

# **Rapporto 2002 sulle tossicodipendenze in area metropolitana**

## **Quadro epidemiologico, caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti**

*Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche:*

*Responsabile Raimondo M. Pavarin*

*Collaboratori Valter Di Valerio*

*Fabiana Forni*

*Simonetta Martini*

*Maria De Cecco*

*Michelina Ruo*

*Referenti sistema informativo:*

*M. Cristina Albertazzi – AUSL Bo città – Sert Borgo Reno*

*Vladimiro Albertazzi – AUSL Bo città - Ser. T Navile*

*Edith Arcidiacono – Centro Accoglienza “La Rupe”*

*Moreno Astorri – Opera Padre Marella Comunità “La Sorgente”*

*Elisabetta Bacchini – AUSL Bo Nord – Ser. T. di Budrio*

*Anna Braca – Cooperativa Sociale “Il Quadrifoglio”*

*Rogger Elvirini – Cooperativa Sociale “Il Sorriso”*

*Diego Franco – Cooperativa Sociale “Arcoveggio”*

*Mirella Galletti – AUSL Bo Sud Ser. T di Zola Predosa*

*Silvia Garagnani – Cooperativa Sociale “Il Pettiroso”*

*Mara Grigoli - AUSL Bo città - Ser. T Borgo Reno*

*Aurora La moglie - Unità di aiuto e Sportello Sociale Comune di Bologna*

*Catia Leoni – AUSL Bo città - Ser. T Est*

*Giorgia Paoletti – AUSL Bo Sud Ser. T di San Lazzaro di Savena*

*Leonardo Piscitelli – AUSL Bo Sud Ser. T T di Vergato*

*Claudio Salsini – AUSL Bo Nord Ser. T di San Giorgio di Piano*

*Elisabetta Scagliarini – AUSL Bo Nord - Ser. T di San Giovanni in Persiceto*

*Alessandra Stangolini – Cooperativa Sociale “ASAT”*

**Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche**

**Azienda USL città di Bologna**

Via Castiglione 29 – 40100 Bologna

Tel. 051/6584882

Fax 051/6584808

[www.ossdipbo.org/](http://www.ossdipbo.org/)

Responsabile dott. Raimondo M. Pavarin

e-mail [Raimondo.Pavarin@ausl.bologna.it](mailto:Raimondo.Pavarin@ausl.bologna.it)



<i>Studio trasversale sulla prevalenza di tossicodipendenti nell'area metropolitana nel corso del 2002: analisi delle caratteristiche, delle problematiche, dei trattamenti effettuati e stima del sommerso</i> .....	pag. 4
<i>Andamento storico dell'utenza e disponibilità operatori</i> .....	pag. 23
<i>L'abuso di alcol nell'area metropolitana</i> .....	pag. 30
<i>Il punto di vista degli operatori: analisi dei dati che emergono nel 2002</i> .....	pag. 40
<i>Tossicodipendenti stranieri: alcune considerazioni</i> .....	pag. 44

## STUDIO TRASVERSALE SULLA PREVALENZA DI TOSSICODIPENDENTI NELL'AREA METROPOLITANA DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA NEL CORSO DEL 2002: ANALISI DELLE CARATTERISTICHE, DELLE PROBLEMATICHE, DEI TRATTAMENTI EFFETTUATI E STIMA DEL SOMMERSO

studio trasversale sulla prevalenza di tossicodipendenti nell'area metropolitana della provincia di Bologna nel corso del 2002: analisi delle caratteristiche, delle problematiche, dei trattamenti effettuati e stima del sommerso

a cura di Raimondo Maria Pavarin

Dagli archivi dell'Osservatorio Epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche sono stati selezionati 2.797 tossicodipendenti con sostanza di abuso eroina o cocaina o benzodiazepine che nel corso del 2002 sono entrati in contatto con i servizi pubblici, del privato sociale, con l'area emergenza (interventi 118, carcere) e segnalati dalle forze dell'ordine come consumatori di sostanze: il 74% è stato in trattamento presso un SERT, il 10% è stato in carcere, il 9% è stato soccorso per overdose, l'8% si è rivolto allo sportello sociale e delle opportunità, l'8% è stato seguito dall'Unità mobile per il metadone, il 3,4% è stato contattato dall'Unità di aiuto, lo 0,4% è deceduto per overdose, il 5% è stato dimesso dagli ospedali Maggiore o Belluria con diagnosi di tossicodipendenza, il 5% è stato segnalato dalle forze di Polizia per uso di sostanze stupefacenti. Un soggetto può essere stato in contatto con più servizi ma viene conteggiato una sola volta perché le informazioni a livello individuale sono state riunite in unico record ed aggiornate tenendo conto dell'attendibilità del dato e della data di rilevazione.

Il 39% dei soggetti che corso del 2001 sono venuti a contatto con uno dei punti del sistema dei servizi non è più stato visto nel 2002; si tratta per la quasi totalità di soggetti che lo scorso anno erano sconosciuti ai SERT, che per il 64% era entrato in contattato con altre strutture del sistema dei servizi. Il 36% di essi ha avuto il primo contatto nel corso del 2002.

Dall'analisi effettuata emergono alcuni dati interessanti: l'età media è di 33,4 anni, il 18% proviene da fuori area metropolitana, il 15% da

fuori regione, il 3% è convivente o coniugato, solo il 17% ha almeno un diploma di scuola media superiore, il 21% ha una situazione abitativa "problematica", il 39% non lavora, gli stranieri sono il 10%.

Per quanto riguarda la sostanza di abuso il 90% utilizza eroina, il 38% cocaina, il 12% benzodiazepine, il 40% utilizza più sostanze.

Rispetto al 2001 sono in aumento l'età media, la percentuale dei residenti fuori Bologna, dei soggetti senza lavoro e con una scolarità medio bassa la percentuale di assuntori di cocaina e di benzodiazepine. È in diminuzione la percentuale di stranieri.

La prevalenza di soggetti HIV positivi è almeno del 10%.

Si stima una media di almeno 12 episodi di overdose ogni 100 soggetti e di 2 overdose letali ogni 100 overdose. La prevalenza di overdose letali è di 2 ogni mille soggetti.

Complessivamente nel territorio metropolitano si stimano più di 5000 tossicodipendenti che utilizzano sostanze pesanti: il "sommerso" è composto prevalentemente da soggetti di età inferiore alla media, maschi, stranieri, residenti fuori area metropolitana, senza controlli sanitari relativamente all'epatite C ed all'HIV.

Nel corso dell'anno due terzi dei soggetti contattati ha ricevuto almeno un trattamento terapeutico strutturato presso un SERT: la metà il metadone, uno su tre sostegno socio educativo, uno su cinque colloqui psicologici, l'11% è stato in comunità terapeutica, il 6% psicoterapia, il 3% prestazioni socio economiche e inserimenti lavorativi, il 5% subutex, lo 0,5% formazione professionale.

## Il quadro

Nell'area metropolitana della provincia di Bologna si stima un flusso di circa 5 mila soggetti che utilizzano in modo più o meno continuativo sostanze pesanti nel corso dell'anno. Si tratta sia di soggetti con **problemi legati alla dipendenza**, sia di semplici **"consumatori"**.

Possiamo schematicamente scindere questa popolazione in due gruppi: i soggetti che si rivolgono ai servizi e quelli che per svariati motivi non vi si rivolgono (il "sommerso").

Gli utenti dei servizi pubblici sono circa la metà sul totale e sono in gran parte residenti a Bologna e provincia. Si tratta di giovani con età media superiore a 34 anni, con rilevanti problemi socio economici, bassa scolarità, molti senza lavoro. La prevalenza di positivi all'HIV è superiore al 13%. La ritenzione in trattamento è elevata: la durata della presa in carico è mediamente superiore a quattro anni.

Si tratta di una popolazione sostanzialmente "protetta" dal rischio di mortalità acuta (overdose, incidenti) e con una probabilità di sopravvivenza in tendenziale aumento. Infatti gli ultimi studi di coorte italiani sugli I.V.D.U in carico ai SERT sono concordi nel rilevare una riduzione del rischio complessivo di decesso, una riduzione del tasso di mortalità per AIDS a partire dal 1996 e una riduzione del rischio di decesso per overdose a partire dal 1998.

La riduzione della mortalità per AIDS può essere messa in relazione sia con l'andamento decrescente della mortalità per AIDS nella popolazione generale (nella quale comunque una fetta rilevante dei malati è rappresentata da tossicodipendenti), sia con l'efficacia delle nuove terapie nell'allungare la sopravvivenza.

La riduzione del rischio di mortalità per overdose può essere associata in parte con

i mutamenti avvenuti nel mercato delle sostanze, in parte alla messa a regime delle politiche di riduzione del danno, in parte all'effetto protettivo della ritenzione in trattamento.

Per quanto riguarda il "sommerso", sappiamo che è in parte composto da soggetti che risultano di "passaggio" nel territorio metropolitano (residenti fuori provincia e stranieri), in parte da tossicodipendenti che non riconoscono i Sert come dei servizi utili cui rivolgersi per cure e terapie, in parte da giovani consumatori con problemi di tipo sanitario e che a volte incappano nella rete dei controlli.

Si tratta di una popolazione che comprende soggetti con gravi problemi di disagio sociale correlato alla tossicodipendenza e giovani consumatori con lavoro e scolarità medio alta. Vi troviamo gli utenti dell'unità di aiuto, una quota consistente degli interventi per overdose del 118 e dei ricoveri ospedalieri di urgenza. Il contatto col sistema dei servizi avviene tramite lo sportello sociale, il carcere ed il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura. L'unità mobile metadone è il percorso naturale per l'accesso ad un sistema di cure più strutturato.

Per quanto riguarda i consumatori, li possiamo distinguere in **consumatori occasionali** (consumano in modo occasionale o in circostanze particolari) e **consumatori alle prime esperienze** (utilizzano le sostanze per sperimentarle o per un periodo di tempo limitato).

Il nostro interesse per questi soggetti è collegato alla possibile futura dipendenza ed ai problemi che possono incontrare (incidenti stradali, overdose). Il contatto coi servizi avviene per circostanze casuali (controlli delle forze dell'ordine) o in seguito ad accadimenti traumatici (intervento del 118 per overdose, ricoveri ospedalieri d'urgenza).

Per quanto riguarda una possibile quantificazione del numero dei consumatori, l'Osservatorio Europeo sulle Dipendenze stima una prevalenza di uso di sostanze stupefacenti (sono comprese anche le "droghe leggere") nel corso dell'ultimo anno in Europa nella fascia di età compresa tra 15 e 64 anni del 7%.

Per quanto riguarda la provincia di Bologna, i dati a nostra disposizione indicano una crescita nell'uso della cocaina. Nella ricerca condotta nel corso del 2002

dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze patologiche tra i gestori dei locali pubblici ad alta frequentazione giovanile veniva notato uso di cocaina in un locale su dieci.

Inoltre a partire dalla seconda metà degli anni '90 le forze dell'ordine hanno segnalato in provincia mediamente 200 persone all'anno per uso di sostanze pesanti: il 66% per uso di eroina, il 22% per uso di cocaina.

### Fonte dei dati

Con riferimento al periodo 01/01/2002-31/12/2002, dagli archivi informatizzati relativi ai soggetti presi in carico dai SERT (Bologna città, Bologna nord e Bologna sud), ai deceduti per overdose nella città di Bologna (scheda ISTAT - Ufficio mortalità Azienda USL città di Bologna), seguiti dall'unità mobile per il metadone (SERT Borgo Reno), soccorsi per overdose nel territorio metropolitano dal servizio di emergenza 118, contattati dalla Unità di Aiuto del servizio lotta alla droga del comune di Bologna, che si sono rivolti allo Sportello sociale e opportunità del Comune e dell'A.USL città di Bologna, ai ristretti nel carcere di Bologna che hanno richiesto un intervento per tossicodipendenza all'èquipe del SERT Navile, segnalati dalle forze dell'ordine ai N.O.T. della Prefettura per uso di sostanze stupefacenti, dimessi dagli ospedali Maggiore e Bellaria con diagnosi di tossicodipendenza (ICDIX 304 e 965.0), sono stati selezionati i tossicodipendenti con dati anagrafici "plausibili" (cognome, nome, età, sesso) e sostanza di abuso eroina o cocaina o benzodiazepine.

Ogni soggetto può avere avuto contatti con più settori di intervento.

### Variabili utilizzate

Le informazioni relative ad ogni soggetto sono state riunite in unico record ed aggiornate tenendo conto del dato più attendibile e di quello rilevato in data più recente.

Sono state utilizzate le variabili relative ad età, sesso (0=maschi 1=femmine), nazionalità (0=italiani 1=stranieri), residenza (0= area metropolitana 1=fuori area metropolitana), situazione abitativa (0=normale 1=problematica), stato civile (0=convivente o coniugato 1=solo), titolo di studio (0=media superiore o laurea

1=elementari o media inferiore), lavoro (0=lavora 1=non lavora), sostanza di abuso, controllo Epatite C ed HIV negli ultimi 6 mesi, positività ad Epatite C ed HIV.

Per la nazionalità si è tenuto conto del paese di nascita: i figli di immigrati nati all'estero sono stati considerati italiani.

L'archivio dati è stato incrociato con quello del 2001: i soggetti presenti in entrambi i database sono stati considerati "vecchi utenti", quelli presenti solo nel 2002 "nuovi utenti".

Inoltre sono stati analizzati i dati relativi ai soggetti inclusi nel registro 2001 e che non erano presenti nell'archivio 2002 ("invisibili").

Per i soggetti presi in carico dai SERT sono stati rilevati i trattamenti terapeutici effettuati relativi a: Subutex, Sostegno socio educativo, Psicoterapia, Prestazioni socio economiche, Metadone, Inserimento lavorativo, Formazione professionale, Comunità terapeutica, Colloqui psicologici.

Ai soggetti seguiti dall'unità mobile metadone è stato attribuito (quando non registrato) almeno un trattamento con metadone; ai soggetti segnalati ai N.O.T. ed a quelli ristretti nel carcere è stato attribuito un intervento "coatto"; ai soggetti soccorsi dal 118 ed a quelli dimessi dall'ospedale è stato attribuito un intervento sanitario di "emergenza", ai soggetti contattati dall'unità di aiuto ed a quelli che si sono rivolti allo sportello sociale è stato attribuito un intervento di "accoglienza".

Ogni soggetto poteva avere più tipologie di intervento nel corso dell'anno.

### Qualità dei dati

La qualità dei dati disponibili varia a seconda del contesto e della durata del contatto con l'utente. I dati del 118 si riferiscono ai soggetti con cognome e nome

plausibili e riguardano solo età, nazionalità e sesso (solo il 32% dei soccorsi è risultato in possesso di questi dati minimi ed è stato quindi inserito nel database); l'unità mobile per il metadone non raccoglie dati sullo stato civile, il dato sulla situazione sanitaria è carente ed i dati anagrafici il più delle volte non corrispondono con quelli dei SERT; unità di aiuto e sportello sociale raccolgono il dato relativamente ai controlli sanitari in base alle informazioni riferite dagli utenti; nel carcere non si raccoglie il dato relativo alla residenza e nel 43% dei casi non è indicata la sostanza di abuso; per i deceduti per overdose abbiamo solo i dati raccolti dalla scheda ISTAT; per i soggetti dimessi dagli ospedali abbiamo a disposizione sesso, residenza e nazionalità; per i soggetti segnalati ai N.O.T. non è disponibile il dato relativo ai controlli sanitari.

Per ogni soggetto le informazioni carenti, quando possibile, sono state completate utilizzando tutti i dati disponibili; in caso di dati discordanti sono stati considerati validi quelli raccolti dai SERT. Per i soggetti per cui è intervenuto il servizio di emergenza 118, per quelli deceduti per

overdose, per i dimessi dagli ospedali, se non indicata da altre fonti, è stata considerata come sostanza di abuso l'eroina.

Completezza del dato: le informazioni relativamente a età, sesso e nazionalità si riferiscono al 100% dei soggetti; sostanza di abuso 94%, residenza 84.6%, situazione abitativa 80.3%, lavoro 79%, titolo di studio 79%, stato civile 69%, controllo epatite C 46.8%, esame epatite C effettuato dal SERT 42.4%, controllo HIV 57.4%, esame HIV effettuato dal SERT 52.9%.

Per valutare l'associazione tra alcune variabili socio demografiche ed il rischio di positività all'epatite C e all'HIV è stata effettuata un'analisi di regressione utilizzando il modello multivariato relativamente alla probabilità di riscontrare tale positività rispetto alle variabili socio economiche considerate (sesso, nazionalità, residenza, situazione abitativa, stato civile, lavoro, titolo di studio, età) e al settore di contatto.

Le analisi statistiche sono state effettuate con il programma SPSS 10.0.

Le analisi epidemiologiche sono state effettuate con il programma STATA 7.0.



## Sintesi

I soggetti inclusi nello studio sono complessivamente 2797, di cui il 73.9% è stato in trattamento presso un SERT, il 10.4% è stato in carcere, l'8.5% è stato soccorso per overdose, l'8.1% si è rivolto allo sportello sociale e delle opportunità, l'8.1% è stato seguito dall'Unità mobile per il metadone, il 3.4% è stato contattato dall'Unità di aiuto, lo 0,4% è deceduto per overdose, il 4.9% è stato dimesso dagli ospedali Maggiore o Bellaria, il 5.4% è stato segnalato dalle forze dell'ordine per uso di sostanze (Tabella n. 1).

L'età media è di 33.4 anni, i soggetti più anziani si ritrovano tra i deceduti per overdose (36.2), tra gli utenti SERT (34.4) e i dimessi dagli ospedali (34.4); i più giovani tra quelli contattati dall'unità di aiuto (29.5) e segnalati dalle forze dell'ordine (30.4); le femmine sono il 19.9%.

Il 63.7% era stato contattato da una di queste strutture anche nel corso del 2001, il 36.3% ha avuto il primo contatto nel corso del 2002 (nuovi ingressi)

Gli stranieri sono 287 (10.3%). La quota più consistente la ritroviamo nel carcere (32.7%) e tra gli utenti dell'unità mobile il metadone (24.9%).

Il 17.9% proviene da fuori area metropolitana (500 soggetti), il 44% da fuori Bologna (1230 soggetti), il 15% da fuori regione (418 soggetti).

Il 12.9% è convivente o coniugato (362 soggetti), il 17.4% ha almeno un diploma di scuola media superiore (488 soggetti), il 21.4% ha una situazione abitativa "problematica" (599 soggetti), il 38.5% non lavora (1077 soggetti).

Per quanto riguarda la sostanza di abuso l'89.6% utilizza eroina, il 37.9% cocaina, il 12% benzodiazepine, il 40.4% utilizza più sostanze.

## Confronto con il 2001

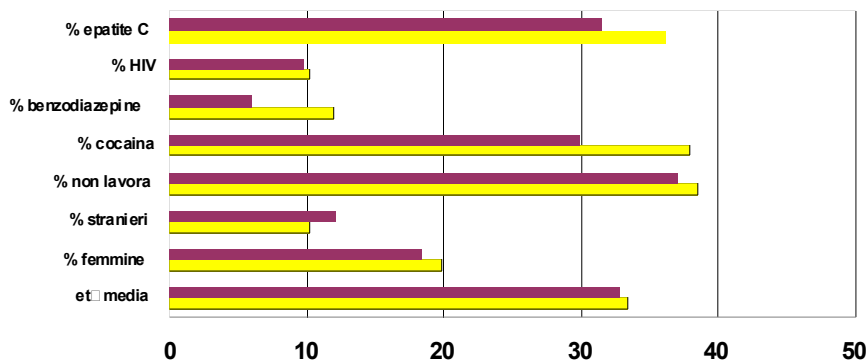
Rispetto al 2001 l'età media è in aumento, come la percentuale delle femmine (+1.5%), dei residenti fuori Bologna (+2.2%), dei soggetti senza lavoro (+1.5%) e con una scolarità medio bassa (+1.6%).

La percentuale di stranieri è in diminuzione (-1.8%), quella dei residenti fuori area metropolitana è stabile.

Aumenta la percentuale dei soggetti positivi all'HIV (+0.5%) ed all'epatite C (+4.5%).

Per quanto riguarda le sostanze di abuso, è

Grafico n. 1 Registro metropolitano tossicodipendenti: confronti anno 2002 e anno 2001



in leggera diminuzione la percentuale di eroinomani (-1.9%) e in aumento quella di assuntori di cocaina (+8%), di benzodiazepine (+6%) e dei poliassuntori (+11.6%).

## Gli “invisibili”: i soggetti visti nel 2001 che si sono “persi” nel 2002

Tra i 2927 soggetti inseriti nel registro dei tossicodipendenti nel 2001 il 39.2% (1147) non è entrato in contatto con uno dei punti del sistema dei servizi nel corso del 2002.

Si tratta nella quasi totalità di soggetti sconosciuti ai SERT nel 2001: nello specifico dell'80% dei soggetti soccorsi dal 118, del 70% dei contatti dell'unità di aiuto, del 69% dei ristretti in carcere, del 68% di quelli che si sono rivolti allo sportello sociale, del 36% degli utenti dell'unità mobile, del 18% dei soggetti in carico ai SERT.

In particolare rappresentano l'83% degli stranieri, il 64% dei senza fissa dimora, il 34% dei residenti fuori Bologna ed il 55% dei residenti fuori area metropolitana.

Riguardo alla situazione sanitaria rappresentano il 58% dei soggetti senza un controllo per l'epatite C, il 44% di quelli senza un controllo HIV, il 12% dei positivi all'epatite C ed il 13% dei positivi all'HIV.

## Confronto vecchi/nuovi 2002 e persi 2001

La Tabella n. 2 descrive le caratteristiche dei soggetti contattati distinti in contattati sia nel 2001 che nel 2002 (vecchi), contattati solo nel 2002 (nuovi), e contattati solo nel 2001 (persi 2001).

I “nuovi” sono il 36.3% (1014 soggetti), sono mediamente più giovani, uno su 5 è straniero e uno su quattro è residente fuori area metropolitana.

Il confronto tra le caratteristiche dei tre gruppi evidenzia le analogie tra i nuovi del 2002 e i persi del 2001: alta scolarità, bassa percentuale di senza lavoro, discreta presenza di stranieri e residenti fuori area metropolitana.

Rispetto alle sostanze di abuso si nota una più bassa percentuale di consumatori di eroina, mentre per la cocaina non vi è differenza tra le tre tipologie.

Anche rispetto al settore di contatto si nota un andamento simile tra i nuovi del 2002 ed i persi del 2001 con una grossa fetta di soggetti contattati dal 118 (intorno al 20% sul totale), rivoltisi allo sportello sociale (17% sul totale) e ristretti nel carcere. Analogo andamento si nota per gli utenti SERT (attorno al 30% sul totale) e seguiti dall'unità mobile (7.5% sul totale).

## Percorsi

Un soggetto può essersi rivolto o essere

Grafico n. 2 Registro metropolitano tossicodipendenti: vecchi/nuovi utenti/invisibili - raffronti percentuali

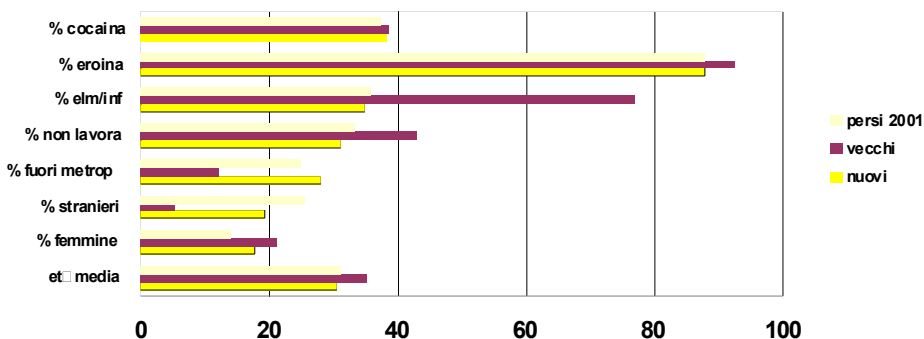
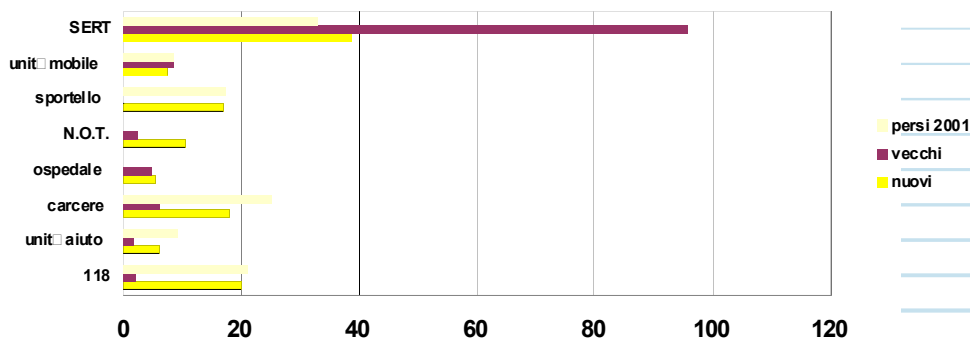


Grafico n. 3 Registro metropolitano tossicodipendenti: vecchi/nuovi utenti/invisibili - settore di contatto - raffronti percentuali



entrato in contatto in più servizi, da notare che il 25% del totale (700 soggetti) non si è rivolto ad un SERT.

Il 15.4% dei soccorsi dal 118 è stato anche seguito da un SERT, il 5.8% è stato anche ricoverato in ospedale e il 5% è stato seguito dall'unità mobile per il metadone; il 45.4% dei soggetti contattati dall'unità di aiuto è stato preso in carico da un SERT, il 42% si è rivolto allo sportello sociale, l'11% è stato in carcere ed il 25% è stato seguito dall'unità mobile metadone; il 38% dei soggetti ristretti in carcere che hanno richiesto un intervento per tossicodipendenza era in carico ad un SERT, l'8.8% era seguito dall'unità mobile, il 7.5% si era rivolto allo sportello sociale; il 61% dei dimessi dagli ospedali con diagnosi di tossicodipendenza era in carico ad un SERT, il 7% si era rivolto allo sportello sociale, il 6% era stato in carcere; dei 10 deceduti per overdose 5 erano stati in carico ad un SERT, 2 erano seguiti dall'unità mobile, 1 era stato soccorso dal 118; il 5% dei segnalati ai N.O.T. si è rivolto allo sportello sociale ed il 33% è stato in carico ad un SERT.

### Situazione sanitaria

Per quanto riguarda i controlli sanitari, il 46.8% ha dichiarato di aver effettuato un controllo per l'Epatite C ed il 57.4% per l'HIV nel corso dell'anno.

Rispetto all'epatite C, il 42.4% ha effettuato il test e siamo certi che complessivamente il 36.1% risulta positivo ed il 6.3% negativo.

Rispetto all'HIV, il 52.9% ha effettuato il test e siamo certi che complessivamente il 10.3% risulta positivo ed il 42.7% negativo.

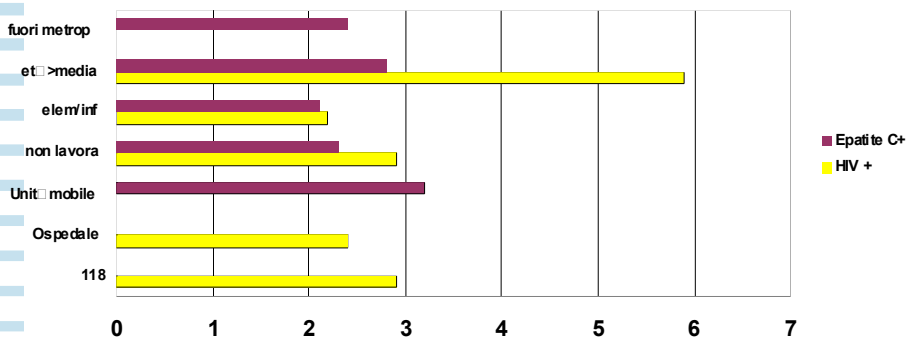
Nel grafico n. 4 si riportano i risultati del modello multivariato relativamente alla probabilità di riscontrare positività all'epatite C ed all'HIV rispetto alle variabili socio economiche e al settore di intervento. I soggetti contattati anche nello scorso anno hanno un rischio significativamente più elevato sia per l'epatite C che per l'HIV, il modello è stato quindi aggiustato per tale variabile.

Rispetto alle variabili socio economiche il rischio di positività all'HIV è risultato in modo statisticamente significativo più basso per i maschi rispetto alle femmine, più alto per i soggetti senza lavoro, con scolarità medio bassa, con età superiore alla media.

Rispetto al settore di intervento il rischio di HIV è risultato in modo statisticamente significativo più elevato per i soggetti soccorsi dal 118 e dimessi dagli ospedali con diagnosi di tossicodipendenza.

Rispetto alle variabili socio economiche il rischio di positività all'epatite C è risultato in modo statisticamente significativo

Gráfico n. 4 Registro metropolitano tossicodipendenti: rischi HIV e epatite C - O.R.



più elevato per i soggetti residenti fuori area metropolitana, senza lavoro, con titolo di studio medio basso, con età superiore alla media.

Rispetto al settore di intervento il rischio di positività all'epatite C è risultato in modo statisticamente significativo più elevato per i soggetti seguiti dall'unità mobile metadone.

Per valutare l'associazione tra il settore di intervento la probabilità di avere un controllo relativo all'epatite C ed all'HIV è stata effettuata un'analisi di regressione utilizzando il modello multivariato.

Tenuto conto che un soggetto può essersi rivolto a più settori, la probabilità più bassa di avere un controllo per HIV è per i soggetti seguiti dall'unità mobile (O.R. 0.4) e ristretti in carcere (O.R. 0.6). Gli utenti seguiti dall'unità mobile hanno anche la probabilità più bassa di avere un controllo per l'epatite C (O.R. 0.7).

## La prevalenza di overdose e la mortalità acuta

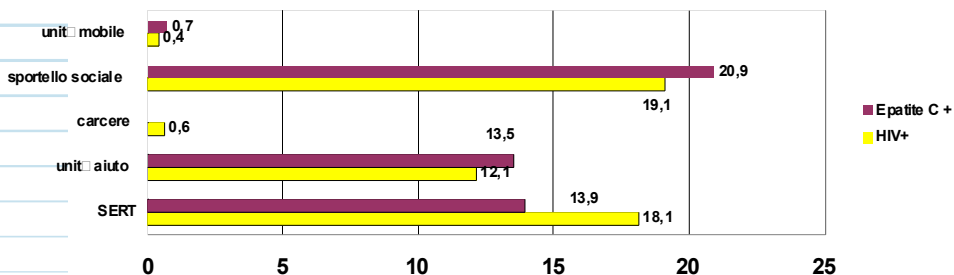
Nell'area metropolitana il rischio di decesso per overdose è cresciuto notevolmente sino al 1998 per poi diminuire nel corso del biennio 1999/2000.

Il numero assoluto di decessi per overdose nella città di Bologna è in drastica diminuzione, si passa dai 43 del 1998 ai 10 del 2002.

A partire dal 1998 gli interventi del servizio emergenza 118 per overdose nella provincia di Bologna sono progressivamente calati.

Se consideriamo gli interventi del 118 per overdose come una stima del numero di overdose tra i tossicodipendenti e rapportiamo questo dato alla stima del numero oscuro di IVDU circolanti nell'area metropolitana abbiamo una diminuzione del tasso di overdose per mille tossicodi-

Gráfico n. 5 Registro metropolitano tossicodipendenti: probabilità monitoraggio HIV e epatite C per settore di contatto



pendenti da 172.7 nel 2001 a 116.7 nel 2002.

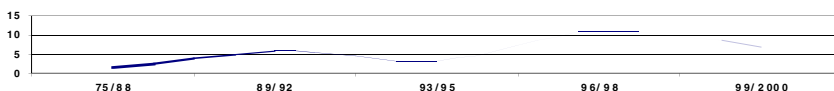
Inoltre abbiamo una riduzione del tasso di decessi per overdose tra gli IVDU da 3.4 per mille nel corso del 2001 a 1.9 per mille nel corso del 2002.

La quota di overdose letali rispetto al numero di overdose diminuisce da 19.5 per mille overdose nel 2001 a 15.9 per mille overdose nel 2002.

(comuni). Complessivamente 2098 soggetti si sono rivolti al SERT, 1148 ad altri settori, 448 sono i “comuni”.

Col metodo cattura/ricattura ( $A*B/comuni$ ) abbiamo una stima del numero oscuro dei tossicodipendenti da sostanze “pesanti” nel territorio metropolitano di 5.375 soggetti ( $2098*1148/448$ ), ed oscilla da 5.031 a 5.720, con un rapporto conosciuti/sconosciuti (quanti altri ce ne

Grafico n.6 Tassi di mortalità x 1000 P.Y. nella coorte metropolitana di IVDU - fu. 31/12/2000 -  
fonte: studio coorte O.E.M.D.P.

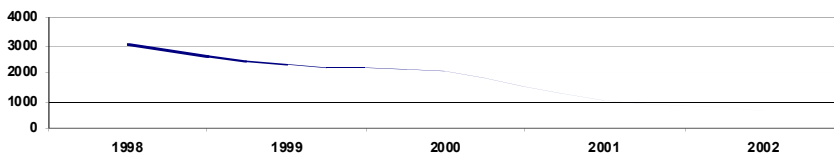


Nel 2002, rispetto all'anno precedente, diminuisce il rischio di decesso per overdose, diminuisce il numero assoluto di overdose letali, diminuisce il numero di interventi del 118 per tossicodipendenza, diminuisce la percentuale di overdose letali, diminuisce la percentuale di decessi specifici tra i tossicodipendenti.

sono rispetto a quelli contattati da queste fonti) di 2.6. Cioè il numero complessivo di soggetti è poco più del doppio di quelli contattati.

Da notare che la percentuale dei soggetti che si sono rivolti ad altri settori sul totale passa dal 33.4% nel 2001 al 41% nel 2002, e che la percentuale dei soggetti

Grafico n.7 Interventi del servizio emergenza 118 per overdose nella provincia di Bologna



## Stima del numero oscuro e composizione del sommerso

I soggetti che sono stati in carcere, i deceduti per overdose, seguiti dall'unità mobile per il metadone, contattati dall'unità di aiuto, che si sono rivolti allo sportello sociale, i dimessi dall'ospedale, i segnalati ai N.O.T., sono stati raggruppati in una unica variabile (oltre al SERT), abbiamo così definito due fonti: SERT (i soggetti che sono stati al SERT) e oltre al SERT (i soggetti che sono stati contattati in altri posti). Si individuano tre tipologie: chi si è rivolto al SERT (A), chi è stato contattato anche da altri settori (B), e chi si è rivolto sia al SERT che ad altri settori

“comuni” passa dal 12.3% nel 2001 al 16% nel 2002.

La stima per il 2002 è in leggero calo rispetto al 2001 ed il rapporto conosciuti/sconosciuti vede un incremento degli sconosciuti ai SERT di 2 soggetti ogni 100.

Il “sommerso” è composto prevalentemente da soggetti di età inferiore alla media, maschi, stranieri, residenti fuori area metropolitana, senza controlli sanitari relativamente all'epatite C ed all'HIV. Si stima che i residenti fuori area metropolitana con problemi di tossicodipendenza siano complessivamente 865 e gli stranieri 461.

Indicatore	Fonte	2001	2002
TD inseriti nel registro	registro	2927	2797
numero oscuro IVDU	stima	5635	5375
stima overdose	interventi 118+decesi overdose	973	627
overdose letali	decessi x overdose	19	10
stima overdose x 1000 IVDU	interventi 118/ stima x 1000	172.7	116.7
stima overdose letali x 1000 IVDU	decessi overdose/stima x 1000	3.4	1.9
stima overdose letali x 1000 overdose	decessi overdose x 1000 interventi 118	19.5	15.9

## Tipologie

Dall'analisi si evidenziano alcune tipologie di soggetti: gli sconosciuti ai SERT (il 25%, in diminuzione rispetto al 2001), gli stranieri (il 10.3%, in diminuzione rispetto al 2001), i residenti fuori area metropolitana (il 17.6%, stabile rispetto al 2001), i soggetti positivi all'HIV (9.8%, stabile rispetto al 2001), gli assuntori di cocaina (36.1%, in aumento rispetto al 2001).

## Utenti che non si sono rivolti ai SERT

I soggetti che non sono stati in contatto con un SERT sono il 25% sul totale (700), sono mediamente più giovani (età media 30.4 anni), vi è una maggiore presenza di maschi (86%), e di stranieri (23%). Il 31% proviene da fuori area metropolitana, il 20% non lavora, il 16% ha un titolo di studio medio basso, solo il 14% ha avuto un controllo per epatite C e HIV.

Uno su tre è stato in carcere o è stato soccorso per overdose, il 17% si è rivolto allo sportello sociale, il 15% è stato segnalato dalle forze di Polizia per uso di stupef-

centi, l'8% è stato contattato dall'unità di aiuto. Nessuno è stato in comunità terapeutica.

*Si tratta di una fetta di tossicodipendenti con caratteristiche completamente diverse da quelle degli utenti SERT: giovani, stranieri e provenienti da fuori regione, con un mix di elementi di disagio e marginalità da una parte e di "normalità" dall'altra, con una situazione sanitaria non monitorata.*

*Da una parte vi sono consumatori occasionali o alle prime esperienze, dall'altra soggetti disagiati che vivono in condizioni marginali.*

## Stranieri

Gli stranieri sono il 10% (287 soggetti), prevalentemente maschi (88%), con un'età media di 30 anni; il numero stimato è di 461. Per la stragrande maggioranza non si tratta degli stessi soggetti contattati nel corso del 2001.

Il 38% ha una scolarità medio bassa, almeno il 16% lavora, il 27% usa cocaina, il 66% usa eroina. Il 25% ha effettuato un controllo per l'epatite C ed il 29% per l'HIV.

### Numero oscuro

	2001	2002
Totale	2927	2797
SERT	2072	2097
Altri settori	979	1147
Comuni (SERT e altri settori)	360	447
% Comuni sul totale	12.3	16.0
% Altri sul totale	33.4	41.0
Stima	5635	5375
Rapporto conosciuti/sconosciuti	2.4	2.6

Il 44% è stato in trattamento presso un SERT, uno su tre è stato in carcere, uno su cinque è stato seguito dall'unità mobile, il 15% si è rivolto allo sportello sociale, il 12% è stato soccorso dal 118.

## Residenti fuori area metropolitana

I residenti fuori area metropolitana sono il 18% sul totale, sono mediamente giovani (età media 30.6 anni), vi è una bassa quota di stranieri (9%), la metà non lavora ed ha una scolarità medio bassa, uno su tre ha una situazione abitativa problematica.

Il 40% ha avuto un controllo relativo ad epatite C ed HIV, un soggetto su due usa cocaina.

Uno su due è stato in carico ad un SERT, il 26% si è rivolto allo sportello sociale, uno su cinque è stato seguito dall'unità mobile, il 13% è stato segnalato ai N.O.T., l'11% è stato contattato dall'unità di aiuto.

(36% sul totale): hanno un'età media di 33 anni, la percentuale di stranieri è dell'8%, il 24% risiede fuori area metropolitana, la metà non lavora, il 70% ha una scolarità medio bassa, uno su tre ha una situazione abitativa problematica.

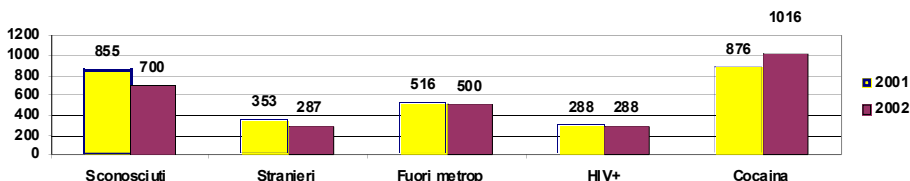
L'80% utilizza anche altre sostanze.

Il 15% si è rivolto allo sportello sociale, l'11% è stato seguito dall'unità mobile, il 9% è stato segnalato ai N.O.T., il 7% è stato contattato dall'unità di aiuto, l'84% è stato in carico a un SERT, il 5% è stato in carcere.

## Trattamenti

Nel corso dell'anno due terzi dei soggetti contattati (71%) ha ricevuto almeno un trattamento terapeutico strutturato presso un SERT: la metà il metadone, uno su tre sostegno socio educativo, uno su cinque colloqui psicologici, l'11% è stato il comunità terapeutica, il 6% psicoterapia, il 3% prestazioni socio economiche e inse-

Grafico n. 8 Tipologie di soggetti - confronto 2001/2002



## HIV positivi

Sono il 10% sul totale, tutti in carico ai SERT, mediamente più anziani (età media 38,5), solo il 7% risiede fuori area metropolitana, il 60% risiede a Bologna, 6 su dieci non lavorano, l'87% ha una scolarità medio bassa, il 23% ha una situazione abitativa problematica, il 4% sono stranieri.

Il 10% è seguito dall'unità mobile, il 7% è stato in carcere, il 5% si è rivolto allo sportello sociale, il 4% è stato soccorso dal 118.

## Abuso cocaina

1010 soggetti utilizzano anche cocaina

rimenti lavorativi, il 5% subutex, lo 0.5% formazione professionale (tabella n. 3).

Rispetto al 2001 aumenta la percentuale di soggetti non trattati dai SERT, di soggetti con interventi di sostegno socio educativo, psicoterapia, colloqui psicologici e inserimento in comunità terapeutica; diminuisce la percentuale rispetto a metadone, prestazioni socio economiche e formazione professionale. Stabili gli inserimenti lavorativi.

Nel 2002 sono stati monitorati anche i trattamenti con Subutex (4.5%).

Hanno ricevuto un trattamento con metadone tutti gli utenti dell'unità mobile, il 63% degli utenti SERT, il 50% dei dimessi dall'ospedale, il 45% dei soggetti

che si sono rivolti allo sportello sociale, il 42% di quelli contattati dall'unità di aiuto, il 10% dei soccorsi dal 118 per overdose.

Hanno svolto un programma in comunità terapeutica il 14% degli utenti SERT, il 19% dei dimessi dagli ospedali, il 9% dei ristretti in carcere, il 6% dei contatti dell'unità di aiuto, il 3% dei soccorsi dal 118. Ha ricevuto un trattamento di psicoterapia il 7.7% degli utenti SERT, il 4% dei dimessi dagli ospedali, l'1.7% dei ristretti in carcere.

## Clusters

Per approfondire l'analisi e verificare la possibilità di individuare in modo chiaro tipologie specifiche di soggetti che accedono ai diversi livelli di assistenza si è utilizzata la cluster analysis considerando i trattamenti effettuati (subutex, sostegno socio educativo, psicoterapia, prestazioni socio economiche, metadone, inserimento lavorativo, formazione professionale, comunità terapeutica, colloqui psicologici, intervento coatto, intervento di emergenza, intervento di accoglienza).

Col metodo K means sono stati estratti tre gruppi molto diversi tra loro, ma con caratteristiche omogenee, che abbiamo definito:

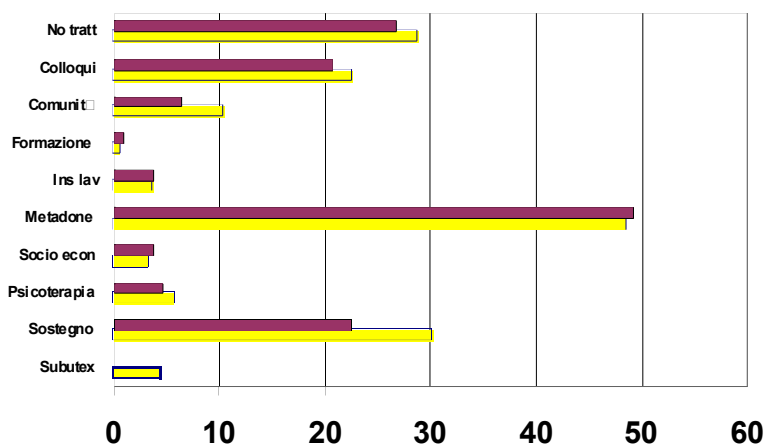
1) "Metadonici" – vengono trattati prevalentemente con metadone, sono 865 soggetti (31% sul totale), età media di 34 anni, 1 su 5 con scolarità medio alta, eroinomani, la metà con abuso concomitante di cocaina;

2) "Emergenza" – hanno la più alta percentuale di interventi coatti, di emergenza e di accoglienza, nessuno ha ricevuto un trattamento con metadone, sono 1084 soggetti (39% sul totale), età media 31 anni, prevalentemente maschi, non contattati nel corso del 2001, buona presenza di stranieri, bassa percentuale di disoccupati e di poliassuntori;

3) "Recupero/reinserimento" – 848 soggetti (30% sul totale), hanno le più alte percentuali di trattamenti di sostegno socio-educativo, prestazioni socioeconomiche, inserimento lavorativo, formazione professionale e inserimento in comunità terapeutica, età media 35 anni, vecchi utenti, senza lavoro, situazione abitativa problematica, residenti in area metropolitana, problemi sanitari rilevanti.

*I "metadonici" li ritroviamo nei SERT e tra gli utenti dell'unità mobile; l'area emergenza tra i soccorsi dal 118, tra i ristretti in carcere, tra i segnalati ai N.O.T., tra quelli che si rivolgono allo sportello sociale; il gruppo "recupero/reinserimento" comprende tutti utenti SERT.*

Gráfico n. 9 Tipologie di trattamenti - confronto 2001/2002 - raffronti percentuali





La qualità dei dati utilizzati presenta alcuni limiti dovuti alla difficoltà oggettiva di reperire informazioni per i soggetti di alcuni servizi al momento del contatto (emergenza 118, unità di aiuto), alla incompletezza di alcune fonti (Carcere) ed al mancato aggiornamento delle informazioni relative ad una parte degli utenti dei SERT; inoltre non si esclude che alcuni soggetti non siano stati “registrati”. Per contro l’eterogeneità delle fonti e l’utilizzo in rete delle informazioni per ricostruire caratteristiche, problematiche e percorsi dei singoli soggetti, sono il punto di forza di questo studio che imposta l’impianto analitico sul fenomeno tossicodipendenza nell’area metropolitana di Bologna nella sua complessità a partire dai diversi punti di contatto con la rete dei servizi.

Rispetto al 2001 emerge una sostanziale stabilità sia rispetto al numero dei soggetti contattati, sia rispetto alla stima del sommerso. Si nota un aumento dell’età media, un aumento della percentuale dei soggetti con bassa scolarità e senza lavoro, una riduzione della percentuale di stranieri, un aumento dell’uso di cocaina e benzodiazepine.

Il quadro sanitario evidenzia che almeno un soggetto su 10 è sieropositivo, che rispetto al 2001 la percentuale di positivi all’epatite C è in aumento e che decessi e interventi per overdose sono in diminuzione.

Si registra un elevato ricambio, soprattutto tra i non residenti e gli stranieri: il 40% dei giovani visti lo scorso anno non ha avuto contatti nel corso del 2002, il 36% dei contatti del 2002 è “nuovo”.

Si osserva un aumento della quota di consumatori di cocaina che è trasversale a tutti i settori di intervento e non si nota una differenza tra vecchi e nuovi utenti relativamente alla prevalenza di uso di questa sostanza.

Tale dato riflette una probabile maggiore disponibilità nel mercato, la modificazione in atto nei consumi dei tossicodipendenti orientati all’uso di più sostanze, l’uso della cocaina nei soggetti trattati con metadone.

La prevalenza di soggetti con sieropositività accertata rimane elevata, ciò grazie anche al calo della mortalità specifica e all’aumento della durata della sopravvivenza per i soggetti HIV positivi. Bisogna però considerare che abbiamo informazioni ricavate da test diagnostici solo nel 50% dei soggetti inseriti nel registro, per cui non siamo in grado di valutare la dimensione complessiva del contagio. Il profilo a rischio caratterizzato da età elevata, bassa scolarità, disoccupazione, lunga storia di tossicodipendenza, evidenzia la problematicità delle condizioni socioeconomiche dei soggetti malati e la necessità di interventi di sostegno.

Per quanto riguarda le overdose, il calo osservato può essere attribuito all’aumento della quota di soggetti che sono potuti entrare in contatto con i servizi in seguito all’abbassamento della soglia di accesso (unità mobile), alla messa a regime delle politiche di riduzione del danno nel territorio, a una maggior consapevolezza del rischio da parte dei tossicodipendenti, a una probabile presenza sul mercato di sostanze meno pure.

L’overdose è una causa di morte i cui determinanti agiscono nel brevissimo periodo precedente l’evento, e tra gli I.V.D.U. è una esperienza frequente: i fattori maggiormente associati sono l’età di inizio della tossicodipendenza, la gravità della dipendenza, l’uso concomitante di altre sostanze, l’uso di alcol. Numerosi studi hanno documentato l’associazione tra overdose e povertà, un’alta suscettibilità dopo periodi di astinenza (forzati e non), il maggior rischio nelle prime due settimane dopo l’uscita dal carcere ed entro un anno dopo l’abbandono di un trattamento con metadone presso un servizio pubblico.

Inoltre hanno un alto rischio i consumatori occasionali ed alle prime esperienze (dosaggio sbagliato, composizione delle sostanze, circostanze particolari), soggetti che rappresentano una quota rilevante degli interventi per overdose del servizio emergenza 118, anche se non siamo in

grado di quantificarne la consistenza. Rispetto agli “invisibili” (i persi del 2001), una volta esclusi i soggetti dimessi dai SERT e dall’unità mobile per fine trattamento ed i soggetti usciti dal carcere e residenti altrove, rimane un gruppo rilevante di giovani che hanno avuto seri problemi legati all’uso di sostanze pesanti che non si sono poi rivolti ai servizi. Il 90% non ha avuto un contatto con i SERT e uno su quattro è stato soccorso dal servizio emergenza 118 per overdose. A questo proposito è rilevante il dato che l’80% dei soggetti soccorsi nello scorso anno dal 118 non sono entrati in contatto con alcun servizio nel corso del 2002.

In particolare il gruppo degli invisibili rappresenta 8 stranieri su 10, più della metà dei senza fissa dimora e dei residenti fuori area metropolitana, la metà dei soggetti senza controlli sanitari.

Dal confronto con i nuovi contatti del 2002 emerge che i due gruppi hanno caratteristiche anagrafiche e socio economiche simili (più giovani rispetto alla media, scolarità medio alta, discreta presenza di stranieri e di residenti fuori area metropolitana, molti con un lavoro) e gli stessi settori di contatto (carcere, 118, unità di aiuto). Si tratta di soggetti con problemi più o meno gravi con la giustizia, problemi sanitari acuti dovuti all’uso di sostanze, alcuni con una situazione socio economica disagiata, altri senza problemi particolari.

Sono quindi individuabili due tipologie di soggetti: quelli che presentano una situazione di disagio sociale e marginalità da una parte, consumatori occasionali o alle prime esperienze dall’altra. Entrambe vengono a costituire il sommerso nel mondo delle tossicodipendenze.

La stima del numero di soggetti con problemi legati all’uso di sostanze pesanti è stabile attorno alle 5 mila unità. Rispetto al 2001, da una parte aumentano gli sconosciuti ai SERT, dall’altra si evidenzia l’effetto “rete”, l’aumento cioè della quota di soggetti che hanno rapporti sia con altri settori che col SERT. Escludendo pertanto stranieri e non residenti in provincia, per una buona parte si può dedurre che il mancato contatto coi servizi pubblici sia volontario. Per quanto riguarda l’accesso al sistema di

cure, rispetto al 2001 è aumentata la percentuale dei soggetti che non hanno beneficiato di interventi strutturati presso i SERT.

Sappiamo che man mano che ci si sposta dal livello di contatto meno strutturato a quello più strutturato aumenta la capacità protettiva per il singolo e di integrazione nel sistema e che la ritenzione in trattamento è un forte predittore per la riduzione di mortalità acuta, crimini e comportamenti dannosi.

Da una analisi dei trattamenti effettuati emergono tre distinte tipologie di soggetti cui corrispondono diversi profili di servizi offerti:

“quelli dell’area emergenza”, nessun trattamento strutturato, i più giovani, nuovi, contattati dal 118, carcere e segnalati dalle forze di Polizia, molti lavorano, discreta presenza di stranieri;

“metadonici”, trattamento esclusivamente con metadone, un po’ meno giovani, alta scolarità, abuso concomitante di cocaina, seguiti da unità mobile e SERT;

“quelli dell’area recupero/reinserimento”, trattamento con metadone integrato da programmi riabilitativi, inserimento in comunità terapeutica, più anziani, senza lavoro, bassa scolarità, situazione abitativa problematica, rilevanti problemi sanitari, tutti utenti SERT.

L’accesso ad un sistema di cure più strutturato sembra essere collegato più all’età matura, a precedenti esperienze tossicomaniche, alla durata della dipendenza ed al conseguente aggravamento delle condizioni socio economiche e sanitarie che non ad una progettazione sulle esigenze del singolo individuo.

L’aumento dei soggetti senza lavoro e con un titolo di studio medio basso conferma il circolo vizioso di tossicodipendenza e marginalità sociale, ed evidenzia l’inadeguatezza delle risorse investite su questo problema specifico, soprattutto rispetto agli inserimenti lavorativi e alla formazione professionale.

È lecito porsi la domanda se e come stia cambiando il mondo delle dipendenze. Sicuramente stanno cambiando le caratteristiche socio economiche dei consumatori, il rapporto con le sostanze, le modalità di uso, il rapporto coi servizi.

Dalle analisi effettuate emergono due distinte popolazioni:

1 – Soggetti con problemi di dipendenza che si rivolgono ai servizi.

Tra di essi possiamo distinguere, a seconda se risiedono o meno nel territorio metropolitano, gli “stanziali” ed i “migranti”.

Gli stanziali sono tossicodipendenti di lunga data, cronici, eroinomani, con condizioni socio economiche difficili e uno stato di salute precario, risiedono in area metropolitana.

Per quanto riguarda i migranti, si tratta di stranieri e non residenti, molti con problemi di marginalità sociale dovuta anche e non solo alla tossicodipendenza. Il contatto con i servizi è da ricondurre a situazioni e bisogni contingenti (richieste di assistenza per necessità primarie, disintossicazioni, carcere). Possiamo supporre che il rapporto con i servizi abbia fatto emergere parte di un problema collegato più a fenomeni transitori (concentrazione del mercato delle sostanze, flussi migratori, “effetto Bologna”) che non a problemi strutturali della nostra provincia. Anche se non si può negare l'evidenza che questa fetta di popolazione fa ormai stabilmente parte del target dei servizi a bassa soglia (unità di aiuto, sportello sociale, asili notturni, pronto soccorso sociale).

Nel giro di un anno si evidenzia un ricambio pressoché completo: tra gli stranieri l'83% dei soggetti contattati nel 2001 si è poi “perso”, il 68% dei contatti del 2002 è “nuovo”. Stesso discorso vale anche per i non residenti in area metropolitana: il 55% dei contatti del 2001 non ha più avuto rapporti con il sistema dei servizi nel corso del 2002, il 57% dei contatti del 2002 è “nuovo”.

Rispetto a questa popolazione, composta prevalentemente da eroinomani cronici, si è andata strutturando nel corso degli anni una modalità di intervento da parte dei Sert (istituendo l'unità mobile metadone) che ha cercato di superare le difficoltà di accesso ai servizi dovute alla mancanza di residenza o alla non regolarità della situazione di soggiorno da parte degli stranieri.

2 – Soggetti che, pur avendo avuto problemi gravi, non entrano in contatto con

un sistema di cure più strutturato. Si tratta di una popolazione ben definita di cui bisogna analizzare a fondo le caratteristiche al fine di comprendere i motivi del mancato accesso al sistema, in particolare se ciò è dovuto a volontarietà, a carenze oggettive del sistema o alla particolarità dei percorsi di uso delle sostanze. Tra questi possiamo distinguere i “consumatori” e “l'area disagio sociale”.

Per quanto riguarda i consumatori, va premesso che solo una parte di questi incontrerà in futuro problemi di dipendenza e che non conosciamo la prevalenza di overdose o altri problemi sanitari rilevanti (incidenti stradali, suicidi, problemi psichiatrici). Sappiamo invece che si tratta di giovani relativamente benestanti, con scolarità medio alta e con un lavoro, assuntori più o meno saltuari di diverse sostanze, che fanno un largo uso di cocaina.

Non considerano il SERT un punto di riferimento in quanto o pensano di sapersi gestire il rapporto con le sostanze, o non sono disposti ad intraprendere terapie impegnative per smettere, o non si considerano “dipendenti”. Per questi giovani l'immagine del servizio pubblico per le tossicodipendenze è focalizzata sugli eroinomani cronici, con i quali non si vogliono identificare.

L'offerta di servizi pubblici e privati sulle dipendenze sembra al momento inadeguata per questo specifico target.

Per quanto riguarda l'area “disagio sociale” il mancato contatto col SERT è da ricondurre alla mancanza dei requisiti minimi per l'accesso (la residenza o il permesso di soggiorno), a condizioni di marginalità, all'emergere di problematiche concomitanti (povertà, clandestinità, alcolismo, problemi psichiatrici, problemi con la giustizia) che rendono difficile un rapporto continuativo coi servizi.

Si tratta di una tipologia di tossicodipendenti in aumento, tipica delle grandi città, gravitante attorno alle zone limitrofe del centro e della stazione ferroviaria, che entra in contatto con i servizi a bassa soglia che svolgono un intervento di prima necessità e primo intervento come la Caritas, l'unità di aiuto e lo sportello sociale del comune di Bologna.

TABELLA N. 1: Registro tossicodipendenti metropolitano - sintesi

	118	%	Unità di aiuto	%	Carcere	%	Dimessi Ospedale	%	Decessi overd.	%	N.O.T.	%	Sport. sociale e opportunità	%	Unità mobile metadone	%	SERT	%	Tot. 2002	%	Tot. 2001	%
<b>Numero</b>	241	8,5	97	3,4	294	10,4	140	4,9	10	0,4	152	5,4	230	8,1	229	8,1	2097	73,9	2797		2927	
<b>Età media</b>	31,4		29,5		31,9		34,4		36,2		30,4		30,4		32,8		34,4		33,4		32,9	
<b>Femmine</b>	48	19,9	21	21,6	23	7,8	44	31,4	0	0,0	15	28,9	29	12,6	46	20,1	455	21,7	556	19,9	538	18,4
<b>Stranieri</b>	34	14,1	8	8,2	96	32,7	8	5,7	0	0,0	8	5,3	44	19,1	57	24,9	126	6,0	287	10,3	353	12,1
<b>Fuori Bologna</b>	22	9,1	63	64,9	67	22,8	37	26,4	2	20,0	106	24,3	143	62,2	121	52,8	978	46,6	1230	44,0	1222	41,7
<b>Fuori Area Metr.</b>	13	5,4	57	58,8	44	15,0	18	12,9	2	20,0	67	11,8	131	57,0	101	44,1	285	13,6	500	17,9	516	17,6
<b>Elem./media inf.</b>	35	14,5	46	47,4	105	35,7	74	52,9	5	50,0	42	48,7	182	79,1	189	82,5	1612	76,9	1723	61,6	1757	60,0
<b>Non lavora</b>	35	14,5	83	85,6	91	31,0	66	47,1	4	40,0	25	43,4	203	88,3	136	59,4	938	44,7	1077	38,5	1084	37,0
<b>Eroina</b>	241	100,0	94	96,9	113	90,4	140	100,0	10	100,0	91	92,1	228	99,1	229	100,0	1922	91,7	2389	89,6	2679	91,5
<b>Cocaina</b>	21	8,7	67	69,1	49	39,2	32	22,9	0	0,0	95	21,1	155	67,4	113	49,3	847	40,4	1010	37,9	876	29,9
<b>Benzodiazepine</b>	1	0,4	2	2,1	2	1,6	6	4,3	0	0,0	1	3,9	6	2,6	8	3,5	320	15,3	320	12,0	175	6,0
<b>Politossicodip.</b>	21	8,7	65	67,0	39	31,2	30	21,4	0	0,0	34	19,7	157	68,3	117	51,1	980	46,8	1078	40,4	867	29,6

**TABELLA N. 2: Registro tossicodipendenti metropolitano - confronto vecchi/nuovi contatti**

	Nuovo contatto 2002		Contatto 2001 e 2002		Contatto 2001 e no 2002	
		%		%		%
Numero	1014	36,3	1783	63,7	1148	39,2
Età media	30,5		35,1		31,1	
Femmine	179	17,7	377	21,1	162	14,1
Maschi	835	82,3	1406	78,9	986	85,9
Italiani	819	80,8	1691	94,8	856	74,6
Stranieri	195	19,2	92	5,2	292	25,4
Fuori Bologna	439	43,3	791	44,4	421	36,7
Fuori Area Metr.	283	27,9	217	12,2	284	24,7
Elem./media inf.	355	35,0	1368	76,7	409	35,6
Non lavora	314	31,0	763	42,8	383	33,4
Controllo epa C	255	25,1	1054	59,1	358	31,2
Controllo HIV	258	25,4	1348	75,6	245	21,3
HIV: positivi	24	2,4	264	14,8	36	3,1
EpaC: positivi	104	10,3	905	50,8	109	9,5
Eroina	756	87,7	1633	92,5	1006	87,6
Cocaina	330	38,3	680	38,5	427	37,2
Benzodiazepine	61	7,1	259	14,7	74	6,4
Politossicodip.	282	32,7	796	45,1	366	31,9
118	203	20,0	38	2,1	242	21,1
Unità aiuto	65	6,4	32	1,8	108	9,4
Carcere	183	18,0	111	6,2	288	25,1
Ospedale	57	5,6	83	4,7		
Overdose	5	0,5	5	0,3	19	1,7
N.O.T.	107	10,6	45	2,5		
Sportello	172	17,0	5	0,3	201	17,5
Unità mobile	76	7,5	153	8,6	98	8,5
SERT	393	38,8	1704	95,6	379	33,0

TABELLA N. 3: Registro tossicodipendenti metropolitano - trattamenti effettuati

	118	%	Unità di aiuto	%	Carcere	%	Dimessi Ospedale	%	Decessi overd.	%	N.O.T.	%	Sport. sociale e opportunità	%	Unità mobile metadone	%	SERT	%	Tot. 2002	%	Tot. 2001	%
Numero	241	8,6	97	3,5	294	10,5	140	5,0	10	0,4	152	5,4	230	8,2	229	8,2	2097	75,0	2797	100,0	2927	100,0
Subutex	1	0,4	0	0,0	2	0,7	1	0,7	0	0,0	2	1,3	1	0,4	0	0,0	126	6,0	126	4,5	n.r.	n.r.
Sostegno socio educativo	19	7,9	15	15,5	73	24,8	54	38,6	3	30,0	20	13,2	25	10,9	46	20,1	848	40,4	848	30,3	662	22,6
Psicoterapia	2	0,8	1	1,0	5	1,7	6	4,3	0	0,0	2	1,3	0	0,0	1	0,4	162	7,7	162	5,8	136	4,6
Prestazioni socio economiche	2	0,8	2	2,1	1	0,3	13	9,3	1	10,0	4	2,6	1	0,4	2	0,9	92	4,4	92	3,3	112	3,8
Metadone	25	10,4	41	42,3	70	23,8	67	47,9	3	30,0	39	25,7	105	45,7	228	99,6	1325	63,2	1359	48,6	1443	49,3
Inserimento lavorativo	1	0,4	2	2,1	3	1,0	7	5,0	1	10,0	2	1,3	5	2,2	10	4,4	107	5,1	107	3,8	115	3,9
Formazione professionale	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	16	0,8	16	0,6	27	0,9
Comunità terapeutica	8	3,3	6	6,2	25	8,5	26	18,6	1	10,0	5	3,3	10	4,3	17	7,4	294	14,0	294	10,5	186	6,4
Colloqui psicologici	11	4,6	10	10,3	47	16,0	22	15,7	1	10,0	14	9,2	14	6,1	20	8,7	638	30,4	638	22,8	608	20,8
Almeno 1 trattamento al SERT	36	14,9	45	46,4	112	38,1	83	59,3	5	50,0	46	30,3	112	48,7	228	99,6	1955	93,2	1989	71,1	2144	73,2
Nessun trattamento al SERT	205	85,1	52	53,6	182	61,9	57	40,7	5	50,0	106	69,7	118	51,3	1	0,4	142	6,8	808	28,9	783	26,8

# ANDAMENTO STORICO DELL'UTENZA E DISPONIBILITÀ OPERATORI

a cura di Michalina Ruo

## Fonte dei dati

Il sistema informativo dell'Osservatorio Epidemiologico nel corso degli ultimi anni ha raggiunto un certo livello di complessità e può contare attualmente sui dati di numerosi servizi. L'andamento storico dell'utenza fornisce un ampio quadro di come il fenomeno legato al consumo di sostanze si è evoluto nel tempo rispetto alle caratteristiche dei consumatori contattati dai vari servizi, rispetto al sequestro delle sostanze (attività di polizia), rispetto ad eventi traumatici e di emergenza (decessi, interventi del 118, carcerazioni), rispetto alle caratteristiche di un'utenza più destrutturata che si rivolge ai servizi a bassa soglia.

La qualità dei dati varia a seconda delle modalità di raccolta utilizzate da ciascuna struttura.

Nei Sert è in uso la cartella socio-sanitaria informatizzata (GIAS). I dati relativi all'area metropolitana fino al 2000 sono stati elaborati utilizzando le statistiche regionali. Dal 2001 disponendo anche degli archivi delle Aziende USL Bologna Nord e Sud si dispone di un file di dati con un identificativo per ogni utente. Anche l'Equipe carcere utilizza GIAS.

Altri servizi come le comunità terapeutiche, l'Unità Mobile Metadone, l'Unità di aiuto e lo Sportello Sociale dispongono di dati riferibili al singolo soggetto inseriti in data base opportunamente creati.

Il Servizio di emergenza 118 dispone di dati informatizzati e fornisce all'Osservatorio quelli dei soggetti che sono stati soccorsi con un intervento per tossicodipendenza. La qualità di questi dati non è molto elevata. Per l'analisi delle caratteristiche dei soggetti viene svolto un lavoro di controllo dei dati per singolo record: si utilizzano per le elaborazioni solo quelli relativi a soggetti con nome e

cognome plausibili, di età compresa tra 15 e 60 anni, che hanno "la strada" come luogo di intervento.

I dati relativi agli interventi della Polizia vengono forniti in maniera aggregata dal Ministero degli Interni.

Per i decessi per overdose sono stati considerati i soggetti deceduti nella città di Bologna con codifica ICD IX 304 e vengono utilizzati i dati della scheda ISTAT forniti su file nominativo dall'Ufficio Mortalità.

## Descrizione

In base alle caratteristiche del servizio e del relativo intervento sono state individuate tre tipologie di offerta: servizi di recupero e terapia; servizi che intervengono nell'area "disagio" i quali, proprio per la particolarità del target a cui si rivolgono, si caratterizzano per una maggiore accessibilità; servizi di "emergenza" che intervengono quando un utente incappa in problemi giudiziari (carcere, forze di polizia) o in problemi di emergenza rispetto alla salute (overdose, mortalità)

## Recupero e terapia

**Sert.** A partire dal 1997 Il numero degli utenti Sert segue un andamento crescente anche se non marcato (ad eccezione del 2001 che fa registrare una piccola flessione rispetto all'anno precedente). Dal 1999 ha oltrepassato la soglia dei 2200 arrivando a 2292 nel 2002. La prevalenza rispetto alla popolazione target (15-45 anni) segue un andamento altalenante in un range che va da 6,1 (per mille) a 7,0 del 2002 (il dato più alto che sia stato registrato dal '97).

L'età media degli utenti aumenta in maniera lineare. Dal '98 si è attestata sopra i 32 anni fino ad arrivare a 34 nel 2002. Questo dato acquista una certa

importanza e ci offre ulteriori elementi di riflessione se lo confrontiamo con l'andamento della percentuale dei nuovi utenti che segue invece un trend decrescente nel tempo (con eccezione del 1999). I due differenti andamenti, l'aumento nel tempo dell'età media dei soggetti e la diminuzione della percentuale dei nuovi ingressi, ci dicono che nei Sert c'è un'elevata ritenzione in trattamento e che l'ingresso dei nuovi è in qualche modo fisiologico.

Il rapporto maschi/femmine rimane sostanzialmente costante con piccole oscillazioni tra 3,6 e 4,0. Nel 2002 è di 3,8.

Per quanto riguarda la presenza di tossicodipendenti stranieri in area metropolitana il dato è rilevato a partire dal 2001. La percentuale cala dal 7,0% del 2001 al 5,7% del 2002. Le ipotesi possono essere due: o risolvono il problema della tossicodipendenza o, ipotesi più probabile, vanno via dal territorio metropolitano.

La percentuale di eroinomani diminuisce nel tempo passando dal 92% nel 1997 all'83% nel 2002. Questo andamento è indice di un aumento dell'abuso di altre sostanze presenti sul mercato.

La percentuale di soggetti che hanno effettuato il test HIV diminuisce nel corso degli anni e nel 2001 e 2002 è intorno al 30%, cioè solo tre soggetti su dieci hanno effettuato il test. La percentuale dei sieropositivi (calcolata sul totale dei soggetti che hanno effettuato il test) si è stabilizzata negli ultimi due anni intorno al 43%. È comunque quest'ultimo un dato poco significativo vista la bassissima percentuale degli utenti che effettuano i controlli.

**Comunità terapeutiche.** Il numero degli utenti segue una tendenziale anche se lieve flessione. Si passa da 406 soggetti nel 2000 a 379 nel 2002. L'età media aumenta lievemente nel tempo e dal 2001 è intorno ai 32 anni (mantenendosi sempre più bassa rispetto a quella dei Sert). Se si considera il fatto che l'utenza delle comunità per la gran parte è inviata dai Sert questo andamento vuol dire due cose: che vengono inviati soggetti più anziani ma

che, rispetto ai Sert, c'è un maggiore turnover infatti è alta la percentuale di nuovi ingressi (intorno al 50%).

Il rapporto maschi/femmine è più o meno stabile con qualche oscillazione. Nel 2002 è di 3,8. I controlli sanitari per l'HIV sono abbastanza consistenti considerando il fatto che, per entrare in comunità, il test viene fatto obbligatoriamente; la percentuale da alcuni anni si aggira intorno all'80% con piccole oscillazioni. I soggetti HIV positivi seguono un andamento altalenante e nel 2002 sono il 10,4%.

**Provvidone.** I dati del Provvidone sono disponibili dal 2000. C'è un calo degli utenti da 62 del 2000 a 45 del 2002. Aumenta invece con tendenza lineare l'età media.

## Area Disagio

**Unità mobile metadone.** I dati sono disponibili dal 1999. Gli utenti dopo un aumento nel 2000 (309) sono in tendenziale diminuzione. Nel 2002 sono 234. L'unità Mobile per certi versi è definibile come un servizio a bassa soglia di accesso per cui vi accedono anche soggetti che, per le loro caratteristiche socio-anagrafiche, non possono contare su una presa in carico da parte di un Sert. Questo spiega la rilevante presenza di stranieri, di senza fissa dimora e di non residenti in città. Gli stranieri dal 2000 si attestano sopra il 21% (sono il 24,4% nel 2002). L'andamento dei senza fissa dimora non è lineare e raggiunge quota 21,4% nel 2002. L'età media è lievemente più bassa rispetto agli utenti Sert perché solitamente i tossicodipendenti stranieri e quelli che vengono da fuori area metropolitana sono più giovani.

**Unità di aiuto.** L'utenza dell'unità di aiuto diminuisce nel corso del tempo. Questo calo può essere dovuto a due ragioni: a) una mancata registrazione di un numero consistente di soggetti perché per le modalità in cui il servizio viene erogato, direttamente sulla strada, non sempre può essere agevole compilare le schede di raccolta dati; b) il flusso dell'utenza



può essere soggetto a variazioni per una serie di ragioni oggettive, ad esempio a seconda delle postazioni che vengono individuate nei vari punti della città (che non sono sempre le stesse).

È un'utenza caratterizzata da una giovane età che si attesta intorno ai 29 anni, da una presenza di stranieri che quest'anno è fortemente diminuita rispetto agli anni passati (4,1%) e un'alta percentuale di soggetti senza fissa dimora che negli ultimi due anni supera il 40%. La percentuale di eroinomani dal 2000 è sopra il 90%.

**Sportello Sociale.** I dati sullo sportello sociale sono disponibili dal 2001. Il numero di soggetti dal 2001 al 2002 è un po' diminuito passando da 310 a 238. L'età media è più o meno stabile e si passa da 30,4 anni del 2001 a 30,2 del 2002. Anche il rapporto maschi/femmine è rimasto più o meno stabile. Si è quasi dimezzato invece il numero dei soggetti stranieri passando dal 30% del 2001 al 17% del 2002. È in diminuzione anche la percentuale delle persone che hanno dichiarato di abitare sulla strada.

## Emergenza

**Interventi 118 e morti per overdose.** La sostenuta diminuzione dei decessi per overdose è un dato rilevante. Si passa dai 40 decessi del 1997 ai 10 del 2002. Aumenta l'età media dei deceduti. Questo andamento in discesa degli eventi "traumatici" trova anche un'altra conferma: la diminuzione in area metropolitana degli interventi per overdose del servizio di emergenza 118. Dal 1998 (3044 interventi) c'è una diminuzione sostenuta fino ad arrivare ai 617 del 2002. La percentuale di stranieri oscilla tra l'11 e il 13%.

**Carcere.** I dati sono disponibili dal 1999. Fino al 2001 c'è stato un aumento dei soggetti che hanno richiesto un intervento per tossicodipendenza (si passa da 330 nel 1999 a 426 nel 2001). Il calo del 2002 (314) è da imputare alla mancata registrazione da parte degli operatori di un rilevante numero di utenti.

L'età media aumenta lievemente da 30 anni del 1999 fino ai 32 del 2002. Un dato importante è l'aumento lineare e deciso della percentuale di stranieri che è più alta rispetto a quella registrata in altri servizi. Per questi soggetti il contatto con il mondo dei servizi fuori dal carcere è reso difficoltoso dall'irregolarità delle loro situazioni di soggiorno, per cui è più facile che avvenga quando si verificano delle situazioni di "emergenza" legate a problemi con la giustizia o ad eventi di tipo traumatico.

**Interventi Polizia.** Le operazioni di polizia e il numero di denunce sono in diminuzione anche se la tendenza non è proprio lineare. Aumenta invece la percentuale di arresti che può essere un indicatore di operazioni mirate. L'età media è bassa e si aggira tra 27 e 28 anni. È interessante il dato che riguarda gli stranieri denunciati che dal 1999 sono in diminuzione: la percentuale passa da 66,6 a 54,5 del 2002.

**Conclusione.** Nei Sert troviamo un'utenza che si cronicizza nel corso del tempo. Elemento che si può dedurre sia con la bassa percentuale di nuovi ingressi che con l'aumento dell'età media. Questi servizi riescono ad avere un'alta ritenzione in trattamento mentre negli altri c'è un maggiore turn over.

Un dato importante è sicuramente la diminuzione degli eventi "traumatici" sia per quanto riguarda i decessi che gli interventi di emergenza per overdose. È sicuramente un dato non casuale e che, ad un'analisi più approfondita, risulta collegato al potenziamento dei servizi a bassa soglia di accesso e degli interventi di riduzione del danno. Queste ultime tipologie hanno un'utenza più giovane e una maggiore percentuale di stranieri. Per quanto riguarda gli stranieri con problemi di tossicodipendenza è evidente che hanno cominciato ad essere presenti in tutti i settori di intervento ma in carcere e tra i denunciati alle forze di polizia troviamo le percentuali più alte, essi cioè è più facile che "incappino" nei servizi quando hanno problemi con la giustizia.



Area emergenza:

118 (provincia di Bo)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	overdose	1997	1998	1999	2000	2001	2002
numero interventi*	3044	3044	2294	1992	954	617	Numero decessi	40	43	38	21	18	10
Età media	30,2	30,2	31,8	31,7	30,5	32,8	Età media	31,1	32,9	33,1	33,3	33,4	36,2
numero TD identificati**	1129	1129	957	873	330	254	rapporto M/F	39	42	18	21	5,0	0
rapporto M/F	2,5	2,5	2,2	2,0	3,9	4,3	% stranieri	7,5	4,7	5,3	9,5	5,6	0
% stranieri	9,6	9,6	10,9	9,6	10,9	13,4							
carcere	1997	1998	1999	2000	2001	2002	polizia	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Numero utenti			330	419	426	314	n. operazioni	751	743	652	524	669	579
Età media			30,3	31,0	31,2	32,1	n. denunce	1069	922	876	733	906	823
rapporto M/F			13,3	21,0	12,7	12,6	% arresti	66,7	70,5	76,8	74,4	81,5	81,4
% stranieri			34,2	36,5	40,8	67,5	Età media denunciati	27	27,3	27,6	28,9	27,6	27,5
							rapporto M/F	17,4	24,4	17,5	14,4	19,133	13,1
							% stranieri denunciati	60,2	63,9	66,6	62,6	61,3	54,5
							Kg eroina sequestrata	2,7	2,7	4,7	50,5	24,4	4,2
							Kg cocaina sequestrata	4,6	23,9	56,3	32,8	30,8	35,8

(\*) Dal 1997 al 2000 i dati sono elaborati con l'utilizzo delle statistiche regionali

## Disponibilità Operatori

I servizi presi in considerazione sono molto diversi tra di loro per quanto riguarda il tipo di intervento, l'orario di apertura, il numero di ore di apertura, la soglia di accesso, le modalità di impiego del personale. È evidente che se parliamo di disponibilità degli operatori fare una comparazione tra di essi risulta di una certa forzatura in quanto le esigenze di impiego del personale rispondono a strategie e criteri diversi.

Ciò premesso, nel tentativo di monitorare la disponibilità degli operatori nei vari servizi, sono stati utilizzati i seguenti indicatori disponibili per il 2001 e 2002.

**Ore operatori disponibili nell'anno.** È il totale delle ore svolte dagli operatori nell'anno. Questi dati non sono disponibili per il 118 e la polizia.

**Numero stimato operatori.** Per rendere comparabile il dato che si riferisce alla disponibilità di operatori nei servizi, a causa del diverso impegno orario, è stata calcolata una stima del numero degli operatori dividendo il totale delle ore lavorate nell'anno per 52 settimane e per una media di 36 ore settimanali. È evidente che questo indicatore è direttamente correlato all'ammontare annuo delle ore operatori.

**Rapporto utenti per operatore.** È il numero di soggetti seguito mediamente da un operatore. È stato calcolato come rapporto tra il numero di utenti e operatori stimati (numero utenti/operatori stimati).

## Analisi dei dati

**Sert.** Aumenta il numero totale annuo delle ore operatori come effetto soprattutto di un incremento di ore destinate ad attività specifiche. Aumenta anche il numero di operatori stimato (di una

unità) e resta quasi stabile il rapporto utenti/operatori (all'incirca 18 utenti per ogni operatore).

**Comunità.** Aumenta il numero totale annuo ore operatori e anche quello degli operatori stimato che passa da 80 a 82. Diminuisce lievemente il rapporto utenti operatori come effetto di una lieve diminuzione dell'utenza (passa da 5 a 4,6).

**Providence.** C'è una diminuzione dell'ammontare totale delle ore e degli operatori stimati. Di conseguenza aumenta lievemente il rapporto utenti/operatori.

**Unità Mobile.** A fronte di una lieve diminuzione degli utenti aumenta un po' il totale ore degli operatori e il numero operatori stimato. È evidente che ciascun operatore avrà contatti con un minor numero di soggetti: si passa da 46 a 35.

**Servizi Comune.** Mentre l'unità di aiuto presenta un lieve aumento del numero operatori stimato e una diminuzione del rapporto utenti/operatori, lo Sportello Sociale presenta una drastica diminuzione del numero operatori stimato passando da 4 a 1,3. Di conseguenza aumenta sensibilmente il rapporto utenti/operatori stimati. Da tenere presente comunque che per questi due servizi sono stati considerati il numero degli utenti e non i contatti. Configurandosi l'unità di aiuto come un servizio in cui, per le caratteristiche in sé, è più difficile rilevare i dati di ciascun soggetto agganciato può darsi che il dato sul numero degli utenti sia sottostimato.

**Carcere.** L'equipe che si occupa dei soggetti detenuti che richiedono un servizio per tossicodipendenza ha dimezzato rispetto al 2001 il numero degli operatori stimato passando da 6 a 3,3. Di conseguenza è aumentato sensibilmente il numero degli utenti cui devono far fronte (da 71 a 93).

## TABELLA

### Carico lavorativo nei servizi

	Servizi di recupero e di terapia		Area di disagio				Area di emergenza
	Sert	Comunità	Provvidone	Unità mobile	Unità d'aiuro e opportunità	Sporrello sociale	
numero TD	2002 2001	379 396	45 47	234 277	171 292	471 589	314 426
ore operatori anno	2002 2001	236623 234897	15334 16768	12312 10502	10272 9828	2451 8112	6257 11396
dati di attività	2002 2001	91951 86397					
ore attività specifiche per operatori Sert	2002 2001	126,4 125,5	8,2 9,0	6,6 6,0	5,5 5,0	1,3 4,0	3,3 6,0
n. operatori stimato*	2002 2001	18,1 17,7	4,6 5,0	35,6 46,2	31,2 58,4	359,7 147,3	93,9 71,0
rapporto utenti/operatori stimato							

\* calcolato in base alle ore operatori disponibili presupponendo che ogni operatore faccia in media 36 ore settimanali [(ore operatori/36)/52 settimane]

a cura di **Michelina Ruo**

## Alcune premesse sul problema alcol

L'alcol e l'alcolismo si presentano con tratti fortemente ambigui che rendono ogni discorso particolarmente difficile e complesso a cominciare dal tentativo di stabilire se l'alcol sia o meno una droga. È universalmente accettata la definizione che è una sostanza psicoattiva o psicotropa in quanto il suo consumo determina una modificazione dell'attività mentale dell'uomo.

Tra gli elementi di complessità va considerato che l'alcol è fra le sostanze psicoattive quella più diffusa e meglio integrata nel contesto culturale e sociale e che il suo consumo è pienamente legale tranne che per pochissime eccezioni in determinate circostanze. Contrariamente alle droghe illegali raramente è vissuto come sostanza marginalizzante a meno che non sia consumato in "eccesso". Il senso comune vuole che tale sostanza non venga considerata una droga ma un alimento di cui è bene non abusare e il cui abuso è tutt'al più una "cattiva abitudine".

Un altro elemento di complessità è la difficoltà di definire una dose giornaliera accettabile a causa della forte variabilità della risposta biologica individuale. È stato dimostrato da diverse ricerche che i problemi di salute, sanitari e sociali legati all'alcol non sono associati solo all'eccessivo consumo ma insorgono anche a fronte di livelli di assunzione moderati. Il rapporto G.E.S.I.A. (Gruppo di Epidemiologia Società Italiana di Alcolologia), relativo agli anni '84-'92, mostra che solo il 26-28% dei decessi attribuibili all'alcol è dovuto a consumi elevati, mentre una consistente proporzione sembra causata da consumi continuativi più bassi.

È comunque ragionevole adottare un

modello dei rischi rispetto a diversi livelli di consumo distinguendo tra uso, abuso in determinati momenti e particolari circostanze, dipendenza cronica. A questo proposito è importante considerare che l'uso/abuso di alcol oltre ad avere conseguenze dirette sulla salute causando l'insorgenza di determinate patologie a differenti livelli di gravità, ne ha altre indirette:

- causa una spesa sociale considerevole in termini di perdita di produttività e costi per la salute portando all'utilizzo di una quota significativa di servizi sanitari (all'alcol sarebbero attribuibili circa il 15% delle cause di ricovero ospedaliero)

- è legato a più di un terzo degli incidenti stradali (frequenti soprattutto tra i giovani) per i quali si stima una diretta responsabilità dell'alcol tra il 33 ed il 50% (fonte ISTAT 1977) e delle morti per incidenti stradali.

- costituisce inoltre un fattore importante negli incidenti domestici e del tempo libero nonché negli infortuni sul luogo di lavoro (correlazione compresa tra il 10 e il 30%).

- è una delle cause più rilevanti nelle crisi familiari, nella violenza domestica

- è spesso associato all'uso di altre sostanze e agisce in modo sinergico con altri fattori di rischio nell'aumentare la morbilità e la mortalità. In particolare l'uso ricreazionale di sostanze di sintesi tra i giovani si accompagna frequentemente all'abuso di alcolici.

## La situazione italiana

Dalla lettura trasversale dei dati dell'ultimo rapporto dell'Osservatorio sui giovani e l'alcol (indagine Doxa 1997-2000) si individuano due tendenze principali. Da una parte non arretra in modo netto la componente dei bevitori eccedentari (..) ne si riduce in termini percentuali la nic-

chia di soggetti che abusano di alcol. Tra questi resta alta la percentuale di giovani di età compresa tra 15-24 anni che dichiarano o manifestano tendenze ad eccedere nel consumo di alcolici.

Dall'altra parte sembra confermarsi la tendenza del corpo prevalente della società italiana all'autoregolazione dei comportamenti di consumo, con un allargamento della fascia di consumatori di bevande alcoliche (rappresentano oggi oltre l'80% della popolazione italiana di oltre 15 anni) dovuto quasi esclusivamente all'ingresso di nuovi consumatori occasionali o moderati, che addirittura compensa in misura più che proporzionale la contrazione della percentuale di bevitori regolari.

La tendenza che va emergendo è il diffondersi complessivo e trasversale delle abitudini, anche sporadiche, ad un consumo moderato di alcolici. Negli ultimi dieci anni è aumentato il numero dei soggetti che si sono accostati all'alcol (i consumatori occasionali sono aumentati complessivamente dal 77 all'80%), ma il consumo pro-capite è passato da 9,1 litri del '91 a 7,5 litri del 2000 con una riduzione di circa il 17%. C'è una diminuzione progressiva dei consumi nella popolazione adulta mentre sono in lieve aumento i consumi giovanili. Il complessivo aumento dei consumatori ha riguardato soprattutto i giovani adulti di 25-34 anni e coloro con più di 54 anni.

Quando si approfondiscono le tendenze rispetto alle varie tipologie di bevande il fenomeno appare differenziarsi in modo apprezzabile secondo le diverse categorie di consumatori. Fra i 15-24 anni si registra un calo di consumatori di vino pari al 6% rispetto al 1997; fra i 25-34 si registra il maggior incremento di consumatori specialmente di birra (il 7% in più) e di aperitivi (+6%); fra i 45-54enni si registra un calo di consumi di superalcolici

Questo generalizzato diffondersi del consumo legato all'alcol lascia intravedere un differenziato scenario fatto di stili di consumo spesso tra loro molto diversi: quelli

di tipo tradizionale legati ad abitudini consolidate e appannaggio del pubblico adulto e nuovi consumi legati alle nuove tendenze di socialità e di fruizione.

Sembrano essere soprattutto il vino e la birra i testimoni di due diversi e complementari modi del bere, l'uno, il consumo di vino, che persiste con stabilità dai 35 anni in poi, l'altro, il consumo di birra, che caratterizza soprattutto la popolazione giovanile.

## Lo scenario metropolitano

Dalla lettura dei dati dell'archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano sulle Dipendenze Patologiche possiamo individuare due aspetti principali che caratterizzano il fenomeno alcol metropolitano: innanzitutto un aumento dell'emersione del problema in tutte e tre le Aziende USL come effetto dell'aumento dell'utenza Sert negli anni (aumento sia della prevalenza che dell'incidenza).

Si è notato inoltre, analizzando i dati degli utenti Sert, un differente modo in cui il problema si manifesta nelle aree territoriali (città e campagna/collina), come conseguenza di una diversa componente culturale e sociale del bere. Si sono riscontrate differenze relativamente alle dimensioni del fenomeno e alle caratteristiche dei soggetti. In campagna/collina una maggiore presenza del problema caratterizzato da alcolisti cronici che consumano soprattutto vino, con età media più elevata, con un'istruzione medio bassa e per la maggior parte coniugati. In città si registra un minor numero di alcolisti presso i Sert con caratteristiche socio-anagrafiche differenti: maggiore presenza di donne, più giovani e quindi più istruiti, maggiore presenza di celibi, ma probabilmente maggiori problemi alcol correlati legati all'abuso ed un fenomeno di alcolismo cronico riconducibile ad una condizione di emarginazione. A completare il quadro metropolitano altre informazioni importanti ci provengono dai risultati della ricerca realizzata

dall'Osservatorio "sul mondo della notte". Questo studio ha cercato di monitorare e conoscere i consumi dei giovani riguardo ad alcol e sostanze stupefacenti a partire dalle interviste effettuate ai gestori delle varie tipologie di locali a frequentazione giovanile di Bologna e provincia. È stato notato un abuso di alcolici in almeno il 73.7% dei locali; un maggior consumo durante il fine settimana in 61 locali su 114. L'andamento della probabilità di osservare un abuso di alcol segue un aumento lineare e progressivo man mano che si va dall'ora degli aperitivi verso tarda notte. Sembra evidente che il maggior abuso, soprattutto di cocktail e superalcolici, è legato al fine settimana e alla situazione del ballo.

Dalla ricerca viene fuori un altro elemento interessante che viene a caratterizzare i consumi di alcol dei giovani. Osservando i tipi di bevanda quella di cui i gestori notano un maggior abuso è la birra (44%); seguono cocktails (34%) e superalcolici (31.6% e soprattutto nei locali in cui si può ballare). Il vino è la sostanza di cui si osserva invece il minor abuso (13.2%). L'alcol si configura come la sostanza psicoattiva utilizzata con maggiore frequenza e diffusione a scopo ricreativo, risulta correlato a momenti di socialità e divertimento ed è concentrato nei luoghi dove si balla e nel fine settimana.

I risultati di questo lavoro confermano in qualche modo una tendenza che sta prendendo piede anche a livello nazionale e cioè una trasformazione degli stili giovanili del bere e l'affermazione di una "cultura anglosassone" in cui il bere non costituisce un elemento importante dell'interazione sociale (come nelle "culture bagnate" mediterranee) e il primato è dato all'uso inebriante dell'alcol. Nella misura in cui tra i giovani domina l'uso dell'alcol come mezzo per "sballare" poca o nessuna differenza sarà riscontrabile tra atteggiamenti nei confronti del bere e

atteggiamenti nei confronti dell'ubriachezza.

Un altro elemento importante che viene fuori da questo lavoro è che ancora una volta si confermano delle differenze territoriali: in particolare l'andamento della probabilità di riscontrare abuso di alcol è più elevata man mano che ci si sposta nei locali fuori Bologna e raggiunge i massimi valori nei locali delle zone di collina/montagna. È interessante notare invece che l'andamento che riguarda l'uso di sostanze stupefacenti segue un andamento inverso.

## Materiali e metodi

L'obiettivo di questo lavoro è quello di costruire un archivio unico dei soggetti con problemi alcol correlati che nel 2002 sono venuti in contatto con i servizi metropolitani.

Per costruire il file di dati sono stati esaminati gli archivi informatizzati relativi ai soggetti presi in carico dai Sert (cartella clinica GIAS), ai soggetti contattati da alcuni servizi a bassa soglia di accesso (Sportello Sociale e Asili Notturni).

Dall'archivio dei Sert sono stati selezionati i soggetti presi in carico come alcolisti (alcolisti sert), i tossicodipendenti che hanno alcol come ulteriore sostanza di abuso (tossicodipendenti con concomitante abuso di alcol). Dai data base dei servizi a bassa soglia di accesso sono stati selezionati i soggetti definiti come alcolisti ma anche soggetti indicati con altre tipologie di disagio (es. disagio sociale) che hanno alcol come sostanza di abuso (alcolisti asili).

Un soggetto può essere stato in contatto con più servizi e pertanto essere presente in più archivi. Viene però contato una sola volta perché le informazioni relative ad ognuno sono state riunite in un unico record ed aggiornate tenendo conto del dato più attendibile e di quello più recente. In caso di dati discordanti sono stati considerati validi quelli raccolti dai Sert.



Sono state utilizzate le variabili relative ad età, sesso, nazionalità, residenza, stato civile (solo per gli utenti Sert), titolo di studio, lavoro.

Per quanto riguarda la completezza del dato età, sesso, nazionalità e titolo di studio si riferiscono al 100% dei soggetti; residenza al 98%; lavoro al 99%, stato civile al 97%.

Per descrivere l'andamento storico dell'utenza alcolista dei Sert dell'area metropolitana dal 1998 ad oggi sono state utilizzate per ciascun anno le schede corrispondenti ai modelli ministeriali ALC 03 che riportano informazioni aggregate sul numero dei soggetti.

## Descrizione dei risultati

**Utenza Ser.T.** Ci è sembrato ragionevole per un confronto dei dati raggruppare i soggetti in carico ai Sert metropolitani in quattro aree territoriali in base al comune di residenza: Bologna città, area sub-urbana/cintura (comuni di S. Lazzaro, Casalecchio di Reno, Calderara di Reno, Castelmaggiore, Zola Predosa, Anzola Emilia), zone rurali (comuni della pianura e collina). Pensiamo che si possano rilevare delle differenze tra zone urbane e zone rurali per quanto riguarda la prevalenza e gli stili di consumo, come espressione di una differente valenza socio-culturale dell'alcol, per quanto riguarda le caratteristiche degli utenti, la capacità di attrazione dei servizi e quindi l'offerta

**Prevalenza.** Nella tab. 1 si può osservare la prevalenza di soggetti alcolisti: man mano che ci si sposta dalla città verso le zone rurali aumenta in maniera crescente e diventa più che doppia (passa da 0,6 a 1,4).

In queste aree territoriali può darsi che la componente culturale e sociale del bere risulti preponderante e l'alcol potrebbe rappresentare un importante mezzo attraverso il quale si esprime la socialità.

**Caratteristiche dei soggetti.** Le differenze tra le tre aree si riflettono anche nelle diverse caratteristiche dei soggetti. Queste differenze possono essere riconducibili per quanto riguarda le zone rurali a un modello più legato alla tradizione (età più elevata, più coniugati, meno donne, prevalenza di soggetti con scolarità più bassa) e per quanto riguarda la città a un modello più legato alla modernizzazione (maggiore presenza di giovani, più alta percentuale di soggetti con titolo di studio medio-alto, più alta percentuale di celibi e di donne).

**Età media.** In città i soggetti sono mediamente più giovani. I più vecchi risultano quelli dell'area cintura. Da notare la fascia di persone residenti fuori area metropolitana che risulta avere l'età media più bassa rispetto agli altri gruppi.

**Sesso.** La percentuale di femmine che hanno problemi alcol correlati è più alta in città (28%). Nelle altre due aree all'incirca si equivale (23%).

**Titolo di studio.** Abbiamo aggregato il titolo di studio in due categorie: elementare/media inferiore e media superiore/laurea. Si può notare che i titoli di studio più bassi presentano un andamento lineare crescente man mano che ci spostiamo dalla città verso la campagna/collina. Per contro, come ci si poteva aspettare, la categoria media superiore/laurea segue invece un andamento decrescente e la differenza di percentuale è molto più marcata.

**Stato civile.** Anche per lo stato civile si

Tab. 1 Alcolisti per aree territoriali e prevalenza

	Bologna	Area cintura	Campag.coll	Fuori metropol.	n.i.	Area metropol
n. soggetti alcolisti	143	86	308	36	4	577
n. nuovi utenti	22	28	83	12	3	148
popolaz. a rischio 15-65	247859	81463	220118			549440
prevalenza*1000	0,6	1,1	1,4			1,1
età media	46,2	49,7	48,2	40,6	46,3	47,5

Tab. 2 Aree territoriali e caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza

	città		Area suburb.		Campagna/coll.		fuori area metropol.		n.i.	Totale area metrop	
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
	143	100	86	100	308	100	36	100	4	577	100
femmine	40	28,0	20	23,3	71	23,1	8	22,2		139	24,1
stranieri	11	7,7	3	3,5	13	4,2	7	19,4		34	5,9
<b>titolo di studio</b>											
Elem./media inf.	94	67,7	62	72,1	226	73,4	22	61,0	2	406	70,4
media sup./univ	39	27,3	19	22,1	48	15,5	9	25,0	2	154	26,7
<b>stato civile</b>											
celibe/nubile	61	42,7	21	24,4	113	36,7	22	61,0	2	219	38,0
coniugati	42	29,4	36	41,9	134	43,5	6	16,7	1	219	38,0
<b>lavoro</b>											
disoccupato	47	32,9	3	3,5	49	15,9	17	47,2	2	118	20,5
occupato	62	43,4	57	66,3	176	57,1	8	22,2	1	304	52,7
non professionale	33	23,1	24	27,9	82	26,6	10	27,8	1	143	24,8
<b>Nuovi utenti</b>	221	5,4	28	32,6	83	26,9	12	36,4	3	148	25,6

notano delle rilevanti differenze tra le tre aree territoriali. In campagna/collina prevalgono i coniugati, in città i celibi/nubili. Questo non deve farci dimenticare che spesso i problemi di disagio che l'alcol comporta non sono solo individuali ma coinvolgono anche le famiglie.

**Occupazione.** La percentuale di occupati è nettamente più alta nell'area della cintura (66,3%) e a seguire nell'area campagna/collina (57,1%). In città invece troviamo la percentuale più alta di disoccupati (32,9%). Questo è un dato importante perché può farci pensare ad una diversa condizione di vita tra soggetti che pur presentano condizioni simili di disagio (e che come vedremo più avanti sarà confermata anche dall'analisi dei cluster). In campagna un problema alcolisti che consumano soprattutto vino e comunque inseriti in un tessuto sociale e familiare di integrazione. In città una minore presenza del fenomeno-alcolismo ma maggiori problemi alcol correlati legati all'abuso e un fenomeno di alcolismo cronico riconducibile ad una condizione di emarginazione e solitudine.

**Nuovi utenti.** Per quanto riguarda i nuovi utenti troviamo una più alta percentuale nell'area cintura (più che doppia rispetto a Bo) e campagna/collina (26,9 contro 15,4). Si possono ipotizzare due spiegazioni. Una è che i servizi territoriali limitrofi hanno una maggiore capacità di attrazione dell'utenza in quanto maggiormente radicati nel territorio, "più vicini" al cittadino e quindi più visibili, è l'offerta che crea la domanda. La seconda è che probabilmente l'importanza, il peso e la vicinanza del contesto familiare (perché di famiglie si tratta visto l'alta percentuale di coniugati) e sono di aiuto nel riconoscere la presenza di un problema con l'alcol e di sostegno e spinta motivazionale per l'accesso a un servizio.

**Stranieri.** Gli stranieri sono complessivamente il 6% e li troviamo maggiormente concentrati in città e nel gruppo residente fuori area metropolitana.

**Residenti fuori area metropolitana.** Interessante notare, anche se non molto numeroso, il gruppo dei residenti fuori area metropolitana che si distingue per una serie di aspetti riconducibili ad una

maggior condizione di emarginazione e di appartenenza ad una fascia sociale più svantaggiata. Si tratta per la maggior parte di utenti in carico ai serT cittadini, con un'età media più bassa rispetto agli altri gruppi (40 anni), prevalentemente celibi (61%) e disoccupati (47%), con un titolo di studio medio-basso (61%).

**Andamento storico dell'utenza.** Il grafico 1 mostra l'andamento del numero di utenti nelle tre aziende metropolitane dal 1999 al 2002. Si può notare un generalizzato trend crescente caratterizzato da sensibili aumenti. Se confrontiamo l'utenza del 2002 con quella del 1999 possiamo notare che ad esempio a Bologna città e Bo Sud è più che raddoppiata.

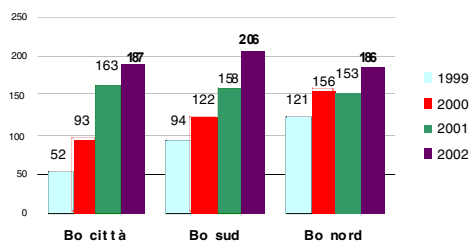
Questa crescita avviene tra l'altro a fronte di una riduzione di lungo periodo nel consumo di bevande alcoliche registrato sia a livello regionale che nazionale. Questi elementi indicherebbero un aumento della capacità di attrazione dei servizi che sembra però più accentuata per le aziende Bologna Nord e Sud che per Bologna città. L'identificazione e la cura dei soggetti con problemi alcol-correlati, come precedentemente rilevato, è particolarmente complessa: da un lato per l'ambiguità dell'azione biologica svolta dall'alcol, a cavallo tra alimento, sostanza voluttuaria e droga, dall'altro per la difficoltà di definirne la dose giornaliera accettabile, a causa della forte variabilità della risposta biologica individuale. Questo produce negli abusatori una diminuzione della consapevolezza della patologia e, conseguentemente, della ricerca di un trattamento. Anche nel campo dell'alcolismo va pertanto garantita all'opinione pubblica una maggiore informazione circa le possibilità terapeutiche offerte dai Ser.T. il cui ruolo viene più frequentemente riconosciuto nel trattamento di abuso di sostanze illegali.

## Tipologie a confronto

Come abbiamo accennato poco sopra gli utenti in carico ai Ser.T. rappresentano

una parte, anche se preponderante, dei soggetti con problemi alcol correlati che vengono in contatto con il mondo dei servizi. Abbiamo poi un altro gruppo di utenti che si rivolge ad essi per altri problemi e che comunque presenta un abuso di alcol: sono i soggetti che si presentano ai servizi a bassa soglia e agli asili notturni per richieste legate ai bisogni primari e ad una condizione di disagio sociale e abitativo, i tossicodipendenti dei Ser.T. che presentano un abuso concomitante di alcol.

Osservando la tabella 3 si può notare che un elemento che differenzia le varie tipologie di utenza è sicuramente l'età. Gli utenti dei SerT e degli asili sono i più vecchi (47,5 anni), quelli che si rivolgono allo sportello e i tossicodipendenti con uso concomitante di alcol sono i più giovani (35-36 anni). Questo probabilmente è dovuto al fatto che i SerT e gli asili (e in special modo il centro di accoglienza residenziale Beltrame) hanno degli utenti



graf.1 andamento alcolisti serTare metropolitane

“stanziali” e cronici in carico da diversi anni. Invece lo sportello è un punto di riferimento per tanti che si trovano a vivere in una situazione di marginalità e di vita di strada e caratterizzato da un certo turnover. Per quanto riguarda i td con abuso concomitante di alcol essi sono generalmente più giovani. Ulteriore conferma di queste differenze tra le varie tipologie di utenza è possibile riscontrarla anche guar-

Tab 3. Tipologie di servizi e caratteristiche dell'i utenza

	asili	%	sportello	%	sert	%	TD concomit	%	Totale	%
n. soggetti	57		57		577		133		800	100,0
età media	47,7		36,0		47,5		36,2		44,8	
bo	40	70,2	11	19,3	143	24,8	54	40,6	236	29,5
suburb		0,0	1	1,8	86	14,9	14	10,5	101	12,6
camp/coll	2	3,5	3	5,3	308	53,4	48	36,1	356	44,5
fuori metropoli	13	22,8	31	54,4	36	6,2	14	10,5	87	10,9
sfd	1	1,8	8	14,0		0,0		0,0	8	1,0
italiano	56	98,2	49	86,0	543	94,1	125	94,0	749	93,6
straniero	1	1,8	8	14,0	34	5,9	8	6,0	50	6,3
disoccupato/precaro	48	84,2	52	91,2	118	20,5	46	34,6	244	30,5
occupato	9	15,8	5	8,8	304	52,7	75	56,4	388	48,5
femmine	4	7,0	7	12,3	139	24,1	34	25,6	181	22,6
elemen/media inf.	47	82,5	43	75,4	406	70,4	90	67,7	568	71,0
media sup./laurea	10	17,5	14	24,6	154	26,7	40	30,1	168	21,0

dando la residenza. La percentuale più alta di residenti fuori area metropolitana la ritroviamo tra i soggetti che si sono rivolti allo sportello sociale e anche una percentuale più alta di stranieri. Invece tra gli utenti degli asili notturni è alta la percentuale di soggetti residenti in città. Questo può voler dire che si tratta di persone in gravi condizioni di disagio sociale che sono a Bo da tanti anni, che molti probabilmente hanno anche preso residenza nei centri dove sono accolti. I soggetti degli asili e dello sportello si caratterizzano anche per una serie di dati collegabili ad una maggiore situazione di disagio sociale e marginalità: percentuale più alta di disoccupati e di soggetti con un titolo di studio medio basso.

Guardando la tabella 4 si possono osservare i servizi con i quali questi soggetti sono venuti in contatto oltre che con la bassa soglia: la percentuale di quelli che ritroviamo in cura presso un sert è bassa il 15,8% per gli asili e solo l'8,8% di quelli che si sono rivolti allo sportello sociale. Il 66% di questa utenza che vive in più gravi condizioni di marginalità, povertà e disagio abitativo per una serie di ragioni oggettive e soggettive non riesce ad acce-

dere ai servizi ufficiali per le dipendenze.

## Clusters

Per approfondire l'analisi e verificare ulteriormente la possibilità di individuare "tipologie" di soggetti simili rispetto ad alcune variabili considerate si è utilizzata la tecnica dei "clusters". Un gruppo di variabili è stato ricodificato con i valori 0=presente e 1= assente (es. lavora 0=si 1=no): età inferiore/superiore alla media, residenza a bo/fuori, lavora/non lavora, diploma sup si/no. Successivamente con il metodo "K means" sono stati individuati 3 gruppi di soggetti in base a caratteristiche omogenee al loro interno ma diversi tra loro; due di questi gruppi si distinguono abbastanza bene quanto alle loro caratteristiche interne. Il terzo non lo si riesce a definire se non per un'elevata percentuale di soggetti con un alto titolo di studio. Abbiamo definito le tipologie individuate come alcolisti "classici" ufficiali, alcolisti urbani, gruppo intermedio alcolisti "classici": sono 401 soggetti (51% sul totale) prevalentemente di età superiore alla media, con un titolo di studio medio-basso, più della metà dei quali lavora e sono residenti fuori città.

Potremmo dire che in questo gruppo ritroviamo gli alcolisti dei sert che prevalentemente sono residenti nelle zone che abbiamo definito campagna/collina.

**Alcolisti urbani:** sono 216 soggetti (27% sul totale) prevalentemente con un'età inferiore alla media, per il 59% circa residenti a Bologna, con una situazione lavorativa problematica (più del 50% è disoccupata)

**Gruppo intermedio:** sono 166 soggetti (21% sul totale) ed è un gruppo un po' difficile da classificare. Nei valori percentuali si colloca sempre in una posizione

intermedia tra gli altri due. Comunque un aspetto curioso che presenta è che si caratterizza per l'elevato numero di soggetti con un titolo di studio medio-alto (sono tutti in questo gruppo).

Per quanto riguarda la tipologia del servizio di appartenenza è chiaro che essendo gli utenti dei sert molto più rappresentati questo si ripercuote anche nella distribuzione nei tre gruppi. Comunque è interessante notare che nel gruppo "urbano" troviamo la maggior parte degli utenti dello sportello sociale e dei tossicodipendenti che abusano anche di alcol.

Tab. 4 Percorsi

	asili	%	sportello	%	alc. sert	%	TD concomit	%	Totale
asili	57	100,0	10	17,5	9	15,8			57
sportello	10	17,544	57	100,0	5	8,8	2	3,5	57
alcolisti sert	9	1,5598	5	0,9	577	100,0			577
TD concomitanti	0		2	1,5	133	100,0	133	100,0	133

Tab. 5 Clusters

	Alcolisti "classici"	%	Alcolisti urbani	%	gruppo intermedio	%	Totale
	401	51,2	216	27,6	166	21,2	783
fuori bo	365	66,0	81	14,6	107	19,3	553
bo	36	15,7	135	58,7	59	25,7	230
occupati	240	62,8	50	13,1	92	24,1	382
disoccupati/precari	62	25,7	128	53,1	51	21,1	241
titolo di studio medio alto					166	100,0	166
titolo di studio medio basso	401	65,0	216	35,0		617	
età inferiore alla media	144	33,9	185	43,5	96	22,6	425
età superiore alla media	257	71,8	31	8,7	70	19,6	358

Tab. 6 Cluster – Servizi di appartenenza

	Alcolisti "classici"	%	Alcolisti urbani	%	gruppo intermedio	%	Totale
asili	37	9,2	11	5,1	9	5,4	57
sportello	13	3,2	31	14,4	13	7,8	57
sert	320	79,8	124	57,4	120	72,3	564
TD con concomitanza alcol	4	11,0	56	25,9	29	17,5	129

I dati che abbiamo descritto non ci danno la dimensione del problema alcol nell'area metropolitana in quanto rappresentano solo una punta di iceberg del fenomeno, quello cioè che emerge e viene alla luce quando un soggetto con problemi alcol correlati entra in contatto con il mondo dei servizi. Definire il numero degli utenti alcolisti non vuol dire stimare il numero di soggetti che hanno problemi con l'alcol. In generale si può affermare che l'analisi dei flussi di dati mostra un numero di utenti con tali problemi che certamente è sottostimato, infatti quelli che entrano in contatto con i servizi sono una parte.

Comunque anche disponendo di un numero non elevato di soggetti, e sicuramente sottostimato, è stato possibile far emergere e sottolineare alcuni aspetti importanti del fenomeno.

1) Ci sono sicuramente ulteriori margini di aumento nei Sert per quanto riguarda l'utenza con problemi alcol correlati. Una conferma di ciò la si può trovare anche nell'andamento storico che è in continuo aumento in tutte e tre le Aziende USL metropolitane. È prevedibile in un campo così particolare che l'offerta influenzi la domanda e che il bisogno sia in realtà molto più elevato. Questa previsione pone la necessità di un potenziamento dei servizi alcolologici e soprattutto di una loro maggiore visibilità. Va cioè garantita all'opinione pubblica una maggiore informazione circa le possibilità terapeutiche offerte dal Sert il cui ruolo viene più frequentemente identificato con il trattamento delle tossicodipendenze. Inoltre sarà importante un altro compito che questi servizi dovranno svolgere cioè una maggiore sensibilizzazione della popolazione a rischio rispetto al problema in modo da aumentare la consapevolezza

della patologia e conseguentemente la ricerca di un trattamento.

2) Utilizzando un modello dei rischi che fa riferimento a diversi livelli e stili di consumo è stato possibile individuare quattro tipologie di soggetti: quelli che hanno problemi legati ad abuso protratto nel tempo e quindi di cronicizzazione e dipendenza (utenti Sert), quelli che hanno problemi legati ad un consumo di alcol concomitante con droghe pesanti (tossicodipendenti in carico ai Sert con concomitante abuso di alcol), quelli che hanno un problema legato alla dipendenza da alcol e ad una situazione di grave disagio sociale e abitativo (soggetti che si rivolgono alle strutture a bassa soglia), i giovani consumatori che presentano stili di consumo diversi, che abusano in modo occasionale e in circostanze particolari e che sono testimoni di un nuovo tipo di cultura legata all'alcol.

3) Si nota una differente dimensione del problema nelle varie aree territoriali. Nella letteratura sul nesso tra urbanizzazione e consumi di alcol si sono sentite opinioni contrastanti. Se alcuni sono dell'avviso che i consumi smodati e i problemi che ne derivano sono propri di una cultura cittadina, altri avanzano l'opinione opposta: l'alcolismo si sviluppa maggiormente in campagna poiché l'osteria e soprattutto il bar rappresentano sempre un centro di vita sociale fondamentale, spesso sono gli unici luoghi di svago. In città invece la scelte dei luoghi di ritrovo e del tempo libero sono maggiori e la vita sociale è meno condizionata dal bar. Dai nostri dati emerge sicuramente una differenza sia per quanto riguarda la prevalenza che per quanto riguarda le caratteristiche dei soggetti. Ma sembra anche che il fenomeno si configuri in maniera diversa: in campagna

un problema legato alla presenza di alcolisti cronici, che consumano soprattutto vino, ma comunque inseriti in un contesto sociale e familiare. In città è possibile ipotizzare un fenomeno che si caratterizza per una maggiore condizione di disagio sociale ed emarginazione, per una maggiore presenza di tossicodipendenti che abusano anche di alcol, per un 10% di soggetti residenti fuori area metropolitana e che gravita in città

4) È da rilevare la presenza di tossicodipendenti con uso concomitante di alcol: sono circa il 6 percento sul totale degli utenti Sert. È statisticamente dimostrato che un certo numero di tossicodipendenti nel corso della propria storia tossicomantica diventa alcolista. È un fenomeno da tenere monitorato in quanto l'abuso concomitante di alcol aumenta il rischio per

la mortalità acuta per overdose.

5) In città è presente un certo numero di alcolisti (il 14% sul totale dei soggetti) che ritroviamo nei servizi a bassa soglia di accesso che si occupano di disagio sociale grave e marginalità. Di questi solo una piccola parte entra in contatto con un Sert per intraprendere un percorso di cura e terapia. C'è quindi la necessità di avviare un processo di maggiore integrazione tra i vari settori di intervento per garantire un accesso ai servizi alcologici anche ai soggetti che presentano condizioni di vita più destrutturate. C'è anche l'esigenza di capire se il mancato contatto di questi soggetti con i Sert è dovuto a una non volontà personale ad usufruire di cure e terapie o ad un problema di mancanza di criteri di accesso (es. residenza).

## IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI: ANALISI DEI DATI CHE EMERGONO NEL 2002

A cura di Maria De Cecco

Abbiamo sentito il parere di alcuni operatori dei diversi servizi che operano sul territorio nel campo delle tossicodipendenze in relazione a quanto emerge dai dati rilevati sulla situazione metropolitana per l'anno 2002.

Dalle interviste emergono alcuni spunti significativi. In primo luogo il consolidarsi della qualità dei servizi a Bologna, in particolare per un certo tipo di utenza classica. Si evidenzia anche l'importanza dei servizi a bassa soglia di accesso che consentono una prima risposta per un'ampia fascia di soggetti altrimenti esclusi. Viene dai più sottolineata invece la difficoltà di aggancio e/o ritenzione dei nuovi consumatori, difficoltà dovuta solo in parte ai diversi tipi di sostanze usate. La differenziazione nel consumo è da collegare in alcuni casi all'evoluzione di un percorso tossicomane di utenti cronici, in altri a nuove tipologie di consumatori. Rispetto a questi ultimi soggetti, che esprimono un approccio psico-socio-culturale differente dai precedenti, si rileva una carenza di attrattiva dei servizi.

Un coro unanime di dissenso emerge in relazione alle nuove leggi repressive, considerate come una non risposta che aggrava i problemi, disperdendoli nel territorio e ricacciandoli nel sommerso.

Sono stati intervistati: **Monica Brandoli**: Responsabile Unità di Aiuto del Comune di Bologna; **Salvatore Giancane**: Responsabile dell'Unità Mobile Metadone; **Francesco Grassi**: Responsabile dello Sportello Sociale e delle Opportunità e del Centro Diurno; **Teresa Marzocchi**: Responsabile dell'Ente Gestore Centro Accoglienza "La Rupe"; **Luisa Prata**: Direttore dell'Unità Operativa Dipendenze Patologiche SERT

– AUSL Città di Bologna; **Giampiero Raschi**: Responsabile Sert Distretto di Casalecchio di Reno – Ausl Bologna Sud; **Orietta Venturi** e **Simonetta Strazzari**: Referenti per il Carcere, Sert Distretto Navile- AUSL Città di Bologna; **Gian Maria Vallese**: Responsabile Unità di Aiuto del Comune di Bologna

1) Il numero dei soggetti inseriti nel Registro unico dei tossicodipendenti in rapporto al 2001 è lo stesso, anche se leggermente calato.

GRASSI: Bologna mantiene una particolare attrattiva rispetto ad altre città, dovuta sia alla posizione geografica sia al fatto che viene ben considerata per la ricchezza e la qualità della vita, cosa che apre spazi di vivibilità. Va sottolineato il dato assestato della qualità dei servizi.

RASCHI: Per quel che riguarda il consumo di eroina potrebbe voler dire che tutto sommato è coperto il bisogno. Gli eroinomani vecchi e nuovi sono assistiti, essere presenti sul territorio significa dare una risposta ai problemi.

MARZOCCHI: Secondo me c'è un miglior aggancio di bassa soglia, il fatto che non siano diminuiti è positivo, vuol dire che funziona bene la rete, però ai servizi arrivano raramente i giovani.

VALLESE: Un problema è la decisione di spostare i luoghi delle prestazioni, mandandoci via dal centro storico. L'adozione di una politica repressiva, che ha militarizzato il centro storico, ambito abituale del disagio sociale, ha avuto due tipi di effetti: dispersione dell'utenza nella città, e rifugio nel sommerso, ciò significa che non si rivolgono nemmeno a noi che offriamo un servizio a bassissima soglia.

2) La percentuale di stranieri è in legge-



**ro calo rispetto allo scorso anno (dal 12% al 10%)**

VALLESE: Il problema della sicurezza e della dispersione nel territorio vale soprattutto per gli stranieri che, per quel che ci riguarda, sono passati da 114 del 2001 a 19 nel 2002, grazie alla politica relativa agli immigrati che per lo più li ha portati in carcere.

MARZOCCHI: Sono preoccupata: è aumentato il sommerso perché l'aggancio ai servizi facilita l'espulsione. È una cosa che inquieta, non si affronta così il problema della sicurezza che si ha con l'accoglienza e non col sommerso. I tecnici sono impotenti e i cittadini arrabbiati.

BRANDOLI: Perché noi non diamo risposte, lo straniero è difficilmente accolto, non ha modo di accedere ai servizi, da noi ricevono il 2% del loro fabbisogno. Alcuni sono finiti al CPT, altri in carcere, c'è poi la pressione delle forze dell'ordine, non è questa la risposta.

**3) Una quota rilevante di soggetti (30%) sono "nuovi", cioè, non contattati nel 2001**

PRATA: Credo ci sia una grossa mobilità anche di tipo assistenziale. È un dato nuovo non bello: l'indice di miglior efficacia dei servizi è la stabilità dell'utenza, ma è un dato che va scomposto e interpretato meglio.

RASCHI: Che esista un sommerso è indubbio per l'area di attrazione metropolitana, mentre in periferia c'è più stabilità.

GIANCANE: Una percentuale elevata di nuovi per noi è normale: l'unità mobile è il primo servizio contattato, sarebbe interessante scorporare il dato, ma si evidenzia che, per quel che concerne i Sert, la scelta dell'Unità Mobile e del carcere, è stata giusta perché va a coprire una fascia ampia di soggetti che altrimenti non verrebbe agganciata.

VENTURI E STRAZZARI: Una percentuale significativa si rivolge ai servizi ma non segue un programma terapeutico nel tempo.

**4) Tra i nuovi emerge una componente di stranieri (20% nuovi, 5% vecchi) e di provenienti da fuori area metropolitana (30% nuovi, 12% vecchi)**

GRASSI: Ci sono nuove etnie che sostituiscono quelle che eravamo abituati a trattare, in particolare provenienti dai paesi dell'Est-europeo, con problematiche differenti dalle precedenti. Si tratta di una tendenza in crescita. Per i fuori area resta sempre valido il discorso dell'appetibilità di Bologna che ha una rete di servizi consolidata e di buon livello, il 70% è costituito da meridionali.

PRATA: Gli stranieri sono tipicamente mobili, soprattutto se clandestini, finché o se non riescono a stabilizzarsi. I fuori area anche sono meno stabili. L'elemento positivo è che i servizi sono in grado di accogliere un numero elevato di non residenti.

RASCHI: Si tratta dell'attrazione della metropoli che non riguarda la periferia, che soddisfa l'ambito locale.

MARZOCCHI: Bologna sempre più somiglia alle grandi città italiane; nelle metropoli gli stranieri non riescono a stare solo nell'ambito della commercializzazione e, in più, hanno il problema della precarietà. Sono importanti i servizi a bassa soglia, la cui disponibilità non aumenta i problemi della città, perché funzionano in stretto rapporto con i servizi di provenienza e, quindi, con la creazione di una rete di collegamento dei servizi: si può essere residenti a Napoli e trattati a Bologna.

BRANDOLI: Sono quelli che tentano di trovare una risposta, noi restiamo molto appetibili rispetto a persone che hanno un grave disagio perché comunque offriamo servizi: 300 posti letto, servizio mobile, cibo.

**5) I nuovi sono mediamente più giovani, hanno una istruzione più elevata e vi è una minore percentuale di senza lavoro**

GRASSI: Per gli stranieri il maggior grado di istruzione riguarda soprattutto i soggetti provenienti dall'est. In generale però presentano tutti una condizione di disoccupazione e chi viene da fuori deve prima di tutto trovare le condizioni migliori per la sua dipendenza. Dal punto di vista dello sportello, data l'utenza a bassa soglia, il problema lavoro rimane prioritario assieme a quello sanitario.

RASCHI: Questo dato risulta anche a noi, potrebbe indicare uso/abuso/dipendenza per fasce di popolazione integrata. Abbiamo verificato anche nella nostra zona un'evoluzione della tossicodipendenza vissuta non come marginalità ma trasversale ad ampi strati di popolazione.

MARZOCCHI: I nuovi sono più giovani e con più elevata istruzione, spesso hanno fatto il passaggio ai nuovi stili di consumo, non necessariamente sono partiti dall'eroina. I cocainomani presentano una maggiore percentuale di lavoratori, ma spesso non si riescono a reggere in autonomia neanche l'uso occasionale, gli altri che hanno lavoro sono quelli in trattamento.

STRAZZARI-VENTURI: C'è un utilizzo occasionale delle sostanze in tutti i livelli sociali e ciò accelera in alcuni una condizione di dipendenza.

**6) Rispetto al 2001 aumenta la percentuale soggetti che utilizzano la cocaina (dal 30% al 38%), raddoppia la percentuale di assuntori di benzodiazepine (dal 6% al 12%)**

GRASSI: Secondo me non c'è un aumento di cocainomani puri, ma di tossici che, avendo trovato soluzione nel metadone, si rivolgono alla cocaina. In altre realtà europee emerge, invece, un aumento del consumo di crack; effetti sociali e condizioni di partenza sono simili. Si tratta di poliasuntori che trovano amplificazione nella cocaina. Stesso discorso per l'aumento di

consumo di benzodiazepine, anche qui si tratta di poliassuntori simili al gruppo precedente ma con bisogni diversi in termini di sostanze. Sono, secondo me, le stesse persone che in periodi diversi assumono l'uno o l'altro.

PRATA: La modificazione della percentuale è in linea con il trend nazionale ed europeo, ed è minore che altrove, legata a fenomeni di mercato, va considerato evento sentinella che dovrebbe indurci ad affrontare i servizi in maniera diversa. È anche segnale di una maggiore attenzione da parte dei servizi ai poliabusati.

MARZOCCHI: Un trend già visto quello del policonsumo, cominciamo a capire quali altre droghe si aggiungono all'eroina: costi e prestazioni diversi. Finché sono poliassuntori non servono trattamenti nuovi diversificati, ma più integrati in modo particolare con il farmacologico e la psichiatria.

GIANCANE: C'è una prevalenza di positività alla cocaina del 38%, ma questo non dice nulla su come si scompone o su come si comincia. L'aumento di uso della cocaina tra i trattati con il metadone, è una particolarità italiana. Spesso sono stagioni. L'aspetto più inquietante è l'uso in vena che aumenta il rischio di sieroconversione.

BRANDOLI: Concorda con quello che vediamo, per lo più viene usato eroina e cocaina per via iniettiva. L'uso delle benzodiazepine è in sintonia perché servono per calmarsi e costano meno.

STRAZZARI E VENTURI: È cambiata l'offerta del mercato, sono stati abbassati i prezzi, inoltre l'utilizzo generalizzato di metadone ha prodotto un viraggio dall'assunzione esclusiva di eroina ad una poliasunzione.

**7) Tra i nuovi è più bassa la percentuale di assuntori di eroina e di benzodiazepine. La percentuale di assuntori di cocaina è identica**

GRASSI: In linea generale c'è un calo di consumo di eroina che fa dire che la ridu-

zione del danno ha avuto la sua efficacia. È possibile mettersi nella logica di trovare soluzione ad ogni nuovo problema emergente. Non abbiamo nulla per tamponare la dipendenza da cocaina. In Italia lo stigma è stato quello di raggiungere il basso e il peggio in termini sanitari e psicosociali, il buco rappresenta tutto ciò, perciò anche la cocaina viene iniettata, con il conseguente rischio di aumento della sieropositività. Nel resto d'europa circola di più il crack che non è iniettabile. Sono a favore dell'eroina controllata, le droghe comunque esistono e la condizione di chiusura a terapie alternative crea danno sociale.

VALLESE: A noi risulta invariato, va rilevato l'uso concomitante: il 32% eroina, il 58% eroina più cocaina, il 5% solo cocaina e il 5% altre sostanze. C'è da interrogarsi sulla riduzione del danno sociale e sanitario, anche in termini di spesa.

PRATA: La cocaina è in una fase di espansione sul mercato, aumenta la politossicomania che non sempre e non necessariamente significa dipendenza, ma una situazione personale di rischio grave e di aumento di patologie correlate. In generale il dato va confrontato con la clinica e verificato nel tempo. Andrebbe scomposto tra i vari servizi. Sono suggestivi di un cambiamento di tipi di droghe ma va verificato nel tempo e confrontato con la clinica. Si può fare il confronto con i risultati relativi al mondo della notte perché è l'insieme delle ricerche che noi facciamo che ci può fornire un mosaico, forse incompleto, ma che dà un'idea della situazione.

RASCHI: Da leggere una connotazione negativa dell'eroina antisociale e marginale della piazza. Tra i giovani si diffonde l'uso di sostanze, da tempo libero, meno

connotate.

MARZOCCHI: Conferma il trend della cocaina che emerge perché risponde alla richiesta di prestazione di non essere all'altezza. Diverse tipologie, diversi per età, sono persone "normali" per le quali abbiamo individuato trattamenti specializzati di tipo psicologico. Sono impressioni basate su osservazioni su piccoli numeri, viviamo ragionando sui gruppi di autoaiuto, stiamo ascoltando molto. Bisogna lavorarci assieme, perché quando salta un sistema ben costruito, famiglia, stile di vita, Dio, la caduta è grossa: vanno in depressione. Mentre quelli che sono tossici "normali", che hanno già passato tutti i canali, vivono con chiarezza i bravi professionisti: "quelli che si sbattono per noi".

BRANDOLI: I giovani non si avvicinano all'eroina per ragioni socio-culturali: non si sballa per sedarsi ma per essere più attivi. Non c'è più lo stereotipo di chi va "contro" sedandosi, anzi essere contro significa essere più aggressivi, un'aggressività che, alla fine, è rivolta verso se stessi. Probabilmente non riusciamo a raggiungere un livello di persone che sono ancora più sotto della nostra bassa soglia, i servizi fanno fatica non solo a contattarli ma anche a tenerli in carico. Non dovremmo essere strutturati come siamo, i servizi non sono preparati a questo target più giovane che non si riconosce nell'immagine del tossico, non si buca e ha un vissuto che è lontanissimo dai tradizionali. Il nostro approccio è tradizionale non tiene conto del diverso tipo di uso/abuso, né del diverso contesto culturale in cui i giovani vivono.

## TOSSICODIPENDENTI STRANIERI: ALCUNE CONSIDERAZIONI

A cura di Francesco Grassi, Cecilia Guadagni, Fethi Hicri

Queste brevi note intendono tracciare un quadro sulla condizione degli stranieri tossicodipendenti a partire dai dati disponibili grazie all'osservazione svolta dagli operatori dello Sportello Sociale, un servizio che si occupa prevalentemente di persone che presentano una situazione di grave disagio sociale e di marginalità estrema.

Italiani e stranieri che si rivolgono allo Sportello vivono infatti in condizioni di grave disagio sanitario e psicosociale.

In particolare ci interessa trattare in modo più approfondito alcune caratteristiche riguardanti gli stranieri tossicodipendenti che possano servire a meglio circoscrivere il fenomeno e a individuare se possibile alcune evoluzioni.

È da precisare che per quanto riguarda gli stranieri tossicodipendenti presenti sul territorio bolognese senza regolare permesso di soggiorno, le funzioni dello Sportello si esauriscono con l'invio dei soggetti al servizio di somministrazione di terapia metadonica per senza fissa dimora (Unità Mobile del Ser.T. Borgo Reno). È evidente che il punto di osservazione del nostro servizio rimane comunque di un ambito ristretto.

Dall'analisi dei dati dell'anno 2002 si evince una prima osservazione: dei 41 stranieri tossicodipendenti, 28 si trovano in condizioni di clandestinità. È evidente che la condizione di dipendenza patologica amplifica il disagio sociale e lo stato di emarginazione.

Da un'analisi più attenta dei dati si nota che il flusso di richieste non muta sostanzialmente fra primo e secondo semestre del 2002. Nell'ultimo trimestre (ottobre-dicembre), in concomitanza con l'entrata in vigore della legge Bossi-Fini, se ne registra però una contrazione quasi totale.

Questo dato ci induce a pensare che l'inasprimento delle pene conseguenti allo stato di clandestinità favorisca l'invisibilità di tali soggetti. Rivolgersi a un servizio, seppur di bassa soglia, costringe le persone a emergere amplificando la paura di essere individuati.

Inoltre dal confronto con gli altri servizi che si occupano di questa fascia di utenza si evidenzia che molti di coloro che si sono rivolti allo Sportello negli anni precedenti, già penalizzati da provvedimenti giudiziari, sono stati rimpatriati.

Un altro dato importante riguarda la provenienza. Se negli anni precedenti la presenza di maghrebini era quasi totale, nel 2002 cresce notevolmente la percentuale di coloro che provengono da Paesi dell'Est (13 su 41). Tra questi (9 uomini 4 donne) la presenza di eroinomani per via endovenosa è esclusiva. La modalità di assunzione, assume importanza anche riferendosi ai maghrebini fra i quali è prevalente la condizione di fumatori. Vi sono però differenze quanto alle modalità di assunzione tra tunisini e marocchini ed algerini. I tunisini infatti sono esclusivamente fumatori, gli altri invece si dividono ricorrendo alle diverse modalità (inalazione, fumo, via endovenosa).

Una considerazione finale riguarda l'incapacità del sistema di cura di riuscire a trattenere per periodi significativi tali soggetti. Dal nostro punto di vista ciò è dovuto da un lato al limite intrinseco dell'esclusiva somministrazione di terapia farmacologica, senza affiancare a questa possibilità di carattere terapeutico-riabilitativo; dall'altro alla discrepanza esistente fra il tipo di offerta e il modo di intendere la stessa e le aspettative che si hanno. Abbiamo notato infatti che è diffusa fra la popolazione straniera la concezione dei servizi in modo esclusivamente

strumentale, intesa come possibilità di ottenere immediatamente soluzioni abitative, lavorative e di sostegno economico. Crediamo che tale concezione possa

essere imputabile in parte alle differenze antropologico-culturali e in parte alla difficoltà di comprendere il funzionamento dei servizi stessi.

**Note:**

**Note:**

**Note:**