

EPIDEMIOLOGIA E DIPENDENZE

**Rapporto Dipendenze Patologiche in Area Vasta Romagna
2010 - Parte seconda**

Dati relativi all' anno 2009
Elaborazione 2010

A cura di:

Osservatorio Cesena via Brunelli, 540 - Cesena

Responsabile: Paolo Ugolini e-mail: pugolini@ausl-cesena.emr.it, tel. 0547.631536
Alessandro Mariani D'Altri
Monica Teodorani

Osservatorio Forlì: via Orto del Fuoco, 10 - Forlì

Responsabile: Samantha Sanchini, e-mail: s.sanchini@ausl.fo.it, tel. 0543.733464

Osservatorio Ravenna: via Rocca ai Fossi, 20 - Ravenna

Responsabile: Marcella Fanelli, e-mail: m.fanelli@ausl.ra.it, tel. 0544.247253

Osservatorio Rimini: via Tonti, 40 - Rimini

Responsabile: Maristella Salaris, e-mail: ssalaris@auslrn.net, tel. 0541.325105
Michela Buda
Matteo Gori

i quaderni di SESTANTE

n°2

ottobre 2010

Redazione del Rapporto 2010:

INTRODUZIONE

Paolo Ugolini, Responsabile Osservatorio Dipendenze patologiche Ausl Cesena,
e-mail: pugolini@ausl-cesena-emr.it tel. 0547/631536

Cap. 1

Nicoletta Bertozzi, Medico Dipartimento Sanità Pubblica-Ausl Cesena, email: bertozzi@ausl-cesena.emr.it tel. 0547/352088
Giuliana Carrozzi, coordinatore gruppo PASSI/ER, medico, AUSL Modena, e-mail: g.carrozzi@ausl.mo.it, tel. 059/435189

Cap. 2

Costantino Cipolla, Professore Ordinario, Università di Bologna Facoltà di Sociologia, e-mail: costantino.cipolla@unibo.it tel. 0543 374205
Graziano Pini, Sociologo Consulente, e-mail: graziano.pini@comune.forli.fc.it; tel. cell. 338 53450
Paolo Ugolini

Cap. 3

Michele Sanza, Direttore DSM – DP ausl di Cesena, tel. 0547 352162, email msanza@ausl-cesena.emr.it
Andrea Giuliani, Psicologo clinico e di comunità, e-mail: andreagliuliani84@libero.it; tel. 333/1761399

Cap. 4

Costantino Cipolla
Manuela Martoni, Responsabile Ser..T. di Lugo-Azienda Usl di Ravenna, e-mail m.martoni@ausl.ra.it tel. 0545/903155

Cap. 5

Vittoria Sturlese, sociologa sanitaria, Area Accreditamento e Qualità, Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna,
e-mail: vsturlese@regione.emilia-romagna.it tel. 051/5277166

INTRODUZIONE

*di Paolo Ugolini
responsabile osservatorio
epidemiologico DSM-DP AUSL
Cesena*

Questo **quaderno di SESTANTE n°2** è il complemento del n°1 che, solo per motivi tipografici, abbiamo diviso in due parti:

quaderno n°1: Bisogni reali dei cittadini tradotti in domanda di intervento clinico ai SerT

quaderno n°2: Bisogni potenziali della popolazione non tradotti in domanda espressa di intervento clinico ai SerT.

In questo n°2 va anche sottolineato il valore degli allegati (in particolare i trend temporali di dati e indicatori). Solo un dato di contenuto per questa introduzione: nel panorama del consumo di sostanze stupefacenti, specie dei giovanissimi, è ipotizzabile il configurarsi di due tendenze:

da una parte, coloro che consumano "di tutto", indistintamente, e nei confronti dei quali il prezzo contenuto e accessibile delle differenti sostanze sembra rappresentare un fattore di ulteriore incentivo; dall'altra, coloro che si configurano come consumatori "esperti"/"maturo", che riconoscono a ogni sostanza una specifica "identità" e "qualità", e la scelgono in associazione al luogo, al momento e all'effetto desiderato in ogni singola cir-

costanza. In questo secondo caso, i giovani sembrano consapevoli di poter scegliere, anche all'interno del mercato delle droghe, tra diverse opportunità e differenti prodotti, così come accade, in generale, per i mercati contigui (tabacco, farmaci, ma anche prodotti quali cellulari e oggetti "di tendenza").

In parallelo, al modificarsi del consumo che risulterebbe sempre più diffuso, corrisponde uno spaccio sempre più esteso; a un consumo non più "tradizionale" si connette uno spaccio non più "tradizionale"; all'espandersi del consumo occasionale corrisponde l'incremento dello "spaccio occasionale". Nei più giovani può assumere anche l'aspetto del baratto o dello scambio, oppure permettere di ottenere proventi utili per acquisti di beni di consumo. È in questo tipo di microeconomia che sembra svilupparsi la tendenza a equiparare il prezzo di diverse droghe rispetto alle singole dosi scambiate o messe in vendita, alimentando gradualmente il concetto che "una vale l'altra".

Buona lettura.

Abitudine al fumo e consumo di alcol: i risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI (2008)

1

Introduzione

Nel 2006, il ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie.

Da aprile 2007 il sistema di sorveglianza è stato attivato in 163 AUSL (pari ad una copertura dell'85% della popolazione italiana); nel 2008 sono state raccolte oltre 37.000 interviste a livello nazionale (Pool PASSI 2008). In Emilia-Romagna hanno aderito tutte le 11 Aziende USL, con la raccolta di circa 3.800 interviste; personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario validato e standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Per maggiori informazioni, sito www.epicentro.iss.it/passi

Abitudine al fumo

Sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI si stima che nel 2008 in Emilia-Romagna i fumatori rappresentino circa un terzo della popolazione adulta (18-69 anni), con prevalenze più alte e preoccupanti negli uomini e nella fascia 18-49 anni. In Regione la quota stimabile di fumatori nella fascia d'età 18-69 anni è pari a circa 900mila persone, di cui circa 60mila classificabili come forti fumatori.

Caratteristiche dei fumatori di sigaretta

Circa un terzo degli intervistati 18-69enni dichiara di essere un fumatore (30%); l'1% ha smesso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "fumatori in astensione", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).

Fig. 1 Abitudine al fumo di sigaretta
Emilia-Romagna PASSI 2008

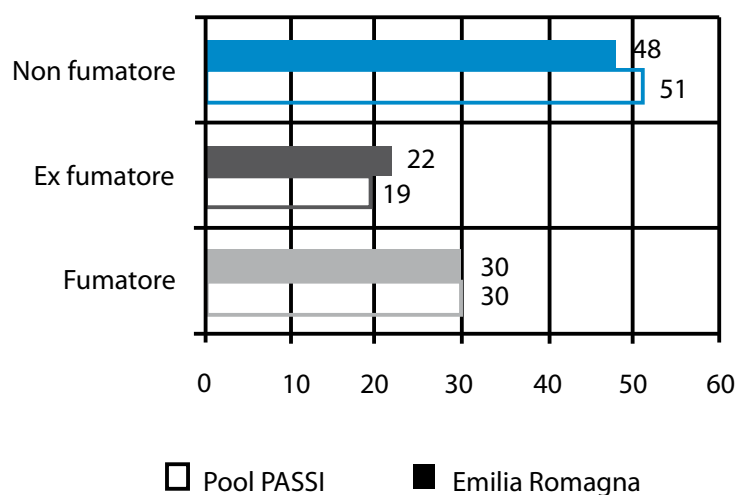
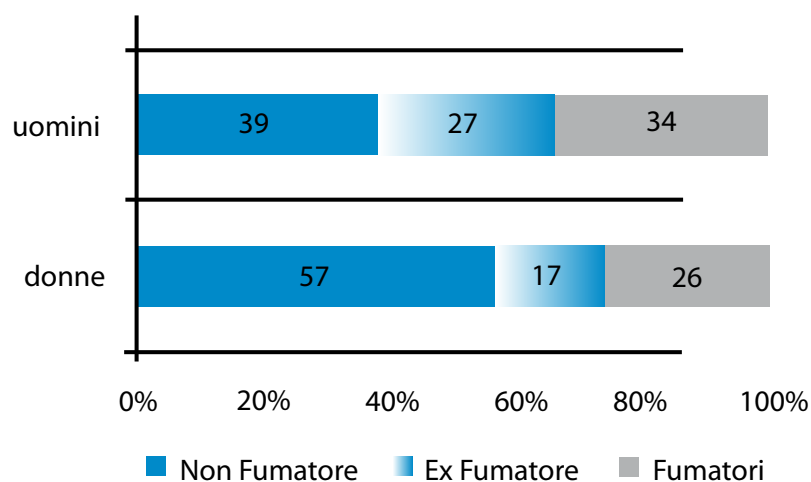


Fig. 2 Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
Emilia-Romagna PASSI 2008



I fumatori abituali fumano in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 7% fuma oltre 20 sigarette al giorno e può essere considerato come "forte fumatore" (2% sul totale del campione).

L'abitudine al fumo è risultata significativamente più elevata:

- nei giovani (34% nella fascia 18-24 anni e 37% in quella 25-34 anni)
- negli uomini (34% rispetto al 26% delle donne)
- nelle persone con livello di istruzione di scuola media inferiore (34%)

- nelle persone con molte difficoltà economiche percepite (41%).

L'analisi statistica multivariata conferma l'associazione significativa tra fumo e classi di età più giovani, sesso maschile e presenza di molte difficoltà economiche.

Per quanto concerne la prevalenza di fumatori, non sono emerse differenze statisticamente significative sia nelle AUSL regionali (range: 27% Piacenza - 34% Reggio Emilia), sia nelle Aree Vaste regionali (30% Emilia Nord, 31% Romagna e Emilia Centro).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 30% (range: 25% prov. aut. Trento - 34% Lazio).

Fig.3 Fumatori (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008

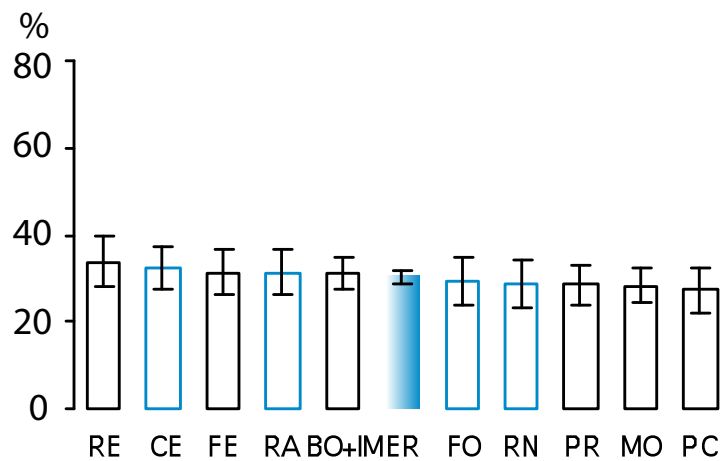


Fig.4 Fumatori (%)
Distribuzione territoriale PASSI 2008

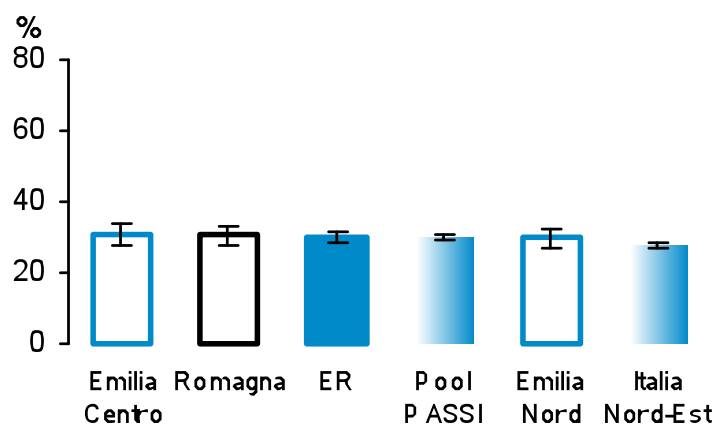
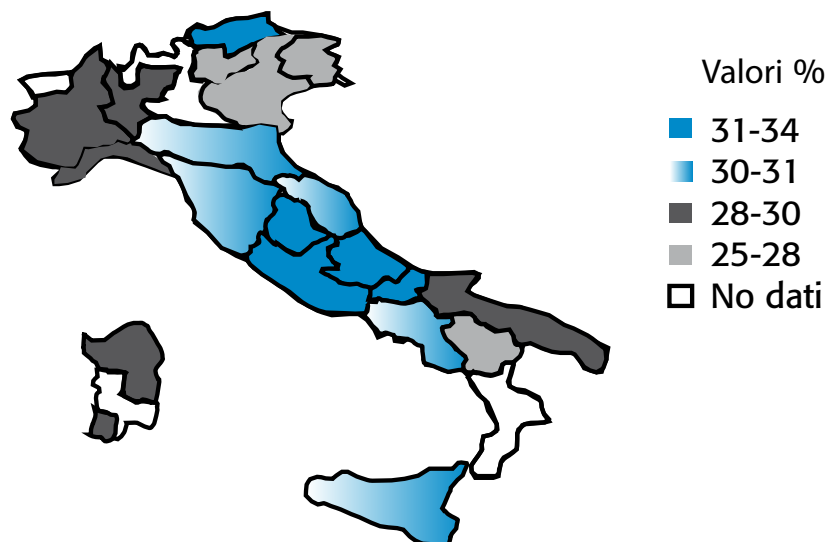


Fig.5 Fumatori (%)
Pool PASSI 2008



Attenzione e consigli di smettere di fumare da parte di medici e operatori sanitari

Complessivamente meno della metà degli intervistati (43%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sull'abitudine al fumo: la percentuale sale al 65% nei fumatori.

Circa i due terzi dei fumatori (61%) hanno riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo.

Fig.6 Attenzione al fumo degli operatori sanitari (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008

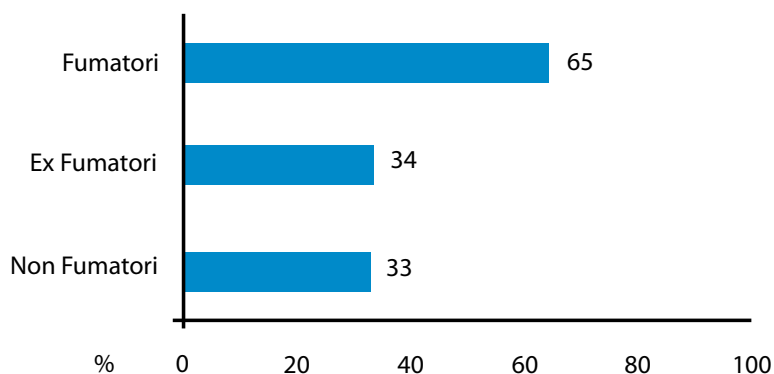
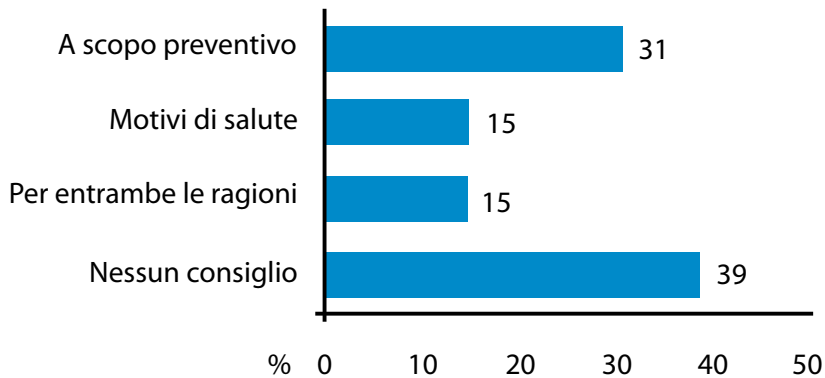


Fig.7 Consiglio di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008



Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne il consiglio ai fumatori di smettere di fumare sia nelle AUSL regionali (range 54% Forlì - 69% Modena), sia nelle Aree Vaste (65% Emilia Nord, 58% Emilia Centro e 55% Romagna).

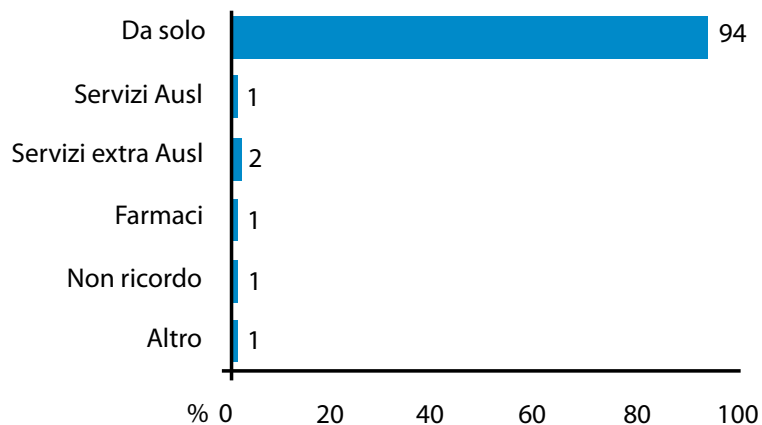
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il consiglio è stato riferito dal 61% dei fumatori, con significative differenze nel confronto interregionale (range: 42% prov. aut. Bolzano - 70% Campania).

Smettere di fumare

La quasi totalità degli ex fumatori (94%) riferisce di aver smesso di fumare da solo; solo l'1% ha riferito di aver fruito di servizi dell'AUSL. I valori rilevati sono sovrapponibili al dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale (96%).

Fra i fumatori, il 31% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (37% a livello nazionale).

Fig.8 Modalità di smettere di fumare negli ex fumatori (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008

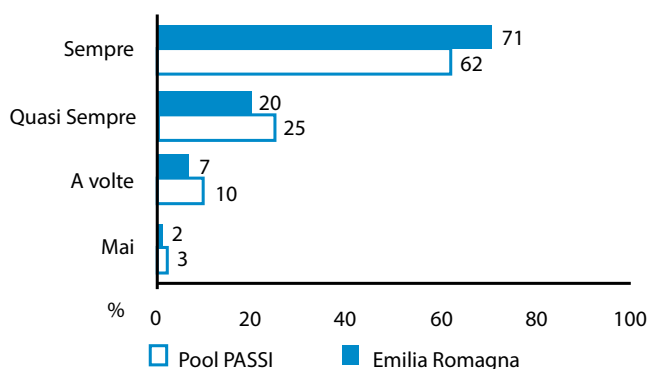


Fumo passivo

La percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

In Regione la maggior parte delle persone intervistate considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre (91%); non sono emerse differenze significative sia nelle AUSL regionali, sia nelle Aree Vaste, mentre è presente un gradiente territoriale Nord-Sud (range: 75% Campania - 95% prov. aut. Trento).

Fig.9 Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (%) PASSI 2008 (intervistati recatisi in locali pubblici negli ultimi 30 giorni)



La percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

La maggior parte dei lavoratori intervistati considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (89%); non sono emerse differenze significative sia nelle AUSL regionali, sia nelle Aree Vaste, mentre è presente un gradiente territoriale Nord-Sud (range: 79% Molise - 94% prov. aut. Bolzano).

Fig.10 Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (%) PASSI 2008 (lavoratori che operano in ambienti chiusi escluso chi lavora solo)

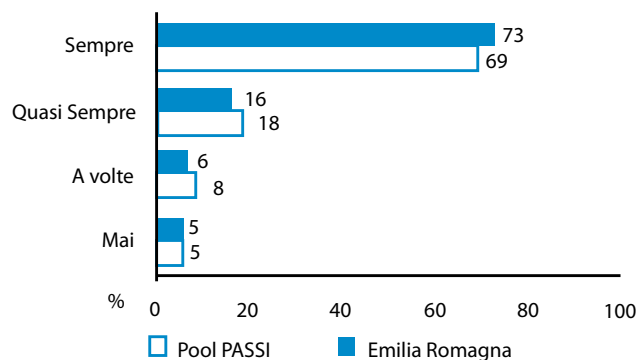


Fig.11 Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici
("sempre" o "quasi sempre") %
Pool PASSI 2008

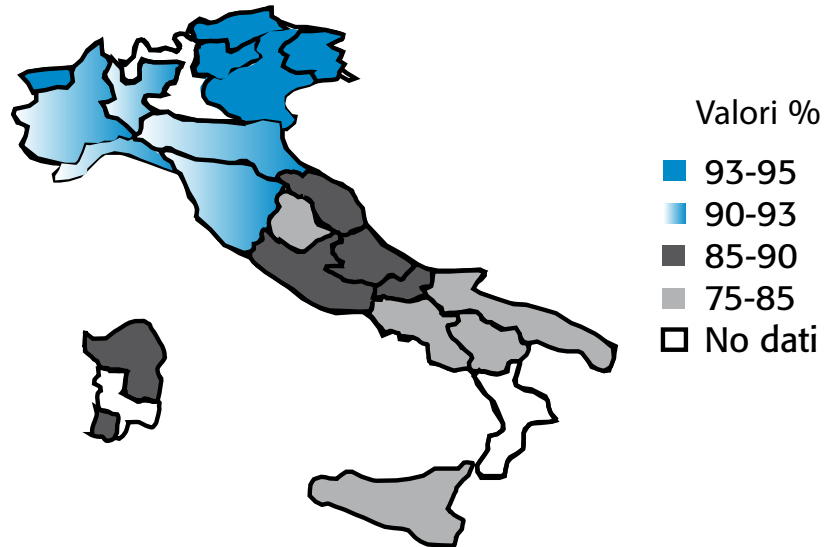
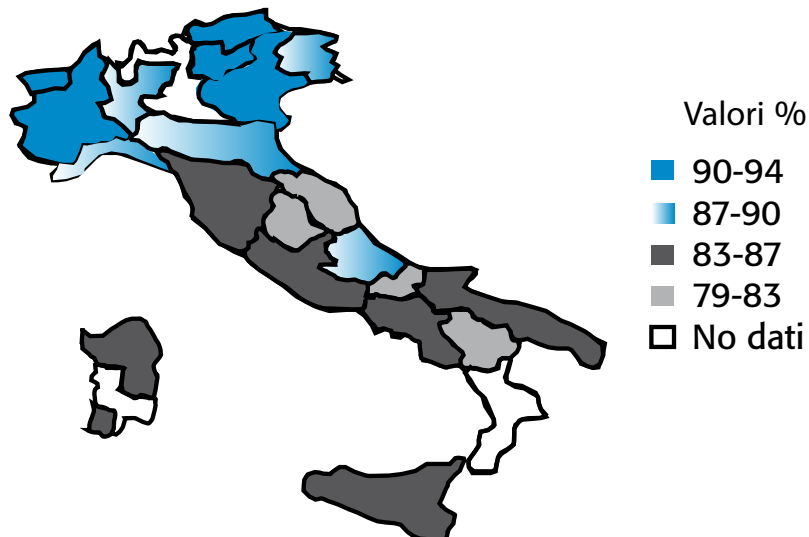


Fig.12 Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
("sempre" o "quasi sempre") %
Pool PASSI 2008



L'abitudine al fumo in ambito domestico, in particolare in presenza di minori

La maggior parte degli intervistati (71%) ha dichiarato che non si fuma in casa (70% nel 2007). In circa un terzo delle abitazioni si fuma: nel 22% in alcune zone e nel 7% ovunque.

Il rispetto del divieto di fumare in ambiente domestico assume un'importanza maggiore nelle abitazioni in

cui vivono bambini per i quali sono ampiamente documentati gli effetti sulla salute prodotti dall'esposizione cronica al fumo ambientale. In circa un quinto delle case in cui sono presenti minori si fuma (17% in alcune zone, 2% ovunque); i dati regionali sono sovrapponibili a quelli del Pool nazionale.

Considerazioni conclusive

Circa due fumatori su tre riferiscono di aver ricevuto il consiglio di smettere da parte degli operatori sanitari, ma la quasi totalità degli ex fumatori dichiara di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto e corsi dell'AUSL. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle AUSL regionali; le Aziende possono svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli sono efficaci nell'indurre un cambiamento.

Le criticità evidenziate sono state individuate tra le priorità d'intervento del recente Piano Tabagismo regionale del 2008.

Consumo di alcol a rischio

Sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI in Emilia-Romagna si stima che nel 2008 circa un quarto della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio. In Regione questa stima corrisponde a circa 690mila persone di 18-69 anni classificabili come bevitori a rischio, di cui 57mila nella fascia 18-24 anni.

I bevitori a rischio

Rispetto al consumo di alcol si considerano comportamenti a rischio tre modalità di assunzione:

- il forte consumo

>2 unità al giorno per gli uomini e >1 unità per le donne, sulla base della recente definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione che ha abbassato la definizione delle quantità-soglia, in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento

- il bere abitualmente fuori pasto

- il binge drinking

ossia il consumo almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione.

L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

In Emilia-Romagna il 36% degli intervistati è classificabile come astemio, il 41% come bevitore moderato e il 23% come bevitore a rischio, in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione ritenuta pericolosa.

Il 41% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

Fig.13 Consumo di alcol (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008

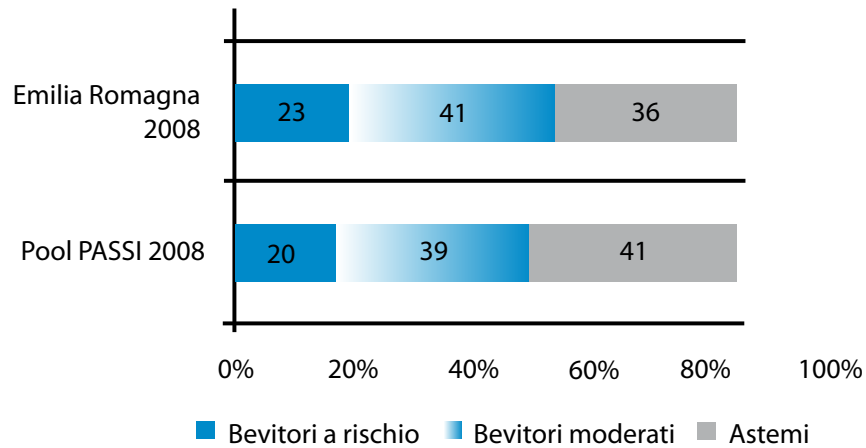
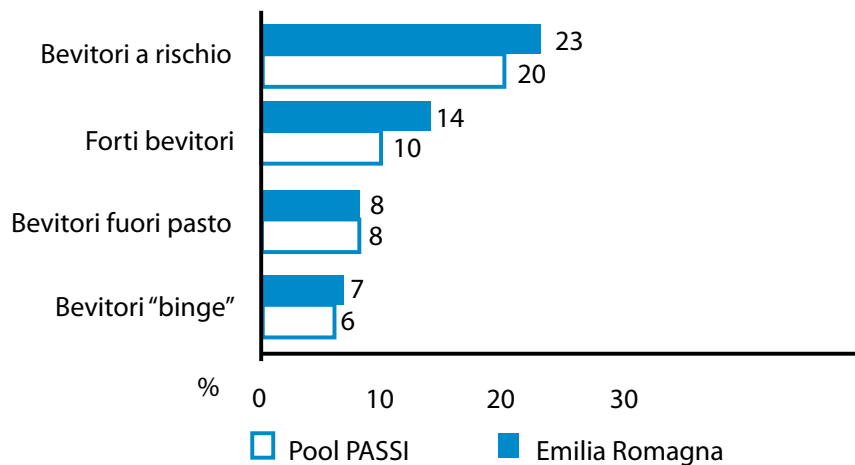


Fig. 14 Bevitori a rischio per categorie (I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (forti bevitori, fuoripasto e binge)
Emilia-Romagna PASSI 2008



Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:

- nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età quasi un giovane su due ha modalità di assunzione di alcol a rischio (47%)
- negli uomini
- nelle persone con molte difficoltà economiche.

L'analisi statistica multivariata conferma le associazioni rilevate.

Nelle AUSL regionali, Ferrara e Forlì presentano una percentuale di bevitori a rischio significativamente più bassa (range: 15% Forlì - 29% Parma); nelle Aree Vaste non sono emerse differenze significative (20% Romagna e Emilia Centro, 26% Emilia Nord).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i bevitori a rischio rappresentano il 20% del campione, con un marcato gradiente territoriale (range: 10% Sicilia e Campania - 37% Bolzano).

Fig. 15 Bevitori a rischio (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008

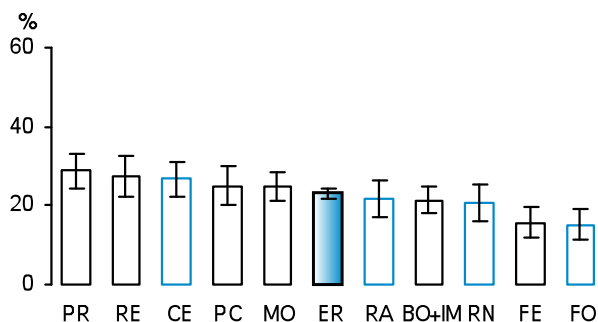


Fig. 16 Bevitori a rischio (%)
Distribuzione territoriale PASSI 2008

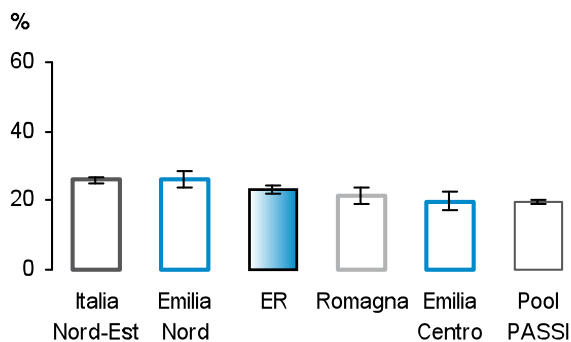
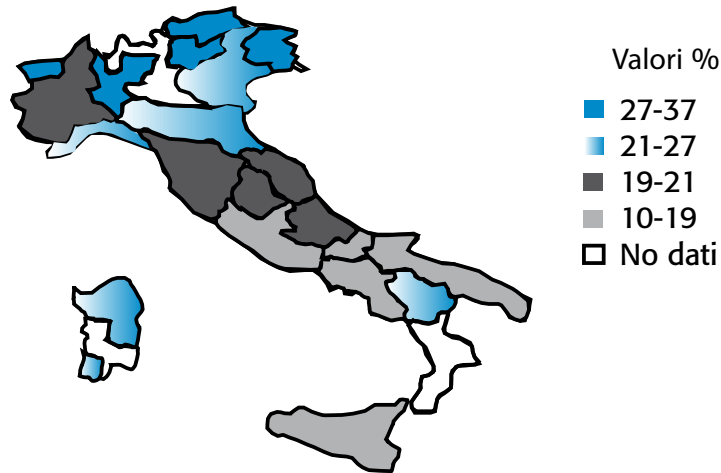


Fig. 17 Bevitori a rischio (%)
Pool PASSI 2008



Caratteristiche dei bevitori "binge"

Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda l'8% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso nei giovani di 18-24 anni (12%) e negli uomini (12% rispetto al 3% delle donne).

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

In Emilia-Romagna circa un sesto degli intervistati (16%) riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Solo il 3% riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è dell'8%; l'attenzione è un poco maggiore nei confronti dei bevitori "binge" (11%).

L'attenzione degli operatori sanitari rimane bassa in tutte le AUSL regionali (range: 10% Ravenna - 20% Rimini) e nelle Aree Vaste (16% Emilia Nord e Romagna, 17% Emilia Centro).

Anche nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, l'attenzione al consumo di alcol degli operatori sanitari è risultata bassa (16%) e mostra un evidente gradiente territoriale (9% Abruzzo - 23% prov. aut. Bolzano).

Guida sotto l'effetto dell'alcol

L'8% degli intervistati riporta di aver guidato nell'ultimo mese dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente; questa stima corrisponde in Regione a circa 240.000mila persone. La percentuale sale al 12% se si tiene conto solo delle persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato. Inoltre il 10% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre

è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne, con differenze statisticamente significative.

Controlli delle Forze dell'ordine

Nel 2008 in 7 Regioni/PA è stato somministrato un modulo opzionale di approfondimento sulla sicurezza stradale (complessivamente 5.200 interviste raccolte in Valle d'Aosta, prov. aut. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio).

Circa il 43% degli intervistati riporta di essere stato fermato dalle Forze dell'ordine nel corso degli ultimi 12 mesi come guidatore o passeggero, con una media di due controlli all'anno.

Solo il 14% dei fermati riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest (1% sul totale del campione).

La percentuale di persone che riferiscono il controllo con etilotest appare maggiore nei giovani: si va dal 22% dei 18-24enni al 3% dei 50-69enni.

Considerazioni conclusive

In Emilia-Romagna si stima che circa un quarto della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcol che possono essere considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio, in particolare per il binge drinking.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) sia negli operatori sanitari che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderare i consumi nei bevitori a rischio.

A livello locale gli operatori sanitari possono promuovere azioni di sensibilizzazione e responsabilizzazione delle Comunità locali sul consumo consapevole di alcol in collaborazione con Comuni, Istituzioni scolastiche, Associazioni ed Enti territoriali, come i Protocolli già in essere in alcune realtà dimostrano.

La guida sotto l'effetto dell'alcol rappresenta un problema (circa un guidatore su sei è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), che non riguarda solamente le classi d'età più giovani.

I controlli delle Forze dell'ordine con l'etilotest sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale in tutte le classi di età. Questi controlli sono ancora poco diffusi: rimane pertanto un ampio margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci.

Saggio a cura del Gruppo Tecnico PASSI Emilia-Romagna:

Nicoletta Bertozzi° Giuliano Carrozzi° Alba Carola Finarelli* Paola Angelini* Diego Sangiorgi° Lara Bolognesi° Letizia Sampaolo° Andrea Mattivi* Rossana Mignani* Anna Rita Sacchi° Alma Nieddu° Anna Maria Ferrari° Paolo Pandolfi° Sara De Lisio° Giovanni Blundo° Ivana Stefanelli° Aldo De Togni° Giuliano Silvi° Oscar Mingozzi° Patrizia Vitali° Fausto Fabbri° Michela Morri°

° Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL dell'Emilia-Romagna

* Direzione Generale Sanità e Politiche sociali Regione Emilia-Romagna

Bibliografia:

- PASSI Emilia-Romagna: i risultati del sistema di sorveglianza nel 2008 Collana Contributi Regione Emilia-Romagna

http://saluter.it/wcm/salter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni

- Il sistema di sorveglianza PASSI: risultati nazionali

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

DELLA SALUTE DEI GIOVANI

Una ricerca nella Provincia di Forlì-Cesena

2

"Stiamo entrando nell'era della psicochimica, ove ai farmaci si attribuisce la capacità di far sparire l'obesità, di far crescere i capelli, di scacciare la paura, di superare l'insonnia, di rendere euforico un depresso grave ecc. La vita medicalmente assistita è dietro la porta. Ci saranno le pillole infrasettimanali e quelle del week end, le pillole per le feste e, perché no, quelle per i lutti."

Claude Olivenstain, 2000

Premessa

"Della salute dei giovani" è il risultato di una ricerca condotta nella provincia di Forlì-Cesena, volta a conoscere le diverse concezioni della salute dei giovani e le pratiche messe in atto per raggiungerla. Ne esce un quadro estremamente interessante dove l'approccio biomedico pare integrarsi adeguatamente con una visione più olistica della salute e dove i comportamenti a rischio – rivisitati secondo nuove epistemologie – sembrano convivere pacificamente con azioni salutogenetiche. I giovani della provincia oggetto dell'indagine paiono aver riscoperto la salute come nuovo valore ma, nello stesso tempo, certi atteggiamenti sembrano rispondere sempre più a compiti di sviluppo nel processo di costruzione della propria identità.

La ricerca del benessere da parte dei giovani si articola e si sviluppa in modalità che non riguardano esclusivamente la salute, ma si rivolgono a un più generale benessere nel corpo, nell'alimentazione, nello sport come nella famiglia, nelle amicizie e nell'amore, che afferisce al paradigma bio-psico-sociale, coinvolgendo anche una dimensione più spirituale dell'esistenza. La sessualità, così come il consumo di alcol e di nuove droghe, sono trattati ripercorrendo le relative rappresentazioni culturali e collocati all'interno di stili di vita giovanili.

Nello specifico il tema cosiddetto delle "nuove droghe" si è ormai imposto all'attenzione tanto degli addetti ai lavori quanto dell'opinione pubblica; la necessità, più forte, oggi più di ieri, è quella di contestualizzare il fenomeno "uso ed abuso" all'interno dei più ampi fenomeni culturali e sociali che caratterizzano questa società post-moderna, per cogliere interamente la portata di una vera e propria svolta:

- il ricercare attivazioni "ottimali" attraverso l'alterazione dello stato psicofisico;
- il rispondere ad un contesto iper-prestativo che suscita un significativo aumento di vere e proprie "patologie dell'azione";
- l'emergere di una nuova "farmacopea dei desideri".

In questo quadro si collocano i giovani del nuovo secolo: ragazzi in movimento (non racchiudibili in un territorio specifico), ragazzi in evoluzione (dentro ai compiti di sviluppo), ragazzi che rischiano (rischio come dato esistenziale). Un rischio che impensierisce gli adulti, ma contagia i ragazzi nelle loro scelte, nei percorsi di crescita e di costruzione delle loro multiformi identità. Possiamo dire che esiste una dimensione positiva del rischio, rischi fisici e socio-psicologici come mezzi per raggiungere scopi evolutivi; allo stesso tempo, culturalmente, il saper rischiare sia come condizione per il successo che come sopravvalutazione dell'esperienza concreta e indebolimento della percezione del futuro.

Le condotte a rischio più frequenti, specie per impatto individuale e sociale sono quelle legate al consumo di

sostanze stupefacenti. L'ingresso sul mercato di sostanze poco conosciute in precedenza pone ancora oggi il quesito su quali siano i criteri per definire la "sostanza stupefacente" e per definire il consumatore un tossicodipendente; la definizione di "droga" nel mondo giovanile (ma non solo), in definitiva, sembra dipendere soprattutto da variabili culturali e di desiderabilità sociale piuttosto che dalle conoscenze relative agli effetti sulla salute.

La ricerca ha coinvolto 1116 giovani, di un'età compresa tra i 14 e i 29 anni; il campionamento si rifà al modello logico-rappresentativo per quote, o cosiddetto "a scelta ragionata", per cui un campione che sottostà a norme procedurali stabilite dal ricercatore [Cipolla 1988; Guala 2000]. L'insieme di riferimento empirico è stato costruito tenendo presenti e cercando il più possibile di mantenere le seguenti caratteristiche:

1. riferimento territoriale: le due zone comprese nell'indagine (Forlì, Cesena e il relativo circondario) ugualmente distribuite;
2. sesso: pari rappresentatività per entrambi i generi;
3. età: la fascia di età contemplata dall'indagine va dai 15 ai 29 anni;
4. status: campione composto da studenti e da una quota di lavoratori pari ad un 17%.
5. I luoghi di somministrazione prescelti per la distribuzione del questionario sono stati individuati in alcune aziende, al fine di raggiungere la quota dei lavoratori, e in scuole superiori e facoltà universitarie, per il restante campione. Sono stati poi coinvolti altri contesti "trasversali" quali autoscuole, palestre, centri di aggregazione, parrocchie, che hanno permesso di arrivare anche a ragazzi estranei alle due realtà suddette.

1. Contiguità alle droghe e gruppo dei pari nella Provincia di Forlì-Cesena

Il questionario, utilizzando un item proposto dall'Istituto di Ricerche nazionali IARD si è posto l'obiettivo di rilevare i comportamenti quotidiani che denotano livelli di "prossimità" al mondo della droga. La batteria di domande propone una progressione di situazioni che ci permettono di creare una scala di "vicinanza" e "lontananza" che misura quanto le "sostanze" siano presenti all'interno del mondo delle relazioni e dei gesti quotidiani dell'universo giovanile separando questi dal possibile consumo (tab.1)

Dall'osservazione dei dati si evidenzia una forte prossimità al mondo della droga sia come tema di confronto (70,3%) che come conoscenza di persone che ne fanno uso (73,2%) o che direttamente la utilizzano (58,9%). La prossimità è vicina al 50% anche rispetto al prendere in mano qualche tipo di droga o sentirselo offrire (maggiore nei maschi e in chi ha titolo di studio più alto). La prossimità è mediamente alta; nei contesti di vita, un giovane su due ha ricevuto la proposta di prendere in mano o acquistare droghe; non solo, colpisce il dato che oltre la metà dei nostri intervistati ha un amico che fa uso di droga e quindi la prossimità non è solo materiale ma anche socio-affettiva.

Questa tendenza è confermata dalla stessa ultima rilevazione IARD [Grassi 2002] che testimonia la prossimità dentro ad un trend in forte crescita. Come giustamente enuncia l'autore questo incremento va interpretato non solo come un effettivo aumento di sostanze nella quotidianità giovanile, ma anche come una maggior disponibilità degli intervistati ad ammettere l'esistenza del fenomeno (minor timore alla stigmatizzazione). In ogni caso le droghe oggi sono più visibili e "normali" rispetto al passato. Il dato di Forlì-Cesena non solo aumenta i valori mediamente di 10 punti percentuali rispetto allo IARD ma, in alcuni casi, li raddoppia ("Vedere o prendere in mano qualche tipo di droga" e "Sentire il desiderio di provare una droga").

Tab.1 - Frequenze relative al trovarsi in una delle seguenti situazioni:

	Mai	Una volta	LONTANANZA (Mai + Una volta)	Qualche volta	Spesso	VICINANZA (Qualche volta + Spesso)	v.a.
Parlare con qualche persona che abbia fatto uso di droga	21,4	8,4	29,8	40,7	29,5	70,2	1103
Conoscere persone che fanno uso di droghe	21,0	5,8	26,8	40,8	32,4	73,2	1102
Vedere qualcuno che stava usando droga	32,3	8,6	40,9	35,2	23,9	59,1	1096
Vedere o prendere in mano qualche tipo di droga	46,7	8,7	55,4	31,2	13,4	44,6	1098
Sentirsi offrire qualche tipo di droga	37,1	11,0	48,1	37,7	14,2	51,9	1100
Sentire il desiderio di provare una droga	63,3	9,9	73,2	20,0	6,8	26,8	1097
Avere un amico che fa uso di droga	39,7	7,4	47,1	29,9	23,0	52,9	1098

A Forlì e Cesena in particolare, ma nella riviera romagnola in generale, la presenza di droga è molto diffusa al punto da essere ormai parte del quotidiano giovanile. Le droghe sono quindi presenti sia nei gruppi formali che informali; nella nostra ricerca non sappiamo come siano acquistate, ma conosciamo la loro circolazione e quindi la facilità di un eventuale reperimento. Le barriere formali dei luoghi tendono a frantumarsi, i confini sono sempre più labili.

Il dato di questa ricerca dichiara un non consumo e un uso limitato di sostanze, a testimonianza di una scelta di non utilizzo, seppur le stesse siano a disposizione nei vari luoghi di incontro. Questo dato ci fa comprendere che anche coloro che sono assolutamente contrari all'assunzione di droga si trovano ad esperire una estrema vicinanza alle sostanze, un contatto diretto con coetanei assuntori e dunque una conoscenza nei loro quotidiani delle pratiche di consumo e delle piccole o grandi vicende legate al mondo degli stupefacenti (dove e come si acquistano, quanto costano, che effetti provocano, quando si utilizzano). Questo significa affermare l'aspetto culturale della questione, in poche parole le sostanze divengono oggetti culturali specifici del mondo giovanile. Andare oltre alla vicinanza o lontananza dalle stesse ma ribadire l'attribuzione di significati, i diversi stili nel consumarle [...] e quindi la costruzione di universi simbolici chiaramente diversi dagli universi di senso della cultura degli adulti [Mori 2004].

Un dato ci sembra particolarmente degno di attenzione: la contiguità alle droghe è maggiore nei giovani che hanno una media o alta disponibilità di denaro. Da un lato questo è naturale (più denaro, più possibilità di consumare, più possibilità di consumare "beni ricreativi") dall'altra maggior disponibilità di denaro può favorire

esperienze che necessitano di un costo, fra cui l'uso di droghe. Inoltre seppur non conosciamo i significati profondi sottesi all'item relativo al desiderio di provare una droga, fa riflettere questa connessione crescente denaro-prossimità-desiderio che emerge dal nostro ampio campione (seppur venga dichiarato un basso o nullo consumo).

Il nostro campione riflette una partecipazione a gruppi cosiddetti formali mediamente alta pari a un 57,0% (sono compresi i gruppi sportivi per un 42,0%), il resto privilegia una compagnia cosiddetta informale.

Il tema droga è un argomento oggetto di confronto e di curiosità anche nel gruppo d'amici (62,2% degli intervistati), maggiormente dai 18 anni in poi; parallelamente emerge una dichiarazione di non consumo, più basso rispetto ad altre ricerche realizzate. Analizzando il gruppo d'amici, la variabile genere evidenzia una maggior propensione all'uso nei gruppi maschili e nelle classi d'età comprese fra i 18 e i 25 anni (tab.2) e (tab.3).

Tab.2 - Opinioni e comportamenti nel gruppo d'amici per età. Valori %

Età	Si parla di droghe	Si fa uso di hashish/marijuana	Si fa uso di droghe sintetiche	Si consumano insieme alcol e droghe	Nessuno ha mai assunto droghe	Si consumano sostanze acquistate in smart shops
14-17	53,6	22,7	6,3	17,5	33,3	6,3
18-21	67,1	41,9	5,1	25,3	21,8	7,6
22-25	62,1	37,5	7,0	21,0	16,1	7,6
26-29	64,2	22,2	6,2	12,3	22,2	0
Tot. %	62,2	33,9	5,7	21,2	24,0	6,5
Tot. v.a.	668	369	63	230	257	71

Tab.3 - Opinioni e comportamenti gruppo d'amici per sesso. Valori %

Età	Si parla di droghe	Si fa uso di hashish/marijuana	Si fa uso di droghe sintetiche	Si consumano insieme alcol e droghe	Nessuno ha mai assunto droghe	Si consumano sostanze acquistate in smart shops
Maschio	63,8	35,6	6,2	23,4	23,9	6,7
Femmina	60,5	32,3	5,1	18,7	24,1	6,4
Tot. %	62,2	33,9	5,7	21,2	24,0	6,5
Tot. v.a.	677	372	62	232	260	71

Il consumo di droghe è pari ad un gruppo di giovani su tre per uso di cannabis e a un gruppo su venti per droghe sintetiche. L'associazione di alcol e droghe avviene in un gruppo su cinque. Uno su quattro gruppi non ha mai assunto droghe. Il 6,5% afferma di acquistare droghe allucinogene nei cosiddetti smart shop. In questo caso è interessante notare che i gruppi di giovani che hanno maggiore disponibilità di denaro dichiarano sia un maggior consumo di droghe (da sole o associate ad alcol) che l'acquisto delle stesse nei cosiddetti smart shop.

L'alto indice di autodeterminazione alla salute e il basso indice di rischiosità del nostro campione ci permettono di leggere la scarsa problematicità nell'uso/abuso di sostanze stupefacenti seppur l'estrema vicinanza mate-

riale alle stesse. Sostanze, quindi, come parte integrante della cultura e della comunicazione giovanile ma, rispetto a quanto dichiarato nel questionario, scarsamente utilizzate.

Gli adolescenti generalmente acquisiscono informazioni da amici e conoscenti, in genere più grandi o coetanei, che hanno già avuto esperienze di consumo, o in ogni caso gradi diversi di familiarità con le sostanze psicoattive. La compagnia, quale fonte d'informazione sulle droghe, generalmente precede i mass media e la scuola, spesso connotate meno positivamente e giudicate fonti poco obiettive, troppo centrate sugli effetti negativi e sui rischi delle droghe. L'azione deviante legata al consumo di droghe, oggi, non è dato dal tipo di sostanze (in realtà conosciute da molti anni) ma dalle modalità, dai tempi e dai luoghi della loro assunzione, dalla tipologia dei consumatori e dalle rappresentazioni sociali sottese al loro consumo.

L'analisi dei dati porta a sostenere che il comportamento degli amici sembra, sostanzialmente, coeso o, quantomeno, associabile a quello del singolo. Infatti, tra coloro che presentano un buon indice di autodeterminazione della salute, si dichiara che tra amici si parla di meno di droga, si consumano meno cannabinoidi, meno frequentemente capita loro di consumare assieme alcol e droghe. Al contempo, il sub-campione che fa rilevare un indice di contiguità con condotte "a rischio" più elevato, ha, coerentemente, amici che seguono il medesimo stile di vita. Si riportano in tal senso due correlazioni relative al consumo di hashish e marijuana (tab.4) e (tab.5).

Tab.4 - Consumo di hashish/marijuana tra gli amici per indice di autodeterminazione della salute (% di colonna)

	Indice medio-basso	Indice intermedio	Indice alto
Si consumano	54,2	31,5	21,5
Non si consumano	41,3	59,3	71,1
Non sa	4,5	9,2	7,5
Totale v.a.	179	619	228

Tab.5 - Consumo di hashish/marijuana tra gli amici per indice di rischiosità (% di colonna)

	Indice basso	Indice intermedio
Si consumano	24,8	65,2
Non si consumano	67,4	26,4
Non sa	7,7	8,5
Totale v.a.	737	201

2. Rappresentazione e comportamento/consumo

La corretta individuazione della rappresentazione e degli atteggiamenti pro o contro le droghe e i rischi connessi sono molto importanti sia per ragioni descrittive ma anche per la clinica e soprattutto per le attività di prevenzione perché permette di mirare l'intervento su quegli aspetti che orientano l'individuo in modo più o meno consapevole verso la loro assunzione.

La pericolosità rispetto alle singole sostanze è stata richiesta riguardo ad una rappresentazione e ad un parametro di giudizio sociale e giovanile sul concetto di droga in generale. Inoltre nella rappresentazione delle varie sostanze stupefacenti illegali maggiormente conosciute abbiamo inserito anche nicotina e alcol come sostanze

di frequente consumo tra i giovani e d'accesso immediato (tab.6).

Tab.6 - Quali fra le sostanze di questo elenco, secondo te, sono droghe? (% di riga)

	Non la conosco	Non è una droga	È una droga leggera	È una droga pesante	Tot. v.a.
Nicotina	4,6	32,4	54,3	8,7	1102
Alcol	1,9	49,5	36,8	11,8	1103
Hashish/marijuana	1,8	4,1	71,7	22,4	1105
Acidi/LSD	8,3	2,0	7,1	82,5	1105
Ecstasy	1,8	1,3	10,1	86,8	1102
Cocaina	1,6	1,5	4,5	92,3	1098
Popper	31,0	5,2	22,2	41,7	1116
Eroina	1,9	1,2	2,2	94,7	1116
Anfetamine	8,0	6,3	18,0	67,7	1099

Gli approfondimenti per nicotina e alcol sono spostati nei rispettivi saggi mentre le altre sostanze sono trattate nei paragrafi a seguire.

Prima di analizzare le singole sostanze sia sulla rappresentazione del livello di pericolosità che sull'eventuale assunzione, la tab.8 offre uno sguardo d'insieme sulle rappresentazioni di tutte le sostanze messe a confronto: complessivamente, emerge che le sostanze elencate sono in prevalenza considerate droghe, seppur il giudizio rispetto alle stesse sia differenziato (in linea con i rapporti IARD 1998 e 2002). Da evidenziare che tre giovani su quattro considerano i derivati della cannabis come droga leggera, che la metà degli stessi valuta l'alcol come non droga, che un giovane su quattro considera il popper una droga leggera e uno su quattro non conosce il popper. La rappresentazione di pericolosità della cocaina è rapportabile all'eroina (92,3% vs. 94,7%), più tolleranza culturale per le anfetamine rispetto alle altre droghe sintetiche (ecstasy e acidi/lsd).

Dato il carattere divulgativo di questo saggio all'interno del RAPPORTO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE AREA VASTA ROMAGNA, anno 2010, ci limitiamo ad alcune osservazioni conclusive sui comportamenti uso e abuso più rilevanti emersi da questa ricerca, e rimandiamo per gli approfondimenti alla pubblicazione Franco Angeli: C.Cipolla, G.Pini, P.Ugolini, Della salute dei giovani, Mi, 2006.

Conclusioni

Il dato che emerge dalla ricerca sul tema droghe è molto diverso da quello rilevato nella ricerca notturna nei locali del divertimento giovanile della riviera cesenate nel 2003. I contesti e la rilevazione in orario diurno sono variabili che possono selezionare la popolazione giovanile studiata e, quindi, influenzare le opinioni, gli atteggiamenti e i comportamenti dichiarati; il quadro è molto diverso anche se alcuni risultati della nostra ricerca relativi a marijuana e a cocaina meritano un'attenzione particolare.

La sostanza maggiormente assunta è la marijuana, per quanto riguarda un consumo che possiamo definire "regolare" (7,2%) e "raro" (26,6%); la bassa percentuale del consumo nel week-end lascia aperto un nuovo uso della stessa, più ordinario, meno legato al fine settimana.

L'assunzione di ecstasy è modesta; degni di attenzione, i risultati riscontrati per l'uso di cocaina ove il dato del

consumo "raro" si rivela essere più del doppio rispetto ai consumatori di droghe sintetiche.

La fascia d'età 22-25 anni è quella che nel consumo "raro" utilizza in misura maggiore cannabinoidi, ecstasy e cocaina.

Il dato diverso, rispetto ad altre ricerche, risiede nella constatazione che la modalità d'uso riguardante il week-end è molto bassa, anche per la marijuana, ma si può ipotizzare una dispersione delle risposte fra le due frequenze "qualche volta" e "solo nel week-end".

Il dato che emerge dalla ricerca notturna della riviera cesenate come da altri Osservatori nazionali e regionali o ricerche realizzate nei contesti del loisir giovanile descrivono un altro giovane, con opinioni, atteggiamenti e comportamenti diversi da quello emerso nella nostra ricerca. Questo forse non è un dato rilevabile con lo strumento del questionario.

Questo, quindi, ci impone l'utilizzo di altri strumenti, oppure i giovani di Cesena e Forlì sono più virtuosi (come attestano gli alti indici di benessere bio-psico-sociale e di autodeterminazione delle salute e i bassi indici di rischiosità) oppure ancora, sono più consapevoli dei rischi e non abusano oppure gli interventi socio-sanitari e socio-educativi di questi anni hanno inciso sulla cultura giovanile locale e sui fattori protettivi ... oppure, infine, lasciamo questi punti di sospensione come invito ad approfondire questi dati con una seconda ricerca non standard, verso una logica dei flussi continui che coinvolga maggiormente i livelli socio-culturali.

In ogni caso l'abuso di alcol, il policonsumo, il frequente consumo di marijuana e il "raro" uso di cocaina (considerando l'età dei nostri intervistati) fanno pensare alla necessità di impegnarsi di nuovo in campagne preventive capillari, ma differenziate e mirate a seconda dei luoghi (scuole, discoteche, pub, gruppi informali, raduni musicali, locali in genere ecc) e delle persone a cui sono dirette con alta attenzione all'appropriatezza del linguaggio e alla differenziazione della modalità comunicativa.

Gli obiettivi della prevenzione, oltre ad informare in modo scientificamente corretto, dovrebbero favorire in generale lo sviluppo di fattori protettivi (nella persona, nel gruppo, nella famiglia, nella scuola e nei contesti di vita e di relazione) e nello specifico aumentare la percezione del rischio, la capacità di gestire il rischio derivato dal consumo di sostanze e aumentare il senso di responsabilità nel gruppo dei pari.

Riferimenti bibliografici

Baraldi C., Rossi E., (a cura di), 2002, La prevenzione delle azioni giovanili a rischio, F. Angeli, MI

Beck U., 1997, Figli della libertà: contro il lamento sulla caduta dei valori, in Rassegna Italiana di sociologia, m. XLI, 1

Grassi R., 2002, Tra presenza e fuga: il consumo di stupefacenti, in Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A., *Giovani di nuovo secolo*, Il Mulino, BO

Mori L., 2004, *I giovani come stranieri*, F. Angeli, MI

U. Nizzoli, 2004, L'utilizzo di sostanze psicotrope, in U. Nizzoli, C. Colli, *Giovani che rischiano la vita*, McGraw-Hill, MI

SESTANTE n° 12, *Spazi e Tempi Stupefacenti: divertimento, sperimentazione e rischio giovanile*, AUSL Cesena, settembre 2000.

Ugolini P. (a cura di), 2005, *Qualità e outcome nelle dipendenze*, F. Angeli, MI

L'INFORM-AZIONE PARTECIPATA

3

Strumenti di ricerca e intervento per gestire i comportamenti a rischio della popolazione giovanile

Introduzione

Gli studi sulla popolazione giovanile descrivono un cambiamento radicale tuttora in atto, di comportamenti, di stili di vita e di atteggiamenti. La diffusione del consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali, l'aumentato consumo di alcolici tra i giovani o giovanissimi, la diffusione del binge drinking, e tutta una serie di altri comportamenti in cui l'assunzione di rischio sembra essere una caratteristica predominante, descrivono una situazione in continua evoluzione.

Il primo scopo condiviso dai programmi di prevenzione che operano nei contesti del divertimento giovanile è fornire informazioni sulle sostanze d'abuso, come alcol, cannabinoidi, ecstasy, eroina, cocaina ecc.; nello specifico più dell'80% dei programmi europei basano il loro intervento su tale strategia.

Dalla vasta ricerca effettuata dal "Progetto Mosaico"¹ in 6 città del territorio nazionale nel 2003 emerge come l'informazione dei ragazzi sulle sostanze psicoattive sia abbastanza alta, ma come viene confermato anche dallo studio commissionato dall'IREFREA "Enjoying the night life in Europe. The role of moderation" la percezione del rischio legato al consumo di tali sostanze varia considerevolmente a seconda delle abitudini personali. I consumatori tendono a sottovalutare i rischi connessi con l'uso mentre i non consumatori tendono a sovrastimarli.

È per questi motivi che abbiamo voluto ricercare gli strumenti più efficaci per una prevenzione orientata a gestire i rischi della popolazione giovanile, in particolare negli ambienti del divertimento notturno, servendoci dell'informazione come strumento per una ricerca-intervento orientata alla riduzione del danno.

Obiettivi e metodologia della ricerca

Lo scopo della ricerca è fornire una descrizione del target di Notti Sicure in riferimento alle conoscenze in loro possesso, per consentire una più accurata pianificazione d'intervento.

Il progetto Notti Sicure è un progetto di prevenzione e di riduzione dei comportamenti a rischio volto a fornire un punto di aiuto e pronto intervento per chi ha problemi e difficoltà legate ad alcool e uso di sostanze, in particolare nuove droghe, nel corso della notte; consolidato da più di dieci anni nel territorio cesenate e promosso dal Ser.T. dell'Azienda U.S.L. di Cesena.

Abbiamo quindi creato uno strumento ad hoc denominato "Strumento Questionario" che si configura come software per la raccolta dati.

L'utilizzo del computer è uno degli elementi di novità della ricerca che ha consentito di convogliare in uno stesso

¹ Bagozzi F., Cippitelli C., 2003, "Giovani e nuove droghe: 6 città a confronto. Il progetto mosaico come modello di intervento", Ed. Franco Angeli.

strumento tre attività centrali nel processo preventivo del progetto Notti Sicure: indagare sulle caratteristiche del target, fare informazione sui rischi legati al consumo di alcol, sostanze e comportamenti sessuali e, non meno importante coinvolgere i ragazzi che entrano in contatto con il progetto in una seppur breve relazione con gli operatori.

Strumento questionario è costituito da una parte di questionario che indaga sul livello di conoscenze riguardo tre tematiche principali: Alcol, Sostanze psicoattive illegali, Sesso sicuro/emergenze sanitarie; una parte di restituzione dei risultati in cui vengono mostrati graficamente i punteggi ottenuti nel questionario; e una parte informativa con dei link accessibili dalla pagina dei risultati, contenenti le informazioni richieste nel questionario e ulteriori approfondimenti.

La ricerca ha coinvolto 123 soggetti di cui 83 maschi (67,5%) e 40 femmine (32,5%) che sono entrati in contatto con il progetto Notti Sicure nel periodo compreso tra il 30 Giugno e il 23 Agosto 2009. L'analisi descrittiva condotta sul gruppo di ricerca ha riguardato le variabili "luogo dell'intervento", "età", "sesso", "stato occupazionale", "titolo di studio" e "drink bevuti".

L'età media degli intervistati è 25 anni e la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella che va dai 18 ai 21 anni con 35 soggetti (28,5%) e a seguire la fascia dai 22 ai 25 anni con 34 soggetti (27,6%), si può dire quindi che più della metà degli intervistati è di età compresa tra i 18 e i 25 anni. Gli interventi di Notti Sicure, all'interno dei quali veniva somministrato il questionario, sono stati effettuati nel territorio cesenate. Nello specifico hanno interessato il comune di Borghi durante il festival itinerante Wise Rock, il comune di Cesena in tre diversi luoghi, il Nero su Bianco, un locale del centro città frequentato per la maggior parte da studenti universitari, la piscina comunale in cui vengono organizzate delle feste durante l'estate, frequentate prevalentemente da adolescenti, e Villa Silvia un festival di musica rock con possibilità di pernottamento della durata di quattro giorni; il comune di Cesenatico in due diverse postazioni: il Batija una postazione di passaggio nei pressi del molo e la Piazza Costa, durante la Notte Rosa l'unità mobile era posteggiata al Batija; il comune di Gambettola; il comune di S. Piero in Bagno; e il comune di Verghereto durante il Wise Rock.

In relazione al titolo di studio il gruppo di ricerca è così distribuito: un solo soggetto ha la licenza elementare, 18 soggetti sono in possesso della licenza di scuola media inferiore, 10 hanno l'attestato di qualifica professionale (3 anni), 63 soggetti hanno il diploma di scuola media superiore, 8 soggetti hanno il diploma universitario o la laurea triennale e 23 soggetti sono in possesso di una laurea. Attraverso la ricodifica attuata per tale variabile si può osservare che il 59,3% ha un titolo di studio medio, il 25,2% ha un titolo di studio alto e il 15,4% dei soggetti ha un titolo di studio basso.

Per quanto riguarda lo stato occupazionale 10 soggetti sono disoccupati o in cerca di prima occupazione, 34 soggetti sono studenti, 15 sono studenti e lavoratori, 19 sono occupati saltuariamente o stagionali e 45 soggetti sono occupati stabilmente. Attraverso la ricodifica effettuata possiamo quindi affermare che il 52% dei soggetti è lavoratore, il 39,8% è studente e l'8,1% è disoccupato.

Relativamente ai drink bevuti dai dati raccolti si evince che 54 soggetti non hanno bevuto nessun drink al momento della compilazione del questionario, 20 soggetti hanno bevuto un drink, 31 soggetti hanno bevuto 2 o 3 drink e 18 soggetti ne hanno bevuti 4 o più di 4.

L'elaborazione dei dati è stata condotta attraverso il calcolo delle frequenze relative ai punteggi ottenuti nelle tre categorie principali (Alcol, Sostanze, Sesso sicuro/emergenze sanitarie) e nelle rispettive sottocategorie. L'analisi delle frequenze riferite ai singoli item, inoltre, ci ha permesso di individuare le conoscenze specifiche di cui il gruppo di ricerca è in possesso, e quelle per cui si riscontrano delle lacune. Infine attraverso i modelli

di regressione logistica abbiamo messo in relazione i dati anagrafici del campione con i punteggi ottenuti nelle tre categorie e nelle rispettive sottocategorie, considerando statisticamente significativi i valori di $p < 0.05$.

Valutazione dei risultati

Dall'indagine è emerso che il grado di conoscenza sulle tematiche analizzate è mediamente alto, infatti la media dei punteggi totali, che vanno da un minimo di 0 a un massimo di 100, è di 79,9. Nel complesso si osserva che il 54,5% dei ragazzi (67 soggetti) ha ottenuto un punteggio superiore a 80, la fascia più alta possibile, e che il 42,2% ha raggiunto un punteggio compreso fra 61 e 80, solo 4 ragazzi (3,3%) hanno ottenuto un punteggio inferiore o uguale a 60 (fig.1).

Lo stesso tipo di risultati si ottengono nelle tre categorie principali: per la Categoria Alcol (fig.2), il cui punteggio massimo ottenibile è 20 la media dei punteggi ottenuti è 16,5; per la Categoria Sostanze (fig.3), il cui punteggio massimo ottenibile è 68, la media dei punteggi è 57,8; per la Categoria Sesso sicuro/Emergenze sanitarie (fig.4), il cui punteggio massimo ottenibile è 12 abbiamo ottenuto un valore medio di 9,7.

Fig. 1 Frequenze dei punteggi totali ottenuti dai soggetti

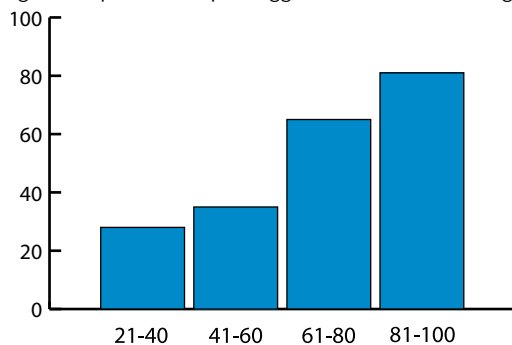


Fig. 2 Frequenze dei punteggi riguardanti la categoria Alcol

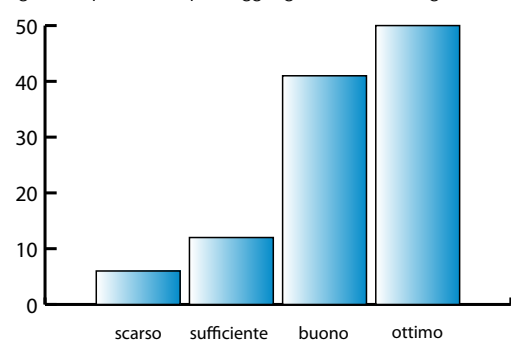


Fig. 3 Frequenze dei punteggi riguardanti la categoria Sostanze

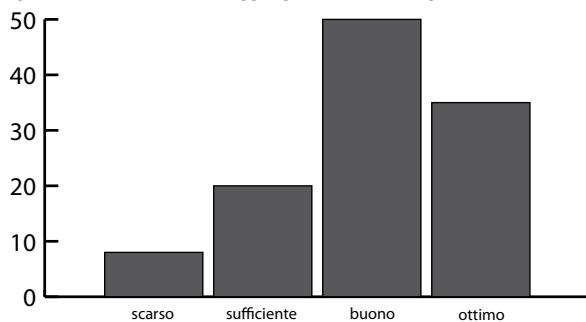
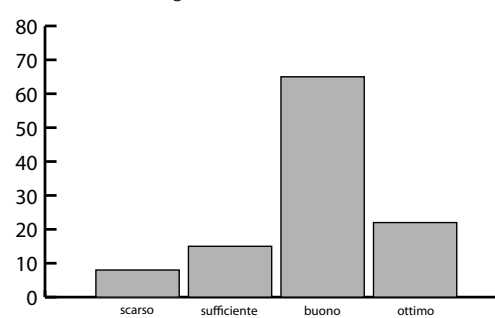


Fig. 4 Frequenze dei punteggi riguardanti la categoria Sesso sicuro/Emergenze Sanitarie



Anche se dai punteggi medi delle categorie e delle sottocategorie emerge una buona conoscenza degli argomenti trattati, dall'osservazione dei punteggi ottenuti nei singoli item, emergono alcune criticità interessanti.

Alcol

Nei confronti dell'alcol si evince una notevole confusione nella comprensione delle norme del codice della strada in relazione alla guida in stato d'ebbrezza; alla domanda "Se le Forze dell'Ordine chiedono di effettuare l'esame con l'alcolimetro, il conducente può rifiutare?" il 46,3% del campione (57 soggetti) ha risposto in modo sbagliato o non ha saputo rispondere; si osserva inoltre come alcune credenze popolari rispetto al consumo di alcolici siano ancora radicate tra i giovani: il 43,9% del campione (54 soggetti) crede che l'alcol aiuti a proteggersi dal freddo e il 30,1% (37 soggetti) crede che l'alcol favorisca la digestione.

Sostanze psicoattive

Relativamente agli item inerenti le sostanze psicoattive, in particolare abbiamo indagato eroina, cocaina, lsd, ecstasy, cannabis e smart drugs, i dati più interessanti affiorano nelle domande sugli effetti immediati e a lungo termine del consumo di tali sostanze; i risultati più significativi interessano proprio le sostanze maggiormente diffuse tra i giovani cioè la cannabis, l'ecstasy e la cocaina. Gli effetti immediati della cannabis non sono stati riconosciuti da più della metà dei soggetti, il 51,2% del gruppo di ricerca; tale tendenza si rispecchia anche per quanto riguarda l'ecstasy e in maniera ancora più netta, infatti in questo caso è addirittura il 60,2% del campione (74 soggetti) a non saper rispondere in maniera corretta alla domanda sugli effetti immediati; nelle domande sulla cocaina emerge sorprendentemente che il 33,3% del gruppo di ricerca (41 soggetti) non sa definire la sostanza e, dato ancora più significativo, il 42,3% del gruppo di ricerca, cioè 52 soggetti non sanno riconoscerne gli effetti a lungo termine.

Nelle domande in cui si chiede di riconoscere la sostanza da una fotografia, che permettono di osservare il grado di prossimità a tali sostanze, emergono non poche incertezze nel riconoscimento dell'lsd, il 30,9% del campione (38 soggetti) non riesce a riconoscerlo (di cui il 23,6% lo confonde con un'altra sostanza e solo il 7,3% cioè 9 persone rispondono "non lo so"), e delle smart drugs il 17,9% (22 soggetti) non le riconosce (in questo caso sono di più le persone che ammettono di non saper rispondere, 13%, che coloro che rispondono in maniera sbagliata).

Sesso sicuro/emergenze sanitarie

Per quanto riguarda le "emergenze sanitarie" emerge che 93 soggetti, pari al 75,6% del gruppo di ricerca non sa indicare quali sono i sintomi prevalenti del colpo di calore e che il 22,8% (28 soggetti) non sa in che modo soccorrere una persona che ha un colpo di calore.

Abbiamo quindi voluto mettere in relazione i dati anagrafici del gruppo di ricerca, cioè l'età, il sesso, il titolo di studio e lo stato occupazionale con i punteggi ottenuti nella tre categorie (Alcol, Sostanze e Sesso sicuro/ Emergenze sanitarie) e nelle rispettive sottocategorie, per verificare se esistono delle correlazioni significative. Per far questo abbiamo deciso di utilizzare i modelli di regressione logistica in quanto strumento finalizzato a ottenere stime il più possibile corrette degli effetti causali esercitati da una o più variabili indipendenti sulla variabile dipendente di interesse. Abbiamo stabilito dei cut off specifici per le tre categorie utili per discriminare il grado di informazione da un livello soddisfacente a un livello non sufficiente (Alcol>7; Sostanze>23; Sesso

sicuro/Emergenze sanitarie \geq 4), e per le rispettive sottocategorie (Alcol \geq 3; Alcol e Guida \geq 2; Miti dell'Alcol \geq 3; Eroina, Cocaina, Cannabis, Ecstasy, Lsd \geq 4; Smart Drugs \geq 2; Sesso sicuro \geq 3; Emergenze sanitarie \geq 1). Dall'analisi svolta si nota come il livello di scolarizzazione condiziona i punteggi ottenuti, in generale possiamo inferire che più è alto il grado di istruzione maggiori sono i risultati. Senza entrare nel merito delle singole correlazioni ottenute attraverso l'elaborazione dei dati possiamo affermare che tale dato era sicuramente prevedibile e, in parte, atteso.

Gradimento questionario

Infine abbiamo analizzato i risultati ottenuti nelle domande sul gradimento percepito rispetto alla compilazione di tale questionario, è bene specificare che per ragioni tecniche tali domande sono state poste solo a 96 soggetti dei 123 del campione totale.

Alla domanda "Quanto è stato utile il questionario secondo te?" (fig.5) il 39,6% del campione (38 soggetti) risponde "molto", il 49,6% (47 soggetti) risponde "abbastanza", l'8,3% (8 soggetti) risponde "poco" e il 3,2% (3 soggetti) risponde "per niente". Alla domanda "Ti ha portato nuove informazioni?" (fig.6) il 27,1% del campione risponde "molto", il 50% (48 soggetti) risponde "abbastanza", il 16,7% (16 soggetti) risponde "poco" e il 6,3% del campione (6 soggetti) risponde "per niente".

Fig. 5 Frequenze domanda "quanto è stato utile il questionario secondo te"

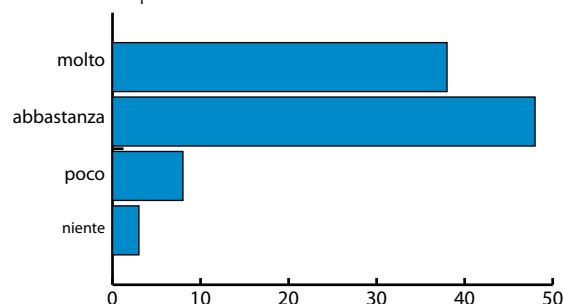
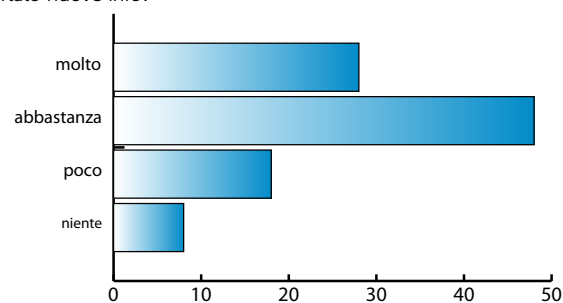


Fig.6 Frequenze domanda "ti ha portato nuove info?"



Rispetto ai dati emersi si può affermare che il livello di conoscenze del target di Notti Sicure è mediamente alto, infatti il campione ottiene punteggi alti in tutte e tre le categorie e di conseguenza anche nelle sottocategorie. Le difficoltà che emergono dall'analisi dei singoli item forniscono delle indicazioni importanti per la progettazione

di interventi futuri; la confusione riscontrata nei confronti delle norme del codice della strada in relazione alla guida in stato d'ebbrezza può essere dovuta sia al fatto che tali soggetti non si sono informati in maniera adeguata su questi temi, sia a una generale confusione legata alle continue modifiche a cui tali normative sono state sottoposte negli ultimi anni. In riferimento a ciò, infatti, gli stessi operatori del progetto hanno lamentato delle difficoltà nel rintracciare i dettagli tecnici di tali normative e quindi nel comunicarle adeguatamente ai ragazzi, soprattutto in risposta alle questioni da loro sollevate.

Le difficoltà nel riconoscere gli effetti immediati delle sostanze; in maniera particolare spiccano le risposte relative alla cannabis e all'ecstasy, in quanto superano la metà del gruppo di ricerca e, se da un lato possono essere indici di un consumo ridotto di tali sostanze (si può ipotizzare infatti che coloro che non hanno saputo rispondere non avendo mai consumato tali sostanze non abbiano saputo riconoscerne gli effetti), possono anche essere legate al modo con cui sono state poste le domande. È bene sottolineare che la cannabis e l'ecstasy sono tra le sostanze più diffuse tra i giovani; questo dato potrebbe quindi far propendere verso la seconda ipotesi e cioè che gli scarsi punteggi siano dovuti a disattenzione causata da un'eccessiva prolissità delle opzioni di risposta nelle domande esaminate. A conferma di ciò alcune critiche mosse da tre componenti del gruppo di ricerca che, durante la compilazione del questionario, si riferivano proprio a tali argomentazioni. I punteggi ottenuti nelle domande sul colpo di calore: più della metà dei componenti del gruppo di ricerca non sa riconoscere i segni fisici che annunciano lo svilupparsi di un colpo di calore e quasi un terzo di essi non sa come agire correttamente per soccorrere una persona in preda a un colpo di calore, ci comunica un dato tanto interessante quanto allarmante; se si considera, infatti, che le condizioni ambientali che caratterizzano gran parte dei locali del divertimento e le modalità con cui tale divertimento si sviluppa prevedono un margine di rischio affatto trascurabile di incorrere in un colpo di calore, emerge la necessità di ampliare e/o approfondire le strategie informative su questi temi. Ai fini del progetto è importante quindi intensificare l'opera di informazione sulle emergenze sanitarie più frequenti negli ambienti giovanili così da fornire un adeguato livello di conoscenza in grado di poter contrastare o ridurre l'impatto di tali situazioni.

Le domande sul gradimento, infine, indicano che tale strumento è stato percepito come utile e in grado di dare nuove informazioni. Tale dato, oltre a comunicare un alto gradimento percepito dal campione nei confronti dello strumento, restituisce un feedback positivo agli elementi interattivi del programma che avevano proprio lo scopo di ampliare le conoscenze personali, come la restituzione istantanea dei risultati, i link informativi e l'interazione con l'operatore. Sono infatti proprio tali elementi che agiscono direttamente sul campione e che ci consentono di definire lo "strumento questionario" come uno strumento di ricerca ma anche di intervento.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- A.A.V.V., *Enjoying the Nightlife in Europe. The Role of Moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca, 2003.
- A.A.V.V., *Profilo di comunità – Comuni del territorio cesenate (seconda parte: offerta e domanda dei servizi sociali e sanitari)*, Servizio Epidemiologia e Comunicazione – Dipartimento Sanità Pubblica - Azienda USL Cesena, Cesena, 2008.
- A.A.V.V., (a cura di Ferri, M., e Saponaro, A.), *Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia Romagna, Regione Emilia Romagna, Bologna, 2007.*
- Baraldi, C. et Rossi, E., *La prevenzione delle azioni giovanili a rischio*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Intaschi, G., *Farmaci e sostanze di abuso*, in "Divertimento sicuro – Promozione di una cultura della sobrietà nei contesti di socializzazione giovanili", pp. 123-163, Tagete Edizioni, Pontedera, 2000.

Droghe nella notte.

Una ricerca sulla costa romagnola

4

Introduzione: la ricerca

Il volume "Droghe nella notte", curato da Costantino Cipolla (Università di Bologna) e da Manuela Martoni (Ausl di Ravenna) e edito da FrancoAngeli, rappresenta l'esito di un progetto empirico ambizioso volto a sondare alcuni aspetti connessi alle condotte a rischio (assunzione di sostanze psicoattive, condotte sessuali imprudenti, guida pericolosa, gambling, per fare qualche esempio) tra giovani frequentatori di locali del loisir della costa emiliano-romagnola.

Nel libro si riportano i principali risultati di uno studio – realizzato nell'ambito del progetto di prevenzione SafeStyle dell'Ausl di Ravenna (Distretto di Lugo) – che ha coinvolto 5.233 giovani intervistati in 22 diversi luoghi del divertimento nel periodo compreso tra maggio e ottobre 2007. Si tratta di un risultato che si commenta da sé e che ha coinvolto risorse economiche ed umani ingenti, soprattutto considerando che i questionari sono stati somministrati nel pieno della notte.

Il gruppo di riferimento empirico è stato il frutto di un processo di autoselezione in quanto coloro che hanno risposto alle domande del questionario lo hanno fatto attraverso una scelta spontanea dopo aver ricevuto informazioni al drug infopoint disposto all'interno dei locali. Il tasso di caduta, ovvero la percentuale di coloro che non hanno aderito all'invito a compilare il questionario, si attesta sul 5% circa.

La composizione del gruppo di riferimento empirico pare ben rappresentare la popolazione dei locali notturni: il 63,8% è costituito da maschi ed il restante 35,2% femmine; per quanto concerne le classi di età, circa 7 intervistati su 10 appartengono alla fascia compresa tra i 18 e 25 anni. Infine, un giovane su due appartiene alle province dell'Emilia-Romagna, mentre nel restante 50% dei casi la provenienza deriva da altre regioni della nostra penisola, testimonianza dell'attrattiva dei locali del loisir della costa emiliano-romagnola durante il periodo estivo.

2. I dati sul consumo

I dati confermano un modello giovanile di consumo in eccesso di alcol che coinvolge le fasce d'età 13/17 e 18/25 anni. I minorenni registrano, prevalentemente, un consumo abituale (nei weekend, più volte a settimana, tutti i giorni) di superalcolici (65,2%) e di birra (66,2%). Il fenomeno del binge drinking (assunzione in una stessa occasione di almeno sei bevande alcoliche) coinvolge, abitualmente o occasionalmente, il 15% del gruppo di riferimento empirico. I consumi crescono nel fine settimana: quattro minorenni su dieci dichiarano di assumere alcolici nel weekend.

Il campione oggetto di indagine è definibile nei termini di un consumatore abituale di tabacco: precisamente

il 51,8% di esso fuma almeno una volta alla settimana. Segue, con una percentuale nettamente inferiore, la fascia dei non fumatori (il 34,9%) e quella dei fumatori occasionali (1-2 volte all'anno o 2-3 volte al mese), con il 13,3%. Tra tali tipologie, il campione analizzato oscilla prevalentemente tra coloro che fumano tutti i giorni (il 35,6%) ed i non fumatori (il 34,9% ha dichiarato di non fumare mai). I fumatori occasionali sono percentualmente decisamente inferiori alle suddette tipologie: l'8,2% ha dichiarato di fumare solo nel weekend, l'8,0% più volte nell'arco della settimana, il 7,0% un paio di volte all'anno ed il 6,3% 2-3 volte al mese.

Passando in rassegna i risultati sulle sostanze illegali, si noti come il consumo abituale di cannabis (almeno una volta a settimana) è pari del 22,4%. La frequenza del consumo occasionale, ovvero dell'uso da una volta all'anno a più volte al mese, si colloca è pari al 24,5%, percentuale che, se sommato a quella del consumo abituale, interessa quasi la metà del campione (46,9%): la cannabis risulta così essere la sostanza illegale più usata [cfr. Cipolla 2008].

Il 24,3% ha dichiarato di avere utilizzato almeno una volta la cocaina, soprattutto i maschi. Sul totale l'8,5% ne ha dichiarato un consumo una o due volte l'anno, il 10% occasionale 2-3 volte al mese o nei fine settimana e il 5,8% più volte la settimana o tutti i giorni. Tra gli intervistati sembra che l'uso di cocaina aumenti con l'età e sia più diffuso tra chi non è studente, mentre genere e titolo di studio non hanno significatività statistica. Tra le sostanze legali si nota una associazione con l'uso di sigarette, ma non con gli alcolici, mentre tra le sostanze illegali si evidenzia l'associazione con molte droghe, in particolare con ecstasy, crack e cannabis. In sintesi, nei contesti del loisir il consumo di cocaina sembra particolarmente diffuso, ma solo una quota limitata di soggetti la usa in modo continuativo, soprattutto i maschi. Tra questi soggetti sembrano molto diffusi comportamenti pericolosi associati alla guida di autoveicoli (alta velocità, stato di ebbrezza, non indossare casco o cinture di sicurezza) ed a rapporti sessuali occasionali non protetti.

Nel gruppo di riferimento empirico, il 20% circa dei maschi ha assunto ecstasy almeno una volta nell'ultimo anno, contro il 10% delle femmine. Per il 4% degli intervistati, la fruizione avviene nel week-end.

Anche l'assunzione di allucinogeni è prevalentemente di tipo occasionale, solitamente concentrata nel week-end, e i consumatori sono soprattutto maschi fino ai 25 anni, con un basso grado di istruzione, spesso disoccupati.

Le amfetamine sono utilizzate in modo consistente dai frequentatori di locali da ballo. Una percentuale vicina al 15% le utilizza frequentemente o sporadicamente. Tipicamente, consumano amfetamine maschi con basso titolo di studio e disoccupati, tuttavia non sono rari i casi di utilizzo tra laureati. Vi è una forte correlazione tra l'uso di questo tipo di droga e la propensione al rischio – ad esempio avere rapporti sessuali non protetti con partner occasionali.

L'indagine ha sondato anche sostanze spesso poco indagate, come gli inalanti, il crack, la ketamina.

Il consumo abituale di colle e solventi è dichiarato dal 7,7% dei maschi e dal 3,2% delle femmine; per il popper, il dato è pari al 10,7% dei maschi 10,7% e al 4% delle femmine.

Il 10% del gruppo di riferimento empirico – con un rapporto maschi femmine 2 a 1 – ha dichiarato di aver sperimentato crack almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Il 5,6% degli intervistati maschi ha dichiarato un consumo abituale (almeno una volta alla settimana), contro il 2,7% delle femmine. Il 5,3% dei minorenni ha affermato la stessa frequenza d'uso. Il consumo abituale fra coloro che sono disoccupati sale al 14%. Il crack, fruito in Europa soprattutto nella versione free-base, è una sostanza che si sta diffondendo anche tra gruppi sociali integrati secondo pattern d'uso di natura ricreativa.

La nostra indagine ha fatto registrare dati di consumo diffuso di ketamina. L'uso occasionale si colloca al 6,4% e quello abituale al 5%, piuttosto vicino a quello di ecstasy (rispettivamente 8,4% e 7,5%) e amfetamine

(7,8% occasionale e 5,3% abituale). L'essere maschi, disoccupati e con un titolo di studio basso sembrano le caratteristiche associabili ad un uso occasionale ed abituale di Special K.

La ketamina viene spesso associata ad altre sostanze: sia simultaneamente, allo scopo di controllarne gli effetti (in combinazione con l'ecstasy o anfetamine nella maggior parte dei casi); sia in sequenza, per sedare gli effetti di sostanze psicostimolanti assunte in precedenza. I dati della presente indagine paiono confermare tale tendenza: analizzando le sostanze consumate dagli intervistati attraverso una matrice di correlazione che rileva l'indice di Spearman, troviamo che le sostanze che si avvicinano di più al valore 1 (overosia che mostrano un'associazione più forte con la ketamina) sono anfetamine, ecstasy, crack e allucinogeni.

Alcuni fattori (come il costo ridotto e l'effetto specifico, alternativo ad altre sostanze in circolazione da più tempo come l'ecstasy) fanno supporre che la diffusione di ketamina nei contesti ricreazionali tenderà ad aumentare. Inoltre, il pattern di consumo che la contraddistingue (policonsumo²) rappresenta senza dubbio l'aspetto che deve maggiormente preoccupare: difatti, se le conseguenze negative per la salute risultano piuttosto contenute se assunta singolarmente e in dosi controllate, i rischi crescono in modo deciso se presa in combinazione con altre sostanze stupefacenti (in particolare, in combinazione con l'ecstasy).

Preoccupante anche il consumo di eroina: l'11,5% degli intervistati ha dichiarato di averla assunta almeno una volta nell'ultimo anno e l'1,6% del campione ha dichiarato di assumere oppiacei con regolarità durante il fine settimana.

Note conclusive

In sintesi, gli intervistati mostrano un'elevata prossimità al mondo delle sostanze; poco meno di un decimo dei ragazzi si dichiara a digiuno dall'utilizzo di droghe; nell'ultimo anno più di un terzo degli intervistati ha consumato oltre una sostanza psicoattiva illegale, e se si aggiunge l'alcol la percentuale di poliassuntori si eleva a oltre la metà; un quarto di essi è, inoltre, solito associare tra loro due o più sostanze durante le serate, privilegiando nei mix di droghe alcol e cannabinoidi, cocaina ed ecstasy. Un fenomeno, infine, il nostro che si presenta trasversale al genere, all'età, alla condizione lavorativa e professionale seppur paia più accentuato tra i maschi, tra i soggetti di giovane età, con titoli di studio bassi ed economicamente inattivi.

Bibliografia essenziale di riferimento

Cipolla C., Pini G., Ugolini P. (a cura di) (2006), *Della salute dei giovani. Una ricerca empirica nella provincia di Forlì-Cesena*, FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C. (a cura di) (2007a), *Il consumo di sostanze psicoattive oggi*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 1, FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C. (a cura di) (2007b), *Come studiare una società di "drogati" e per quali sostanze psicoattive?*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 2, FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C. (a cura di) (2007c), *Il consumo di sostanze psicoattive in Europa ed il loro significato per il soggetto fruitore*, "Salute e Società", a. V, n. 2, FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C. (a cura di) (2008), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*, FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C., Mori L. (a cura di) (2009), *Le culture e i luoghi delle droghe*, FrancoAngeli, Milano.

* *Sono stati conteggiati gli utenti nuovi e già in carico della sede Carcere dell'AUSL di Rimini, Ravenna e Forlì.*

2 Sugli stili di policonsumo, cfr. Cipolla [2007a].

Il percorso regionale per la rilevazione della qualità percepita nel DSM - DP

5

L'approccio regionale all'ascolto: il Laboratorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti

È esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formula una propria valutazione. Su questo processo valutativo la letteratura, non solo ha prodotto risultati considerevoli, ma ha anche progressivamente affinato dal punto di vista concettuale gli elementi che entrano in gioco nell'esplicitazione del giudizio espresso. Sarebbe pertanto sufficiente questa semplice constatazione per concordare sulla rilevanza che la sistematicità dell'ascolto del cittadino può avere.

Ci sono inoltre ragioni riconducibili agli effetti pragmatici dell'azione di ascolto, verso le quali occorre porre attenzione. Se inserita in un rapporto di ascolto, la richiesta al cittadino di esprimere il proprio giudizio sulla prestazione ricevuta incrementa l'idea di un contributo diretto al funzionamento dei servizi e quindi alimenta la fiducia verso l'organizzazione. Sul versante dell'organizzazione, comporta l'assunzione di un impegno verso il miglioramento del servizio e di capacità di gestione del processo di ascolto avviato.

Per entrambi può costituire la verifica empirica che si può dialogare e quindi mettere a disposizione il proprio tempo per valutare quanto si sta facendo.

Come ben detto da Cinotti e Nicoli [2008: 41-54] l'ascolto del paziente/cittadino dovrebbe essere considerato innanzitutto rispetto al senso che può avere per l'organizzazione e quindi per chi si propone come "osservatore"; allora esso può diventare una opportunità da parte dell'organizzazione di pensare al proprio funzionamento, alle proprie routine, in quanto interrogarsi sul punto di vista dell'altro comporta inevitabilmente ragionare sul proprio punto di vista.

Gli indirizzi di politica sanitaria e gli atti normativi e di programmazione regionali (in particolare il Piano sociale e sanitario 2008-2010) sottolineano, in continuità col passato, la necessità di riservare una sempre maggiore attenzione al ruolo centrale dei cittadini nei sistemi sanitari, sviluppando nuovi livelli di partecipazione degli stessi, anche in un'ottica di rilevazione del loro grado di soddisfazione ai fini di un miglioramento della qualità dei servizi.

La rilevazione della soddisfazione dei pazienti e dei cittadini-utenti è stata perseguita con grande intensità dalle Aziende Usl e dalle Aziende Ospedaliere emiliano-romagnole da almeno un ventennio: infatti sono state realizzate molte ricerche legate al tema della qualità percepita (dal punto di vista del cittadino/dal lato del cittadino).

Su questi temi la realizzazione del Programma ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (luglio 2000 - aprile 2003), ha costituito l'opportunità più rilevante per lo sviluppo nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna di un sistema di rilevazione della qualità da parte degli utenti, che valorizzasse gli elementi di informazione già posseduti ai vari livelli regionali e aziendali e li integrasse in riferimento ad un contesto più vasto, incoraggiando lo sviluppo di una logica di "rete". Possiamo quindi rintracciare alcuni elementi che stavano alla base delle esperienze concrete condotte a livello aziendale:

- o la multisetorialità, realizzata attraverso lo studio di livelli diversi dell'organizzazione;
- o la multi professionalità, che indica il coinvolgimento di differenti attori nel lavoro (medici, infermieri, operatori, volontari, ricercatori, pazienti e famigliari) attraverso la partecipazione alla progettazione, alla ricerca di sfondo, alla definizione del percorso e fino alla rilevazione sul campo;
- o l'integrazione metodologica, ovvero l'utilizzo congiunto di metodologie qualitative e quantitative.

In termini sintetici, ci si è orientati verso una concezione condivisa della qualità percepita, potendo contare su un bagaglio di risorse (umane e strumentali) ormai consolidato a livello aziendale. Come mostra la Figura FFF il sistema di ascolto nelle aziende della RER ha infatti a disposizione diversi strumenti (BOX 2) che vengono utilizzati da strutture aziendali dedicate (BOX 1) per finalità precise (BOX 3).

Le condizioni dell'ascolto fanno quindi riferimento agli ingredienti organizzativi che presidiano la gestione delle diverse fasi delle indagini: progettazione, rilevazione, analisi dei dati, stesura del/i report, trasferimento dei risultati ai decisori, diffusione dei risultati. Tali indagini sono pertanto assimilabili alle altre forme di azione che comportano l'acquisizione di informazioni per consentire decisioni, tese ad esempio al miglioramento/innovazione dei servizi.

Figura FFF – Il sistema di ascolto nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna

IL SISTEMA DI ASCOLTO NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA



Come sottolinea Olivetti Manoukian [1999: 5-11] dovremo sempre più dirigerci verso forme di ascolto multiplo in grado di fare connessioni. Non si può procedere nella convinzione che gli strumenti dell'ascolto siano alternativi: o i dati quantitativi o quelli di tipo qualitativo, o le famiglie o gli operatori, o gli operatori sociali o gli operatori sanitari. Nel contempo i problemi andrebbero affrontati con una visione binoculare aperta, per un verso ai grandi orientamenti, per l'altro alla particolarità [Nicoli e Cinotti, 2008: 49].

Bisogna tuttavia rimarcare che ancora fino a qualche anno fa erano evidenti ulteriori possibilità di sviluppo del sistema. In particolare:

1. Occorreva una maggior sistematizzazione delle indagini, attraverso l'integrazione e la messa in rete degli strumenti operativi
2. Risultava carente l'integrazione della qualità percepita con altri aspetti del "sistema qualità" aziendale (ad es. sistema delle segnalazioni dei cittadini, processo di accreditamento, valutazione integrata dei risultati).

L'Area Accreditamento e Qualità/Funzione Cittadini, comunità e servizi dell'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna, è partita proprio da questi elementi per connotare la propria attività progettuale (Piano Programma Assr 2007-2009 approvato con atto deliberativo della Giunta regionale n. 124 del 12/2/2007) in funzione di un maggior sviluppo delle competenze e degli strumenti necessari a sostenere e facilitare i processi di gestione della qualità e dell'ascolto dei cittadini (come anche richiesto dal processo di Accreditamento). da queste premesse è nata quindi l'idea di creare un Laboratorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti [Fig. XXX].

Fig. XXX - Laboratorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti

COME FAR DIALOGARE STRUMENTI E ATTORI NEL SISTEMA REGIONALE: il contributo dell' ASSR

"IL LABORATORIO PER L' ASCOLTO/COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI DELLE COMUNITA' E DEI PROFESSIONISTI"



Il Laboratorio, sviluppato a partire dal 2007, risulta quindi un "contenitore" ragionato di indagini riguardanti diversi servizi, che si differenziano per caratteristiche precipue (sia del servizio in sé sia del target di utenti cui

si riferisce), ma che possono fare riferimento a un modello teorico comune di analisi della qualità percepita¹, oltre che a metodi e strumenti costruiti in modo da avere una coerenza metodologica.

Per arrivare a questo, nel biennio 2007-2009, sono state condotte azioni sia sul fronte organizzativo che formativo, che hanno coinvolto diversi referenti aziendali (Uffici per le relazioni con il pubblico, Uffici qualità e singoli professionisti) nella programmazione di linee di indirizzo condivise e nell'elaborazione di strumenti di monitoraggio (questionari) tarati sulle caratteristiche dei singoli servizi e metodologicamente validati. A partire dal lavoro condotto da gruppi multi-professionali, sono stati elaborati e sperimentati, tramite indagini pilota, alcuni "pacchetti metodologici" per l'utilizzo degli strumenti in base a regole condivise. I servizi interessati sono stati: degenze ospedaliere, servizi ambulatoriali, terapia intensiva, pronto soccorso e DSM-DP.

Occorre fare un'ultima precisazione di ordine concettuale, mutuando direttamente le parole di Saponaro²: "interrogarsi sul grado di soddisfazione è un concetto culturale dei Servizi per le dipendenze che presuppone un riconoscimento del paziente come persona che, pur con tutte le limitazioni derivanti dalla propria dipendenza, non viene privato del diritto primario di cittadinanza. Il concetto acquista ancora più rilevanza in un periodo in cui la trasparenza è divenuto un assioma caratterizzante l'attività dei Servizi in generale."

Inoltre Saponaro [ibidem] ci ricorda alcuni elementi importanti che ben si legano all'approccio regionale all'ascolto: "i) sondare l'opinione degli utenti circa la qualità percepita con un questionario strutturato o semi-strutturato non è sicuramente l'unico metodo di valutazione di cui possono avvalersi i Servizi per le dipendenze, ma tuttavia è senz'altro il più oggettivo e probabilmente il più praticabile nell'ambito dell'attività dei servizi; ii) il paziente è colui al quale è rivolto il servizio e che possiede il metro per i giudizi; iii) le dimensioni di valutazione sono molteplici in quanto la soddisfazione si caratterizza come correlata con molte dimensioni, per cui è necessario ridurre questa complessità con una riduzione delle informazioni da rilevare e perché la rilevazione e la valutazione sia effettivamente sostenibile. Infine, e non per ultimo, è necessario partire dal presupposto che la rilevazione della soddisfazione non deve essere un fine a se stesso o meramente uno strumento di immagine, ma un mezzo per poter raggiungere livelli di qualità sempre maggiori.

Il percorso condotto nel DSM-DP

Nel 2007 è stato attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare - costituito da referenti per la qualità e professionisti dei DSM-DP provenienti dalle diverse Aziende USL della Regione Emilia - Romagna e coordinato dalla Agenzia Sanitaria e Sociale - con l'obiettivo generale di approfondire le specificità dei servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche in relazione alla qualità percepita dagli utenti di quei servizi. In particolare l'obiettivo è consistito nell'elaborazione di strumenti per la rilevazione della qualità percepita che consentissero una confrontabilità delle informazioni raccolte fra le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

In un primo momento il gruppo ha condotto un'analisi delle diverse tipologie di servizi afferenti ai DSM-DP (CSM, SPDC, NPI, SerT) e delle loro attività, ed è emersa la necessità di utilizzare strumenti e tecniche differenziate di indagine, proprio in ragione delle caratteristiche del tutto peculiari degli utenti di quei servizi.

In seguito il gruppo ha condotto una lettura e un'analisi integrata degli strumenti di rilevazione della qualità percepita già in uso nei singoli servizi delle Ausl regionali, verificando le aree indagate ed elaborando poi strumenti condivisi di rilevazione della percezione da parte degli utenti della qualità dei servizi.

1 Teoria dei Gap - discrepanza (Parasuraman, Zeithaml, Berry: 1991)

2 Contributo a un Dossier di prossima pubblicazione promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna, con la collaborazione di tutti i referenti aziendali del DSM-DP.

Sono stati pertanto costruiti due questionari, uno per la valutazione della soddisfazione degli utenti del **Centro di Salute Mentale**, uno per gli utenti che accedono ai **Servizi per le Dipendenze Patologiche**.

Da settembre 2008 i questionari prodotti sono stati oggetto di ricerche pilota condotte in alcune aziende della Regione mirate alla sperimentazione degli strumenti e alla definizione del piano regionale di fattibilità [Tab YYY].

Proprio grazie alle ricerche pilota condotte nei SerT dell'Ausl di Rimini e dell'Ausl di Piacenza¹ è stato possibile pervenire alla validazione dello strumento di rilevazione, attraverso l'applicazione delle tecniche statistiche per la verifica della validità (attendibilità) e della coerenza interna degli item².

In un secondo momento i referenti della qualità del DSM-DP dell'AUSL di Cesena hanno applicato gli stessi test alle banche dati dei questionari somministrati nei CSM delle diverse Aziende.

Considerati i risultati più che soddisfacenti emersi da questi test³ è stata avanzata e condivisa la proposta di raccogliere i dati desunti dalla somministrazione dei questionari regionali sia nei CSM sia nei SerT al fine di creare una banca dati regionale e di produrre un report complessivo che consenta di valutare il livello medio regionale di soddisfazione per i servizi offerti e, volendo, effettuare anche alcuni raffronti tra le Aziende. È stato inoltre predisposto un piano di elaborazione a livello aziendale e sono stati individuati alcuni indicatori di raffronto di particolare interesse.

Per garantire un adeguato livello di omogeneità nell'intero processo di raccolta dei dati, lo strumento è stato accompagnato da un piano operativo e da indicazioni metodologiche inerenti: la modalità di somministrazione dello stesso, il campionamento della popolazione, l'elaborazione statistica dei dati e alcuni utili consigli ed eventuali criticità che si sarebbero potute incontrare nel corso delle varie fasi della ricerca.

Tab.YYY - Andamento della sperimentazione degli strumenti nelle aziende aderenti - Aprile 2010

AZIENDA	Sperimentazione CSM			Sperimentazione SerT		
	ADESIONE	RILEVAZIONE	REPORT	ADESIONE	RILEVAZIONE	REPORT
AUSL PIACENZA	X	X	X	X	X	X
AUSL PARMA	X	X	X	X	X	X
AUSL REGGIO E.	X			X	X	X
AUSL MODENA	X	X	X	X	X	X
AUSL BOLOGNA	X			X		
AUSL FERRARA	X	X	X	X	X	X
AUSL RAVENNA	X	X	X	X	X	X
AUSL IMOLA	X			X		
AUSL FORLI'	X	X	X	X	X	X
AUSL CESENA	X	X	X	X	X	X
AUSL RIMINI	X	X	X	X	X	X

1 Dove complessivamente sono stati somministrati 380 questionari, a cui si sono aggiunti successivamente i 217 questionari relativi ai SerT dell'Ausl di Reggio Emilia.

2 I test condotti: Alpha di Cronbach indice utile per calcolare l'attendibilità delle aree del questionario e degli items che lo compongono.

3 I valori di Alpha di Cronbach sulle tre aree tematiche del questionario SerT sono molto elevati: giudizio su struttura e organizzazione: .83; giudizio su personale: .92; giudizio su risultati: .88.

Gli strumenti: le dimensioni indagate, le aree tematiche, le scale di valutazione

Il gruppo ha elaborato due questionari per rilevare le caratteristiche di "qualità" dei servizi offerti dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, in particolare:

- 1) Questionario "La qualità dei servizi nei Centri di Salute Mentale"
- 2) Questionario "La qualità nei Servizi per le Dipendenze Patologiche"

In questo contributo si prenderà in esame solo la struttura del Questionario "La qualità nei Servizi per le Dipendenze Patologiche".

La costruzione del questionario è partita da un modello teorico strutturato da operatori che hanno definito la qualità percepita dagli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna.

La parte iniziale dello strumento contiene una breve nota introduttiva rivolta all'utente, il cui scopo è quello di motivarlo e coinvolgerlo nella partecipazione all'iniziativa, spiegando gli obiettivi della ricerca, le modalità di compilazione del questionario, il luogo ove riporre lo strumento una volta compilato, nella garanzia dell'anonimato.

I questionari sono strutturati in domande costituiti da affermazioni su cui si chiede di rispondere esprimendo il proprio grado di accordo o disaccordo su una scala ad etichette numeriche a 6 punti [Tab. AAA], una domanda di valutazione complessiva misurata con un "termometro" a 10 punti, ed infine una domanda aperta, il cui scopo è quello di rilevare eventuali suggerimenti/miglioramenti da parte degli utenti.

Tab.AAA - Scala di valutazione

non d'accordo							d'accordo
	1	2	3	4	5	6	

Le domande dei questionari sono articolate in quattro sezioni, una per ciascuna area tematica. In particolare sono indagate:

- struttura e organizzazione dei Servizi;
- relazioni con gli operatori e valutazione delle informazioni che questi forniscono ai pazienti ;
- risultati del progetto di cura rispetto al proprio bisogno;
- una valutazione complessiva dei Servizi.

Infine vengono rilevate, con domande specifiche in relazione alle modalità organizzative che caratterizzano i due Servizi, le modalità di accesso e la frequenza del Servizio.

Il questionario termina con una sezione dedicata alle variabili socio-demografiche (sesso, età, nazionalità, titolo di studio conseguito, condizione lavorativa, stato civile) dell'intervistato.

Tab. 3 – Aree d'indagine e dimensioni di qualità analizzate dal questionario.

AREA DI INDAGINE	DIMENSIONE DELLA QUALITÀ ANALIZZATA DAL QUESTIONARIO
Aspetti strutturali e organizzativi	Informazioni su funzionamento del servizio
	Orari di apertura
	Flessibilità nel fissare appuntamenti
	Tempi d'attesa tra prenotazione e prestazione
	Rispetto degli orari
	Accessibilità del servizio
	Comfort dei locali
	Privacy
Personale	Disponibilità all'ascolto
	Chiarezza e completezza delle Informazioni sulle terapie
	Coinvolgimento nella definizione del progetto di cura
	Sostegno nei momenti di difficoltà
	Rispetto
	Fiducia
Risultati del progetto di cura rispetto ai propri bisogni	Aiuto fornito in base al bisogno
	Miglioramento della propria salute a seguito del progetto di cura
	Aiuto del progetto di cura per uscire dalla dipendenza
	Consiglierei questo servizio a un amico/conoscente
Valutazione complessiva	Valutazione complessiva
	Suggerimenti

Teoricamente il questionario è stato costruito partendo dall'idea che la soddisfazione degli utenti fosse misurabile a partire da alcune dimensioni (struttura e organizzazione, operatori, risultati) e che gli items di ogni area effettivamente misurassero in modo rilevante la stessa dimensione. Come si diceva precedentemente lo strumento ha superato con risultati positivi tutti i test di attendibilità condotti sui dati rilevati nelle indagini pilota¹ cioè lo strumento misura ciò per il quale è stato costruito.

¹ Per un maggior approfondimento vedi contributo di Saponaro A. nel Dossier di prossima pubblicazione promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale con la collaborazione di tutti i referenti aziendali del DSM-DP

Le potenzialità dell'analisi dei dati a livello aziendale e regionale: alcuni esempi

Una premessa metodologica importante, mutuata da Damini¹: "Analizzare i dati significa agire all'interno di un sistema costituito da diverse fasi, tutte importanti e strettamente concatenate le une alle altre: si parte dai dati grezzi e si arriva ad un report di sintesi finale che ci consente di interpretare il fenomeno. L'analisi statistica dei dati, provenienti da questionari somministrati è uno strumento fondamentale per identificare i trend di risposta nonché l'atteggiamento ed i fattori più significativi che orientano l'interazione del cittadino con il servizio. [...] inoltre l'approccio che deve guidare l'elaborazione dei dati ottenuti dovrebbe essere di tipo esplorativo, effettuato cioè per conoscere la rotta aziendale, sia per accertare specifici aspetti del servizio, come atto propedeutico alla definizione di una strategia e di un piano di fattibilità, eventualmente da approfondire con ulteriori ricerche più direttamente finalizzate a decisioni operative; infatti apprendere dai dati sperimentali, attraverso la costruzione di modelli statistici, permette di ottenere informazioni rilevanti sui processi sottostanti l'atteggiamento ed il comportamento degli utenti, e da queste conoscenze così ottenute possiamo indirizzare l'azienda verso processi di miglioramento funzionali e utili alla stessa."

Forniremo solo alcuni esempi, assolutamente non esaustivi delle elaborazioni praticabili, ai fini di rendere quanto detto. I dati a cui facciamo riferimento si riferiscono a 1.851 questionari somministrati nel corso del 2009 nelle Aziende che hanno partecipato alle sperimentazioni [Tab. UUUU].

Tab.UUU - La "banca dati" regionale: il data base (questionari SerT)

AUSL	FREQUENZA	%
Piacenza	100	5,4
Parma	498	26,9
Reggio E.	217	11,7
Ferrara	456	24,6
Ravenna	208	11,2
Cesena	92	5,0
Rimini	280	15,1
Totale	1.851	100

L'analisi dei dati può essere affrontata in molti modi, ma prima di tutto occorre analizzare la domanda da cui vogliamo ricavare una risposta, infatti, una volta stabilite le variabili da approfondire nell'indagine, l'analisi statistica opzionerà determinate tecniche caratterizzate da test statistici appropriati.

Quando si fa una ricerca è normale avere a che fare con grandi masse di dati, che molto ci possono dire se sintetizzate, studiate ed opportunamente interpretate: è quindi consigliabile redigere un piano di elaborazione dei dati che permetta di verificare le nostre ipotesi di partenza.

Se ad esempio ci poniamo le seguenti domande:

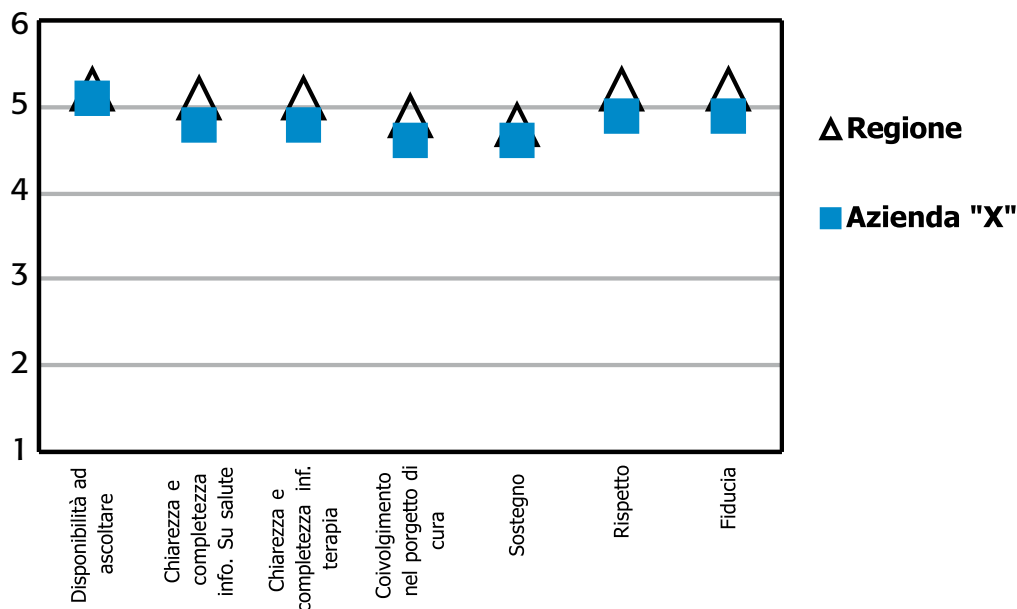
"Come posso conoscere l'andamento generale del livello di soddisfazione dei servizi offerti nella mia Azienda? Come si posiziona la mia Azienda rispetto alle altre che partecipano all'indagine? E rispetto ai livelli di soddisfazione dell'intero campione regionale?

¹ Per un maggior approfondimento vedi contributo di Damini C., nel Dossier di prossima pubblicazione promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale con la collaborazione di tutti i referenti aziendali del DSM-DP

Potrebbe essere molto utile, a seguito di una analisi delle frequenze (che qui per esigenze di sintesi non si presenta) sui singoli item, calcolare i valori medi¹.

Nei grafici [Graf. MMM e Graf. GGG] che seguono sono stati calcolati i valori medi (sulle due scale di valutazione: quella che va da 1= non d'accordo a 6= d'accordo; quella che va da 1= per nulla soddisfatto a 10= molto soddisfatto) sui singoli item del questionario: in particolare è possibile evidenziare il giudizio medio sia rispetto all'intero campione regionale di rispondenti sia rispetto al campione aziendale.

Graf.MMM – Soddisfazione rispetto al personale dei SerT (valori medi)



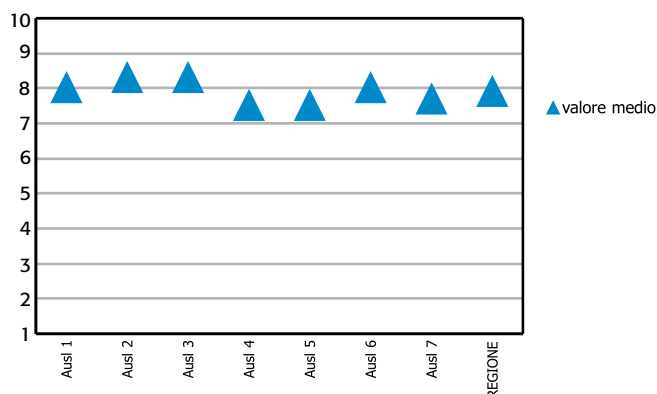
Una analisi di questo tipo può essere utile per:

- Individuare gli elementi rispetto ai quali il giudizio dei rispondenti ha evidenziato elementi di soddisfazione, e quindi le possibili aree sulle quali fornire ai professionisti del servizio un feedback positivo sulle loro pratiche;
- Individuare gli elementi rispetto ai quali il giudizio dei rispondenti ha evidenziato elementi di insoddisfazione, e quindi le possibili aree sulle quali elaborare percorsi organizzativi di miglioramento del servizio;
- Comprendere l'intensità delle criticità e delle positività riscontrate a partire dal confronto (o benchmarking) fra la i valori della singola Azienda e quelli delle altre Aziende o addirittura dell'intero campione regionale (considerato nel suo complesso);

¹ Gli obiettivi che ci si prefigge nel calcolo di una media sono sostanzialmente due: sostituire a più dati rilevati un solo numero che dia una efficace e sintetica rappresentazione del fenomeno dato, ed in secondo luogo esprimere l'ordine di grandezza o tendenza centrale dell'insieme di dati relativi ad un fenomeno.

Graf.GGG - Valutazione complessiva del SerT (valori medi)

Scala a 10: 1= per nulla soddisfatto, 10= molto soddisfatto



Tramite queste e altre più approfondite tecniche di elaborazione è possibile “confezionare” diversi formati di reportistica a più livelli (dipartimentale, aziendale, di Area Vasta o regionale)¹ che possono dare delle indicazioni utili sulle eventuali azioni da intraprendere a livello organizzativo. Come detto all’inizio del contributo il valore aggiunto di queste indagini consiste nella possibilità di intraprendere azioni di miglioramento proprio a partire dai giudizi espressi dagli utilizzatori del servizio. Questo in modo consequenziale stimola una maggior fiducia da parte dei cittadini, a partire dalla constatazione che la propria voce viene ascoltata.

Detto in altri termini occorre che vi sia la volontà di “chiudere il cerchio” per innescare un circolo virtuoso che valorizzi le azioni di ascolto rivolte ai cittadini.

Bibliografia

- Calderone B. e Sturlese V. (2010), La percezione della qualità nella degenza. Indicazioni metodologiche regionali, Pillola n.53, Agenzia sanitaria e sociale dell’Emilia-Romagna.
- Calderone B., Capizzi S., Nicoli M.A., Sturlese V (2006), La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi, Dossier n. 127, Agenzia sanitaria e sociale dell’Emilia-Romagna.
- Nicoli M.A. e Cinotti R. (2008), Lo studio della qualità percepita come momento di ascolto, Studi Zancan, n.1/2008, pp.41-54.
- Olivetti Manoukian F. (1999), Generare progettualità sociale, in “Quaderni di Animazione e Formazione”, La progettazione sociale, Ega, Torino 1999, pp. 5-11.
- Parasuranam A., Zeithaml W.A., Berry L.L. (1991), Servire qualità (SERVQUAL), McGraw Hill, Mi.
- Sturlese V. e Di Giovannantonio A. (2009), Come condividere i risultati. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie, Agenzia sanitaria e sociale dell’Emilia-Romagna (scaricabile dal sito web: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/segnalazioni/manuali/opuscolo_segnalazioni.pdf).

Normativa

Piano-programma 2007-2009 dell’Agenzia sanitaria approvato con atto deliberativo della Giunta regionale n. 124/2007 Piano sociale e sanitario 2008-2010 approvato con atto deliberativo della Assemblea legislativa n. 175/2008

¹ Cfr. Sturlese V. e Di Giovannantonio A. (2009)

Allegati

ALLEGATO STATISTICO 1

Tossicodipendenza, Alcoldipendenza, Tabagismo,
Gamblers, Screening Infettivologici
(SerT Area Vasta Romagna),
2007 - '09

TOSSICODIPENDENZA

Tab. 1 - Composizione dell'utenza dei Servizi per le dipendenze dell'Area Vasta Romagna, 2007-2009 (v.a. e val. %)

	2007	2008	2009	V% 2009	Var % 2007-2009
<i>Utenti con progetto terapeutico (in carico):</i>					
Tossicodipendenti	3139	3149	3228	64,0	2,8
Alcolodipendenti	1258	1335	1447	28,7	15,0
Tabagisti	205	238	199	4,0	-3,0
Giocatori d'azzardo	46	60	77	1,5	67,4
Altre tipologie di utenti	64	80	86	1,7	34,4
Totale utenti in carico	4712	4862	5037	100,0	6,9
<i>% utenti in carico sul totale affluiti</i>					
	51,8	52,8	53,8		
<i>Nuovi utenti provvisori (consulenze o utenti senza progetto terapeutico):</i>					
Problematiche connesse con droghe e/o farmaci	1131	1120	1143	12,2	-0,2
Problematiche connesse con alcol	252	305	348	3,7	0,9
Problematiche connesse con tabacco	55	54	52	0,6	-
Problematiche connesse con il gioco d'azzardo	17	20	25	0,3	-
Altre tipologie di utenza/problemi	127	175	122	1,3	-
<i>Utenti provvisori già conosciuti + definitivi non in carico con prestazioni</i>					
				<i>% utenti sul totale affluiti</i>	
Tossicodipendenti	866	960	1121	12,0	2,5
Alcolodipendenti	257	259	306	3,3	0,4
Tabagisti	16	11	18	0,2	-
Giocatori d'azzardo	6	8	11	0,1	-
Altre tipologie di utenti	62	68	73	0,8	-
<i>Utenti in appoggio</i>	1588	1369	1102	11,8	-5,7
Totale utenti che hanno usufruito del Servizio	9089	9211	9358	100,0	3,0

Tab. 2 - Numero di utenti dipendenti da sostanze e comportamenti per anno di osservazione e AUSL di riferimento. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (v.a.)

<i>Utenti con progetto terapeutico (in carico)</i>	2007	2008	2009
Ravenna	1777	1840	1768
Forlì	750	674	769
Cesena	731	767	859
Rimini	1454	1581	1641
Totale AVR	4712	4862	5037

Tab. 3 Composizione dell'utenza per aree problematiche e AUSL di riferimento. Area Vasta Romagna, Anno 2009 (val. %).

<i>Utenti con progetto terapeutico (in carico)</i>	<i>Droghe e/o farmaci</i>				<i>Gioco d'azzardo</i>	<i>Altro</i>	<i>Totale</i>
	<i>Alcol</i>	<i>Tabacco</i>	<i>Alcol</i>	<i>Tabacco</i>			
Ravenna	62,8	32,2	0,3	0,9	3,8	100,0	
Forlì	66,6	24,6	6,8	1,4	0,7	100,0	
Cesena	68,0	27,0	2,7	1,3	1,0	100,0	
Rimini	62,2	27,8	7,2	2,4	0,4	100,0	
Totale AVR	64,0	28,7	4,0	1,5	1,7	100,0	

Tab. 4 - Andamento dell'utenza tossicodipendente in carico. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (v.a.)

<i>Indicatori</i>	<i>Nuovi</i>		<i>Già in carico</i>		<i>Reingressi</i>		<i>Totale</i>
2007 - Ravenna	132	932	57	1121	57	1121	
2007 - Forlì	54	429	21	504	21	504	
2007 - Cesena	85	362	65	512	65	512	
2007 - Rimini	228	649	125	1002	125	1002	
2007 - Totale AVR	499	2372	268	3.139	268	3.139	
2008 - Ravenna	167	913	63	1143	63	1143	
2008 - Forlì	61	350	31	442	31	442	
2008 - Cesena	107	381	58	546	58	546	
2008 - Rimini	215	686	117	1018	117	1018	
2008 - Totale AVR	550	2330	269	3.149	269	3.149	
2009 - Ravenna	169	890	51	1110	51	1110	
2009 - Forlì	101	372	39	512	39	512	
2009 - Cesena	110	421	54	585	54	585	
2009 - Rimini	174	124	723	1021	723	1021	
2009 - Totale AVR	554	1807	867	3.228	867	3.228	

Tab. 5 - Utenti tossicodipendenti in carico per classi di d'età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	Totale
2007 - Ravenna	0	2,4	6,5	11,0	18,1	23,2	38,8	100,0
2007 - Forlì	0	1,8	7,9	14,9	20,6	25,2	29,6	100,0
2007 - Cesena	0	7,2	13,3	15,8	16,4	18,6	28,7	100,0
2007 - Rimini	0	3,4	14,2	17,6	16,1	17,6	31,2	100,0
2007 - Totale AVR	0	3,4	10,3	14,5	17,6	21,0	33,3	100,0
2008 - Ravenna	0	1,9	7,5	10,9	16,5	20,6	42,5	100,0
2008 - Forlì	0	2,0	9,3	12,9	19,2	25,1	31,4	100,0
2008 - Cesena	0	7,5	13,2	16,7	15,6	17,2	29,9	100,0
2008 - Rimini	0	2,3	11,9	18,0	15,4	16,8	35,7	100,0
2008 - Totale AVR	0	3,0	10,2	14,5	16,4	19,4	36,6	100,0
2009 - Ravenna	0	2,5	9,1	10,7	14,6	18,9	44,1	100,0
2009 - Forlì	0	2,9	10,0	13,7	20,1	20,5	32,8	100,0
2009 - Cesena	0,2	7,2	18,5	12,6	14,9	16,6	30,1	100,0
2009 - Rimini	0	2,7	11,6	17,3	15,4	15,9	37,1	100,0
2009 - Totale AVR	0,03	3,5	11,7	13,6	15,8	17,8	37,6	100,0

Tab. 6 - Nuovi utenti tossicodipendenti per classi di d'età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	Totale
2007 - Ravenna	0	6,8	9,8	13,6	21,2	18,9	29,5	100,0
2007 - Forlì	0	9,3	11,1	13,0	22,2	24,1	20,4	100,0
2007 - Cesena	0	14,1	21,2	18,8	17,6	10,6	17,6	100,0
2007 - Rimini	0	7,9	16,2	25,0	18,4	14,5	18,0	100,0
2007 - Totale AVR	0	8,8	14,8	19,6	19,4	16,0	21,2	100,0
2008 - Ravenna	0	7,2	21,0	17,4	20,4	12,6	21,6	100,0
2008 - Forlì	0	11,5	16,4	16,4	24,6	19,7	11,5	100,0
2008 - Cesena	0	24,3	21,5	19,6	8,4	13,1	13,1	100,0
2008 - Rimini	0	6,5	18,6	18,6	18,6	18,1	19,5	100,0
2008 - Totale AVR	0	10,7	19,6	18,2	17,8	15,6	18,0	100,0
2009 - Ravenna	0	8,9	24,9	19,5	18,3	8,9	19,5	100,0
2009 - Forlì	0	7,9	20,8	24,8	14,9	16,8	14,9	100,0
2009 - Cesena	0,9	23,6	32,7	10,0	8,2	10,0	14,5	100,0
2009 - Rimini	0	8,0	20,1	19,0	16,7	16,1	20,1	100,0
2009 - Totale AVR	0,2	11,4	24,2	18,4	15,2	12,8	17,9	100,0

Tab. 7 - Utenti tossicodipendenti suddivisi per sostanza d'abuso (primaria e secondaria). Area Vasta Romagna, anno 2009 (Val. %)

Ausi/	Eroina/ metadone	Cocaina/crack	Cannabis
Ravenna	69,8	31,4	21,6
Forlì	74,5	26	23,2
Cesena	80,5	30,4	18,6
Rimini	79,8	29,0	16,0
Totale AVR	75,6	29,6	19,6

Il totale è superiore a 100,0 in quanto sono state sommate la sostanza primaria e la sostanza secondaria

Tab. 8 - Nuovi utenti tossicodipendenti suddivisi per sostanza d'abuso (primaria e secondaria). Area Vasta Romagna, 2009 (Val. %)

Ausi/	Eroina/ metadone	Cocaina/crack	Cannabis
Ravenna	35,5	40,2	42,6
Forlì	34,8	54	34,8
Cesena	26,4	65,5	37,3
Rimini	38	63,2	27,5
Totale AVR	34,3	54,9	35,4

Il totale è superiore a 100,0 in quanto sono state sommate la sostanza primaria e la sostanza secondaria

ALCOLDIPENDENZA

Tab. 9 - Andamento dell'utenza alcolista in carico. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (v.a.)

	Nuovi	Già in carico	Reingressi	Totale AVR
2007 - Ravenna	91	455	17	563
2007 - Forlì	28	136	13	177
2007 - Cesena	57	101	25	183
2007 - Rimini	103	183	49	335
2007 - Totale AVR	279	875	104	1.258
2008 - Ravenna	120	444	19	583
2008 - Forlì	20	144	7	171
2008 - Cesena	56	116	20	192
2008 - Rimini	133	197	59	389
2008 - Totale AVR	329	901	105	1.335
2009 - Ravenna	114	422	33	569
2009 - Forlì	30	148	11	189
2009 - Cesena	81	108	43	232
2009 - Rimini	150	243	64	457
2009 - Totale AVR	375	921	151	1.447

Tab. 10 - Utenti alcolodipendenti per classi di età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (val. %)

Classi d'età	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	Totale
2007 - Ravenna	0,2	4,4	22,0	30,6	23,6	19,2	100,0
2007 - Forlì	0,6	5,6	22,6	33,3	21,5	16,4	100,0
2007 - Cesena	0,5	5,5	18,6	41,0	21,3	13,1	100,0
2007 - Rimini	0,0	6,9	26,9	38,8	16,7	10,7	100,0
2007 - Totale AVR	0,2	5,4	22,9	34,7	21,1	15,7	100,0
2008 - Ravenna	0,2	3,3	20,8	32,8	23,3	19,7	100,0
2008 - Forlì	0,6	5,8	19,9	32,2	21,1	20,5	100,0
2008 - Cesena	0,5	5,7	21,9	41,7	19,3	10,9	100,0
2008 - Rimini	0,0	6,9	24,7	37,8	16,7	13,9	100,0
2008 - Totale AVR	0,2	5,0	21,9	35,4	20,5	16,9	100,0
2009 - Ravenna	0,5	3,9	16,7	34,4	24,8	19,7	100,0
2009 - Forlì	0,0	4,8	19,0	36,5	19,6	20,1	100,0
2009 - Cesena	0,0	6,9	17,7	42,2	20,7	12,5	100,0
2009 - Rimini	0,0	6,8	27,8	37,6	15,5	12,3	100,0
2009 - Totale AVR	0,2	5,4	20,7	37,0	20,5	16,2	100,0

Tab. 11 - Utenti Alcolodipendenti suddivisi per bevanda prevalente. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Bevanda	Superalc.	Aperitivi, amari, digestivi	Vini	Birra	Altro	Totale
2007 - Ravenna	11,5	2,9	65,7	19,4	0,5	100,0
2007 - Forlì	11,9	2,3	61,0	24,9	0,0	100,0
2007 - Cesena	14,4	2,2	61,9	21,0	0,6	100,0
2007 - Rimini	11,0	1,8	62,1	22,1	3,0	100,0
2007 - Totale AVR	11,8	2,4	63,5	21,1	1,1	100,0
2008 - Ravenna	11,0	3,6	66,4	18,5	0,5	100,0
2008 - Forlì	13,5	3,5	59,1	24,0	0,0	100,0
2008 - Cesena	18,2	3,1	57,3	21,4	0,0	100,0
2008 - Rimini	11,6	2,1	60,7	21,7	3,9	100,0
2008 - Totale AVR	12,5	3,1	62,5	20,6	1,4	100,0
2009 - Ravenna	11,1	3,4	65,6	19,9	0,0	100,0
2009 - Forlì	10,1	2,7	61,7	23,4	2,1	100,0
2009 - Cesena	6,9	3,7	72,7	16,2	0,5	100,0
2009 - Rimini	10,1	1,8	66,6	20,9	0,8	100,0
2009 - Totale AVR	10,0	2,9	66,5	20,1	0,6	100,0

Tab. 12 - Nuovi utenti Alcolodipendenti per classi di età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	Totale
2007 - Ravenna	1,1	7,7	25,3	27,5	18,7	19,8	100,0
2007 - Rimini	0,0	11,7	34,0	27,2	15,5	11,7	100,0
2007 - Cesena	1,8	5,3	17,5	40,4	22,8	12,3	100,0
2007 - Forlì	3,6	10,7	32,1	14,3	17,9	21,4	100,0
2007 - Totale AVR	1,1	9,0	27,6	28,7	18,3	15,4	100,0
2008 - Ravenna	0,8	4,2	26,7	34,2	13,3	20,8	100,0
2008 - Rimini	0,0	14,3	30,8	30,1	12,8	12,0	100,0
2008 - Cesena	1,8	5,4	23,2	35,7	23,2	10,7	100,0
2008 - Forlì	0,0	5,0	40,0	20,0	20,0	15,0	100,0
2008 - Totale AVR	0,6	8,5	28,6	31,9	15,2	15,2	100,0
2009 - Ravenna	1,8	7,0	21,9	32,5	26,3	10,5	100,0
2009 - Rimini	0,0	8,7	34,0	27,3	16,7	13,3	100,0
2009 - Cesena	0,0	8,6	21,0	39,5	14,8	16,0	100,0
2009 - Forlì	0,0	6,7	20,0	43,3	13,3	16,7	100,0
2009 - Totale AVR	0,5	8,0	28,4	32,8	18,9	13,3	100,0

TABAGISMO

Tab. 13 - Andamento dell'utenza Tabagista in carico. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (v.a.)

Indicatori	Nuovi	Già in carico	Reingressi	Totale
2007 - Ravenna	31	3	0	34
2007 - Forlì	26	33	0	59
2007 - Cesena	21	0	0	21
2007 - Rimini	46	40	5	91
2007 - Totale AVR	124	76	5	205
2008 - Ravenna	19	23	0	42
2008 - Forlì	27	23	0	50
2008 - Cesena	18	0	0	18
2008 - Rimini	62	64	2	128
2008 - Totale AVR	126	110	2	238
2009 - Ravenna	0	6	0	6
2009 - Forlì	30	22	0	52
2009 - Cesena	22	0	1	23
2009 - Rimini	52	61	5	118
2009 - Totale AVR	104	89	6	199

Tab. 14 - Utenti Tabagisti per classi di età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	Totale
2007 - Ravenna	0,0	5,9	11,8	35,3	29,4	17,6	100,0
2007 - Forlì	0,0	0,0	3,4	27,1	44,1	25,4	100,0
2007 - Cesena	0,0	4,8	28,6	23,8	33,3	9,5	100,0
2007 - Rimini	1,1	2,2	14,3	22,0	31,9	28,6	100,0
2007 - Totale AVR	0,5	2,4	12,2	25,9	35,1	23,9	100,0
2008 - Ravenna	0,0	2,4	23,8	21,4	31,0	21,4	100,0
2008 - Forlì	0,0	2,0	12,0	20,0	32,0	34,0	100,0
2008 - Cesena	0,0	0,0	11,1	44,4	27,8	16,7	100,0
2008 - Rimini	0,8	0,0	12,5	34,4	28,9	23,4	100,0
2008 - Totale AVR	0,4	0,8	14,3	29,8	29,8	24,8	100,0
2009 - Ravenna	0,0	16,7	33,3	16,7	16,7	16,7	100,0
2009 - Forlì	0,0	5,8	9,6	23,1	28,8	32,7	100,0
2009 - Cesena	0,0	0,0	13,0	43,5	30,4	13,0	100,0
2009 - Rimini	0,8	1,7	17,8	27,1	33,1	19,5	100,0
2009 - Totale AVR	0,5	3,0	15,6	27,6	31,2	22,1	100,0

Tab. 15 - Utenti Tabagisti per classe d'età inizio fumo. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<15	15-20	>20	Totale
2007 - Ravenna	26,5	70,6	2,9	100,0
2007 - Forlì	37,3	57,6	5,1	100,0
2007 - Cesena	23,8	76,2	0,0	100,0
2007 - Rimini	26,4	60,4	13,2	100,0
2007 - Totale AVR	29,3	62,9	7,8	100,0
2008 - Ravenna	33,3	64,3	2,4	100,0
2008 - Forlì	40,0	46,0	14,0	100,0
2008 - Cesena	22,2	61,1	16,7	100,0
2008 - Rimini	29,7	58,6	11,7	100,0
2008 - Totale AVR	31,9	57,1	10,9	100,0
2009 - Ravenna	50,0	33,3	16,7	100,0
2009 - Forlì	44,2	40,4	15,4	100,0
2009 - Cesena	22,7	63,6	13,6	100,0
2009 - Rimini	22,0	65,3	12,7	100,0
2009 - Totale AVR	28,8	57,6	13,6	100,0

Tab. 16 - Nuovi utenti Tabagisti per classe di età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	Totale
2007 - Ravenna	0,0	3,2	12,9	35,5	32,3	16,1	100,0
2007 - Forlì	0,0	0,0	3,8	23,1	46,2	26,9	100,0
2007 - Cesena	0,0	4,8	28,6	23,8	33,3	9,5	100,0
2007 - Rimini	2,2	4,3	15,2	21,7	34,8	21,7	100,0
2007 - Totale AVR	0,8	3,2	14,5	25,8	36,3	19,4	100,0
2008 - Ravenna	0,0	5,3	31,6	10,5	31,6	21,1	100,0
2008 - Forlì	0,0	3,7	22,2	18,5	22,2	33,3	100,0
2008 - Cesena	0,0	0,0	11,1	44,4	27,8	16,7	100,0
2008 - Rimini	1,6	1,6	14,5	37,1	33,9	11,3	100,0
2008 - Totale AVR	0,8	2,4	18,3	30,2	30,2	18,3	100,0
2009 - Ravenna	-	-	-	-	-	-	-
2009 - Forlì	0,0	6,7	3,3	30,0	36,7	23,3	100,0
2009 - Cesena	0,0	0,0	13,6	40,9	31,8	13,6	100,0
2009 - Rimini	0,0	3,8	28,8	15,4	25,0	26,9	100,0
2009 - Totale AVR	0,0	3,8	18,3	25,0	29,8	23,1	100,0

Tab. 17 - N° di sigarette fumate al giorno al momento dell'ingresso in trattamento. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

<i>N° sigarette fumate al giorno</i>	<i>< 11 sigarette</i>			<i>da 11 a 20</i>		<i>da 21 a 30</i>	<i>Oltre 30 sigarette</i>	<i>Totale</i>
2007 - Ravenna	2,9	23,5	35,3	38,2	100,0			
2007 - Forlì	0,0	40,7	22,0	37,3	100,0			
2007 - Cesena	23,8	38,1	23,8	14,3	100,0			
2007 - Rimini	8,8	22,0	41,8	27,5	100,0			
2007 - Totale AVR	6,8	29,3	33,2	30,7	100,0			
2008 - Ravenna	4,8	14,3	47,6	33,3	100,0			
2008 - Forlì	2,0	46,0	16,0	36,0	100,0			
2008 - Cesena	11,1	44,4	38,9	5,6	100,0			
2008 - Rimini	15,6	44,5	21,9	18,0	100,0			
2008 - Totale AVR	10,5	39,5	26,5	23,5	100,0			
2009 - Ravenna	0,0	16,7	66,7	16,7	100,0			
2009 - Forlì	0,0	5,8	50,0	44,2	100,0			
2009 - Cesena	0,0	30,4	47,8	21,7	100,0			
2009 - Rimini	5,7	22,9	41,9	29,5	100,0			
2009 - Totale AVR	3,2	18,8	45,7	32,3	100,0			

GAMBLERS

Tab. 18 - Andamento dell'utenza Gamblers in carico. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (v.a.)

Indicatori	Nuovi	Già in carico	Reingressi	TOTALE
2007 - Ravenna	6	11	0	17
2007 - Forlì	4	1	0	5
2007 - Cesena	0	4	2	6
2007 - Rimini	9	7	2	18
2007 - Totale AVR	19	23	4	46
2008 - Ravenna	2	13	1	16
2008 - Forlì	4	3	0	7
2008 - Cesena	5	0	1	6
2008 - Rimini	16	13	2	31
2008 - Totale AVR	27	29	4	60
2009 - Ravenna	4	11	1	16
2009 - Forlì	4	6	1	11
2009 - Cesena	6	5	0	11
2009 - Rimini	21	17	1	39
2009 - Totale AVR	35	39	3	77

Tab. 19 - Utenti Gamblers per classi di età. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Classi d'età	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	Totale
2007 - Ravenna	0,0	0,0	35,3	29,4	23,5	11,8	100,0
2007 - Forlì	0,0	0,0	40,0	20,0	20,0	20,0	100,0
2007 - Cesena	0,0	33,3	0,0	33,3	33,3	0,0	100,0
2007 - Rimini	0,0	0,0	33,3	33,3	16,7	16,7	100,0
2007 - Totale AVR	0,0	4,3	30,4	30,4	21,7	13,0	100,0
2008 - Ravenna	0,0	0,0	37,5	31,3	12,5	18,8	100,0
2008 - Forlì	0,0	0,0	57,1	28,6	14,3	0,0	100,0
2008 - Cesena	0,0	33,3	0,0	16,7	16,7	33,3	100,0
2008 - Rimini	0,0	9,7	35,5	25,8	22,6	6,5	100,0
2008 - Totale AVR	0,0	8,3	35,0	26,7	18,3	11,7	100,0
2009 - Ravenna	0,0	18,8	25,0	18,8	6,3	31,3	100,0
2009 - Forlì	0,0	18,2	63,6	9,1	9,1	0,0	100,0
2009 - Cesena	0,0	18,2	9,1	27,3	18,2	27,3	100,0
2009 - Rimini	0,0	15,4	30,8	30,8	15,4	7,7	100,0
2009 - Totale AVR	0,0	16,9	31,2	24,7	13,0	14,3	100,0

Tab. 20 – Utenza gamblers per frequenza di gioco. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Frequenza di gioco	Astinenze	1 Volta al mese	2 o + al mese	1 volta a settimana	2 o + a settimana	1 volta al giorno	2 o + al giorno	Totale
2007 - Ravenna	20,0	0,0	6,7	13,3	13,3	20,0	26,7	100,0
2007 - Forlì	0,0	0,0	0,0	0,0	80,0	20,0	0,0	100,0
2007 - Cesena	20,0	0,0	0,0	20,0	40,0	0,0	20,0	100,0
2007 - Rimini	5,6	5,6	5,6	44,4	22,2	11,1	100,0	100,0
2007 - Totale AVR	11,6	2,3	4,7	9,3	37,2	18,6	16,3	100,0
2008 - Ravenna	12,5	6,3	6,3	6,3	25,0	25,0	18,8	100,0
2008 - Forlì	0,0	0,0	0,0	0,0	71,4	28,6	0,0	100,0
2008 - Cesena	16,7	0,0	0,0	16,7	33,3	16,7	16,7	100,0
2008 - Rimini	3,2	9,7	3,2	3,2	38,7	35,5	6,5	100,0
2008 - Totale AVR	6,7	6,7	3,3	5,0	38,3	30,0	10,0	100,0
2009 - Ravenna	18,8	6,3	12,5	6,3	25,0	18,8	12,5	100,0
2009 - Forlì	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	11,1	22,2	100,0
2009 - Cesena	27,3	0,0	18,2	0,0	36,4	9,1	9,1	100,0
2009 - Rimini	0,0	5,1	2,6	7,7	30,8	48,7	5,1	100,0
2009 - Totale AVR	8,0	4,0	6,7	5,3	34,7	32,0	9,3	100,0

Tab. 21 - Utenza gamblers e tempo dedicato al gioco. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Tempo dedicato al gioco	Fino a 1 ora	2-3 ore	4-5 ore (mezza giornata)	6-10 ore (intera giornata)	Totale
2007 - Ravenna	25,0	43,8	18,8	12,5	100,0
2007 - Forlì	20,0	60,0	20,0	0,0	100,0
2007 - Cesena	16,7	66,7	0,0	16,7	100,0
2007 - Rimini	33,3	27,8	22,2	16,7	100,0
2007 - Totale AVR	26,7	42,2	17,8	13,3	100,0
2008 - Ravenna	31,3	50,0	12,5	6,3	100,0
2008 - Forlì	28,6	42,9	28,6	0,0	100,0
2008 - Cesena	0,0	60,0	20,0	20,0	100,0
2008 - Rimini	45,2	32,3	12,9	9,7	100,0
2008 - Totale AVR	35,6	40,7	15,3	8,5	100,0
2009 - Ravenna	28,6	50,0	14,3	7,1	100,0
2009 - Forlì	22,2	11,1	44,4	22,2	100,0
2009 - Cesena	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
2009 - Rimini	46,2	35,9	12,8	5,1	100,0
2009 - Totale AVR	40,3	37,5	15,3	6,9	100,0

Tab. 22 - Utenza gamblers per tipo di gioco. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. % di riga)

Tipo di gioco	Corse animali	Carte	Video giochi	Lotto, lotterie, ecc..	Altro	Totale
2007 - Ravenna	6,3	6,3	50,0	31,3	6,3	100,0
2007 - Forlì	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
2007 - Cesena	0,0	0,0	50,0	16,7	33,3	100,0
2007 - Rimini	16,7	5,6	44,4	16,7	16,7	100,0
2007 - Totale AVR	8,9	4,4	42,2	20,0	24,4	100,0
2008 - Ravenna	6,3	6,3	56,3	25,0	6,3	100,0
2008 - Forlì	14,3	0,0	57,1	0,0	28,6	100,0
2008 - Cesena	0,0	0,0	50,0	16,7	33,3	100,0
2008 - Rimini	19,4	0,0	51,6	19,4	9,7	100,0
2008 - Totale AVR	13,3	1,7	53,3	18,3	13,3	100,0
2009 - Ravenna	0,0	6,3	43,8	31,3	18,8	100,0
2009 - Forlì	22,2	11,1	66,7	0,0	0,0	100,0
2009 - Cesena	0,0	0,0	18,2	63,6	18,2	100,0
2009 - Rimini	10,3	0,0	53,8	23,1	12,8	100,0
2009 - Totale AVR	8,0	2,7	48,0	28,0	13,3	100,0

SCREENING INFETTIVOLOGICI

TOSSICODIPENDENZA E ALCOLISMO

Screening infettivologici¹

Tab. 23 - Soggetti tossicodipendenti sottoposti ad almeno uno screening per HIV, HBV e HCB². Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. %)

HIV	Ausi	2007	2008	2009
	Ravenna	78,2	78,4	78,3
	Rimini	52,4	57,0	62,4
	Forlì	56,5	59,5	52,5
	Cesena	70,8	68,2	65,6
	Area Vasta	65,2	67,1	66,9

¹ I dati relativi al 2007 e al 2008 potrebbero risultare discordanti con le statistiche mandate in Regione in seguito ad un adeguamento del sistema di rilevazione dati intercorso nel 2009. Per l'utenza di Forlì sono considerati anche gli utenti del carcere, la cui registrazione degli esami non viene fatta in SISTER, ma nel sistema informativo del carcere.

² Pazienti con almeno un esame durante la permanenza al Servizio e anche pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

HBV

Ausi	2007	2008	2009
Ravenna	75,5	76,6	75,8
Rimini	56,8	59,3	64,1
Forlì	59,4	62,2	54,2
Cesena	72,3	68,9	66,3
Area Vasta	66,4	67,7	67,0

HCV

Ausi	2007	2008	2009
Ravenna	71,9	73,4	72,3
Rimini	53,2	56,9	61,8
Forlì	56,9	59,5	53,1
Cesena	71,6	68,2	65,0
Area Vasta	63,5	65,2	64,6

Tab. 24 - Soggetti alcolidipendenti sottoposti ad almeno uno screening per HIV, HBV e HCV³. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. %)

HIV

Ausi	2007	2008	2009
Ravenna	55,9	65,8	72,9
Rimini	7,4	41,7	56,2
Forlì	13,6	14,0	14,1
Cesena	72,2	85,4	80,6
Area Vasta	39,0	54,7	61,1

HBV

Ausi	2007	2008	2009
Ravenna	66,5	73,9	78,7
Rimini	13,8	46,2	61,9
Forlì	35,9	33,7	28,3
Cesena	82,2	88,5	83,2
Area Vasta	50,1	62,6	67,5

³ Pazienti con almeno un esame durante la permanenza al Servizio e anche pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

HCV

	2007	2008	2009
Ausi			
Ravenna	65,2	72,3	76,6
Rimini	13,5	42,9	57,7
Forlì	34,8	32,0	27,2
Cesena	80,6	87,5	82,8
Area Vasta	49,0	60,6	65,1

Tab. 25 - Soggetti tossicodipendenti sottoposti ad almeno uno screening nell'anno di riferimento per HIV, HBV e HCB⁴. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. %)

HIV

	2007	2008	2009
Ausi			
Ravenna	32,9	34,6	35,9
Rimini	20,0	26,4	25,0
Forlì	18,3	19,2	10,8
Cesena	25,3	29,3	28,2
Area Vasta	25,2	28,9	27,1

HBV

	2007	2008	2009
Ausi			
Ravenna	46,1	48,5	48,6
Rimini	41,0	44,0	43,7
Forlì	34,0	36,3	25,2
Cesena	53,6	51,2	50,6
Area Vasta	43,8	45,8	43,7

HCV

	2007	2008	2009
Ausi			
Ravenna	53,6	54,4	53,6
Rimini	37,5	41,8	42,4
Forlì	43,5	45,1	38,1
Cesena	51,8	51,4	48,4
Area Vasta	46,5	48,5	46,7

⁴ Pazienti con almeno un esame nell'anno di riferimento, pazienti con una pregressa positività documentata e pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

Tab. 26 - Soggetti alcolodipendenti sottoposti ad almeno uno screening nell'anno di riferimento HIV, HBV e HCB⁵. Area Vasta Romagna, 2007-2009 (Val. %)

HIV	Ausi	2007	2008	2009
	Ravenna	20,1	34,9	36,8
	Rimini	3,5	35,4	28,2
	Forlì	2,7	2,2	2,1
	Cesena	52,2	65,1	57,8
	Area Vasta	17,7	35,0	32,9

HBV	Ausi	2007	2008	2009
	Ravenna	30,8	44,4	45,4
	Rimini	11,8	40,2	33,5
	Forlì	11,4	11,8	6,8
	Cesena	64,4	72,9	63,8
	Area Vasta	27,7	42,9	39,5

HCV	Ausi	2007	2008	2009
	Ravenna	25,8	37,9	38,6
	Rimini	11,5	37,6	33,7
	Forlì	9,2	7,9	5,8
	Cesena	58,9	67,7	61,2
	Area Vasta	24,2	38,1	36,3

⁵ Pazienti con almeno un esame nell'anno di riferimento, pazienti con una progressa positività documentata e pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

ALLEGATO STATISTICO 2

Analisi degli inserimenti dei soggetti in Comunità Terapeutica
(SerT Area Vasta Romagna) 2006 - 2008

Tabella 1. Caratteristiche socio demografiche.	2006		2007		2008	
	va	%	va	%	va	%
nr schede	133		217		196	
età media	34		34		35	
 sesso						
maschio	110	83	174	80	148	76
femmina	23	17	43	20	47	24
non indicato	0	0	0	0	1	0,5
residenza						
comprensorio	100	75	191	88	191	96
senza fissa dimora	0	0	2	0,9	2	1
fuori area vasta	0	0	2	0,9	1	0,5
non indicato	33	25	22	10	2	1
cittadinanza						
italiana	87	65	192	89	192	98
europea	1	0,8	5	2,3	1	0,5
straniera	1	0,8	5	2,3	1	0,5
non indicato	44	33	15	6,9	2	1
scolarità						
elementare	2	1,5	9	4,1	15	7,7
media inferiore	82	62	129	59	118	60
qualifica professionale	8	6	17	7,8	26	13
media superiore	20	15	33	15	26	13
università	1	0,8	1	0,5	2	1
non indicato	20	15	28	13	9	4,6
condizione lavorativa						
disoccupato	58	44	106	49	121	62
occupato regolarmente	2	1,5	3	1,4	42	21
lavori precari/saltuari	5	3,8	1	0,5	7	3,6
pensionato invalidità/invalido	5	3,8	8	3,7	4	2
studente	2	1,5	2	0,9	4	2
stagionale	1	0,8	2	0,9	1	0,5
pensione anzianità		0	1	0,5	1	0,5
casalinga		0		0	1	0,5
non indicato	60	45	93	43	15	7,7
stato civile						
celibe/nubile	86	65	156	72	138	70
coniugato/a	9	6,8	18	8,3	21	11
separato/a	18	14	16	7,4	17	8,7
divorziato/a	5	3,8	7	3,2	10	5,1
convivente	3	2,3	1	0,5	5	2,6
vedovo/a	1	0,8	2	0,9	0	0
non indicato	11	8,3	17	7,8	5	2,6

Tabella 2. Caratteristiche del rapporto del soggetto con la struttura inviante

	2006		2007		2008	
	va	%	va	%	va	%
nr schede	133		217		196	
primo contatto con il SERT						
media anni contatto	6,5		7		7,7	
nuovi	19	14,3	28	12,9	22	11,2
settore proponente						
sert	112	84,2	208	95,9	183	93,4
carcere	7	5,3	5	2,3	14	7,1
CSM	1	0,8	10	4,6	12	6,1
altro	2	1,5	9	4,1	4	2
programma terapeutico in atto al SERT	111	83,5	171	78,8	167	85,2
media compliance	2,9		3		3,1	
media andamento (ultimi 30 giorni)	2,5		2,7		2,8	

Tabella 3. Diagnosi e problematiche prevalenti all'ingresso in Comunità Terapeutica

	2006		2007		2008	
	va	%	va	%	va	%
nr schede	133		217		196	
diagnosi						
oppioidi	61	45,9	83	38,2	103	52,6
cocaina	22	16,5	50	23	47	24
alcol	32	24,1	52	24	46	23,5
disturbo borderline di personalità	10	7,5	16	7,4	32	16,3
problemi con il gruppo di supporto sociale	18	13,5	31	14,3	13	6,6
disturbo bipolare	4	3	8	3,7	11	5,6
disturbi dell'umore	12	9	13	6	10	5,1
disturbo di personalità non altrimenti specificato	16	12	21	9,7	10	5,1
epatite C	5	3,8	13	6	9	4,6
depressione	0	0	0	0	7	3,6
cannabis	9	6,8	8	3,7	6	3,1
disturbi d'ansia	3	2,3	4	1,8	6	3,1
problemi abitativi	4	3	9	4,1	6	3,1
problemi economici	6	4,5	4	1,8	6	3,1
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	4	3	7	3,2	5	2,6
sostanze multiple ed altre	9	6,8	3	1,4	4	2
disturbo antisociale di personalità	3	2,3	6	2,8	4	2
hiv	2	1,5	2	0,9	4	2
problemi legati all'ambiente sociale	3	2,3	5	2,3	4	2
precedenti ricoveri in SPDC	13	9,8	40	18,4	43	21,9
malattie somatiche invalidanti	8	6	14	6,5	22	11,2
handicap psico-fisico invalidante	4	3	2	0,9	14	7,1
problematiche attualmente prevalenti						
abuso di sostanze	72	54,1	122	56,2	113	57,7
alta conflittualità familiare	67	50,4	102	47	97	49,5
scompenso tossicomano non controllabile ambulatorialmente	62	46,6	90	41,5	91	46,4
problematiche socioeconomiche	34	25,6	69	31,8	56	28,6
marginalità sociale temporanea	18	13,5	53	24,4	51	26
problematiche legali	25	18,8	34	15,7	47	24
marginalità sociale cronica	21	15,8	39	18	31	15,8
difficoltà a concludere trattamento farmacologico	7	5,3	31	14,3	13	6,6
problematiche sanitarie	15	11,3	16	7,4	12	6,1
altro	14	10,5	24	11,1	17	8,7
situazione abitativa						
problematica	53	39,8	102	47	87	44,4
non problematica	67	50,4	105	48,4	100	51
non indicato	13	9,8	10	4,6	9	4,6
situazione economica						
problematica	67	50,4	122	56,2	113	57,7
non problematica	52	39,1	79	36,4	76	38,8
non indicato	14	10,5	16	7,4	7	3,6
situazione giuridica						
problematica	35	26,3	54	24,9	67	34,2
non problematica	85	63,9	145	66,8	117	59,7
non indicato	13	9,8	18	8,3	12	6,1
situazione giuridica problematica						
penale	5	3,8	20	9,2	36	18,9
detenzione domiciliare	3	2,3	7	3,2	16	9,2
semilibertà	0	0	0	0	1	0,5
amministrativa	3	2,3	1	0,5	2	1
civile	2	1,5	4	1,8	4	2

Tabella4. Progetto terapeutico del soggetto in Comunità Terapeutica

	2006		2007		2008	
	va	%	va	%	va	%
nr schede	133		217		196	
obbiettivi che si intendono perseguire						
controllo craving in ambiente protetto	64	48,1	124	57,1	104	53,1
allontanamento ambiente familiare conflittuale	40	30,1	72	33,2	71	36,2
allontanamento ambiente problematico	52	39,1	79	36,4	66	33,7
valutazione, individuazione e/o riattivazione risorse di reti sociali e personali	39	29,3	73	33,6	62	31,6
reinserimento graduale protetto	26	19,5	53	24,4	59	30,1
disintossicazione	52	39,1	75	34,6	54	27,6
predisposizione progetto di reiserimento	23	17,3	37	17,1	49	25
superamento problematiche tossicodipendenza e reinserimento	38	28,6	63	29	48	24,5
adeguamento terapia farmacologica	29	21,8	49	22,6	38	19,4
osservazione clinica finalizzata alla diagnosi	23	17,3	51	23,5	35	17,9
ri-acquisizione ritmi biologici adeguati	23	17,3	43	19,8	33	16,8
soddisfacimento bisogni primari	16	12	28	12,9	17	8,7
impostazione trattamento ambulatoriale prevenzione recidive	9	6,8	11	5,1	13	6,6
altro	3	2,3	6	2,8	0	0
modulo/tipologia intervento						
terapeutica -riabilitativa residenziale	46	34,6	87	40,1	78	39,8
terapeutica -riabilitativa semi-residenziale	4	3	4	1,8	2	1
pedagogica -riabilitativa residenziale	44	33,1	51	23,5	44	22,4
pedagogica -riabilitativa semi-residenziale	1	0,8	1	0,5	0	0
doppia diagnosi	1	0,8	6	2,8	3	1,5
madre-bambino	3	2,3	5	2,3	5	2,6
COD	10	7,5	32	14,7	38	19,4
alcolisti	7	5,3	10	4,6	5	2,6
cocainomani	1	0,8	2	0,9	5	2,6
politossicodipendenti	0	0	1	0,5	0	0
gruppo appartamento	0	0	1	0,5	2	1
reinserimento	1	0,8	2	0,9	2	1
altro	0	0	3	1,4	1	0,5
non indicato	15	11,3	12	5,5	11	5,6
retta						
SSN	105	78,9	182	83,9	148	75,5
Ministero Grazie e Giustizia	11	8,3	10	4,6	18	9,2
Compartecipata DSM	6	4,5	7	3,2	13	6,6
Altri (MMG, minori, servizio sociali, handicap adulti,....)	3	2,3	5	2,3	5	2,6
non indicato	8	6	13	6	12	6,1
firme						
sert	67	50,4	200	92,2	157	80,1
ente	28	21,1	96	44,2	63	32,1
utente	35	26,3	135	62,2	109	55,6

ALLEGATO STATISTICO 3

Indicatori degli inserimenti in Comunità Terapeutica
(SerT Area Vasta Romagna) 2004 - 2009

INDICATORI INSERIMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICA (SerT Area Vasta Romagna)

Arco temporale 2004-'09

Fonte: Osservatori epidemiologici dipendenze patologiche di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rapporto spesa totale/popolazione target (euro per cittadino target)	4,7	5,4	5,9	6,2	7,5	8,0
Soggetti inseriti in totale/ Popolazione target * 10.000 (n. utenti inseriti in CT ogni 10.000 cittadini)	8,1	7,8	8,9	8,5	7,9	8,8
Soggetti inseriti in specialistiche RER/Popolazione target * 10.000 (soggetti inseriti ogni 10.000 cittadini)	1,20	1,36	1,28	1,37	1,61	1,43
% di utenti inseriti sul totale utenti in carico (alc+tox)	11,6	10,6	11,5	11,2	9,9	10,7
Rapporto giornate di inserimento in totale/popolazione target (giornate utilizzate ogni 100 cittadini)	11,8	11,7	12,0	12,3	13,2	13,6
Rapporto giornate di inserimento in specialistiche RER/popolazione target (giornate in CT specialistiche utilizzate ogni 100 cittadini)	0,9	1,0	0,8	1,0	1,4	1,6

ALLEGATO STATISTICO 4

Progetto individuale di trattamento in strutture riabilitative
private accreditate
(2010)

1. DATI DEL PAZIENTE

Numero di cartella _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Data e luogo di nascita _____

Residenza (Comune e indirizzo) _____

Domicilio (Comune e indirizzo) _____

Cittadinanza _____

Scolarità _____

Professione _____

Stato civile _____

Anno di primo contatto con l'UO _____

Settore Proponente (es. SerT di..., Carcere di..., CSM di...)

SerT Carcere CSM Altri

Operatore inviante _____ c/o Tel.

Referente inserimento _____ c/o Tel.

Situazione abitativa: 1 problematica 2 non problematica

Persona significativa di riferimento a supporto del progetto:

Situazione socioeconomica: 1 problematica 2 non problematica
 Se la situazione socioeconomica risulta problematica descrivere brevemente la situazione

Situazione giuridica: 1 problematica 2 non problematica
 Se la situazione giuridica risulta problematica descrivere brevemente la situazione

Specificazione situazione giuridica problematica:

- 1 carcerazione attuale
- 2 detenzione domiciliare
- 3 semilibertà
- 4 art.94 DPR 309/90
- 5 arresti domiciliari

2. DIAGNOSI (DSM IV o ICDX)*(specificare per ogni asse se il dato risulta non rilevato o le informazioni insufficienti)*

I (disturbo da sostanze) _____

I (altre diagnosi) _____

II _____

III _____

IV _____

V (livello + basso ultimi 30gg) _____

Precedenti ricoveri in SPDC SI 1 NO 2**Malattie somatiche rilevanti:** SI 1 NO 2**Indicare quali ed il livello assistenziale richiesto** (sia in termini di impegno assistenziale interno alla CT che per i controlli esterni) **ed accludere documentazione inerente ultimi esami ed accertamenti effettuati non prima degli ultimi 3 mesi.**

L'Ente accreditato si impegna ad inviare per conoscenza al SerT il referto degli eventuali esami o visite effettuati durante la permanenza in struttura.**Problematiche attualmente prevalenti**1 Scompenso tossicomaniaco non controllabile ambulatorialmente (sostanza/e _____)2 Marginalità sociale cronica3 Marginalità sociale temporanea4 Difficoltà a concludere trattamento farmacologico (specificare) _____5 Abuso di sostanze6 Problematiche sanitarie che riducono in modo significativo l'autonomia sia temporaneamente che cronicamente (specificare quali) _____7 Alta conflittualità familiare8 Problematiche socioeconomiche (specificare quali) _____9 Problematiche legali (specificare quali) _____10 Altro (specificare) _____**Note** _____

Inserimenti in Comunità ultimi 5 anni

SI 1 NO 2 Se SI indicare:

Nr inserimenti: _____ Nr sedi di inserimento: _____

Durata complessiva (gg): _____

Programma terapeutico in atto

(da compilare nell'imminenza dell'ingresso in comunità)

SI 1 NO 2

Se SI (specificare in quale area ed effettuare una valutazione dei trattamenti attualmente in atto)

AREA TRATTAMENTI IN CORSO

Compliance (ultimi 30gg)
1 2 3 4 5
Scarsa Alta

Andamento (ultimi 30gg)
1 2 3 4 5
Scarsa Alta

1. 5	FARMACOLOGICA	1	2	3	4	5	1	2	3	4
2. 5	SANITARIA	1	2	3	4	5	1	2	3	4
3. 5	PSICOLOGICA-PSICHIATRICA	1	2	3	4	5	1	2	3	4
4. 5	SOCIALE-EDUCATIVA	1	2	3	4	5	1	2	3	4
5. 5	TRASVERSALE (Seatt, gruppi di auto-mutuo aiuto, attività di valutazione o rivalutazione diagnostica, gruppi di sostegno, inserimento in casa di riposo, trattamenti psico-educativi)	1	2	3	4	5	1	2	3	4

3. PROGETTO TERAPEUTICO

(da completare dopo valutazione congiunta)

Obiettivi che si intendono perseguire attraverso l'attuale inserimento

(indicare tutti gli obiettivi relativi all'intero progetto. Le relative valutazioni vanno registrate a pag. 6 sulla base dei tempi previsti al momento dell'attivazione. Eventuali variazioni o la definizione di nuovi obiettivi a programma in corso vanno registrate solo a pag. 6).

- 1 Controllo craving
- 2 Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto
- 3 Riduzione graduale agonisti in ambiente protetto
- 4 Controllo/Adeguamento terapia farmacologica
- 5 Ri-acquisizione ritmi biologici adeguati
- 6 Soddisfacimento bisogni primari
- 7 Monitoraggio delle condizioni di salute (specificare)
- 8 Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi
- 9 Miglioramento della gestione dei rapporti interpersonali
- 10 Sviluppo aspetti legati all'autocontrollo e all'autostima
- 11 Sostegno/Rielaborazione delle relazioni familiari
- 12 Valutazione e/o attivazione risorse personali
- 13 Individuazione e attivazione risorse di rete sociale
- 14 Definizione trattamento farmacologico per la prevenzione delle recidive (alcolisti)
- 15 Superamento comportamenti a rischio
- 16 Reinserimento socio – lavorativo
- 17 Altro (specificare)

Modulo/Tipologia intervento

- 1 Modulo residenziale a tipologia terapeutico - riabilitativa
- 2 Modulo semiresidenziale a tipologia terapeutico - riabilitativa
- 3 Modulo residenziale a tipologia pedagogico - riabilitativa
- 4 Modulo semiresidenziale a tipologia pedagogico - riabilitativa
- 5 Percorso specialistico doppia diagnosi
- 6 Percorso specialistico madre - bambino
- 7 Percorso specialistico COD/ Centro Crisi
- 8 Percorso specialistico per alcolisti
- 9 Percorso specialistico per giocatori d'azzardo
- 10 Percorso specialistico per dipendenze alimentari
- 11 Percorso (specialistico o base) per cocainomani
- 12 Percorso (specialistico o base) per consumatori di ecstasy e amfetamine
- 13 Percorso (specialistico o base) per politossicodipendenti
- 14 Gruppo appartamento
- 15 Percorso reinserimento
- 16 Altro (specificare)

Durata prevista del percorso in Comunità: _____
 Ente Accreditato: _____

Sede operativa _____

a carico di:

- Servizio Sanitario Nazionale
 Compartecipata (se sì, indicare con chi) _____

Data _____

Op. Referente Ser.T _____ Paziente¹ _____ Op. _____
 Referente Struttura _____

Direttore UO Dipendenze Patologiche _____

¹ Per informativa privacy, consenso al trattamento dei dati e consenso alla comunicazione dei dati vedi allegati.

4. VALUTAZIONE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

(da completare dopo valutazione congiunta)

OBIETTIVI DI PRIMO LIVELLO - da valutare fra i 3 e i 6 mesi dall'ingresso in Comunità

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al primo livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.

Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto. Qualora un obiettivo non venga raggiunto nel periodo riportarlo nella valutazione del livello successivo.

Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO

NOTE: _____

Sede: _____

Data valutazione _____

Op. Referente Ser.T
Op. Referente Struttura

OBIETTIVI DI SECONDO LIVELLO - da valutare fra i 6 e i 12 mesi dall'ingresso in Comunità

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al secondo livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.

Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto. Qualora un obiettivo non venga raggiunto nel periodo prefissato riportarlo nella valutazione del livello successivo.

Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. ----	SI	In parte	NO

NOTE: _____

Sede: _____

Data valutazione _____

Op. Referente Ser.T
Op. Referente Struttura

OBIETTIVI DI TERZO LIVELLO - valutare fra i 12 e i 18 mesi dall'ingresso in Comunità

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al terzo livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.

Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto. Qualora un obiettivo non venga raggiunto nel periodo prefissato riportarlo nella valutazione del livello successivo.

Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	NOTE: _____ _____ _____ _____ Sede: _____
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	

Data valutazione

Op. Referente Ser.T

Op. Referente Struttura

OBIETTIVI DI QUARTO LIVELLO - valutare fra i 18 e i 24 mesi dall'ingresso in Comunità

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al quarto livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.

Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto

Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	NOTE: _____ _____ _____ _____ Sede: _____
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	
Obiettivo Nr. -----	SI	In parte	NO	

Data valutazione

Op. Referente Ser.T

Op. Referente Struttura

5. VALUTAZIONE INSERIMENTO IN COMUNITA' ALLA FINE DEL PERCORSO TERAPEUTICO

Data di fine percorso terapeutico: _____

Esito del percorso terapeutico di inserimento in CT

- 1 In corso
- 2 Completato
- 3 Terminato - Dimissione concordata
- 4 Terminato - Passaggio ad altra struttura
- 5 Terminato - Arresto
- 6 Terminato - Decesso (del soggetto)
- 7 Interrotto - Abbandono
- 8 Interrotto - Fuga
- 9 Interrotto - Espulsione
- 10 Altro (specificare)

Quali dei seguenti obiettivi sono stati raggiunti con l'inserimento in CT?

- 1 Controllo craving
- 2 Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto
- 3 Riduzione graduale agonisti in ambiente protetto
- 4 Controllo/Adeguamento terapia farmacologia
- 5 Ri-acquisizione ritmi biologici adeguati
- 6 Soddisfacimento bisogni primari
- 7 Monitoraggio delle condizioni di salute (specificare)
- 8 Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi
- 9 Miglioramento della gestione dei rapporti interpersonali
- 10 Sviluppo aspetti legati all'autocontrollo e all'autostima
- 11 Sostegno/Rielaborazione delle relazioni familiari
- 12 Valutazione e/o attivazione risorse personali
- 13 Individuazione e attivazione risorse di rete sociale
- 14 Definizione trattamento farmacologico per la prevenzione delle recidive (alcolisti)
- 15 Superamento comportamenti a rischio
- 16 Reinserimento socio - lavorativo
- 17 Altro (specificare)

Note:
.....
.....
.....

Op. Referente Ser.T
Referente Struttura

Paziente

Op.
