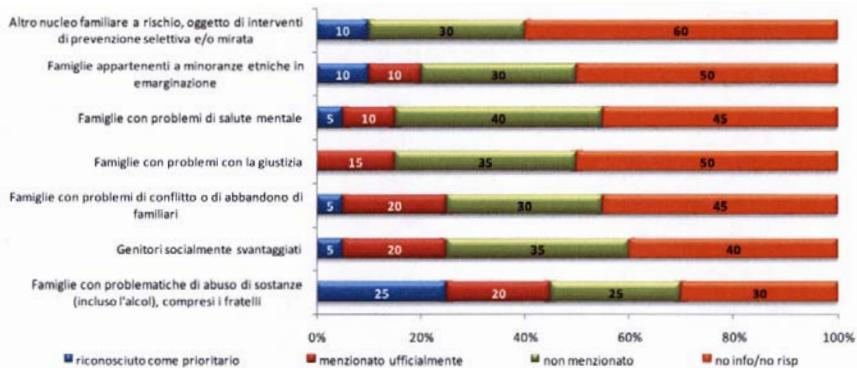


**Figura III.1.17:** Distribuzione di riferimenti esplicativi inerenti l'attività di prevenzione alle famiglie nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2010



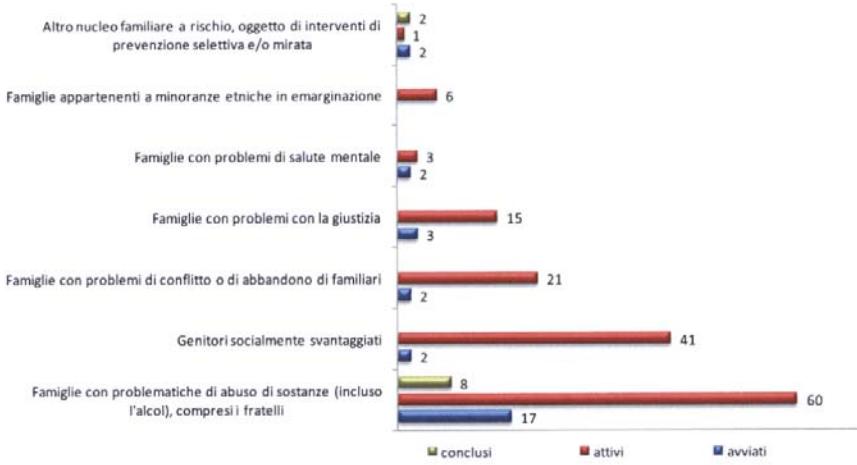
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Le Regioni e PP.AA. hanno complessivamente 147 piani attivi relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie. I 2/3 di questi sono concentrati in due sole categorie: quella dei “genitori socialmente svantaggiati” (41) e “famiglie con problematiche di abuso di sostanze (incluso l'alcol), compresi i fratelli (Figura III.1.18).

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

147 progetti di prevenzione selettiva sulle famiglie:  
41 per genitori socialmente svantaggiati e 60 per famiglie con problematiche di abuso di sostanze

**Figura III.1.18:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2010, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



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

**Tabella III.1.9:** Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA., confronto con il 2009 ed € pro capite per utenti in trattamento nel corso del 2010

Regioni	Importo	%	Δ % 2010/2009*	Utenti in trattamento	€ pro capite per utente	
Abruzzo	446.428,00	2,9	32,9	4.740	94,18	Più di 15 milioni investiti dalle Regioni in prevenzione selettiva
Basilicata	400.000,00	2,6	1.500,0	1.592	51,26	
Bolzano	414.946,24	2,7	0,0	1.034	401,30	
Calabria	753.276,95	4,9	-31,5	8.324	90,49	
Campania	1.318.951,00	8,7	-	16.881	78,13	
Emilia - Romagna	3.705.000,00	24,3	4,4	12.498	296,45	
Friuli Venezia Giulia	144.370,00	0,9	11,1	3.311	43,60	
Lazio	1.683.859,70	11,1	58,6	15.424	109,17	
Liguria	176.338,00	1,2	-	8.800	20,04	
Lombardia	2.565.920,07	16,8	10,6	23.563	108,90	
Marche	Dati richiesti e non forniti	-	-	5.642	-	
Molise	13.050,00	0,1	-53,4	1.202	10,86	
Piemonte	177.195,00	1,2	0,0	11.462	15,46	
Puglia	Dati richiesti e non forniti	-	-	11.545	-	
Sardegna	Dati richiesti e non forniti	-	-	4.835	-	
Sicilia	266.012,95	1,7	-	13.067	20,36	
Toscana	3.150.997,67	20,7	-2,7	13.965	225,64	
Umbria	20.000,00	0,1	-77,7	3.516	5,69	
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti	-	-	366	-	
Veneto	Dati richiesti e non forniti	-	-	14.333	-	
<b>Totale</b>	<b>15.236.345,58</b>	<b>100</b>	<b>2,7%</b>	<b>139.379</b>	<b>109,32</b>	

\*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

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

Nella Tabella III.1.9 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e PP.AA sia per progetti di prevenzione selettiva su 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 2010.

Nel complesso sono stati finanziati più di 15 milioni di Euro, (incremento del 2,7% rispetto al 2009) principalmente nelle regioni Emilia Romagna (24,3%), Toscana (20,7% del totale) e Lombardia (16,8%).

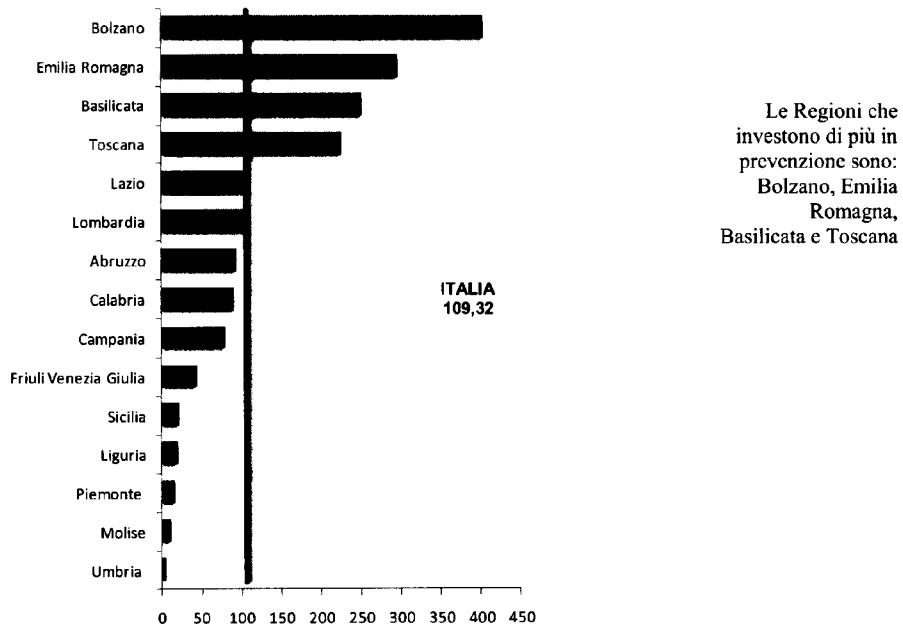
Rispetto all'anno 2009, sulla base dei dati a disposizione Lazio e Basilicata sono le Regioni che hanno aumentato maggiormente, in valore assoluto, gli appositi finanziamenti.

Rapportando i finanziamenti agli utenti in trattamento presso i Ser.T. (Figura III.1.19) si riscontra che, a fronte di una media nazionale di quasi € 110 (€ 9,78 in meno del 2009), le politiche regionali si discostano tra di loro in maniera evidente, da un minimo di poco più di 5 euro della regione Umbria ai più di 400 della provincia autonoma di Bolzano.

Lazio e Lombardia hanno valori molto prossimi a quello medio nazionale mentre, oltre a Bolzano, sono sopra la media Emilia Romagna, Basilicata e Toscana.

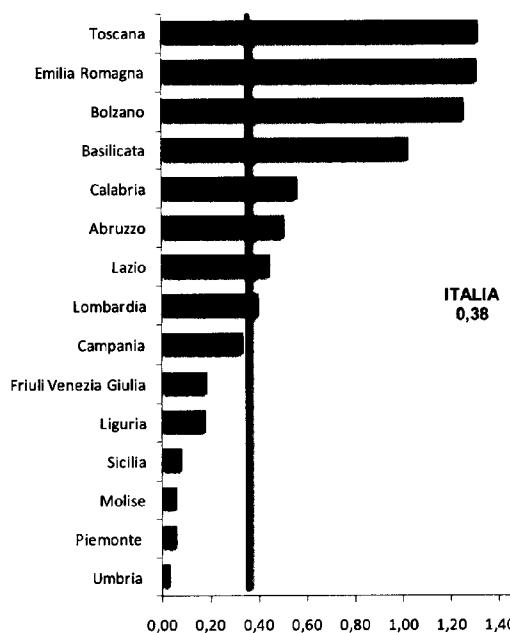
Facendo il raffronto con la popolazione 15-64 anni (Figura III.1.20) primeggiano Toscana ed Emilia Romagna con valori di poco superiori a 1,30 € pro capite.

**Figura III.1.19:** Importo pro capite in € per tossicodipendente investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP-AA. Anno 2010



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

**Figura III.1.20:** Importo pro capite in € per popolazione 15-64 anni investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP-AA. Anno 2010



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

### III.1.2.3 Nelle scuole

Nell'ambito della prevenzione selettiva sull'uso di sostanze stupefacenti, l'utilizzo di protocolli e/o criteri standard per l'individuazione precoce degli studenti con comportamenti a rischio relativamente all'uso di sostanze psicotrope è stato indicato dal 10% circa del campione di scuole intervistate, con una punta massima dell'11,9% per gli istituti tecnici e minima del 6,7% dei licei artistici e istituti d'arte. Un 45,0% di questi istituti usufruisce di *centri d'ascolto* per la realizzazione degli interventi di prevenzione selettiva e un altro 45,0% ha attivato *protocolli d'intesa con enti esterni*. Il restante 10,0% usa *provvedimenti interni* attuati nella scuola. Inoltre nel 68,8% di queste scuole sono presenti figure professionali di riferimento per tali problematiche, che nel 31,3% sono *referenti per l'educazione alla salute*, nel 50,0% *psico-pedagogisti* e nel 18,8% *altre figure professionali*.

Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico sono state realizzate da 22 istituti (9,2% degli istituti aderenti all'indagine), maggiormente diffuso nei licei artistici e istituti d'arte (13,3%) e ultimi in graduatoria i licei ed ex-magistrali (6,2%). Nel 52,9% hanno attuato servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche, mentre nel 23,5% corsi di formazione per gli insegnati e in un ulteriore 23,5% sono state distribuite linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga. La fascia d'età a cui maggiormente sono state rivolte queste iniziative è quella dei giovanissimi fino a 17 anni (l'87,0% degli alunni con elevato rischio di abbandono scolastico).

Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope, rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico, sono state realizzate da 22 istituti (9,2% degli istituti aderenti all'indagine), con una maggior diffusione nei licei artistici e istituti d'arte (13,3%) e ultimi in graduatoria i licei ed ex-magistrali (6,2%). Nel 52,9% hanno attuato *servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche*, mentre nel 23,5% *corsi di formazione per gli insegnati* e in un ulteriore 23,5% sono state distribuite *linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga*. La fascia d'età a cui maggiormente sono state rivolte queste iniziative è quella dei giovanissimi fino a 17 anni (l'87,0% degli alunni con elevato rischio di abbandono scolastico).

### III.1.3. Campagne informative di prevenzione

I questionari dell'Osservatorio Europeo sulle droghe - EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) nell'ambito dei questionari strutturati sottoposti alle Regioni riserva, per le aree di “Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale” e “Prevenzione selettiva e mirata”, una sezione dedicata alle campagne informative attivate sull'uso di sostanze lecite ed illecite nell'anno di riferimento (2010).

**Tabella III.1.10:** Numero di campagne informative di prevenzione universale e selettiva effettuate nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2010

Regioni	Prevenzione Universale	Prevenzione Selettiva	Totale
Basilicata	2	1	3
Bolzano	3	-	3
Calabria	3	1	4
Emilia - Romagna	1	-	1
Friuli Venezia Giulia	6	1	7
Liguria	1	1	2
Lombardia	20	9	29
Marche	1	-	1
Piemonte	1	1	2
Puglia	5	-	5
Sicilia	-	12	12
Trento	5	-	5
Umbria	3	2	5
<b>Totale</b>	<b>51</b>	<b>28</b>	<b>79</b>

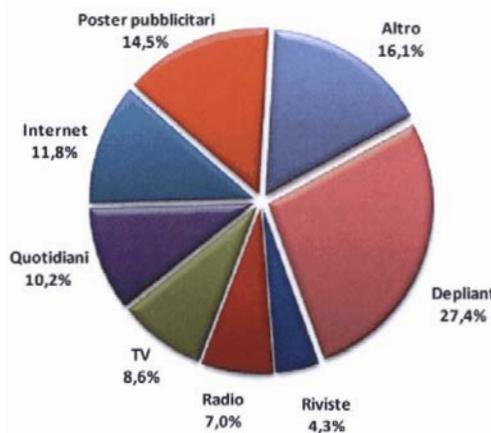
*Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni*

Dall'analisi della Tabella III.1.10 è possibile notare che sono state attivate più campagne di prevenzione universale (51, pari quasi al 65%) rispetto a quelle di prevenzione selettiva, e che solo sei regioni hanno attivato almeno una campagna per area.

La Regione più impegnata sul fronte mediatico della prevenzione universale è la Lombardia con ben 20 campagne: per quanto concerne la prevenzione selettiva la più attiva è la Sicilia con 12.

Solo sei regioni impegnate in campagne sulle due aree di prevenzione.

**Figura III.1.21:** Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP.AA nell'anno 2010 per tipo di mass media

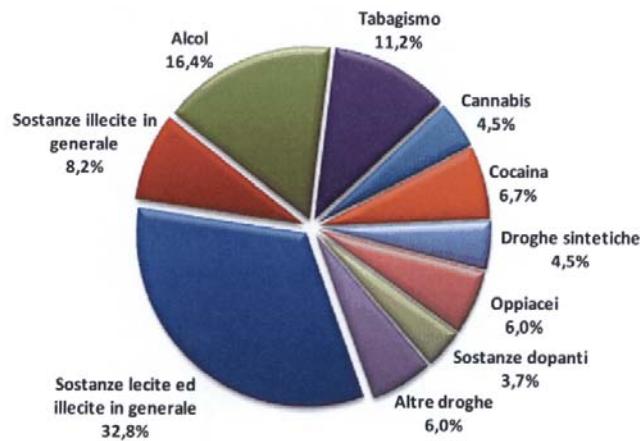


*Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni*

Lo strumento di comunicazione più adottato è quello del depliant (27%) seguito da "altro" che nella maggior parte dei casi è stato indicato con rappresentazioni artistiche sotto le più varie forme (eventi musicali, teatrali); poco usate le riviste con solo il 4% (Figura III.1.21).

Lo strumento più usato è il depliant

**Figura III.1.22:** Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP-AA nell'anno 2010 per tematica



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

La tematica più trattata nel corso delle campagne di prevenzione è nettamente quella delle "sostanze lecite ed illecite in generale" con più di un terzo delle segnalazioni (Figura III.1.22), seguito da alcol (16%) e tabagismo (11%).

Le sostanze illecite in generale sono trattate solo nell'8% dei casi mentre campagne su specifiche sostanze variano dal 4% al 7%.

## **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. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi  
droga correlati

**PAGINA BIANCA**

### 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.

Premesse

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, ma anche con lo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione delle patologie correlate, la riabilitazione e la rieducazione ed il reinserimento del soggetto nella società.

Fonti informative:  
Regioni e Province  
Autonome

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.

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

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.

#### 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".

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

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

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

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

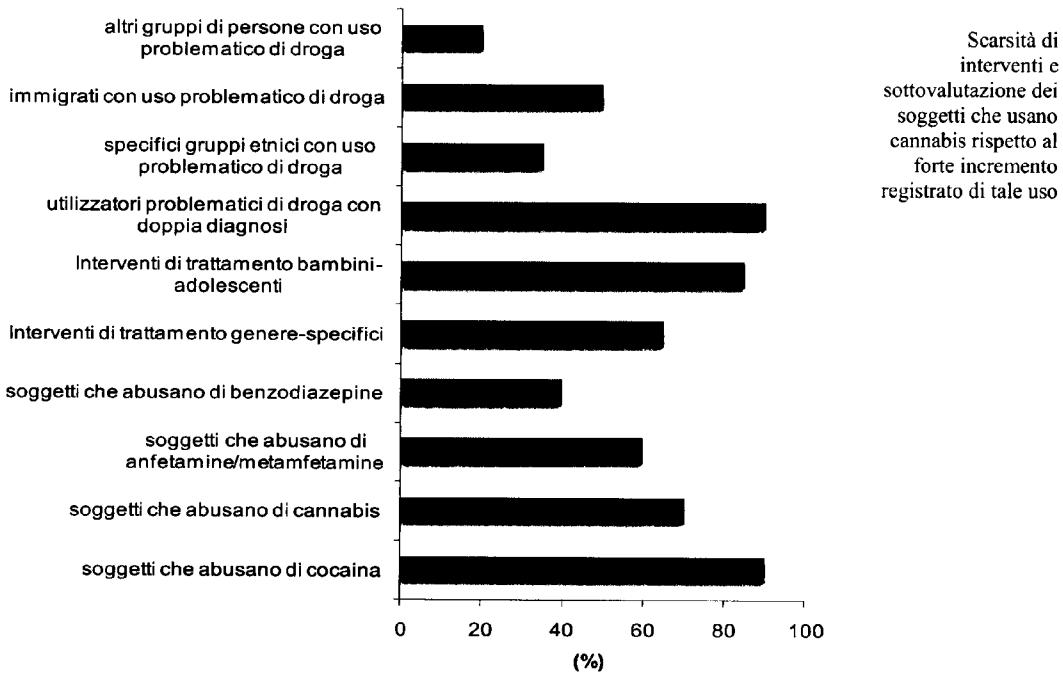
In linea generale, anche in Italia sussiste tale classificazione dei trattamenti, con differenze nelle sedi di erogazione degli stessi: raramente trattamenti farmacologici vengono erogati da medici di medicina generale e le strutture di ricovero di norma assistono gli utenti nell'ambito della cura di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

In termini di strategie regionali volte a interventi socio-sanitari a favore delle persone con bisogno di trattamento per uso di sostanze psicoattive, il 60% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste l'83% 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% ha attivato interventi di trattamento verso utilizzatori con bisogno di cura per patologie di doppia diagnosi ed a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina, l'85% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti. Solo nel 35% delle Regioni, invece, esistono specifici

interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena il 20% per altri gruppi di persone con uso problematico di droga.

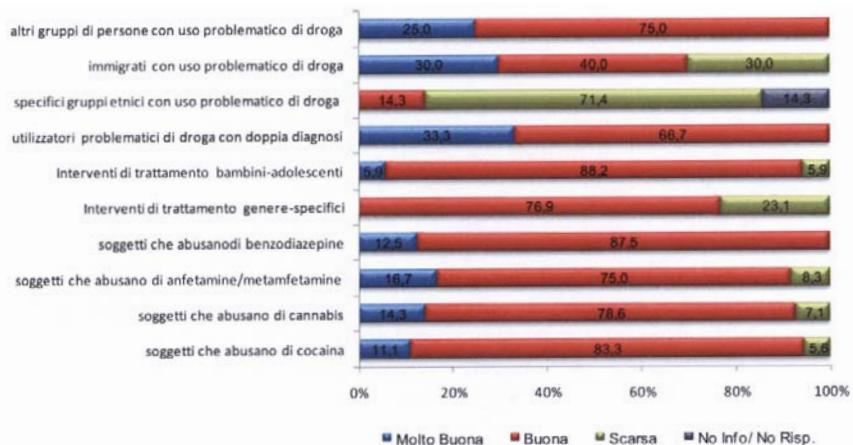
**Figura III.2.1:** Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti . Anno 2010



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

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva con un giudizio almeno buono nel 100% delle regioni nei casi di “utilizzatori problematici di droga con doppia diagnosi”, “altri gruppi di persone con uso problematico di droga” e soggetti che abusano di benzodiazepine ; disponibilità scarsa solo per “specifici gruppi etnici con uso problematico di droga”.

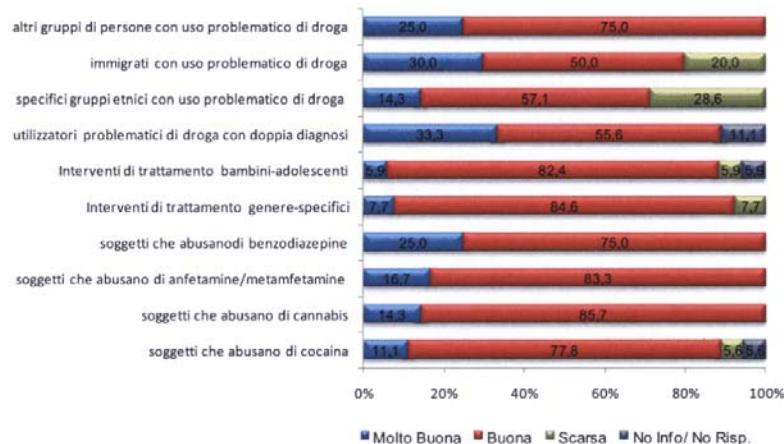
**Figura III.2.2:** Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2010



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

L'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 70% delle Regioni e Province Autonome ed in quattro casi l'accessibilità è stata giudicata almeno buona da tutte.

**Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2010**



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

L'80% delle Regioni ha indicato il trattamento integrato come principale modalità di trattamento per i soggetti con doppia diagnosi mentre il 20% le modalità di trattamento "in parallelo".

Circa il 60% 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 e riorganizzando i servizi territoriali, programmando l'aggiornamento professionale, e programmando e attuando interventi nel campo della prevenzione primaria.

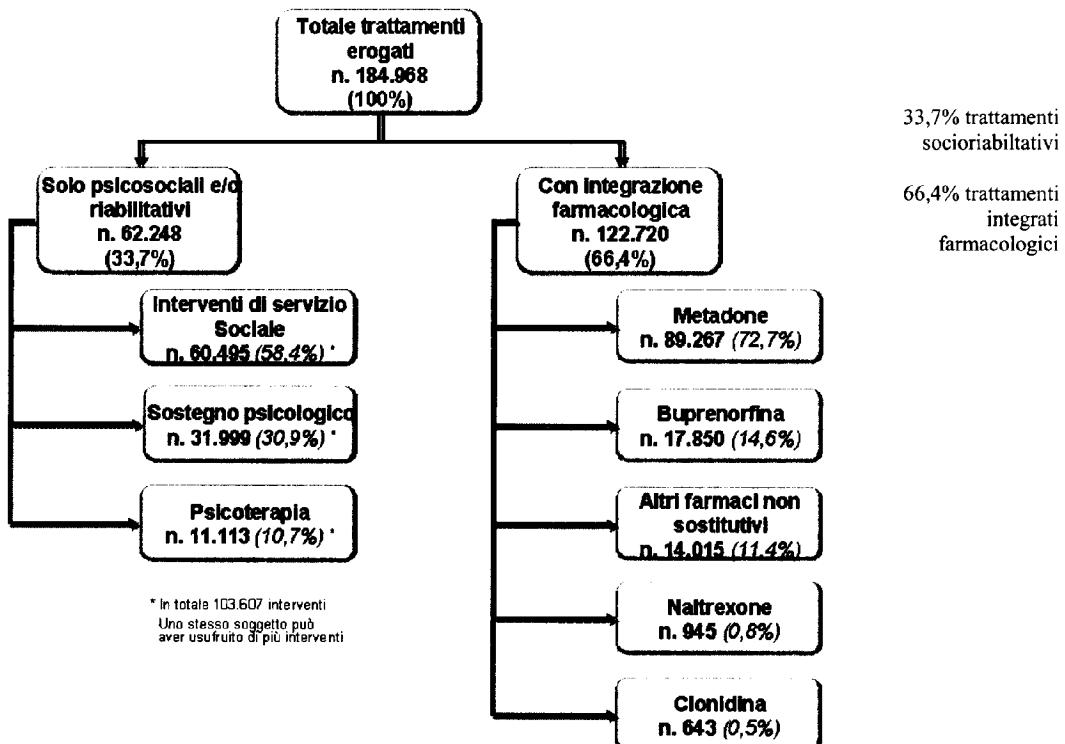
### III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

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 (il 66,5%), prevalentemente metadone (48,3%), mentre il 33,5% di soggetti è stato sottoposto nel 2010 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.

185.744 trattamenti erogati dai SerT

È opportuno specificare che, come definito dal D.M. Ministero della Sanità del 20 settembre 1997, i trattamenti di tipo farmacologico sono intesi come "integriti", cioè comprensivi di interventi psicosociali e/o riabilitativi. Pertanto la classificazione tra "farmacologici" e "solo psicosociale e/o riabilitativo" è utilizzata per identificare quanti trattamenti sono integrati con terapie farmacologiche. La figura che segue illustra la struttura e il numero dei trattamenti 2010.

Tabella III.2.4: schema dell'organizzazione del flusso dati dei trattamenti – Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Complessivamente i trattamenti erogati aumentano del 9,1% dal 2000 al 2010, passando da 169.511 a 184.968 (Tabella III.2.1).

Tabella III.2.1: Numero complessivo di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2001 - 2010

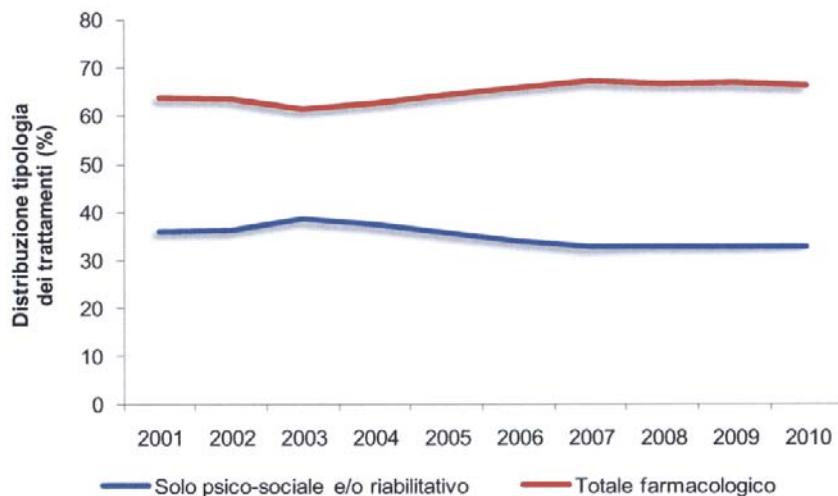
Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Con integrazione farmacologica	Totale
2000	61.270	108.241	169.511
2001	62.914	111.781	174.695
2002	62.323	109.230	171.553
2003	66.606	105.718	172.324
2004	64.527	107.722	172.249
2005	64.370	115.806	180.176
2006	64.293	124.320	188.613
2007	60.681	125.122	185.803
2008	56.081	113.202	169.283
2009	60.885	123.338	184.223
2010	62.248	122.720	184.968

Incremento di 745 trattamenti dal 2009 al 2010, prevalentemente psicosociali e riabilitativi

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo quelli con integrazione farmacologica rappresentano i due terzi del totale. (Figura III.2.5)

**Tabella III.2.5:** Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tra il 2009 e il 2010 si osservano modeste variazioni tra le varie tipologie dei trattamenti erogati (tabella III.2.2).

**Tabella III.2.2:** Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 e 2010

	Anno 2009		Anno 2010		Diff. %
	Valori	%C	Valori	%C	
<b>Soggetti per tipologia di trattamento</b>					
Psicosociale/riabilitativo	60.885	33,1	62.248	33,7	0,6
Metadone	89.968	48,8	89.267	48,3	-0,5
Buprenorfina	16.708	9,1	17.850	9,7	0,6
Naltrexone	826	0,4	945	0,5	0,1
Clonidina	399	0,2	643	0,3	0,1
Altri farmaci non sostitutivi	15.437	8,4	14.015	7,6	-0,8
<b>Totale</b>	<b>184.223</b>	<b>100</b>	<b>185.744</b>	<b>100</b>	<b>-</b>
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone</b>					
Breve termine	10.091	11,2	9.704	10,9	-0,3
Medio termine	18.576	20,6	19.102	21,4	0,8
Lungo termine	61.301	68,2	60.461	67,7	-0,5
<b>Totale Metadone</b>	<b>89.968</b>	<b>100</b>	<b>89.267</b>	<b>100</b>	<b>-</b>
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina</b>					
Breve termine	1.689	10,1	2.161	12,1	2,0
Medio termine	3.069	18,4	3.422	19,2	0,8
Lungo termine	11.950	71,5	12.267	68,7	-2,8
<b>Totale Buprenorfina</b>	<b>16.708</b>	<b>100</b>	<b>17.850</b>	<b>100</b>	<b>-</b>
<b>Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo</b>					
Sostegno psicologico	31.592	31,5	31.999	30,9	-0,6
Psicoterapia	10.049	10,0	11.113	10,7	0,7
Interventi di servizi sociali	58.661	58,5	60.495	58,4	-0,1
<b>Totale psicosociale</b>	<b>100.302</b>	<b>100</b>	<b>103.607</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

*Nota: i valori assoluti 2010 inoltre sono da ritenersi incompleti in relazione al grado di copertura dei servizi, che al momento della stesura del presente documento risulta pari a circa il 90%.*

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

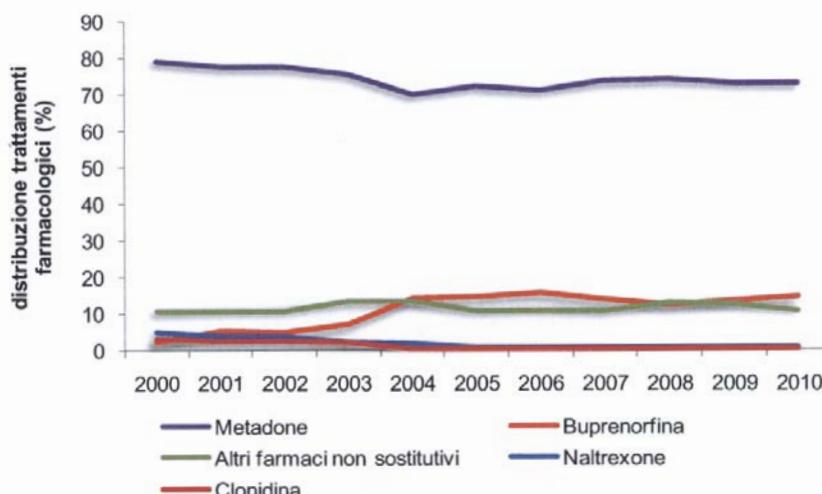
Metadone: Aumento dei trattamenti a medio termine

Buprenorfina: Aumento dei trattamenti in particolare a breve e a medio termine

Psicosociali: Aumento dei trattamenti psicoterapici

L'andamento 2000-2010 dei farmaci (sia sostitutivi che non sostitutivi) utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica è rappresentato nella Figura III.2.6.

**Figura III.2.6:** Distribuzione percentuale dei farmaci utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica erogati dai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il metadone rimane il farmaco più utilizzato anche se, con l'immissione nel mercato della buprenorfina (avvenuto nel 2000), è osservabile un lento e progressivo calo nel tempo, compensato dall'aumento percentuale di impiego terapeutico della stessa buprenorfina. I trattamenti sostitutivi per gli oppiacei (metadone e buprenorfina) rappresentano comunque i farmaci più utilizzati presso i Ser.T., in accordo con la tipologia di popolazione assistita che è prevalentemente rappresentata da eroinomani: complessivamente, la percentuale dei trattamenti sostitutivi sul totale dei farmacologici varia dall'81,4% nel 2000 all'87,3% nel 2010.

Anche l'impiego di altri farmaci non sostitutivi aumenta progressivamente nel tempo passando da 11.578 (2000) a 14.015 (2010), corrispondenti rispettivamente al 11,2% e 11,4% del totale dei trattamenti farmacologici.

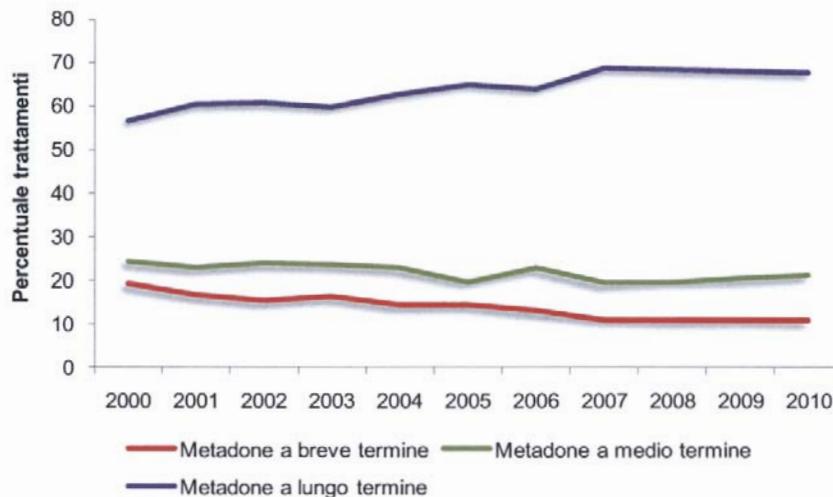
Per quanto riguarda naltrexone e clonidina si osserva un drastico calo del loro utilizzo: nel 2010 rappresentano lo 0,8% (naltrexone) e lo 0,5% (clonidina).

I trattamenti farmacologici sostitutivi sono classificati, in base alla loro durata, in "a breve termine" (< 30 giorni), "a medio termine" (tra 30 giorni e 6 mesi) e "a lungo termine" (oltre 6 mesi). Per entrambi i farmaci si osserva un impiego a lungo termine in circa il 70% dei casi, mentre il medio e breve termine rappresentano, rispettivamente, circa il 20% e il 10% dei casi.

Metadone: aumento delle terapie a medio termine (2,8%), riduzione del breve (-3,8%) e lungo termine (-1,4)

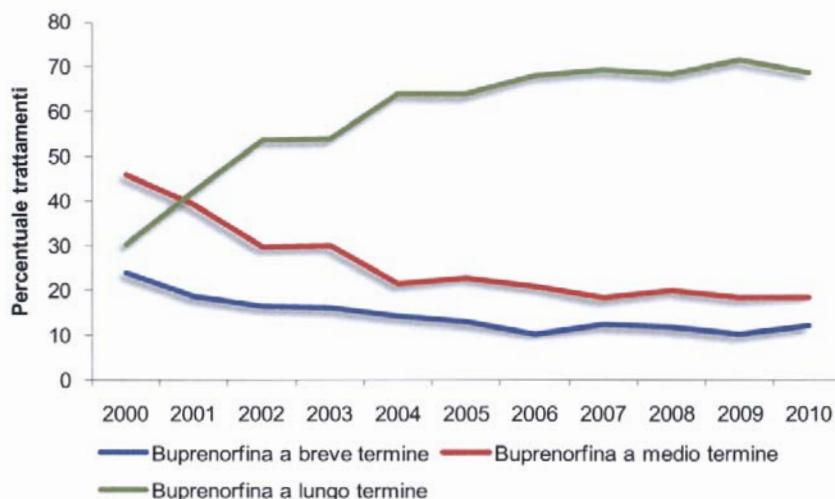
I trattamenti a lungo termine sono utilizzati nel 70% dei casi

**Figura III.2.7: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con metadone secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2010**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

**Figura III.2.8: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con buprenorfina secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2010**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali e/o riabilitativi senza integrazione farmacologica, si osserva che nel 30,4% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10,5% di psicoterapia e nel 59,1% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2000, nel 2010 si osserva un incremento nel numero delle tipologie di intervento senza integrazione farmacologica, anche se al loro interno le proporzioni rimangono tendenzialmente stabili nel decennio osservato (intervento di servizio sociale tra il 55 e 59,1%, sostegno psicologico tra il 31 e 34%, psicoterapia tra il 10 e 12%) (Tabella III.2.3 e Figura III.2.9).

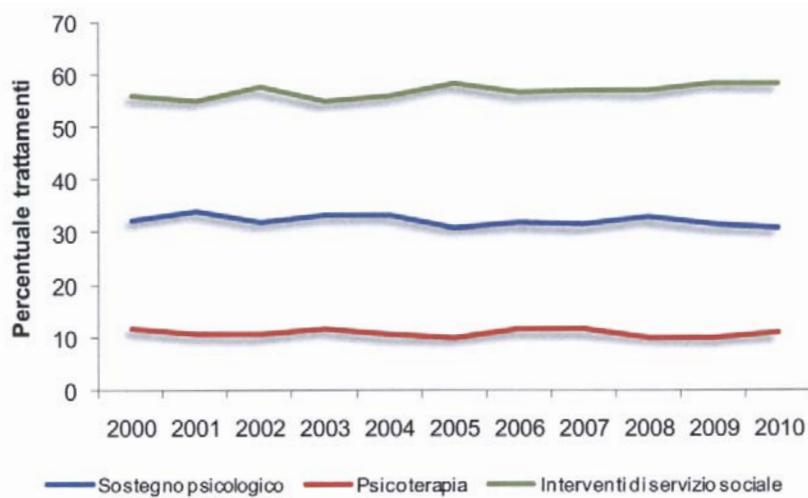
Aumento  
trattamenti  
psicosociali:  
psicoterapia

**Figura III.2.3:** Numero complessivo di trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010

Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Sostegno psicologico	Psicoterapia	Interventi di servizio sociale
2000	61.270	29.856	10.767	51.516
2001	62.914	32.606	10.062	52.793
2002	62.323	30.060	9.763	53.865
2003	66.606	34.359	12.068	56.659
2004	64.527	33.711	10.587	56.438
2005	64.370	31.089	10.198	58.244
2006	64.293	32.831	11.846	58.215
2007	60.681	30.097	10.936	54.699
2008	56.081	29.990	9.385	51.772
2009	60.885	31.592	10.049	58.661
2010	62.248	31.999	11.113	60.495

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

**Figura III.2.9:** Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ulteriori analisi condotte sulla sede di erogazione evidenziano una diversa distribuzione dei trattamenti: quelli farmacologici sono maggiormente rappresentati in sede ambulatoriale (presso il Ser.T.), mentre per quelli erogati presso comunità terapeutiche o in carcere hanno una maggior componente solo psico-socio-riabilitativa; presso queste ultime due sedi è comunque identificabile un progressivo maggior utilizzo di trattamenti integrati con farmaci.