

## Parte Terza

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

PAGINA BIANCA

## **CAPITOLO III.1.**

### **PREVENZIONE**

III.1.1. Prevenzione universale

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

*III.1.2.1 Gruppi a rischio*

*III.1.2.2 Famiglie a rischio*

III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

### III.1. PREVENZIONE

La materia della prevenzione primaria è stata oggetto della rilevazione condotta presso le Regioni e le Province Autonome 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 dalla somministrazione dei questionari dell'OEDT, in questa sezione viene presentato un profilo conoscitivo sullo stato di attivazione di azioni mirate alla prevenzione, secondo le tre aree indicate dall'Osservatorio di Lisbona.

#### III.1.1. Prevenzione universale

Nel corso del 2009, le attività di prevenzione universale a livello di comunità locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (85,9% delle Regioni e PPAA), la prevenzione multidisciplinare a livello locale sulle droghe (52,6%), la prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (73,7%), formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio (78,9%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (68,4%), l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali (57,9%) e la prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media, compreso Internet (73,7%).

Rispetto all'anno 2008 aumenta in maniera considerevole la formazione sul territorio (61,9% vs 78,9%), l'implementazione di centri di associazione (52,4% vs 68,4%) e la prevenzione attraverso uso dei media (42,9% vs 73,7%).

Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (78,9%) e progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (68,4%), ambedue le attività evidenziano un aumento rispetto all'anno 2008 (rispettivamente 66,7% e 52,4%).

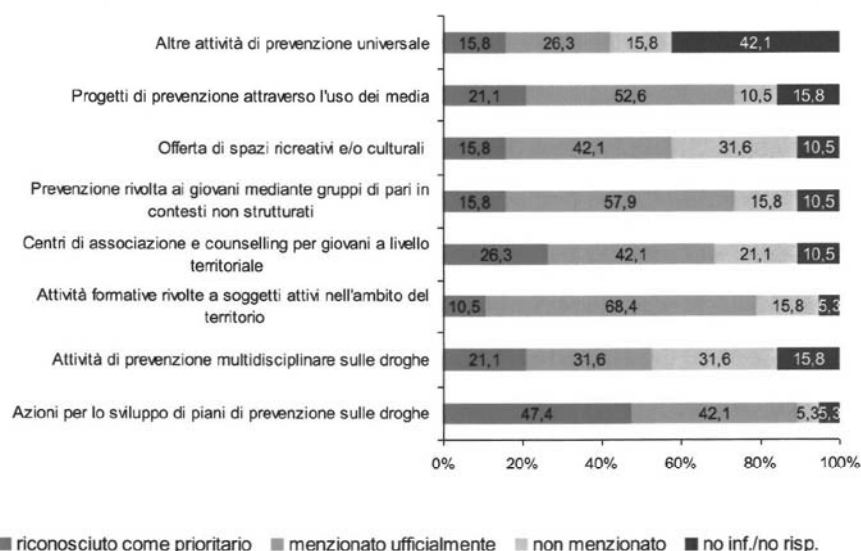
Alcune Regioni e PPAA hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale che a livello familiare svolte nel 2009.

Nel 2009 circa la metà delle Regioni e PPAA. hanno ritenuto prioritario l'obiettivo piani di prevenzione sulle droghe, un ulteriore 42,1% ha menzionato ufficialmente l'obiettivo per un totale di quasi il 90% (Figura III.1.1).

Intensificazione  
degli interventi di  
prevenzione a  
livello locale

Piani territoriali  
rivolti ai genitori

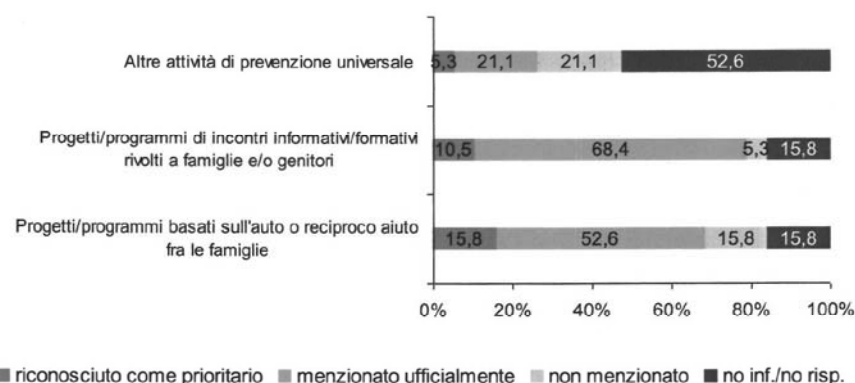
**Figura III.1.1:** Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alla **comunità locale** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009



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

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 10,5% dei casi e menzionata ufficialmente nel 68,4%).

**Figura III.1.2:** Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009



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

Dal punto di vista operativo mediamente più del 60% delle Regioni e PPAA nel corso del 2009 ha attivato o aveva 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.

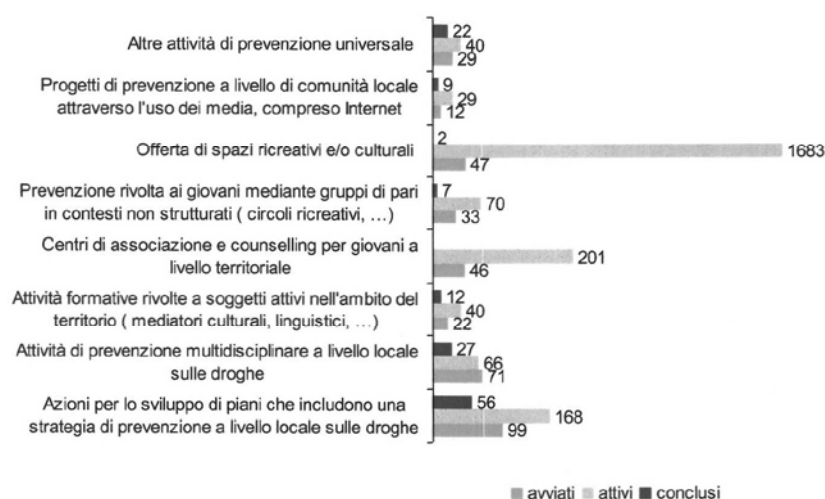
**Figura III.1.3:** Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale



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

In più del 60% delle Regioni e PPAA 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 di prevenzione universale, a livello di comunità locale, l'offerta di spazi ricreativi o culturali rappresenta l'ambito con numerosità più elevata (1683) (Figura III.1.4), ciò in considerazione del fatto che la regione Emilia Romagna ha riportato in questa voce i 1.620 centri giovanili censiti. Particolare attenzione da parte delle Regioni e PPAA è stata dedicata anche allo sviluppo di piani di prevenzione sulle droghe, di cui 168 attivi nel 2009 e 99 avviati nel corso dell'anno, che rappresentano il numero più elevato di piani di prevenzione universale avviati nel 2009.

**Figura III.1.4:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

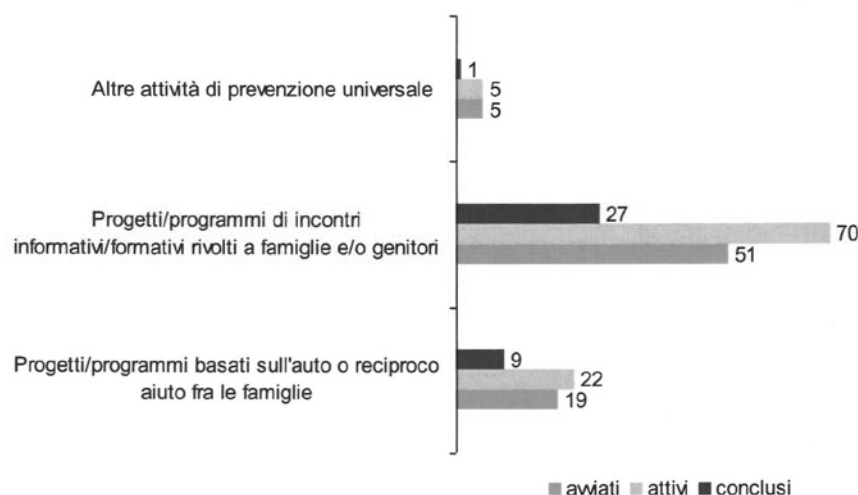


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nel 2009 le Regioni e PPAA avevano piani già avviati, attivi e/o conclusi nell'anno, relativi ai progetti di prevenzione universale a livello di nucleo familiare. In particolare, sono attivi 70 piani relativi a progetti di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori e ne sono stati avviati 51 (Figura III.1.5), poco più del doppio dell'anno precedente.

Spicca l'offerta di spazi ricreativi o culturali

Piani e programmi per famiglie e genitori

**Figura III.1.5:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare

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

**Tabella III.1.1:** Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2009 e confronto con l'anno 2008

Regioni	Importo	%	Δ % 2009/2008*
Abruzzo	892.676,12	5,73	-15,8
Basilicata	55.000,00	0,35	22,2
Bolzano	78.791,00	0,51	-21,2
Calabria	2.100.222,51	13,48	1,4
Emilia Romagna	209.000,00	1,34	-17,7
Friuli Venezia Giulia	93.000,00	0,6	14,8
Lazio	1.062.000,00	6,82	-80,4
Lombardia	4.301.386,65	27,62	-
Molise	34.000,00	0,22	-82,7
Piemonte	332.195,00	2,13	84,6
Puglia	1.442.436,83	9,26	-5,2
Toscana	3.148.773,60	20,22	44,2
Trento	111.342,00	0,71	-17,7
Umbria	292.000,00	1,87	-72,7
Valle d'Aosta	non disponibile	-	-
Veneto	1.422.630,00	9,13	-
Totale	15.575.453,71	100	3,3

\*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

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

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 2009. Nel complesso sono stati finanziati circa 15 milioni di Euro, di cui oltre il 27% del finanziamento complessivo è stato erogato dalla Regione Lombardia, seguita dalle Regioni Toscana (incremento del 44% rispetto al 2008) e Calabria (leggero incremento rispetto all'anno precedente).

Più della metà delle Regioni e PP.AA. hanno attivato campagne informative di

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

Aumentano le campagne

prevenzione universale all'uso di sostanze lecite e illecite nel 2009, migliorando il dato 2008 (1/3 circa). La tematica maggiormente affrontata è stata l'alcol, utilizzando principalmente come tipologia di mass media i poster pubblicitari.

informative,  
soprattutto orientate  
all'alcol

### III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

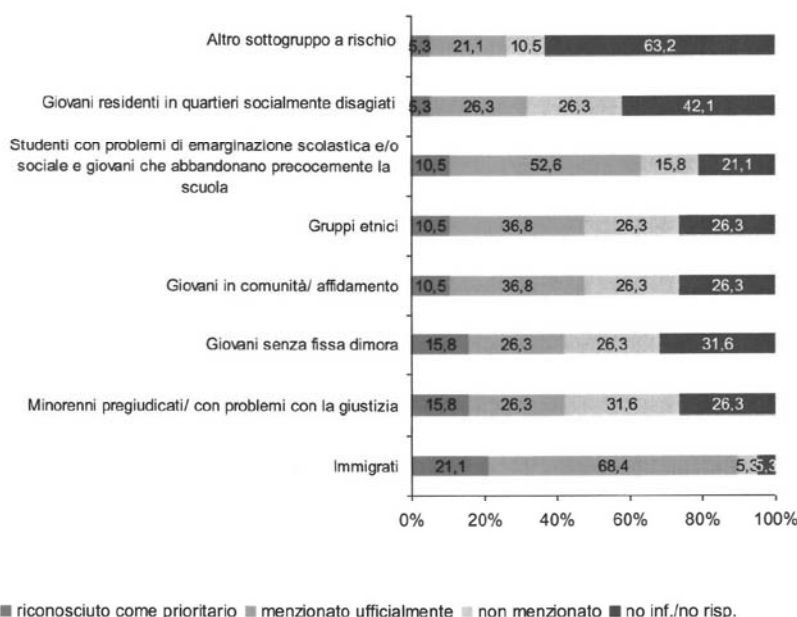
#### III.1.2.1 Gruppi a rischio

Nel corso del 2009, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati (89,5% delle Regioni e PPAA) ed agli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale (63,1%) (Figura III.1.6).

Sotto il 50% i riferimenti espliciti per le altre voci, in particolare "altro sottogruppo a rischio" con meno del 30%.

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 2009



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

Non molto alto (figura III.1.7) il numero totale di progetti di prevenzione selettiva e mirata attivi e/o conclusi da Regioni e PPAA., nel complesso 107.

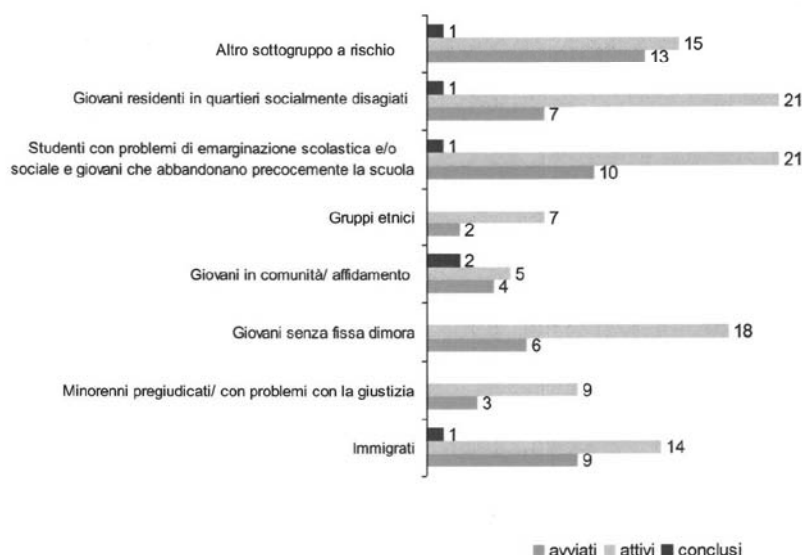
Per i progetti attivati, gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Il maggior numero (13) di piani avviati è stato ottenuto in corrispondenza della voce "altro sottogruppo a rischio" mentre per quelli attivi nel 2009 i gruppi con maggiore numerosità (21) sono i giovani residenti in quartieri socialmente disagiati e gli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale).

Oltre 100 progetti di  
prevenzione attivi



**Figura III.1.7:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



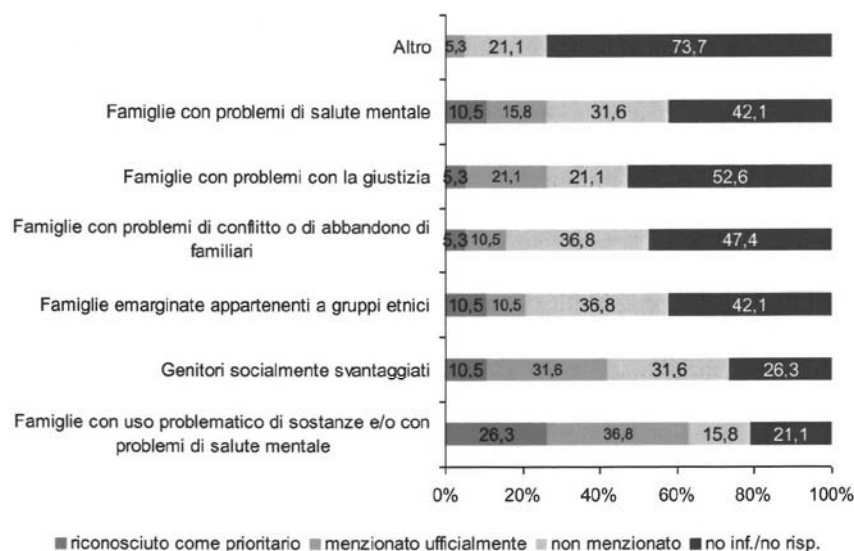
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

### III.1.2.2. 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 63,1% dei documenti ufficiali; tutte le altre categorie hanno riferimenti espliciti sotto il 50% (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 2009

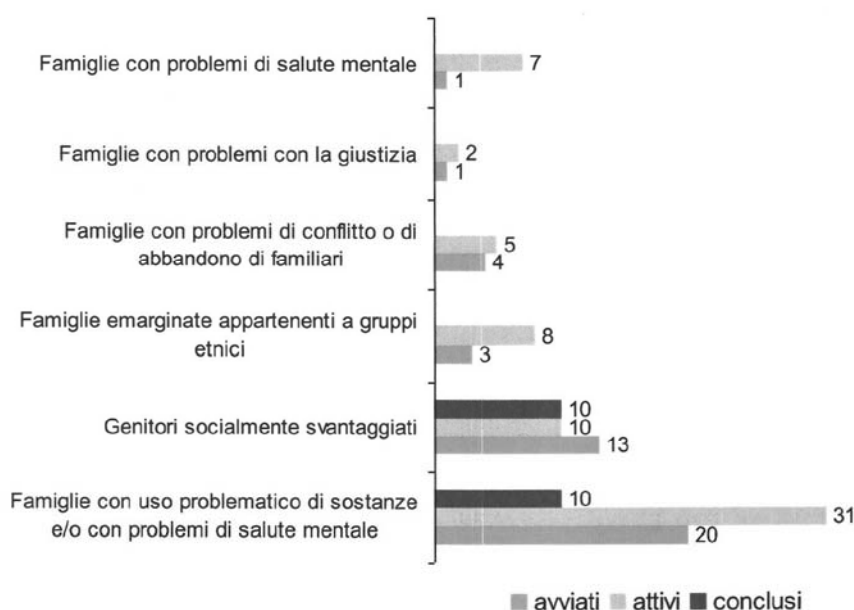


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Le Regioni e PPAA hanno attivato principalmente piani rivolti alle famiglie con uso problematico di sostanze, incluso l'alcol, e/o con problemi di salute mentale; risultano 20 piani avviati, 31 attivi e 10 conclusi (Figura III.1.9). Per tutti gli altri gruppi di famiglie a rischio, il numero di progetti di prevenzione selettiva e mirata sono più esigui.

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 2009, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



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

**Tabella III.1.2:** Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA., confronto con il 2008 ed € pro capite per utenti in trattamento nel corso del 2009

Regioni	Importo	%	Δ % 2009/ 2008*	Utenti in trattamento	€ pro capite per utente
Abruzzo	336.000,00	2,3	-33,3%	4.832	69,54
Basilicata	25.000,00	0,2	0,0%	1.447	17,28
Bolzano	410.946,24	2,9	70,7%	748	549,39
Calabria	1.099.573,03	7,6	18,3%	3.639	302,16
Emilia Romagna	3.549.000,00	24,7	21,5%	12.581	282,09
Friuli Venezia Giulia	130.000,00	0,9	-37,5%	2.328	55,84
Lazio	1.062.000,00	7,4	-23,6%	9.503	111,75
Lombardia	2.320.959,73	16,1	-	28.544	81,31
Molise	28.010,00	0,2	-84,8%	645	43,43
Piemonte	177.195,00	1,2	-50,0%	14.178	12,5
Puglia	865.234,25	6	-48,5%	12.270	70,52
Toscana	3.239.937,67	22,5	-1,7%	13.303	243,55
Umbria	90.000,00	0,6	-83,9%	2.308	38,99
Veneto	1.067.370,00	7,4	-33,3%	14.591	73,15
Totale	14.401.225,92	100	2,7%	120.917	119,1

\*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

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

Almeno 14 milioni  
investiti dalle  
regioni in  
prevenzione  
selettiva

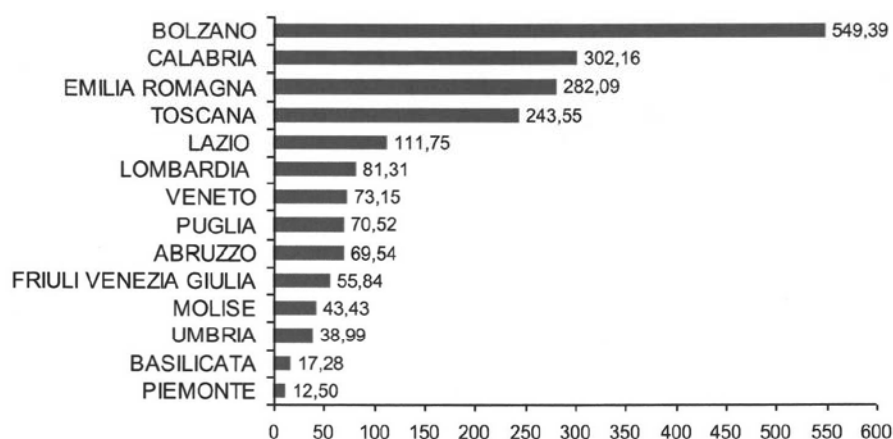
Nella Tabella III.1.2 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e PPAA sia per progetti di prevenzione selettiva a gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2009.

Nel complesso sono stati finanziati più di 14 milioni di Euro, principalmente nelle regioni Emilia Romagna (24,7%), Toscana (22,5% del totale), e Lombardia (16,1%).

Rispetto all'anno 2008, sulla base dei dati a disposizione, solo Calabria, Emilia Romagna e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno aumentato gli appositi finanziamenti.

Rapportando i finanziamenti agli utenti in trattamenti presso i Ser.T. si riscontra che a fronte di una media nazionale di quasi € 120 le politiche regionali si discostano tra di loro in maniera evidente.

**Figura III.1.10:** Importo pro capite per tossicodipendente investito nelle Regioni e PP.AA



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

Le campagne informative di prevenzione selettiva mirata a gruppi e/o famiglie vulnerabili sono state attivate da meno della metà delle Regioni e PPAA. Le tematiche maggiormente affrontate sono state le sostanze lecite ed illecite in generale e l'alcol.

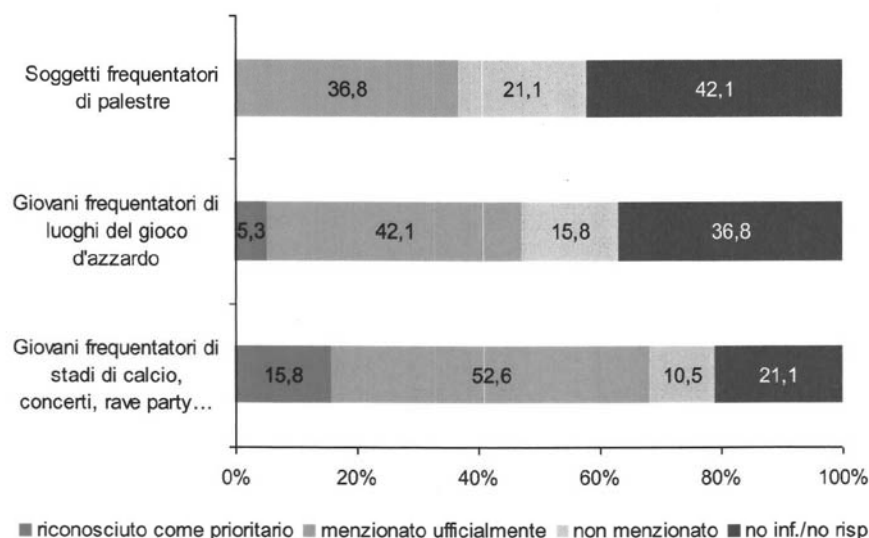
Campagne  
informative  
mediatiche

### III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

Nel corso del 2009, 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 (68,4% 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.1.11:** Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione mirata a gruppi specifici nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009.

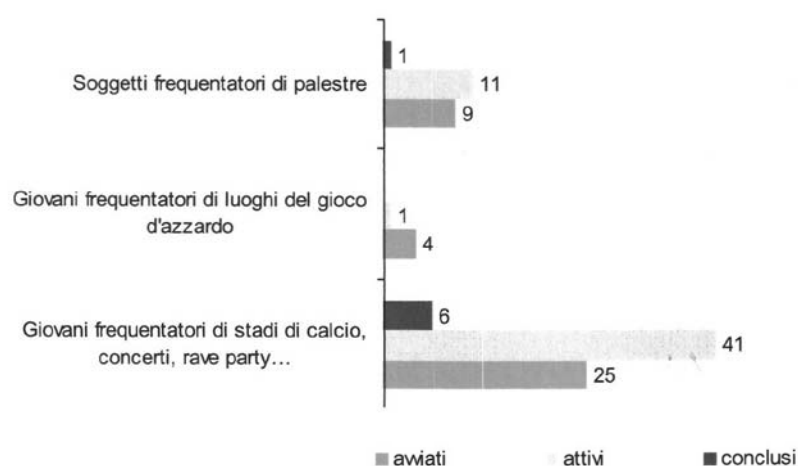


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

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. parte a favore di frequentatori di palestre e di luoghi del gioco d'azzardo. Avviati ed attivi pochi progetti in minima

In particolare per tale gruppo specifico sono stati avviati 25 piani, ne erano attivi 41 e nel corso del 2009 ne sono stati conclusi 2 (Figura III.1.11).

**Figura III.1.12:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione mirata a gruppi specifici.



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

Quota considerevole di progetti attivati per giovani con comportamenti a rischio

## **CAPITOLO III.2.**

### **TRATTAMENTI SOCIO SANITARI**

III.2.1. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.2. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie

III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione  
dei decessi droga correlati

### III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

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

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

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

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

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

Premesse

Fonti informative:  
Regioni e Province  
Autonome

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

#### III.2.1. 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 (circa il 67%), prevalentemente metadone (48,8%), mentre il restante 28% di soggetti è stato sottoposto nel 2009 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 160.800  
persone trattate  
all'anno

**Tabella III.2.1:** Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2008 e 2009

	Anno 2008		Anno 2009		Δ%
	Valori	%C	Valori	%C	
<b>Soggetti per tipologia di trattamento</b>					
Psicosociale/riabilitativo	44.535	28,3	51.731	32,2	13,8
Metadone	86.665	55,1	89.968	55,9	1,5
Naltrexone	724	0,5	817	0,5	0,0
Clonidina	471	0,3	399	0,2	-33,3
Altri farmaci non sostitutivi	15.820	10,1	15.437	9,6	-5,0
<i>Totale</i>	<i>176.747</i>	<i>100,0</i>	<i>160.802</i>	<i>100,0</i>	-
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone</b>					
Breve termine	9.541	11,0	10.091	11,2	1,9
Medio termine	17.909	20,7	18.576	20,6	-0,1
Lungo termine	59.215	68,3	61.301	68,1	-0,3
<i>Totale Metadone</i>	<i>86.665</i>	<i>53,7</i>	<i>89.968</i>	<i>55,9</i>	<i>1,5</i>
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina (*)</b>					
Breve termine	1.840	9,4	1.689	10,1	7,7
Medio termine	3.676	18,8	3.069	18,4	-2,1
Lungo termine	14.086	71,9	11.950	71,5	-0,5
<i>Totale Buprenorfina</i>	<i>19.602</i>	<i>10,0(**)</i>	<i>16.708</i>	<i>9,4(**)</i>	<i>-1,3</i>
<b>Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo</b>					
Sostegno psicologico	30.695	32,4	31.592	31,5	-2,9
Psicoterapia	9.707	10,3	10.049	10,0	-2,3
Interventi di servizi sociali	54.223	57,3	58.661	58,5	2,1
<i>Totale psicosociale</i>	<i>94.625</i>	<i>36,9</i>	<i>100.302</i>	<i>38,4</i>	<i>3,8</i>

(\*) I dati per il 2009 si riferiscono al 65% dei Sert attivi

(\*\*) Percentuale calcolata sul totale soggetti trattati, sommati ai soggetti trattati con buprenorfina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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 risulta pari a circa il 90%.

Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel biennio 2008-2009 è possibile notare una riduzione di circa il 33% 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 2009 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.

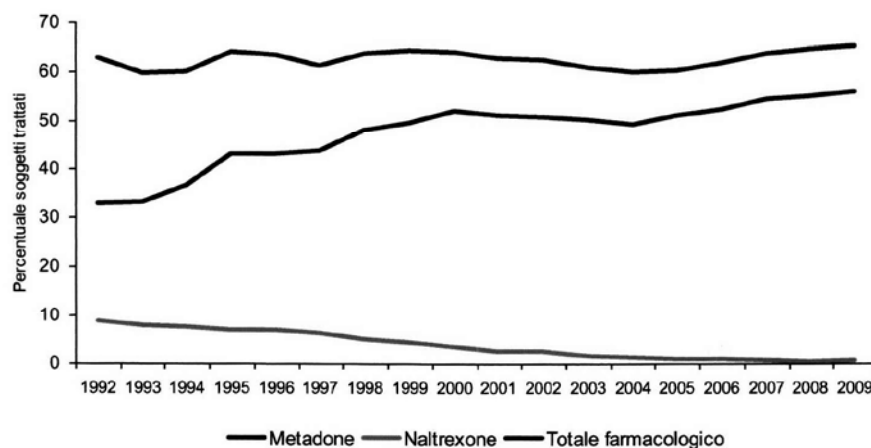
Metadone: Aumento dei trattamenti (1,5%) in particolare a breve termine (1,9)

Buprenorfina: Diminuzione dei trattamenti (-1,3%)

Psicosociali: Aumento dei trattamenti (3,8%)

Avvertenze per l'interpretazione dei dati

**Figura III.2.1:** Percentuale di utenti sottoposti a trattamento farmacologico, per tipologia - Anni 1992 – 2009



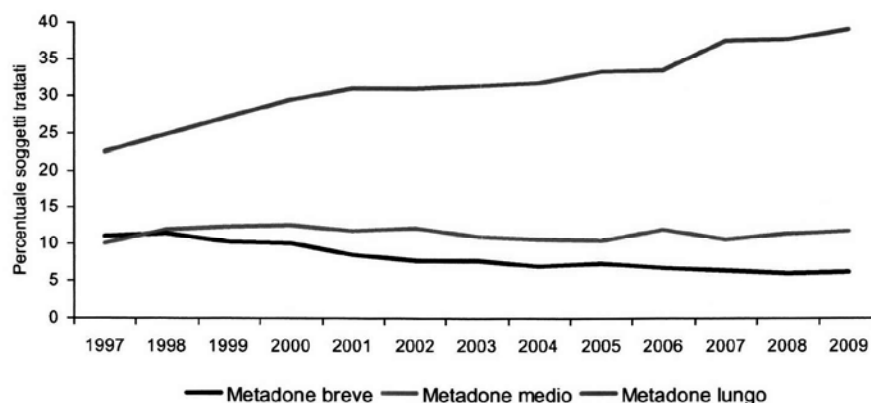
Trend in aumento per le terapie con metadone e in diminuzione per quelle con naltrexone

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Un lieve calo nel biennio 2008-2009 si riscontra anche per l'erogazione di terapie farmacologiche sostitutive metadoniche a lungo e medio termine (rispettivamente -0,3% e -0,1%) a favore di quelle a breve termine (+2%). 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 2009 (Figura III.2.2).

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

**Figura III.2.2:** Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con metadone, secondo la durata della terapia - Anni 1997 – 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

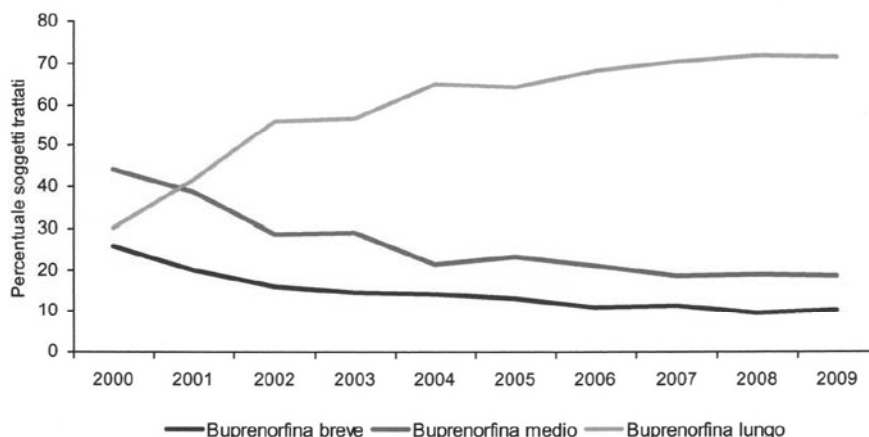
Nell'ambito della somministrazione di terapie a base di buprenorfina, pur con valori contenuti è in aumento la somministrazione del farmaco a breve termine (meno di 30 giorni) a scapito del medio periodo (da 30 a 180 giorni) e del lungo periodo (oltre sei mesi).

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.2.3).

Buprenorfina: aumento delle terapie a breve



**Figura III.2.3:** Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con buprenorfina, secondo la durata della terapia - Anni 2000 - 2009

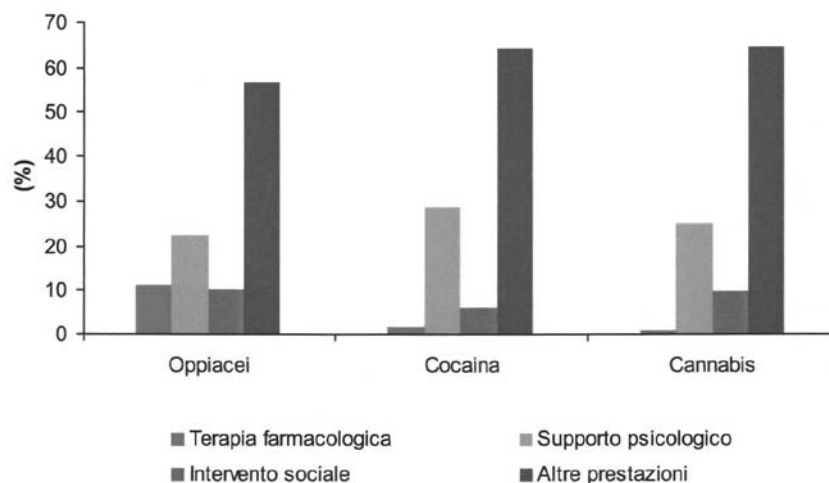


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali / riabilitativi, si osserva che nel 31,5% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10% di psicoterapia e nel 58,5% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2008 gli interventi di sostegno psicologico sono diminuiti del 3%, seguito da interventi di psicoterapia diminuiti del 2% a favore di un lieve aumento per gli interventi di inserimento nei servizi sociali (2,1%).

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.2.4:** Distribuzione percentuale di **nuovi utenti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2009



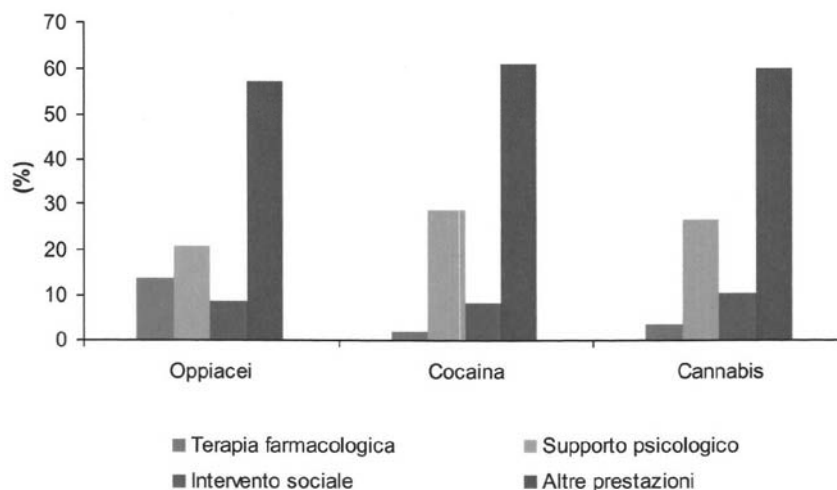
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Nella nuova utenza come negli utenti già assistiti nei Ser.T. con consumo di oppiacei prevale il supporto psicologico rispetto alla terapia farmacologica. Anche per le altre sostanze d'abuso l'approccio 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.2.4 e III.2.5).

Aumento  
trattamenti  
psicosociali:  
presenza di  
interventi sociali

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

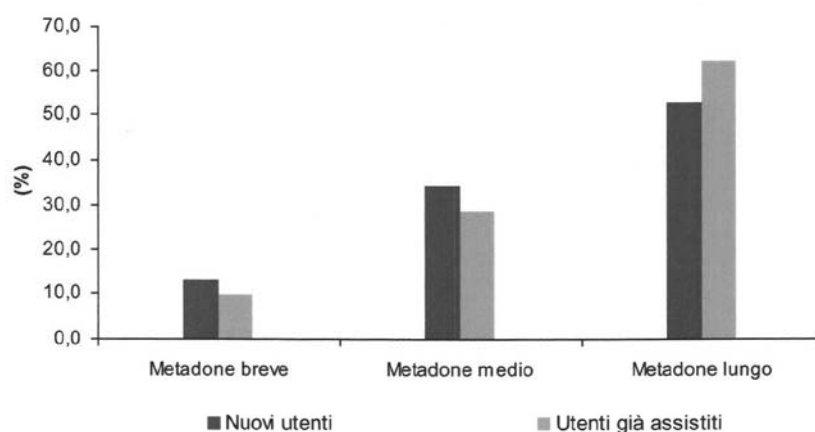
**Figura III.2.5:** Distribuzione percentuale di **utenti già assistiti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Anche nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica, si riscontra un approccio differenziato tra nuova utenza ed utenza già in carico. Dalla Figura III.2.6 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 a lungo termine, oltre sei mesi.

**Figura III.2.6:** Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento ed il tipo di utenza – Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

### III.2.2. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie

Con riferimento ai detenuti assistiti dai servizi per le tossicodipendenze, e secondo i dati pervenuti al Ministero della Salute, 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, Figura III.2.10).

Negli istituti penitenziari, contrariamente ai servizi pubblici prevalgono i trattamenti psicosociali riabilitativi (53,3%), ed in particolare gli interventi di servizio sociale, a fronte di percentuali minime dedicate a trattamenti di psicoterapia (2,5% del totale trattamenti psicosociali).