

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2008, secondo le fonti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e del Ministero dell'Interno, le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente circa 1.700, di cui 555 (33,1%) servizi per le tossicodipendenze pubblici, le rimanenti 1.124 strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (64,6%), a seguire quelle semiresidenziali (18,7%) ed i servizi ambulatoriali (16,7%).

Rispetto al 2007 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 3,3% (38 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali ed ambulatoriali (rispettivamente 5,8% e 5,1%).

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2008 oltre il 15% ha sede in Lombardia e circa il 10% in Veneto ed Emilia Romagna (Figura II.2.1).

Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si osserva una maggior presenza di queste ultime in Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Marche, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia.

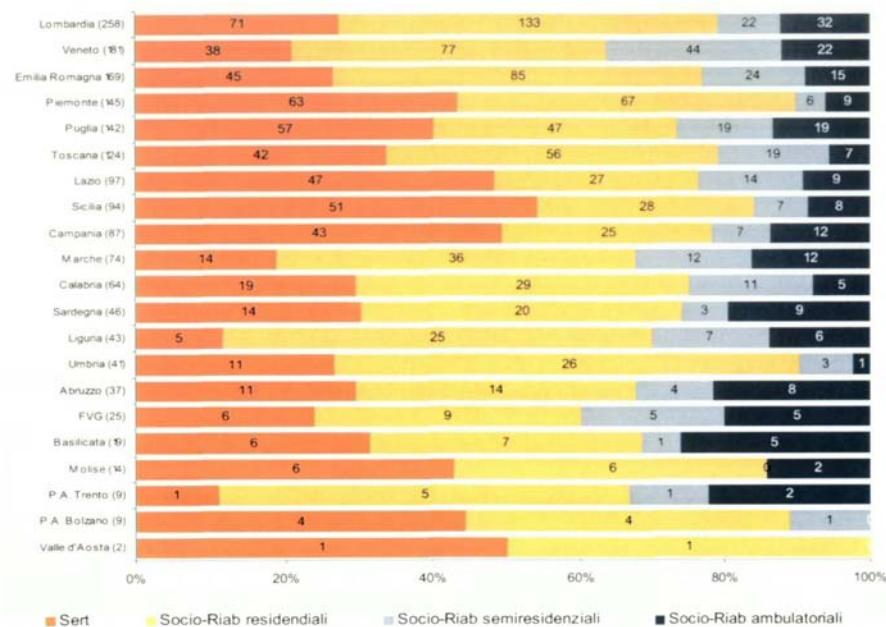
Nel 2008 rispetto all'anno precedente, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Calabria ed in Piemonte, mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra principalmente in Abruzzo (4) e in Piemonte (3). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Lombardia si riporta la riduzione di 9 strutture semiresidenziali, in Friuli Venezia Giulia e Lazio 3 servizi ambulatoriali (Tabella II.2.1).

Tabella II.2.1: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive al 31.12.2007 e 31.12.2008 secondo il tipo di assistenza

	Servizi ⁽¹⁾			Strutture Socio-riabilitative ⁽²⁾											
	Tossicodipendenze			Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali					
	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %
Abruzzo	11	11	0,0	18	14	-22,2	4	4	0,0	8	8	0,0			
Basilicata	6	6	0,0	7	7	0,0	1	1	0,0	5	5	0,0			
Calabria	15	19	26,7	31	29	-6,5	12	11	-8,3	5	5	0,0			
Campania	42	43	2,4	24	25	4,2	9	7	-22,2	13	12	-7,7			
Emilia Romagna	45	45	0,0	88	85	-3,4	27	24	-11,1	16	15	-6,3			
FVG	5	6	20,0	9	9	0,0	5	5	0,0	8	5	-37,5			
Lazio	47	47	0,0	28	27	-3,6	14	14	0,0	12	9	-25,0			
Liguria	5	5	0,0	26	25	-3,8	6	7	16,7	5	6	20,0			
Lombardia	77	71	-7,8	130	133	2,3	31	22	-29,0	32	32	0,0			
Marche	14	14	0,0	37	36	-2,7	12	12	0,0	12	12	0,0			
Molise	6	6	0,0	7	6	-14,3	0	0	-	2	2	0,0			
Piemonte	59	63	6,8	70	67	-4,3	5	6	20,0	10	9	-10,0			
PA Bolzano	4	4	0,0	4	4	0,0	2	1	-50,0	0	0	-			
PA Trento	1	1	0,0	5	5	0,0	1	1	0,0	1	2	100			
Puglia	56	57	1,8	48	47	-2,1	19	19	0,0	19	19	0,0			
Sardegna	14	14	0,0	20	20	0,0	3	3	0,0	9	9	0,0			
Sicilia	52	51	-1,9	30	28	-6,7	8	7	-12,5	9	8	-11,1			
Toscana	42	42	0,0	57	56	-1,8	19	19	0,0	7	7	0,0			
Umbria	11	11	0,0	24	26	8,3	3	3	0,0	2	1	-50,0			
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	1	0,0	0	0	-	0	0	-			
Veneto	38	38	0,0	77	77	0,0	42	44	4,8	23	22	-4,3			
Totale	551	555	0,7	741	726	-2,0	223	210	-5,8	198	188	-5,1			

Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali; (2) Ministero dell'Interno – DCDS

Figura II.2.1: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2008



Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali; (2) Ministero dell'Interno - DCDS

Tabella II.2.2: Personale addetto ai Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2008

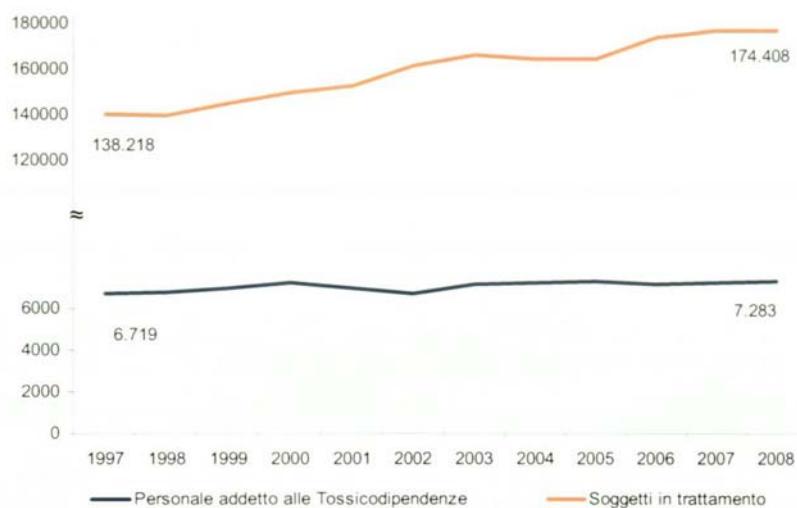
	Personale addetto ai Ser.T.									$\Delta \%$ 2008/ 2000
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Abruzzo	791	827	819	781	733	745	890	810	856	8,2
Basilicata	18	19	17	22	21	21	20	21	26	44,4
Calabria	1020	1003	978	990	961	943	904	930	930	n.d. (*)
Campania	55	26	63	55	65	58	52	64	59	7,3
Emilia Romagna	33	34	34	35	35	36	36	37	37	n.d. (*)
Friuli V. Giulia	479	568	566	581	599	539	622	608	624	30,3
Lazio	135	136	132	141	139	138	133	117	147	8,9
Liguria	252	218	225	296	125	123	262	130	130	n.d. (*)
Lombardia	579	573	503	571	593	632	621	671	671	n.d. (*)
Marche	499	499	574	599	547	508	598	580	613	22,8
Molise	65	114	113	116	107	101	111	111	126	93,8
Piemonte	128	94	184	170	154	193	133	200	130	1,6
PA Bolzano	430	443	538	524	549	475	566	596	596	n.d. (*)
PA Trento	104	127	126	123	105	110	129	110	110	n.d. (*)
Puglia	43	35	39	61	39	57	60	59	59	n.d. (*)
Sardegna	574	589	646	616	733	624	664	697	697	n.d. (*)
Sicilia	534	468	462	479	484	491	481	552	516	-3,4
Toscana	51	66	67	71	67	72	67	68	68	n.d. (*)
Umbria	165	186	180	188	195	208	211	194	194	n.d. (*)
Valle d'Aosta	489	504	490	517	479	453	460	467	467	n.d. (*)
Veneto	275	257	264	299	273	205	194	256	227	-17,5
Totale	6719	6786	7020	7235	7003	6732	7214	7278	7283	8,4

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali.

(*) Dato non disponibile per tutte le strutture; stimato con attribuzione contingente del 2007

Dal 1997 al 2008 l'andamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze aumenta dell'8,3% a fronte di un aumento dell'utenza, nello stesso periodo del 26,2%. Va peraltro precisato che i valori per il 2008 relativi al personale addetto ed all'utenza sono stati stimati sulla base delle informazioni disponibili per il 2007, in assenza del dato per l'anno di riferimento.

Figura II.2.2: Trend dell'utenza e del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2008

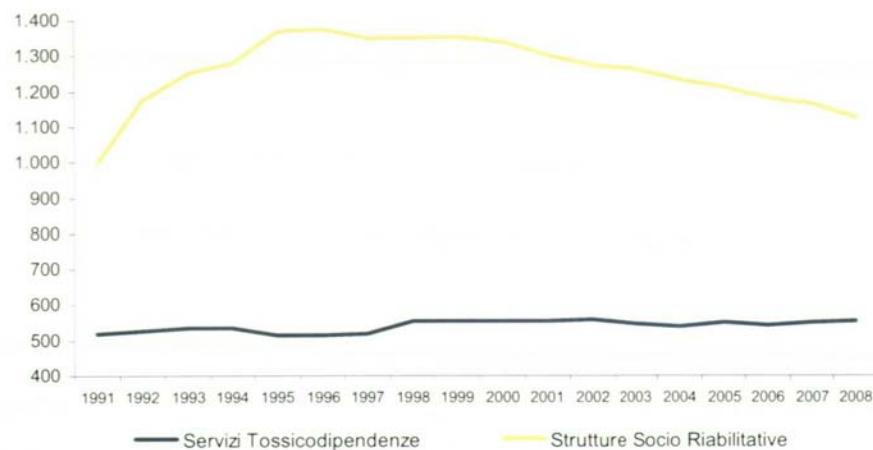


Fonte: Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

L'andamento della numerosità delle strutture socio-sanitarie in quasi vent'anni evidenzia un incremento contenuto dei servizi per le tossicodipendenze attivi, passati da 518 nel 1991 a 555 nel 2008, pari ad un aumento del 7%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, evidenzia un incremento nei primi anni '90, dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per rispondere alla sempre crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze.

Tale incremento delle strutture culmina nel 1996 con 1.372 unità, seguito da una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.124 strutture esistenti nel 2008.

Figura II.2.3: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti. Anni 1991 - 2008



Fonte: *Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Interno - DCDS*

Nel corso del primo quadriennio del 2009 è stata condotta una rilevazione presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999.

Secondo le informazioni giunte dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e province autonome di Trento e Bolzano, emerge che, le strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 194, 2 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Si osserva inoltre una parziale conversione del tipo di struttura, da residenziale (-7,1% rispetto al 2007) a semiresidenziale (+78,6%).

In aumento anche i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'intesa, sia per le strutture a regime residenziale che semiresidenziale (16 nel 2007 vs 35 nel 2008).

Nettamente superiore è il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (332), in calo rispetto al 2007 (-10%), soprattutto per le unità operative in regime semiresidenziale (-27,3%); una riduzione di oltre il 40% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 231 nel 2007 passano a 132 nel 2008, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali.

Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 139, presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Molise, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano (Tabella II:2.4.).

Il 27% di queste eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 26% per alcolisti, il 17% per donne con bambini, il 12% sono centri di crisi e l'11% case alloggio per pazienti con AIDS.

Tabella II.2.3: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2007 - 2008

	Residenziali			Semiresidenziali			Totale strutture		
	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %
Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)	182	169	-7,1	14	25	78,6	196	194	-1,0
Servizi di accoglienza art.11	10	24	140	6	11	83,3	16	35	118,8
Servizi terapeutico-riabilitativi art.12	317	292	-7,9	55	40	-27,3	372	332	-10,8
Servizi di trattamento specialistici art.13	139	138	-0,7	27	1	-96,3	166	139	-16,3
13 a) Doppia Diagnosi	34	38	11,8	-	-	-	34	38	11,8
13 b) Mamma con bambino	20	24	20,0	-	-	-	20	24	20,0
13 c) Alcolisti	33	35	6,1	-	1	-	33	36	9,1
13 d) Cocainomani	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	1	-	-100	-	-	-	1	-	-100
13 f) Minori	2	3	50,0	-	-	-	2	3	50,0
13 g) Coppie	1	-	-100	-	-	-	1	-	-100
13 h) Centri crisi	13	15	15,4	-	-	-	13	15	15,4
13 i) Casa alloggio AIDS	15	16	6,7	-	-	-	15	16	6,7
13 l) Altro	23	7	-69,6	-	-	-	23	7	-69,6
Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14	192	115	-40,1	39	17	-56,4	231	132	-42,9
Servizi multidisciplinari integrati art. 15	-	3	-	-	1	-	-	4	-
Altri programmi accreditati	-	1	-	-	-	-	-	1	-

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 40 strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche.

Si trovano nelle regioni Abruzzo (1), Friuli Venezia Giulia (3), P.A. Bolzano (1), Piemonte (7), Toscana (18), Umbria (4), Sardegna (1) e Veneto (5). Il 52% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 5% servizi di accoglienza e il 43% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 40% si occupa di utenti in doppia diagnosi, il 20% di alcolisti, una struttura è dedicata alla gestione della crisi, una si riferisce ad un alloggio per pazienti con AIDS, infine altre 4 strutture riguardano altre specialità.

Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione . Anni 2007 - 2008

Anno	Strutture specialistiche			Strut. non specialistiche			Totale
	Resid.	Semi	Totale	Resid.	Semi	Totale	
Abruzzo	2007	-	-	18	5	23	23
	2008	2	3	5	14	15	20
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	-22,2	-80	-34,8
	2007	-	-	16	-	16	16
Basilicata	2008	1	-	1	5	5	6
	Δ %	n.c.	-	n.c.	-68,8	-	-62,5
	2007	1	-	1	28	8	37
	2008	1	9	10	22	-	32
Calabria	Δ %	0,0	n.c.	900,0	-21,4	-100,0	-38,9
	2007	-	-	-	23	11	34
	2008	-	8	8	22	-	30
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	-4,3	-100,0	-35,3
Campania	2007	13	-	13	53	21	87
	2008	19	16	35	57	-	92
	Δ %	46,2	n.c.	169,2	7,5	-100,0	-23,0
	2007	1	-	1	11	-	12
Friuli Venezia Giulia	2008	-	2	2	8	-	10
	Δ %	-100,0	n.c.	100,0	-27,3	n.c.	-27,3
	2007	-	-	-	32	42	74
	2008	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lazio	2007	5	-	5	14	1	20
	2008	4	1	5	14	-	19
	Δ %	-20,0	n.c.	0,0	0,0	-100,0	-6,7
	2007	6	-	6	233	24	257
Lombardia	2008	14	24	38	241	-	279
	Δ %	133,3	n.c.	533,3	3,4	-100,0	-6,2
	2007	11	-	11	54	8	62
	2008	11	8	19	54	-	73
Marche	Δ %	0,0	n.c.	72,7	0,0	-100,0	-12,9
	2007	-	-	-	4	-	4
	2008	-	-	-	4	-	4
	Δ %	-	-	-	0,0	-	0,0
Piemonte	2007	59	-	59	49	7	56
	2008	46	9	55	41	-	41
	Δ %	-22,0	n.c.	-6,8	-16,3	-100,0	-26,8
	2007	1	-	1	3	1	4
PA Bolzano	2008	-	-	-	2	-	2
	Δ %	-100,0	-	-100,0	-33,3	-100,0	-50,0
	2007	2	-	2	3	1	4
	2008	2	1	3	3	-	3
PA Trento	Δ %	0,0	n.c.	50,0	0,0	-100,0	-25,0
	2007	-	-	-	90	24	114
	2008	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Δ %	-	-	-	-	-	-
Puglia	2007	1	-	1	22	3	25
	2008	-	-	-	-	-	-
	Δ %	-100,0	-	-100,0	-33,3	-100,0	-50,0
	2007	2	-	2	3	1	4
Sardegna	2008	2	3	5	21	-	21
	Δ %	100,0	n.c.	400,0	-4,5	-100,0	-16,0
	2007	-	2	2	29	7	36
	2008	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	Δ %	-	-	-	-	-	-
	2007	26	-	26	38	12	50
	2008	24	10	34	38	-	72
	Δ %	-7,7	n.c.	30,8	0,0	-100,0	-24,0
Toscana	2007	7	-	7	15	-	15
	2008	7	-	7	16	-	16
	Δ %	-	-	-	6,7	-	4,5
	2007	1	-	1	1	-	1
Valle d'Aosta	2008	-	-	-	1	-	1
	Δ %	-100,0	-	-100,0	0,0	-	0,0
	2007	8	-	8	63	-	63
	2008	5	-	5	41	-	41
Veneto	Δ %	-37,5	-	-37,5	-34,9	-	-34,9
	2007	8	-	8	63	-	63
Veneto	2008	5	-	5	41	-	41
	Δ %	-37,5	-	-37,5	-34,9	-	-35,2

n.c.= dato non calcolabile; n.d.=dato non disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Parte Terza

*Interventi di risposta
ai bisogni Socio-Sanitari
e di risposta all'offerta di droga*

PAGINA BIANCA

CAPITOLO III.1.

PREVENZIONE PRIMARIA

III.1.1. Prevenzione universale

III.1.1.1 Obiettivi del Piano d'Azione 2008

III.1.1.2 Questionari strutturati EMCDDA

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.2.1 Obiettivi del Piano d'Azione 2008

III.1.2.2 Questionari strutturati EMCDDA

III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

III.1.3.1 Obiettivi del Piano d'Azione 2008

III.1.3.2 Questionari strutturati EMCDDA

PAGINA BIANCA

III.1. PREVENZIONE PRIMARIA

La materia della prevenzione primaria è stata oggetto sia delle azioni contenute nel Piano Italiano di Azione sulle droghe approvato nel 2008 sia della rilevazione condotta presso le Regioni e le Province Autonome nei primi mesi del 2009 dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla base dei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona riguardanti l'attivazione e/o la prosecuzione di progetti di prevenzione primaria secondo le diverse dimensioni: universale, selettiva verso gruppi a rischio o indirizzata su gruppi specifici.

Con riferimento ai risultati emersi dal progetto sul monitoraggio dell'attivazione del Piano d'Azione sulle Droghe e dalla somministrazione dei questionari dell'OEDT, in questa sezione viene presentato un profilo conoscitivo sullo stato di attivazione di azioni mirate alla prevenzione primaria, secondo le tre aree indicate dall'Osservatorio di Lisbona.

III.1.1. Prevenzione universale

III.1.1.1. Obiettivi del Piano d'Azione 2008

Questa azione preventiva è stata articolata nel Piano d'Azione 2008 su diversi Obiettivi che variano dalla natura di coordinamento a quella sperimentale.

Mancanza di coordinamento nazionale e scarso coordinamento territoriale

L'Obiettivo 20 intendeva assicurare l'integrazione di tutti gli attori territoriali competenti della prevenzione con la conseguente azione relativa alla Costituzione di coordinamenti territoriali.

Il 20% delle Regioni avrebbe attuato l'Obiettivo in modo conforme mentre il 60% non del tutto conforme; il restante 20% delle Regioni non ha attuato l'Obiettivo. In generale questo intento di unire gli attori competenti sul territorio appare presente sul territorio nazionale con un 80% di copertura. Va tuttavia sottolineato che esistono forti differenziazioni sia nei livelli di attività concreta sul territorio che nell'impostazione delle campagne di comunicazione e dei messaggi spesso non chiari e a volte incoerenti nei confronti del principio generale che "tutte le droghe sono dannose" e che l'indicazione primaria è di evitarne l'uso perché pericoloso ed illegale. Inoltre un problema rilevante riscontrato è quello che non esistono linee di indirizzo nazionali e interventi standardizzati e validati, ma spesso vi sono una serie di generose improvvisazioni quasi sempre in assenza di un piano di validazione dell'impatto ottenuto oltre che dei costi generati.

Tra scienza ed ideologia: incoerenza e difficoltà di comunicazione

Obiettivo 18, a sua volta mirava a "*Informare in maniera scientificamente corretta i giovani studenti per l'acquisizione di comportamenti consapevoli e per diffondere la cultura della salute*". Diversamente dalla finalità organizzativa dell'obiettivo precedente, questo obiettivo incide sui comportamenti e ha un orizzonte di lungo periodo. Esso prevede come azione l'avvio di iniziative informative nelle scuole; il salto dalla finalità all'azione è piuttosto brusco ma restringe l'operatività anche se perde la portata del cambiamento atteso.

Il 36.8% delle Regioni avrebbe attuato in modo conforme mentre per il 47.4% l'attuazione non è stata conforme. Il 15.8% non ha perseguito l'Obiettivo non avviando alcuna azione. Anche in questo caso si assiste ad una forte differenziazione dei cosiddetti messaggi "scientifici" che potrebbero a volte essere più orientati ad avvalorare tesi ideologiche o giustificare una certa implicita tolleranza all'uso di sostanze quale la cannabis. Non esiste infatti uniformità di vedute a questo proposito tra gli operatori, né punti di riferimento tecnico scientifico rilevanti e disponibili a fornire materiali divulgativi e formativi "evidence based" e appositamente studiati da poter utilizzare negli interventi

territoriali.

Piuttosto laborioso l'Obiettivo 11, attraverso il quale si intendeva sensibilizzare le figure adulte rispetto alle tematiche dell'uso e dell'abuso delle sostanze stupefacenti, del doping e del gambling. Le azioni relative erano riassunte nella Campagna informativa mass mediatica e nell'Attivazione sul territorio di iniziative collegate.

Il basso livello di attuazione conforme (5,6% delle Regioni si sono mobilitate su questo obiettivo) e il 72,2% di non conformità evidenzia la difficile congruenza fra finalità e azioni necessarie. Il 22,2% di non attuazione evidenzia che la maggioranza delle Regioni è stata attiva su questo Obiettivo.

L'Individuazione di modelli efficaci per la prevenzione primaria nelle scuole era ricercata con l'Obiettivo 9 con tre azioni conseguenti di natura progettuale, orientativa e didattica. (Progetto nazionale di supporto alla responsabilità di enti locali e scuole nell'esercizio delle politiche di prevenzione; Linee guida; Definizione modelli di intervento e contenuti didattici).

Il tasso di attuazione è stato del 21,1% (conformità) mentre il 36,8 % delle Regioni ha attuato l'Obiettivo in modo non conforme e il 42,1% ha dichiarato di non aver attuato l'Obiettivo. L'esempio di questo Obiettivo è significativo per considerare con una certa approssimazione le risposte delle Regioni a causa della formulazione dell'Obiettivo e la declinazione di più azioni. Per esteso infatti l'Obiettivo riguarda *"l'Individuazione e la selezione di modelli efficaci per ridefinire e potenziare gli interventi di prevenzione primaria nelle scuole, in collegamento con il territorio di appartenenza"*. Se i predicati verbali individuare e selezionare possono avvicinarsi, quelli di ridefinire e potenziare evocano azioni diverse volte o alla ristrutturazione o al rafforzamento della prevenzione. Anche il progetto di supporto alla responsabilità di enti ed istituzioni scolastiche, che compare come prima azione, potrebbe essere apparsa poco chiara ai rispondenti delle Regioni e quindi "distorta" la riposta conseguente. Il termine "responsabilità" infatti potrebbe aver creato confusioni interpretative. Conseguentemente, i risultati devono essere considerati come ordine di grandezza al fine di cogliere la situazione generale per ogni Obiettivo.

In generale, ogni Regione segnala obiettivi preventivi diversificati con popolazioni target diverse. Inoltre, gli impegni legati alle strategie informative potrebbero influire su azioni di natura trans regionale o nazionale (come la prima azione). Le particolari priorità locali come la campagna sull'alcol o il tabacco hanno comportato la sovrapposizione con le azioni previste nel Piano Nazionale. In altri casi, la differente strategia informativa focalizzata su attori territoriali particolari, come i consultori o le scuole hanno obbligato gli uffici regionali ad azioni mirate e specifiche che non prevedevano il collegamento con il contesto nazionale.

III.1.1.2. Questionari strutturati EMCDDA

Nel corso del 2008, le attività di prevenzione universale a livello di comunità locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, hanno riguardato principalmente lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (95,2% delle Regioni e PPAA), la prevenzione multidisciplinare a livello locale sulle droghe (66,7%), la prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (66,7%), formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio (61,9%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (52,4%), l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali (52,4%) e la prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media, compreso Internet (42,9%).

Basso coinvolgimento delle figure adulte

Basso coinvolgimento delle scuole per assenza di una modellistica di intervento condivisa e strutturata

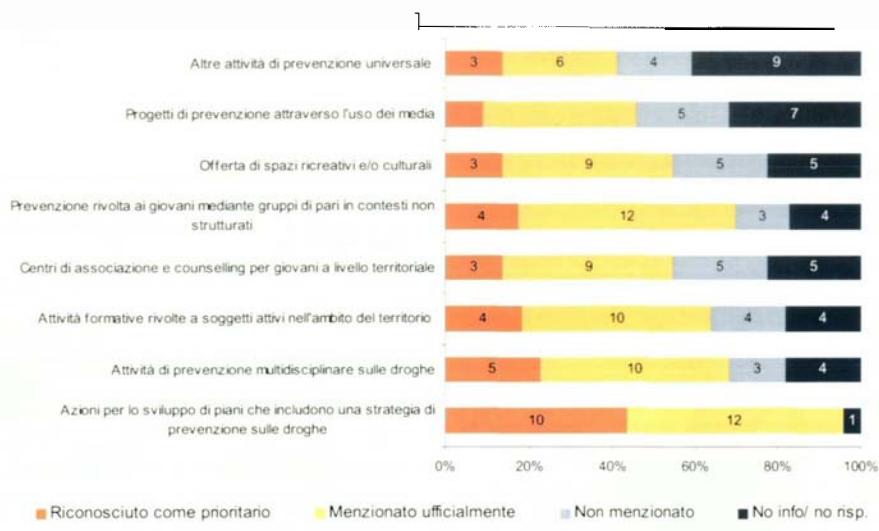
Difficoltà nel coordinare ed allineare le strategie regionali con il Piano Nazionale

Piani territoriali rivolti ai giovani

Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (66,7%) e progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (52,4%).

Alcune Regioni e PPAA hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale che a livello familiare svolte nel 2008.

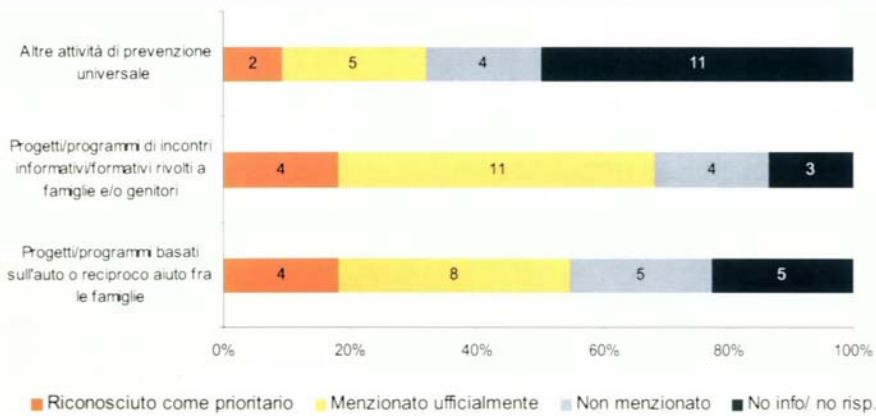
Figura III.1.1: Distribuzione percentuale di riferimenti esplicativi ai diversi programmi rivolti alla comunità locale nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



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

20 Regioni e PPAA hanno sviluppato, nel 2008, piani di prevenzione sulle droghe: quasi il 50% ha ritenuto questo obiettivo prioritario, menzionato ufficialmente dal 57,1% dei referenti regionali (Figura III.1.1).

Figura III.1.2: Distribuzione percentuale di riferimenti esplicativi ai diversi programmi rivolti alle famiglie nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



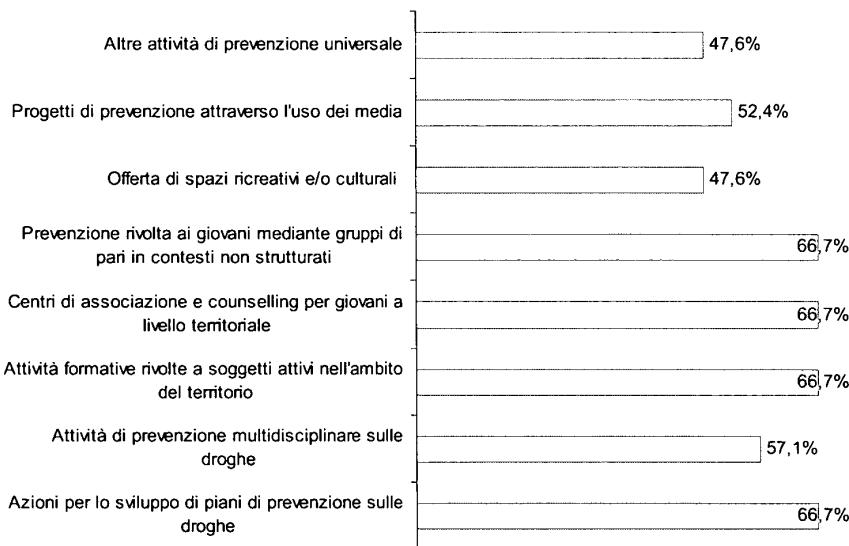
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regione

Per quanto riguarda la prevenzione universale a livello familiare, l'attività maggiormente menzionata nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali è stata la creazione di programmi di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (ritenuta prioritaria nel 19% dei casi e menzionata ufficialmente nel 52,4%).

Dal punto di vista operativo 2/3 delle Regioni e PPAA nel corso del 2008 hanno attivato o erano in corso di realizzazione progetti di prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi pari in contesti non strutturati, attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del territorio (mediatori linguistici, culturali, etc.), ovvero sono state intraprese azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe ed attivati centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (Figura III.1.3).

Elevato impegno territoriale sui giovani mediante formazione, counselling e gruppi di pari.

Figura III.1.3: Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

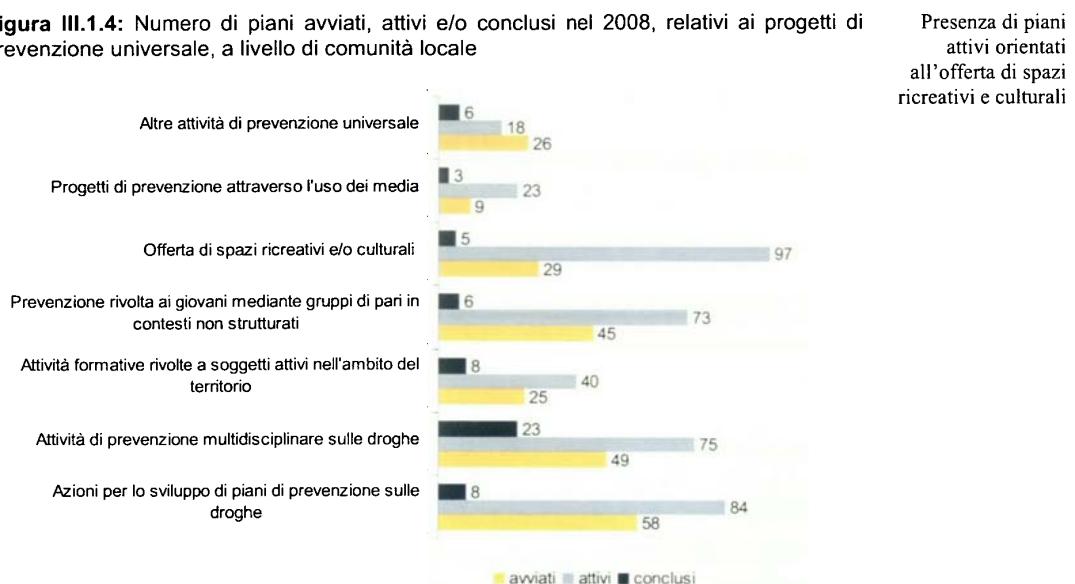


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

In circa la metà delle Regioni e PPAA (10) sono stati avviati o erano già attivi progetti per l'incentivazione dell'offerta di spazi ricreativi e/o culturali; in particolare tra il complesso di progetti attivi o attivati in ambito di prevenzione universale, l'offerta di spazi ricreativi rappresenta l'ambito con numerosità più elevata (97) (Figura III.1.4). Particolare attenzione da parte delle Regioni e PPAA è stata dedicata anche allo sviluppo di piani di prevenzione sulle droghe, di cui 84 già attivi nel 2008 e 58 avviati nel corso dell'anno, che rappresentano il numero più elevato di piani di prevenzione universale avviati nel 2008.

Nello stesso anno sono stati avviati 30 centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale e ne erano attivi 94.

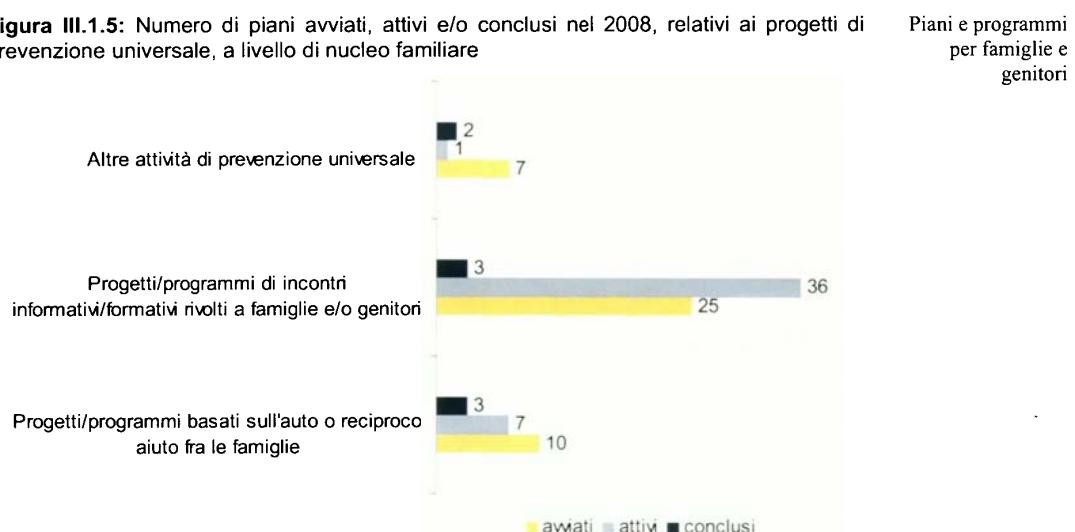
Figura III.1.4: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale



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

Figura III.1.5: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare

Presenza di piani attivi orientati all'offerta di spazi ricreativi e culturali



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

Circa la metà delle Regioni e PPAA nel 2008 aveva piani già avviati, attivi e/o conclusi nell'anno, relativi ai progetti di prevenzione universale a livello di nucleo familiare. In particolare, sono attivi 36 piani relativi a progetti di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori e ne sono stati avviati 25 (Figura III.1.5).

Nella Tabella III.1.1 sono state riportate tutte le Regioni e PPAA che hanno indicato nel questionario europeo i progetti di prevenzione universale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2008. Nel Complesso sono stati finanziati circa 15 milioni di Euro, di cui oltre il 35% del finanziamento complessivo è stato erogato dalla Regione Lazio, seguita dalle Regioni Toscana e Calabria.

Tabella III.1.1: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2008

Regioni	Importo	%
Abruzzo	1.060.676,12	7,0
Basilicata	45.000,00	0,3
Bolzano	99.947,00	0,7
Calabria	2.071.247,01	13,7
Campania	300.000,00	2,0
Emilia Romagna	254.000,00	1,7
Friuli Venezia Giulia	81.000,00	0,5
Lazio	5.406.540,00	35,8
Marche	non disponibile	-
Molise	197.000,00	1,3
Piemonte	180.000,00	1,2
Puglia	1.521.822,17	10,1
Sardegna	412.222,44	2,7
Toscana	2.183.942,96	14,5
Trento	135.342,00	0,9
Umbria	1.071.457,00	7,1
Valle d'Aosta	63.000,00	0,4
Veneto	non disponibile	-
Totale	15.083.196,70	100,0

Almeno 15 milioni di euro per la prevenzione universale investiti dalle regioni

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

Solo una Regione su tre ha attivato campagne informative di prevenzione universale all'uso di sostanze lecite e illecite nel 2008, raggiungendo un massimo di 5 campagne per il Friuli Venezia Giulia. La tematica maggiormente affrontata è stata l'alcol, utilizzando principalmente come tipologia di mass media il depliant.

Una regione su tre ha attivato campagne informative

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.2.1. Obiettivi del Piano d'Azione 2008

L'Obiettivo 19 intendeva assicurare alle scuole un'attività di consulenza per la progettazione di azioni educative volte a farsi carico di situazioni di disagio e a prevenire le dipendenze anche attraverso attività di formazione dei docenti.

Sotto dimensionati gli interventi e l'incremento delle scuole

Anche in questo caso le azioni sono molteplici, come l'individuazione di una specifica area del consumo di sostanze o delle dipendenze all'interno del piano nazionale del benessere dello studente, la costituzione di gruppi di lavoro di esperti per la progettazione e la realizzazione di interventi a livello territoriale, il ripristino degli sportelli a scuola e le attività di formazione dei referenti regionali e provinciali per l'educazione alla salute e del personale scolastico.

Il 10,5 % delle Regioni esprime la conformità su questo Obiettivo, mentre il 63,2 % dichiara di aver attuato le azioni in modo non conforme e il 26,3% indica di non aver attuato l'Obiettivo. Anche in questo caso si può cogliere il quadro generale dato che è difficile capire su quale azione l'attuazione è stata conforme.