4. PREVENZIONE

4.1 Prevenzione universale

4.1.1 Prevenzione a livello della scuola

4.1.2 Prevenzione a livello della famiglia

4.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

4.2 Prevenzione selettiva e mirata

4.2.1 Interventi di prevenzione mirata a livello della scuola

4.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale

4.2.3 Interventi rivolti ai gruppi a rischio a livello della comunità locale

4.2.4 Interventi rivolti alle famiglie a rischio

PAGINA BIANCA

L' attività di prevenzione viene classificata in base al gruppo di riferimento, alla metodologia e al target, e si distingue in prevenzione universale e prevenzione selettiva o mirata:

- la prevenzione universale è rivolta a gruppi generali di popolazione: ad esempio a tutti gli studenti nella scuola, ai cittadini nella comunità locale, alle famiglie in generale;
- la prevenzione selettiva o mirata è rivolta a gruppi specifici di individui considerati a rischio o vulnerabili.

4.1 Prevenzione universale

4.1.1 Prevenzione a livello della scuola

La Direzione generale per lo studente del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha continuato a curare, tra le varie attività di propria competenza, le iniziative finalizzate all'educazione alla salute e alla prevenzione delle tossicodipendenze.

In tale contesto è stato organizzato un Seminario di studio per presentare l'indagine conoscitiva di secondo livello su "La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia". L'indagine, condotta da 6 gruppi di ricerca, si propone di sostenere l'attivazione di strategie adeguate a promuovere lo sviluppo di bambini e giovani come persone e come membri attivi della società. La ricerca ha elaborato analisi sulle variabili che incidono sul benessere dei minori e sulle pratiche atte a prevenire il disagio nelle sue diverse forme ed espressioni. All'interno di questa prospettiva generale, il programma si è articolato in 6 ambiti di indagine:

1. La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella società italiana riferita in particolare a: l'ambiente di vita e le situazioni di disagio sociale, la cultura mass-mediatica, gli episodi di criminalità, di bullismo e di violenza agita o subita; i comportamenti del gruppo dei pari.
2. La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella scuola italiana, soprattutto in relazione al processo di scolarizzazione, al fenomeno della dispersione scolastica e all'integrazione del portatore di handicap nella scuola.
3. La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella famiglia: la configurazione e l'organizzazione della famiglia; l'analisi delle politiche sulla famiglia, le ricadute sul minore della separazione/perdita dei genitori e dell'assenza educativa dei genitori; la presenza di disagio psico-sociale e di violenza all'interno della famiglia;fattori di benessere e quotidianità.
4. La condizione dei minori stranieri in Italia, con particolare attenzione alle caratteristiche di immigrazione, all'integrazione sociale e all'inserimento scolastico.
5. Il minore e la malattia, ambito rivolto a monitorare lo stato di salute dei minori in Italia: l'incidenza delle maggiori patologie acute e croniche in età evolutiva, l'incidenza e le cause di mortalità, il minore ospedalizzato.
6. I comportamenti a rischio in età evolutiva, con particolare attenzione alle condotte suicidarie, ai comportamenti d'abuso (droghe, alcool, tabacco), ai comportamenti sessuali, ai comportamenti alimentari abnormi, agli sport violenti, al doping e gestione del tempo libero. La sintesi della ricerca è stata pubblicata sulla rete intranet del MIUR.

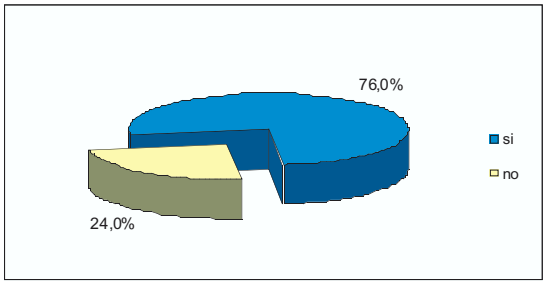
Queste tematiche costituiscono altrettanti punti di riferimento per la progettazione degli interventi di prevenzione.

Nel corso del 2004 è stato avviato il monitoraggio del progetto "Missione Salute", iniziativa del MIUR e del Ministero della Salute per gli studenti, le famiglie e i docenti. A tutti gli studenti del biennio della scuola secondaria superiore, nel 2003, sono stati distribuiti 6 opuscoli trattanti i seguenti temi: alimentazione, sessualità, dipendenze, doping, donazione del sangue e degli organi, servizi di primo soccorso e rischi di incidenti. Gli insegnanti hanno utilizzato tali opuscoli come spunti di riflessione sui quali fondare gli interventi di prevenzione. Le attività con gli studenti sono state avviate, nella maggior parte degli Istituti scolastici, con l'anno scolastico 2003/04, insieme ad un monitoraggio nazionale con il coinvolgimento dei docenti referenti per l'educazione alla salute a livello regionale. Dai primi dati risulta che 1871 scuole secondarie superiori hanno affrontato le tematiche relative a droghe, alcool, tabacco e doping grazie agli strumenti che il progetto "Missione salute" ha fornito loro. In totale sono stati realizzati 6.346 progetti su tutte le tematiche. Nell'ambito della prevenzione del disagio giovanile, è stato realizzato il portale EDUMONITOR che consente di analizzare le attività e le iniziative attivate dalle scuole. Attraverso tale sistema *on line,* gli Uffici Scolastici Regionali potranno quindi conoscere nel dettaglio le attività realizzate dalle scuole in tema di educazione alla salute e di prevenzione del disagio. Il monitoraggio, avviato nell'anno scolastico 2000/01 in 6 aree territoriali, sarà esteso alle Istituzioni scolastiche dell'intero territorio nazionale nel corso del 2005.
Un altro progetto promosso dal MIUR è quello per la "Progettazione, realizzazione e gestione, in un triennio, delle attività di 20 centri di aggregazione e promozione della partecipazione giovanile, destinati a realizzare occasioni di centralità e protagonismo dei giovani nel loro percorso di maturazione e socializzazione e finalizzati alla prevenzione di tutte le forme del disagio giovanile, incluse le dipendenze, e alla lotta all'abbandono scolastico". In particolare, le attività dei Centri saranno rivolte prevalentemente ai giovani di età compresa tra i 13 e i 18 anni e alle loro famiglie. La scelta dei 20 Centri di aggregazione garantirà il servizio sia nelle principali aree metropolitane che in capoluoghi di Regione e di Provincia. Le diverse aree di attività saranno:

- area di consulenza e sostegno alla persona giovane;
- area dell'istruzione e della formazione;
- area di consulenza e sostegno alle famiglie;
- area culturale, sportiva e ludico – ricreativa.

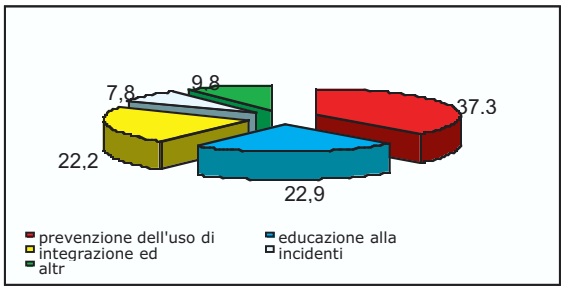
Nell'ambito dell'indagine ESPAD sulla prevalenza del consumo di sostanze nella popolazione di studenti delle scuole superiori secondarie, è stata realizzata, nel corrente anno scolastico (2004/2005), un'indagine campionaria sulla prevenzione. Il numero di Istituti che hanno risposto, pari all' 86,2% del campione di scuole contattate, è formato da 125 licei, 100 licei artistici, 127 istituti professionali, 135 istituti tecnici per un totale di 487 istituti rappresentativi delle scuole superiori in Italia. Relativamente alla prevenzione dell'uso di sostanze, risulta che il 76% delle scuole del campione ha previsto di inserire nel proprio Piano dell'offerta formativa (P.O.F.) progetti di prevenzione nel campo delle droghe. Più in generale, la quasi totalità (92,45%) dei progetti inerenti la prevenzione del consumo di sostanze legali (tabacco, alcol) ed illecite risultano nel P.O.F. delle scuole superiori del campione, sia che si tratti di progetti attuati autonomamente dalle scuole sia nel caso di progetti in collaborazione con altri enti (ASL, Enti Locali, Privato sociale, ecc.).

Grafico 4.1: Scuole che hanno inserito progetti per la prevenzione dell'uso di sostanze nel POF



Da un'analisi delle tipologie di progetti di prevenzione universale nella scuola, compreso quelli promossi in collaborazione con altri enti (ASL, SerT, Enti Locali, ecc.), emergono 5 principali macro aree tematiche: "uso di sostanze lecite e illecite", "educazione alla salute", "emarginazione ed integrazione sociale", "incidenti della strada" e "altro" (per esempio nello sport). Il grafico 4.2 evidenzia che la maggior parte dei progetti attivati nella scuola ha come oggetto la prevenzione dell'uso di sostanze sia lecite che illecite (37,3%), mentre l'educazione alla salute in generale raccoglie il 22,9% dei progetti, l'integrazione e l'emarginazione sociale il 22,2%, la prevenzione degli incidenti stradali il 7,8%.

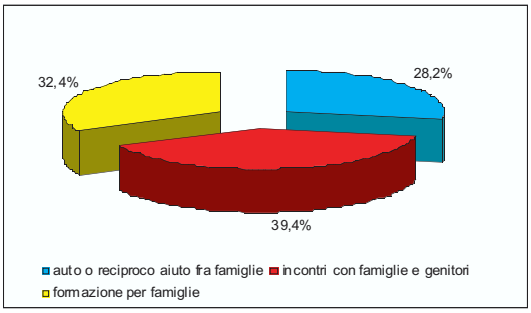
Grafico 4.2: Interventi di prevenzione per macro-aree tematiche



4.1.2 Prevenzione a livello della famiglia

Nel questionario relativo alla prevenzione universale del consumo di sostanze a livello della comunità locale sono stati separati gli interventi di prevenzione che hanno per oggetto la famiglia, e prevedono interventi nell'ambito del contesto familiare, da quelli attivati sul territorio (quartieri, distretti, macro-aree). Le diverse tipologie di intervento a livello familiare (grafico 4.3) sono distribuite in maniera abbastanza omogenea, con una lieve prevalenza (39,4%) dei progetti che prevedono incontri con famiglie e genitori.

Grafico 4.3: Prevenzione universale a livello familiare: principali tipologie di intervento

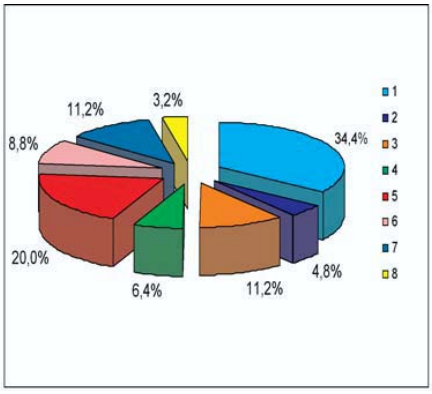


L'azione dei programmi di prevenzione a livello familiare mira a promuovere la funzione educativa del contesto familiare nei confronti dei minori. Questo approccio dovrebbe favorire il rapporto insegnanti-genitori, consentire l'individuazione precoce dei fattori di rischio, facilitare le relazioni e la comunicazione in famiglia, rinforzare i fattori di protezione, offrire supporto sociale e formativo, e migliorare lo stile educativo della famiglia facilitando l'instaurarsi del senso di appartenenza. Offrire ai genitori strumenti relazionali più appropriati, più estesa consapevolezza riguardo alle necessità educative dei figli e suggerimenti per rinforzare il senso d'appartenenza alla famiglia ha dimostrato, secondo le evidenze della letteratura scientifica, importanti risultati nel ridurre il ricorso alle sostanze psicotrope illegali.

4.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

Fra le principali azioni di prevenzione universale a livello locale, gli interventi comunali di lotta contro le droghe rappresentano il 34,4% delle attività di prevenzione. I progetti con lo scopo di favorire momenti di aggregazione (centri di associazione e counselling per giovani e offerta di spazi ricreativi e culturali) rappresentano insieme il 31,2% degli interventi. Il restante 34,4% dei progetti si suddivide fra azioni per il potenziamento dei sistemi di supporto di quartiere (11,2%), prevenzione svolta da gruppi di coetanei in contesti non strutturati (8,8%), formazione per soggetti attivi nel loro quartiere (6,4%), sviluppo di sistemi di rete (4,8%) e, infine, uso dei media compreso Internet (3,2%).

Grafico 4.4: Prevenzione universale a livello della comunità locale: principali tipologie di intervento



Legenda: 1: Azioni a livello comunale sulle droghe; 2: Azioni per lo sviluppo di sistemi di reti 3:Potenziamento dei sistemi di supporto di quartiere 4: Attività formative per soggetti attivi nel loro quartiere 5: Centri di associazione e counselling per giovani 6: Prevenzione mediante gruppi di pari in contesti non strutturati 7 Offerta spazi ricreativi e culturali 8: Prevenzione attraverso l'uso dei media.

4.2 Prevenzione selettiva e mirata

Le attività di prevenzione selettiva e mirata riguardano sottogruppi di individui (gruppi target) che appartengono a particolari segmenti di popolazione generale individuati in base a fattori di tipo ambientale, psicologico, sociale e biologico, generalmente associati al rischio dell'uso di sostanze.

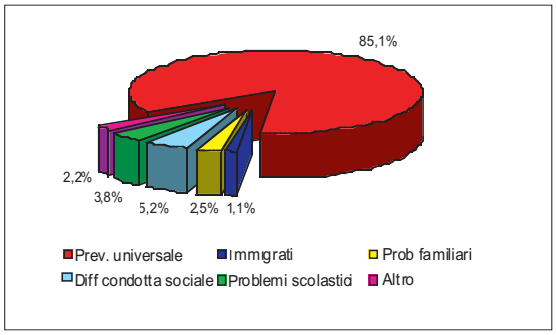
L'individuazione precoce delle condizioni a rischio, sia che si vogliano considerare i tratti temperamentali e del carattere, sia che vengano diagnosticate patologie dell'infanzia-adolescenza in ambito neuropsichiatrico (prevenzione mirata), oppure che si vogliano analizzare elementi problematici dell'ambiente e delle relazioni interpersonali (prevenzione selettiva), richiede investimenti specifici di risorse umane e nell'ambito della formazione. Occorre fornire risposte appropriate e interrompere le sequenze psico-biologiche causali capaci di favorire la disponibilità ad esporsi alle sostanze psicotrope. In particolare, le condizioni di negligenza e abuso durante l'infanzia, le condizioni di marginalità e di isolamento, di trauma e di stress persistente, nonché gli stati di vulnerabilità individuale, devono divenire bersagli elettivi della prevenzione mirata che ancora è scarsamente diffusa.

Lo stesso si può dire riguardo all'attenzione necessaria per quei sottogruppi di preadolescenti e adolescenti che abbiano già sperimentato le sostanze, a partire da quelle legali, e che richiedono specifici interventi.

4.2.1 Interventi di prevenzione mirata a livello della scuola

Come emerge dal grafico di seguito, l' 80,8% dei progetti attivati nella scuola si rivolge agli studenti in generale e ricade sotto la categoria della prevenzione universale, mentre il 19,2% è rivolto a sottogruppi di studenti con problemi o caratteristiche particolari (prevenzione selettiva e mirata). I sottogruppi ai quali si rivolge la prevenzione selettiva nella scuola sono quelli degli studenti con difficoltà della condotta sociale (5,9% degli interventi complessivi), quelli con problemi scolastici (5,8%), quelli degli studenti con famiglie problematiche (3,5%), studenti immigrati o appartenenti a gruppi etnici (3%) e l'1% ad altri sottogruppi.

Grafico 4.5: Distribuzione degli interventi di prevenzione per gruppo target



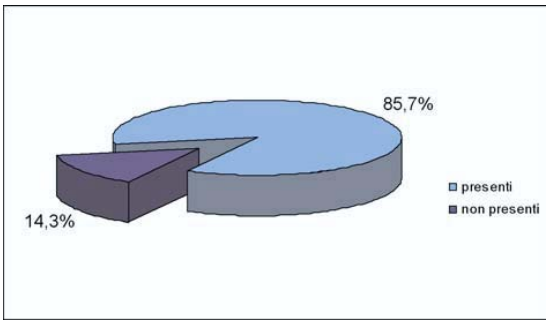
A questo proposito si segnalano i progetti sperimentali elaborati dal MIUR, in cui viene sperimentata la funzione del "mentoring", per la prevenzione del disagio giovanile con particolare riferimento a studenti che presentano difficoltà nel relazionarsi con gli altri, scarso rendimento scolastico, iperattività. Il modello utilizzato prevede il coinvolgimento di uno studente e di un mentore in un approccio "*one to one*" migliorando la qualità del tempo che il ragazzo trascorre a scuola attraverso l'azione di un mentore-amico,

persona non coinvolta nelle dinamiche scolastiche e familiari. La metodologia aiuta il ragazzo a costruire un processo di apprendimento spontaneo che tenga conto del proprio punto di vista (dimensione soggettiva) e del punto di vista dell'altro (empatia) e ad ipotizzare una o più soluzioni alla risoluzione del conflitto (*problem solving*).

4.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale

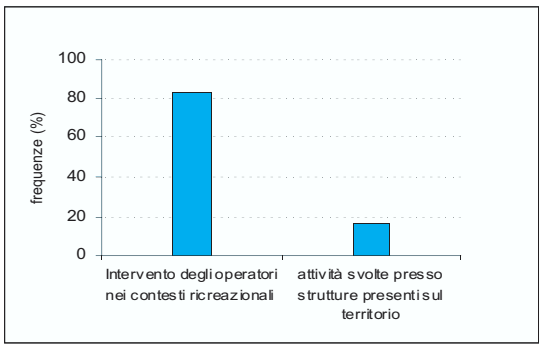
Una particolare attenzione viene posta riguardo all'uso di sostanze in ambito ricreazionale in quanto l'ampia disponibilità/accessibilità a sostanze diverse dall'eroina ha influenzato radicalmente la scelta dei giovani in materia di droghe. La scarsa riprovazione sociale e la mancata percezione dei rischi nei confronti di tali sostanze, insieme al non sufficiente grado di informazione sulle condizioni di vulnerabilità e di "variabilità individuale", favoriscono la diffusione del consumo, l'arruolamento facile di nuovi assuntori, una quota di abuso maggiore e una più elevata probabilità di andare incontro a dipendenze multiple. Da qui l'esigenza di attivare progetti specifici di prevenzione i questo ambito.
L'85,7% del campione ha risposto che nella propria area territoriale sono attivati progetti per la prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope in ambito ricreazionale.

Grafico 4.6: Progetti di prevenzione in ambito ricreazionale



Questo tipo di prevenzione avviene (grafico 4.7), nella maggior parte dei casi, tramite operatori che intervengono direttamente nei contesti ricreazionali (83,7%) mentre le attività di prevenzione svolte presso sedi o strutture presenti sul territorio (centri di aggregazione culturale, circoli ricreativi, altre agenzie, ecc.) sono il 16,3%.

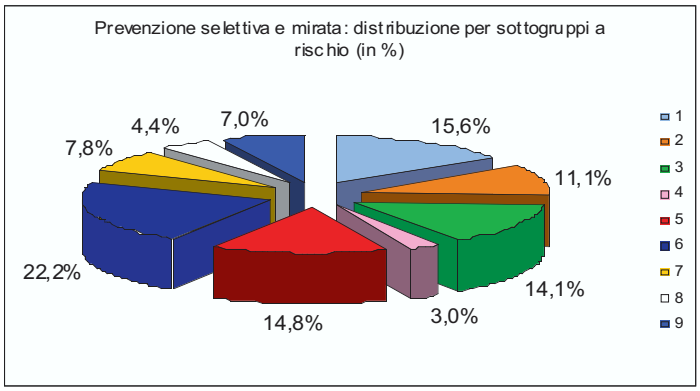
Grafico 4.7: Tipo di approccio utilizzato nella prevenzione in ambiti ricreazionali



4.2.3 Interventi rivolti ai gruppi a rischio a livello della comunità locale

Fra i gruppi a rischio, il gruppo target per il quale sono attivati il maggior numero di interventi è quello dei frequentatori di stadi e altri ambiti ricreazionali (22,2%), probabilmente per la maggiore facilità di accesso, da parte degli operatori, ai gruppi target e per il minor costo dei progetti. Seguono, con valori simili, progetti a favore di immigrati (15,6%), di studenti con problemi di emarginazione sociale e/o scolastica (14,8%) e di persone senza fissa dimora (14,1%).

Grafico 4.8: Prevenzione selettiva e mirata: distribuzione percentuale per sottogruppi a rischio

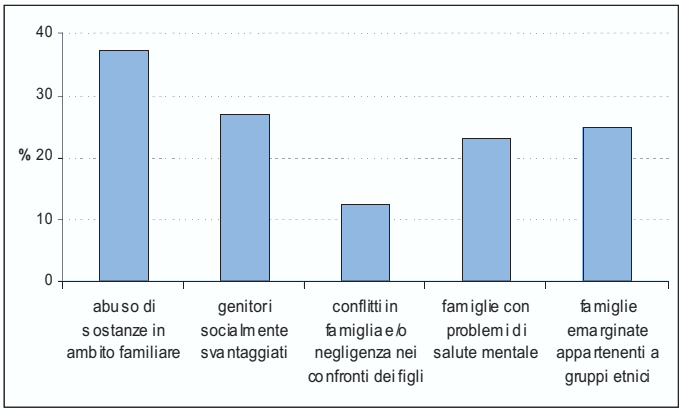


Legenda: 1: immigrati 2: minorenni pregiudicati o con problemi con la giustizia 3: persone senza fissa dimora 4: giovani in affidamento o in comunità 5: studenti con problemi di emarginazione sociale/scolastica 6: soggetti frequentatori di stadi, feste, concerti, rave, party; 7: giovani in quartieri degradati; 8: soggetti alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi ed oppositivi 9:soggetti frequentatori di palestre.

4.2.4 Interventi rivolti alle famiglie a rischio

Gli interventi relativi alle problematiche individuate per la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare si distribuiscono in modo abbastanza uniforme su tutte le aree del campione. Il 38% dichiara che sono attivi progetti di prevenzione dell'abuso di sostanze (alcol incluso); il 27% riferisce che sono state predisposte iniziative a favore di nuclei familiari con genitori socialmente svantaggiati; il 25% a favore di famiglie, appartenenti a gruppi etnici; il 23% a nuclei familiari con problemi di salute mentale e, infine, il 13% per conflitti familiari e negligenza nei confronti dei figli. Nel nostro campione non risultano attivati progetti specifici per famiglie con problemi con la giustizia.

Grafico 4.9: Tipologie di prevenzione per famiglie a rischio a livello locale



Entrare in contatto con queste famiglie problematiche da parte delle Istituzioni può risultare davvero difficile: le stesse si sottraggono all'incontro con la scuola e con gli insegnanti, spesso sono indisponibili alle visite a domicilio dell'assistente sociale, malvolentieri contattano gli sportelli dei consultori. Una "miscela" di vergogna e pudore rispetto alle varie forme di disagio, la stigmatizzazione e l'isolamento sociale, insieme alla carenza di risorse finanziarie ed umane specificamente dedicate, impediscono di attuare gli interventi proprio su coloro che ne hanno maggiore bisogno. A questo proposito, strategie alternative dovrebbero essere attuate al fine di raggiungere questi nuclei familiari più difficili, utilizzando tecniche innovative, forme di auto-aiuto e contatti che possano valersi di reti sociali non soltanto istituzionali.

5. TRATTAMENTI DROGA-CORRELATI

5.1 La rete dei servizi

5.2 Trattamenti psico-sociali non accompagnati da farmaci presso i Servizi Pubblici

5.3 Trattamenti farmacologici presso i Servizi Pubblici

5.3.1 Trattamento di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti

5.3.2 Trattamento con agonisti oppioidi prescrivibili

5.3.3 Trattamenti con antagonisti oppioidi

5.3.4 I trattamenti farmacologici integrati

5.4 Trattamenti presso le strutture del privato sociale

PAGINA BIANCA

5.1 La rete dei servizi

Una ricerca realizzata dal Commissario straordinario per le politiche antidroga conclusasi nel corso del 2004 ha raccolto dati inerenti l'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze grazie alla collaborazione delle Regioni. Le evidenze ottenute consentono di rilevare la distribuzione dei modelli organizzativi, dell'entità dell'organico, nonché delle varie forme di collaborazione tra servizi pubblici e del privato-sociale. Dai dati emersi si evincono diverse modalità di approccio e diversi livelli di organizzazione. La struttura dipartimentale come realtà articolata capace di coordinare le varie fasi degli interventi, di orientare e progettare l'impegno delle risorse e di rendere complementari gli specifici contributi di diverse professionalità e unità operative, appare adottata, pur con variegati modelli di tipo gerarchico e organizzativo, da 13 Regioni e prevista da gran parte delle restanti (Tabella 1).

L'organizzazione di Dipartimenti strutturali, dotati di reale autonomia nella gestione del budget, è limitata alla minoranza delle Regioni. In alcune altre Regioni vengono messe in atto strategie organizzative che non comprendono l'articolazione strutturata e complessa del Dipartimento, forse con la finalità di mantenere maggiori forme di integrazione con le altre aree socio-sanitarie e con gli Enti locali.

La struttura del Dipartimento appare favorire le relazioni con il privato sociale accreditato che costituisce una parte essenziale dei percorsi terapeutico-riabilitativi e assume un ruolo paritetico nella gestione dell'organizzazione, delle unità operative e dei singoli pazienti. A questo proposito i Comitati di Dipartimento vedono ben rappresentati, nella maggioranza delle Regioni, i referenti delle Comunità terapeutiche. Nonostante questo, in altre aree del Paese, il rapporto tra servizi pubblici e privati mantiene condizioni di tipo gerarchico che ancora fanno riferimento ad una condizione definita nei decenni scorsi "ausiliare". Il superamento di tale condizione potrebbe avvenire proprio all'interno delle strutture dipartimentali grazie a processi di sempre maggiore qualificazione di tutte le componenti professionali.

In un buon numero di Regioni i Dipartimenti si valgono di gruppi tecnici permanenti capaci di garantire continuità nelle relazioni funzionali tra le varie aree disciplinari dei Dipartimenti stessi, le unità operative e le componenti trans-istituzionali che concorrono al percorso clinico e riabilitativo dei tossicodipendenti: la necessità per il Dipartimento delle dipendenze di stretti rapporti con l'ospedale, i reparti e i servizi del Dipartimento di salute mentale, le Infettivologie, i Medici di base, nonché le strutture della Prefettura, degli Istituti penitenziari, dei Servizi sociali presso gli Enti locali e della magistratura impone la definizione di figure di riferimento stabili tra i professionisti istituite nei Dipartimenti di diverse Regioni.

Tabella 1- Caratterizzazione dipartimentale a livello regionale.

Regioni e Province Autonome	Dipartimento SI/NO	Tipo Dip.			Componenti Comitato			
		Strutturale	Funzionale	Integrato	Responsabili Sert (RS)	Responsabili comunità terapeutiche (RCT)	Direttore Dipartimento (DD)	Enti locali
Piemonte	SI DGR 8/ e 39/2	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz
Valle d'Aosta	NO (Il Ser.T. afferisce al DSM)		X		X			
Lombardia	SI		X		X	X	X	
Prov. Aut.Trento	previsto		X		X			
Prov. Aut. Bolzano	NO							
Veneto	SI		X		X	X	X	
Friuli Venezia-Giulia	SI	X						
Liguria	SI		X		X	X	X	
Emilia Romagna	NO (program. aziendale)		X (programma)		X	X	Resp. Programma	
Toscana	SI		X		X	X	X	X
Marche	SI	X			X	X	X	1 coord. ambito territoriale sociale
Umbria								
Lazio	SI (FR)		X (Amatrice)	X				
Abruzzo	NO (previsto legge reg.)	X			X	X	X	
Molise	SI		X		X		X	
Campania	SI	X			X	X	X	
Puglia	SI	X			X	X	X	
Basilicata	NO (previsto Dip. Unico Reg)		X previsto					
Calabria	SI		X		X		X	
Sicilia	SI (in parte) (esistenza documenti)		X		X	X	X	X (rappres. Legali)
Sardegna	SI (previsti)		X		X	X	X	

Interessante come il rapporto tra professionisti dei servizi (pubblici e privati) e numero degli utenti sembri indicare una differenza tra Regioni negli investimenti di risorse umane all'interno dei Servizi per le dipendenze (Tabella 2).

Nello specifico, tale rapporto risulta inferiore ai 10 utenti per professionista in Valle d'Aosta, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Toscana, Abruzzo e Basilicata. Particolarmente elevato risulta invece il carico di lavoro per operatore in Emilia Romagna e Puglia (25 utenti per professionista), nella Provincia Autonoma di Trento (27) ed in Sicilia, dove questo raggiunge i 38 utenti per singolo professionista.

Tabella 2 - Distribuzione regionale del numero di utenti e di professionisti coinvolti nel trattamento.

Regioni e Province Autonome	utenti	addetti sert	addetti privato sociale	totale professionisti	n. utenti per professionista
Piemonte	13.992	797	1.028	1.825	8
Valle d'Aosta	479	32	44	76	6
Lombardia	32.188	990	1.400	2.390	13
Prov. Aut.Trento	919	34	0	34	27
Prov. Aut. Bolzano	863	65	46	111	8
Veneto	13.280	432	689	1.121	12
Friuli Venezia-Giulia	2.813	132	0	132	21
Liguria	8.818	260	240	500	18
Emilia Romagna	14.946	604	0	604	25
Toscana	12.049	569	1.060	1.629	7
Marche	4.447	192	261	453	10
Umbria	-	-	-	-	-
Lazio	12.529	547	0	547	23
Abruzzo	3.980	124	347	471	8
Molise	927	57	0	57	16
Campania	19.227	722	363	1.085	18
Puglia	10.699	428	0	428	25
Basilicata	1.024	70	57	127	8
Calabria	5.132	187	199	386	13
Sicilia	11.457	455 (in modo esclusivo)	300	300	38
Sardegna	5.724	263	192	455	13

Nella maggioranza delle Regioni, comunque, le linee di riferimento strutturate inerenti i processi diagnostici e le sequenze degli interventi terapeutici non risultano ancora pienamente sviluppate (Tabella 3).

Ancora non sufficientemente strutturata la modalità inerente i flussi informativi presso gli Osservatori regionali che sono attivati in circa la metà delle Regioni.

Tale carenza, che si traduce in ancora disomogenee modalità di raccolta dati e differenti protocolli delle cartelle cliniche in uso, rende problematici i processi di comparazione e valutazione degli esiti dei trattamenti.

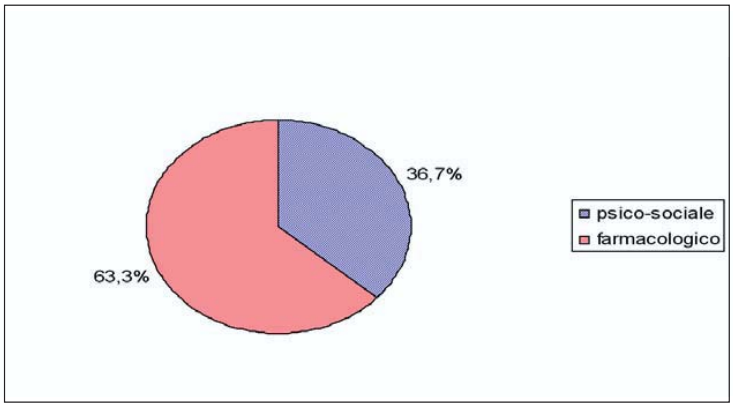
Tabella 3-Distribuzione regionale delle attività di programmazione, assistenza, valutazione degli interventi

Regioni e Province Autonome	Strumenti coordinam. con strategie ed indicaz. aziendali		Processi Assistenziali presenza linee guida su:				Esistenza Osservatorio Regionale	Sistema valutaz. esiti trattamenti	
	gruppi permanenti verifica allineamenti	momenti verifica codificati e programmati	processi diagnostici	processi terapeutici	attività prevenzione	attività reinserimento		indicatori efficacia SERT (dopo trattam.)	indicatori efficacia COMUNITA' (dopo trattam.)
Piemonte	fase definiz	fase definiz	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO tutto in fase definizione
Valle d'Aosta	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Lombardia	SI (Com. Dip.)	SI (Com. Dip.)	SI	SI	SI	sperimentazione	in costruz.	SI	SI
Prov. Aut.Trento	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Prov. Aut. Bolzano	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Veneto	non pertin	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI (implementaz)	SI (implementaz)
Friuli Venezia-Giulia	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Liguria	NO	SI	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	SI	da svilup pare	da svilup pare
Emilia Romagna	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Toscana	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Marche	SI	NO	SI prev.	SI prev.	SI prev.	SI prev.	NO	NO	NO
Umbria									
Lazio	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI (ma non attuata)	SI	SI (DGR 716/)
Abruzzo	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI (previsto)	NO	NO
Molise		SI	SI	SI	SI	SI			
Campania	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Puglia	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Basilicata	SI		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Calabria	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Sicilia	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Sardegna	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

5.2 Trattamenti psicosociali non accompagnati da farmaci presso i Servizi Pubblici

Secondo quanto emerge dal flusso di dati del Ministero della salute, nel 2004 il numero dei soggetti sottoposti a trattamenti esclusivamente di tipo psico-sociale e/o riabilitativo è pari a 46.432 soggetti (quasi il 37% del totale dei soggetti trattati), in leggero aumento rispetto al 2001, in cui si sono contati 45.095 soggetti.

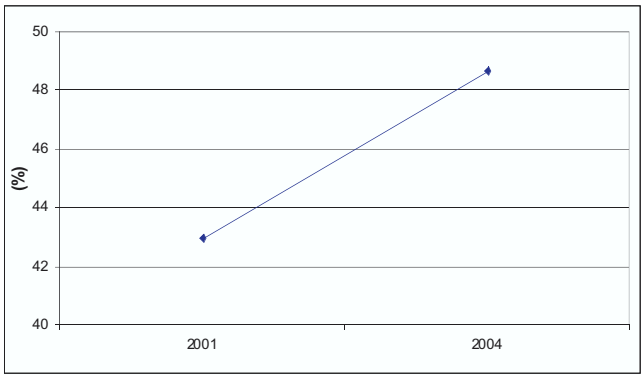
Grafico 5.1 - Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento presso i Ser.T. : anno 2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Gli interventi di tipo psico-sociale rappresentano complessivamente poco meno del 49% di tutti i trattamenti[4] erogati, quota che dal 2001 risulta significativamente aumentata, come evidenziato dal Grafico 5.2.

Grafico 5.2 - Distribuzione percentuale dei trattamenti psico-sociali erogati presso i Ser.T. : 2001-2004

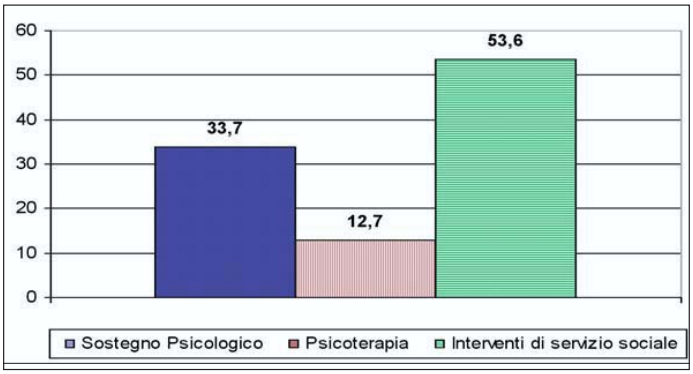


Elaborazione su dati del Ministero della salute

4 Si ricorda che un utente può essere sottoposto a più trattamenti.

Nello specifico, più della metà dei suddetti trattamenti riguarda interventi del servizio sociale; seguono quelli di sostegno psicologico e, in misura minore, i trattamenti psicoterapici (Grafico 5.3). Tale distribuzione non mostra variazioni significative rispetto al quadriennio precedente.

Grafico 5.3 - Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento psicosociale e/o riabilitativo nel 2004

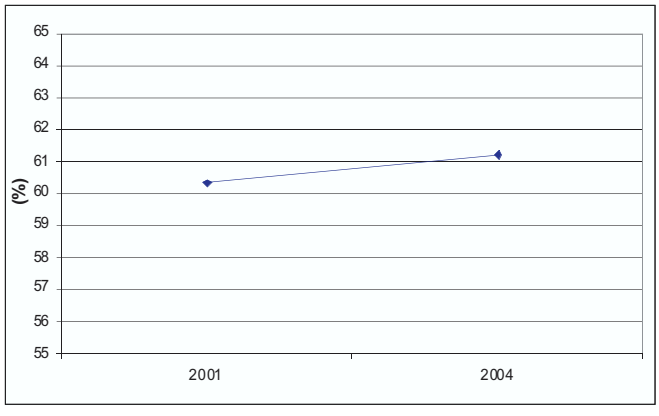


Elaborazione su dati del Ministero della salute

5.3 Trattamenti farmacologici presso i Servizi Pubblici

Sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute, nel 2004 i trattamenti farmacologici rappresentano il 61% circa dei complessivi trattamenti erogati, in leggero aumento rispetto al 2001 (Grafico 5.4).

Grafico 5.4 - Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici erogati presso i Ser.T. : 2001-2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

,