

# Report Attività 2021

**dell'Osservatorio Dipendenze di ATS Insubria**



**REPORT SULLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO  
PER LA PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE  
DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE CON  
QUELLE SOCIALI PER L'ANNO 2021**

**AMBITO DIPENDENZE**

**PROVINCE DI COMO E VARESE**

**A CURA DELL'OSSERVATORIO DIPENDENZE  
DELL'ATS DELL'INSUBRIA**

**VARESE, 2022**

---

**ATS INSUBRIA, Dipartimento PIPSS, Osservatorio Dipendenze**

**Responsabile UOSD – Sviluppo e  
Progettualità nell'ambito dell'offerta dei  
Servizi: Dr.ssa Federigi Chiara**

---

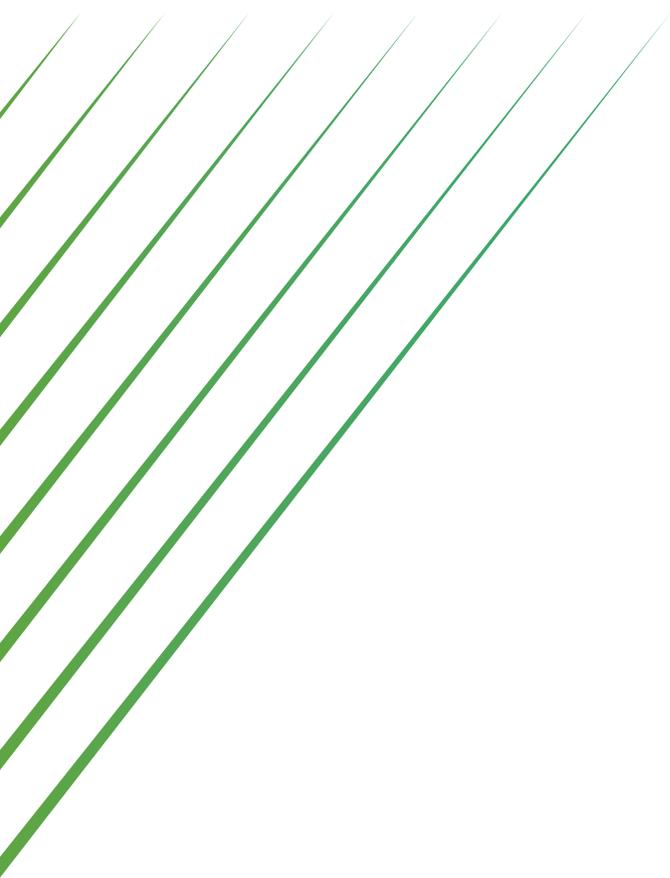
## PREFAZIONE

Il report dell'Osservatorio Dipendenze vuole essere una sintesi sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, con un focus specifico sullo stato dei servizi presenti nel territorio di ATS Insubria. Attraverso la presentazione dei dati ufficiali elaborati dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'art. 131 del DPR n. 309/90 si cercherà di fornire un quadro conoscitivo del fenomeno tossicodipendenza nel nostro Paese e delle risposte alle criticità derivanti da tale realtà.

Con il fine di fornire elementi di conoscenza utili a organizzare al meglio e opportunamente la programmazione di interventi di prevenzione e cura, durante la strutturazione del report sono stati convocati due Tavoli Tecnici con i responsabili delle strutture pubbliche per le dipendenze (SerD) delle tre ASST che compongono l'ambito territoriale di riferimento (ASST Lariana, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona) e i referenti delle comunità terapeutiche accreditate con ATS dell'Insubria. Sono stati condivisi, inquadrati e analizzati i principali trend in riferimento all'utenza, alla tipologia di sostanza primaria consumata, alla composizione di genere e alla tipologia di offerta di cura.

In particolare, l'Osservatorio Dipendenze rappresenta lo strumento tecnico del Dipartimento PIPSS per il monitoraggio sistematico sul territorio di ATS Insubria della "domanda" di intervento nell'area dei fenomeni di abuso/dipendenza, nonché all'analisi delle caratteristiche del sistema di "offerta" di prestazioni e servizi.

In riferimento a quanto espresso, i dati raccolti dall'Osservatorio Dipendenze, opportunamente validati ed elaborati, risultano oggetto di elaborazioni e riflessioni sullo stato delle dipendenze nelle province di Varese e Como al fine di restituire una dettagliata "Relazione annuale sul Fenomeno delle Dipendenze sul Territorio della ATS dell'Insubria".



---

## PREMESSA

Nel corso del secondo semestre del 2019, la Direzione Socio Sanitaria di ATS Insubria ha riattivato il Tavolo tecnico per l'Osservatorio delle dipendenze, considerato strumento strategico per il monitoraggio e la lettura dei fenomeni di abuso e dipendenza da sostanze psicoattive, alcool, tabacco, gioco d'azzardo e new addiction<sup>1</sup>.

Con questa pubblicazione e con l'attività del Tavolo Tecnico dell'Osservatorio si vuole proporre un quadro dettagliato delle opportunità che i dati rilevati riservano nella *governance* e nella programmazione dei servizi: essi sono indicatori numerici quantitativi ed informativi della realtà, che nel dialogo e nella riflessione con i professionisti delle strutture settoriali competenti diventano elementi generativi per un investimento fiduciario e progettuale.

Per i dati relativi alle strutture pubbliche si ringraziano i referenti delle strutture Ser.D. di ATS Insubria Dott.ssa Donatella Fiorentini (ASST Valle Olona), Dott.ssa Raffaella Olandese (ASST Lariana), Dott. Claudio Tosetto (ASST Sette Laghi).

---

<sup>1</sup> In riferimento alle dipendenze da uso di smartphone, *internet addiction*, *sex addiction*, shopping compulsivo e disturbi riguardanti le condotte alimentari.

---

## GUIDA ALLA LETTURA

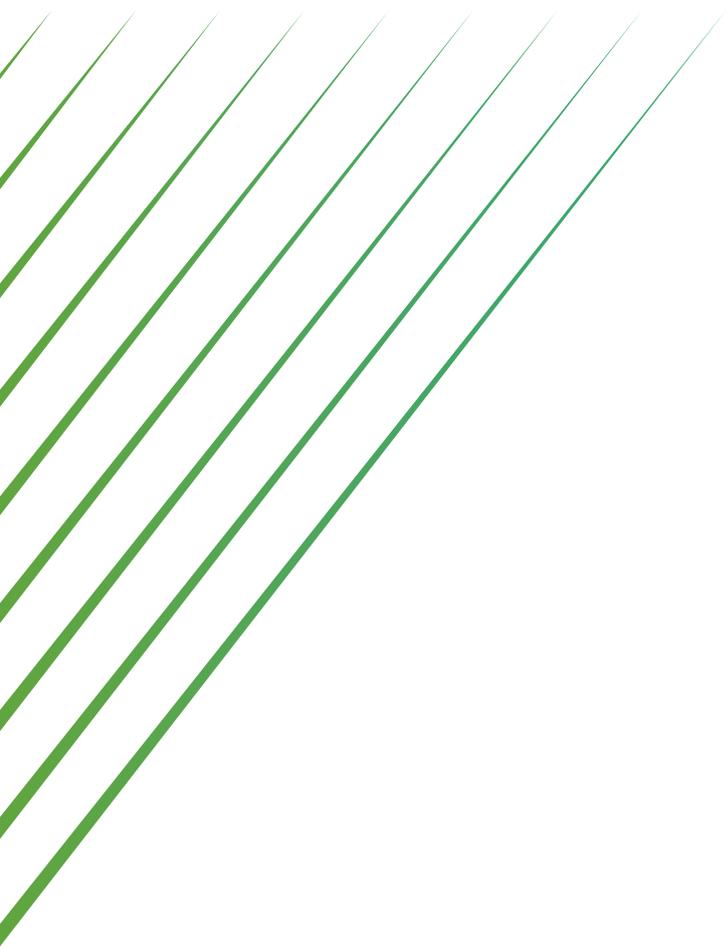
L'impostazione prevede una parte introduttiva del fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.

Verranno presentati i trend nazionali e regionali, alcuni in funzione della loro comparabilità diretta tramite confronto statistico con quelli rilevati sul territorio e considerati utili a definire il profilo dei soggetti in trattamento, altri in grado di rappresentare lo scenario nazionale connesso al fenomeno indagato, riconducibili anch'essi ai trend rilevati sul territorio dell'Insubria.

Inoltre, verrà configurata l'organizzazione dei servizi, l'offerta di trattamento nazionale e regionale, sia in ambito di servizi pubblici che in ambito di servizi del privato sociale per le dipendenze.

Verrà affrontato il tema del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e le azioni di contrasto messe in campo a livello nazionale, in ambito regionale e locale.

Nelle seguenti pagine si farà riferimento ai servizi di prevenzione attraverso un inquadramento nazionale e regionale, con un focus inerente le azioni territoriali connesse tra le altre a servizi e attività di riduzione del rischio e del danno.



## Una Panoramica del Fenomeno delle Dipendenze nel Territorio Nazionale

L'analisi dello stato delle dipendenze nelle province di Varese e Como ha l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo più specifico del fenomeno connesso ad abuso e dipendenza, secondo gli indicatori definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze<sup>2</sup>. L'obiettivo dell'EMCDDA è quello di contribuire allo sviluppo della conoscenza nell'ambito di interesse, attraverso la rilevazione delle migliori prove disponibili per sostenere lo sviluppo di politiche e azioni informate e mirate in materia di dipendenza.

Sono stati inoltre analizzati i dati forniti dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2022 (dati 2021) in funzione della loro comparabilità diretta tramite confronto statistico con quelli rilevati sul territorio utili a definire il profilo dei soggetti in trattamento.

A livello locale sono stati analizzati i flussi informativi sulle tossicodipendenze e alcol dipendenze, nonché in merito alle *new addiction*, estrapolati in forma aggregata dalla piattaforma gestionale SMAF, utilizzata presso la sede ATS Insubria di Varese, utile a validare i dati trasmessi dalle sedi SerD attive nel territorio dell'Insubria.

### **Consumo di sostanze nella popolazione generale<sup>3</sup>**

I dati raccolti dal Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) mostrano come un terzo della popolazione fra i 15 e i 64 anni ha sperimentato sostanze psicoattive illegali almeno una volta nel corso della propria vita, il cui 10% (circa 4 milioni) lo ha fatto nel corso del 2017. Come rilevato negli anni precedenti, la maggioranza degli utilizzatori è di genere maschile (M= 13,1%; F= 8,1% sul totale della popolazione indagata), con percentuali che diminuiscono all'aumentare dell'età. Le prevalenze maggiori si osservano dunque tra i giovani adulti, con il 23,7% dei consumatori 15-24 anni (M= 28,3%; F=18,8%) e il 19,1% dei 25-34enni (M= 21,7%; F= 16,5%) che ha fatto uso di almeno una sostanza stupefacente nel corso dell'ultimo anno.

La cannabis è la sostanza più diffusa, una persona su dieci in Italia ne ha fatto uso almeno una volta nel 2017, con il trend di consumo in crescita ad eccezione dei soggetti che riferiscono un uso frequente.

Nello studio IPSAD® il test di screening ha evidenziato che nella popolazione generale circa 1 milione di persone, in altre parole il 24,9% dei 15-64enni che hanno assunto cannabis durante l'anno, presenta una forma di consumo definibile come "problematico". Percentuali superiori si osservano per il genere maschile (M = 30,3%; F = 16,1%) e per la classe di età fra i 35 e i 64 anni, dove sono il 30,8% i soggetti con un profilo di consumo "problematico" rispetto al 21,9% dei 15-34enni.

Il 36,9% degli utilizzatori di cannabis con un profilo d'uso problematico riferisce un consumo frequente della sostanza (20 o più volte nell'ultimo mese) rispetto al 2,7% degli utilizzatori con profilo d'uso non problematico. Il 15,2% dei problematici riporta inoltre di aver speso più di 100 euro nell'ultimo mese per l'acquisto della sostanza e il 25,5% si caratterizza come utilizzatore di due o più sostanze psicoattive illegali nel corso dell'anno contro, rispettivamente, l'1,1% e il 6,7% dei "non problematici".

Il 24,3% dei consumatori problematici è anche un forte fumatore (11 o più sigarette al giorno) e il 71,1% ha avuto almeno un episodio di *binge drinking* nell'ultimo anno (sei o più bevute alcoliche in un'unica occasione).

Con riferimento al consumo e abuso di alcool, i dati rilevati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mostrano un calo nel numero degli astemi, e rilevano viceversa una crescita nel numero dei consumatori, specie gli occasionali; non diminuiscono i consumi medi pro-capite e i bevitori a rischio che sono individuati in 8,6 milioni (23 % circa dei maschi e il 9% delle femmine), oltre 2,7 milioni di anziani e 700mila minori (in particolare aumento tra le ragazze).

I contenuti della rilevazione sono analizzati nella Relazione al Parlamento del Ministro della salute e mostrano un calo nel numero di soggetti alcolodipendenti in carico ai servizi: circa 68mila (il 27% è composto da nuovi utenti) poco meno del 10% dei 690mila consumatori che hanno già un danno da alcol

<sup>2</sup> L'OEDT (EMCDDA) fornisce all'UE e agli Stati membri informazioni fattuali, oggettive, attendibili e confrontabili a livello europeo sulle droghe e tossicodipendenze e le loro conseguenze, allo scopo di informare il processo di elaborazione delle politiche ed orientare le iniziative da prendere per affrontare il problema della droga.

<sup>3</sup> Con riferimento agli studi IPSAD® 2017 per il monitoraggio dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione generale.

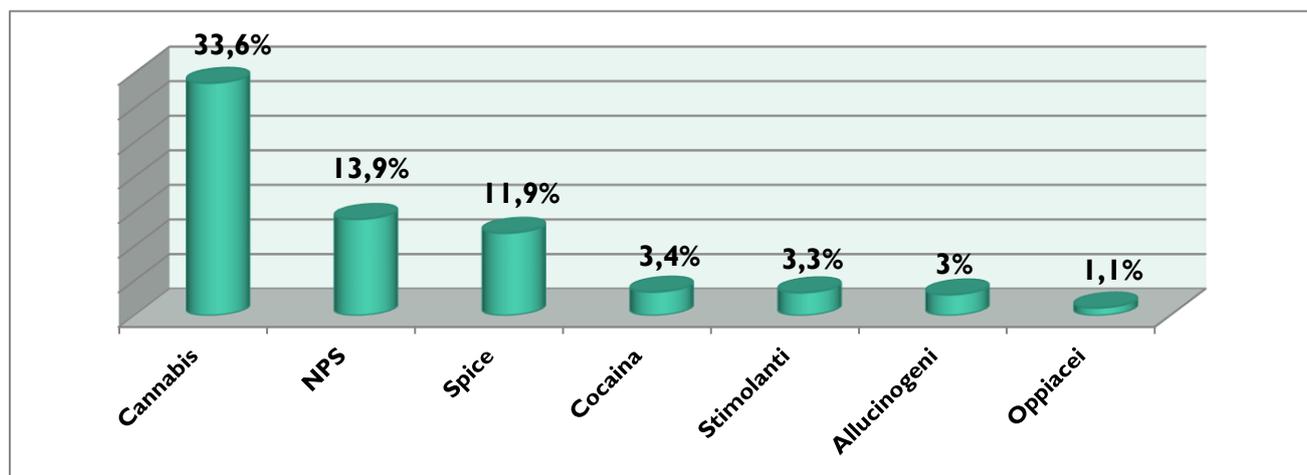
che richiederebbe un trattamento non erogato, perché non intercettati dalle strutture e dal personale del Servizio Sanitario Nazionale, in sofferenza per l'aumento complessivo delle dipendenze.

### Consumo di sostanze nella popolazione studentesca 15-19 anni<sup>4</sup>

Con riferimento allo studio EPSAD® del 2018, il 34% degli studenti italiani fra i 15 e i 19 anni (circa 880.000) ha provato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita e il 26% lo ha fatto nel corso del 2017. I ragazzi utilizzatori sono il doppio rispetto alle ragazze, ad eccezione della cannabis per la quale il rapporto maschi/femmine è di 1,5.

Il 4% degli studenti utilizza sostanze psicoattive frequentemente (20 o più volte al mese nel caso della cannabis e/o 10 o più volte al mese per le altre sostanze). La cannabis (Grafico A) è la sostanza più diffusa (utilizzata dal 34% degli studenti), seguita da spice (12%) e altre NPS (14%), cocaina (3,4%) e stimolanti (3%).

**Grafico A - I consumi nella popolazione studentesca (Fonte: IFC-CNR 2017)**



L'uso di sostanze psicoattive risulta più diffuso tra i maschi, con percentuali doppie rispetto a quelle femminili, fatta eccezione per la cannabis per la quale il rapporto di genere risulta di 1,5.

L'1,6% degli studenti ha fatto uso di sostanze senza sapere cosa fossero, lo 0,4% ha utilizzato sostanze per via iniettiva.

Per quanto concerne il consumo di sostanze psicoattive illegali in quelli che sono definiti gruppi specifici, nel 2017 sono stati sottoposti a controllo antidoping 1.211 atleti, di cui 6 sono risultati positivi ai principi attivi di sostanze come cannabis, cocaina e MDMA.

Dei 41.708 militari sottoposti a drug-test 79 sono risultati positivi, i dati indicano una riduzione sia dei test effettuati sia del numero dei militari sottoposti a screening; tra il personale militare risultato positivo ai drug test effettuati (per il 70% appartenente alla categoria "truppa" in servizi permanente effettivo), il 38% è rappresentato da soggetti di età compresa tra i 25 e i 34 anni e il 34% tra i 35 e i 44 anni.

### Il poliuso delle sostanze psicoattive

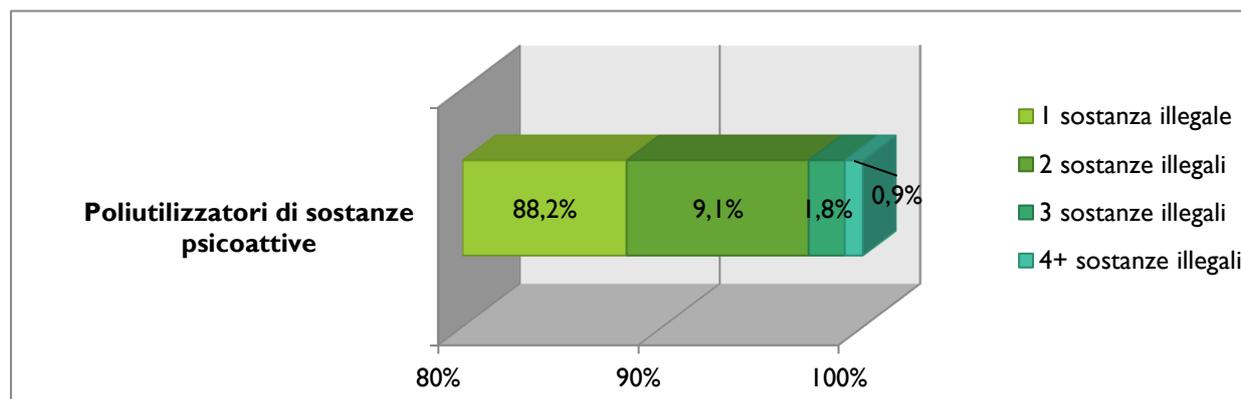
Secondo lo studio IFC del CNR (Anno 2017), l'11,9% di quanti hanno riferito di aver assunto sostanze psicoattive illegali nel 2017, si configura come *poliutilizzatore*, avendo fatto uso di 2 o più sostanze. In particolare il 9,1% ne ha usate due, l'1,8% ne ha utilizzate tre e il restante 1% ha assunto quattro o più sostanze illegali negli ultimi 12 mesi.

I *poliutilizzatori* si caratterizzano anche per aver intrapreso altri comportamenti a rischio: il 50,7% riferisce di essersi messo alla guida dopo aver assunto droghe, contro il 17,9% di chi ha fatto uso di una sola sostanza, il 44,7% riporta di essere stato coinvolto in rapporti sessuali non protetti e il 10,6% di aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine e (contro rispettivamente il 22,2% e il 1,5% dei *monoutilizzatori*), inoltre il 52,1% riferisce di essersi ubriacato nell'ultimo mese, contro il 31,4% di chi ha assunto una sola sostanza. Tra coloro che, nella vita, si sono rivolti ai servizi socio-sanitari per problematiche correlate al consumo di sostanze, il 45,1% riferisce di non aver fatto uso di droghe negli ultimi 12 mesi, il 35,3% di averne assunta una, il 19,6% riferisce poliutilizzo nell'anno.

<sup>4</sup> Con riferimento agli studi EPSAD® 2018 per il monitoraggio dei consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado.

Nel seguente grafico si osserva la tendenza del *poliutilizzo* nella popolazione generale (IFC-CNR 2017):

**Grafico B - I poliutilizzatori di sostanze psicoattive nella popolazione generale**



Nella popolazione dei giovani adulti consumatori (15-34 anni) il 7,2% ha fatto uso di due tipi di sostanza psicoattiva nel 2017, percentuale che sale al 12,8% se si considera la fascia dai 35 ai 64 anni.

Inoltre, il 10,5% dei circa 670.000 studenti consumatori nell'ultimo anno di almeno una sostanza psicoattiva illegale (pari al 26% di tutti gli studenti di 15-19 anni) ha utilizzato due o più sostanze illegali: il 5,3% ne ha utilizzate due, per il 2% sono state tre le sostanze assunte e quattro o più per la restante parte (3,2%).

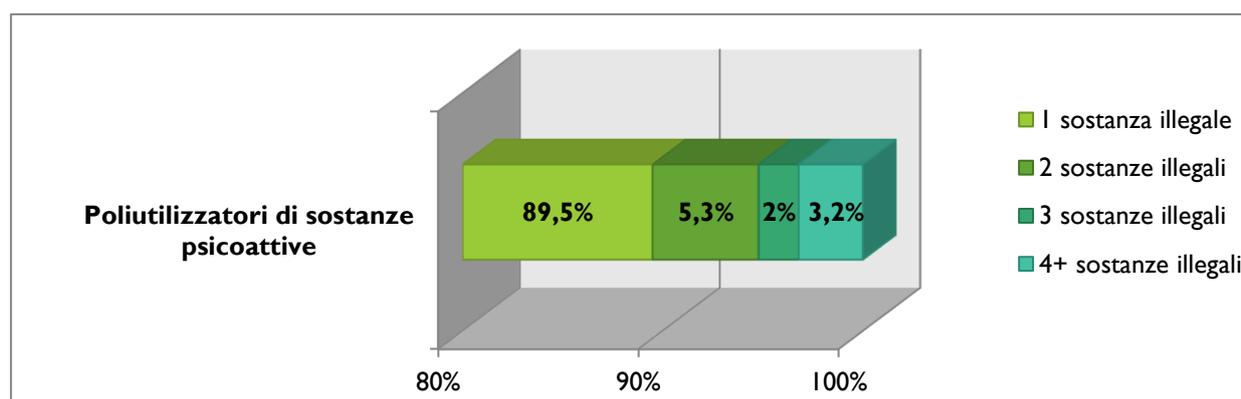
Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabis durante l'anno, l'83% ha fatto un uso esclusivo della sostanza, mentre tra i consumatori di altre droghe la maggior parte ha utilizzato tre o più sostanze: la cannabis risulta consumata dalla quasi totalità dei consumatori delle altre sostanze illegali.

Tra i *poliutilizzatori* anche il consumo di cannabis risulta più a rischio: per il 56,5% di questi il test di screening Cannabis Abuse Screening Test (CAST) ha delineato un profilo di consumo a rischio/problematico (contro il 19,6% tra chi ha usato esclusivamente cannabis).

Nella popolazione studentesca, i *poliutilizzatori*, si differenziano anche per il consumo delle sostanze psicoattive lecite: il 17,5% ha usato alcolici tutti i giorni o quasi rispetto all'8,3% dei consumatori di una sola sostanza illegale.

Nel Grafico C vengono presentate nel dettaglio le tendenze di *policonsumo* nel target indicato:

**Grafico C - I poliutilizzatori di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca (Fonte: IFC-CNR 2017)**



Le stime condotte nel 2017 confermano un sensibile cambiamento nella composizione dei modelli di consumo delle sostanze psicoattive, a favore di un aumento di quelli più pericolosi per gli utilizzatori: aumentano infatti sia le frequenze d'uso che il *poliuso* di tutte le sostanze, oltre che il cosiddetto uso problematico di cannabis.

## Offerta e domanda di trattamento

I servizi pubblici per le dipendenze (SerD) in Italia sono 570, dislocati in 611 sedi ambulatoriali. Gli operatori dedicati sono 7.186: per ciascun operatore risultano in carico circa 18 utenti, con una forte variabilità interregionale.

Le strutture socio-riabilitative private accreditate presenti sul territorio nazionale sono 922, il 70,4% sono residenziali, il 16,3% semi-residenziali, il 13,3% ambulatoriali. Il 58% delle strutture è dislocato nelle regioni settentrionali.

Oltre ai tradizionali servizi ambulatoriali e alle comunità terapeutiche per le tossicodipendenze, distribuiti in modo capillare sul territorio nazionale, alcune Regioni hanno implementato specifici servizi trattamentali, pubblici e del privato-sociale accreditato, di primo livello, come centri a bassa soglia, *drop-in* e/o unità mobili specialistiche educative, che favoriscono sia il contatto precoce con giovani consumatori sia l'aggancio con i soggetti tossicodipendenti che sfuggono ai servizi tradizionali.

**Il modello organizzativo** dell'offerta di trattamento si articola in:

- **strutture di pronta accoglienza:** offrono programmi di primo livello, incentrati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati;
- **servizi pedagogico-riabilitativi:** offrono percorsi trattamentali completi di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza, tramite interventi con una forte componente di tipo pedagogico-educativa;
- **servizi terapeutico-riabilitativi:** offrono programmi di trattamento di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza basati su interventi di tipo anche psicologico;
- **servizi specialistici** per specifiche tipologie di utenza come, ad esempio, minori tossicodipendenti, nuclei familiari, soggetti con figli, utenti con comorbidità psichiatrica (psicopatologia associata al consumo di sostanze).

A livello territoriale il 58% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti in Italia è dislocato nelle regioni del Nord. Il 19% del totale delle strutture si trova nelle regioni centrali e il restante 23% nelle regioni del Sud e nelle Isole. Questo dato corrisponde in media a 1,5 strutture ogni 100.000 residenti. Il 70% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti sul territorio nazionale è di tipo residenziale. Le strutture semi-residenziali invece rappresentano il 16% del totale, mentre il restante 13% è costituito da strutture ambulatoriali<sup>5</sup>.

**Tabella A - Il dettaglio delle strutture pubbliche in Italia e in Lombardia<sup>6</sup>.**

Regione/PA	N°SerD	N°Sedi ambulatoriali corrispondenti	OPERATORI			
			Totale	N° per sede	N° utenti/operatore	Tasso per 100.000 residenti
Lombardia	82	87	1.010	11,6	20,9	10,1
Italia	570	611	7.186	11,8	18,1	11,9

Nel 2017 gli utenti in carico ai SerD sono stati 129.945, il 16% dei quali risulta trattato per la prima volta. L'età media dell'utenza trattata è 39 anni, mostrando un progressivo invecchiamento: il 53% dell'utenza in carico nell'anno ha 40 anni o più (8,5% del 1997). Il 63% è in carico per uso primario di eroina e il 21% di cocaina, mostrando rispettivamente un evidente calo e un aumento rispetto agli anni passati.

Gli assistiti in trattamento hanno mediamente 39 anni, con un'età media più bassa (circa 32 anni) fra i soggetti trattati per la prima volta nel 2017. L'86,1% è in trattamento per problemi droga-correlati e di genere M (rapporto M/F pari a 6,2), pari all'86,5% tra i nuovi utenti e all'86,1% tra quelli già in carico.

<sup>5</sup> Fonte: Ministero dell'Interno Anno 2017.

<sup>6</sup> Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria. Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze.

Si osserva nel tempo un progressivo e costante invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento: la percentuale di assistiti di età superiore ai 39 anni passa dall'8,5% del 1997 al 53,3% del 2017; parallelamente si osserva una diminuzione delle classi di età più giovani.

**Il rapporto tra utenti maschi e utenti femmine** continua ad evidenziare, come per gli anni precedenti, una preponderante presenza maschile pari, mediamente, all'83% circa del totale degli utenti. Al 31 dicembre 2017 il 68,9% degli utenti è risultato in trattamento presso strutture residenziali, il 22,7% in strutture ambulatoriali e il rimanente 8,5% in strutture semi-residenziali.

Nel 2017 hanno presentato almeno una patologia psichiatrica 9.925 assistiti<sup>7</sup> (9.086 nel 2016) pari al 7,9% degli assistiti in trattamento presso i SerD. Il 64,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 18,1% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,5% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,7% da depressione e l'1,4% da mania e disturbi affettivi bipolari.

I soggetti tossicodipendenti presenti in carcere al 31 dicembre 2017 erano 14.706, pari al 25,5% dell'intera popolazione carceraria, senza sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti. In Liguria, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia si registrano le quote più elevate di detenuti tossicodipendenti.

L'efficacia delle misure alternative, misurata nella percentuale di revoche, è molto alta, le revoche sono infatti pari al 10,2% degli affidamenti. I soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa sono stati 3.146 e coloro che hanno usufruito di una sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità sono stati 447.

Oltre ai trattamenti specificatamente rivolti all'utenza tossicodipendente, la maggior parte delle Regioni riferisce un'ampia disponibilità e copertura di percorsi trattamentali differenziati sulla base delle diverse tipologie di utenza. In particolare, per bambini e adolescenti 8 Regioni sulle 18 rispondenti riferiscono che questo tipo di utenza è totalmente presa in carico; in 6 regioni, invece, il trattamento è erogato alla maggior parte, ma non a tutti. Nelle restanti 4 regioni tale utenza risulta scarsamente trattata. Per le famiglie con bambini, in 7 regioni questo tipo di utenza risulta completamente presa in carico, mentre in 8 regioni questo trattamento è riservato solo ad una quota, se pur estesa, di utenza e in 2 risulta scarsa o assente.

Per quanto riguarda le comunità terapeutiche, in media le persone in trattamento presso strutture socio-riabilitative private accreditate sono state 15.412 (14.865 al 30 giugno e 15.959 al 31 dicembre 2017). Attraverso la lettura dei dati relativi ai due semestri è possibile verificare come il numero degli utenti presso le strutture socio-riabilitative sia in aumento rispetto a quello rilevato nell'anno precedente. Infatti nell'anno 2016 il numero medio di utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private accreditate è stato di 14.987 (14.411 al 30 giugno e 15.563 al 31 dicembre 2016).

Con riguardo alla localizzazione, il maggior numero di utenti si è registrato in Lazio (3.031), Lombardia (2.695), Emilia Romagna (2.578), dove solo la comunità di San Patrignano accoglie 1.145 utenti, e in Veneto (1.235). Il rapporto tra utenti maschi e femmine continua ad evidenziare, come per gli anni precedenti, una preponderante presenza maschile pari, mediamente, all'83% circa del totale degli utenti. Al 31 dicembre 2017 il 68,9% degli utenti è risultato in trattamento presso strutture residenziali, il 22,7% in strutture ambulatoriali e il rimanente 8,5% in strutture semi-residenziali (Tabella B).

**Tabella B - Le comunità terapeutiche in Italia e in Lombardia<sup>8</sup>.**

Regione/PA	Residenziali		Semi Res.		Ambulatoriali	
	Sedi	N° soggetti	Sedi	N° soggetti	Sedi	N° soggetti
<u>Lombardia</u>	133	2.428	13	147	10	120
<u>Italia</u>	608	10.988	131	1.352	103	3.619

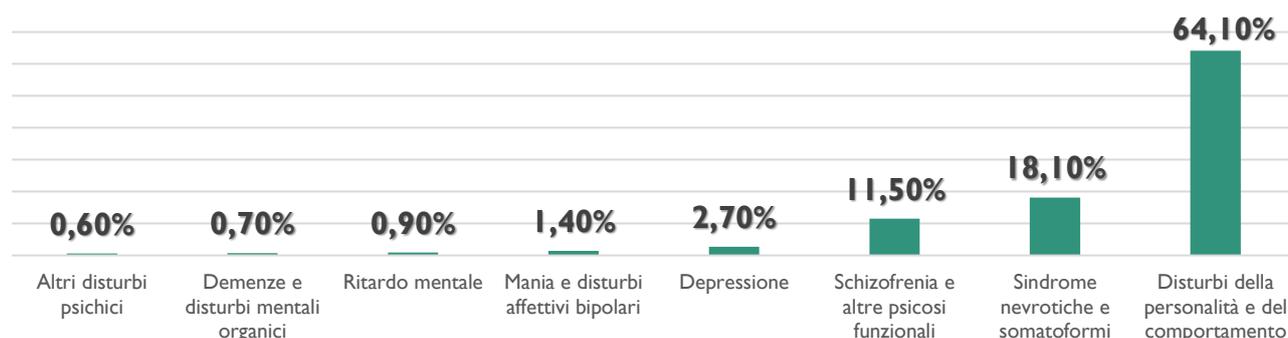
<sup>7</sup> La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante; il dato risulta sottostimato (poiché non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (i servizi sono distribuiti in modo non uniforme in quantità e qualità).

<sup>8</sup> Le strutture socio-riabilitative sono classificate secondo tre tipologie di offerta: strutture residenziali (con ospitalità e attività permanenti e continuative per 365 giorni e 24 ore al giorno), strutture semi-residenziali (ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali, e strutture ambulatoriali (nelle quali l'ospitalità e le attività sono inferiori alle 40 ore settimanali). Nella tabella sono indicati il numero di servizi socio-riabilitativi per le dipendenze rilevati e numero di soggetti presenti al 31/12/2017.

Per quanto riguarda i soggetti in doppia diagnosi, 10 regioni su 18 rispondenti riferiscono per questo tipo di utenza una disponibilità trattamentale completa (tutte o quasi tutte le persone vengono trattate), mentre in 6 regioni tale disponibilità risulta estesa (molte persone ma non tutte) e in 2 scarsa (poche persone ricevono trattamenti specifici).

Nel 2017 hanno presentato almeno una patologia psichiatrica 9.925 assistiti (9.086 nel 2016) pari al 7,9% degli assistiti in trattamento presso i SerD. Il 64,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 18,1% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,5% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,7% da depressione e l'1,4% da mania e disturbi affettivi bipolari<sup>9</sup> (Grafico D).

**Grafico D - Distribuzione percentuale per tipologia di patologia psichiatrica concomitante negli utenti in trattamento nei SerD<sup>10</sup>.**



Rispetto agli utenti con procedimenti/reati droga-correlati non reclusi in carcere, 11 regioni sulle 18 rispondenti riferiscono un'ampia disponibilità di trattamenti per questo tipo di utenza, 5 riferiscono una disponibilità più contenuta e in 2 regioni risulta scarsa o assente. Per gli utenti con più di 40 anni di età la maggior parte delle regioni rispondenti (10 su 18) riferisce una completa presa in carico di questo tipo di utenza, mentre in 6 regioni tale disponibilità risulta riservata alla maggior parte, ma non a tutti, degli utenti over 40 e in 2 regioni tale disponibilità risulta scarsa. Le donne in stato di gravidanza e post-partum in 10 regioni sulle 18 rispondenti risultano totalmente prese in carico, mentre in 5 regioni sono limitatamente trattate e 3 in regioni lo sono scarsamente. Per le persone senza fissa dimora, 6 regioni riferiscono una copertura totale, 8 una copertura estesa, mentre in 4 regioni la copertura è da scarsa ad assente.

Nella Tabella C è possibile osservare il numero di soggetti in cura presso i servizi per le dipendenze, distribuiti secondo la tipologia di prestazione erogata:

**Tabella C - Numero di soggetti e di prestazioni totali per utente erogate per tipologia di prestazione (Dati 2016).**

Tipologia Prestazione	N° Utenti	% su totale utenti (=124.872)	N° prestazioni	Prestazione per utente
Farmacologica	62.331	49,9%	11.170.191	179,2
Sanitaria	95.878	76,8%	1.831.148	19,1
Altro	92.505	74,1%	1.337.412	14,5
Psicosociale	91.132	73%	1.295.088	14,2
Inserimento in C.T.	2.849	2,3%	9.264	3,3
<b>Totale</b>			<b>15.643.103</b>	<b>125,3</b>

Rispetto all'utenza *sex workers*, 6 regioni hanno riferito una copertura totale e altrettante 6 una copertura estesa, per 6 risulta da scarsa ad assente. Persone transessuali, bisessuali, omosessuali in 7 su 18 delle regioni hanno una copertura totale, in 5 una copertura estesa, mentre in 6 regioni la copertura è da scarsa ad assente. Per i migranti, 1 delle 18 regioni (Campania) rispondenti riferisce una copertura totale, la Sardegna riferisce copertura ridotta nel resto delle regioni l'informazione non è disponibile.

<sup>9</sup> La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante; il dato risulta sottostimato (poiché non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (i servizi sono distribuiti in modo non uniforme in quantità e qualità).

<sup>10</sup> Fonte dei dati: SIND – Anni 2016 – 2017.

Relativamente alle persone con abuso di cocaina che non si rivolgono ai servizi ordinari, la Regione Campania riferisce una copertura totale, la Sardegna riferisce copertura ridotta, mentre per il resto delle regioni l'informazione non è disponibile. Per gli adolescenti e giovani che consumano droghe nei contesti del divertimento, la Regione Campania riferisce una copertura totale e la Sardegna una copertura ridotta; per il resto delle regioni l'informazione non è disponibile. Rispetto all'erogazione del trattamento farmacologico sostitutivo, 8 regioni su 18 hanno riferito non esserci alcun tempo di attesa, mentre in 6 regioni tali tempi risultano inferiori a due settimane, a causa principalmente di risorse limitate o per l'espletamento di procedure formali<sup>11</sup>.

Per quanto concerne i consumi di alcool, si osserva una diminuzione del numero degli astemi e una conseguente crescita dei consumatori, specie gli occasionali; non diminuiscono i consumi medi pro-capite e i bevitori a rischio stimati in 8,6 milioni (23 % circa dei maschi e il 9% delle femmine): oltre 2,7 milioni di anziani e 700mila minori (in particolare aumento tra le ragazze)

Non si arresta la tendenza al bere sino ad ubriacarsi (12% maschi, 3,5% femmine), con circa 4 milioni di *binge drinkers*, registrando oltre 39mila accessi in Pronto Soccorso per intossicazione etilica.

Inoltre, si rileva una diminuzione degli alcolodipendenti in carico ai servizi: circa 68mila (il 27% è composto da nuovi utenti) poco meno del 10% dei 690mila consumatori che hanno già un danno da alcool che richiederebbe un trattamento non erogato, perché non intercettati dalle strutture e dal personale del Servizio Sanitario Nazionale, in sofferenza per l'aumento complessivo delle dipendenze.

Nel dettaglio (Tabella D) i trend nazionali e regionali del consumo di alcol (Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie):

**Tabella D - I consumi di alcool – TREND Nazionale e Regionale (Dati 2016).**

Regione	Vino		Birra		Aperitivi Alcolici		Amari		Super alcolici	
	Maschi	Femmine	M	F	M	F	M	F	M	F
Lombardia	65,3	42,0	60,8	33,6	44,7	28,7	39,3	16,7	41,4	16,4
Italia	64,9	39,3	62,5	34	44,8	25,3	41,5	16,1	37,3	14,5

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2016 è stata del 75,3% tra gli uomini e 55,7% tra le donne, valore per queste ultime superiore alla media nazionale. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media nazionale e rispetto al 2015 si registra un incremento di 5,4 p.p.

### **Interventi di prevenzione in ambito territoriale**

Il processo di attuazione degli interventi di prevenzione coinvolge diversi organi istituzionali: Dipartimento Politiche Antidroge, Regioni/Province Autonome, Aziende Sanitarie Locali, Servizi pubblici per le Dipendenze e organizzazioni del privato-sociale accreditato, con diversi livelli di pianificazione e operatività sulla base delle diverse responsabilità e competenze. Le Regioni e le Province Autonome (PA) in particolare adottano piani d'azione specifici che svolgono un ruolo strategico di gestione, programmazione e valutazione.

L'obiettivo di questo contributo è di fornire una panoramica sugli interventi attivati in ambito regionale nell'area della prevenzione universale, selettiva e indicata. I dati analizzati sono stati estratti dai questionari standardizzati predisposti dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA. Il presente paragrafo è stato elaborato sulla base dei risultati dei questionari inviati per la compilazione dal DPA ai referenti delle Regioni e delle PA competenti per le dipendenze patologiche.

A fronte dell'invecchiamento progressivo della popolazione e della proiezione dell'aspettativa di vita tra le più alte al mondo, è necessario una sinergia di interventi per favorire il raggiungimento di un traguardo più generale di benessere psicologico, fisico e sociale che consenta alla persona di raggiungere e mantenere il potenziale personale nella famiglia, nella società e nei diversi momenti di vita. Tale obiettivo è raggiungibile a partire da una azione capillare di corretta informazione, sensibilizzazione e comunicazione rivolta a tutti cittadini, che può scaturire dall'integrazione tra il livello normativo, programmatico e operativo in ambito educativo, sociale, sanitario e socio sanitario. È necessario impostare progetti che riguardino la persona e la comunità nella sua interezza, con riferimento al benessere complessivo,

<sup>11</sup> Fonte: Ministero dell'Interno Anno 2017.

determinato da patrimonio genetico, ambiente fisico e sociale, comportamenti e stili di vita individuali e collettivi. È indiscutibile che i maggiori risultati raggiunti, in termine di prevenzione, siano da attribuire alle azioni di sistema che hanno consentito che la società, nel suo complesso, migliorasse le condizioni dell'ambiente, delle abitazioni, degli ambienti di vita collettiva e dei luoghi di lavoro, dei servizi di distribuzione dell'acqua, della raccolta e smaltimento dei rifiuti, della produzione e preparazione degli alimenti. Occorre sviluppare una cultura che orienti la popolazione generale verso la tutela della salute: le indicazioni dell'Unione europea (UE) in questo settore puntano in modo particolare sul miglioramento del livello di coordinamento fra i diversi settori delle politiche di intervento (sanitarie, sociali, educative, culturali, di contrasto, ecc.) e sull'innalzamento del livello qualitativo e metodologico degli interventi messi in campo. Costruire strategie e applicare azioni condivise significa costruire coordinamento tra attori con culture di appartenenza, filosofie di intervento e approccio metodologici molto diversi tra loro, sono da adottare prioritariamente pertanto programmi di promozione della salute che abbiano l'obiettivo di contribuire alla costruzione di capacità individuali e collettive (capacity building); l'approccio più efficace per costruire un substrato culturale portatore di competenze basate su consapevolezza e capacità critica deve necessariamente essere basato sulla strategia del lavoro di rete e dello sviluppo di partnership e programmi di intervento intersettoriale. È in tal senso che deve essere orientata una strategia preventiva in grado di contrastare il diffondersi di dipendenze, in particolare nel caso del gioco d'azzardo che in determinate condizioni può diventare una patologia.

### **Prevenzione ambientale**

La prevenzione ambientale è una strategia che mira a limitare l'adozione di comportamenti a rischio attraverso la modifica dei fattori ambientali influenzando le scelte rispetto all'uso di sostanze psicoattive. Mentre gli approcci tradizionali alla prevenzione dell'uso sono focalizzati principalmente sull'avvisare o informare sui rischi correlati allo stesso, la prevenzione ambientale prevede azioni volte a modificare o influenzare l'ambiente fisico, le condizioni di comunità, le istituzioni, le strutture e le politiche in cui le decisioni vengono definite ed adottate (per esempio regolamentando la distribuzione di alcolici e la vita notturna). I Piani regionali sottolineano l'importanza di promuovere e sostenere l'adozione di programmi di promozione della salute e, in particolare, di buoni stili di vita e ambienti favorevoli, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai decisori alle comunità locali (responsabilizzazione della comunità). È a livello di comunità locale che i Piani di azione si sviluppano coinvolgendo attori istituzionali e non-istituzionali (ad esempio le scuole, le associazioni sportive, i locali pubblici) in una rete formale che consenta la più ampia diffusione sia verso la popolazione generale sia verso gruppi vulnerabili. In particolare i Piani di prevenzione ambientale contro l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol e il fumo di tabacco, mirano a mantenere un alto grado di disapprovazione sociale nei confronti del consumo di queste sostanze nonché una corretta percezione del rischio e del danno (fattori importanti per ridurre l'uso) derivanti anche da un consumo occasionale.

### **Prevenzione universale**

Gli interventi di prevenzione universale sono volti alla sensibilizzazione della popolazione generale e rappresentano lo strumento che consente di raggiungere la maggioranza degli individui. I target principali di questo programma sono le comunità (intese come luoghi, contesti o collettività locali), le famiglie e, come target d'elezione e la popolazione giovanile, in particolare nelle scuole.

L'obiettivo della prevenzione universale è quello di ridurre i comportamenti a rischio, compresi quelli correlati all'uso di sostanze, fornendo informazioni e competenze per ritardare o evitare l'iniziazione al consumo e la promozione di comportamenti consapevoli utili al raggiungimento del benessere.

Nella prevenzione universale si presume che tutti i membri della popolazione condividano lo stesso rischio generale di consumo di sostanze, sebbene il rischio possa variare notevolmente tra gli individui.

La prevenzione universale in ambito delle tossicodipendenze mira non solo a contrastare l'uso di sostanze psicoattive, ma soprattutto a ridurre i fattori di rischio e i comportamenti problematici attraverso l'acquisizione di competenze e abilità personali.

### **Prevenzione selettiva e indicata**

Gli interventi di prevenzione selettiva sono rivolti a gruppi specifici di persone che potenzialmente hanno maggiori probabilità di approcciare al consumo di sostanze stupefacenti o di progredire nella dipendenza, mentre quelli di prevenzione indicata sono indirizzati a persone che manifestano problemi comportamentali o psicologici che possono essere predittivi dello sviluppo di un uso problematico di sostanze e di dipendenza.

Tra le Regioni rispondenti, sono 11 quelle impegnate in progetti di prevenzione selettiva e/o indicata: sono stati attuati 34 progetti di prevenzione selettiva, 16 di prevenzione indicata e 6 per entrambe le aree.

### **Interventi di prevenzione in ambito scolastico**

Dallo studio Espad@Italia 2018 è emerso che oltre un terzo degli studenti italiani ha assunto almeno una sostanza stupefacente nella vita e più di un quarto nel corso dell'anno.

Oltre alla diffusione del consumo di sostanze, dall'indagine emerge anche una serie di altre informazioni relative alle percezioni circa il rischio che comporta la loro assunzione e alla facilità di reperimento delle stesse.

La facilità di reperimento riferita varia molto da sostanza a sostanza: quella considerata la più semplice da procurarsi è la cannabis (48,2%), seguita da cocaina (14,7%) e stimolanti (12,2%); il 9% degli studenti pensa di potersi procurare facilmente allucinogeni e il 7,5% eroina. Le sostanze ritenute meno facili da recuperare sono la Ketamina (5,9%) e il GHB (4,6%). Per tutte le sostanze sono sempre gli studenti di genere maschile a riferire una maggior semplicità di reperimento.

Gli studenti riferiscono inoltre di conoscere luoghi dove recarsi o rivolgersi per reperire sostanze stupefacenti: il 51,3% lo ha affermato riferendosi alla cannabis, il 20,6% a cocaina/crack e il 16% a stimolanti; più basse le quote relative a cannabinoidi sintetici (14,2%), eroina (12,9%) e allucinogeni (12,4%). I luoghi più popolari fra gli studenti che hanno riferito di conoscerne sono: la strada, indicata per tutte le sostanze almeno dal 60% di questi studenti, e la discoteca, che oscilla da quasi il 27% a poco più del 49% a seconda delle sostanze.

Anche il rivolgersi direttamente a uno spacciatore è indicato frequentemente: il 23/26% lo farebbe per i cannabinoidi, sintetici e non; per tutte le altre sostanze viene indicato almeno da un terzo degli studenti che affermano di conoscere un posto dove recuperarle.

Anche la percezione della pericolosità relativa all'uso di sostanze stupefacenti varia da sostanza a sostanza: quasi il 64% degli studenti reputa sia molto rischioso provare eroina e/o cocaina; la sperimentazione di stimolanti, invece, è ritenuta rischiosa dal 58,6% dei ragazzi; segue la percezione del rischio delle nuove sostanze psicoattive - NSP (55,8%), degli allucinogeni (55,1%), dell'uso regolare di cannabis (52,1%) e la sperimentazione di cannabinoidi sintetici (43,3%); il rischio più basso è percepito relativamente all'uso occasionale di cannabis (25,6%).

In questo contesto le attività di prevenzione risultano fondamentali: la scuola, infatti, veicola alcuni dei principali fattori di protezione contro l'uso delle sostanze, come l'istruzione, le relazioni sociali, le norme e l'abilità.

Dall'ultimo studio ESPAD@Italia emerge che nel 2018, oltre la metà (56%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano regionale/provinciale/locale sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive.

Il 93,5% degli istituti adotta un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco e alcol e il 48,9% ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, mostrando un incremento rispetto al 2017, nonostante il trend risulti costantemente in calo dal 2009.

Gli interventi per la prevenzione del consumo di sostanze psicoattive svolti con l'ausilio di specifici strumenti e manuali vengono adottati dal 13,3% degli istituti, quelli articolati su più moduli dal 74,1%; sono circa il 5% le scuole che adottano programmi genere specifici. Gli istituti scolastici che prevedono l'intervento di esperti esterni (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, ecc.) nei programmi di prevenzione sono il 98,6%. Il 38,8% degli istituti prevede la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive.

L'analisi delle specifiche progettualità svolte evidenzia che nel 2018 circa l'80% degli istituti scolastici superiori ha riferito di aver svolto almeno un progetto di prevenzione. La maggior parte dei progetti affronta le tematiche del benessere personale (61,4%) e del consumo delle sostanze psicoattive, legali e illegali (54,4%). Il 39,7% degli interventi riguarda tematiche del disagio personale, mentre il 32,6% gli argomenti su sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (MST)<sup>1</sup>. Per oltre la metà (58,4%) dei progetti censiti l'obiettivo prioritario riguarda l'accrescimento della conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio, con un decremento rispetto alle

precedenti rilevazioni (65,9% nel 2007, 67,4% del 2011, 67,9% nel 2017); seguono i progetti che hanno come scopo il miglioramento del clima scolastico (15%), quelli finalizzati ad accrescere il livello di informazione sui servizi di aiuto (10,3%) e quelli che puntano allo sviluppo di abilità di fronteggiamento e capacità personali e/o sociali (8,4%). Nel 37,1% dei casi le scuole svolgono le attività e i progetti di prevenzione senza finanziamenti specifici, utilizzando le risorse e le professionalità a disposizione degli

istituti; il 32,9% prevede l'utilizzo di fondi specifici stanziati direttamente dall'istituto scolastico, il 30% è finanziato dai Ministeri competenti (come MIUR, Ministero della Salute) o da Enti Locali (Comune, Provincia, Regione) e la restante quota da fondi erogati da Enti privati (come Fondazioni, Associazioni). Per oltre la metà dei progetti censiti, i responsabili della realizzazione sono gli insegnanti stessi (57,1%), seguiti da psicologi (9,5%), da personale sanitario come medici e infermieri (10,0%), dalle Forze dell'Ordine (5,5%) e per la restante quota (17,9%) da altre figure, come gruppi dei pari, genitori, educatori e assistenti sociali. Di seguito vengono descritti gli andamenti temporali congiunti di alcune stime di prevalenza rilevate dallo studio ESPAD®Italia e della percentuale di istituti che organizzano attività di prevenzione. La Figura 10.1.2 evidenzia che, nelle diverse annualità, al diminuire della quota di istituti scolastici che hanno avviato progetti/attività di prevenzione dei consumi psicoattivi corrisponde una tendenza all'aumento della prevalenza di consumatori frequenti di almeno una sostanza illegale nell'ultimo mese (20 o più volte per la cannabis e 10 o più volte per le altre sostanze): questi ultimi passano, infatti, dal 3,4% nel 2007, al 3,6% nel 2012, al 4% nelle ultime due rilevazioni.

Uno scenario simile si presenta comparando il trend della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive con le stime di prevalenza riferite all'utilizzo di cannabis. Nel corso del tempo, infatti, all'aumento sia del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi, sia dell'uso frequente della sostanza, corrisponde una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione. Si rileva un trend in calo della quota di istituti che hanno attuato progetti/attività di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive, che passa da circa il 60% del 2008 al 48,9% nel 2018. La prevalenza di cannabis nell'ultimo anno passa da circa il 23%

nel 2007 al 26% circa nel 2017 e nel 2018, mentre l'uso frequente della sostanza va dal 2,7% nel 2007 al 3,2% nel 2013, per raggiungere il 3,4% nell'ultimo studio.

Lo studio ESPAD®Italia, oltre alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali e illegali, presenta alcune sezioni tematiche che hanno l'obiettivo di rilevare altre abitudini e comportamenti, come provare sostanze stupefacenti, mettersi alla guida e/o danneggiare beni pubblici o privati dopo aver assunto droghe ecc. Inoltre, agli studenti viene chiesto se durante l'anno scolastico abbiano partecipato ad attività di prevenzione dei comportamenti a rischio/promozione del benessere.

Il 50,3% degli studenti ha dichiarato di non aver partecipato ad alcun intervento di prevenzione; della restante quota: l'80% ha partecipato ad attività di prevenzione del bullismo, il 74,3% delle sostanze psicoattive, il 51,8% sull'utilizzo consapevole di Internet e il 30% circa sulla prevenzione del gioco d'azzardo e ad attività sulla guida sicura.

È interessante osservare che tra gli studenti che non hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sul consumo di sostanze psicoattive risultano più elevate le percentuali di chi non sa esprimere un'opinione relativamente al grado di rischio associato all'uso delle sostanze rispetto alla quota di coloro che, invece, hanno riferito di avervi partecipato.

Si osserva, inoltre, che la quota di chi ha avuto la possibilità di utilizzare cannabis e ha deciso di non assumerla risulta superiore tra coloro che hanno svolto attività di prevenzione specifica all'uso di sostanze rispetto a chi non vi ha partecipato (40,7% vs 32,5%).

### **Riduzione del danno: interventi di bassa soglie e prossimità**

Nel territorio di ATS Insubria sono attivi cinque progetti di aggancio e riduzione del danno con équipe e territori di riferimenti differenti nell'ambito di interventi a favore di giovani e adulti a grave rischio di marginalità:

- “Party Con Noi – Como” punta a promuovere l'inclusione e ridurre l'esclusione sociale attraverso il sostegno a stili di vita sani, lo sviluppo di coesione e competenze individuali e di comunità.
- “Progetto Bridge – Como” mira in primis al pronto intervento sociale e alla presa in carico delle situazioni di bisogno individuale determinatesi a seguito di una condizione di precarietà e di emarginazione conclamata;
- “Discobus – Varese” è un servizio di informazione specifica e di riduzione dei rischi personali, sociali e sanitari connessi all'uso e all'abuso di alcol di sostanze legali e illegali;
- “Take a Break – Gallarate” nasce con l'obiettivo di intercettare il bisogno di adolescenti, giovani e giovani adulti, in merito a situazioni di tensione, disagio sociale e/o presenza di dipendenza coesistenti, di norma, con altre problematiche sociali e familiari;
- “La prossimità che include – Varese” punta a stabilizzare le modalità di intervento nell'ambito dell'aggancio e riduzione del danno, potenziando e sistematizzando l'offerta di prestazioni che

favoriscono l'uscita dalla situazione di emergenza acuta e l'accesso all'offerta socio-sanitaria e/o formativa-occupazionale rivolta alle diverse situazioni di fragilità.

A partire dai fenomeni rilevati dalle unità mobile di strada, gli interventi di riduzione del danno mirano a consolidare e a regolare interventi personalizzati di inclusione dei soggetti marginali, con differenti intensità di presa in carico:

- Aggancio e/o accesso spot, con finalità relative al mantenimento del minimo vitale presso l'Unità di strada e il drop in;
- Presa in carico parziale, con progetti con caratterizzazione sociale e tutela della salute;
- Presa in carico di accompagnamento in percorsi strutturati con azioni di inclusione sociale e inclusione attiva.

In questo quadro fenomenico lo sforzo delle organizzazioni attive in città è quello di raccordare le opportunità del territorio, renderle accessibili a tutte le persone incontrate, favorire percorsi integrati tra i servizi per le persone multiproblematiche.

Sul territorio cittadino, in particolare nei luoghi in cui si realizzano le attività di progetto, gli operatori mirano a costruire azioni di mediazione e coinvolgimento del tessuto sociale con la finalità di contenere le preoccupazioni dei cittadini rispetto alla presenza di soggetti marginali e massimizzare la ricaduta in termini di sicurezza dei quartieri interessati. L'obiettivo generale degli operatori è stabilizzare le modalità di intervento nell'ambito dell'aggancio e riduzione del danno, potenziando e sistematizzando l'offerta di prestazioni in funzione dei bisogni diversificati della popolazione target, perseguendo obiettivi personalizzati e temporizzati, che favoriscono l'uscita dalla situazione di emergenza acuta e l'accesso alla rete di offerta socio-sanitaria e/o formativa occupazionale rivolta alle diverse situazioni di fragilità. Il presente obiettivo generale è raggiungibile attraverso una serie di obiettivi correlati che concorrono alla messa a sistema del modello di intervento, con particolare riguardo al pronto intervento sociale e alla presa in carico delle situazioni di bisogno individuale determinatesi a seguito di una condizione di precarietà e di emarginazione conclamata, anche per abuso di sostanze, al fine di contenere o ridurre il danno prodotto. Oltre all'intervento di Unità di strada, nel territorio di ATS Insubria sono presenti due servizi di drop in (Varese e Como) improntati a garantire un primo contatto con l'utenza target e prevede l'ascolto della domanda con una prima risposta immediata a bisogni primari contestualmente alla somministrazione del profilo di rischio.

La conoscenza e l'aggancio favoriscono l'occasione di accessi ripetuti e l'avvio di relazioni d'aiuto più strutturate. In entrambi i contesti si organizzano: spazi di tregua, somministrazione generi di prima necessità (acqua, bevande calde, zucchero, fazzoletti, pacchetti di biscotti monodose), servizio doccia, lavatrice, ricarica cellulare e internet, distribuzione materiale sanitario e di profilassi (preservativi, siringhe, disinfettante, soluzione fisiologica, mascherine e gel disinfettante in osservanza alle indicazioni per la prevenzione Covid-19), raccolta di siringhe usate nonché le attività di informazione e orientamento ai servizi del territorio.

## **Il gioco d'azzardo patologico**<sup>12</sup>

Il rapporto di ricerca IFC-CNR "Consumi d'Azzardo 2017" approfondisce la diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD®Italia. Dalla rilevazione IPSAD®2017-2018 emerge che il 42,8% della popolazione italiana tra i 15 e i 64 anni, corrispondente a circa 17 milioni di persone, ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi dodici mesi. Il dato di prevalenza relativo a coloro che hanno giocato d'azzardo nel corso della vita si attesta al 51,7% nella popolazione generale (15-64 anni), al 51,1% tra i giovani adulti italiani (15-34 anni) e al 41,5% nei 65-74enni. Il trend delle prevalenze riferite a tutte e tre le popolazioni risulta in crescita. Tali risultati sottolinea il rapporto di ricerca IFC-CNR "Consumi d'Azzardo 2017" sono in linea con gli ultimi dati diffusi dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – AAMS che dal 2014 fanno registrare un continuo aumento dei volumi di gioco, per una raccolta che in Italia ha superato i 95 miliardi di euro nel 2016. Gli uomini sembrano avere una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: nella fascia d'età 15-64 anni il 51,1% degli uomini ha giocato nell'ultimo anno somme di denaro, contro il 34,4% delle donne. Focalizzando l'attenzione sui giovani adulti queste

<sup>12</sup> Dati IPSAD (Italian Population Survey Alcol Drugs, 2013-2017) Tratto dal rapporto di ricerca IFC-CNR "Consumi d'Azzardo 2017". Per approfondimenti: [https://www.epid.ifc.cnr.it/images/downloads/Report/Gioco/Consumi\\_azzardo\\_2017.pdf](https://www.epid.ifc.cnr.it/images/downloads/Report/Gioco/Consumi_azzardo_2017.pdf).

prevalenze tendono ad aumentare: tra i 15-34enni la prevalenza di giocatori è del 53,6% tra gli uomini e del 36,0% tra le donne. Questa differenza tra generi si assottiglia nella fascia d'età 65-74 anni, dove si rileva una prevalenza percentuale di gioco nell'ultimo anno pari al 39,1% per il genere maschile e al 27,1% per quello femminile. Il gioco maggiormente praticato nel 2017 è il Gratta&Vinci, che ha attratto il 74% di coloro che hanno giocato d'azzardo nel corso dell'anno. Seguono il Super Enalotto (42,5%), il Lotto (28,3%) e le scommesse sportive (28%). Il rapporto di ricerca IFC-CNR "Consumi d'Azzardo 2017" confrontando la popolarità dei diversi giochi registrata da IPSAD®2017-2018 con i volumi di gioco riportati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (AAMS, 2017), registra una sostanziale difformità che può essere riconducibile alle quantità di soldi spesi nelle diverse tipologie di giochi. In altre parole, mentre IPSAD® rileva il numero di individui che praticano le diverse tipologie di gioco (indipendentemente dall'ammontare di soldi spesi), le rilevazioni dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (2017) riportano le puntate dei giocatori. Il Gratta&Vinci (il gioco più diffuso in IPSAD®2017-2018), ad esempio, nella classificazione dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli è incluso nella macro-categoria delle Lotterie che pesa per circa il 10% sul totale della raccolta da giochi d'azzardo nel 2016. Quote ben più consistenti sono invece raccolte da Apparecchi e VLT. Per tutte le categorie di gioco confrontabili, entrambe le rilevazioni evidenziano una crescita negli anni. Infatti, sia i giochi a base sportiva, sia le Videolottery e slot machine, così come il Lotto e i giochi numerici a totalizzatore, mostrano un trend in crescita tanto nella raccolta AAMS quanto in IPSAD®.

Sulla base del CPGI (Canadian Problem Gambling Index), test di screening adattato e validato a livello nazionale (Ferris & Wynne, 2001<sup>o</sup>; b; Colasante et al., 2013), l'ultima rilevazione dello studio IPSAD®2017-2018 evidenzia che il 15,2% dei giocatori ha un comportamento definibile "a rischio minimo", mentre il 5,9% risulta "a rischio moderato". Lo studio indica inoltre che per il 2,4% dei giocatori il profilo di gioco risulta essere "a rischio severo" di gioco problematico. La quota di giocatori con profilo di gioco a rischio severo rilevata negli anni risulta in costante aumento (Bastiani et al., 2013; Bastiani et al., 2015). Il 39,1% dei giocatori intervistati ritiene sia possibile diventare ricco con l'azzardo se si hanno buone abilità, convinzione ancora più diffusa fra i problematici, 48,3%. Il 61,7% degli intervistati è convinto che l'abilità del giocatore sia determinante per vincere a poker texano e altri giochi con le carte, il 36% crede lo sia anche nelle scommesse. Ma alla domanda "nell'ultimo anno con il gioco sei andato in rosso, in pari o in attivo?" il 40,1% ammette di aver perso, il 48 dice di essere in pari e l'11,9% di aver vinto. Nella popolazione generale, il 58% riferisce di poter raggiungere un luogo dove poter giocare in meno di 5 minuti a piedi. Nel 2017 circa 1,4 milioni di italiani hanno poi giocato on-line. Chi gioca on-line lo fa in maggior parte utilizzando la smartphone.

### **Il gioco d'azzardo nell'età giovanile<sup>15</sup>**

Se nella popolazione adulta i giocatori d'azzardo aumentano è importante sottolineare che nella popolazione studentesca (15-19 anni) si registra una diminuzione dei dati. Nel corso del 2017 hanno giocato almeno una volta oltre un milione di studenti (36,9%), in calo rispetto agli 1,4 milioni (47,1%) di otto anni prima. Tra gli studenti la percentuale di maschi è quasi doppia rispetto alle coetanee (47,3% vs 26,3%). Anche i giocatori problematici diminuiscono tra gli studenti dall'8,7% dei giocatori del 2009 ai 7,1% del 2017. Tra i giovani come per gli adulti il gioco più diffuso è il Gratta&Vinci (64,7%) con una netta predilezione femminile, vi gioca infatti il 58,9% degli studenti contro il 75,5% delle coetanee. Al secondo posto si collocano le scommesse sportive, connotate in senso opposto: 66,9% dei ragazzi contro il 16,8% delle ragazze. Fra gli studenti con profilo problematico il gioco più diffuso sono le scommesse sportive (78,3%), a seguire gratta e vinci (70,4%) e altri giochi con le carte (48,7%). Il 33,4% degli studenti accede ai luoghi di gioco in meno di 5 minuti da scuola e il 28,4% in 10. Nel 2017 circa 200.000 studenti hanno poi giocato on-line a fronte dei 240.000 del 2016. Il 10,8% degli studenti ignora che nel nostro Paese è illegale giocare per gli under 18 e si stima che 580.000 (33,6%) studenti minorenni abbiano giocato d'azzardo nel corso dell'anno. La facilità di accesso ai luoghi di gioco è confermata dal dato che solo il 27,1% ha avuto problemi a giocare d'azzardo in luoghi pubblici perché minorenne. I dati HBSC Lombardia (studenti 11, 13 e 15enni) – Lombardia La ricerca HBSC realizzata nel 2014 ha delineato un quadro di rischio così articolato: il 42,7% dei 15enni ha scommesso o giocato denaro almeno una volta nella loro vita. In particolare, il 18,9% lo ha fatto 1-2 volte e l'8,2% 3-5 volte. Vi è, inoltre, una differenza consistente tra le affermazioni dei ragazzi e quelle delle ragazze (Figura 1): il 57,7% dei maschi dichiara di

<sup>15</sup> Dati ESPAD (European School Survey Project Alcohol Drugs, 2010-2017).

aver scommesso o giocato denaro almeno una volta nella vita mentre per le femmine la percentuale è pari a 27.1%.

Nel questionario sono stati inseriti anche due strumenti volti a rilevare la problematicità del gioco. Il 3.3% degli studenti di 15 anni mostra un gioco a rischio e il 0.3% problematico. Il livello di problematicità è, tuttavia, molto più diffuso tra i maschi: sono a rischio il 5.6% dei 15enni (contro lo 0.9% delle femmine) e hanno un gioco problematico lo 0.6% (contro nessuna ragazza).

### **Le azioni di contrasto**

Con Deliberazione n. XI/585 del 01/10/2018 “Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico-attuazione DGR n.159 del 29/05/2018 e D.C.R. n.1497 del 11/04/2017” Regione Lombardia ha dato mandato alle ATS di predisporre un Piano Locale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico (Piano Locale GAP). Il Piano Locale Gap di ATS Insubria, illustrato nel presente documento, rappresenta le azioni programmate, in forte integrazione con le ASST e tutti gli attori del sistema socio-sanitario del territorio nonché con gli Enti, i soggetti del terzo settore, le imprese e le associazioni di categoria, per la prevenzione del fenomeno GAP e la presa in carico dei giocatori patologici. Le azioni previste come da indicazioni regionali sono inerenti le seguenti aree d'intervento: - prevenzione mediante interventi di promozione della salute nei setting di comunità e nell'approccio individuale - intercettazione dei giocatori patologici e orientamento ai Servizi - diagnosi, presa in carico ambulatoriale e residenziale-semiresidenziale dei soggetti e reinserimento nel contesto sociale dei giocatori patologici - informazione della popolazione e comunicazione - formazione degli operatori della rete socio-sanitaria e assistenziale.

La finalità è quella di attuare azioni integrate, intersettoriali e *multistakeholder*, fondate su criteri di appropriatezza e sostenibilità al fine di potenziare l'azione sull'intero territorio di competenza di ATS attraverso la disseminazione di “buone pratiche”.

Il coordinamento del gruppo di lavoro trasversale che ha elaborato il documento è stato attuato dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria - UOC Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali. Hanno partecipato e contribuito attivamente, in base alle specifiche competenze, il Dipartimento PIPSS e Dipartimento PAAPS di ATS Insubria. Le tre ASST del territorio, rappresentate da ASST Sattelaghi, ASST Valle Olona e ASST Lariana, hanno altresì apportato il loro contributo individuando ognuna un piano di azione specifico in base alla propria realtà, alla propria situazione organizzativa e alle specifiche esigenze locali. Contestualmente sono inserite nel documento la ripartizione dei fondi assegnati ad ATS Insubria e una prima valutazione di massima circa l'impegno delle risorse economiche a disposizione di ATS e ASST. Il Piano Locale Gap rappresenterà parte integrante del Piano Integrato Locale annuale per la promozione della salute di ATS Insubria. Il Piano Locale GAP ha una prospettiva almeno triennale di sviluppo. Le attività qui descritte sono declinate per il 2019 ma proseguiranno in una logica incrementale nei successivi due anni.

Nell'ottobre 2013 con la Legge n. 8 “Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo” Regione Lombardia ha definito le azioni e i compiti in capo alle allora ASL e ai Comuni per controllare il gioco d'azzardo e per prevenire e curare il gioco d'azzardo patologico: sono state date indicazioni finalizzate alla prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo nonché al trattamento e al recupero delle persone che ne sono affette. A seguito di ciò le ex ASL di Como e Varese hanno predisposto a partire dal 2014 uno specifico Piano di intervento territoriale sul gioco d'azzardo patologico (Misura 1- DGR n.856/2013 Sensibilizzazione e informazione della popolazione) che prevedeva interventi nel contesto scolastico, di sensibilizzazione della popolazione generale, interventi formativi per target specifici (operatori sociali, sociosanitari, amministratori locali). Nel corso del 2016 queste azioni si sono integrate con i progetti di prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico D.d.u.o. n. 1934/2015 finanziati sul territorio. Sono stati finanziati da Regione Lombardia n. 5 progetti territoriali di prevenzione per la provincia di Como (Comuni di Como, Lomazzo, Olgiate Comasco, Erba, Tremezzina) e n. 6 (Samarate, Luino, Saronno, Buguggiate, Tradate, Varese) progetti per la provincia di Varese: sono stati effettuati interventi di sensibilizzazione della popolazione generale, incontri dedicati al target anziani, interventi formativi per amministratori locali, operatori dei servizi sociali e agenti della Polizia Locale. Successivamente sono stati finanziati da Regione Lombardia nel territorio di ATS Insubria n. 14 progetti territoriali di prevenzione (per la provincia di Como Comune di Como, Lomazzo, Cermenate e per la provincia di Varese Comune di Luino, Samarate, Saronno, Tradate, Varese, Busto Arsizio, Casale Litta e Cocquio T.). ATS è stata partner di n. 8 progetti e ha garantito la partecipazione a diversi tavoli tecnici e

cabine di regia in stretta collaborazione anche con UTR di Como e di Varese. Nel corso del 2017 si è dedicata particolare attenzione alla tematica per quanto riguarda il target lavoratori realizzando interventi informativi per le aziende iscritte al programma WHP e si è garantita la collaborazione per la formazione dei carabinieri del comando provinciale. Si è provveduto all'aggiornamento della locandina "informativa sul gioco d'azzardo" per il territorio ATS Insubria che gli esercenti hanno l'obbligo di esporre per la sensibilizzazione sulla problematica del gioco d'azzardo patologico con l'elenco dei servizi di cura territoriali. La stessa è pubblicata sul sito ATS Insubria (<http://www.ats-insubria.it/aree-tematiche/dipendenze>). Nel 2018 è proseguita la collaborazione con i Progetti di prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico (rif. Decreto n. 2379 del 7.3.2017) finanziati sul territorio, si sono realizzati n. 10 incontri per i lavoratori nelle aziende del territorio all'interno del programma WHP. Si è inoltre garantita la collaborazione con le scuole polo della formazione (ambiti 11, 12, 34, 35) per la progettazione e realizzazione della formazione per i docenti secondo la Convenzione tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per il sostegno ai progetti di sensibilizzazione nelle scuole sul contrasto al gioco d'azzardo – Anni scolastici 2017/2018 e 2018/2019. Tale formazione ha permesso di raggiungere n. 96 docenti individuati come referenti per il Gioco d'azzardo patologico di n. 72 scuole (tra Istituti Comprensivi e scuole secondarie di secondo grado). A partire da quanto già realizzato negli scorsi anni in collaborazione con Enti locali, Uffici di Piano, UST, associazioni e terzo settore, ASST, aziende del territorio si intende con il presente Piano andare a rafforzare ulteriormente il lavoro di rete, aumentare l'impatto delle azioni messe in atto, migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi.

Per quanto concerne l'Obiettivo Generale 3 (declinato in 4 Obiettivi Specifici), ATS ha declinato programmi e azioni con il fine principale di potenziamento delle opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla L.R. 23/15 e con l'aggiornamento dei LEA 2017, anche attraverso eventuali sperimentazioni di residenzialità. Il sottobiettivo 3.1 si è sviluppato intorno alla definizione di Poli Ospedalieri volti a favorire l'integrazione con il territorio (in particolare con i Servizi di cura SerD) e sensibilizzare/formare il personale sul problema GAP al fine intercettare il paziente e i familiari per un aggancio precoce e l'invio ai Servizi di cura.

Presso l'AssT Sette Laghi è allo studio la fattibilità (finalità, contenuti e organizzazione) di un vero e proprio sportello digitale che possa anche funzionare come "chat di aiuto" utilizzando l'apposita App (v. ad esempio "App to young"). Nel corso del 2022 è in programma un percorso formativo diretto ai MMG finalizzato all'approfondimento della problematica GAP e delle modalità di individuazione precoce dei soggetti a rischio GAP.

Oltre alle note criticità connesse alla situazione pandemica, si rileva una diffusa difficoltà nel fare emergere il sommerso del problema per sottovalutazione o stigma da parte dei pazienti, della popolazione e a volte anche del personale sanitario che intercetta la problematica. Le azioni di contrasto poste in essere dalle ASST riguardano principalmente attività di informazione, integrazione e confronto rivolte specificatamente al personale sanitario, il quale ha più volte sottolineato come nel contesto ospedaliero si tende ad affrontare prioritariamente altre problematiche sanitarie per le quali i pazienti giungono all'osservazione.

Per quanto riguarda il sottobiettivo 3.3, nel corso del primo piano locale è stata garantita l'attività clinica per il Disturbo da gioco d'azzardo anche attraverso l'utilizzo di strumenti per i colloqui a distanza che hanno consentito di assicurare la continuità dei percorsi assistenziali.

Il terzo Piano annuale di contrasto del Disturbo da Gioco d'azzardo coniugherà continuità delle attività già avviate e sperimentate nel corso dei due precedenti Piani annuali con nuove offerte sia sul piano clinico sia su quello della prevenzione selettiva e mirata per favorire la diagnosi precoce e la sensibilizzazione della popolazione. Un'attenzione particolare verrà ora riservata al "racconto" del lavoro svolto dagli operatori e alle "biografie" dei giocatori che entrano in contatto con i nostri Servizi / Sportelli / Interventi di prevenzione e formazione. Una narrazione che vuole essere al contempo uno sforzo di modellizzazione dei percorsi terapeutici elaborati dalle équipes ASST e una attenzione narrativa alle storie delle persone che tutti gli operatori hanno e andranno ad incontrare sul proprio percorso professionale.

Sul versante della continuità si darà seguito, potenziandoli, all'Ambulatorio specialistico per il trattamento dei Disturbi da Gioco d'Azzardo, agli sportelli informativi e di ascolto (tra cui i progetti "Vinci se smetti" e "Infoazzardo") e ai percorsi formativi di aggiornamento / approfondimento per operatori dei Servizi ASST, del territorio e del Terzo settore / Privato Sociale.

Sul versante innovativo si intende realizzare sia interventi terapeutici di gruppo per pazienti e familiari, nonché per genitori alle prese con adolescenti e giovani "troppo" coinvolti nel mondo digitale, sia

programmi innovativi di sensibilizzazione della popolazione, di adolescenti e giovani adulti, sul corretto approccio alle diverse tipologie di gioco. Si sperimenteranno anche modalità innovative di counselling mediante l'utilizzo di interfacce social (es. mediante la creazione di apposita App o l'utilizzo di social ormai tradizionali) stratificando in base alle preferenze di differenti target di popolazione. Presso i Servizi di Cura dell'AssT Valle Olona sono stati effettuati Gruppi Mindfulness per la prevenzione delle ricadute.

Per quanto riguarda il sottobiettivo 3.4, si è sviluppata presa in carico di pazienti con Disturbo da gioco d'azzardo e polidipendenti detenuti presso le Case Circondariali di Como, Busto Arsizio e Varese. Sul piano assistenziale / terapeutico sono state aggiornate le tipologie di problematiche oggetto degli interventi: ad Alcoldipendenza e Tossicodipendenza si è aggiunto il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

La procedura operativa per la presa in carico dei pazienti ristretti nelle Case Circondariali ha ricalcato quella definita precedentemente; è stato accentuato il lavoro di ascolto e valutazione sul piano sociale ed educativo al fine di facilitare la raccolta di informazioni utili a formulare la diagnosi, la quale risulta molto meno oggettiva di quella inerente alle dipendenze da sostanze. È stato anche avviato un lavoro di informazione / sensibilizzazione rivolto a tutti i detenuti segnalati dal Servizio Sanitario interno al SerD in quanto utilizzatori di sostanze ad azione psicotropa. L'attività di formazione e sensibilizzazione ha permesso di intercettare un numero significativo di soggetti.

Le criticità riscontrate riguardano prevalentemente il contesto generale delicato del carcere. Inoltre, l'emergenza sanitaria subentrata nel 2020 ha limitato le prestazioni dovendo escludere, per effettuare i colloqui con il detenuto, eventuali rischi di contagio impedendo soprattutto la realizzazione di attività di gruppo specifiche che sono state rinviate (nonché percorsi riabilitativi intramurari).

---

# **Parte Prima: Programmazione e Organizzazione**

**1.1 Politiche di riferimento**

**1.2 Dipartimento PIPSS e Osservatorio delle Dipendenze**

## POLITICHE DI RIFERIMENTO

### Normativa internazionale

- Convenzione ONU di New York del 30 marzo 1961, ratificata in Italia con la legge 5 giugno 1974 n.412. Tale Convenzione richiedeva l'istituzione presso ciascuno Stato di un “Servizio nazionale di coordinamento”, promuovendo l'elaborazione di idonee misure di repressione e prevenzione del fenomeno e incentivava il tenore e la tempestività nei rapporti di cooperazione internazionale
- Analoghi principi sono alla base della Convenzione ONU di Vienna del 21 febbraio 1971, ratificata in Italia con la legge 25 maggio 1981 n. 385, e di quella sottoscritta, sempre a Vienna, nel 1988, recepita con la legge 5 novembre 1990 n. 318. Tali normative elencavano i contenuti della cooperazione e del coordinamento tra i vari servizi nazionali antidroga, qualificandoli quali veri e propri pilastri della lotta al traffico internazionale di stupefacenti e sostanze psicotrope.

L'Italia, oltre alla ratifica delle citate Convenzioni, ha elaborato autonome discipline, passando, dall'approccio esclusivamente punitivo della **legge n. 1041 del 1954**, ad un quadro legislativo connotato da fondamentali aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione.

### Normativa nazionale

- Legge n. 162/1990, confluita nel Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 9 ottobre 1990 n. 309), l'ordinamento italiano, in linea con i principi ONU e la normativa convenzionale, armonizza la materia e prevede organismi e specifici strumenti investigativi per incidere sul fenomeno in modo organico e migliorare la cooperazione internazionale. Il Testo Unico prevede, in particolare, l'Osservatorio Permanente per la verifica del fenomeno della tossicodipendenza, oggetto del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 dicembre 2017.
- Quanto agli strumenti investigativi, già contenuti negli artt. 97 e 98 del citato Testo Unico, sono ora previsti dall'art. 9 della legge 16 marzo 2006 n. 146, come modificato dall'art. 8 della legge 13 agosto 2010 n. 136, recante Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001.
- Nel presente excursus normativo, assumono rilievo l'art. 10 del citato Testo Unico e la legge 15 gennaio 1991, n.16, che hanno previsto la costituzione, in sostituzione del Servizio Centrale Antidroga, della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (collocata all'interno del Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno) e il Decreto 20 novembre 2012, che ha stabilito l'organizzazione del Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. DPCM 15 novembre 2001 con cui si istituisce la struttura del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga. DPCM 5 aprile 2002 – Modifica del DPCM 28 aprile 1999 recante composizione e competenze del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga.
- Ulteriori aspetti di specificità che si ritiene utile menzionare, riguardano le misure che il nostro ordinamento prevede per chi fa uso di stupefacenti e si pone alla guida di un veicolo in stato di alterazione. Tale condotta è sanzionata dall'art. 187 del codice della strada (D.l.285/92) attraverso una complessa procedura di accertamento atta a provare l'assunzione di stupefacenti e lo stato di alterazione psicofisica da essa derivante. La pericolosità di tale comportamento ha indotto il Legislatore a inserirlo tra le circostanze aggravanti dei neo-introdotti reati di omicidio stradale e lesioni personali stradali, attraverso la legge n. 41/2016 che prevede la possibilità di procedere ad accertamenti coattivi sulla persona per la verifica delle condizioni psicofisiche.

## Normativa regionale

Al 1° gennaio 2022, nel territorio di Regione Lombardia sono attive le seguenti politiche connesse al fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo:

- **D.G.R. n. 1765 del 8 maggio 2014** - “Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013”
- **D.G.R. n. 2569 del 31 ottobre 2014** - “Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della commissione consiliare relativamente all'allegato 1) - (atto da trasmettere al Consiglio Regionale)”
- **D.G.R. n. 2989 del 23 dicembre 2014** - Appendice “VAMI”
- **D.G.R. n. 3945 del 31 luglio 2015** - “Definizione della nuova unità d'offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze, individuazione dei requisiti specifici di esercizio e accreditamento”
- **D.G.R. n. 6666 del 29 maggio 2017** - “Rimodulazione del sistema di servizi per le dipendenze. prime determinazioni”
- **D.G.R. n. 585 del 1 ottobre 2018** - “Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico – attuazione D.G.R. n. 159 del 29/05/2018 e D.C.R. N. 1497 del 11/04/2017”
- **D.G.R. n. 1987 del 23 luglio 2019** - “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 - terzo provvedimento, macroarea unità d'offerta della rete territoriale”
- **L.r. 23/2020** - “Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche”

## **DIPARTIMENTO PIPSS E OSSERVATORIO DELLE DIPENDENZE**

### Il Dipartimento PIPSS

Il Dipartimento Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (di seguito PIPSS), all'interno dei compiti e delle funzioni della ATS, opera al fine di integrare le prestazioni sociosanitarie con quelle sociali e di contribuire ai processi di governo della domanda attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza centrati sull'assistito e sulla famiglia. Il Dipartimento interviene per assicurare la continuità della presa in carico e la qualità delle prestazioni sul territorio e per garantire il responsabile intervento di tutti i soggetti coinvolti (enti locali, erogatori pubblici e privati, terzo settore, cittadini singoli e aggregati) e la libertà di scelta alle famiglie. Finalità delle azioni del Dipartimento PIPSS è, infatti, sviluppare una integrazione orizzontale tra due settori, territoriale ed ospedaliero, in cui viene data risposta ai bisogni del cittadino, in modo da assicurare una continuità della presa in carico e dei percorsi di cura.

In questa prospettiva, il dipartimento articola la sua attività su cinque processi, cui corrispondono specifiche articolazioni organizzative, incentrati sulle seguenti tematiche: l'integrazione con la rete socio-assistenziale dei comuni, la risposta ai bisogni emergenti attraverso l'innovazione nei servizi, i percorsi integrati per il ciclo di vita familiare, l'integrazione territoriale nell'area della salute mentale e delle dipendenze, la continuità dei percorsi di cura nell'ambito della cronicità.

Il Dipartimento opera di concerto con il Dipartimento programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Dipartimento PAAPSS), e con il Dipartimento di cure primarie, nell'ambito del governo della domanda, dando attuazione alle linee di indirizzo ed alla programmazione locale della ATS, nell'ambito del governo dei percorsi e delle strutture di presa in carico.

Il Dipartimento PIPSS assicura la funzione di raccordo tra il sistema sociosanitario nel suo complesso e quella sociale, avvalendosi, fra l'altro, per tale opera di coordinamento, della Cabina di Regia di cui all'art. 6, comma 6, lettera f della L.R. n. 23/2015, con funzioni consultive.

In sintonia con la normativa nazionale e regionale, Il Dipartimento opera con gli Uffici di Piano e con il Consiglio di Rappresentanza dei sindaci al fine di dare attuazione ad azioni di sistema quali analisi dei bisogni del territorio ed individuazione delle risorse disponibili, sia in termine di reti dei servizi, che economici; promozione del lavoro di rete e dell'empowerment del territorio e dei soggetti rappresentativi del territorio e delle associazioni di familiari e di utenti.

In coerenza con la funzione programmatica, il Dipartimento PIPSS dedica un particolare investimento nell'individuazione di modelli di intervento integrato e di strumenti di monitoraggio degli stessi, gestendo la funzione di coordinamento e di monitoraggio delle progettualità innovative in attuazione della programmazione regionale nell'ambito dell'offerta dei servizi di integrazione sociosanitari e sociali.

Il Dipartimento, in sintonia con il mandato istituzionale e con la normativa vigente, avvalendosi di tutte le risorse tecnico professionali a disposizione, assicura la funzione di governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali, in un'ottica di continuità assistenziale in tutta la filiera dei servizi.

Il presupposto per lo svolgimento delle attività del Dipartimento è che sia garantita, all'interno del Dipartimento stesso o in altra articolazione dell'Agenzia, la funzione di rilevazione e analisi dei dati epidemiologici, assicurando una gestione coordinata delle diverse fonti informative disponibili, nonché l'elaborazione di analisi integrate dei bisogni orientate, in particolare, alla programmazione territoriale.

Sulla scorta dei dati epidemiologici e dell'analisi dei bisogni, attua il governo della domanda, identificando i target di popolazione prioritari e definendo le modalità di presa in carico delle persone fragili da parte degli enti erogatori, anche in modo proattivo.

Altro mandato del Dipartimento è l'integrazione anche attraverso l'adozione dei sistemi informativi orientati alla gestione dei percorsi e alla condivisione delle fonti (sanitarie, sociosanitarie e sociali) per una migliore identificazione dei bisogni e dei servizi utilizzati dai singoli target di utenti.

L'integrazione è un processo che richiede la valutazione dei bisogni della persona e del suo contesto familiare, la realizzazione di adeguati percorsi assistenziali, attraverso modelli organizzativi che assicurino una erogazione tempestiva, appropriata e coordinata degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, previsti per la persona presa in carico, attraverso la creazione di reti di unità d'offerta.

Il Dipartimento coordina l'attuazione sul territorio della valutazione multidimensionale quale strumento per una corretta analisi personalizzata del bisogno, secondo i principi di appropriatezza e di continuità assistenziale.

Infine, altro ruolo di coordinamento, dal punto di vista funzionale, si riferisce ai Distretti, in questa attività con il Dipartimento Funzionale Sviluppo Percorsi Integrati di Prevenzione e Cura, al fine di garantire, a livello di aree territoriali omogenee, la piena attuazione degli indirizzi programmatori regionali e dell'Agenzia, con una particolare attenzione alla declinazione individuale degli interventi rivolti alle persone ed alla gestione dei casi complessi.

### **L'Osservatorio delle Dipendenze**

L'Osservatorio delle Dipendenze si avvale delle risorse professionali a disposizione dell'Unità Organizzativa Sviluppo Progettualità nell'Ambito dell'Offerta dei Servizi, unità organizzativa semplice dipartimentale (UOSD) in *staff* al Dipartimento PIPSS. L'UOSD Sviluppo Progettualità nell'Ambito dell'Offerta dei Servizi garantisce il corretto e tempestivo supporto tecnico ed operativo alla Direzione del Dipartimento PIPSS, nello sviluppo e nella realizzazione delle progettualità nell'ambito dell'offerta dei servizi, anche attraverso l'implementazione di specifici progetti innovativi. Promuove, sviluppa e monitora le progettualità finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la appropriata collocazione delle persone, in particolare dei soggetti fragili, all'interno dei servizi, nell'ambito del sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, delle dipendenze e di altre fragilità.

La UOSD Sviluppo Progettualità nell'Ambito dell'Offerta dei Servizi sviluppa le attività proprie delle funzioni sopra elencate in piena autonomia tecnico-professionale e gestionale, integrandosi con le UO del Dipartimento PIPSS, con il Dipartimento Funzionale Sviluppo Percorsi Integrati di Prevenzione e Cura oltre che con la UO in *staff* alla Direzione Sociosanitaria, sviluppando un'azione di forte integrazione con i gestori che concorrono a realizzare la rete dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali.

Inoltre, l'UOSD è responsabile dell'utilizzo del materiale informatico in dotazione e dei software aziendali e regionali specificamente utilizzati per le attività di competenza.

A garanzia della massima capillarità, in ambito di dipendenze l'erogazione delle prestazioni aziendali di prevenzione, riabilitazione e cura è assicurata da undici sedi SerD ubicate nei comuni di Appiano Gentile, Arcisate, Busto Arsizio, Cittiglio, Como, Gallarate, Mariano Comense, Menaggio, Saronno, Tradate e Varese.

L'Osservatorio viene definito strumento conoscitivo, valutativo e progettuale, capace di indagare e intervenire sui fenomeni attraverso lo studio epidemiologico<sup>14</sup>.

Gli obiettivi previsti sono quindi di conoscenza della modificazione dei consumi di sostanze legali e illegali e dei comportamenti additivi (nelle loro caratteristiche e nel loro quadro evolutivo), di monitoraggio e valutazione dell'offerta di prestazioni e degli interventi realizzati dal sistema dei servizi, di informazione e di supporto dei processi decisionali. Per questo motivo, l'osservatorio viene identificato come il luogo in cui si analizzano i fenomeni e si promuove l'integrazione delle diverse fonti, si mettono in rete le risorse e si progettano nuove forme di intervento.

L'Osservatorio territoriale delle dipendenze si pone a supporto della Direzione Sociosanitaria di ATS Insubria, operando in raccordo e secondo le indicazioni dell'Osservatorio regionale sulle dipendenze.

In coerenza con la sua funzione programmatica ATS dedica un particolare investimento progettuale alla fase di raccordo con i diversi attori pubblici e appartenenti al privato sociale, motivo che ha portato alla riunione di due differenti tavoli tecnici:

- Tavolo Tecnico Strutture Residenziali Dipendenze;
- Tavolo Tecnico Sedi SerD ASST.

L'Osservatorio valorizza dunque tutti gli attori che collaborano con il Dipartimento PIPSS come possibili fonti e partner nell'analisi dei dati. Il "Gruppo di Governo" dell'Osservatorio è costituito dalla Responsabile UOSD Sviluppo e Progettualità nell'ambito dell'offerta dei servizi Dott.ssa Federigi Chiara e dal Rag. Di Spirito Giancarlo, responsabile del Settore Amministrativo del Dipartimento.

La stesura del presente testo è stata curata dal Dott. Meregalli Iacopo (Sociologo – Dipartimento PIPSS). Si ringraziano il dott. Patrizio Pintus dell'U.O.S. Monitoraggio Flussi e i responsabili referenti delle undici strutture SerD per la collaborazione offerta nella raccolta dei dati (Dott.ssa Raffaella Olandese, Dott.ssa Donatella Fiorentini e Dr. Claudio Tosetto).

### **Il sistema informatico di raccolta e divulgazione dati**

Come per i flussi "Spesa sociale dei Comuni" e "Fondo Sociale Regionale", per l'invio e la gestione delle informazioni di monitoraggio viene utilizzata la piattaforma regionale web di accoglienza flussi SMAF che agevola i processi (automazione dello scambio dati, immediata acquisizione e controllo del flusso), velocizza i passaggi e le comunicazioni tra gli Enti compilatori e la D.G. Politiche Sociali, Abitative e Disabilità. Al fine di consentire un'analisi più puntuale sull'utilizzo delle risorse assegnate agli Ambiti territoriali, il nuovo monitoraggio prevede delle schede che consentono la rilevazione delle risorse allocate del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali strutturate per intervento e servizi sociali, secondo lo schema ministeriale (Allegato A al Decreto interministeriale del 26 novembre 2018 e Allegato A bis) e la codifica regionale già utilizzata dal flusso informativo regionale della "Spesa sociale dei Comuni" e dalle Linee guida regionali della Cartella Sociale Informatizzata (DGR 2 agosto 2016 n. XI/5499).

L'obiettivo del flusso è quello di monitorare i valori economici relativi al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali assegnato dal Ministero a supporto delle persone con fragilità sociale. Il flusso economico-finanziario è per competenza annua, per cui è richiesto di inviare:

- il preventivo di allocazione delle risorse;
- il consuntivo in due fasi di aggiornamento.

<sup>14</sup> Dgr n. VII/12621 del 07/04/2003.

La fase di consuntivo prevede, quindi, due invii al fine di rendicontare al Ministero dati sempre più precisi e aggiornati delle risorse impegnate e liquidate.

Lo strumento di lavoro è identificato in un file formato Excel 2003 (.xls) ed è organizzato in fogli di lavoro, così articolati:

- a) foglio *busta* da compilare con i dati relativi all'ente inviante e all'operatore/referente compilatore ed eventuali note di compilazione;
- b) quattro fogli per ogni area di intervento oggetto di rilevazione (Infanzia, adolescenza e responsabilità familiari - Disabilità e non autosufficienza - Povertà ed esclusione sociale - Azioni di sistema);
- c) foglio *aggregato* di sola lettura che si compone dalla somma dei dati inseriti sugli altri fogli e calcola in percentuale il riparto dell'Area azioni di sistema sulle altre aree di intervento sociale.

Il debito informativo per la rilevazione delle prestazioni erogate, che compone la fonte primaria del database utilizzato per l'analisi, è composto da tre tracciati dati:

- TRACCIATO AMB01 – Dati anagrafici Assistiti;
- TRACCIATO AMB02 – Dati relativi alle Valutazioni effettuate;
- TRACCIATO AMB03 – Dati relativi alle Prestazioni erogate.

### **Le sedi SerD**

Il Servizio Territoriale per le dipendenze (ex SerT) è lo strumento operativo del sistema pubblico; ai SerD si possono rivolgere persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali (Alcol, Tabacco e Farmaci) ed illegali (Eroina, Cocaina, Cannabinoidi, Ecstasy, ecc.).

Gli interventi sono rivolti anche a coloro che manifestano altri comportamenti di dipendenza (gioco d'azzardo patologico - dipendenza da Internet, Social Network e Videogiochi - Shopping compulsivo - ecc.). Gli obiettivi fondamentali del SerD riguardano le attività di prevenzione della diffusione dell'uso, dell'abuso e della dipendenza da sostanze legali e illegali, e l'intervento a favore della salute psico-fisica delle persone che presentano questa problematica e delle loro famiglie.

Il Servizio fornisce possibilità di cura alle persone con problemi di abuso/dipendenza da sostanze psicoattive o che manifestano comportamenti compulsivi attraverso l'attività di consulenza svolta anche a favore dei familiari e di quanti sono a diverso titolo coinvolti nelle problematiche inerenti la dipendenza patologica.

Tutti i cittadini possono rivolgersi liberamente, direttamente e gratuitamente al SerD per richiedere informazioni e chiarire dubbi per sé e/o per un familiare.

La presa in carico del paziente avviene attraverso una fase di accoglienza e valutazione comprendente colloqui, visite mediche e accertamenti diagnostici di laboratorio con le varie figure dell'équipe e solo successivamente viene proposto un percorso terapeutico personalizzato.

Le risorse umane assegnate alle sedi SerD afferenti al territorio di ATS Insubria comprendono le seguenti professionalità: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, assistente sanitaria e personale amministrativo la cui congruità in relazione ai compiti assegnati sono verificati annualmente sulla base dei piani annuali di attività e di budget, nonché sugli obiettivi e in riferimento ai risultati attesi. Le sedi SerD garantiscono nello specifico – direttamente o in *outsourcing* – ai soggetti con comportamenti di dipendenza patologica detenuti o in condizioni di libertà:

- ✓ Trattamenti della sindrome astinenziale (*disintossicazione*) ambulatoriali o ospedalieri;
- ✓ Trattamenti ambulatoriali o residenziali (farmacologici, psicologici, sociali, educativi) di supporto al mantenimento della condizione *drug free* o *alcohol free*;
- ✓ Interventi sociali ed educativi mirati in particolar modo al reinserimento sul territorio o all'invio in comunità terapeutiche residenziali;
- ✓ Trattamento di patologie correlate alle dipendenze in collaborazione con i centri specialistici di secondo livello;
- ✓ Inserimento in gruppi di auto-aiuto;
- ✓ Supporto nell'ambito dei programmi alternativi alla detenzione.

Le undici sedi SerD di ATS Insubria afferiscono ai tre Distretti di governance ASST:

A.S.S.T. Lariana (CO) – Sedi SerD di Appiano Gentile, Mariano Comense, Menaggio e Como.

A.S.S.T. Valle Olona (VA) – Sedi SerD di Busto Arsizio, Gallarate e Saronno.

A.S.S.T. Sette Laghi (VA) – Sedi SerD di Arcisate, Cittiglio, Tradate e Varese.

### **Strutture residenziali operanti nel territorio di ATS Insubria**

La rete delle Comunità Terapeutiche in provincia di Varese è rappresentata da 7 Enti Gestori, che a loro volta coordinano 11 strutture residenziali e 1 struttura semiresidenziale (Comunità Padre Beccaro).

La Dgr n. 5509 del 10.10.2007 “Determinazioni relative ai Servizi accreditati nell’area Dipendenza” definisce tuttora i criteri d’accesso alle comunità terapeutiche accreditate ai sensi della Dgr n. 12621/2003, valorizzando la facoltà di libera scelta del cittadino nell’accesso al sistema erogativo. Si mostra nella Tabella 1.1 la rete delle strutture residenziali che operano sul territorio della provincia varesina.

**Tabella 1.1 - Rete delle Comunità Terapeutiche operanti nella Provincia di Varese, anno 2021**

Nome Comunità	Ente Gestore	Natura Giuridica	Località	Anno di apertura	Nr. posti accreditati
<b>Approdo</b>	Gulliver	Coop. Sociale	Varese	1991	15
<b>Campo dei Fiori</b>	Gulliver	Coop. Sociale	Varese	1987	25
<b>Cascina Verde</b>	Associazione	ONLUS	Azzate	1984	21
<b>Crest</b>	Crest SRL	Società a r.l.	Cuveglia	1986	30
<b>Emmanuel</b>	Associazione	ONLUS	Cassano Magnago	1993	30
<b>Exodus</b>	Fondazione	ONLUS	Casale Litta	1993	20
<b>Il Progetto</b>	Coop. Soc. a r.l.	Coop. Sociale	Castellanza	1987	20
<b>Il Tritone</b>	Gulliver	Coop. Sociale	Varese	2006	15
<b>La Collina</b>	Gulliver	Coop. Sociale	Varese	2007	15
<b>Marco Riva</b>	Org. Volontariato	Associazione di fatto	Busto Arsizio	1987	14
<b>Padre Beccaro</b>	Gulliver	Coop. Sociale	Varese	1986	30
<b>Shalom</b>	Gulliver	Coop. Sociale	Varese	1986	25

Per quanto concerne la provincia di Como, la rete delle Comunità Terapeutiche è rappresentata da 3 Enti Gestori, che a loro volta coordinano 7 strutture.

Si mostra nella Tabella 1.2 la rete delle strutture residenziali che operano sul territorio della provincia comasca.

**Tabella 1.2 - Rete delle Comunità Terapeutiche esistenti in Provincia di Como, anno 2021**

Nome Comunità	Ente Gestore	Natura Giuridica	Località	Anno di apertura	Nr. posti accreditati
<b>Centro Accoglienza di Ponzate</b>	Fondazione Somaschi	ONLUS	Tavernerio	2003	21
<b>La Costa</b>	Coop. Soc. ARCA	Coop. Sociale	Fino Mornasco	1996	30
<b>Monteverde</b>	Coop. Soc. ARCA	Coop. Sociale	Como	2004	30
<b>Monteverde 2</b>	Coop. Soc. ARCA	Coop. Sociale	Como	2004	30
<b>La Cappelletta</b>	Coop. Soc. ARCA	Coop. Sociale	Como	2004	14
<b>Comunità Ergoterapica</b>	Tetto Fraterno	Coop. Sociale a r.l.	Erba	2003	24
<b>Approdo Sicuro di Ponzate</b>	Fondazione Somaschi	ONLUS	Tavernerio	2015	8

Inoltre, nella sede ATS di Via Ottorino Rossi a Varese è presente lo spazio “Con-t@tto”, centro per le dipendenze giovanili, dedicato ad adolescenti e giovani con problematiche di alcooldipendenza, tossicodipendenza, GAP, dipendenze comportamentali (da Tecnologie digitali e Internet, da Shopping, ecc.) o altre Dipendenze. Il centro, aperto anche ai familiari degli utenti, nasce con l’idea di creare un luogo di riferimento anche per le figure adulte significative nel processo educativo, siano essi genitori, insegnanti o educatori.

Gli obiettivi del progetto vertono sulla conoscenza degli stili di comportamento e di consumo degli adolescenti e dei giovani, l’offerta di ascolto, aiuto, accompagnamento e tutoraggio attraverso la presa in carico delle situazioni di conclamata difficoltà manifestate dal target di riferimento.

Nel corso degli anni il dialogo instauratosi tra i vari attori territoriali ha permesso un costante confronto che ha favorito la condivisione di percorsi ed esperienze di continuità assistenziale.

Nei paragrafi successivi viene proposta una fotografia della rete di servizi pubblici e delle Comunità terapeutiche nel territorio di ATS Insubria, con l’obiettivo di aumentare l’efficacia e l’efficienza degli interventi di prevenzione delle dipendenze oltre che di riqualificare l’attività di presa in carico.

Nella Figura 1.1 possiamo analizzare il dettaglio della collocazione capillare dei servizi per le dipendenze attivi nel territorio di ATS Insubria.



---

## **Parte Seconda:**

# **Profilo dei soggetti in trattamento**

**2.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Ser.D. di ATS Insubria**

**2.2 Profilo dei soggetti in trattamento nelle Comunità Terapeutiche residenziali accreditate del territorio di ATS Insubria**

**2.3 Soggetti assistiti relativi alle ASST del territorio ATS Insubria nell'ambito del gioco d'azzardo patologico (GAP)**

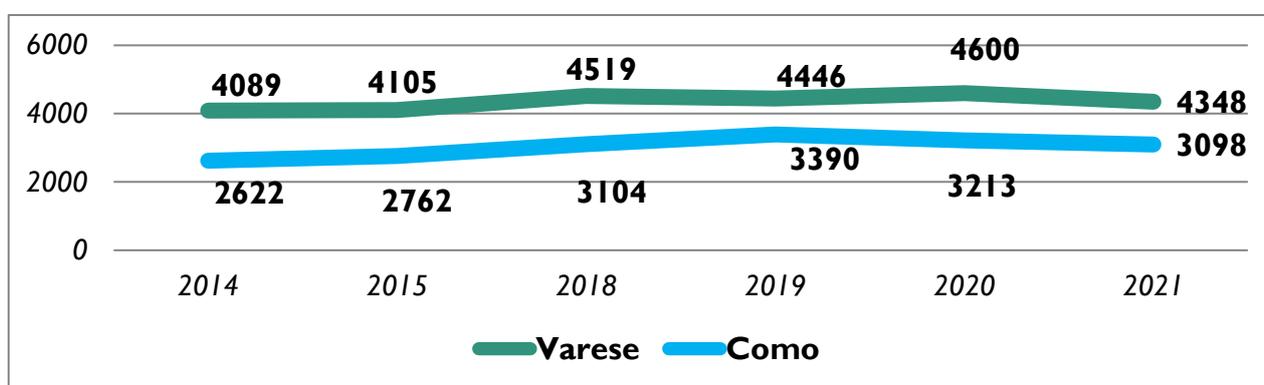
## 2.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i Ser.D. di ATS Insubria

Nel 2021, i Servizi ambulatoriali specialistici pubblici per il trattamento delle dipendenze hanno intercettato 7.446 soggetti, 367 in meno rispetto a quanto rilevato nell'anno precedente.

Come già descritto, per quanto concerne i servizi pubblici, il territorio di ATS Insubria programma le attività delle tre differenti aziende socio-sanitarie: ASST Sette Laghi e ASST Valle Olona a Varese, ASST Lariana a Como. Nelle ASST di Varese ci sono 7 Servizi per le dipendenze, rispettivamente a Varese, Arcisate, Tradate e Cittiglio per quanto concerne ASST Sette Laghi con una presa in carico totale di 2.253 utenti; a Busto Arsizio, Gallarate e Saronno per quanto riguarda ASST Valle Olona che registra una presa in carico totale di 2.095 soggetti. Nella provincia comasca sono invece presenti 4 SerD: Appiano Gentile, Como, Menaggio<sup>15</sup> e Mariano Comense hanno curato in totale 3.098 individui nel periodo indicato.

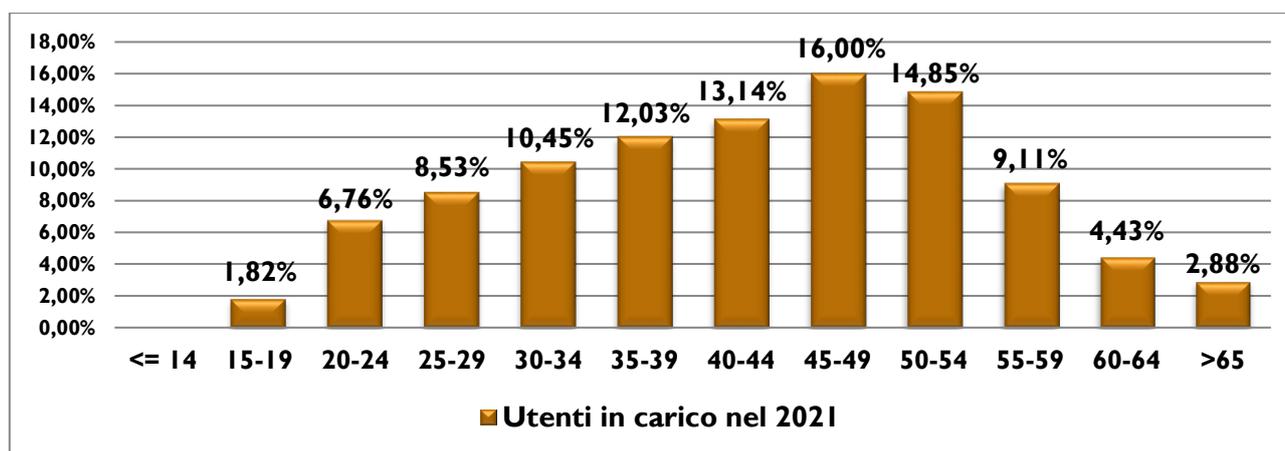
Il rapporto tra utenti maschi e femmine è in linea con il trend nazionale, rilevando una preponderante presenza maschile pari all'81,2% del totale degli utenti (- 1,3 % rispetto il 2020). Entrambe le province mostrano un lieve calo nel numero complessivo di utenze in carico (Grafico 2.1):

**Grafico 2.1 - Numero di pazienti in carico (Trend 2014/2015 e 2018/2021)<sup>16</sup>.**



La fascia d'età maggiormente coinvolta risulta essere quella dei **40-54 anni** (circa il 44% sul totale) con particolare interesse per la classe **45-49 che rileva il 16% dei pazienti in cura** (Grafico 2.1.1)<sup>17</sup>:

**Grafico 2.1.1 – Distribuzione dei pazienti in trattamento per classi d'età, anno 2021.**



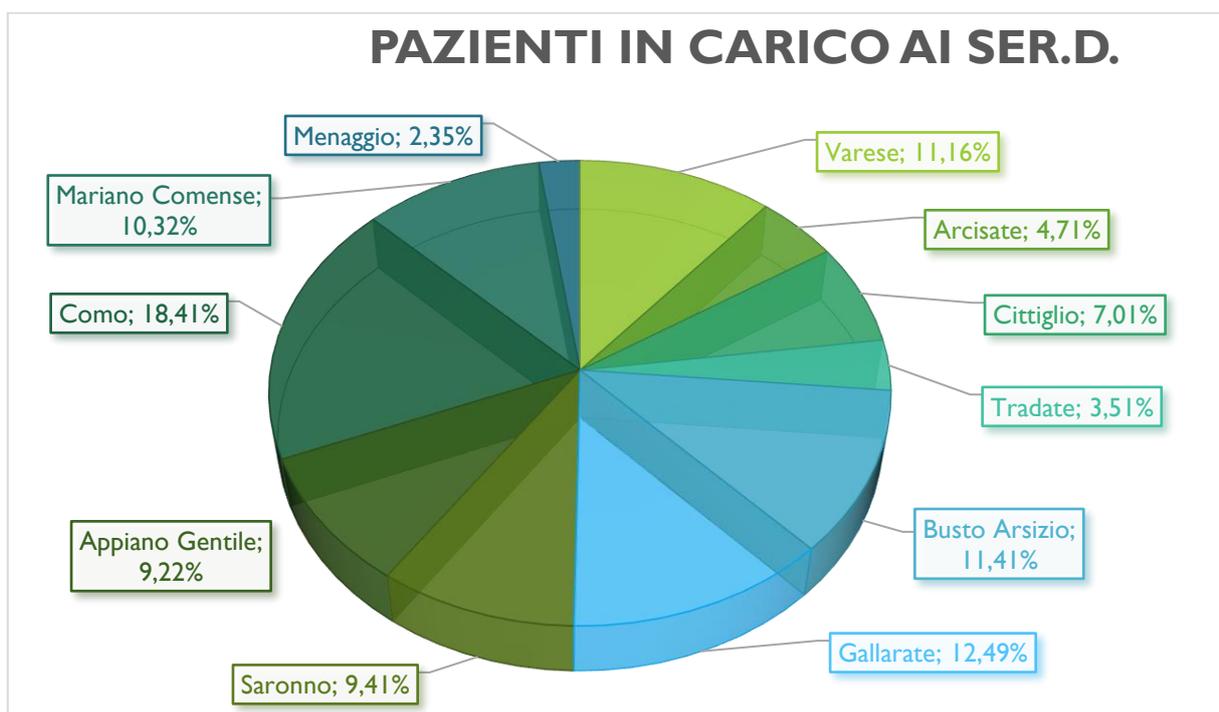
Per quanto concerne la distribuzione delle prese in carico presso i Servizi per le Dipendenze di ATS Insubria (Grafico 2.2), si rilevano le percentuali maggiori nelle sedi presenti nelle aree urbane, nello specifico a Como (18,41%), Varese (11,16%), Gallarate (12,49%), Busto Arsizio (11,41%) e Mariano Comense (10,32%).

<sup>15</sup> Inserito nel 2019.

<sup>16</sup> Dati elaborati su rilevazione statistica dei referenti delle strutture Ser.D. di ATS Insubria.

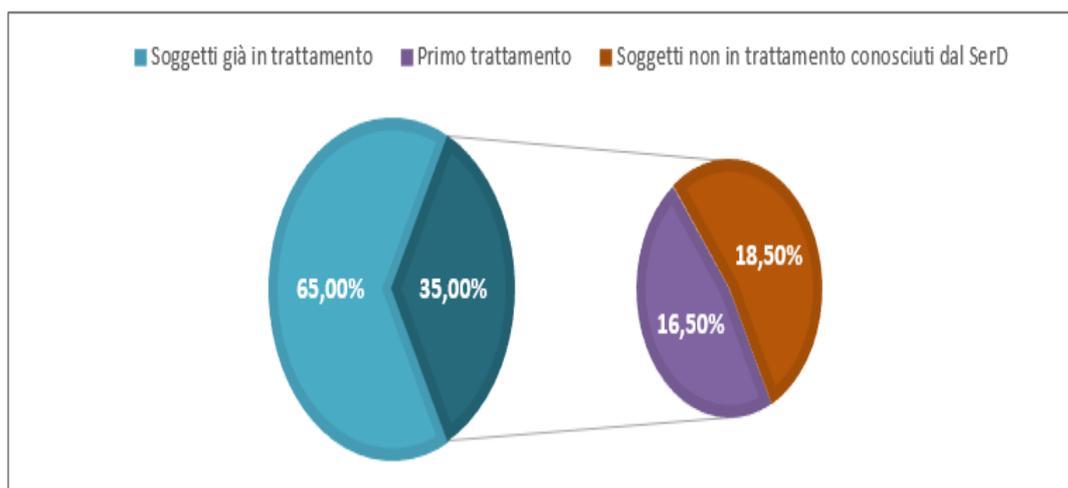
<sup>17</sup> Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Grafico 2.2 - Distribuzione dei pazienti in carico ai Ser.D., anno 2021.



Il 65% dei soggetti in trattamento ha proseguito e/o mantenuto attivo il programma trattamentale in corso l'anno precedente; il 35% dei soggetti si è presentato al servizio per la prima volta e solo il 16,5% è risultato non avere mai ricevuto trattamenti rispetto la dipendenza da sostanze nel corso della propria vita (Grafico 2.2.1):

Grafico 2.2.1 - Distribuzione percentuale degli utenti già in carico e nuovi ingressi per Ser.D (Dati 2021)



Per quanto riguarda la tipologia della domanda<sup>18</sup> (Tabella 2.1), la diagnosi principale di utenti tossicodipendenti (68,3%) rimane la modalità più comune di entrata nei servizi territoriali per le dipendenze di ATS Insubria. Successivamente si rileva il 24,1 % di utenti con diagnosi primaria di alcolismo; decisamente più omogenea è la rilevazione delle altre diagnosi primarie registrate, *gamblier* (3,6%), soggetti a rischio (1,2%), utenti da Prefettura (1,1%), residuale invece la diagnosi per tabagismo (0,3%). Rispetto i trend rilevati nell'anno 2020, non si rilevano significative variazioni, ad esclusione della percentuale inerente i soggetti GAP, aspetto che verrà dettagliatamente approfondito nel paragrafo 2.3. **L'indice di incidenza di una doppia diagnosi è del 3,9%** sul totale delle prese in carico, leggermente in calo rispetto al 2020 quando si rilevava una percentuale del 4,5%.

<sup>18</sup> Indica la tipologia del paziente relativamente alla domanda di trattamento.

**Tabella 2.1 - Distribuzione percentuale dell'utenza per tipologia diagnosi (2021)**

Tipologia domanda	Anno 2020	Anno 2021	Percentuale cumulata
Tossicodipendenti	69%	68,3%	=
Alcoldipendenti	23,2%	24,1%	92,4%
GAP	5,2%	3,6%	96%
Soggetti a Rischio	1,8%	1,2%	97,2%
Utenti da Prefettura	1,3%	1,1%	98,3%
Tabagismo	0,2%	0,3%	98,6%
Altro	3,3%	1,4%	100%

*Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria*

Infine, nell'inquadramento generale del fenomeno nel territorio di ATS Insubria, si registrano un totale di **162.912 singole prestazioni ambulatoriali** erogate dai servizi pubblici territoriali (Tabella 2.2), sottolineando **un decremento dell'1,5%** rispetto alla rilevazione del 2020.

La spesa sostenuta dal FSR è pari a 2.656.958,22 €.

Tra le prestazioni maggiormente erogate si rilevano la raccolta urine per esame specifico (39,06%), azioni di management clinico (11,18%), somministrazione farmaci (6,42%) e counseling medico (6,3%).

**Tabella 2.2 - Distribuzione percentuale delle prestazioni erogate ambulatorialmente dai SerD (2021)**

Prestazione erogata	Anno 2020	Anno 2021	Q.tà 2021
Raccolta Urine per Esame	34,95%	39,06%	63.639
Management Clinico	13%	11,18%	18.210
Somministrazione Farmaci	5,75%	6,42%	10.456
Counseling Medico	6,3%	6,35%	10.350
Visita Medica Generale	5,65%	5,55%	9.039
Attività Infermieristica di Supporto	5%	3,43%	5.588
Intervento Socio-Riabilitativo	2,45%	2,84%	4.631
Colloquio di Consulenza a Familiari	2,7%	2,75%	4.478
Terapia di Sostegno Psicologico	2,25%	2,53%	4.117
Certificazioni	2,65%	2,2%	3.579
Colloquio Psicologico-Clinico	2,45%	1,7%	2.777
Relazioni Complesse Singolo Caso	< 0,5%	1,6%	2.604
Counseling Telefonico	2,55%	1,43%	2.323
Colloquio Socio-Educativo	2,25%	1,31%	2.135
Counseling Psico-Socio-Educativo	1,3%	0,96%	1.572
Psicoterapia Individuale	1%	0,72%	1.170
Visita Medica Specialistica	1,25%	0,71%	1.157
Altro (p.e.: Prelievi, Attività di Laboratorio, Questionario/Interviste)	8,5%	8,05%	13.122

*Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria*

Per quanto concerne la tipologia di diagnosi<sup>19</sup>, si rileva il 24,7% dei soggetti in carico ai Ser.D. per “Dipendenza da Oppioidi” (di cui il 45,6% con dipendenza continua, il 43,8% con dipendenza non continua, il 6,5% in remissione e l'1,7 con dipendenza episodica%).

<sup>19</sup> Codice ICD9CM

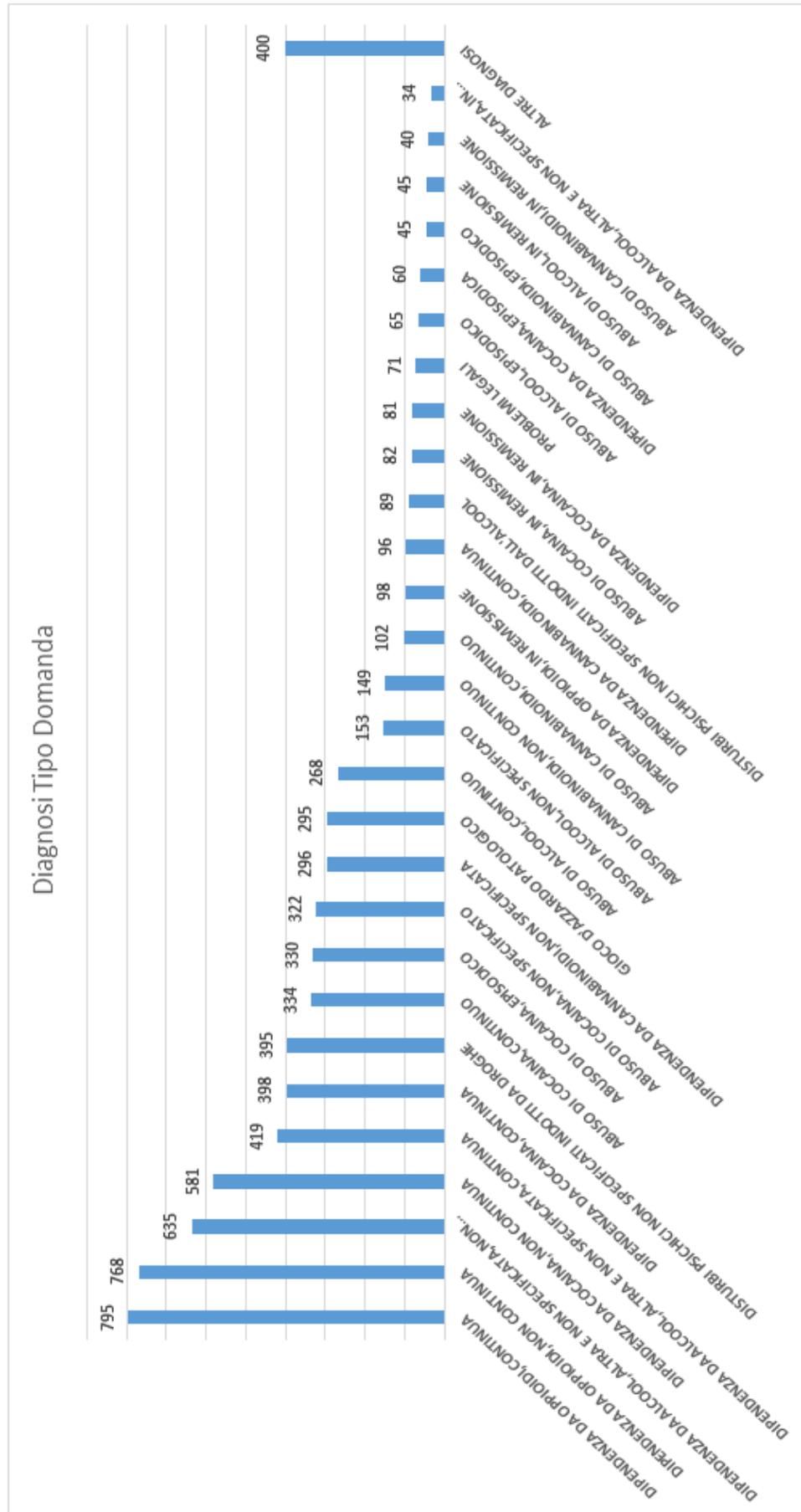
Nella Tabella 2.3<sup>20</sup> e nel Grafico 2.3, il dettaglio della distribuzione inerente le diagnosi maggiormente diffuse nei soggetti in carico ai Servizi Territoriali per le Dipendenze:

**Tabella 2.3 - Distribuzione delle diagnosi effettuate dai SerD (2021)**

<b><u>Diagnosi Tipo Domanda 1</u></b>	<b>Conteggio</b>	<b>Percentuale</b>
DIPENDENZA DA OPIOIDI,CONTINUA	<u>795</u>	10,67%
DIPENDENZA DA OPIOIDI,NON CONTINUA	<u>768</u>	10,31%
DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,NON SPECIFICATA	<u>635</u>	8,53%
DIPENDENZA DA COCAINA,NON CONTINUA	<u>581</u>	7,80%
DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,CONTINUA	<u>419</u>	5,63%
DIPENDENZA DA COCAINA,CONTINUA	<u>398</u>	5,35%
DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DA DROGHE	<u>395</u>	5,30 %
ABUSO DI COCAINA,CONTINUO	<u>334</u>	3,80%
ABUSO DI COCAINA,EPISODICO	<u>330</u>	3,73%
ABUSO DI COCAINA,NON SPECIFICATO	<u>322</u>	3,60%
DIPENDENZA DA CANNABINOIDI,NON SPECIFICATA	<u>296</u>	3,18%
GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	<u>295</u>	3,16%
ABUSO DI ALCOOL,CONTINUO	<u>268</u>	3,00%
ABUSO DI ALCOOL,NON SPECIFICATO	<u>153</u>	2,48%
ABUSO DI CANNABINOIDI,NON CONTINUO	<u>149</u>	2,42%
ABUSO DI CANNABINOIDI,CONTINUO	<u>102</u>	1,66%
DIPENDENZA DA OPIOIDI,IN REMISSIONE	<u>98</u>	1,59%
DIPENDENZA DA CANNABINOIDI,CONTINUA	<u>96</u>	1,56%
DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	<u>89</u>	1,44%
ABUSO DI COCAINA,IN REMISSIONE	<u>82</u>	1,33%
DIPENDENZA DA COCAINA,IN REMISSIONE	<u>81</u>	1,31%
PROBLEMI LEGALI	<u>71</u>	1,15%
ABUSO DI ALCOOL,EPISODICO	<u>65</u>	1,05%
DIPENDENZA DA COCAINA,EPISODICA	<u>60</u>	0,97%
ABUSO DI CANNABINOIDI,EPISODICO	<u>45</u>	0,73%
ABUSO DI ALCOOL,IN REMISSIONE	<u>45</u>	0,73%
ABUSO DI CANNABINOIDI,IN REMISSIONE	<u>40</u>	0,65%
DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,IN REMISSIONE	<u>34</u>	0,55%
ALTRE DIAGNOSI	<u>400</u>	6,49%
<b><u>Totale</u></b>	<b>7446</b>	<b>100,00%</b>

<sup>20</sup> Per facilitare la lettura e l'impaginazione dei dati raccolti, sono state dettagliate le diagnosi che hanno raggiunto lo 0,5% sul totale.

**Gráfico 2.3 - Distribuzione delle diagnosi primarie effettuate dai Ser.D. (2021)**



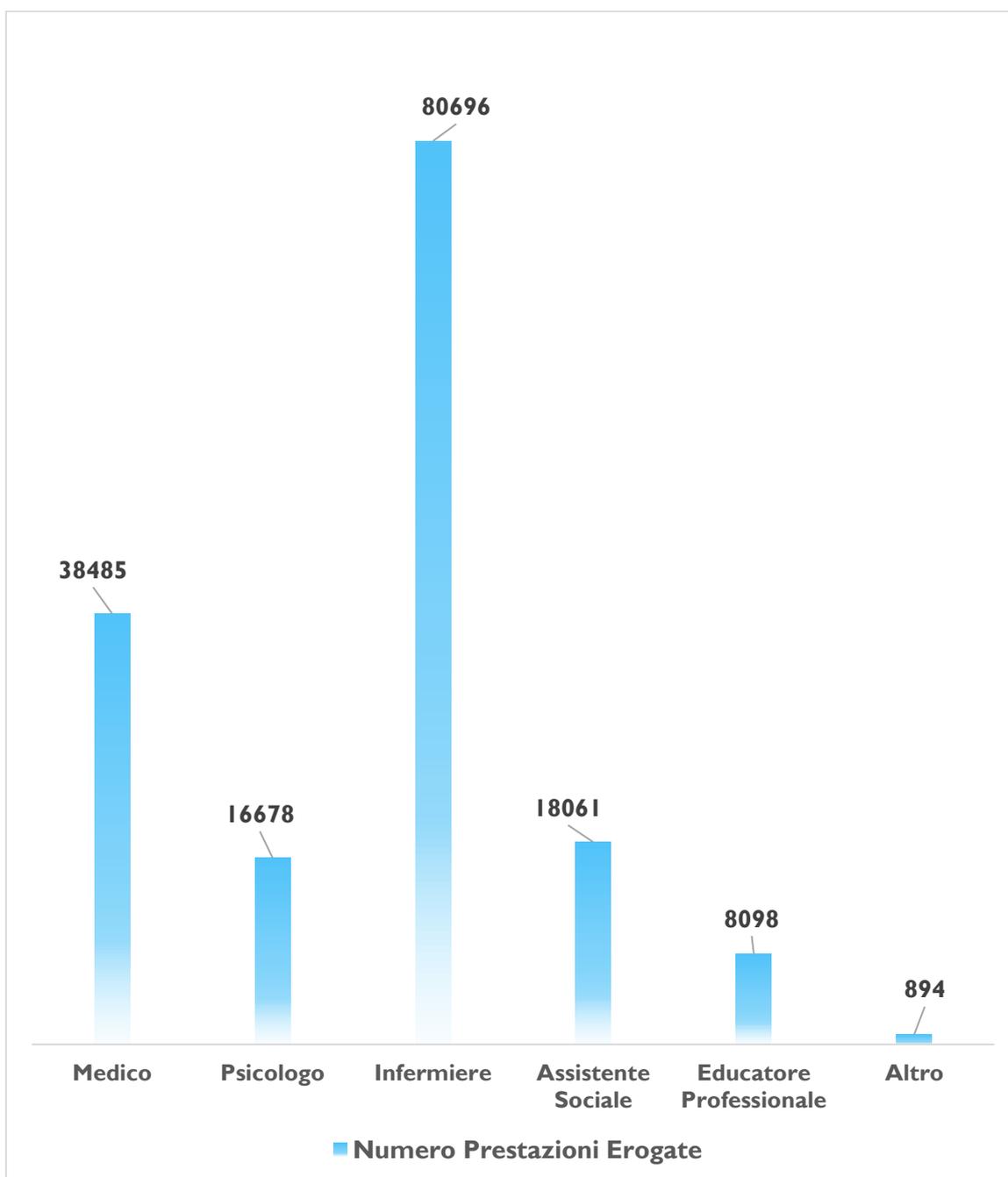
Per quanto riguarda le figure professionali operanti all'interno dei Ser.D, l'equipe multidisciplinare è composta da assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, medici e psicologi specializzati nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle dipendenze.

Un gruppo di operatori si occupa nello specifico di consulenza ad adolescenti e giovani a rischio di uso/abuso di alcol e sostanze stupefacenti nonché di altri comportamenti di dipendenza e ai loro familiari o adulti di riferimento.

La presa in carico del paziente avviene attraverso una fase di accoglienza e valutazione comprendente colloqui, visite mediche e accertamenti diagnostici di laboratorio con le varie figure dell'equipe, a cui segue la proposta di un percorso terapeutico personalizzato.

Le 162.912 prestazioni fornite dall'equipe dei Ser.D. di ATS Insubria (Grafico 2.4) sono state erogate per il 49,5% da infermieri, per il 23,6% da medici, per l'11,1% da assistenti sociali, per il 10,2% da psicologi e per il 5% da educatori professionali e per il restante 0,6% da altre figure professionali operanti all'interno del Servizio.

**Grafico 2.4 - Distribuzione delle prestazioni erogate dalle equipe dei SerD (2021)**



## 2.1.1 Profilo dei soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i servizi territoriali per le dipendenze

I soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i Ser.D. di ATS Insubria nel corso del 2020 sono complessivamente 5.329, di cui rispettivamente 2.355 nella provincia di Como e 2.974 nella provincia di Varese (Tabella 2.4). Sono inclusi nel totale i soggetti in trattamento presso le case circondariali del nostro territorio, utenza a cui si dedicherà più avanti un approfondimento specifico.

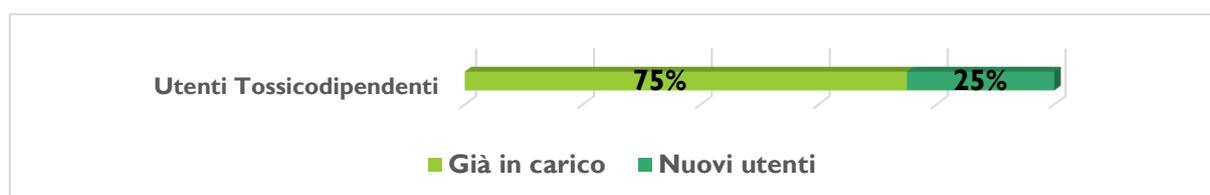
L'utenza tossicodipendente continua ad essere quella principale, rappresentando il 71,5% sull'utenza totale (stabile rispetto al 2020 in cui registrava il 72% sul totale).

**Tabella 2.4 - Distribuzione di soggetti tossicodipendenti in carico per Ser.D. di riferimento (Dati 2021)**

	Sedi Ser.D.	In carico
ASST Valle Olona	Busto Arsizio	266
	Gallarate	468
	Saronno	377
	<u>Carcere</u>	323
ASST Sette Laghi	Arcisate	229
	Cittiglio	345
	Tradate	146
	Varese	720
<u>Carcere</u>		100
ASST Lariana	Appiano Gentile	566
	Como	703
	Mariano Comense	590
	Menaggio	142
<u>Carcere</u>		354

La maggior parte dei 5.329 soggetti tossicodipendenti trattati (69%) ha proseguito e/o mantenuto attivo il programma terapeutico in corso dall'anno precedente, mentre il 2% dei soggetti tossicodipendenti è stato preso in carico dal Ser.D. durante il 2021 (Grafico 2.5).

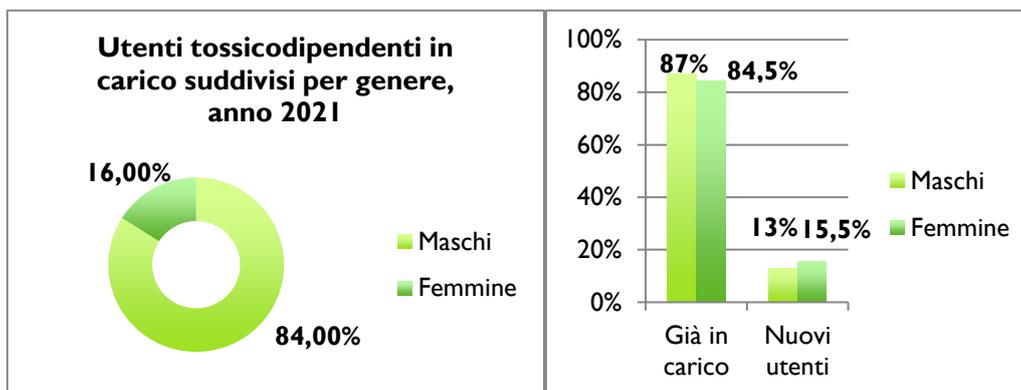
**Grafico 2.5 - Distribuzione percentuale dei soggetti tossicodipendenti già in carico e nuovi utenti dei Ser.D. - ATS Insubria (2021)**



Occorre sottolineare come le prese in carico avvenute nel corso del 2021, possano riguardare anche soggetti non in carico ai Ser.D. ma allo stesso tempo già conosciuti in quanto precedentemente intercettati o agganciati dai Servizi per le Dipendenze.

Gli **utenti tossicodipendenti in carico** sono nell'84% dei casi di sesso maschile di cui circa il **12% appartiene a fasce di età inferiori ai 25 anni, segnando così un notevole cambiamento rispetto la rilevazione statistica del 2010 in cui si registrava meno del 10% degli utenti di età inferiore ai 35 anni.** Le donne hanno un'età media di 39 anni mentre per gli utenti di sesso maschile l'età media è di 41 anni.

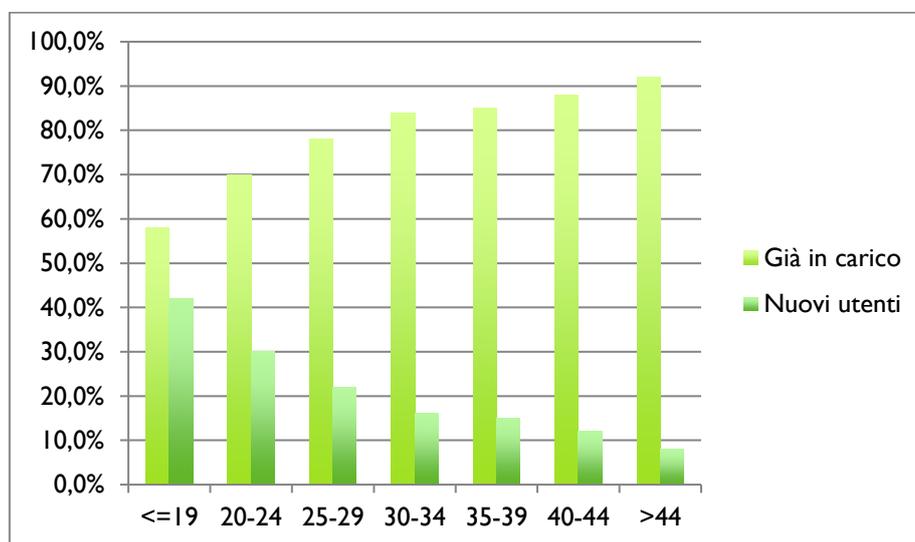
**Grafici 2.6a, 2.6b – Distribuzione dell'utenza tossicodipendente secondo il genere, già in carico e nuovi utenti – ATS Insubria (2021)<sup>21</sup>**



I nuovi utenti sono più giovani: hanno un'età media di circa 34 anni e, pur rappresentando il 14% del totale sono prevalenti nella fascia di età più bassa (42%). (Grafico 2.7).

Dall'analisi effettuata emerge come la lunga permanenza degli utenti all'interno dei Servizi per le dipendenze si confermi una realtà cristallizzata nell'ambito dei percorsi di cura.

**Grafico 2.7 – Distribuzione percentuale dell'utenza tossicodipendente per classi d'età – ATS Insubria (2021)<sup>22</sup>**



Per quanto riguarda la sostanza primaria d'uso (Tabella 2.5), sul totale dei consumatori, circa la metà (46,7%) delle prese in carico riguardano persone che consumano oppiacei, il 29,5% cocaina, poco più di 1 su 6 cannabis (17,5%). Confrontando i dati con quelli rilevati nel 2010, possiamo osservare un cambiamento nella composizione dell'utenza in carico, all'inizio del decennio composta al 67% da persone che consumavano oppiacei, al 20% da consumatori di cocaina e all'11% da consumatori abituali di cannabis.

<sup>21</sup> Elaborazioni su dati Osservatorio dipendenze – ATS Insubria.

<sup>22</sup> Elaborazioni su dati Osservatorio dipendenze – ATS Insubria.

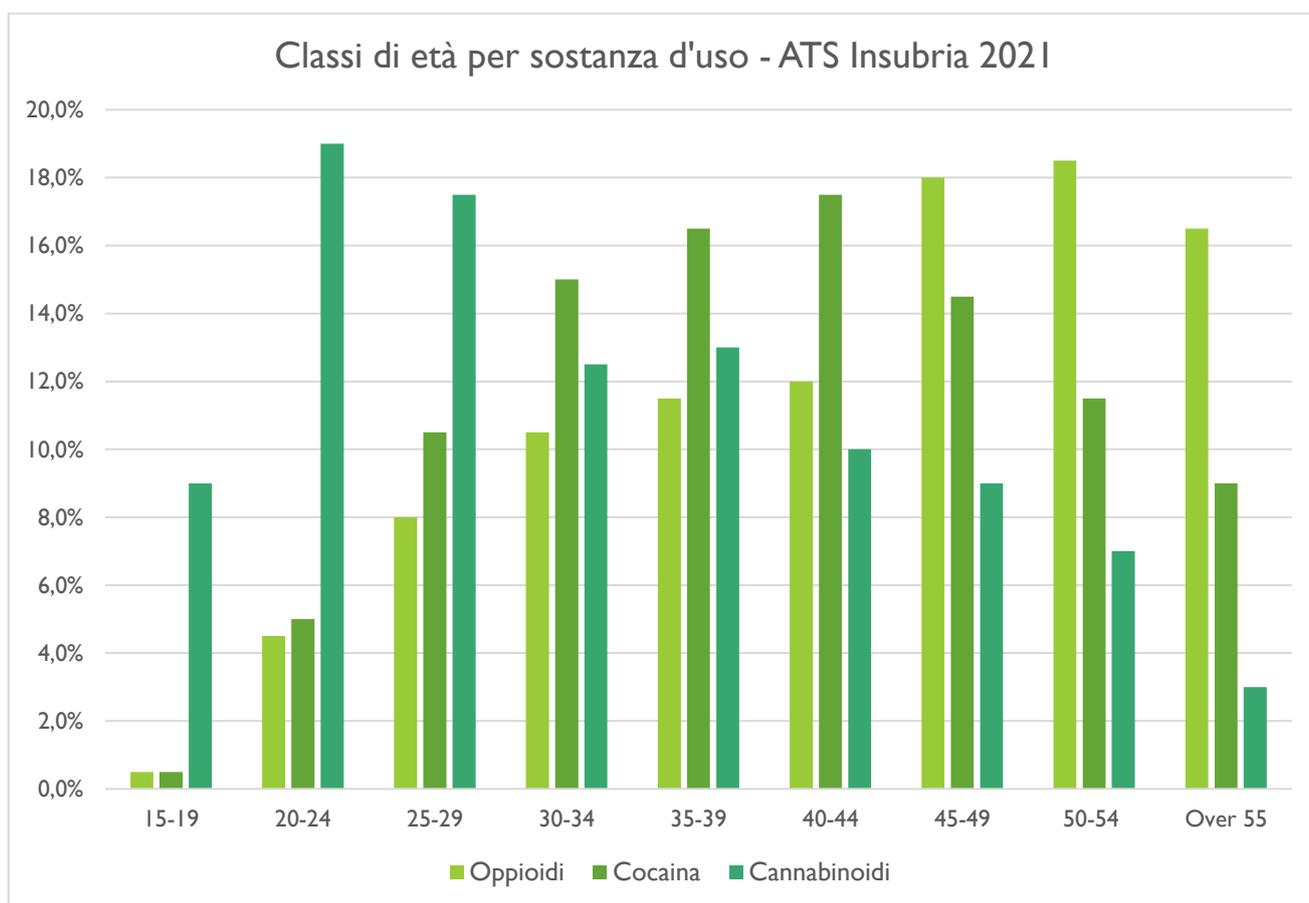
**Tabella 2.5 - Distribuzione dell'utenza tossicodipendenti per sostanza primaria di trattamento tra i generi (2021)**

Sostanza Primaria	Maschi	Femmine	Totale
Eroina	2.033	455	2.488
Cocaina	1.319	255	1.574
Cannabinoidi	842	81	923
Altre illegali	200	46	246
<b>Non Noto</b>	<b>78</b>	<b>20</b>	<b>98</b>
<u>Totale*</u>	<u>4.472</u>	<u>857</u>	<u>5.329</u>

\*Escluso alcol

Se guardiamo alla componente anagrafica, si rilevano percentuali omogenee per quanto concerne i pazienti in carico per uso di cocaina e oppiacei, i cui gruppi principali si rilevano nella fascia d'età 35-49 anni con particolare riferimento alla classe d'età 30-34, 35-3 (Grafico 2.8):

**Grafico 2.8 - Distribuzione % dell'utenza tossicodipendente per sostanza primaria di trattamento divisa per classi d'età**

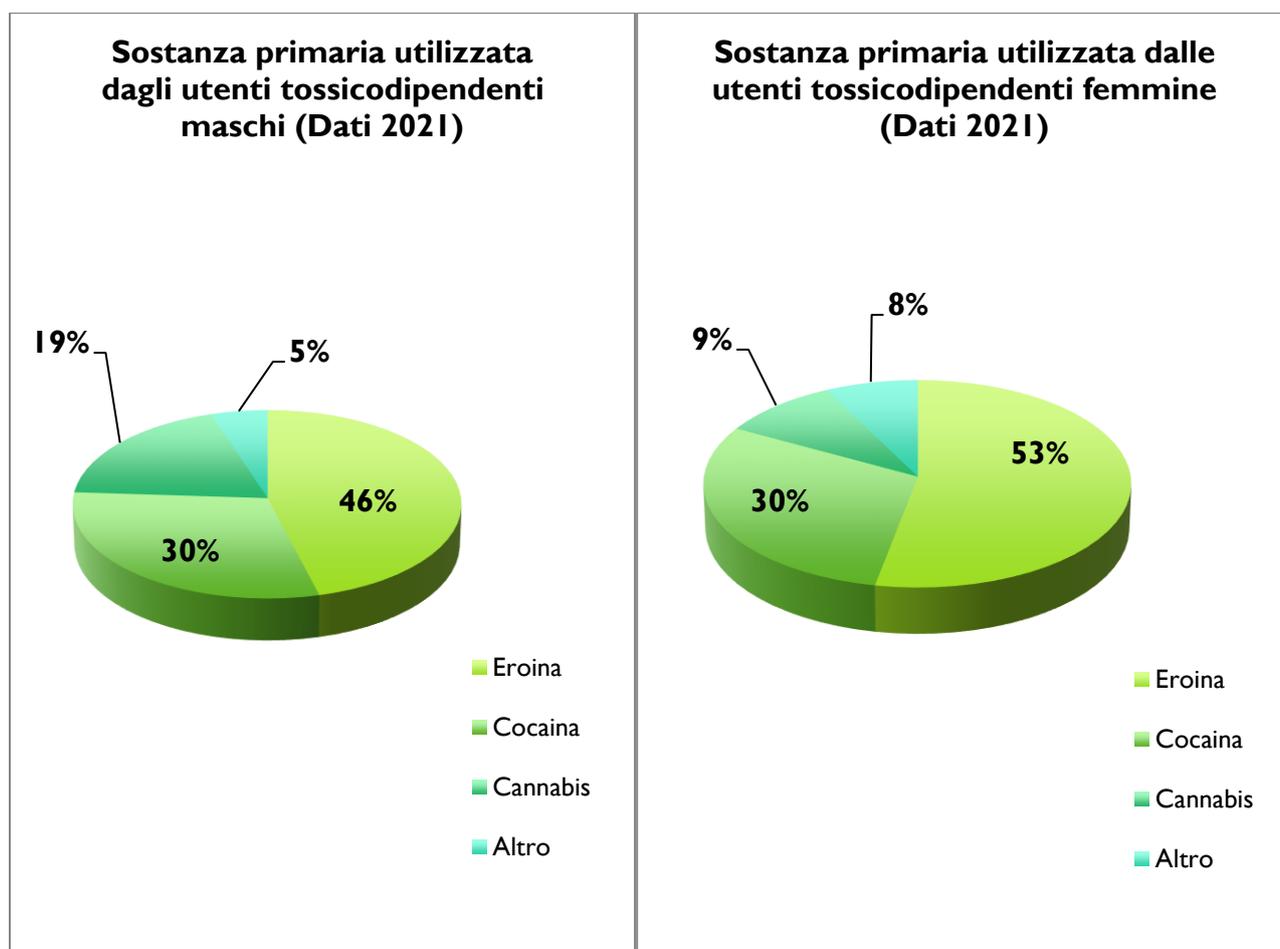


Emerge significativa differenza nella rilevazione inerente l'uso di cannabinoidi, in cui i pazienti in carico si rilevano in percentuale maggiore nella fascia d'età più giovane 15-29 con particolare riferimento alle classi 20-24 e 25-29 anni in cui si rilevano rispettivamente il 20% e il 18% sulla presa in carico totale per uso di cannabinoidi.

Per quanto riguarda la presa in carico per uso di oppioidi, la distribuzione percentuale rileva valori significativi nelle classi d'età 45-49, 50-54 e over 50 anni, confermando nuovamente la lunga permanenza degli utenti tossicodipendenti all'interno dei servizi di cura, elettivamente nella tipologia di paziente indicata.

Se si osserva il comportamento di consumo all'interno di ciascun genere, si conferma l'assenza di una sostanziale differenza legata al tipo di sostanza consumata. Il comportamento di consumo sembra confermarsi in entrambi i casi: gli utenti uomini che consumano oppiacei sono il 46 % del totale in carico, 53% per quanto riguarda le donne (Grafici 2.9a 2.9b). Rispetto il consumo di cocaina, si rileva nel 30% la percentuale sia degli utenti maschi sia dell'utenza femminile, mentre per quanto concerne il consumo di cannabis, le percentuali differiscono maggiormente rispetto le altre sostanze, si registra rispettivamente il 19% e il 9,5%.

**Grafici 2.9a, 2.9b - Distribuzione % dell'utenza tossicodipendente per sostanza primaria di trattamento nei generi**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per quanto riguarda il titolo di studio, è possibile osservare come, omogeneamente per le tre principali sostanze individuate per l'analisi, mediamente il 63,8% del totale dei pazienti non ha proseguito gli studi oltre la licenza scuola media inferiore.

Il valore di riferimento per la licenza elementare si aggira mediamente intorno al 5,5% connotando anche in questa fascia di istruzione percentuali omogenee nelle tre sostanze di rilevazione.

Per la sola sostanza d'uso cocaina si è rilevato lo 0,8% di utenti che nel corso della propria vita non hanno mai conseguito un titolo di studio.

In analogia alle altre fasce di studio, il Diploma di Qualifica Professionale e il Diploma di Media Superiore denotano omogeneità nelle tre sostanze di rilevazione, registrando il valore medio di 12,6% e 13,6%.

Per quanto riguarda i titoli universitari, si registra una media dello 0,8% per il ciclo di Laurea triennale e il 1,65% per il titolo di Laurea Magistrale/Ciclo Unico.

Disaggregando il dato per la sostanza che ha determinato il trattamento, si rileva che i titoli di studio superiori (diploma, laurea) sono conseguiti in maniera meno frequente da consumatori di cannabinoidi (Tabelle 2.6, 2.6b e 2.6c).

**Tabelle 2.6a, 2.6b e 2.6c - Distribuzione % dell'utenza tossicodipendente per liv. di istruzione divisa per sostanza d'uso**

<b>Oppioidi</b>		
<b>Titolo di studio</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale cumulativa</b>
Licenza Elementare	6,1%	-
Licenza Media Inferiore	60,45%	66,55%
Diploma Qualifica Prof. (3 anni)	10,85%	77,4%
Diploma Media Superiore	12,4%	89,8%
Laurea	0,4%	90,2%
Laurea Magistrale	1,5%	91,7%
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>8,3%</b>	<b>100%</b>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

<b>Cocaina</b>		
<b>Titolo di studio</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale cumulativa</b>
Licenza Elementare	6,45%	-
Licenza Media Inferiore	54,95%	61,4%
Diploma Qualifica Prof. (3 anni)	13,2%	74,6%
Diploma Media Superiore	14%	88,6%
Laurea	0,8%	89,4%
Laurea Magistrale	1,4%	90,8%
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>9,2%</b>	<b>100%</b>

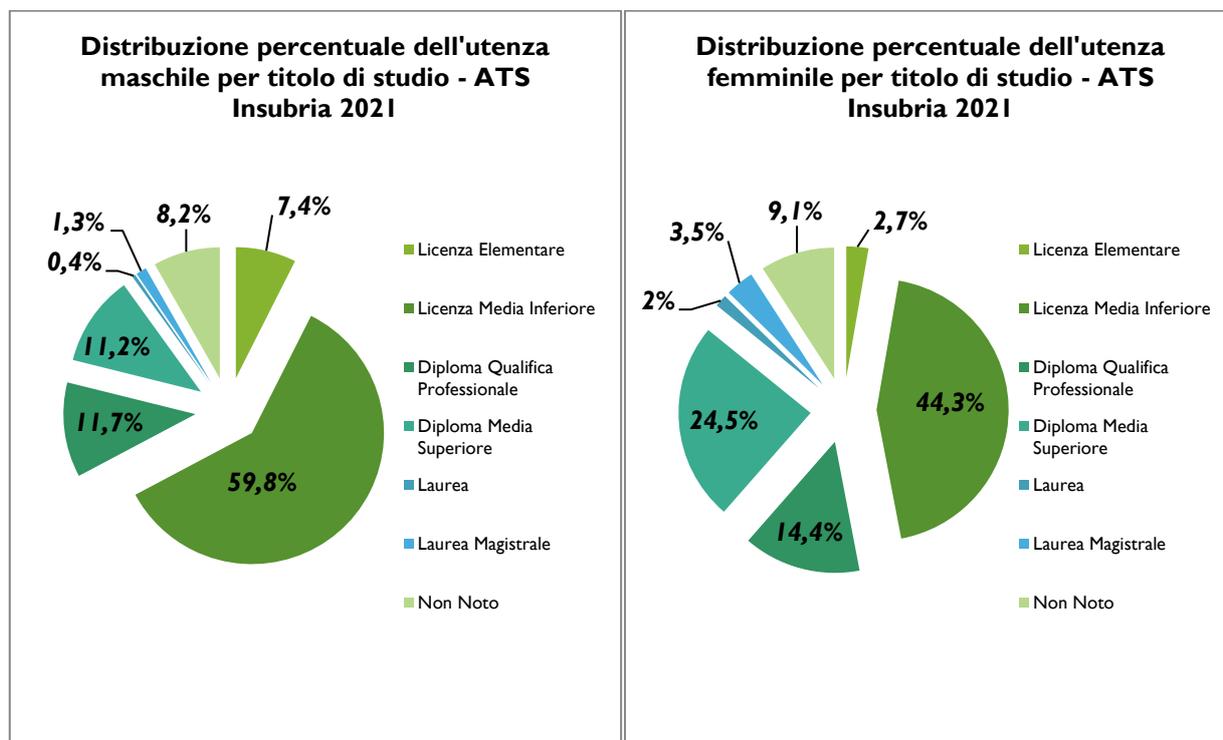
Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

<b>Cannabinoidi</b>		
<b>Titolo di studio</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale cumulativa</b>
Licenza Elementare	4,5%	-
Licenza Media Inferiore	59%	63,5%
Diploma Qualifica Prof. (3 anni)	13,8%	77,3%
Diploma Media Superiore	14,4%	91,7%
Laurea	1,15%	92,85%
Laurea Magistrale	2,05%	94,9%
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>5,1%</b>	<b>100%</b>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Rispetto alla distribuzione di genere emerge sostanziale differenza tra il livello rilevato nell'utenza femminile che si dimostra mediamente più elevato, soprattutto nella Licenza Media Superiore, e il livello nell'utenza maschile in cui i valori medi riferiti a livelli di studio inferiori sono più alti (Grafici 2.10a e 2.10b):

**Grafici 2.10a, 2.10b - Distribuzione percentuale dell'utenza tossicodipendente per titolo di studio divisa per genere**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Rispetto alla condizione occupazionale, si rilevano valori medi omogenei per le tre sostanze analizzate per quanto concerne la condizione di disoccupato/a, economicamente non attivo/a e occupato/a saltuariamente (Tabella 2.7a, 2.7b, 2.7c).

Le variazioni più rilevanti si registrano nella condizione di occupazione stabile e la condizione di studente, nelle quali si rilevano valori medi omogenei per le sostanze d'uso oppioidi e cocaina, mentre per quanto concerne gli utenti in carico per uso di cannabinoidi, si registrano valori decisamente più alti nella condizione occupazionale di studente (13,15% rispetto ai valori 2,75% e 3,15% rilevati rispettivamente per l'uso di oppioidi e cocaina).

**Tabelle 2.7a, 2.7b e 2.7c - Distribuzione % dell'utenza tossicod. per condizione occup. divisa per sostanza d'uso**

Oppioidi		
Condizione Occupazionale	Percentuale	Percentuale cumulativa
Disoccupato/a	37,8%	-
Economicamente non attivo/a	2,5%	40,3%
Occupato/a saltuariamente	11,35%	51,65%
Occupato/a stabilmente	34,5%	86,15%
Studente	2,75%	88,9%
Non Noto/Non risulta	11,1%	100%

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Cocaina		
Condizione Occupazionale	Percentuale	Percentuale cumulativa
Disoccupato/a	40,5%	-
Economicamente non attivo/a	2,15%	42,65%
Occupato/a saltuariamente	9,15%	51,8%
Occupato/a stabilmente	36,7%	88,5%
Studente	3,15%	91,65
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>8,35%</b>	<b>100%</b>

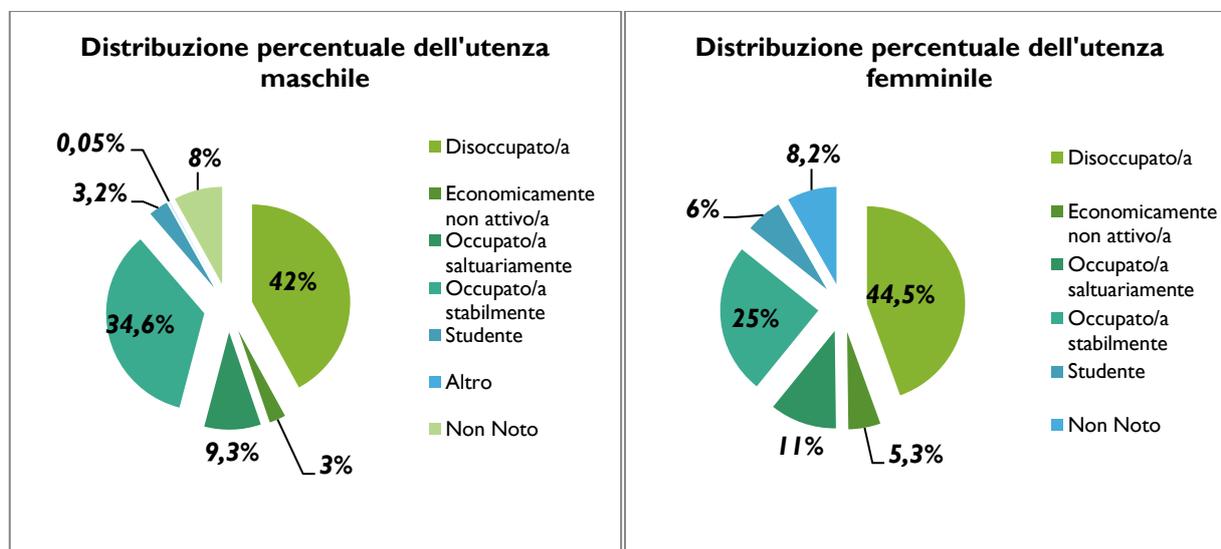
Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Cannabinoidi		
Condizione Occupazionale	Percentuale	Percentuale cumulativa
Disoccupato/a	41,5%	-
Economicamente non attivo/a	3,2%	44,7%
Occupato/a saltuariamente	9,25%	53,95%
Occupato/a stabilmente	24,7%	
Studente	13,15%	
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>8,2%</b>	<b>100%</b>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Rispetto alla distribuzione di genere emerge sostanziale differenza tra il livello rilevato nell'utenza maschile, che si dimostra mediamente più elevato nella condizione di occupazione stabile, e il livello rilevato nell'utenza femminile. Viceversa, appare sostanziale la differenza nella condizione di studente, nella quale l'utenza femminile raggiunge il 8,2% rispetto il 3,2% rilevato nell'utenza maschile (Grafici 2.11a, 2.11b):

**Grafici 2.11a, 2.11b - Distribuzione percentuale dell'utenza tossicodipendente per condizione occup. divisa per genere**



Rispetto allo stato civile si rilevano valori medi omogenei per le sostanze analizzate oppioidi e cocaina, per quanto concerne la condizione di coniugato/a, divorziato/a, nubile/celibe, separato/a e vedovo/a. (Tabella 2.8a, 2.8b, 2.8c). Le variazioni più rilevanti si segnalano per la sostanza d'uso cannabinoidi, dove emerge chiaramente una distribuzione percentuale a favore della condizione di celibe/nubile, supponendo un'utenza differente e più giovane rispetto alle altre due sostanze di rilevazione.

**Tabelle 2.8a, 2.8b e 2.8c - Distribuzione % dell'utenza tossicodipendenti per stato civile divisa per sostanza d'uso**

<b>Oppioidi</b>		
<b>Condizione Occupazionale</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale cumulativa</b>
Coniugato/a	12,8%	-
Divorziato/a	4,7%	17,5%
Nubile/Celibe	62,5%	80%
Separato/a	7,5%	87,5%
Vedovo/a	1,8%	89,3%
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>10,7%</b>	<b>100%</b>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

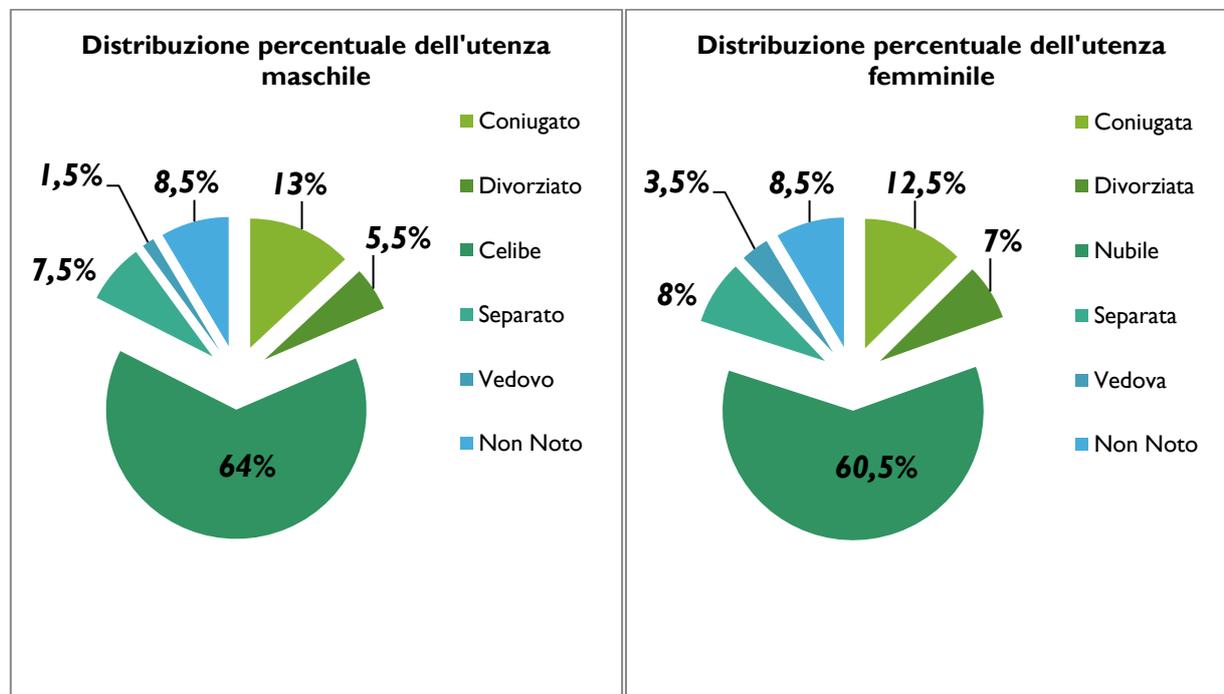
<b>Cocaina</b>		
<b>Condizione Occupazionale</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale cumulativa</b>
Coniugato/a	13,5%	-
Divorziato/a	6%	19,5%
Nubile/Celibe	60%	79,5%
Separato/a	8,2%	87,7%
Vedovo/a	2%	89,7%
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>10,3%</b>	<b>100%</b>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

<b>Cannabinoidi</b>		
<b>Condizione Occupazionale</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale cumulativa</b>
Coniugato/a	7,1%	-
Divorziato/a	2,85%	9,95
Nubile/Celibe	73%	82,95%
Separato/a	6,2%	89,15%
Vedovo/a	1,8%	90,95%
<b>Non Noto/Non risulta</b>	<b>9,05%</b>	<b>100%</b>

Con riferimento alla distribuzione di genere (Grafici 2.12a, 2.12b) non si rilevano sostanziali differenze nella rilevazione dello stato civile ad esclusione della condizione di vedovanza che appare leggermente maggiore nell'utenza femminile. Tuttavia questo dato assume scarsa rilevanza ai fini della nostra ricerca in quanto può essere ricondotto alle rilevazioni statistiche sull'aspettativa di vita (mediamente più elevata nel genere femminile).

**Grafici 2.12a, 2.12b - Distribuzione percentuale dell'utenza tossicodipendente per stato civile divisa per genere**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per quanto riguarda il canale di invio (Tabella 2.9), l'accesso volontario (52,5%) rimane la modalità più comune di entrata nei servizi territoriali per le dipendenze di ATS Insubria. Decisamente più omogenea è la rilevazione delle altre modalità registrate, come l'invio dalle strutture ospedaliere (11%), le disposizioni di autorità<sup>23</sup> (3,5%), l'invio da parte di familiari e/o amici (5%) e i trasferimenti da differenti Servizi territoriali (8%). Si rilevano solo percentuali residuali per quanto concerne l'invio dei Servizi Sociali e dei M.M.G.:

**Tabella 2.9 - Distribuzione percentuale dell'utenza tossicodipendente per canale di invio (2021)**

Canale di Invio	Percentuale	Percentuale cumulata
Accesso Volontario	52,5%	=
Strutture Ospedaliere	11%	63,5%
Altro Ser.D, per dimissione	8%	71,5%
Familiari/Amici	5%	76,5%
Prefettura	3,5%	80%
Trasferimento temporaneo	3,5%	83,5%
Servizi Sociali	3,0%	86,5%
Medico di base	2%	88,5%
Altro	12,5%	100%

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

<sup>23</sup> In genere Prefettura, ex art. 75 e art.121 del D.P.R n 309/1990.

Per quanto riguarda la nazionalità dei soggetti in carico alle strutture pubbliche, si rileva una quasi totalità di popolazione autoctona con il 90%, dunque i soggetti in carico di nazionalità straniera sono il 10% sul totale dei tossicodipendenti, confermando i trend rilevati negli anni precedenti (Tabella 2.10):

**Tabella 2.10 - Distribuzione dell'utenza tossicodipendente per nazionalità**

Nazionalità	Anno 2020	Anno 2021
<b>Italiana</b>	89%	90%
<b>Straniera</b>	11%	10%

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

### 2.1.2 Profilo dei soggetti alcoldipendenti in trattamento presso i servizi territoriali per le dipendenze

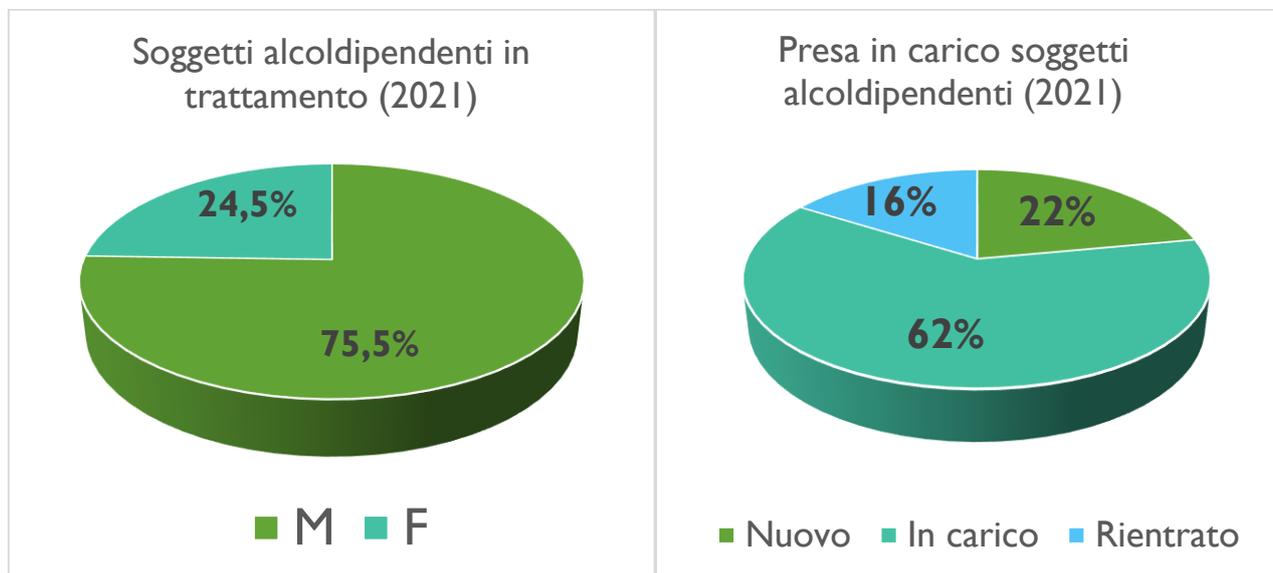
I soggetti alcoldipendenti in trattamento presso i Ser.D. di ATS Insubria nel corso del 2021 sono complessivamente 1.678 (Tabella 2.11), registrando un decremento della presa in carico dello 0,5% relativamente all'anno 2020 (a sua volta registrava -6,5% rispetto ai dati rilevati nel 2019). Sono inclusi nel totale i soggetti in trattamento presso le case circondariali del nostro territorio, utenza a cui si dedicherà più avanti un approfondimento specifico. L'utenza alcoldipendente rappresenta il 22,5% sull'utenza totale.

**Tabella 2.11 - Distribuzione di soggetti alcoldipendenti in carico per Ser.D. di riferimento (Dati 2021).**

	Sedi Ser.D.	In carico
ASST Valle Olona	Busto Arsizio	126
	Gallarate	233
	Saronno	158
	<u>Carcere</u>	28
ASST Sette Laghi	Arcisate	99
	Cittiglio	131
	Tradate	81
	Varese	216
<u>Carcere</u>		10
ASST Lariana	Appiano Gentile	143
	Como	201
	Mariano Comense	173
	Menaggio	52
<u>Carcere</u>		27

Complessivamente il 75,5% dell'utenza è di genere maschile, pressoché confermando i trend rilevati nelle ultime rilevazioni (75% per il 2020 e 76,5% per il 2019). Il 22% degli utenti alcol dipendenti si è presentato al servizio per la prima volta, il 62% risulta già in carico dall'anno precedente mentre il restante 16% viene definito *rientrato*, nello specifico il paziente ha già avuto un trattamento associato e tutti i contatti risultano chiusi al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento Grafici 2.13a, 2.13b).

**Grafici 2.13a, 2.13b - Distribuzione dei soggetti alcolodipendenti in trattamento divisi per genere, nuovi e già in carico**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per quanto riguarda la tipologia di sostanza alcolica (Tabella 2.12), sul totale dei consumatori, circa la metà (49,7%) delle prese in carico riguardano persone che consumano vino come sostanza alcolica primaria, più di 1 su 3 (36,8%) vino, poco più di 1 su 10 super alcolici (11%). Il 75% dei pazienti alcolisti è di genere maschile.

**Tabella 2.12 - Distribuzione dell'utenza alcolodipendenti per tipologia sostanza primaria di trattamento tra i generi**

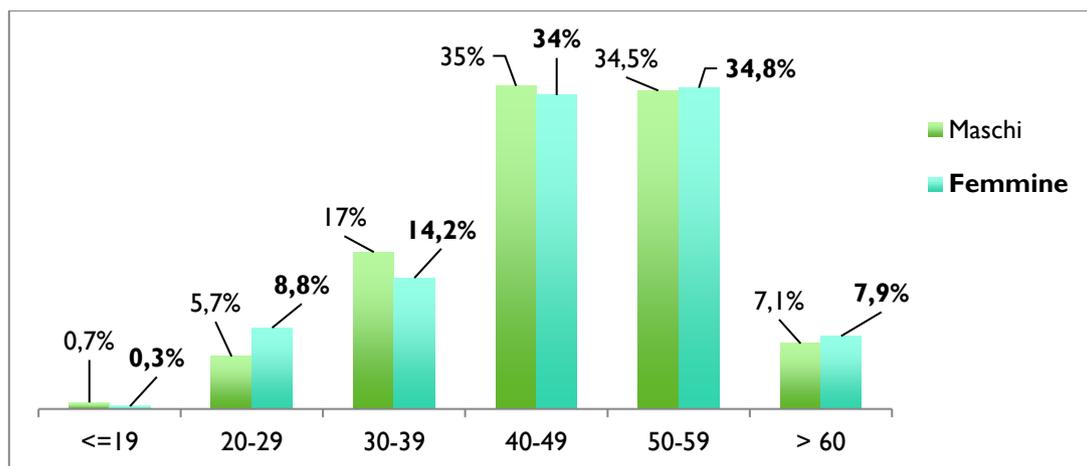
Sostanza Primaria	Maschi	Femmine	Totale
Vino	561	237	798
Birra	516	116	632
Super Alcolici	133	30	163
Altro	59	26	85
<b>Totale</b>	<b>1.269</b>	<b>409</b>	<b>1.678</b>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Gli alcolodipendenti in carico ai servizi hanno un'età media di 48 anni, per quanto riguarda le fasce di popolazione più giovane, si registra lo 0,6% appartenente alla fascia 15-19 aa sul totale delle prese in carico e solo il 6% nella fascia 20-29 aa.

La rappresentazione per fasce di età rende evidente questa caratteristica, concentrando la maggior parte dell'utenza tra i 40 e i 60 anni (70% sul totale). Le classi di età più rappresentate sono la classe 40-49 aa e 50-59 aa la cui composizione risulta analoga tra i due generi (Grafico 2.14).

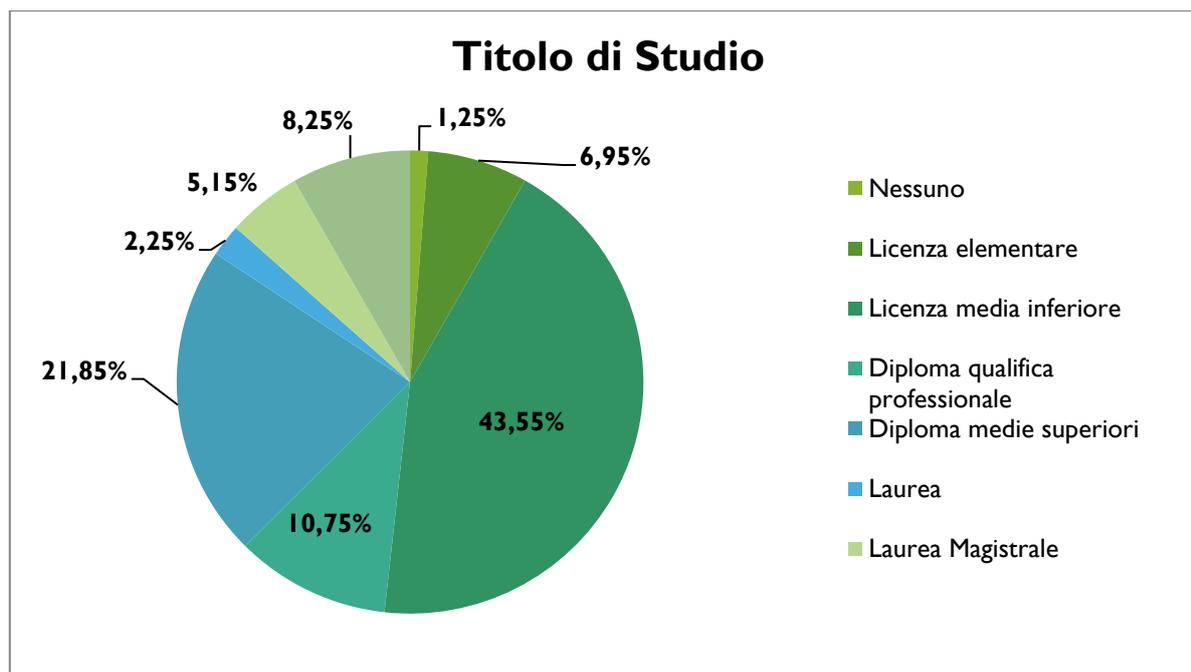
**Grafico 2.14 – Distribuzione percentuale dell’utenza alcol dipendente per genere e classi d’età – ATS Insubria (2021)<sup>24</sup>**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per tracciare il profilo dell’utenza di cui sopra, come precedentemente svolto, può essere utile fare riferimento alle caratteristiche demografiche. Per quanto riguarda il titolo di studio (Grafico 2.15), quasi il 51,75% degli utenti ha conseguito almeno la licenza media inferiore (1,25% nessun titolo e 6,95% elementare e 43,55% media inferiore).

**Grafico 2.15 - Distribuzione percentuale dell’utenza alcol dipendente per livello di istruzione (2021)**

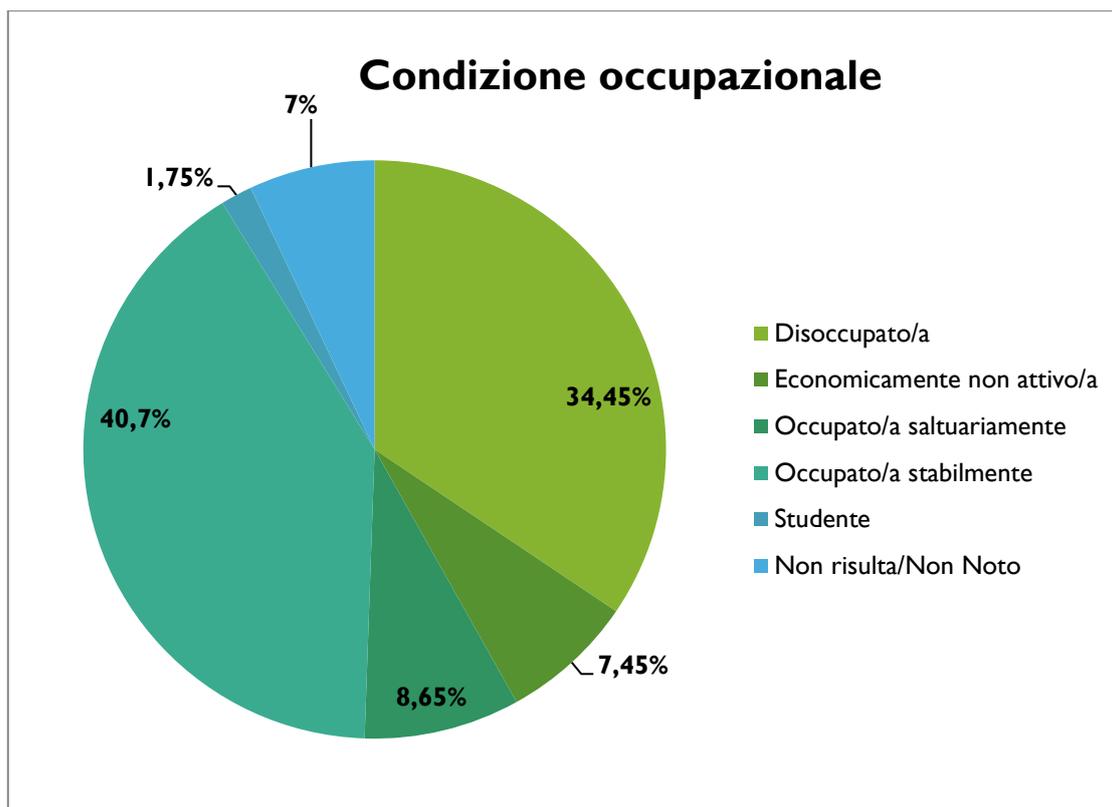


Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Rispetto alla condizione occupazionale, il 40,7% risulta occupato stabilmente, il 34,45% è disoccupato (+2% maggiore rispetto alla rilevazione 2020), il 7,45% economicamente non attivo (pensionati, casalinghe, invalidi) (Grafico 2.16).

<sup>24</sup> Elaborazioni su dati Osservatorio dipendenze – ATS Insubria.

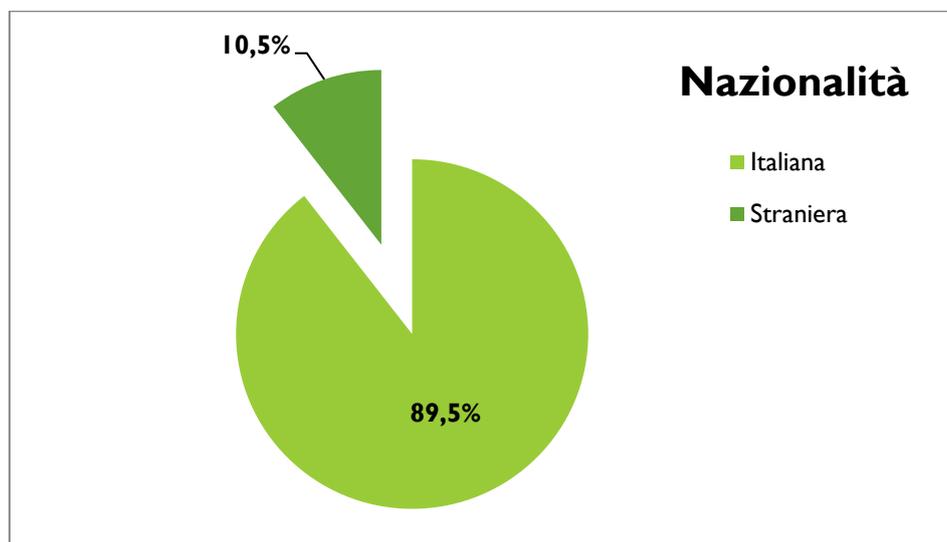
**Grafico 2.16 - Distribuzione percentuale dell'utenza alcoldipendente per condizione lavorativa (2021)**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

L'utenza alcoldipendente che si è rivolta ai servizi territoriali di ATS Insubria nell'anno 2020 è per l'89,5% di nazionalità italiana (Grafico 2.17).

**Grafico 2.17 - Distribuzione percentuale dell'utenza alcoldipendente per nazionalità (ATS Insubria 2021)**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per quanto riguarda il canale di invio (Tabella 2.13) permane, l'accesso volontario (47,5%) rimane la modalità più comune di entrata nei servizi territoriali per le dipendenze di ATS Insubria. Decisamente più omogenea è la rilevazione delle altre modalità registrate, ad esclusione di una buona percentuale riscontrata negli invii dalle strutture ospedaliere (17,5%), si registrano percentuali simili nell'invio da parte di familiari e/o amici (6,5%), l'invio da parte del medico curante (5,5%), l'invio da parte di un altro SerD (4,25%) o l'invio da parte dei Servizi Sociali (3,5%).

**Tabella 2.13 - Distribuzione percentuale dell'utenza alcol dipendente per canale di invio (2021).**

Canale di Invio	Percentuale	Percentuale cumulata
Accesso Volontario	47,5%	=
Strutture Ospedaliere	17,5%	65%
Familiari/Amici	6,5%	71,5%
Altro Ser.D, per dimissione	4,25%	75,75%
Medico di base	5,5%	81,25%
Servizi Sociali	3,5%	84,75%
Altro	13,5%	98,25%
Non risulta/Non noto	1,75%	100%

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

### 2.1.3 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Case Circondariali in carico ai Servizi per le dipendenze

I soggetti detenuti in trattamento presso le Unità Ser.D. di ATS Insubria, operative nelle tre Case Circondariali di Como, Busto A. e Varese, nel corso del 2021 sono complessivamente 863 (Tabella 2.14).

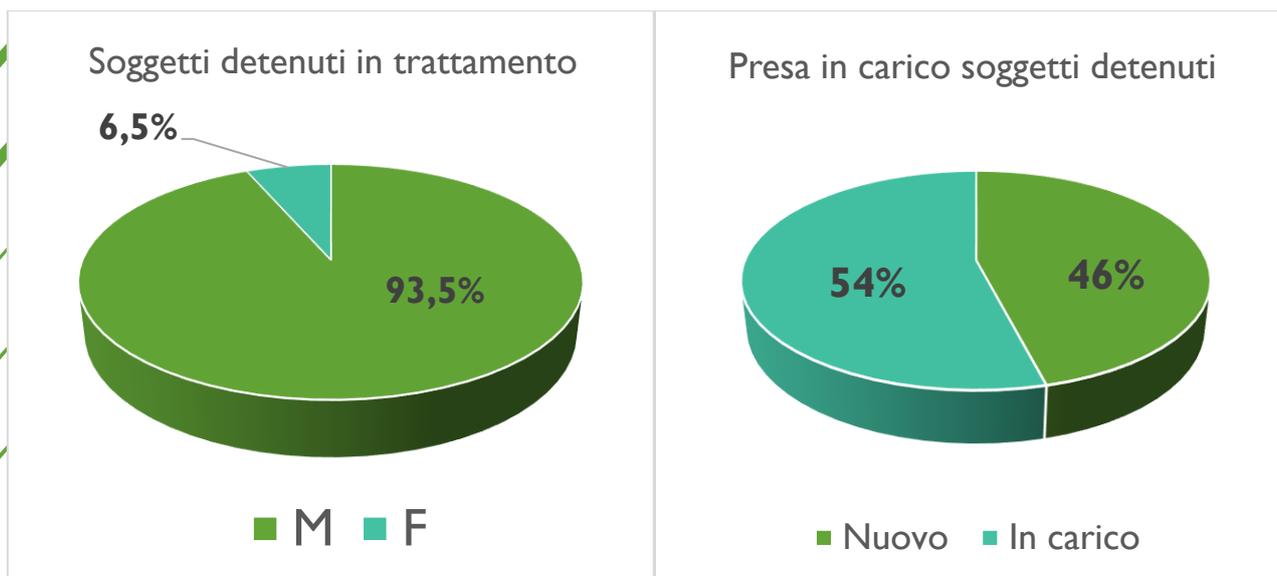
Sono inclusi nel totale i soggetti in trattamento presso le case circondariali del nostro territorio per diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico, argomento cui si dedicherà più avanti un approfondimento specifico. L'utenza carceraria rappresenta il 11,5% sull'utenza totale.

**Tabella 2.14 - Distribuzione di soggetti detenuti in carico ai Ser.D. di riferimento (Dati 2021).**

Sedi Ser.D.	In carico
<b>ASST Valle Olona</b>	
<u>Carcere Busto Arsizio</u>	357
<b>ASST Sette Laghi</b>	
<u>Carcere Varese</u>	109
<b>ASST Lariana</b>	
<u>Carcere Como</u>	397

Complessivamente, il 93,5% dell'utenza è di genere maschile; il 46% degli utenti detenuti è stato preso in carico dal servizio per la prima volta nel 2021 mentre il restante 54% risulta già in carico dall'anno precedente (Grafici 2.18a, 2.18b).

Grafici 2.18a, 2.18b - Distribuzione dei soggetti detenuti in trattamento divisi per genere e presa in carico (2021)

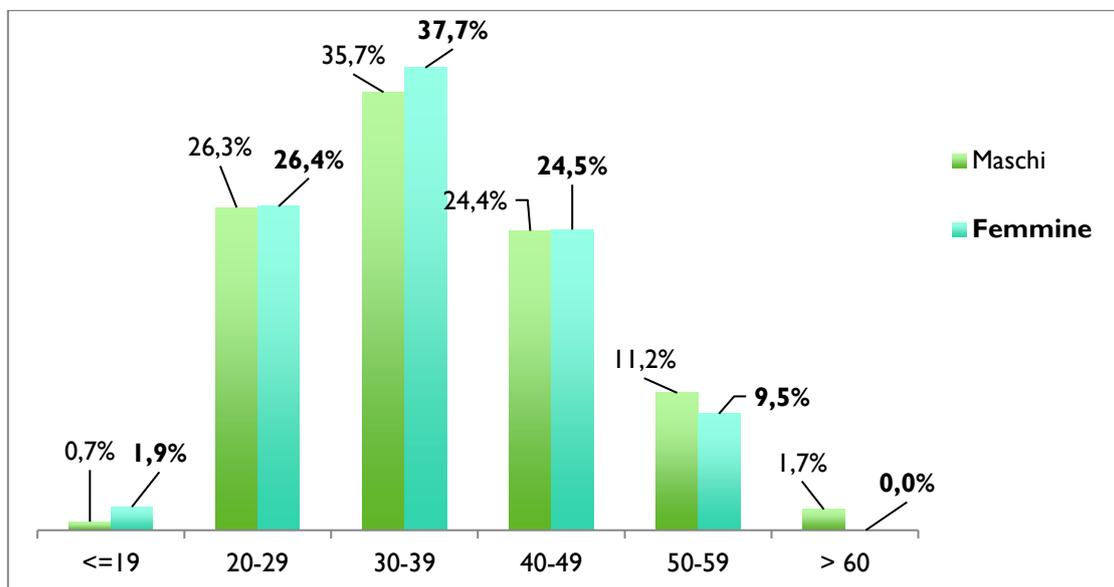


Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

I detenuti in carico ai servizi per le dipendenze di ATS Insubria hanno un'età media di 48 anni, per quanto riguarda le fasce di popolazione più giovane, si registra lo 0,7% appartenente alla fascia 15-19 aa sul totale delle prese in carico e il 26% nella fascia 20-29 aa.

La rappresentazione per fasce di età rende evidente questa caratteristica, concentrando la maggior parte dell'utenza tra i 30 e i 50 anni (60% sul totale). Le classi di età più rappresentate sono la classe 30-39 aa e 40-49 aa la cui composizione risulta analoga tra i due generi (Grafico 2.19).

Grafico 2.19 – Distribuzione percentuale dell'utenza detenuta per genere e classi d'età – ATS Insubria (2021)<sup>25</sup>



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per tracciare il profilo dell'utenza di cui sopra, come precedentemente svolto, può essere utile fare riferimento alle caratteristiche demografiche. Per quanto riguarda il titolo di studio (Grafico 2.15), quasi il 51,75% degli utenti ha conseguito almeno la licenza media inferiore (1,25% nessun titolo e 6,95% elementare e 43,55% media inferiore).

<sup>25</sup> Elaborazioni su dati Osservatorio dipendenze – ATS Insubria.

Per quanto riguarda la tipologia di sostanza alcolica (Tabella 2.15), sul totale dei consumatori, il 37% delle prese in carico riguardano persone che consumano vino come sostanza alcolica primaria, circa 1 su 3 (30%) vino mentre il 17% consuma super alcolici o altri alcolici.

**Tabella 2.15 - Distribuzione dell'utenza alcolodipendenti per tipologia sostanza primaria di trattamento tra i generi**

Sostanza Primaria	Maschi	Femmine	Totale
Vino	22	2	24
Birra	18	1	19
Super Alcolici	10	1	11
Altro	10	1	11
<u>Totale</u>	<u>60</u>	<u>5</u>	<u>65</u>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per quanto riguarda la sostanza primaria d'uso (Tabella 2.16), sul totale dei consumatori, il 54% delle prese in carico riguardano persone che consumano cocaina, sostanza che risulta essere la più consumata dal target di riferimento; circa 1 su 5 (22%) risulta dipendente da eroina, il 16% dai cannabinoidi mentre il 8% consuma altre sostanze.

**Tabella 2.16 - Distribuzione dell'utenza tossicodipendente per tipologia sostanza primaria di trattamento tra i generi**

Sostanza Primaria	Maschi	Femmine	Totale
Eroina	160	12	172
Cocaina	387	30	417
Cannabinoidi	118	9	127
Altro	56	2	58
<u>Totale</u>	<u>721</u>	<u>53</u>	<u>774</u>

Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

Per quanto riguarda le attività di screening svolte dalle Unità Operative dei Ser.D. attive nelle Case Circondariali di ATS Insubria, si registrano (Tabelle 2.17a, 2.17b, 2.17c):

**Tabella 2.17a – Distribuzione dell'utenza detenuta sottoposta ad attività di screening**

Numero pazienti testati per Malattie infettive e classi di età													
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65	Totale
Testati per HIV	0	2	44	67	82	76	65	41	26	9	6	0	418
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	0	0	0	1	0	3	4	1	4	1	0	0	14
Testati per HCV	0	2	44	67	82	76	65	41	26	9	6	0	418
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	0	0	0	1	0	2	5	9	5	2	1	0	25
Testati per HBV	0	2	44	67	82	76	65	41	26	9	6	0	418
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	0	0	0	2	0	1	4	0	1	0	0	0	8
Vaccinati per HBV	0	0	1	8	12	8	5	0	0	0	0	0	34

**Tabella 2.17b – Distribuzione dell'utenza detenuta sottoposta ad attività di screening**

Numero pazienti testati per Malattie infettive e sostanza primaria										
	Oppioidi	Cocaina/ Stimolanti	Ipnotici e sedativi	Allucinogeni	Inalanti	Canna	Altre sostanze	Non noto	Totale	
Testati per HIV	108	213	2	0	0	0	74	6	30	433
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	6	8	0	0	0	0	0	0	0	14
Testati per HCV	108	213	2	0	0	0	74	6	30	433
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	19	14	1	0	0	0	0	0	0	34
Testati per HBV	108	213	0	0	0	0	36	38	6	401
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	3	4	0	0	0	0	1	0	0	8
Vaccinati per HBV	9	10	0	0	0	0	15	0	0	34

**Tabella 2.17c – Distribuzione dell'utenza detenuta sottoposta ad attività di screening**

Numero pazienti testati per Malattie infettive per tipologia di presa in carico				
	Nuovi utenti	Utenti già	Non noto	Totale
Testati per HIV	208	212	13	433
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	6	8		14
Testati per HCV	208	212	13	433
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	12	22		34
Testati per HBV	212	208	13	433
<i>di cui risultati POSITIVI</i>	6	2		8
Vaccinati per HBV	26	8	13	47

Infine, per quanto concerne la tipologia di trattamento erogato ai soggetti detenuti e in regime di pena alternativa, si registrano (Tabella 2.18)<sup>26</sup>:

**Tabella 2.18 – Distribuzione dell'utenza detenuta sottoposta ad attività di screening**

Numero pazienti per tipo di Trattamento erogato e tipologia di presa in carico				
	Nuovi utenti	Utenti già	Non noto	Totale
Trattamento farmacologico, psicosociale e/o educativo	365	345	0	710
<i>di cui sostitutivo con METADONE</i>	67	68	0	135
<i>di cui sostitutivo con BUPRENORFINA</i>	9	11	0	20
Trattamento in CT (pena alternativa)	23	34	0	57

<sup>26</sup> I dati raccolti dalle sedi ASST non sono suddivisi in tipologia di trattamento ma aggregati secondo la definizione presente nella prima cella.

## 2.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche residenziali accreditate del territorio di ATS Insubria

Le strutture accreditate del territorio seguono le linee normative indicate nella D.G.R. 12621/03 in cui si definisce la “determinazione dei requisiti standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati e pubblici per l’assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”.

Come illustrato in dettaglio nel primo capitolo, le strutture presenti nel territorio sono affidate a nove differenti Enti Gestori: Exodus Società Coopertiva Sociale, Associazione Cascina Verde Onlus, Centro Gulliver Soc. Coop. Sociale, Coop. Sociale ARCA, CREST s.r.l., Fondazione Somaschi Onlus, Il Progetto Coop. Sociale, Marco Riva – Org. Volontariato Onlus.

L’offerta trattamentale viene declinata dai servizi residenziali/semiresidenziali a seconda della specifica tipologia posto letto in riferimento alla tipologia di unità d’offerta:

- Accoglienza;
- Area Terapeutica;
- Area Pedagogica;
- Bassa Intensità Assistenziale;
- Coppie/Nuclei Familiari;
- Comorbilità psichiatrica;
- Alcol e polidipendenti.

Nella provincia di Varese sono 260 (230 residenziali + 30 semiresidenziali) i posti autorizzati e accreditati, di cui 248 a contratto (218 residenziali + 30 semiresidenziali). Nella Tabella 2.19 il dettaglio:

**Tabella 2.19 - Offerta trattamentale per tipologia nella provincia di Varese nel 2021**

<b>SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</b>	
Accoglienza	<b>2 posti</b>
TPR-TPS Pedagogica	<b>18 posti</b>
TTR – TTS Terapeutica:	
Residenziale	<b>138 posti</b>
Semiresidenziale	<b>20 posti</b>
SPR2 – SPS2 Comorbilità psichiatrica:	
Residenziale	<b>47 posti</b>
Semiresidenziale	<b>10 posti</b>
SPR3 Alcol e polidipendenti	<b>25 posti</b>

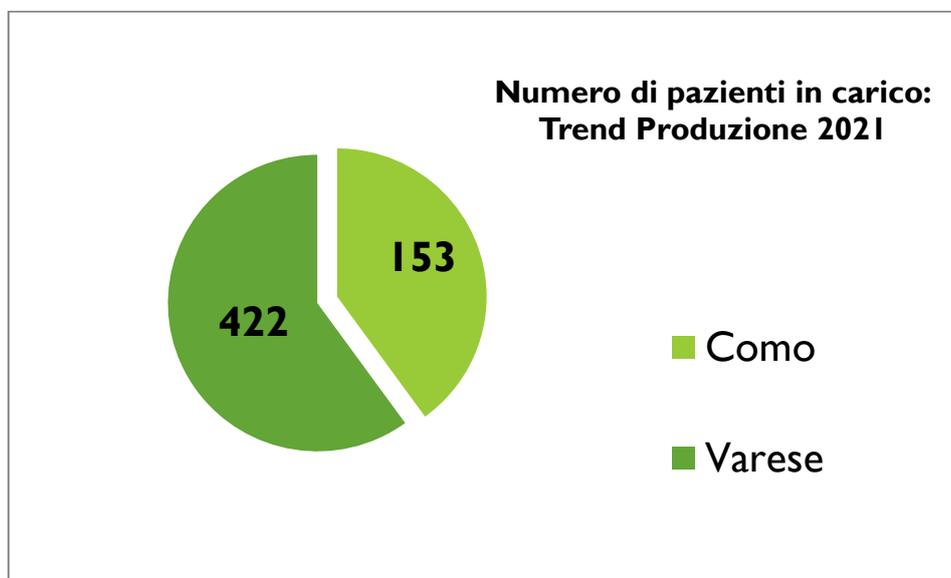
Nella provincia di Como sono 157 i posti autorizzati e accreditati nelle strutture residenziali, di cui 151 a contratto:

**Tabella 2.20 - Offerta trattamentale per tipologia nella provincia di Como nel 2021**

<b>SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</b>	
Accoglienza	/
TPR-TPS Pedagogica	24 posti
TTR – TTS Terapeutica: Residenziale	104 posti
Semiresidenziale	/
Bassa Intensità Assistenziale	8 posti
SPR1 Coppie/nuclei familiari	3 posti
SPR3 Alcool e polidipendenti	18 posti

Nell'anno 2021, sono stati rilevati 684 inserimenti<sup>27</sup> presso le Comunità Terapeutiche per il trattamento delle dipendenze le cui, contestualmente, hanno prestato le proprie cure a 575 soggetti nelle province di Como e Varese. Il numero totale dei percorsi trattamentali offerti è di 713 unità<sup>28</sup>.

**Grafico 2.20 - Numero di pazienti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze di ATS Insubria.**



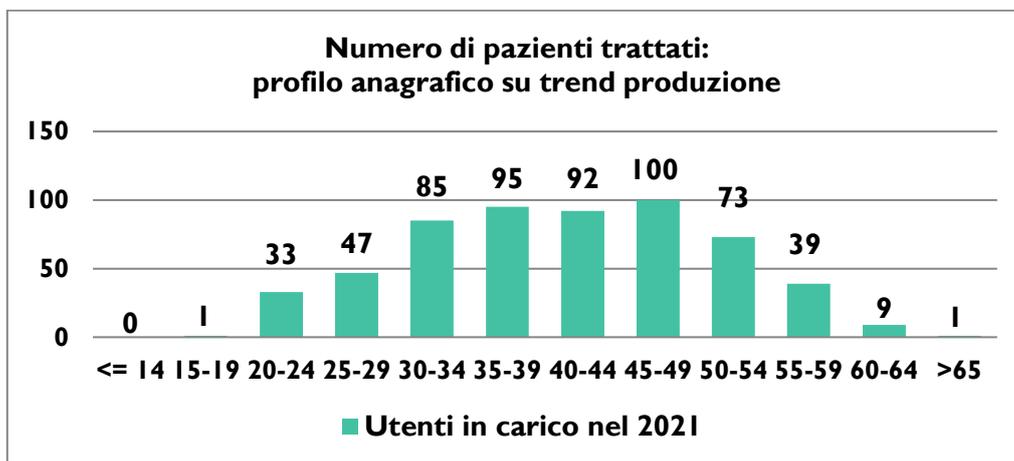
Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

<sup>27</sup> Il valore assoluto così espresso tiene conto anche dei trasferimenti dello stesso utente in strutture diverse.

<sup>28</sup> Il valore assoluto rileva la possibilità di offrire più percorsi allo stesso paziente.

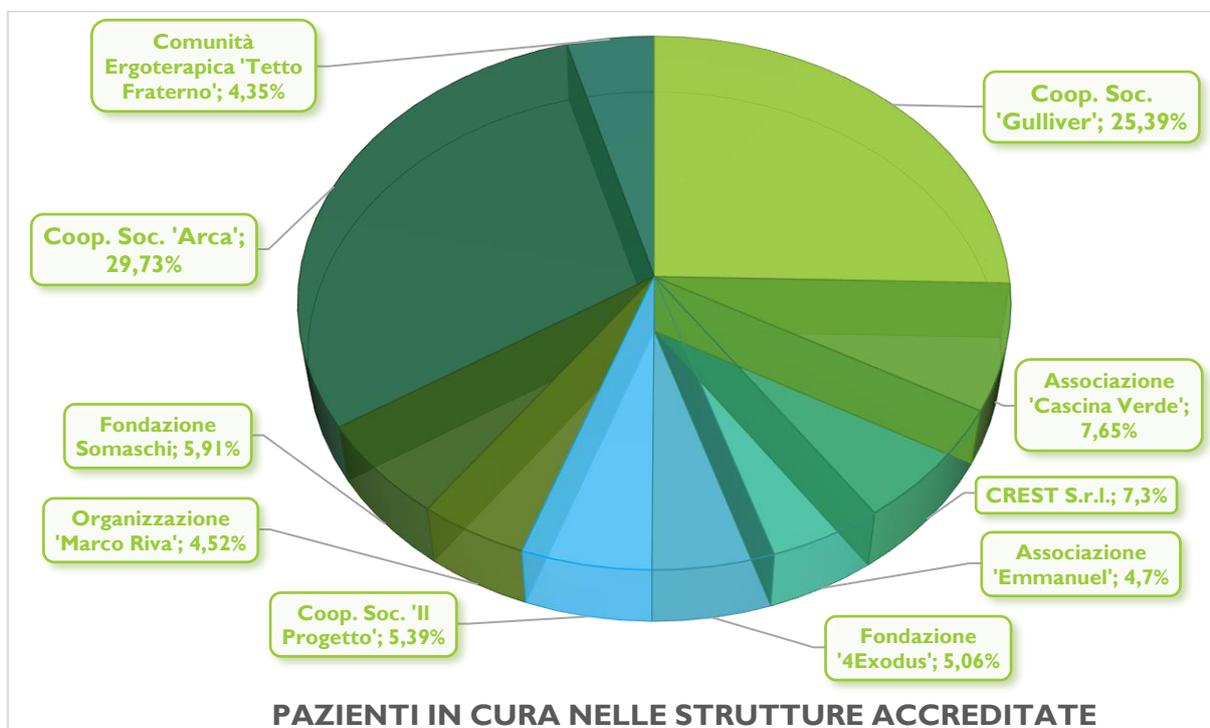
Si conferma come fascia d'età maggiormente coinvolta quella dei **35-49 anni**, le cui classi di composizione mostrano valori assoluti simili, rilevando il 49,9% dei casi sul totale dei pazienti in cura (Grafico 2.21)<sup>29</sup>: Rispetto l'annualità 2020, si rileva una diminuzione del 12,75% dei pazienti inseriti all'interno delle Comunità Terapeutiche accreditate di ATS Insubria; la distribuzione delle prese in carico rispetto la classe di età si confermano pressoché costanti come valori assoluti in proporzione al totale degli inseriti, ad eccezione della classe 25-29 anni (-27,3 p.p.), la classe 40-44 (-26,4 p.p.) e la classe d'età 45-49 (-22,5 p.p.).

**Grafico 2.21 – Distribuzione dei pazienti in trattamento per classi d'età, anno 2021**



L'Ente gestore che ha accolto il numero più elevato di persone è la Coop. Soc. Arca di Como 29,73% dell'utenza, dato riconducibile al numero di strutture che gestisce nel territorio, nello specifico quattro (La Costa, Monteverde, Monteverde 2 e La Cappelletta) per un totale di 104 posti accreditati di cui 98 a contratto in regime di residenzialità (Grafico 2.22).

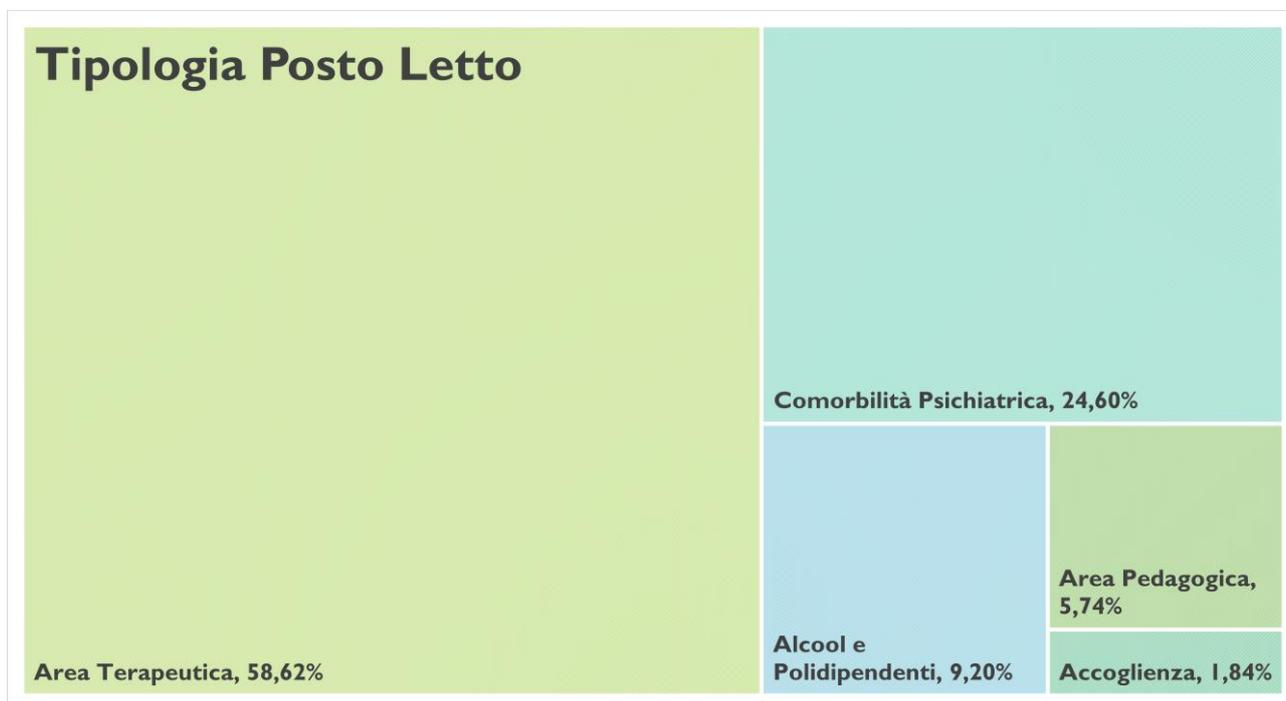
**Grafico 2.22 - Distribuzione dei trattamenti erogati per struttura, anno 2021**



<sup>29</sup> Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

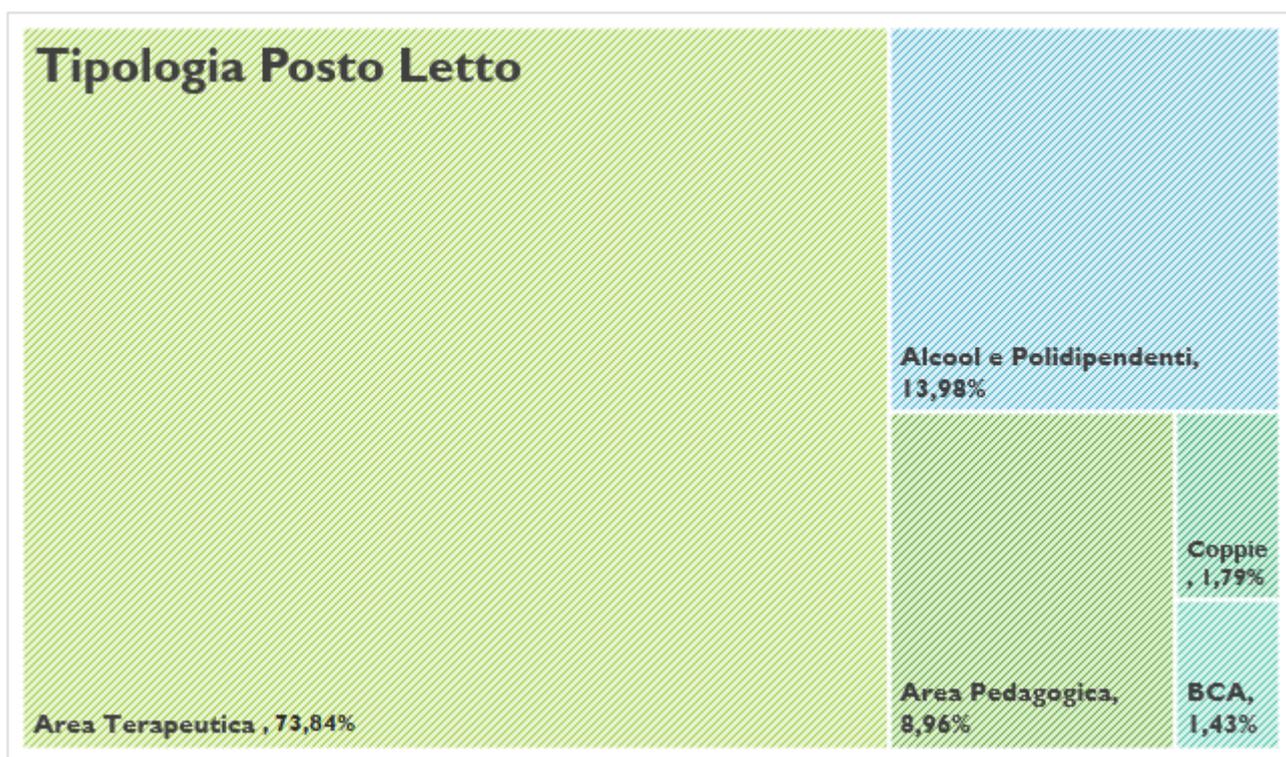
L'offerta di cura erogata dai servizi accreditati presenti nella sola **provincia di Varese** (Grafico 2.23) si suddivide come segue nella tipologia di utenza presa in carico:

**Grafico 2.23 – Tipologia di trattamenti erogati dalle Comunità Terapeutiche a Varese, dati 2021**



Per quanto riguarda **la provincia di Como** (Grafico 2.24), l'offerta di cura erogata dai servizi accreditati è così suddivisa:

**Grafico 2.24 – Tipologia di trattamenti erogati dalle Comunità Terapeutiche a Como, dati 2021**



La percentuale di **cambio nei percorsi di cura** è pari al 19,35 % corrispondente a **138 casi su 713** percorsi offerti, di cui 29 rilevati all'interno della stessa struttura (i restanti 109 sono contestuali al cambio di struttura terapeutica).

Per quanto concerne la classificazione dei percorsi di cura, si rileva il 56,8% di utenti inseriti nel percorso tipico dell'area terapeutica residenziale, il 13,59% sono utenti inseriti nel percorso residenziale tipico per comorbidità psichiatrica, il 10,5% nel percorso residenziale per utenti alcol dipendenti e polidipendenti (Tabella 2.21).

**Tabella 2.21 – Distribuzione pazienti nei differenti percorsi di cura, dati 2021**

<b>Specifica Utente</b>	<b>% rilevata</b>
<i>Utente Tipico Area Terapeutica Residenziale</i>	<u>56,8%</u>
<i>Utente Tipico Comorbidita' Psichiatrica Residenziale</i>	<u>13,59%</u>
<i>Utente Tipico Alcol E Polidipendenti Residenziale</i>	<u>10,5%</u>
<i>Utente Tipico Area Pedagogica Residenziale</i>	<u>4,58%</u>
<i>Utente Tipico Comorbidita' Psichiatrica Semiresidenziale</i>	<u>2,02%</u>
<i>Utente Tipico Coppie Residenziale</i>	<u>0,81%</u>
<i>Utente Tipico Accoglienza Residenziale</i>	<u>0,67%</u>
<i>Utente Tipico Cronico a Bassa Intensita' Assistenziale</i>	<u>0,40%</u>
<i>Utenti Carcere – Arresti Domiciliari/Affido in Prova</i>	<u>10,59%</u>

L'indice di saturazione dell'area terapeutica risulta essere 63,39% (-1,15 p.p. rispetto al 2020), in area pedagogica 69,22% (+0,74 p.p.), in accoglienza il 74,93% (+9,73 p.p.), nell'area coppie/nuclei il 72,60% (-27,03%), il 80,18% in comorbidità (+5,13 p.p.), il 84,51% in area alcol e polidipendenti (+4,16 p.p.), il 19,97% in cronicità bassa intensità assistenziale (-1,69 p.p. rispetto al 2020) che si conferma essere la tipologia di percorso di cura meno proposto all'interno delle C.T.

**L'indice di saturazione medio dunque risulta essere 70,68 % corrispondente alla produzione totale di cure erogate nel 2021 rispetto il totale delle cure erogabili<sup>30</sup>.**

L'indice, rispetto le rilevazioni dei due anni precedenti, è in aumento di 1,35 p.p. riavvicinandosi a quanto rilevato prima della pandemia da Covid\_19: indice 2019 = 73,16%.

L'offerta trattamentale delle unità d'offerta nei servizi residenziali e semiresidenziali è regolata dalla normativa di riferimento:

- ▶ **D.G.R. 10 ottobre 2007 n. 5509 \*\***
- ▶ **D.G.R. 31 luglio 2015 n.3945 \*\*\***
- ▶ **D.G.R. 29 maggio 2017 n 6666**
- ▶ **D.G.R. 23 luglio 2019 n. XI/1987 (dal 1 ottobre 2019)\***
- ▶ **D.G.R. 04 ottobre 2021 n. XI/5340**

Economicamente assume la seguente dimensione:

	<b>€ - Euro</b>
COPPIE RESIDENZIALE	68,4
COMORBILITA' PSICHIATRICA RESIDENZIALE	124,4
ALCOL E POLIDIPENDENTI RESIDENZIALE	124,4
COMORBILITA' PSICHIATRICA SEMIRESIDENZIALE	83
AREA TERAPEUTICA RESIDENZIALE	66,5
AREA PEDAGOGICA RESIDENZIALE	55,9
ACCOGLIENZA RESIDENZIALE	74
AREA TERAPEUTICA SEMIRESIDENZIALE	35,5
AREA PEDAGOGICA SEMIRESIDENZIALE	28,7
ACCOGLIENZA SEMIRESIDENZIALE	39,3
CRONICO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE	31,1

<sup>30</sup> La considerevole variazione del 2020 è da considerarsi in riferimento alla pandemia da Covid\_19.

Rispetto la rilevazione dell'anno precedente, si nota un leggero aumento dei trattamenti erogati nell'area terapeutica tradizionale (da 446 a 461, + 3,3%), restando comunque distanti da quanto rilevato nell'anno 2019, prima dell'emergenza sanitaria Covid-19 (497 percorsi in area terapeutica); tutti gli altri trend rimangono stabili.

Per quanto concerne la **produzione economica**, si è registrato un aumento del 2,2% sul totale dei trattamenti erogati, invertendo il trend rilevato nell'anno 2020 che registrava una perdita di 5,3 p.p. rispetto al 2019; la produzione più elevata è quella dei percorsi in area terapeutica, pari a 3.887.963,50 € - confermando però, per il secondo anno consecutivo, una riduzione della produzione pari al 3,8% rispetto al 2020 (che già aveva segnato un netto decremento, -21,7% rispetto al dato rilevato l'anno precedente).

L'area pedagogica (Tabella 2.22) segue il trend positivo generale, registrando un incremento del 4,83% circa, l'area alcol e polidipendenti vede una variazione positiva del 9% mentre l'area comorbilità psichiatrica segna un aumento del 10,76%.

Per quanto concerne l'area accoglienza si rileva un incremento della produzione pari al 19,1% mentre l'area coppie rileva un decremento del 24,5%.

Occorre sottolineare come le sensibili variazioni nelle aree accoglienza, coppie e cronicità bassa intensità assistenziale siano dovute al numero esiguo di posti disponibili nelle suddette aree di trattamento e dunque, l'oscillazione tra gli anni, seppure non cospicua, del numero di pazienti accolti connota una percentuale di variazione sulla produzione dell'anno precedente così elevata, sia positivamente che negativamente.

Appare invece maggiormente significativo l'incremento del 10,76% nell'area di trattamento della comorbilità psichiatrica che, anche nel 2020 aveva segnato un incremento di 28,5 p.p. rispetto alla produzione 2019.

**Tabella 2.22 – Spesa di produzione nei differenti percorsi di cura, dati 2021**

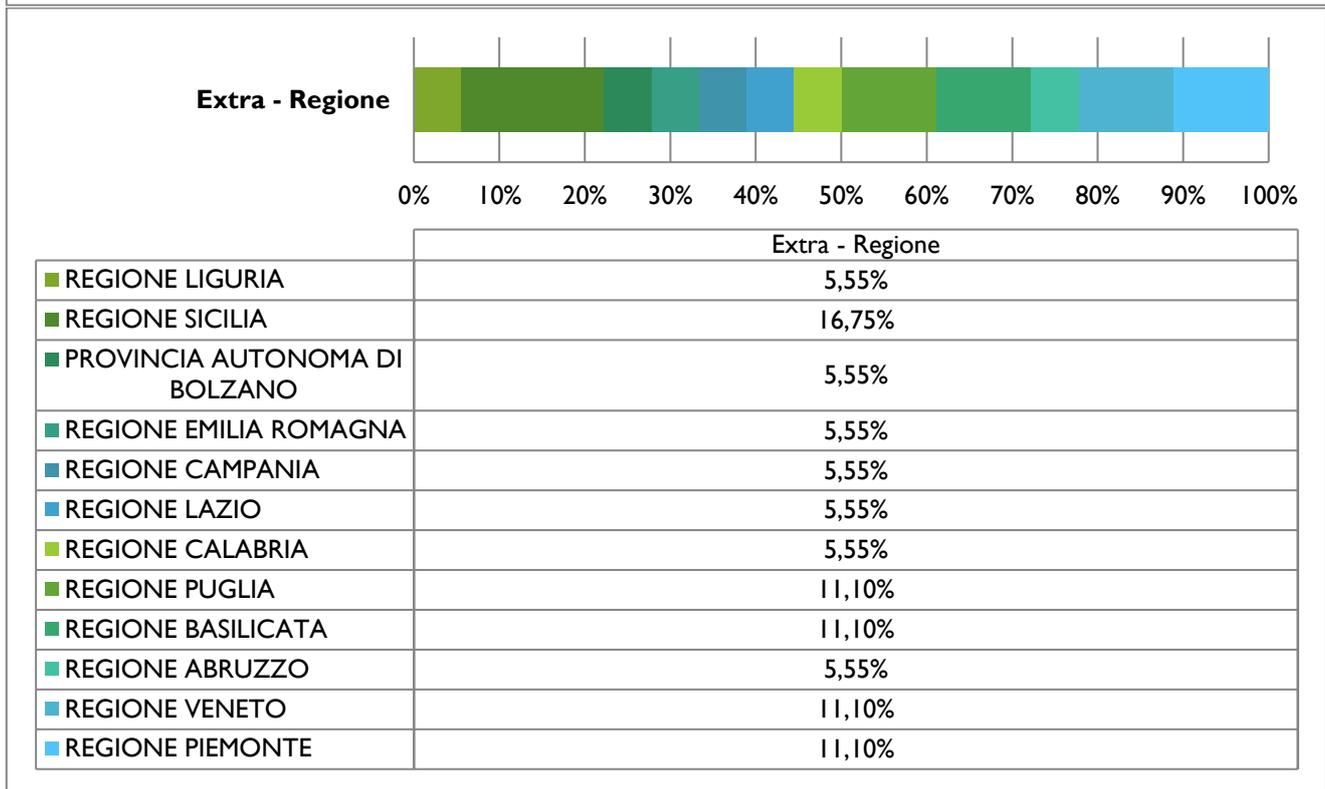
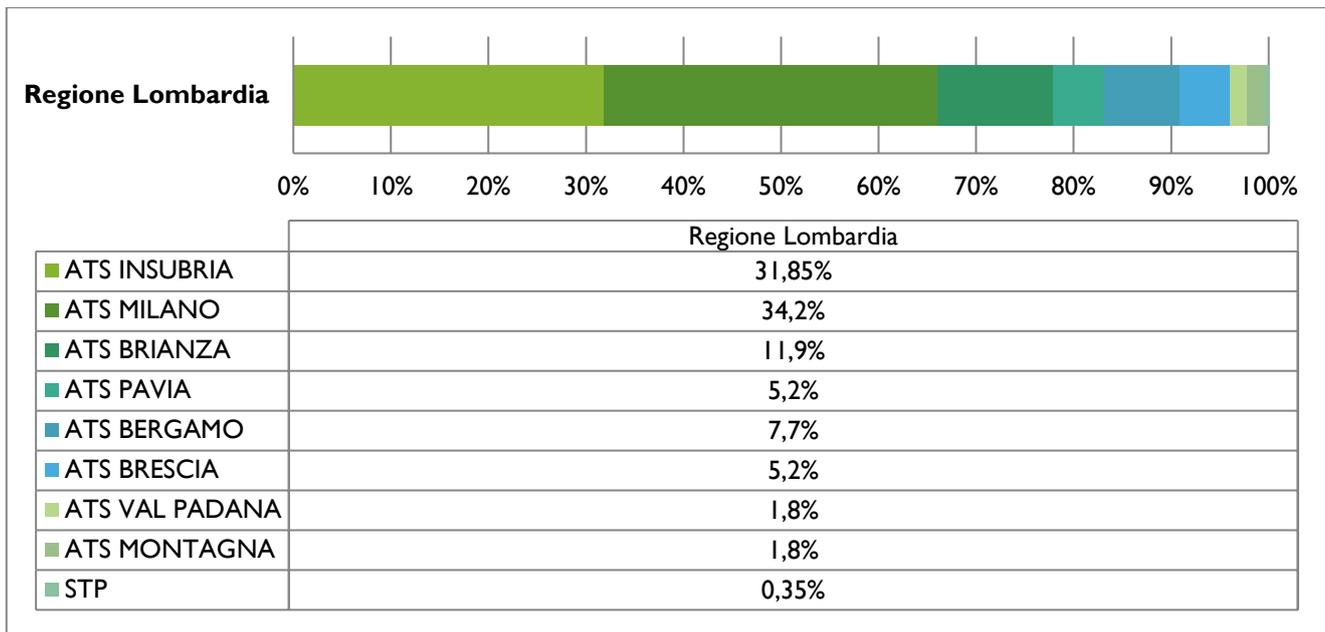
Tipologia/Area Percorso	Spesa annua percorso di cura	Variazione sul 2020	Indice di saturazione
Area Terapeutica	3.887.963,50 €	- 3,8%	63,39%
Area Pedagogica	593.147,70 €	+ 4,83%	69,22%
Accoglienza	40.478,00 €	+ 19,1%	74,93%
Coppie	54.378,00 €	- 24,5%	72,60%
Comorbilità Psichiatrica	1.954.043,20 €	+ 10,76%	80,18%
Alcol e Polidipendenti	1.650.041,60 €	+ 9%	84,51%
Cronicità Bassa Intensità	18.131,30 €	- 30,5%	19,97%

Nel corso del 2021 le giornate con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale sono state **101.571 di cui 99.167 di effettiva presenza**.

Le giornate complessive di assenza sono risultate essere 3.754 di cui 2.586 con oneri a carico del FSR. Guardando all'area di provenienza e dunque all'ATS di imputazione dei soggetti curati all'interno delle Comunità Terapeutiche, si rileva la quasi totalità (556 su 575) dei pazienti provenienti da ATS afferenti all'ambito lombardo (Tabella 2.23).

Solo 19 sono pazienti extra-regionali:

**Tabella 2.23 – Distribuzione soggetti in trattamento per ATS di residenza, dati 2021.**



Elaborato su dati Osservatorio Dipendenze – ATS Insubria

## 2.3 Soggetti assistiti relativi alle ASST del territorio ATS Insubria nell'ambito del gioco d'azzardo patologico (GAP)

Come dettagliato nella parte introduttiva, con Deliberazione n. XI/585 del 01/10/2018 ad oggetto "Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico-attuazione DGR n.159 del 29/05/2018 e D.C.R. n.1497 del 11/04/2017" Regione Lombardia ha dato mandato alle ATS di predisporre un Piano Locale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico (Piano Locale GAP).

Il Piano Locale Gap di ATS Insubria, illustrato nel presente documento, rappresenta le azioni programmate, in forte integrazione con le ASST e tutti gli attori del sistema socio-sanitario del territorio nonché con gli Enti, i soggetti del terzo settore, le imprese e le associazioni di categoria, per la prevenzione del fenomeno GAP e la presa in carico dei giocatori patologici.

Le azioni previste come da indicazioni regionali sono inerenti le seguenti aree d'intervento:

- prevenzione mediante interventi di promozione della salute nei setting di comunità e nell'approccio individuale;
- intercettazione dei giocatori patologici;
- diagnosi, presa in carico ambulatoriale e residenziale-semiresidenziale dei soggetti e reinserimento nel contesto sociale dei giocatori patologici;
- informazione della popolazione e comunicazione;
- formazione degli operatori della rete socio-sanitaria e assistenziale.

La finalità perseguita dal Piano Locale GAP è quella di attuare azioni integrate, intersettoriali e *multistakeholder*, fondate su criteri di appropriatezza e sostenibilità al fine di potenziare l'azione sull'intero territorio di competenza di ATS attraverso la disseminazione di "buone pratiche".

La predisposizione del Piano è avvenuta, secondo le indicazioni di cui all'allegato B della DGR sopra citata e sulla base degli esiti della manifestazione di interesse di cui all'allegato C. Il coordinamento del gruppo di lavoro trasversale che ha elaborato il documento stato attuato dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria - UOC Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali. Hanno partecipato e contribuito attivamente, in base alle specifiche competenze, il Dipartimento PIPSS e Dipartimento PAAPS di ATS Insubria. Le tre ASST del territorio, rappresentate da ASST Sattelaghi, ASST Valle Olona e ASST Lariana, hanno altresì apportato il loro contributo individuando ognuna un piano di azione specifico in base alla propria realtà, alla propria situazione organizzativa e alle specifiche esigenze locali. Il Piano Locale Gap rappresenta parte integrante del Piano Integrato Locale annuale per la promozione della salute di ATS Insubria e si declina a partire dagli obiettivi generali 2 e 3:

- Obiettivo Generale 2 - potenziare l'attività di prevenzione e contrasto GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali;
- Obiettivo Generale 3 - potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla L.R. 23/15 in ottemperanza ai LEA 2017, anche attraverso sperimentazioni di residenzialità.

Di seguito verranno presentati i risultati raggiunti e i dati aggregati in riferimento alle azioni dell'obiettivo 3:

**Tabella 2.24 - Assistiti per consulenze e aggancio che hanno usufruito degli sportelli di ascolto negli ospedali**

Soggetti a cui è stata destinata una attività consulenziale presso gli sportelli ospedalieri <sup>31</sup>	2019	2020	2021
Numero Ospedali coinvolti (*)	15	5	4
Numero di sportelli attivati (*)	9	5	7
Numero di soggetti a cui è stata destinata una attività consulenziale	40	36	63

<sup>31</sup> Fonte Dati: ASST del territorio di ATS Insubria.

L'obiettivo 3.1, così come previsto dalla D.G.R. 2597 del 09/12/2019 allegato 1 "Indirizzi alle ATS per l'attuazione delle azioni previste dall'Obiettivo Generale 1 - Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di *health literacy* nei diversi target – del Programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla DGR n.585/2018", si ritiene raggiunto. Sono stati attivati punti di ascolto, informazione e diagnosi all'interno delle sedi ospedaliere. Sono state implementate e innovate le azioni sia di sistema, in termini di integrazione Ospedale/Territorio attraverso momenti formativi dedicati, sia di intervento di cura attraverso l'implementazione dell'organico dedicato. Durante il periodo pandemico gli interventi e gli accessi ai punti di ascolto sono stati effettuati da remoto. Nel 2021, si auspica il decrescere dell'emergenza sanitaria e la contestuale ripresa dell'attività ospedaliera ordinaria con conseguente aggancio e invio al Ser.D.

In fase di programmazione e monitoraggio, si è evidenziata la difficoltà di cogliere una concreta disponibilità e attenzione da parte degli operatori sanitari ospedalieri in ordine all'individuazione dei soggetti target e al loro invio agli sportelli, in quanto al momento attuale gli ospedali si stanno muovendo verso il trattamento prevalente delle acuzie, con focus prioritario e quasi esclusivo sulle azioni relative. A tal riguardo si ritiene opportuno sperimentare in questa terza annualità la possibilità di coinvolgimento di altri attori della rete quali i MMG, Ambiti Territoriali, con finalità di mettere in luce la domanda inespressa e ancora sommersa.

Le situazioni segnalate che hanno usufruito di attività di consulenza hanno riguardato una ampia platea di soggetti sia con problematica GAP iniziale che conclamata e i loro familiari.

I pazienti in carico (Tabella 2.25) sono stati agganciati dai Ser.D. attraverso la proposta di percorsi di cura a cui si sono riscontrate parziali adesioni, a testimonianza di come la problematica non sia ancora riconosciuta appieno come un problema di dipendenza.

**Tabella 2.25- Utenza gap che ha usufruito del modello sperimentale di accoglienza<sup>32</sup>**

TIPOLOGIA TRATTAMENTO	TARIFFA E DURATA PERCORSO	Pazienti inseriti		
		2019	2020	2021
Diagnosi e Definizione dell'esigenza	120 € - 90 giorni			
Residenziale Breve	118 € - 180 giorni	1	1	1
Residenziale Breve Fase Accompagnamento	12 € - 360 giorni			
Trattamento Residenziale	80 € - 180 giorni + 360 giorni	1	1	2
Trattamento Semiresidenziale	45 € + 720 giorni	1		1

I pazienti inseriti in percorsi sperimentali semiresidenziali/residenziali si contraddistinguono per l'appartenenza alla fascia di età > 55 anni.

Clinicamente si evidenzia, nell'esiguo campione, la presenza in anamnesi di comorbilità, con altri disturbi da abuso di sostanze (anche in remissione) e depressione.

Tutti i soggetti sono accomunati dalla presenza di una situazione socio-familiare caratterizzata da una graduale erosione della rete familiare e sociale, spesso generata dalla compulsiva azione di spesa non morigerata dei propri redditi, o dalla presenza di un evento scatenante che ha modificato l'assetto di vita.

Gli inserimenti sono stati motivati dalla necessità di allontanamento temporaneo dalla propria realtà di vita e di costruzione di un contesto tutelante rispetto il disturbo da gioco.

In generale, nonostante la residualità degli inserimenti, si è riscontrata solo in alcuni casi una positiva riuscita degli interventi con efficace integrazione tra percorsi semiresidenziali e residenziali.

<sup>32</sup> Fonte Dati: ASST del territorio di ATS Insubria.

L'obiettivo 3.2, così come previsto dalla D.G.R. 2597 del 09/12/2019 allegato 1 “Indirizzi alle ATS per l'attuazione delle azioni previste dall'Obiettivo Generale 1 - Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target – del Programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla DGR n.585/2018”, risulta solo parzialmente raggiunto sia in termini di esiti che di numero di inserimenti. Occorre sottolineare come l'attuale organizzazione dell'offerta sperimentale di percorsi riabilitativi residenziali e semiresidenziali, risenta della difficoltà di avere a disposizione strutture e percorsi specifici; infatti nel nostro territorio gli inserimenti avvengono in strutture storicamente e proficuamente orientate alla riabilitazione di utenti con Disturbo da Dipendenze da Sostanze, ciò ha comportato una difficoltà per gli utenti inseriti di identificarsi nel gruppo e nella struttura in maniera positiva e motivante, venendosi a creare gruppi disomogenei per età e storia di vita.

Tabella 2.26 - Utenza in carico ai servizi ambulatoriali<sup>33</sup>

<b>UTENZA IN CARICO AI SERVIZI AMBULATORIALI</b>															
<b>GAP ANNO (fonte Amb)</b>															
	<b>2017</b>			<b>2018</b>			<b>2019</b>			<b>2020</b>			<b>2021</b>		
<b>Fasce età</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>												
<b>14_17</b>	1	0	1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	2	0	2
<b>18_24</b>	17	1	18	16	2	18	14	1	15	2	6	8	12	1	13
<b>25_34</b>	56	6	62	63	6	69	68	3	71	56	6	62	44	5	49
<b>35_44</b>	86	9	95	81	8	89	97	7	104	70	6	76	52	8	60
<b>45_54</b>	95	15	110	91	11	102	88	17	105	86	16	102	51	13	64
<b>55_64</b>	56	17	73	61	18	79	62	22	84	48	15	63	51	11	62
<b>65 e oltre</b>	31	20	51	42	14	56	52	16	68	34	17	51	28	15	43
<b>TOT</b>	<b>342</b>	<b>68</b>	<b>410</b>	<b>356</b>	<b>59</b>	<b>415</b>	<b>382</b>	<b>66</b>	<b>448</b>	<b>296</b>	<b>66</b>	<b>362</b>	<b>240</b>	<b>53</b>	<b>293</b>

Il dato relativo all'utenza GAP in carico ai Servizi Territoriali (Tab. 2.27) denota un decremento dell'utenza in carico del 17,25% nel corso dell'anno 2021 rispetto all'anno precedente.

Tabella 2.27 – Nuova utenza in carico ai servizi ambulatoriali

<b>GAP nuovi (fonte Amb)</b>				
<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
170	168	195	113	95

Appare evidente che la flessione rilevata nel corso del 2020 sia da porre in relazione alle difficoltà di accesso ai servizi e alla diminuzione delle attività di aggancio e reclutamento di nuovi utenti GAP, principalmente dovuta all'epidemia da SARS-COV-2; ciò è confermato dal focus sui nuovi utenti che registra nel 2020 un'importante flessione (-46%) rispetto ai nuovi utenti dell'anno 2019.

<sup>33</sup> Fonte Dati: ASST del territorio di ATS Insubria.

Tabella 2.28 – Distribuzione utenza in carico ai servizi ambulatoriali per scolarità

GAP: SCOLARITA' CONFRONTO ANNO 2020/2021 (fonte Amb)				
	2020		2021	
	Val. assoluti	%	Val. assoluti	%
Nessuno	0	0	1	0,34%
Media inferiore	162	45%	132	45,05%
Elementare	30	8%	19	6,48%
Diploma professionale	33	9%	26	8,87%
Diploma media superiore	81	22%	74	25,26%
Laurea	6	2%	6	2,05%
Laurea magistrale	4	1%	7	2,39%
Non noto	46	13%	28	9,56%
<b>TOT</b>	<b>362</b>	<b>100%</b>	<b>293</b>	<b>100%</b>

Tabella 2.29 – Distribuzione utenza in carico ai servizi ambulatoriali per stato civile

GAP: STATO CIVILE CONFRONTO ANNO 2020/2021 (fonte Amb)				
	2020		2021	
	Val. assoluti	%	Val. assoluti	%
Celibe/Nubile	122	34%	119	41%
Coniugato	142	39%	97	33%
Divorziato	24	7%	21	7%
Separato	22	6%	21	7%
Vedovo	13	4%	12	4%
Non noto/non risulta	39	11%	23	8%
<b>TOT</b>	<b>362</b>	<b>100%</b>	<b>293</b>	<b>100%</b>

Tabella 2.30 – Distribuzione utenza in carico ai servizi ambulatoriali per occupazione

GAP: OCCUPAZIONE CONFRONTO ANNO 2020/2021 (fonte Amb)				
	2020		2021	
	Val. assoluti	%	Val. assoluti	%
Occupato stabilmente	156	43%	139	47%
Occupato saltuariamente	20	6%	17	6%
Economicam. non attivo	24	7%	20	7%
Disoccupato	60	17%	40	14%
Studente	2	1%	6	2%
Altro	34	9%	31	11%
Non noto/non risulta	66	18%	40	14%
<b>TOT</b>	<b>362</b>	<b>100%</b>	<b>293</b>	<b>100%</b>

L'utenza in carico ai servizi ambulatoriali presenta le seguenti caratteristiche:

- Per quanto riguarda l'indice di scolarità, i dati raccolti nel 2020 non presentano sostanziali cambiamenti rispetto al 2017. La maggior parte dei pazienti (42,78%) ha conseguito la licenza elementare, mentre solo il 21,39% ha conseguito il diploma di istruzione secondaria. Il 16,57% dei dati raccolti risulta "non noto".
- Per quanto riguarda lo stato civile, l'utenza in carico si concentra quasi totalmente in stato celibe/nubile 34,49% e coniugato/a 30,48%. Il 18,72% dei dati raccolti risulta "non noto".

- Per quanto concerne lo stato occupazionale, si registra il 38,24% dei pazienti come occupati stabilmente, il 18,45% risulta economicamente non attivo, mentre non è noto per il 35,56%.

Come si evidenzia nella prima tabella si registra una maggior presenza di pazienti di genere maschile (84%) rispetto all'utenza femminile (16%), confermando i trend registrati in ambito di trattamento e cura delle dipendenze.

I servizi inoltre rilevano un lasso di tempo molto ampio (anche anni), tra l'emersione della patologia, la sua esplicitazione e la conseguente presa in carico.

In generale l'utenza in carico si concentra nelle fasce d'età 45-65 (42% sul totale dei pazienti).

L'obiettivo così come previsto dalla D.G.R. 2597 del 09/12/2019 allegato 1 "Indirizzi alle ATS per l'attuazione delle azioni previste dall'Obiettivo Generale 1 - Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target – del Programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla DGR n.585/2018", nel suo complesso si ritiene raggiunto; l'aumento delle risorse disponibili a partire dalla DGR 585/18, rispetto alle annualità precedenti, ha permesso un significativo aumento del numero pazienti con disturbo GAP nell'ambito dell'utenza dei servizi territoriali per le Dipendenze, con un aumento del 30% dei pazienti presi in carico nella prima annualità del Piano.

Le riferite difficoltà legate all'emergenza SARS-COV-2, hanno notevolmente rallentato ogni processo, e influito sulla deflessione numerica. Appare comunque evidente come il dato sia destinato a risalire con la conclusione del periodo emergenziale, rilevando la necessità di mantenere costante e se possibile incrementare, l'impegno di risorse.

Le caratteristiche cliniche della popolazione intercettata all'interno degli Istituti di Pena (Tabella 2.31) ha riguardato in maniera prevalente situazioni di Disturbo GAP in polidipendenza, per tutte e tre le case circondariali coinvolte.

Nel 2021 con la riduzione dell'emergenza Covid, le attività potranno rientrare a regime e si stima un aumento delle prese in carico.

**Tabella 2.31 – Rilevazione Carceri Coinvolte**

<b>VALUTAZIONI/PRESE IN CARICO GAP nelle Equipe carceri</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Numero Carceri coinvolti	3	3	3
Numero di equipe attivate	3	3	3
Numero di soggetti coinvolti (*)	54	58	32
(*) per Valutazione e Presa in carico			

Rispetto alle attività nelle carceri, così come previsto dalla D.G.R. 2597 del 09/12/2019 allegato 1 "Indirizzi alle ATS per l'attuazione delle azioni previste dall'Obiettivo Generale 1 - Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target – del Programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla DGR n.585/2018", al netto della flessione degli interventi e la sospensione delle attività di gruppo si ritiene di aver raggiunto i risultati attesi. Le ore di formazione specifica rivolte al personale del Dipartimento dell'Amministrazione e della Polizia Penitenziaria, hanno contribuito ad uno sviluppo nelle capacità di individuazione precoce della patologia e al miglioramento delle capacità di individuazione e orientamento<sup>34</sup>.

### **2.3.1 Il piano locale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico**

Il piano locale GAP, che nel 2021 ha visto la realizzazione della sua III^ annualità, procederà in continuità con quanto definito dalla DGR 585/2018 attraverso la prosecuzione delle azioni specifiche già concretizzate nelle due annualità precedenti. Nel complesso le azioni programmate hanno raggiunto in maniera soddisfacente i risultati attesi, e la flessione delle attività e del numero di utenti intercettato nei vari setting, nel corso dell'annualità 2020, è sicuramente da porre in relazione all'emergenza sanitaria che ha impedito o fortemente ridimensionato le attività realizzate.

<sup>34</sup> Fonti Dati ASST, Tavolo di Programmazione e Monitoraggio 2021.

Tuttavia attraverso una modalità strategica di confronto tra ATS, ASST e gli altri stakeholder della rete, in un ambito di programmazione territoriale e monitoraggio degli interventi, si è scelto di indirizzare maggiori risorse agli interventi territoriali di cui ai sotto obiettivi 3.1, 3.3 e 3.4.

L'esiguità dei dati di consumo riferiti al sotto obiettivo 3.2, mette in luce da un lato la necessità di porre all'orizzonte l'attivazione di programmi riabilitativi residenziali e semiresidenziali altamente specifici e flessibili per l'utenza GAP, rafforzando le competenze degli operatori e individuando nuove unità d'offerta specifiche, dall'altro definisce come primaria, al momento attuale, la necessità di porre come obiettivi prevalenti, le attività volte alla emersione del fenomeno sommerso e alla presa in carico specialistica ambulatoriale.

Le risorse destinate ai sotto obiettivi 3.1, 3.3 e 3.4 saranno pertanto implementate al fine di perseguire l'obiettivo di consolidare la rete dei servizi di cura territoriali per il GAP, finalizzata all'incremento delle possibilità di intercettazione e risposta dei bisogni della popolazione.

Tuttavia alla luce degli esiti sopra sintetizzati, in relazione alle precedenti annualità, si sono identificate alcune priorità e interventi innovativi da realizzarsi nel corso della III annualità.

In particolare per i sotto obiettivi:

- 3.1 - Le azioni di sensibilizzazione e formazione originariamente previste unicamente in favore della continuità tra Polo Ospedaliero e Territoriale, si svilupperanno coinvolgendo anche altri soggetti della rete quali ad esempio MMG, Ambiti Territoriali con finalità di favorire una precoce intercettazione del bisogno sommerso;
- 3.2 - Verrà avviato un tavolo di confronto tra ATS, Servizi Territoriali Dipendenze delle ASSt ed Enti Gestori convenzionati GAP;
- 3.3 - Verranno potenziate le risorse-operatore da dedicare all'accoglienza, alla valutazione e al trattamento specialistico dei giocatori al fine di facilitare l'accessibilità agli utenti e ai loro familiari; sarà potenziata l'offerta di trattamento di gruppo con metodologie diversificate e specializzate rivolte agli utenti e ai loro familiari (gruppi psicoeducativi e motivazionali, gruppi di prevenzione delle ricadute, gruppi per genitori di adolescenti coinvolti nel gioco attraverso la rete, ecc);
- 3.4 - Verranno riprese e implementate le attività di gruppo per gli utenti in situazione di carcerazione.

## Copyright

Tutti i contenuti ed informazioni presenti all'interno dell'articolo, sono di proprietà esclusiva della ATS dell'Insubria e/o di terzi e sono protetti ai sensi della vigente normativa sul diritto d'autore (legge n.633/1941 e s.m.i.) sui brevetti e su quelle relative alla proprietà intellettuale e possono essere rilasciati in modalità Copyright ovvero con diritti riservati o in modalità Creative Commons ovvero con alcuni diritti riservati.

La riproduzione, la comunicazione e la messa a disposizione al pubblico, il noleggio, il prestito, la diffusione senza l'autorizzazione del titolare dei diritti è vietata. Tutti i contenuti possono essere scaricati o utilizzati solo secondo le modalità previste dai diritti stessi e comunque non per uso commerciale. Alle violazioni si applicano le sanzioni previste dagli articoli da 171 a 174 della citata normativa.