

Tabella III.1.10: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA 2011 e confronto con il 2010

Regioni	Importo	%	Δ % 2011/ 2010*
Abruzzo	110.000,00	0,6	-75,4
Basilicata	25.000,00	0,1	-93,8
Bolzano	159.000,00	0,8	-61,7
Calabria	666.508,00	5,6	-11,5
Campania	1.778.951,00	9,0	34,9
Emilia - Romagna	3.117.700,00	15,7	-15,9
Friuli Venezia Giulia	250.000,00	1,3	73,2
Lazio	2.607.000,00	13,1	54,8
Liguria	60.000,00	1,2	-66,0
Lombardia	3.385.737,58	17,0	32,0
Marche	185.000,00	0,9	-
Molise	0,00	0,0	-100,0
Piemonte	360.000,00	1,8	103,2
Puglia	491.231,00	2,5	-
Sardegna	0,00	0,0	-
Sicilia	1.497.698,00	1,7	-
Toscana	3.919.901,63	20,7	24,4
Trento	0,00	0,0	-
Umbria	1.260.000,00	0,1	6200,0
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti	-	-
Veneto	0,00	0,0	-
Totale	19.873.727,21	100	30,4

Quasi 20 milioni
investiti dalle
Regioni in
prevenzione
selettiva (+30%)

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

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

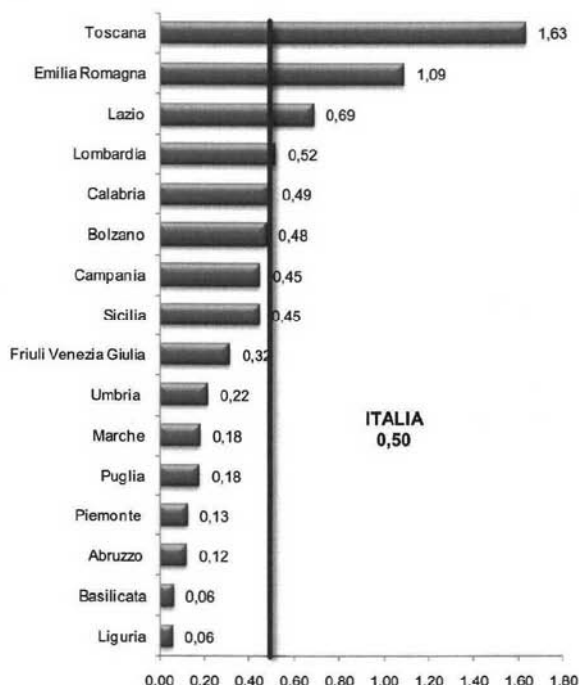
Nella Tabella III.1.11 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e Province Autonome sia per progetti di prevenzione selettiva su gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2011.

Nel complesso sono stati finanziati quasi 20 milioni di Euro, (incremento del 30,4% rispetto al 2010) principalmente nelle regioni Toscana (20,7%), Lombardia (17% del totale) ed Emilia Romagna (15,7%).

Rispetto all'anno 2010, sulla base dei dati a disposizione, Sicilia ed Umbria sono le Regioni che hanno aumentato maggiormente, in valore assoluto, gli appositi finanziamenti per importi di oltre un milione di euro.

Facendo il raffronto con la popolazione 15-64 anni (Figura III.1.19) primeggiano Toscana ed Emilia Romagna con valori superiori ad 1 € pro capite, sopra la media nazionale anche Lazio e Lombardia.

Figura III.1.19: Importo pro capite in € per popolazione 15-64 anni investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP.AA. Anno 2011



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

III.1.3.3 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 4,6% circa del campione di scuole intervistate: per gli istituti tecnici il 6,7%, per gli istituti professionali il 5,6% ed il 2,7% sia dei licei ed ex-magistrali che dei licei artistici e istituti d'arte.

Il 52,6% di questi istituti usufruisce di *centri d'ascolto* per la realizzazione degli interventi di prevenzione selettiva, il 36,8% ha attivato *protocolli d'intesa con enti esterni* e il 26,3% usa *provvedimenti interni* attuati nella scuola. Inoltre nel 68,4% di queste scuole sono presenti *referenti per l'educazione alla salute* di riferimento per tali problematiche e nel 47,4% *psico-pedagogisti*.

Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope, rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico, sono state realizzate da 35 istituti (8,5% degli istituti rispondenti al questionario prevenzione), con una maggior diffusione negli istituti professionali (13,5%), seguiti dagli istituti tecnici (10,4%), licei ed ex-magistrali (5,4%) e licei artistici e istituti d'arte (2,7%).

L'88,6% di queste scuole hanno attuato *servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche*, e il 28,6% *corsi di formazione per gli insegnanti*, mentre nel 31,4% di queste scuole sono state distribuite *linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga*.

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati

III.2.3.4. Rilevazione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Anno 2011

III.2.3.5. Minori con problemi droga e alcol correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione

III.2.3.6. Il progetto “Carcere e Droga”

III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

III.2.5. 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, 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.

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 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 e qualità dei trattamenti 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 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 55% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste il 91% hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.

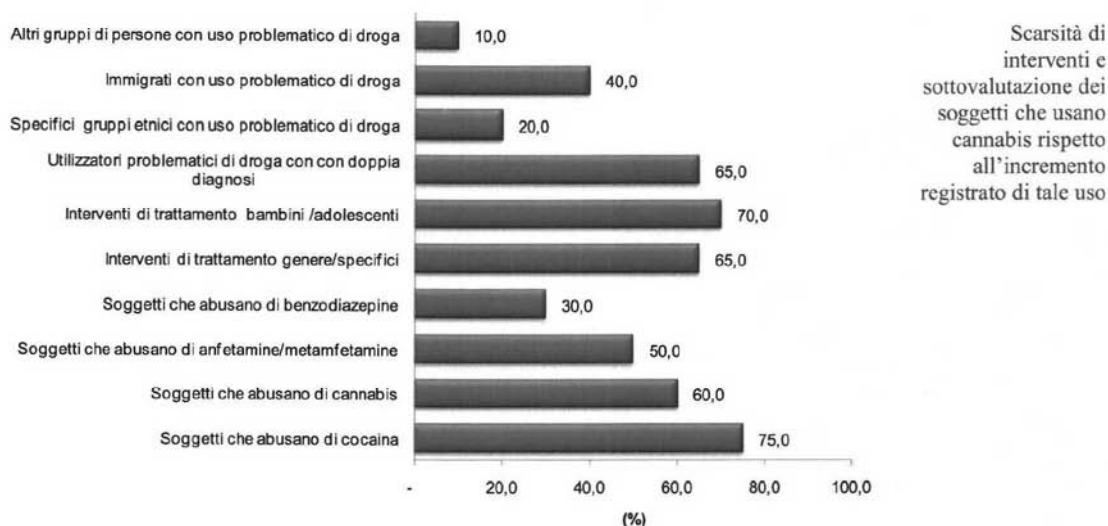
In Figura III.2.1 sono indicate le Regioni (in termini percentuali) che hanno realizzato interventi specifici rivolti a diversi soggetti; in particolare si può osservare che il 75% ha attivato interventi di trattamento verso soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina, il 70% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti. Solo nel 20% delle Regioni, invece, esistono specifici

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

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

interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena il 10% per altri gruppi di persone con uso problematico di droga.

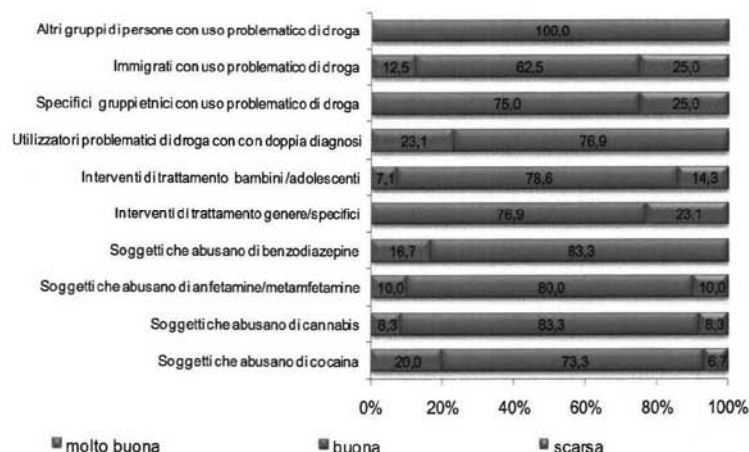
Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che hanno attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2011



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

Figura III.2.2: Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2011

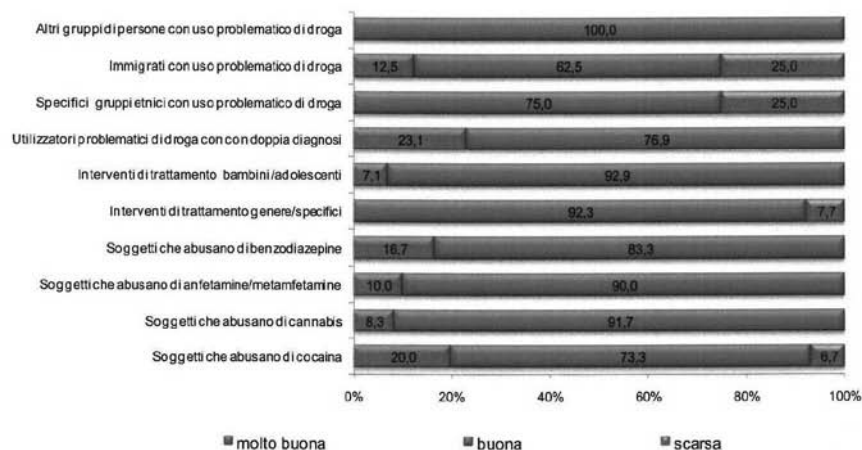


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

L'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 75% delle Regioni e Province Autonome ed in soli quattro casi su dieci sono presenti giudizi scarsi, in due di questi con percentuali sotto il 10% quindi poco rilevanti.

Molto positiva l'accessibilità dei servizi di trattamento

Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2011



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

Almeno il 65% 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 degli interventi, della prevenzione primaria e secondaria.

Quest'anno è stata introdotta un'ulteriore sezione dedicata alla garanzia della qualità di trattamento con l'obiettivo di raccogliere informazioni sull'esistenza a livello regionale/aziendale di protocolli/procedure/linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti erogati nei servizi per le dipendenze.

Si articola in tre parti: Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento, Monitoraggio e valutazione e l'ultima, Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi".

Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento

Nelle Regioni e Province Autonome lo strumento delle linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti è ancora poco diffuso, solo in un quarto delle Regioni esistono linee guida per il trattamento farmacologico e quello psicosociale integrato, ancor meno diffuse le linee guida per il trattamento psicosociale e gli altri trattamenti (Fig. III.2.4).

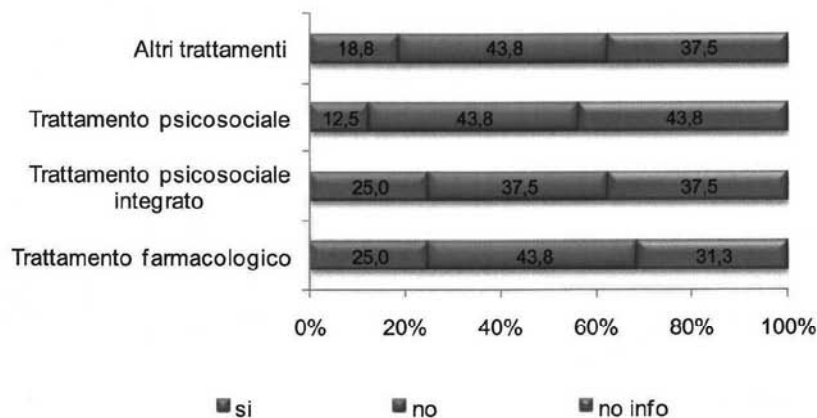
Rilevante anche la poca disponibilità di informazioni, in almeno il 30% dei casi (con punte di quasi il 44%) non si dispongono di elementi per rispondere.

Anche per quanto concerne l'applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti (Fig. III.2.5) e come pre-requisito per il finanziamento del servizio (Fig. III.2.6) le Regioni solo in pochissimi casi ne fanno uso, addirittura in nessun caso, come per il finanziamento del servizio per il trattamento psicosociale.

Poco diffuse le linee guida

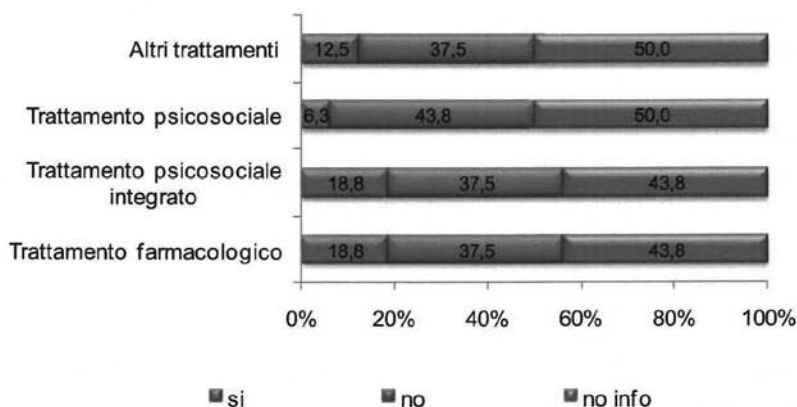
Molto scarsa l'applicazione obbligatoria delle linee guida

Figura III.2.4: Esistenza documenti ufficiali per la valutazione della qualità dei trattamenti. Anno 2011



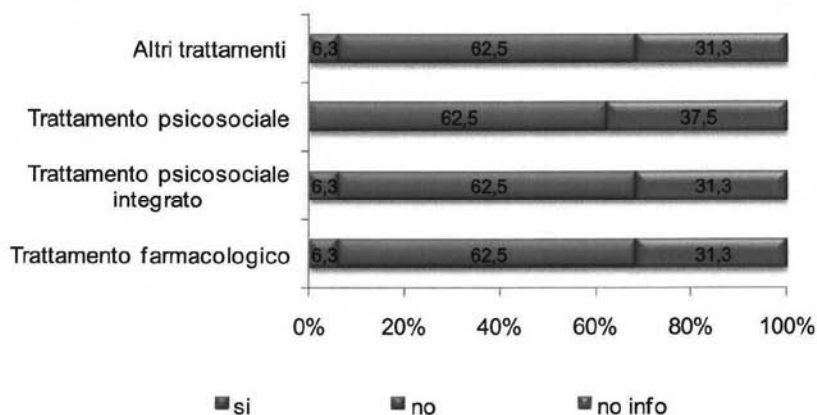
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.5: Applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti. Anno 2011



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

Figura III.2.6: Applicazione delle linee guida come pre-requisito per il finanziamento del servizio. Anno 2011



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

Nell'area delle linee guida sono state chieste alle Regioni e Province Autonome ulteriori informazioni in merito "all'inclusione nelle linee guida di aspetti/criteri che riguardano i protocolli terapeutici", "la descrizione della documentazione obbligatoria per la valutazione della qualità del trattamento relativa ad ammissione/dimissione, outcome, soddisfazione dei clienti e del personale", "come fossero elaborate le linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti" e l'eventuale esistenza di un "riferimento normativo". In ordine alle tematiche su indicate il tasso di informazioni disponibili è stato sempre inferiore al 50% e, nei casi di elementi a disposizione, la risposta è stata largamente negativa.

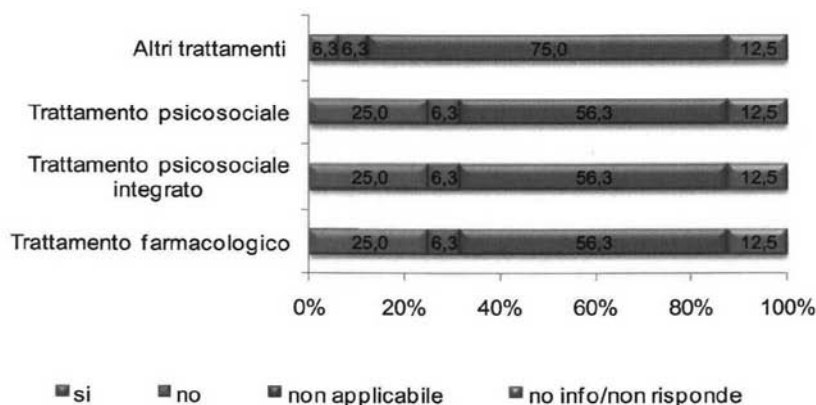
Poche le informazioni messe a disposizione da Regioni e PP.AA

Monitoraggio e valutazione

Ancora poco diffusa la valutazione del risultato dei vari trattamenti che hanno le stesse risultanze per psicosociale, psicosociale integrato e farmacologico con un quarto delle Regioni e PP.AA. che la effettuano e ben il 56,3% che la dichiarano non applicabile.

Poco applicabile la valutazione del risultato dei trattamenti

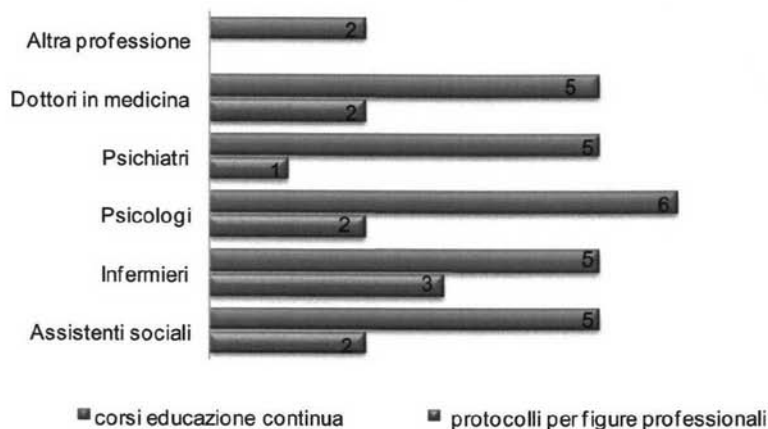
Figura III.2.7: Valutazione del risultato dei trattamenti. Anno 2011



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

Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi"

Figura III.2.8: Regioni e PP.AA. che dispongono di un portale on line con protocolli per figure professionali e che forniscono corsi di educazione/formazione continua. Anno 2011



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

Le buone prassi sono ancora in una fase embrionale, nel migliore dei casi (per gli psicologi) solo sei regioni attuano corsi di educazione continua; ancora meno diffuse le piattaforme (portali on line) che forniscono protocolli professionali (conoscenza, comprensione e competenze) per le figure professionali. Il dato più confortante riguarda gli infermieri che in tre regioni hanno la possibilità di fruire di appositi protocolli.

Molto scarsa la diffusione delle "buone prassi"

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Con riferimento ai dati trasmessi dal Ministero della Salute relativamente al flusso sui trattamenti (ANN 03), alla data del 28 Maggio 2012, non erano disponibili i flussi informativi delle regioni: Emilia – Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte e Umbria in seguito alla trasmissione del flusso SIND. Per queste regioni è stata applicata quindi, una stima, calcolando la differenza percentuale tra l'anno 2011 e l'anno 2010, per le regioni di cui si disponevano le informazioni e moltiplicando questo valore per il numero di soggetti in carico nel 2010 per tipologia di trattamento.

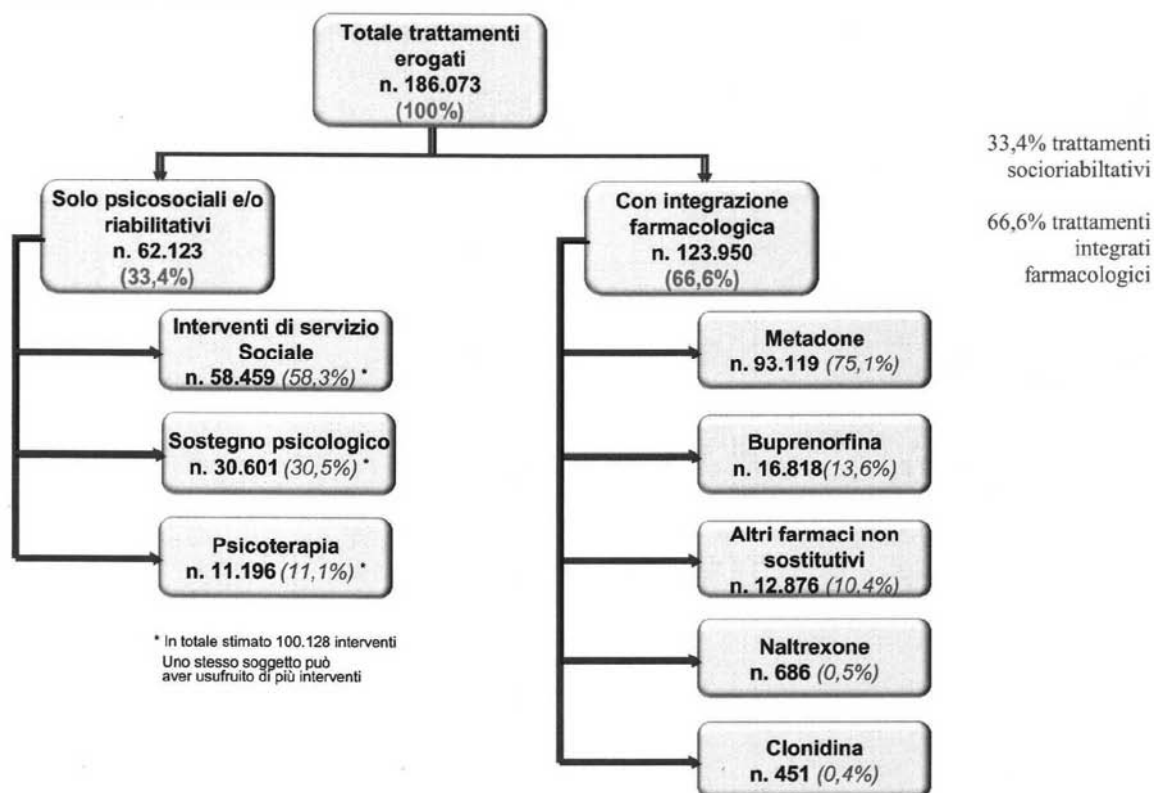
Metodologia

Ad una prima analisi sulla distribuzione stimata dei soggetti assistiti per tipo di trattamento, è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (66,6%), prevalentemente metadone (75,1%), mentre il 30,5% di soggetti è stato sottoposto nel 2011 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.

186.073 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 "integrati", 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 2011.

Figura III.2.9: Schema dell'organizzazione del flusso dati dei trattamenti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Complessivamente i trattamenti erogati aumentano del 9,1% dal 2000 al 2011, passando da 169.511 al valore stimato di 186.073 (Tabella III.2.1).

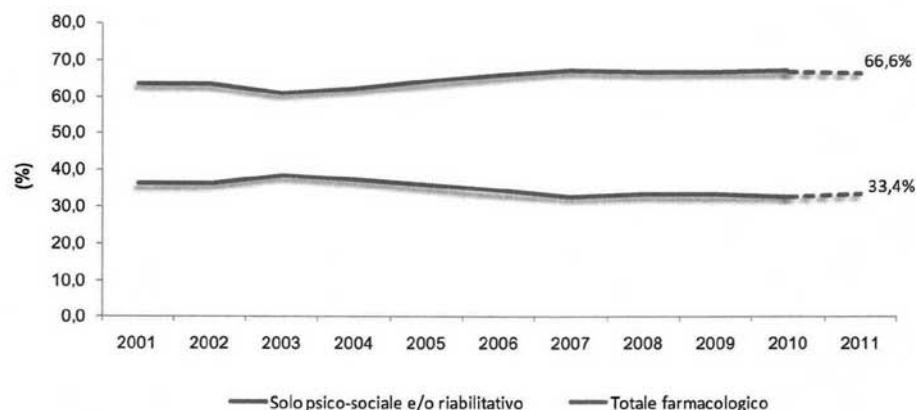
Tabella III.2.1: Numero complessivo di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011

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	61.216	124.997	186.213
2011 (*)	62.123	123.950	186.073

(*) Dato stimato

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo quelli con integrazione farmacologica rappresentano i due terzi del totale. (Figura III.2.10)

Figura III.2.10: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tra il 2010 e il 2011 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 2010 e 2011

	Anno 2010		Anno 2011 ^(*)		Diff. %
	Valori	%C	Valori	%C	
Soggetti per tipologia di trattamento					
Psicosociale/riabilitativo	61.216	32,9	62.123	33,4	0,5
Metadone	91.604	49,2	93.119	50,0	0,8
Buprenorfina	17.980	9,7	16.818	9,0	-0,7
Naltrexone	899	0,5	686	0,4	-0,1
Clonidina	622	0,3	451	0,2	-0,1
Altri farmaci non sostitutivi	13.892	7,5	12.766	6,9	-0,6
Totale	186.213	100	186.073	100	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone					
Breve termine	10.108	11,0	15.178	16,3	5,3
Medio termine	19.522	21,3	21.883	23,5	2,2
Lungo termine	61.974	67,7	56.058	60,2	-7,5
Totale Metadone	91.604	100	93.119	100	
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina					
Breve termine	2.218	12,3	2.237	13,3	1
Medio termine	3.603	20,0	3.078	18,3	-1,7
Lungo termine	12.159	67,7	11.503	68,4	0,7
Totale Buprenorfina	17.980	100	16.818	100	-
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo					
Sostegno psicologico	31.223	31,0	30.610	30,5	-0,5
Psicoterapia	10.852	10,8	11.196	11,2	0,4
Interventi di servizi sociali	58.489	58,2	58.459	58,3	0,1
Totale psicosociale	100.564	100	100.265	100	-

^(*) dato stimato

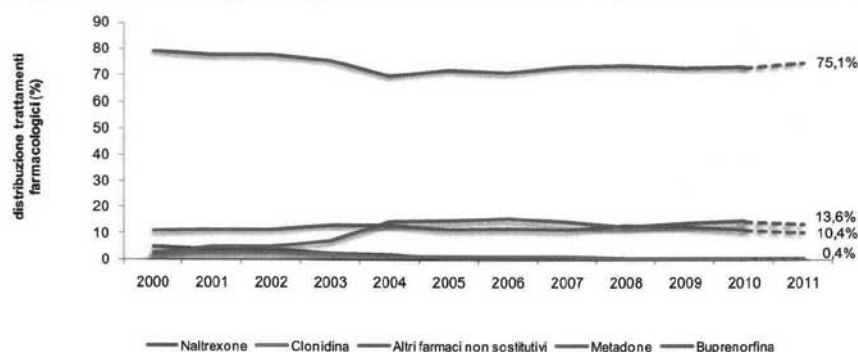
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Metadone: Aumento
% dei trattamenti a
breve termine e a
medio termine

Buprenorfina:
diminuzione dei
trattamenti in
particolare a medio
termine

L'andamento 2000-2011 dei farmaci (sia sostitutivi che non sostitutivi) utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica è rappresentato nella Figura III.2.11.

Figura III.2.11: Distribuzione percentuale dei farmaci utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica erogati dai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2011



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'89,4% nel 2011.

Anche l'impiego di altri farmaci non sostitutivi diminuisce progressivamente nel tempo passando da 11,7% nel 2000 a 10,4% nel 2011.

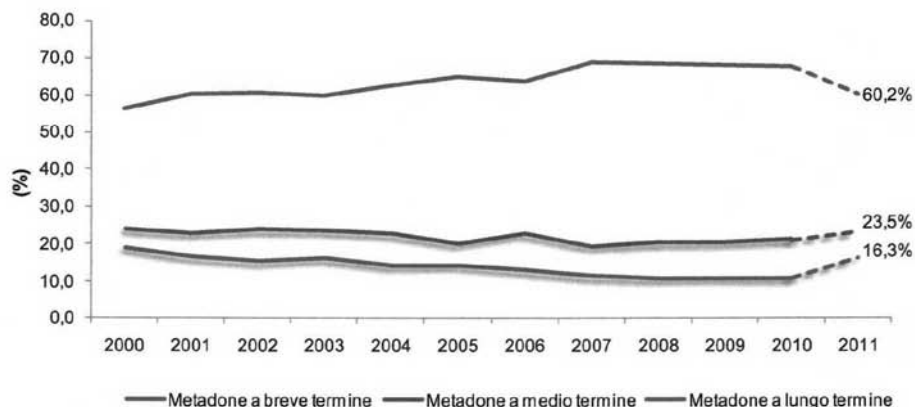
Per quanto riguarda naltrexone e clonidina si osserva un drastico calo del loro utilizzo: nel 2011 rappresentano lo 0,5% (naltrexone) e lo 0,4% (clonidina).

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 nel 60,2% dei casi, mentre il medio e breve termine rappresentano, rispettivamente, circa il 23,5% e il 16,3% dei casi.

Metadone: aumento delle terapie a breve termine (5,3 punti percentuali) e medio termine (2,2 punti)

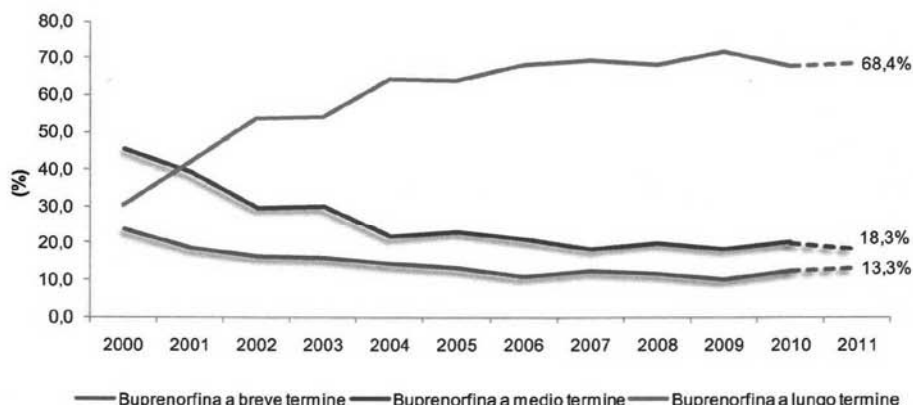
I trattamenti a lungo termine sono utilizzati nel 60,2% dei casi

Figura III.2.12: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con metadone secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.13: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con buprenorfina secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali e/o riabilitativi senza integrazione farmacologica, si osserva che nel 30,5% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 11,1% di psicoterapia e nel 58,3% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2000, nel 2011 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 58,3%, sostegno psicologico tra il 31 e 30,5%, psicoterapia tra il 10 e 11,1%) (Tabella III.2.3 e Figura III.2.14).

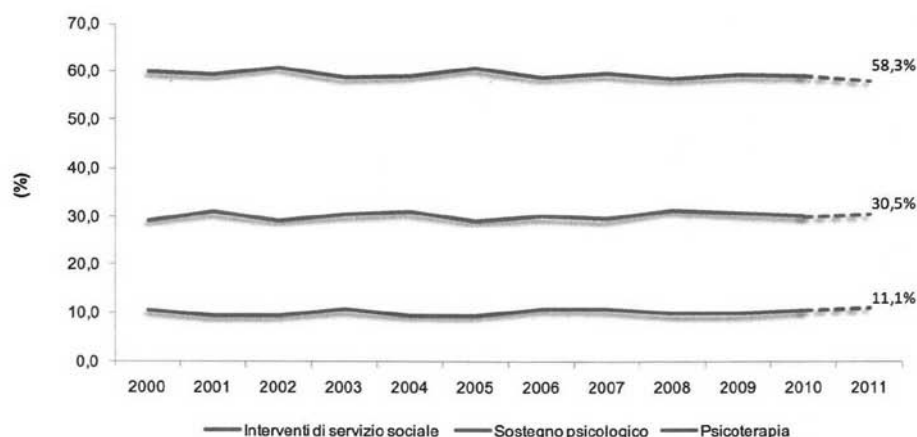
Aumento
trattamenti
psicosociali:
psicoterapia

Tabella III.2.10: Numero complessivo di trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011

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	61.216	31.223	10.852	58.498
2011 ^(*)	62.123	30.610	11.196	58.459

(*) Dato stimato

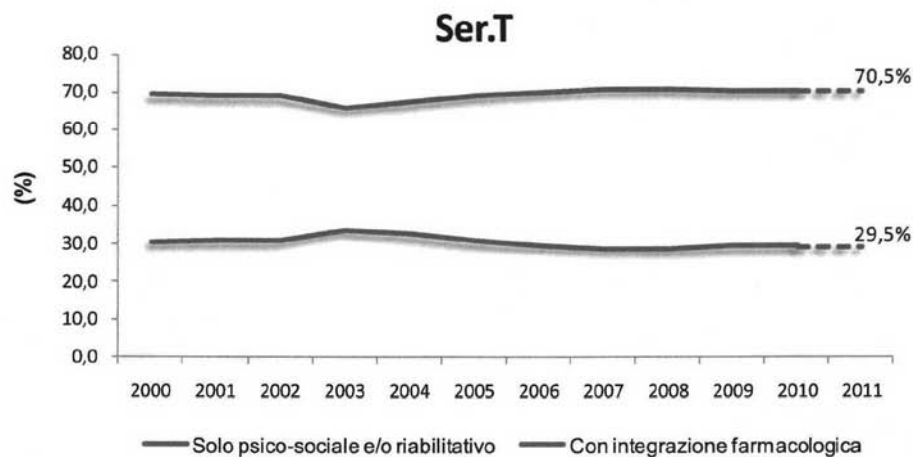
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.14: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

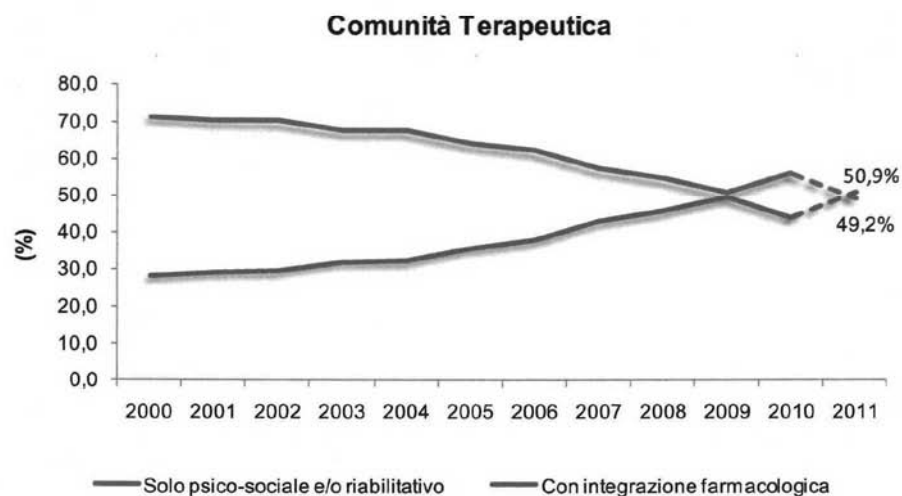
Ulteriori analisi condotte sulla sede di erogazione evidenziano una diversa distribuzione dei trattamenti: quelli farmacologici sono maggiormente rappresentati in sede ambulatoriale (presso il Ser.T.), mentre per quelli erogati presso comunità terapeutiche o in carcere hanno una maggior componente solo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

Figura III.2.15: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai Ser.T., secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



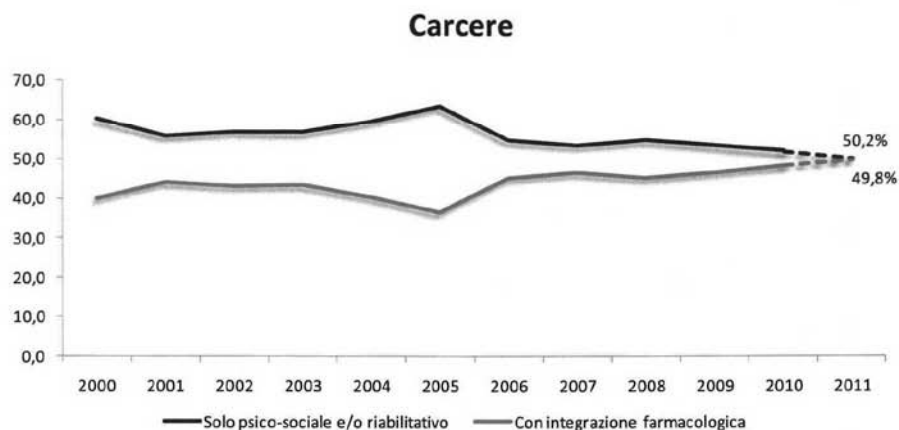
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.16: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso le comunità terapeutiche, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

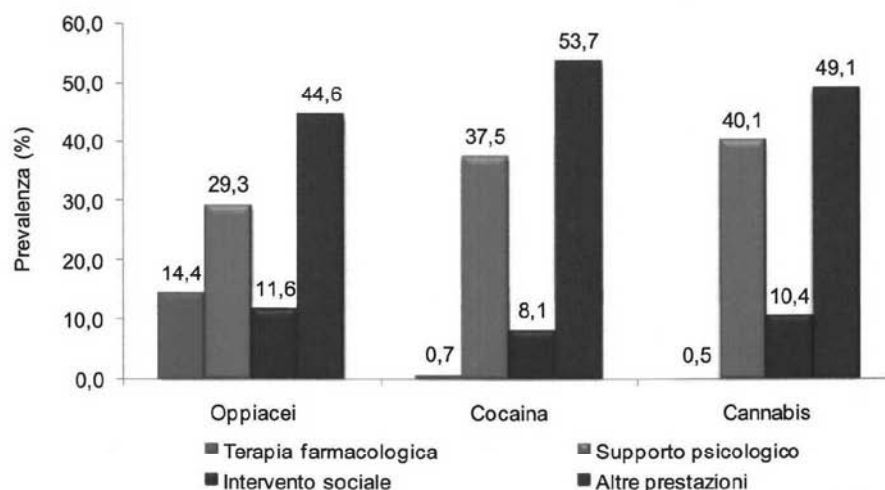
Figura III.2.17: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso gli istituti penitenziari, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'analisi approfondita delle informazioni desunte dal campione di servizi che hanno aderito allo studio multicentrico DPA nel 2011, ha evidenziato profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi in periodi precedenti.

Figura III.2.18: Distribuzione percentuale di **nuovi utenti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Per la nuova utenza, così come per gli utenti già assistiti nei Ser.T. per consumo di oppiacei, prevale il supporto psicologico rispetto alla terapia farmacologica effettuata tramite somministrazione di metadone, buprenorfina o naltrexone. Questo deriva dal fatto che mentre il flusso del Ministero della Salute rileva i trattamenti farmacologici in quanto tali anche se integrati da supporto psicosociale e riabilitativo, i dati della multicentrica identificano e conteggiano i trattamenti psicosociali e riabilitativi associati a quelli farmacologici. 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. Tuttavia, rispetto ai nuovi utenti, i soggetti già noti ai Ser.T. hanno ricevuto più trattamenti di tipo farmacologico, soprattutto in

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