

- £ 65.000.000 per finanziamento progetto denominato "Stages di formazione finalizzati alla verifica della validità ed efficacia della formazione attuata per il progetto dell'esercizio 1993".

Progetti relativi all'esercizio 1996

- £ 1.842.480.000 per il finanziamento del progetto "Intervento a favore di minori tossicodipendenti che entrano in contatto con il sistema della giustizia minorile" con l'obiettivo di:
 1. a lungo termine, sviluppare e consolidare una cultura della valutazione tra gli operatori per migliorare l'efficacia degli interventi nel campo delle tossicodipendenze;
 2. a medio termine, organizzare in maniera più razionale e sistematica le informazioni a disposizione al fine di rendere più puntuale ed adeguato il tipo di intervento;
 3. a breve termine, incentivare il lavoro di rete con i Servizi territoriali ed il privato sociale anche al fine di attivare programmi individuali finalizzati all'avvio del minore verso strutture comunitarie e/o verso servizi specialistici del territorio;
- £ 300.000.000 per il finanziamento del progetto "Il coinvolgimento di minori italiani e stranieri nell'abuso e nel traffico di droga e loro sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali" con l'obiettivo di avviare uno scambio interdisciplinare di informazioni tra differenti culture e creazione all'interno dell'Unione Europea di reti di scambio e di cooperazione;
- £ 192.900.000 per il finanziamento del progetto "La gestione dei minorenni tossicodipendenti. Percorso di formazione e intervento per operatori socio-educativi dei servizi minorili" con l'obiettivo di offrire agli operatori un supporto formativo tendente a promuovere risposte articolate e complesse al problema della delinquenza di minori tossicodipendenti e di avviare processi d'integrazione verso una progettualità educativa integrata.

4.1.4 Campagne pubblicitarie e linee di assistenza telefonica

Campagna informativa sulle tossicodipendenze

Il Testo Unico sulle tossicodipendenze (DPR 309/90), art. 1, comma 12, dispone che "Il Presidente del Consiglio dei Ministri, d'intesa con i Ministri della Sanità, della Pubblica Istruzione, della Difesa e per gli Affari Sociali, promuove campagne informative sugli effetti negativi sulla salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché sull'ampiezza e sulla gravità del fenomeno criminale e del traffico di tali sostanze".

Per la realizzazione di tali campagne ci si avvale di una quota annuale del "Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga".

Dal 1990 ad oggi sono state realizzate sei edizioni della Campagna, seguendo un percorso di strategia comunicativa attento all'evoluzione del fenomeno e rivolto ai giovani, agli adulti/educatori ed anche ai due *target* contemporaneamente. Nella sesta campagna, svoltasi nel 1996, oltre alla diffusione di messaggi impostati su valori positivi di responsabilizzazione e

solidarietà, si è tentato un primo approccio verso i tossicodipendenti attivi, mediante la stampa e la distribuzione di un opuscolo contenente informazioni utili per ridurre i rischi di morte e di contagio.

La campagna 1996, articolata in tre diversi segmenti, è stata successivamente sottoposta ad indagine valutativa, relativamente all'impatto massmediale registrato.

Il confronto con le risposte degli intervistati evidenzia che il messaggio comunicazionale di tipo sostanzialmente "soff", l'utilizzo di uno slogan positivo teso a rafforzare la fiducia nelle proprie risorse e capacità personali - "Tu sei più forte di qualunque droga" -, le immagini rassicuranti proposte negli spot televisivi e nei poster con l'obiettivo di rafforzare l'importanza del dialogo intergenerazionale, della comprensione, della solidarietà, pur cercando di raggiungere i due target (giovani e adulti), si sono rivelati efficaci solo sul target adulti/genitori.

Mentre gli adulti, suddivisi in due fasce d'età, continuano a preferire una trattazione fondamentalmente misurata del linguaggio, anche quando si parli di tossicodipendenze, i giovani intervistati preferirebbero l'utilizzo di immagini più forti, emotivamente più cariche, in qualche modo anche scioccanti.

Alla generale tendenza di un innalzamento delle soglie di reattività, avvenuto negli ultimi anni nella popolazione giovanile, si deve aggiungere la nuova cultura della droga, sorta con la crescente diffusione delle droghe sintetiche, spesso concettualizzate come semplici forme di stimolanti.

Sulla base di queste considerazioni, ma anche di dati indicativi sulla diffusione del fenomeno e delle considerazioni emerse dalla Conferenza di Napoli del marzo 1997, è stata impostata la settima Campagna informativa.

Dal mese di giugno 1997, un gruppo di lavoro ha avviato la preparazione del documento base da fornire al Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria per la presentazione del bando di gara alle agenzie di comunicazione.

Il tema scelto è stato le cosiddette "nuove droghe" sintetiche, sostanze psicoattive, stimolanti ed allucinogene che circolano tra i giovani e gli adolescenti soprattutto nel tempo dello svago e del divertimento, durante il consumo collettivo di musica, associate nella maggior parte dei casi all'alcool, alla stanchezza e, peggio, ad altre droghe.

L'obiettivo centrale della settima Campagna è la riduzione della domanda e, insieme, quello di fornire le informazioni necessarie per evitare l'abuso di tali sostanze e ridurre i danni e i rischi provocati dall'assunzione occasionale o continuativa.

Il target primario individuato fa riferimento ai giovani e agli adolescenti. Gli strumenti comunicazionali hanno conseguentemente assunto un taglio specifico, innovativo, non allarmistico né tantomeno criminalizzante ma incisivo, chiaro, in linea con il linguaggio giovanile.

Per la prima volta si è scelto di affidare una parte dell'intera Campagna alla realizzazione di eventi sul territorio nazionale.

Tramite l'utilizzo di un "camper" attrezzato verranno organizzate iniziative presso le discoteche, gli stadi, le scuole e in collegamento con eventi spettacolari musicali e ricreativi.

E' prevista la somministrazione di un questionario da parte di operatori del settore a circa 2.000 giovani.

Oltre agli spot televisivi, ai messaggi radiofonici, alle inserzioni su alcune testate giornalistiche, si è provveduto alla pubblicazione di materiali informativi differenziati rivolti alla popolazione giovanile, ai giovani a rischio, agli operatori del mondo giovanile.

Il gruppo degli esperti, che comprendeva professionisti del settore, operatori del servizio pubblico e delle associazioni di volontariato, esperti del linguaggio e delle nuove tendenze nel mondo di giovani e adolescenti, ha fornito all'agenzia aggiudicataria dell'appalto indicazioni e informazioni indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La settima Campagna informativa è stata lanciata sui mezzi televisivi a fine aprile 1998, l'articolazione dei numerosi eventi proseguirà fino al mese di novembre in concomitanza con la realizzazione della terza Settimana europea di prevenzione delle tossicodipendenze.

Il Servizio "Drogatel"

Il Servizio telefonico nazionale "Drogatel", anonimo e gratuito per l'utente, istituito per iniziativa del Dipartimento degli Affari Sociali (DAS) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha proseguito nel 1997 l'attività di "counselling" e di informazione sulle problematiche relative alle tossicodipendenze e all'alcooldipendenza.

"Drogatel" dispone di quattro postazioni telefoniche: le telefonate ricevute sono codificate dagli operatori con un sistema di *data-entry "on-line"*, che consente l'immediata e articolata raccolta dei dati relativi agli utenti e la consultazione diretta di un archivio computerizzato dei Centri di riferimento psico-socio-sanitari presenti sul territorio nazionale.

L'équipe di "Drogatel", composta da 12 psicologi, 1 sociologo, 1 assistente sociale, 2 operatori sociali, 1 consulente medico, 1 consulente legale, 1 operatore tecnico di segreteria ed una coordinatrice, svolge quotidianamente attività di:

- informazione sulle tematiche relative alla tossicodipendenza e all'alcooldipendenza;
- *counselling* telefonico mirato a ridefinire il problema posto dall'utente, prospettando una gamma di possibili soluzioni;
- orientamento ed invio presso strutture pubbliche o convenzionate presenti sul territorio, adeguate al problema prospettato.

Gli utenti hanno la possibilità di accedere al servizio pubblico completamente gratuito tutti i giorni dalle ore 09.00 alle 21.00, compresi i festivi.

Le finalità del servizio

"Drogatel" svolge la sua attività, come linea verde nazionale, dal settembre 1993. Dopo cinque anni di esperienza si può confermare che il Servizio esercita un preciso ruolo all'interno dell'azione di prevenzione all'uso e all'abuso di sostanze stupefacenti.

Un telefono anonimo e gratuito rappresenta per il cittadino un punto di riferimento di facile consultazione per qualsiasi esigenza informativa e di immediato sostegno in momenti di crisi, ansia, difficoltà.

Dall'esperienza di "counselling" telefonico e dai relativi dati elaborati emerge il desiderio dei genitori ed anche dei giovani di ottenere informazioni precise ed aggiornate sugli effetti e sui danni provocati dalle sostanze stupefacenti e di essere orientati ai servizi di riferimento.

Chi si rivolge a "Drogatel" è immediatamente accolto da consulenti esperti e disponibili all'ascolto delle richieste e dei "vissuti". Il rapporto che si sviluppa tra l'utente e l'operatore telefonico si può definire prevalentemente di tipo empatico, una modalità relazionale che favorisce l'instaurarsi di un clima di fiducia tale da motivare e rinforzare nel cittadino il contatto con i servizi del territorio.

Iniziative ed accordi promossi dal Dipartimento degli Affari Sociali per lo sviluppo di Drogatel

L'attenzione è rivolta in particolare ai giovani attraverso iniziative che permettono di raggiungerli nei luoghi di maggiore frequenza e con modalità adeguate ai loro stili di vita.

Di particolare rilevanza è stata la collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione, finalizzata ad informare con una campagna mirata gli studenti delle scuole medie superiori sull'opportunità informativa e di sostegno offerta da "Drogatel".

Vari sono i messaggi informativi inviati nei programmi radiofonici per i giovani.

Innovativo è l'accordo di collaborazione avviato con il SILB (Sindacato Italiano Locali da Ballo) volto alla sensibilizzazione degli operatori delle discoteche sul problema delle nuove droghe e sulla diffusione di materiale informativo nelle discoteche di "tendenza".

E' stato avviato un accordo con il Ministero degli Interni per informare le Forze dell'Ordine del "drogate".

E' in corso di definizione un protocollo d'intesa tra il Dipartimento per gli Affari Sociali e gli Assessori ai Servizi Sociali e Sanitari delle Regioni per l'utilizzo di "Drogatel" come servizio di rilievo.

La proposta di offrire piena collaborazione a "Drogatel" nasce dalle seguenti finalità perseguite:

- razionalizzazione del servizio di informazione ai cittadini,
- riduzione dei punti di comunicazione telefonica, con risparmio per le Regioni e limitazione della possibile confusione e sovrapposizione dei servizi per i cittadini,
- semplificazione organizzativa per le stesse Regioni, con possibile utilizzo di una realtà già consolidata, riconosciuta e competente.

Parallelamente a tale accordo, è stata avviata un'attività di coordinamento nazionale delle linee telefoniche che trattano i problemi delle dipendenze, per favorire un confronto sulle tecniche del colloquio telefonico e sulla rilevazione dei dati e per concertare modalità di collaborazione.

Drogatel nel 1997

"Drogatel" ha gestito nell'anno 1997 un totale di 15.714 telefonate, di cui 6.836 (43,2%) da utenti di sesso maschile e 8.878 (56,8%) di sesso femminile.

L'età media degli utenti è 34,5 anni, con una deviazione standard pari a 13,5.

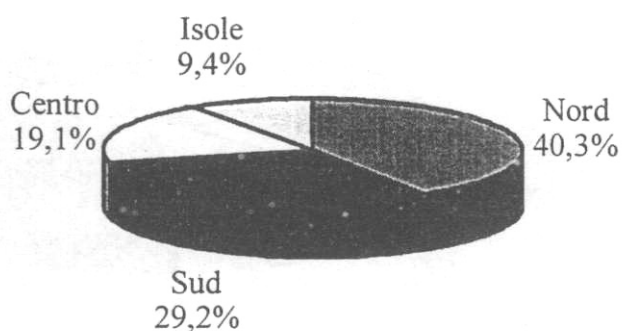
Le fasce di età più rappresentate sono quelle che comprendono gli utenti tra i 21 ed i 30 anni (28,9%) e quella tra i 31 ed i 40 anni (19,7%).

Distribuzione percentuale degli utenti "Drogatel" per sesso e classi d'età

Classi di età	Maschi	Femmine	Totali
10 - 20	8.4	7.3	15.7
21 - 30	15.4	13.5	28.9
31- 40	8.5	11.2	19.7
41- 50	4.2	12.4	16.6
51- 60	2.9	7.7	10.6
> 60	1	1.9	2.9
Non indicato	2.8	2.8	5.6
Totali	43.2	56.8	100

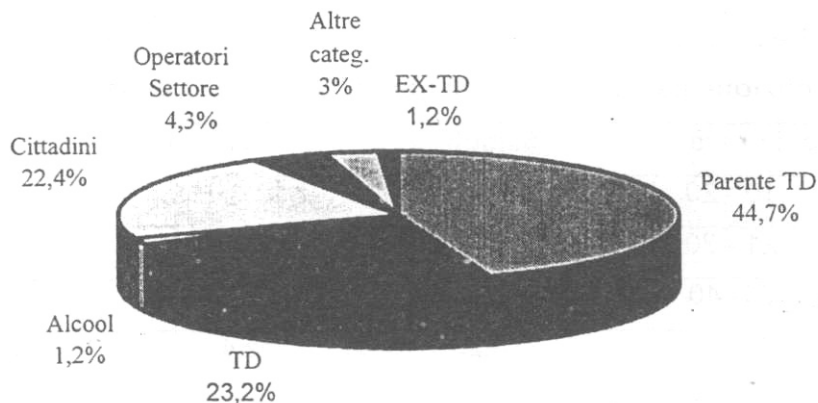
Le chiamate telefoniche sono pervenute per il 40,3% dal Nord, il 29,2% dal Sud, il 19,1% dal Centro ed il 9,4% dalle Isole. Questa informazione non si è resa disponibile nel 2% dei casi.

Distribuzione percentuale delle telefonate a "Drogatel" per aree geografiche



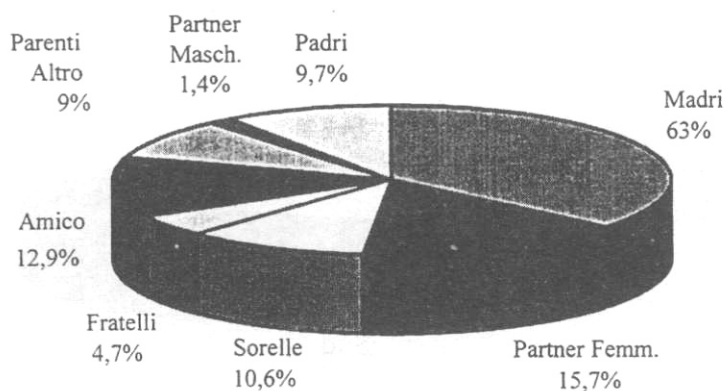
L'utenza che ha contattato con maggiore frequenza "Drogatel" è rappresentata da parenti di tossicodipendenti (44,7% delle telefonate), dai consumatori di sostanze (23,2%), da alcol dipendenti (1,2%), da operatori sociali (4,3%), da altre categorie generiche (3%) ed infine da ex-tossicodipendenti (1,2%). Il restante 22,4% delle telefonate riguarda cittadini coinvolti nel problema delle tossicodipendenze, che richiedono informazioni generali sulle sostanze e sui loro effetti, unitamente a suggerimenti comportamentali rispetto a situazioni che potrebbero essere a rischio di uso e/o abuso.

Distribuzione percentuale delle telefonate a “Drogatel” per tipologia di utenza



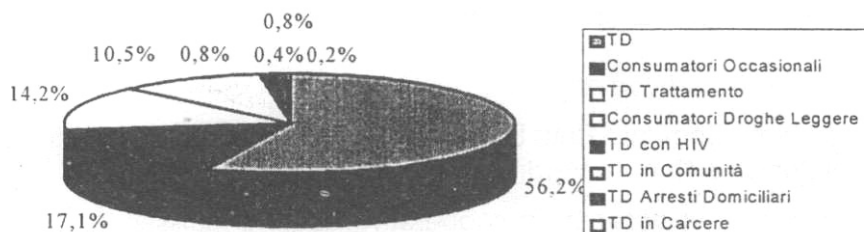
Nel gruppo dei genitori di tossicodipendenti che telefonano a "Drogate!", le madri rappresentano il 36%, le partner femminili il 15,7%, gli amici il 12,9%, le sorelle il 10,6%, i padri il 9,7%, i parenti di altro grado il 9%, i fratelli il 4,7% ed i partner maschili l'1,4%.

Distribuzione percentuale dei parenti di tossicodipendenti che hanno telefonato a "Drogate"



Nel gruppo dei consumatori di sostanze, il 56,2% delle telefonate a “Drogate” è costituito da tossicodipendenti che utilizzano una o più sostanze, il 17,1% da consumatori occasionali, il 14,2% da tossicodipendenti in trattamento presso Servizi territoriali preposti alla presa in carico dell’utente, il 10,5% da consumatori di droghe leggere, lo 0,7% da tossicodipendenti affetti da HIV, lo 0,4% da tossicodipendenti in comunità, 0,7% da tossicodipendenti agli arresti domiciliari e lo 0,2% da tossicodipendenti in carcere.

**Distribuzione percentuale per tipologie di consumatori che
hanno telefonato a "Drogatel"**



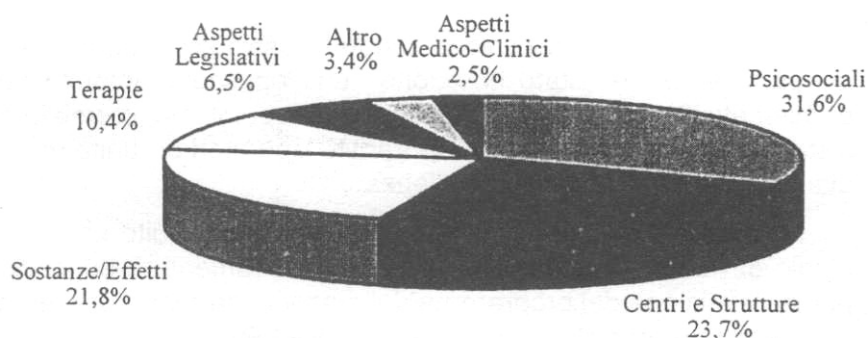
Tra i tossicodipendenti, non sono stati volontariamente inseriti gli alcolodipendenti per rendere maggiormente visibile il fenomeno.

Sul totale delle telefonate riguardanti l'alcool, il 36% si riferisce a consumatori di alcool, il 64% a parenti e/o amici di consumatori.

Nel gruppo dei consumatori, il 54,8% è alcolista, per il restante 45,2% l'alcool è una sostanza di abuso in una condizione di poliassunzione.

Gli argomenti affrontati con gli utenti riguardano principalmente le richieste di suggerimenti comportamentali e di sostegno psicologico (31,6%), indicazioni su Centri e strutture (23,7%), informazioni sulle sostanze (21,8%), terapie (10,4%), aspetti legislativi (6,5%), altre informazioni (3,5%) ed infine patologie correlate (2,5%).

Distribuzione percentuale dei quesiti posti a "Drogatel"



La maggioranza dei quesiti legislativi riguarda la materia strettamente legata alla tossicodipendenza, ovvero la legislazione contemplata dal D.P.R. 309/90 (T.U.).

Non irrilevante è l'incidenza della richiesta di informazioni su norme non direttamente inerenti le disposizioni legislative sulla tossicodipendenza, (Diritto civile, Diritto di famiglia, obbligazioni, successioni, ecc. e, nell'ambito del Diritto penale, denunce, lotta al traffico, lesioni, ecc.).

I principali temi affrontati dal consulente medico del Servizio durante l'anno hanno riguardato informazioni sulle sostanze (segni e sintomi di intossicazione

acuta e cronica da oppiacei, stimolanti, psicofarmaci e cannabis) e quelle inerenti le patologie correlate alla tossicodipendenza (epatiti, AIDS, somatizzazioni, problemi in gravidanza e in crisi di dipendenza psicofisica). Sono diminuite le richieste di delucidazioni sul contenuto dei protocolli attuati nei trattamenti ambulatoriali di disintossicazione da oppiacei.

Altre linee di assistenza telefonica

Presso molti Comuni, Enti Locali e Ser.T. sono state attivate linee di assistenza telefonica e Numeri Verdi

Associazioni di volontariato e cooperative operanti nel settore dispongono di personale in grado di offrire informazioni e aiuto specifico.

L'Italia partecipa inoltre alla rete europea FESAT (Federazione Europea dei Servizi di Assistenza Telefonica).

Il Comune di Milano e la Regione Calabria sono i maggiori referenti per il circuito.

Attività di informazione ed educazione sull'AIDS

I dati epidemiologici hanno evidenziato come la trasmissione dell'HIV legata all'assunzione intravenosa di sostanze stupefacenti, tramite scambio delle siringhe, costituisca una delle cause fondamentali dell'epidemia. E' stata, pertanto, rivolta una particolare attenzione a questa problematica all'interno delle "Campagne nazionali di informazione-educazione sulle tossicodipendenze e sull'uso di droghe".

Le cinque campagne svoltesi dal 1988 al 1995 con il finanziamento e il coordinamento del Ministero della Sanità sono state caratterizzate dalla multimedialità degli interventi informativi e, nel corso del tempo, dal passaggio da un carattere "generalistico" delle azioni (basate sull'utilizzo prevalente dei mass-media) ad uno più "mirato" nei confronti delle persone e dei gruppi a maggior rischio di trasmissione.

Per gli interventi rivolti a soggetti tossicodipendenti, nell'ultima campagna, in particolare, è stato prodotto un opuscolo informativo, centrato sulle problematiche e sulla prevenzione delle patologie correlate all'uso di droghe, distribuito sul territorio nazionale tramite operatori di "unità mobili" in varie città ad alta prevalenza di tossicodipendenza.

Presso il Ministero della sanità è stato costituito un comitato tecnico per lo studio di nuove strategie e di più efficaci strumenti di educazione e prevenzione per la definizione del programma delle attività da realizzare nell'ambito della nuova campagna programmata per il biennio 1998-99.

Compito del comitato è anche quello di prevedere iniziative di informazione ed educazione da realizzarsi in attesa dell'avvio della sesta Campagna, dal momento che quest'ultima, per i tempi tecnici ed amministrativi necessari, non potrà iniziare prima dell'autunno del 1988.

Linea di assistenza telefonica

Il telefono verde AIDS è un Numero Verde (167-861061) anonimo e gratuito, accessibile da tutt' Italia, la cui gestione è curata dal Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

In circa dieci anni di attività, sono pervenute oltre 300.000 telefonate (per un totale di circa 720.000 quesiti); attualmente vengono ricevute circa 200 chiamate al giorno oltre a numerose richieste scritte.

Il servizio telefonico funziona dal lunedì al venerdì dalle ore 13:00 alle 18:00. L'équipe è composta da 10 operatori (Psicologi, Medici, Sociologi, Operatori Socio-Sanitari), alcuni dei quali rispondono anche in inglese, francese, spagnolo e portoghese.

Oltre all'attività di informazione e di "counselling" telefonico, l'impegno dell'équipe si estende anche nell'ambito della ricerca sociale sia a livello nazionale che internazionale, in collaborazione con altre *Help-Lines* europee (un progetto italiano è stato finanziato dalla U.E., DG 5).

E' stata inoltre finanziata una linea di ricerca sulla comunicazione sociale nell'ambito del progetto sociale AIDS dell'ISS-Ministero Sanità.

Il Numero Verde AIDS dispone di un software specifico per la gestione di un archivio computerizzato, contenente informazioni su circa 9.000 centri di varie tipologie presenti sul territorio nazionale e per la raccolta di dati relativi alle chiamate (età, sesso, dell'utente, provenienza della chiamata, gruppo di rischio, ecc.), al fine di valutare le variazioni della domanda di informazione della popolazione in relazione alla Campagna nazionale informativa e di indirizzare adeguatamente il messaggio preventivo.

4.2 TIPOLOGIA DI TRATTAMENTI

4.2.1 Attività di prevenzione dall'infezione da HIV

Il Ministero della Sanità, in collaborazione con le Regioni, ha svolto una indagine al fine di rilevare informazioni sulle attività di riduzione della domanda svolte presso i SERT.

Per le attività specifiche di prevenzione dell'HIV, si è evidenziata una forte discrepanza tra le percentuali di attivazione degli interventi più generici e, comunque, ormai considerati "competenza istituzionale" del Ser.T., quali il "counselling" e il test HIV, per il quale viene riferita l'attivazione di programmi nel 94,2% dei casi, e gli interventi più specifici e "discussi" di riduzione del rischio (scambio di siringhe, distribuzione di profilattici), generalmente realizzati mediante collaborazioni esterne al Servizio e/o finanziamenti, per i quali il dato nazionale sull' attivazione non ha raggiunto il 25%.

Anche il numero di operatori e di utenti coinvolti nei programmi è risultato nettamente al di sotto di quelli coinvolti nei "tradizionali" servizi dei Ser.T.

Per quanto riguarda le dimensioni dell'intervento, si è avuta la conferma dell'assoluta prevalenza degli interventi a livello locale (AUSL e, molto meno frequentemente, provincia).

La collaborazione con associazioni del volontariato è risultata spesso presente, ma con percentuali diverse da un intervento all'altro.

La politica di riduzione del danno, in seguito alla diffusione dell'infezione da HIV, ha trovato un progressivo consenso sia tra le forze politiche che tra gli operatori.

Ciò ha portato alla maggiore diffusione dei trattamenti metadonici di mantenimento a dosi adeguate, nonché allo sviluppo delle "unità di strada". Iniziative di riduzione del danno sono sorte a livello di singole ASL e su base nazionale.

La politica di riduzione del danno è stata formalmente accettata nell'ambito della Conferenza di Napoli per far parte delle linee-guida sulla prevenzione stilate dalla Commissione Nazionale AIDS per il Progetto Obiettivo triennale messo a punto a fine anno.

Diversi sono i programmi attivati in diverse aree geografiche del Paese, anche se l'articolazione sul territorio nazionale non appare ancora omogenea e strutturata.

La Regione Lazio ha elaborato, finanziato e condotto un proprio programma denominato "Programma Integrato di riduzione del danno nei tossicodipendenti a Roma", con un finanziamento di 9 miliardi (parte di tali risorse sono vincolate a progetti sull'AIDS), della durata di due anni. E' già conclusa la valutazione dei risultati ottenuti.

Il programma è destinato ai tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture di assistenza esistenti o che abbandonano tali strutture e si articola in diverse componenti (distribuzione di siringhe sterili e profilattici; offerta di trattamenti sostitutivi; interventi di pronto soccorso medico; prima accoglienza di carattere non sanitario o trattamento di tipo psico-sociale presso un centro di una organizzazione di volontariato), realizzate attraverso l'attivazione di "Unità di strada". Alcune strutture coinvolte nel programma continuano ancora a svolgere attività di riduzione del danno.

Progetti di riduzione del rischio infettivo sono stati finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e dall'Istituto superiore di Sanità.

Fra questi, si ricordano i programmi di formazione, consulenza e verifica di interventi di auto-aiuto nel campo della prevenzione dell'HIV e della limitazione del danno, i programmi di validazione ed applicazione di indicatori di qualità degli interventi di unità di strada per la prevenzione su soggetti a rischio di infezione da HIV

Il Ministero della Sanità ha ricevuto un finanziamento dal Fondo nazionale per la lotta alla droga finalizzato all'attuazione del progetto *"Ampliamento del programma sperimentale di attivazione di gruppi di operatori della strada ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti (POS2)"* (stanziamento: £. 1.000.000.000).

A partire dal gennaio 1996 il programma sperimentale di attivazione di gruppi di operatori della strada si è esteso dall'unità di coordinamento A -USL 20 di Verona- ad altre cinque unità operative, coinvolgendo i SerT, le comunità terapeutiche delle AA-USL di Cagliari, Torino, Catanzaro, Bari, Pescara.

Il primo corso di formazione *Master* si è svolto a Verona ed ha coinvolto 65 partecipanti, di cui 43 discenti e 21 docenti.

Il secondo corso, tenutosi a Cagliari, ha visto la partecipazione di 48 discenti e 20 docenti.

Durante il secondo corso di formazione ha avuto luogo un incontro tra i responsabili delle Unità operative, nel quale è stato concordato il piano d'azione per l'intervento su strada.

Il programma è in corso di completamento, essendo giunto alla fase di valutazione dei risultati.

Nell'ambito di tale valutazione verrà discussa la possibilità:

- di un inserimento stabile del modello formativo sperimentato all'interno dei programmi *routinari* di formazione organizzati dalle Regioni;
- di effettuare uno studio di follow-up per verificare gli effetti degli interventi di prevenzione intrapresi a distanza di tempo maggiore, valutando, in particolare, l'efficacia delle azioni volte a incrementare la capacità di autoprotezione (modifica dei comportamenti a rischio, ad es.) degli utenti. -

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione dell'infezione da HIV del Ministero della Difesa, la Direzione Generale della Sanità Militare ha proseguito il piano di formazione HIV per il proprio personale, a suo tempo definito d'intesa con la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e con l'Istituto Superiore di Sanità.

Il piano, autorizzato dagli Stati Maggiori di Forza Armata e dai Comandi Generali dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza, è stato inserito, come attività permanente, nei programmi addestrativi presso gli Enti di incorporamento, per raggiungere tutto il personale che accede alla carriera militare.

I dati disponibili indicano un coefficiente di efficacia di oltre il 50%, valutato in termini di incremento delle conoscenze specifiche sul tema.

Ulteriore sviluppo del piano è stato rappresentato dalla estensione dell'attività formativa in alcuni Istituti di alto livello come l'Accademia Militare dell'Esercito, l'Accademia Navale, l'Accademia Aeronautica, l'Accademia della Guardia di Finanza e l'Istituto Superiore di Stato Maggiore Interforze.

Presso tali Enti, esperti della Direzione Generale della Sanità Militare hanno tenuto specifiche conferenze al fine di accrescere la consapevolezza e la sensibilità sul problema HIV nei futuri quadri dirigenti delle Forze Armate.

4.2.2 Trattamenti sostitutivi, di mantenimento e di disintossicazione (fonte: Ministero della Sanità)

I dati riferiti ai trattamenti attuati dai SERT indicano che, nel corso del 1997, il 37.7% dei soggetti trattati presso i SER.T. è stato introdotto in programmi di tipo esclusivamente psico-sociale e/o riabilitativo, mentre i trattamenti con metadone ammontano al 47.2% (12.3% con programma a breve termine; 10.9% con programma a medio termine; 24.0% con programma a lungo termine).

Relativamente ad altri trattamenti farmacologici, è stato trattato con clonidina il 5.1% dei soggetti.

Analizzando il dato, rilevato dal 1997, relativo al trattamento psico-sociale per tipologia, risulta che, del totale degli utenti trattati ricorrendo a programmi esclusivamente psico-sociali e/o riabilitativi, il 35.4% è stato sottoposto a sostegno psicologico, il 13.0% a psicoterapia e il 51.6% ad interventi di servizio sociale.

Dal 1997 viene rilevata anche l'informazione relativa alla sede nella quale il trattamento viene effettuato. E' risultato che, del totale dei soggetti in carico ai SERT, l'86.2% viene trattato presso il Servizio, il 6.8% presso strutture riabilitative e il 7.0% in carcere.

Analizzando temporalmente la distribuzione dei soggetti per tipologia di trattamento, si nota una leggera ripresa della percentuale di soggetti trattati con programmi solo psico-sociali e/o riabilitativi e un ulteriore aumento della quota di soggetti trattati con metadone (30.3% nel 1991; 47.2% al 1997), soprattutto con programmi a lungo termine.

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO**(Anno 1997)**

% SOGGETTI TRATTATI

Tipologie Di Trattamento	nei servizi pubblici	nelle strutture riabilitative	in carcere	in totale
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	27,4	5,8	4,5	37,7
2) FARMACOLOGICO				
a) METADONE				
- breve termine (<= 30 gg)	10,6	0,4	1,4	12,3
- medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)	10,3	0,2	0,4	10,9
- lungo termine (> 6 mesi)	23,7	0,1	0,2	24,0
b) naltrexone	5,7	0,1	0,0	5,8
c) clonidina	3,2	0,0	0,0	3,3
d) altri farmaci non sostitutivi	5,3	0,2	0,5	6,0
TOTALE	86,2	6,8	7,0	100,0

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO PSICO-SOCIALE
(Anno 1997)

% SOGGETTI TRATTATI

Tipologie Di Trattamento Psico-Sociale/ Riabilitativo	nei servizi pubblici	nelle strutture riabilitative	in carcere	in totale
SOSTEGNO PSICOLOGICO	28,7	3,4	3,3	35,4
PSICOTERAPIA	11,6	1,1	0,2	13,0
INTERVENTI DI SERVIZIO SOCIALE	37,8	6,9	7,0	51,6
TOTALE	78,1	11,4	10,5	100,0

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO (anni 1991-97)

% SOGGETTI TRATTATI

Tipologie	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	38,1	37,1	40,2	40,0	35,8	36,5	37,7
2) FARMACOLOGICO							
a) metadone:	30,3	32,9	33,3	36,7	43,0	43,0	47,2
- breve termine (<=60 gg)*	21,0	23,2	18,9	19,4	17,5	15,7	-
- protratto (>60 gg)*	9,3	9,7	14,4	17,3	25,5	27,3	-
- breve termine (<=30gg)**	-	-	-	-	-	-	12,3
- medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)**	-	-	-	-	-	-	10,9
- lungo termine (>6 mesi)**	-	-	-	-	-	-	24,0
b) naltrexone	7,7	8,6	7,6	7,4	6,7	6,8	5,8
c) clonidina	7,4	6,1	4,7	4,4	4,0	3,8	3,3
d) altri farmaci	16,5	15,3	14,2	11,5	10,5	9,9	6,0

* = Tipologia di trattamento metadonico rilevata fino al 1996 (DM 3.10.1991)

** = Tipologia di trattamento metadonico rilevata nel 1997 (DM 20.9.1997)

L'analisi dei dati conferma, anche per il 1997, l'aumento del ricorso al trattamento protratto con metadone e, viceversa, la diminuzione della quota di soggetti sottoposti a trattamenti di disintossicazione (metadone a breve termine, clonidina). E' comunque da sottolineare una forte variabilità regionale nella scelta della tipologia di programma terapeutico.

In riferimento ai trattamenti sostitutivi sta per essere proposta l'esperienza del LAAM come alternativa alla terapia sostitutiva metadonica nei SERT.

Il Ministero della Sanità ha ricevuto un finanziamento dal Fondo nazionale per la lotta alla droga finalizzato all'attuazione del progetto *"Sperimentazione di un farmaco sostitutivo a lunga durata di azione (L-Alfa acetil-metadolo) quale alternativa al metadone per il trattamento della dipendenza da oppiacei"* (stanziamento: £ 1.050.000.000).

Per la realizzazione di questo progetto sono state coinvolte 6 università italiane (Pisa, Firenze, Modena, Cagliari, Siena, Roma- Cattolica S. Cuore) attive nel campo della sperimentazione e dell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti, con le quali si è proceduto alla stipula di apposite convenzioni.

Il progetto ha subito una temporanea interruzione a causa della avvenuta registrazione europea del farmaco che ha richiesto un adeguamento degli obiettivi e dei protocolli.

L'Università di Cagliari, incaricata di redigere il protocollo, presenterà entro la fine di febbraio del 1998 il programma definitivo di studio e la documentazione richiesta dal Dipartimento della Prevenzione del Ministero della sanità.

Il Ministero della Sanità ha curato anche la realizzazione del progetto: *"Valutazione dei trattamenti con metadone nelle tossicodipendenze da oppiacei ed effetti di uno studio controllato per la valutazione dell'efficacia di farmaci alternativi al metadone"* (stanziamento: £ 400.000.000).

L'Università degli Studi di Cagliari, Istituto di Farmacologia, selezionata a seguito di appalto-concorso ha avviato nel maggio 1995 la fase operativa della sperimentazione dei trattamenti con buprenorfina. E' stato recentemente completato il reclutamento dei pazienti ed è attesa per il mese di aprile 1998 la relazione conclusiva sui risultati del progetto.

In tal modo, si potrà alleggerire il carico di lavoro dei SERT e quindi favorire l'integrazione con altri strumenti terapeutici e l'inserimento sociale dei soggetti trattati.

L'impiego del Naltrexone, farmaco antagonista, è limitato nei Servizi a un numero esiguo di pazienti e risulta in lieve diminuzione.

L'indicazione iniziale, ristretta a una cerchia di pazienti motivati e socialmente integrati, è stata allargata nel corso della concreta esperienza clinica di questo farmaco nei SERT: l'antagonista si rivela utile anche per breve periodo dopo la disassuefazione, nella fase di diagnostica e in attesa di programmi più strutturati.

In riferimento ai trattamenti di disintossicazione, oltre a quelli classici raccolti dal sistema di sorveglianza, nel 1997 sono state avviate le prime esperienze di utilizzo del sistema UROD e delle significative varianti.

Anche se la sperimentazione ufficiale del trattamento, promossa dall'I.R.C.S. San Raffaele di Milano e finanziata dal Ministero della Sanità, non ha dato

risultati confortanti, soprattutto in riferimento agli effetti a lungo termine, vari Servizi pubblici hanno deciso di intraprendere l'utilizzo in pazienti selezionati di trattamenti rapidi basati su regimi più blandi e quindi attuabili con minore impiego di personale specializzato e di attrezzature.

E' difficile una valutazione di queste esperienze, tra loro piuttosto eterogenee e non sempre condotte secondo un autentico protocollo di studio.

4.2.3 Programmi di post-terapia/riabilitazione (fonte: Ministero dell'Interno)

Dal 1985, l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga cura l'elenco delle strutture socio-riabilitative, la cui ripartizione è la seguente:

- strutture residenziali (con ospitalità e attività residenziale)
- strutture semiresidenziali (con ospitalità e attività quotidiane di almeno 8 ore per 5 giorni la settimana o di almeno 40 ore settimanali variamente distribuite)
- strutture non residenziali/ambulatoriali (con ospitalità ed attività per un totale inferiore a 40 ore settimanali).

La scelta della residenzialità e semi-residenzialità quale principio discriminante rispecchia il criterio di iscrizione delle strutture negli albi regionali e provinciali degli Enti ausiliari che gestiscono centri per la riabilitazione ed il reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti, così come stabilito dall'Atto di intesa fra Stato, Regioni e Province autonome, in attuazione delle disposizioni recate dagli artt. 116 e 117 del D.P.R. 309/90.

La maggior parte delle strutture è articolata in organizzazioni di tipo federativo (FICT -Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche- C.E.I.S. - Centro Italiano di Solidarietà- C.N.C.A. -Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza; Associazione "Comunità Incontro"; Associazione "Comunità Emmanuel"; Associazione "Saman"; Fondazione "Exodus"; Associazione "Papa Giovanni XXIII").

Quasi tutte le comunità terapeutiche prevedono nei loro programmi una fase finale che può avere durata variabile, in cui il soggetto che ha già subito un trattamento di disintossicazione ed un intervento di psicoterapia e sostegno psicologico, comincia gradualmente a riappropriarsi della propria autonomia con contatti esterni sempre più frequenti (famiglia, amici).

Questa fase è la più delicata perché -al di fuori dell'ambiente protetto della comunità- la persona deve cominciare di nuovo a proiettare se stessa nel mondo; la prima tappa da affrontare è la ricerca del lavoro.

Esiste al riguardo una oggettiva difficoltà dovuta al fatto che si tratta per la maggior parte di soggetti che, avendo vissuto un lungo periodo di emarginazione, non hanno avuto esperienze di lavoro o non possiedono idonee capacità professionali e tecniche, ed alle difficoltà congiunturali del mercato del lavoro.

A tale scopo, i programmi delle comunità spesso prevedono attività lavorative artigianali (ad esempio falegnameria, tessitura) oppure l'istituzione di corsi scolastici e di formazione professionale.

In alcune comunità terapeutiche, la fase di reinserimento si svolge prevalentemente all'esterno presso un appartamento condiviso da un gruppo di persone, messo a disposizione dalla Comunità, in modo che i soggetti riabilitati ricomincino ad autogestirsi ed a organizzare la propria vita su base autonoma. Tale gruppo viene supervisionato e seguito da uno o più operatori.

A volte, nella fase di reinserimento, gli ex-tossicodipendenti seguono gruppi di psicoterapia tornando in comunità solo per queste attività, ma vivendo separati da essa per il resto del tempo.

Al di fuori delle comunità terapeutiche, numerose sono le iniziative pubbliche intraprese a livello locale (Comuni, Ser.T) attraverso i progetti finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, riguardo alla formazione professionale ed al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, sia nelle imprese locali che attraverso la costituzione di cooperative di lavoro.

Programmi di reinserimento sociale e lavorativo sono attivi in più dell'87% dei Ser.T., frequentemente anche in collaborazione con associazioni e cooperative sociali, anche se il numero medio di utenti che ne usufruiscono è piuttosto basso.

A partire dal 1984, l'Osservatorio per le tossicodipendenze acquisisce trimestralmente informazioni sull'utenza e sulla distribuzione geografica delle strutture socio-riabilitative.

Le strutture socio-riabilitative risultano:

1.378 al 31.3.1997;
1.369 al 30.6.1997;
1.360 al 30.9.1997;
1.348 al 31.12.1997, con una flessione dell'1,75% rispetto alle 1.372 strutture esistenti al 31.12.1996.

Numero di strutture socio-riabilitative

Dicembre 1993	1.249
Dicembre 1994	1.279
Dicembre 1995	1.368
Dicembre 1996	1.372
Dicembre 1997	1.348

Numero dei Ser.T. attivi

Numero dei Ser.T. attivi nel 1996: 512
Numero dei ser.T. attivi nel 1997: 518