

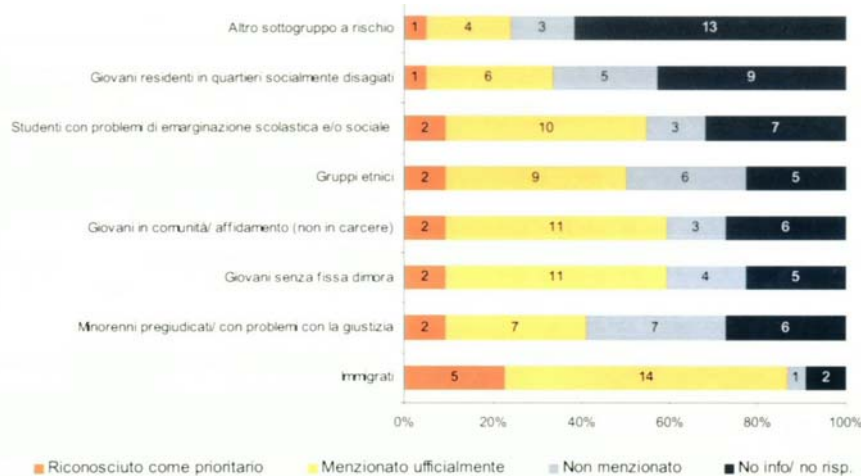
III.1.2.2. Questionari strutturati EMCDDA

Gruppi a rischio

Nel corso del 2008, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati (90,5% delle Regioni e PPAA), giovani senza fissa dimora (61,9%), giovani in comunità/affidamento (61,9%) (Figura III.1.6). Alcune regioni hanno indicato altri sottogruppi a rischio che sono stati oggetto di interventi di prevenzione selettiva: gruppi di TD e/o marginali “di strada” (Friuli Venezia Giulia), figli di tossicodipendenti e adolescenti a rischio (Lazio) e adolescenti con disturbi da uso di sostanze o comportamenti a rischio (Liguria).

Particolare
attenzione
dichiarata per
immigrati e giovani
senza fissa dimora

Figura III.1.6: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione a gruppi a rischio nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



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

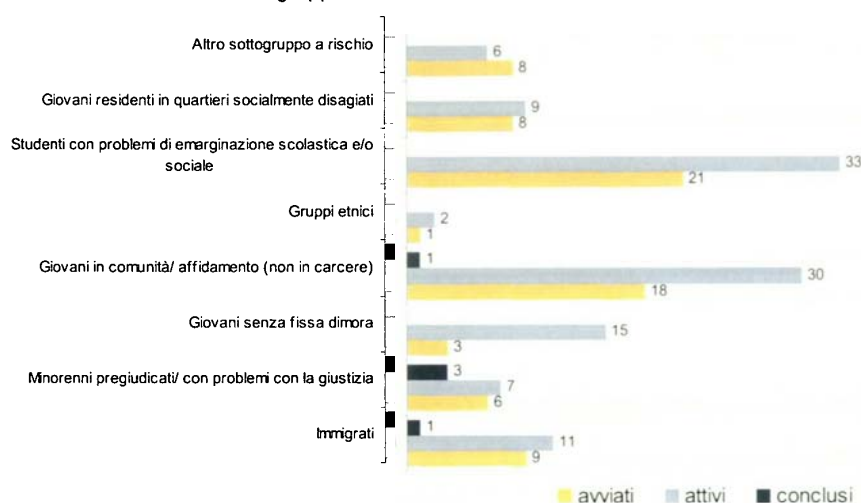
Solo per gli immigrati sono stati avviati e/o conclusi dei progetti di prevenzione selettiva e mirata in una quota considerevole di Regioni e PPAA. Per gli altri gruppi a rischio le percentuali non superano il 33,3%.

Per i progetti attivati, gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Nonostante 18 Regioni e PPAA su 21 abbiano avviato dei progetti di prevenzione selettiva rivolta agli immigrati, il numero di piani avviati, attivi e conclusi non è molto alto (figura III.1.7). Il maggior numero di piani avviati (21) e di quelli attivi (33) nel 2008 è stato ottenuto in corrispondenza del gruppo a rischio degli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale (Figura III.1.7).

Piani attivati
realmente
soprattutto per
studenti con
problemi di
emarginazione e
giovani in
comunità/
affidamento

Figura III.1.7: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



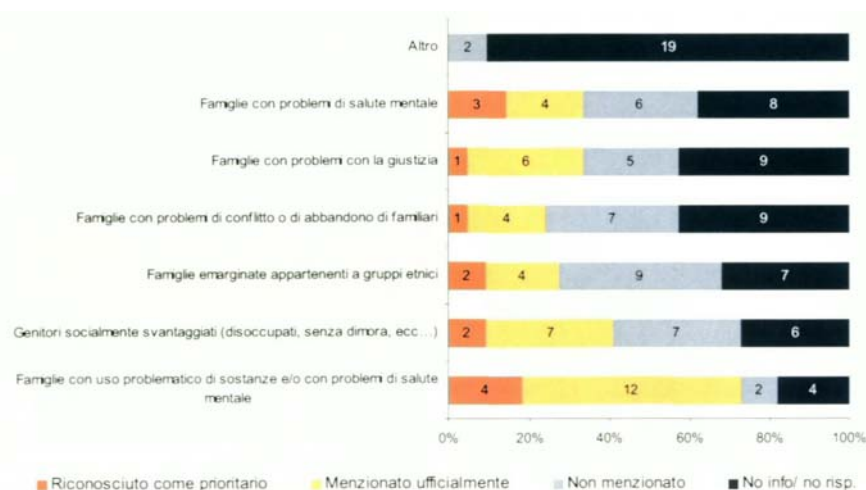
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

III.1.2.3. Famiglie a rischio

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, i programmi rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze e/o con problemi di salute mentale sono stati menzionati nel 76,2% dei documenti ufficiali; in particolare nel 19% dei documenti risultano prioritari, nel 57,1% menzionati ufficialmente (Figura III.1.8).

Particolare attenzione dichiarata e piani attivati per famiglie problematiche

Figura III.1.8: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione alle famiglie nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



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

Il 61,9% di Regioni e PPAA ha attivato e/o concluso dei piani rivolti alle famiglie con uso problematico di sostanze, incluso l'alcol, e/o con problemi di salute mentale; in particolare risultano 12 piani avviati, 29 attivi e 9 conclusi (Figura III.1.9). Per tutti gli altri gruppi di famiglie a rischio, il numero di progetti di prevenzione selettiva e mirata non sono molto alti.

Anche per quanto riguarda le famiglie a rischio, gli interventi di prevenzione sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Figura III.1.9: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



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

Tabella III.1.2: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2008

Regioni	Importo	%
Abruzzo	504.000,00	3,6
Basilicata	25.000,00	0,2
Bolzano	240.728,40	1,7
Calabria	929.144,45	6,6
Campania	non disponibile	-
Emilia Romagna	2.920.000,00	20,8
Friuli Venezia Giulia	208.000,00	1,5
Lazio	1.389.576,00	9,9
Marche	135.000,00	1,0
Molise	184.240,00	1,3
Piemonte	354.390,00	2,5
Puglia	1.680.556,33	12,0
Toscana	3.294.630,67	23,5
Umbria	560.536,00	4,0
Veneto	1.600.000,00	11,4
Totale	14.025.801,85	100,0

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

Nella Tabella III.1.2 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e PPAA sia per progetti di prevenzione selettiva a gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, 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 14 milioni di Euro, principalmente nelle regioni Toscana (23,5% del totale), Emilia Romagna (20,8%) e Puglia (12,0%).

Le campagne informative di prevenzione selettiva mirata a gruppi e/o famiglie vulnerabili sono state attivate dal 76,2% delle Regioni e PPAA. Le tematiche

Almeno 14 milioni investiti dalle regioni in prevenzione selettiva

Campagne informative mediatiche

maggiormente affrontate sono state le sostanze lecite ed illecite in generale e l'alcol, utilizzando prevalentemente, come tipologia di mass media, il depliant.

III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

III.1.3.1. Obiettivi del Piano d'Azione 2008

L'Obiettivo 15 si riferiva alla prevenzione nei Luoghi di lavoro con un'azione relativa al Progetto nazionale policentrico di iniziative sui luoghi di lavoro. In questo caso l'Obiettivo non è espresso in termini finalistici ma ricalca l'azione. Non essendoci dubbi sull'oggetto dell'Azione del Piano (Prevenzione sui luoghi di lavoro), le risposte delle Regioni non lasciano dubbi sulla bassa attuazione di questo Obiettivo.

Il tasso di conformità è del 16.7%, quello di non conformità del 50% mentre il 33.3% non ha attuato l'Obiettivo.

Questi dati fanno capire che materia della prevenzione sul luogo di lavoro e dei relativi servizi contro la dipendenza appare l'anello più debole delle politiche regionali e l'aspetto che fa notare i più ampi margini di miglioramento per il futuro Piano. Salvo rare eccezioni, questa materia non sembra nell'agenda delle Regioni. Sembra ventilato il rischio che la politica degli accertamenti sui luoghi di lavoro privi le piccole imprese del personale necessario.

I rari casi di buone pratiche esistenti nelle Regioni non riescono a compensare una generale disattenzione verso le problematiche "drug related" negli ambienti professionali, sia nell'industria sia nel terziario.

L'Obiettivo 16 riguardava lo sviluppo di Interventi di prevenzione nei locali di divertimento con Azioni relative all'avvio di Interventi regionali in collaborazione con i servizi pubblici e il privato sociale.

Il tasso di conformità è risultato del 36.8% di conformità, quello di non conformità del 52.6% di non conformità, mentre il 10.5% delle Regioni non ha attuato l'Obiettivo.

Diversamente dalla prevenzione sui luoghi di lavoro, la maggioranza delle Regioni ha attuato nel 2008 azioni preventive nei locali di divertimento, soprattutto quelle esposte ai flussi turistici estivi. Alcune Regioni fanno rilevare buone pratiche che affrontano le nuove tipologie di consumo nella popolazione giovanile. In qualche caso l'argomento è stato approfondito unendo le strategie di riduzione della domanda con quelle di riduzione dell'offerta anche se non erano oggetto dell'attività delle Regioni.

In materia di prevenzione, sono stati richiamati i progetti interregionali coordinati da Emilia Romagna e Toscana, come quello relativo al Censimento dei giovani nei luoghi di divertimento dove si osserva la loro mobilità (aeroporti, ferrovie e, CTS e viaggi nei luoghi di divertimento come Ibiza). Il progetto include la gestione dei grandi eventi (Concerti) e Linee guida relativi alle nuove forme di consumo.

L'Obiettivo 13 riguardava la sensibilizzazione dei gestori dei locali con slot machines sulle problematiche del gioco patologico e coinvolgimento degli stessi per l'adesione a un codice di autoregolamentazione. Le azioni erano tre: Stipula di un accordo con le associazioni di categoria; l'organizzazione di corsi di formazione; la Certificazioni locali liberi da gioco patologico.

Il 21.1 % delle Regioni ha realizzato l'Obiettivo in conformità con le indicazioni del Piano, il 26.3% delle Regioni ha attuato non conformità e il 52.6% non ha attuato l'Obiettivo.

Prevenzione nei luoghi di lavoro: anello debole delle politiche di prevenzione

Prevenzione nei luoghi di divertimento: attivazione di interventi soprattutto nelle regioni ad alto flusso turistico

Bassa sensibilizzazione dei gestori di locali con slot machine

Molto basso il coinvolgimento di gestori di palestre per la prevenzione del doping

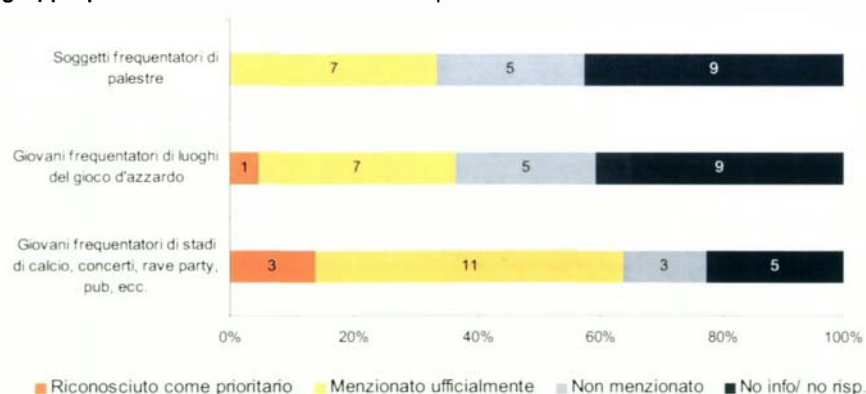
Infine l'Obiettivo 14 si riferiva alla Sensibilizzare dei gestori delle palestre sulle problematiche del doping e riduzione dell'uso delle sostanze dopanti. Anche qui tre azioni che rispecchiano quello del precedente Obiettivo: Accordo con associazioni di categoria, Organizzazione di corsi e Certificazione palestre sicure. La Conformità è del 5.6%, la non conformità del 16.7% e la non attuazione del 77.8%. E' decisamente un Obiettivo che ha ricevuto poca attenzione considerato il tasso di non attuazione e di quello di attuazione conforme alle indicazioni del Piano.

III.1.3.2. Questionari strutturati EMCDDA

Nel corso del 2008, a conferma di quanto individuato nel progetto di monitoraggio del PdA, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub, ed altri luoghi ricreativi e giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi (66,7% delle Regioni e PPAA) (Figura III.1.10).

La Regione Toscana nei documenti strategici a favore della prevenzione a specifici gruppi ha indicato interventi di prevenzione selettiva per i tabagisti.

Figura III.1.10: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione mirata a gruppi specifici nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008.



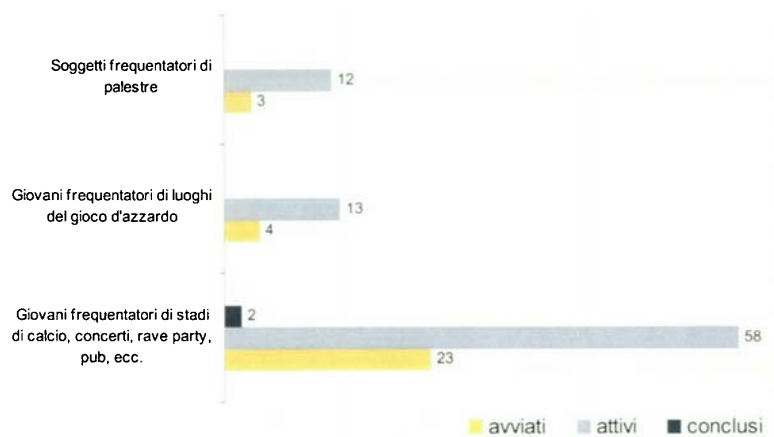
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Solo per i giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub, ed altri luoghi ricreativi e per i giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi sono stati avviati e/o conclusi progetti di prevenzione mirata in una quota considerevole di Regioni e PPAA.

In particolare per tale gruppo specifico sono stati avviati 58 piani, ne erano già attivi ad inizio anno 23, e nel corso del 2008 ne sono stati conclusi 2 (Figura III.1.11).

Quota considerevole di progetti attivati per giovani con comportamenti a rischio

Figura III.1.11: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione mirata a gruppi specifici.



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

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

- III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni
- III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze
- III.2.3. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie
- III.2.4. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati

PAGINA BIANCA

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

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

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

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

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

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

Premesse

Fonti informative:
Regioni e Province
Autonome

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

III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni

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

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

Ognuno degli interventi di trattamento sopra menzionati può essere svolto in strutture ambulatoriali, strutture di ricovero o residenziale ed ambulatori dei medici di base.

In linea generale anche in Italia sussiste tale classificazione dei trattamenti, con differenze nelle sedi di erogazione degli stessi: raramente trattamenti farmacologici vengono erogati da medici di medicina generale e le strutture di ricovero di norma assistono gli utenti nell'ambito della cura di eventi acuti.

In termini di strategie regionali per interventi socio-sanitari a favore delle persone con bisogno di trattamento in relazione all'uso di sostanze psicoattive, il 71,4% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste i 2/3 hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.

In Figura III.2.1 sono indicate le Regioni (in termini percentuali) che hanno realizzato interventi specifici rivolti a diversi soggetti; in particolare si può osservare che il 90,5% ha attivato interventi di trattamento rivolti ad utilizzatori

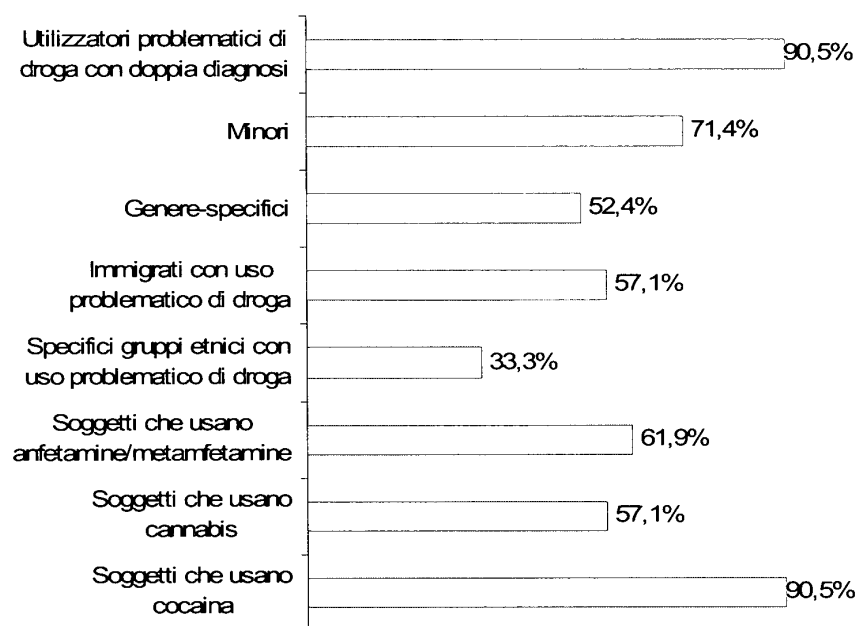
Articolazione dei
trattamenti secondo
lo schema OEDT:
antiastinenziali,
farmacologici
assistiti.
"drug free"

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

¹ Per la Sardegna, questo è vero solo per una parte delle ASL.

con bisogno di cura per patologie di doppia diagnosi ed a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina. Solo nel 30% delle Regioni, invece, esistono specifici interventi di trattamento rivolti agli immigrati con uso bisogno di trattamento¹.

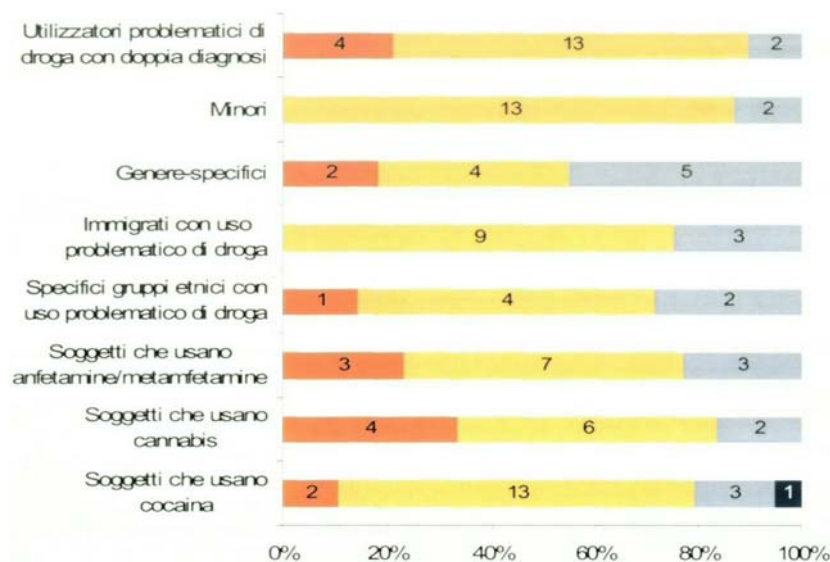
Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti



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

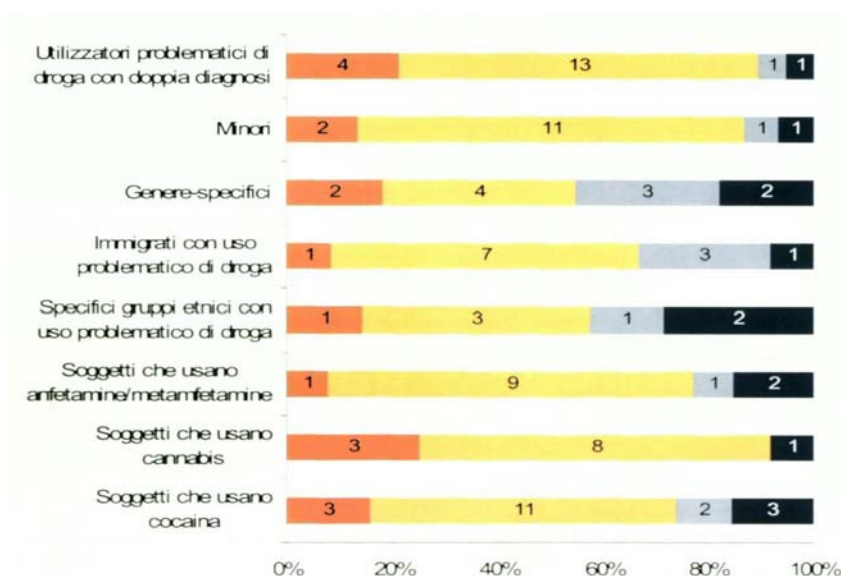
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva; infatti, la percentuale di Regioni che ha giudicato di buon livello gli interventi di trattamento va dal 54,4% (interventi di trattamento genere-specifici) all'89,5% (interventi di trattamento rivolti agli utilizzatori problematici di droga con doppia diagnosi).

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

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

Anche l'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 50% delle Regioni e Province Autonome. Livelli più alti sono stati ottenuti in corrispondenza dei trattamenti rivolti a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cannabis e dei trattamenti per i minori.

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

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

La maggior parte delle Regioni ha indicato⁽²⁾ il trattamento integrato come principale modalità di trattamento per i soggetti con doppia diagnosi.

Più del 50% delle Regioni e Province Autonome, utilizza i dati sui trattamenti rilevati nei Ser.T./Dipartimenti per programmare, modulare o modificare politiche e pratiche nel campo della lotta alla droga all'interno della propria realtà regionale programmando/riorganizzando i servizi territoriali, programmando l'aggiornamento professionale, programmando/attuando interventi nel campo della prevenzione primaria.

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Ad una prima analisi delle schede pervenute al Ministero della Salute, sulla distribuzione dei soggetti assistiti per tipo di trattamento è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (67%), prevalentemente metadone (49%), mentre il restante 33% di soggetti è stato sottoposto nel 2008 ad un trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Va rammentato, tuttavia, che il valore complessivo dei soggetti può risultare superiore all'utenza assistita nell'anno in relazione al conteggio multiplo di uno stesso soggetto, qualora sottoposto nel periodo di riferimento a trattamenti di diversa tipologia.

Oltre 150.000
persone trattate
all'anno

Tabella III.2.1: Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2007 e 2008

	Anno 2007		Anno 2008		Δ%
	Valori	%C	Valori	%C	
Soggetti per tipologia di trattamento					
Psicosociale/riabilitativo	60.895	36,1	56.081	36,1	0,0
Metadone	92.045	54,5	83.481	53,8	-1,4
Naltrexone	1.223	0,7	707	0,5	-37,2
Clonidina	832	0,5	465	0,3	-39,2
Altri farmaci non sostitutivi	13.784	8,2	14.522	9,4	14,5
Totale	168.779	100,0	155.256	100,0	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone					
Breve termine	10.576	11,6	9.213	11,0	-5,0
Medio termine	17.076	18,8	17.076	20,5	9,0
Lungo termine	63.370	69,6	57.192	68,5	-1,6
Totale Metadone	91.022	54,5	83.481	53,8	-1,4
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina (*)					
Breve termine	1.901	11,0	1.635	11,7	5,6
Medio termine	3.193	18,5	2.804	20,0	7,8
Lungo termine	12.123	70,4	9.588	68,4	-2,9
Totale Buprenorfina	17.217	17,4	14.027	17,3	-0,6
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo					
Sostegno psicologico	30.195	31,4	29.990	32,9	4,7
Psicoterapia	10.962	11,4	9.385	10,3	-9,7
Interventi di servizi sociali	54.930	57,2	51.772	56,8	-0,6
Totale psicosociale	96.087	36,1	91.147	36,1	0,0

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

(*) I dati per il 2007 si riferiscono al 65% dei Sert attivi, mentre nel 2008 si riferiscono al 48% dei Sert attivi

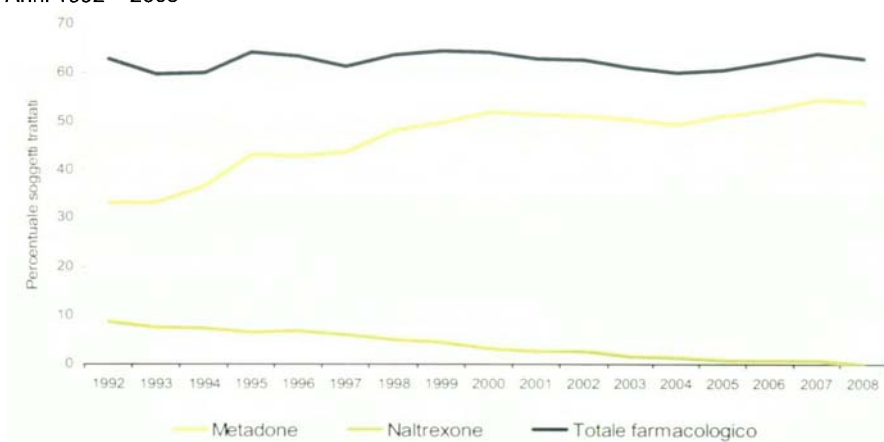
² 12 Regioni hanno indicato la modalità di trattamento prevalente, le restanti 9 hanno ordinato, come richiesto nel questionario, le modalità di trattamento per frequenza decrescente di utilizzo.

I valori assoluti inoltre sono da ritenersi puramente indicativi anche in relazione al grado di copertura dei servizi, che al momento della stesura del presente documento circa dell'85%.

Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel biennio 2007 è possibile notare una riduzione di oltre il 35% nell'erogazione di trattamenti farmacologici di Clonidina e Naltrexone. Come evidenziato in Figura III.2.4 a parità di proporzione di trattamenti farmacologici erogati dal 1992 al 2008 sul totale trattamenti erogati, si riscontra un progressivo aumento dei trattamenti farmacologici sostitutivi a base di metadone, a conferma della progressiva riduzione nella somministrazione di Naltrexone e Clonidina.

Avvertenze per
l'interpretazione
dei dati

Figura III.2.4: Percentuale di utenti sottoposti a trattamento farmacologico, per tipologia - Anni 1992 - 2008



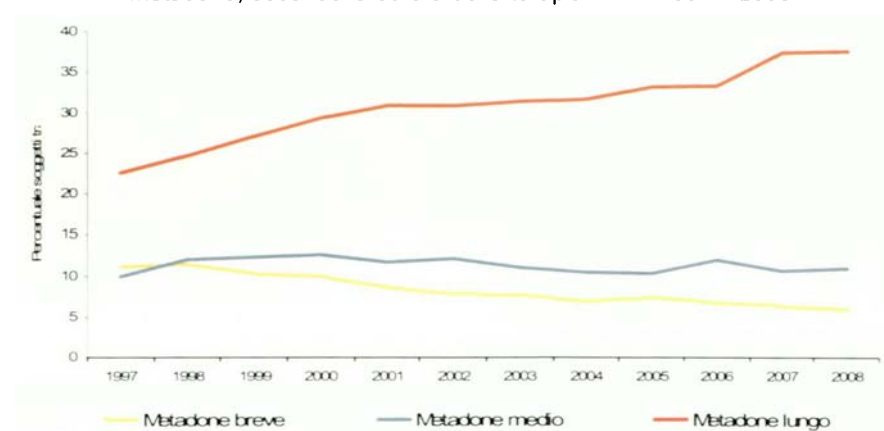
Trend in aumento
per le terapie con
metadone e in
diminuzione per
quelle con
naltrexone

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

Un lieve calo nel biennio 2007-2008 si riscontra anche per l'erogazione di terapie farmacologiche sostitutive metadoniche a breve termine (-6%) ed a lungo termine (-2%) a favore di quelle a medio termine (+9%). Tale risultato sebbene in apparenza in controtendenza rispetto all'andamento nell'ultimo decennio, può essere motivato da una certa variabilità che caratterizza il trend dal 2005 al 2008 (Figura III.2.5).

Metadone: aumento
delle terapie a
medio termine,
riduzione del breve
e lungo termine

Figura III.2.5: Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con metadone, secondo la durata della terapia - Anni 1997 - 2008

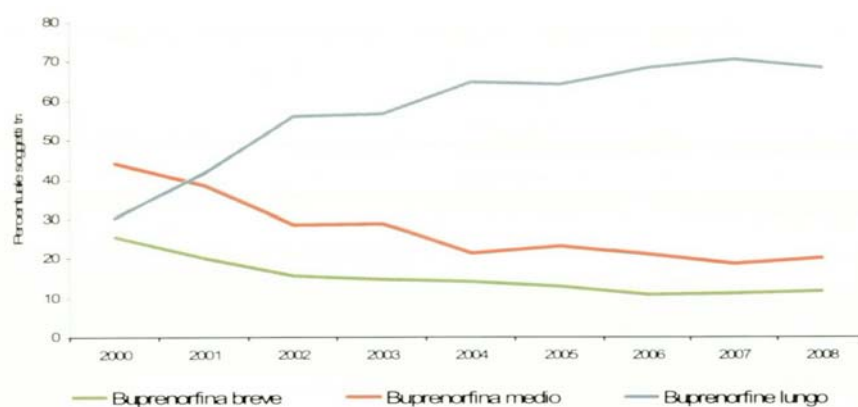


Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Nell'ambito della somministrazione di terapie a base di buprenorfina, pur con valori contenuti è in aumento la somministrazione del farmaco a breve (meno di 30 giorni) e medio periodo (da 30 a 180 giorni) a scapito del lungo periodo (oltre sei mesi).

Dopo una prevalente erogazione di trattamenti a medio periodo nei primi anni del ventesimo secolo, si osserva una progressiva crescita della somministrazione di terapie a lungo termine, particolarmente intensa nel biennio 2001-2002, più modesta e variabile nel periodo successivo (Figura III.2.6).

Figura III.2.6: Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con buprenorfina, secondo la durata della terapia - Anni 2000 - 2008

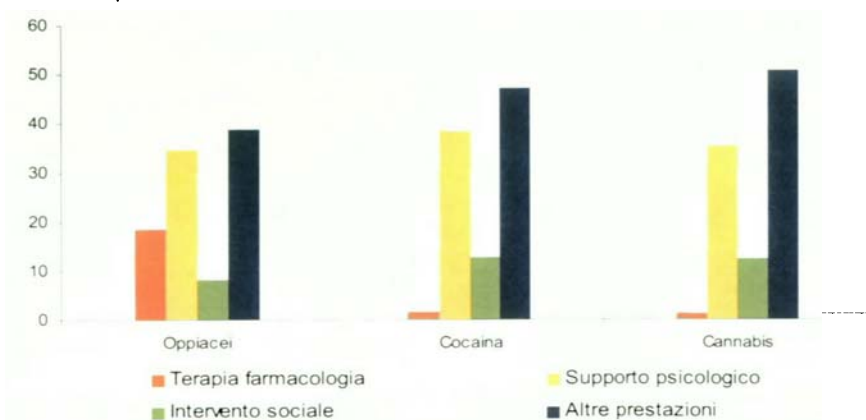


Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali / riabilitativi, si osserva che nel 33% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10% di psicoterapia e nel 57% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2007 gli interventi di psicoterapia sono diminuiti del 10% e una lieve diminuzione si osserva anche per gli interventi dei servizi sociali (1%).

Attraverso l'analisi più dettagliata delle informazioni desunte dal campione di strutture che hanno aderito allo studio multicentrico, sono emersi profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi da periodi precedenti.

Figura III.2.7: Distribuzione percentuale di nuovi utenti per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T.- 2008

Nella nuova utenza con consumo di oppiacei prevale il trattamento psicologico rispetto alla terapia farmacologica, contrariamente a quanto avviene per l'utenza

Buprenorfina:
aumento delle
terapie a breve e
medio termine

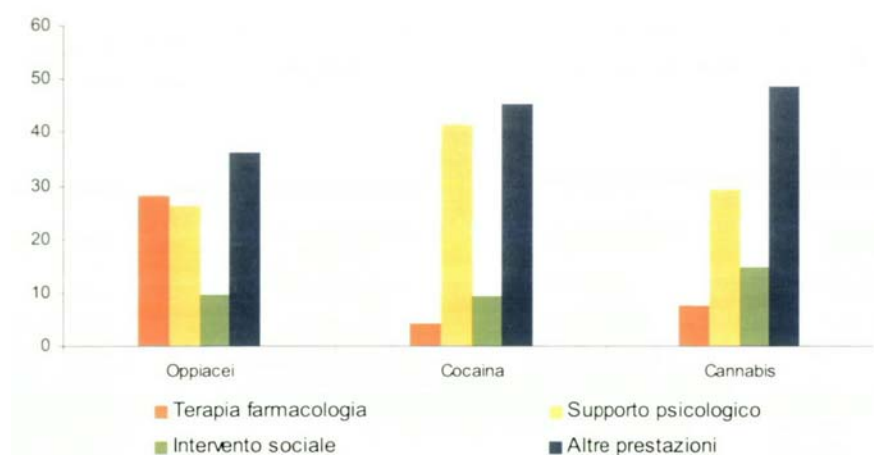
Trattamenti
psicosociali: forte
presenza di
interventi sociali
seguiti dal supporto
psicologico

Aumento degli
interventi
psicologici nei
nuovi utenti in
trattamento per
eroina

Prevalenti gli
interventi
psicologici negli
utenti con uso di
cocaina e cannabis

in carico da periodi precedenti. Anche per le altre sostanze d'abuso l'approccio con il nuovo utente risulta in minima parte impostato con terapie farmacologiche a vantaggio di trattamenti di supporto psicologico, psicoterapie ed interventi di rieducazione sociale. Per tutti gli utenti elevata risulta la componente delle altre prestazioni di sia di carattere sanitario (visite mediche, psichiatriche, infermieristiche, monitoraggio) che organizzativo (Figure III.2.7 e III.2.8).

Figura III.2.8: Distribuzione percentuale di utenti già assistiti per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2008

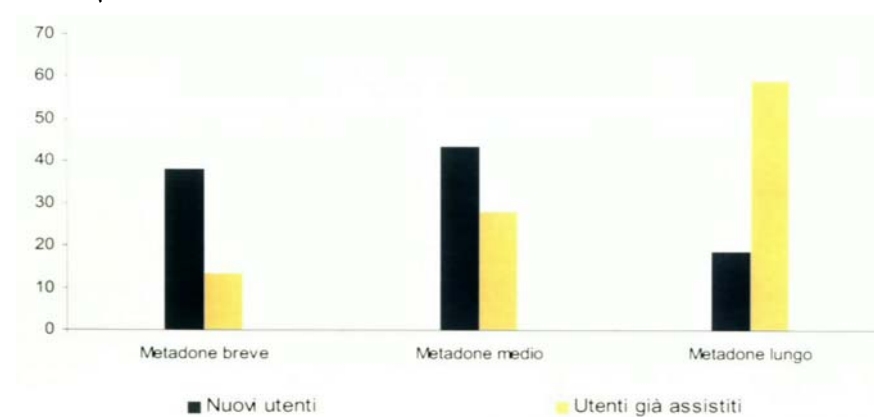


Negli utenti di vecchia data, maggior presenza di terapie farmacologiche rispetto al supporto psicologico

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

Anche nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica, sia metadonica che sulla base di buprenorfina, si riscontra un approccio differenziato tra nuova utenza ed utenza già in carico. Dalla Figura III.2.9 emerge la tendenza a privilegiare terapie a breve e medio termine per la nuova utenza contrariamente all'utenza già nota ai servizi in trattamento prevalentemente con terapie e lungo termine, oltre sei mesi.

Figura III.2.9: Distribuzione percentuale di nuovi utenti per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2008



Metadone a lungo termine: più usato negli utenti già conosciuti e in carico da lungo tempo

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

III.2.3. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie

Nell'ambito della realizzazione del progetto di monitoraggio del Piano Italiano d'Azione sulle Droghe 2008, in cui erano presenti due obiettivi dedicati all'ambito penitenziario, interventi innovativi e reinserimento abitativo, particolare interesse è stato dimostrato da quelle Regioni dove l'approccio alla dipendenza negli ambienti penitenziari è più sentito. Alcune regioni hanno enfatizzato sugli interventi realizzati in materia caratterizzati dalla sensibilità alla persona, ai suoi diritti e alla dignità umana.

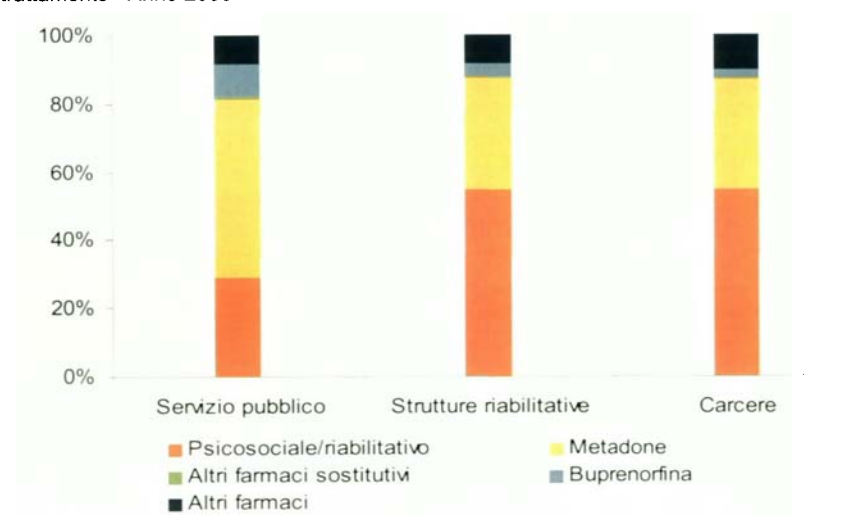
Rispetto all'assistenza sanitaria a tossicodipendenti in carcere è stato evidenziato anche il grande cambiamento degli ultimi anni che consente attualmente in molte Regioni percorsi di cura diversi rispetto al passato.

Accenni anche all'utilità della legge DPC 230/ 1999 nell'avviare un cambiamento di prospettiva nella teoria e nella pratica di cura.

Ampiamente riconosciuta la necessità di affrontare il fenomeno droga in carcere con una prospettiva multi-approccio, in termini farmacologici ed epistemologici, integrando le competenze della Sanità con quelle del sociale. Tuttavia sembra migliorabile la relazione fra detenuti e territorio. In qualche caso, è stato fatto presente il bisogno di un supporto alla conclusione della pena perché il picco degli eventi fatali (overdose) e quelli criminali avvengono in concomitanza con la fine della permanenza nella struttura e il ritorno alla vita ordinaria. È in quel momento che il detenuto ha il maggior bisogno di cure che deve essere assistito.

Con riferimento ai detenuti assistiti dai servizi per le tossicodipendenze, e secondo i dati pervenuti al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, entrambi gli approcci terapeutici, psicosociale riabilitativo e farmacologico, si differenziano rispetto all'utenza in trattamento nelle sedi dei servizi pubblici o del privato sociale (Tabella III.2.2 e Figura III.2.10).

Figura III.2.10: Distribuzione percentuale dell'utenza per tipo di trattamento e sede del trattamento - Anno 2008



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

Negli istituti penitenziari, contrariamente ai servizi pubblici prevalgono i trattamenti psicosociali riabilitativi (56,2%), ed in particolare gli interventi di servizio sociale, a fronte di percentuali minime dedicate a trattamenti di psicoterapia (3,6% del totale trattamenti psicosociali).

Nell'erogazione di terapie farmacologiche prevalgono i trattamenti a breve e medio termine a scapito delle terapie a lungo termine, le quali tendono a ridursi