

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.3. 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.

Premesse

Fonti informative:
Regioni e Province
Autonome

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

III.2.1. Programmi di trattamento 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 60% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste l'83% hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.

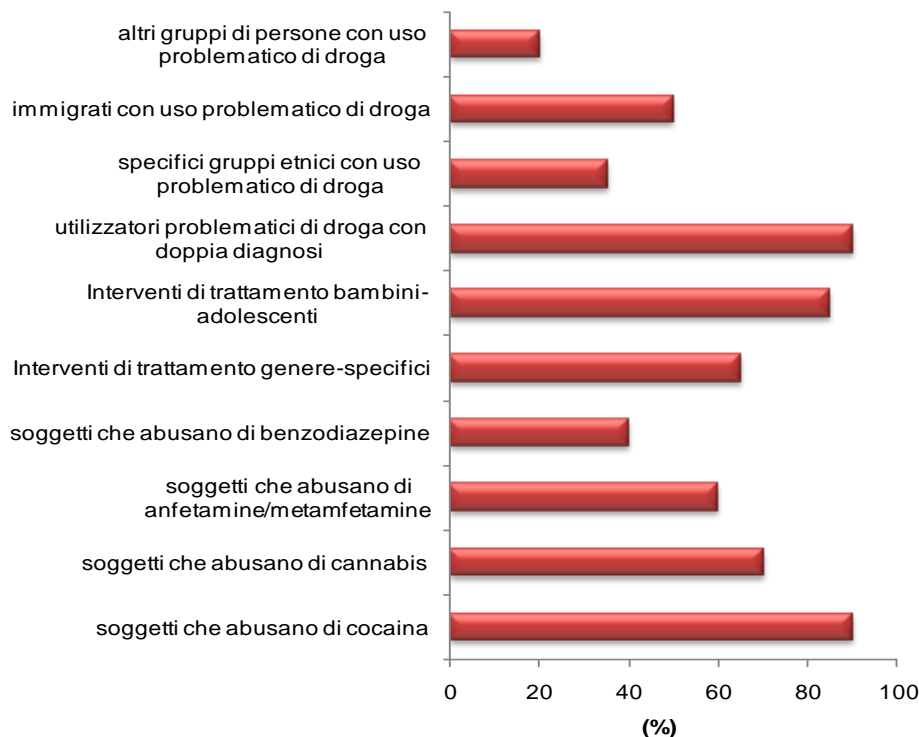
In Figura III.2.1 sono indicate le Regioni (in termini percentuali) che hanno realizzato interventi specifici rivolti a diversi soggetti; in particolare si può osservare che il 90% ha attivato interventi di trattamento verso utilizzatori con bisogno di cura per patologie di doppia diagnosi ed a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina, l'85% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti. Solo nel 35% delle Regioni, invece, esistono specifici

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

Forte attivazione di
interventi per
soggetti con uso di
cocaina, soggetti
con doppia diagnosi
e minori

interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena il 20% per altri gruppi di persone con uso problematico di droga.

Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti . Anno 2010

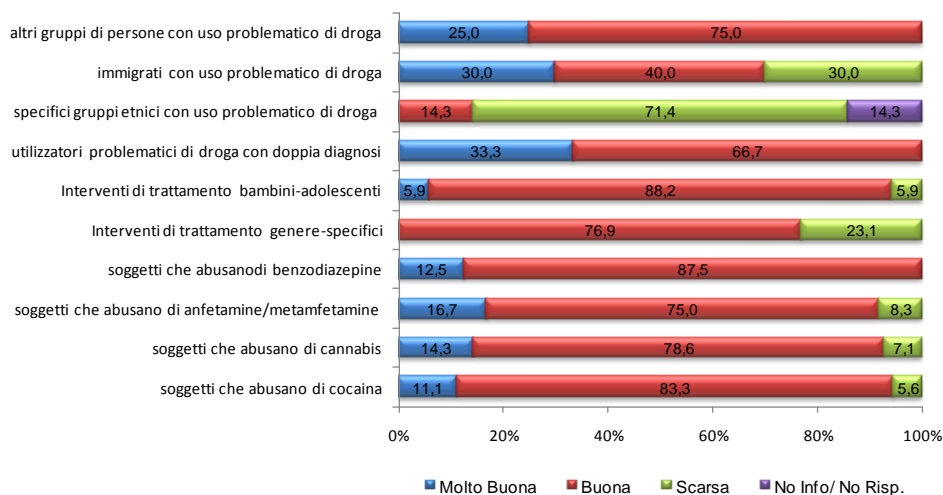


Scarsità di interventi e sottovalutazione dei soggetti che usano cannabis rispetto al forte incremento registrato di tale uso

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

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva con un giudizio almeno buono nel 100% delle regioni nei casi di “utilizzatori problematici di droga con doppia diagnosi”, “altri gruppi di persone con uso problematico di droga” e soggetti che abusano di benzodiazepine ; disponibilità scarsa solo per “specifici gruppi etnici con uso problematico di droga”.

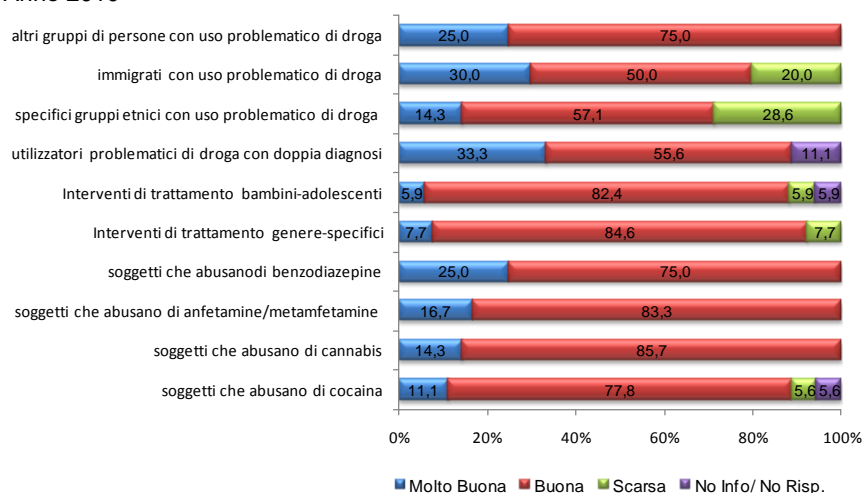
Figura III.2.2: Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2010



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

L'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 70% delle Regioni e Province Autonome ed in quattro casi l'accessibilità è stata giudicata almeno buona da tutte.

Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2010



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

L'80% delle Regioni ha indicato il trattamento integrato come principale modalità di trattamento per i soggetti con doppia diagnosi mentre il 20% le modalità di trattamento "in parallelo".

Circa il 60% 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 della prevenzione primaria.

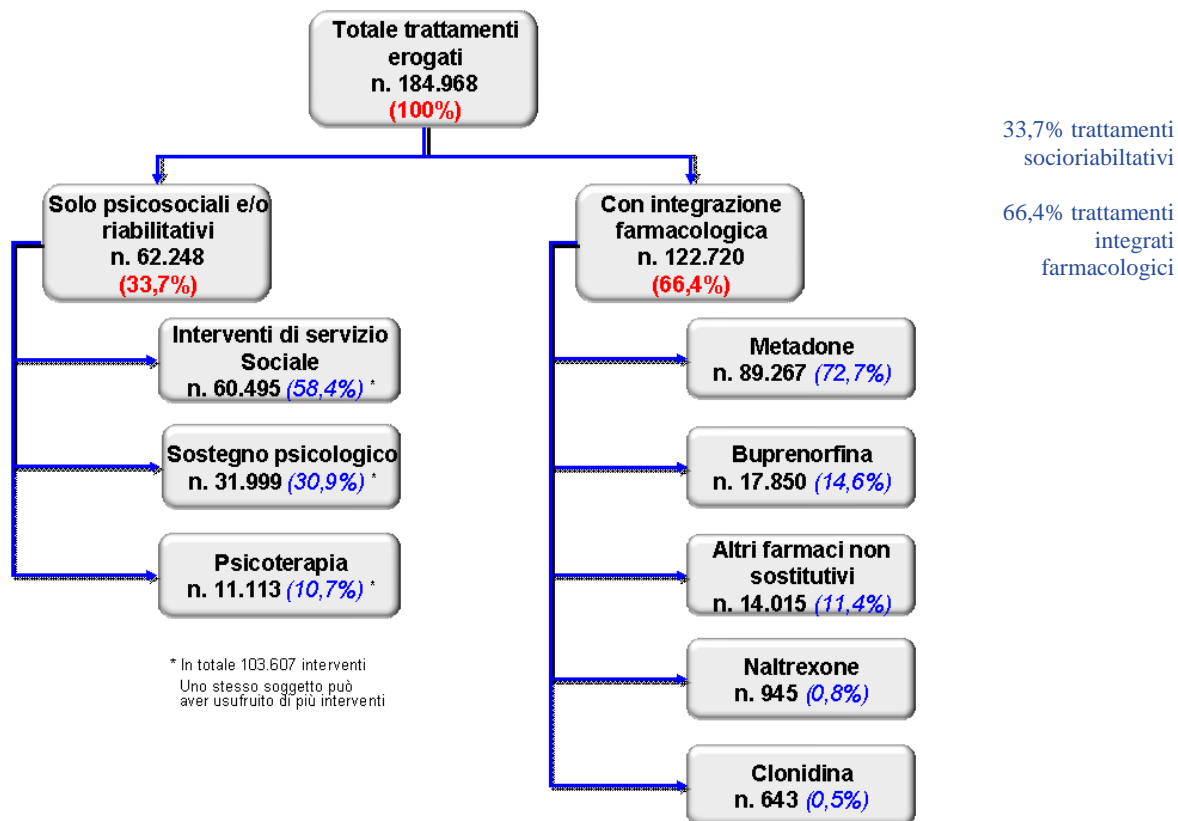
III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Ad una prima analisi delle schede pervenute al Ministero della Salute, sulla distribuzione dei soggetti assistiti per tipo di trattamento è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (il 66,5%), prevalentemente metadone (48,3%), mentre il 33,5% di soggetti è stato sottoposto nel 2010 ad un trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Va rammentato, tuttavia, che il valore complessivo dei soggetti può risultare superiore all'utenza assistita nell'anno in relazione al conteggio multiplo di uno stesso soggetto, qualora sottoposto nel periodo di riferimento a trattamenti di diversa tipologia.

È opportuno specificare che, come definito dal D.M. Ministero della Sanità del 20 settembre 1997, i trattamenti di tipo farmacologico sono intesi come "integrati", cioè comprensivi di interventi psicosociali e/o riabilitativi. Pertanto la classificazione tra "farmacologici" e "solo psicosociale e/o riabilitativo" è utilizzata per identificare quanti trattamenti sono integrati con terapie farmacologiche. La figura che segue illustra la struttura e il numero dei trattamenti 2010.

185.744 trattamenti erogati dai SerT

Tabella III.2.4: schema dell'organizzazione del flusso dati dei trattamenti – Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Complessivamente i trattamenti erogati aumentano del 9,1% dal 2000 al 2010, passando da 169.511 a 184.968 (Tabella III.2.1).

Tabella III.2.1: Numero complessivo di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2001 - 2010

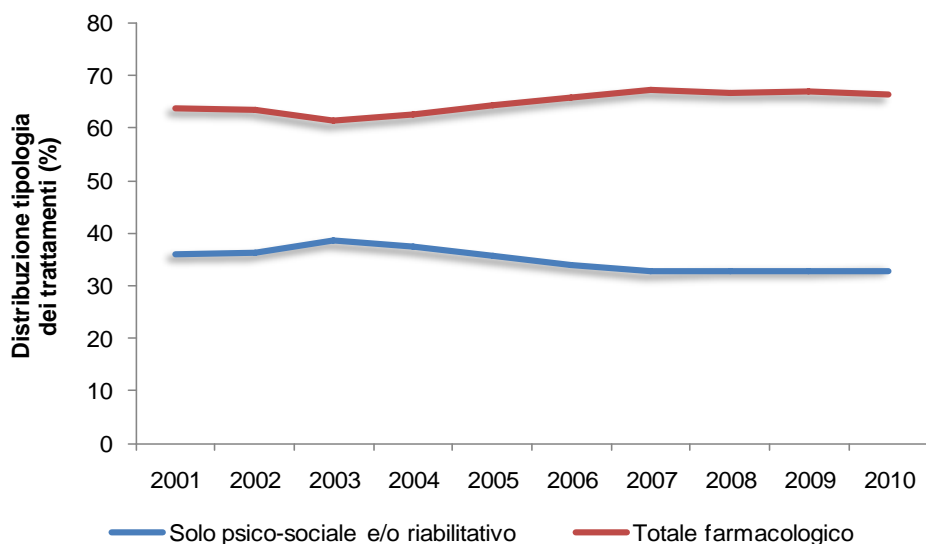
Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Con integrazione farmacologica	Totale
2000	61.270	108.241	169.511
2001	62.914	111.781	174.695
2002	62.323	109.230	171.553
2003	66.606	105.718	172.324
2004	64.527	107.722	172.249
2005	64.370	115.806	180.176
2006	64.293	124.320	188.613
2007	60.681	125.122	185.803
2008	56.081	113.202	169.283
2009	60.885	123.338	184.223
2010	62.248	122.720	184.968

Incremento di 745 trattamenti dal 2009 al 2010, prevalentemente psicosociali e riabilitativi

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo quelli con integrazione farmacologica rappresentano i due terzi del totale. (Figura III.2.5)

Tabella III.2.5: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tra il 2009 e il 2010 si osservano modeste variazioni tra le varie tipologie dei trattamenti erogati (tabella III.2.2).

Tabella III.2.2: Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 e 2010

	Anno 2009		Anno 2010		Diff. %
	Valori	%C	Valori	%C	
Soggetti per tipologia di trattamento					
Psicosociale/riabilitativo	60.885	33,1	62.248	33,7	0,6
Metadone	89.968	48,8	89.267	48,3	-0,5
Buprenorfina	16.708	9,1	17.850	9,7	0,6
Naltrexone	826	0,4	945	0,5	0,1
Clonidina	399	0,2	643	0,3	0,1
Altri farmaci non sostitutivi	15.437	8,4	14.015	7,6	-0,8
Totale	184.223	100	185.744	100	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone					
Breve termine	10.091	11,2	9.704	10,9	-0,3
Medio termine	18.576	20,6	19.102	21,4	0,8
Lungo termine	61.301	68,2	60.461	67,7	-0,5
Totale Metadone	89.968	100	89.267	100	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina					
Breve termine	1.689	10,1	2.161	12,1	2,0
Medio termine	3.069	18,4	3.422	19,2	0,8
Lungo termine	11.950	71,5	12.267	68,7	-2,8
Totale Buprenorfina	16.708	100	17.850	100	-
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo					
Sostegno psicologico	31.592	31,5	31.999	30,9	-0,6
Psicoterapia	10.049	10,0	11.113	10,7	0,7
Interventi di servizi sociali	58.661	58,5	60.495	58,4	-0,1
Totale psicosociale	100.302	100	103.607	100	-

Metadone: Aumento dei trattamenti a medio termine

Buprenorfina: Aumento dei trattamenti in particolare a breve e a medio termine

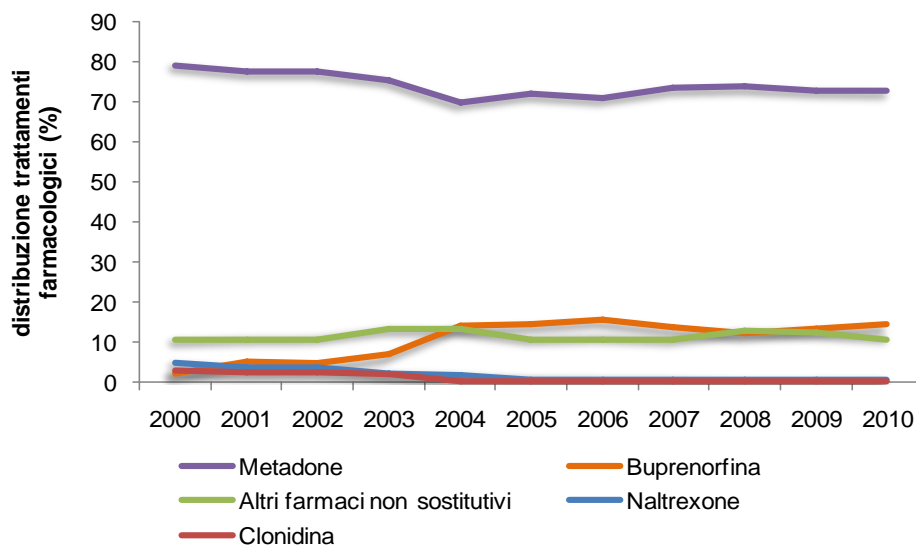
Psicosociali: Aumento dei trattamenti psicoterapici

Nota: i valori assoluti 2010 inoltre sono da ritenersi incompleti in relazione al grado di copertura dei servizi, che al momento della stesura del presente documento risulta pari a circa il 90%.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'andamento 2000-2010 dei farmaci (sia sostitutivi che non sostitutivi) utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica è rappresentato nella Figura III.2.6.

Figura III.2.6: Distribuzione percentuale dei farmaci utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica erogati dai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il metadone rimane il farmaco più utilizzato anche se, con l'immissione nel mercato della buprenorfina (avvenuto nel 2000), è osservabile un lento e progressivo calo nel tempo, compensato dall'aumento percentuale di impiego terapeutico della stessa buprenorfina. I trattamenti sostitutivi per gli oppiacei (metadone e buprenorfina) rappresentano comunque i farmaci più utilizzati presso i Ser.T., in accordo con la tipologia di popolazione assistita che è prevalentemente rappresentata da eroinomani: complessivamente, la percentuale dei trattamenti sostitutivi sul totale dei farmacologici varia dall'81,4% nel 2000 all'87,3% nel 2010.

Anche l'impiego di altri farmaci non sostitutivi aumenta progressivamente nel tempo passando da 11.578 (2000) a 14.015 (2010), corrispondenti rispettivamente al 11,2% e 11,4% del totale dei trattamenti farmacologici.

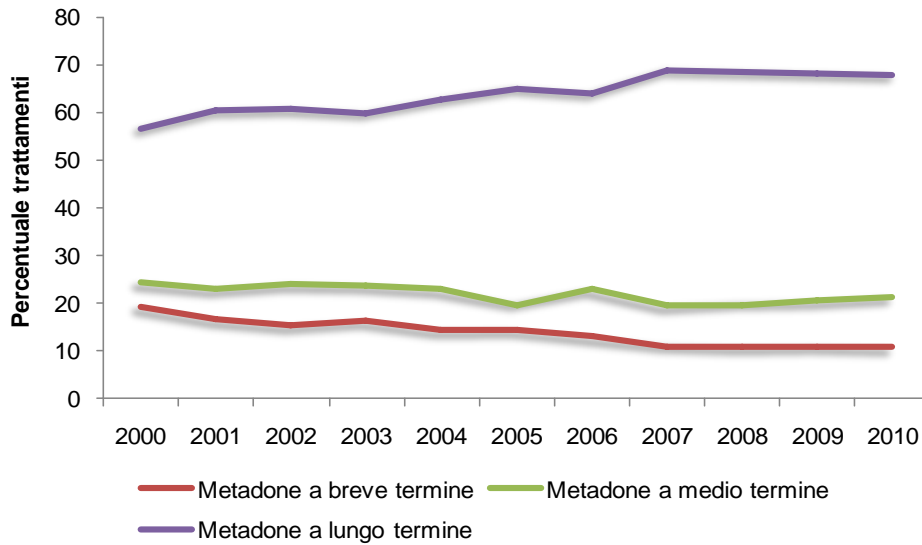
Per quanto riguarda naltrexone e clonidina si osserva un drastico calo del loro utilizzo: nel 2010 rappresentano lo 0,8% (naltrexone) e lo 0,5% (clonidina).

I trattamenti farmacologici sostitutivi sono classificati, in base alla loro durata, in "a breve termine" (< 30 giorni), "a medio termine" (tra 30 giorni e 6 mesi) e "a lungo termine" (oltre 6 mesi). Per entrambi i farmaci si osserva un impiego a lungo termine in circa il 70% dei casi, mentre il medio e breve termine rappresentano, rispettivamente, circa il 20% e il 10% dei casi.

Metadone: aumento delle terapie a medio termine (2,8%), riduzione del breve (-3,8%) e lungo termine (-1,4)

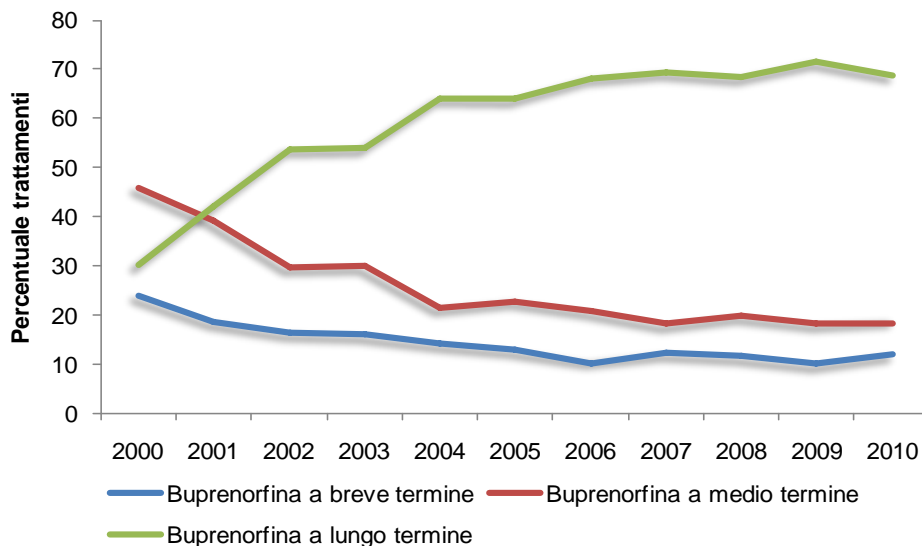
I trattamenti a lungo termine sono utilizzati nel 70% dei casi

Figura III.2.7: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con metadone secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.8: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con buprenorfina secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali e/o riabilitativi senza integrazione farmacologica, si osserva che nel 30,4% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10,5% di psicoterapia e nel 59,1% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2000, nel 2010 si osserva un incremento nel numero delle tipologie di intervento senza integrazione farmacologica, anche se al loro interno le proporzioni rimangono tendenzialmente stabili nel decennio osservato (intervento di servizio sociale tra il 55 e 59,1%, sostegno psicologico tra il 31 e 34%, psicoterapia tra il 10 e 12%) (Tabella III.2.3 e Figura III.2.9).

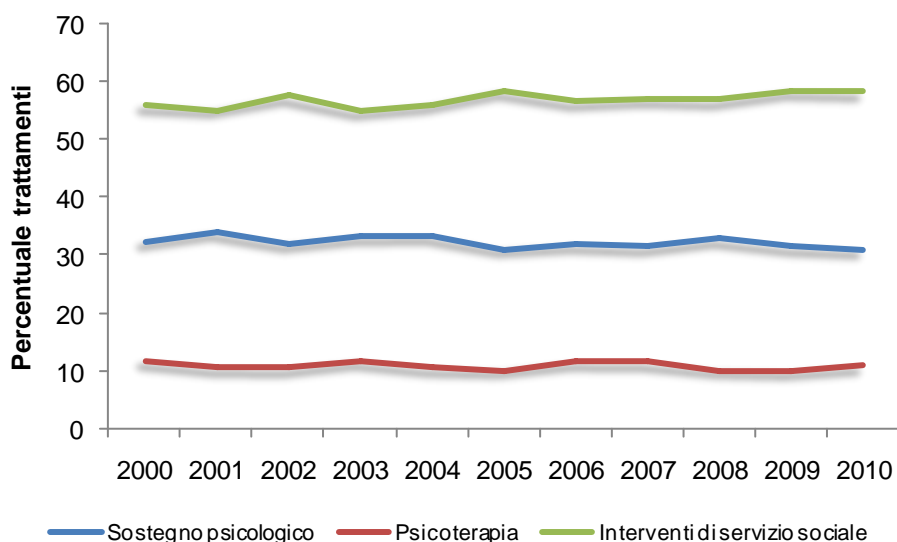
Aumento
trattamenti
psicosociali:
psicoterapia

Figura III.2.3: Numero complessivo di trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010

Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Sostegno psicologico	Psicoterapia	Interventi di servizio sociale
2000	61.270	29.856	10.767	51.516
2001	62.914	32.606	10.062	52.793
2002	62.323	30.060	9.763	53.865
2003	66.606	34.359	12.068	56.659
2004	64.527	33.711	10.587	56.438
2005	64.370	31.089	10.198	58.244
2006	64.293	32.831	11.846	58.215
2007	60.681	30.097	10.936	54.699
2008	56.081	29.990	9.385	51.772
2009	60.885	31.592	10.049	58.661
2010	62.248	31.999	11.113	60.495

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

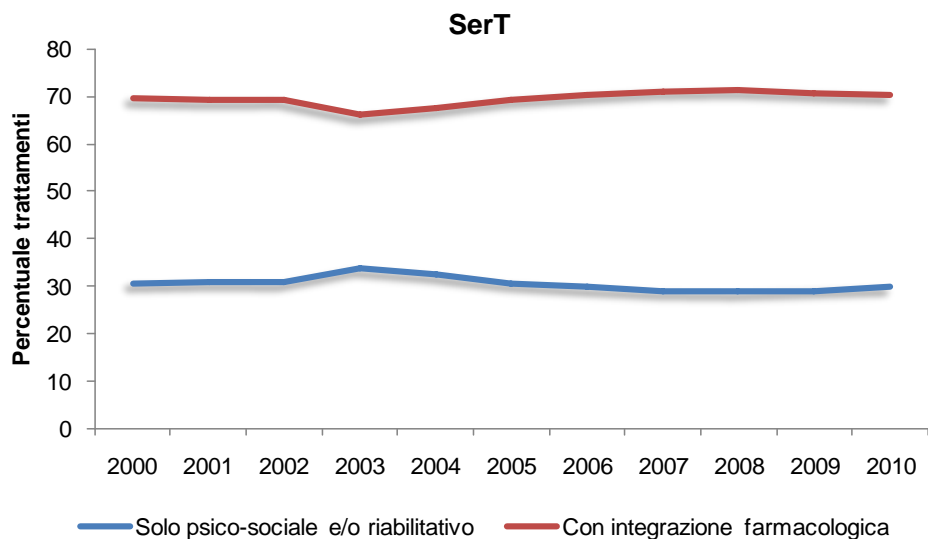
Figura III.2.9: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

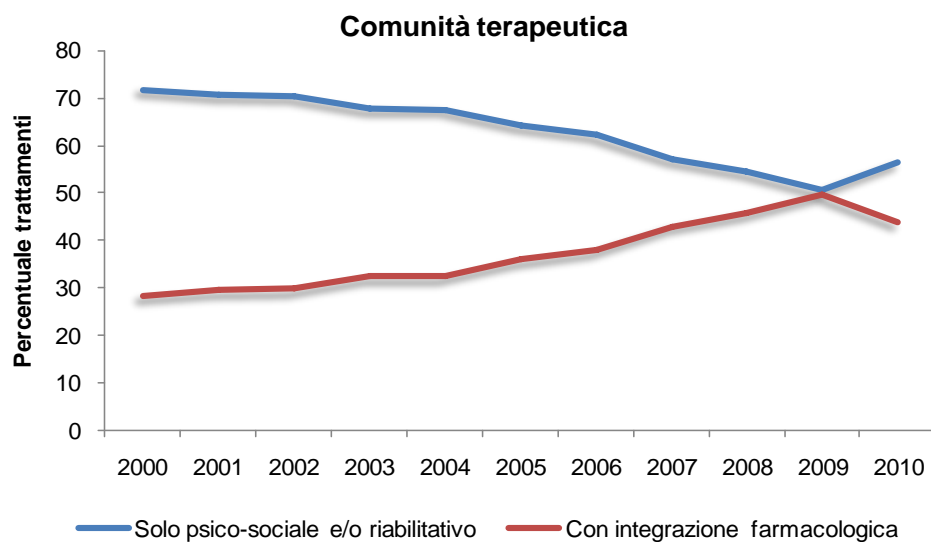
Ulteriori analisi condotte sulla sede di erogazione evidenziano una diversa distribuzione dei trattamenti: quelli farmacologici sono maggiormente rappresentati in sede ambulatoriale (presso il Ser.T.), mentre per quelli erogati presso comunità terapeutiche o in carcere hanno una maggior componente solo psico-socio-riabilitativa; presso queste ultima due sedi è comunque identificabile un progressivo maggior utilizzo di trattamenti integrati con farmaci.

Figura III.2.10: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai Ser.T., secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



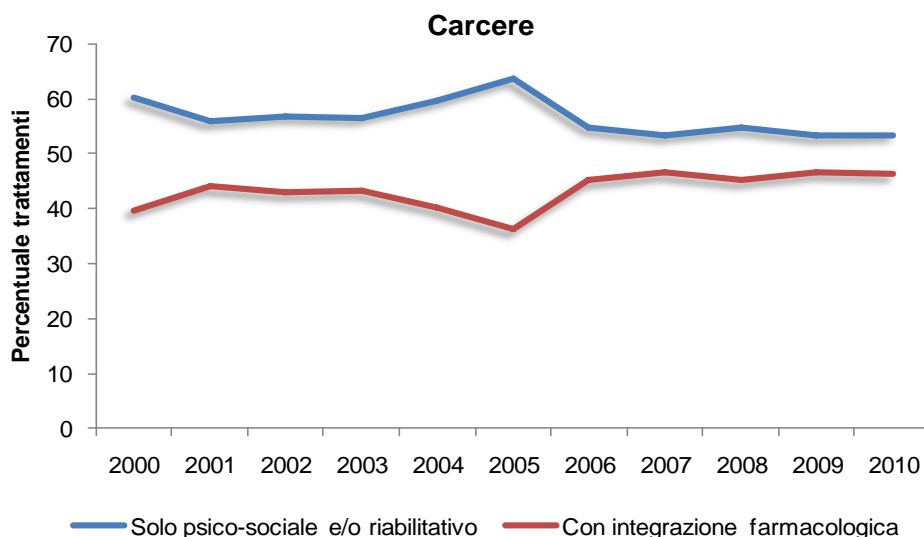
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.11: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso le comunità terapeutiche, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.12: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso gli istituti penitenziari, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010

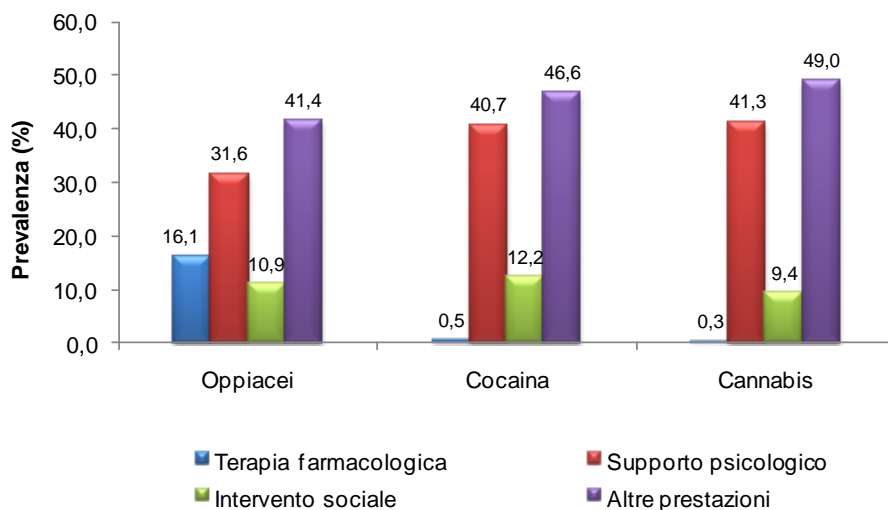


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'analisi approfondita delle informazioni desunte dal campione di strutture che hanno aderito allo studio multicentrico, ha evidenziato profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi in periodi precedenti.

Lo studio multicentrico

Figura III.2.13: Distribuzione percentuale di nuovi utenti per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2010



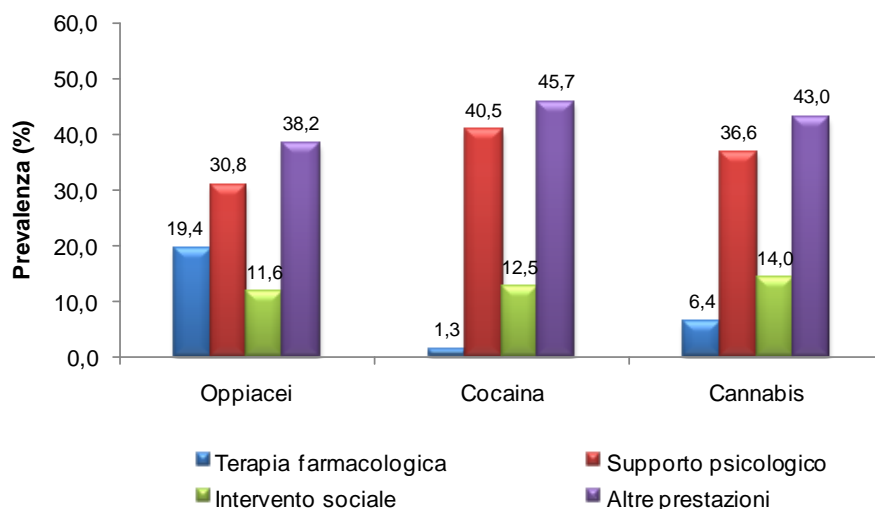
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Per la nuova utenza, così come per gli utenti già assistiti nei Ser.T. per consumo di oppiacei, prevale il supporto psicologico rispetto alla terapia farmacologica effettuata tramite somministrazione di metadone, buprenorfina, naltrexone. Questo deriva dal fatto che il flusso del Ministero della Salute rileva i trattamenti farmacologici in quanto tali anche se integrati da supporto psicosociale e riabilitativo, mentre i dati della multicentrica identificano e conteggiano i trattamenti psicosociali e riabilitativi associati a quelli farmacologici. Anche per le altre sostanze d'abuso l'approccio risulta in minima parte impostato con terapie

Prevalenti gli interventi psicologici sia nei nuovi utenti che in quelli già assistiti

farmacologiche a vantaggio di trattamenti di supporto psicologico, psicoterapie ed interventi di rieducazione sociale. Tuttavia, rispetto ai nuovi utenti, i soggetti già noti ai Ser.T. hanno ricevuto più trattamenti di tipo farmacologico, soprattutto in coloro che sono assistiti dai Ser.T. per uso primario di cannabis. In generale, per tutti gli utenti, risulta elevata la componente delle altre prestazioni sia di carattere sanitario (visite mediche, psichiatriche, infermieristiche, monitoraggio) che organizzativo sul caso clinico (Figure III.2.13 e III.2.14).

Figura III.2.14: Distribuzione percentuale di **utenti già assistiti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2010



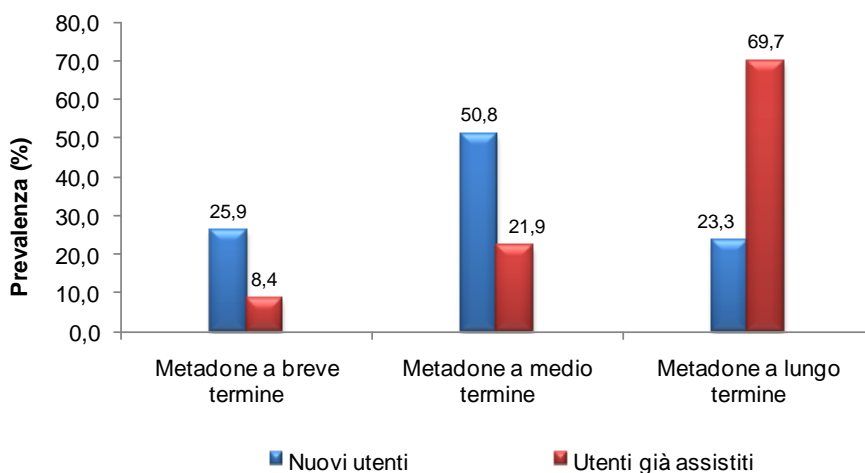
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Per quanto riguarda il tipo di terapia farmacologica erogata tra i nuovi soggetti e quelli già noti ai Ser.T., in assistenza per oppiacei come sostanza d'abuso primaria, non vi è alcuna differenza: in entrambi i gruppi il farmaco somministrato prevalentemente è il metadone con percentuali oltre l'80% (82,7% nuovi utenti vs 85,4% utenti già in carico), seguito dalla buprenorfina somministrata più frequentemente alla nuova utenza rispetto a quella già nota (16,7% vs 14,3%)

Nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica, si riscontra un approccio differenziato tra nuova utenza ed utenza già in carico. Dalla Figura III.2.15 emerge la tendenza a privilegiare terapie a breve e soprattutto a medio termine (rispettivamente, inferiori ad un mese e comprese tra uno e sei mesi) per la nuova utenza (25,9% e 50,9%), contrariamente all'utenza già nota ai servizi in cui è prevalente la terapia a lungo termine (oltre sei mesi) con il 69,7%.

Tale risultato, tuttavia, può essere influenzato dalla breve durata della presa in carico della nuova utenza al momento della rilevazione dei dati.

Figura III.2.15: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento ed il tipo di utenza. Anno 2010



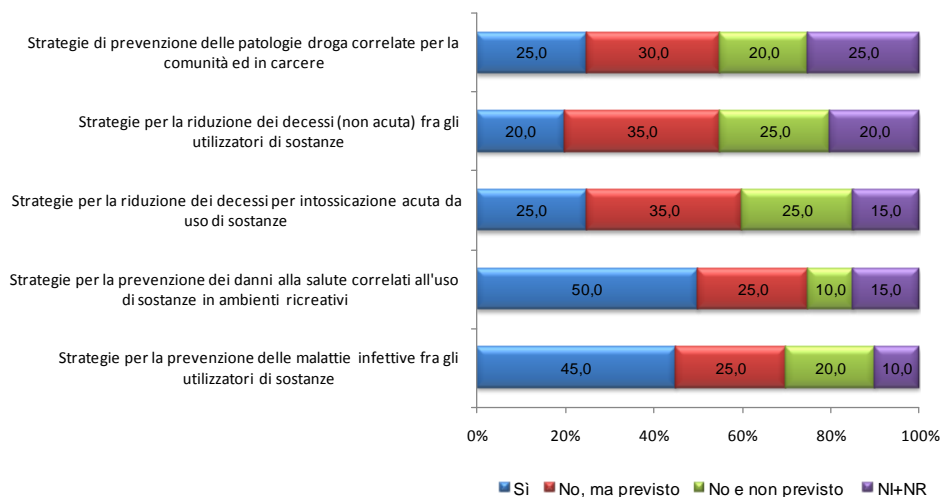
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

III.2.3. 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 20% per la riduzione dei decessi (non acuta) fra gli utilizzatori di sostanze ad un 50% per la prevenzione dei danni alla salute correlati all'uso di sostanze in ambienti ricreativi (Figura III.2.16).

Ridotte le strategie ufficiali adottate

Figura III.2.16: Percentuale di Regioni e Province Autonome che dispongono di documenti ufficiali con strategie di prevenzione delle patologie correlate. Anno 2010

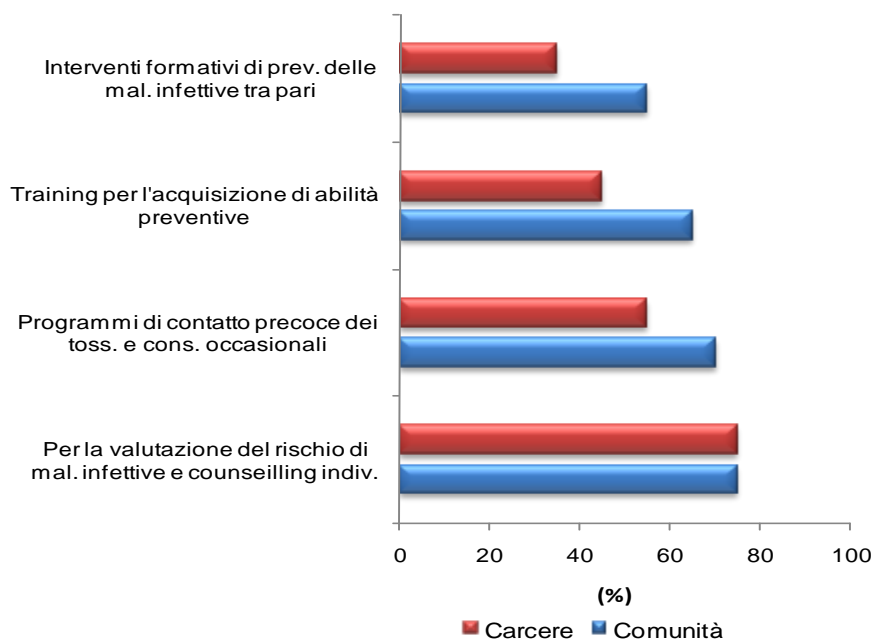


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Gli interventi prioritari di prevenzione sono stati svolti in particolare per quanto concerne la valutazione del rischio di malattie infettive e counselling individuale, con il 75% dichiarato a valere sia per le comunità che per il carcere; negli altri casi emergono sempre maggiori interventi nelle comunità rispetto al carcere (Figura III.2.17).

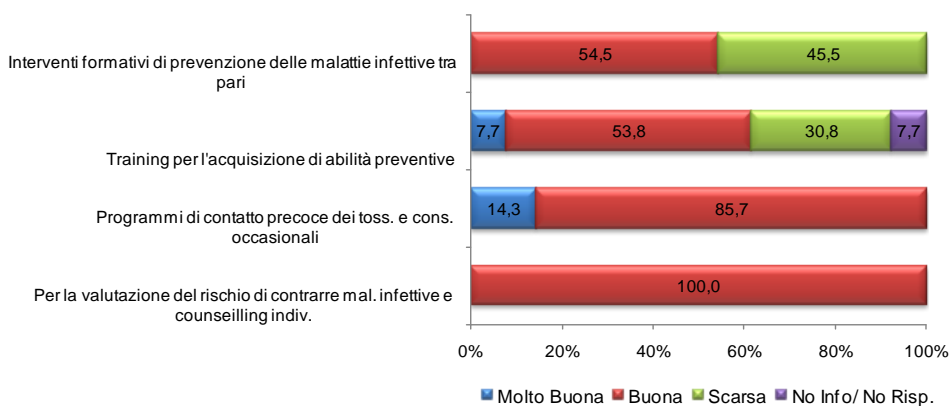
Maggiori gli interventi nelle Comunità

Figura III.2.17: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato interventi prioritari di prevenzione delle malattie infettive nella comunità o in carcere



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

Figura III.2.18: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2010

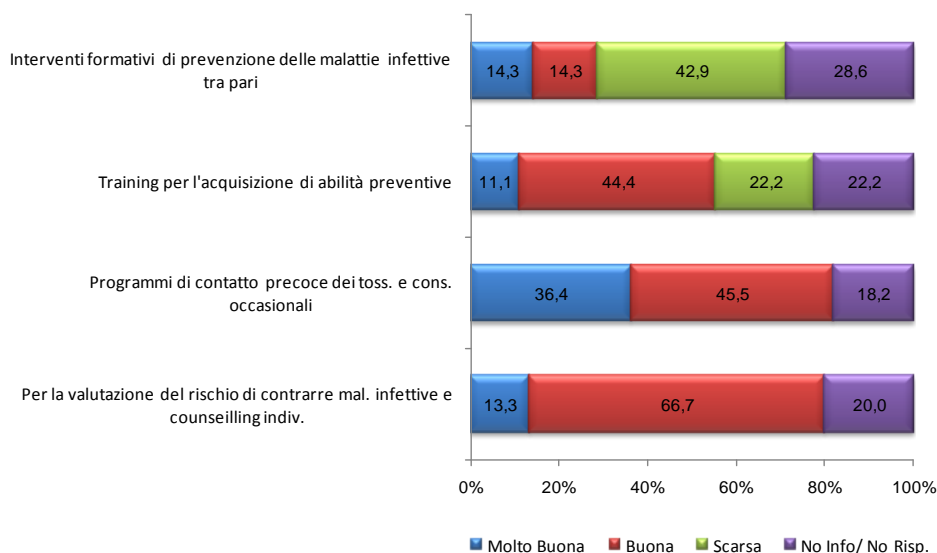


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La valutazione della disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità (figura III.2.18) ed in carcere (Figura III.2.19) è nel complesso positiva con l'esclusione degli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari che ha un giudizio scarso in ambedue gli ambienti in esame.

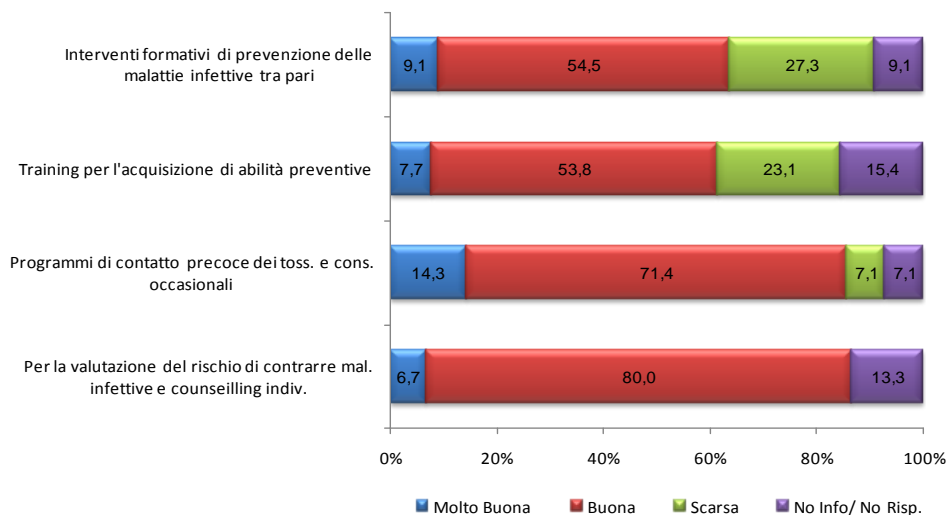
Scarsa disponibilità per interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive

Figura III.2.19: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2010



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

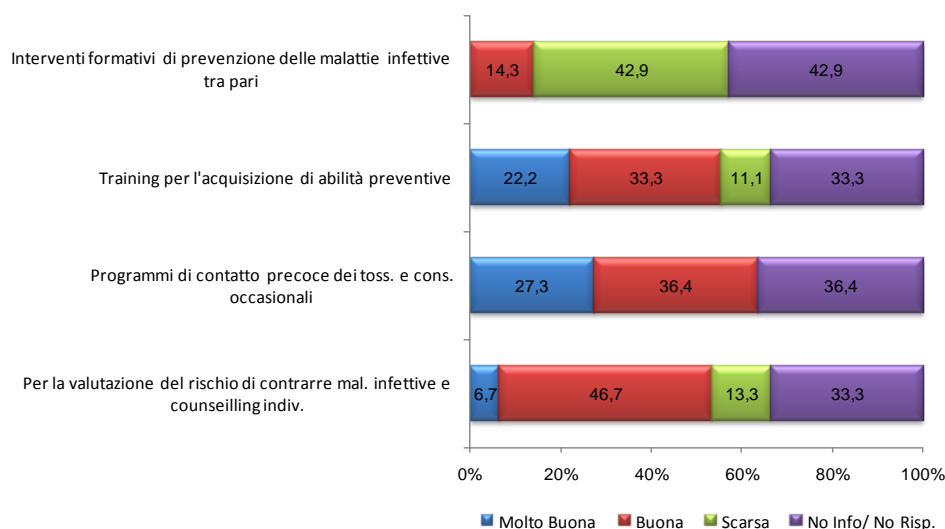
Figura III.2.20: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2010



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

Per quanto concerne l'accessibilità a questi servizi (Figure III.2.20 e III.2.21) la criticità degli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari permane nelle comunità mentre è molto mitigata negli istituti penitenziari.

Figura III.2.21: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2010

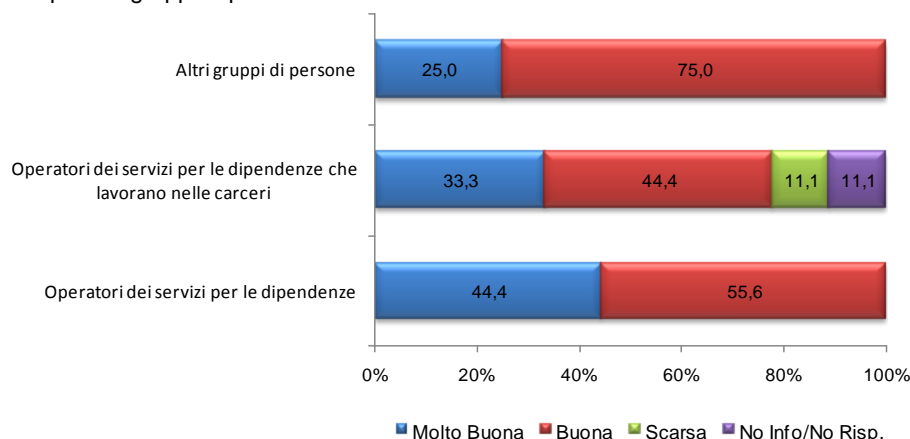


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Le Regioni e Province Autonome che hanno attivato training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone sono pochissime e sempre sotto il 50%, esattamente il 45% per Operatori dei servizi per le dipendenze (inclusi quelli che lavorano nelle carceri), 25% altri gruppi di persone ed addirittura nessuna segnalazione per la categoria dei farmacisti.

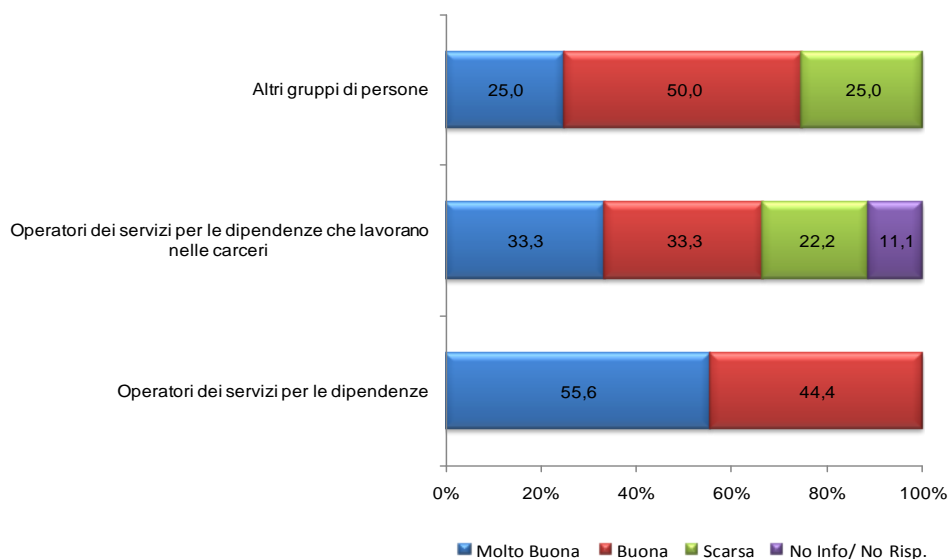
Ove presenti, i training comunque riscontrano una disponibilità almeno buona in quasi l'80% dei casi (figura III.2.22) ed un giudizio altrettanto positivo, con almeno il 75% dei casi, per l'accessibilità (figura III.2.23).

Figura III.2.22: Giudizi sulla disponibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2010



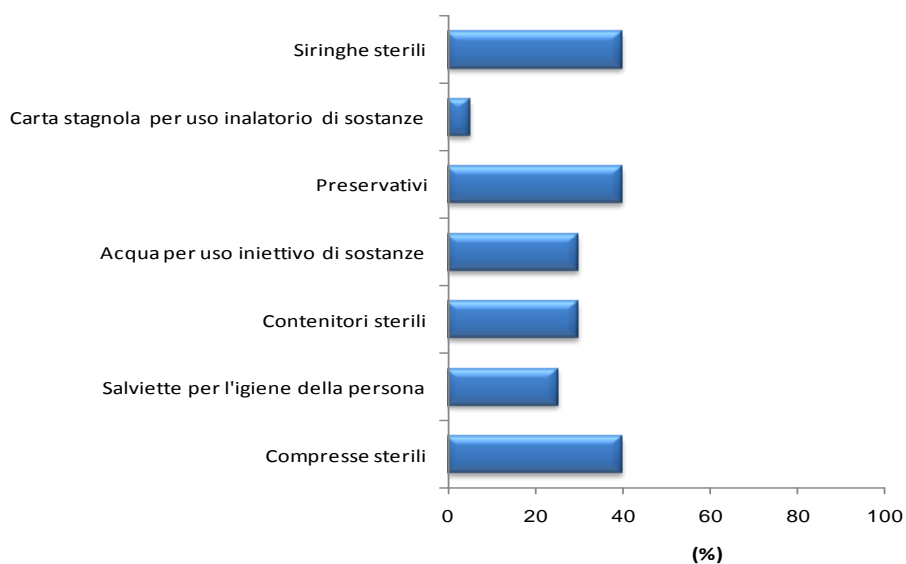
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.23: Giudizi sulla accessibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2010



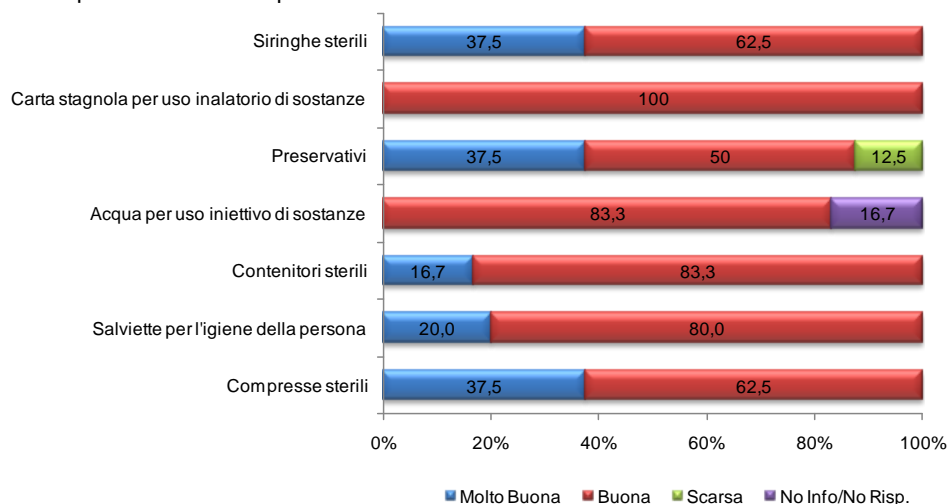
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.24: 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 2010



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

Figura III.2.25: Giudizi sulla disponibilità di strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive. Anno 2010



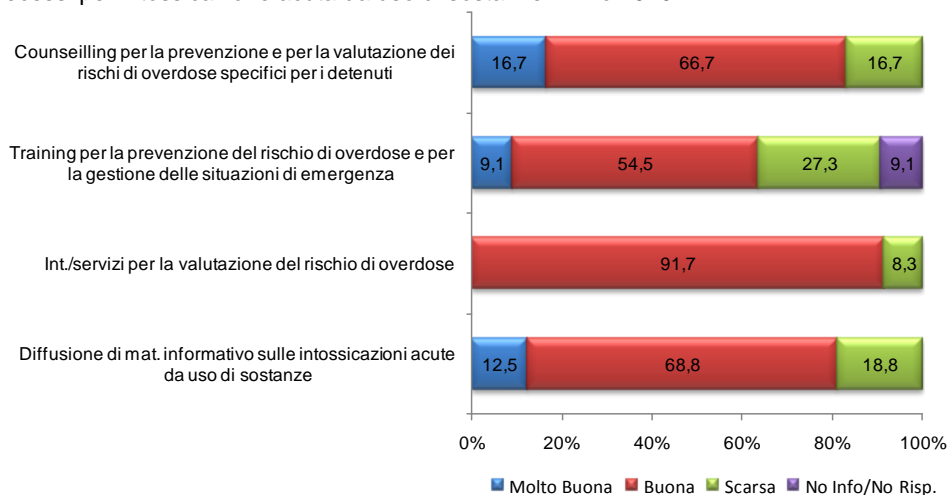
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Ove in uso la disponibilità è ovunque buona (figura III.2.25).

In almeno metà delle Regioni e province autonome sono stati attuati nel 2010 interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze, in particolare nell'80% è stato diffuso materiale informativo sull'argomento e nel 60% dei casi sono stati effettuati interventi/servizi per la valutazione del rischio di overdose e counselling per la prevenzione e per la valutazione dei rischi di overdose specifici per detenuti.

Il giudizio sulla disponibilità (figura III.2.26) è generalmente buono e sempre sopra il 60%.

Figura III.2.26: Giudizi sulla disponibilità degli interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze. Anno 2010



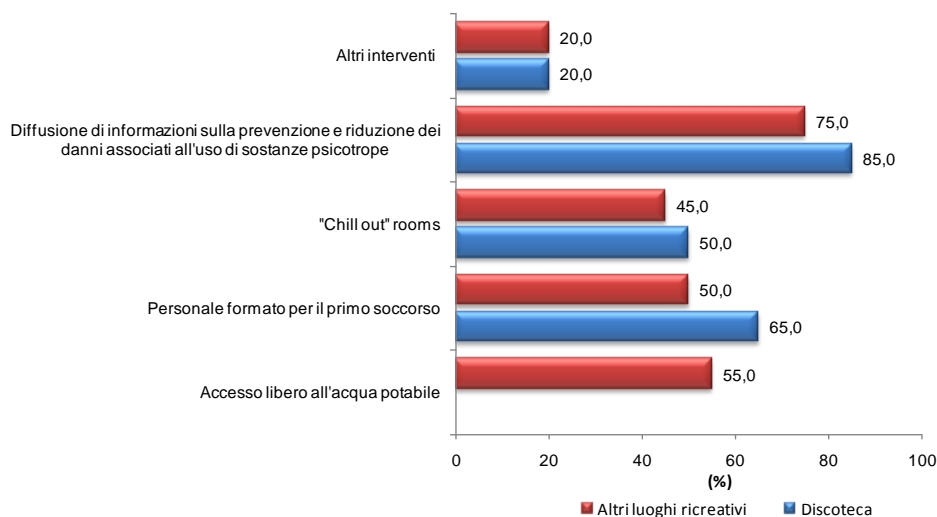
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La produzione di materiali informativi sulla prevenzione dei decessi per intossicazione acuta per specifici gruppi di persone è generalmente scarsa e sempre sotto il 50%, con un massimo del 45% per i familiari e amici di consumatori di sostanze psicotrope e per il personale di discoteche e bar ad un minimo del 5% nel caso degli agenti di polizia.

Gli interventi di prevenzione in luoghi ricreativi (discoteche ed altri luoghi) presentano riscontri positivi, come nel caso della diffusione di informazioni sulla

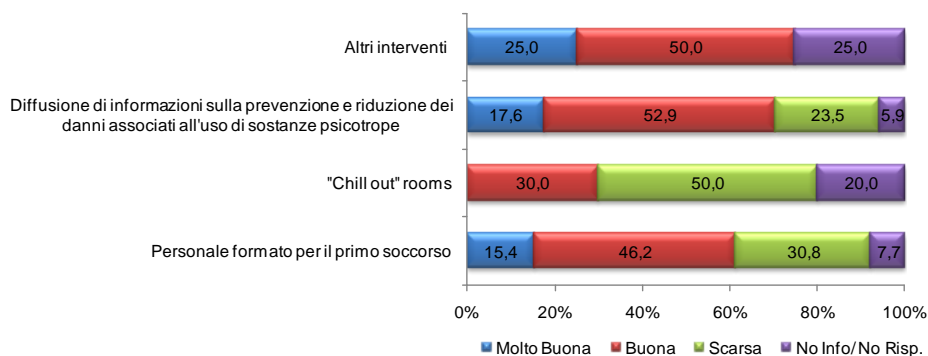
prevenzione associate all'uso di sostanze psicotrope attuati nell'85% per discoteche e nel 75% degli altri luoghi ricreativi, ed riscontri negativi, come per i bidoni e contenitori dove conferire le sostanze illecite, non presente in nessuna Regione né nelle discoteche né in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.27: Percentuale di Regioni e Province Autonome che attuano interventi di prevenzione in luoghi ricreativi. Anno 2010



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

Figura III.2.28: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in discoteche. Anno 2010

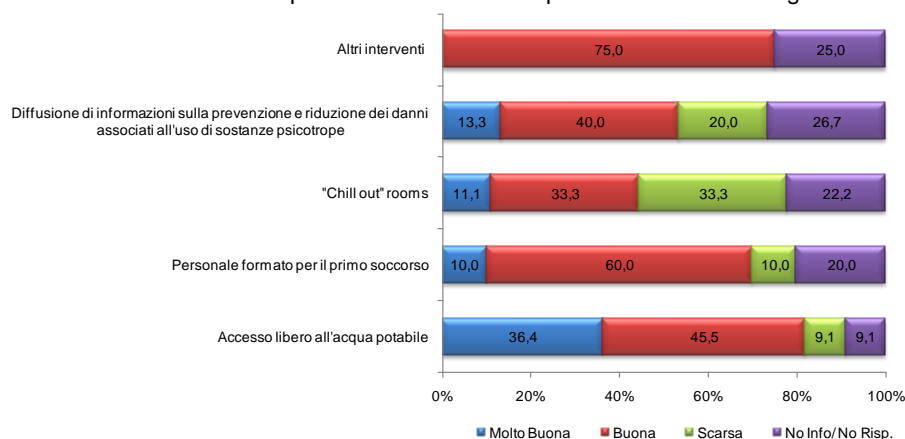


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La disponibilità di interventi di prevenzione sia per le discoteche (figura III.2.28) che per gli altri luoghi ricreativi (III.2.29) è generalmente positiva con esclusione di quel che riguarda le “Chill-out rooms” (camere di decompressione) indicate come ancora poco disponibili.

Poco disponibili le
Chill-out rooms

Figura III.2.29: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in altri luoghi ricreativi



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

Tabella III.2.4: 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 2010

Regioni	Importo	%
PA Bolzano	652.994,00	7,2
Calabria	35.000,00	0,4
Lazio	4.404.000,00	48,4
Lombardia	1.016.503,00	11,2
Marche	216.998,00	2,4
Piemonte	919.300,00	10,1
Puglia	400.00,00	4,4
Toscana	1.461.608,00	16,1
Totale	9.106.403,00	100,0

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

Rispetto al 2009 le somme stanziare per la prevenzione della mortalità acuta sono aumentate di quasi tre milioni di euro (più 44,6%), ciò è dovuto principalmente alla regione Lazio che ha più che raddoppiato gli specifici fondi.

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 2010 le Regioni e Province Autonome hanno potuto contare su 199 servizi strutturati (+76%) con un numero di soggetti contattati superiore ai quattrocentomila.

In particolare sono state 67 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe, 63 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte che nel corso del 2010 hanno avuto la maggior parte dei contattati, 12 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 39 servizi di Drop in diurni, 7 servizi di accoglienza bassa soglia 24/24, 7 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 6 servizi per i bisogni primari

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

3 milioni di euro in più del 2009

63 unità di strada LDR alcool/rischi della notte

Tabella III.2.5: Servizi strutturati di prevenzione dei rischi sanitari presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2010

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada PRS droghe	67	163.940
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	63	235.070
Unità di strada prostituzione	12	16.075
Drop in diurni	39	41.571
Accoglienza bassa soglia 24/24	7	2.591
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	7	n.d.
Altri servizi sociali (bisogni primari) specializzati	4	611

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