, operatori sociali);
- 4 interventi di informazione su strategie preventive da mettere in atto con adolescenti a rischio, per un totale di 11 ore e 124 partecipanti (educatori professionali, genitori, giovani).

Infine, l'attività preventiva del Ser.T si è orientata ad altri target di popolazione che, a qualsiasi titolo, si rivolgono autonomamente al servizio. Nel corso dell'anno, dunque, il personale di area sanitaria (medici e infermieri) e psicosociale (psicologi e assistenti sociali) ha erogato 50 prestazioni di questo tipo per un numero di ore complessivo pari a 100.

5

Uso problematico di sostanze psicoattive

5.1 Consumo problematico di sostanze psicoattive

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^[1] 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.

Tutte le metodologie di stima proposte cercano di sfruttare al meglio l'informazione disponibile e si adattano al livello di dettaglio con cui tale informazione viene rilasciata (aggregata o a livello analitico), che provenga da più fonti o da una soltanto.

Tra questi metodi uno dei più adottati è quello denominato cattura/ricattura, che si avvale sull'incrocio congiunto di più flussi di dati raccolti a livello analitico sui soggetti utilizzatori di sostanze^[2].

^[1] 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.

^[2] L'idea di fondo del metodo si basa sulla sovrapposizione tra le fonti: maggiore è la sovrapposizione tra le diverse fonti e minore è la quota di utenza potenziale sommersa; viceversa, ad una minore sovrapposizione corrisponde una maggiore quota di utenza non censita nel periodo in esame. Nel caso in cui non sia disponibile il dato a livello analitico e sia possibile acquisire informazioni solo da una fonte informativa, una metodologia di stima applicabile è quella denominata del moltiplicatore semplice tramite il quale a partire da un totale noto, ad esempio il totale dell'utenza trattata, e da stime della quota di utenza potenziale censita, è possibile stimare il totale dei soggetti utilizzatori problematici. Il valore determinato attraverso queste metodiche, vista anche la tipologia di

Grazie all'informazione rilevata all'interno delle attività di monitoraggio per il territorio della Provincia Autonoma di Trento, è stato possibile determinare le stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento, sia secondo la definizione di uso problematico riferita dall'Osservatorio Europeo che per due gruppi specifici di sostanze: gli oppiacei e gli stimolanti.

5.1.1 *Gli utilizzatori problematici*

Per la determinazione della stima, per l'anno 2010, del numero di soggetti utilizzatori problematici nel territorio della Provincia Autonoma di Trento, sono state utilizzate la metodologie cattura/ricattura e del moltiplicatore semplice. La prima applicata a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti in carico e trattati presso Ser.T e quella relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliera con diagnosi principale o concomitante riconducibile alle sostanze di riferimento della definizione dell'Osservatorio Europeo; la seconda applicata al solo flusso relativo ai Ser.T per il quale è stato utilizzato come moltiplicatore il valore determinato a partire dalle stime per l'anno 2009 (Tabella 5.1).

Tabella 5.1 *Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2010*

	Casi prevalenti			Prevalenza		
	Stima	IC(95%)		Stima	IC(95%)	
Cattura/Ricattura	2.189	1.765	3.019	6,1	5,3	9,1
Moltiplicatore semplice	2.587	—	—	6,9	—	—
Valore medio	2.388	—	—	6,5	—	—

Nel complesso sul territorio sono stimati in media circa 2.400 utilizzatori problematici corrispondenti ad una prevalenza stimata di 6,5 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, valori in crescita rispetto al 2009, nel quale la stima puntuale dei consumatori problematici era pari a 2073 e la prevalenza stimata a 6,1 soggetti ogni mille residenti, ma pur sempre inferiori al dato evidenziato a livello nazionale (8,5 soggetti/1000).

5.1.2 *Gli utilizzatori problematici di oppiacei*

Limitando l'analisi ai flussi relativi ai soggetti trattati che hanno come sostanza di abuso primario gli oppiacei, ed applicando le stesse metodologie, per l'anno

informazione 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 interpretato come la stima del totale di quei soggetti che, residenti nell'area in studio, sono eleggibili al trattamento in un determinato periodo di tempo.

2010 sono stimati circa 1.600 utilizzatori problematici di oppiacei residenti nel territorio provinciale, corrispondenti ad una prevalenza pari a 4,5 soggetti ogni mille di età a rischio. Anche in questo caso, i valori stimati risultano in crescita rispetto all'anno precedente (1417 consumatori problematici per una prevalenza di 4,2 soggetti ogni mille) e inferiori a quanto evidenziato a livello nazionale (5,5 soggetti/1000 residenti) (Tabella 5.2).

Tabella 5.2 Utilizzo problematico di oppiacei, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2010

	Casi prevalenti			Prevalenza		
	Stima	IC(95%)		Stima	IC(95%)	
Cattura/Ricattura	1.546	1.265	2.001	4,3	3,7	6,0
Moltiplicatore semplice	1.631	—	—	4,7	—	—
Valore medio	1.589	—	—	4,5	—	—

5.1.3 Gli utilizzatori problematici di stimolanti

Le stime dell'uso problematico di stimolanti, principalmente cocaina, vista l'esiguità numerica dell'utenza residente trattata, sono state determinate tramite la sola metodologia del moltiplicatore semplice e per l'anno 2010 presentano valori pari a 810 casi prevalenti, per una prevalenza stimata di 2,4 residenti ogni mille di età a rischio. Nel 2009, tali stime erano pari a 750 consumatori problematici per 2,2 soggetti ogni mille residenti; il valore stimato a livello nazionale, inoltre, è pari a 3 soggetti ogni 1000 residenti (Tabella 5.3).

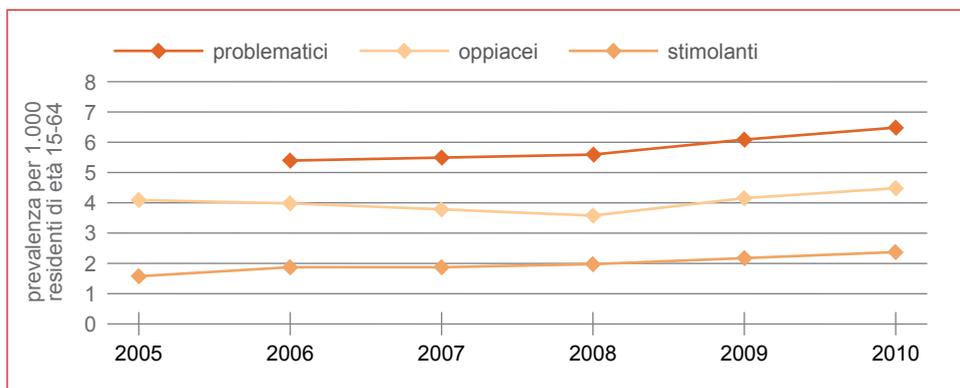
Tabella 5.3 Utilizzo problematico di stimolanti, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2010

	Casi prevalenti	Prevalenza
	Stima	Stima
Moltiplicatore semplice	810	4,3

5.1.4 Trend 2005-2010 delle stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento

Per le tre tipologie di soggetti considerati, ovvero gli utilizzatori problematici secondo la definizione proposta dall'Osservatorio Europeo, gli utilizzatori problematici di oppiacei e gli utilizzatori problematici di stimolanti, l'andamento temporale delle stime puntuali di prevalenza (Grafico 5.1) conferma una sostanziale sovrapposizione dei valori nel periodo in esame, stante la mancanza di significatività statistica rilevata nei lievi incrementi evidenziati, in particolare per la prevalenza degli utilizzatori problematici nel complesso e per la prevalenza degli utilizzatori di stimolanti (Grafico 5.1).

Grafico 5.1 Utilizzo problematico di sostanze, di oppiacei, di stimolanti, stime puntuali di prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anni 2005-2010



5.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Ser.T

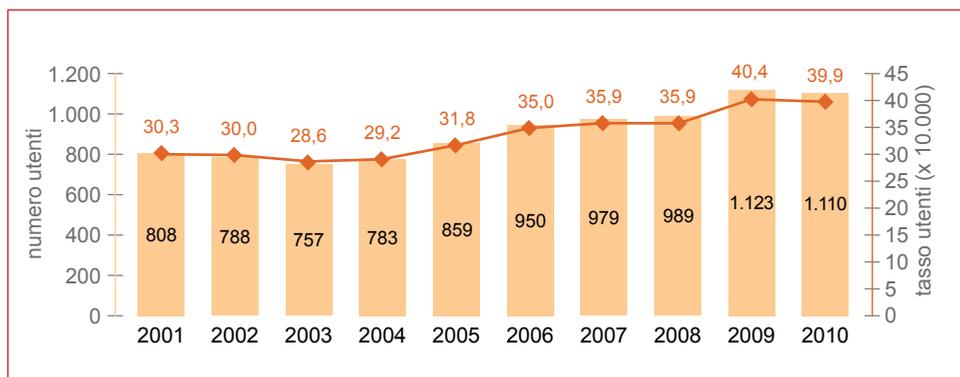
Nel corso dell'anno 2010, i tossicodipendenti assistiti dai servizi per le tossicodipendenze della Provincia di Trento sono stati 1172; di questi, 1110 sono utenti totalmente presi in carico, mentre 62 sono utenti temporaneamente appoggiati da altri servizi del territorio nazionale (5%)^[3].

Gli utenti di nazionalità straniera in carico rappresentano il 14% del totale dell'utenza: l'81% di essi è già conosciuto ai servizi, mentre nel 2009 tale dato era pari al 67%. Si tratta in particolare di soggetti di sesso maschile (93%) che utilizzano principalmente oppiacei (84%) e cocaina (9%) con modalità d'uso fumata/inalata (59%) o endovenosa (25%).

Rispetto all'anno precedente il numero di utenti in carico per problemi di dipendenza è sostanzialmente stabile e il tasso di prevalenza, dato dal rapporto tra il numero di utenti in carico e la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni, si attesta intorno a circa 40 utenti ogni 10.000 abitanti (Grafico 5.2). I soggetti che proseguono un trattamento avviato in anni precedenti o che rientrano a seguito di una recidiva (utenti già in carico) sono il 90% (1001 utenti), il restante 10% (109 casi) è costituito da utenti incidenti, ovvero presi in carico dal servizio per la prima volta nel 2010. Rispetto all'anno precedente si osserva una diminuzione di sei punti percentuali della proporzione di nuovi ingressi (nel 2009 pari al 16%).

^[3] Il Ser.T di Trento distingue i soggetti appoggiati da quelli in carico temporaneo: sebbene entrambe le tipologie di pazienti provengano da altre regioni italiane, i soggetti in appoggio hanno un contatto sporadico con il servizio, definito esclusivamente dall'assunzione occasionale della terapia metadonica, e il piano terapeutico resta di esclusiva titolarità del Ser.T di provenienza; per i soggetti in carico temporaneo, al contrario, il rapporto con il servizio è prolungato nel tempo, dunque il progetto terapeutico viene strutturato dal Ser.T di Trento, che ne assume la titolarità.

Grafico 5.2 Distribuzione del numero di utenti in carico presso i Servizi della Provincia di Trento. Valori assoluti e tasso ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 e 54 anni. Anni 2001-2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

In linea con quanto evidenziato gli anni precedenti, la distribuzione per genere mostra una prevalenza di utenti di sesso maschile (893 soggetti, pari all'81%), in proporzione inferiore tra i nuovi casi (75%, cioè 82 soggetti) rispetto ai casi già in carico da anni precedenti (81%, 811 soggetti).

L'età media dell'utenza trattata è di 36 anni, con differenze di tre anni tra i generi: 37 anni in media per i maschi e 34 per le femmine. L'età media dell'utenza già nota raggiunge i 36 anni, contro i 33 anni dei soggetti che per la prima volta si sono rivolti ai servizi nel 2010; gli uomini entrati in trattamento nel 2010 presentano un'età media più bassa di quelli già noti al servizio (32 vs. 37 anni) mentre l'età media delle donne è di 34 anni sia tra le incidenti che tra le rientranti.

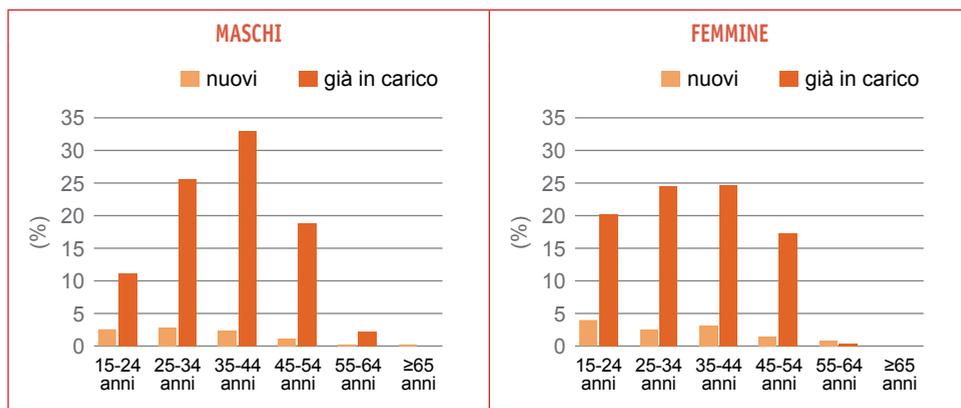
Disaggregando l'utenza complessivamente in carico per sesso e fasce d'età si osserva un accesso ai servizi generalmente più precoce per le femmine. Se nel collettivo maschile la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 35 e i 44 anni, in cui si concentra il 35% dell'utenza, nel collettivo femminile il 55% si compone di soggetti di età compresa tra i 25 e i 44 anni (nello specifico il 27% delle femmine ha tra i 35 e i 44 anni e il 28% tra i 25 e i 34 anni).

Il 14% dei maschi ha un'età inferiore ai 25 anni e il 28% ha tra i 25 e i 34 anni; tra le femmine, è più alta rispetto ai maschi la percentuale relativa ai soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni (24%) (Grafico 5.3).

Il 92% degli utenti risulta in trattamento per consumo problematico di oppiacei; la cocaina e i cannabinoidi costituiscono la sostanza primaria per il restante 8% degli utenti (in eguali proporzioni).

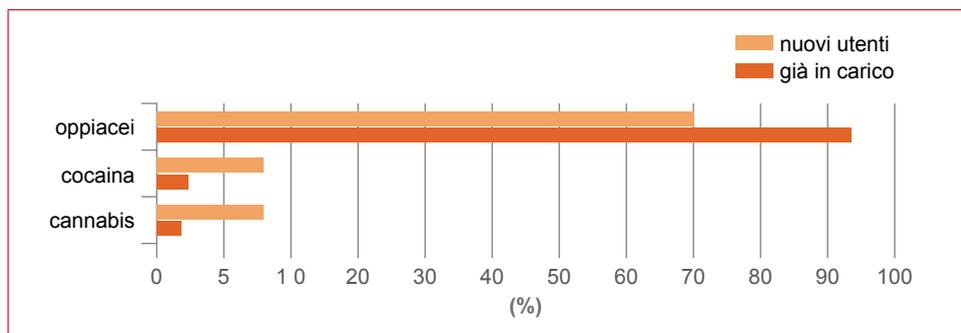
La distribuzione per sostanza d'abuso primaria e presenza nel servizio, rileva una quota minore di utilizzatori di oppiacei tra i casi incidenti (72% contro il 93% dei soggetti già noti), mentre maggiore è la quota degli utilizzatori di cocaina e quella dei soggetti che abusano di cannabinoidi (14% contro 3% per entrambe le sostanze) (Grafico 5.4).

Grafico 5.3 Distribuzione percentuale degli utenti in carico per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Grafico 5.4 Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per sostanza di abuso primaria e tipologia di utente. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

La distribuzione dei soggetti secondo il genere evidenzia una quota più consistente di soggetti che utilizzano primariamente gli oppiacei nel collettivo femminile rispetto al genere maschile (96% contro il 90% degli uomini), mentre sono minori le percentuali delle utilizzatrici di cocaina (2% contro il 5% dei maschi) e di cannabis (1% contro il 5% dei maschi).

Se si fa riferimento ai soli utenti temporaneamente appoggiati da altri servizi del territorio nazionale, si osserva che la proporzione di utilizzatori di derivati dell'oppio sale al 98%, il rimanente 2% riguarda consumatori di cannabinoidi.

L'analisi della modalità di assunzione della sostanza primaria evidenzia che l'uso iniettivo riguarda il 55% dell'utenza complessivamente trattata, sia in carico che appoggiata da altre strutture, il 29% dei soggetti la fuma o la inala e il 14% la sniffa. Distinguendo tra soggetti già in carico presso i servizi e "nuovi", l'assunzione per via endovenosa risulta maggiormente diffusa tra gli utenti già conosciuti (57% contro 34% dei nuovi ingressi), mentre i soggetti incidenti sniffano e fumano

la sostanza nel 15% e 51% dei casi, contro rispettivamente il 14% e il 27% dei soggetti già in carico. Disaggregando il dato per sostanza primaria, risulta che il 59% di chi abusa di oppiacei ne fa un uso endovenoso; tale quota scende al 9% fra coloro che fanno 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 ed avere più di 35 anni (Tabella 5.4).

Tabella 5.4 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 Ser.T. Anno 2010

	Odds ratio (I.C. 95%)
maschi v. femmine	1,00 (0,71-1,39)
già in carico v. nuovi utenti	1,46 (0,90-2,38)
età ≥ 35 anni v. età < 35 anni	4,29 (3,25-5,66) (*)
età primo uso < 20 anni v. età primo uso ≥ 20 anni	2,64 (2,01-3,48) (*)

Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

(*) Valori statisticamente significativi

Se si circoscrive l'analisi alla classe d'età dei giovanissimi (15-24 anni), che nel 2010 risulta essere meno consistente numericamente rispetto agli anni precedenti (rappresenta, cioè circa il 16% dell'utenza complessiva vs. circa il 20% del 2009), si evidenzia che gli oppiacei rimangono la sostanza primaria prevalente (86% circa), mentre il 9% è in carico per abuso di cannabinoidi e il 5% di cocaina. Se si guarda, inoltre, alla modalità d'uso prevalente, oltre 7 giovani su 10 la assumono per fumo/inalazione (vs. 29% dell'utenza complessiva), mentre la quota di injector e di soggetti che la sniffano è sensibilmente inferiore (rispettivamente, circa 21% e 8% vs. 55% e 14% del campione complessivo).

Considerando ancora la totalità dei soggetti in trattamento (utenti in carico ed appoggiati), il 25% utilizza unicamente la sostanza d'abuso primaria, il 31% la associa ad un'altra sostanza psicoattiva ed il 44% utilizza almeno altre due sostanze. Tra i soggetti già in carico il 75% utilizza più sostanze, mentre il 70% dei nuovi utenti fa ricorso al policonsumo (Tabella 5.5).

Tabella 5.5 Distribuzione percentuale dell'utenza in carico nei Ser.T per numero di sostanze consumate e tipologia di utenti. Anno 2010

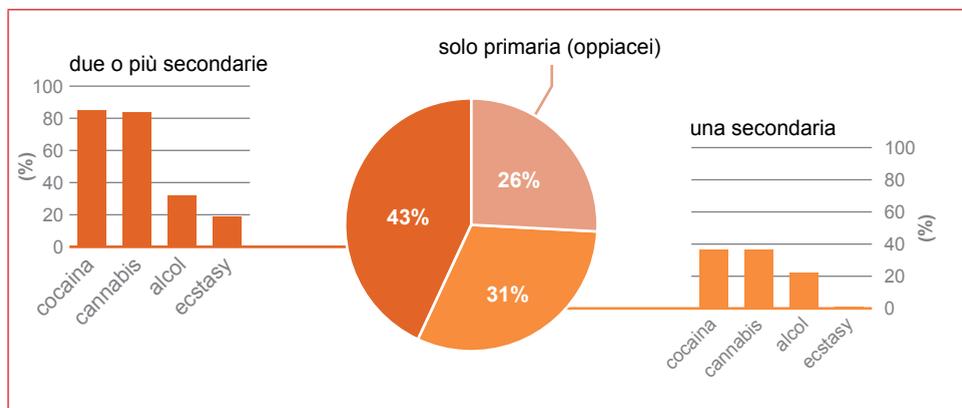
	Utenti già in carico	Nuovi utenti
Utilizzatori di una sola sostanza	24,6%	30,1%
due sostanze	31,5%	26,5%
Utilizzatori di più sostanze		
tre o più sostanze	43,9%	43,4%
totale	75,4%	69,9%

Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

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.

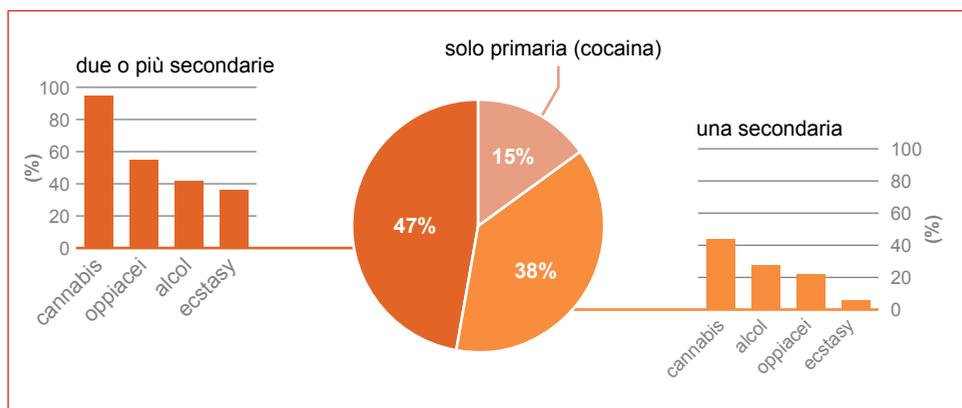
Gli utenti in trattamento per uso di oppiacei ricorrono all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 74% dei casi. Se si distinguono i poliassuntori tra coloro che, oltre alla primaria, assumono una sola sostanza "secondaria" e quelli che ne assumono due o più, è possibile osservare che tra i soggetti in trattamento per disturbi correlati all'uso di oppiacei si trovano, come sostanze di associazione preferite, la cocaina (36% nel primo gruppo e 85% nel secondo gruppo), la cannabis (36% ed 84%, rispettivamente) e le bevande alcoliche (21% nel primo gruppo e 32% nel secondo gruppo) (Grafico 5.5).

Grafico 5.5 Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Grafico 5.6 Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cocaina in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2010

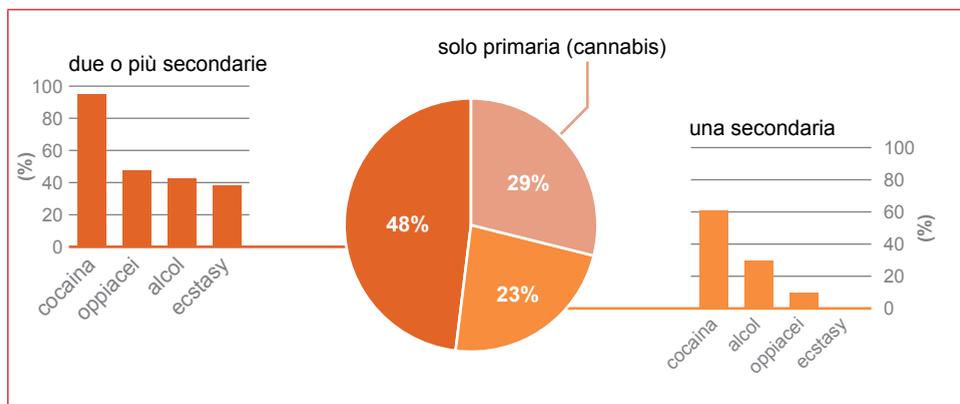


Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

L'85% dei soggetti cocainomani sono utilizzatori di più di una sostanza, tale utenza predilige come sostanza concomitante prevalentemente la cannabis (utilizzata dal 44% dei consumatori di una sola secondaria e dal 96% dei consumatori di più sostanze secondarie), in misura minore gli oppiacei (22% e 54%, rispettivamente) e le bevande alcoliche (nel 28% dei soggetti con una sola secondaria e dal 41% dei consumatori di più sostanze secondarie) (Grafico 5.6).

I soggetti che hanno richiesto un trattamento per uso di cannabis sono per il 29% utilizzatori di una sola sostanza. La cocaina (60%) e le bevande alcoliche (30%) sono le sostanze associate per coloro che utilizzano solo un'altra sostanza, mentre tra i poliassuntori di 3 o più sostanze psicoattive si osserva anche l'utilizzo di oppiacei (48%) ed ecstasy (38%) (Grafico 5.7).

Grafico 5.7 Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cannabis in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2010



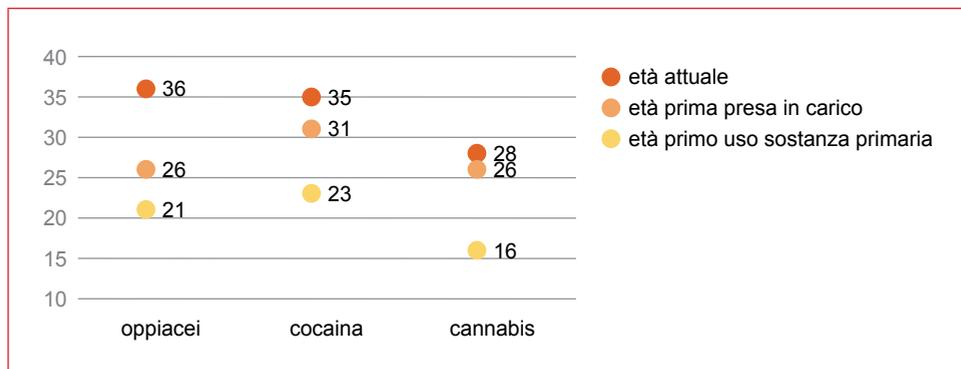
Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Il confronto tra i valori medi delle età di primo uso della sostanza che motiva il trattamento, di prima presa in carico e l'età attuale dei soggetti trattati mette in evidenza delle diversificazioni a seconda della sostanza d'abuso primaria. Relativamente all'età media del soggetto emerge la maggiore anzianità da parte dei soggetti utilizzatori di oppiacei (36 anni), seguiti dai consumatori di cocaina (35 anni).

I consumatori di cannabis costituiscono il gruppo di utenti più giovani, con un'età media pari a 28 anni; questi stessi utenti presentano anche l'età media di primo utilizzo più bassa (16 anni). I soggetti trattati per consumo di oppiacei e di cocaina hanno un'età media di "iniziazione alla sostanza primaria" rispettivamente di 21 e 23 anni.

Rispetto all'età di prima presa in carico, sono gli utilizzatori di cannabis e i consumatori di oppiacei (26 anni) coloro che entrano per primi nei servizi, seguiti dagli assuntori di cocaina (31 anni) (Grafico 5.8).

Grafico 5.8 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 Ser.T, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Relativamente alla modalità di arrivo ai servizi emerge che la maggior parte degli utenti in carico (esclusi gli appoggiati) sono giunti volontariamente (83%), il 12% è stato inviato dalle autorità, il 4% è giunto attraverso strutture socio sanitarie ed l'1% tramite altri canali.

Dall'analisi del canale d'invio dei nuovi utenti, si osserva che la scelta volontaria caratterizza la domanda effettuata dal 63% dei soggetti, il 7% risulta inviato dalle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio, il 28% dalle autorità, in particolare dalle Prefetture ed il restante 2% da altri canali.

Il canale d'invio dei casi incidenti risulta diversificato se l'analisi è effettuata sulla base della sostanza primaria d'abuso. Tra i consumatori problematici di oppiacei la scelta volontaria si riscontra nel 64% dei casi, il 28% di questi utenti risulta inviato dalle autorità e il 6% dalle strutture socio sanitarie.

Anche per quanto riguarda i consumatori di cannabis, la maggior parte (77%) si è rivolta spontaneamente ai servizi, il 15% è stato inviato dalle Prefetture e l'8% risulta inviato da strutture socio sanitarie.

La maggior parte dei soggetti in trattamento per uso di cocaina risulta inviata dalle prefetture (62%), l'8% dalle strutture socio-sanitarie e solo il 23% si è rivolto spontaneamente e volontariamente (Grafico 5.9).

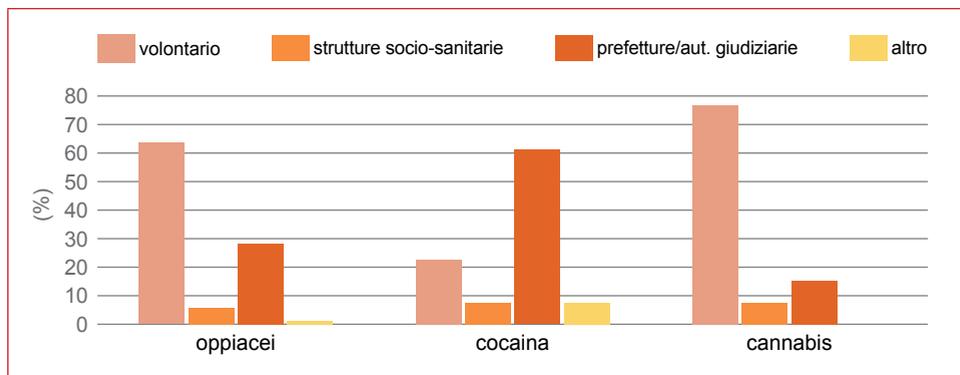
Relativamente alle caratteristiche socio demografiche dei soggetti in trattamento (in carico o appoggiati), si osserva che il 61% degli utenti risulta avere un livello di scolarità medio (ha completato le scuole dell'obbligo), il 34% elevato e il 5% ha conseguito al massimo la licenza elementare. Dalla distribuzione dell'utenza per scolarità e sostanza d'abuso primaria si evince che ha il titolo di istruzione medio il 62% degli assuntori di oppiacei, il 57% dei soggetti in carico per abuso di cocaina ed il 63% di coloro che abusano di cannabinoidi. Risulta omogenea la quota di soggetti che dichiarano un titolo di studio basso. Tra gli utilizzatori di oppiacei si osserva la percentuale più bassa di soggetti che dichiarano un elevato

livello di istruzione (33%), tale dato risulta invece pari al 38% tra gli assuntori di cocaina e al 35% tra i soggetti che fanno uso di cannabis.

Per quanto riguarda la condizione occupazionale, risulta occupato il 61% degli utenti in carico, il 30% è disoccupato e il 9% dichiara di non essere attivo dal punto di vista lavorativo.

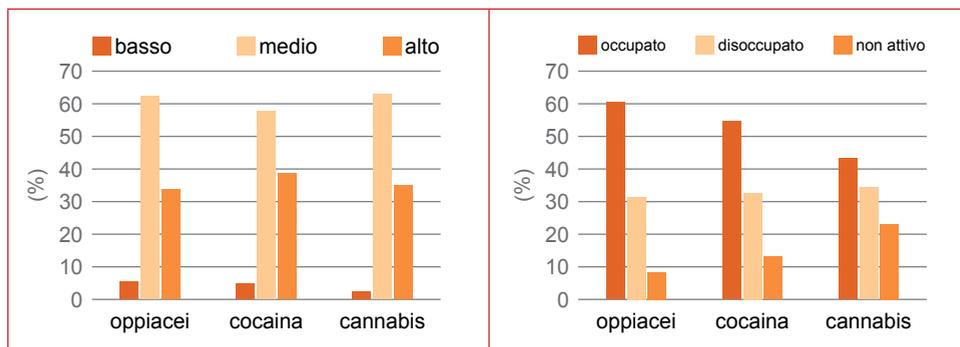
Dalla disaggregazione per sostanza primaria emerge che è occupato il 61% dei soggetti in trattamento per abuso di oppiacei, il 43% degli assuntori di cannabinoidi ed il 54% di chi abusa di cocaina. Le quote di soggetti disoccupati sono simili tra gli utilizzatori di oppiacei (31%), i cocainomani (33%) e gli utilizzatori di cannabis (34%). I soggetti non attivi rappresentano l'8% degli utilizzatori di oppiacei, la quota di questo sottogruppo è più elevata tra gli utenti cocainomani (13%) e tra gli utilizzatori di cannabinoidi (23%) a causa della presenza di studenti (Grafico 5.10).

Grafico 5.9 Distribuzione percentuale dei nuovi utenti in carico (non in appoggio) secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza primaria. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Grafico 5.10 Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i Ser.T in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2010



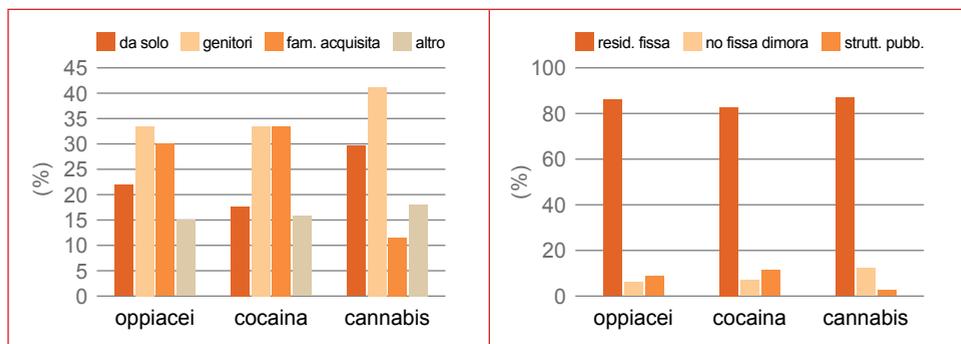
Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Rispetto alla condizione abitativa, il 33% dell'utenza trattata abita con i propri genitori, il 22% vive da solo, il 30% con la famiglia costituita e il 15% dell'utenza abita con altre persone.

Dalla disaggregazione per sostanza d'abuso primaria si osserva che tra gli assuntori di oppiacei il 30% abita con la famiglia acquisita, il 33% abita con la famiglia d'origine e il 22% vive solo. Anche tra gli utilizzatori di cocaina si rileva una quota consistente di soggetti che dichiara di abitare con i genitori (33%) e con la famiglia acquisita (33%), mentre il 18% vive da solo. Tra gli utilizzatori di cannabis, data la loro giovane età, la quota di soggetti che abita con i genitori è pari al 41%, il 30% vive da solo e l'11% vive con la famiglia acquisita.

Per quanto riguarda il luogo di abitazione, l'86% dell'utenza risulta avere una residenza fissa, l'8% risiede in una struttura pubblica e il 6% dichiara di non possedere dimora fissa (Grafico 5.11).

Grafico 5.11 Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i Ser.T alla condizione abitativa, secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2010



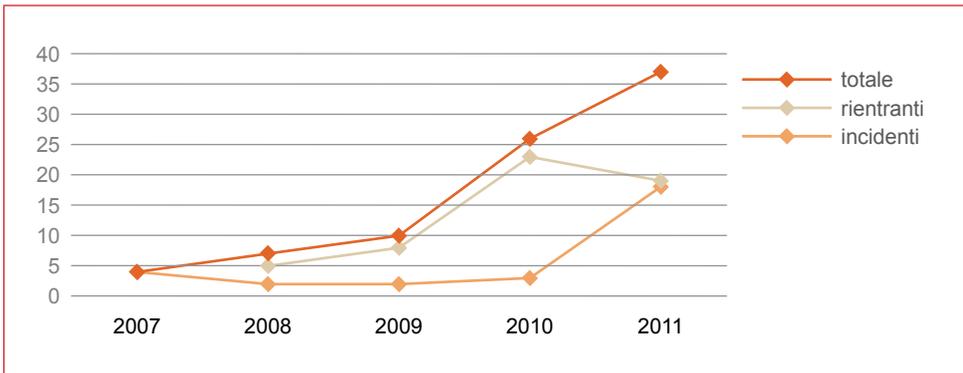
Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

5.2.1 Un focus sui soggetti in trattamento per gioco d'azzardo

Nel corso degli ultimi anni è cresciuta progressivamente l'attenzione verso nuove forme di dipendenza senza sostanza, prima tra tutte la dipendenza da gioco d'azzardo. A livello nazionale, si stima una prevalenza di gioco d'azzardo patologico nel corso della vita pari all'1% della popolazione generale e del 10% nella popolazione studentesca, mentre il 5% di entrambi i target di popolazione sarebbero a rischio nello sviluppo di tale patologia.

Nell'utenza dei Ser.T della Provincia Autonoma di Trento, nel corso degli ultimi anni è evidente il trend di crescita degli utenti in trattamento per problematiche derivanti dal gioco d'azzardo, benchè restino tuttora numericamente contenuti rispetto all'utenza complessiva del servizio; come si osserva dal graf. 5.12, dai primi 4 casi di soggetti in trattamento per gambling nel 2007 si è passati ai 37 casi trattati nel primo semestre 2011, nel quale, tra l'altro, si registra una forte crescita di soggetti incidenti rispetto all'anno precedente (da 3 casi a 18) (Grafico 5.12).

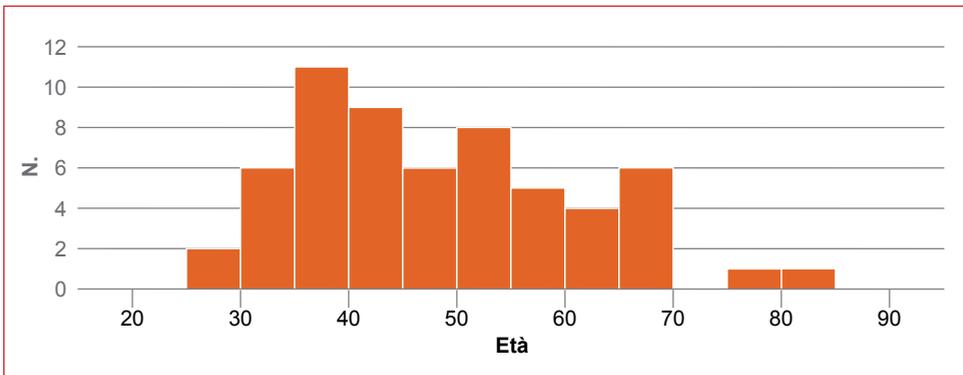
Grafico 5.12 Utenti in trattamento per gambling. Anni 2007-2011 (primo semestre)



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Nel complesso, i giocatori d'azzardo che hanno presentato nel periodo considerato una richiesta di aiuto al servizio sono 59. Si tratta di soggetti di nazionalità italiana (in soli 2 casi sono stranieri), seguiti in regime ambulatoriale (solo 1 caso presso una struttura carceraria), prevalentemente di sesso maschile (47 casi, pari al 78,3%) e con un'età media e mediana di 48 anni. Rispetto all'utenza complessiva seguita dal servizio, le donne hanno un'età media decisamente più elevata degli uomini (53 anni vs. 46,6 anni) e il range di età dei gambler è molto più ampio in quanto va da un minimo di 28 anni ad un massimo di 82 anni (Grafico 5.13).

Grafico 5.13 Distribuzione dell'utenza in carico per gambling secondo l'età



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Il ricorso al servizio è avvenuto prevalentemente su scelta volontaria (46 casi, 78%), mentre nei casi rimanenti l'invio al servizio è stato effettuato dal medico di base o da altri canali medici (7 casi), dal servizio sociale (2 casi), da familiari (3 casi) o dalle forze di polizia (1 caso).

Si tratta, nel complesso, di soggetti con titoli studio medio-bassi: oltre i due quinti di essi, infatti, possiedono al più la licenza di scuola media inferiore (25

casi), un ulteriore terzo il diploma di scuola media superiore (20 casi) e il 17% un diploma di avviamento professionale; coloro che possiedono una formazione universitaria o para-universitaria costituiscono il 4% (2 casi). Dal punto di vista professionale, 3 persone su 5 hanno un'occupazione stabile (36 casi), in 11 casi i soggetti si dichiarano disoccupati o sotto-occupati e in 12 economicamente inattivi (ovvero percepiscono una pensione di anzianità).

Rispetto allo status civile, 2 persone su 5 sono sposate ed un terzo sono celibi/nubili; il restante quarto dei casi si riferisce a soggetti rimasti soli in seguito a divorzio o separazione (11 soggetti) o alla morte del coniuge (4 casi). In coerenza con questi dati, in soli 15 casi i gambler vivono soli; in 7 casi risiedono con la famiglia d'origine, in 16 casi con il partner ed in ulteriori 16 casi con i figli e il partner, in 2 casi solo con i figli e nei restanti casi in altre soluzioni abitative (si tratta di 2 senza fissa dimora e di un soggetto in carcere).

La maggior parte dei soggetti ha richiesto trattamento per problematiche connesse al gioco delle slot machine (47 casi, pari al 79,7%), mentre le lotterie (lotto e gratta e vinci) interessano 6 persone (10%) e i giochi on-line 3 persone (5%); in 3 casi non è stato possibile recuperare l'informazione nella cartella clinica, a causa della brevità del trattamento.

5.3 Trattamenti droga-correlati

5.3.1 *Trattamenti non farmacologicamente assistiti*

Nel Ser.T di Trento, nel 2010, sono stati erogati 1.490 trattamenti non farmacologicamente assistiti, di questi 996 sono interventi sociali e 494 interventi psicologici.

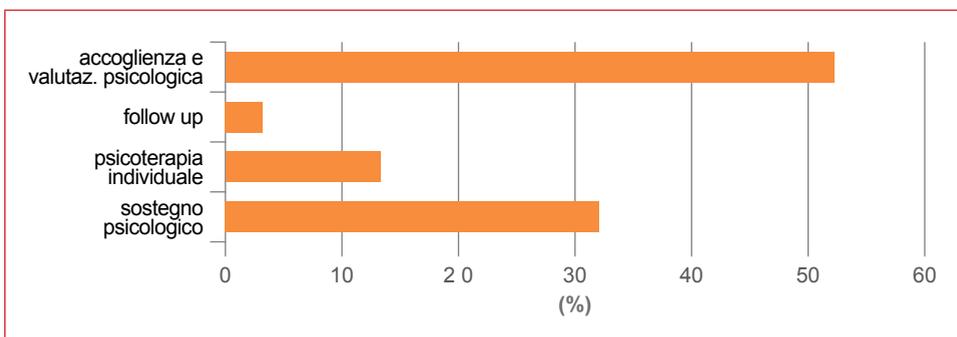
Dei 1.110 utenti trattati, 751, pari a circa il 68% dell'utenza complessiva, hanno ricevuto questo tipo di terapie. Nello specifico, il 29% è stato sottoposto a terapie esclusivamente psico-sociali, mentre per il 39% è stata prevista l'integrazione anche con terapie farmacologiche.

Di seguito saranno analizzate separatamente le terapie psicologiche e sociali.

Le terapie psicologiche vengono somministrate al 36% degli utenti trattati; per la maggior parte si tratta di interventi di accoglienza e valutazione psicologica individuale (52%) e di interventi di sostegno psicologico (32%). In misura ridotta sono stati effettuati anche interventi di psicoterapia (13%) e di follow up (3%) (Grafico 5.14).

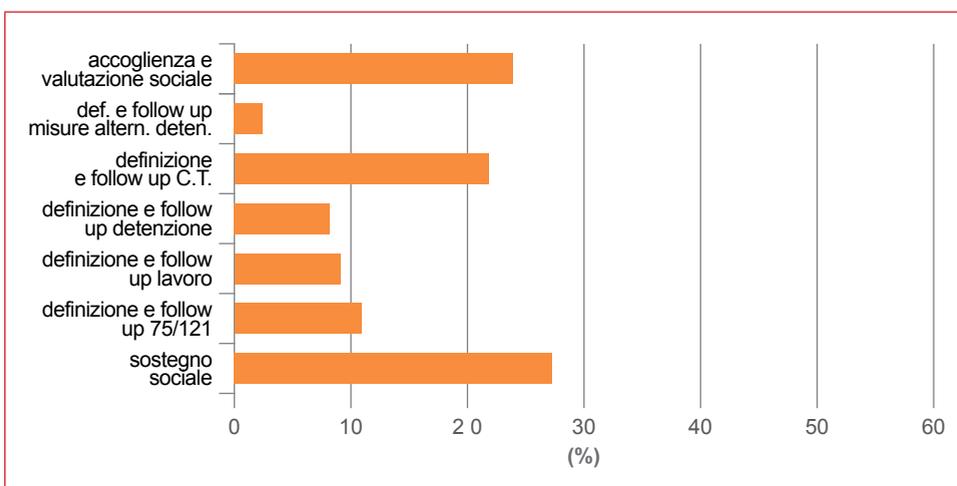
Al 54% dell'utenza in trattamento sono state erogate terapie sociali, che consistono principalmente di interventi di sostegno sociale, individuale o di coppia (27%) e accoglienza e valutazione sociale (24%), mentre la quota restante si distribuisce nelle diverse tipologie di "definizione e follow up", destinate in larga misura all'inserimento in CT (22%) ed in percentuali minori per artt. 75 e 121 del DPR 309/90 (11%), lavorativo (9%) e detenzione (8%) (Grafico 5.15).

Grafico 5.14 Distribuzione percentuale dei trattamenti psicologici erogati per tipologia di intervento. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Grafico 5.15 Distribuzione percentuale dei trattamenti sociali erogati per tipologia di intervento. Anno 2010

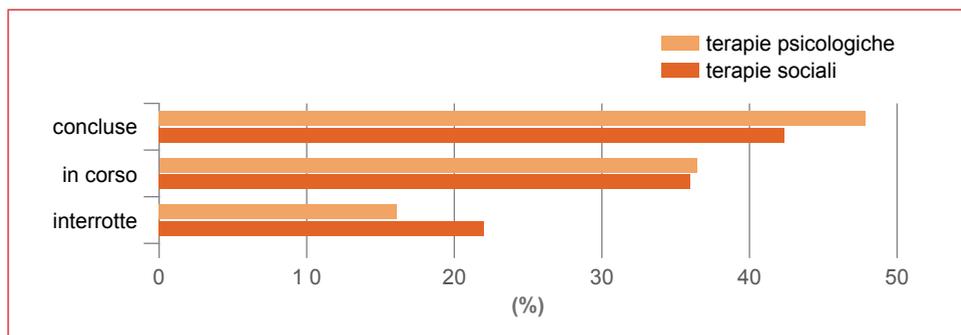


Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Considerando tutti i trattamenti in corso nel 2010, si osserva una durata media di circa 7 mesi e mezzo per i trattamenti psicologici (219 giorni, std 237) e di circa 7 mesi per quelli di tipo sociale (208 giorni, std 279).

Le terapie psicologiche risultano erogate per il 70% nelle strutture pubbliche e per il 30% nel carcere, mentre l'82% delle prestazioni sociali è stata erogata nelle strutture pubbliche, l'11% in quelle riabilitative e il rimanente 7% nelle strutture penitenziarie. Considerando tutte le terapie non farmacologicamente assistite, il 78% vengono effettuate nelle strutture pubbliche, il 15% in carcere e il 7% nelle strutture riabilitative. Analizzando lo stato dei trattamenti, si può osservare una percentuale maggiore di terapie portate a conclusione tra i trattamenti psicologici (48%) rispetto a quelli sociali (42%), mentre la proporzione di terapie che vengono interrotte è più elevata tra i trattamenti sociali (22%) in confronto agli psicologici (16%) (Grafico 5.16).

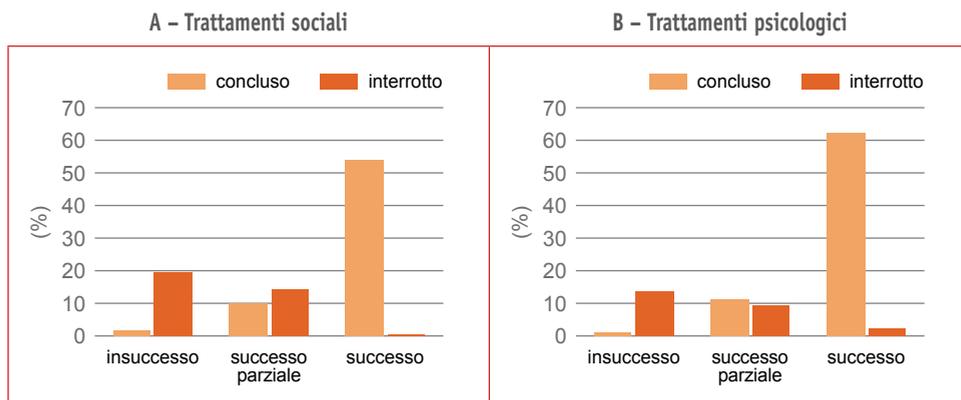
Grafico 5.16 Distribuzione percentuale dei trattamenti sociali erogati per tipologia di intervento. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Considerando soltanto i trattamenti conclusi o interrotti, si può osservare che le terapie psicologiche portano ad un risultato di successo più frequentemente (65%) di quanto non avvenga con le terapie sociali (54%). Di conseguenza queste ultime finiscono invece più spesso con un insuccesso, il 21% contro il 15% delle terapie psicologiche (Grafico 5.17).

Grafico 5.17 Distribuzione percentuale dei trattamenti sociali e psicologici, conclusi o interrotti, per esito della terapia. Anno 2010



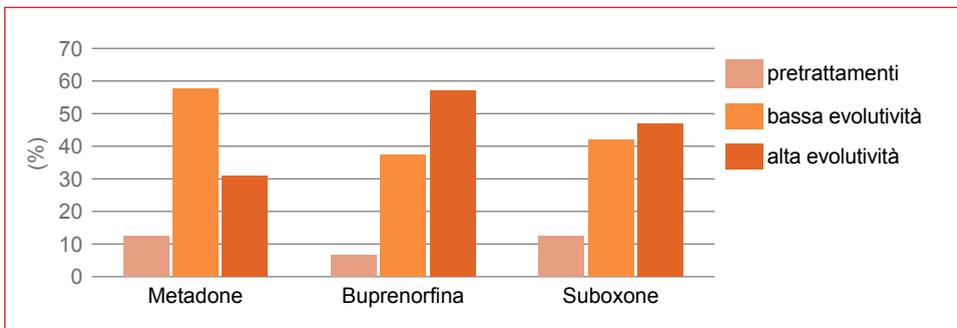
Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

5.3.2 Trattamenti farmacologicamente assistiti

I trattamenti farmacologicamente assistiti erogati agli utenti in trattamento nel Ser.T di Trento nel 2010 sono stati 1.527. Il 67% dell'utenza in carico ha ricevuto questo tipo di trattamenti, pari a 740 soggetti. Nello specifico il 28% ha ricevuto esclusivamente cure farmacologiche, il 9% anche terapie psicologiche, il 19% anche interventi di tipo sociale ed il 11% ha ricevuto sia terapie di tipo psicologico che sociale. Il 97% dei trattamenti farmacologici riguarda la somministrazione di farmaci sostitutivi, quali metadone (74%), suboxone (19%) e buprenorfina (4%) e solo il

3% l'erogazione di farmaci sintomatici. Per le tipologie di trattamenti sostitutivi con buprenorfina/suboxone pre valgono le terapie ad alta evolutività (il 57% dei trattamenti con buprenorfina e il 46% di quelli con suboxone); mentre nei trattamenti metadonici prevalgono le terapie a bassa evolutività (57%) (Grafico 5.18).

Grafico 5.18 Distribuzione percentuale dei trattamenti sostitutivi erogati per tipo di farmaco e durata della terapia. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

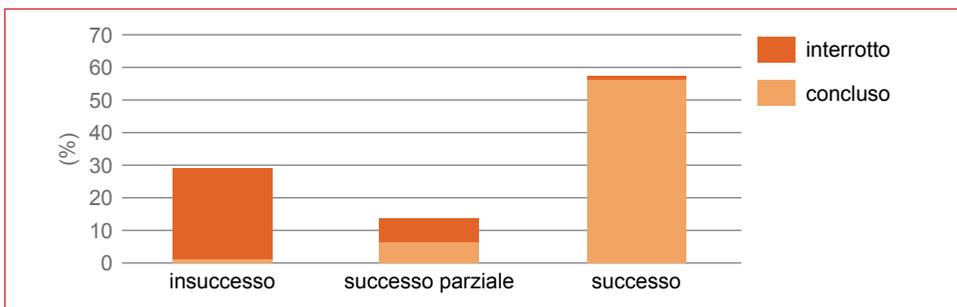
Considerando tutti i trattamenti in corso nel 2010, si osserva una durata media pari a 5 mesi e mezzo (166 giorni, std 272).

Distinguendo per tipo di farmaco somministrato, si osserva una durata di 7 mesi per i trattamenti con buprenorfina (214 gg), di 4 mesi e 20 giorni per il suboxone (141 gg) e di 6 mesi per il metadone (180 gg).

I trattamenti farmacologici sono stati erogati quasi esclusivamente presso i Ser.T (92%), il 6% in carcere e soltanto una quota minima delle terapie sono state somministrate nelle strutture riabilitative (2%).

Il 38% delle terapie farmacologiche sono ancora in corso, il 39% sono state portate a termine e il 23% risultano interrotte. Se si considerano solo quelle non più in corso è possibile osservare che il 57% sono state portate a termine con successo, il 14% hanno avuto un successo parziale ed il 29% un insuccesso (Grafico 5.19).

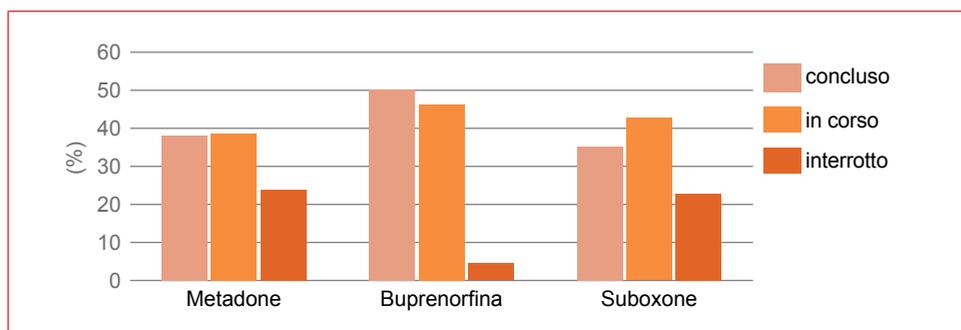
Grafico 5.19 Distribuzione percentuale delle terapie farmacologiche, concluse o interrotte, per esito della terapia. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Dalla distribuzione delle terapie farmacologiche in base allo stato della terapia non si osservano particolari differenze tra metadone e suboxone, mentre tra le terapie con buprenorfina è più elevata la percentuale dei trattamenti ancora in corso e conclusi (46% e 50% rispettivamente) e nettamente più bassa la quota dei trattamenti interrotti (4%) (Grafico 5.20).

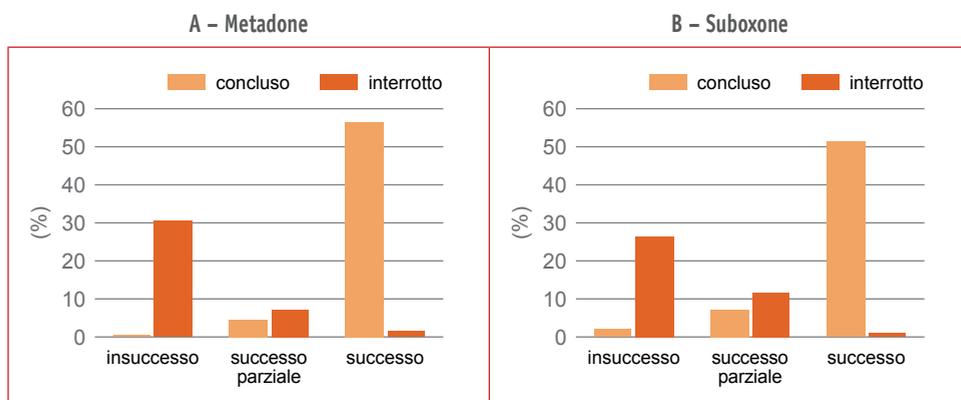
Grafico 5.20 Distribuzione delle terapie farmacologiche in base allo stato della terapia e tipo di farmaco sostitutivo somministrato. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Non si osservano particolari differenze tra le distribuzioni percentuali delle terapie di metadone e suboxone che sono state concluse o interrotte in base all'esito raggiunto (Grafico 5.21).

Grafico 5.21 Distribuzione delle terapie con metadone o suboxone, concluse o interrotte, per stato ed esito della terapia. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

5.3.3 I programmi terapeutici

Delineate le caratteristiche dei trattamenti erogati dal Servizio nell'area medica, psicologica e sociale, si considerano ora i programmi terapeutici complessivi (PT), costituiti dall'insieme di una o più tipologie di interventi specialistici di area sa-

nitaria, sociale e psicologica che vengono proposte al paziente simultaneamente o in successione temporale.

I programmi terapeutici vengono definiti sulla base di alcune caratteristiche dei pazienti (motivazione al cambiamento, età, sesso, condizioni mediche, ambientali, tossicologiche, sociali, psicologiche, legali, etc.). Si hanno, dunque, tre tipologie differenti di utenti, caratterizzate da condizioni omogenee di evoluzione futura verso il superamento della condizione di tossicodipendenza. La bassa evolutività corrisponde ad una situazione clinica che, a giudizio dell'equipe curante, è caratterizzata da scarsa o nulla compliance del paziente all'assessment e/o alla proposta terapeutica finalizzata al cambiamento. L'alta evolutività corrisponde alla situazione clinica che, a giudizio dell'equipe curante, presenta la possibilità di perseguire obiettivi di cambiamento rispetto al sintomo presentato e/o alle condizioni che lo sostengono o lo aggravano. Infine, i pazienti per i quali non è ancora stata chiarita la domanda o non è stata completata la valutazione multi-assiale vengono inseriti nella fase di accoglienza, aggancio e valutazione. Partendo da tale classificazione si definiscono i programmi terapeutici specifici per ogni tipologia di utenza, gli obiettivi da raggiungere e gli indicatori di risultato da misurare.

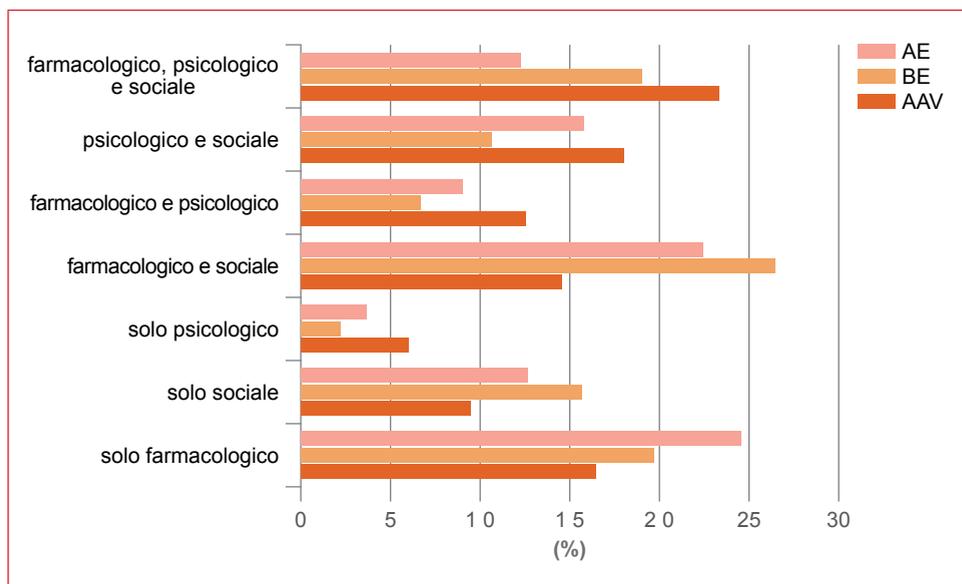
Sul totale dei programmi terapeutici effettuati nel corso del 2010 (1.795) in favore di utenti tossicodipendenti (in carico e in carico temporaneo), il 29% è di "Accoglienza, Aggancio e Valutazione" (AAV), il 29% di "Bassa Evolutività" (BE) ed il 42% di "Alta Evolutività" (AE).

Le tre tipologie prevedono l'utilizzo delle singole terapie psicologiche, sociali e farmacologiche, ma è interessante osservare che nei programmi terapeutici di accoglienza, aggancio e valutazione (AAV) è maggiore la percentuale di utenti sottoposti a terapie psicologiche (60%) rispetto ai programmi Bassa Evolutività (BE) ed Alta Evolutività (AE) (38% e 40%, rispettivamente). Nei programmi terapeutici a BE risultano più elevate le quote di utenti sottoposti a terapie farmacologiche: il 72% contro il 68% degli utenti in AE e il 67% degli utenti in AAV. Anche le terapie sociali sono principalmente erogate all'interno dei programmi terapeutici a Bassa Evolutività, il 72% contro il 65% degli utenti in AAV e il 63% degli utenti in AE (Grafico 5.22).

Considerando solo i programmi terapeutici portati a termine o interrotti, effettuati nel 2010, si riscontrano differenze tra le durate delle varie tipologie di programma: 15 mesi e mezzo per i programmi di AE (469 giorni, std 634), 8 mesi e mezzo per quelli di BE (256 giorni, std 332) e 4 mesi per i programmi di AAV (134 giorni, std 118).

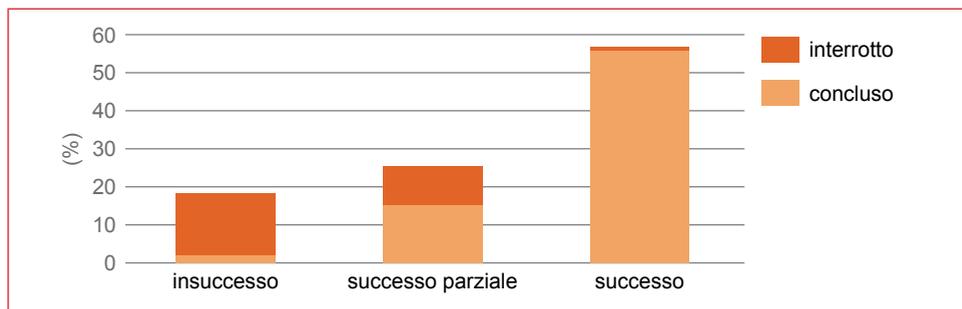
Il 45% dei programmi terapeutici è risultato essere ancora in corso, il 41% sono stati portati a termine e il 14% risultano interrotti. Se si considerano solo i programmi non più in corso è possibile osservare che il 57% sono stati portati a termine con successo, il 25% hanno avuto un successo parziale ed il 18% un insuccesso (Grafico 5.23).

Grafico 5.22 Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento per tipologia di programma terapeutico, in base alle terapie ricevute. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Grafico 5.23 Distribuzione percentuale dei programmi terapeutici, conclusi o interrotti, per esito della terapia. Anno 2010

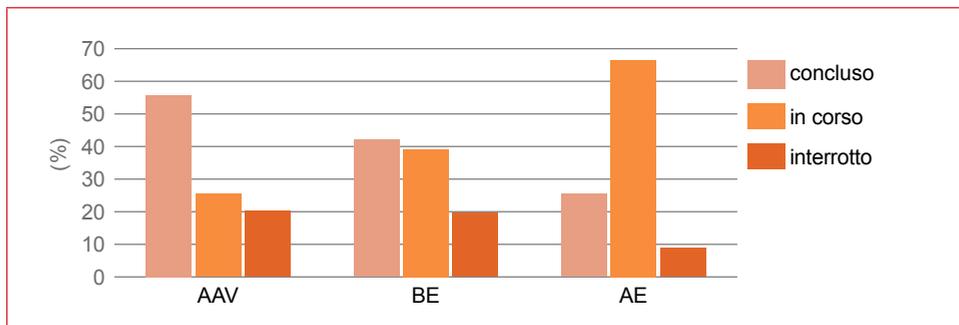


Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

I programmi terapeutici AAV sono stati conclusi nel 55% dei casi, contro rispettivamente il 42% e il 25% osservati nei programmi di bassa e di alta evolutività; questi ultimi invece risultano in maggioranza ancora in corso (66%, contro il 39% dei BE e il 25% dei AAV). Tra i programmi di AAV e BE si rileva anche la proporzione più elevata di programmi interrotti (19%, contro il 9% per l'AE) (Grafico 5.24). Esaminando solo i programmi conclusi o interrotti (Grafico 5.25) si può osservare che è tra quelli ad Alta evolutività e di "Accoglienza, Aggancio e Valutazione" che si ha la quota maggiore di programmi terminati con successo (rispettivamente 59% e 57% contro il 54% in BE). Meno elevate risultano invece le proporzioni di

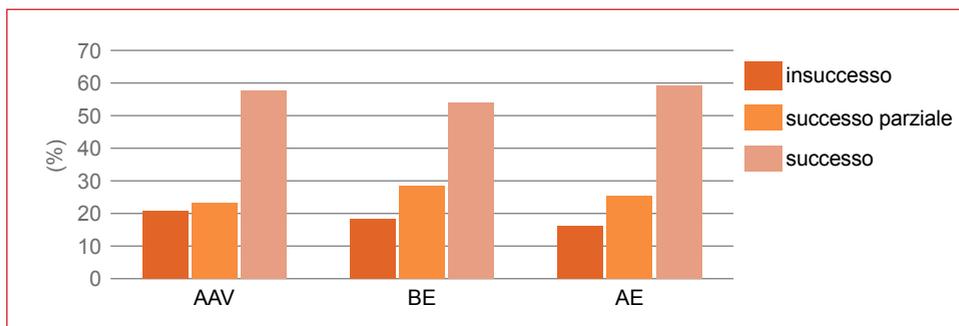
insuccessi nei programmi di AE (16%) rispetto a quanto riscontrato nei programmi di AAV e di BE (rispettivamente 20% e 18%).

Grafico 5.24 Distribuzione percentuale dei programmi terapeutici per tipologia di programma e stato attuale della terapia. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

Grafico 5.25 Distribuzione percentuale dei programmi terapeutici per tipologia di programma ed esito della terapia. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Ser.T

5.4 Analisi dei tempi di latenza

Il tempo di latenza, definito in tale contesto come il periodo che intercorre tra il primo uso di una determinata sostanza e la prima richiesta di trattamento presso un servizio per le tossicodipendenze, costituisce un buon indicatore epidemiologico della capacità attrattiva e della rapidità di attivazione di un primo trattamento, da parte dei servizi, nei confronti di persone con problematiche legate all'uso di sostanze. In particolare, l'analisi (effettuata tramite tecniche di analisi della sopravvivenza) condotta nel presente paragrafo, consentirà di valutare se alcune variabili socio-anagrafiche, quali l'età al primo utilizzo di oppiacei, il sesso, il titolo di studio, la condizione occupazionale, ecc. possono incidere nel determinare tale intervallo di tempo.

Più precisamente, l'effetto che le suddette variabili hanno sul "rischio" (cioè sulla probabilità) di richiedere per la prima volta un trattamento è stato studiato attraverso l'utilizzo del modello di regressione di Weibull.

Le variabili considerate sono state suddivise nelle seguenti modalità: l'età al primo uso della sostanza in " ≤ 20 anni" e " ≥ 21 anni", la condizione occupazionale in "non lavora", "lavora", quella abitativa "con i genitori" e "altro", e il titolo di studio nelle due categorie "fino all'obbligo", che comprende tutti i livelli di scolarità maturati fino alla licenza media inferiore inclusa, e "oltre l'obbligo".

È stato analizzato un gruppo di 960 pazienti in trattamento per consumo di oppiacei presso i servizi per le tossicodipendenze della PA di Trento nel corso dell'anno 2010. Il gruppo in oggetto risulta costituito per circa l'80% da uomini, il livello di istruzione maturato è in circa il 66% dei casi un diploma inferiore o uguale alla licenza media, quasi il 62% risulta occupato stabilmente o saltuariamente e poco più del 33% ha dichiarato di vivere con i genitori.

Il gruppo studiato ha cominciato ad usare oppiacei mediamente all'età di circa 20 anni (tale età presenta una deviazione standard pari a poco meno di 5 anni) ed il 50% di questi aveva meno di 19 anni la prima volta che ha fatto uso di tali sostanze. L'età media alla quale risulta avvenuta la prima richiesta di trattamento ad un Ser.T. è circa 26 anni (deviazione standard quasi 7 anni) e il 50% ha richiesto il primo trattamento tra i 17 ed i 24 anni.

Dalle analisi condotte, si evince che il tempo medio di latenza è circa 5 anni e mezzo, mentre la mediana è pari a 4 anni: ciò significa che in media un soggetto è entrato in cura circa 5 anni e mezzo dopo aver iniziato ad utilizzare oppiacei, e che la metà del campione ha richiesto per la prima volta un trattamento entro 4 anni dal primo utilizzo di oppiacei.

Per valutare l'effetto delle variabili sesso, età al primo uso della sostanza, condizione lavorativa, titolo di studio e condizione abitativa sulla probabilità di entrare più o meno precocemente in trattamento, è stato utilizzato il sopracitato modello di Weibull: in tabella 5.6 se ne riportano i risultati (l'analisi delle curve di sopravvivenza ha suggerito una tempo dipendenza della variabile "Condizione abitativa" è per tale motivo che è stato utilizzato il modello di Weibull).

Nella colonna "Rapporto dei rischi" è riportato il rapporto tra il "rischio" (quindi la probabilità) di entrare in trattamento che ha la categoria di interesse rispetto ad un'altra scelta come riferimento (indicata in tabella 2 con un asterisco). Valori maggiori dell'unità identificano un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa.

Se consideriamo ad esempio il "genere", è stata scelta come categoria di riferimento "Uomini". Per le "Donne" il rapporto dei rischi è risultato pari a 1,3; ciò significa che queste, hanno una probabilità di richiedere un trattamento più precocemente (il 30% in più rispetto ai "Maschi"); ne deriva, pertanto, che il tempo impiegato da queste al fine di richiedere per la prima volta un trattamento ad un servizio per le tossicodipendenze è più corto di quello impiegato dagli uomini.

Nell'ultima colonna, inoltre, è riportato l'intervallo di confidenza del rapporto dei rischi: per quanto attiene, ad esempio, la variabile "Genere" si osserva che l'intervallo di confidenza non comprende l'1, pertanto, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa.

I risultati ottenuti con il modello di Weibull evidenziano effetti significativi sul periodo di latenza oltre che della variabile "Genere", anche dell' "Età al primo uso" e della "Condizione abitativa" e "lavorativa". Dunque, le donne, chi ha iniziato a far uso della sostanza un po' più avanti negli anni, coloro che vivono con i genitori, hanno più probabilità di richiedere più precocemente il primo trattamento (HR>1) rispetto ai maschi, chi ha iniziato a far uso della sostanza un po' più indietro negli anni ed a quanti si ritrovano in altra condizione abitativa; al contrario, chi lavora ha una probabilità inferiore di richiedere più precocemente il primo trattamento (HR<1) rispetto a chi non lavora.

Per quanto attiene invece la variabile "titolo di studio" non si evidenziano effetti significativi dal punto di vista statistico; si osserva infatti che l'intervallo di confidenza contiene l'1.

Tabella 5.6 Risultati del modello di Weibull

		Rapporto dei rischi (HR)	IC
Genere	Uomini*		
	Donne	1,3†	1,1 - 1,5
Età al primo uso	20 aa. o meno*		
	21 aa. o più	1,6†	1,4 - 1,8
Titolo di studio	Fino all'obbligo*		
	Oltre l'obbligo	1	0,8 - 1,1
Occupazione	Non lavora*		
	Lavora	0,8†	0,7 - 0,9
Condizione abitativa	Altro*		
	Con i genitori	1,4†	1,2 - 1,6

* Categoria di riferimento

† Valori statisticamente significativi

5.5 Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza tossicodipendente rappresenta un ulteriore strumento conoscitivo del fenomeno del consumo di sostanze al servizio delle attività di programmazione e prevenzione, in quanto fornisce una fotografia del territorio provinciale rispetto alla concentrazione dei consumatori di sostanze. In linea con le analisi svolte negli anni precedenti, i soggetti residenti transitati presso il Ser.T della Provincia sono stati ricollocati sul territorio in base al comune

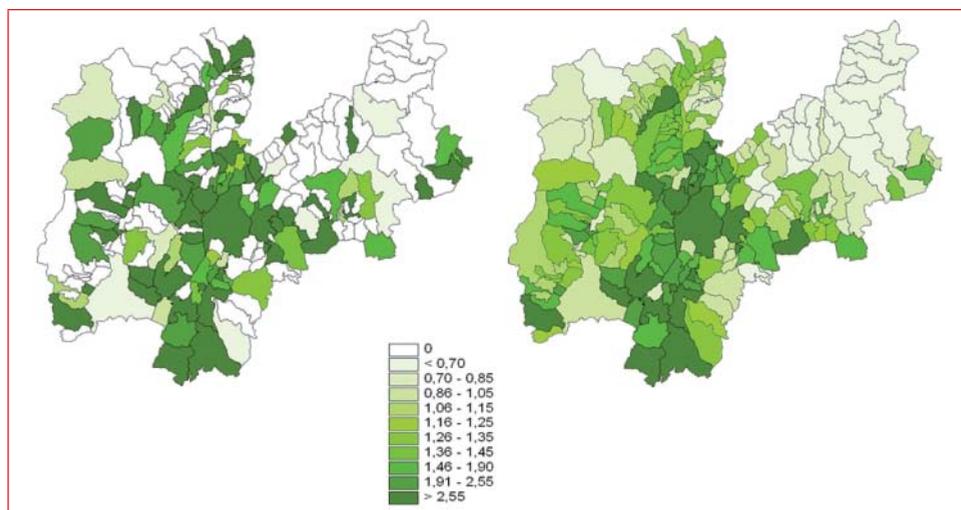
di residenza in modo da poter ottenere, per ogni comune, la prevalenza osservata di utenza ^[4].

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 sulla base delle sostanze (primaria e secondaria) consumate: utilizzatori di oppiacei (eroina, morfina ed altri oppiacei), utilizzatori di stimolanti (cocaina, crack, amfetamine, ecstasy ed altri stimolanti) e utilizzatori di cannabinoidi.

5.5.1 I consumatori di oppiacei

La Figura 5.1 riporta le mappature relative rispettivamente alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per i 933 soggetti in carico utilizzatori di oppiacei residenti e transitati nei servizi della Provincia nell'anno 2010.

Figura 5.1 Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2010



La mappa che riporta i valori di probabilità a posteriori ^[5] evidenzia che la maggior parte dei comuni che compongono il territorio (156 comuni, corrispondenti al

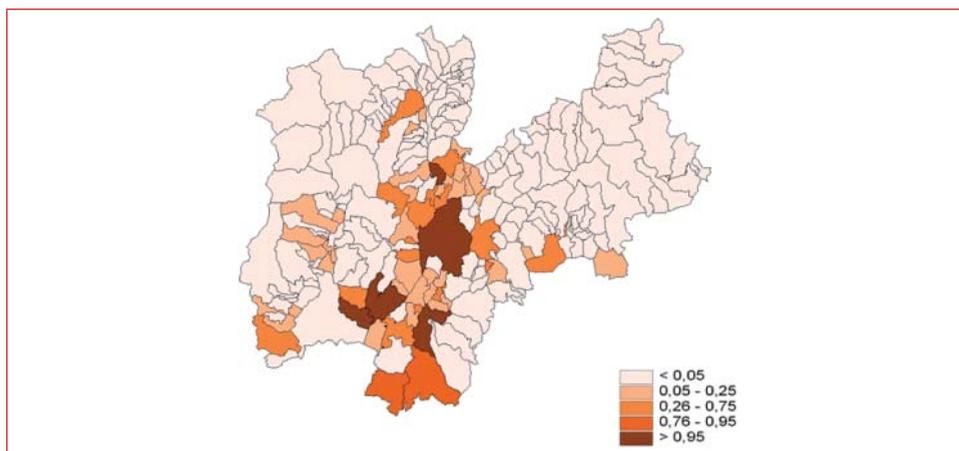
^[4] Accanto ai valori osservati, standardizzati per eliminare l'effetto dell'età, sono stati mappati i valori di prevalenza stimati ottenuti attraverso un opportuno modello che permette di scomporre la variabilità, elevata in un fenomeno raro come quello in esame, in alcune componenti di base; in questo modo il valore di stima ottenuto risulta "aggiustato" in base alle componenti prese in esame; nello specifico, sono state considerate la densità abitativa e la dislocazione altimetrica dei comuni.

^[5] La probabilità a posteriori permette di dare un giudizio relativamente al grado di diversità del valore di prevalenza stimato in una certa area rispetto ad un dato valore di riferimento. Un valore di probabilità a posteriori inferiore a 0,05 indica che per quella determinata area il valore di prevalenza stimata è significativamente inferiore rispetto al valore di riferimento, la prevalenza stimata risulta

72%) fa osservare un valore di prevalenza stimato significativamente inferiore rispetto al valore medio provinciale. A questi si aggiungono altri 37 comuni per i quali il valore di prevalenza stimato è inferiore al valore di riferimento in maniera tendenziale.

Sono 5 i comuni per i quali si osserva una prevalenza stimata significativamente maggiore rispetto al valore di riferimento, Arco, Mezzolombardo, Riva del Garda, Rovereto e Trento, tutti collocati nella fascia centrale del territorio. Per altri 2 comuni, Ala e Avio, collocati nell'estremo meridionale della Provincia, il valore di prevalenza stimata risulta maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale.

Figura 5.2 Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2010



17 comuni, disposti prevalentemente nella parte centrale del territorio, fanno osservare un valore di prevalenza in linea con l'andamento provinciale.

In analogia a quanto osservato negli anni precedenti, il fenomeno assume un'intensità maggiore lungo la fascia centrale del territorio, mentre in tutto il resto del territorio i valori di prevalenza sono inferiori, in maniera significativa o tendenziale, rispetto al valore di riferimento.

5.5.2 I consumatori di stimolanti

Le mappature relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per i 507 soggetti residenti in carico utilizzatori di stimolanti sono riportate in Figura 5.3; in Figura 5.4 si riporta la mappatura delle probabilità a posteriori.

significativamente maggiore del valore di riferimento per quei comuni che riportano un valore di probabilità a posteriori superiore a 0,95, se la probabilità a posteriori è un valore compreso tra 0,75 e 0,95 (o tra 0,05 e 0,25) si può concludere che il valore di prevalenza stimata è tendenzialmente maggiore (o minore) del valore di riferimento; niente si può dire invece, per i comuni che riportano un valore di probabilità a posteriori compreso tra 0,25 e 0,75.

Figura 5.3 Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2010

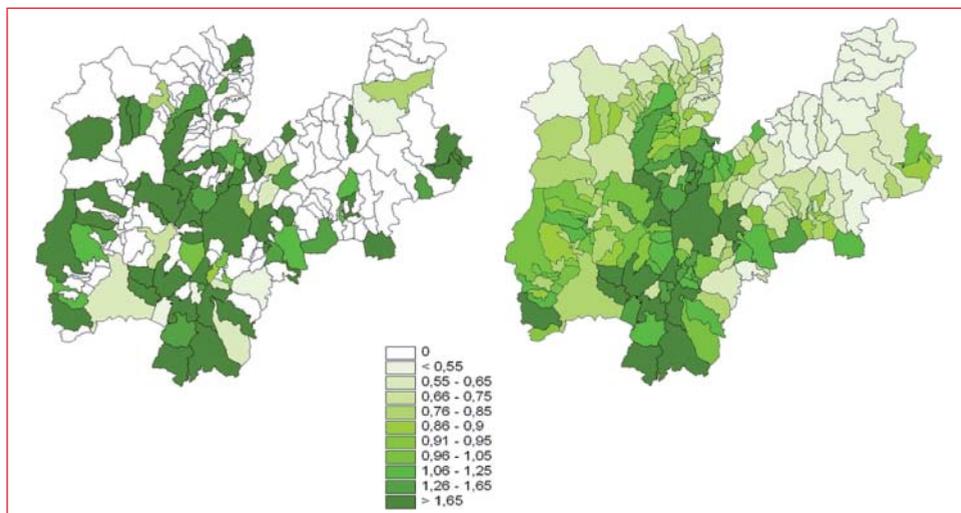
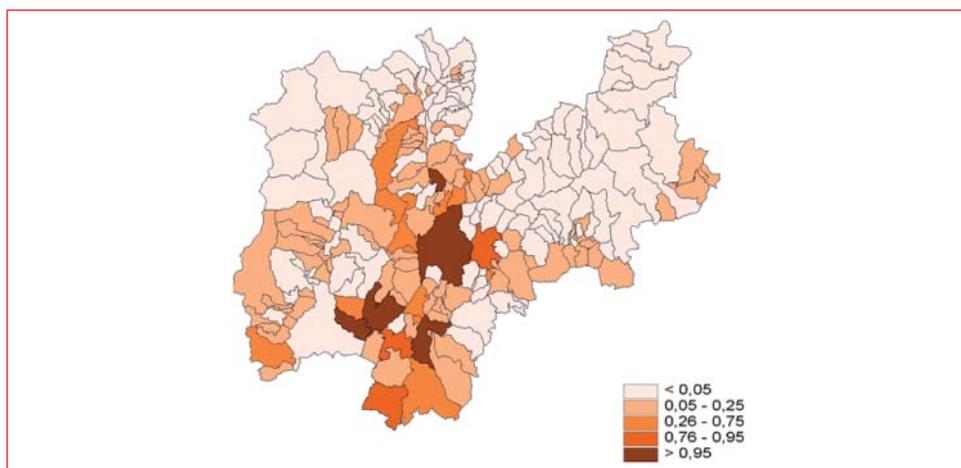


Figura 5.4 Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2010



Anche nel caso degli utilizzatori di stimolanti, la mappa delle probabilità a posteriori evidenzia la concentrazione nella fascia centrale della Provincia dei comuni con valori di prevalenza maggiori rispetto al valore di riferimento.

In particolare per 5 comuni – Arco, Mezzolombardo, Riva del Garda, Rovereto e Trento – la prevalenza stimata risulta significativamente superiore rispetto al valore di riferimento mentre per 3 comuni, Avio, Mori e Pergine Valsugana, il valore stimato risulta maggiore del valore di riferimento in maniera tendenziale.

Fatta eccezione per 14 comuni per i quali il valore di prevalenza si mostra allineata con l'andamento medio provinciale, in tutto il restante territorio il fenomeno

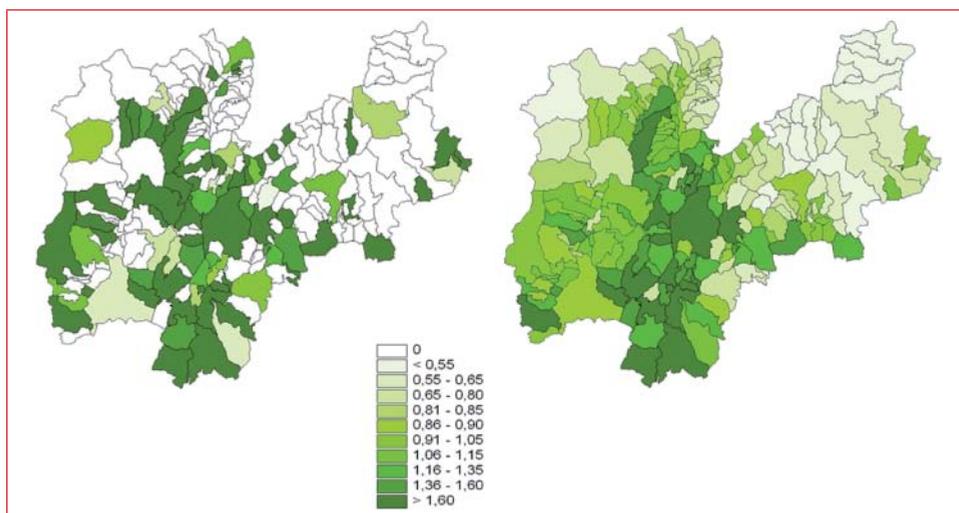
assume un'intensità inferiore rispetto alla mediana provinciale. Sono infatti 105 i comuni per i quali si osserva una prevalenza stimata significativamente inferiore al valore di riferimento e si tratta essenzialmente dei comuni collocati negli estremi settentrionali. Mentre per i restanti 90 comuni il valore di prevalenza stimato risulta inferiore alla media provinciale in maniera tendenziale.

Anche nel caso degli utilizzatori di stimolanti emerge l'immagine di un fenomeno molto concentrato sul territorio e in linea con quanto evidenziato negli anni precedenti.

5.5.3 I consumatori di cannabinoidi

Le Figure 5.5 (a e b) rappresentano rispettivamente le mappe relative alle prevalenze osservate e stimate relative ai 505 soggetti residenti in carico utilizzatori di cannabinoidi; in Figura 5.6 si riporta la mappatura delle probabilità a posteriori.

Figura 5.5 Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2010



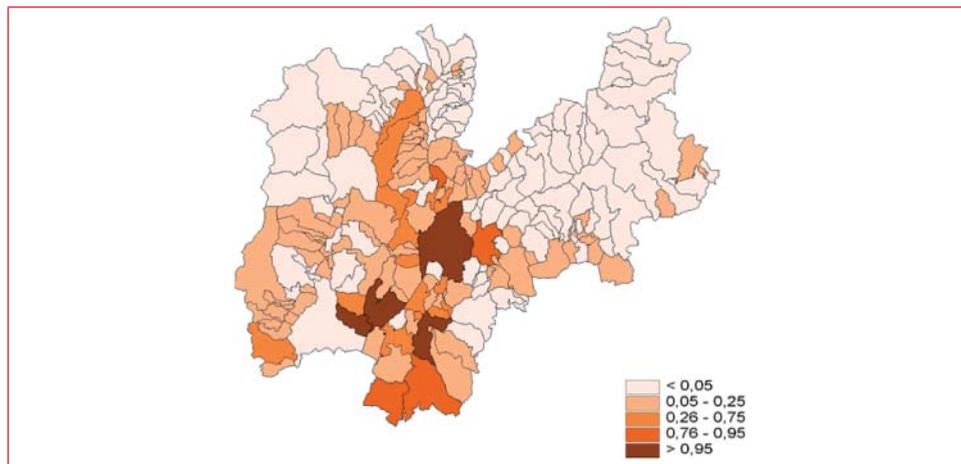
L'immagine del fenomeno che deriva dall'osservazione della mappa che riporta le probabilità a posteriori delinea un fenomeno coerente con quello evidenziato per le altre tipologie di utilizzatori e, anche in questo caso, stabile rispetto a quanto osservato negli anni precedenti.

In particolare, mentre per la maggior parte dei comuni che compongono il territorio la prevalenza stimata risulta inferiore al valore di riferimento in maniera significativa (103 comuni) o tendenziale (9 comuni), per pochi comuni concentrati nella fascia centrale si rilevano valori di prevalenza stimata maggiori rispetto al valore di riferimento. Si osservano infatti 4 comuni, Arco, Riva del Garda, Rovereto e Trento, che mostrano una prevalenza stimata significativamente maggiore rispetto

alla media provinciale e per altri 4 comuni, Ala, Avio, Mezzolombardo e Pergine Valsugana, il valore di prevalenza stimata risulta invece tendenzialmente maggiore rispetto al riferimento.

Si rilevano, infine, 17 comuni per i quali il valore di prevalenza stimato risulta allineato con la media provinciale.

Figura 5.6 Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2010



5.5.4 Conclusioni

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza evidenzia innanzitutto un fenomeno stabile rispetto a quanto osservato negli anni precedenti e una collocazione sul territorio dell'utenza analoga per le diverse tipologie di utilizzatori.

In particolare, mentre nella maggior parte del territorio la prevalenza di utilizzatori si mostra significativamente o tendenzialmente inferiore rispetto alla media provinciale, pochi comuni collocati nella fascia centrale del territorio fanno rilevare valori di prevalenza significativamente o tendenzialmente maggiori rispetto al valore di riferimento.

L'immagine del fenomeno può indurre a pensare che i comuni della fascia centrale del territorio hanno caratteristiche che determinano una maggiore facilità di accesso alle sostanze, ma dato che l'analisi riguarda esclusivamente l'utenza utilizzatrice che accede ai servizi, e data la connotazione del territorio, la distribuzione individuata potrebbe evidenziare anche una maggiore facilità di accesso ai servizi per i residenti nei comuni della fascia centrale della Provincia.

6

Implicazioni e conseguenze per la salute

6.1 Ricoveri correlati all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci

Si fornisce di seguito la descrizione, per l'anno 2010, del ricorso alle strutture ospedaliere della Provincia Autonoma di Trento, per motivi correlati al consumo di alcol, tabacco e droghe, da parte dei residenti e non-residenti nel territorio della Provincia Autonoma. L'analisi riguarda 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 e direttamente/indirettamente correlate al consumo di alcol e tabacco ^[1].

^[1] I codici ICD9-CM analizzati sono stati per 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), Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamento da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamento da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Avvelenamento da psicostimolanti, da analetici e da antagonisti degli oppiacei (970.0,970.1, 970.8), 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). Le diagnosi *direttamente attribuibili all'alcol* sono: 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); quelle *indirettamente attribuibili all'assunzione di alcol*, sono: 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), Ictus emorragico (430-432), Pancreatite cronica (577.1), Altre malattie epatiche croniche o cirrosi senza menzione di alcol (571.4-49, 571.5-9), Neoplasie del colon, del retto e della mammella (153, 154, 174). Le diagnosi *direttamente attribuibili all'uso del tabacco* sono: Disturbi da uso di tabacco (305.1), Effetti tossici del tabacco (989.84), Malattie associate all'uso di tabacco complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio (649.00-04), Anamnesi personale di uso di tabacco (V1582); mentre quelle *indirettamente correlate all'uso del tabacco* comprendono, oltre alle diagnosi in comune con le patologie indirettamente correlate al consumo di alcol (Tumori maligni del cavo orale e faringe, Tumori maligni dell'esofago e Tumori maligni della laringe), carcinoma del polmone (162), BPCO (490-492, 496), polmonite (480-486), carcinoma della vescica (188), carcinoma del rene (189), carcinoma dello stomaco (151), carcinoma del pancreas (157), leucemia mieloide (205), cardiopatia ischemica (410-414), ictus/cerebropatia vascolare (433-438), arteriopatia ostruttiva (440, 443.1), aneurisma aortico (441), ulcera dello stomaco e del duodeno (531-533).

Nel corso degli anni 2008-2010 si sono registrati rispettivamente 94.132, 95.221, 96.403 ricoveri.

In Tabella 6.1 si riporta la distribuzione annuale dei ricoveri nel corso dei tre anni considerati: in particolare si evidenziano i casi in cui è stata rilevata almeno una diagnosi droga, alcol direttamente/indirettamente correlata e tabacco direttamente/indirettamente correlata.

Tabella 6.1 *Distribuzione dei ricoveri. Anni 2008-2010*

	2008	2009	2010
Tabacco indirette	15,27	15,15	14,83
Tabacco	0,02	0,01	0,01
Tabacco + tabacco indirette	0,04	0,03	0,04
Alcol indirette	8,17	7,93	8,00
Alcol indirette + tabacco indirette	3,21	3,24	2,93
Alcol indirette + tabacco	0,00	0,00	0,01
Alcol indirette + tabacco + tabacco indirette	0,01	0,01	0,01
Alcol	0,87	0,86	0,69
Alcol + tabacco indirette	0,20	0,20	0,16
Alcol + tabacco	0,01	0,01	0,00
Alcol + tabacco + tabacco indirette	0,01	0,01	0,00
Alcol + alcol indirette	0,28	0,24	0,17
Alcol + alcol indirette + tabacco indirette	0,06	0,05	0,04
Droghe	0,10	0,12	0,11
Droghe + tabacco indirette	0,01	0,02	0,01
Droghe + alcol indirette	0,01	0,01	0,01
Droghe + alcol	0,01	0,03	0,02
Altri ricoveri	71,72	72,09	72,94
Totale	94.132	95.221	96.403

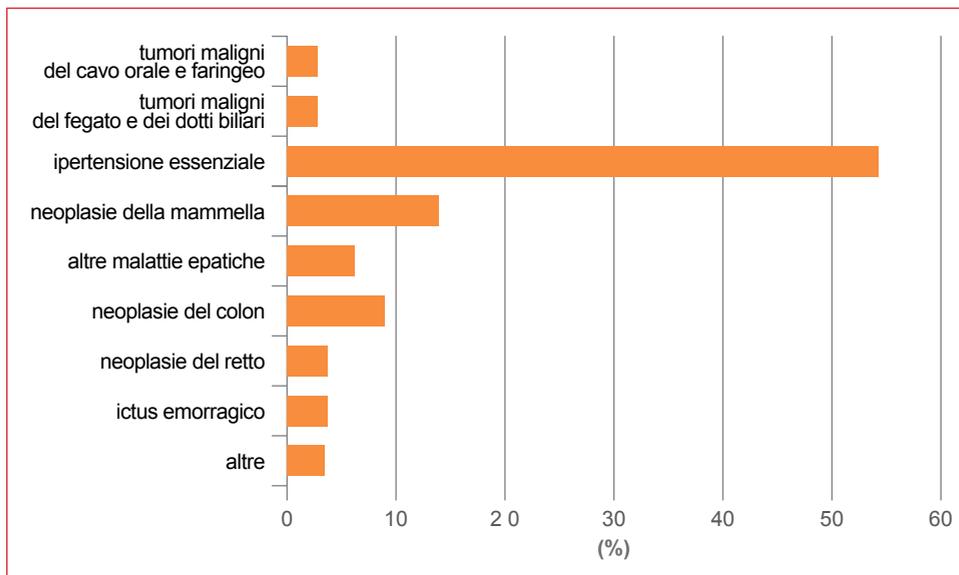
Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

6.1.1 *Diagnosi indirettamente correlate all'uso di alcol e tabacco*

Nel corso dell'anno 2010 i ricoveri in cui compare almeno una diagnosi indirettamente correlata al consumo di alcol e tabacco sono stati complessivamente 10.770 e 17.386; per quanto attiene questi ultimi, non sono state incluse nel conteggio le diagnosi ICD 9-CM relative ai "Tumori maligni del cavo orale e faringe", "Tumori maligni dell'esofago" e "Tumori maligni della laringe" in quanto già conteggiati nelle diagnosi indirettamente correlate all'uso di alcol).

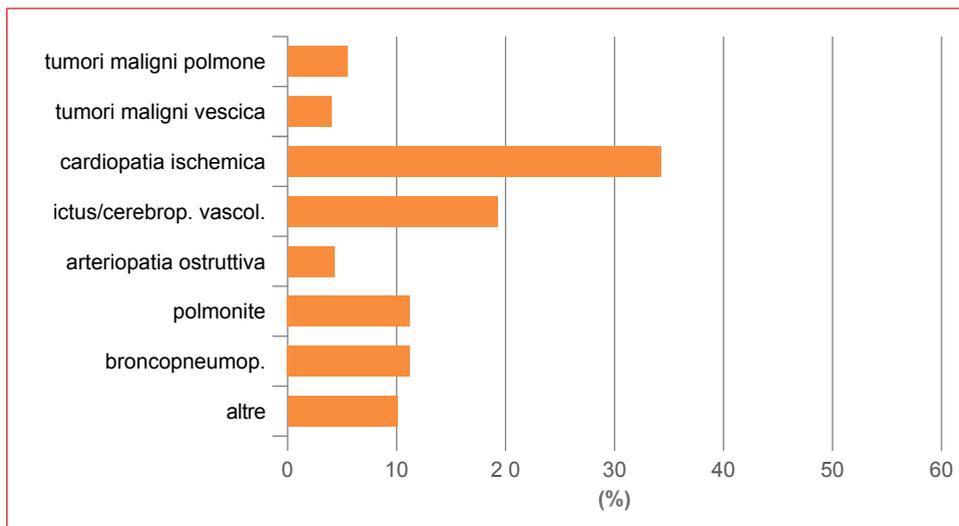
Nei Grafici 6.1 e 6.2 vengono rappresentate le distribuzioni percentuali delle specifiche tipologie di diagnosi ICD9-CM dei ricoveri che riportano almeno una diagnosi indirettamente correlata all'uso di alcol e tabacco.

Grafico 6.1 Distribuzione dei ricoveri che riportano almeno una diagnosi indirettamente correlata all'uso di alcol. Anno 2010



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Grafico 6.2 Distribuzione dei ricoveri che riportano almeno una diagnosi indirettamente correlata all'uso di tabacco; anno 2010

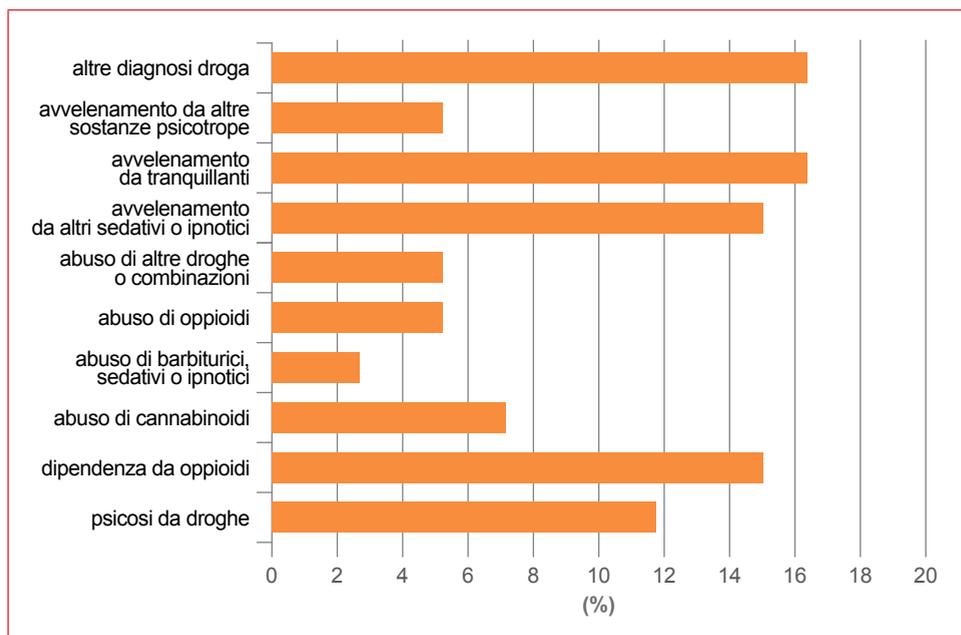


Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

6.1.2 Diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci
 Nel corso dell'anno 2010 i ricoveri in cui compare almeno una diagnosi direttamente correlata al consumo di droghe, alcol e tabacco sono rispettivamente:

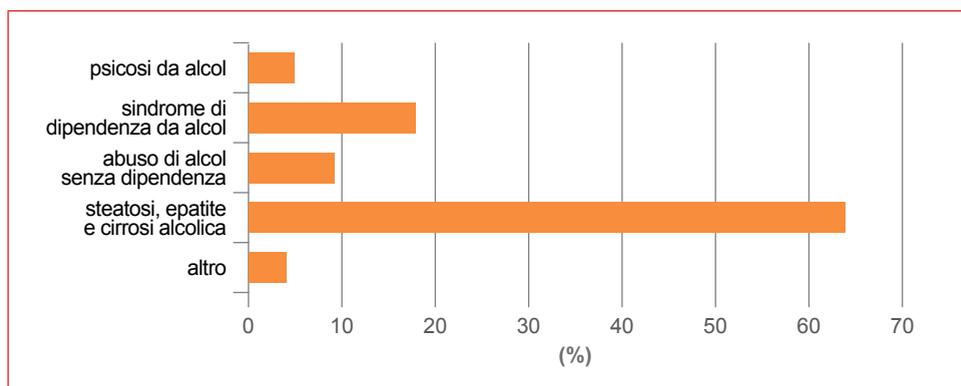
153, 1.050 e 72. Nei Grafici 6.3 e 6.4 vengono rappresentate le distribuzioni percentuali delle specifiche tipologie di diagnosi ICD9-CM dei ricoveri che riportano almeno una diagnosi direttamente correlata all'uso di droghe/psicofarmaci, alcol e tabacco.

Grafico 6.3 Distribuzione dei ricoveri che riportano almeno una diagnosi direttamente correlata all'uso di droghe/psicofarmaci. Anno 2010



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Grafico 6.4 Distribuzione dei ricoveri che riportano almeno una diagnosi direttamente correlata all'uso di alcolici. Anno 2010



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

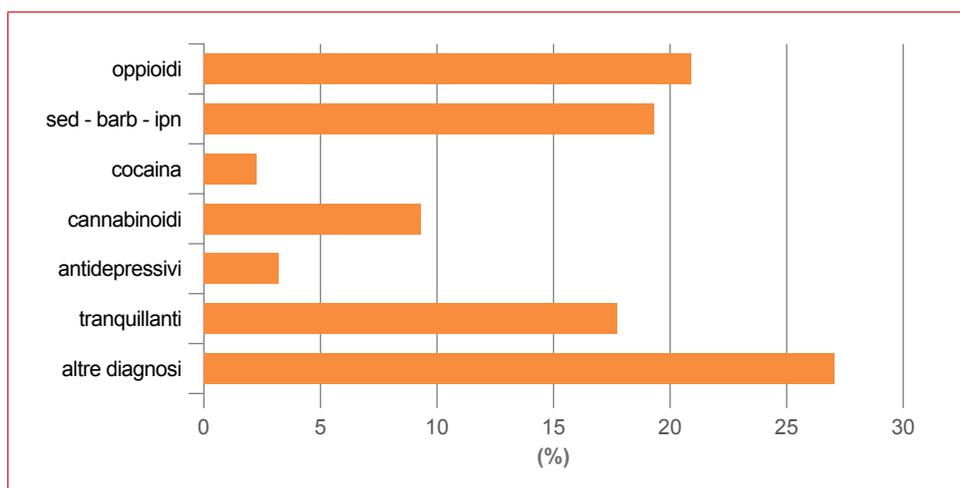
6.1.3 I pazienti ricoverati con diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol, tabacco, droghe e psicofarmaci

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

Si analizzano, di seguito, i pazienti che presentano in diagnosi di ricovero patologie correlate all'uso di droghe e psicofarmaci.

I 153 ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci, avvenuti nel 2010, fanno riferimento a 130 pazienti: oltre il 12% di questi presentano nelle diagnosi di ricovero codici relativi oltre che all'uso di sostanze psicotrope anche di alcol. Nel Grafico 6.5 si riporta la distribuzione percentuale delle sostanze psicotrope rilevate in diagnosi di ricovero; i valori più elevati li ritroviamo nel caso degli oppioidi (ca. 21%), sedativi-barbiturici-ipnotici (ca. 19%) e tranquillanti (ca. 18%).

Grafico 6.5 Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero

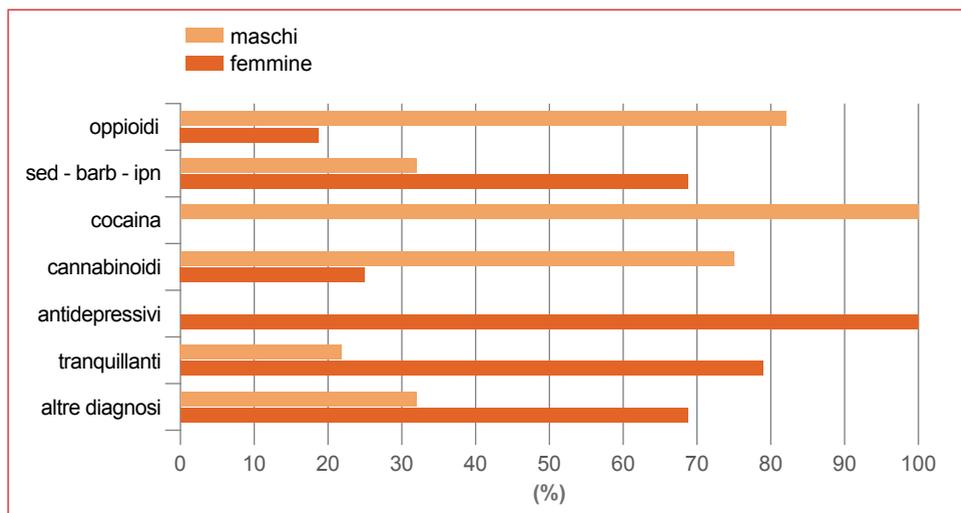


Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

In controtendenza rispetto a quanto rilevato nel corso degli anni precedenti è interessante rilevare che nel 2010 il 55% dei ricoverati con diagnosi direttamente correlate al consumo di sostanze psicotrope sono femmine; queste ultime risultano costituire la totalità delle degenti che fanno uso di antidepressivi, quasi il 70% e 80% di chi fa uso rispettivamente di sedativi/barbiturici/ipnotici e tranquillanti (Grafico 6.6).

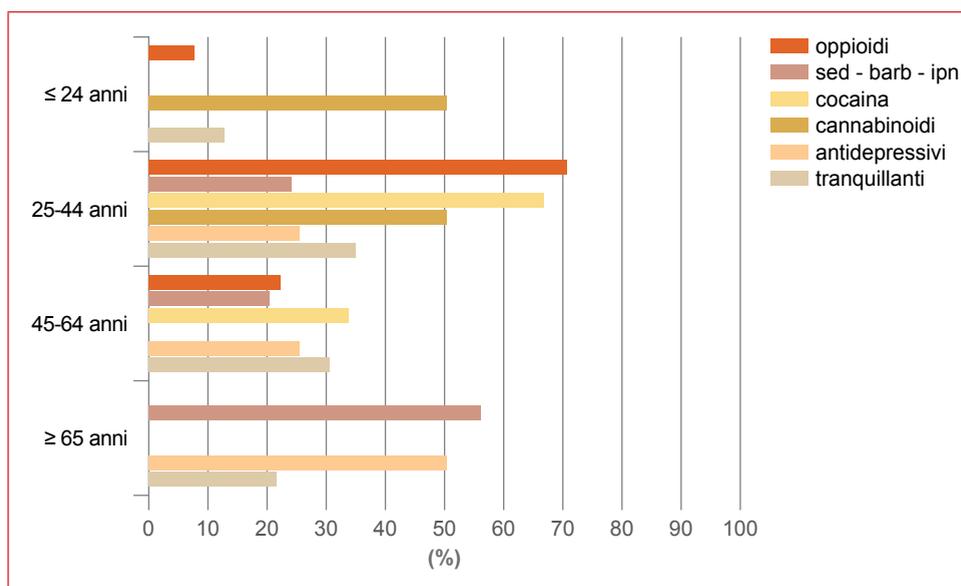
Nel Grafico 6.7 si riporta la distribuzione percentuale per classe d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero.

Grafico 6.6 Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Grafico 6.7 Distribuzione percentuale per classe d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero

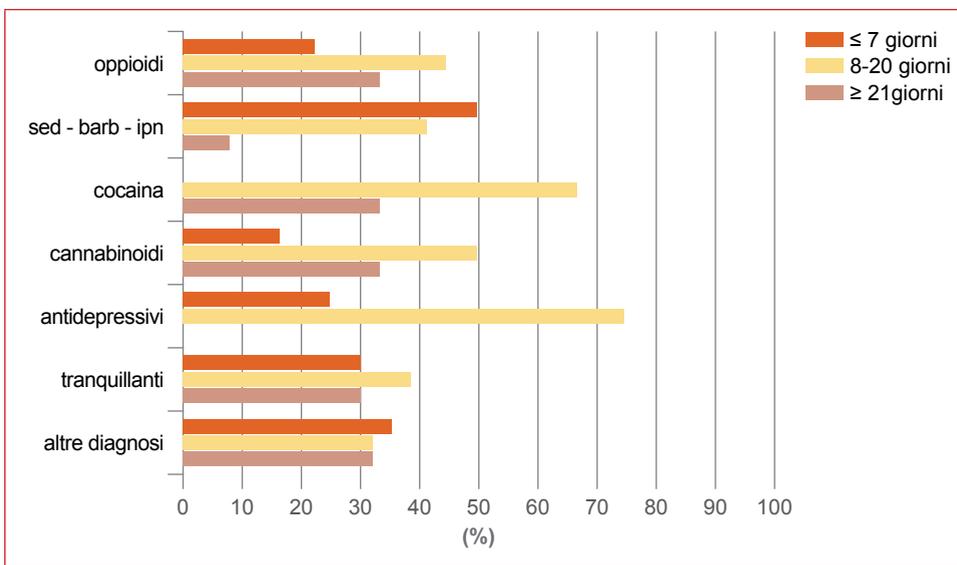


Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Dall'analisi della distribuzione del numero di giornate di degenza (<= 7 giorni, tra le 8 e le 20 giornate, >= 21 giornate) alle quali sono stati sottoposti i ricoverati in regime ordinario per patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive, nel corso del triennio 2008-2010, si evidenzia che la percentuale più elevata di pazienti ricoverati per 21 o più giorni nel corso del triennio la ritroviamo tra gli ospedalizzati

per uso di oppioidi, cocaina e cannabinoidi con valori che si assestano attorno al 33% (nel Grafico 6.8 si riporta la distribuzione completa del numero di giornate di ricovero effettuata in base alla sostanza d'abuso correlata al ricovero).

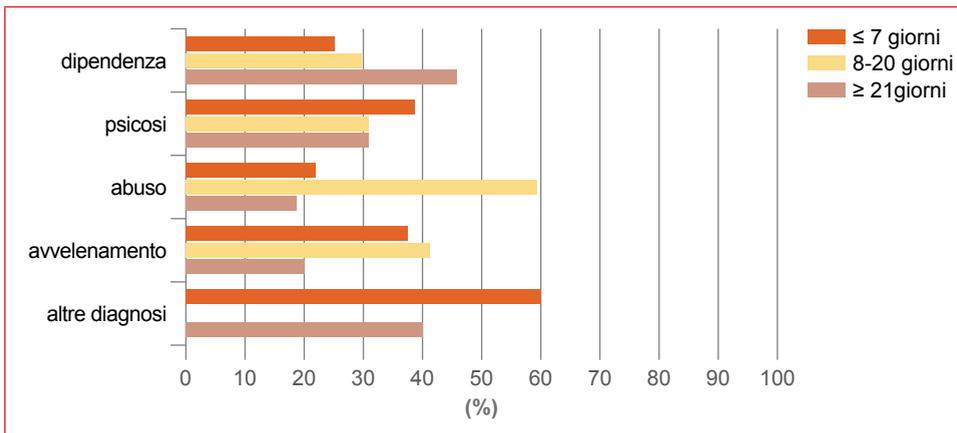
Grafico 6.8 Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero, effettuata in base alla sostanza d'abuso correlata al ricovero



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Per quanto attiene invece alla diagnosi psicologica correlata al ricovero (Grafico 6.9), la percentuale più elevata di pazienti con un carico di 21 o più giorni di ricovero la ritroviamo tra chi presenta diagnosi di “Dipendenza” (ca. 46%).

Grafico 6.9 Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero, effettuata in base alla diagnosi psicologica correlata al ricovero

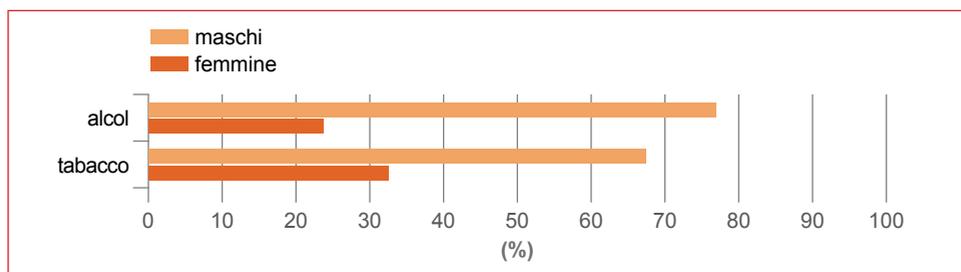


Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Pazienti ricoverati con patologie direttamente correlate all'uso di alcol e tabacco

I 1.050 e 72 ricoveri alcol e tabacco correlati, avvenuti nel 2010, fanno riferimento rispettivamente a 791 e 68 pazienti. I maschi sono generalmente maggiormente rappresentati: 77% dei ricoverati per consumo di alcolici e il 68% dei degenti con patologie correlate al consumo di tabacco (Grafico 6.10).

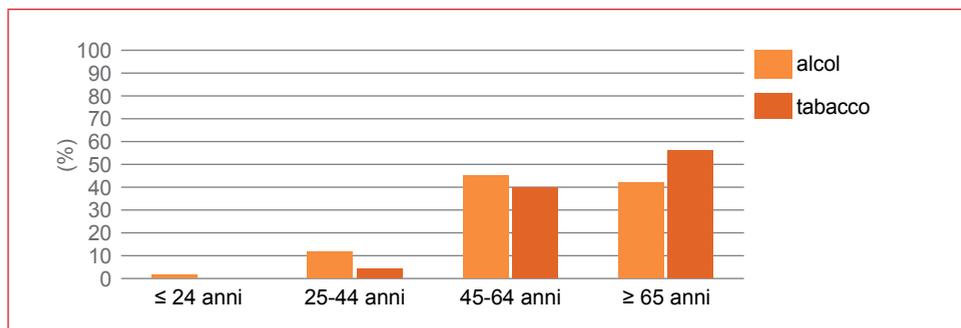
Grafico 6.10 Distribuzione percentuale per sesso e sostanza d'abuso, correlata al ricovero



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Le quote più elevate (Grafico 6.11) di pazienti le ritroviamo, per l'uso di alcol nella classe di età compresa tra i 45 ed i 64 anni (ca. 45%) mentre per il tabacco nella classe over 65enni (ca. 56%).

Grafico 6.11 Distribuzione percentuale per classi d'età e sostanza d'abuso, correlata al ricovero

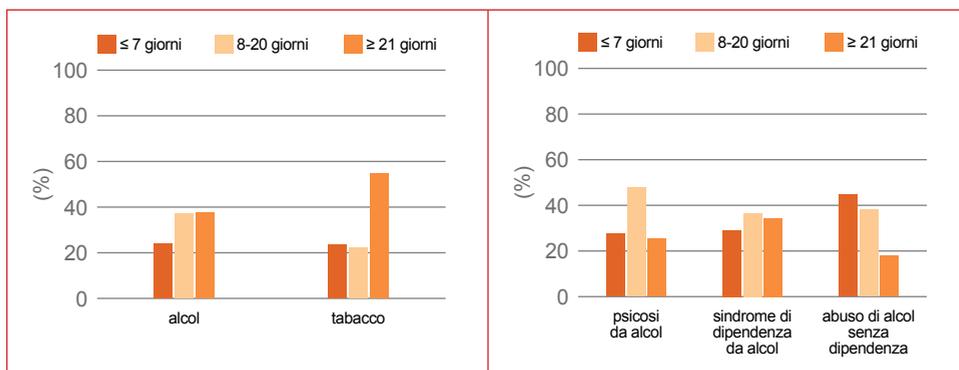


Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Si rileva, infine, che hanno usufruito di 21 o più giornate di degenza in regime ordinario, nel corso dell'ultimo triennio (2008-2010), circa il 38% dei pazienti con diagnosi correlate al consumo di alcol ed il 54% dei ricoverati con patologie relative al consumo di tabacco.

Per quanto attiene infine la diagnosi psicologica, anche qui come nel caso delle sostanze psicotrope, sono state le situazioni di dipendenza quelle maggiormente associate alle percentuali più elevate di pazienti ricoverati per 21 o più giorni nel corso del periodo di riferimento (Grafico 6.12).

Grafico 6.12 Distribuzione percentuale del numero di giornate di ricovero, effettuata in base a: a) sostanza d'abuso b) diagnosi psicologica



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

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

L'analisi di seguito riportata, riferita ai soggetti residenti nella Provincia Autonoma di Trento e ricoverati presso le strutture ospedaliere provinciali, si propone di stimare l'impatto economico che le ospedalizzazioni per patologie correlate al consumo di sostanze psicoattive esercitano annualmente sul Servizio Sanitario Provinciale (SSP).

Per l'analisi economica è stato utilizzato il sistema di classificazione DRG (Diagnosis Related Group), che permette di definire e descrivere la casistica trattata dalle strutture ospedaliere attraverso il raggruppamento in classi clinicamente significative e tendenzialmente omogenee dal punto di vista delle risorse assorbite e dei costi di produzione, divenendo lo strumento di finanziamento delle strutture ospedaliere nel Sistema Sanitario Nazionale. Ad ogni DRG è associata, quindi, una tariffa, fissata a livello regionale, che rispecchia una stima del costo medio di ciascun ricovero.

La prima fase del processo di attribuzione di ciascun caso ad uno specifico DRG, svolto da un software apposito (DRG-Grouper), consiste nell'attribuire la diagnosi principale riportata nella SDO alla macrocategoria diagnostica (MDC- Major Diagnostic Category) appropriata. Questo livello di aggregazione risponde a criteri anatomici (relativi all'apparato affetto dalla patologia), eziologici (relativi alla causa della patologia) e di specialità clinica, definito da 25 classi omogenee, di cui una, il raggruppamento pre-MDC, comprendente casi ad alto assorbimento di risorse (ad esempio trapianti e tracheostomie).

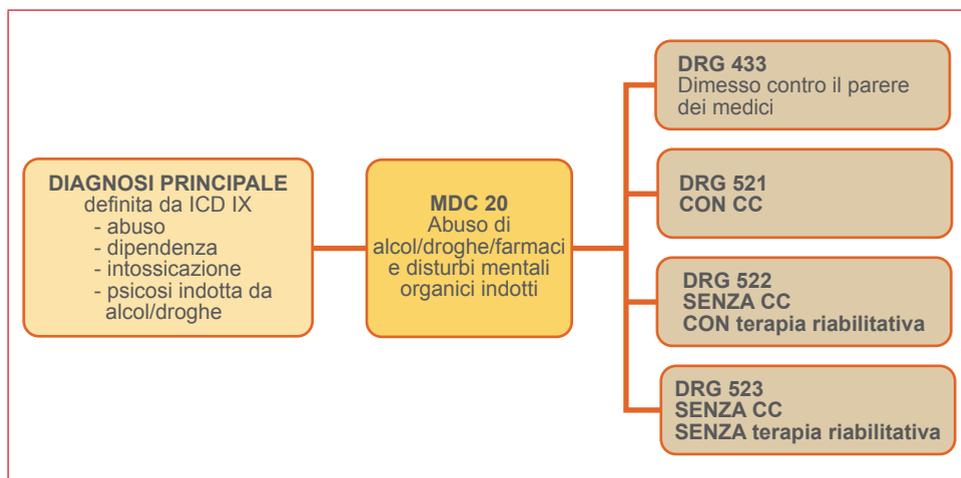
Successivamente il caso viene valutato sulla base della presenza o meno di interventi chirurgici o procedure e di ulteriori informazioni presenti nella SDO, quali genere, età, stato del paziente alla dimissione, eventuali diagnosi secondarie o

complicanze. In base a queste informazioni, si procede all'attribuzione del DRG appropriato. Il sistema di classificazione DRG, che si compone di 538 categorie esaustive e mutuamente esclusive, implica che un caso può essere attribuito ad uno ed un solo gruppo.

Si deve specificare che, proprio per i criteri adottati dal sistema di classificazione DRG, non vi è una corrispondenza univoca tra diagnosi principale e assegnazione del DRG, in quanto una specifica diagnosi secondaria o il quadro clinico del paziente, possono mostrarsi in grado di modificare la quantità di risorse assistenziali consumate durante il ricovero, esplicitato attraverso l'attribuzione di un DRG "complicato".

Di seguito si propone la schematizzazione del processo di attribuzione del DRG ai ricoveri che riportano una diagnosi principale specificatamente correlata al consumo di sostanze psicoattive, inclusa nella MDC 20-Abuso di alcol, droghe, farmaci e disturbi mentali organici indotti.

Figura 6.1 *Attribuzione dei DRG ai ricoveri che presentano una diagnosi correlata al consumo di sostanze psicoattive*



6.2.1 *Analisi dei costi sostenuti per i ricoveri ospedalieri di soggetti residenti in provincia di Trento*

Dei 96.403 ricoveri avvenuti nel 2010 nelle strutture ospedaliere provinciali, 85.396 si riferiscono a residenti in provincia, di cui 75 non a carico del SSP (casi "solventi" o "altro, non a carico del SSP") e, quindi, esclusi dalle analisi di seguito riportate.

Nel complesso gli 85.321 ricoveri hanno comportato un costo di *circa 287 milioni di euro*, per il 36% attribuibili ai ricoveri inclusi in MDC 8-Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo ed in MDC 5-Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio.

Tabella 6.2 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri presso le strutture ospedaliere provinciali riferiti a soggetti residenti nella provincia di Trento. Anno 2010

Cod.	MDC Descrizione	Ricoveri		Valorizzazione economica	
		N.	%	Euro	%
8.	Malattie e disturbi app. muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	12.223	14,3	47.920.760	16,7
5.	Malattie e disturbi apparato cardiocircolatorio	10.665	12,5	55.102.756	19,2
14.	Gravidanza, parto e puerperio	7.124	8,3	13.699.967	4,8
1.	Malattie e disturbi sistema nervoso	6.328	7,4	25.696.999	9,0
6.	Malattie e disturbi apparato digerente	6.181	7,2	20.044.734	7,0
2.	Malattie e disturbi occhio	5.881	6,9	10.351.360	3,6
15.	Malattie e disturbi periodo neonatale	5.021	5,9	6.781.279	2,4
4.	Malattie e disturbi apparato respiratorio	4.586	5,4	19.776.659	6,9
17.	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	3.905	4,6	18.774.802	6,5
13.	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	3.643	4,3	7.192.255	2,5
3.	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	3.075	3,6	5.526.851	1,9
7.	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	2.684	3,1	11.040.236	3,9
11.	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	2.487	2,9	8.854.859	3,1
9.	Malattie e disturbi pelle, sottocutaneo e mammella	2.460	2,9	5.709.219	2,0
23.	Fattori influenzanti lo stato di salute	1.632	1,9	3.466.216	1,2
10.	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.420	1,7	3.323.567	1,2
19.	Malattie e disturbi mentali	1.410	1,7	4.841.337	1,7
12.	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1.276	1,5	3.152.148	1,1
18.	Malattie infettive e parassitarie	909	1,1	3.724.472	1,3
16.	Malattie e disturbi sangue e sistema immunitario	785	0,9	2.982.383	1,0
	MDC non attribuibile ⁽¹⁾	733	0,9	2.125.047	0,7
21.	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	466	0,5	1.399.899	0,5
20.	Uso alcol/droghe/psicofarmaci e disturbi mentali indotti	128	0,2	300.332	0,1
25.	Infezioni HIV	97	0,1	340.003	0,1
	Pre-MDC ⁽²⁾	91	0,1	3.483.395	1,2
24.	Traumatismi multipli rilevanti	83	0,1	963.752	0,3
22.	Ustioni	28	0,0	178.073	0,1
	Totale	85.321	100	286.753.360	100

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

⁽¹⁾ Si tratta di ricoveri per DRG 468-Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale, DRG 469-Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione, DRG 470-Non attribuibile ad altro DRG, DRG 476-Intervento chirurgico sulla prostata non correlato alla diagnosi principale, DRG 477-Intervento chirurgico non esteso non correlato alla diagnosi principale.

⁽²⁾ Si tratta di ricoveri per trapianti (cuore, fegato e/o intestino, midollo osseo, polmone, pancreas/rene, pancreas) e tracheotomie.

In base al sistema di classificazione DRG, i ricoveri correlati al consumo di sostanze psicoattive, afferenti alla MDC 20-Uso alcol/droghe/psicofarmaci e disturbi mentali indotti, sono stati 128, implicando un costo di poco superiore a 300 mila euro.

Nello specifico di questo sistema di classificazione, basato su criteri anatomici ed eziologici, si osserva che nella macrocategoria diagnostica MDC 20 non risultano inclusi alcuni ricoveri strettamente correlati al consumo di sostanze psicoattive: è il caso, ad esempio, dei ricoveri afferenti alla MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas e classificati con DRG 202-Epatite e cirrosi alcolica, o quelli afferenti alla MDC 21-Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci e classificati con DRG 449-Avvelenamento ed effetti tossici dei farmaci (si veda tabella successiva).

Non risultando questa analisi esaustiva dell'individuazione e classificazione dei ricoveri correlati al consumo di sostanze psicoattive e della loro valutazione economica, in quanto sottostima il numero dei ricoveri oggetto dello studio ed il loro impatto economico, di seguito si propone un'analisi dei casi e dei costi basata sull'individuazione delle diagnosi specificatamente correlate al consumo di sostanze psicoattive e sui DRG e le valorizzazioni economiche ad esse associate. Se da un lato l'analisi dei ricoveri secondo la diagnosi principale permette di definire il numero di ricoveri direttamente correlati al consumo di sostanze psicoattive e di attribuirne totalmente il costo, dall'altra non considera quei ricoveri che pur direttamente correlati, riportano patologie droga, alcol o tabacco attribuibili solo nelle diagnosi secondarie.

L'analisi, quindi, effettuata sulla base delle diagnosi secondarie, se da un lato sovradimensiona l'impatto economico che i ricoveri correlati al consumo di sostanze psicoattive esercitano sul SSP, in quanto si dovrebbe considerare la frazione di costo direttamente attribuibile alle patologie specificatamente correlate, dall'altra permette di quantificare in modo più esaustivo il fenomeno.

I ricoveri con diagnosi principale direttamente correlata al consumo di sostanze psicoattive diventano così 413, aumentando a 1.110 se si considerano anche quelli con diagnosi secondarie specificatamente associate (Figura 6.2).

I 413 ricoveri con *diagnosi principale* direttamente attribuibile al consumo di sostanze psicoattive hanno comportato un costo di poco superiore a 1,5 milioni euro (0,5% del totale), per la maggior parte dovute a patologie afferenti alla MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (244 casi).

Dei 413 ricoveri, 45 riportano in diagnosi principale uno dei codici ICD IX CM *droga correlati* e 368 uno direttamente *alcol correlato* (nessun ricovero riporta una diagnosi principale direttamente correla al consumo di tabacco).

Oltre ai casi con diagnosi principale direttamente correlata al consumo di sostanze psicoattive, tra i ricoveri selezionati si rilevano altri 697 che riportano, in almeno una delle 5 *diagnosi secondarie*, una patologia associata al consumo delle sostanze psicoattive, per un costo di 3.250.300 euro. Si tratta di 75 riko-

veri con diagnosi secondarie correlate al consumo di droghe/psicofarmaci, 564 di alcolici, 42 di tabacco e 16 al consumo di più sostanze.

Nel complesso quindi, il costo attribuibile ai 1.110 ricoveri ospedalieri che presentano diagnosi principale e/o concomitanti correlate al consumo di sostanze psicoattive, ammonta a circa 4,8 milioni di euro, per il 32% dovuto ai 413 ricoveri con diagnosi principale direttamente correlata al consumo di sostanze psicoattive.

Figura 6.2 Ricoveri con diagnosi principale direttamente correlata al consumo di sostanze psicoattive

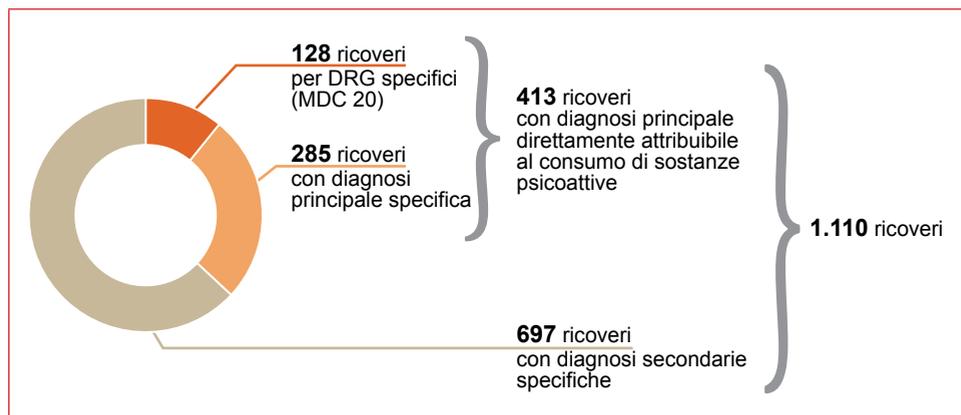
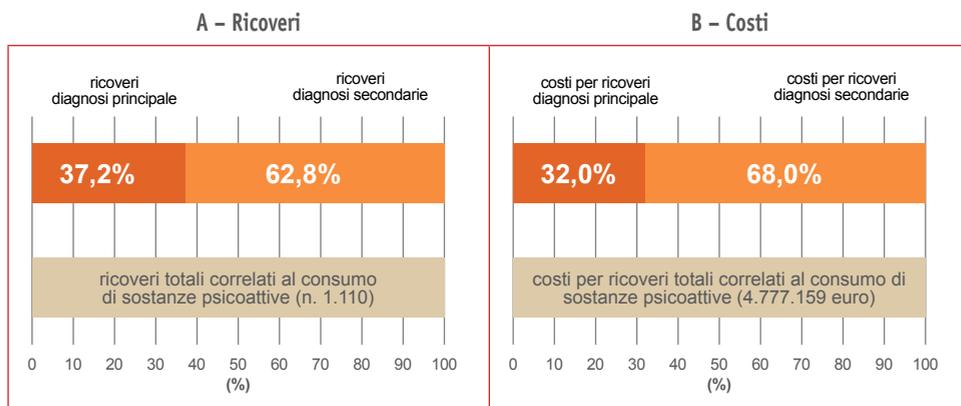


Tabella 6.3 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale direttamente attribuibile al consumo di sostanze psicoattive. Provincia di Trento. Anno 2010

Cod.	MDC	Descrizione	Ricoveri		Valorizzazione economica	
			N.	%	Euro	%
7.		Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	244	59,1	1.116.985	73,2
20.		Uso alcol/droghe/psicofarmaci e disturbi mentali indotti	128	31,0	300.332	19,7
21.		Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	26	6,3	54.608	3,6
1.		Malattie e disturbi sistema nervoso	5	1,2	15.040	1,0
		MDC non attribuibile	4	1,0	14.872	1,0
5.		Malattie e disturbi apparato cardiocircolatorio	2	0,5	10.830	0,7
23.		Fattori influenzanti lo stato di salute	1	0,2	1.593	0,1
15.		Malattie e disturbi periodo neonatale	1	0,2	7.193	0,5
14.		Gravidanza parto e puerperio	1	0,2	2.024	0,1
6.		Malattie e disturbi apparato digerente	1	0,2	3.383	0,2
		Totale	413	100	1.526.859	100

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Grafico 6.13 Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri correlati al consumo di sostanze psicoattive, secondo i casi che riportano specifiche patologie correlate in diagnosi principale e nelle diagnosi secondarie. Provincia di Trento. Anno 2010

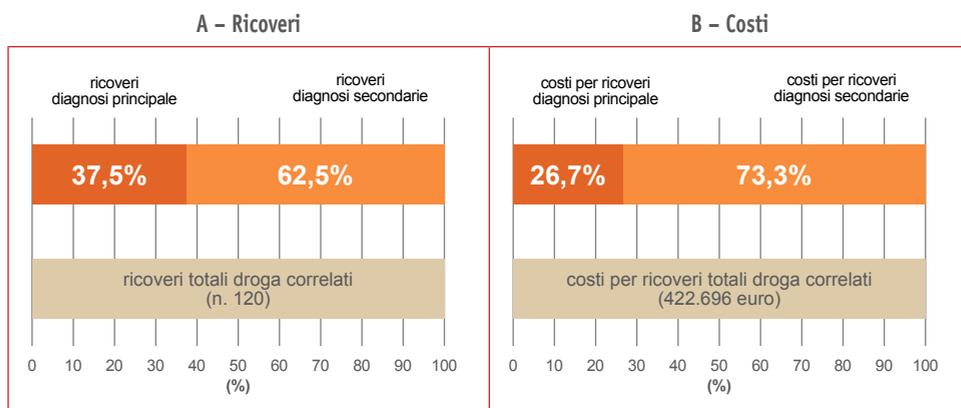


Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

6.2.2 Analisi dei costi dei ricoveri droga/psicofarmaci correlati

I ricoveri che riportano in diagnosi principale e/o in una delle 5 secondarie una patologia direttamente correlata al consumo di droghe/psicofarmaci sono stati 120, implicando un costo complessivo di 422.696 euro, solo per il 28% (circa 113 mila euro) dovuto ai 45 ricoveri con diagnosi principale direttamente associata all'uso di droghe e psicofarmaci.

Grafico 6.14 Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri droga correlati, secondo i casi che riportano patologie droga correlate in diagnosi principale e nelle diagnosi secondarie. Provincia di Trento. Anno 2010



Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Più della metà dei costi (51,5%) dei ricoveri con *diagnosi principale droga correlata* (avvenuti tutti in regime ordinario) è stato generato dai 21 ricoveri inclusi in MDC

20-Usò di droghe/psicofarmaci e disturbi mentali organici indotti ^[2] (14 dei quali definiti con DRG 523-Abuso o dipendenza da droghe/psicofarmaci senza terapia riabilitativa senza complicanze cliniche), il 40% (45.537 euro) dai 22 ricoveri per "Avvelenamento", soprattutto da tranquillanti e sedativi/ipnotici, ed i restanti 9.217 euro, dai 2 casi inclusi in MDC 15-Malattie e disturbi del periodo neonatale e MDC 14-Gravidanza, parto e puerperio.

Tabella 6.4 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Provincia di Trento. Anno 2010

MDC	ICD IX	N. ricoveri	Valorizzazione economica (euro)	Costo medio ricovero (euro)
21. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici	Avvelenamento da tranquillanti	7	15.346	2.192
	Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	7	14.384	2.055
	Avvelenamento da altre sostanze psicotrope	5	8.069	1.614
	Avvelenamento da antidepressivi	2	6.187	3.094
	Avvelenamento da psicostimolanti	1	1.551	1.551
20. Usò droghe/farmaci e disturbi mentali organici indotti	Psicosi da droghe	10	31.780	3.178
	Altri abusi misti o non specificati ⁽¹⁾	3	6.078	2.026
	Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	3	5.815	1.938
	Dipendenza da oppioidi	2	5.390	2.695
	Abuso di antidepressivi	1	2.882	2.882
	Abuso di oppioidi	1	2.695	2.695
15. Malattie e disturbi del periodo neonatale	Abuso di allucinogeni	1	3.568	3.568
	Sindrome di astinenza del neonato	1	7.193	7.193
14. Gravidanza, parto e puerperio	Tossicodipendenza in gravidanza	1	2.024	2.024
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DIRETTAMENTE DROGA ATTRIBUIBILI		45	112.961	2.510

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

⁽¹⁾ Si intendono sostanze non definite da codici specifici ICD IX, escludenti quindi cannabinoidi, allucinogeni, barbiturici-sedativi-ipnotici, oppioidi, cocaina, amfetamine e simpaticomimetici ad azione simile, antidepressivi.

Le SDO riferite ai ricoveri con diagnosi principale droga correlata riportano altre 12 diagnosi secondarie specificatamente correlate al consumo di sostanze psicoattive:

^[2] I ricoveri droga/psicofarmaci correlati afferenti alla MDC 20, in questo caso, riportano una diagnosi principale specificatamente correlate all'uso di droghe/psicofarmaci.

10 sono per consumo di droghe/psicofarmaci^[3] e 2 di bevande alcoliche^[4]. Se si procede all'analisi dei 75 ricoveri con patologie direttamente correlate al consumo di droghe/psicofarmaci presenti *esclusivamente* in almeno una delle 5 diagnosi secondarie, si osserva che la maggior parte è afferito alla macrocategoria diagnostica MDC 1-Malattie e disturbi mentali, in particolare per Psicosi (25 casi) e Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi (12 casi), implicando un costo complessivo di poco superiore a 133 mila euro. Sono seguiti i ricoveri dovuti a MDC 4-Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio e a MDC 25-Infezioni HIV, per un ammontare complessivo di circa 67 mila euro.

Tabella 6.5 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi secondarie droga correlate. Provincia di Trento. Anno 2010

Cod.	MDC Descrizione	N. casi	Valorizzazione economica	
			Euro	%
19	Malattie e disturbi mentali	42	133.170	43,0
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	7	43.058	13,9
25	Infezioni da HIV	6	23.705	7,7
9	Malattie disturbi della pelle, tess. sottocutaneo e mammella	4	13.702	4,4
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3	16.224	5,2
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	3	20.102	6,5
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3	25.745	8,3
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2	9.255	3,0
	Altre categorie diagnostiche	5	24.774	8,0
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI SECONDARIE DIRETTAMENTE DROGA ATTRIBIBILI		75	309.735	100,0

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

I 75 ricoveri riportano nel complesso 84 diagnosi correlate all'uso di droghe/psicofarmaci (alcune schede riportano 2 o più diagnosi secondarie), per la maggior parte riferite all'utilizzo di psicofarmaci ed oppioidi (Tabella 6.6).

6.2.3 Analisi dei costi dei ricoveri alcol correlati

I ricoveri che riportano in diagnosi principale e/o nelle secondarie diagnosi direttamente alcol attribuibili sono stati 932, per un ammontare complessivo di poco più di 4,1 milioni euro, il 34% dei quali dovuto ai 368 ricoveri con diagnosi principale direttamente correlata al consumo di alcolici (Grafico 6.15).

^[3] Dipendenza da oppioidi=3 casi; Abuso di altre droghe o abusi misti=3 casi; Psicosi da droghe; Abuso di barbiturici-sedativi-ipnotici; Abuso di cocaina; Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici" (1 caso per ciascuna diagnosi).

^[4] Sindrome di dipendenza alcolica=1 caso; Abuso di alcol senza dipendenza=1.

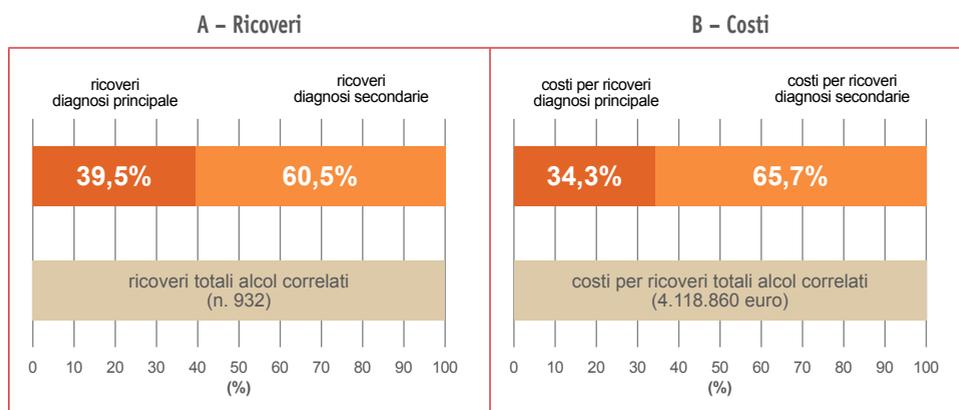
Tabella 6.6 Diagnosi secondarie droga correlate, secondo ICD IX, rilevate in ricoveri con diagnosi principale non correlata al consumo di droghe/psicofarmaci. Provincia di Trento. Anno 2010

ICD IX	Diagnosi secondarie	
	N.	%
Avvelenamento da tranquillanti	18	21,4
Dipendenza da oppioidi	13	15,5
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	12	14,3
Avvelenamento da antidepressivi	8	9,5
Abuso di cannabinoidi	6	7,1
Abuso di cocaina	5	6,0
Psicosi da droghe	4	4,8
Abuso di oppioidi	4	4,8
Altre diagnosi droga correlate ⁽¹⁾	14	16,7
Totale diagnosi	84	100,0%
Totale ricoveri	75	

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

⁽¹⁾ Abuso di altre droghe o combinazioni=3 casi; Avvelenamento da altre sostanze psicotrope=3; Gravidanza in consumatrici di droghe=3; Dipendenza da barbiturici-sedativi-ipnotici=2; Dipendenza da cannabinoidi= 1; Dipendenza da altre droghe=1.

Grafico 6.15 Ricoveri e costi sostenuti per i ricoveri alcol correlati, secondo i casi che riportano patologie alcol correlate in diagnosi principale e nelle diagnosi secondarie. Provincia di Trento. Anno 2010



Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

I ricoveri con *diagnosi principale alcol correlata* hanno comportato un costo a carico del SSP di circa 1,4 milioni di euro, per il 4% dovuto ai 28 casi avvenuti in Day Hospital, tutti per Epatite e cirrosi alcolica.

Dei 340 ricoveri ordinari, il 63,5% è stato incluso nella MDC 7-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (216 casi, 211 dei quali per “Epatite e cirrosi alcolica”)

e il 31,5% nella MDC 20- Uso di alcol e disturbi mentali organici indotti ^[5] (107 ricoveri: 51 casi definiti con DRG 523-Abuso o dipendenza da alcol senza terapia riabilitativa senza complicanze cliniche e 37 con DRG 521- Abuso o dipendenza da alcol con complicanze cliniche), comportando un costo complessivo di 1,3 milione di euro (rispettivamente circa 1,062 milioni e 242 mila euro (96% dei costi sostenuti per i ricoveri ordinari) ^[6].

I ricoveri ordinari per Cirrosi alcolica hanno implicato un costo medio di circa 5 mila euro, quelli per altre patologie dell'apparato epatobiliare e del pancreas (epatite acuta, steatosi epatica alcolica e/o altri danni epatici da alcol) mediamente 3,5-4 mila euro, mentre quelli per Dipendenza, Abuso ed Intossicazione circa 2 mila euro.

Tabella 6.7 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi principale alcol correlata, secondo ICD IX e regime di ricovero. Provincia di Trento. Anno 2010

MDC	ICD IX	N. ricoveri	Valorizzazione economica (euro)	Costo medio ricovero (euro)
RICOVERI ORDINARI				
7. Malattie disturbi epatobiliari e del pancreas	Cirrosi epatica alcolica	172	874.067	5.068
	Danno epatico da alcol	28	121.695	4.264
	Epatite acuta alcolica	12	52.438	4.370
	Steatosi epatica alcolica	4	13.763	3.441
20. Uso alcol e disturbi mentali organici indotti	Dipendenza da alcol	36	82.114	2.281
	Abuso di alcol senza dipendenza	24	53.085	2.212
	Psicosi da alcol	24	59.645	2.485
	Intossicazione acuta da alcol	22	45.104	2.050
	Alcolemia elevata	1	2.177	2.177
1. Malattie disturbi del sistema nervoso	Polineuropatia alcolica	5	15.040	3.008
21. Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	Effetti tossici da alcol	3	6.731	2.244
	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	1	2.341	2.341
5. Malattie disturbi dell'apparato circolatorio	Cardiomiopatia alcolica	2	10.830	5.415

^[5] L'analisi dei ricoveri afferenti alla MDC 20, in questo caso, ha riguardato i casi con diagnosi principale specificatamente correlate all'uso di alcolici.

^[6] I restanti ricoveri: 5 casi per Malattie e disturbi del sistema nervoso, 4 casi per Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, 2 casi per "malattie e disturbi dell'apparato circolatorio, 1 per Malattie e disturbi dell'apparato digerente e 1 classificato con "Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari". 4 ricoveri riguardano interventi chirurgici non correlati con la diagnosi principale.

Tabella 6.7 – segue

MDC	ICD IX	N. ricoveri	Valorizzazione economica (euro)	Costo medio ricovero (euro)
23. Fattori influenzanti lo stato di salute	Anamnesi personale di alcolismo	1	1.593	1.593
6. Malattie disturbi dell'apparato dige rente	Gastrite alcolica	1	3.383	3.383
MDC non attribuibile	Cirrosi epatica alcolica	3	12.905	
	Danno epatico da alcol	1	1.967	
TOTALE RICOVERI ORDINARI		340	1.358.878	3.997
RICOVERI DAY HOSPITAL				
7. Malattie disturbi epatobiliari e del pancreas	Cirrosi epatica alcolica	28	55.020	1.965
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DIRETTAMENTE ALCOL ATTRIBUIBILE		368	1.413.898	3.842

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Oltre alle diagnosi principali direttamente alcol correlate, si rilevano altre 84 diagnosi secondarie direttamente correlate al consumo di bevande alcoliche, 10 per consumo di droghe/psicofarmaci e 1 di tabacco. Le più frequenti riguardano le patologie dell'apparato epatobiliare (Cirrosi steatosi epatica, epatite acuta e altro danno epatico da alcol, per un totale di 28 diagnosi), la "Dipendenza" e la "Psicosi" alcolica.

Tabella 6.8 *Diagnosi secondarie correlate al consumo di sostanze psicoattive riportate nei ricoveri con diagnosi principale alcol correlata. Provincia di Trento. Anno 2010*

ICD IX	Diagnosi secondarie	
	N.	%
Psicosi da alcol	15	15,8
Dipendenza da alcol	15	15,8
Cirrosi epatica alcolica	12	12,6
Intossicazione da alcol	9	9,5
Steatosi epatica alcolica	6	6,3
Danno epatico da alcol	6	6,3
Polineuropatia alcolica	5	5,3
Gastrite alcolica	5	5,3
Effetti tossici da alcol	4	4,2
Epatite acuta alcolica	4	4,2
Abuso di alcol senza dipendenza	2	2,1
Alcolemia elevata	1	1,1
Diagnosi droga correlate	10	10,5
Disturbi da uso di tabacco	1	1,1
Totale diagnosi secondarie	95	100,0

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Procedendo con l'analisi dei ricoveri che riportano patologie direttamente alcol correlate solo tra le diagnosi secondarie, si rilevano altri 564 casi, per un costo complessivo di circa 2,7 milioni di euro. Il 26% dei casi selezionati riporta diagnosi principali riferite alle macrocategorie diagnostiche MDC 6-Malattie e disturbi dell'apparato digerente (soprattutto per Neoplasie maligne con complicanze cliniche e per Emorragia gastrointestinale con CC, 13 casi in entrambi i casi) e MDC 7-Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas (in particolare per Neoplasie maligne, 28 casi), per un ammontare complessivo di circa 794 mila euro, il 29% del totale (Tabella 6.9). I ricoveri selezionati riportano 597 diagnosi secondarie direttamente alcol correlate: il 45% per "Cirrosi alcolica", il 20% per "Steatosi alcolica, epatite acuta alcolica ed altri danni epatici da alcol" ed il 12% per "Sindrome da dipendenza alcolica" (Tabella 6.10).

6.2.4 Analisi dei costi dei ricoveri tabacco correlati

Tra i ricoveri ospedalieri avvenuti nella provincia di Trento nel 2010, in nessun caso è stata riportata una diagnosi principale direttamente tabacco correlata. 42 sono invece i ricoveri che riportano patologie direttamente correlate al consumo di tabacco in almeno una diagnosi secondaria, con un costo di 184 mila euro, per la maggior parte dovuti ai casi appartenenti alle categorie diagnostiche Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio e Malattie e disturbi dell'apparato nervoso, i cui costi complessivi ammontano a quasi 101 mila euro (Tabella 6.11).

Tabella 6.9 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi secondarie alcol correlate. Provincia di Trento. Anno 2010

Cod.	Descrizione	MDC	N. casi	Valorizzazione economica	
				Euro	%
6.	Malattie e disturbi dell'apparato digerente		75	357.302	13,2
7.	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas		72	436.297	16,1
1.	Malattie e disturbi del sistema nervoso		68	324.205	12,0
5.	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio		62	294.061	10,9
4.	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio		62	269.540	10,0
19.	Malattie e disturbi mentali		56	181.171	6,7
8.	Malattie e disturbi del sist. muscolo-scheletrico e del tess. connettivo		42	253.871	9,4
9.	Malattie e disturbi della pelle, tessuto sottocutaneo e mammella		21	74.560	2,8
10.	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali		18	59.339	2,2
11.	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie		16	61.828	2,3
18.	Malattie infettive e parassitarie		15	64.010	2,4
3.	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola		12	23.461	0,9
16.	Malattie e disturbi del sangue e del sistema immunitario		11	47.657	1,8
	Altre macrocategorie diagnostiche		34	257.662	9,5
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI SECONDARIE DIRETTAMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI			564	2.704.962	100%

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Tabella 6.10 *Diagnosi secondarie alcol correlate, secondo ICD IX, rilevate in ricoveri con diagnosi principale non correlata al consumo di alcol. Provincia di Trento. Anno 2010*

ICD IX	Diagnosi secondarie	
	N.	%
Cirrosi alcolica	268	44,9
Steatosi epatica alcolica	74	12,4
Sindrome di dipendenza da alcol	70	11,7
Abuso di alcol senza dipendenza	58	9,7
Danno epatico da alcol	39	6,5
Psicosi da alcol	28	4,7
Intossicazione da alcol	23	3,9
Polineuropatia alcolica	11	1,8
Anamnesi personale di alcolismo	8	1,3
Effetti tossici da alcol etilico	6	1,0
Epatite acuta alcolica	6	1,0
Cardiomiopatia alcolica	3	0,5
Gastrite alcolica	3	0,5
Totale diagnosi	597	100,0
Totale ricoveri	564	

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Tabella 6.11 *Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi secondarie tabacco correlate. Provincia di Trento. Anno 2010*

Cod.	Descrizione	MDC	N. casi	Valorizzazione economica	
				Euro	%
4.	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio		14	57.152	31,0
1.	Malattie e disturbi del sistema nervoso		11	43.570	23,6
8.	Malattie e disturbi del sist. muscolo-scheletrico e del tess. connettivo		8	44.353	24,1
5.	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio		3	16.193	8,8
19 .	Malattie e disturbi mentali		2	9.396	5,1
6.	Malattie e disturbi dell'apparato digerente		2	8.977	4,9
9.	Malattie disturbi endocrini nutrizionali metabolici		1	896	0,5
	MDC non attribuibile		1	3.827	2,1
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI SECONDARIE DIRETTAMENTE TABACCO ATTRIBIBILI			42	184.363	100,0%

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

In ciascuno dei 42 ricoveri con diagnosi secondarie tabacco correlate è stata riportata 1 sola diagnosi specifica: 20 sono state per Effetti tossici del tabacco, 19 per Disturbi da uso di tabacco e 3 per Anamnesi personale di uso di tabacco.

6.2.5 Analisi dei costi dei ricoveri correlati al consumo di più sostanze psicoattive

Tra i 16 ricoveri che, tra le 5 diagnosi secondarie, hanno riportato patologie correlate all'assunzione di più sostanze psicoattive, 11 presentano consumo associato di droghe/psicofarmaci ed alcolici e 5 di alcol e tabacco, per un ammontare complessivo di 51.240 euro.

La diagnosi principale di 10 di questi ricoveri fa riferimento alla macrocategoria diagnostica MDC 19-Malattie mentali (soprattutto per "Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi", 6 casi), incidendo per il 54% sul costo totale.

Tabella 6.12 Numero di casi e costi sostenuti per i ricoveri con diagnosi secondarie correlate al consumo associato di più sostanze psicoattive. Provincia di Trento. Anno 2010

Cod.	Descrizione	MDC	N. casi	Valorizzazione economica	
				Euro	%
19.	Malattie e disturbi mentali		10	27.665	54,0
4.	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio		3	14.571	28,4
7.	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas		1	2.853	5,6
5.	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio		1	2.152	4,2
1.	Malattie e disturbi del sistema nervoso		1	3.999	7,8
TOTALE RICOVERI CON DIAGNOSI SECONDARIE ATTRIBIBILI AL CONSUMO DI PIÙ SOSTANZE			16	51.240	100,0%

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Nelle 16 SDO selezionate sono state nel complesso riportate 34 diagnosi secondarie correlate al consumo di sostanze psicoattive.

Tabella 6.13 Diagnosi secondarie, secondo ICD IX, correlate al consumo associato di più sostanze psicoattive, rilevate in ricoveri con diagnosi principale non correlata al consumo di sostanze psicoattive. Provincia di Trento. Anno 2010

ICD IX	N.	ICD IX	N.
Abuso di alcol senza dipendenza	7	Abuso di oppioidi	2
Disturbi da uso di tabacco	3	Abuso di altre droghe o combinazioni	2
Intossicazione da alcol	3	Sindrome di dipendenza da alcol	2
Effetti tossici del tabacco	2	Cirrosi alcolica	2
Dipendenza da oppioidi	2	Altre diagnosi ⁽¹⁾	5
Abuso di cannabinoidi	2	Totale diagnosi	34
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	2	Totale ricoveri	16

Elaborazioni su dati forniti da Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

⁽¹⁾ Dipendenza da altre droghe=1 diagnosi; Avvelenamento da tranquillanti=1; Avvelenamento da altre sostanze psicotrope=1; Epatite acuta alcolica=1; Danno epatico da alcol=1.

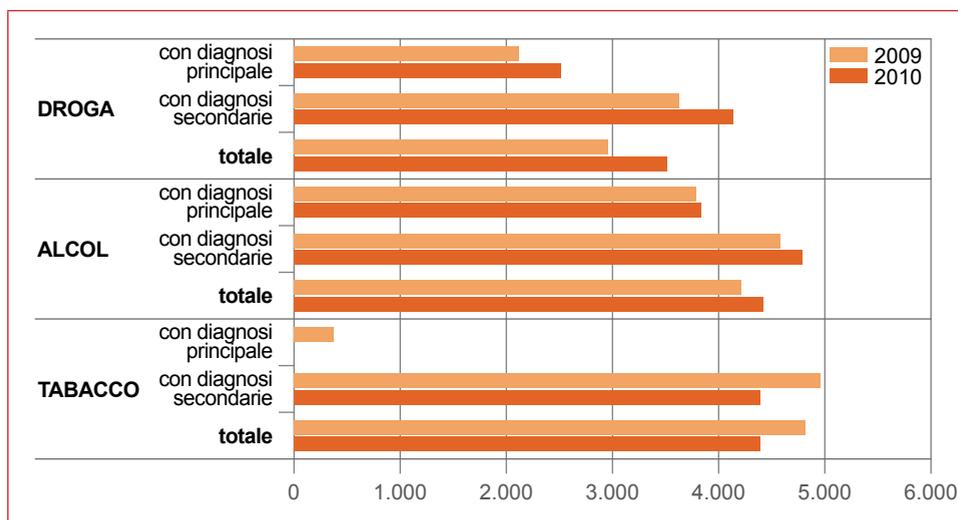
6.2.6 Confronto dei costi dei ricoveri nel biennio 2009-2010

Dal confronto del numero di ricoveri correlati al consumo di sostanze psicoattive dei soggetti residenti nella Provincia Autonoma di Trento e dei relativi costi nel biennio 2009-2010 (tab. 6.14) si evidenziano tendenze distinte secondo la tipologia di sostanza che anima il ricovero. Nel 2010 aumenta, infatti, il costo per i ricoveri correlati all'uso di droga e tabacco ma con una diversità: per i primi, si osserva un aumento del costo complessivo a fronte della diminuzione del numero di ricoveri (soprattutto con diagnosi principale droga-correlata), mentre i costi relativi ai ricoveri tabacco-correlati aumentano in modo quasi proporzionale all'aumento del numero di ricoveri per tale sostanza; all'opposto, diminuiscono i costi complessivi e il numero di ricoveri per uso di alcol.

Tabella 6.14 Numero di ricoveri e costi relativi ai ricoveri alcol, droga e tabacco correlati. Confronto 2009-2010

		2009		2010	
		N.	euro	N.	euro
DROGA correlati	Con diagnosi principale	59	125.119	45	112.961
	Con diagnosi secondarie	74	268.133	75	309.735
	TOTALE	133	393.252	120	422.696
ALCOL correlati	Con diagnosi principale	500	1.890.584	368	1.413.898
	Con diagnosi secondarie	609	2.787.804	564	2.704.962
	TOTALE	1109	4.678.388	932	4.118.860
TABACCO correlati	Con diagnosi principale	1	367	—	—
	Con diagnosi secondarie	35	172.995	42	184.363
	TOTALE	36	173.362	42	184.363

Grafico 6.16 Costi medi dei ricoveri relativi all'uso di alcol, droga e tabacco correlati. Confronto 2009-2010



In generale, nel passaggio dal 2009 al 2010 il costo medio di un ricovero correlato all'uso di droga e alcol aumenta (per i primi, si passa da 2.956 euro a 3.522 euro; per i secondi da 4.218 euro a 4.419 euro), mentre diminuiscono i costi medi relativi all'uso di tabacco (da 4.815 euro a 4.389 euro) (Grafico 6.16). La spiegazione di questo dato può essere rinvenuta nell'aumento generale dei costi associati ai DRG osservato nel biennio e, al contempo, l'aumento della complessità dei singoli casi trattati.

6.3 Malattie infettive

6.3.1 *Diffusione delle malattie infettive nell'utenza tossicodipendente*

Il monitoraggio della prevalenza e dell'incidenza delle malattie infettive droga-correlate (HIV, HCV, HBV) rappresenta una ulteriore misura della problematicità dell'uso di sostanze illecite, soprattutto per via parenterale; attraverso i test di screening sulle malattie infettive droga-correlate dei soggetti in trattamento, i servizi svolgono dunque una delle principali attività di monitoraggio dell'utenza in carico e di prevenzione secondaria di queste patologie. I test, con il relativo counseling sanitario, vengono proposti a tutti i soggetti in trattamento, lasciando però al singolo paziente la possibilità di rifiutarne l'esecuzione.

Il flusso di dati utilizzato è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario, riferito all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze. I dati sono raccolti attraverso le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06 (rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze) riferite rispettivamente alle rilevazioni dei test HIV, dei test sull'epatite B e dei test sull'epatite C.

Diffusione del virus HIV

Nel 2010, gli utenti in carico e in carico temporaneo testati per il virus HIV presso il Ser.T sono stati, nel complesso, 692, quota che corrisponde al 62,3% dei pazienti (6 punti percentuali in più rispetto al 2009).

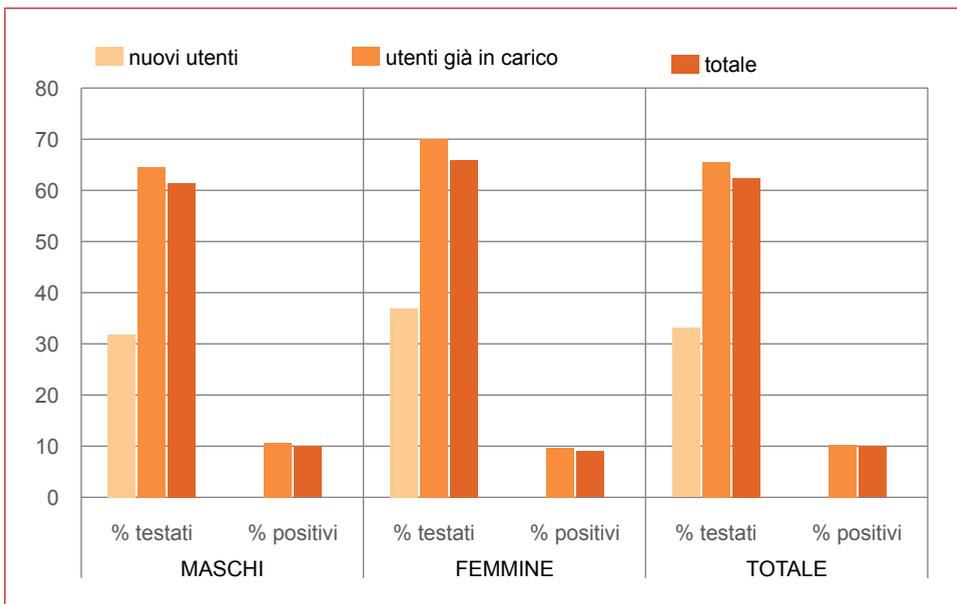
In linea con quanto osservato negli anni precedenti, gli utenti incidenti risultano generalmente meno testati rispetto agli utenti rientranti (33% vs. 65,5%), e i maschi sono meno testati rispetto alle femmine (61,5% vs. 65,9%).

Rispetto all'esito dei test, i pazienti risultati positivi sono nel complesso 68 (3 soggetti in più rispetto al 2009), ossia il 10,4% dell'utenza in carico e in carico temporaneo nell'anno considerato.

Distinguendo sulla base della tipologia di utenza e del genere, si evidenzia la presenza esclusiva di soggetti positivi tra i rientranti (10,4%); a differenza di quanto emerso nel 2009, la prevalenza di soggetti positivi tra i testati è lievemente maggiore per gli uomini (10,5% vs. 9,8%).

Il Grafico 6.17 illustra le considerazioni finora effettuate.

Grafico 6.17 Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HIV sul totale dei soggetti in carico e dei positivi sul totale dei testati, per sesso e tipologia di utenza. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T

Diffusione del virus HBV

Gli utenti in carico e in carico temporaneo nel corso del 2010 che risultano essere stati testati per il virus HBV sono nel complesso 728, dei quali 173 soggetti risultano essere vaccinati. Se si considerano anche questi ultimi, dunque, la percentuale di soggetti testati risulta essere pari al 65,6% dell'utenza in carico e in carico temporaneo nell'anno considerato, registrando un lieve incremento rispetto al 2009 (circa 5 punti percentuali); se si escludono, al contrario, i soggetti vaccinati la percentuale dei testati scende al 50% (vs. 47,6% del 2009).

L'analisi per sesso e tipologia di utenza conferma le tendenze osservate l'anno precedente e riferite al maggior numero di soggetti testati tra l'utenza già nota al servizio rispetto ai nuovi (68,9% vs. 34,9%) e tra le donne rispetto agli uomini (67,7% vs. 65,1%).

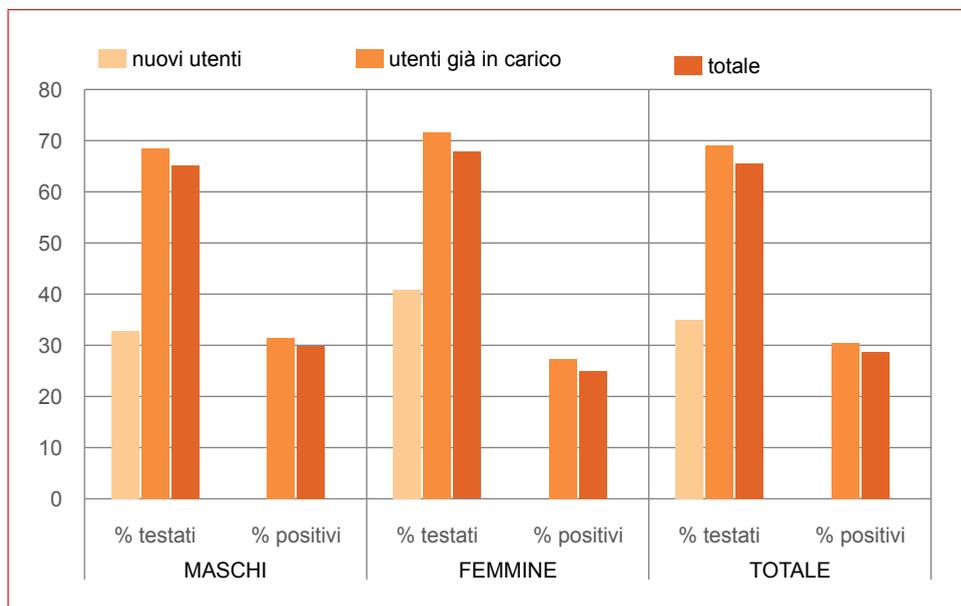
Rispetto agli esiti dei test, i soggetti risultati positivi sono nel complesso 211. Il tasso di positività riscontrato, se si assume come base il totale soggetti testati e vaccinati, è pari a circa il 29%, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente ove i positivi costituivano il 32,3%; se, al contrario, si escludono i soggetti che risultano vaccinati il tasso di positività provinciale sale al 38% (vs. 40,9% del 2009). Come già segnalato per la positività al virus HIV, ed in controtendenza rispetto al 2009, la positività è stata riscontrata esclusivamente sui soggetti già noti al servizio (39,5%), mentre l'incidenza della positività nella nuova utenza è

nulla. Le differenze di genere sono lievi, con una positività riscontrata lievemente maggiore per le donne (40,2% vs. 39,4% degli uomini).

Un'ultima considerazione fa riferimento ai soggetti che nel 2009 sono stati vaccinati contro il virus dell'epatite B. La definizione della scheda ministeriale di soggetto "vaccinato" fa riferimento ad un "soggetto che ha regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che ha eseguito un successivo controllo sierologico che ha confermato la risposta al vaccino".

Le analisi mostrano che tra i 173 soggetti vaccinati per il virus HBV (23,8% dei testati), i soggetti incidenti risultano vaccinati con una maggior frequenza dei soggetti già conosciuti al servizio da anni precedenti (44,7% vs. 22,6%), così come le donne risultano maggiormente vaccinate rispetto agli uomini (32% vs. 21,7%) Il Grafico 6.18 riporta le considerazioni finora fatte in merito ai test effettuati e ai test positivi (comprendendo per entrambi i soggetti vaccinati).

Grafico 6.18 Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HBV (compresi i vaccinati) e dei soggetti positivi (compresi i vaccinati). Anno 2010



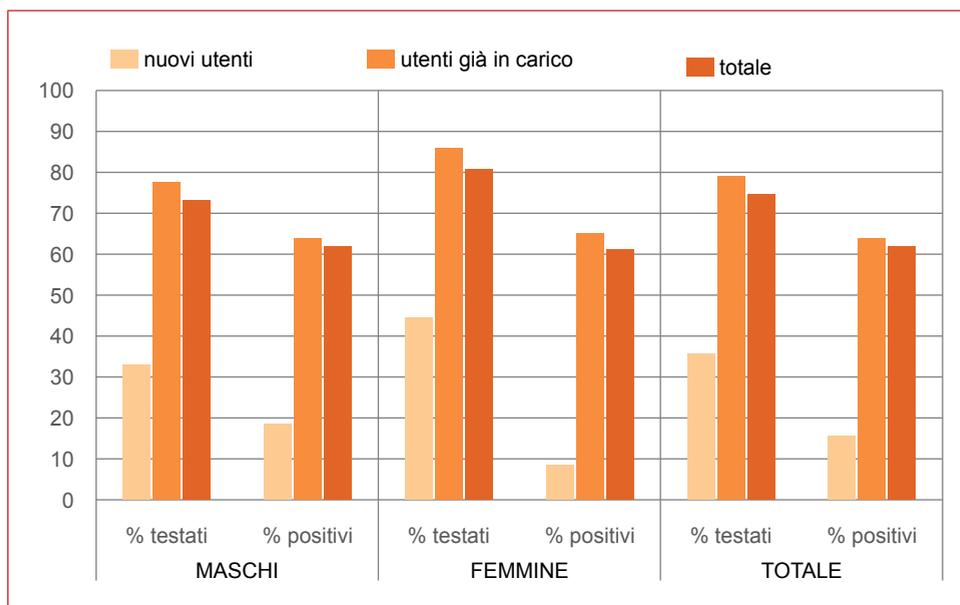
Elaborazioni su dati Ser.T

Diffusione del virus HCV

I soggetti in carico e in carico temporaneo nel 2010 che risultano testati per l'epatite C sono nel complesso 829, pari al 74,7% dell'utenza complessiva; anche per i test HCV si osserva un lieve incremento rispetto al 2009, ove i soggetti testati erano il 68,7% dell'utenza complessiva. L'articolazione per sesso e tipologia di utenza conferma, analogamente a quanto osservato l'anno precedente, che i soggetti già in carico da anni precedenti risultano più testati dei soggetti incidenti (78,9% vs.

35,8%) e che le donne sono più testate rispetto agli uomini (80,6% vs. 72,2%) La positività riscontrata al virus HCV, sul totale degli esami effettuati, è del 61,8% (n. 512), in decremento rispetto al dato osservato l'anno precedente in cui i positivi sono stati il 64,9% dei testati. Inoltre, se non esistono differenze di genere di rilievo rispetto al tasso di positività (pari a circa il 61% per entrambi i sessi), si conferma una maggiore positività per i soggetti già in carico da anni precedenti (64,1%) rispetto agli incidenti (15,4%). Il Grafico 6.19 riporta le considerazioni finora fatte in merito ai test effettuati e ai test positivi.

Grafico 6.19 Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HCV e dei soggetti positivi. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T

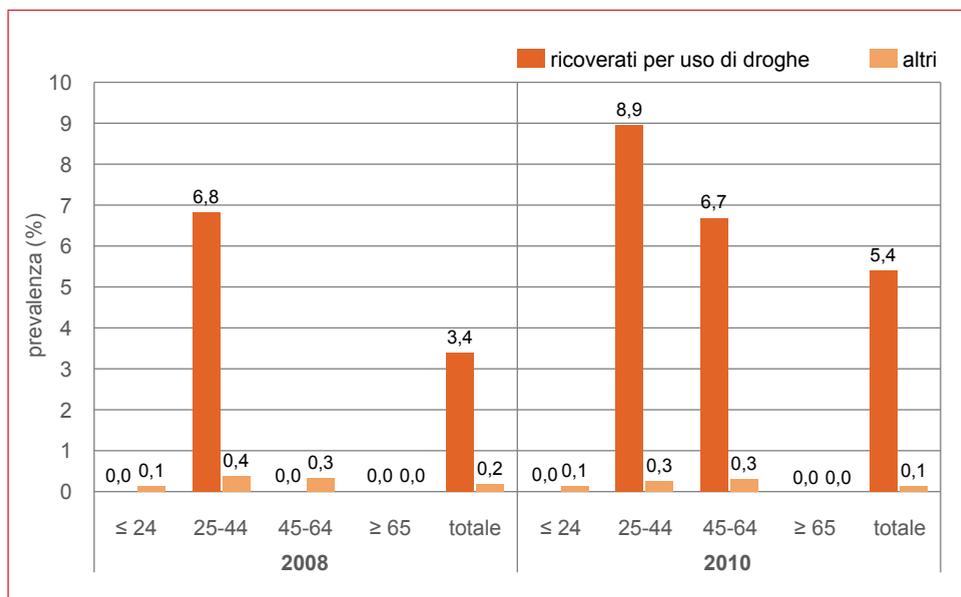
6.3.2 Diffusione delle malattie infettive nell'utenza ospedaliera

Tramite il presente paragrafo si intende fornire una prima analisi della prevalenza delle infezioni da HIV, HCV nei ricoverati nel corso degli anni 2008 e 2010 presso le strutture ospedaliere della Provincia Autonoma di Trento, residenti e non nel territorio provinciale.

Diffusione dell'HIV

Tra i pazienti ospedalizzati con diagnosi di ricovero correlate all'uso di sostanze stupefacenti, i valori di prevalenza delle infezioni da HIV risultano superiori a quelle del resto dell'utenza ospedaliera: 3,4% vs. 0,2% per l'anno 2008 e 5,4% vs 0,1% per l'anno 2010. Nel Grafico 6.20 viene effettuato un confronto tra l'anno 2008 ed il 2010 anche in base all'età.

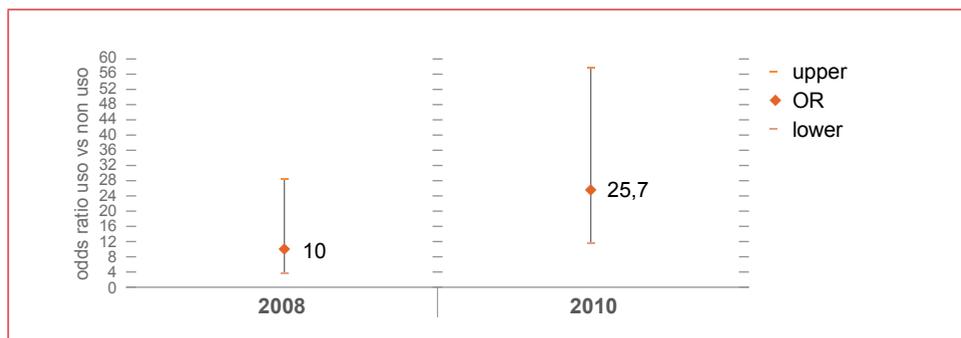
Grafico 6.20 Diffusione dell' HIV tra i ricoverati presso le strutture ospedaliere della P. A.; ricoverati per uso di droghe vs. altri



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Nel Grafico 6.21 si riporta l'“odds ratio” (rapporto dei rischi) e quindi la probabilità per i ricoverati con diagnosi di uso di sostanze psicotrope di essere HIV positivo rispetto a tutti gli altri ricoverati; tale probabilità, a parità di sesso ed età, arriva ad essere circa 10 e quasi 26 volte superiore rispettivamente nel corso degli anni 2008 e 2010. Vengono riportati, inoltre, gli intervalli di confidenza (Upper/Lower) degli “odds-ratio”: in entrambi gli anni considerati l'intervallo non comprende l'1, l'associazione rilevata è da considerarsi pertanto statisticamente significativa.

Grafico 6.21 Risultati dei modelli di regressione logistica per condizione di uso di sostanze psicotrope vs. non uso; per diagnosi HIV

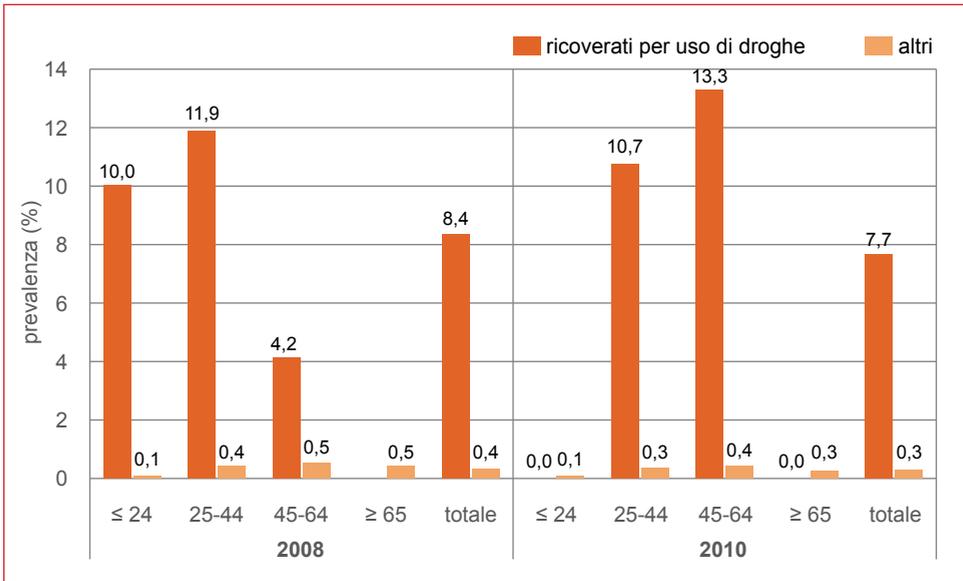


Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Diffusione dell'HCV

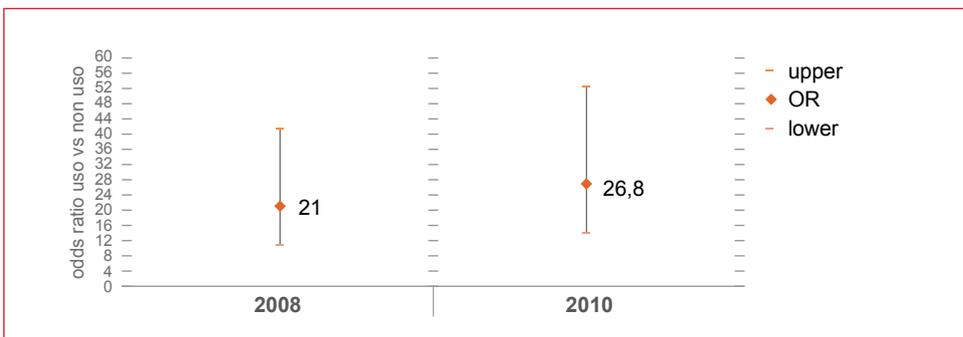
Anche per quanto attiene l'HCV, tra i pazienti ospedalizzati con diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe e psicofarmaci, i valori di prevalenza di tale tipologia di infezioni virali risultano mediamente superiori a quelle del resto dell'utenza ospedaliera: 8,4% vs. 0,4% per l'anno 2008 e 7,7% vs 0,3% per l'anno 2010. Nel Grafico 6.22 viene effettuato un confronto tra l'anno 2008 ed il 2010 anche in base all'età.

Grafico 6.22 Diffusione dell' HCV tra i ricoverati presso le strutture ospedaliere della Provincia Autonoma; ricoverati per uso di droghe vs. altri



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Grafico 6.23 Risultati dei modelli di regressione logistica per condizione di uso di sostanze psicotrope vs. non uso; per diagnosi HCV



Fonte: Servizio Sistemi Informativi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Nel Grafico 6.23 si riporta l'“odds ratio” (rapporto dei rischi) tra il “rischio” (quindi la probabilità) dei ricoverati con diagnosi di uso di sostanze psicotrope di essere

HCV positivo rispetto a tutti gli altri ricoverati; tale probabilità, a parità di sesso ed età, arriva ad essere circa 21 e quasi 27 volte superiore rispettivamente nel corso degli anni 2008 e 2010 (OR= 21 per l'anno 2008 e OR=26,8 per l'anno 2010). Vengono riportati, inoltre, gli intervalli di confidenza (Upper/Lower) degli "odds-ratio": in entrambi gli anni considerati l'intervallo non comprende l'1, l'associazione rilevata è da considerarsi pertanto statisticamente significativa.

7

Implicazioni e conseguenze sociali

7.1 Segnalazioni alla Prefettura

Nel 2010 sono state inviate ai Ser.T della provincia di Trento dalla Prefettura 501 segnalazioni ai sensi degli artt. 75 e 121 del testo unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90^[1], relative a 461 soggetti. Il tasso di segnalazione, calcolato rispetto alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni, è di circa 13 soggetti ogni 10.000 abitanti, in aumento rispetto all'anno precedente nel quale il valore era pari a circa 12 soggetti ogni 10.000 abitanti. L'82% del totale delle segnalazioni è stato effettuato ai sensi dell'art. 121 ed ha riguardato 381 soggetti, mentre il restante 18% in esecuzione dell'art. 75 ed ha interessato 80 soggetti. Nel Grafico 7.1 è evidenziato l'andamento del numero delle segnalazioni ex artt. 121 e 75 nel periodo 2000-2010, in crescita per entrambe le tipologie di segnalazione, in modo particolare nell'ultimo biennio.

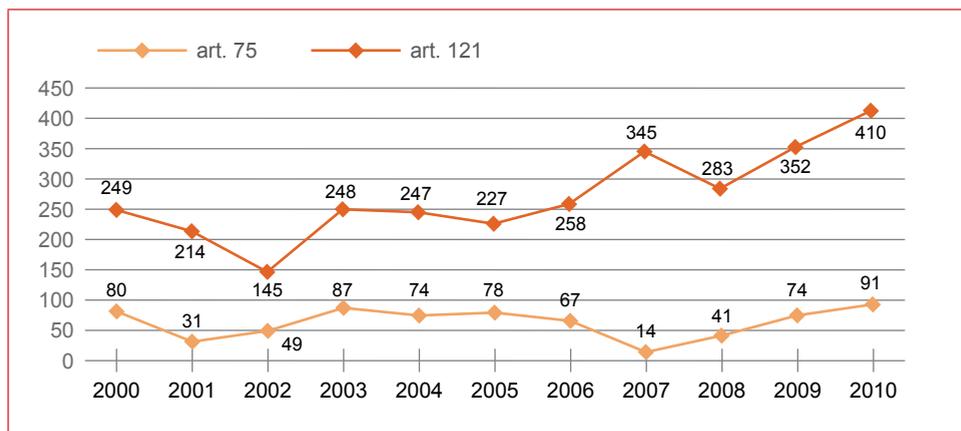
I soggetti segnalati nel 2010 sono per la maggior parte maschi (84,6%) per entrambe le tipologie di segnalazione (Grafico 7.2).

L'età media è di circa 27 anni; come mostra il Grafico 7.3, la classe d'età compresa tra i 15 e 24 anni è maggiormente rappresentata, seguita dai 25-34enni e dagli oltre 35; in particolare, il 7% dei soggetti segnalati nel 2010 non ha superato la maggiore età.

^[1] L'art. 121 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad una segnalazione per uso di sostanze stupefacenti senza sequestro. In questi casi la Prefettura segnala il soggetto ritenuto a rischio al Ser.T competente per territorio, che a sua volta ha l'obbligo di convocarlo. Il soggetto può rispondere all'invito in modo discrezionale e, qualora si presentasse al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze decidendo di intraprendere un percorso terapeutico, il trattamento sarebbe comunque volontario e non sottoposto al controllo della Prefettura.

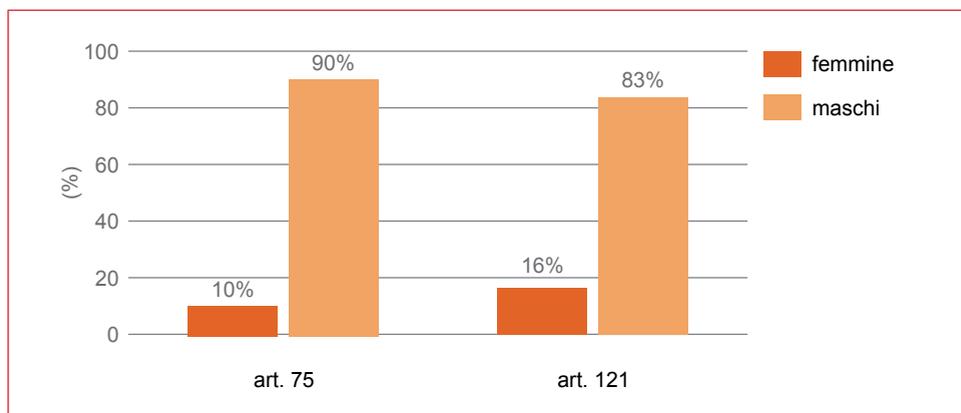
L'art. 75 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad un sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale. Alla segnalazione segue la convocazione dell'interessato da parte della Prefettura competente per il colloquio con l'assistente sociale e l'applicazione del relativo provvedimento. Durante il colloquio al soggetto può essere suggerito di recarsi al Ser.T di competenza territoriale, ma questo non ha l'obbligo di presentarsi. La situazione era diversa prima della modifica del DPR 309/90 in virtù della legge n. 49/2006, quando le sanzioni amministrative potevano essere sospese in caso di volontaria adesione ad un programma terapeutico.

Grafico 7.1 Segnalazioni ex art. 75 e 121 del DPR 309/90 (anni 2000-2010)



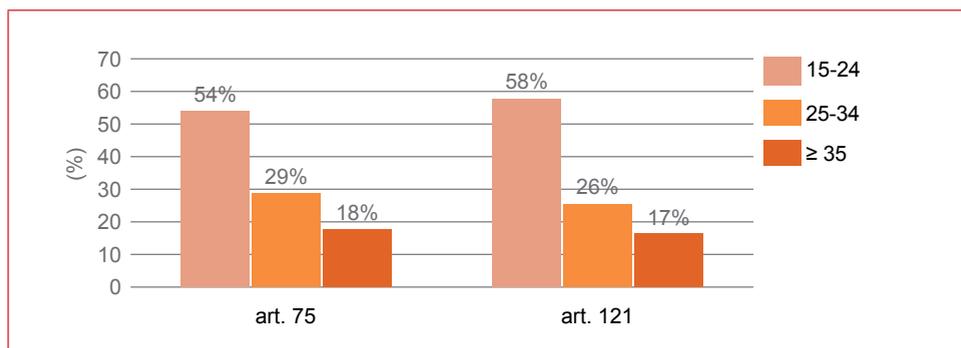
Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Grafico 7.2 Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per genere e articolo di segnalazione



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

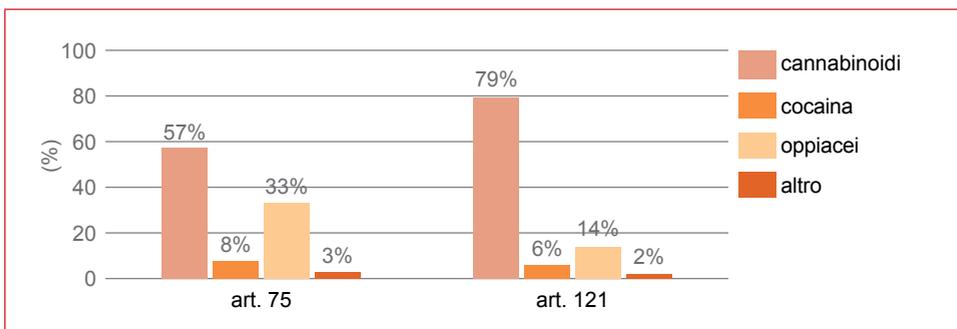
Grafico 7.3 Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per classi di età e articolo di segnalazione



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

La sostanza più intercettata è stata la cannabis ^[2], seguita dagli oppiacei e dalla cocaina sia tra i segnalati ex art. 75 che 121 (Grafico 7.4). Tra i segnalati ex art. 75 si rilevano percentuali più basse di consumatori di cannabinoidi e più alte di consumatori di oppiacei di quante non se ne siano rilevate tra i segnalati ex art. 121 (57% contro 79% cannabinoidi, 33% contro 14% oppiacei), mentre la cocaina è di poco più utilizzata tra i segnalati ex art. 75 (8% contro 6%).

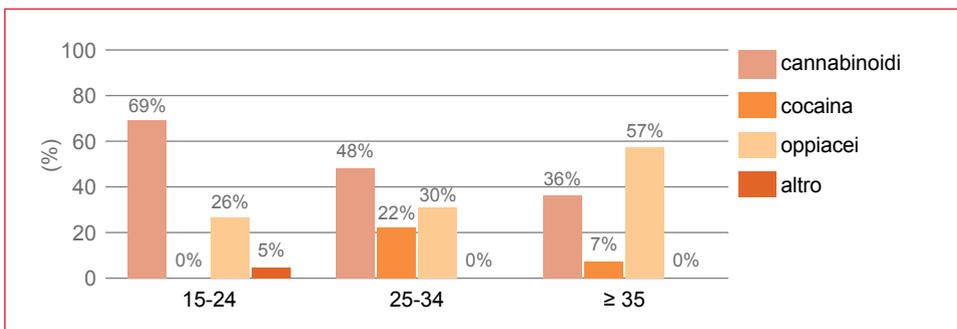
Grafico 7.4 Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per sostanza e articolo di segnalazione



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Tra i segnalati ex art. 75, la cannabis è maggiormente intercettata tra i 15-24enni, la cocaina tra i 25-34enni e gli oppiacei tra i soggetti oltre i 35 anni. Sono i più giovani gli unici ad essere stati fermati per possesso di altre sostanze (Grafico 7.5).

Grafico 7.5 Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati ex art. 75 per classi di età e sostanza



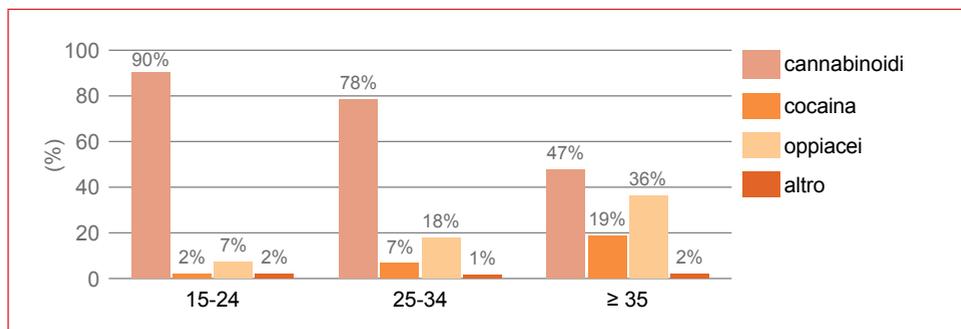
Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Per quanto riguarda i segnalati ex art. 121, la cannabis è maggiormente utilizzata tra i più giovani, mentre la cocaina e gli oppiacei tra i soggetti oltre i 35 anni (Grafico 7.6). Infine, dei segnalati ex art. 121 un solo soggetto si è presentato al Ser.T a seguito della convocazione e ha intrapreso un programma terapeutico. Tra i segnalati ex art. 75,

^[2] Se un soggetto è stato segnalato più volte, si fa riferimento all'ultima segnalazione effettuata.

invece, solo il 4% non ha intrapreso un programma terapeutico: il restante 96% è stato coinvolto in un programma di controllo dei metaboliti con verifica sociale ^[3].

Grafico 7.6 Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati ex art. 121 per classi di età e sostanza



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

7.2 Operazioni antidroga

In lieve flessione il numero di operazioni antidroga condotte sul territorio nazionale, passate da 23.262 nel 2009 a 22.964 nel 2010 ^[4].

Senza differenza rispetto all'anno precedente, quasi la metà degli interventi si è rivolta al contrasto di cannabinoidi (46% ca.), seguiti da quelli relativi alla cocaina (32% ca.), eroina (17% ca.) ed altre sostanze (5% ca.).

In controtendenza rispetto al quadro nazionale, sul territorio della Provincia Autonoma di Trento il numero di operazioni antidroga è aumentato di circa il 5%, passando nel biennio da 187 a 197.

Nel complesso la distribuzione delle sostanze primariamente oggetto degli interventi continua a vedere al primo posto i cannabinoidi, seguiti dall'eroina e dalla cocaina. A differenza dell'anno precedente, comunque, la proporzione di interventi rivolti all'eroina ha subito una netta flessione, passando da quasi il 33% al 20%, a "vantaggio" di quelli relativi ai cannabinoidi che, nel 2010, hanno costituito circa il 60% delle operazioni contro poco più del 48% del 2009. Più stabile il dato relativo agli interventi primariamente rivolti al contrasto del traffico di cocaina che nel biennio hanno costituito circa il 13% delle operazioni.

Nel complesso i quantitativi di sostanza intercettati in Italia sono diminuiti ^[5]. Nel 2010, infatti, sono stati sequestrati e rinvenuti quasi 950 Kg di eroina, 4 tonnellate

^[3] Si tratta di un intervento che integra il monitoraggio dello stato di astensione dall'uso delle sostanze stupefacenti (attraverso la periodica attuazione di test laboratoristici di controllo) e colloqui psicosociali volti a verificare l'andamento del programma stesso.

^[4] I dati, aggiornati al 30 aprile 2011, sono suscettibili di variazioni.

^[5] Si ricorda che alcune operazioni non portano ad intercettare quantitativi di sostanza, mentre altre portano a sequestrarne o rinvenirne più di una.

di cocaina e 25,5 tonnellate di cannabinoidi con un decremento rispettivamente di circa il 18, il 6 ed il 10% rispetto al 2009.

Nella PA, i quantitativi sequestrati e rinvenuti sono stati circa 3,2 Kg di eroina, 2 Kg di cocaina e quasi 91 Kg di cannabinoidi, registrando rispetto al 2009 una flessione per le prime due sostanze ed un netto aumento per i derivati della cannabis (nel 2009 quasi 20 Kg di eroina, 4 kg di cocaina e 52 Kg di cannabinoidi).

7.3 Reati droga correlati

Le denunce per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti risultano in aumento nel 2010, in quanto sono passate da circa 36.458 a 39.053 in Italia e da 289 a 329 nella Provincia Autonoma di Trento.

Come sempre i reati principali di denuncia si riferiscono a quelli previsti dagli artt. 73 e 74 del DPR 309/90 (produzione, traffico e vendita di stupefacenti, associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti) mentre sono pochissimi quelli previsti da altri articoli della stessa normativa (nel biennio solo 13 e 15 a livello nazionale e nessuno nella PA).

In particolare, anche se le denunce per il reato meno grave di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73) rimangono preponderanti, rispetto al 2009 si osserva una loro flessione, più accentuata a livello provinciale, che nel biennio ha visto passare la loro quota dal 92 al 90% in Italia e dall'88 all'83% nella PA. Tale flessione ha comportato ovviamente l'aumento della proporzione di denunce per il reato più grave di associazione finalizzata al traffico, già nettamente superiore a livello provinciale rispetto a quello nazionale, aumentato dall'8 al 10% in Italia e dal 12 al 17% nella PA.

Con una quota leggermente inferiore a quella dell'anno precedente, quasi il 31% delle denunce effettuate in Italia per crimini connessi agli stupefacenti, ha riguardato stranieri (il 34% ca. nel 2009). Tale proporzione sale a quasi il 54% nella PA, mostrando tra l'altro un aumento di 7 punti percentuali rispetto all'anno precedente (ca il 47%).

In circa i tre quarti dei casi in Italia ed in quasi l'88% nella PA, si tratta di denunce di persone tratte in arresto. Rispetto all'anno precedente si osserva una flessione di tali provvedimenti sul territorio nazionale, adottati nell'82% dei casi, a fronte di un loro incremento nella PA (circa l'80% nel 2009).

Sono sempre le denunce relative agli stranieri ad esitare più frequentemente in arresto di quanto non accada per gli italiani. Se, infatti, quasi l'86% delle denunce effettuate in Italia riguardanti stranieri ha esitato in arresto, tale proporzione scende a meno del 71% tra gli italiani. Inoltre, anche se la diminuzione di tali provvedimenti a livello nazionale, ha riguardato sia gli italiani che gli stranieri, tale diminuzione è nettamente più marcata tra i primi che tra i secondi (nel 2009 circa l'80% degli italiani e l'87% degli stranieri).

Netta la differenza per nazionalità anche a livello della PA; nel 2010 in quasi il 93% dei casi, gli stranieri sono stati tratti in arresto, proporzione che ha riguardato meno dell'82% degli italiani. A differenza del territorio nazionale, comunque, la quota di arresti tra gli italiani ha subito un aumento di quasi 14 punti percentuali, a fronte di una sostanziale stabilità tra gli stranieri (circa il 94% nel 2009).

Le variazioni nel biennio sia a livello nazionale che provinciale, sono in buona parte influenzate da quanto accade tra le denunce per il reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti, preponderante in entrambe le partizioni.

In effetti qualora si analizzi la distribuzione degli arresti in base alla nazionalità dei denunciati per art. 73, la proporzione di stranieri tratti in arresto è di circa l'87% in Italia e di quasi il 91% nella PA, contro valori di circa il 77 ed il 70% degli italiani. Diversa la situazione qualora si consideri il reato più grave previsto dall'art. 74 della stessa normativa. In questo caso, se nella PA tutti gli italiani e stranieri denunciati nel biennio sono stati tratti in arresto, sul territorio nazionale, nonostante la forte diminuzione dell'ultimo anno, è tra gli italiani che si rileva la proporzione di arresti più elevata (nel 2009 circa l'85% tra gli italiani ed il 77% tra gli stranieri; nel 2010 circa il 79% vs il 76%).

Tabella 7.1 *Distribuzione percentuale dei denunciati nelle diverse partizioni geografiche, suddivisi per nazionalità e sostanza primaria di denuncia. Anni 2009-2010*

			eroina	cocaina	cannabinoidi	altre
Trento	2009	Italiani	46,1	7,2	40,8	5,9
		Stranieri	67,9	16,1	10,2	5,8
	2010	Italiani	19,7	17,8	53,3	9,2
		Stranieri	44,1	12,4	39,5	4,0
Italia	2009	Italiani	17,1	34,0	41,6	7,3
		Stranieri	23,7	43,0	27,5	5,8
	2010	Italiani	14,9	30,9	47,3	6,9
		Stranieri	22,4	44,0	27,0	6,6

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 30 aprile 2011)

Per quanto concerne la sostanza primaria di denuncia, in Italia sono leggermente diminuite le denunce relative all'eroina ed alla cocaina (circa il 19 ed il 17%, ed il 37 ed il 35%), ed aumentate quelle riguardanti i cannabinoidi (il 37 ed il 41%). Similmente al quadro nazionale, anche nella PA si è assistito ad una flessione delle denunce relative all'eroina (dal 56 al 33% ca.) e ad un aumento di quelle relative ai cannabinoidi (da circa il 26 al 46%), ma a differenza di quanto osservato sul territorio italiano, è leggermente aumentata anche la quota di denunce relative alla cocaina (da circa l'11 al 15%).

Il quadro provinciale che si presenta nel 2010, è quindi differente da quello del 2009 che mostrava la preponderanza di denunce per eroina e solo secondariamente per cannabinoidi e cocaina.

Senza differenze nel biennio, sul territorio nazionale la sostanze di denuncia più frequenti tra gli italiani risultano i cannabinoidi, seguiti dalla cocaina ed a distanza, dall'eroina, mentre tra gli stranieri al primo posto si trova la cocaina seguita, da cannabinoidi ed eroina.

Se nell'ultimo anno questa distribuzione è vera anche per la PA, rispetto al 2009 si osservano delle differenze. In particolare, gli italiani erano primariamente denunciati per reati connessi al traffico di eroina, seguita da cannabinoidi e cocaina, e gli stranieri primariamente per eroina, seguita da cocaina e cannabinoidi.

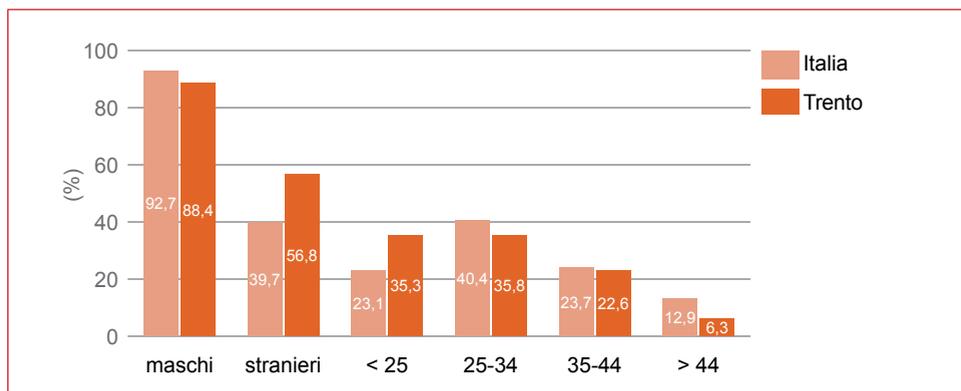
7.4 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari per reati ex dpr 309/90 e successive modifiche ed integrazioni

Continua a diminuire il numero di ingressi negli istituti penitenziari, passati nell'ultimo biennio da 88.066 ad 84.641 in Italia e da 626 a 539 nelle strutture della Provincia Autonoma di Trento (istituti di Trento e Rovereto).

Tra questi, i detenuti per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti costituiscono circa il 32% degli ingressi in Italia ed il 35% nelle strutture di Trento e Rovereto, mostrando un decremento rispetto al 2009 più accentuato a livello nazionale che locale (quasi il 7% verso poco meno del 4%).

In linea con gli anni precedenti, i detenuti per questo tipo di crimini entrati nelle strutture della provincia sono per lo più maschi e stranieri. L'età media è di poco superiore ai 29 anni, complessivamente più bassa tra gli stranieri rispetto agli italiani (circa 28 contro 31 anni; in Italia circa 30 contro 34) con più di un terzo dei detenuti sotto i 25. Rispetto al territorio nazionale si conferma anche la minore presenza di maschi, e la maggiore proporzione di stranieri e di under 25enni (in Italia, l'età media è di circa 33 anni).

Grafico 7.7 Distribuzione percentuale per genere, nazionalità e classi di età dei soggetti entrati negli istituti penitenziari in Italia e nella Provincia Autonoma di Trento per reati ex DPR 309/90



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

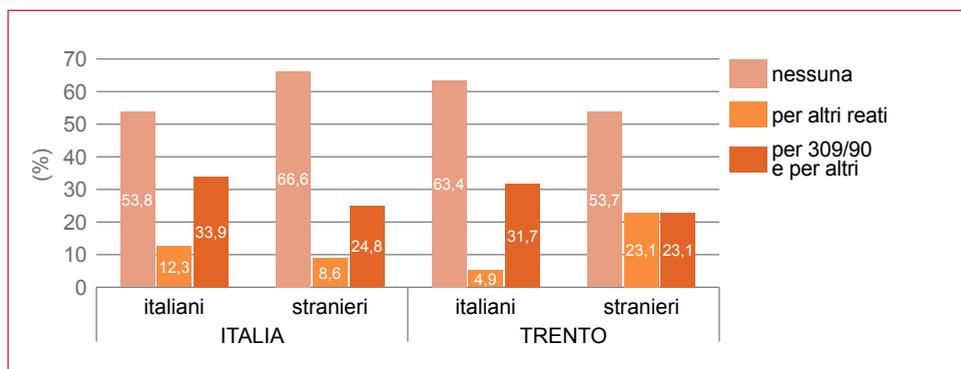
Nella quasi totalità dei casi, i detenuti per crimini ex DPR 309/90 sono ristretti per il reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 ex DPR 309/90 e s.m.i.; circa il 95% nella PA ed il 93% in Italia) e solo una piccola parte per il crimine più grave previsto dall'art. 74 (associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti).

Circa il 58% dei detenuti entrati negli istituti della PA non ha precedenti carcerazioni, quasi il 27% è rientrato per crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti, ed il restante 15% ca. per altre tipologie di reato (in Italia rispettivamente circa il 59%, il 30% e l'11%).

A fronte della sostanziale stabilità rilevata a livello nazionale, nella PA la proporzione di detenuti con precedenti esperienze detentive è leggermente aumentata, passando dal 38% del 2009 al 42% del 2010. Tale variazione è dovuta all'incremento sia della quota di detenuti rientrati per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti che di quella dei ristretti per altri crimini (nel 2009 rispettivamente circa il 25 ed il 13%). Qualora si analizzino i detenuti in base alla nazionalità si osserva, comunque, un netto aumento della proporzione di stranieri con precedenti carcerazioni ed una diminuzione di quella degli italiani. Nel 2010, ben il 46% ca. degli stranieri entrati nelle strutture di Trento e Rovereto ha precedenti carcerazioni contro poco meno del 37% degli italiani (nel 2009 rispettivamente circa il 32% ed il 49%).

La maggior presenza di "recidiva penitenziaria" tra gli stranieri non è solo in controtendenza rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti sul territorio ma anche rispetto al quadro nazionale. In Italia, infatti, la proporzione di stranieri con precedenti esperienze detentive è nettamente inferiore a quella rilevata tra gli italiani (circa il 33% vs il 46%) mostrando solo un lieve aumento rispetto al 2009 (circa il 30%, tra gli italiani meno del 47%).

Grafico 7.8 Distribuzione percentuale per precedenti carcerazioni degli italiani e stranieri entrati negli istituti penitenziari delle diverse partizioni geografiche per reati ex DPR 309/90



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

L'aumento della quota di pluricarcerati tra gli stranieri nelle strutture della PA è sostanzialmente attribuibile all'aumento della proporzione di detenuti con pre-

cedenti carcerazioni sia per reati ascrivibili alla normativa sugli stupefacenti che per altri crimini (nel 2009 rispettivamente circa il 17 ed il 15%; nel 2010 circa il 23% per entrambi). Nonostante tali variazioni, la proporzione di recidivi per reati ex DPR 309/90 rimane comunque superiore tra gli italiani rispetto agli stranieri, mentre questi ultimi risultano essere stati maggiormente coinvolti in altri reati.

7.5 Caratteristiche dei consumatori di sostanze stupefacenti transitati negli istituti penitenziari

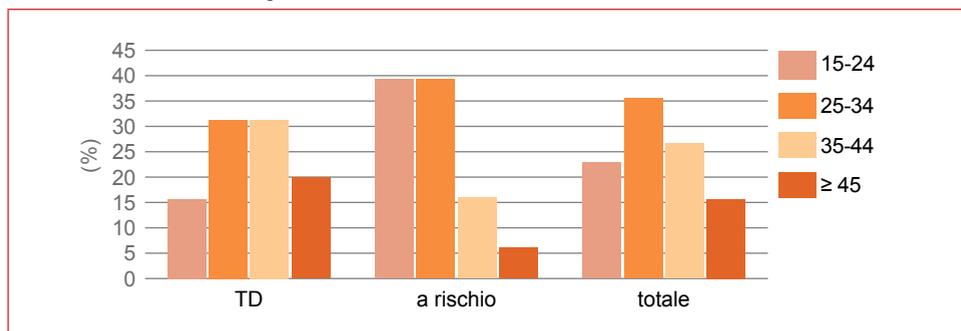
I soggetti tossicodipendenti in carico presso le strutture penitenziarie della Provincia Autonoma di Trento (case circondariali di Trento e Rovereto) nel corso del 2010 sono stati 226, il 10% dei quali risultano appoggiati da altri Servizi per le tossicodipendenze o in carico temporaneo. Si tratta, in prevalenza, di soggetti di sesso maschile (90%) e carcerati nell'anno in esame (66%), con poche variazioni rispetto a quanto osservato l'anno precedente. Il 69% dei detenuti ha una diagnosi di dipendenza o abuso di sostanze, mentre il rimanente 31% presenta elementi di rischio di un'evoluzione in tal senso.

L'età media dei soggetti in trattamento risulta pari a 33 anni, senza differenze di genere. Distinguendo tra soggetti carcerati nell'anno e quelli già in carcere da anni precedenti, risulta che gli utenti incidenti sono mediamente più giovani di tre anni rispetto a quelli già noti (rispettivamente 32 anni e 35 anni). L'età media dei detenuti è più elevata tra i casi con diagnosi di disturbo correlato all'uso di sostanze piuttosto che tra i soggetti a rischio (rispettivamente 35 anni contro 29 anni).

La distribuzione per classi di età evidenzia che il 35% dei soggetti ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni, il 27% si concentra nella classe tra i 35 e i 44 anni e il 23% in quella dei più giovani. Se si stratifica il campione secondo la tipologia di utenza, si evidenzia che tra i soggetti a rischio la classe di età modale è quella compresa tra i 15 ed i 24 anni (39%) e quella che va dai 25 ai 34 anni (39%); tra i tossicodipendenti si osserva uno spostamento verso le classi di età superiori, infatti rispetto ai soggetti a rischio è nettamente più elevata la quota dei 35-44enni (31% contro 16%) e degli over 45 (20% contro 6%) (Grafico 7.9).

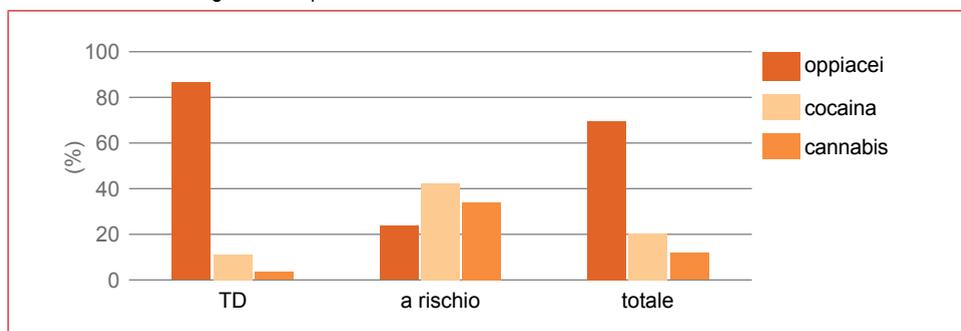
Per il 69% dei soggetti in trattamento presso le strutture carcerarie, il trattamento è determinato dall'uso o abuso di oppiacei, il 20% da quello di cocaina e l'11% di cannabinoidi. Distinguendo per tipologia di utenza, tra i soggetti a rischio la quota di utilizzatori di oppiacei risulta notevolmente inferiore a quella rilevata tra i tossicodipendenti (24% contro l'86%), mentre risultano nettamente superiori le quote degli utilizzatori di cocaina (42% contro 11%) e cannabis (34% contro 3%) (Grafico 7.10). Il 76% dei soggetti trattati utilizza più sostanze psicoattive, proporzione che risulta superiore a quella rilevata nel 2009 (pari al 63%). La quota di soggetti poliassuntori risulta leggermente maggiore tra i tossicodipendenti (78%) rispetto a quanto si osserva fra i soggetti a rischio (72%) (Tabella 7.2).

Grafico 7.9 Distribuzione percentuale per classi di età dei detenuti transitati negli istituti penitenziari della P.A. di Trento, con diagnosi di disturbo correlato all'uso di sostanze e a rischio. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Grafico 7.10 Distribuzione percentuale per sostanza primaria dei detenuti complessivi, tossicodipendenti ed a rischio entrati negli istituti penitenziari della P.A. di Trento. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Tabella 7.2 Distribuzione percentuale dell'utenza per numero di sostanze consumate e tipologia di utenti. Anno 2010

	Tossicodipendenti	Soggetti a rischio	Totale utenti
Utilizzatori di una sola sostanza	22,3%	28,3%	24,0%
Utilizzatori di più sostanze	77,7%	71,7%	76,0%

Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate risultano essere i cannabinoidi (71%), seguiti dalla cocaina (55%) e dalle bevande alcoliche (24%).

Il 78% degli utenti in trattamento per consumo primario di oppiacei risulta poliasuntore, così come il 79% dei cocainomani: tra i primi, il 74% associa il consumo di oppiacei a quello di cannabis, il 66% a quello di cocaina ed il 24% consuma anche bevande alcoliche, mentre tra i consumatori di cocaina il 91% utilizza anche cannabis, il 30% associa eroina ed il 21% bevande alcoliche.

Il 56% degli utilizzatori di cannabinoidi assume più di una sostanza, tra tale utenza la cocaina viene associata dalla gran parte dei casi (86%), mentre scendono

rispettivamente al 21% e al 29% le proporzioni di coloro che associano eroina e bevande alcoliche.

Tabella 7.3 Distribuzione percentuale dell'utenza per tipologia di sostanze primaria e secondaria consumate. Anno 2010

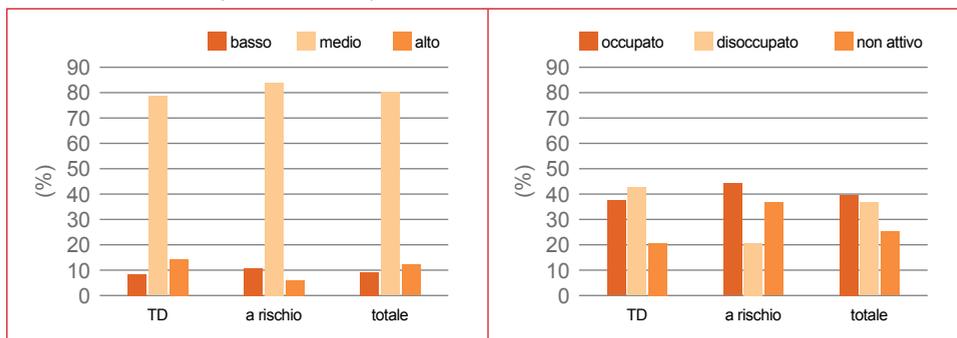
Sostanza primaria	Sostanza secondaria (%)						
	Eroina	Cocaina	Amfetamine	Ecstasy	LSD	Cannabis	Alcol
Oppiacei	—	66,4%	2,6%	11,2%	4,3%	74,1%	24,1%
Cocaina	30,3%	—	12,1%	15,2%	6,1%	90,9%	21,2%
Cannabis	21,4%	85,7%	0,0%	14,3%	7,1%	—	28,6%
Totale	8,0%	54,6%	4,3%	12,3%	4,9%	71,2%	23,9%

Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

Rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza si evidenziano profili differenti secondo le sostanze utilizzate.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, l'80% degli utenti in trattamento ha un livello medio di scolarità, il 12% elevato ed il restante 8% ha conseguito solamente la licenza elementare. Si dovrebbero definire: medio cosa comprende? Ed elevato? La distribuzione dell'utenza secondo la scolarità e la tipologia di utenza evidenzia che tra i soggetti a rischio sono leggermente più elevate le quote di utenti con un basso livello di istruzione (10% contro l'8% dei tossicodipendenti), mentre risulta più bassa la percentuale di coloro che hanno raggiunto un livello elevato (6% contro il 14% dei tossicodipendenti). Relativamente alla condizione occupazionale, il 39% dei soggetti in trattamento risulta occupato, il 36% in uno stato di disoccupazione ed il 25% economicamente inattivo. Tra i tossicodipendenti è più elevata la percentuale dei disoccupati (43% contro il 20% dei soggetti a rischio), mentre sono più basse le quote dei soggetti occupati (37% contro il 44% dei soggetti a rischio) e dei non attivi (20% contro il 36% dei soggetti a rischio).

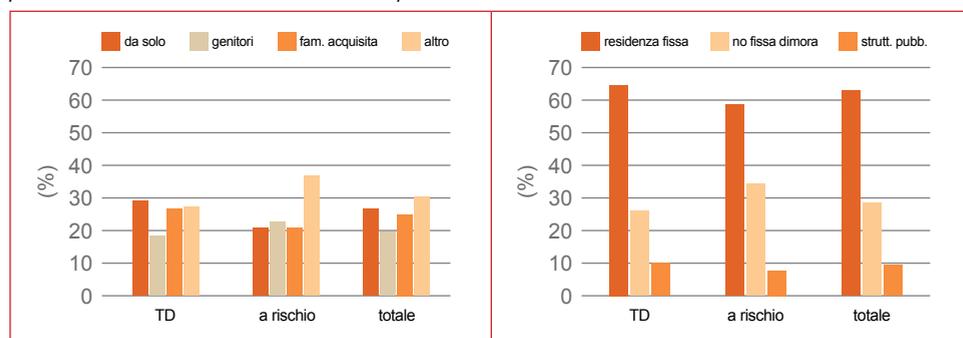
Grafico 7.11 Distribuzione percentuale dell'utenza in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra), secondo la tipologia di utenza. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

In relazione alla condizione abitativa si rileva che il 26% dei soggetti in carico vive da solo, il 19% con i genitori, il 25% con il partner e/o figli e il 30% con altre persone. Distinguendo per tipologia di utenza si evince che tra i soggetti a rischio è più elevata la percentuale di coloro che dichiarano di abitare con altre persone (36% contro il 30% dei tossicodipendenti) o con i genitori (22% contro il 18% dei tossicodipendenti), mentre sono più basse le quote di utenti che vivono con la famiglia acquisita (21% contro il 26% dei tossicodipendenti) o da soli (21% contro il 29% dei tossicodipendenti). Rispetto al luogo di abitazione il 63% dei soggetti dichiara una residenza fissa, il 9% risiede in una struttura pubblica ed il 28% dichiara di non possedere dimora fissa. Differenziando per la tipologia di utenza, si osserva una percentuale più elevata di soggetti che non hanno fissa dimora tra i soggetti a rischio, 34% contro 26% dei tossicodipendenti.

Grafico 7.12 Distribuzione percentuale in base alla condizione abitativa dei detenuti entrati negli istituti penitenziari della P.A. di Trento, tossicodipendenti ed a rischio. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

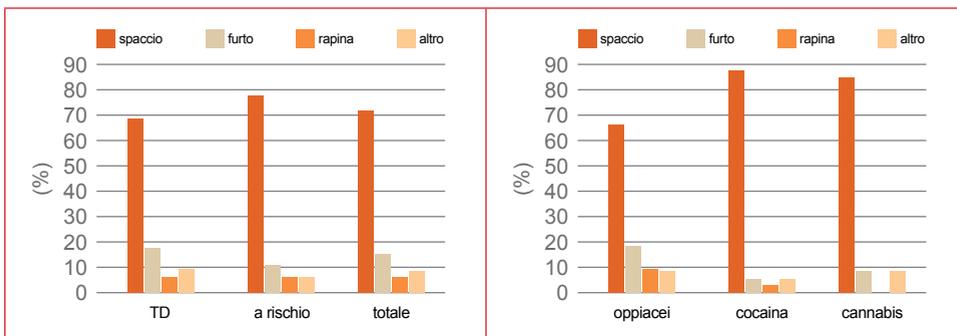
La maggior parte dei detenuti è entrato in carcere per reati connessi alla vendita di sostanze stupefacenti (71%), il 15% per furto, il 6% per rapina ed l'8% per altri reati (Grafico 7.13). Lo spaccio di stupefacenti è più frequente tra i detenuti che utilizzano cocaina e cannabis piuttosto che eroina (rispettivamente 88% e 84% contro il 66%) e tra i soggetti a rischio rispetto ai tossicodipendenti (rispettivamente il 78% contro il 68%), aspetto in parte spiegabile anche con il fatto che tra i soggetti a rischio la proporzione di utilizzatori di cocaina è maggiore. Il furto è più frequente tra gli utilizzatori di oppiacei (18% contro il 5% dei cocainomani e l'8% dei consumatori di cannabis) e tra i tossicodipendenti (17% contro il 10% dei soggetti a rischio). Nessuno dei detenuti che utilizzano cannabis è in carcere per rapina, poiché ha compiuto tale reato il 2% dei cocainomani e l'8% degli utilizzatori di oppiacei.

Il 41% dei soggetti in trattamento presso gli istituti penitenziari è di nazionalità straniera. Nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti di nazionalità africana (33%), il 7% proviene da stati europei e l'1% è di nazionalità sud americana.

Gli utenti stranieri sono esclusivamente di genere maschile; per il 58% si tratta

di soggetti tossicodipendenti e con un'età media più bassa rispetto ai detenuti italiani (ovvero 30 anni vs. 36 anni). Rispetto ai comportamenti di dipendenza, il 56% di questi soggetti risulta in trattamento per abuso primario di oppiacei, il 28% per utilizzo di cocaina e il restante 16% per uso di cannabinoidi.

Grafico 7.13 Distribuzione percentuale in base alla tipologia di reato per tipologia di utenza (grafico a sinistra) e per sostanza primaria (grafico a destra) dei detenuti transitati negli istituti penitenziari della P.A. di Trento. Anno 2010



Elaborazioni su dati Ser.T di Trento

8

Risposte alle implicazioni e conseguenze sociali

8.1 Trattamenti rivolti a consumatori di sostanze stupefacenti transitati negli istituti penitenziari

A carico dei 226 soggetti presenti nel 2010 nelle strutture carcerarie (a rischio o tossicodipendenti) sono stati attivati nel complesso 266 progetti terapeutici: il 29,7% di essi ha avuto inizio in anni precedenti e 7 progetti su 10 nell'anno considerato. Rispetto all'anno precedente si osserva un aumento del numero di progetti terapeutici erogati in carcere (passati da 237 a 266) coerente con l'aumento della popolazione carceraria trattata (da 188 a 226).

In coerenza con quanto osservato nel 2009, la maggior parte dei progetti terapeutici erogati presso le strutture carcerarie ha riguardato la fase di "accoglienza, aggancio e valutazione" (70%), nella quale gli operatori approfondiscono la domanda di trattamento del soggetto a livello diagnostico- valutativo. Un ulteriore quarto dei progetti riguarda la "bassa evolutività", mentre il restante 4% circa ha riguardato l'alta evolutività^[1].

I programmi che al 31 dicembre 2010 risultavano ancora in corso costituiscono il 28,2%; i programmi restanti si sono chiusi per conclusione concordata (62,4%) ed interruzione a seguito del trasferimento del detenuto in istituti penitenziari fuori provincia (9,4%).

Limitando l'analisi ai progetti chiusi, il 91,6% circa ha avuto un esito positivo, mentre 14 PT si sono chiusi con un successo parziale e 2 con un insuccesso.

In analogia con quanto si è evidenziato l'anno precedente, nel 2010 la maggior parte dei soggetti detenuti ha ricevuto trattamenti integrati, nei quali cioè sono state erogate congiuntamente prestazioni di più di un'area (medica, sociale e psicologica) (61,4%); in modo particolare, si osserva una frequenza maggiore delle

^[1] La Bassa Evolutività riguarda i pazienti che non riconoscono di avere un problema e non intendono affrontarlo e/o i pazienti in doppia diagnosi o con problemi di personalità o sociali nei quali la patologia psichiatrica non rende praticabile un percorso di cambiamento volontario. L'Alta Evolutività comprende i soggetti per i quali è ipotizzabile un percorso di superamento volontario della propria condizione tossicomane. Ulteriori precisazioni nel cap. 2.

terapie mediche in abbinamento ai trattamenti di area psicologica (39,5%), mentre gli abbinamenti di terapie di area psicosociale interessano il 9,3% dei soggetti e le terapie integrate (di tutte le aree) interessano il 12,1% dei detenuti. Infine, tra i soggetti che hanno ricevuto un solo trattamento è più frequente quello psicologico (24,7%), seguito dalla terapia medica (11,2%) e sociale (2,8%).

Le terapie dell'area medica sono state nel complesso 157; la somministrazione di metadone o buprenorfina è stata la terapia più frequente (63,7%), mentre i restanti trattamenti hanno riguardato la valutazione e follow up tossicologico (57 soggetti). Quasi tutti i trattamenti di area medica attivi nel 2010 si sono conclusi entro la fine dell'anno (83,4%), e con successo (96,9%); solo il 3,1% di essi si è concluso con un successo parziale.

Le terapie psicologiche sono state nel complesso 204; la maggior parte di esse era finalizzata all'accoglienza e valutazione psicologica (68,1%), mentre il restante 31,9% ha riguardato il sostegno psicologico individuale. Le terapie che si sono chiuse entro il 31 dicembre 2010 sono state 134, per la maggioranza concluse con un successo (95,6%) e solo 6 con un successo parziale.

Le terapie sociali erogate sono state 79: si tratta di 18 progetti di accoglienza e valutazione sociale, di 56 progetti di definizione e follow up detentivo, di 2 trattamenti di follow up per le misure alternative e di 3 sostegni sociali individuali. Il 78,5% dei trattamenti sociali si è chiuso nel 2010, in prevalenza con successo (88,7%), mentre solo 6 di essi si sono chiusi con successo parziale e 1 con insuccesso.

8.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

Continua a crescere il numero di condannati in Italia affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.)^[2]. Rispetto al 2007, anno in cui si è fortemente più manifestato l'effetto della concessione dell'indulto^[3], il numero di affidati è infatti quasi triplicato passando da circa 3.200 a 9.300.

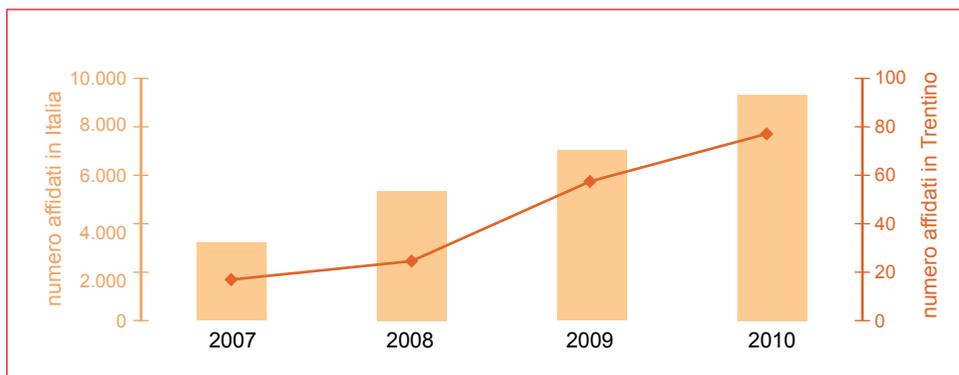
Simile la situazione all'U.E.P.E. della Provincia Autonoma di Trento che ha visto passare il numero di affidati da poco meno di 20 nel 2007 a quasi 80 nell'anno in esame (Grafico 8.1).

Nel complesso, il quadro provinciale è sostanzialmente sovrapponibile a quello nazionale, aspetto sostanzialmente dovuto a variazioni rispetto all'anno precedente sia delle caratteristiche anagrafiche sia del profilo penale degli affidati.

^[2] I dati della Direzione Generale dell'esecuzione Penale esterna sono stati forniti per gentile concessione dell'Osservatorio delle Misure alternative.

^[3] 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 8.1 Distribuzione del numero di persone affidate agli U.E.P.E in Italia e nella PA. Anni 2007-2010

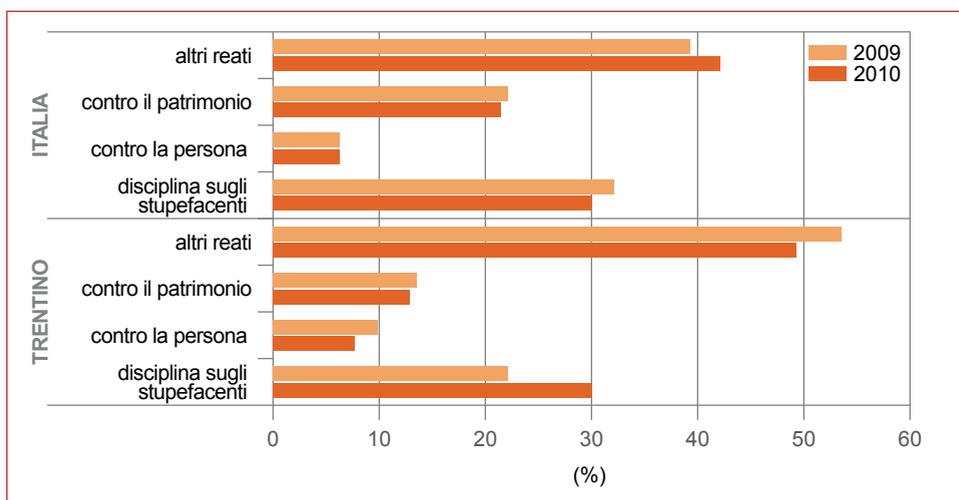


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell’esecuzione Penale Esterna

In particolare, pur confermandosi la massiccia presenza di italiani (rispettivamente l’86% in Italia e l’81% nella PA), la presenza di questi ultimi è rimasta sostanzialmente stabile in Italia ed aumentata nella PA (il 72% nel 2009). Sostanzialmente stabile la presenza di maschi che nell’anno in esame costituiscono circa il 92 ed il 95% degli affidati in entrambe le partizioni geografiche.

Nel complesso i reati commessi in violazione della disciplina sugli stupefacenti costituiscono il 30% dei crimini per cui gli affidati stanno scontando la pena, valore stabile a livello nazionale ed in netto aumento nella PA (rispettivamente circa il 32 ed il 22%). Seguono quelli contro il patrimonio e, a distanza, quelli contro la persona (rispettivamente il 21 ed il 6% in Italia, il 13 e l’8% nella PA).

Grafico 8.2 Distribuzione dei reati commessi in Italia e nella PA dagli affidati agli U.E.P.E. Anni 2009-2010

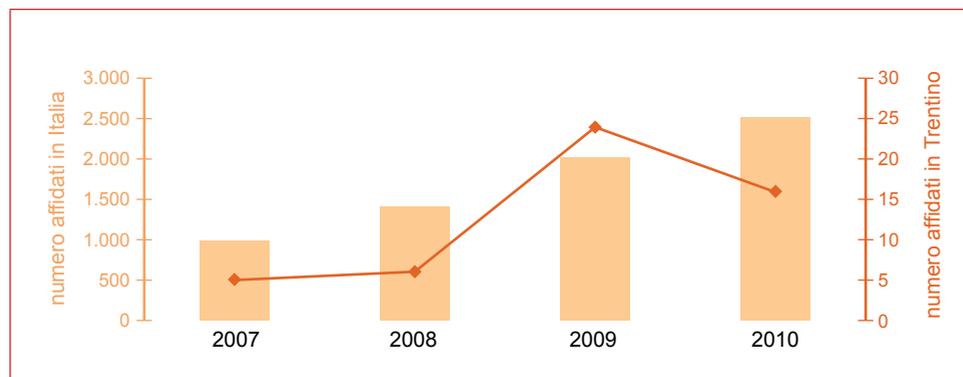


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell’esecuzione Penale Esterna

Qualora si analizzino i casi in affidamento per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza ed alcoldipendenza (art. 94 del DPR 309/90 e succ. modifiche; i restanti usufruiscono del cosiddetto affidamento ordinario così come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche), in Italia l'incremento del loro numero è simile a quello osservato per la popolazione complessiva, passando dal 2007 al 2010 da circa 990 unità a 2.500.

Più disomogenea la situazione relativamente ai tossicodipendenti o alcoldipendenti affidati in casi particolari all'UEPE della PA. Anche in questo caso, il loro numero ha subito un forte incremento rispetto al 2007, passando da circa 5 a 16 casi, mostrando però un decremento rispetto al 2009.

Grafico 8.3 Distribuzione dei tossicodipendenti/alcoldipendenti affidati in base all'art.94 ex DPR 309/90 agli U.E.P.E in Italia e nella PA. Anni 2007-2010



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Come per la popolazione complessiva, la presenza di italiani a livello nazionale è rimasta sostanzialmente stabile (circa il 94%) mentre è aumentata sul territorio della PA, passando dal costituire il 73% degli affidati in base all'art.94 ex DPR 309/90 all'81%. I maschi continuano a costituire il 93 ed il 94% degli affidati in casi particolari.

Seppur con valori molto diversi, una situazione simile a quella osservata sul totale degli affidati è rilevabile dall'analisi dei reati commessi tra gli affidati in casi particolari e coloro che usufruiscono della misura alternativa in base a quanto previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche.

Si conferma tra gli affidati in casi particolari la maggior presenza di reati connessi al traffico di stupefacenti che nel 2010 costituiscono quasi il 37% dei reati in Italia, ed il 44% nella PA, proporzione in forte aumento a livello provinciale ed in lieve diminuzione a livello nazionale.

Sempre più elevata rispetto agli affidamenti ordinari, anche la proporzione di reati contro il patrimonio commessi dai tossicodipendenti ed alcoldipendenti che

usufruiscono dei benefici previsti dall'art. 94 ex DPR 309/90, proporzione che in Italia è di circa il 26% e nella PA di poco meno del 19%, valore anche questo, in aumento rispetto all'anno precedente.

Tabella 8.1 *Distribuzione dei reati tra i tossicodipendenti/alcolodipendenti affidati in base all'art.94 ex DPR 309/90 e tra gli affidati in base all'art.47 L. 354 s.m.i., in Italia e nella PA. Anni 2009-2010*

	Tipologia di reato	Altri		TD-AD	
		2009	2010	2009	2010
ITALIA	Altri reati	43,1	45,7	29,9	32,7
	Contro il patrimonio	19,7	19,4	27,4	26,3
	Contro la persona	7,6	7,0	3,6	4,5
	Disciplina sugli stupefacenti	29,6	27,9	39,1	36,6
	Totale	100	100	100	100
TRENTINO	Altri reati	43,8	55,7	65,4	25,0
	Contro il patrimonio	15,6	11,5	11,5	18,8
	Contro la persona	12,5	6,6	7,7	12,5
	Disciplina sugli stupefacenti	28,1	26,2	15,4	43,8
	Totale	100	100	100	100

Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

8.3 Reinserimento sociale

Nel campo delle politiche sociali la problematica del “reinserimento sociale”^[4] ricorre con una certa frequenza nelle analisi e nei progetti d'intervento rivolti a talune categorie di soggetti svantaggiati, come lo sono i soggetti con dipendenza patologica.

In questi casi, le dimensioni oggetto di maggior attenzione sono l'ambito del lavoro come sfera di inserimento soprattutto simbolico – relazionale; la formazione di capacità professionali e di abilità relazionali; la percezione sociale e l'autopercezione dello svantaggio e la sua rielaborazione.

Nella PA di Trento è presente una strategia specifica e definita per il reinserimento sociale di ex consumatori o consumatori problematici di droghe. Il piano di attuazione, accessibile all'indirizzo web <http://www.agenzialavoro.tn.it>, definisce i principi generali, gli obiettivi, l'organizzazione ed il finanziamento attribuito.

^[4] La locuzione “reinserimento sociale” indica un intervento del Servizio Sociale attraverso il quale un individuo è facilitato nel processo di inserimento-integrazione in un gruppo sociale. Si indica propriamente quell'insieme di azioni relative ad un processo di cambiamento-accompagnamento personalizzato attraverso interventi connessi tra loro per ottenere una maggiore efficacia globale.

Le azioni hanno obiettivi prevalentemente sociali in ambiti come l'alloggio, l'istruzione, l'occupazione e la formazione. E' presente un organismo di coordinamento, interno al Ser.T di Trento, per il reinserimento sociale dedicato esclusivamente al trattamento dei problemi legati all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali. I funzioni di tale organismo passano dall'erogazione dei programmi di reinserimento sociale, al monitoraggio e alla valutazione degli stessi.

8.3.1 Casa

I programmi, specificatamente rivolti ai consumatori (ed ex) di droga, mirano ad assicurare un posto in cui vivere mediante l'assegnazione di un alloggio o altri servizi di sostegno.

Nella PA di Trento la misura con cui i consumatori di droga sono effettivamente raggiunti dall'intervento (disponibilità) risulta su buoni livelli ed il grado in cui il servizio è aperto ed accessibile ai consumatori di droga (accessibilità) è stato valutato positivamente.

I consumatori o ex consumatori hanno inoltre la possibilità di accedere ad interventi e a servizi per l'alloggio erogati a favore di altri gruppi socialmente svantaggiati, inoltre, sono anche previste sistemazioni temporanee di pronta accoglienza con interventi dedicati sia esclusivamente ai consumatori, sia anche ad altre categorie. Sono presenti sul territorio anche strutture residenziali finalizzate esclusivamente al reinserimento sociale dei soggetti d'interesse. Tali soggetti possono altresì usufruire anche di altre strutture residenziali, rivolte a tipologie diverse di soggetti portatori di svantaggio sociale. Per quanto riguarda la disponibilità e l'accessibilità dei servizi menzionati si registra un buon livello. Infine, non risultano invece attivi, per i consumatori ed ex consumatori problematici di droghe interventi specifici a lungo termine per l'alloggio come per esempio sussidi per l'affitto.

8.3.2 Istruzione

Il reinserimento sociale è generalmente messo in atto per lo più attraverso progetti volti al reinserimento lavorativo; collegato a ciò vi è una serie di attività formative che riguardano il completamento dell'istruzione di base, i tirocini e la formazione professionale.

Nel territorio di interesse, risultano attivi e con un buon livello di disponibilità gli interventi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica di base sia indirizzati specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga sia rivolti ad altri gruppi ma accessibili anche ai consumatori.

8.3.3 Occupazione e formazione

Negli ultimi anni, nell'ambito della tossicodipendenza, il tema del lavoro è diventato oggetto di crescente attenzione, questo nuovo interesse segna un passaggio culturale di indubbia rilevanza che sposta il focus dei programmi dall'assistenza socio-sanitaria sul fronte del lavoro.

Le politiche di integrazione tra dipendenza, sostegno e lavoro assumono, per l'area sociale, una connotazione molto più ampia di quello del solo reinserimento lavorativo. Si interviene a sostegno del recupero della rappresentanza dei diritti del lavoratore, della promozione del lavoro come fattore di emancipazione individuale e sociale. La predisposizione di un contesto lavorativo evidenzia le potenzialità e capacità dell'utenza.

La realtà lavorativa riconosce alla persona abilità ed inclinazioni, restituisce all'utente delle qualità. Ne consegue una valorizzazione ed un processo di interiorizzazione di aspetti che definiscono buone immagini del sé.

Per l'annualità di interesse nella PA di Trento, la disponibilità e l'accessibilità relative agli interventi per l'occupazione e la formazione risultano su buoni livelli sia per le iniziative esclusivamente dedicate ai consumatori ed ex consumatori che per quelle indirizzate a gruppi più ampi.

I programmi di reinserimento lavorativo che prevedono l'erogazione di sussidi come le borse lavoro o i tirocini sono sia esclusivamente dedicati ai tossicodipendenti, sia rivolti anche ad altri gruppi socialmente svantaggiati. La misura con cui i consumatori di droga sono effettivamente raggiunti da questi programmi risulta su buoni livelli ed il grado in cui il servizio è aperto ed accessibile è stato valutato positivamente.

8.3.4 Gli inserimenti lavorativi del Ser.T della P.A. di Trento

Gli inserimenti lavorativi effettuati dal Ser.T fanno riferimento, a partire dal 2000, ai piani triennali degli interventi di politica del lavoro dell'Agenzia del lavoro della Provincia Autonoma di Trento, che interviene a supporto dell'integrazione lavorativa di persone svantaggiate ed esposte a rischio di esclusione sociale mediante le Azioni previste dall'obiettivo 4:

- Azione 8 "Interventi per la lotta all'esclusione sociale di segmenti deboli dell'offerta di lavoro";
- Azione 9 "Sostegno allo sviluppo di cooperative sociali di inserimento lavorativo di soggetti disabili o svantaggiati";
- Azione 10 "Lavori socialmente utili".

Inoltre l'Assistente Sociale del Ser.T si avvale di altre tipologie di inserimento lavorativo:

- "Corso di formazione dei pre-requisiti lavorativi" - L.P. 35/83;
- Inserimento di persone svantaggiate - Protocollo d'intesa APSS/Ditta appaltatrice dei servizi di pulizia e sanificazione.

L'inserimento lavorativo a cura del Servizio Sociale del Ser.T. è tutelato da "contratti collettivi" che garantiscono continuità in ambiente di lavoro in grado di formare e supportare la persona nelle proprie abilità lavorative.

Nel corso del 2010 tali azioni hanno portato all'inserimento lavorativo di 44 soggetti, in lieve calo rispetto al 2009 in cui si registravano 55 inserimenti lavorativi. La maggior parte dei soggetti è stata avviata ad una attività lavorativa tramite

l'Azione 10 (24 soggetti) e l'Azione 9 (14 soggetti); l'azione 8 ha interessato 3 soggetti, il corso di formazione per i prerequisiti lavorativi 2 soggetti e il protocollo APSS 1 soggetto.

In linea con quanto osservato gli anni precedenti, i soggetti inseriti sono per la maggior parte di sesso maschile (84%) per ognuna delle azioni intraprese, hanno un'età media di 43 anni e sono pazienti già in carico al servizio da anni precedenti, mediamente da 18 anni.

9

Comunità terapeutiche e privato sociale accreditato

9.1 Le comunità terapeutiche

La rete dei servizi residenziali in Trentino prevede tre comunità terapeutiche, presenti sul territorio con quattro sedi, convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: Voce Amica, Centro Antidroga, Centro Trentino Solidarietà. La Comunità Terapeutica "Voce Amica" O.N.L.U.S, sita a Villa Lagarina (TN), ha 17 posti letto convenzionati con l'APSS di Trento. Voce Amica accoglie prevalentemente utenti per i quali non è ipotizzabile, nel breve periodo, un superamento volontario della condizione di tossicodipendenza a causa di una struttura di personalità e/o una condizione socio-familiare particolarmente compromessa. Pazienti che, pur senza una forte motivazione al cambiamento, segnalano una condizione di instabilità sul piano sintomatico o di fragilità sul versante sociale tale da richiedere un percorso residenziale protetto.

Il Centro di accoglienza prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche di Camparta (TN) è preposto all'accoglienza e al trattamento di pazienti con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti senza una concomitante significativa patologia psichiatrica e per i quali è possibile attivare progetti terapeutici altamente evolutivi tesi al superamento della condizione di tossicodipendenza attraverso gli stadi del cambiamento volontario. La struttura ha 24 posti letto convenzionati con l'APSS di Trento disponibili per gli utenti inviati dal Ser.T. locale, ma può accogliere anche utenti inviati dai servizi extra provinciali.

Il CTS si articola in due strutture: la *Comunità di Accoglienza Giano* e la *Comunità terapeutica Giano* che si trovano in loc. S. Massenza nel Comune di Vezzano (TN). Tali strutture sono preposte all'accoglienza e al trattamento di pazienti con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti con una concomitante significativa patologia psichiatrica. Il CTS è dotato di un numero di letti pari a 33: 18 nella struttura Accoglienza Giano (15 convenzionati e 3 non convenzionati) e 15 nella Comunità terapeutica evolutiva Giano (tutti convenzionati). Il CTS accoglie anche soggetti inviati dal Servizio di Alcolologia e dal Centro di Salute Mentale.

Si presenta di seguito l'analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento, resa possibile anche grazie ai dati di attività forniti dalle Comunità terapeutiche.

9.1.1 *Profilo degli utenti in trattamento nel 2010*

In questo paragrafo, relativo all'analisi complessiva dell'attività delle comunità convenzionate, vengono considerati tutti i soggetti inseriti nelle diverse strutture, indipendentemente dalla tipologia di servizio inviante (Ser.T, Servizio Alcologia, Psichiatria) e dalla sua ubicazione geografica (dal territorio provinciale o extra provinciale).

Nel corso del 2010, gli invii effettuati nelle comunità provinciali terapeutiche convenzionate sono stati 159, per un totale di 126 soggetti. Rispetto all'anno precedente, il numero totale di presenze nelle comunità convenzionate è lievemente aumentato (152 nel 2009 vs. 159 nel 2010).

Si prenda come riferimento il numero di invii: si tratta per il 39% di soggetti incidenti (nuovi utenti, 62 soggetti), mentre per il rimanente 61% sono soggetti continuativamente in carico da anni precedenti.

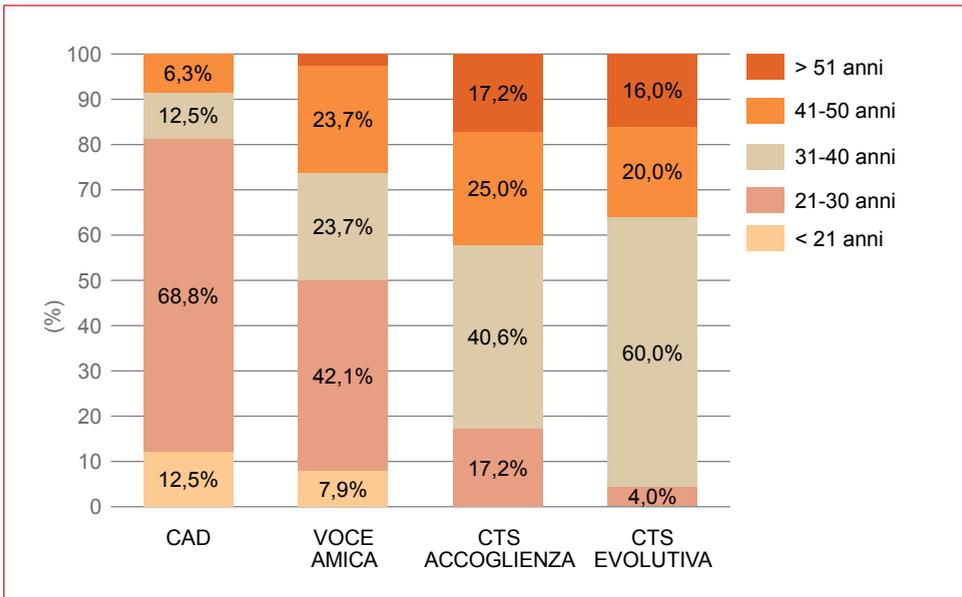
La comunità che ha ospitato una proporzione maggiore di utenti è stata il Centro Accoglienza Giano (40,3%), seguita da Voce Amica (23,9% circa) dal Centro Antidroga (20,1%) e dalla Comunità Evolutiva Giano (15,7%).

Gli utenti, per gran parte di nazionalità italiana (94,3%), risiedono prevalentemente nel territorio provinciale (95%) e sono inviati in gran parte dal Ser.T (103 casi, pari al 64,8% dell'utenza complessiva). Solo le comunità del Centro Trentino Solidarietà (Accoglienza Giano ed Evolutiva Giano) possono accogliere anche soggetti inviati dal Servizio di Alcologia e dalle U.O. di Psichiatria. Dai Servizi di Alcologia sono stati inviati in totale 35 utenti, 26 presso l'Accoglienza e 9 presso la Comunità Evolutiva. I pazienti inviati dal Servizio Psichiatria sono stati 9 di cui 7 accolti in Accoglienza e 2 nella Comunità evolutiva. Dai Servizi di Alcologia e CSM sono stati inviati, in modo congiunto, nel complesso 8 soggetti di cui 4 inseriti nella Accoglienza Giano e 4 nella Comunità evolutiva. Infine, sono stati accolti 4 pazienti inviati in modo congiunto dal Servizio di Alcologia, dal CSM e dal Ser.T della PA di Trento.

La composizione per sesso degli utenti conferma le tendenze osservate nell'utenza tossicodipendente in generale, in quanto il 78,6% di presenze si riferisce ad utenti di sesso maschile, mentre la componente femminile è pari a poco più di un quinto. Con riferimento alle differenze tra le strutture convenzionate, ed in linea con quanto osservato l'anno precedente, il Centro Antidroga è la struttura che ha ospitato una quota maggiore di donne (28,1%) mentre la Comunità evolutiva Giano quella che ne ha ospitato di meno (12% circa).

Distinguendo l'utenza residenziale in base all'età, si rileva la maggior parte dell'utenza si distribuisce nella classe di età centrale, dai 31 ai 40 anni (34%); un'ulteriore ampia quota di utenza ha un'età che va dai 21-30 anni (31,4%) e il 20% dai 41 ai 50 anni. Infine, 7 soggetti hanno meno di 21 anni (4,4%) e 16 (10,1%) più di 51 anni. Anche in questo caso, la distribuzione per età mostra differenze se si considerano le 4 strutture separatamente: Comunità Giano presenta un'utenza con l'età media maggiore (39 anni) e all'opposto il Centro Antidroga ospita soggetti mediamente più giovani (26 anni).

Grafico 9.1 Distribuzione percentuale dell'utenza in base all'età e alla comunità terapeutica. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalle comunità

In coerenza con quanto evidenziato nel 2009 circa la stratificazione dell'utenza per sostanza psicoattiva primaria (ovvero la sostanza che motiva la richiesta di trattamento), si rileva anche nel 2010 una netta prevalenza dell'eroina con il 61% seguita dall'alcol con il 33,3%; la cocaina e il crack costituiscono la sostanza di elezione al trattamento per il 3,1% dei casi, mentre cannabis e benzodiazepine per il restante 2,6%.

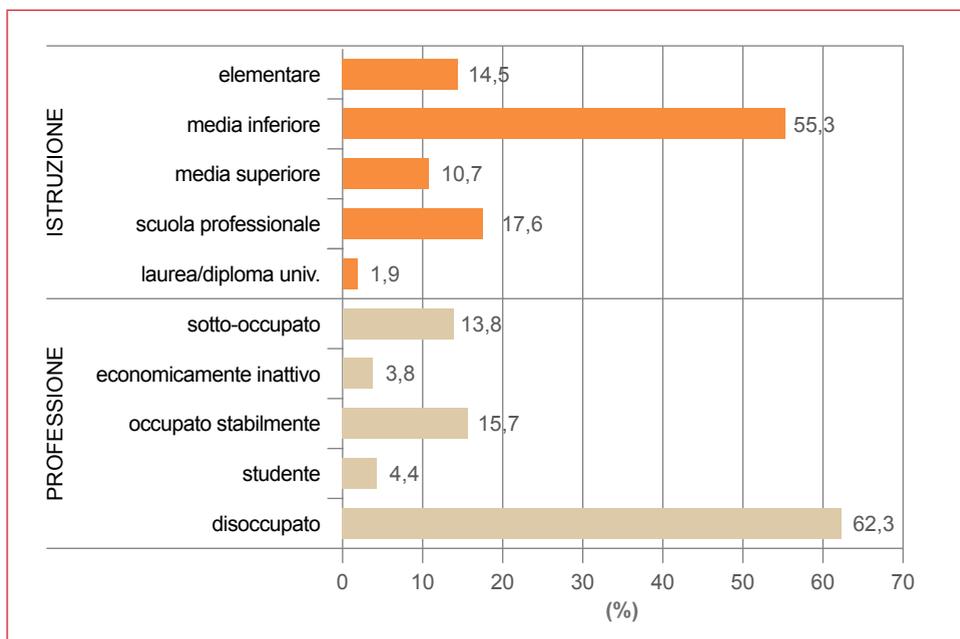
Rispetto alla presenza di una comorbilità psichiatrica, ed in coerenza con quanto evidenziato gli anni precedenti, si rileva che circa il 73,6% dell'utenza complessiva ha una doppia diagnosi, riferita nel 43% circa dei casi a disturbi dell'Asse 2 e nel 30,2% a disturbi dell'Asse 1.

Nel Grafico 9.2 si riportano le distribuzioni relative alla scolarità e all'occupazione dell'utenza in trattamento. Come si può agevolmente osservare, l'utenza presenta prevalentemente un titolo di studio basso ed una situazione professionale instabile: infatti, quasi 7 soggetti su 10 hanno conseguito al più la licenza elementare al momento dell'entrata in struttura e solo il 15,7% risultava essere, prima dell'entrata in struttura, occupato stabilmente.

Oltre 7 soggetti su 10 sono celibi/nubili al momento dell'entrata in struttura e il 68% di essi non ha figli.

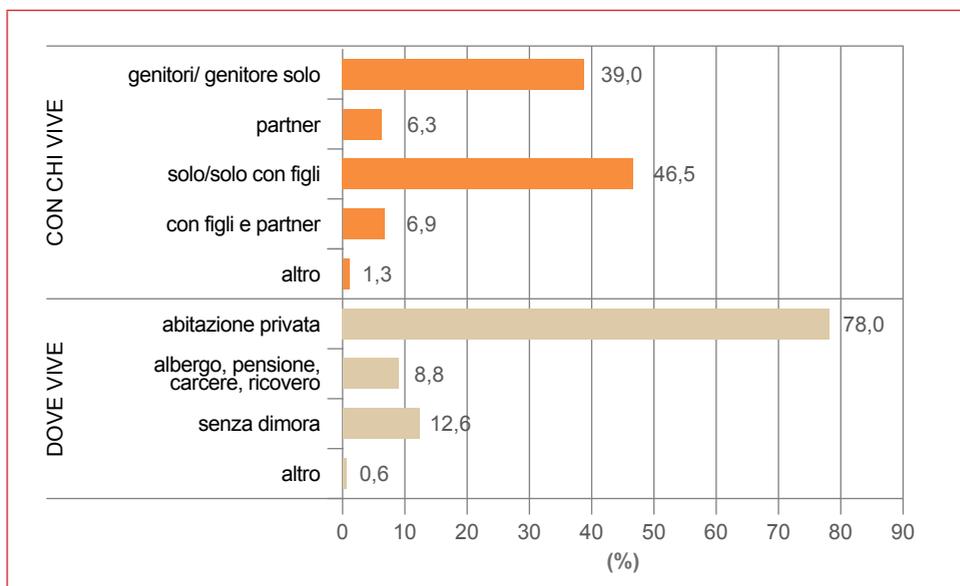
Per quanto attiene alla condizione abitativa precedente all'entrata in struttura (graf. 9.3), la situazione più frequente vede i soggetti vivere soli o con i propri figli (46,5%) o con la famiglia d'origine (39%) e presso un'abitazione privata (78%) (Grafico 9.3).

Grafico 9.2 Distribuzione percentuale dell'utenza in base alla scolarità (sopra) e alla condizione professionale (sotto). Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalle comunità

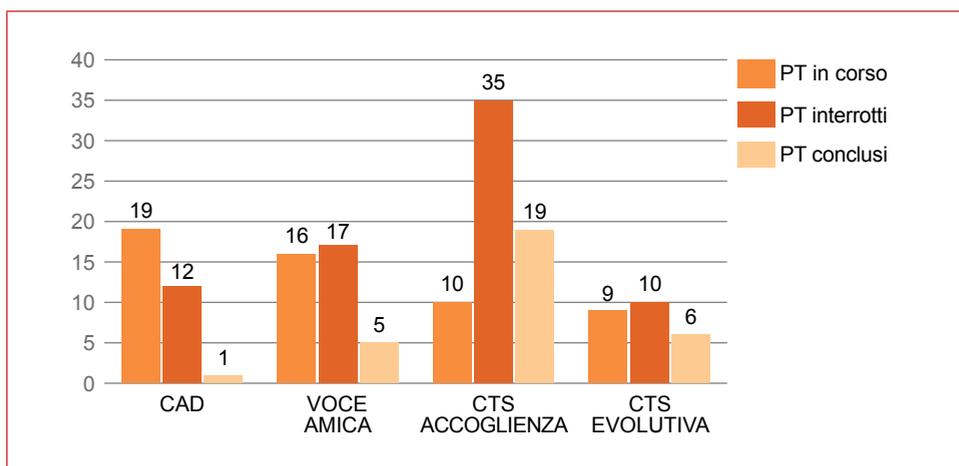
Grafico 9.3 Distribuzione percentuale dell'utenza in base alla condizione abitativa. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalle comunità

Sul totale dei programmi terapeutici attivati nel corso del 2010 (159), alla data del 31.12.2010 poco più di un terzo dei PT risultava essere ancora in corso, mentre i restanti programmi si sono conclusi (19,5%) o interrotti (46,5%). Nel graf. 9.4 viene raffigurata la distribuzione dei programmi terapeutici secondo l'esito alla fine dell'anno e la comunità di riferimento.

Grafico 9.4 Distribuzione dei progetti terapeutici interrotti prima della conclusione, di quelli conclusi e di quelli in corso attivati dalle comunità terapeutiche. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalle comunità

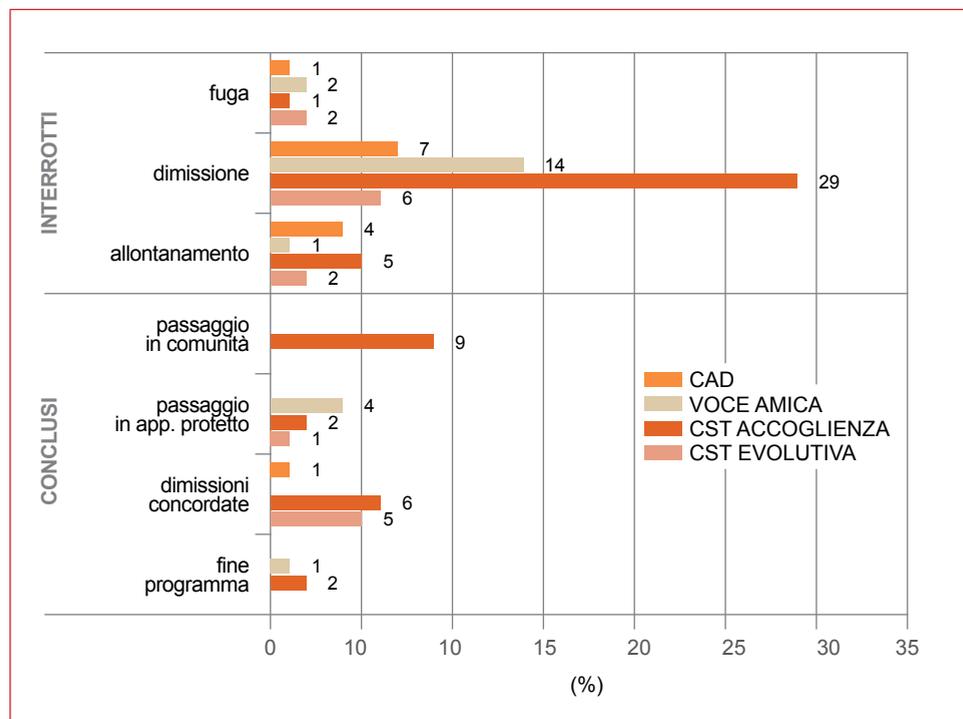
In linea generale, un progetto terapeutico si può chiudere per diverse motivazioni:

- per "dimissioni anticipate" quando l'utente decide di uscire autonomamente senza l'accordo della struttura, quando risulta impossibile stabilire qualsiasi forma di alleanza terapeutica, quando si verificano crisi non trattabili in ambito comunitario e, infine, quando si ritiene che la sospensione possa risultare utile per un momento di verifica in coerenza con il percorso terapeutico;
- per "allontanamento del soggetto" quando si verificano trasgressioni gravi del regolamento della comunità e/o comportamenti evidentemente lesivi nei confronti degli altri utenti o penalmente perseguibili, quando è manifesta e reiterata nel tempo e nei fatti la non condivisione del programma terapeutico.
- per il raggiungimento della "fine concordata del programma";
- per il "passaggio ad altra comunità o appartamento" dopo aver raggiunto un più alto livello di autonomia e di motivazione personale per seguire un progetto terapeutico;
- per "una dimissione anticipata concordata" tra il soggetto e la struttura residenziale stessa.

La maggiore parte dei programmi che risultano interrotti nell'anno si sono chiusi per dimissioni (75,7%); l'allontanamento dalla comunità si è verificato in 12 casi e la

fuga volontaria in 6 casi. Sui progetti conclusi, le dimissioni concordate costituiscono la motivazione prevalente (38,7%), seguita dal passaggio in appartamento protetto (22,5%) o in comunità (29%); il programma risulta terminato, infine, in soli 3 casi.

Grafico 9.5 Distribuzione percentuale dei progetti terapeutici interrotti e conclusi per comunità terapeutica. Anno 2010



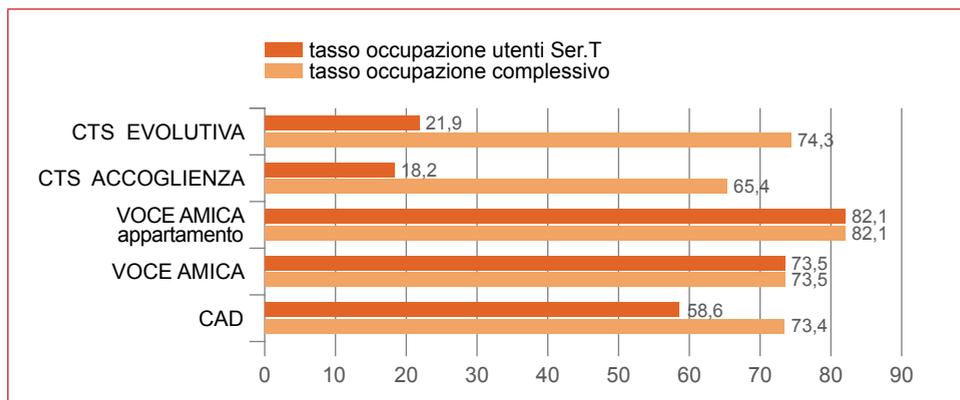
Elaborazione sui dati forniti dalle comunità

Tenendo conto di tutte e quattro le strutture, il numero totale dei posti letto è pari a 75, di cui 71 convenzionati con l'APSS della Provincia Autonoma di Trento^[1] e 4 non convenzionati, cui vanno aggiunti i 6 posti letto nell'appartamento protetto di Voce Amica. Le giornate teoriche su posti convenzionati sono pari a 27.967, mentre le giornate realmente occupate sono state 19.069: dunque, il tasso di utilizzo dei letti convenzionati da parte di utenti trentini risulta pari al 68%, in larga parte derivante da utenti tossicodipendenti inviati del Servizio Ser.T (71%). Se si osservano singolarmente i diversi tassi di utilizzo delle comunità convenzionate, si rileva che il tasso di utilizzo del CAD per pazienti residenti inviati dal Ser.T. dell'APSS della Provincia autonoma di Trento è pari al 58,6% (a fronte di un tasso complessivo della struttura del 73,4% che comprende utenti non residenti nella PAT).

^[1] A partire da marzo 2010, Voce Amica ha messo a disposizione 2 posti letto convenzionati aggiuntivi.

Il tasso di utilizzo da parte di utenti Ser.T. dell'APSS della PA di Trento per Voce Amica è pari al 73,5% se ci si riferisce alla comunità e all'82,1% per gli appartamenti protetti. Rispetto al tasso di occupazione del Centro Trentino Accoglienza^[2], entrambe le comunità hanno avuto un tasso di occupazione superiore al 60%, imputabile prevalentemente ad utenti inviati dal Servizio di Alcologia e dal Csm.

Grafico 9.6 Tassi di utilizzo delle strutture per singola comunità. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalle comunità

9.2 I soggetti inviati in comunità terapeutiche fuori provincia

Le comunità fuori provincia hanno ospitato nel 2010 un totale di 140 soggetti tossicodipendenti inviati dal Ser.T, per un numero complessivo di invii pari a 189 e per un numero complessivo di giornate pari a 18.050.

Tabella 9.1 Distribuzione degli invii in Comunità Fuori Provincia (Anni 2008-2010)

	Num. invii nel corso dell'anno	Num. invii da anni precedenti	Num. Totali invii
2008	86	48	134
2009	117	50	167
2010	113	76	189
Incremento % (2008/2010)	24,0	38,8	29,1

Il numero degli invii effettuati nel 2010 è stato pari a 113 (59,8%), 70 dei quali si sono conclusi in corso d'anno (61,9%); 76 invii (40,2%) sono stati effettuati negli

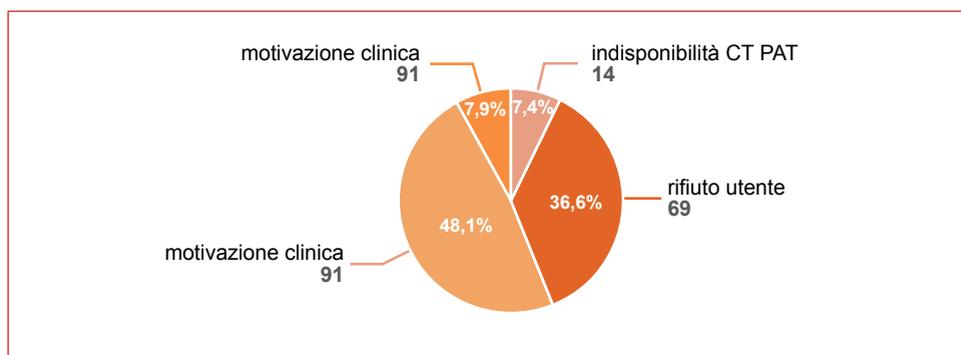
^[2] Come già evidenziato in precedenza le comunità terapeutiche del Centro Trentino di solidarietà (accoglienza Giano ed evolutiva Giano) possono accettare invii anche dal Servizio di Alcologia e dal Centro di Salute Mentale (CSM) dell'APSS.

anni precedenti e sono proseguiti nel 2010 (terminando nell'anno nel 71,8% dei casi). Nel complesso, rispetto al 2008 il numero di invii in comunità fuori provincia è aumentato del 29% circa; l'aumento osservato è decisamente più consistente sugli invii effettuati da anni precedenti e proseguiti nel 2010 (38,8%) rispetto a quelli effettuati in corso d'anno (24%).

La motivazione prevalente all'invio in comunità fuori provincia è stata la "giustificazione clinica" (48,4%, pari a 91 invii, situazione che si verifica quando l'equipe ritiene più idoneo per il paziente l'inserimento in tale comunità).

Il rifiuto del paziente, situazione che si verifica nei casi in cui il paziente rifiuta l'inserimento in una delle comunità convenzionate o richiede espressamente di andare in una comunità fuori provincia (per precedenti percorsi positivi o vicinanza abitativa), raccoglie il 36,7% degli invii. Il restante 15% circa degli invii è motivato dall'indisponibilità delle comunità convenzionate per mancanza di posti oppure per precedenti esperienze fallite con il soggetto (14 invii), e dall'invio effettuato da altri servizi (15 invii) [3].

Grafico 9.7 Motivazioni dell'invio in Comunità fuori provincia



Elaborazione sui dati forniti dal Ser.T

9.3 L'Associazione Famiglie Tossicodipendenti

L'Associazione Famiglie Tossicodipendenti (AFT) è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale Onlus, convenzionata con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento, il cui obiettivo è quello di fornire assistenza e sostegno alle famiglie ed ai soggetti con dipendenza patologica.

L'assistenza svolta a sostegno delle persone con dipendenze patologiche prevede tre attività: l'accoglienza ed il sostegno dell'utente, l'accompagnamento al Ser.T.

[3] Spesso il paziente viene inserito, in un primo momento, in una struttura fuori provincia e, solo dopo qualche mese, trasferito in una struttura convenzionata che richiede retta. Il Ser.T. spesso viene informato dell'inserimento in struttura solo al momento di autorizzare il pagamento della retta.

o al Servizio di competenza (Alcolologia o Centro di Salute Mentale) prevalentemente per promuovere un invio presso una Comunità Terapeutica e l'inserimento in un appartamento protetto.

I progetti terapeutici attuati negli appartamenti protetti sono finalizzati al reinserimento socio-lavorativo dell'utenza ed al sostegno psico-educazionale in questa difficile fase; ogni aspetto del progetto è concordato e condiviso con i servizi di riferimento in un lavoro di rete.

La tipologia d'utenza che può accedere agli appartamenti protetti è costituita prevalentemente da utenti che hanno conseguito il superamento volontario della condizione di dipendenza e sono avviati ad una fase di stabilizzazione dell'autonomia economica e sociale; si dà anche la possibilità di accogliere pazienti in via di stabilizzazione o che presentano una concomitante patologia psichiatrica non scompensata; un appartamento è interamente riservato all'accoglienza dell'utenza di sesso femminile.

L'attività che l'Associazione AFT svolge a sostegno delle famiglie si realizza in un percorso socio-educazionale personalizzato - distinto ma parallelo a quello dei figli - e calibrato sulle specifiche esigenze portate dai genitori.

A queste persone è offerta inoltre la possibilità di partecipare ai gruppi di auto mutuo aiuto attivi nell'associazione. La partecipazione ai gruppi prevede incontri settimanali con la presenza di un facilitatore e di un operatore dell'associazione. L'inserimento dei genitori nei gruppi è preceduto da colloqui di accoglienza e orientamento finalizzati a favorire il successivo lavoro collettivo.

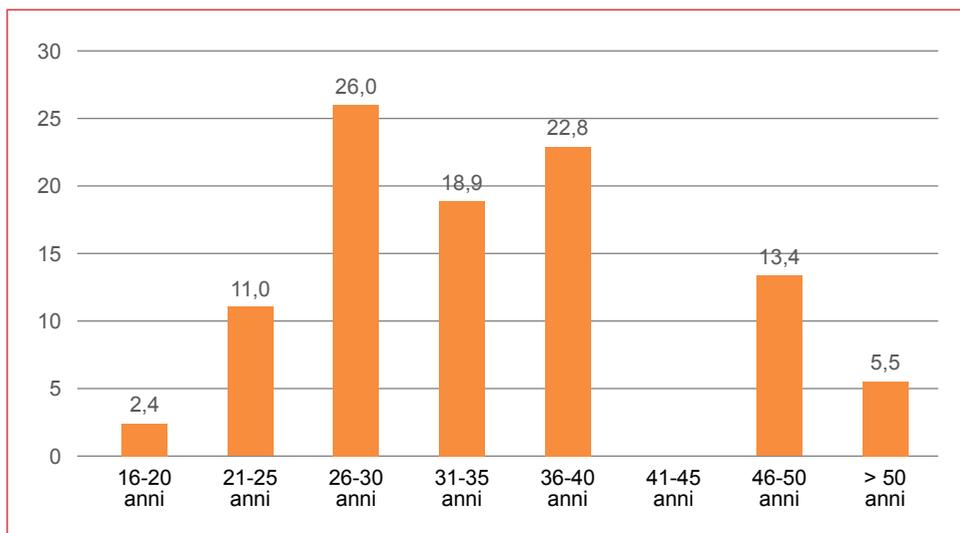
9.3.1 Profilo degli utenti in trattamento nel 2010

I soggetti con problematiche alcol e/o droga-correlate seguiti dall'AFT nel corso del 2010 sono stati 127.

Il profilo dell'utenza dell'AFT è simile a quello evidenziato per i tossicodipendenti trattati nei Ser.T e nelle comunità residenziali, in quanto si tratta prevalentemente di utenti di sesso maschile (68,5%), che presentano come sostanza primaria l'eroina nel 50,4% dei casi; la cocaina rappresenta la sostanza primaria nel 18% dei casi, l'alcol nel 25,5% e la cannabis nel 7% dei casi. La maggior parte degli utenti è pervenuta al servizio volontariamente (48,8%) e su invio di altri servizi (28,8%), mentre per 29 soggetti l'accesso al servizio è avvenuto su consiglio di familiari. Come si evince dal Grafico 9.8, e in analogia con quanto evidenziato l'anno precedente, la maggior parte degli utenti si colloca nella fascia di età compresa tra i 26 e i 40 anni.

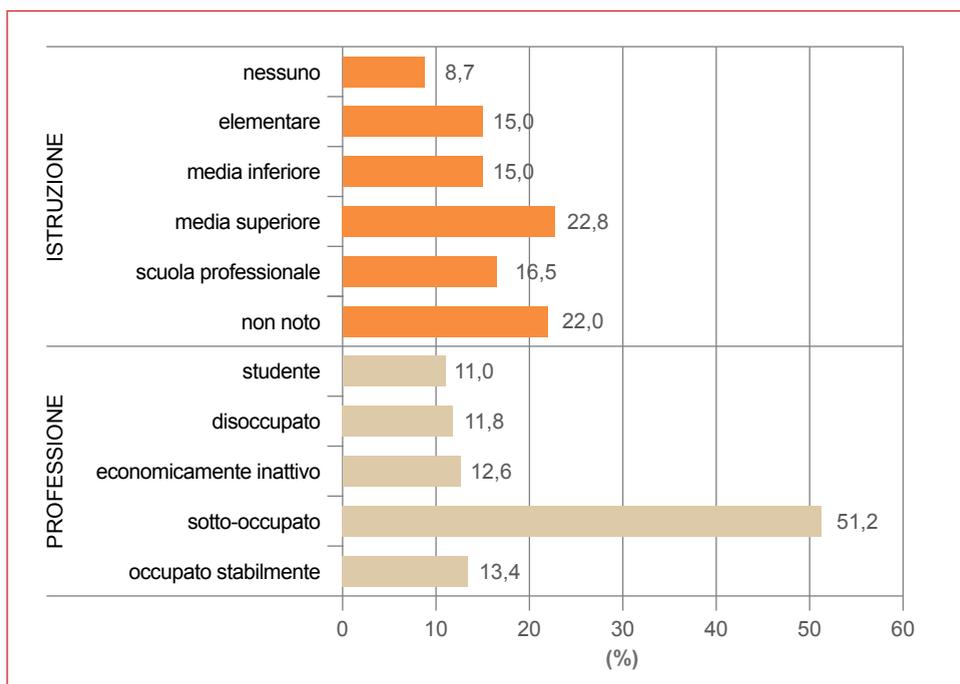
L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche (Grafico 9.9) evidenzia che gran parte degli utenti ha una bassa scolarizzazione, in quanto circa il 38% dei soggetti ha acquisito al più la licenza di scuola media inferiore; un ulteriore 38% circa è in possesso di un diploma professionale o di scuola media superiore. Per quanto attiene alla condizione professionale, oltre la metà dei soggetti in carico svolge lavori occasionali, mentre solo il 13% di essi ha un'occupazione stabile.

Grafico 9.8 Distribuzione dell'utenza di AFT in base alla fascia di età. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalla Associazione AFT

Grafico 9.9 Distribuzione dell'utenza AFT in base al titolo di studio (sopra) e alla condizione professionale (sotto). Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dalla Associazione AFT

L'Associazione Famiglie Tossicodipendenti gestisce, inoltre, tre appartamenti, che hanno ospitato nel 2010 14 persone, provenienti per la maggior parte da periodi di ricovero in comunità terapeutiche (solo 1 è stata inviata dal Servizio di Alcologia). Per la maggior parte sono maschi di nazionalità italiana (1 solo è straniero), aventi un'età che va dai 31 ai 40 anni (7 persone) e dai 46 ai 50 anni (ulteriori 7 soggetti), seguiti prevalentemente per dipendenza da eroina (10 soggetti) ed alcol (4).

10

Il Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche

10.1 Introduzione

Il Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento ha come obiettivi la prevenzione, la cura, la riabilitazione nei confronti delle persone con problemi legati al consumo di alcol. Ad esso possono rivolgersi tutte le persone portatrici di tali problemi, i loro familiari, ma anche medici, insegnanti, servizi ed enti che abbisognano di informazioni, indicazioni, consigli ed aiuti sui problemi alcolcorrelati. Nello specifico, le funzioni del Servizio sono le seguenti:

- individuare e avviare al trattamento persone e/o famiglie con problemi legati al consumo di alcol;
- coordinare gli interventi di promozione della salute nella scuola, finalizzati alla conoscenza dei rischi connessi all'uso dell'alcol, con specifico riferimento al rapporto alcol e guida di autoveicoli e collaborare all'effettuazione degli stessi;
- curare campagne di informazione sui problemi correlati all'uso di alcol nei confronti di figure leader della comunità (operatori sanitari, sacerdoti, forze dell'ordine, educatori ed altre figure di riferimento del territorio) e di categorie specifiche di lavoratori;
- partecipare alle campagne dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la riduzione del consumo di alcolici, attivando iniziative a vari livelli;
- collaborare attivamente con i gruppi volontari e di auto mutuo aiuto che promuovono stili di vita sani e con le associazioni di volontariato che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcolcorrelati o di altri disagi;
- effettuare campagne di informazione utilizzando un approccio di comunità;
- promuovere attività di aggiornamento e di formazione di tutti gli operatori che svolgono attività alcolologica;
- coordinare le attività di alcolologia svolte a livello distrettuale con la Commissione medica locale patenti di guida;
- definire obiettivi ed indicatori di risultato delle attività preventive nel settore alcolologico, monitorando i progressi e assicurando una periodica valutazione.

Il Servizio di Riferimento per le attività alcolologiche si avvale di 11 Servizi di Alcologia dislocati sul territorio in corrispondenza dei diversi comprensori: Trento e Valle dei Laghi, Rovereto e Vallagarina, Val di Fiemme, Val di Fassa, Primiero, Bassa Valsugana, Alta Valsugana, Valle di Non, Val di Sole, Valli Giudicarie, Alto Garda e Ledro.

Si descrive, di seguito, l'attività svolta dai Servizi di Alcologia nel corso del 2010.

10.2 Le attività di diagnosi, cura e riabilitazione

Il Servizio di Alcologia provvede all'individuazione e all'invio al trattamento delle persone e/o famiglie con problemi legati al consumo di alcol attraverso i colloqui motivazionali, le visite sul territorio e a domicilio e i colloqui alcolologici in ospedale. Il colloquio alcolologico motivazionale si pone come scopo principale quello di delineare la situazione e il disagio della persona e della famiglia, di approfondire la motivazione al cambiamento, di tracciare insieme le possibili strade risolutive percorribili, di puntare all'inserimento in un programma alcolologico di riabilitazione (Club Alcolologici Territoriali, Gruppi di Alcolisti Anonimi) o, quando necessario, di ricorrere al ricovero in ospedale - in accordo con il medico curante - nelle situazioni in cui la situazione psico-fisica è seriamente compromessa. Nelle situazioni particolarmente complesse vengono realizzati successivi incontri di verifica e supporto, allo scopo di verificare con la persona e la famiglia l'andamento del progetto con loro attivato, ricorrendo anche all'attivazione di un lavoro di rete che veda coinvolti, oltre al Servizio di Alcologia, altri servizi o associazioni del privato sociale.

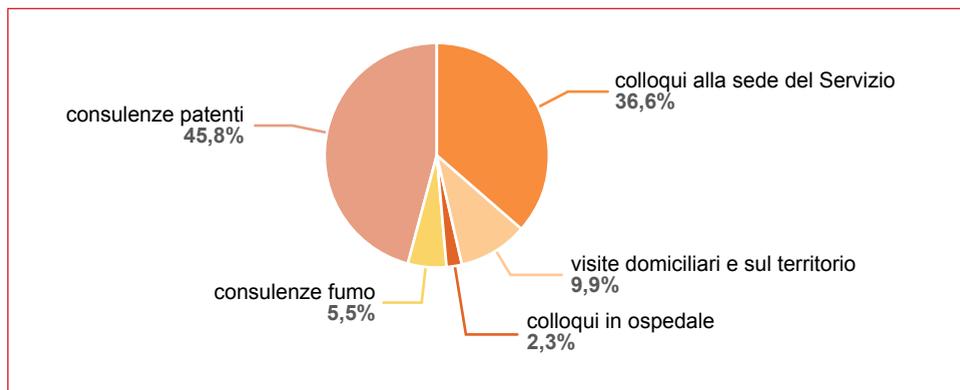
Le visite a domicilio sul territorio vengono svolte qualora non sia possibile per il soggetto raggiungere la sede del servizio o in quei casi in cui la situazione appare particolarmente delicata e compromessa da rendere necessario l'effettuare un colloquio di motivazione direttamente a casa della famiglia interessata o in altre particolari strutture (casa circondariale, comunità di accoglienza, casa di riposo, ecc...). I colloqui alcolologici in ospedale vengono effettuati con persone ricoverate nei diversi reparti, qualora siano stati rilevati dei problemi alcolcorrelati e sia stata richiesta una consulenza al Servizio di Alcologia; attualmente è la figura del Referente Alcolologico di Reparto (RAR) che si occupa di tale attività in tutti i reparti ospedalieri dell'Azienda Sanitaria.

Inoltre, in accordo con quanto previsto dal protocollo d'intesa con la Commissione Provinciale Patenti, il Servizio di Alcologia fornisce consulenze a soggetti a cui è stata ritirata la patente per problematiche alcolcorrelate. Queste visite vengono effettuate da un medico e se dalla visita medica risultano problemi alcolcorrelati il colloquio può diventare l'occasione e lo stimolo per inserire la persona in un programma riabilitativo.

Nel complesso, nel 2010 i Servizi di Alcologia territoriali hanno svolto un totale di 5.598 colloqui a soggetti con problematiche alcol-correlate (Grafico 10.1), cui si

devono aggiungere 323 consulenze per problematiche connesse al fumo di sigaretta. Quasi la metà dei colloqui ha interessato soggetti che si sono rivolti autonomamente al Servizio per colloqui motivazionali: 2.170 soggetti sono stati ascoltati presso la sede dei Servizi di Alcologia, 584 soggetti sul territorio e 135 presso gli ospedali. Il 46% circa dei colloqui ha riguardato consulenze per segnalazione della Commissione Patenti per guida in stato di ebbrezza (2709 casi).

Grafico 10.1 *L'attività di diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con problemi alcol correlati. Anno 2010*



Elaborazione su dati forniti dal Servizio di Riferimento per le Attività Alcologiche

Rispetto all'anno precedente, il numero di colloqui effettuati dal Servizio è aumentato, passando dai 5.219 del 2009 ai 5.598 del 2010. In particolare, è da segnalare l'aumento consistente nel numero delle consulenze motivazionali (da 2.562 a 2.889), mentre i colloqui motivazionali (Commissione Patenti) hanno subito un incremento più contenuto (da 2.657 a 2.709).

Inoltre, in linea con quanto osservato gli anni precedenti, i Servizi di Alcologia del comprensorio di Trento e Valle dei Laghi, della Vallagarina e dell'Alto Garda e Ledro hanno svolto una parte preponderante dell'attività sostenuta nel corso del 2010 (Grafico 10.2). L'attività si mostra, al contrario, più contenuta nei comprensori periferici di Primiero e della Val di Sole.

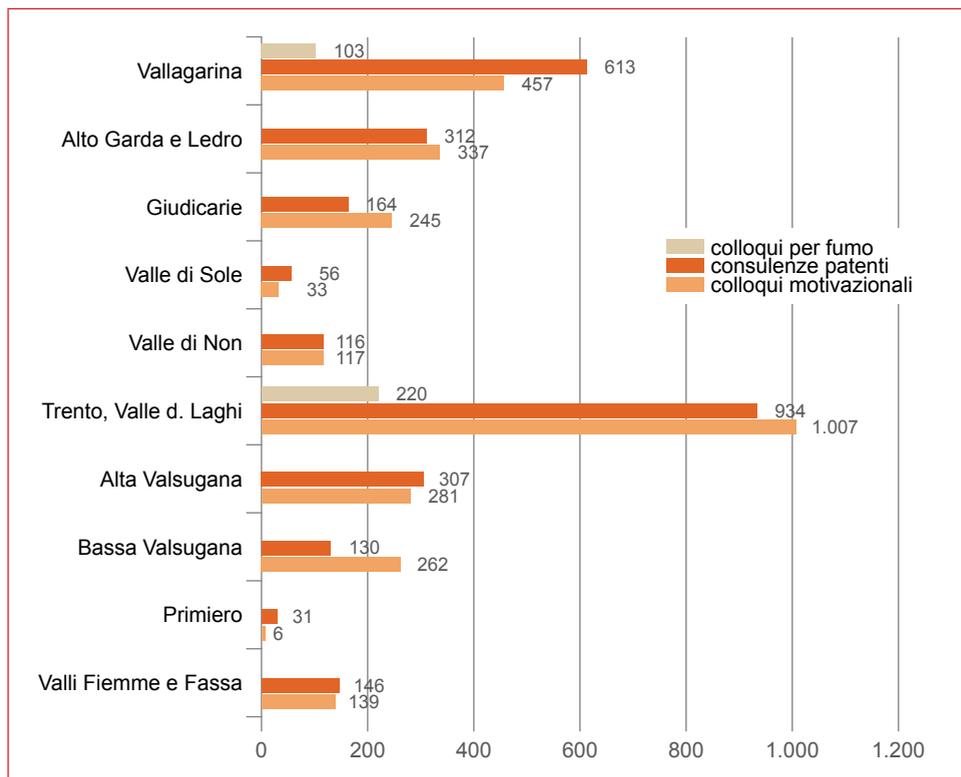
Il 22,7% dei colloqui e delle consulenze sostenute nei Servizi di Alcologia è stato un primo colloquio alcolologico, rivolto cioè a soggetti che hanno avuto un contatto con il Servizio per la prima volta. Le quote più consistenti di primi colloqui sono osservabili per le consulenze patenti (44,6% del totale delle consulenze patenti effettuate) e per le consulenze per le problematiche connesse al fumo (41,5%), mentre per i colloqui motivazionali le prime visite costituiscono il 13% circa. Rispetto all'anno precedente si evidenzia un incremento dei primi colloqui, che nel 2009 rappresentavano il 18% del totale dei colloqui motivazionali sostenuti. Il Grafico 10.3 raffigura il rapporto tra l'utenza seguita dai Servizi di Alcologia nei vari distretti e la popolazione complessiva ivi residente. Mediamente, i distretti hanno seguito nel 2010 l'1,07% di soggetti con problematiche alcol-correlate;

i distretti che hanno seguito una proporzione inferiore alla media sono quelli periferici del Primiero, della Valle di Sole e di Non e della Val di Fiemme e Fassa, mentre la Bassa Valsugana e l'Alto Garda e Ledro evidenziano quote di popolazione con problematiche alcol-correlate seguite dai Servizi maggiori.

Gli utenti presi in carico per la prima volta nel 2010 sono, nel complesso, 970. In linea con quanto evidenziato l'anno precedente, l'utenza è prevalentemente maschile (86,8%) e si colloca prevalentemente nella fascia d'età tra i 31 e 50 anni (41%); le altre fasce d'età sono rappresentate in misura minore, in quanto gli under 30 anni costituiscono il 32% degli utenti, i soggetti con età compresa tra i 51 e i 64 anni sono il 18% e gli over 64 anni costituiscono il 9%.

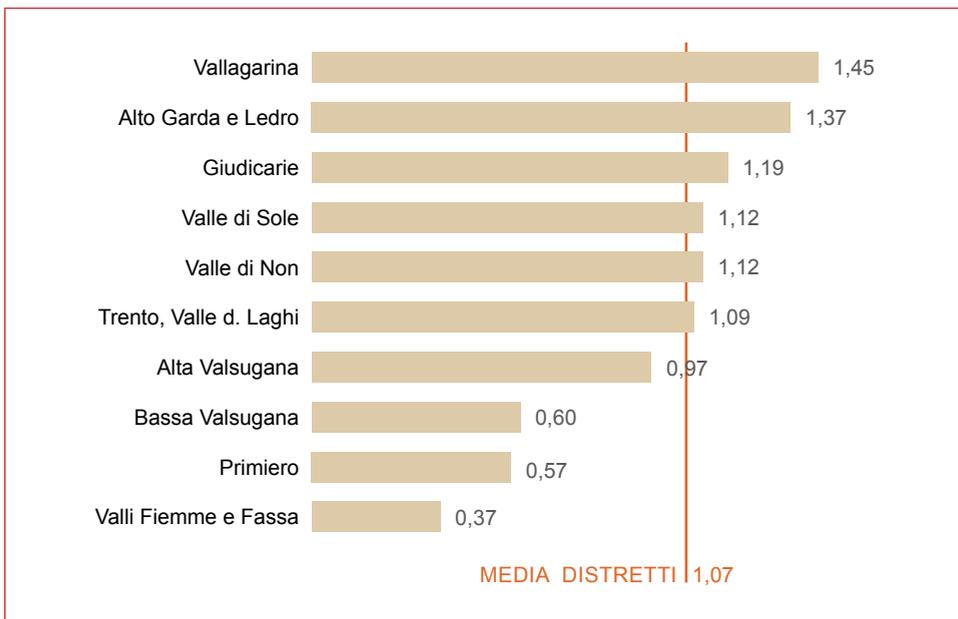
Il Grafico 10.4 presenta la distribuzione della nuova utenza per sesso ed età; come si può agevolmente osservare, in coerenza con quanto emerso nel 2009 vi è una concentrazione molto elevata di casi nelle fasce d'età che vanno dai 18 ai 30 anni e dai 31 ai 50 anni per entrambi i sessi, ma per le donne si evidenzia un'età lievemente più giovane, in quanto il 37,5% delle nuove utenti ha un'età compresa tra i 18 e 30 anni (vs. il 30,6% degli uomini).

Grafico 10.2 Distribuzione territoriale dell'attività di diagnosi, cura e riabilitazione delle problematiche alcol-correlate. Anno 2010



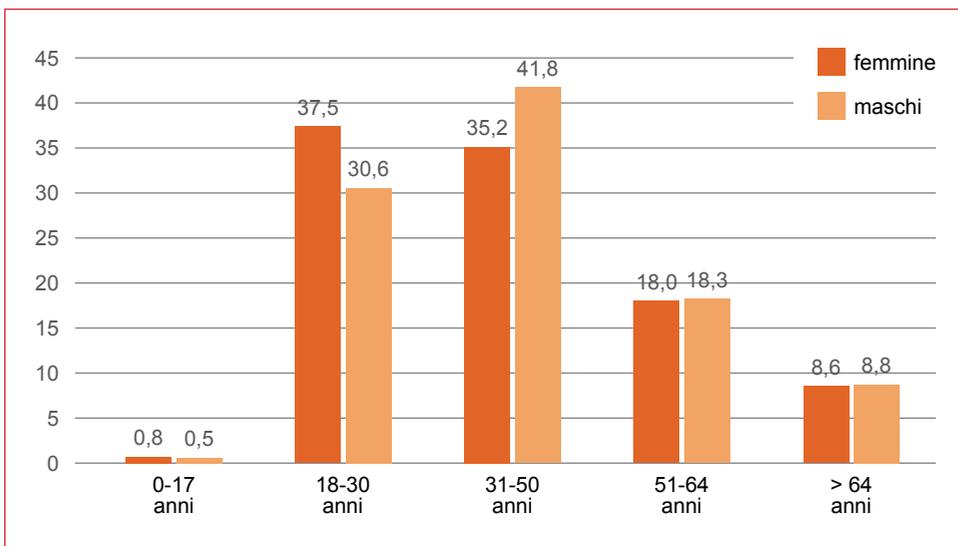
Elaborazione su dati forniti dal Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche

Grafico 10.3 Rapporto tra gli utenti seguiti dai Centri di Alcologia distrettuali per problematiche alcol-correlate e la popolazione residente. Anno 2010



Elaborazione su dati forniti dal Servizio di Riferimento per le Attività Alcologiche

Grafico 10.4 Distribuzione percentuale della nuova utenza per genere ed età



Elaborazione su dati forniti dal Servizio di Riferimento per le Attività Alcologiche

Infine, nella tipologia delle attività di diagnosi, cura e riabilitazione possono essere comprese anche tutte quelle attività non direttamente rivolte agli utenti

ma che sono state attivate dagli operatori dei Servizi di Alcologia in funzione delle persone che si sono rivolte ad essi. Tali attività consistono in:

- consulenze con operatori di altri servizi volte a realizzare progetti per quelle persone e famiglie con problemi alcolcorrelati complessi: 396 nel 2010;
- 305 incontri con i Club Alcologici Territoriali (CAT), 131 partecipazioni alle riunioni mensili dei responsabili e operatori di rete e 6 incontri per la realizzazione delle scuole territoriali di 1° e 2° modulo.

Nella loro attività, i diversi servizi territoriali di alcologia collaborano attivamente con il privato sociale presente sul territorio, in particolare con le Associazioni dei Club Alcologici Territoriali (ACAT) e i gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A.) e dei loro familiari (ALAnon), che nel 2010 sono stati 153. Le ACAT organizzano periodicamente scuole territoriali alcolologiche di primo e secondo modulo, finalizzate ad informare le persone e le famiglie sulle varie problematiche che il consumo di alcol comporta a tutti i livelli della vita individuale, familiare e nella comunità (le prime), e aggiornare le persone e le famiglie sulla metodologia dei Club e sull'andamento dei programmi a livello provinciale (le seconde).

Inoltre, il protocollo con la Commissione Provinciale Patenti prevede che i soggetti inviati al Servizio per consulenze relative alla guida in stato di ebbrezza frequentino un ciclo di tre incontri serali, di un'ora e mezzo ciascuno, sulla tematica *"Alcol e guida"* che viene realizzato presso il Servizio di Alcologia. Rispetto a quest'ultimo punto, nel 2010 si sono tenuti 93 cicli di incontri *"Alcol e Guida"*, concentrati in particolare nei comprensori di Trento e Valle dei Laghi (27 incontri) e della Vallagarina (18).

10.3 Le attività di educazione e promozione della salute

Per quanto riguarda la prevenzione, l'educazione alla salute e la promozione della salute, nel 2010 il Servizio di Alcologia ha svolto le seguenti attività:

a. Progetti di comunità

I progetti di comunità raccolgono tutte quelle iniziative che a vario titolo portano informazioni e sensibilizzazione relativamente ai problemi alcolcorrelati a tutta la popolazione o a gruppi target (non sono cioè diretti agli utenti dei Servizi di Alcologia). I diversi Servizi presenti sul territorio realizzano ogni anno autonomamente diverse iniziative rivolte alla popolazione generale. Nel complesso, nel 2010 i Centri di Alcologia hanno svolto 105 incontri di sensibilizzazione di comunità e di gruppi specifici, distribuiti prevalentemente nei due distretti cittadini di Trento e Rovereto (rispettivamente, 35,2% e 24,8%).

Tra i progetti di comunità vi è da segnalare il *"Pub-disco"*, rivolto alla popolazione giovanile con l'obiettivo di prevenire gli incidenti stradali correlati all'uso di alcolici creando momenti di comunicazione e di incontro informale con i ragazzi nei luoghi

normalmente da loro scelti per socializzare (pub e discoteche o feste estive). Il progetto, coordinato dal Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche, si è svolto in collaborazione con l'Associazione AMA che ha messo a disposizione operatori di età giovane, preparati sia dal punto di vista alcolologico (hanno frequentato un corso specifico), sia nel saper realizzare un contatto con altri giovani con l'empatia che il progetto richiede. Con l'ausilio di due camper attrezzati dotati di etilometro il compito degli operatori era di contattare i giovani al termine delle serate o durante l'evento, proporre l'alcol-test ed incentivare, in caso di positività, l'astensione dalla guida: nel corso del 2010 i contatti con i giovani sono stati ben 1900 ed il 48% dei ragazzi risultati positivi al test ha accettato di non mettersi alla guida.

b. Realizzazione di corsi di disassuefazione dal fumo

Tali corsi consistono in un ciclo di incontri serali che prevedono una fase iniziale di carattere informativo costituita da quattro incontri serali di due ore circa; a questa fase segue una serie di incontri centrati sul consolidamento della motivazione al cambiamento e sul mantenimento dell'astinenza attraverso il confronto in una dinamica di auto-mutuo aiuto. Sono effettuati spesso in collaborazione con le associazioni private del territorio (ACAT, Associazione Club Alcolologici Territoriali e AMA, Associazione di Auto Mutuo Aiuto). Nel complesso, nel 2010 si sono realizzati 66 incontri, distribuiti nei comprensori di Trento e Valle dei Laghi (24) e della Vallagarina (25), delle Giudicarie e Rendena (10) e dell'Alta Valsugana (7).

c. Progettazione e realizzazione di incontri con operatori sociali e sanitari, dell'Azienda o di altri Enti

Gli incontri si propongono di sensibilizzare e informare le figure sanitarie e sociali sui problemi alcolcorrelati, sull'esistenza e le attività del Servizio di Alcologia e del privato-sociale in materia alcolologica, al fine di definire anche possibili canali di collaborazione funzionali alla crescita dei programmi alcolologici e quindi all'aumento del benessere di comunità.

Nel 2010 si sono svolti in totale 28 incontri, realizzati nel distretto della Vallagarina (10), delle Giudicarie e Rendena (6), della Val di Non (4), dell'Alto Garda e Ledro (3), di Trento (3) e dell'Alta Valsugana (3).

d. Progettazione e realizzazione di interventi nelle scuole

I progetti di prevenzione ed educazione alla salute proposti dal Servizio di Alcologia sono rivolti a studenti e insegnanti delle scuole di ogni grado (dalle scuole dell'infanzia alle superiori).

Nelle scuole dell'infanzia, nell'anno scolastico 2009-2010 è stato riproposto il progetto "La Girandola. Salute, emozioni, relazioni e stili di vita"; la finalità principale del progetto è di favorire la promozione della salute, in particolare sugli stili di vita (aumentare il consumo di frutta e verdura e dell'attività motoria, sviluppare idee favorevoli stili di vita liberi da alcol e fumo) attraverso lo svilup-

po dell'intelligenza emotiva e delle capacità di vita, in linea con gli approcci dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il percorso è articolato in 4 momenti: formazione degli insegnanti, realizzazione delle attività con i bambini, incontro con i genitori e valutazione finale. L'obiettivo è quello di fornire agli insegnanti metodi e strumenti didattici idonei a realizzare uno specifico percorso educativo con i bambini improntato sullo sviluppo delle capacità di vita, dell'intelligenza emotiva e abilità prosociali. Nel complesso, nell'anno scolastico considerato sono stati attivati 6 progetti nelle scuole di 4 distretti provinciali (Alta Valsugana, Trento e Valle dei Laghi, Vallagarina, Val di Non), per un totale di 84 ore, pervenendo alla formazione di 51 insegnanti, 35 ausiliari e 691 bambini. Rispetto all'anno scolastico precedente, a fronte di un minor numero di ore dedicate al percorso formativo, il numero di soggetti coinvolti risulta maggiore (da 71 adulti coinvolti nel 2009 a 114, e da 493 a 691 bambini).

Nelle scuole elementari e medie gli interventi sono rivolti agli insegnanti e hanno l'obiettivo di sensibilizzare alle tematiche del consumo di alcol e fumo, dell'adozione di stili di vita sani, della gestione delle emozioni e delle relazioni. Nell'anno scolastico 2008-2009 è stato riproposto il progetto "15.000 passi + 5 colori = la matematica dei sapori", finalizzato a promuovere sani stili alimentari e l'abitudine ad una regolare attività fisica attraverso l'acquisizione di strumenti linguistici, cognitivi ed emotivi, affinché diventino patrimonio personale e culturale della persona. L'obiettivo è quello di fornire agli insegnanti metodi e strumenti didattici idonei a realizzare uno specifico percorso educativo con bambini e ragazzi per lo sviluppo di una coscienza critica che consenta loro scelte alimentari idonee, in particolare orientate all'incremento del consumo di frutta e verdura e dell'attività fisica. Il progetto è stato attuato nelle scuole di 3 distretti (Trento e Valle dei Laghi, Alto Garda e Ledro, Vallagarina) per un totale di 67 ore, con la formazione di 559 alunni delle elementari e 474 delle medie, di 264 genitori e 50 insegnanti (32 delle scuole elementari).

L'educazione relativa alle tematiche relative al consumo di alcol e fumo, effettuate ad ogni livello di istruzione, ha l'obiettivo di promuovere sani stili di vita attraverso un intervento facilitatore dello sviluppo di una capacità di scelta critica atta a prevenire condizioni di dipendenza, nell'ambito degli interventi "a spirale" proposti alle scuole, a partire dalle elementari fino alle superiori.

Nelle scuole elementari e medie, gli interventi si rivolgono agli insegnanti affinché siano in grado di gestire autonomamente un percorso educativo nella scuola elementare su salute, stili di vita e sul consumo di alcolici e sigarette partendo da un percorso di alfabetizzazione emozionale e di ascolto del proprio corpo, utile anche per il benessere complessivo della classe.

Nelle scuole superiori, gli interventi sono rivolti agli studenti, preceduti da incontri di 2-3 ore con gli insegnanti delle classi interessate e con i genitori per convenire dei messaggi da dare ai ragazzi nel corso dell'anno. Gli obiettivi sono: modificare le abitudini nell'uso di sostanze alcoliche e di fumo di sigaretta e identificare i

problemi connessi all'uso di tali sostanze, stimolare una riflessione personale sul proprio rapporto con le bevande alcoliche e con il fumo negli insegnanti e nei ragazzi, promuovere scelte libere individuali e di gruppo basate sulla consapevolezza rispetto all'uso di alcol e fumo, acquisire consapevolezza sui fattori ambientali e comunitari che condizionano e tutelano il benessere, acquisire consapevolezza sull'importanza delle Capacità di Vita (CV) e sullo sviluppo dell'intelligenza emotiva nello scegliere i propri stili di vita. Complessivamente, per i corsi attivati nell'anno scolastico 2009-2010 il numero di ore dedicate al progetto è stato pari a 1265, il numero di insegnanti coinvolti è stato pari a 261 e il numero di studenti raggiunti 3972.

Una attenzione particolare meritano i progetti di peer-education, utilizzati come strumento educativo da alcuni istituti scolastici di 5 distretti provinciali (Val di Fiemme, Alta Valsugana, Val di Non, Giudicarie, Vallagarina). La particolarità dei progetti che utilizzano tale modalità educativa è la formazione di un gruppo ristretto di peer-leader in grado di diffondere fra i loro pari una maggiore consapevolezza rispetto a scelte di salute e di sensibilizzare il contesto giovanile con obiettivi ed azioni da loro stessi individuati, oltre che sensibilizzare gli adulti di riferimento rispetto al modello della peer education e agli stili di vita sani. Nel corso dell'anno scolastico 2009-2010, i peer-leader formati sono stati 151 e gli adulti 253; la popolazione studentesca complessivamente coinvolta, dunque, è costituita da 1842 giovani.

Con la stessa logica di azione, a partire dal 2010 è stato attivato il progetto di comunità "Peer-education & Community", che prevede la formazione di peer-leader distrettuali attraverso il coinvolgimento sia del contesto scolastico che della comunità in generale. I distretti coinvolti nel 2010 sono stati: Fiemme, Fassa, Valle di Non, Valle di Sole, Vallagarina, Primiero, Giudicarie e Rendena, Bassa Valsugana. Nel corso dell'anno, sono stati formati n. 116 studenti di scuole medie superiori di II grado e sono stati attivati n. 2 corsi di formazione adulti (insegnanti, genitori, educatori, forze dell'ordine ecc.), volti a migliorare le competenze e le abilità dei partecipanti rispetto alla conduzione ed alla gestione di corsi di formazione attraverso il modello della *peer education* e ad aumentare la motivazione nell'attuare interventi formativi con gli adolescenti.

11

Il Centro di Riferimento per i Disturbi del Comportamento Alimentare

11.1 Introduzione

Il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'APSS di Trento si occupa della diagnosi, cura e riabilitazione delle persone che presentano sintomi riferibili ai Disturbi dell'Alimentazione (DA) e del Comportamento Alimentare (DCA), patologie che comprendono prevalentemente l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN)^[1].

Secondo la definizione del DSM IV, l'Anoressia Nervosa è una patologia caratterizzata da una perdita di peso cospicua (tale da raggiungere un sottopeso di almeno il 15% rispetto al peso considerato ideale per sesso, età ed altezza), da una intensa paura di ingrassare, da un disturbo del modo di vivere il proprio corpo e dalla presenza di amenorrea per almeno tre mesi consecutivi. La Bulimia Nervosa (BN) è una patologia caratterizzata dalla presenza di ricorrenti crisi bulimiche (episodi in cui viene ingerita una grande quantità di cibo in breve tempo, con una sensazione di perdita di controllo), e dall'uso regolare di comportamenti compensatori inappropriati per prevenire un aumento di peso (almeno due volte alla settimana per tre mesi consecutivi). I pazienti affetti da BN riportano tassi di comorbidità piuttosto alti, presentando disturbi soprattutto dello spettro affettivo-ansioso e disturbi di personalità. Anoressia e Bulimia Nervosa si presentano prevalentemente in soggetti di sesso femminile e di età giovane-adulta. Oltre alla Anoressia Nervosa e alla Bulimia Nervosa esiste una ampia ed eterogenea categoria di disturbi del comportamento alimentare cosiddetti "non altrimenti specificati" (DCA-NAS o EDNOS). Il quadro clinico di queste malattie fa privilegiare un trattamento multidisciplinare integrato che si rivolge a tutti gli aspetti di queste complesse

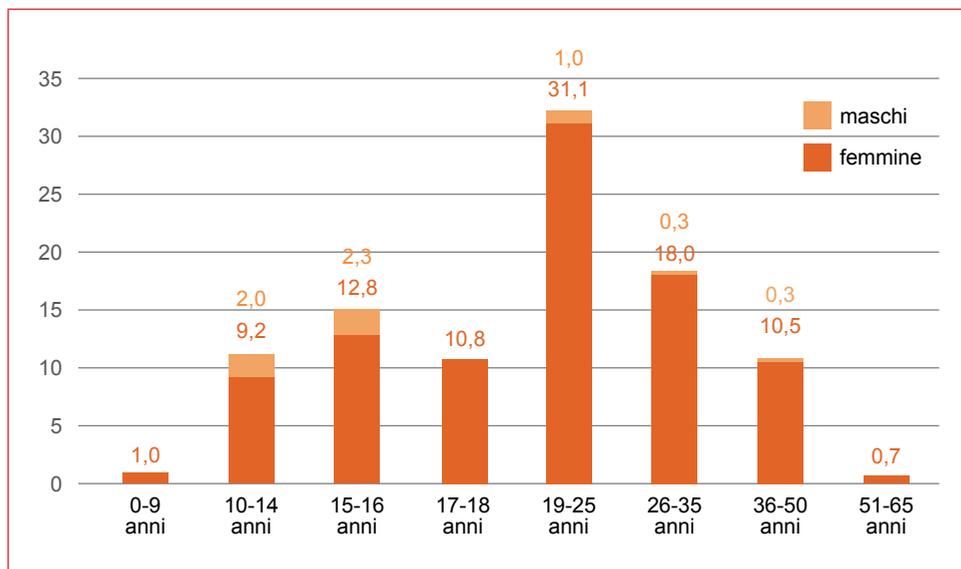
^[1] Nella diagnostica dei DCA: DSM-IV F50.0 ICD-10 307.1: Anoressia Nervosa; DSM-IV F50.2 ICD-10 307.51: Bulimia Nervosa; DSM-IV F50.9 ICD-10 307.50: Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati. I punti di riferimento internazionali correnti per la diagnostica delle malattie mentali sono: 1) IL MANUALE DIAGNOSTICO STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DSM IV TR) a cura della American Psychiatric Association, del 2000; 2) La decima revisione della CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI (ICD - 10) elaborata dall'OMS, pubblicata nel 1992, e costituita da un sistema di codificazione ufficiale e da altri documenti e strumenti correlati, clinici e di ricerca.

patologie. Il trattamento multidisciplinare integrato è volto all'integrazione delle diverse competenze (nutrizionali, dietologiche, psicologiche, psichiatriche) in un progetto terapeutico condiviso e individualizzato.

11.2 Profilo degli utenti in carico

Gli utenti in carico nell'anno 2010 sono stati 305, in aumento rispetto al 2009 nel quale se ne registravano 271. In linea con quanto rilevato l'anno precedente, l'utenza è costituita prevalentemente da donne (94,1%). Osservando il Grafico 11.1, inoltre, si può notare come la fascia d'età più colpita dai DCA sia quella compresa tra i 19 e 25 anni, che raccoglie quasi un terzo dell'utenza complessiva e come una quota considerevole di utenti abbiano un'età inferiore ai 19 anni. Rispetto al 2009 non si osservano variazioni rilevanti nelle caratteristiche dell'utenza in merito al genere e all'età.

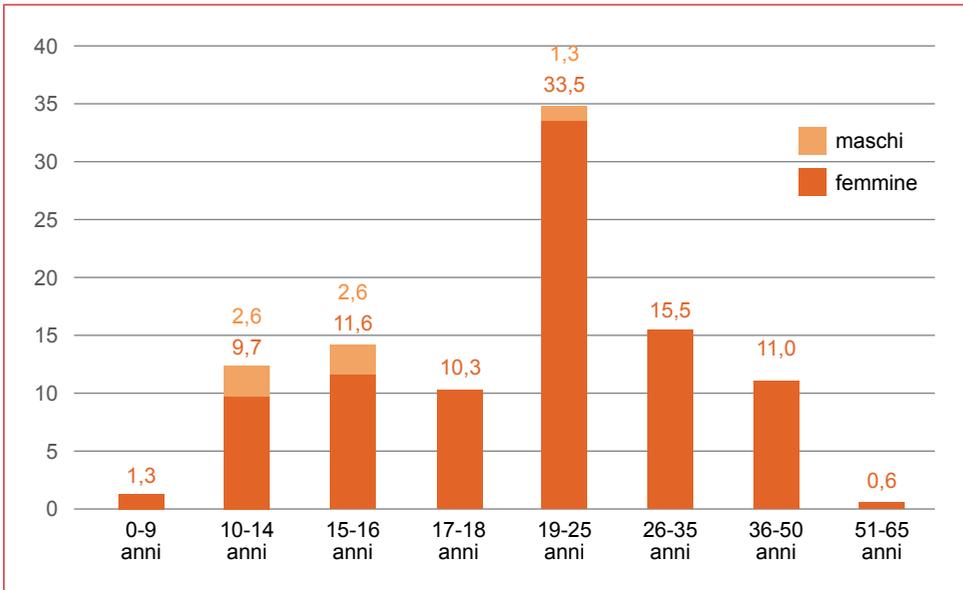
Grafico 11.1 Distribuzione percentuale dell'utenza in carico per sesso ed età. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dal Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare

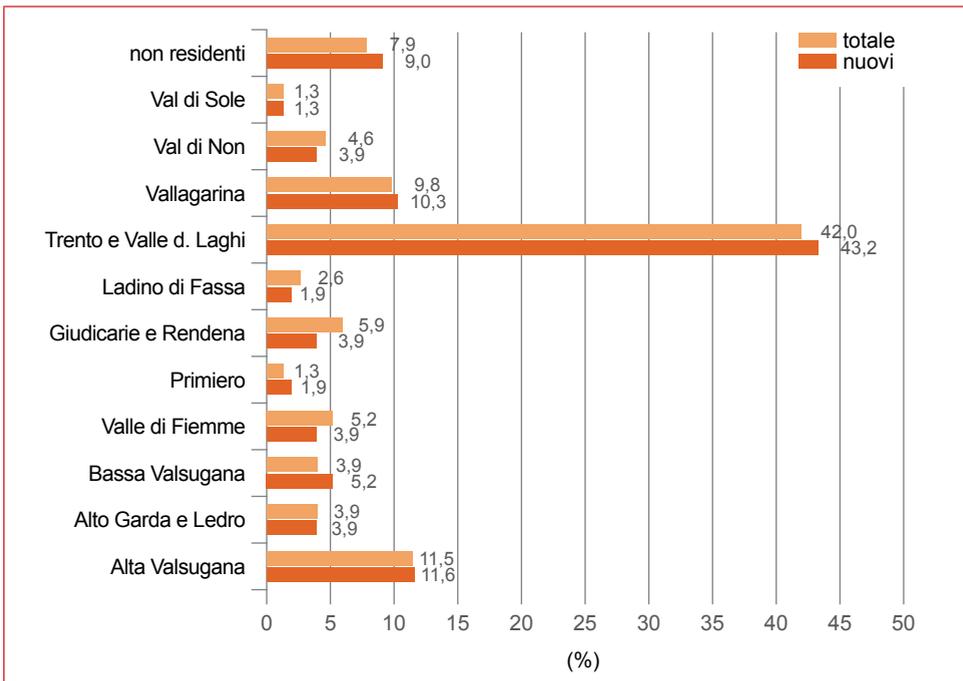
Il numero di nuovi utenti per l'anno 2010 è stato pari a 155, valore sostanzialmente stabile rispetto al 2009 nel quale l'utenza incidente era di 154 soggetti; l'utenza incidente rappresenta, dunque, il 50,8% dell'utenza complessiva. Contrariamente all'anno precedente, il peso della componente maschile nella nuova utenza è sostanzialmente lo stesso di quello registrato nell'utenza complessiva (6,5% vs. 5,9%). La distribuzione per età alla presa in carico presenta un andamento simile a quello osservato per l'utenza complessiva (Grafico 11.2).

Grafico 11.2 Distribuzione percentuale dell'utenza incidente in carico per fascia di età per sesso. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dal Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Grafico 11.3 Distribuzione percentuale dell'utenza, incidente e complessiva, per comprensorio di residenza. Anno 2010



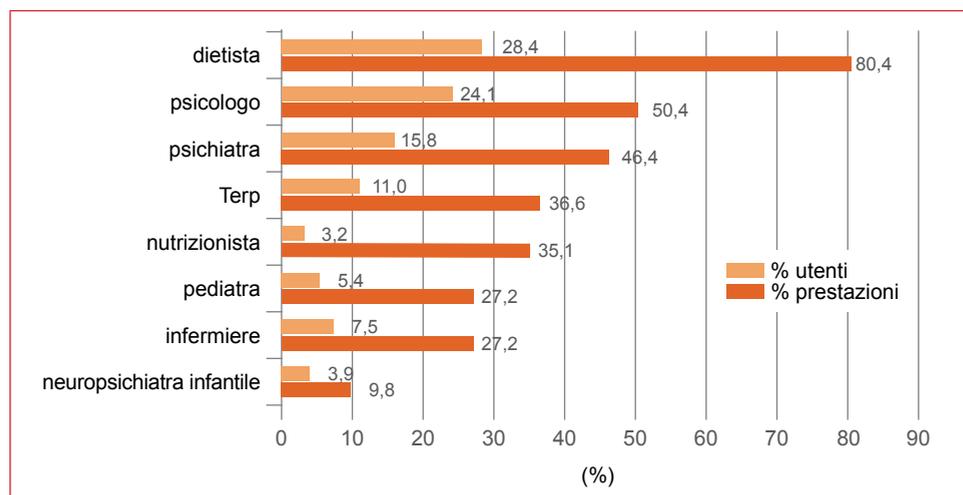
Elaborazione sui dati forniti dal Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare

I due quinti dell'utenza, incidente e complessiva, risiedono nel distretto cittadino di Trento e Valle dei Laghi; un'ulteriore quota abbastanza consistente risiede nel distretto dell'Alta Valsugana e della Vallagarina, mentre gli altri comprensori raccolgono quote di utenza più contenute (Grafico 11.3).

Il totale delle prestazioni effettuate dai professionisti operanti al Centro è stato pari a 7.756, in deciso aumento rispetto al 2008 dove si contavano 6.133 prestazioni. Tra le voci più significative delle prestazioni erogate osserviamo la riabilitazione nutrizionale (circa 18%), il colloquio neuropsichiatrico (9,1%) e la psicoterapia individuale (circa il 15%).

Le figure professionali maggiormente impiegate nel servizio, che hanno erogato un maggior numero di prestazioni, sono il dietista (28,4% delle prestazioni complessive), lo psichiatra (15,8%), lo psicologo (24% circa) e il Terp (11%). Specularmente, tali figure professionali hanno avuto in carico, nel 2010, il maggior numero di utenti: su un totale di 276 pazienti cui sono state erogate prestazioni, il dietista ha seguito l'80,4% dell'utenza, lo psichiatra il 46,4%, lo psicologo il 50,4% ed il Terp il 36,6% (Grafico. 11.4).

Grafico 11.4 Distribuzione percentuale delle prestazioni e degli utenti per figura professionale. Anno 2010



Elaborazione sui dati forniti dal Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare

11.3 Le attività di educazione alla salute e di prevenzione sul territorio

Accanto alle attività di diagnosi, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi del comportamento alimentare, l'equipe di professionisti del Centro di Riferimento svolge sul territorio attività di educazione alla salute nelle scuole e di sensibilizzazione della popolazione a tali problematiche. In analogia con quanto evidenziato l'anno precedente, nel corso del 2010, le attività nelle scuole si sono

concentrate negli istituti scolastici dei comprensori della Vallagarina, dell'Alto Garda e Ledro e di Trento e Valle dei Laghi e si sono rivolte sia agli studenti delle scuole, sia agli insegnanti.

L'intervento sul territorio si è orientato alla collaborazione con cooperative e associazioni del privato sociale e di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio, con l'obiettivo di sostenere le persone con problematiche inerenti i disturbi della sfera alimentare e le loro famiglie e sensibilizzare ed informare la popolazione giovanile a tali tematiche. Si segnala, inoltre, l'attivazione nel 2010 di uno "Spazio Ascolto", telefonico e con consulenza su appuntamento, rispetto al quale è in corso una valutazione sul tipo di consulenza offerta.

