

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati

III.2.3.4. Minori con problemi droga correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione

III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

A fronte della crescente richiesta di assistenza socio-sanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di addiction, si è sviluppata negli anni a livello regionale e territoriale una rete complessa ed articolata di servizi socio-sanitari composta da servizi pubblici e del privato sociale variamente organizzati e coordinati.

Tale rete assistenziale non si concretizza solo attraverso interventi integrati tra le diverse strutture e servizi che concorrono a soddisfare il bisogno terapeutico-riabilitativo dell'utente, ma anche con lo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione delle patologie correlate, la riabilitazione e la rieducazione ed il reinserimento del soggetto nella società.

Nella prima parte di questo capitolo si tenterà di fornire un profilo conoscitivo sulle strategie socio-sanitarie avviate a livello regionale in risposta ai bisogni socio-sanitari accennati in precedenza; tale profilo emerge dalla rilevazione condotta presso le Regioni, mediante un questionario strutturato predisposto dall'Osservatorio Europeo nell'ambito delle attività di monitoraggio delle varie azioni attivate dagli Stati membri dell'UE in materia di tossicodipendenze.

La parte centrale di questa sezione sarà dedicata alla descrizione dei tratti salienti dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze presso le proprie sedi, nelle strutture socio-riabilitative, relativamente ai soggetti in carico ai servizi e presso gli istituti penitenziari. In questo spazio, attraverso l'analisi dei dati derivanti dallo studio multicentrico, verranno approfonditi alcuni aspetti dei trattamenti di cura orientati alla nuova utenza piuttosto che all'utenza già in carico da periodi precedenti ed i profili di cura in relazione alla sostanza d'uso primaria.

A conclusione di questa parte un paragrafo viene riservato alla Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati.

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

L'Osservatorio europeo sulle droghe propone una suddivisione dei programmi di trattamento in tre categorie articolate a loro volta in base al contesto di applicazione. Nello specifico, quindi, i trattamenti sono distinti in: trattamenti antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, trattamenti "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica, trattamenti "drug free", "abstinence oriented".

Il trattamento farmacologicamente assistito si suddivide ulteriormente in due sottocategorie: trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) e trattamenti con antagonisti.

Ognuno degli interventi di trattamento sopra menzionati può essere svolto in strutture ambulatoriali, strutture di ricovero o residenziale ed ambulatori presso i medici di base. In linea generale, anche in Italia sussiste tale classificazione dei trattamenti, con differenze nelle sedi di erogazione degli stessi: raramente trattamenti farmacologici vengono erogati da medici di medicina generale e le strutture di ricovero di norma assistono gli utenti nell'ambito della cura di eventi acuti.

In termini di strategie regionali volte a interventi socio-sanitari a favore delle persone con bisogno di trattamento per uso di sostanze psicoattive, il 53% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste l'89% hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.

In Figura III.2.1 sono indicate le Regioni (in termini percentuali) che hanno realizzato interventi specifici rivolti a diversi soggetti; in particolare si può osservare che il 94,1% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti e l'82,4% verso utilizzatori problematici con doppia diagnosi.

Solo nel 29,4% delle Regioni, invece, esistono specifici interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena l'11,8% per altri gruppi di persone

Premesse

Fonti informative:
Regioni e
Province
Autonome

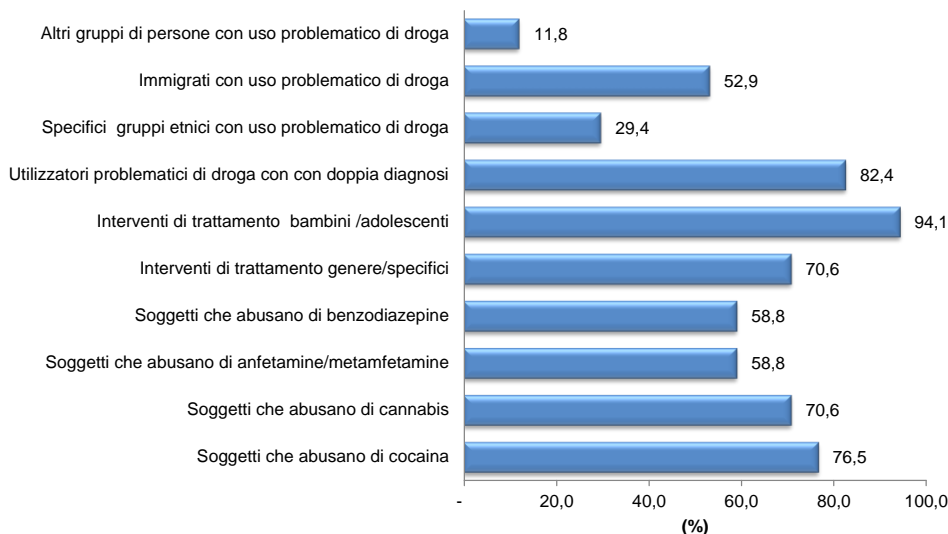
I limiti dell'auto
dichiarazione e
dei giudizi sulle
proprie attività

Articolazione dei
trattamenti
secondo lo
schema OEDT:
antiastinenziali,
farmacologici
assistiti, drug free

Forte attivazione
d'interventi per
minori ed
adolescenti, e
soggetti con
doppia diagnosi

con uso problematico di droga.

Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che hanno attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2012

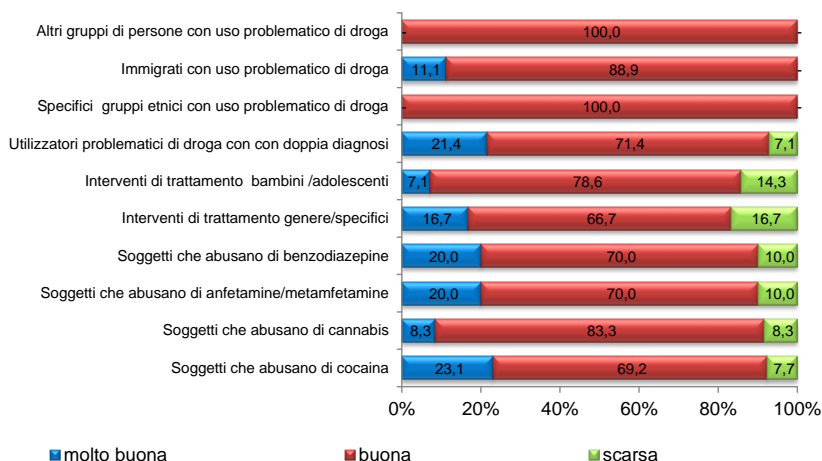


Molta attenzione rivolta a bambini ed adolescenti.

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva con un giudizio almeno buono nel 100% delle regioni nei casi di “specifici gruppi etnici con uso problematico di droga”, “altri gruppi di persone con uso problematico di droga” e “immigrati con uso problematico di droga”.

Figura III.2.2: Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2012

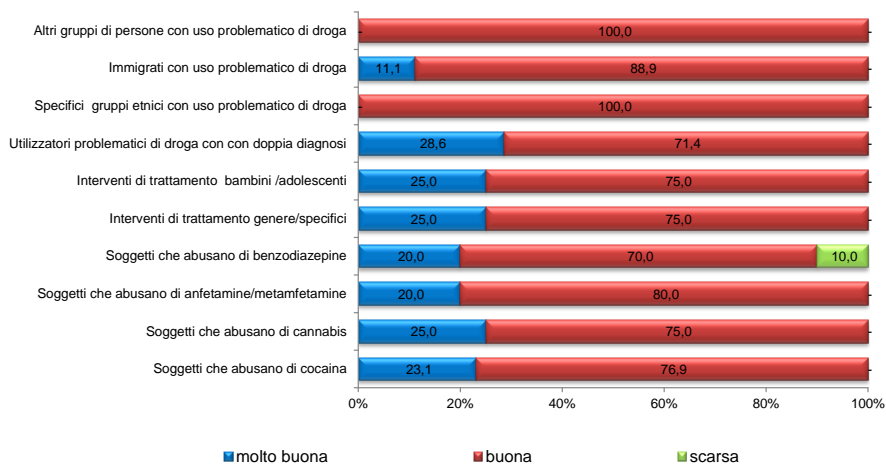


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

L'accessibilità è stata valutata in maniera sempre molto positiva dalle Regioni e Province Autonome, in sette casi su dieci con una valutazione ottima per almeno il 20% dei casi; solamente un 10% ha giudicato scarsa l'accessibilità per soggetti che abusano di benzodiazepine (figura III.2.3).

Molto positiva l'accessibilità dei servizi di trattamento

Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Almeno il 65% delle Regioni e Province Autonome utilizza i dati sui trattamenti rilevati nei Ser.T./Dipartimenti per programmare, modulare o modificare politiche e pratiche nel campo della lotta alla droga all'interno della propria realtà regionale programmando e riorganizzando i servizi territoriali, programmando l'aggiornamento professionale, e programmando e attuando interventi nel campo degli interventi, della prevenzione primaria e secondaria.

Dallo scorso anno è stata introdotta un'ulteriore sezione dedicata alla garanzia della qualità di trattamento con l'obiettivo di raccogliere informazioni sull'esistenza a livello regionale/aziendale di protocolli/procedure/linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti erogati nei servizi per le dipendenze.

Si articola in tre parti: Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento, Monitoraggio e valutazione e l'ultima, Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi".

Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento

Nelle regioni e Province Autonome lo strumento delle linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti è ancora poco diffuso, solo nel 30,8% ne esistono inerenti il trattamento farmacologico e quello psicosociale integrato, ancor meno diffuso per il trattamento psicosociale e gli altri trattamenti (Figura. III.2.4).

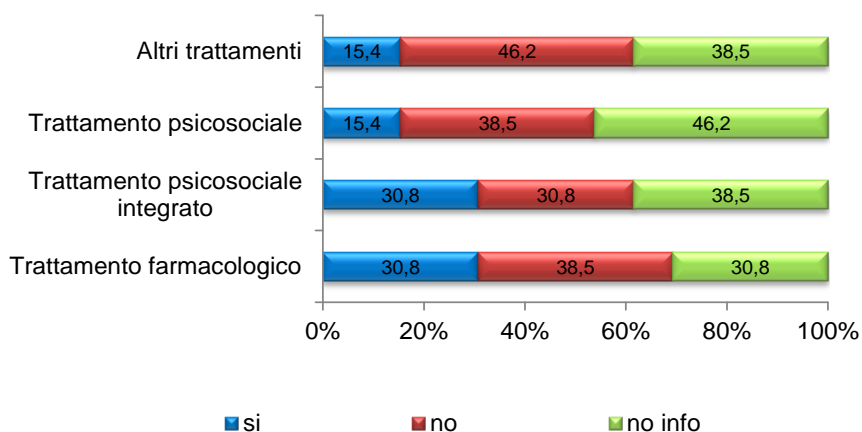
Rilevante anche la poca disponibilità di informazioni, in almeno il 30% dei casi (con punta del 46,2%) non si dispongono di elementi per rispondere.

Anche per quanto concerne l'applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti (Fig. III.2.5) le Regioni solo in pochissimi casi ne fanno uso, addirittura in nessun caso come pre-requisito per il finanziamento del servizio (Figura. III.2.6).

Poco diffuse le linee guida

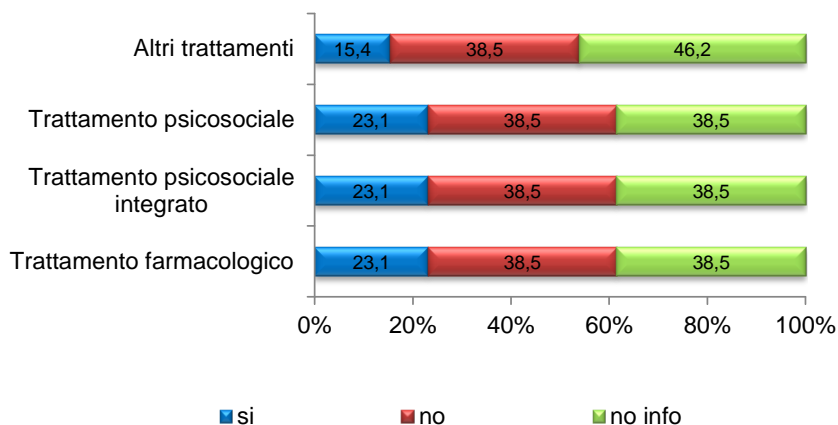
Molto scarsa l'applicazione obbligatoria delle linee guida

Figura III.2.4: Esistenza documenti ufficiali per la valutazione della qualità dei trattamenti. Anno 2012



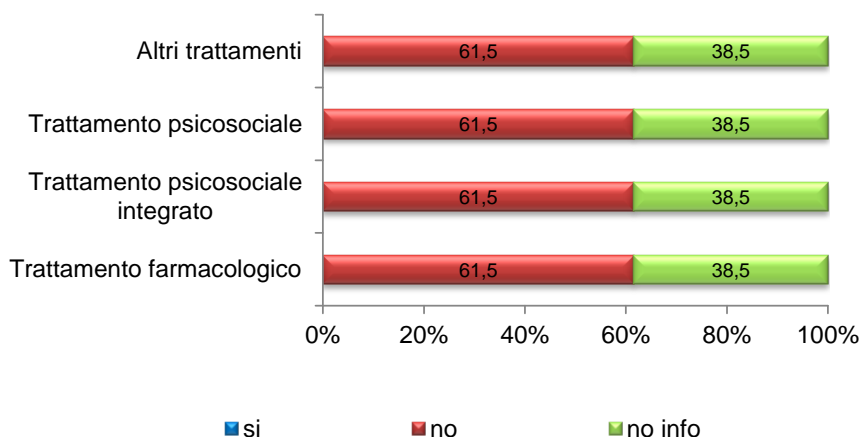
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.5: Applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.6: Applicazione delle linee guida come pre-requisito per il finanziamento del servizio. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Nell'area delle linee guida sono state chieste alle Regioni e Province Autonome ulteriori informazioni in merito "all'inclusione nelle linee guida di aspetti/criteri che riguardano i protocolli terapeutici", "la descrizione della documentazione obbligatoria per la valutazione della qualità del trattamento relativa ad ammissione/dimissione, outcome, soddisfazione dei clienti e del personale", "come fossero elaborate le linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti" e l'eventuale esistenza di un "riferimento normativo", alla serie di tematiche riportate il tasso di informazioni disponibili è stato sempre molto scarso e nei casi di elementi a disposizione la risposta è stata largamente negativa.

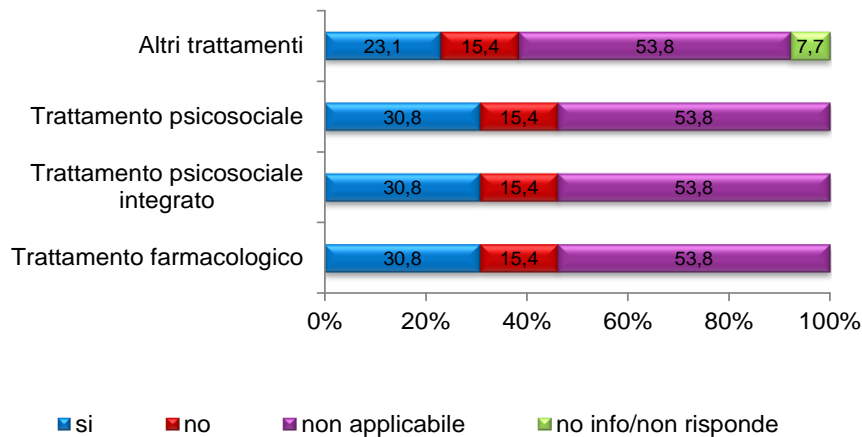
Poche le informazioni messe a disposizione da Regioni e PP.AA

Monitoraggio e valutazione

Ancora poco diffusa la valutazione del risultato dei vari trattamenti che hanno le stesse risultanze per psicosociale, psicosociale integrato e farmacologico con quasi un terzo delle Regioni e PP.AA. che la effettuano e più della metà 53,8% che la dichiarano non applicabile.

Poco applicabile la valutazione del risultato dei trattamenti

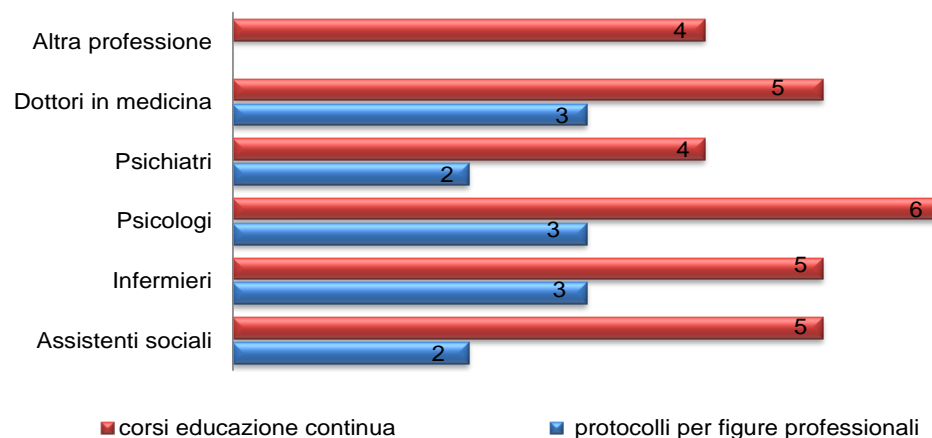
Figura III.2.7: Valutazione del risultato dei trattamenti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCCDDA alla Regioni

Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi"

Figura III.2.8: Regioni e PP.AA. che dispongono di un portale on line con protocolli per figure professionali e che forniscono corsi di educazione/formazione continua. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCCDDA alla Regioni

Le buone prassi sono nelle Regioni e PP.AA. ancora in una fase embrionale, nel migliore dei casi (psicologi) solo sei regioni attuano corsi di educazione continua, ancora meno diffuse le piattaforme (portali on line) che forniscono protocolli professionali (conoscenza, comprensione e competenze) per le figure professionali, il dato più confortante riguarda gli infermieri, psicologici e medici che in tre regioni hanno la possibilità di fruirne.

Molto scarsa la diffusione delle “buone prassi”

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Con l'introduzione del flusso SIND, in sostituzione del precedente flusso sui trattamenti (ANN 03), la rilevazione e l'organizzazione dei dati di attività dei servizi per le tossicodipendenze è profondamente modificata in relazione all'obiettivo insito del nuovo sistema informativo sanitario orientato non tanto alla tipologia di trattamenti erogati, piuttosto alla tipologia di prestazioni cedute ai pazienti, quale misura diretta del prodotto erogato dalle unità operative. Tale approccio si configura in un profilo di analisi non solo orientato alla mera conta delle prestazioni erogate, ma coniugandole con la durata del trattamento al fine di ottenere alcuni indicatori sull'output erogato per paziente “equivalente” attraverso il concetto di assistito in “anni persona” che rende l'indicatore più omogeneo ai fini del confronto dell'attività svolta dalle unità operative. Tale indicatore unitamente ad altri utilizzati per il monitoraggio degli esiti dei trattamenti farmacologici, consente di individuare profili di output che meglio descrivono l'efficacia dei trattamenti erogati (misura dell'outcome in termini di effectiveness) e possono inoltre essere utilizzati ai fini della valutazione dell'efficienza allocativa delle risorse anche in relazione degli esiti dei trattamenti ottenuti.

Sulla base delle informazioni rilevate dai servizi e registrate nell'archivio “prestazioni” del flusso SIND, per ciascun utente dei servizi è possibile registrare sedici tipologie di macro categorie di prestazioni (Tabella III.2.1), ciascuna delle quali può essere declinata all'interno dell'unità operativa in ulteriori tipologie per meglio descriverne l'attività svolta.

Le macro-prestazioni del flusso informativo SIND

In relazione al profilo terapeutico erogato all'assistito possono essere registrate differenti tipologie di prestazioni nell'ambito del periodo assistenziale di riferimento. Dall'analisi della distribuzione dei pazienti per macro-categoria di prestazione erogata, dove un assistito può essere conteggiato tante volte quante le tipologie di prestazioni fruite, emerge che per ciascun assistito nel 2012 sono state erogate mediamente dalle 3 alle 4 tipologie differenti di macro-prestazioni, ed in particolare 3 per gli assistiti in trattamento psico-socio-riabilitativo e 4 per gli assistiti in trattamento farmacologico-integrato.

Distinguendo gli utenti in trattamento psico-socio-riabilitativo da quelli in trattamento farmacologico integrato, si osserva che il 51,3% degli assistiti risulta in trattamento farmacologico integrato a fronte del 66,2% rilevato nel 2011. Dall'analisi della distribuzione degli utenti assistiti con trattamento farmacologico integrato, per regione, si nota che ben dieci regioni presentano un dato superiore a quello italiano (51,3%), in particolar modo Campania (85,5%), Valle d'Aosta (82,4%) e Umbria (77,3%).

Percentuali basse, molto inferiori alla media nazionale, si osservano nella Provincia Autonoma di Bolzano (25,8%), in Piemonte (19,2%) e in Sardegna (8,1%); tali valori sembrano non riflettere le reali attività di erogazione delle terapie farmacologiche quanto la parziale registrazione delle stesse (Figura III.2.1).

Tabella III.2.1: Numero complessivo di prestazioni erogate dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anno 2012

Anno	Trattamenti psico-sociale e/o riabilitativo		Trattamenti con integrazione farmacologica		Totale prestazioni
	Numero prestazioni	Prestazioni per utente	Numero prestazioni	Prestazioni per utente	
Relazioni sul caso	281.008	6,8	752.959	18,9	1.033.967
Visite	203.649	6,4	312.131	7,8	515.780
Colloqui di prevenzione	28.493	3,6	34.437	5,3	62.930
Colloqui di assistenza	329.456	7,7	475.314	11,1	804.770
Interventi di prevenzione	3.688	4,3	3.595	3,1	7.283
Esami e procedure cliniche	318.485	11,6	989.614	21,0	1.308.099
Somministrazione farmaci e vaccini	-	-	10.331.875	145,0	10.331.875
Interventi psicoterapeutici	70.033	7,9	47.603	7,8	117.636
Interventi socio-educativi	46.342	5,1	62.732	7,5	109.074
Test psicologici	11.479	2,2	5.562	1,9	17.041
Attività di reinserimento	4.874	1,4	4.884	2,5	9.758
Accompagnamento paziente	12.104	4,7	22.032	5,0	34.136
Predisposizione programma terapeutico	111.652	5,3	227.764	8,6	339.416
Prestazioni alberghiere	395	1,1	552	1,5	947
Prestazioni straordinarie	3.657	2,3	11.647	5,8	15.304
Inserimento in comunità	2.924	2,2	2.877	3,2	5.801
Totale	1.428.239	21,2	13.285.578	186,5	14.713.817

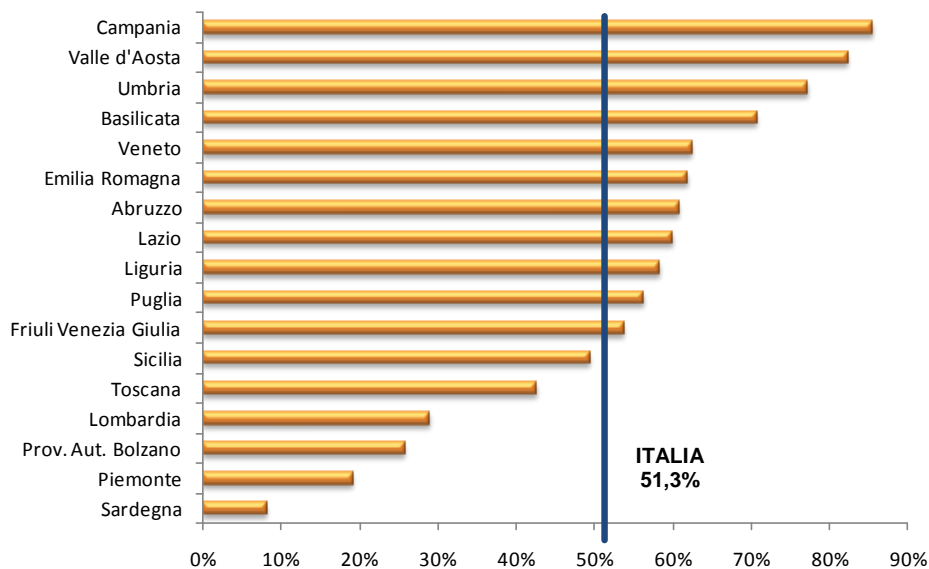
Macro categorie di prestazioni: volume di prestazioni e numero medio di prestazioni per assistito

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Proseguendo con l'analisi distinta delle prestazioni erogate all'interno dei due gruppi di pazienti, in trattamento psico-socio-riabilitativo e farmacologico integrato, è stato calcolato il numero medio di prestazioni. All'interno del primo gruppo di soggetti, il numero medio di prestazioni erogate per paziente nel periodo di riferimento si attesta a 21 prestazioni, con un valore che si discosta nettamente da quello delle altre regioni; per la Provincia Autonoma di Bolzano, infatti, ad ogni assistito in trattamento psico-sociale o riabilitativo vengono erogate, mediamente, più di 165 prestazioni nel periodo di riferimento a fronte di valori massimi osservati nelle altre regioni pari a 40,2 prestazioni (Veneto), seguito da Piemonte e Liguria (rispettivamente, 26,5 e 26,2 prestazioni) (Figura III.2.10). Tali differenze possono essere imputate in parte alla parziale registrazione delle prestazioni da parte di alcune regioni, in parte dalla differente durata del trattamento.

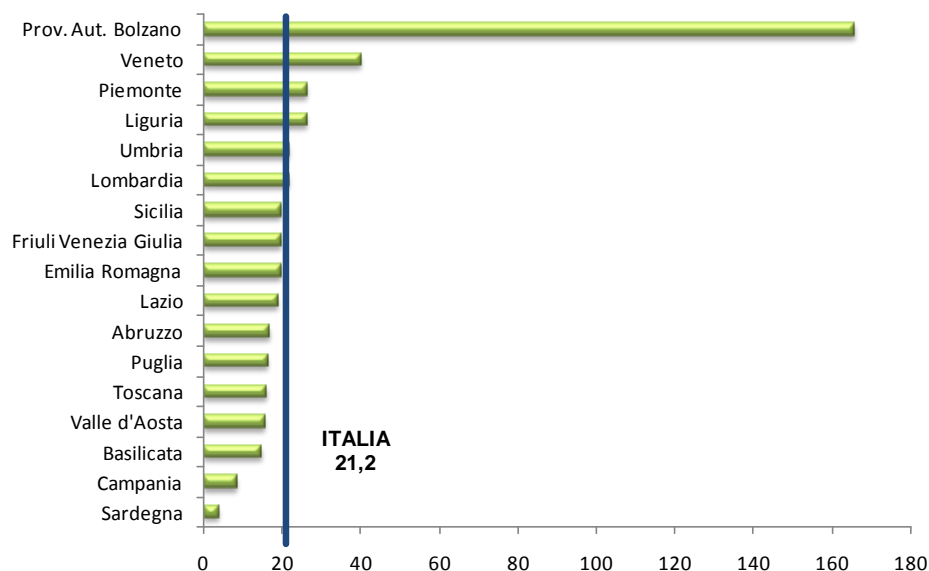
21 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento psico-socio riabilitativo

Figura III.2.9: Distribuzione % degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze in trattamento farmacologico integrato. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura III.2.10: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento psico-socio-riabilitativo. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Al fine di evidenziare e confrontare i differenti carichi assistenziali tra gli utenti in trattamento farmacologico-integrato e psico-socio-riabilitativo, all'interno del primo gruppo di pazienti l'indicatore relativo al numero medio di prestazioni è stato calcolato sia includendo tutte le prestazioni erogate, sia escludendo dal computo le somministrazioni farmacologiche.

Escludendo la somministrazione di farmaci, il numero medio di altre prestazioni erogate nel periodo di riferimento ammonta a oltre 41 per soggetto, a fronte di un valore di quasi la metà (21,2) osservato nel gruppo di pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. Tale risultato evidenzia che al netto delle terapie farmacologiche, il carico assistenziale per i pazienti in trattamento farmacologico è superiore, quasi il doppio in termini di numero di prestazioni, rispetto ai pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. A livello regionale emerge anche in questo caso la Provincia Autonoma di Bolzano con un picco di numero medio di prestazioni nel periodo di riferimento pari a 226,5; valori più alti della media nazionale si osservano anche in Friuli Venezia Giulia (102,6) e in Veneto (86,5) mentre un esiguo numero di prestazioni vengono erogate in Campania (3,3 prestazioni medie per soggetto) ed in Sardegna (10,5) (Figura III.2.11).

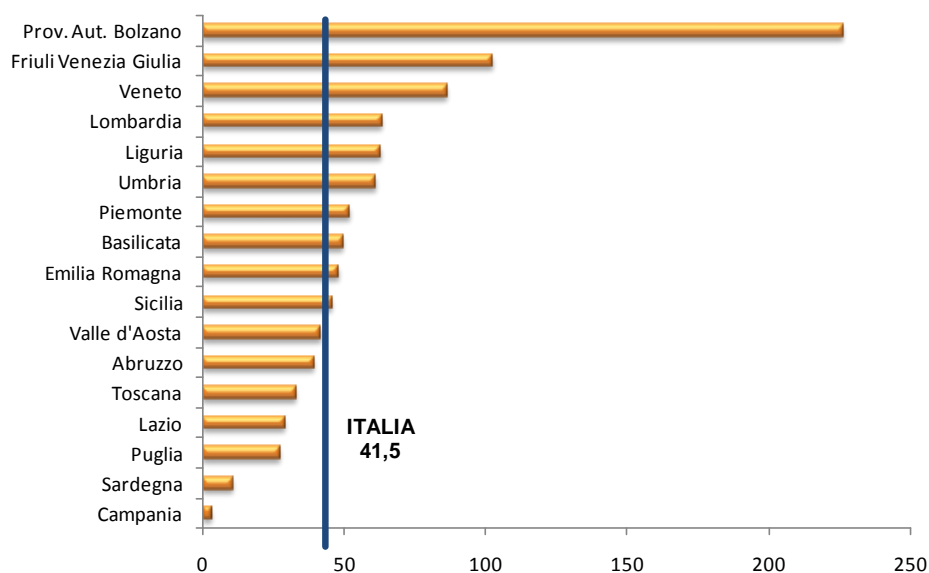
Sempre all'interno del gruppo di assistiti in trattamento farmacologico, prendendo in esame solo le somministrazioni di farmaci, il numero medio di somministrazioni per paziente nel periodo di riferimento è pari a 145 prestazioni (Figura III.2.12); la media nazionale viene superata solo in quattro regioni: Toscana (152,2), Sicilia (161,6), Puglia (239,7) e Campania (246,1).

In Sardegna ed in Valle d'Aosta, invece, si registrano meno di 50 prestazioni in media per assistito (rispettivamente, 9,2 e 43,4) a conferma della parziale trasmissione dei dati relativi alle prestazioni in generale ed alle somministrazioni farmacologiche in particolare.

41 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento farmacologico integrato (escluse le somministrazioni di farmaci)

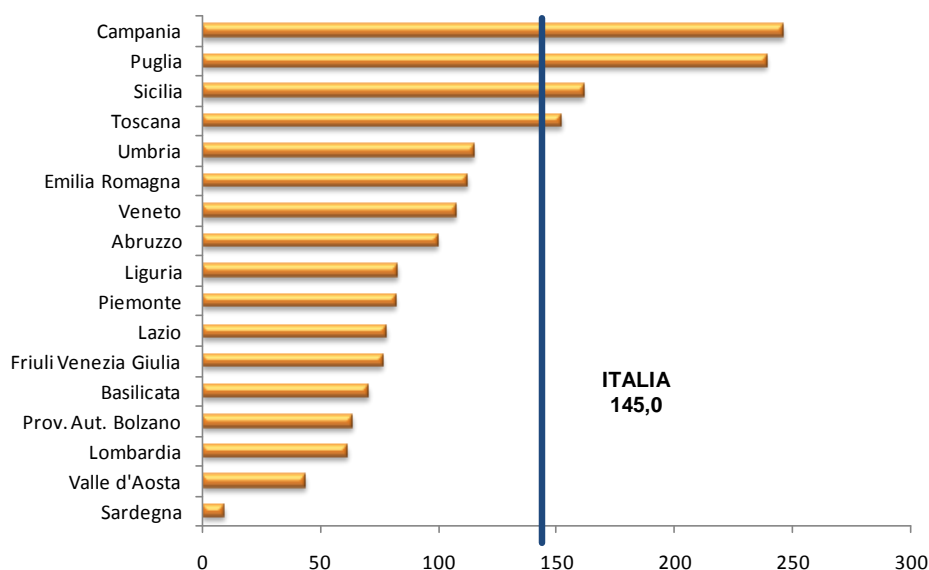
145 somministrazioni farmacologiche in media per assistito nel periodo di riferimento

Figura III.2.11: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento farmacologico integrato (esclusa l'erogazione dei farmaci). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

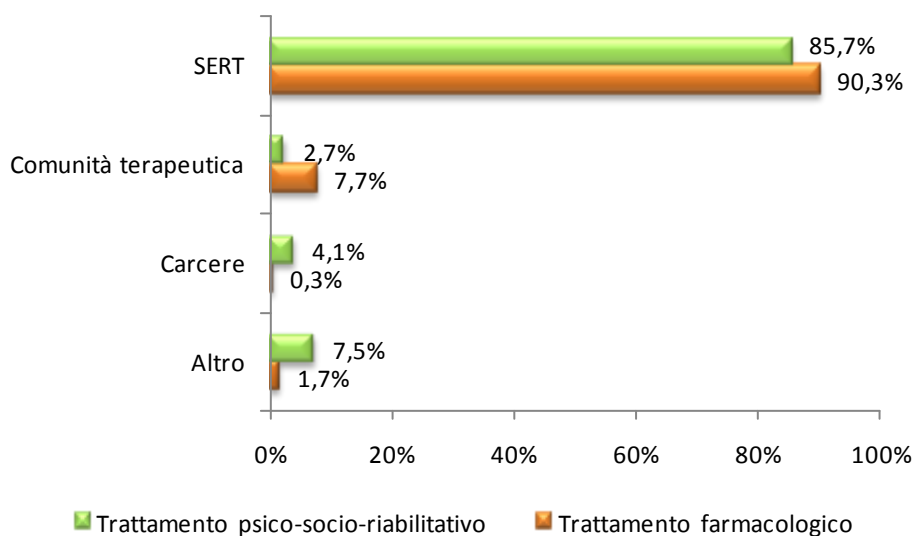
Figura III.2.12: Numero medio di somministrazioni farmacologiche per assistito nei Ser.T.. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

L'analisi della sede di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie evidenzia che più dell'85% delle prestazioni vengono erogate presso i Ser.T. con una lieve differenza tra i trattamenti psico-socio-riabilitativi (85,7%) e quelli con integrazione farmacologica (90,3%). La parte restante delle prestazioni viene erogata principalmente nelle comunità terapeutiche (7,7%) per i trattamenti farmacologici, nelle carceri (4,1%) o in altre sedi (7,5%) per i trattamenti psico-sociali o riabilitativi (Figura III.2.13).

Figura III.2.13: Distribuzione % delle prestazioni erogate agli assistiti dei servizi per le tossicodipendenze in trattamento psico-socio-riabilitativo, per sede e tipo di trattamento. Anno 2012



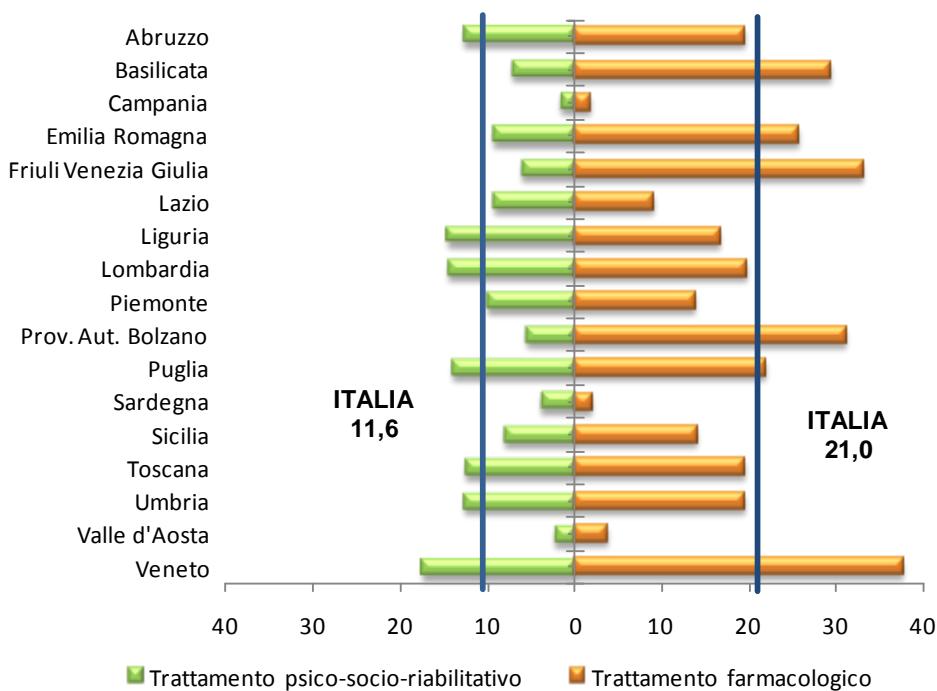
Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Focalizzando l'attenzione sulle singole tipologie di prestazione, si osserva che per alcune categorie di prestazioni come le visite mediche, i colloqui di assistenza, gli

esami e gli interventi psicoterapeutici, il numero medio di prestazioni per assistito è molto variabile tra le varie regioni che hanno registrato l'informazione.

Concentrando l'attenzione sulle prestazioni relative agli esami ed alle procedure cliniche, si nota una certa variabilità non solo tra le regioni, anche tra i gruppi di soggetti in trattamento farmacologico integrato, piuttosto che psico-socio-riabilitativo. Veneto, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Basilicata presentano i valori più alti per questa categoria di prestazioni in corrispondenza del gruppo di soggetti in trattamento farmacologico, mentre osservando i dati dei soggetti in trattamento psico-socio-riabilitativo il numero medio di prestazioni più elevato si osserva in Veneto, Puglia, Lombardia e Liguria (Figura III.2.14).

Figura III.2.14: Numero medio di prestazioni per assistito relative a esami e procedure cliniche, per regione e tipo di trattamento. Anno 2012

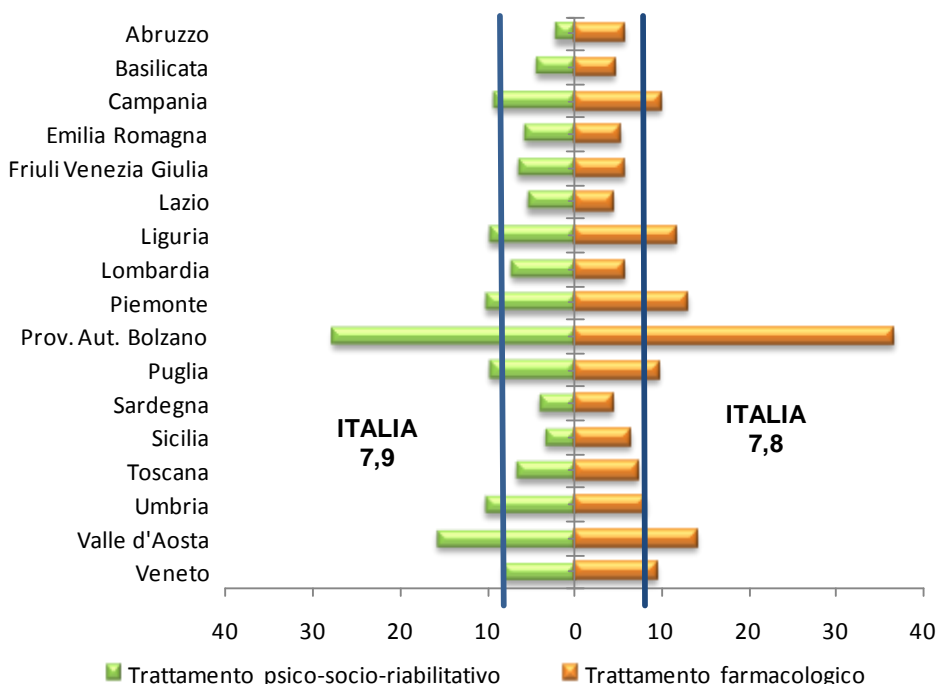


Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

La categoria di prestazioni relativa agli interventi psicoterapeutici, invece, si differenzia dal profilo osservato per gli esami e le procedure cliniche: si osserva un picco di prestazioni erogate nella Provincia Autonoma di Bolzano, con valori pari a 4,5 volte quello nazionale per gli assistiti in trattamento farmacologico, e 3,5 volte quello nazionale per il secondo gruppo di utenti in trattamento psico-socio-riabilitativi.

Le restanti regioni presentano valori più in linea con il dato nazionale, ma con significative differenze; Valle d'Aosta e Piemonte hanno un numero medio di prestazioni elevato in entrambe i gruppi di pazienti, mentre Sardegna e Basilicata si distinguono per il minor numero di prestazioni (in entrambi i gruppi di utenti) (Figura III.2.15).

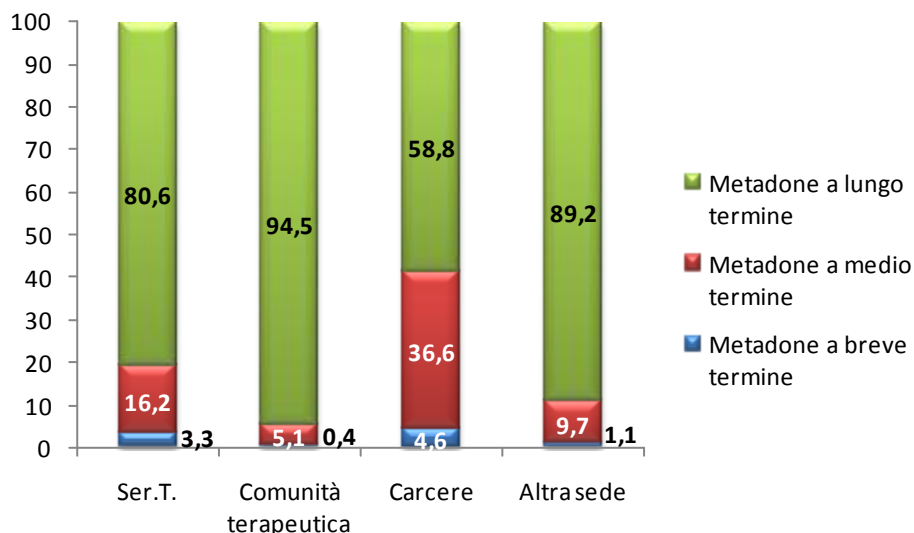
Figura III.2.15: Numero medio di prestazioni per assistito relative a interventi psicoterapeutici, per regione e tipo di trattamento. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Una situazione simile a quanto osservato per la categoria di prestazioni relative agli interventi psicoterapeutici si osserva anche per le visite ed i colloqui di assistenza: in entrambi i casi vi è un numero medio di prestazioni abbastanza omogeneo tra le regioni, eccezion fatta per Piemonte e Provincia Autonoma di Bolzano, che presentano dati nettamente superiori alla media nazionale (in particolar modo per i soggetti in trattamento farmacologico).

Figura III.2.16: Distribuzione (%) delle prestazioni per assistito relative a trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento e la sede del trattamento. Anno 2012



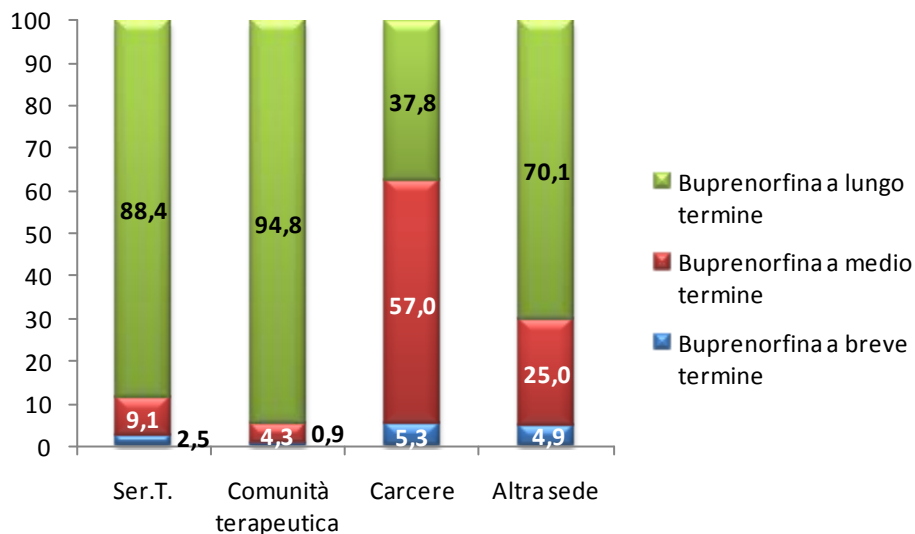
Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

All'interno del gruppo di pazienti in trattamento farmacologico il 78,9% dei soggetti viene somministrato il metadone e al 15,3% dei soggetti viene somministrata la buprenorfina.

Nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica con metadone, si riscontra un approccio differenziato tra le diverse tipologie di sede: emerge una tendenza generale a privilegiare terapie a lungo termine in tutte le tipologie di servizio (Ser.T., Carcere, Comunità terapeutica), con percentuali meno evidenti nel carcere. In quest'ultimo, infatti, si osserva una maggior somministrazione di terapia a medio termine (36,6%) rispetto a quanto osservato nelle altre strutture.

Tale differenza è molto più evidente nei trattamenti farmacologici con buprenorfina, dove il numero di trattamenti a medio termine erogati negli istituti penitenziari sono pari al 57,0%. Per quanto riguarda le altre due sedi, le percentuali di trattamenti a lungo termine sono ancora più elevate di quanto osservato per il metadone: 88,4% contro 80,6% nei Ser.T. e 94,8% contro 94,5% nelle comunità terapeutiche.

Figura III.2.17: Distribuzione (%) delle prestazioni per assistito relative a trattamento farmacologico con buprenorfina secondo la durata del trattamento e la sede del trattamento. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

Con DPCM del 1 aprile 2008 sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2010 di competenza del Ministero di Giustizia- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, è così transitato alle Regioni secondo l'accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011. Secondo questo accordo le Regioni sono tenute a raccogliere, per il tramite delle Unità operative dei Sert.T. presenti in carcere, dati sui detenuti tossico e alcol dipendenti attraverso la compilazione di apposite schede. Per gli adulti la rilevazione ha cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) e descrive la situazione istantanea a quella data, mentre per i minori si rileva il dato complessivo annuale.

L'obiettivo della rilevazione, che sostituisce il vecchio flusso del DAP, è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti, e inoltre di identificare la quota di

Trasferimento al
SSN delle
competenze in
materia di sanità
penitenziaria

soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l'art. 94 del D.P.R. 309/90.

Se nel 2011 il monitoraggio effettuato per la prima volta secondo l'accordo del 18 maggio 2011 non ha raccolto i dati da alcune Regioni e ha utilizzato dati dalla qualità non sempre soddisfacente, la rilevazione con dati 2012 ha visto il contributo di tutte le Regioni e, se talvolta la realtà carceraria è stata sottorappresentata (Veneto e in misura minore Calabria), per la maggior parte delle Regioni sono state raccolte informazioni per alcol dipendenti e tossicodipendenti detenuti in tutte le strutture carcerarie localmente presenti.

In sintesi, il 100% delle Regioni rispondenti, oltre il 90% della popolazione carceraria rappresentata.

Tutte le Regioni e Province autonome hanno partecipato al monitoraggio

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati.

Con il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle Aziende Sanitarie, vengono rilevati i soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere per i quali vi è una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza è solo anamnestica o auto dichiarata (mero consumo).

Nonostante l'avvio della rilevazione specifica in base all'accordo in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011, il DAP ha mantenuto la sua modalità di rilevazione anche per i detenuti adulti in riferimento alla presenza di problematiche socio-sanitarie droga correlate. Si ritiene utile e opportuno riportare anche questi dati per aggiornare l'andamento storico del flusso.

Si tratta del totale degli ingressi dalla libertà nel corso del 2012 e dei presenti in carcere, dati totali e relativi ai soli soggetti tossicodipendenti.

Rispetto al 2011, nel 2012 si è osservato un calo degli ingressi totali da 76.982 a 63.020 unità, con un decremento del 18,1%. Anche i soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (18,4%) passando da 22.413 a 18.285, ma percentualmente rispetto al totale si confermano in quota pari al 29%.

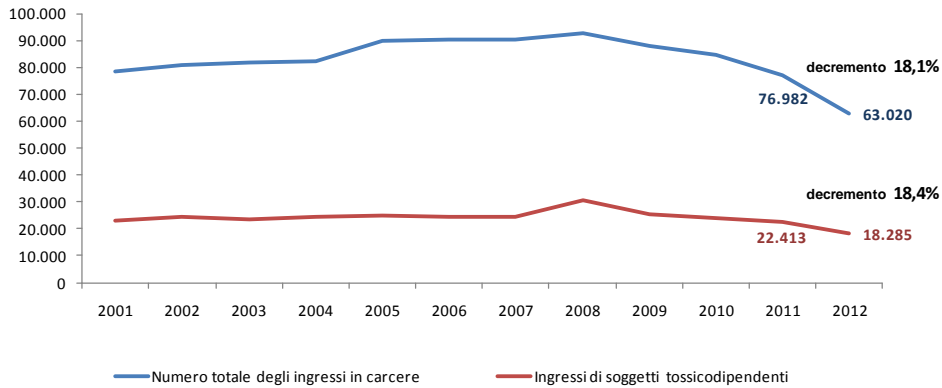
Calo degli ingressi in carcere nel 2012

Tabella III.2.2: Andamento degli ingressi annuali in carcere e andamento degli ingressi dei soggetti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012

Anno	Numero totale ingressi in carcere	Ingressi di soggetti tossicodipendenti	%
2001	78.649	22.808	29,0
2002	81.185	24.356	30,0
2003	81.790	23.719	29,0
2004	82.275	24.683	30,0
2005	89.887	25.168	28,0
2006	90.714	24.493	27,0
2007	90.441	24.371	27,0
2008	92.800	30.528	33,0
2009	88.066	25.180	29,0
2010	84.641	24.008	28,0
2011	76.982	22.413	29,0
2012	63.020	18.285	29,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

Figura III.2.18: Andamento degli **ingressi annuali** in carcere e andamento degli ingressi dei soggetti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

L'andamento si conferma anche analizzando il dato puntuale al 31 dicembre e relativo alla popolazione presente in carcere e al suo sottoinsieme dei detenuti presenti con problemi droga correlati.

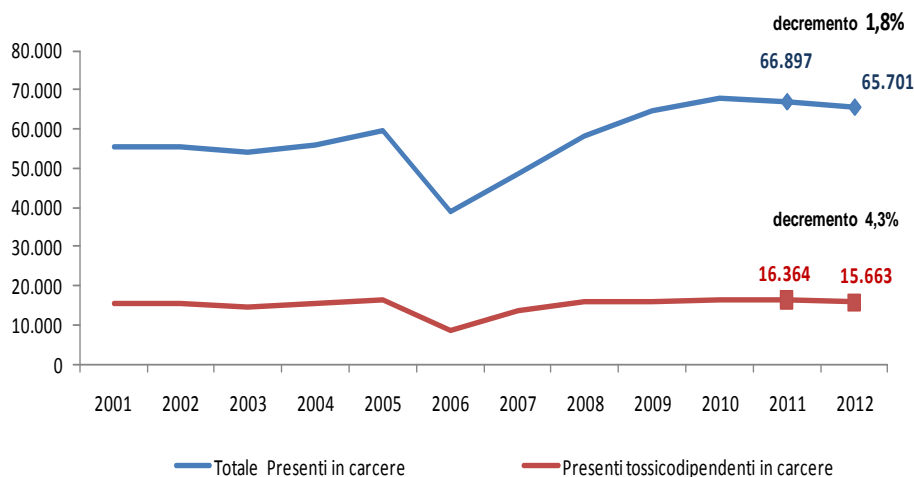
In tal caso, rispetto al 2011, nel 2012 si è osservato un calo dei presenti in carcere totali da 66.897 a 65.701 con un decremento del 1,8%. Anche i soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati presenti hanno subito una flessione (-4,3%) passando da 16.364 rilevato nel 2011 a 15.663, questi ultimi in quota rappresentano il 24% dei soggetti in carcere al 31 dicembre del 2012.

Tabella III.2.3: Andamento dei detenuti **presenti al 31/12 in carcere** e andamento dei detenuti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012

Anno	Numero Totale Presenti in carcere	Presenti tossicodipendenti in carcere	%
2001	55.275	15.442	28,0
2002	55.670	15.429	28,0
2003	54.237	14.501	27,0
2004	56.068	15.558	28,0
2005	59.523	16.135	27,0
2006	39.005	8.363	0,21
2007	48.693	13.424	28,0
2008	58.127	15.772	27,0
2009	64.791	15.887	25,0
2010	67.961	16.245	24,0
2011	66.897	16.364	24,0
2012	65.701	15.663	24,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

Figura III.2.19: Andamento dei detenuti **presenti al 31/12 in carcere** e andamento dei detenuti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012



Calo dei presenti in carcere nel 2012

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

Venendo alle risultanze della Rilevazione DPA, si specifica che i dati sono stati raccolti al dicembre 2012 e sono stati rilevati con modelli elettronici dalla compilazione guidata che ha permesso di ottenere una buona qualità del dato finale.

Nel 2012 la quota dei soggetti con problemi droga correlati si attesta sul valore (complessivo nazionale) del 34,2% rispetto al totale dei soggetti detenuti negli istituti penitenziari. E' da rilevare però che la percentuale scende fino al 23,5% considerando unicamente i soggetti per i quali la tossicodipendenza sia stata diagnosticata dal SER.T competente.

Il dato massimo dei tossicodipendenti diagnosticati, pari al 45,5% della popolazione carceraria rappresentata, è stato rilevato in Emilia Romagna e il dato minimo del 9,6% in Umbria.

Tabella III.2.4: Detenuti come risultanti dagli archivi del Ministero di Giustizia e detenuti con problemi droga correlati, dai dati trasmessi dalle Regioni. Dicembre 2012.

Regioni e PP. AA.	Ministero di Giustizia		Ministero di Giustizia - Regioni			Dati delle Regioni			
	N. Carcere	Tot. carcerati	N. carceri per i quali è stata fatta la rilevazione e DPA	Tot. carcerati nei carceri osservati	% Rispetto al totale	Carcerati con problemi sanitari droga correlati	Carcerati con diagnosi dipendenza	% Rispetto al totale	Carcerati senza diagnosi dipendenza
ABRUZZO	8	1.894	7	1.815	95,8	462	407	22,4	55
BASILICATA	3	454	3	454	100,0	118	72	15,9	46
CALABRIA	12	2.916	4	1.288	44,2	216	197	15,3	19
CAMPANIA	17	8.165	15	7.790	95,4	3.567	1.882	24,2	1685
EMILIA ROMAGNA	13	3.469	13	3.469	100,0	1.995	1.579	45,5	416
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	862	5	862	100,0	318	261	30,3	57
LAZIO	14	7.012	13	6.952	99,1	2.012	1.024	14,7	988
LIGURIA	7	1.819	6	1.482	81,5	762	598	40,4	164
LOMBARDIA	19	9.307	18	8.998	96,7	2.769	2.094	23,3	675
MARCHE	7	1.225	7	1.225	100,0	308	192	15,7	116
MOLISE	3	480	3	480	100,0	143	130	27,1	13
P.A. BOLZANO	1	130	1	130	100,0	44	30	23,1	14
P.A. TRENTO	1	286	1	286	100,0	76	44	15,4	32
PIEMONTE	13	4.997	13	4.997	100,0	1.319	1.141	22,8	178
PUGLIA	11	4.145	11	4.145	100,0	2.431	1.581	38,1	850
SARDEGNA	12	2.133	8	1.602	75,1	524	312	19,5	212
SICILIA	27	7.098	22	6.867	96,7	1.555	1.238	18,0	317
TOSCANA	18	4.148	17	4.071	98,1	1.278	888	21,8	390
UMBRIA	4	1.630	4	1.630	100,0	199	156	9,6	43
VALLE D'AOSTA	1	281	1	281	100,0	31	31	11,0	0
VENETO	10	3.250	3	574	17,7	193	107	18,6	86
Totale	206	65.701	175	59.398	90,4	20.320	13.964	23,5	6.356

Il 23,5% dei detenuti ha una diagnosi di tossicodipendenza

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Rilevazione Tossicodipendenti in carcere - Scheda 1 - Dicembre 2012.

Figura III.2.20: La dipendenza e il consumo di droghe nella popolazione detenuta. Anno 2012



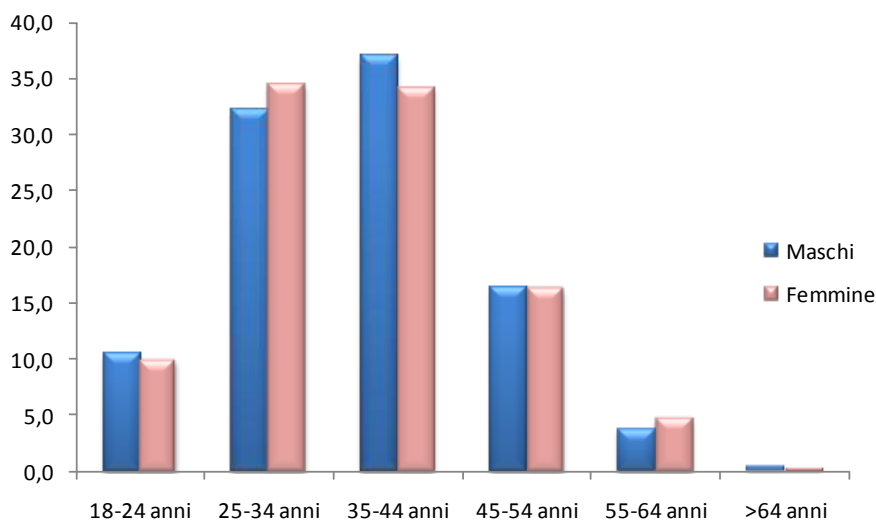
Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

Riportando il numero dei 13.964 soggetti carcerati con diagnosi di dipendenza al totale della popolazione carceraria del ministero di Giustizia (si ricordi che il dato DPA fa riferimento al 90% circa della popolazione carceraria italiana del 2012) si ottiene un dato di stima pari a 15.400 soggetti con diagnosi di dipendenza con prevalenza sulla popolazione totale pari al 25% con valori, quindi, sovrapponibili al dato censuario del Ministero di Giustizia.

Il 38,2% dei soggetti con problemi droga correlati risulta essere stato sottoposto al drug test al momento dell'ingresso in carcere (il 26,2% nel 2011). Tuttavia questo dato, nonostante una migliore copertura rispetto alla passata edizione, risultata di difficile reperimento per i Ser.T. competenti pertanto è ragionevole ipotizzare che sia sottostimato rispetto alla situazione reale. Quanto alle caratteristiche demografiche dei detenuti con problema droga correlati (sia dipendenza che consumo) si evince che, analogamente allo scorso anno, il 96,7% di essi è di sesso maschile e che rispettivamente il 69,2% dei maschi e il 68,5% delle femmine ha una età compresa tra i 25 e i 44 anni. La distribuzione per classi di età non mostra particolari differenze per i due generi se si escludono la classe 35-44 con netta predominanza dei maschi (37% vs 34%) e quella 55-64 anni nella quale le femmine risultano in termini percentuali più rappresentate (3,7% vs 4,8%).

Il 38,2% dei detenuti tossicodipendenti sottoposto al drug test all'ingresso in carcere

Figura III.2.21: Soggetti con problemi droga correlati per sesso e classi di età. Anno 2011

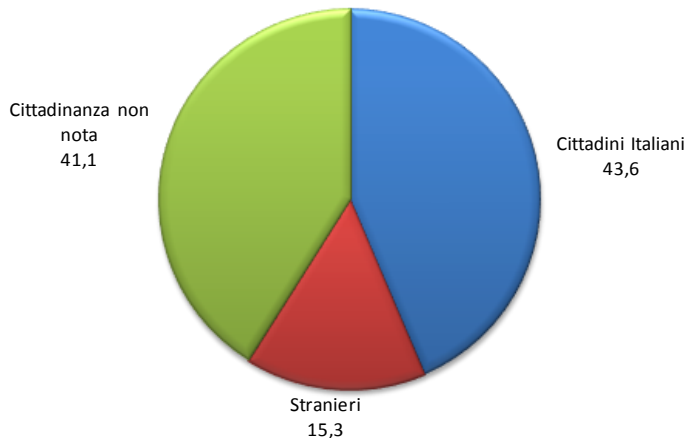


Circa il 70% dei detenuti tossicodipendenti di ambo i sessi ha età compresa tra i 25- e i 44 anni.

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012..

Quanto alla cittadinanza è da rilevare che il dato non è noto per il 41% dei soggetti mentre il 43,6% ha cittadinanza italiana (8.857 soggetti) e il 15,3% (3.111 soggetti) è cittadino straniero (di cui l'82% extracomunitari).

Figura III.2.22: Percentuale dei soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza. Anno 2012

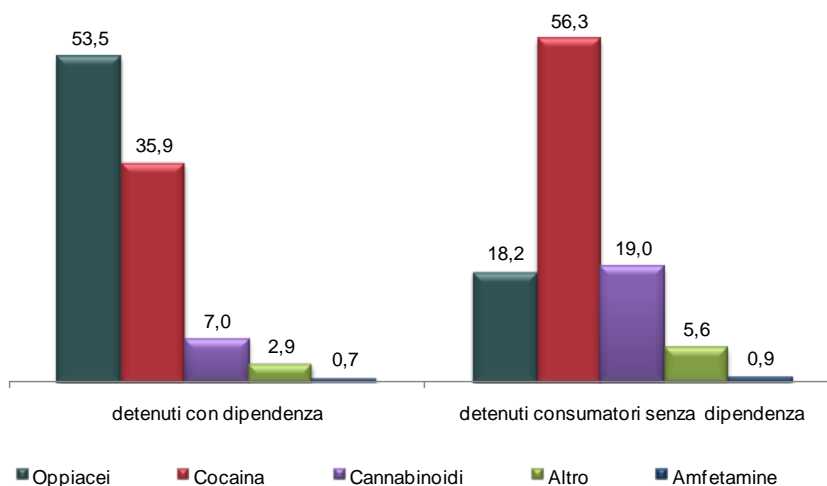


Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

I detenuti con problemi droga correlati manifestano una diversa scelta di sostanze a seconda che manifestino dipendenza (diagnosi ICD –IX CM) o consumo. Per i dipendenti con diagnosi (pari al 68,7% dei detenuti con problemi droga correlati), pur rimanendo gli oppiacei la sostanza di elezione (53,5% la quota dei dipendenti da oppiacei, in calo rispetto al 65% del 2011) cresce la quota dei dipendenti da cocaina (35,9% +4,8% rispetto al 2011) e soprattutto da cannabinoidi (7% vs 2,3% del 2011). Tra i consumatori non dipendenti, la cocaina resta la sostanza di elezione (56,3% in leggero aumento rispetto al 54,9% del 2011), decresce la quota dei consumatori di oppiacei (18,2% vs 24,1% del 2011) e ancora aumenta la quota dei consumatori di cannabinoidi che passa dal 13,2% rilevato nel 2011 al 19% del 2012.

Diversa scelta di sostanze tra dipendenti e consumatori

Figura III.2.23: Soggetti con problemi droga correlati per tipo di dipendenza e prima sostanza utilizzata. Dati percentuali. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

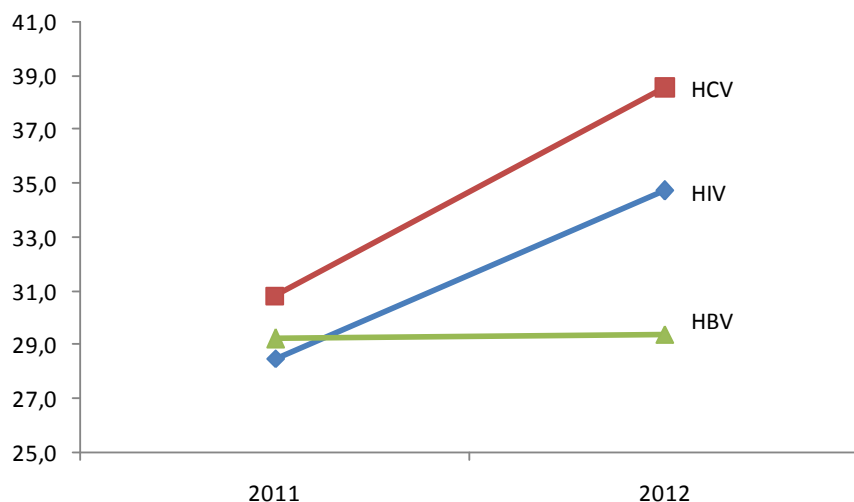
Va detto in oltre che, indipendentemente dalla diagnosi di dipendenza o consumo, il 41,9% (37,1% nel 2011) dei soggetti con problema droga correlati per un totale di oltre 8.500 casi presenta poliabuso di sostanze all'ingresso in carcere.

Il 42% dei tossicodipendenti in carcere manifesta poliabuso

Nonostante la quota dei tossicodipendenti in carcere sottoposta a test per malattie infettive sia cresciuta rispetto all'anno passato, si rileva che solo il 34,7% dei detenuti tossicodipendenti all'ingresso in carcere è stato sottoposto al test per l'HIV (28,5% nel 2011), il 38,6% (30,8% nel 2011) è stato sottoposto al test per l'HCV e ancora il 29,4% (29,25 nel 2011) al test dell'HBV.

Pochi i test per HIV, HCV e HBV

Figura III.2.24: Percentuale dei detenuti con problemi droga correlati testati in carcere. Anni 2011 - 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

Si rileva, invece, un consistente incremento dei soggetti sottoposti a trattamento: 90,6% la quota dei detenuti dipendenti sottoposti a trattamento in carcere contro il 78% rilevato nel 2011. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda oltre 6.300 detenuti.

Tabella III.2.5: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a trattamento. Anno 2012

	Valori assoluti	%
Detenuti sottoposti a trattamento	12.656	90,6
Di cui:		
in trattamento solo farmacologico	2.598	20,5
in trattamento psicosociale	3.737	29,5
in trattamento farmacologico, psicosociale (integrato)	6.321	49,9
Detenuti non sottoposti a trattamento	1.308	9,4
Totale	13.964	100,0

90,6% dei detenuti tossicodipendenti viene sottoposto a trattamento di cura e prevenzione.

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

Il dato relativo alla situazione giuridica dei detenuti con problemi droga correlati è disponibile solo per 12.272 casi pari al 60,4% della popolazione considerata. La difficoltà nel reperire questo tipo di informazioni deriva dal fatto che i dati sono presenti in archivi del Sistema AFIS del Ministero della Giustizia e non sono attualmente accessibili ai professionisti delle Unità operative Ser.T.

Tuttavia, si può dire che il 55,2% dei soggetti per il quale il dato è presente godono di almeno una sentenza definitiva, il 32,0% è in attesa di primo giudizio e il 12,8% circa ha una posizione giuridica mista.

Tabella III.2.6: Soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza e posizione giuridica. Anno 2012

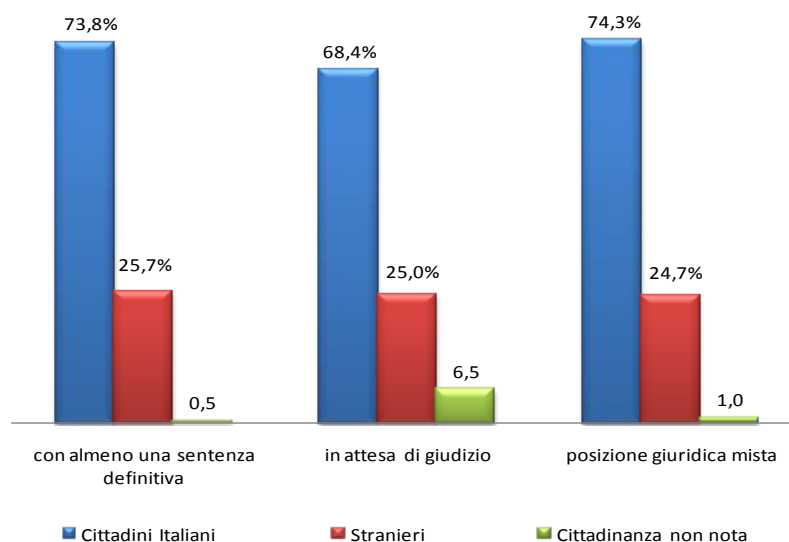
Provenienza geografica	con almeno una sentenza definitiva	in attesa di giudizio	con posizione giuridica mista
Cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'istituto	3.510	2.249	803
Cittadini italiani residenti in altre regioni	1.496	439	360
Cittadini stranieri comunitari	246	245	67
Cittadini stranieri extracomunitari	1.497	737	319
Con cittadinanza non nota	31	257	16
Totale	6.780	3.927	1.565

Il 55,2% dei detenuti tossicodipendenti ha una sentenza definitiva

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

La posizione giuridica non è influenzata statisticamente dalla cittadinanza dei tossicodipendenti in carcere essendo le quote assolutamente confrontabili per italiani e stranieri.

Figura III.2.25: Soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza e posizione giuridica. Dati percentuali. Anno 2012

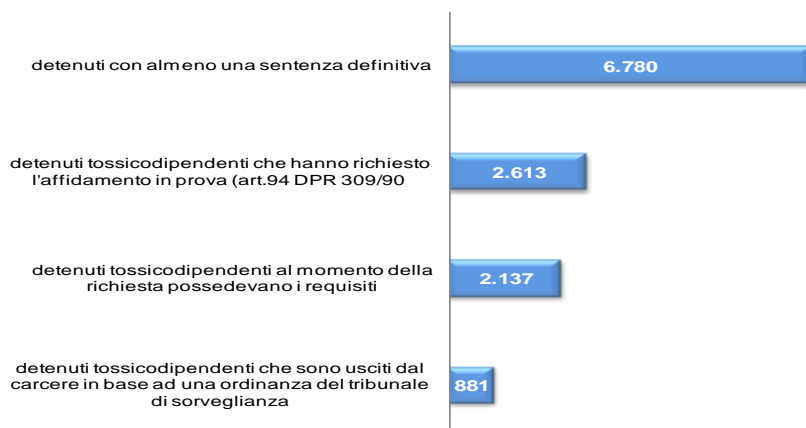


Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 1 - Dicembre 2012.

L'applicazione dell'art. 94 del DPR 309/90 è possibile solo per i casi in cui si ha una sentenza definitiva pur se l'accesso alla pena alternativa è vincolata anche al possesso di altri requisiti tra cui la diagnosi di dipendenza, una pena residua non superiore a sei anni e non aver già usufruito due volte dell'alternativa.

Nel 2012 dei 6.780 detenuti tossicodipendenti con almeno una sentenza definitiva, 2.613 soggetti hanno richiesto l'affidamento art. 94. L'81,8% presentava i requisiti per potervi accedere ma sul campione preso in esame il 41% degli aventi diritto ha usufruito dell'alternativa. Sono usciti dal carcere 881 tossicodipendenti.

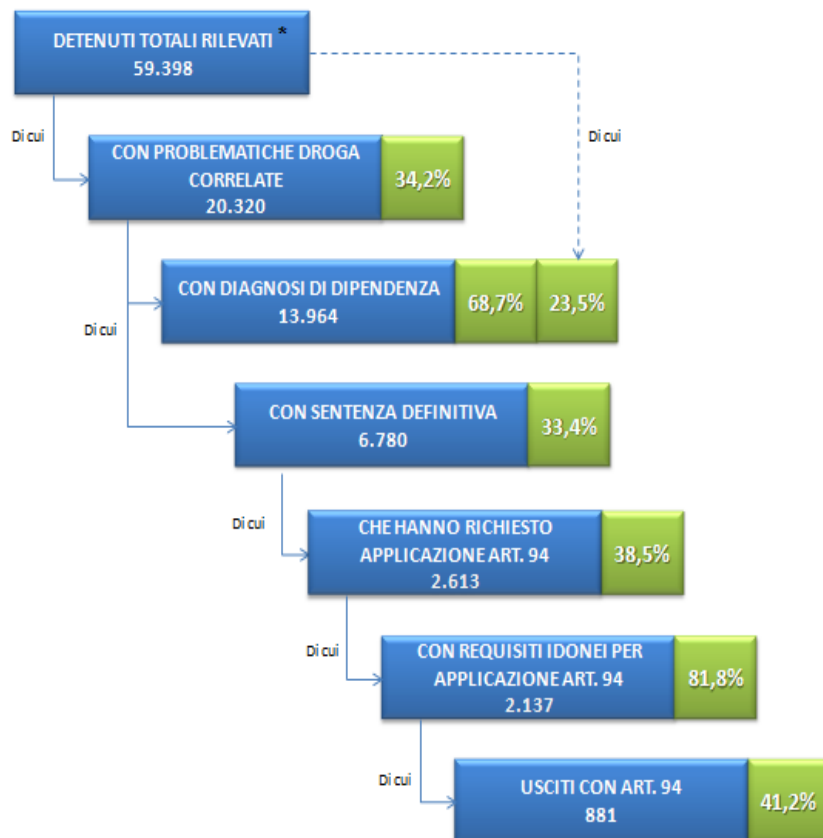
Figura III.2.26: Soggetti con problemi droga correlati rispetto alle misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 D.P.R. 309/90. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

Riepilogando la struttura del nuovo flusso dati è quindi possibile costruire un diagramma attraverso il quale identificare con maggiore dettaglio le caratteristiche dei detenuti con problematiche droga correlate e le concrete possibilità di usufruire della pena alternativa.

Figura III.2.27. Flusso della popolazione detenuta (le percentuali fanno riferimento al livello precedente)



Fonte: elaborazioni su Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012

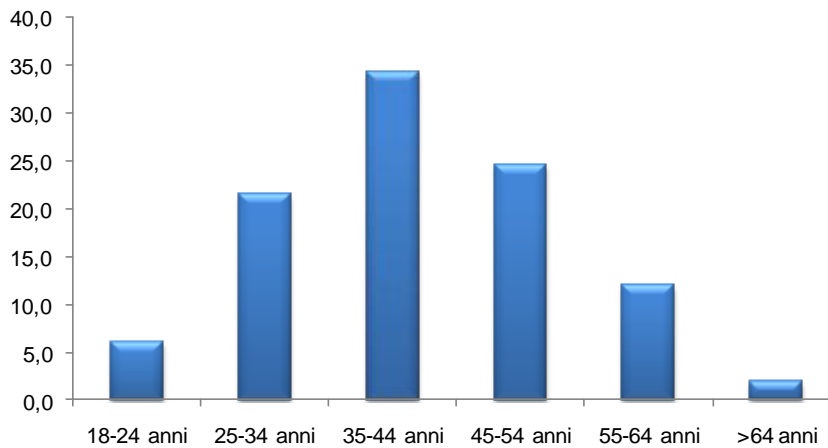
(*) Il nuovo flusso delle Regioni è in via di attivazione e risente di sottonotifica in relazione della iniziale fase di implementazione del sistema. L'attuale sottonotifica è del 9,6% rispetto ai dati del Ministero di Giustizia.

Nota: nel corso del 2012 il 56,4% degli affidi è stato archiviato per chiusura del procedimento. Fonte Ministero di Giustizia –Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria - Ufficio Esecuzione Pena Esterna.

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati.

I detenuti con problemi di alcol dipendenza ammontano a 1.620 unità, pari al 2,7% della popolazione carceraria oggetto della rilevazione; il dato è in leggera crescita rispetto al 1,8% (939 soggetti) rilevato nel 2011. Tra gli alcol dipendenti in carcere il 96,8% è di sesso maschile e i soggetti appaiono per lo più concentrati nella fascia di età 35-44 anni che da sola ne assorbe il 34,2%.

Figura III.2.28: Detenuti con problemi di alcol dipendenza per classi di età. Anno 2012



Detenuti alcol dipendenti più numerosi nella classe di età 35-44

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 2 - Dicembre 2012.

Le Regioni non sono riuscite a fornire informazioni relative alla cittadinanza per il 33,3% dei detenuti alcol dipendenti mentre il 48,1% è cittadino italiano e il 18,8% cittadino straniero (di cui il 71,5% extracomunitario). Si hanno informazioni circa la posizione giuridica di 1.085 soggetti pari al 67% circa del totale alcol dipendenti carcerati). Di essi, indipendentemente dalla nazionalità, il 60,7 ha almeno una condanna definitiva dato in diminuzione rispetto al 67% del 2011.

Tabella III.2.7: Detenuti con problemi di alcol dipendenza per provenienza geografica e posizione giuridica. Anno 2012

Provenienza geografica	con almeno una sentenza definitiva	in attesa di giudizio	con posizione giuridica mista
Cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'istituto	381	203	43
Cittadini italiani residenti in altre regioni	112	28	13
Cittadini stranieri comunitari	49	23	15
Cittadini stranieri extracomunitari	117	82	19
Con cittadinanza non nota	0	0	0
Totale	659	336	90

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 2 - Dicembre 2012

Sono 1.315, pari all'81,6% del totale, i detenuti con problemi di alcol dipendenza ad essere sottoposti a trattamento di cura da parte del Ser.T. In particolar modo, tra coloro che ricevono trattamenti sanitari la maggior parte, pari al 45,9% (603 soggetti), riceve un trattamento psicosociale. Sono inoltre il 41,4% coloro che ricevono un trattamento psicosociale integrato farmacologicamente.

L'82% degli alcol dipendenti in carcere riceve un trattamento.

Tabella III.2.8: Detenuti con problemi di alcol dipendenza che godono di trattamenti sanitari o di misure alternative alla detenzione. Anno 2012

Trattamenti sanitari per la cura dell'alcol dipendenza		
	Valori assoluti	%
Detenuti sottoposti a trattamento per alcoldipendenza	1.315	81,2
Di cui:		
<i>in trattamento solo farmacologico</i>	167	12,7
<i>in trattamento psicosociale</i>	603	45,9
<i>in trattamento farmacologico, psicosociale (integrato)</i>	545	41,4
Detenuti non sottoposti a trattamento	305	18,8
Totale	1.620	100,0

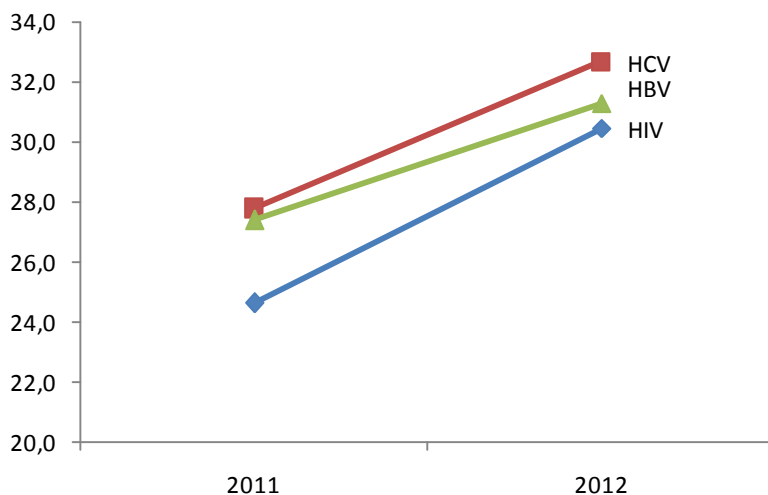
Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 2 - Dicembre 2012.

Si rileva che 497 soggetti, pari al 30,7% circa dei detenuti alcol dipendenti, presentava anche dipendenza da sostanze stupefacenti all'ingresso. Il dato è del tutto analogo a quanto rilevato nel 2011.

Il 31% presenta anche dipendenza da stupefacenti all'ingresso

Come visto per i tossicodipendenti, nonostante un generale incremento del testing, nel 2012 risulta ancora bassa la quota dei detenuti alcol dipendenti sottoposti ai principali test di infettivologia: il 30,4% (24,6 nel 2011) è stato testato per HIV, il 32,7% (27,8% nel 2011) per l'HCV e il 31,3% (27,4% nel 2011) per l'HBV.

Figura III.2.29: Percentuale dei detenuti con problemi di alcol dipendenza testati in carcere. Anni 2011 - 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 2 - Dicembre 2012.

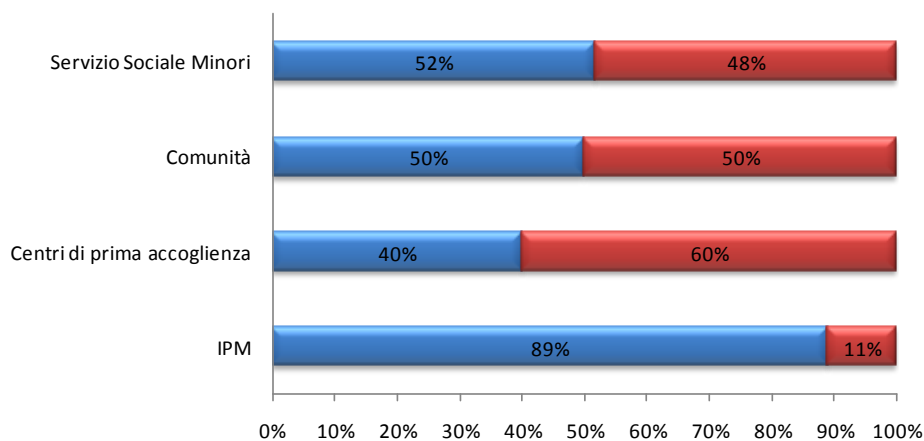
Le misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 del D.P.R. 309/90 coinvolgono un piccolo numero di detenuti alcol dipendenti: 226 soggetti, pari al 14% del totale degli alcol dipendenti carcerati, ha richiesto l'affidamento in prova (in aumento rispetto ai 155 richiedenti rilevati nel 2011). Di questi 189 presentavano i requisiti per accedere all'alternativa pena e 68 (pari al 36,0% degli aventi diritto) sono usciti dal carcere con una sentenza del tribunale di sorveglianza.

III.2.3.4. Minori con problemi droga correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione.

A partire dall'anno 2012, le caratteristiche dei minori tossicodipendenti in carcere o in strutture di detenzione diverse, con il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle Aziende Sanitarie, viene rilevata dai Ser.T secondo il principio della competenza territoriale.

Per ciascun soggetto si distingue la dipendenza da alcol e droga, secondo la diagnosi ICD –IX CM, dal mero consumo in assenza di diagnosi. Per il 2012 il tasso di risposta delle Regioni è stato abbastanza alto considerando anche le difficoltà di rilevazione dei dati relativi ai minori in strutture alternative all'IPM caratterizzate da un breve tempo di permanenza dei minori ospitati. In particolare si è riusciti a rilevare i dati nella quasi totalità degli IPM presenti sul territorio nazionale e circa nella metà delle strutture di detenzione alternativa.

Figura III.2.30: Strutture di detenzione che hanno fornito informazioni sui Minori con problemi droga e/o alcol correlati. Anno 2012



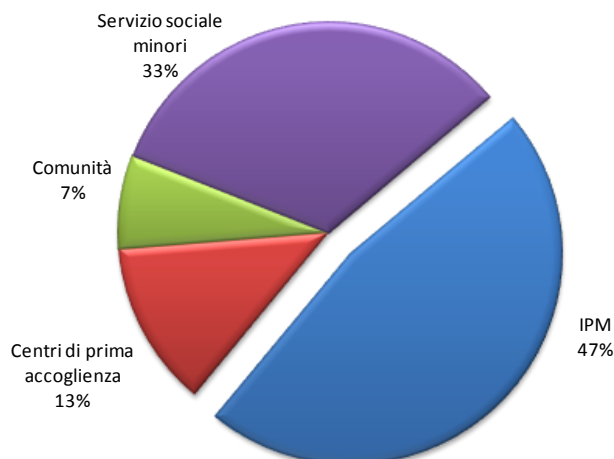
Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Come rilevato lo scorso anno, anche per il 2012 è davvero esiguo il numero di soggetti con dipendenza o consumo di alcol, pertanto si descrive esclusivamente la situazione dei minori tossicodipendenti ristretti in carcere o nelle altre strutture di detenzione con un focus particolare per gli IPM.

Guardando all'insieme dei dati rilevati, sono 762 i minori che nel corso del 2012 si trovavano in stato di detenzione e risultavano affetti da problemi droga correlati.

La maggior parte di essi era recluso in Istituti per Minori (47%) mentre molto bassa (7%) la percentuali di minori accolti in comunità.

Figura III.2.31: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2012

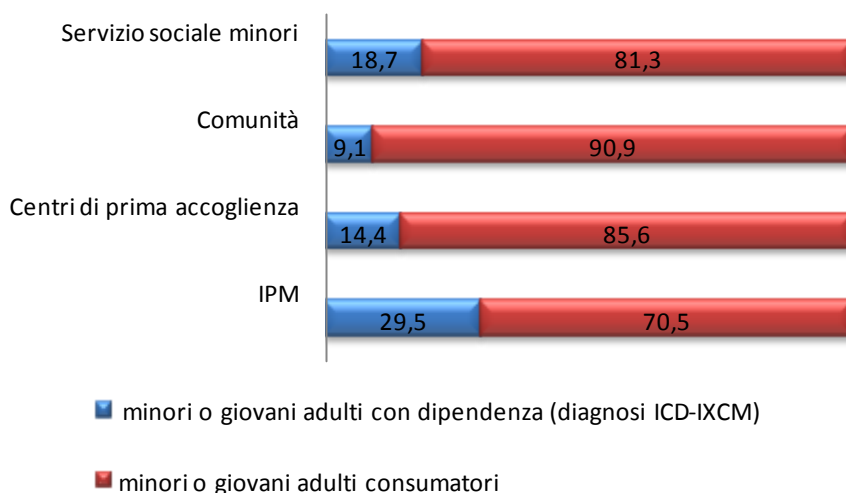


Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012

Rispetto al 2011 diminuisce la percentuale dei soggetti tossicodipendenti con una diagnosi di dipendenza (22,6% vs 30% rilevato nel 2011), di contro aumenta proporzionalmente la quota dei soggetti dediti al mero consumo.

Classificando i minori rispetto alla tipologia di struttura che li accoglie e allo stato di dipendenza o consumo, si nota che i tossicodipendenti secondo diagnosi ICD IX sono particolarmente presenti negli IPM e nei Centri di prima accoglienza mentre la loro quota risulta nettamente inferiore nelle altre tipologie di strutture.

Figura III.2.32: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2012

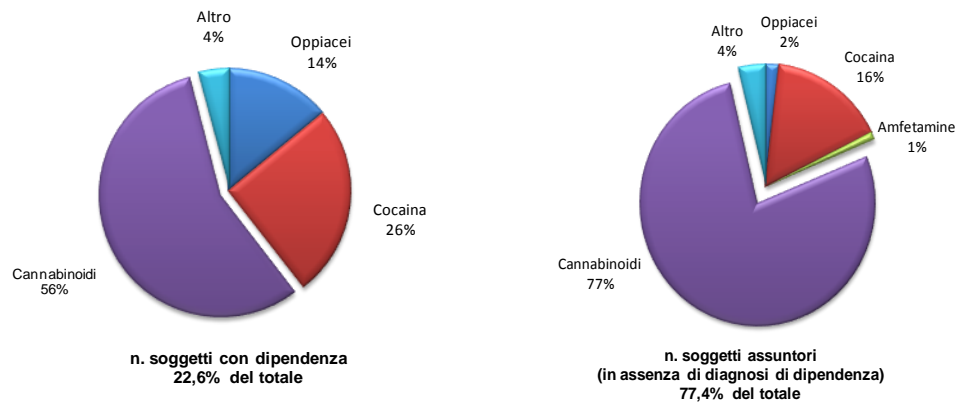


Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012

Quanto al tipo di sostanza consumata, la maggior parte dei minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi, utilizza cannabinoidi ed in misura minore cocaina. In particolare tra i dipendenti il 56% abusa di cannabinoidi, il 26% di cocaina e il 14% di oppiacei mentre tra i consumatori non dipendenti il 77% sceglie i cannabinoidi e il 16% la cocaina resta invece residuale (2%) il consumo di oppiacei.

Si aggiunge che il 10,2% dei minori tossicodipendente detenuto presentava poliabuso.

Figura III.2.33: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi. Anno 2012



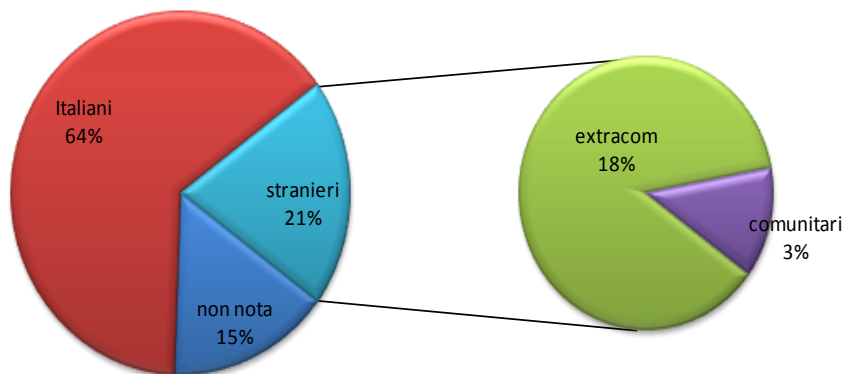
Diverso uso delle sostanze tra i tossicodipendenti con o senza diagnosi

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

I dati raccolti presso gli istituti per Minori (IPM) come detto rappresentano l'89% delle strutture presenti sul territorio. Vista dunque l'alta rappresentatività del dato campionario e la presenza di dati di dettaglio sulle caratteristiche socio sanitarie e giuridiche dei detenuti segue una analisi più approfondita della tossicodipendenza tra minori in carcere.

Negli IPM nel 2012 risultano entrati 359 minori tossicodipendenti per il 64% di cittadinanza italiana, un quinto stranieri per lo più extracomunitari.

Figura III.2.34: Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi per cittadinanza. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Si tratta di minori di sesso maschile (sono 16 le ragazze tossicodipendenti in IPM nel 2012) e per lo più di giovani adulti (18-21 anni) che da soli rappresentano il 51,5% del campione.

Tabella III.2.9: Minori con problemi droga correlati ristretti in IPM. Anno 2012

Classi di età	maschi	femmine	Totale (valori %)
14	1	0	0,3
15	29	1	8,4
16	52	3	15,3
17	82	6	24,5
18-21	179	6	51,5
Totale	343	16	100,0

Maschi e giovani adulti i minori carcerati in IPM

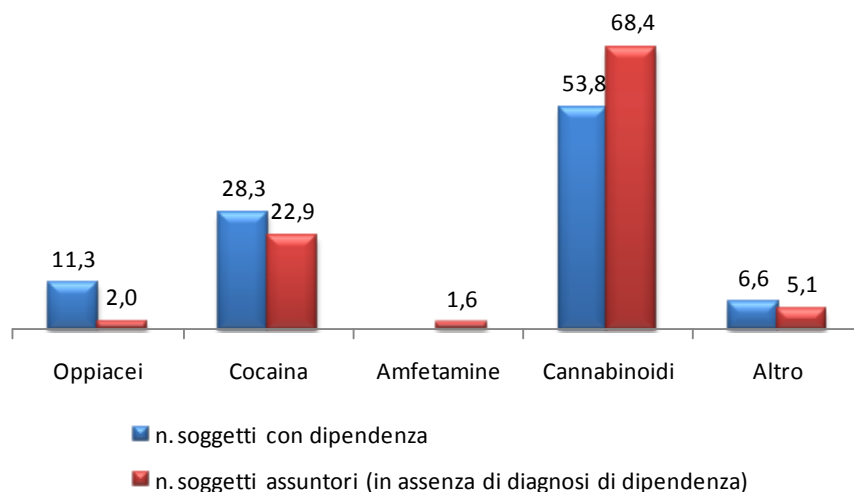
Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Considerando che nel 2012 gli ingressi negli IPM sono stati pari a 1.252 unità (fonte Ministero di Giustizia – Giustizia Minorile), e che gli ingressi DPA rappresentano l’89% del totale, se ne deduce che il 30,7% dei minori carcerati è affetto da problemi droga correlati e il 9,5% ha una diagnosi di dipendenza.

Ritornando ai dati DPA 2012, si nota che il 70,5% dei minori tossicodipendenti carcerato in IPM è consumatore mentre per il restante 29,5% vi è una diagnosi di dipendenza (rispettivamente 64% e 36% le quote misurate nel 2011).

I cannabinoidi per entrambi i gruppi restano le sostanze principalmente utilizzate, seguono la cocaina e gli oppiacei. Come già notato nell’analisi per il totale delle strutture di detenzione minorile, anche per i soggetti detenuti IPM vi è una diversa combinazione nelle quote delle sostanze consumate a seconda che si mostri dipendenza o mero consumo.

Figura III.2.35: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi detenuti in IPM. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Si rileva, infine, che il 12,8% dei minori tossicodipendenti detenuto abusa contemporaneamente di più sostanze.

La totalità dei minori con diagnosi di dipendenza in IPM riceve un trattamento di cura. La percentuale dei soggetti con trattamento scende al 30,1% se si considerano sia i dipendenti che consumatori. Ad ogni modo, dei 108 soggetti che risultano beneficiari di un trattamento antidroga, il 48,1% è sottoposto a trattamento farmacologico e il 49,1% a trattamento psicosociale; residuale la quota dei soggetti fruitori di trattamento integrato.

Quanto al testing si rileva che solo un terzo dei soggetti tossicodipendenti detenuti in IPM è stato sottoposto a drug test all’ingresso (27,3%); bassa (21,7%) la quota dei soggetti sottoposti a test per l’HIV pur se raddoppiata rispetto al 2011, il 37% viene testato per HBV e HCV (la quota era circa il 34% per il 2011).

In IPM drug test all’ingresso e test di infettivologia solo per un terzo dei ristretti tossicodipendenti

Si rileva, infine che solo il 9,2% dei minori trattati (33 soggetti su 359) è stato inviato in comunità terapeutica, socio educativa o socio riabilitativa.

III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

Negli ultimi anni l'attenzione alla qualità e all'efficacia dei trattamenti farmacologici adottati dai professionisti che si occupano di soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti è aumentata considerevolmente, in particolar modo tra le organizzazioni cliniche e le strutture amministrative. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) ha pertanto avviato un progetto denominato "Outcome", al fine di creare un network di unità operative per favorire lo sviluppo, il monitoraggio e la diffusione della valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici erogati dalle strutture socio-sanitarie ad utenti che fanno uso di sostanza stupefacenti.

Necessità e possibilità di valutare gli esiti dei trattamenti

Al fine di agevolare la rilevazione di tali dati presso le unità operative che utilizzano la piattaforma MFP, è stato realizzato ed implementato un applicativo informatico, denominato "Outcome – Output Extractor", integrato nella reportistica web standard, per l'estrazione automatica dei dati anagrafici e clinici di ogni singolo utente, garantendo necessariamente l'anonimato. Mediante tale estrattore è possibile ottenere informazioni per singolo soggetto (analogamente al flusso informativo SIND) relative al trattamento, alle prestazioni e alle caratteristiche socio anagrafiche, permettendo un controllo di qualità del dato maggiore rispetto all'estrattore di dati aggregati usato in passato.

Al fine di poter valutare al meglio l'efficacia dei trattamenti farmacologici erogati, gli utenti sono stati suddivisi in tre categorie, secondo l'indicatore "giorni liberi da sostanze", inteso come numero totale di giorni con morfinurie negative rapportato ai giorni totali di trattamento. In particolare, i giorni di terapia con morfinurie negative vengono calcolati considerando negativi tutti i giorni compresi tra due controlli negativi, e conteggiando la metà dei giorni quando uno di due controlli adiacenti è positivo.

Macro indicatore di esito: N di giorni liberi da droghe durante il trattamento

Il criterio utilizzato permette di stratificare gli utenti in tre classi: "soggetti responder", ossia quelli con una percentuale di giorni liberi da droghe superiore al 60%, "soggetti low responder" con una percentuale compresa tra il 30% ed il 60%, ed infine i "soggetti no responder" con meno del 30% di giorni liberi dall'uso di droghe (Tabella III.2.1).

Tre tipologie di soggetti:
- Responder
- Low responder
- No responder

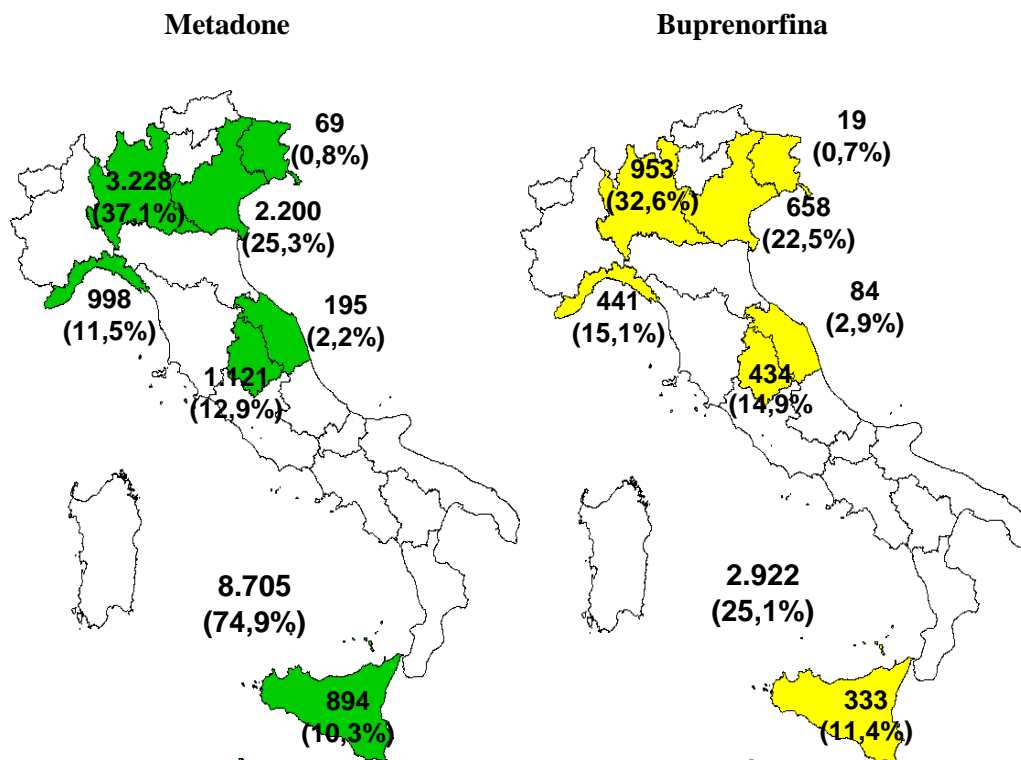
Tabella III.2.10: Stratificazione dell'utenza secondo il grado di risposta al trattamento farmacologico

	No Responder	Low Responder	Responder
Percentuale di giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: Progetto Outcome DPA

Nel complesso sono stati campionati 11.627 utenti in carico presso le strutture sanitarie per almeno trenta giorni, 8.705 in trattamento con metadone e 2.922 in terapia con buprenorfina (Figura III.2.36).

Figura III.2.36: Percentuale e numero di utenti per tipo di trattamento farmacologico e per Regione. Anno 2012



11.627 soggetti esaminati, di cui:
 8.705 soggetti in terapia con metadone
 2.922 soggetti in terapia con buprenorfina

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche degli utenti mostrano in maggioranza soggetti di sesso maschile (9.724, 83,6%) e di nazionalità italiana (11.333, 97,5%), con importanti differenze se si considera il tipo di trattamento farmacologico (Tabella III.2.11). Riguardo gli stranieri, il gruppo più cospicuo è rappresentato da cittadini africani, seguito dagli utenti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est (Figura III.2.38).

Figura III.2.27: Percentuale di utenti in trattamento farmacologico secondo il genere. Anno 2012

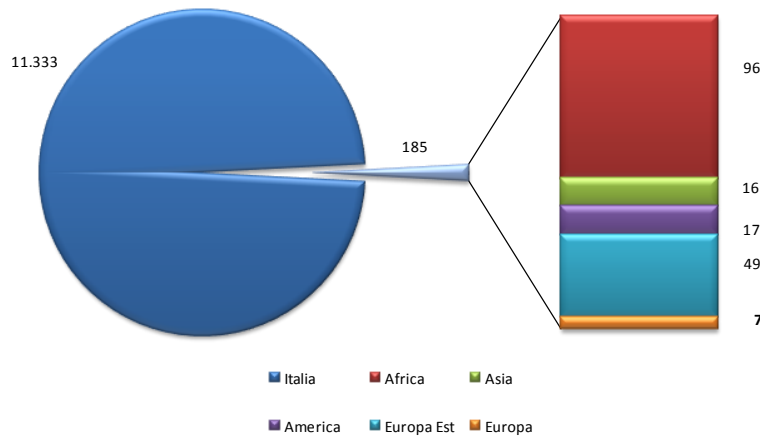


L'83,6% degli utenti in trattamento è di genere maschile

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.38: Utenti in trattamento farmacologico secondo la provenienza geografica. Anno 2012

La maggior parte degli utenti è italiana



Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.11: Soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per sesso e cittadinanza. Anno 2012

Sesso	Buprenorfina		Metadone		Totale	
	N	%c	N	%c	N	%c
Maschi	2.568	87,9	7.156	82,2	9.724	83,6
Femmine	354	12,1	1.549	17,8	1.903	16,4
Totale (%R)	2.922	25,1	8.705	74,9	11.627	100,0
Cittadinanza						
Italiani	2.864	98,0	8.469	97,3	11.333	97,5
Stranieri	27	0,9	158	1,8	185	1,6
Non noto	12	0,4	32	0,4	44	0,4
Non Applicabile*	19	0,7	46	0,5	65	0,5
Totale (%R)	2.922	25,1	8.705	74,9	11.627	100,0

* Informazione non rilevata in quanto gli utenti hanno richiesto l'anonimato.

Fonte: Progetto Outcome DPA

La distribuzione percentuale dell'utenza per stato d'occupazione evidenzia una prevalenza di utenti in trattamento farmacologico professionalmente attiva (63,2%), mentre il 33,1% dichiara di essere disoccupato o economicamente non attivo (Tabella III.2.12).

Dall'analisi del livello di istruzione si nota, invece, come la maggior parte degli utenti possiede un grado di istruzione basso con oltre il 70% di soggetti in possesso di un diploma di licenza media inferiore e solo l'1,5% della laurea, segno ulteriore del grado di disagio sociale nel quale versano i soggetti che si rivolgono ai Ser.T..

Infine, per quanto riguarda la condizione abitativa degli utenti considerati, la maggior parte di questi vive con i genitori (45,9%) o con il partner e gli eventuali figli (30,3%).

Tabella III.2.12: Distribuzione dei soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per titolo di studio, occupazione e convivenza. Anno 2012

Titolo di studio	Buprenorfina		Metadone		Totale	
	N	%c	N	%c	N	%c
Livello basso ⁽¹⁾	1.899	69,7	6.058	74,9	7.957	73,6
Livello medio ⁽²⁾	780	28,7	1.909	23,6	2.689	24,9
Livello alto ⁽³⁾	44	1,6	122	1,5	166	1,5
Totale (% _R)	2.723	25,2	8.089	74,8	10.812	100,0
Occupazione						
Occupato	1.877	69,0	5.028	61,2	6.905	63,2
Disoccupato	718	26,4	2.906	35,4	3.624	33,1
Altro (studente, casalingo/a, altro)	126	4,6	281	3,4	407	3,7
Totale (% _R)	2.721	24,9	8.215	75,1	10.936	100,0
Convivenza						
Da solo/da solo con figli	291	13,9	984	15,4	1.275	15,0
Con i genitori	1.005	47,9	2.894	45,2	3.899	45,9
Con partner/con partner e figli	685	32,6	1.893	29,6	2.578	30,3
Con amici/altro	117	5,6	629	9,8	746	8,8
Totale (% _R)	2.098	24,7	6.400	75,3	8.498	100,0

Basso livello di istruzione

Il 63,2% dei soggetti ha un'occupazione

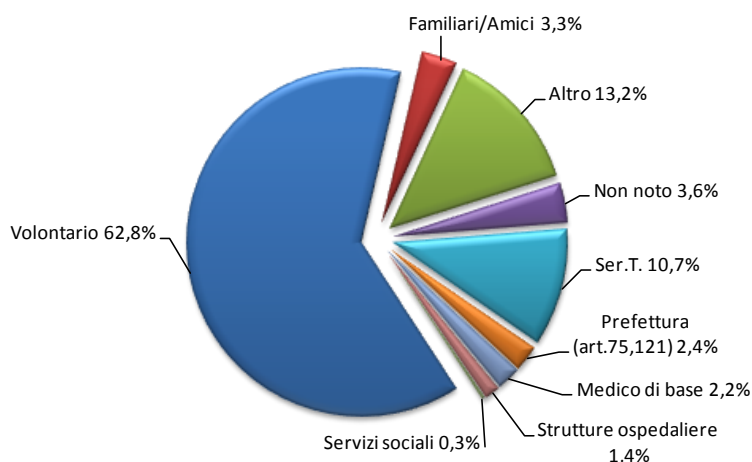
Il 45,9% dei soggetti vive con i genitori

⁽¹⁾ livello di istruzione nullo, licenza elementare, licenza media inferiore
⁽²⁾ diploma di qualifica professionale e diploma di media superiore
⁽³⁾ laurea e laurea magistrale

Fonte: Progetto Outcome DPA

Per quanto riguarda l'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze essa avviene con diverse modalità, sebbene la percentuale più elevata si riscontri in corrispondenza dell'accesso volontario (62,8%), seguito, con valori nettamente inferiori, da invio da altri Ser.T. (10,7%) e dalla famiglia o dagli amici (3,3%).

Figura III.2.39: Percentuale di soggetti in trattamento secondo il canale di invio. Anno 2012



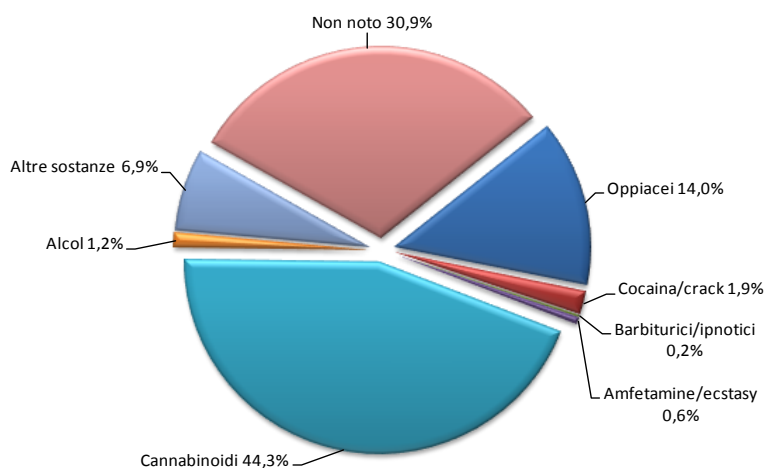
Il 62,8% degli utenti ha avuto un accesso volontario al Ser.T.

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi secondo la sostanza psicotropa utilizzata per la prima volta mostra una percentuale molto elevata di consumatori di cannabis (44,3%), seguita da altre sostanze (6,9%) e purtroppo anche da una percentuale piuttosto elevata in corrispondenza della modalità "non noto" (30,9%). Coloro che, invece, hanno indicato gli oppiacei come sostanza d'abuso iniziale rappresentano il 14,0% del campione analizzato.

Figura III.2.40: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza di primo uso. Anno 2012

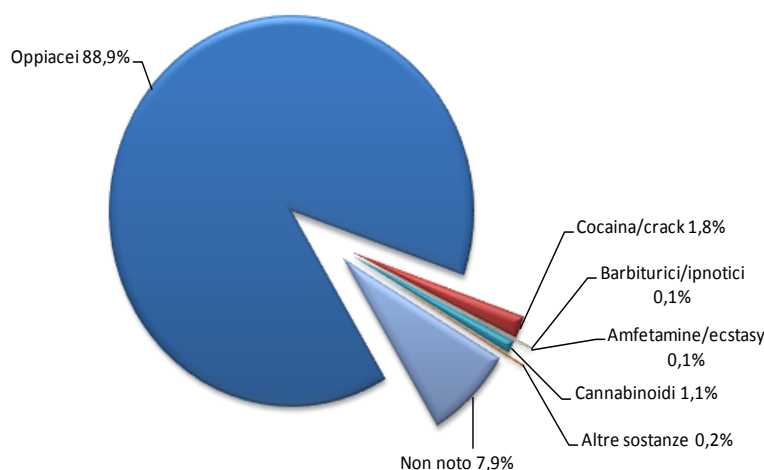
La principale sostanza di iniziazione sono i cannabinoidi



Fonte: Progetto Outcome DPA

Riguardo invece l'osservazione della sostanza d'abuso primaria, ossia quella per la quale gli utenti sono in carico ai Ser.T. ed in trattamento farmacologico, emerge che l'88,9% dei soggetti ha dichiarato di consumare oppiacei e per il 7,9% l'informazione non è nota (Figura III.2.40).

Figura III.2.41: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza primaria. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Concentrando l'analisi sui trattamenti farmacologici la maggior parte dei soggetti sembra rispondere alla terapia, rispettivamente il 74,5% per il metadone e l'87,4% per la buprenorfina (Tabella III.2.13 e Figura III.2.41). In generale, non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico, mostrando una netta maggioranza di utenti di genere maschile per entrambe le terapie erogate. Al fine di condurre analisi approfondite sull'esito dei trattamenti farmacologici, sia dal punto di vista della qualità delle informazioni ricavate sia dal punto di vista delle analisi statistiche, è stato definito un tracciato record per singolo utente da implementare nei sistemi informativi delle unità operative.

Tabella III.2.13: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

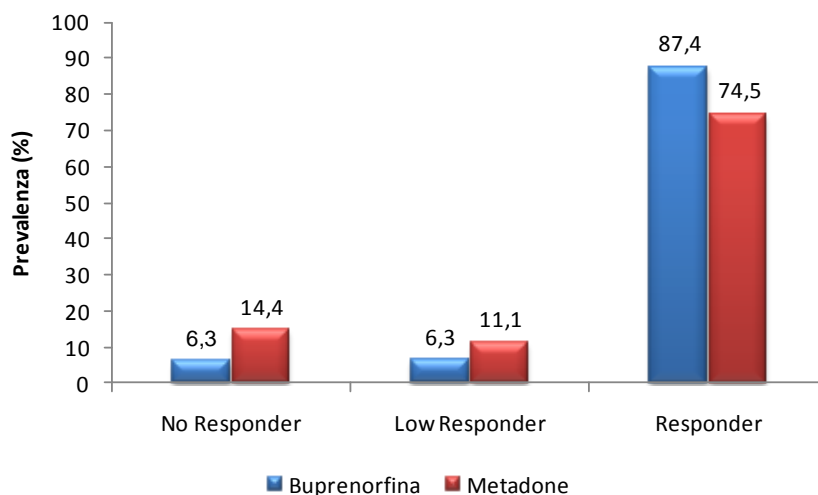
	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Metadone								
Maschi	1.040	83,1	779	80,6	5.337	82,3	7.156	82,2
Femmine	212	16,9	187	19,4	1.150	17,7	1.549	17,8
Totale (% _R)	1.252	14,4	966	11,1	6.487	74,5	8.705	100,0
Buprenorfina								
Maschi	154	84,2	164	88,6	2.250	88,1	2.568	87,9
Femmine	29	15,8	21	11,4	304	11,9	354	12,1
Totale (% _R)	183	6,3	185	6,3	2.554	87,4	2.922	100,0
Totale								
Maschi	1.194	83,2	943	81,9	7.587	83,9	9.724	83,6
Femmine	241	16,8	208	18,1	1.454	16,1	1.903	16,4
Totale (% _R)	1.435	12,3	1.151	9,9	9.041	77,8	11.627	100,0

Il 74,5% dei pazienti in cura con metadone risponde bene alle terapie

L'87,4% dei pazienti in cura con buprenorfina risponde bene alle terapie

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.42: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento. Anno 2012



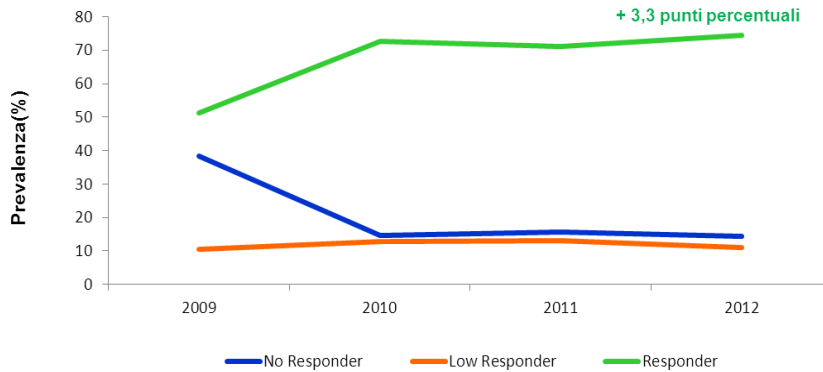
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.14: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012

	2009	2010	2011	2012	Diff. delle % 2011/2012
No Responder	38,3	14,6	15,6	14,4	-1,2
Low Responder	10,5	12,7	13,2	11,1	-2,1
Responder	51,2	72,6	71,2	74,5	3,3

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.43: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012



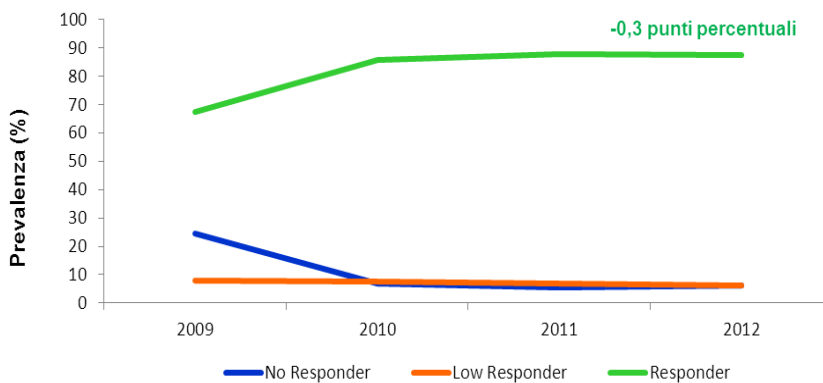
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.215: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012

	2009	2010	2011	2012	Diff. delle % 2011/2012
No Responder	24,6	6,8	6,3	6,3	0,0
Low Responder	8,0	7,4	6,9	6,3	-0,6
Responder	67,4	85,8	87,7	87,4	-0,3

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.3: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012



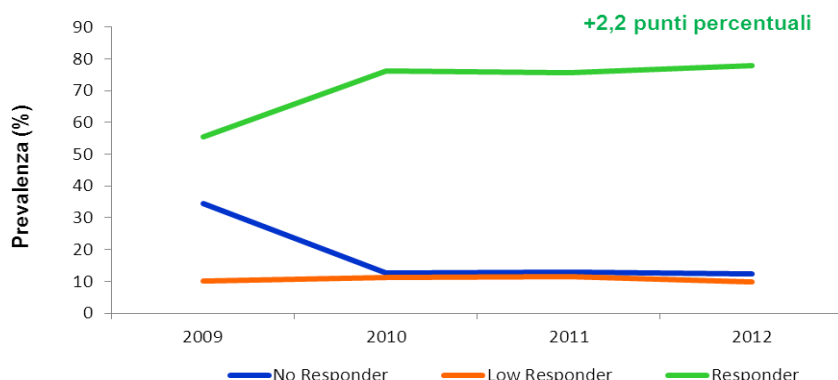
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.16: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone o buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012

	2009	2010	2011	2012	Diff. delle % 2011/2012
No Responder	34,6	12,5	12,9	12,3	-0,6
Low Responder	10,0	11,3	11,5	9,9	-1,6
Responder	55,4	76,3	75,6	77,8	2,2

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.45: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone o buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

L'età media per tipologia di trattamento farmacologico risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina, anche se non in modo considerevole. I soggetti con età media più "elevata" (39,8 anni per il metadone e 38,1 anni per la buprenorfina) sono coloro che rispondono positivamente alla terapia con entrambi i trattamenti farmacologici.

Per tutti i gruppi di soggetti analizzati, l'età media tende ad aumentare rispetto alla rilevazione del 2011.

Tabella III.2.17: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	37,3	37,4	39,8
Min	17,0	15,0	16,0
Max	63,0	63,0	70,0
Dev. STD	9,0	9,2	9,0
Buprenorfina			
Età media	33,6	34,5	38,1
Min	19,0	18,0	16,0
Max	57,0	55,0	69,0
Dev. STD	8,7	9,0	8,9

I pazienti più anziani rispondono di più ad trattamenti farmacologici

Fonte: Progetto Outcome DPA

Riguardo gli esami effettuati per la ricerca di oppiacei nelle urine, dalla Tabella III.2.18 si nota che, complessivamente, le unità operative nel 2012 hanno effettuato più di un esame ogni due settimane e che le Asl più attive in tal senso sono quelle della regione Veneto e Lombardia. Effettuando un confronto rispetto al tipo di trattamento farmacologico non emergono differenze significative.

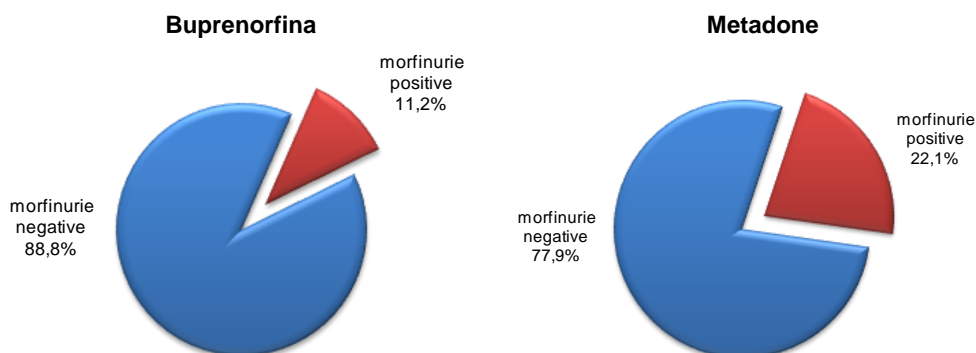
Tabella III.2.18: Media dei controlli urinari per Regione e terapia farmacologica. Anno 2012

Regione	Metadone	Buprenorfina	Totale
Friuli Venezia Giulia	0,30	0,25	0,29
Liguria	0,43	0,47	0,44
Lombardia	0,71	0,69	0,70
Marche	0,58	0,66	0,60
Sicilia	0,49	0,52	0,50
Umbria	0,44	0,50	0,46
Veneto	0,82	0,77	0,81
Totale	0,66	0,63	0,65

Fonte: Progetto Outcome DPA

Confrontando le percentuali di giorni con morfinitriche negative per tipologia di trattamento farmacologico nell'intero campione, sembra che gli utenti in terapia con buprenorfina rispondano più positivamente rispetto ai soggetti in terapia con metadone, infatti l'88,8% dei giorni di trattamento con buprenorfina risulta libero da droghe, contro il 77,9% degli utenti in terapia con metadone (Figura III.2.46).

Figura III.2.46: Percentuale di giorni con morfinitriche negative e positive, per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.19: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sog/ die	∑ gg con Morfinitriche negative	∑ gg con Morfinitriche positive	Adh Contr % ^{*2}	Adh Tratt % ^{*3}
	N	gg	gg	mg	gg	gg	%	%
Buprenorfina	2.922	707.891	242	7,8	628.845	79.047	88,8	67,6
Metadone	8.705	2.210.311	254	50,8	1.722.077	488.235	77,9	68,7
Totale	11.627	2.918.202	251	-	2.350.922	567.281	80,6	68,4

*¹ percentuale sul totale dei giorni di terapia

*² valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*³ valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

Nel complesso, gli utenti che sembrano non rispondere alla terapia farmacologica sono 1.435, con una durata media del trattamento compreso tra 205 giorni per la buprenorfina e 224 giorni per il metadone. La dose media giornaliera di metadone utilizzata da questi individui è di 52,0 mg, mentre per la buprenorfina è di 10,0 mg. Per gli utenti "no responder", la percentuale di giorni liberi da droghe è complessivamente pari al 9,2%, rispettivamente il 10,1% per la buprenorfina e il 9,1%

Buona risposta alle terapie farmacologiche integrate: 80,6% dei gg in terapia senza uso di droghe

1.435 soggetti "No responder"

per il metadone. Tuttavia, i soggetti “no responder” mantengono un’aderenza ai controlli elevata, a scapito di un’aderenza al trattamento meno performante (rispettivamente il 73,8% e il 61,9%).

Tabella III.2.20:Soggetti No Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr % ^{*2}	Adh Tratt % ^{*3}
	N	gg	gg	mg	gg	% ^{*1}	Gg	%	%	%
Buprenorfina	183	37.476	205	10,0	3.792	10,1	33.685	89	83,0	65,6
Metadone	1.252	280.974	224	52,0	25.595	9,1	255.379	90,9	72,5	61,4
Totale	1.435	318.450	222	-	29.387	9,2	289.064	90,8	73,8	61,9

*¹ percentuale sul totale dei giorni di terapia

*² valore medio in percentuale dell’aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*³ valore medio in percentuale dell’aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

Gli utenti classificati come “low responder” sono 1.151, pari al 9,9% del campione analizzato, con una durata media del trattamento variabile tra 203 giorni per la buprenorfina e 239 giorni per il metadone (Tabella III.2.21). La dose media giornaliera di metadone erogata è pari a 49,3 mg, mentre per la buprenorfina è di 8,1 mg, ossia risulta inferiore rispetto ai valori riscontrati per gli utenti “no responder”. La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 46,6%, rispettivamente il 47,7% per la buprenorfina e il 46,4% per il metadone. In linea con quanto osservato per gli utenti “no responder” i livelli di aderenza ai controlli sono decisamente elevati, mentre l’aderenza al trattamento risulta più contenuta (rispettivamente il 78,1% e il 65,0%).

1.151 soggetti
“Low responder”

Tabella III.2.21:Soggetti Low Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr % ^{*2}	Adh Tratt % ^{*3}
	N	gg	gg	mg	gg	% ^{*1}	gg	%	%	%
Buprenorfina	185	37.575	203	8,1	17.93	47,7	19.645	52,3	79,2	65,4
Metadon	966	230.429	239	49,3	106.871	46,4	123.558	53,6	77,9	64,9
Totale	1.151	268.004	233	-	124.802	46,6	143.203	53,4	78,1	65,0

*¹ percentuale sul totale dei giorni di terapia

*² valore medio in percentuale dell’aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*³ valore medio in percentuale dell’aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

Infine, il gruppo degli utenti che rispondono alla terapia farmacologica sono in totale 9.041, il 77,8% del campione indagato, 2.554 in trattamento con buprenorfina e 6.487 soggetti con metadone (Tabella III.2.22). La durata media del trattamento varia tra 248 giorni per la buprenorfina e 262 giorni per il metadone. La dose media giornaliera utilizzata dai soggetti “responder” è di 7,7 mg per la buprenorfina e di 50,7 mg per il metadone. La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 94,2%, con una percentuale più elevata in corrispondenza degli utenti in terapia farmacologica con buprenorfina (95,9%). I valori medi percentuali dell’aderenza ai controlli e dell’aderenza al trattamento tendono ad aumentare ulteriormente per i

9.041 soggetti
“Responder”

soggetti “responder” (rispettivamente l’84,3% e il 69,9%).

Tabella III.2.22: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative	∑ gg con Morfinurie positive	Adh Contr %* ²	Adh Tratt %* ³		
	N	gg	gg	mg	gg	gg	%	%		
Buprenorfina	2.554	632.840	248	7,7	607.123	95,9	25.718	4,1	84,6	67,9
Met done	6.487	1.698.908	262	50,7	1.589.611	93,6	109.298	6,4	84,6	70,7
Totale	9.041	2.331.748	258	-	2.196.734	94,2	135.016	5,8	84,3	69,9

*¹ percentuale sul totale dei giorni di terapia

*² valore medio in percentuale dell’aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*³ valore medio in percentuale dell’aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

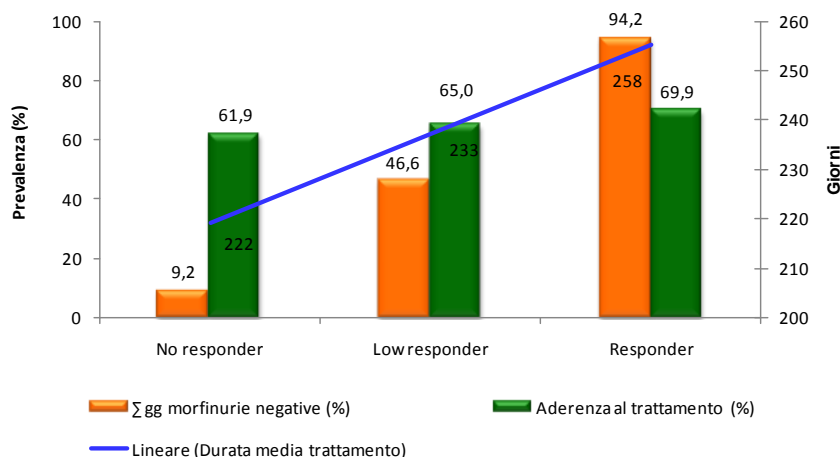
Fonte: Progetto Outcome DPA

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento, è possibile osservare che il valore medio percentuale dell’aderenza al trattamento, calcolata come rapporto tra le somministrazioni di farmaco erogato e quelle prescritte, aumenta, passando dal 61,9% dei soggetti “no responder” al 69,9% dei “responder”.

Considerando, invece, la durata media di trattamento farmacologico, non sembra esserci una sostanziale differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti “low responder” (rispettivamente 222 e 233 giorni). Lo stesso discorso non vale per gli utenti che rispondono positivamente al trattamento, per i quali è stata riscontrata una durata media pari a 258 giorni.

Maggiore aderenza al trattamento tra i soggetti responder
Maggiore durata media di trattamento tra i soggetti responder

Figura III.2.47: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Di particolare interesse risulta l’analisi del campione nel suo complesso, senza tener conto, quindi, della stratificazione per tipo di risposta al trattamento.

Nel complesso, sono stati coinvolti 31 Dipartimenti per le Dipendenze per complessive 88 unità operative appartenenti a sette regioni d’Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Sicilia). Osservando i risultati ottenuti, sembra non esserci differenza tra le durate medie di trattamento nelle due tipologie di oppiacei erogati (circa 8 mesi ciascuno). Inoltre, in accordo con quanto descritto in precedenza, la dose media giornaliera di buprenorfina utilizzata è pari a 7,8 mg, mentre per il metadone è 50,8 mg (Tabella III.2.23).

Unità operative coinvolte

Tabella III.2.23: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2012

	Unità operativa	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	93	2.922	242,3	108,1	274,5	30 - 366
Metadone	106	8.705	253,9	106,6	295,0	30 - 366
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	93	2.922	7,8	5,7	6,5	0,5 - 32,0
Metadone	106	8.705	50,8	30,4	46,9	0,3 - 150,0

Fonte: Progetto Outcome DPA

Al fine di comprendere quali altre sostanze psicotrope vengono consumate dagli utenti in trattamento farmacologico, per i pazienti che presentano morfinitriche negative per eroina, è stata esaminata la positività per uso di altre sostanze). In particolare, sembra che la cannabis sia la sostanza stupefacente più comunemente utilizzata in astinenza da eroina per entrambi i tipi di trattamento farmacologico, con una percentuale totale di urine positive del 24,5%. Anche la cocaina e l'alcol sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 14,4% e 10,6%).

Tabella III.2.24: Percentuale di morfinitriche positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinitriche negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2012

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	10,72	25,02	0,85	2,33	8,80
Metadone	15,59	24,25	1,01	1,01	11,16
Totale	14,42	24,45	0,96	1,40	10,60

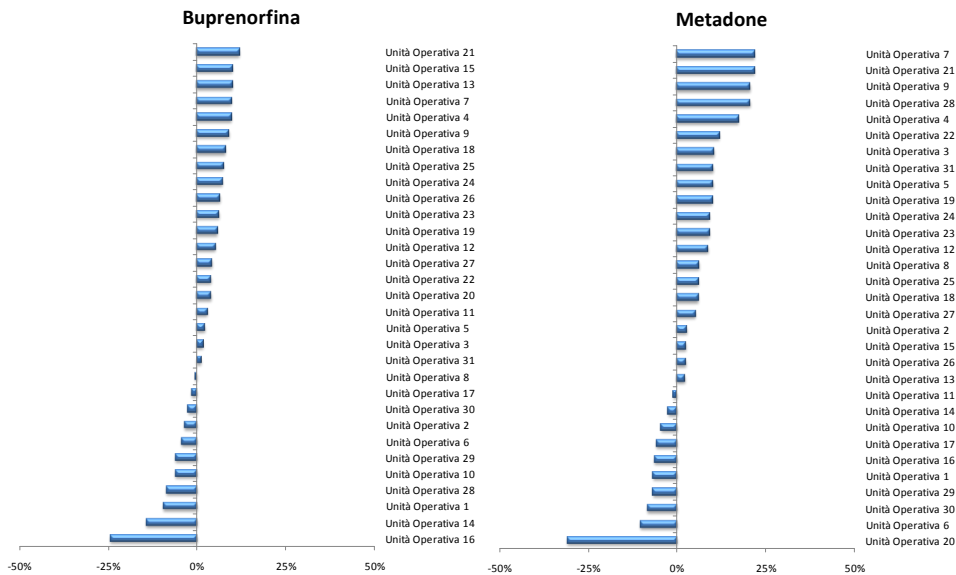
Fonte: Progetto Outcome DPA

Dato l'ampio numero di unità operative coinvolte nello studio, l'entità dello scostamento percentuale dei giorni di astensione dall'uso di eroina dal valore medio complessivo, per tipologia di trattamento farmacologico, è stato valutato raggruppando gli utenti secondo le 31 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza. Confrontando le due tipologie di terapia si osserva che la percentuale di giorni con morfinitriche negative dei soggetti in terapia con buprenorfina si discosta meno dal dato medio dell'intero campione (88,8%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (77,9%), a conferma di quanto emerso negli studi precedenti.

La dose media/die di farmaco sostitutivo non sembra avere influenza sulla risposta

Valutazione della % di altre positività per altre sostanze durante il trattamento

Figura III.2.48: Scostamento percentuale delle morfinurie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella III.2.25), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella III.2.25: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2012

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	N	mg	%
Dose < 50 mg/die	4.571	27,89	78,47
Dose ≥ 50 mg/die	4.134	76,07	77,35
Totale	8.705	50,77	77,91
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.707	4,17	90,75
Dose ≥ 8 mg/die	1.215	12,96	86,29
Totale	2.922	7,83	88,83

Fonte: Progetto Outcome DPA

Di particolare interesse ai fini dello studio risulta l'analisi della densità prestazionale media ricevuta dal singolo paziente in relazione al tipo di risposta al trattamento. La densità prestazionale media/giornaliera per soggetto si ottiene rapportando le prestazioni erogate nell'anno di riferimento agli anni persona riferiti all'utenza assistita dell'unità operativa nell'anno di riferimento (sommatoria dei tempi di assistenza erogata per singolo utente).

Analisi della
densità
prestazionale
media in base
alla risposta al
trattamento

Complessivamente non si osservano sensibili differenze tra il numero medio di prestazioni giornaliere dei soggetti in terapia con metadone o buprenorfina. Tuttavia, fatta eccezione degli utenti "no-responder", la densità media prestazionale propende lievemente per gli utenti in trattamento con metadone (Tabella III.2.26).

Tabella III.26 Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2012

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Metadone	1,12	1,15	1,10	1,11
Buprenorfina	1,19	1,09	0,94	0,96

Fonte: Progetto Outcome DPA

Non differenze significative della densità prestazionale tra terapie

Nelle Tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella III.2.27: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	N	%c	N	%c	N	%c	N	%c
Attività telefonica	2.433	1,3	2.593	1,6	17.424	1,6	22.450	1,6
Relazioni, prescrizioni	38.282	20,2	33.141	20,6	243.251	22,2	314.674	21,8
Attività di accompagnamento	324	0,2	285	0,2	2.423	0,2	3.032	0,2
Visite	3.649	1,9	4.062	2,5	30.823	2,8	38.534	2,7
Colloqui	6.833	3,6	7.222	4,5	50.222	4,6	64.277	4,4
Esami e procedure cliniche	19.083	10,1	17.746	11,0	145.692	13,3	182.521	12,6
Somministrazione farmaci	109.527	57,9	88.245	54,9	551.261	50,3	749.033	51,8
Psicoterapia individuale	370	0,2	589	0,4	3.085	0,3	4.044	0,3
Psicoterapia coppia-famiglia	35	0,0	18	0,0	450	0,0	503	0,0
Interventi educativi	121	0,1	59	0,0	1.547	0,1	1.727	0,1
Test psicologici	2.290	1,2	1.459	0,9	10.907	1,0	14.656	1,0
Attività supporto generale	389	0,2	608	0,4	5.851	0,5	6.848	0,5
Revisione programma	3.874	2,0	3.571	2,2	23.638	2,2	31.083	2,1
Prestazioni alberghiere	1.914	1,0	1.128	0,7	9.483	0,9	12.525	0,9
Prestazioni straordinarie	0	0,0	1	0,0	20	0,0	21	0,0
Prevenzione secondaria	2	0,0	21	0,0	30	0,0	53	0,0
Totale	189.126	100,0	160.748	100,0	1.096.107	100,0	1.445.981	100,0
Totale soggetti (% _R)	1.252	14,4	966	11,1	6.487	74,5	8.705	100,0
Totale giorni di trattamento	280.974	224,4	230429	238,5	1.698.908	261,9	2.210.311	253,9
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,12		1,15		1,10		1,11	

Fonte: Progetto Outcome DPA

Prestazioni nei soggetti in terapia con metadone

Per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, gli utenti ricevono in percentuale maggiore le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”.

Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti sono sottoposti a terapia farmacologica per un periodo di tempo più lungo rispetto alle altre due categorie di utenti.

Tabella III.2.28: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

Prestazioni nei
soggetti in
terapia con
buprenorfina

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	%c	N	%c	N	%c	N	%c
Buprenorfina								
Attività telefonica	413	1,8	363	1,4	4.178	1,1	4.954	1,2
Relazioni, prescrizioni	5.938	25,4	6.041	24,0	90.129	24,5	102.108	24,5
Attività di accompagnamento	56	0,2	35	0,1	486	0,1	577	0,1
Visite	631	2,7	621	2,5	10.104	2,7	11.356	2,7
Colloqui	1.170	5,0	1.295	5,1	16.542	4,5	19.007	4,6
Esami e procedure cliniche	3.229	13,8	3.150	12,5	58.001	15,7	64.380	15,4
Somministrazione farmaci	10.261	43,9	12.244	48,6	171.632	46,6	194.137	46,6
Psicoterapia individuale	99	0,4	143	0,6	1.842	0,5	2.084	0,5
Psicoterapia coppia-famiglia	39	0,2	3	0,0	192	0,1	234	0,1
Interventi educativi	2	0,0	16	0,1	276	0,1	294	0,1
Test psicologici	420	1,8	382	1,5	4.136	1,1	4.938	1,2
Attività supporto generale	45	0,2	43	0,2	1.832	0,5	1.920	0,5
Revisione programma	579	2,5	576	2,3	5.460	1,5	6.615	1,6
Prestazioni alberghiere	468	2,0	272	1,1	3.652	1,0	4.392	1,1
Prestazioni straordinarie	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	8	0,0	8	0,0
Totale	23.350	100,0	25.186	100,0	368.470	100,0	417.006	100,0
Totale soggetti (%)	183	6,3	185	6,3	2.554	87,4	2.922	100,0
Totale giorni di trattamento	37.476	204,8	37.575	203,1	632.840	247,8	707.891	242,3
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,19		1,09		0,94		0,96	

Fonte: Progetto Outcome DPA

Osservando, inoltre, la densità prestazionale media giornaliera per soggetto, per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, sembra che i pazienti ricevano maggiormente le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci” (Tabella III.2.29 e Tabella III.2.30), come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Tabella III.2.29: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2012

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,14	0,15	0,15	0,15
Attività di accompagnamento	0,02	0,02	0,02	0,02
Visite	0,02	0,03	0,03	0,03
Colloqui	0,03	0,04	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,41	0,40	0,34	0,36
Psicoterapia individuale	0,02	0,03	0,02	0,02
Psicoterapia coppia-famiglia	0,01	0,01	0,01	0,01
Interventi educativi	0,03	0,02	0,04	0,03
Test psicologici	0,09	0,07	0,07	0,07
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,02	0,02
Revisione programma	0,05	0,05	0,04	0,05
Prestazioni alberghiere	0,19	0,18	0,19	0,19
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,01	0,04	0,01	0,01
Totale	1,12	1,15	1,10	1,11

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con metadone in base alla diversa risposta

Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.30: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2012

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,16	0,17	0,14	0,15
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,01	0,01
Visite	0,02	0,02	0,03	0,03
Colloqui	0,04	0,04	0,03	0,03
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,10	0,10
Somministrazione farmaci	0,30	0,35	0,28	0,29
Psicoterapia individuale	0,03	0,03	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,03	0,02	0,02	0,02
Interventi educativi	0,00	0,02	0,03	0,03
Test psicologici	0,09	0,08	0,07	0,07
Attività supporto generale	0,01	0,01	0,02	0,02
Revisione programma	0,05	0,05	0,03	0,03
Prestazioni alberghiere	0,31	0,17	0,12	0,13
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	1,19	1,09	0,94	0,96

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con buprenorfina in base alla diversa risposta

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento 2009, 2010, 2011). Le esperienze precedenti ci hanno permesso di sviluppare un software che, seppur ancora perfezionabile, aumenta notevolmente la qualità delle informazioni per la valutazione degli esiti nei pazienti in terapia farmacologica.

Un punto di forza della presente indagine è che i risultati sono basati sugli esami dei controlli urinari e non sul "riferito" o riportato dagli utenti, riducendo di molto quindi distorsioni legate all'affidabilità del dato.

Unità Operative partecipanti: Dipartimento Dipendenze di Brescia (Brescia, Montichiari, Orzinuovi, Rovato, Salò), Servizio Dipendenze ASL Vallecamonica-Sebino, Dipartimento Dipendenze di Varese (Varese, Gallarate, Saronno, Arcisate, Tradate, Busto Arsizio, Cittiglio), Dipartimento di Bergamo (Bergamo, Gazzaniga, Lovere, Martinengo, Ponte San Pietro, Treviglio), Dipartimento Dipendenze Como (Como, Appiano Gentile, Menaggio, Erba, Mariano Comense), Dipartimento Lodi (Lodi, Sant'Angelo Lodigiano, Casalpusterlengo), Dipartimento Dipendenze Vicenza, Dipartimento Dipendenze Pieve di Soligo, Dipartimento Dipendenze Treviso, Dipartimento Dipendenze San Donà di Piave, Dipartimento Dipendenze Dolo/Mirano, Dipartimento Dipendenze Chioggia, Dipartimento Dipendenze Cittadella, Dipartimento Dipendenze Este, Dipartimento Dipendenze Rovigo, Dipartimento Dipendenze Verona, Dipartimento Dipendenze Legnago-Zevio, Dipartimento Dipendenze Pordenone, Unità operative di Sanremo, Bordighera, Imperia, unità operativa di Savona, Dipartimento Dipendenze di Genova (Genova zona 1, zona 2, zona 3, zona 4, zona 5, zona 6, Carcere), ASL Savonese (Savona, Albenga, Finale, Cairo), Dipartimento delle Dipendenze di Macerata, Dipartimento Dipendenze di Foligno (Spoleto e Foligno), Dipartimento Dipendenze La Spezia, unità operative Città di Castello (SerT Alto Tevere, Servizio Alcologia Alto Tevere, SerT Alto Chiascio, Servizio Alcologia Alto Chiascio), Dipartimento delle Dipendenze di Perugia (Perugia, Assisi, Marsciano, Magione), Dipartimenti delle Dipendenze di Terni (Terni, Narni, Orvieto), unità operativa di Messina nord, Messina Sud, Taormina, Milazzo, unità operative di Enna (Enna e Nicosia), unità operativa di Palermo (SerT PA1, SerT PA4, SerT Termini Imerese, SerT Cefalù) unità operativa di Ragusa, Modica e Vittoria.

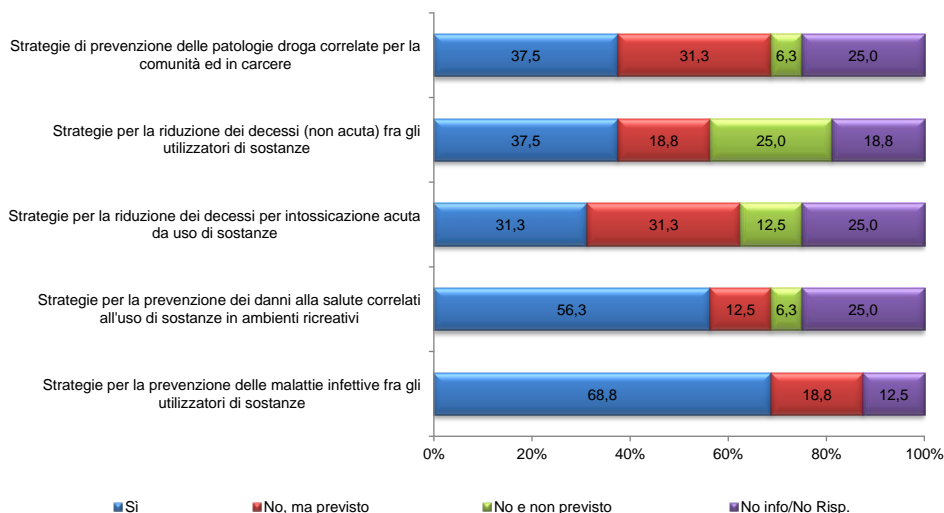
U.O. che hanno
partecipato al
progetto
Outcome

III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite dalle Regioni, l'esistenza di documenti ufficiali riportanti strategie varia da un minimo del 31,3% ad un massimo del 68,8% per la prevenzione delle malattie infettive tra gli utilizzatori di sostanze (Figura III.2.49).

Sempre più
ridotte le strategie
ufficiali adottate

Figura III.2.49: Percentuale di Regioni e Province Autonome che dispongono di documenti ufficiali con strategie di prevenzione delle patologie correlate. Anno 2012

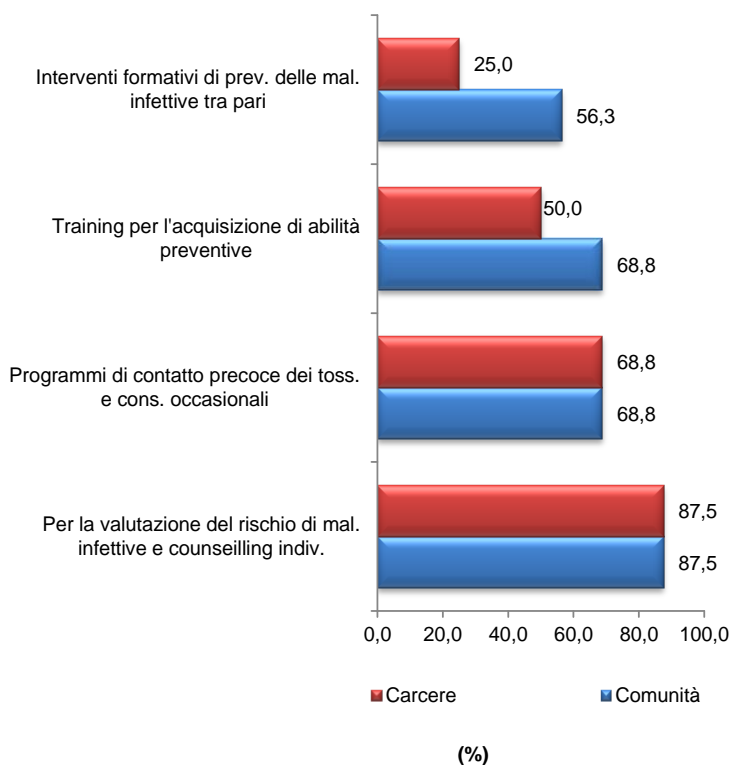


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Gli interventi prioritari di prevenzione sono stati svolti in particolare per quanto concerne la valutazione del rischio di malattie infettive e counselling individuale, con l'87,5% delle Regioni e PP.AA dichiarato sia per le comunità che per il carcere; buoni anche i programmi di contatto precoce dei tossicodipendenti e consumatori occasionali con il 68,8% , scarsi gli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari nell'ambito dei carceri con solo il 25%.

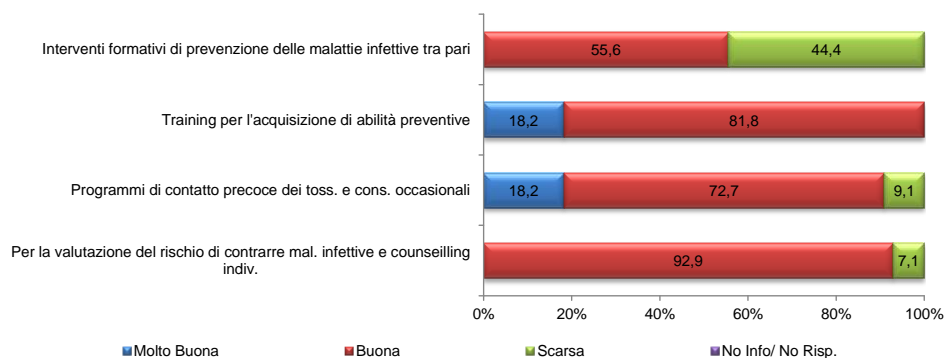
Maggiori gli interventi nelle Comunità

Figura III.2.50: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato interventi prioritari di prevenzione delle malattie infettive nella comunità o in carcere – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.51: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2012

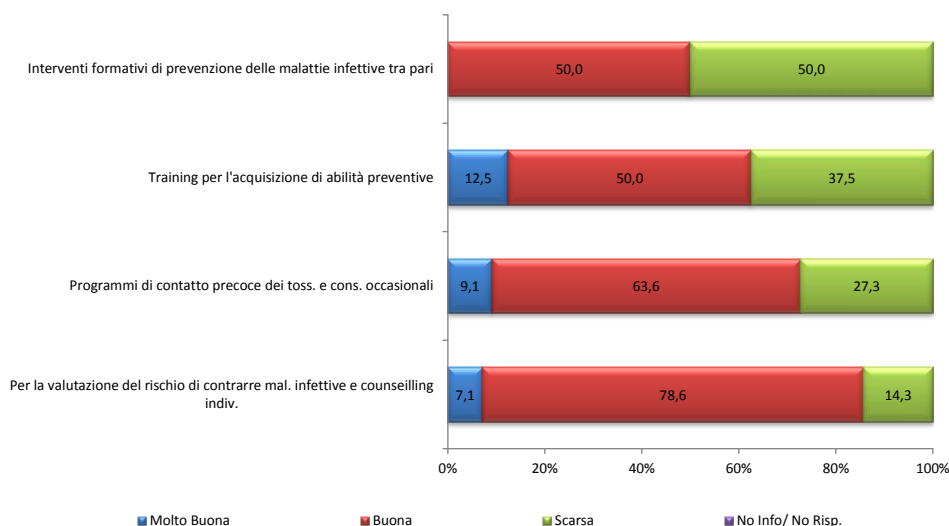


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La valutazione della disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità ed in carcere (Figure III.2.51 e III.2.52) è sempre positiva, particolarmente bene i servizi per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counselling individuale.

Buona
disponibilità
generale

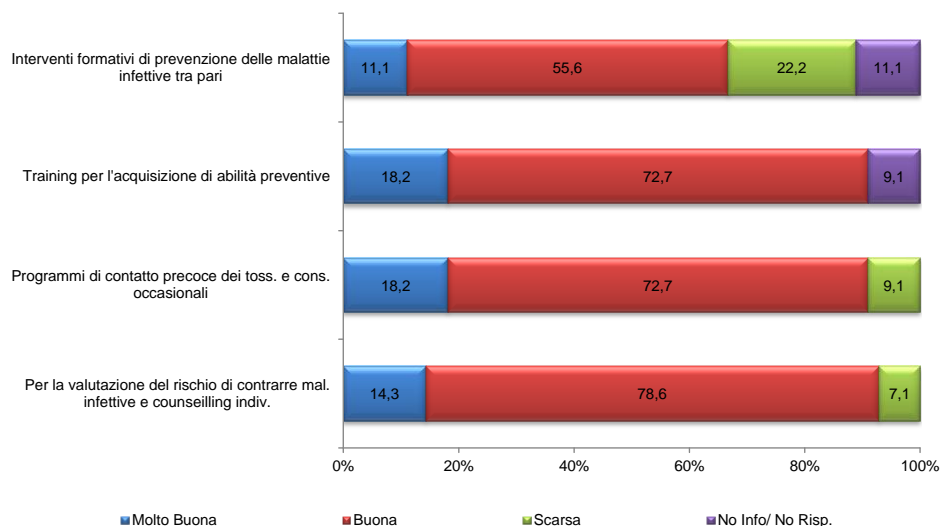
Figura III.2.52: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

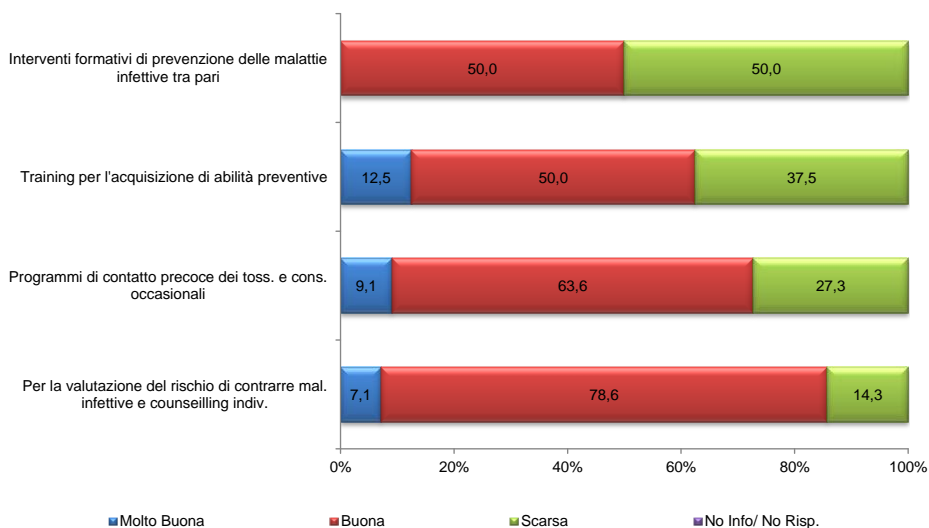
Per quanto concerne l'accessibilità a questi servizi si conferma il giudizio positivo medio; buoni, in particolare, i giudizi inerenti l'accessibilità per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counselling individuale con il 92,9% dei giudizi positivi per le comunità e l'85,7% per i carceri.

Figura III.2.53 Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.54: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2012

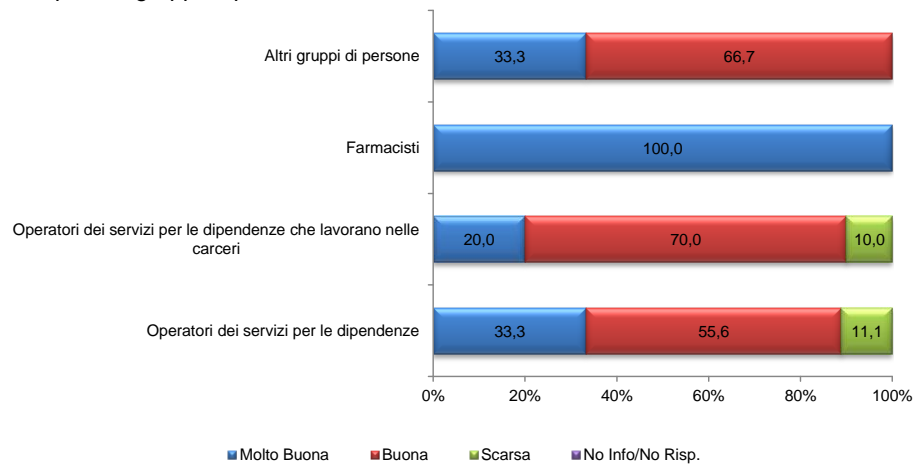


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Le Regioni e Province Autonome che hanno attivato training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone non sono molte, esattamente il 56,3% per Operatori dei servizi per le dipendenze, il 62,5% per quelli che lavorano nelle carceri, il 18,8% altri gruppi di persone e solamente il 6,3% per la categoria dei farmacisti.

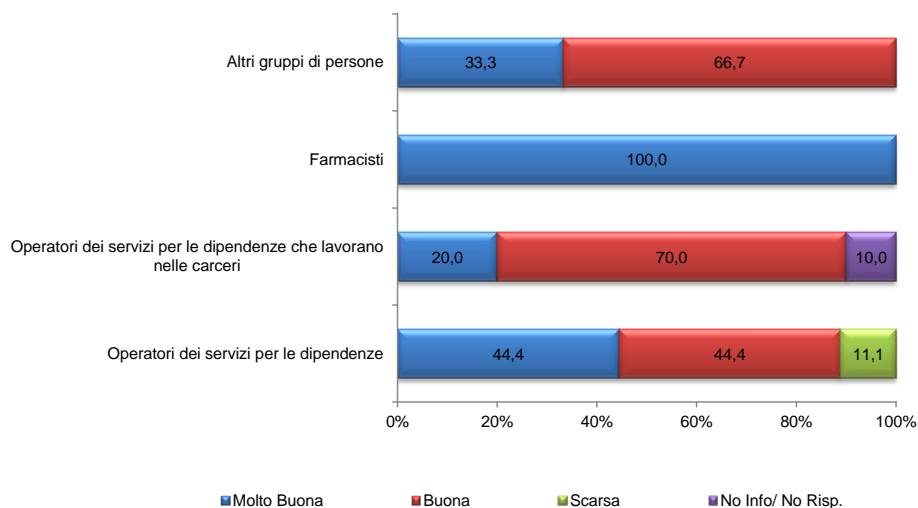
Ove presenti, i training comunque riscontrano una disponibilità molto buona, mediamente sopra il 90% ed un giudizio complessivamente positivo, per l'accessibilità.

Figura III.2.55: Giudizi sulla disponibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

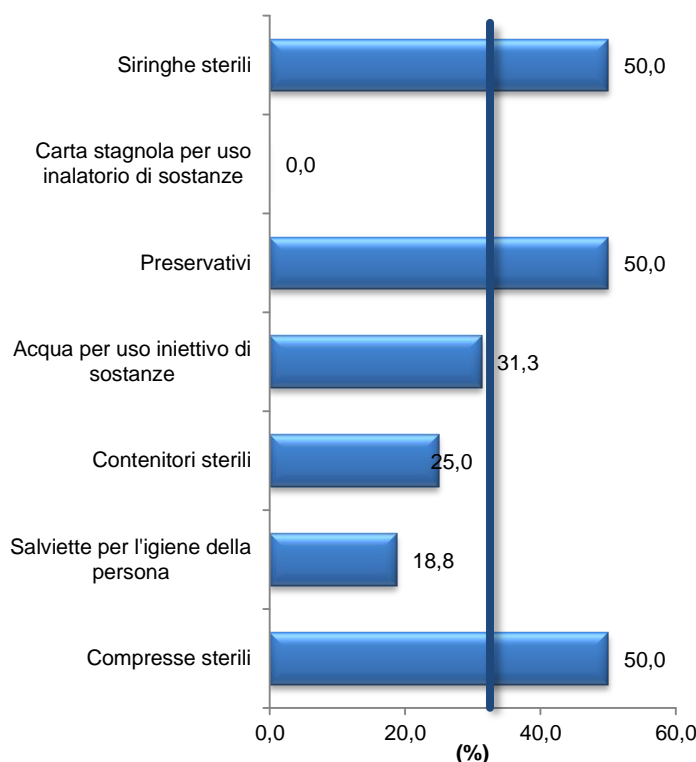
Figura III.2.56: Giudizi sulla accessibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Non più del 50% la distribuzione presso i SERT di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive; in particolare, nulla l'indicazione di carta stagnola per uso inalatorio di sostanze.

Figura III.2.57: Percentuale di Regioni e Province Autonome che distribuiscono presso i SERT strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive – Attività di prossimità - Anno 2012

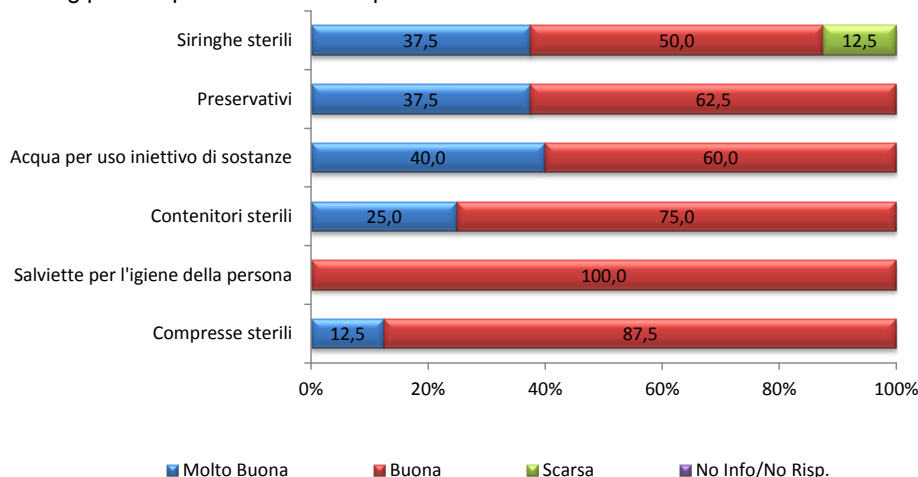


Bassa la distribuzione di strumenti parafernalia per l'acquisizione di abilità preventive

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Ove in uso la disponibilità è ovunque buona, in particolare per l'acqua per uso iniettivo di sostanze e per i preservativi.

Figura III.2.58: Giudizi sulla disponibilità (ove presente) di strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive. Anno 2012



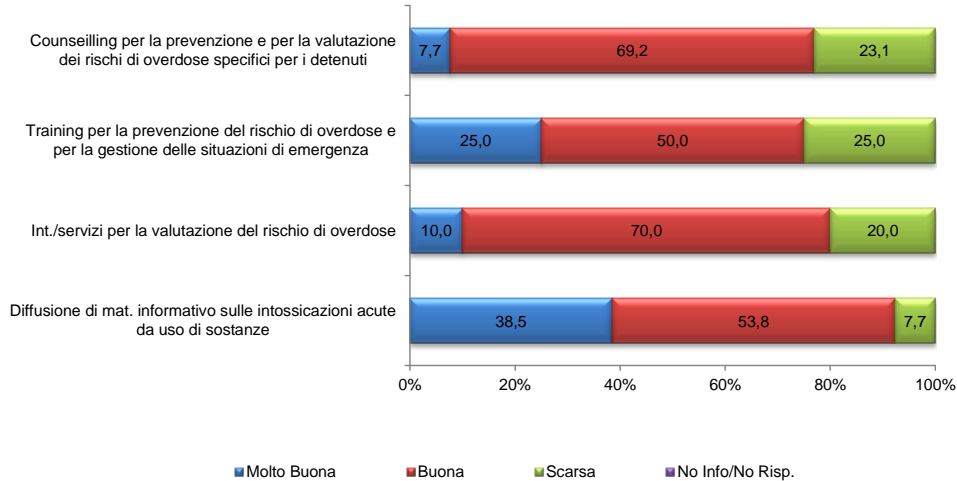
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Nelle Regioni e province autonome sono stati attuati nel 2012 in quasi il 70% delle Regioni e PP:AA. interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze; in più dell'80% dei casi è stato diffuso materiale informativo sull'argomento ed effettuato counselling per la prevenzione e valutazione dei rischi

Bene gli interventi prioritari di prevenzione

di overdose specifici per i detenuti, solo nel 50% però sono stati effettuati interventi/servizi per la valutazione del rischio di overdose e training per la prevenzione di rischio di overdose per la gestione delle situazioni di emergenza. Il giudizio sulla disponibilità è generalmente buono e sempre sopra il 70%.

Figura III.2.59: Giudizi sulla disponibilità degli interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze. Anno 2012

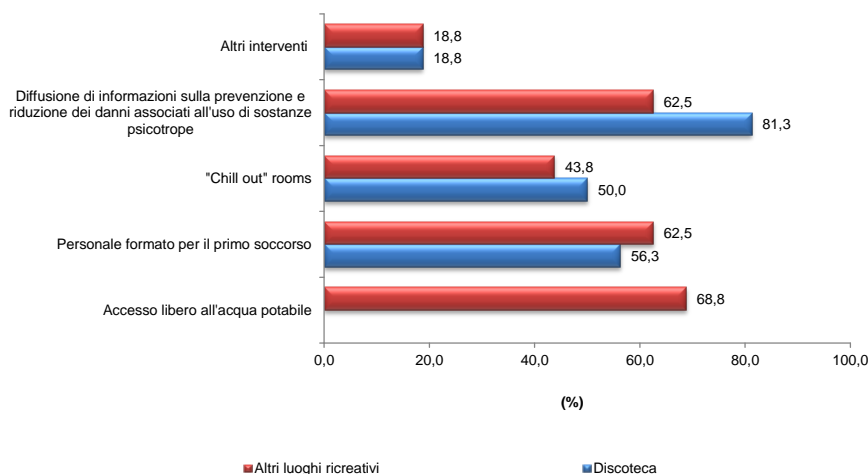


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Gli interventi di prevenzione in luoghi ricreativi (discoteche ed altri luoghi) presentano riscontri positivi, come nel caso della diffusione di informazioni sulla prevenzione associate all'uso di sostanze psicotrope attuati nell'81,3% per discoteche e nel 62,5% degli altri luoghi ricreativi, e riscontri negativi, come per i bidoni e contenitori dove conferire le sostanze illecite, non presente in nessuna Regione né nelle discoteche né in altri luoghi ricreativi.

Sono nuovamente presenti (18,8%) altri tipi di interventi che nel 2011 non furono indicati delle Regioni e PP.AA. sia in discoteche che in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.60: Percentuale di Regioni e Province Autonome che attuano interventi di prevenzione in luoghi ricreativi. Anno 2012

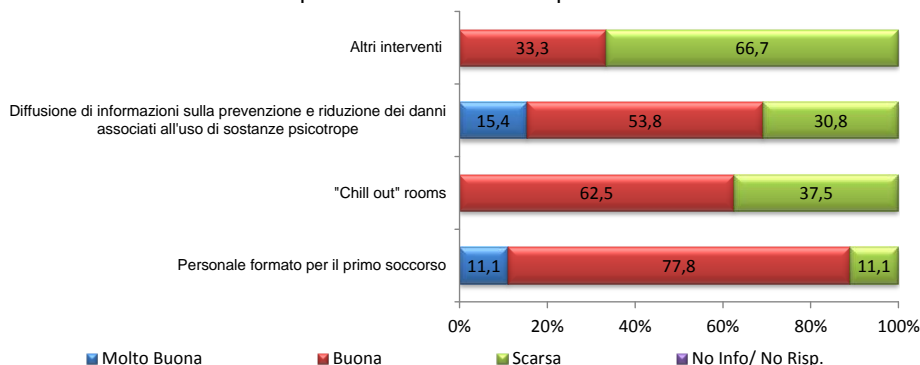


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La disponibilità di interventi di prevenzione sia per le discoteche (figura III.2.61) che per gli altri luoghi ricreativi (III.2.62) è generalmente positiva ad eccezione della categoria altri interventi. Giudizio molto positivo per la formazione del personale di primo soccorso

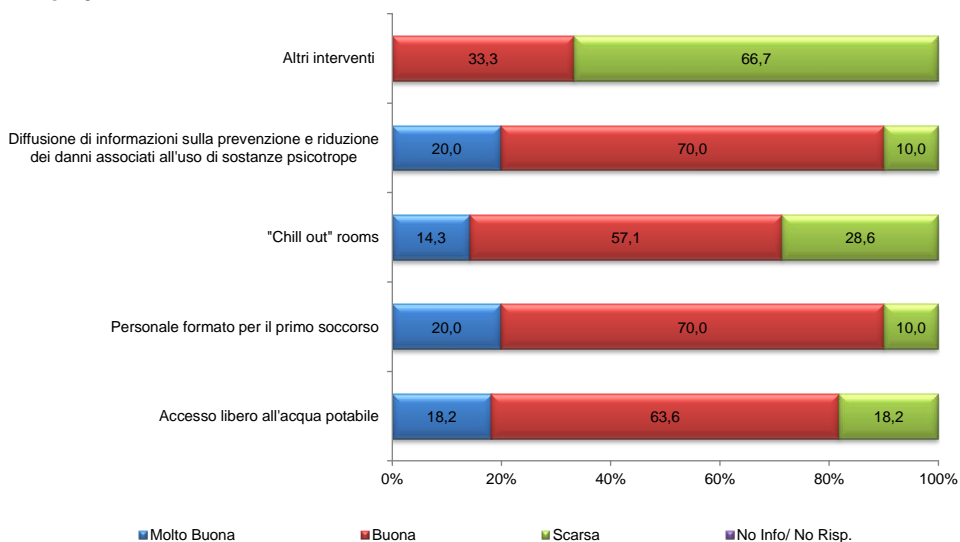
Positiva disponibilità per interventi di prevenzione in discoteche

Figura III.2.61: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in discoteche - Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.62: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in altri luoghi ricreativi – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Rispetto al 2011 le somme stanziare per la prevenzione della mortalità acuta sono aumentate di quasi due milioni di euro (più 23,9%), ciò è stato causato principalmente dai forti investimenti effettuati dalla Regione Lombardia.

Quasi 2 milioni di euro in più del 2011

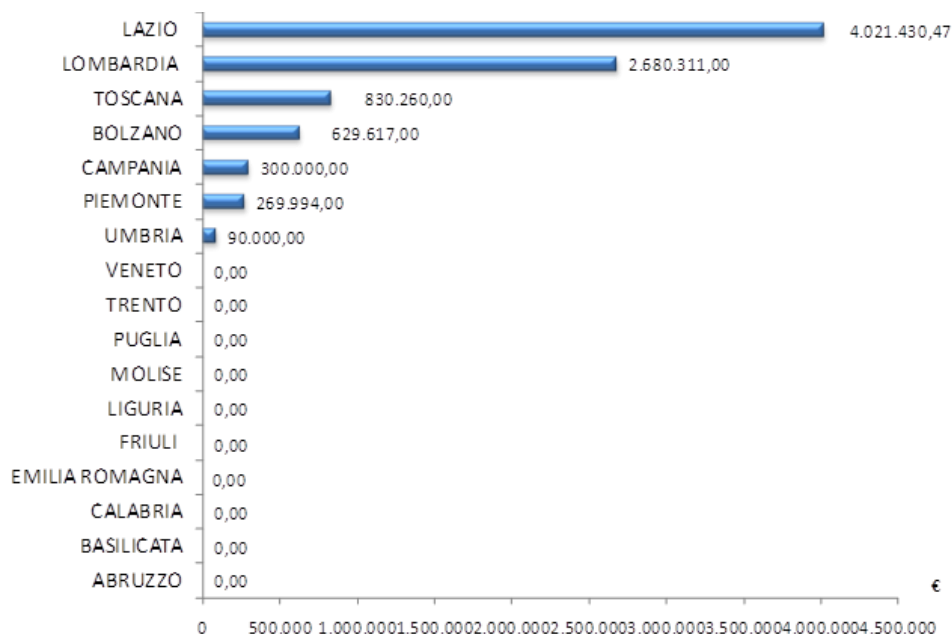
Tabella III.2.31: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione dei rischi sanitari con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Quasi 9 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

Regioni	Importo	€ pro capite su popolazione 15-64	%
Abruzzo	0,00	0,00	0,0
Basilicata	0,00	0,00	0,0
PA. Bolzano	629.617,00	1,89	7,1
Calabria	0,00	0,00	0,0
Campania	300.000,00	0,08	3,4
Emilia Romagna	0,00	0,00	0,0
Friuli Venezia Giulia	0,00	0,00	0,0
Lazio	4.021.430,47	1,06	45,6
Liguria	0,00	0,00	0,0
Lombardia	2.680.311,00	0,41	30,4
Marche	Dato richiesto e non fornito		
Molise	0,00	0,00	0,0
Piemonte	269.994,00	0,09	3,1
Puglia	0,00	0,00	0,0
Sardegna	Dato richiesto e non fornito		
Sicilia	Dato richiesto e non fornito		
Toscana	830.260,00	0,35	9,4
Umbria	90.000,00	0,16	1,0
Valle d'Aosta	Dato richiesto e non fornito		
Veneto	0,00	0,00	0,0
Totale	8.821.612,47	0,22	100,0

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Figura III.2.63: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione dei rischi sanitari con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

A supporto delle politiche e delle strategie a favore della prevenzione delle patologie correlate e delle limitazioni dei rischi, le Regioni hanno attivato specifici servizi strutturati.

Nel 2012 le Regioni e Province Autonome hanno potuto contare su 110 servizi strutturati (-10,6% rispetto al 2011) con un numero di soggetti contattati superiore a ottantamila; l'unico servizio che incrementa la propria offerta sono le unità di strada LDR alcool/rischi della notte.

In particolare sono state 49 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe, 25 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte, 12 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 14 servizi di Drop in diurni, 3 servizi di accoglienza bassa soglia 24/24, 2 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 5 servizi per i bisogni primari.

49 unità di strada
per la
prevenzione del
rischio sanitario
da droghe.

Tabella III.2.32: Servizi strutturati di prevenzione dei rischi sanitari presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada PRS droghe	49	17.963
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	25	65.407
Unità di strada prostituzione	12	1.130
Drop in diurni	14	1.937
Accoglienza bassa soglia 24/24	3	345
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	2	n.d.
Altri servizi sociali (bisogni primari) specializzati	5	640

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni