

# sestante

*fondato da jader fagioli*

riflessioni, temi e proposte sulla valutazione di qualità degli osservatori dipendenze patologiche delle aziende usl cesena e forlì

DICEMBRE 2004 . NUMERO 22

Autorizzazione del Tribunale di Forlì  
N.23 del 19 ottobre 1998

## **direttore responsabile**

paolo ugolini

## **direzione**

ser.t. ausl di cesena - maria cristina montanari

## **redazione**

rodolfo carbellotti, alessandro mariani d'altri

## **sede**

ausl cesena - via brunelli, 540 - 47023 cesena

## **comunicazioni**

tel. 0547.631536 / 352162

cell. 339.7925871

e-mail: pugolini@ausl-cesena.emr.it

## **sito web**

[www.delfo.forli-cesena.it/auslcesena/ser.t](http://www.delfo.forli-cesena.it/auslcesena/ser.t)

## **progetto grafico e impaginazione**

elisabetta fioravanti

via pio battistini, 10 cesena tel. e fax 0547 27840

[www.studiograficofioravanti.it](http://www.studiograficofioravanti.it)

**Stampa litografia mdm** - forlì

# sommario

- 3 editoriale**  
**ricerca socio-epidemiologica e qualità**  
paolo ugolini
  
- 4 osservatorio**  
**quadro epidemiologico droghe e alcol**  
alessandro mariani d'altri  
monica teodorani  
paolo ugolini
  
- 9 ricerca epidemiologica**  
**dipendenze e doppia diagnosi**  
francesca leoni  
michele senza
  
- 17 ricerca nuove droghe**  
**notti sicure 2004**  
lidia agostini  
monia bianchi  
simone preti  
marusca stella
  
- 21 ricerca soddisfazione**  
**qualità possibile, qualità negoziata**  
valentina casadei  
alessandro mariani d'altri
  
- 25 ricerca nuove droghe**  
**spazi e tempi stupefacenti**  
michela martino  
daniela nuzzolese  
paolo ugolini
  
- 29 ricerca valutativa**  
**percorsi (e costi) in comunità terapeutiche**  
annamaria berlini
  
- 32 appuntamenti**

# ricerca socio-epidemiologica e qualità

a cura di  
**paolo ugolini**

L'uso di droghe continua a diffondersi nonostante la documentata pericolosità specie di "sostanze ricreative" prodotte in laboratorio con combinazioni conosciute solo a chi le ha confezionate. Il dato in possesso delle istituzioni (SerT, Regioni, Ministeri, CNR, Istituto Superiore di Sanità) è fortemente sottostimato proprio perché i dati in loro possesso sono relativi ai soli accessi ai servizi; da qui il valore della ricerca socio-epidemiologica. Questo numero di **Sestante** presenta diversificati rapporti di ricerca socio-epidemiologica nel cesenate e, come Osservatorio Dipendenze locale, tenta di intrecciare il dato più istituzionale con i risultati del dato di ricerca; lo scopo del presente lavoro, infatti, è quello di predisporre indicatori di rappresentanza semantica dei fenomeni legati al consumo di droghe e quindi indirizzare le politiche, i progetti e le attività dei servizi pubblici e privati della rete del Coordinamento Tecnico Territoriale (ora parte integrante dei Piani Sociali di Zona) del cesenate. In tal senso ritengo che il rigore metodologico e scientifico proprio di una struttura di ricerca si debba coniugare con l'operatività dei Servizi del territorio specie nell'affrontare le nuove sfide delle dipendenze (sostanze ricreative, problemi alcolcorrelati, comorbilità

psichiatrica...).

Oggi infatti, vecchie e nuove sostanze sono consumate insieme e in varie combinazioni tra loro originando una serie di problemi diversificati che solo servizi realmente territoriali (Centri di ascolto, Centri serali o notturni, Operatori della notte, Animatori di strada, ecc.) riescono a contattare e far entrare nella propria rete di prestazioni. Il filo che unisce le varie ricerche-intervento presentate in questo numero di **Sestante** nasce dalla consapevolezza che i nuovi problemi richiedono nuove risposte e le nuove risposte significano nuove strategie; una buona sinergia tra ricerca scientifica ed operatività dei servizi sarà l'anello che permetterà di costruire efficaci coordinamenti o qualificare reti di servizio, di proporre progetti innovativi, di mirare a target specifici le azioni di in/formazione e di prevenzione.

Solo in questo modo sarà possibile perseguire il miglioramento continuo della qualità, unica strada per affrontare un fenomeno complesso, multifattoriale e multiproblematico come quello delle dipendenze.

Buona lettura

# quadro epidemiologico droghe e alcol

Alcuni indicatori di sintesi nel cesenate

a cura di  
**alessandro mariani d'altri**  
**monica teodorani**  
**paolo ugolini**

## Premessa

In un recente convegno organizzato dal Gruppo Abele si sottolineava che “l’adeguatezza e l’efficacia degli interventi si misurano a partire dalla realtà e dai bisogni delle persone più fragili” (Don Ciotti, 2003). E ancora... “di fronte alla grande eterogeneità degli usi e degli abusi di sostanze si impone innanzitutto per il sistema sanitario il tema dell’efficacia degli interventi. Questo problema deve essere posto in modo diverso per sostanze diverse, per usi diversi, per abusi diversi; in qualche caso, in particolare per i servizi sanitari, è un problema che non può essere posto, perché si tratta di comportamenti che non sono potenziale oggetto di un trattamento” (Perucci, 2003). Ne deriva che, analizzare un fenomeno complesso come l’uso-abuso e la dipendenza da sostanze psicotrope, legali e illegali non è sempre facile. Le difficoltà nascono da alcuni fattori:

- la non semplice definizione del caso;
- il frequente labile confine tra uso, abuso, assuefazione, tolleranza e dipendenza;
- l’ampio fenomeno sommerso dovuto all’illegalità delle sostanze;
- gli stili di vita e l’uso culturalmente accettato dell’alcol o di altre sostanze psicoattive legali.

Questo saggio si pone l’obiettivo di rilevare il fenomeno del consumo/abuso/dipendenza da droghe legali e illegali nel territorio dei 15 Comuni del cesenate analizzando i dati provenienti da diverse fonti informative (SerT, AUSL, Regione Emilia Romagna, Ministero del Welfare, OEDT).

## 1. Consumo/Abuso/Dipendenza da stupefacenti

### a) Consumo di stupefacenti

Il consumo di stupefacenti fra la popolazione generale viene misurato con indagini che stimano la percentuale della popolazione che ha fatto uso di stupefacenti in un arco temporale.

- “una tantum” (prevalenza nella vita)
- “uso recente” (prevalenza negli ultimi 12 mesi)
- “uso corrente” (prevalenza negli ultimi 30 gg.)

Solo mettendo insieme l’esperienza una tantum con l’uso recente o corrente si possono ricavare informazioni sui modelli di consumo degli stupefacenti.

Tab.1 Prevalenza nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30gg. Fonte. Relazione annuale al Parlamento italiano sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2001, Studio IPSAD anno 2001

	15-44 anni					
	N.	cannabis	eroina	cocaina	amfetamine	ecstasy
Una tantum (nella vita)	6032	21,9%	0,9%	3,4%	1,5%	1,8%
Uso recente (12 mesi)	6032	6,2%	0,5%	1,1%	0,1%	0,2%
Uso corrente (30 gg.)	6032	4,4%	0,2%	0,7%	-	0,2%

Dallo studio nella popolazione italiana, di età compresa fra i 15 e i 44 anni, risulta una diffusa sperimentazione delle diverse sostanze, in particolare il 22% per la cannabis, il 3,4 per la cocaina, il 3,3% per le sostanze psicostimolanti e lo 0,9% per l’eroina. La sostanza più consumata, anche solo per una volta, è la cannabis; la seconda è la cocaina. L’esperienza di uso nell’ultimo anno e nell’ultimo mese presenta valori significativi sempre per cannabis e cocaina.

Tab.2 Stima del numero di consumatori nella popolazione target (15-44) dell'Azienda USL di Cesena 2003 sulla base della prevalenza risultante dallo Studio IPSAD 2001

	15-44 anni					
	N.	cannabis	eroina	cocaina	amfetamine	ecstasy
Una tantum (nella vita)	79.045	17.3111	711	2.687	1.186	1.423
Uso recente (12 mesi)	79.045	4.901	395	869	79	158
Uso corrente (30 gg.)	79.045	3.478	158	553	-	158
Utenti SerT '03 uso primario	79.045	55	285	68	3	7

L'esperienza di uso nell'ultimo anno è la misura che meglio si adatta a descrivere il fenomeno della diffusione dell'uso di droga in questo territorio. Sebbene si tratti di una stima, emerge con chiarezza lo scarto fra il numero dei soggetti in trattamento presso il SerT e il numero di chi ha consumato più volte nell'ultimo anno, in particolare per la cannabis e per la cocaina. La stima descrive la presenza di un consumo sommerso, più o meno assiduo, che riguarda in particolare il consumo/abuso di cocaina e delle droghe psico-stimolanti.

### b) Domanda di trattamento

Un altro indicatore dell'uso di sostanze stupefacenti, in un territorio di riferimento, è espresso dalla domanda di trattamento presso le strutture pubbliche, cioè dal numero di soggetti in trattamento presso i SerT.

Tab.3 Utenza tossicodipendente "in carico". SerT di Cesena e Regione Emilia-Romagna - anno 2003

	Totale utenza TD	Nuovi Utenti TD	Popolaz. 14-44 anni
Ausl Cesena	436	96	80.639
Regione	10.774	2.072	1.649.316

Tab. 4 Indicatori utenza tossicodipendente U.O. Ser.T.: variazione negli anni e confronto con Regione E.R. (target 14-44 anni)

	Cesena 1999	Cesena 2000	Cesena 2001	Cesena 2002	Cesena 2003	RER 2003
Prevalenza* tossicodipendenti (su 1.000 abitanti)	5,9	5,7	5,5	5,4	5,5	6,5
Incidenza* tossicodipendenti (su 1.000 abitanti)	1,7	1,2	1,2	1,0	1,2	1,3
Tossicodipendenti nuovi / Tot. tossicodipendenti in carico x 1000	28,4	20,7	21,5	19,1	22,0	19,2

Dall'analisi dei dati emerge che, se da una parte, negli ultimi anni, si è registrata una stabilizzazione del numero di utenti (nel 2003 sono stati in carico al SerT di Cesena 436 tossicodipendenti), confermata anche dalle misure di prevalenza e incidenza, dall'altra, la rilevanza che diverse sostanze d'abuso (primario e secondario) stanno assumendo negli ultimi anni conferma le nuove tendenze

che si delineano. Si assiste, infatti, ad una diversificazione all'interno del quadro di consumo delle sostanze stupefacenti, all'affermarsi di nuovi significati e nuovi stili di consumo, che si traducono anche in fenomeni di poliassunzione e di ampia sperimentazione.

Tab. 5 Sostanze d'abuso primaria degli utenti in trattamento presso i SerT: distribuzione percentuale utenti in carico ai SerT in base alla sostanza d'abuso primaria, anno 2003, fonte Ministero della Salute

Area geografica	eroina	cocaina	ecstasy e analoghi	cannabinoidi
Italia	75,6%	8,9%	0,8%	10,4%
Nord est	75,3%	8,1%	1,6%	11,0%
Emilia Romagna	74,1%	10,5%	1,2%	9,0%
Cesena (N. 436)	65,4%	15,6%	2,5%	12,6%

L'eroina continua ad essere la sostanza d'abuso primaria per i soggetti che avanzano richiesta di trattamento. Sebbene nel 2003 il 75,6% dei soggetti in terapia presso i SerT italiani risulta dipendente da eroina, si evidenzia che nel tempo la quota di assuntori di eroina è in evidente diminuzione. L'ingresso dei pazienti in terapia per abuso di sostanze diverse dall'eroina presenta andamenti crescenti. In particolare si evidenzia un aumento rilevante per la cocaina e per i cannabinoidi. Variazioni di rilievo si evidenziano anche in merito alle modalità di assunzione; la diminuzione costante di soggetti che le assumono per via iniettiva riguarda tutte le sostanze. Un'ultima indicazione emerge dall'analisi dell'utenza dei SerT con riguardo alla sostanza d'abuso secondaria, per la quale si evidenzia un tendenziale aumento dell'abuso di cocaina e di alcol.

Anche i dati del SerT di Cesena descrivono un Servizio sempre meno "eroino-centrico" e sempre più recettivo nei riguardi delle tendenze che le ricerche evidenziano: affiorano, in modo crescente, la dipendenza/abuso da cocaina (15,6%), da cannabis (12,6%) con una percentuale nettamente superiore di soggetti presi in carico per cocaina (15,6% contro il 10,5% dell'ER e l' 8,9% dell'Italia) e per ecstasy ed analoghi (2,5% contro il 1,2% dell'ER e lo 0,8% dell'Italia) e per cannabinoidi (leggermente superiore ai dati regionali e nazionali) (Tab.5).

## 2. Adolescenti - giovani: Consumo / Abuso / Dipendenza da stupefacenti

### a) Consumo di stupefacenti

Lo studio ESPAD - condotto con strumenti e metodologie di rilevazione standardizzati, definiti in

\* Prevalenza di una malattia è la proporzione di persone della popolazione che presentano la malattia rispetto alla popolazione target in uno specifico periodo di tempo: n. casi/pop. a rischio (14 -44 anni).

\* Incidenza di una malattia si riferisce al numero di nuovi casi che si sviluppano in una popolazione a rischio per questa malattia, in uno specifico periodo di tempo: n. nuovi casi/pop. a rischio (14 - 44 anni).

ambito europeo – rileva la prevalenza del consumo di droghe illegali negli studenti, tra i 15 e i 19 anni, delle scuole superiori.

Tab. 6 Prevalenza negli ultimi 12 mesi delle sostanze più utilizzate tra gli studenti 15-19enni - ESPAD 2003 (dati nazionali e regionali)<sup>2</sup>

	N.	cannabis	cocaina	eroina	ecstasy
Uso recente - ultimi 12 mesi (dati nazionali)	27.392	27,4%	4,5%	2,7%	2,6%
Uso recente - ultimi 12 mesi (dati Emilia Romagna)	/	30%	6,1%	2,5%	2,4%
Stima del numero di consumatori nella pop. target 2003 (15-19 anni) dell'Azienda USL di Cesena sulla base della prevalenza ESPAD 2003 in ER	8.220	2.466	501	205	197

La sostanza più usata dai giovani con meno di 20 anni è la cannabis, 27,7% (più tra i maschi che tra le femmine), il consumo, che è principalmente "assiduo", cresce con l'aumentare dell'età; la seconda sostanza più usata è la cocaina (4,5%), anche se in modo "sporadico", il suo consumo aumenta al crescere dell'età; altro dato di rilievo è la diffusione dell'eroina (2,7%) "fumata", anche se l'uso prevalente è "sporadico" e il suo utilizzo decresce al crescere dell'età; l'ecstasy risulta assunta dal 2,6% degli studenti, sia il consumo "sporadico" che quello "assiduo" aumentano col crescere dell'età.

Nel 1999 Il SerT di Cesena, ha condotto, in collaborazione con l'Università di Urbino<sup>3</sup>, una ricerca sui fenomeni di abuso di sostanze assunte a scopo prevalentemente ricreativo da parte di giovani frequentatori delle discoteche. La stessa ricerca è stata ripetuta nel 2003, questo ha consentito un'analisi longitudinale.

Tab.7 Prevalenza nel consumo di sostanze. Ricerca SerT Cesena "Giovani e Nuove droghe" (1999 e 2003). Valori percentuali.

	1999 (soggetti n. 231)				2003 (soggetti n. 205)			
	mai	Una volta	Qualche volta	Abitualmente	Mai	Una volta	Qualche volta	Abitualmente
	%	%	%	%	%	%	%	%
nicotina					15	4	22	59
alcol					2	0,5	45	52
cannabinoidi	23	7	48	22	22	6	42	30
cocaina	74	7	18	1	70	10	18,5	1,5
ecstasy	82	6	10	1	65	7	27	1,5
anfetamine	81	6	10	3	79	5	15	1,5
Acidi/lsd	78	8	12	2	66	9	23	1,5

Nel 2003, il 59% del campione fa uso abituale di tabacco e il 52% di alcol.

Per tutte le sostanze oggetto d'indagine aumenta il consumo occasionale e per i cannabinoidi cresce in modo rilevante anche il consumo abituale (30%). Per la cocaina si registra un aumento della

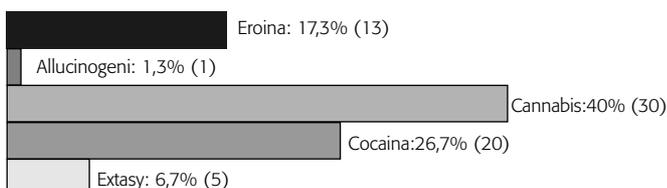
sperimentazione: chi ha avuto un unico approccio con la sostanza passa dal 7% al 10%.

L'ultima rilevazione descrive in generale un quadro caratterizzato da una maggior penetrazione delle sostanze, infatti mentre il consumo "una tantum" rimane pressoché invariato, aumenta, per tutte le sostanze eccetto la cannabis (il cui consumo diventa più assiduo), la proporzione di coloro che consumano "qualche volta".

### b) Domanda di trattamento

Il Centro di Ascolto del SerT di Cesena, che offre consulenze e terapie psicologiche per adolescenti e giovani adulti che presentano problematiche di uso e abuso di sostanze psicotrofici, al fine di fornire interventi di cura (soprattutto in un'ottica preventiva), ha registrato negli anni un graduale aumento degli utenti in trattamento (N. 75 nel 2003). Si tratta di una utenza giovane perlopiù di età compresa nella fascia 15-19 anni (42%) o 20-24 anni (41,3%).

Graf.1 Principali sostanze primarie d'abuso utenti Centro Ascolto Nuove droghe - SerT Cesena (N. 75), anno 2003



Le sostanze d'abuso principali risultano i cannabinoidi (40%), la cocaina (26,7%) e l'eroina (17,3%). Rispetto agli anni precedenti, si osserva una diminuzione dell'ecstasy come sostanza primaria, un aumento significativo dei cannabinoidi e un aumento altalenante dell'eroina; emerge una stabilizzazione della cocaina. L'alcol è particolarmente presente nella fascia d'età 15-19 anni, così come i cannabinoidi e le amfetamine. Gli allucinogeni, la cocaina e l'ecstasy compaiono soprattutto nella fascia d'età 20-24 anni. D'altra parte però si osserva una percentuale significativa di cocaina anche nella fascia di età 15-19 pari al 19%.

## 3. Consumo/Abuso/Dipendenza da alcol

### a) Consumo di alcol

- Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002- Ministero della salute - Continua in Italia un aumento del numero dei consumatori, che nel 2000 costituiscono l'80% della popolazione. Tale incremento riguarda soprattutto le donne (73,2%) e i giovani consumatori, dai 15

<sup>2</sup> Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2003, Studio ESPAD Italia 2003 realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (Studenti n. 27.392)

<sup>3</sup> Agostini L., Baraldi C., Protti F., Ugolini P., "Discoteche: tempi e spazi stupefacenti. Una ricerca e un progetto nella provincia di Forlì-Cesena", in Sestante n.11, 2000

ai 24 anni (77%). I soggetti che abusano di alcol (coloro che si sono ubriacati più di una volta negli ultimi 3 mesi) sono aumentati, passando all' 1,4% nel 2000. Le stime della mortalità alcolcorrelata sono ancora elevate e sono stimate fra i 15.000 e i 22.000 morti l'anno.

- Secondo altre stime del Gruppo epidemiologico della Società italiana di Alcologia, in Italia su 33.000.000 di consumatori ci sono 4.000.000 di persone che presentano problemi connessi all'uso di alcol ed 1.600.000 alcolisti. La Società italiana di alcologia ha stimato in una cifra superiore a 50.000 il numero dei nuovi alcolisti per anno; secondo la stessa fonte, è del 10% la prevalenza di patologie alcolcorrelate in medicina generale, ed anche nell'ambito dei ricoveri ospedalieri il 10% è attribuibile a problemi alcolcorrelati.

#### b) Domanda di trattamento

Il SerT di Cesena, a partire dal 2000, registra un aumento degli alcolisti in carico, in particolare delle femmine; anche la prevalenza e l'incidenza risultano in crescita. L'utenza alcolista mostra una forte dinamicità, i nuovi ingressi in trattamento (36,2%) rappresentano una percentuale molto superiore alla media regionale (26,8%).

Tab. 8 Utenza alcolista "in carico". SerT di Cesena e Regione Emilia-Romagna - anno 2003

	Totale utenza alcol	Nuovi Utenti alcol	Popolaz. 18-64 anni
Ausl Cesena	138	50	123.360
Regione	4.173	1.117	2.594.776

Tab. 9 Indicatori utenza alcodipendente U.O. Ser.T. - dati 2003: variazione negli anni e confronto indicatore Regione Emilia-Romagna - dati 2003 (target 18-64 anni)

	Cesena 1999	Cesena 2000	Cesena 2001	Cesena 2002	Cesena 2003	RER 2003
Prevalenza alcodipendenti (su 1.000 abitanti)	0,98	0,66	0,83	1,02	1,13	1,6
Incidenza alcodipendenti (su 1.000 abitanti)	0,30	0,31	0,36	0,38	0,41	0,43
Alcodipendenti nuovi / Alcodipendenti in carico x 1000	30,8	47,5	43,0	37,4	36,2	26,8

#### 4. Ricoveri in strutture AUSL Cesena

Anche i ricoveri effettuati nelle strutture pubbliche e private, con diagnosi primaria o secondaria riconducibile al consumo/abuso di sostanze psicoattive o di alcol, rappresentano un altro indicatore della domanda di trattamento espressa da un territorio di riferimento e, indirettamente, della diffusione di un fenomeno che non sempre si traduce nella richiesta di intervento rivolta al SerT.

Tab.10 Numero ricoveri per droga di soggetti residenti nei 15 comuni del cesenate - Anno 2003 e 1° semestre 2004 (Fonte: Sistema Informativo- AUSL Cesena)

	Ricoveri 2003			Ricoveri 1° sem. 2004		
	IN AUSL	FUORI AUSL	totale	IN AUSL	FUORI AUSL	totale
ricoveri	189	159	348	109	47	156
persone ricoverate	/	/	208	/	/	119

Tab.11 Numero ricoveri per droga in strutture sanitarie per soggetti residenti nei 15 comuni del cesenate - Anno 2003 e 1° semestre 2004 - (Fonte: Sistema Informativo- AUSL Cesena)

	Ricoveri 2003		Ricoveri 1° sem. 2004	
Strutture Pubbliche AUSL Cesena	189	54,3%	109	69,9%
Strutture Private AUSL Cesena	58	16,7%	26	16,7%
Strutture Pubbliche e Private di altre AUSL RER	55	15,8%	21	13,4%
Strutture Pubbliche e Private di altre Regioni	46	13,2%	/	/
Tot.	348	100%	156	100%

Sono stati (più volte) ricoverati, per patologie correlate all'uso/abuso di alcol o droghe, 208 soggetti residenti nel territorio dell'AUSL di Cesena (per un totale di 348 ricoveri) durante il 2003 e 119 soggetti nel 1° semestre 2004 (per un totale di 156 ricoveri) (tab.10). Mentre nel 2003 poco più del 50% dei ricoveri avveniva nelle strutture pubbliche dell'Azienda, nel primo semestre del 2004 c'è stato un miglior assorbimento di queste ultime (69,9%), al quale è corrisposto una drastica riduzione dell'export fuori Regione (dal 13,2% allo 0%) (tab.11).

Tab.12 Numero di ricoveri dei soggetti residenti con diagnosi principale o secondaria relativa a consumo/abuso di alcol o droghe - anno 2003 e 1° semestre 2004 (Fonte: Sistema Informativo-AUSL Cesena)

	2003				1° sem. 2004			
	IN ausl	FUORI ausl	Tot.	% diagnosi	IN ausl	FUORI ausl	Tot.	% diagnosi
abuso/dipendenza da <b>Alcol</b>	146	127	273	78,5%	75	35	110	70,6%
abuso/dipend. da <b>Opioidi</b>	17	5	22	6,3%	8	6	14	9,0%
abuso/dipend. da <b>Cocaina</b>	6	2	8	2,3%	6	0	6	3,8%
abuso/dipend. da <b>Cannabinoidi</b>	3	4	7	2,0%	1	2	3	1,9%
abuso/dipend. da <b>Sedativi o Ipnotici-Barbiturici</b>	3	4	7	2,0%	4	1	5	3,2%
abuso/dipend. da <b>altre droghe o mista o non specificata</b>	14	17	31	8,9%	15	3	18	11,5%
<b>Tot.</b>	<b>189</b>	<b>159</b>	<b>348</b>	<b>100,0%</b>	<b>109</b>	<b>47</b>	<b>156</b>	<b>100,0%</b>
	54,3%	45,7%	100,0%		69,9%	30,3%	100%	

Il 78,5% dei ricoveri del 2003, e il 70,6% di quelli del 1° semestre, presenta una diagnosi primaria o secondaria collegata all'assunzione di alcol. I dati confermano l'alcol come uno dei più importanti fattori di rischio per la salute

Un altro indicatore dell'uso di sostanze stupefacenti, in un territorio di riferimento, è espresso dall'attività ambulatoriale svolta dal SerT per i soggetti che accedono al Servizio (tab.12).

Tab.13 Soggetti che hanno avuto accesso alle attività ambulatoriali del SerT

	2003				1° sem. 2004			
	in carico	provvisori	appoggiati	tot.	in carico	provvisori	appoggiati	tot.
Tossicodipendenti	436	69	198	703	389	28	125	542
Alcolisti	138	14	-	152	119	11	-	130
totali	574	83	198	855	508	39	125	672

## 5. Azioni Programmazione '05 - '07

L'analisi delle ricerche, delle stime e dei dati nazionali, regionali e locali descrivono un quadro epidemiologico che suggerisce alcuni obiettivi prioritari da perseguire nel triennio '05-'07:

### • Giovani/adulti "multiproblematici"

- Migliorare l'integrazione delle risorse e delle competenze intra ed extra dipartimentali e i percorsi terapeutici per portatori di comorbidità.
- Migliorare la presa in carico (case management) mediante un progetto di cura condiviso tra i servizi coinvolti, contenente gli obiettivi dell'intervento, le modalità di azione, i tempi di verifica e l'individuazione del case manager.
- Migliorare la prognosi delle disabilità dei pazienti con comorbidità attraverso l'orientamento della committenza dei servizi privati convenzionati in ambito Vasta Romagna.
- Rafforzare l'integrazione degli interventi socio-sanitari con gli EE.LL. all'interno dei programmi terapeutici di trattamento e di reinserimento.

### • Adolescenti/giovani per uso-abuso-dipendenza da sostanze psicoattive

- Incrementare ricerche cliniche e conoscitive per meglio evidenziare cultura, stili di vita e bisogni del consumatore.
- Migliorare la capacità di fare diagnosi e sviluppare protocolli di terapia specifici per eventi psichiatrici acuti legati all'assunzione di stupefacenti in adolescenti.
- Incrementare e qualificare il livello di informazione alle fasce giovanili, agli operatori socio-sanitari (formazione/informazione rivolta alle agenzie del territorio ed al personale sanitario), Al corpo docente e agli studenti delle scuole medie superiori e delle scuole guida.
- Incrementare il lavoro di rete attraverso il coinvolgimento di servizi ed agenzie territoriali (EE.LL, Agenzie del No profit, Consultorio giovani e familiare, Dipartimento prevenzione...).

### • Giovani/adulti per uso-abuso-dipendenza da alcol

- Ridurre la frammentazione degli interventi di prevenzione, informazione e consulenza.

- Migliorare la qualità e le sinergie della rete dei servizi, pubblici e privati, e rafforzare l'integrazione degli interventi sociali e socio-sanitari fra SerT e EE.LL.
- Migliorare lo screening e la diagnosi (nei casi con bere problematico), da parte del MMG ed il conseguente invio al SerT ove necessario.
- Migliorare il trattamento da intossicazione acuta da alcol attraverso la ricerca di collaborazioni con i reparti ospedalieri per una degenza programmata e facilitata e la contestuale predisposizione di un successivo programma territoriale da parte del SerT.

### Bibliografia di riferimento

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

Don Ciotti, *Affrontare i problemi, incontrare le persone*, in *Narcografie*, supplemento al n.3, marzo 2003

Perucci C., *Tossicodipendenza ed efficacia dei trattamenti*, in *Narcografie*, supplemento al n.3, marzo 2003

OEDT, *Relazione annuale 2003*

Osservatorio SerT /AUSL Cesena, *Quadro epidemiologico e offerta di servizi per droghe e alcol*, anno 2003

SESTANTE, n. 19, *Mission SerT e PerCorsi valutativi*, AUSL Cesena, 2003

Regione Emilia Romagna, Area Dipendenze, [www.emiliaromagnasociale.it](http://www.emiliaromagnasociale.it)

Relazione annuale al Parlamento italiano sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2001, Studio IPSAD anno 2001

Relazione annuale al Parlamento italiano sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2003

---

#### alessandro mariani d'altri,

sociologo ser.t ausl cesena  
tel. 0547/631536  
e-mail: stracesena@libero.it

#### monica teodorani,

sociologa ser.t ausl cesena  
tel. 0547/352166  
e-mail: mteodorani@ausl-cesena.emr.it

#### paolo ugolini,

sociologo, responsabile osservatorio dipendenze cesena  
tel. 339/7925871  
e-mail: pugolini@ausl-cesena.emr.it

---

# dipendenze e doppia diagnosi

Ricerca epidemiologica nel SerT di Cesena

a cura di  
**francesca leoni**  
**michele senza**

con la collaborazione di  
**annaluna copparoni**  
**monica teodorani**

## Introduzione

L'espressione "*dual diagnosis*" è stata coniata negli U.S.A. per indicare gli stati di comorbidità tra un disturbo mentale e un abuso di sostanze. Tale etichetta include sia soggetti che presentano sintomi gravi, sia soggetti con disturbi psichiatrici meno importanti. Alcuni Autori (Fioritti, Solomon, Drake et al., 2001) utilizzano il termine "*dual diagnosis*" in riferimento alle situazioni in cui una sindrome di Asse I, prevalentemente psicotica, si sovrappone all'abuso di sostanze. Tuttavia, spesso nella pratica clinica il termine viene utilizzato in una accezione più estensiva includendo anche la comorbidità tra abuso di sostanze e disturbi di personalità. L'espressione "*dual diagnosis*" è stata tradotta in italiano come "doppia diagnosi" anche se questo termine non è del tutto preciso in quanto sono molti i sintomi che si possono associare alla tossicodipendenza. Nonostante tale imperfezione concettuale, la definizione è entrata in uso nei Servizi sanitari e viene correntemente utilizzata per designare tali soggetti.

I Servizi che in Italia si trovano quotidianamente ad assistere soggetti a "doppia diagnosi" sono il SerT ed il Centro di Salute mentale (CSM), con spesso notevoli difficoltà derivanti dalla complessità della problematica presentata.

Negli ultimi '30 anni si è assistito a notevoli cambiamenti nell'ambito della psichiatria. Fino ai primi anni '70 l'alcolismo e la tossicodipendenza hanno costituito un ambito di intervento di chiara pertinenza medico - psichiatrica. A partire da quegli stessi anni in Europa ed in Italia si è veri-

ficata quella che alcuni Autori hanno denominato la "ritirata psichiatrica" (Nizzoli, 1996), che nel nostro Paese si è concretizzata nel distacco del campo delle tossicodipendenze dalla psichiatria, sancito dalla legge 685 del 1975. A questo si associa la riforma psichiatrica e la chiusura delle strutture manicomiali. In particolare, la deistituzionalizzazione ha prodotto un profilo completamente nuovo di pazienti gravi, la maggior parte dei quali non ha mai conosciuto i manicomi, ma ha vissuto nel territorio i primi anni di malattia andando incontro a tutte le conseguenze della maggiore vulnerabilità all'esposizione alle droghe, e tutti i quadri clinici che questa comporta.

## Il contributo della ricerca epidemiologica

Negli USA il problema della doppia diagnosi è stato analizzato svolgendo imponenti ricerche epidemiologiche, le quali hanno favorito il suo passaggio da emergenza clinica a costruito scientifico. Il principale di questi studi è sicuramente l'*Epidemiologic Catchment Area (ECA) Project* che ha indagato l'estensione della doppia diagnosi nella popolazione generale, valutando i soggetti sia in base alla storia clinica sia in base ai loro disturbi attuali. Il campione (Eaton W. W., 1985) era costituito da adulti dai 18 anni in su provenienti dalle popolazioni considerate a rischio, come ad esempio pazienti residenti in cliniche di salute mentale a lunga degenza o negli istituti penali. Il campione ha raggiunto alla fine

della raccolta dei dati il numero di 20.291 soggetti, ed era standardizzato in base al sesso, all'età, alla razza o all'etnia. Questa ricerca ha mostrato come i disturbi psichiatrici maggiori ed i disturbi da uso di sostanze siano tra i più rappresentati nella popolazione generale. I dati emersi dall'*ECA Project* rilevano come nella popolazione generale americana la prevalenza ad un anno di qualsiasi disturbo mentale (esclusi i disturbi da uso di sostanze) era del 22.1%, mentre quella di qualsiasi disturbo da uso di sostanze era del 9.5%. Inoltre il 52% di tutti coloro che avevano una diagnosi *lifetime* di abuso di alcolici aveva anche un'altra diagnosi, e allo stesso modo il 75% di tutti quelli con diagnosi *lifetime* di abuso di altre sostanze.

I dati riguardanti la doppia diagnosi erano riferiti a tre categorie: abuso di alcol, abuso di sostanze, disturbo mentale. Tra i soggetti con disturbo mentale il 22.3% presentava comorbidità con abuso di alcol, il 14.7% comorbidità con abuso di altre sostanze, il 28.9% comorbidità con altri disturbi mentali. Tra i soggetti senza disturbi mentali nella storia clinica si era rilevato abuso di alcol nell'11% e abuso di altre sostanze nel 3.7% dei casi. Pertanto la presenza di sintomi di malattie mentali in anamnesi sembra duplicare il rischio di abuso di sostanze o alcol. Nei soggetti che abusavano di alcol o di altre sostanze i sintomi di un disturbo mentale erano presenti, rispettivamente, nel 36.6% e in più del 50% dei casi.

I tassi di doppia diagnosi rilevati dall'*ECA Project* differiscono notevolmente in base alle categorie diagnostiche. Infatti si possono notare tassi *lifetime* di prevalenza di abuso o dipendenza da sostanze molto diversi tra le varie classi di disturbi mentali: schizofrenia 47%, disturbi d'ansia escluso disturbo da attacchi di panico 14.7%, disturbo da attacchi di panico 35.8%, disturbo ossessivo – compulsivo 32.8%, disturbi affettivi tranne quelli bipolari 32%, disturbi bipolari 60%, disturbo antisociale di personalità 84% (Regier, 1990).

Sempre gli studi americani di popolazione generale hanno inoltre indicato come nelle popolazioni trattate la doppia diagnosi debba essere ormai considerata la regola e non più l'eccezione. Sulla base degli *odds ratios* (una misura della probabilità statistica o rischio relativo al di sopra della casualità) riportati nei progetti ECA e NCS (National Comorbidity Survey) (Kessler, 1994) si può prevedere che da metà a due terzi dei pazienti psicotici presenti nel corso della vita problemi di abuso o dipendenza da alcol o altre sostanze e che da un terzo a metà dei casi acuti si presentino con problemi di abuso o dipenden-

za da sostanze.

Diversamente dagli Stati Uniti, in Italia il problema della doppia diagnosi non è stato ancora sufficientemente indagato. Infatti, non esistono dati epidemiologici certi sulla prevalenza dei disturbi mentali e sull'abuso di sostanze nella popolazione generale. Anche per quanto riguarda la popolazione afferente ai servizi psichiatrici vi sono scarse conoscenze sulla prevalenza dei disturbi da abuso di sostanze. La prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti afferenti ai SerT è stata studiata a partire dalla fine degli anni '80, prendendo in considerazione principalmente persone dipendenti da oppiacei. Tempesta et al. (1986) hanno analizzato le diagnosi di 153 pazienti ammessi consecutivamente ad un'unità di disintossicazione di un Ospedale generale di Roma e hanno rilevato una prevalenza del 42% di disturbi di Asse I e del 47% di disturbi di Asse II, mentre solo il 15% del campione non presentava alcuna diagnosi psichiatrica. Clerici et al. (1989) hanno valutato il profilo psicopatologico di 226 pazienti di una comunità terapeutica di Milano: il 30% del campione presentava una diagnosi di Asse I, il 41% una diagnosi di Asse II. Più recentemente Pozzi et al. (1993) hanno valutato un campione di 390 soggetti che richiedevano un intervento ai SerT utilizzando i criteri del DSM-III-R. Il 90% dei pazienti era tossicodipendente da oppiacei e il 20.5% era HIV-sieropositivo. I risultati ottenuti da questi ricercatori sono in linea con quelli rilevati dal censimento promosso dal Ministero per gli Affari Sociali nello stesso anno. Solo il 24.6% dei soggetti non presentava alcuna diagnosi psichiatrica eccetto la tossicodipendenza. Il 10% del campione soddisfa i criteri per una diagnosi di Asse I, il 30% una diagnosi di Asse II, il 16.4% una diagnosi su entrambi gli Assi.

### La ricerca del SerT

A partire da confronti e riflessioni all'interno del SerT di Cesena ed in collaborazione con le Comunità Terapeutiche del comprensorio è emersa nettamente la percezione condivisa che almeno il 30-40% degli utenti tossicodipendenti e alcolisti che ricevono un trattamento da queste strutture presenti una "doppia diagnosi", presenti cioè oltre a disturbi da abuso di sostanze un disturbo psichiatrico di Asse I e/o di Asse II secondo i criteri del DSM-IV. Questo dato sembra essere in linea con le ricerche svolte in questi anni. Questa percezione trova conferma quotidianamente nelle difficoltà di trattamento di questi pazienti e nella necessità crescente di interventi integrati medico

– psicologico – sociali, rilevate dagli operatori del SerT e delle Comunità. Questa presa di consapevolezza ha spinto il SerT a intraprendere una ricerca tra gli utenti con “doppia diagnosi” in carico al Servizio.

#### Obiettivi.

- Descrivere, a scopo conoscitivo, il gruppo di utenti a “doppia diagnosi” sulla base di una serie di caratteristiche selezionate.
- Identificare i bisogni sanitari e sociali di questi soggetti.
- Verificare la nostra ipotesi di fondo che il gruppo sperimentale assorba una maggiore quantità di risorse del Servizio e agisca da stimolo nel fornire risposte più specifiche e mirate in termini di trattamenti e prestazioni.

#### Individuazione del campione.

Per realizzare la ricerca abbiamo selezionato un campione di utenti in carico al SerT che soddisfano i criteri della doppia diagnosi, come descritto nel paragrafo precedente: un problema di abuso di sostanze o alcol e un disturbo mentale rilevante. Più in particolare, il campione sperimentale è stato formato utilizzando tre criteri:

- Utenti in cura condivisa dal SerT e dal CSM dell'AUSL di Cesena.
- Utenti in carico al SerT in terapia farmacologica prevalentemente con antipsicotici e/o stabilizzatori del tono dell'umore.
- Utenti individuati dalle equipe territoriali del SerT come pazienti in “doppia diagnosi”, ma che non soddisfano i precedenti criteri, con riferimento particolare a quelli che presentano disturbi di personalità.

Complessivamente il gruppo sperimentale è formato da 43 soggetti, di cui 32 maschi e 11 femmine. La distribuzione per sottogruppi è la seguente: 10 appartengono al primo sottogruppo, 23 al secondo e 10 al terzo.

Parallelamente al gruppo sperimentale è stato preso in considerazione anche un gruppo di controllo, selezionato a partire dall'utenza complessiva in carico al Servizio alla data del 31 dicembre nel corso del 2001. Tale gruppo è stato appositamente reso omogeneo al gruppo sperimentale relativamente alle seguenti variabili: “genere”, “classe di età”, “sostanza di abuso primaria” (alcol, eroina, cannabis, altro). Dopo aver effettuato tale stratificazione, la scelta dei soggetti è avvenuta per estrazione casuale.

#### Note metodologiche.

Una volta selezionati i gruppi si è predisposta una scheda di rilevazione dei dati, utilizzando come traccia un'altra scheda utilizzata dalla regione Emilia Romagna per un'indagine sull'uso di cocaina. Per ogni soggetto inserito nella ricerca è stata compilata la scheda che intendeva indagare le seguenti aree:

- Dati socio-anagrafici relativi all'utente e alla famiglia di origine.
- Scheda criminologica: presenza/assenza di reati, connessi alla tossicodipendenza o meno, presenza di condanne.
- Scheda tossicologica: descrizione delle sostanze utilizzate in passato e nell'ultimo mese, i controlli urinari alla data del 16 aprile 2002 per gli utenti tossicodipendenti.
- Valutazione psichiatrica secondo i criteri del DSM-IV per gli utenti del gruppo sperimentale.
- Scheda di programma: descrizione dei tipi di trattamenti effettuati presso il SerT e, quando presenti, dal CSM, compresi i farmaci prescritti, e rilevazione della tipologia e del numero delle prestazioni erogate dal SerT per ciascun trattamento.

Le informazioni sono state raccolte prelevando i dati dalle cartelle computerizzate del SerT e, per gli utenti del gruppo sperimentale in cura condivisa con il CSM, anche dalle cartelle cartacee del CSM (per la diagnosi e i trattamenti effettuati da questo Servizio). Nel caso in cui alcuni dati non siano stati disponibili, si è cercato di integrare le informazioni ricorrendo alle cartelle cartacee o parlando direttamente con l'operatore di riferimento.

Per la raccolta di alcune informazioni specifiche, come le sostanze utilizzate, la tipologia dei trattamenti effettuati e il numero di prestazioni ricevute dal SerT, si sono considerati i 6 mesi precedenti alla ricerca, vale a dire il periodo compreso fra il 16 ottobre '01 e il 16 aprile '02.

I dati sono stati sottoposti a diverse analisi statistiche (programma SPSS): all'interno del gruppo sperimentale si sono incrociate quasi tutte le informazioni con le variabili indipendenti, come il sesso e l'età; poi, si è proceduto al confronto fra i due gruppi, sottoponendo i dati ad alcuni test, come il *Chi quadro* e l'analisi della varianza.

Solo in alcuni casi la differenza fra i due gruppi è risultata significativa dal punto di vista statistico. Questa condizione, seppure debba spingere ad una certa cautela nell'analisi dei dati, può essere

dovuta alle ridotte dimensioni del campione, 86 soggetti (43 + 43).

### L'analisi dei dati.

Riportiamo qui di seguito i dati più significativi emersi dalla ricerca ed alcune riflessioni sugli stessi.

### Variabili socio-demografiche

#### > Genere

La ripartizione fra maschi e femmine conferma la differenziazione di genere che caratterizza il fenomeno della tossico-alcoldipendenza, ma risulta meno accentuata rispetto al totale dell'utenza SerT, infatti i maschi rappresentano il 74,4%, mentre le femmine il 25,6%. Non vi sono differenze fra il gruppo di controllo e quello sperimentale, in quanto questa variabile è stata utilizzata per stratificare il campione.

#### > Età

L'età media del gruppo sperimentale è pari a 33,12 anni, ma la ripartizione in percentuale fra le classi di età risulta diversificata, in particolare la fascia più rappresentata è quella di coloro che hanno almeno 40 anni (12, pari al 27,9%), seguita dalla classe 20-24 anni (9 utenti pari al 20,9%). In generale, un quarto del totale (25,6%) ha un'età inferiore a 25 anni, il 32,6% ha dai 25 ai 34 anni e gli over 35 anni sono il 41,9%.

Se differenziamo l'età per alcolisti e tossicodipendenti (TD) emerge che l'età media dei TD (30,03) coincide con quella del totale dei TD in carico nel 2001, mentre l'età media degli alcolisti con "doppia diagnosi" (43,30) è leggermente superiore a quella dell'universo statistico degli alcolisti in carico al SerT nel 2001 (42,8).

#### > Residenza

La maggioranza degli utenti risiede a Cesena, e questa predominanza risulta maggiore nel gruppo sperimentale, 33 (il 76%), quasi come se la maggiore vicinanza del servizio fosse una condizione favorente, infatti è plausibile pensare che la comorbilità comporti una maggiore difficoltà negli spostamenti. Nel gruppo di controllo, sebbene i residenti a Cesena risultino numerosi, 26 (61,9%), vi è una maggiore distribuzione nei rimanenti Comuni.

#### > Scolarità

La maggior parte degli utenti con "doppia diagnosi" (24 su 43, 57,1%) ha conseguito la licenza media, 8 soggetti (19%) hanno interrotto il loro percorso dopo le scuole elementari e 6 (14,3%) posseggono un diploma professionale. L'analisi

della distribuzione dei dati nei due gruppi, evidenza, come il gruppo sperimentale si caratterizzi per un numero più elevato di soggetti con la licenza elementare (contro i 5 del gruppo di controllo) e per un numero inferiore di diplomati di scuola superiore (3 su 5). Sembra delinearsi, nel gruppo sperimentale, una minore scolarità e percorsi formativi più brevi.

Questo dato, per certi versi prevedibile, si collega inevitabilmente a minori opportunità nell'accesso al lavoro.

Per quanto riguarda la condizione lavorativa, 17 soggetti (39,5%) risultano disoccupati e 15 occupati stabilmente (34,9%), infine, 7 (16,3%) hanno un'occupazione saltuaria. La situazione è molto diversa nel gruppo di controllo, che registra un 45% (18) di utenti con occupazione stabile. L'esiguità dei numeri fa sì che il chi quadro non risulti significativo.

La situazione lavorativa si riflette nell'attività professionale svolta. Innanzitutto, nel gruppo sperimentale si registrano 11 "manca informazione" che probabilmente si riferiscono a situazioni in cui l'utente non avendo mai lavorato non possiede alcuna professionalità, negli altri casi si tratta quasi sempre di operai, 17 (53,1%), 3 svolgono un altro lavoro dipendente, 2 sono studenti, 2 commercianti, 2 agricoltori. Nel gruppo di controllo, si ritrova la stessa distribuzione, ma manca una sola informazione, quasi tutti i soggetti hanno una professione.

Complessivamente, questi dati socio-anagrafici ci forniscono l'immagine dell'utente a "doppia diagnosi" come una persona che, nonostante l'età più elevata, non ha relazioni affettive significative per cui vive ancora con i genitori, e che presenta un basso livello di scolarità, che non gli ha permesso di crearsi una professionalità, svolgendo lavori saltuari o non lavorando affatto e rimanendo spesso a carico dei familiari.

### Situazione criminologica

Fra i soggetti con "doppia diagnosi", 20 su 43, pari al 46,5%, hanno compiuto reati; per 8 soggetti, i reati sono stati caratterizzati da implicazioni violente e 18 soggetti su 20 hanno commesso reati connessi alla condizione di tossicodipendenza. Di questi soggetti 12 hanno riportato condanne (27,9%).

Il gruppo sperimentale registra, nel confronto, una minor presenza di reati (20 soggetti contro 28 del gruppo di controllo, 46,5% contro il 65,1%). Il valore del chi quadro è molto vicino al livello di significatività (0,08). Probabilmente, la competenza sociale, necessaria per poter commettere reati, nei soggetti che presentano anche disturbi psi-

chiatrici, risulta più compromessa. Questi ultimi, però, registrano il maggior numero di reati con implicazioni violente (8 soggetti contro 2, 18,6% contro il 4,6%), dovuti probabilmente alla maggiore difficoltà nella gestione dell'aggressività che è tipica di alcuni disturbi psichiatrici, in particolare i disturbi di personalità del cluster B che, come evidenziato successivamente, risulta la diagnosi più frequente nei soggetti del gruppo sperimentale. Il valore del chi quadro è pari a 0.05, pertanto il test risulta significativo.

**Familiarità in relazione a abuso di sostanze**

Dal confronto tra i due gruppi emerge una familiarità rispetto all'uso di sostanze maggiore nel gruppo sperimentale. Più in particolare, nei padri osserviamo 7 casi nel gruppo sperimentale (18,9%, cioè quasi 1 su 5) contro 4 del gruppo di controllo. Fra questi due gruppi la differenza è lieve, ma merita di essere segnalata, in quanto probabilmente, se i due gruppi fossero più numerosi, risulterebbe statisticamente significativa.

La presenza di madri con abuso di sostanze è limitata a poche unità, si registra una maggior presenza di madri con tale abuso nel gruppo sperimentale (4 contro 2), ma i numeri sono ancora più ridotti del caso precedente, pertanto si delinea una quadro statisticamente debole.

In relazione alla presenza di fratelli che abusano di sostanze non si registrano differenze fra i due gruppi; in entrambi i gruppi, circa 1 su 5 ha un fratello che consuma sostanze. Questo dato andava filtrato, occorreva cioè considerare solo i soggetti che hanno fratelli, escludendo i figli unici.

	Gruppo SPERIMENTALE	Gruppo CONTROLLO
PADRE con abuso sostanze	7	4
MADRE con abuso sostanze	4	2
FRATELLI con abuso sostanze	7	8

In conclusione, dai dati in nostro possesso sembra che la familiarità nel consumo di sostanze passi maggiormente attraverso il padre.

**Familiarità in relazione ai disturbi psichiatrici**

Per quanto riguarda questo aspetto, è stato rilevato come in entrambi i gruppi vi siano più madri con disturbi psichiatrici che padri. Infatti, sembra emergere una familiarità per linea materna (3 padri su 86 contro 10 madri su 86) che, risultando lievemente maggiore nel gruppo di controllo, sembra esprimersi non tanto nella compresenza di disturbi psichiatrici, ma più in generale nel consumo di sostanze da parte dei figli. Quindi, la presenza di disturbi psichiatrici nella madre sembra più collegata alla dipendenza da sostanze

(situazione che accomuna entrambi i gruppi) che non alla presenza di disturbi psichiatrici.

	Gruppo SPERIMENTALE	Gruppo CONTROLLO
PADRE con disturbi psichiatrici	2	1
MADRE con disturbi psichiatrici	4	6
FRATELLI con disturbi psichiatrici	1	1

**Diagnosi**

Per descrivere la patologia psichiatrica, le diagnosi effettuate dagli operatori del SerT e del CSM sono state raggruppate in cinque categorie, utilizzando il sistema di classificazione del DSM-IV: disturbo depressivo, disturbo bipolare, disturbo psicotico, disturbo di personalità del cluster B e compresenza di disturbi sull'Asse I e sull'Asse II. Il disturbo più frequente è quello di personalità del cluster B, 15 soggetti (34,9%), seguito dal disturbo bipolare, 9 (20,9%), e dal disturbo psicotico, 8 (18,6%); più residuali le altre categorie: compresenza di disturbi sugli Assi I e II, 6 (14%), e disturbo depressivo, 5 (11,6%).

	Gruppo SPERIMENTALE	
	N.	%
Disturbo personalità Cluster B	15	34.9
Dist. bipolare	9	20.9
Dist. psicotico	8	18.6
Dist. Asse 1 e Asse 2	6	14.0
Dist. depressivo	5	11.6
<b>totale</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

E' interessante notare come l'uso di sostanze sia collegato in maniera significativa ad una diagnosi di disturbo di personalità del cluster B, in particolare borderline e antisociale, caratterizzato principalmente da impulsività, aggressività ed instabilità emotiva ed affettiva.

La presenza di queste diagnosi ci può portare a riflettere sul significato dell'uso delle sostanze che, per questi utenti all'oggi sembra essere principalmente di *self-medication* rispetto ai sintomi psichici, anche se ci è particolarmente difficile riuscire a distinguere per questi utenti quale dei due disturbi sia stato primario, il disturbo psicopatologico o il disturbo da uso di sostanze, o vi sia stata una compresenza fin dall'inizio. Questa difficoltà è legata a diversi fattori: questi soggetti hanno spesso una lunga storia di uso di sostanze che può aver influito sul loro stato psichico generale; inoltre, nella pratica quotidiana solo molto raramente è possibile osservare gli utenti in uno stato *drug-free*.

La "diagnosi psichiatrica" dei soggetti è stata incrociata anche con altre informazioni, per verificare se esisteva una relazione fra il disturbo psichiatrico e altre variabile, quali: sostanza primaria d'abuso, presenza di reati, implicazione violenta

dei reati, reati connessi con TD, presenza di condanne; nessuna di queste relazioni è risultata statisticamente significativa o degna di nota.

### Situazione tossicologica Sostanze utilizzate nel passato

	Gruppo SPERIMENTALE		Gruppo CONTROLLO	
	N.	%	N.	%
Eroina	30	24.2	24	26.7
Alcool	25	20.2	15	16.7
Cannabis	20	16.1	22	24.4
Cocaina	13	10.5	14	15.6
Extasy	11	8.9	6	6.7
BDZ	8	6.5	2	2.2
Allucinogeni	7	5.6	3	3.3
Amfetamine	5	4.0	2	2.2
Altro	5	4.0	2	2.2
totale	124	100	90	100

Il dato significativo che emerge subito a prima vista è una storia di utilizzo, in passato, di molte più sostanze per i soggetti del gruppo sperimentale rispetto a quelli del gruppo di controllo, in totale 124 contro 90. Rispetto a questo dato si può presumere che vi sia stata una maggiore sperimentazione verso le sostanze e anche una poliasunzione delle stesse.

La sostanza più segnalata dai soggetti è l'eroina, seguita dall'alcool, dai cannabinoidi, dalla cocaina e dall'extasy. Le differenze fra i due gruppi considerati riguardano non solo il numero di sostanze indicate, ma anche la preferenza accordata alle cinque sostanze più utilizzate in passato: nel gruppo sperimentale, si registra un maggior consumo di alcool e di extasy e un minor utilizzo di cannabis e di cocaina.

Per il gruppo sperimentale, incrociando la sostanza d'abuso primaria con la diagnosi, sembra emergere una relazione interessante per due sostanze. Infatti, 7 degli 11 soggetti che consumano alcool, hanno una diagnosi psichiatrica riconducibile all'Asse I (disturbo depressivo, disturbo psicotico, disturbo bipolare), mentre metà degli eroinomani (11 su 22) ha una diagnosi che rientra nell'Asse II (borderline e antisociale). Inoltre, è interessante notare che, nel gruppo sperimentale, è più elevato il consumo di benzodiazepine (come era prevedibile), ma anche delle droghe sintetiche (extasy, allucinogeni, amfetamine). Come affermato precedentemente, non siamo certi se i disturbi psichiatrici siano stati innescati dall'uso di tali sostanze o se il disturbo ne abbia favorito l'uso, in particolare, delle benzodiazepine. Ancora una volta, però l'esiguità dei numeri e la mancanza di dati precisi sulla storia passata non consente di trarre conclusioni nette.

Sostanza primaria, modalità assunzione, età inizio

uso, sostanza secondaria

Le sostanze d'abuso principali sono: eroina, alcool, cannabis, cocaina, extasy (vedi tabella sotto).

Per la sostanza d'abuso primaria non ci sono differenze fra i due gruppi in quanto è una delle variabili di stratificazione. La distribuzione delle modalità di assunzione rispecchia quella relativa alla sostanza primaria in quanto corrisponde alle modalità di assunzione tipica di ogni sostanza. In sintesi: per via endovenosa, 22 (51,2%), orale, 14 (32,6%), respiratoria, 4 (9,3%), inalatoria, 3 (7,0%). Come per le sostanze, anche per la modalità d'assunzione non si registrano differenze rispetto al gruppo di controllo.

SOSTANZA	Numero	%
Eroina	22	51.2
Alcool	11	25.6
Cannabis	5	11.6
Cocaina	2	4.7
Extasy	2	4.7
amfetamine	1	2.3
totale	43	100

Nel gruppo sperimentale si osserva che l'inizio nell'uso della sostanza primaria, avviene in un periodo sensibilmente più precoce, infatti l'età media di prima assunzione della sostanza primaria nei soggetti con "doppia diagnosi" è pari a 21,2 anni, mentre per il gruppo di controllo la prima assunzione è avvenuta a quasi 23 anni (22,9), quindi un anno e mezzo dopo.

Gruppo SPERIMENTALE	Gruppo CONTROLLO
Età Media generale = 21,2 anni	Età Media generale = 22,9 anni
Età Media dei TD = 19,48 anni	Età Media dei TD = 21,45 anni
Età Media degli Alcolisti = 26,78	Età Media degli Alcolisti = 26,33

Dettagliando ulteriormente questo dato, emerge che la differenza più marcata fra i due gruppi riguarda solo i tossicodipendenti, infatti, in questo caso il primo approccio con la sostanza primaria avviene due anni prima nel gruppo sperimentale. Per quanto riguarda la sostanza secondaria, un quarto dei soggetti del gruppo sperimentale non utilizza altre sostanze oltre a quella per cui è in trattamento (15), negli altri casi si tratta di: cocaina (8), alcool (7), cannabis (6) e BDZ (3). Difficile il confronto con il gruppo di controllo, in quanto per 32 soggetti non è riportata questa informazione.

In sintesi, il gruppo sperimentale consuma primariamente eroina e alcool, ha più spesso degli altri una sostanza d'abuso secondaria ed entra in contatto più precocemente con quella che diventerà la sostanza d'abuso primaria.

**Presenza di controlli urinari al momento della compilazione della scheda**

Al momento della compilazione della scheda, escludendo dal conteggio gli utenti alcolisti (che non sono sottoposti al controllo dei cataboliti urinari), poco più della metà dei soggetti del gruppo sperimentale non effettuava il test delle urine, 17 su 33 (51,5%); 9 su 33 (27,3%) risultavano negativi e 7 su 33 (21,2%) erano positivi. Nel gruppo di controllo, la percentuale di urine assenti è leggermente più alta, 54,8% contro 51,5%. Per quanto riguarda l'esito dei test, seppure si tratti di numeri esigui, il 56,3% dei test effettuati risulta negativo (9 su 16 test); nel gruppo di controllo si delinea la stessa situazione, con lievissime variazioni.

	Gruppo SPERIMENTALE		Gruppo CONTROLLO	
	N.	%	N.	%
Negativi	9	27.3	8	25.8
Positivi	7	21.2	6	19.4
Assenti	17	51.5	17	54.8
totale	33	100	31	100

Per i test positivi, si delinea nei due gruppi una situazione diversa: mentre nel gruppo sperimentale la positività in 4 casi su 7 è riconducibile esclusivamente all'assunzione della terapia, nel gruppo di controllo, al contrario, solo in 1 caso su 6 la positività del test è legata all'assunzione della terapia farmacologica. Pertanto i soggetti con "doppia diagnosi" utilizzano meno sostanze di quelli del gruppo di controllo. Questo dato può essere collegato al fatto che la maggior parte dei soggetti a "doppia diagnosi" assumono terapie psicofarmacologiche, che presumibilmente riducono il ricorso a sostanze illegali.

**Trattamenti.**

Nel periodo considerato sono stati rilevati sia la tipologia dei trattamenti effettuati da ciascun utente che le prestazioni ricevute in relazione agli stessi trattamenti.

L'offerta terapeutica del SerT si articola in una pluralità di trattamenti di carattere sanitario, psicologico e sociale; infatti, dopo la fase di osservazione e diagnosi, l'equipe terapeutica multiprofessionale definisce e propone il progetto terapeutico personalizzato che si articola nei trattamenti ritenuti più idonei al caso.

I progetti terapeutici del gruppo sperimentale hanno previsto, in media, l'attivazione di 3,26 trattamenti contro i 2,32 del gruppo di controllo. In entrambi i gruppi, i trattamenti più diffusi sono quelli relativi a: controllo stato di salute (23 contro 16), controllo liquidi biologici (23 contro 22), sostegno socio-educativo (19 contro 20), inseri-

menti in C.T. (17 contro 9), colloqui psicologici (15 contro 8), metadone a lungo periodo (11 contro 7). Tuttavia, come possiamo notare, nel gruppo sperimentale, in tutti i casi (tranne che per il sostegno socio-educativo) il numero di soggetti che svolge ciascuno di questi trattamenti è più elevato.

Infatti, la complessità dell'utenza con doppia diagnosi e i bisogni che esprime si traducono nell'attivazione di programmi terapeutici maggiormente articolati e diversificati, che prevedono un numero molto più elevato di trattamenti (140 trattamenti contro 100) e una maggiore presenza di riposte sanitarie, quali: i controlli dello stato di salute (23 contro 16), il metadone a lungo periodo (11 contro 7) e le terapie farmacologiche con durata superiore ai 60 giorni (6 contro 0).

**Prestazioni.**

Il gruppo sperimentale, che ha svolto un numero notevolmente più elevato di trattamenti, ha ricevuto quasi il doppio delle prestazioni, 1417 contro 733 del gruppo di controllo.

	Gruppo SPERIMENTALE	Gruppo CONTROLLO
Totale prestazioni	1417	733
Prestazioni per ciascun soggetto	32,9	17,05

Infatti, se accorpriamo il numero delle prestazioni in 4 categorie, appare chiaro che la differenza fra i due gruppi si concentra quasi interamente sul livello di prestazione più basso e su quello più alto: la maggior parte dei soggetti del gruppo sperimentale (15 pari al 34,9%) ha ricevuto, negli ultimi 6 mesi, almeno 35 prestazioni, mentre la maggior parte del gruppo di controllo (16 pari al 37,2%) ne ha ricevute al massimo 5.

Num. prestazioni	Gruppo SPERIMENTALE		Gruppo CONTROLLO	
	n.	%	n.	%
Da 0 a 5	6	14.0	16	37.2
Da 6 a 19	11	25.6	11	25.6
Da 20 a 34	11	25.6	11	25.6
Almeno 35	15	34.9	5	11.6
totali	43	100	43	100

Il test del *chi quadro* attesta come statisticamente significativa la differenza (sig. 0,23) fra i due gruppi.

Per dettagliare ulteriormente l'analisi si è cercato di verificare, per quale tipologia di trattamenti, era più evidente la differenza nel numero di prestazioni fra i due gruppi. Se, in questo quadro caratterizzato da una maggior "intensità" dell'assistenza terapeutica fornita agli utenti con "doppia diagnosi", si incrociano il numero delle prestazioni (accorpate in 4 cate-

gorie crescenti) con la tipologia del trattamento, si individuano i trattamenti che rendono ancora più evidente la differenza fra i due gruppi. Infatti, per taluni trattamenti, quali: i colloqui psicologici, l'inserimento in C.T., i controlli dello stato di salute, le terapie non sostitutive con durata superiore ai 60 giorni e il metadone a lungo periodo, vengono erogate, a favore dei soggetti del gruppo sperimentale, molte più prestazioni. Considerando che, la maggior parte di questi trattamenti, sono proprio quelli che maggiormente caratterizzano il gruppo sperimentale, è chiaro che la differenza fra i due gruppi risulta ben marcata.

Per verificare se alle diverse diagnosi psichiatriche corrispondeva un diverso numero di prestazioni medie si è utilizzata l'"analisi della varianza" (ANOVA, confronto fra medie).

Diagnosi psichiatrica	Num. Prestazioni Medie
Disturbo depressivo	20,8
Disturbo bipolare	40,1
Disturbo psicotico	28,6
Dist. di personalità del cluster B	30,9
Disturbi Asse I + Asse II	43,2

Nonostante le differenze non possano essere considerate statisticamente significative (sig. 0,68), va segnalato che i soggetti che ricevono più prestazioni dal SerT sono quelli con disturbi riconducibili a entrambi gli Assi (43,2) o con disturbo bipolare (40,1), quindi disturbi che, per gravità del quadro o ciclicità del disturbo, richiedono un intervento più complesso ed intenso.

Se si accorpano ulteriormente le categorie e si differenziano le diagnosi in relazione ai due Assi, la situazione si caratterizza ulteriormente, evidenziando come siano sempre i soggetti con una patologia psichiatrica che presenta tratti afferenti ad entrambi gli assi del sistema di classificazione a ricevere il maggior numero di prestazioni.

	Numero medio di prestazioni
Asse 1	32,29
Asse 2	30,00
Asse 1 + Asse 2	43,17

In sintesi, i dati confermano che non solo tutti gli utenti con doppia diagnosi assorbono più risorse (in termini di trattamenti e di prestazioni) rispetto a quelli del gruppo di controllo, ma anche che l'"intensità" dell'assistenza terapeutica è strettamente collegata alla patologia psichiatrica descritta dalla diagnosi.

## Conclusioni

La presente ricerca epidemiologica ha preso in considerazione un numero limitato di soggetti e per questo non è possibile formulare conclusioni definitive. Nonostante ciò essa si è dimostrata statisticamente

corretta e i risultati ottenuti hanno permesso di osservare la situazione attuale del SerT di Cesena. In particolare alcune variabili rilevate possono costituire il terreno per riflessioni più approfondite. È interessante notare il dato sulle diagnosi, soprattutto la prevalenza della comorbidità con disturbi di personalità del cluster B, borderline e antisociale, caratterizzati da elevata impulsività, comportamenti aggressivi, instabilità affettiva con sensazioni di vuoto e gesti autolesivi. In questi quadri psicopatologici l'uso di sostanze può assumere significati diversi: permettere alla persona di sentirsi vivo rispetto al vuoto che sembra pervadere il Sé ma anche al contrario, non sentire le emozioni negative, in particolare la rabbia, che la persona sta provando ma che spesso ha difficoltà a riconoscere e cerca di eliminare attraverso le sostanze. I dati ottenuti dalla ricerca confermano l'ipotesi di partenza, che i pazienti con comorbidità psichiatrica, in quanto affetti da due disturbi psichici, necessitano di un intervento più complesso e intenso, intervento che il SerT sembra fornire, rispondendo alle esigenze di questi soggetti. Infatti, il SerT sembra reagire alla problematicità mostrata da questi utenti predisponendo percorsi di trattamento integrati medico, psicologico-psichiatrico e sociale, con un'alta frequenza di prestazioni.

## Bibliografia

- Drake R.E. et al., *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness*, Psychiatric Services vol. 52, n° 4, pp.469-476, 2001.
- Fioritti A., Solomon J., *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Nizzoli U., *Prendersi cura dei tossicodipendenti*, Masson Italia, Milano, 1996.
- Eaton W. W. et al., *Epidemiologic field methods in psychiatry: the NIMH Epidemiologic Catchment Area program*, Academic Press Inc., 1985.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*, JAMA 1990; 264: 2511-2518.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK, *The de facto U.S. mental and addictive disorders service system, Archives of general Psychiatry*, 1993, 85-94.
- Kessler RC, *The national comorbidity survey of the United States*, International Review of Psychiatry, 1994, 365-376.
- Tempesta E., Carta I., Pirrongelli C., Clerici M., *Valutazione dell'incidenza dei disturbi psichiatrici in due popolazioni di tossicodipendenti secondo il DSM-III*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, 1986; 9 (4-5-6): 39-57.
- Clerici M., Carta I., Cazzullo C.L., *Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotic addicts*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1989; 24: 219-26.
- Pozzi G., Bacigalupi M., Serretti A., Tempesta E., *Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, 1993; 16 (3-4): 45-61.

## francesca leoni,

psicologa, sert ausl cesena  
Tel. 0547.631536  
e-mail: fra.leoni@libero.it

## michele sanza,

medico psichiatra, direttore sanitario ausl cesena  
Tel. 0547.352219  
e-mail: msanza@ausl-cesena.emr.it

# notti sicure 2004

Ricerca-intervento "giovani e nuove droghe"

a cura di  
**lidia agostini**  
**monia bianchi**  
**simone preti**  
**marusca stella**

## Premessa

La notte è certamente un luogo di incontro ed assume notevole importanza da questo punto di vista per chi la frequenta. Il fatto di poter trovare riuniti in uno stesso luogo tanti coetanei è un elemento a favore dei diversi luoghi di aggregazione che si possono incontrare. Il gruppo di coetanei rappresenta un punto di riferimento essenziale per la definizione di una propria immagine di sé (Sherif C.W.1988) e costituisce una sede privilegiata per elaborare risposte considerate adeguate ai compiti di sviluppo che ogni giovane deve affrontare (Coleman J.C., 1983).

Esiste una sottocultura giovanile nata nei luoghi di aggregazione notturna, in particolare le discoteche, un insieme di simboli con riti, linguaggi e comportamenti specifici. L'ambiente non permette una comunicazione verbale, quindi diventa fondamentale stabilire una comunicazione e attrarre attenzione attraverso altri strumenti.

Il primo passo in questi nuovi territori è stato il lavoro di ricerca, che ha avuto come obiettivo quello di incrementare la conoscenza del fenomeno del consumo di nuove droghe e delle caratteristiche dei consumatori, al fine di poter orientare la prassi operativa del Servizio in tale ambito.

I dati emersi dal lavoro di ricerca hanno evidenziato chiaramente come il fenomeno del consumo di nuove droghe sia legato particolarmente all'ambito del divertimento e del loisir notturno. Inoltre è emerso in modo altrettanto evidente come il mondo dei Servizi e degli adulti non fosse in grado di avere una diretta percezione del fenomeno, proprio per le caratteristiche che lo stesso assumeva: tutti sapeva-

no che qualcosa stava cambiando, ma nessuno riusciva a registrare il fenomeno in presa diretta. Di fronte al significativo uso di psicostimolanti da parte della popolazione giovanile, proprio le agenzie del territorio e i Servizi dell'Azienda USL non sembravano essere interlocutori importanti per i giovani consumatori, molti dei quali minorenni.

Proprio da questi elementi è emersa una prima riflessione relativa al fatto che l'ecstasy ha aperto il mondo delle sostanze anche ai giovanissimi, che mai avrebbero dimostrato interesse particolare nell'assumere sostanze psicotrope.

Non possiamo sapere quanto le azioni di Notti Sicure del SerT AUSL di Cesena abbiano inciso sulla riduzione degli incidenti stradali giovanili dovuti all'uso/abuso di bevande alcoliche associate o non con altre sostanze psicoattive illegali. Sicuramente sono stati attivati processi conoscitivi nei confronti dei giovani sui rischi connessi ad un bere "improprio" e ad eventuali associazioni con altre sostanze stupefacenti che a loro volta hanno provocato altri processi di cui non conosciamo la ricaduta in termini di atteggiamenti, comportamenti.

## Perché Notti Sicure

Il panorama delle tossicodipendenze ha subito negli ultimi anni notevoli e repentini cambiamenti cui necessitano risposte terapeutiche e preventive adeguate.

Attualmente si ritiene che la sperimentazione di sostanze psicoattive sia molto diffusa tra i giovani, e

che l'uso moderato non rappresenti un comportamento deviante o patologico. Alcuni autori hanno dimostrato che l'utilizzo di droghe illegali è risultato associato al fumo di sigaretta, all'uso (e abuso) di alcool, a problemi nella condotta; l'associazione con problemi di salute mentale è risultata meno forte (Pedersen et al., 1999).

Da un'analisi della letteratura nazionale e internazionale si sono evidenziate alcune ricerche che hanno preso in esame, in particolare, il rapporto tra uso di sostanze ed impulsività: Kennedy et al. (1990) hanno rilevato una correlazione tra punteggio di impulsività e numero di disturbi di cui soffre il soggetto (i disturbi considerati erano: abuso di alcool, dipendenza da sedativi, abuso di droga, gioco d'azzardo patologico, aggressioni ripetute e autolesionismo); Clark et al. (1990) hanno individuato un fattore che comprendeva guida pericolosa e abuso di sostanze, correlato significativamente con l'impulsività.

Il Progetto "Notti Sicure" nasce all'interno di questa cornice teorica come un progetto di prevenzione e di riduzione dei comportamenti a rischio (in particolare uso di alcol e nuove droghe) e si svolge prevalentemente in discoteche, feste, piazze e luoghi di aggregazione notturna del comprensorio cesenate. È realizzato dal SerT dell'Azienda USL di Cesena, in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, gli Enti Locali di Cesena, Cesenatico, Gatteo, San Mauro P., Savignano sul R., Comunità Montana Cesenate, Osservatorio Giovani Circondario Cesenate, Istituto Superiore di Sanità ed i proprietari delle discoteche e dei luoghi di aggregazione interessati.

L'intervento ha l'obiettivo di incrementare e conciliare il rapporto tra istituzioni, giovani e mondo del divertimento, attuando in questo modo una integrazione tra strutture pubbliche e private, tra i SerT e le discoteche nell'ottica di sperimentare strategie di prevenzione e di intervento diretto "sul campo", a partire dalla mutua collaborazione e reciprocità.

Il Progetto è finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- Prevenire i comportamenti a rischio nei luoghi di aggregazione giovanile, nelle discoteche, negli eventi, nei concerti.
- Informare sugli effetti indotti dall'uso/abuso di sostanze psicoattive (ecstasy, alcool ecc.).
- Informare sui pericoli connessi alla guida sotto gli effetti di alcool e nuove droghe.
- Informare sulla presenza di servizi specializzati cui potersi rivolgere in caso di bisogno conseguente alle problematiche di uso/abuso di sostanze, in particolare il "Centro d'Ascolto" di Cesena e Savignano.
- Ricerca-intervento al fine di valutare le tendenze giovanili rispetto all'uso/abuso di sostanze nel territorio.

## I risultati degli interventi del Progetto Notti Sicure

Nell'ambito del Progetto "Notti Sicure" 2004 sono stati svolti **24 interventi** (di cui 6 durante il periodo invernale all'interno del Progetto "Il Giro della notte" e 18 durante il periodo estivo), rispetto ai 36 interventi del 2003, i 18 del 2002 e i 9 del 2001, e sono stati contattati **1253 giovani** (solo attraverso l'utilizzo dell'etilometro) rispetto ai 1954 del 2003, i quasi 1400 del 2002, i 1000 del 2001 ed i 700 del 2000.

Gli interventi nell'anno 2004 sono stati svolti nei seguenti luoghi di aggregazione giovanile: piazze (A. Costa), feste (Freske Fraske, Batija), pub (Tequila Blues), discoteche (Vidia, Flinstone) e infine concerti (Rocca Malatestiana, Wise Rock, Il rock è tratto). La maggior parte dei soggetti è stata contattata nelle discoteche (44.4%), nelle piazze (29.1%) e nelle feste a tema (16.5%), mentre pochi sono stati i giovani che si sono avvicinati al camper durante concerti o di fronte ai pub. Questo dato contrasta con quello del 2003 dove la maggior parte degli interventi si sono svolti nelle piazze (47%) e nelle feste a tema (36%) ed è legato al fatto che gli interventi nel periodo invernale sono stati effettuati solo all'interno delle discoteche.

Per quanto riguarda i dati relativi ai giovani contattati non vi sono sensibili differenze con i dati del 2003, in quanto sono prevalentemente di sesso maschile (87% nel 2003 e 86.4% nel 2004), con un'età media compresa fra i 18 e i 21 anni, residenti per lo più nelle province di Forlì-Cesena e Rimini. È in leggero calo (41% nel 2003 contro il 40.4% nel 2004) la percentuale di coloro che dichiarano di aver intenzione di mettersi alla guida di un'automobile o di un motorino, anche se rimane su valori alti.

Un cambiamento si rileva per quanto riguarda la professione dei giovani contattati: mentre nel 2003 la percentuale maggiore (58%) era costituita da lavoratori, nel 2004 il 50.4% dei soggetti dichiara di essere studente.

I livelli di alcolemia del campione casuale di giovani che si è presentato alla prova dell'etilometro sono:

- il 15.8% (4% nel 2003) presentava un livello pari allo 0,00
- il 40.1% (46% nel 2003) era sotto ai limiti di legge (0,49)
- il 20% (19.5% nel 2003) aveva un livello di alcolemia superiore ai limiti di legge (0,50- 0,79)
- il 24.1% (20.5% nel 2003) presentava dei livelli molto superiore ai limiti di legge (oltre 0,80)

Si osserva immediatamente così come diversamente dall'anno 2003 sia quadruplicata la percentuale di coloro che hanno alla prova dell'etilometro un valo-

re pari a 0,00 e come siano leggermente aumentati anche coloro che presentano un valore superiore a 0,80.

Premesso che il campione è composto solo dal 13.6% (13% nel 2003) di femmine, come per i dati del 2003 possiamo affermare (dopo aver effettuato la correlazione tra le variabili sesso e livello di alcolemia) che all'aumentare del livello di alcolemia aumenta la percentuale di soggetti di genere maschile e diminuisce quella di soggetti di genere femminile (difatti tra i soggetti con valore pari a 0.00 troviamo un 80.8% di maschi ed un 19.2% di femmine mentre tra i soggetti con valore >di 0.80 il 90.1% è composto di maschi e il 9.9% di femmine).

In merito alla variabile età dobbiamo sottolineare che un livello di alcolemia elevato (al di sopra dello 0,50) si osserva soprattutto nei soggetti con un'età compresa fra i 18 e i 21 anni, seguiti da quelli con un'età compresa fra i 22 e i 25 anni.

I livelli più elevati di alcolemia si rilevano nella fascia di orario fra l'1 e le 3 di notte, orario in cui si osserva anche la maggior affluenza di soggetti all'etilometro, si osserva altresì che esiste una buona corrispondenza fra livello di alcolemia percepito e reale, indice di una buona capacità di comprensione del proprio stato psicofisico. Va considerato però che non ci sono elevate differenze rispetto a quanto è rilevato con l'indagine nel 2003.

Un ultimo dato degno di nota è relativo al fatto che circa 1/3 di coloro che intendono mettersi alla guida ha riportato all'etilometro un valore al di sopra dello 0,50. Dato, questo, che ci segnala come ancora sia scarsa la consapevolezza dei giovani riguardo ai rischi (non solo legali) a cui potenzialmente incorrono mettendosi al volante con un tasso alcolico elevato. Confrontando però questo dato con quello del 2003 si osserva però come siano in calo le percentuali di coloro che dichiarando di mettersi alla guida risultano poi avere un tasso alcolemico superiore al limite consentito.

### Osservazioni conclusive

Il nostro lavoro si riassume in numeri e azioni che coinvolgono giovani in un contatto che crei la possibilità di veicolare - da parte di operatori debitamente formati, ma capaci di porsi in relazione con un adolescente (più o meno giovane) - informazioni sulle sostanze e sui comportamenti a rischio che altrimenti non saremmo in grado di veicolare.

Ciò che avviene di notte, durante questo particolare lavoro notturno, è una forma di relazione e di comunicazione che si instaura a partire da un luogo - la piazza, l'area di sosta adiacente la discoteca o la

fiesta o il concerto - nel quale vengono a crearsi i presupposti - attraverso soprattutto lo stimolare la curiosità di una presenza insolita, il camper (si veda a tale proposito i risultati al questionario di gradimento sottoposto ai giovani che si sono avvicinati al camper del Progetto "Notti Sicure") - per instaurare un rapporto a due - operatore e giovane - all'interno del quale far passare diversi significati e nozioni. Una comunicazione senza parole è forse ciò che maggiormente è utilizzata nel corso della notte e nel lavoro notturno con i giovani. La notte, con il suo grande trambusto fatto di suoni odori colori, è paradossalmente il regno del silenzio, dell'a-comunicazione priva di parole, intesa come dialogo senza parole. Viene richiesto di sperimentarsi, come operatori della notte e - non dimentichiamo - della salute, in un dialogo ed una comunicazione che spesso sono fatti di gesti, azioni, interventi, espressi anche solo nella presenza e nell'esserci.

Quello che ci viene richiesto nel rapporto con i giovani è di creare così un ponte tra noi e loro in cui poter far passare attraverso piccole azioni - lo scambio di materiale informativo, la compilazione di un questionario, la prova dell'etilometro, porgere un cerotto o un bicchiere d'acqua - significati e nozioni che altrimenti per noi sarebbe difficile poter veicolare.

Le parole e lo scambio informativo diventano spesso un pretesto per condividere insieme spazi comuni e far passare un significato "adulto" - le nozioni scientifiche sulle sostanze - in un contesto che appartiene ai giovani, ma che noi adulti tentiamo di rendere consapevole e meno rischioso.

Non sappiamo al momento quale sia il rapporto tra gli incidenti stradali giovanili nei Comuni della costa cesenate e romagnola in generale. Le variabili sono tante (fra queste l'uso/abuso di alcol e droghe) per cui è impossibile verificare il peso specifico delle azioni di Notti Sicure; possiamo, però, da una parte rilevare l'alto livello di soddisfazione e utilità dichiarato dai giovani che si sono avvicinati al camper di Notti sicure, dall'altra aver arricchito la reciproca conoscenza dei giovani e dei servizi che si occupano di e con loro in riferimento alle loro abitudini, ai loro stili di vita, ai loro comportamenti a rischio, con una particolare attenzione al bere e all'uso/abuso di droghe in genere.

Quanto riportato rappresenta pertanto una base metodologica sperimentata e valutata, un inventario di strategie ed azioni che possono connotare l'intervento con le discoteche ed i luoghi di aggregazione giovanile in genere.

La valutazione ha evidenziato il valore dell'attenzione alle relazioni, alla costruzione di una rete di rapporti con i diversi soggetti che costituiscono il mondo della notte: gestori e personale dei locali, frequentatori e consumatori. Diventare interlocutori

riconosciuti ed affidabili può facilitare il consolidamento dei cambiamenti che si cerca di promuovere. Le prospettive future dovrebbero cercare di aprire sempre più spazi di presenza nell'ambiente dei giovani, anche esternamente al contenitore fisico della discoteca: essere presenti sui giornali informativi dei locali, trovare possibili collocazioni in riviste e strumenti informativi del settore. Le prospettive del lavoro in discoteca, oltre che sui consumatori, devono puntare sempre più sugli adulti, sui gestori, sul personale dei locali. Su chi, soprattutto, interagisce con i consumatori nei locali, promuovendo una cultura della consapevolezza e del contenimento dei rischi, proponendo strumenti utilizzabili direttamente dai locali stessi e chiedendo loro una progressiva assunzione di responsabilità.

E' emersa disponibilità e apertura dimostrata da alcune discoteche, ma anche di altri servizi del comprensorio cesenate e non - quali la Comunità Montana, i Comuni di Cesena, Cesenatico e Cervia - ad accogliere interventi di informazione e sensibilizzazione sulle nuove droghe ed alcol creando in questo modo un'attiva base culturale di sensibilizzazione sul fenomeno. Questo ha permesso di raggiungere ampiamente l'obiettivo di intensificare il lavoro di rete e di collaborazione interservizi all'interno della comunità. La sinergia realizzatasi tra le diverse risorse del territorio, dove il SerT si è collocato come consulente specialistico sulle problematiche di uso e abuso di sostanze stimolanti, ha consentito di addvenire ad una metodologia di intervento qualificata nei luoghi di aggregazione giovanile notturna, approfondendo le tematiche di interesse quali nuove droghe e alcol, ma anche comportamenti a rischio legati alla sessualità

### Conclusioni

Arrivato ormai alla sua quinta programmazione, il Progetto "Notti Sicure", può assicurarsi un indice di gradimento piuttosto elevato, i ragazzi ormai conoscono il camper anche grazie ad un prolifico e reciproco "passaparola", motivo per cui sono sempre di più quelli che si avvicinano non solo attirati dall'etilometro, che all'inizio rappresentava l'unico mezzo d'aggancio.

Per quanto riguarda l'efficacia e l'incidenza che ha avuto sui comportamenti giovanili, non possiamo fare riferimento ad un riscontro tangibile, tuttavia è possibile sostenere che gli interventi effettuati hanno permesso di incrementare notevolmente le conoscenze dei ragazzi nonché sensibilizzarli relativamente ad una tematica di cui si parla tanto, ma su cui purtroppo si "riflette" ancora troppo poco.

Restano tuttavia, nell'ambito del progetto alcuni miglioramenti da apportare e alcune aree da arric-

chire, come ad esempio consolidare la rete di collaborazione con i gestori dei locali e degli eventi, i quali, seppure si siano mostrati sempre molto disponibili, devono essere ulteriormente sensibilizzati rispetto alle tematiche giovanili. Le prospettive future dovrebbero cercare di aprire sempre più spazi di presenza nell'ambiente dei giovani anche esternamente al contenitore fisico della discoteca: essere presenti sui giornali informativi dei locali, riviste e strumenti formativi del settore. Motivo per cui le prospettive future sul lavoro in discoteca non dovrebbero avere come unico target i giovani, ma anche gli adulti, i gestori e il personale in genere. Inoltre è necessario mirare maggiormente alla creazione di una relazione con i giovani che non si limiti ad un'univoca trasmissione di informazioni ma apra le porte ad un contatto più profondo che coinvolga, qualora si rendesse necessario, i servizi preposti.

### Bibliografia

SerT/AUSL Cesena, Valutazione "Notti sicure 2000, 2001, 2002", pubblicazioni interne.

L. Agostini, F. Protti, C. Baraldi, P. Ugolini: *Discoteche: tempi e spazi stupefacenti. Una ricerca e un progetto nella provincia di Forlì-Cesena*, in SESTANTE, n.11, 2000

J.C. Coleman, *La natura dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, 1983

L. Grosso, *La discoteca astronave*, in Animazione Sociale, gennaio 1997.

Giannelli G., Agostini L., Stella M. "Dipendenze e culture giovanili" Ed. Il Ponte Vecchio, Cesena 1999

Schifano F: *Droghe di sintesi e trattamenti terapeutici: una revisione critica*. Addiction, 2 :17-24, 2000

P.Ugolini, F.C. Giannotti, *Valutazione prevenzione tossicodipendenze*, F. Angeli, MI, '98

---

#### lidia agostini,

psicologa, ser.t. ausl cesena  
Tel. 0547/352162  
email: lagostini@ausl-cesena.emr.it

#### monia bianchi,

psicologa, ser.t. ausl cesena  
Tel. 0547/352162  
e-mail: nuovedroghe@ausl-cesena.emr.it

#### simone preti,

psicologo, ser.t. ausl cesena  
Tel. 0547/352162  
e-mail: nuovedroghe@ausl-cesena.emr.it

#### marusca stella,

psicologa, ser.t. ausl cesena  
Tel. 0547/352162  
e-mail: mstella@ausl-cesena.emr.it

---

# qualità possibile, qualità negoziata

Indagini quali-quantitative di customer satisfaction nel SerT di Cesena

a cura di  
**valentina casadei**  
**alessandro mariani d'altri**

## Introduzione

La partecipazione e l'ascolto dei cittadini si stanno affermando come elementi indispensabili ai fini della buona gestione delle organizzazioni socio-sanitarie; in questa prospettiva, la soddisfazione degli utenti diventa un criterio per valutare la qualità delle prestazioni offerte, la sfida è quella di superare l'autoreferenzialità per giungere a definire servizi che siano il punto d'incontro fra le scelte della direzione dell'organizzazione, le esigenze degli utenti e il sapere professionale degli operatori. Al centro dell'organizzazione non c'è più soltanto la patologia ma la persona nella sua totalità e quindi diventa sempre più importante "come" la persona percepisce il servizio.

Per questo a partire dal 1996, anno della prima rilevazione (Teodorani 1996), il SerT di Cesena conduce indagini sulla soddisfazione degli utenti.

## Obiettivi, metodologia, strumenti

L'obiettivo generale è quello di individuare come gli utenti vivono e percepiscono il SerT rispetto ad alcune dimensioni qualitative, ma anche di evidenziare eventuali sacche di insoddisfazione.

Lo strumento utilizzato è un questionario semi-strutturato, anonimo, somministrato a cadenza annuale ad un campione di utenti in carico al SerT da almeno 2 mesi.

Il questionario è stato elaborato a partire da quello adottato dalla Regione Emilia-Romagna che si

articola in 21 affermazioni ed una domanda sulla soddisfazione complessiva nei confronti del servizio. Dalla terza rilevazione (anno 2001) il SerT di Cesena ha inserito nel questionario originario quattro affermazioni riferite all'ambulatorio per la distribuzione del metadone, ed una domanda a risposta aperta finale mirata a raccogliere i suggerimenti degli utenti. Dalla quinta rilevazione anno 2004 sono state inserite cinque domande inerenti sesso, età, titolo di studio, condizione lavorativa, tempo di frequenza al SerT.

Per favorire la collaborazione all'iniziativa si è scelto di costruire il campione sulla base dell'adesione volontaria degli utenti. Ogni intervistato è chiamato a dichiarare il proprio accordo o disaccordo in merito ad affermazioni su una scala che va da 1 (*completamente non d'accordo*) a 6 (*completamente d'accordo*). Tutte le singole affermazioni concorrono a descrivere sei indicatori di valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino-utente:

- Strutture
- Organizzazione del SerT
- Rapporto con gli operatori
- Capacità di risolvere il problema della tossicodipendenza
- Ambulatorio metadone
- Servizio in generale

I dati raccolti sono stati elaborati con un'attenzione particolare al confronto con gli anni precedenti. Infine si è proceduto alla restituzione dei

risultati sia alla Direzione e agli operatori del SerT che agli utenti-cittadini.

L'elaborazione delle domande ha consentito di ricavare un indicatore di sintesi che varia da 0 (massima insoddisfazione) a 1 (massima soddisfazione) per ciascuna delle aree considerate.

La domanda finale aperta è stata analizzata riaggregando le singole risposte rispetto alle 6 aree di valutazione. Nell'indagine del 2004 sono state rilevate 67 risposte sui 136 questionari totali. Le risposte articolate che si riferivano a più tematiche sono state conteggiate più volte con l'obiettivo di valorizzare tutti i suggerimenti degli utenti.

I dati a disposizione sono riferiti alle indagini sulla soddisfazione che si sono svolte negli anni 1998 (n°78 questionari), 1999 (n°65), 2001 (n°100), 2003 (n° 106), 2004 (n°136).

Nel 2001 grazie a una ricerca realizzata in collaborazione con la società emme&erre si è verificata l'attendibilità dello strumento e perfezionato il calcolo degli indicatori.

#### Composizione del campione 2004

Il campione in esame è composto per il 78,2% da maschi e per il 21,8% da femmine. Le classi prevalenti sono quelle comprese fra i 25 e i 40 anni, l'età media è di 33,4 anni. Il titolo di studio è nella maggior parte dei casi di licenza media inferiore 52,1%, risulta comunque significativo il numero dei soggetti in possesso di un diploma di scuola media superiore 24,8% o professionale 13,2%. Si tratta prevalentemente di occupati 73,8%, esiguo risulta il numero degli studenti 3,3%, mentre i restanti sono disoccupati 22,1%. Nel 50,0 % dei casi si tratta di persone che frequentano il SerT da oltre due anni, i nuovi ingressi (meno di 6 mesi) risultano il 19,2%.

#### Analisi dei dati

INDICATORE GLOBALE*	1998	1999	2001	2003	2004
Capacità di intervenire sulla tossicodipendenza	0,70	0,76	0,73	0,75	0,77

L' **indicatore capacità di intervenire sulla tossicodipendenza** si mantiene stabile nel tempo. E' l'area nella quale si sono concentrate il numero più alto di risposte alla domanda aperta in tutte le rilevazioni.

Vi è un forte riconoscimento del ruolo e delle competenze del SerT. Gli utenti ritengono che questo possa dare un valido aiuto, ma sottolineano la responsabilità individuale e la forte motivazione necessaria per uscire dalla tossicodipendenza. Da sottolineare l'attenzione degli utenti

alla personalizzazione dei percorsi terapeutici.

*"Penso che da parte del SerT l'impegno sia già elevato, il fatto che un programma funzioni o no dipende solo dal nostro impegno"; "Va già bene così, tanto alla fine dipende da ognuno di noi a venire qua a seguire il vostro programma"; "Seguire le persone in maniera più soggettiva o personalmente"; "Bisognerebbe guardare di più quale storia intima ha la persona in questione e seguire meglio la terapia metadonica"; "L'unica soluzione è farsi aiutare dal SerT oppure appoggiarsi ad una comunità"; "Dipende soprattutto dalla nostra volontà e ritengo che ciò che fate (almeno nel mio caso) sia adeguato"; "Se uno ha voglia di uscirne per me state già facendo molto".*

INDICATORE GLOBALE*	1998	1999	2001	2003	2004
Rapporto con gli operatori	0,68	0,77	0,75	0,73	0,72

L'**indicatore rapporto con gli operatori** si mantiene stabile e positivo.

Anche in questo caso si tratta di un'area di forte interesse. Al riguardo si registrano giudizi variegati; l'attenzione viene posta alla personalizzazione e al rispetto da parte degli operatori, operatori ai quali paradossalmente e in modo ambivalente si richiede maggiore fiducia e allo stesso tempo di fidarsi meno. Sembra esservi la ricerca di una affettività e di un riconoscimento personale che elude il problema tossicodipendenza.

Spesso vi è la volontà di ricevere una risposta immediata al proprio bisogno: il lavoro dell'operatore di lettura e ricodifica del reale bisogno (molte volte inespresso e latente), viene vissuta dal paziente come una inutile perdita di tempo. Sono queste le chiavi che ci consentono di leggere le richieste di:

*"Essere un po' più proporzionati con noi tossicodipendenti, le cose vengono fatte ingiustamente"; "Più fiducia e pazienza"; "ascoltare i pazienti senza discriminazioni"; "Dare più ascolto alle persone, "Penso che gli operatori sappiano quello che sia giusto fare"; "Gli operatori sociali dovrebbero prenderci sul serio e non buttarci nello stesso pentolone".*

INDICATORE GLOBALE*	1998	1999	2001	2003	2004
Organizzazione del SerT	0,61	0,70	0,76	0,74	0,70

L' **indicatore organizzazione del SerT** si è evoluto positivamente, in questo caso oltre alla nuova sede ha influito il percorso di costruzione di un Sistema Qualità nel SerT a partire dal 1999.

\* 0 massima insoddisfazione / 1 massima soddisfazione

Rispetto a questa area le criticità sembrano legate alla fruibilità del servizio, mostrando anche una comprensione inaspettata per i vincoli e le risorse entro le quali il SerT deve operare.

*“Migliorare i tempi delle visite”; “ci vorrebbero più operatori”; “Dovete essere più incisivi con le istituzioni in modo da poter avere tutte le prestazioni che necessitano per poter effettuare quelle correzioni o modifiche che il problema richiede”.*

INDICATORE GLOBALE*	1998	1999	2001	2003	2004
Qualità delle strutture	0,52	0,56	0,67	0,65	0,67

L'indicatore qualità delle strutture registra un sensibile miglioramento a partire dal 2001 da mettere in relazione allo spostamento del SerT in una struttura più adeguata alle esigenze del servizio. Questa area ha registrato principalmente indicazioni inerenti gli orari di apertura e la privacy.

*“Ho degli amici che sono restii a venire per un non sufficiente anonimato”; “Vorrei che il SerT fosse aperto più spesso anche il pomeriggio”; “Generalmente i colloqui vengono svolti in tarda mattinata 12-13:30, orari poco pratici per chi lavora e fa orari spezzati”; “Allargare l'orario di prelievo urine”.*

INDICATORE GLOBALE*	2001	2003	2004
ambulatorio metadone	0,40	0,41	0,58

L'indicatore ambulatorio distribuzione metadone raggiunge la sufficienza per la prima volta. La spiegazione di questo miglioramento va ricercata nello spostamento avvenuto nel 2003 dell'ambulatorio metadone dall'interno dell'Ospedale Civile (collocazione che non garantiva il minimo anonimato) ad una nuova sede più periferica.

Lo si riscontra anche dalle indicazioni degli utenti, se negli anni passati il giudizio maggiormente negativo riguardava le garanzie dell'anonimato, quest'anno l'insoddisfazione si concentra sugli orari di apertura; ma vi sono anche indicazioni legate alla difficile gestione del farmaco e alla integrazione con trattamenti psico-sociali:

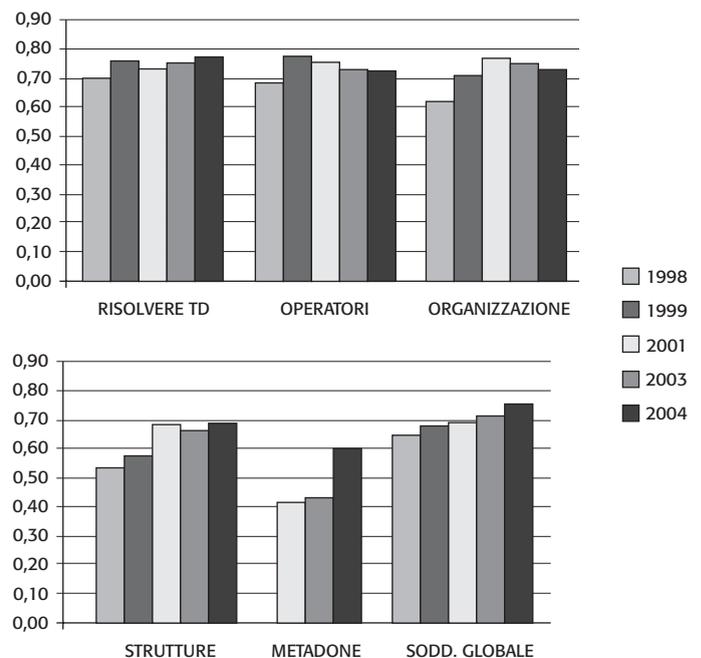
*“Allargare l'orario di distribuzione metadone”; “L'ambulatorio metadone apre tardi”; “Dovrebbe essere più aperto come orari il metadone il pomeriggio e la mattina presto per chi lavora”; “potrebbe aprire al mattino presto come a Forlì, per quelli che lavorano è l'ideale per evitare lo stress del traffico di mezzogiorno”; “Ampliare l'apertura di distribuzione del metadone anche nel pomeriggio”; “Apertura anticipata e chiusura posticipata del metadone”; “Vorrei solo che il servizio metadone avesse un prolungamento di orario, apre alle*

*10 spesso è tardi”; “Credo che l'ambulatorio metadone si debba aprire circa 2 ore prima”; “Metadone al pomeriggio per lavoro”; “Il metadone viene dato secondo me con troppa superficialità, con la conseguenza della perdita di valore del significato degli operatori”; “Negare il metadone a chi fa esami non puliti”; “Evitare che il metadone venga somministrato regolarmente anziché uno scalaggio veloce”; “Consentire affidi più lunghi”.*

INDICATORE GLOBALE*	1998	1999	2001	2003	2004
Soddisfazione complessiva	0,63	0,66	0,67	0,69	0,73

L'indicatore soddisfazione complessiva registra un lento, ma costante, miglioramento.

Tab.1 Riepilogo indicatori globali anni 1998-2004



### Soddisfazione complessiva: il peso delle singole aree

Evidenziato che i giudizi più critici si registrano relativamente al grado di soddisfazione per gli aspetti strutturali del Servizio, mentre registrano valori positivi: rapporto con gli operatori, organizzazione del servizio, capacità di risolvere il problema di tossicodipendenza, questa analisi sulle criticità delle singole aree di indagine non dice nulla su quali siano gli aspetti che hanno più peso nel determinare la soddisfazione o l'insoddisfazione complessiva dell'utente. Per identificare le determinanti della soddisfazione si è fatto ricorso all'analisi di regressione lineare multipla che consente di analizzare il peso dei diversi indicatori nel determinare il livello dell'indicatore di

soddisfazione complessiva (collaborazione con il SerT di Ferrara).

Analisi di regressione lineare multipla – anno 2004

Variabili inserite nel modello:	T1 – 2004 R-quadrato corretto	Significatività 5%
Rapporto con gli operatori	46%	0,000
Capacità di intervenire sulla tossicodipendenza	52%	0,005

### Conclusioni

La ricerca in esame, in primo luogo, ci ha confermato che gli utenti hanno un'idea multi-dimensionale della qualità del Servizio e sono in grado di coglierne la complessità al momento in cui sono chiamati a valutarlo. L'analisi statistica dei dati mostra infatti come tutti gli aspetti considerati (strutturali, relazionali, organizzativi, la capacità di produrre risultati) concorrano a determinare il grado di soddisfazione complessiva. Emerge il quadro di un utente che non ha una richiesta stereotipata (metadone, comunità ecc.) e risulta impermeabile alle proposte del servizio, ma è un soggetto che quando incontra un SerT attento a costruire un progetto personalizzato con lui, ne sa comprendere il valore ed è portato a centrare la negoziazione sul tipo di intervento a partire dai risultati attesi. Data questa evidenza della capacità critica dell'utenza nel giudicare il servizio assume maggiore rilevanza il secondo messaggio: vi sono due dimensioni che hanno un peso maggiore nel determinare la soddisfazione, "rapporto con gli operatori" e "capacità del servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza".

Riguardo alla composizione del campione: le variabili sesso, età, titolo di studio e condizione lavorativa non pare influiscano sulla soddisfazione, al contrario la variabile tempo di frequenza, registra giudizi maggiormente critici per chi frequenta il SerT da più tempo (< 24 mesi).



### Bibliografia

Astolfo R., Selle P., "La soddisfazione dei clienti nei SerT", in SESTANTE n°14, AUSL Cesena, 2001.

Cinotti R., Sturlese V., *Perché un programma per la valutazione della qualità percepita*, in Cinotti R., Cipolla C., *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, F. Angeli, MI, 2003.

De Ambrogio U., Setti Bassanini M. C., *Tutela dei cittadini e qualità dei servizi*, Milano, F. Angeli, MI, 1996.

Mariani D'Altri A., Teodorani M., Ugolini P., *Customer satisfaction nei servizi per le tossicodipendenze*, in ITACA, n° 11, 2000

Teodorani M., *Un SerT allo specchio. Il SerT di Cesena nell'immagine degli utenti che lo utilizzano*, tesi di specializzazione in Sociologia Sanitaria/Università degli Studi di BO, 1996.

---

#### valentina casadei,

tirocinante laureanda in sociologia  
tel. 0547/352162  
e-mail: casadeivalentina@hotmail.com

#### alessandro mariani d'altri,

sociologo ser.t ausl cesena  
tel. 0547/631536  
e-mail: stracesena@libero.it

---

# spazi e tempi stupefacenti

Alcuni risultati ricerca longitudinale

a cura di

**michela martino**  
**daniela nuzzolese**  
**paolo uolini**

## Introduzione

Nel 1999 a Cesena, Modena e Pesaro, sono state realizzate tre ricerche "sul campo", volte ad esplorare il rapporto tra i giovani e il fenomeno delle droghe sintetiche e ad acquisire conoscenze sulle culture giovanili del divertimento, dello *sballo* e del rischio. Nel 2003 il SerT di Cesena ha deciso di riproporre la stessa ricerca, con lo stesso metodologia e lo stesso strumento per una verifica longitudinale dei risultati. Il lavoro di ricerca nasce all'interno del Servizio Centro di Ascolto nuove droghe e del progetto Notti Sicure dell'AUSL di Cesena allo scopo di raccogliere maggiori informazioni sul tema oggetto di studio e per meglio mirare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria rispetto a sostanze di consumo giovanile e malattie infettive quali HIV ed epatiti. In questo saggio presentiamo solo una breve sintesi di alcuni dati longitudinali rimandando il report complessivo nel prossimo numero di SESTANTE.

## Metodologia della ricerca

Il lavoro di ricerca, così come nel 1999, è stato svolto avvicinando i ragazzi nei loro luoghi d'incontro in varie realtà del cesenate e della costa adriatica: pub (Tequila Blues ed Old Fashioned), discoteche (Vidia Rock Club, De Niro e Flintstone), feste in piazza (Il Rock è Tratto e feste alla Rocca Malatestiana) e nella Piazza Andrea Costa di Cesenatico. È stato utilizzato un questionario, che oltre ad alcune variabili strutturali indagava:

- la conoscenza e la pericolosità delle sostanze psicotrope;
- l'eventuale assunzione e la frequenza del consumo;

- i motivi che hanno spinto alla sperimentazione;
- i luoghi e la presenza di altre persone al momento dell'assunzione;
- le influenze subite nella decisione di provare le sostanze;
- gli episodi e la frequenza di "sballo" con gli alcolici;
- l'eventuale utilizzo di ecstasy ed alcool combinati con altre sostanze.

## Caratteristiche generali del campione

Il campione casuale della ricerca del 2003 è costituito da 205 soggetti. L'età varia dai 15 ad oltre i 30 anni. Gli intervistati sono stati suddivisi in 3 classi d'età: Adolescenti (dai 15 ai 18 anni), Giovani Adulti (dai 19 ai 30 anni) e oltre i 30 anni. L'82% dei soggetti rientra nella classe Giovani Adulti.

Tab. 1 Età degli intervistati.

	1999 %	2003 %
Adolescenti	22	15
Giovani adulti	78	82
Oltre i 30 anni	-	3

Per quanto riguarda il sesso, come nel 1999, la distribuzione è squilibrata con prevalenza di soggetti maschi, anche se la percentuale di ragazze contattate nel 2003, è aumentata.

Tab. 2 Sesso degli intervistati

	1999 %	2003 %
Maschi	70	63
Femmine	30	37

Relativamente alla condizione professionale e al titolo di studio, si osserva un aumento della percentuale di disoccupati e di soggetti in cerca di prima occupazione e, come nel 1999, la maggior parte dei soggetti è in possesso di diploma di scuola media superiore. Nel 2003 si ha un aumento di soggetti laureati o in possesso di diploma universitario. Questi cambiamenti potrebbero essere dovuti alla maggiore età dei soggetti del campione della ricerca del 2003.

Tab. 3 Condizione professionale degli intervistati

	1999 %	2003 %
Studente	59	45
Lavoratore	35	34
Disoccupato o in cerca di prima occupazione	4	15,2
Lavoratore saltuario	2	3,4
Studente - lavoratore	0	2,4

Tab. 4 Titolo di studio degli intervistati

	1999 %	2003 %
Senza titolo	0	1
Licenza media inferiore	31	28
Diploma professionale	8	11
Diploma maturità 5 anni	58	51
Laurea o post diploma	3	9

### Conoscenza delle sostanze

Ai soggetti è stato presentato l'elenco di nove sostanze psicoattive ed è stato chiesto se le conoscevano e se le consideravano "droghe leggere" o "pesanti". Il livello di conoscenza delle varie sostanze risulta essere molto elevato anche nel 2003.

La **cocaina**, l'**ecstasy** e l'**eroina** sono considerate dalla maggior parte degli intervistati "droghe pesanti" anche se la percentuale che le considera tali, rispetto alla ricerca del 1999, si è abbassata.

L'**hashish** è ritenuta essenzialmente una "droga leggera" (86%) e rispetto agli intervistati del '99 è diminuita la percentuale di coloro che non la ritengono una droga (9% nel 2003 e il 14% nel 1999).

Nel 2003 è aumentata la percentuale di coloro che ritiene gli acidi una "droga leggera" (48%).

Per quanto riguarda il **popper**, anche nel 2003, la percentuale di soggetti che non lo conoscono è rimasta alta (16%) così come quella di coloro che lo considerano "droga leggera" (49%).

Tab. 5 Conoscenza e valutazione delle sostanze.

Sostanza	Non conosce %		Non droga %		Droga leggera %		Droga pesante %	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Nicotina	0	0,5	51	43	47	55	2	1,5
Hashish	1	0	15	9	78	86	6	5
Acidi	1	1	3	0	40,5	48	55,5	51
Ecstasy	1	0,5	3	0,5	35	45	61	54
Cocaina	1	0,5	3	0	23,5	39,5	70,5	60
Eraina	1	0,5	0	0,5	16	30	83	69
Popper	17	16	23	10	42	49	18	25
Anfetamine	3	4	9	3	48	49	40	44
Alcool	-	2	-	45	-	49	-	4

### Assunzione e frequenza dell'uso delle sostanze

A coloro che hanno risposto al questionario è stato chiesto se assumevano sostanze e con quale frequenza. Dal nostro campione risulta che l'uso di sostanze è abbastanza diffuso.

La sostanza maggiormente utilizzata è l'**hashish**; si rileva che rispetto alla ricerca del 1999 si ha da un lato una diminuzione dell'uso occasionale (in entrambe le ricerche è quello prevalente), dall'altro un aumento dell'uso abituale.

Sostanze come **acidi**, ed **ecstasy** vengono usate rispettivamente dal 34% e dal 35% dei soggetti e il loro utilizzo rimane prevalentemente circoscritto al week-end. Per quanto riguarda la cocaina, il popper e le anfetamine, rimangono anche nel 2003, poco usate. Tra coloro che assumono la cocaina si ha un aumento, rispetto al 1999, di giovani che l'hanno assunta una volta soltanto e dell'uso regolare; invece la frequenza dell'assunzione di anfetamine si sposta da "qualche volta alla settimana" a "qualche volta al mese". (nel 1999 coloro che le utilizzavano "qualche volta al mese" era il 45,5% e "qualche volta alla settimana" il 9%, mentre nel 2003 il 61% dichiara di assumerla "qualche volta al mese" e nessuno "durante la settimana").

La sostanza maggiormente utilizzata, come nella precedente ricerca, rimane l'alcool (82,4%) che viene assunto dalla maggioranza in modo abituale precisamente il 45,5% di coloro che l'assumono lo fa qualche volta alla settimana e il 21,5% tutti i giorni.

Tab. 6 Assunzione delle sostanze.

Sostanza	Mai %		Una volta %		Qualche volta %		Abitualmente %	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Hashish	23	22	7	6	48	42	22	30
Acidi	78	66	8	9	12	23	2	2
Ecstasy	82	65	6	7	10	27	1	1
Cocaina	74	70	7	10	18	18,5	1	1,5
Popper	68	79	11	5	18	15	3	1
Anfetamine	81	62	6	16	10	21	3	1
Alcool	-	2,5	-	0,5	-	45	-	52

Tab. 7 Frequenza dell'assunzione.

Sostanza	Qualche volta al mese %		Week-end %		Qualche volta settimana %		Tutti i giorni %	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Nicotina	-	8	-	9	-	10	-	73
Hashish	33	18	15	18	31	39	21	25
Acidi	50	43	27	47	23	10	0	0
Ecstasy	40	30	50	59	10	11	0	0
Cocaina	63	63	18,5	21	18,5	8	0	8
Popper	64,5	56	23,5	35	12	7	0	2
Eraina	-	50	-	33	-	0	-	17
Anfetamine	45,5	61	36,5	36	9	0	9	3
Alcool	-	9	-	24	-	45,5	-	21,5

Per rendere più chiare le differenze tra l'uso sporadico e l'uso regolare abbiamo unito le risposte dei soggetti che avevano dichiarato di assumere sostanze: "qualche volta al mese" e "soltanto nel week-end" in "sporadico", "qualche volta alla settimana" e "tutti i giorni" in "regolare".

Il dato aggregato che emerge sottolinea l'alta assunzione delle sostanze in elenco. Va precisato che per ogni sostanza la percentuale è relativa solo a coloro che nella precedente domanda avevano affermato di aver assunto sostanze, e quindi il valore dei soggetti è diverso da sostanza e sostanza, ed è così distribuito:

- Nicotina: 166 assuntori (81% del campione)
- Hashish: 146 assuntori (71%)
- Acidi: 53 assuntori (26%)
- Ecstasy: 56 assuntori (27%)
- Cocaina: 38 assuntori (18,5%)
- Popper: 43 assuntori (21%)
- Eroina: 6 assuntori (3%)
- Anfetamine: 31 assuntori (15%)
- Alcol: 196 assuntori (96%)

Tab. 8 Accorpamenti.

Sostanza	Sporadico %		Regolare %	
	1999	2003	1999	2003
Hashish	48	36	52	64
Acidi	77	90	23	10
Ecstasy	90	89	10	11
Cocaina	81,5	84	18,5	16
Popper	88	91	12	9
Anfetamine	82	97	18	3
Alcool	-	33	-	67

## Le poliassunzioni

Con le ricerche svolte nel 1999 e nel 2003 e si è voluto, inoltre, indagare se c'era una propensione degli intervistati ad associare ad alcol o ecstasy altre sostanze nell'assunzione.

Nel 1999 l'alcol veniva associato principalmente con i cannabinoidi, mentre l'ecstasy maggiormente con alcool (birra e super alcolici, in particolare) e cannabinoidi.

Nel 2003 l'alcool resta associato principalmente, oltre alla nicotina, ai cannabinoidi, seguiti dall'ecstasy. Per quanto riguarda l'ecstasy, invece, i nostri intervistati sembrano essere più propensi ad associarla alla nicotina, primariamente, e alle sostanze alcoliche, prima tra tutte la birra, così come nel 1999.

Tab. 9 Sostanze assunte con l'alcool.

Alcool e...	1999 %	2003 %
Nicotina	Manca dato	41
Hashish	33,5	32
Acidi	5	4
Ecstasy	3	9
Cocaina	6,5	7
Popper	5,5	5
Eroina	-	0
Anfetamine	5	2

Tab. 10 Sostanze assunte con l'ecstasy.

Ecstasy e...	1999 %	2003 %
Nicotina	Manca dato	22
Hashish	16	10
Acidi	6,5	1,5
Birra	17	14
Cocaina	4	2
Popper	2,5	3
Eroina	-	0,5
Superalcolici	17	13
Anfetamine	4	1,5
Vino	13	12

## Motivi dell'assunzione

La principale motivazione che sembra aver spinto il nostro campione ad assumere le sostanze elencate nel questionario sembra essere il desiderio di sperimentarle; infatti la motivazione prevalente per quasi tutte le sostanze è il volerle provare, ma l'uso sembra anche casuale poiché parecchi rispondono di averle usate per caso.

Nella precedente ricerca i giovani si avvicinavano alle sostanze maggiormente per provare nuove sensazioni, sperimentare su di sé gli effetti e per il desiderio divertirsi di più con gli amici, mentre nella ricerca del 2003 si assiste ad un cambiamento rispetto a questo tipo di atteggiamento e le motivazioni diventano più specifiche in base agli effetti della sostanza che si assume, oppure questo potrebbe indicare un maggior numero di risposte stereotipate. L'hashish rimane utilizzata, come nel '99, per caso, anche se si ha un aumento significativo (13%) di soggetti che affermano di usarlo "per potenziare le mie prestazioni sessuali".

Il 62% di coloro che assumono nicotina dichiara di averlo fatto "tanto per provarla", mentre per quanto riguarda l'alcool il 51% "per divertirsi di più con gli amici".

Per quanto riguarda l'assunzione di acidi si ha una diminuzione del "tanto per provarli" (il 48% nel 1999 e il 16% nel 2003) e vengono usati maggiormente "per divertirsi di più con gli amici" (il 30%), si ha, inoltre un significativo spostamento nell'utilizzarli per "comunicare meglio con gli altri" (14% rispetto lo 0% del 1999).

Nel 2003 il 39% dei ragazzi hanno affermato di assumere ecstasy "per comunicare meglio con gli altri", mentre la motivazione "tanto per provarla", che era quella prevalente tra i ragazzi della ricerca precedente (47%), risulta essere la motivazione principale del 24% del campione attuale.

La motivazione prevalente, anche nel 2003, per l'uso del popper rimane il "tanto per provarlo".

Un altro dato importante riguarda la motivazione all'assunzione delle anfetamine, c'è un passaggio dal "tanto per provarle" dell'99 (43% e il 19% nel 2003) all'usarle principalmente per non sentire la stanchezza (il 61% nel 2003, il 14% nel 1999).

## Influenze ambientali: i luoghi dell'assunzione

I contesti ambientali favoriti per assumere le sostanze da noi prese in considerazione nella ricerca del 1999 risultarono essere la discoteca e le feste. L'ecstasy veniva maggiormente usata in discoteca, così come gli acidi e il popper anche se questi erano assunti anche in "altri luoghi" (in giro, al parco, dove capita ecc...), la cocaina veniva assunta più spesso in casa, mentre le anfetamine principalmente nei pub. Nel 2003 la cocaina viene usata principalmente durante le feste, gli acidi vengono meno usati in

casa e in altri luoghi, il popper viene consumato principalmente in discoteca, così come le anfetamine.

### Influenze ambientali: contesti relazionali dell'assunzione

Altro elemento importante per quanto riguarda le influenze ambientali è quello che indaga con chi si trovassero i giovani al momento dell'assunzione. In entrambe le ricerche si evidenzia che per ogni sostanza, il contesto amicale, "con la compagnia" e "con un amico/a" è quello in cui più spesso si assumono le sostanze.

Tab. 11 Contesti relazionali del consumo delle sostanze.

Sostanza	Da solo %		Partner %		Amico/a %		Compagnia %		Conoscenti %		Altri %	
	'99	'03	'99	'03	'99	'03	'99	'03	'99	'03	'99	'03
Nicotina	-	19	-	16	-	21	-	26	-	15	-	3
Hashish	11	15	12	16	27	22	37	31	12	15	1	0
Acidi	8.5	5	14	9	35.5	22	37	51	3	13	0	0
Ecstasy	7	3	11.5	11	27.5	12	50	62	2	12	0	0
Cocaina	9.5	8	13.5	11	35	33	34	38	5	10	0	0
Popper	7	6	11.5	33	8	0	0	0	0	61	0	0
Eroina	-	12.5	-	12.5	-	25	-	37.5	-	12.5	-	0
Anfetamine	12.5	6	6	7	29.5	21	42	57	8	9	0	0
Alcool	-	15	-	18	-	23	-	30	-	13	-	1

### I Influenze ambientali: decisione di provare le sostanze

Sia nel 1999 che nel 2003 gli intervistati attribuiscono a se stessi la decisione di provare le sostanze sintetiche, l'alcool e l'hashish. Se si è subito una forma di influenza pare sia stata percepita maggiormente come un consiglio degli amici e della compagnia.

Tab. 12 Eventuali influenze al momento dell'assunzione.

	Nessuna %		Consiglio %		Condizionamento %	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Partner	90	95	6	4	4	1
Amici intimi	73	80	9	15	8	5
Compagnia	71	78	18	14	11	8
Altri	0	99	0	0,5	0	0,5

### Osservazioni conclusive

Limitandoci a brevi considerazioni finali (e rimandando al prossimo SESTANTE la presentazione del report finale) possiamo dire che nel confronto fra le ricerche svolte nel 1999 e nel 2003 possiamo evidenziare che i giovani conoscono maggiormente le sostanze e le assumono con più frequenza. Alcune sostanze perdono la loro connotazione principale di droghe "pesanti" e parallelamente a questo cambiamento aumentano l'uso e la sperimentazione di esse (esempio: hashish, acidi ed ecstasy) mentre l'uso di anfetamine diventa più sporadico ed aumentano i soggetti che le considerano droghe pesanti. Nel 2003

assiste ad una sottovalutazione della tossicità delle sostanze e sembra quasi che ci sia un'incertezza nella distinzione tra "droghe leggere" e "droghe pesanti", infatti, spesso, le percentuali di tale giudizio sono sovrapponibili. Sostanze come l'ecstasy, la cocaina e gli acidi restano principalmente considerate sostanze "da discoteche" o "da festa" e il loro consumo avviene spesso con gli amici e con la compagnia. Rimane tuttavia confermato, come nella ricerca precedente, l'uso ricreazionale della maggior parte delle sostanze da noi prese in considerazione sia rispetto ai luoghi d'assunzione che alla loro funzione di aumentare il divertimento.

### Bibliografia di riferimento

- L. Agostini, R. Rossi (a cura di), *Itinerari della notte*, in *Sestante* n. 9, ottobre 1998.
- F. Bagozzi, C. Cipitelli, *Giovani e nuove droghe: sei città a confronto. Il progetto Mosaico come modello d'intervento*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- C. Baraldi, E. Rossi (a cura di), *La prevenzione delle azioni giovanili a rischio*, F. Angeli, MI, 2002.
- F. C. Giannotti, *Dipendenze: la qualità della cura nei servizi*, F. Angeli, Milano, 2004.
- T. Macchia, F.C. Giannotti, F. Taggi, *I servizi e le sostanze ricreative*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- G. Morbello, *Fatti bene. Come cambiano i consumi delle droghe*, La Meridiana, Bari, 2004.
- R. M. Pavarin (a cura di), *Uso di sostanze e problemi connessi: uno studio sullo Street Rave Parade 2003*, Edizioni Azienda USL della Città di Bologna, 2004.
- SESTANTE, n.17-18, *I risultati nelle tossicodipendenze*, AUSL Cesena, 2002.
- SESTANTE, n.20-21, *La memoria-epidemiologica del divenire-servizio*, AUSL Cesena, 2003.
- Ugolini P., Giannotti F.C., (a cura di), *Valutazione e prevenzione tossicodipendenze*, F. Angeli, MI, 1998.

#### michela martino,

psicologa,  
Tel. 347/1680406  
e-mail: milam77@yahoo.it

#### daniela nuzzolese,

psicologa  
Tel. 349/4660362  
e-mail: danian04@yahoo.it

#### paolo ugolini,

responsabile osservatorio dipendenze ausl cesena  
Tel. 339/7925871  
e-mail: pugolini@ausl-cesena.emr.it

# percorsi (e costi) in comunità terapeutiche

La realtà dell'AUSL di Cesena

a cura di  
**annamaria berlini**

I trattamenti riabilitativi residenziali assorbono circa un terzo del budget annuale del SerT. Rappresentano quindi un'area di grande rilievo nell'ambito delle attività di cura rivolte alle persone con problemi di dipendenza e un terreno di sviluppo dell'integrazione tecnica del Sistema dei Servizi pubblici e del privato sociale.

## Quali trattamenti?

In controtendenza rispetto ad un quadro regionale che registra una progressiva contrazione della domanda, nel 2003 hanno usufruito delle prestazioni riabilitative di Comunità Terapeutiche 90 persone, due in più dell'anno precedente. Sono aumentati gli invii in Comunità di tossicodipendenti che avevano in corso un trattamento a lungo termine con farmaci sostitutivi: hanno affrontato in contesto protetto la fase finale della disassuefazione 20 tossicodipendenti, per un totale di 119 giornate di cura e un costo complessivo di circa 60.000 euro.

Le comunità nell'ultimo triennio hanno compiuto molti sforzi (dovendo in qualche caso rielaborare la propria filosofia di intervento e l'approccio alle sostanze e ai farmaci) per adeguarsi ai nuovi bisogni segnalati dai Servizi Pubblici. La scelta di collaborare con gli ambulatori SerT per la gestione residenziale della fase finale del trattamento con metadone ha spalancato nuove prospettive di trattamento per utenti ormai immobilizzati nella nicchia della "cronicità". Abbiamo osservato che in alcuni casi questo passaggio in un Centro di Osservazione e Diagnosi ha spezzato anche il rifiuto tout court della Comunità, portando l'utente a una scelta più consapevole al termine della disintossicazione.

Gli operatori invianti hanno accentuato l'impegno profuso nella condivisione del progetto e nel sostegno alla motivazione degli utenti inseriti per contra-

stare il fenomeno delle interruzioni di programma, tutt'ora presente e causa di spreco di risorse non solo economiche.

Gli esiti dei trattamenti, esaminati in dettaglio nella successiva tabella, confermano sostanzialmente le medie degli anni precedenti, con una lieve riduzione delle interruzioni (dal 28,1% del 2002 al 27,8% del 2003).

Tab.1 SerT Cesena: esito trattamenti soggetti in Comunità Terapeutiche al 31.12.2003

Esito	Frequenza	%
In corso	45	50,0
Programma Completato	14	15,6
Dimissione concordata	1	1,1
Abbandono	25	27,8
Espulsione	3	3,3
Decesso	1	1,1
Arresto	1	1,1
Totale	90	100,0

## In quali comunità

Gli invii del 2003 interessano in gran parte strutture terapeutiche del territorio romagnolo o emiliano mentre i percorsi fuori regione si orientano verso alcune sedi specialistiche (prevalentemente per alcolisti) o progetti speciali. Questo dato riflette un orientamento all'integrazione operativa fra SerT e comunità, sempre più praticata sia nelle fasi residenziali del programma che negli interventi più propriamente rivolti al reinserimento, fase difficilmente gestibile con strutture di altre regioni.

Rispondendo, peraltro, alle indicazioni scaturite dall'accordo stilato fra la Regione Emilia Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari, accordo che nell'esperienza romagnola ha trovato un terreno già predisposto e particolarmente fertile.

La collaborazione preesistente fra il SerT e le Comunità del territorio, si è sviluppata notevolmen-

te nella direzione dell'integrazione promossa dalla Commissione Locale di Area Vasta Romagna. Grazie all'impegno congiunto dei Responsabili dei Programmi Dipendenze Patologiche delle Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini e dei rappresentanti di tutte le Comunità Terapeutiche convenzionate, la Commissione ha elaborato l'accordo locale per il triennio e ha promosso un ampio confronto fra i servizi pubblici e privati. Questo consentirà ai SerT di privilegiare l'invio in strutture del territorio, corrispondendo allo sforzo delle Comunità di diversificare le competenze e di specializzare gli interventi in funzione dei bisogni della popolazione romagnola.

Tab. 2 Inserimenti in Comunità Terapeutica del SerT di Cesena, anno 2003

Luogo	Ente gestore	N. inserimenti	%
CT Emilia Romagna	S. Carlo - Cesena	10	10,8
	S. Maurizio - Borghi	4	4,3
	CEIS "La casa" - Ravenna	16	17,2
	Centofiori - Rimini	6	6,5
	CO.M.E.S. - Marradi (FI)	9	9,7
	Giovanni XXIII - Rimini	32	34,4
	Il Pettrosso - Bologna	2	2,2
	Il Sorriso - Fontanelice (BO)	3	3,2
CT extra-regionali	Incontro	1	1,1
	IRS L'Aurora - Ancona	5	5,4
	L'Imprevisto - Pesaro	2	2,2
	Berta 80 - S. Severino M. (MC)	1	1,1
	CD AUSL 1 Arezzo	1	1,1
	CEIS - Mestre	1	1,1
	Totale	93	100,0

### Per quali utenti?

Gli utenti inseriti in CT sono in prevalenza assuntori di eroina, maschi (68%), non coniugati (71%), di età compresa fra i 25 e i 34 anni (47%) mentre si registra il crescente peso della popolazione di età superiore ai 34 anni (36%) in gran parte rappresentato da alcolisti e policonsumatori.

Se analizziamo i costi sostenuti dall'AUSL di Cesena rileviamo un alto costo complessivo (566.144,85 euro), proporzionalmente distribuito nei due Distretti del circondario cesenate. Ai dati riportati in tabella vanno a sommarsi 5 utenti inseriti nel Centro a Bassa Soglia "Il Villino" per un costo pari a euro 18.004.

Tab. 3 Comune di residenza e costi sostenuti dall'AUSL di Cesena per gli inserimenti anno 2003

Distretti	Comuni	Utenti		Costi	
		Frequenza	%	Frequenza	%
Cesena Savio	Cesena	48	53,3	332.020,02	58,6
	Bagno di Romagna	3	3,3	2.271,02	0,4
	Mercato Saraceno	1	1,1	0	0
	Sarsina	2	2,2	17.248,25	3,0
Costa Rubicone	Cesenatico	16	17,8	125.059,10	22,1
	Gatteo	9	10,0	37.970,93	6,7
	Longiano	1	1,1	2.837,05	0,5
	Roncofreddo	1	1,1	/	0
	Gambettola	1	1,1	110,31	0
	San Mauro Pascoli	3	3,3	27.265,31	4,8
	Savignano	2	2,2	5.610,21	1,0
SFD	Senza fissa dimora*	3	3,3	15.722,65	2,8
Totale		90	100,0	566.114,85	100,0

### Con quali prospettive?

Il lavoro futuro si preannuncia complesso. A fronte dei grandi sforzi compiuti dalle Comunità nell'ultimo decennio, per affinare gli interventi rivolti ai tossicodipendenti "tradizionali" che rappresentano ancora la quota maggiore di presenze, si osserva un costante incremento di nuove tipologie di dipendenza, scarsamente recettive a questi percorsi terapeutici.

Si delinea come nuova emergenza il trattamento residenziale degli alcolisti cronici, pazienti mediamente più anziani e con caratteristiche socio-ambientali diverse dai tossicodipendenti, che necessitano di percorsi più brevi, ma con una caratterizzazione sanitaria più spiccata.

Ma soprattutto, vi è una dimensione di sofferenza psichica più marcata, nei confronti della quale le metodologie educative tradizionali diventano inefficaci rapidamente, mettendo in crisi il precedente sistema di pensiero - comune ai servizi pubblici e privati - orientato alla "guarigione".

Osservando gli invii in Comunità proposti dal nostro servizio nell'ultimo quinquennio, appare sempre più vistoso il fenomeno della "porta girevole". Tendono a moltiplicarsi i ritorni in comunità di persone che non trovano uno spazio di reinserimento al termine del percorso terapeutico sia per le patologie concomitanti (prevalentemente dell'area psichica) che per le insufficienti competenze sociali.

C'è da chiedersi se sia corretto, dal punto di vista della salute e del benessere, offrire a costoro come unica prospettiva quella di non uscire mai dall'ombrello protettivo dei servizi. E tuttavia crescenti pressioni sociali affidano al SerT un tutoraggio sine die di fasce di popolazione con abitudine al consumo più o meno sporadico di stupefacenti, ma complessivamente "ai margini".

Anche in questo caso non abbiamo altra arma che il confronto, il dialogo, il mettere insieme le osservazioni e le competenze e contare su una riflessione comune in un contesto più ampio.

Infatti se la finalità che ci poniamo nel lavoro quotidiano consiste nella garanzia della qualità dei percorsi offerti alle persone dipendenti da sostanze, gli operatori del pubblico e del privato non possono sottrarsi all'urgenza di elaborare strategie di intervento innovative, sotto il pungolo di sfide nuove o mai vinte.

### Bibliografia

SerT AUSL Cesena: "Quadro epidemiologico e offerta dei servizi per droghe ed alcool 2003".

Assessorato politiche sociali - Regione Emilia Romagna: "Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari".

**annamaria berlini,**

assistente sociale sert ausl cesena

Tel. 0547/3521745

e-mail: aberlini@ausl-cesena.emr.it



## avvertenze per i collaboratori

**sestante** è aperto a tutte le collaborazioni.

Particolare interesse, per gli scopi della rivista, rivestono i lavori a carattere programmatico – valutativo e le ricerche.

I testi debbono di norma essere contenuti entro le 6 cartelle (40 righe x 80 battute), circa 20.000 battute, tabelle comprese.

Inviare, oltre al dattiloscritto, il floppy disk su un programma Word x Windows o in formato ascii.

Prima della pubblicazione gli scritti saranno sottoposti a due referee; il giudizio finale è affidato alla redazione.

Le citazioni vanno redatte nel modo seguente. Per quanto riguarda i volumi:

nome (iniziale puntata) e cognome dell'autore – quando l'autore è il curatore del volume scrivere dopo il cognome (a cura di) – titolo in corsivo, editore, città, anno pagina; per gli articoli: autore, come per i volumi, titolo in corsivo, citazione della rivista, numero del fascicolo, anno, pagina. Se è una traduzione indicare dopo il titolo trad. it.

Quando si tratta di opera già citata, indicare il nome (iniziale puntata) e il cognome dell'autore e il titolo o una sua parte, seguito da: ....., *cit.*

Qui di seguito riportiamo alcuni esempi:

Giddens, *Sociologia*, trad. it. Il Mulino, Bologna, 1983.

D. Parisi, *Quali sono i veri problemi della scuola*, Il Mulino, anno XLVI, n. 371, 1977, pp. 493-508.

A. Giddens, *Sociologia*, *cit.*

L. Benadusi (a cura di), *La non-decisione politica*, La Nuova Italia, Firenze, 1989.

Tabelle, grafici e figure vanno redatti su fogli a parte indicando nel testo la loro posizione.

Se nella loro compilazione si utilizzano dati raccolti da altri indicarne la fonte.

Indicare sempre: nome, cognome, indirizzo, recapito telefonico, qualifica ed ente di appartenenza.

Gli articoli devono essere inviati al seguente indirizzo:

## sestante

Ser.T. AUSL Cesena

Via Brunelli, 540 - 47023 Cesena (FC)

Tel. 0547. 631536 - 352162

Fax 0547. 300960

e-mail: pugolini@ausl-cesena.emr.it