

soggetti “responder” (rispettivamente l’84,3% e il 69,9%).

Tabella III.2.22: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	Σ gg terapie erogate		Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	Σ gg con Morfinurie negative		Σ gg con Morfinurie positive		Adh Contr % ^{a2}	Adh Tratt % ^{a3}
		N	gg			gg	mg	gg	%		
Buprenorfina	2.554	632.840	248	7,7	607.123	95,9	25.718	4,1	81,6	67,9	
Metadone	6.487	1.698.908	262	50,7	1.589.611	93,6	109.298	6,4	84,6	70,7	
Totale	9.041	2.331.748	258	-	2.196.734	94,2	135.016	5,8	84,3	69,9	

^{a1} percentuale sul totale dei giorni di terapia

^{a2} valore medio in percentuale dell’aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

^{a3} valore medio in percentuale dell’aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

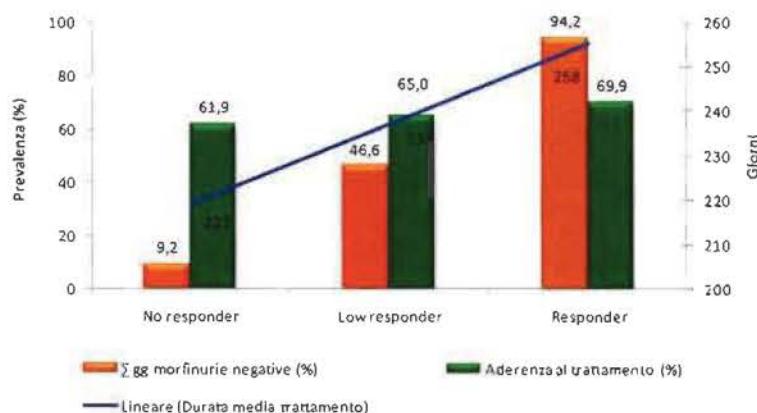
Fonte: Progetto Outcome DPA

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento, è possibile osservare che il valore medio percentuale dell’aderenza al trattamento, calcolata come rapporto tra le somministrazioni di farmaco erogato e quelle prescritte, aumenta, passando dal 61,9% dei soggetti “no responder” al 69,9% dei “responder”.

Considerando, invece, la durata media di trattamento farmacologico, non sembra esserci una sostanziale differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti “low responder” (rispettivamente 222 e 233 giorni). Lo stesso discorso non vale per gli utenti che rispondono positivamente al trattamento, per i quali è stata riscontrata una durata media pari a 258 giorni.

Maggiore aderenza al trattamento tra i soggetti responder
Maggiore durata media di trattamento tra i soggetti responder

Figura III.2.47: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Di particolare interesse risulta l’analisi del campione nel suo complesso, senza tener conto, quindi, della stratificazione per tipo di risposta al trattamento.

Nel complesso, sono stati coinvolti 31 Dipartimenti per le Dipendenze per complessive 88 unità operative appartenenti a sette regioni d’Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Sicilia). Osservando i risultati ottenuti, sembra non esserci differenza tra le durate medie di trattamento nelle due tipologie di oppiacei erogati (circa 8 mesi ciascuno). Inoltre, in accordo con quanto descritto in precedenza, la dose media giornaliera di buprenorfina utilizzata è pari a 7,8 mg, mentre per il metadone è 50,8 mg (Tabella III.2.23).

Unità operative coinvolte

Tabella III.2.23: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2012

Unità operativa	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range	
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina						
	93	2.922	242,3	108,1	274,5	30 - 366
Metadone						
	106	8.705	253,9	106,6	295,0	30 - 366
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina						
	93	2.922	7,8	5,7	6,5	0,5 - 32,0
Metadone						
	106	8.705	50,8	30,4	46,9	0,3 - 150,0

Fonte: Progetto Outcome DPA

La dose media/die di farmaco sostitutivo non sembra avere influenza sulla risposta

Al fine di comprendere quali altre sostanze psicotrope vengono consumate dagli utenti in trattamento farmacologico, per i pazienti che presentano morfinurie negative per eroina, è stata esaminata la positività per uso di altre sostanze). In particolare, sembra che la cannabis sia la sostanza stupefacente più comunemente utilizzata in astinenza da eroina per entrambi i tipi di trattamento farmacologico, con una percentuale totale di urine positive del 24,5%. Anche la cocaina e l'alcol sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 14,4% e 10,6%).

Valutazione della % di altre positività per altre sostanze durante il trattamento

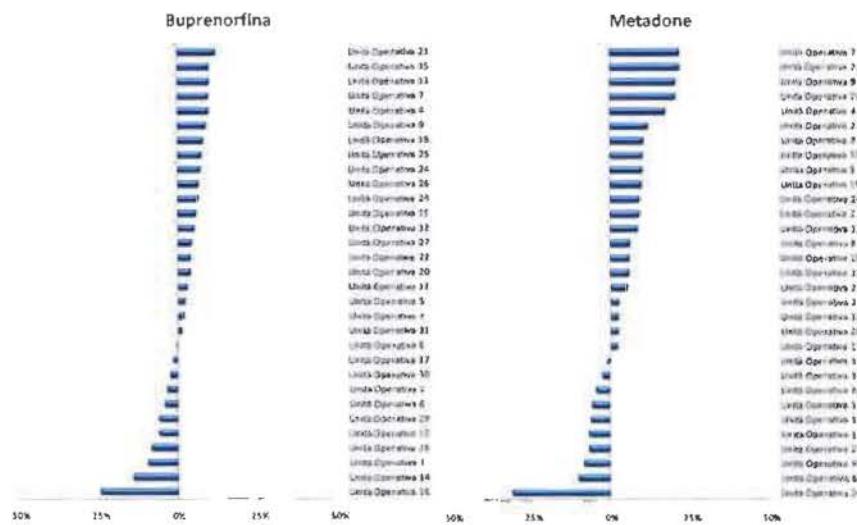
Tabella III.2.24: Percentuale di morfinurie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinurie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2012

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	10,72	25,02	0,85	2,33	8,80
Metadone	15,59	24,25	1,01	1,01	11,16
Totale	14,42	24,45	0,96	1,40	10,60

Fonte: Progetto Outcome DPA

Dato l'ampio numero di unità operative coinvolte nello studio, l'entità dello scostamento percentuale dei giorni di astensione dall'uso di eroina dal valore medio complessivo, per tipologia di trattamento farmacologico, è stato valutato raggruppando gli utenti secondo le 31 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza. Confrontando le due tipologie di terapia si osserva che la percentuale di giorni con morfinurie negative dei soggetti in terapia con buprenorfina si discosta meno dal dato medio dell'intero campione (88,8%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (77,9%), a conferma di quanto emerso negli studi precedenti.

Figura III.2.48: Scostamento percentuale delle morfinie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella III.2.25), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella III.2.25: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2012

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
	N	mg	%
Metadone			
Dose < 50 mg/die	4.571	27,89	78,47
Dose ≥ 50 mg/die	4.134	76,07	77,35
Totale	8.705	50,77	77,91
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.707	4,17	90,75
Dose ≥ 8 mg/die	1.215	12,96	86,29
Totale	2.922	7,83	88,83

Fonte: Progetto Outcome DPA

Di particolare interesse ai fini dello studio risulta l'analisi della densità prestazionale media ricevuta dal singolo paziente in relazione al tipo di risposta al trattamento. La densità prestazionale media/giornaliera per soggetto si ottiene rapportando le prestazioni erogate nell'anno di riferimento agli anni persona riferiti all'utenza assistita dell'unità operativa nell'anno di riferimento (sommatoria dei tempi di assistenza erogata per singolo utente).

Analisi della densità prestazionale media in base alla risposta al trattamento

Complessivamente non si osservano sensibili differenze tra il numero medio di prestazioni giornaliere dei soggetti in terapia con metadone o buprenorfina. Tuttavia, fatta eccezione degli utenti "no-responder", la densità media prestazionale propende lievemente per gli utenti in trattamento con metadone (Tabella III.2.26).

Tabella III.26 Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2012

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale	Non differenze significative della densità prestazionale tra terapie
Metadone	1,12	1,15	1,10	1,11	
Buprenorfina	1,19	1,09	0,94	0,96	

Fonte: Progetto Outcome DPA

Nelle Tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella III.27: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale		Prestazioni nei soggetti in terapia con metadone	
	Metadone	N	%	N	%	N	%	N	%	
Attività telefonica	2.433	1,3		2.593	1,6	17.424	1,6	22.450	1,6	
Relazioni, prescrizioni	38.282	20,2		33.141	20,6	243.251	22,2	314.674	21,8	
Attività di accompagnamento	324	0,2		285	0,2	2.423	0,2	3.032	0,2	
Visite	3.649	1,9		4.062	2,5	30.823	2,8	38.534	2,7	
Colloqui	6.833	3,6		7.222	4,5	50.222	4,6	64.277	4,4	
Esami e procedure cliniche	19.083	10,1		17.746	11,0	145.692	13,3	182.521	12,6	
Somministrazione farmaci	109.527	57,9		88.245	54,9	551.261	50,3	749.033	51,8	
Psicoterapia individuale	370	0,2		589	0,4	3.085	0,3	4.044	0,3	
Psicoterapia coppia-famiglia	35	0,0		18	0,0	450	0,0	503	0,0	
Interventi educativi	121	0,1		59	0,0	1.547	0,1	1.727	0,1	
Test psicologici	2.290	1,2		1.459	0,9	10.907	1,0	14.656	1,0	
Attività supporto generale	389	0,2		608	0,4	5.851	0,5	6.848	0,5	
Revisione programma	3.874	2,0		3.571	2,2	23.638	2,2	31.083	2,1	
Prestazioni alberghiere	1.914	1,0		1.128	0,7	9.483	0,9	12.525	0,9	
Prestazioni straordinarie	0	0,0		1	0,0	20	0,0	21	0,0	
Prevenzione secondaria	2	0,0		21	0,0	30	0,0	53	0,0	
Totale	189.126	100,0		160.748	100,0	1.096.107	100,0	1.445.981	100,0	
Totale soggetti (%)	1.252	14,4		966	11,1	6.487	74,5	8.705	100,0	
Totale giorni di trattamento	280.974	224,4		230.429	238,5	1.698.908	261,9	2.210.311	253,9	
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,12			1,15		1,10		1,11		

Fonte: Progetto Outcome DPA

Per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, gli utenti ricevono in percentuale maggiore le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”.

Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti sono sottoposti a terapia farmacologica per un periodo di tempo più lungo rispetto alle altre due categorie di utenti.

Tabella III.2.28: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale		Prestazioni nei soggetti in terapia con buprenorfina
	Buprenorfina	N	%c	N	%c	N	%c	N	%c
Attività telefonica	413	1,8	363	1,4	4.178	1,1	4.954	1,2	
Relazioni, prescrizioni	5.938	25,4	6.041	24,0	90.129	24,5	102.108	24,5	
Attività di accompagnamento	56	0,2	35	0,1	486	0,1	577	0,1	
Visite	631	2,7	621	2,5	10.104	2,7	11.356	2,7	
Cotloqui	1.170	5,0	1.295	5,1	16.542	4,5	19.007	4,6	
Esami e procedure cliniche	3.229	13,8	3.150	12,5	58.001	15,7	64.380	15,4	
Somministrazione farmaci	10.261	43,9	12.244	48,6	171.632	46,6	194.137	46,6	
Psicoterapia individuale	99	0,4	143	0,6	1.842	0,5	2.084	0,5	
Psicoterapia coppia-famiglia	39	0,2	3	0,0	192	0,1	234	0,1	
Interventi educativi	2	0,0	16	0,1	276	0,1	294	0,1	
Test psicologici	420	1,8	382	1,5	4.136	1,1	4.938	1,2	
Attività supporto generale	45	0,2	43	0,2	1.832	0,5	1.920	0,5	
Revisione programma	579	2,5	576	2,3	5.460	1,5	6.615	1,6	
Prestazioni alberghiere	468	2,0	272	1,1	3.652	1,0	4.392	1,1	
Prestazioni straordinarie	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0	
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	8	0,0	8	0,0	
Totale	23.350	100,0	25.186	100,0	368.470	100,0	417.006	100,0	
Totale soggetti (%)	183	6,3	185	6,3	2.554	87,4	2.922	100,0	
Totale giorni di trattamento	37.476	204,8	37.575	203,1	632.840	247,8	707.891	242,3	
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,19		1,09		0,94		0,96		

Fonte: Progetto Outcome DPA

Osservando, inoltre, la densità prestazionale media giornaliera per soggetto, per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, sembra che i pazienti ricevano maggiormente le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci” (Tabella III.2.29 e Tabella III.2.30), come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Tabella III.2.29: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2012

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,14	0,15	0,15	0,15
Attività di accompagnamento	0,02	0,02	0,02	0,02
Visite	0,02	0,03	0,03	0,03
Colloqui	0,03	0,04	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,41	0,40	0,34	0,36
Psicoterapia individuale	0,02	0,03	0,02	0,02
Psicoterapia coppia-famiglia	0,01	0,01	0,01	0,01
Interventi educativi	0,03	0,02	0,04	0,03
Test psicologici	0,09	0,07	0,07	0,07
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,02	0,02
Revisione programma	0,05	0,05	0,04	0,05
Prestazioni alberghiere	0,19	0,18	0,19	0,19
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,01	0,04	0,01	0,01
Totale	1,12	1,15	1,10	1,11

Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.30: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2012

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,16	0,17	0,14	0,15
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,01	0,01
Visite	0,02	0,02	0,03	0,03
Colloqui	0,04	0,04	0,03	0,03
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,10	0,10
Somministrazione farmaci	0,30	0,35	0,28	0,29
Psicoterapia individuale	0,03	0,03	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,03	0,02	0,02	0,02
Interventi educativi	0,00	0,02	0,03	0,03
Test psicologici	0,09	0,08	0,07	0,07
Attività supporto generale	0,01	0,01	0,02	0,02
Revisione programma	0,05	0,05	0,03	0,03
Prestazioni alberghiere	0,31	0,17	0,12	0,13
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	1,19	1,09	0,94	0,96

Fonte: Progetto Outcome DPA

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con metadone in base alla diversa risposta

L'analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento 2009, 2010, 2011). Le esperienze precedenti ci hanno permesso di sviluppare un software che, seppur ancora perfettibile, aumenta notevolmente la qualità delle informazioni per la valutazione degli esiti nei pazienti in terapia farmacologica.

Un punto di forza della presente indagine è che i risultati sono basati sugli esami dei controlli urinari e non sul "riferito" o riportato dagli utenti, riducendo di molto quindi distorsioni legate all'affidabilità del dato.

Unità Operative partecipanti: Dipartimento Dipendenze di Brescia (Brescia, Montichiari, Orzinuovi, Rovato, Salò), Servizio Dipendenze ASL Vallecamonica-Sebino, Dipartimento Dipendenze di Varese (Varese, Gallarate, Saronno, Arcisate, Tradate, Busto Arsizio, Cittiglio), Dipartimento di Bergamo (Bergamo, Gazzaniga, Lovere, Martinengo, Ponte San Pietro, Treviglio), Dipartimento Dipendenze Como (Como, Appiano Gentile, Menaggio, Erba, Mariano Comense), Dipartimento Lodi (Lodi, Sant'Angelo Lodigiano, Casalpusterlengo), Dipartimento Dipendenze Vicenza, Dipartimento Dipendenze Pieve di Soligo, Dipartimento Dipendenze Treviso, Dipartimento Dipendenze San Donà di Piave, Dipartimento Dipendenze Dolo/Mirano, Dipartimento Dipendenze Chioggia, Dipartimento Dipendenze Cittadella, Dipartimento Dipendenze Este, Dipartimento Dipendenze Rovigo, Dipartimento Dipendenze Verona, Dipartimento Dipendenze Legnago-Zevio, Dipartimento Dipendenze Pordenone, Unità operative di Sanremo, Bordighera, Imperia, unità operativa di Savona, Dipartimento Dipendenze di Genova (Genova zona 1, zona 2, zona 3, zona 4, zona 5, zona 6, Carcere), ASL Savonese (Savona, Albenga, Finale, Cairo), Dipartimento delle Dipendenze di Macerata, Dipartimento Dipendenze di Foligno (Spoleto e Foligno), Dipartimento Dipendenze La Spezia, unità operative Città di Castello (SerT Alto Tevere, Servizio Alcologia Alto Tevere, SerT Alto Chiascio, Servizio Alcologia Alto Chiascio), Dipartimento delle Dipendenze di Perugia (Perugia, Assisi, Marsciano, Magione), Dipartimenti delle Dipendenze di Terni (Terni, Narni, Orvieto), unità operativa di Messina nord, Messina Sud, Taormina, Milazzo, unità operativa di Enna (Enna e Nicosia), unità operativa di Palermo (SerT PA1, SerT PA4, SerT Termini Imerese, SerT Cefalù) unità operativa di Ragusa, Modica e Vittoria.

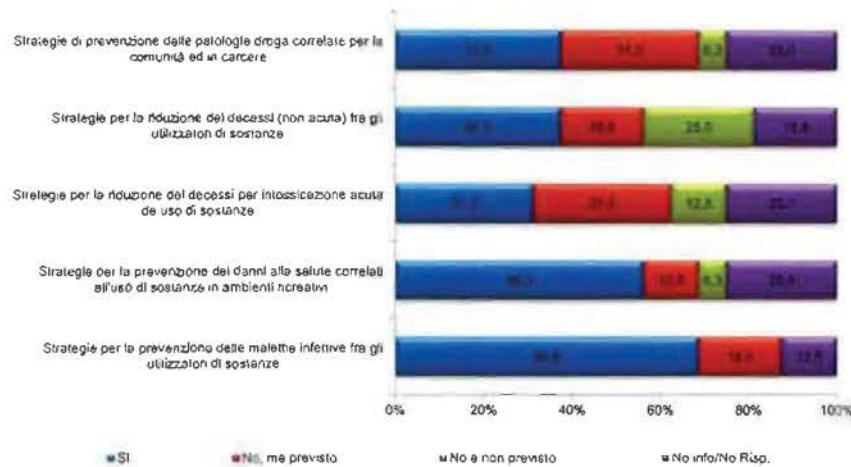
U.O. che hanno
partecipato al
progetto
Outcome

III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite dalle Regioni, l'esistenza di documenti ufficiali riportanti strategie varia da un minimo del 31,3% ad un massimo del 68,8% per la prevenzione delle malattie infettive tra gli utilizzatori di sostanze (Figura III.2.49).

Sempre più
ridotte le strategie
ufficiali adottate

Figura III.2.49: Percentuale di Regioni e Province Autonome che dispongono di documenti ufficiali con strategie di prevenzione delle patologie correlate. Anno 2012

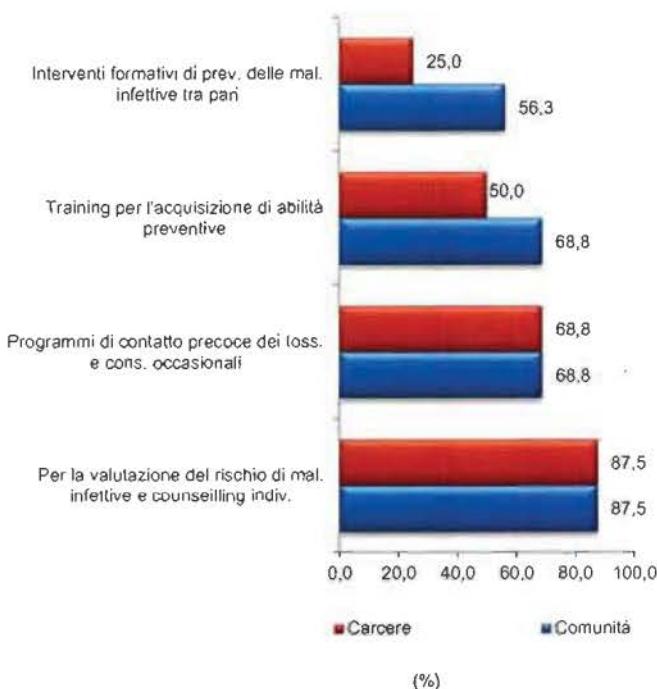


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Gli interventi prioritari di prevenzione sono stati svolti in particolare per quanto concerne la valutazione del rischio di malattie infettive e counselling individuale, con l'87,5% delle Regioni e PP.AA dichiarato sia per le comunità che per il carcere; buoni anche i programmi di contatto precoce dei tossicodipendenti e consumatori occasionali con il 68,8%, scarsi gli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari nell'ambito dei carceri con solo il 25%.

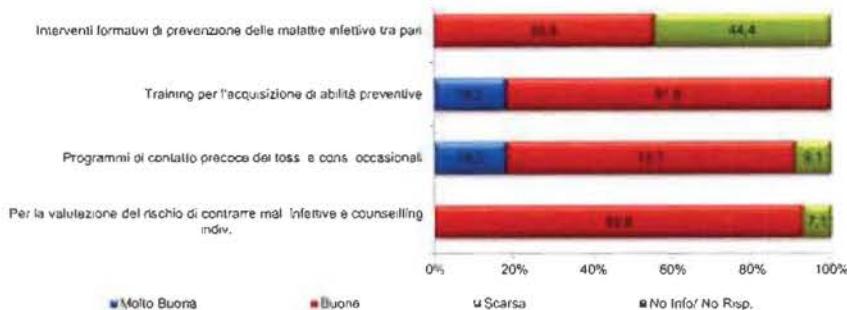
Maggiori gli interventi nelle Comunità

Figura III.2.50: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato interventi prioritari di prevenzione delle malattie infettive nella comunità o in carcere – Anno 2012



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

Figura III.2.51: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2012

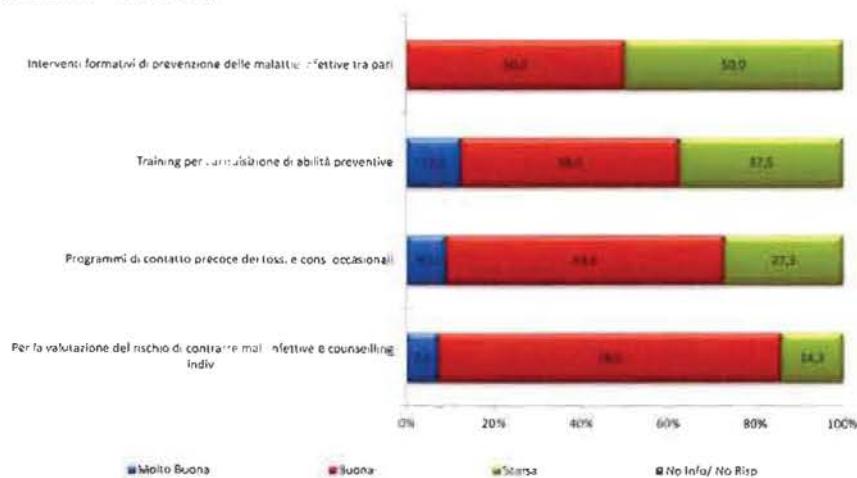


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La valutazione della disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità ed in carcere (Figure III.2.51 e III.2.52) è sempre positiva, particolarmente bene i servizi per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counselling individuale.

Buona disponibilità generale

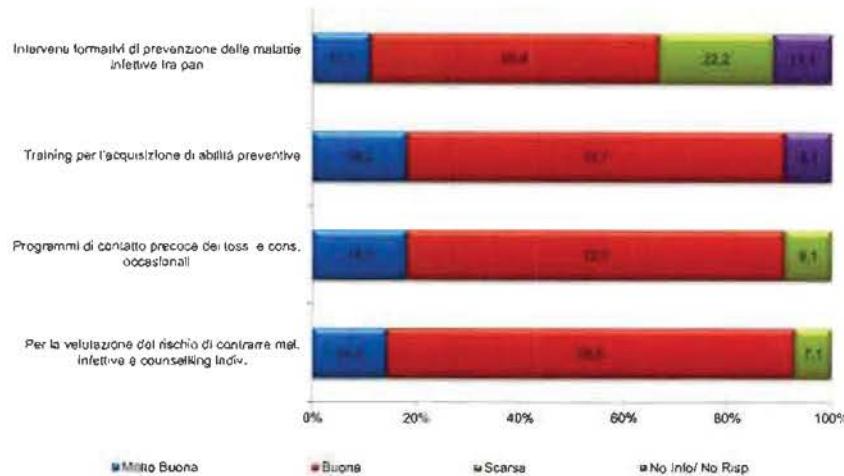
Figura III.2.52: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2012



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

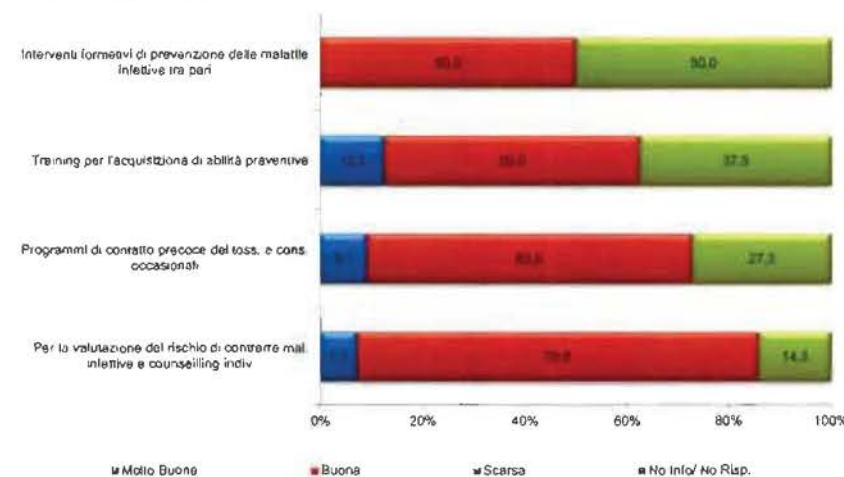
Per quanto concerne l'accessibilità a questi servizi si conferma il giudizio positivo medio; buoni, in particolare, i giudizi inerenti l'accessibilità per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counselling individuale con il 92,9% dei giudizi positivi per le comunità e l'85,7% per i carceri.

Figura III.2.53 Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2012



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

Figura III.2.54: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2012

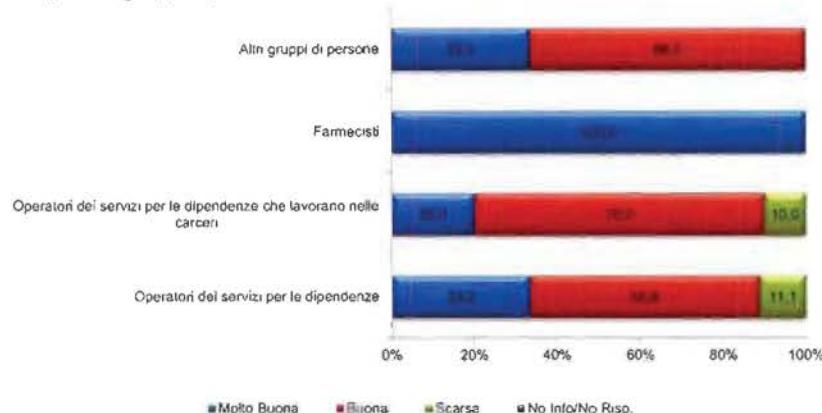


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Le Regioni e Province Autonome che hanno attivato training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone non sono molte, esattamente il 56,3% per Operatori dei servizi per le dipendenze, il 62,5% per quelli che lavorano nelle carceri, il 18,8% altri gruppi di persone e solamente il 6,3% per la categoria dei farmacisti.

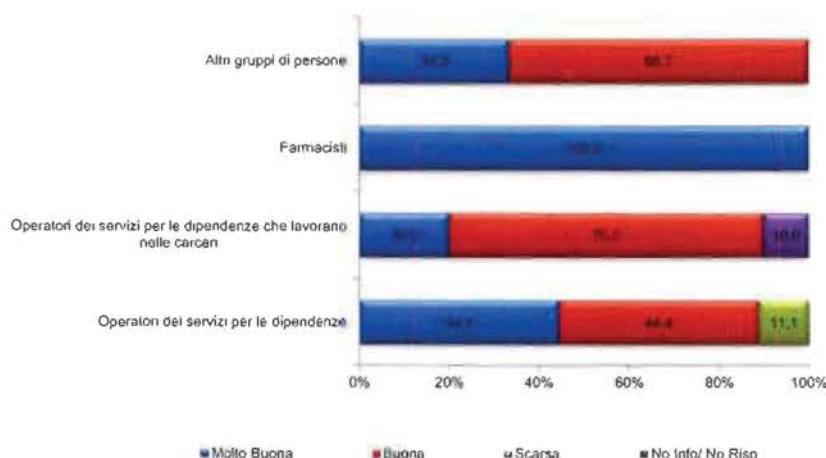
Ove presenti, i training comunque riscontrano una disponibilità molto buona, mediamente sopra il 90% ed un giudizio complessivamente positivo, per l'accessibilità.

Figura III.2.55: Giudizi sulla disponibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2012



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

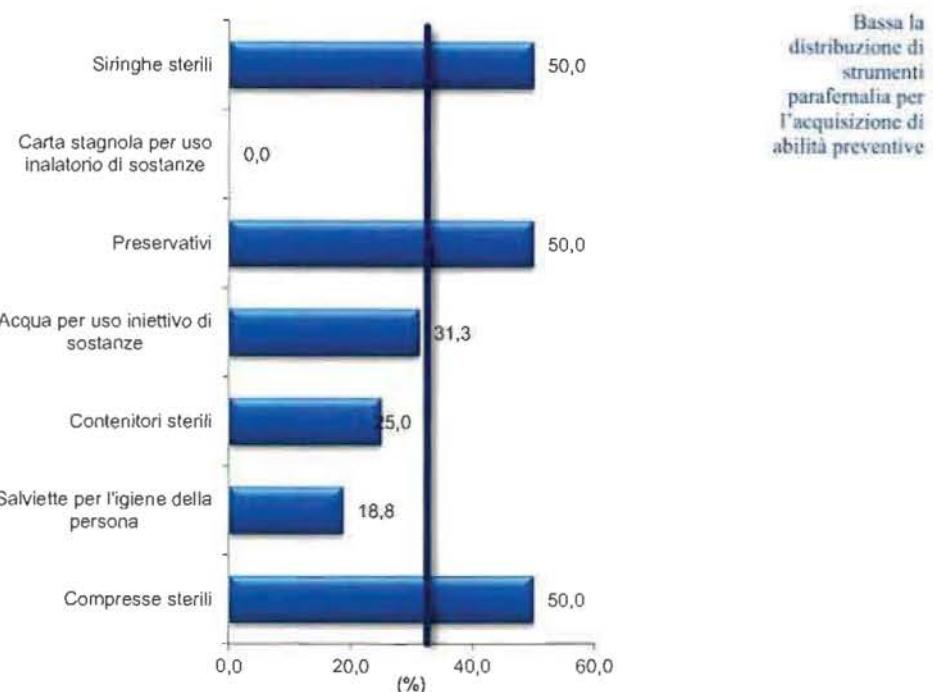
Figura III.2.56: Giudizi sulla accessibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2012



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

Non più del 50% la distribuzione presso i SERT di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive; in particolare, nulla l'indicazione di carta stagnola per uso inalatorio di sostanze.

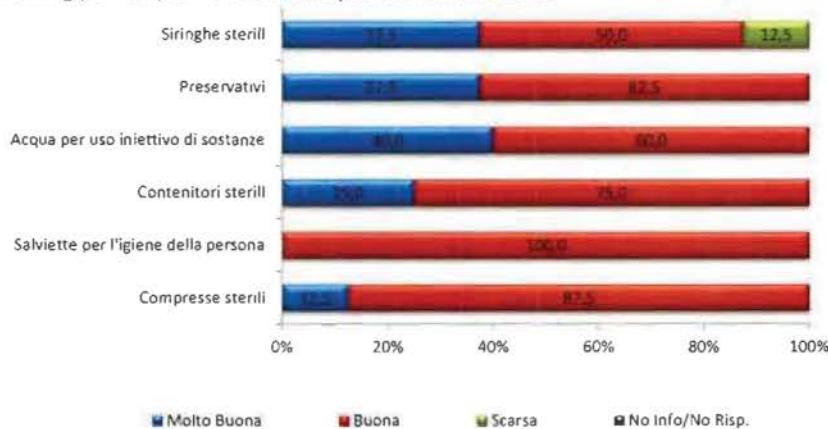
Figura III.2.57: Percentuale di Regioni e Province Autonome che distribuiscono presso i SERT strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive – Attività di prossimità - Anno 2012



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

Ove in uso la disponibilità è ovunque buona, in particolare per l'acqua per uso iniettivo di sostanze e per i preservativi.

Figura III.2.58: Giudizi sulla disponibilità (ove presente) di strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive. Anno 2012



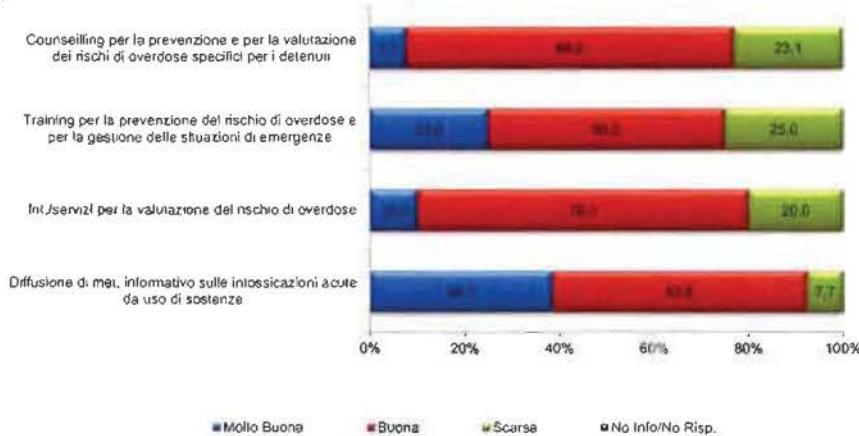
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Nelle Regioni e province autonome sono stati attuati nel 2012 in quasi il 70% delle Regioni e PP:AA. interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze; in più dell'80% dei casi è stato diffuso materiale informativo sull'argomento ed effettuato counselling per la prevenzione e valutazione dei rischi

Bene gli interventi prioritari di prevenzione

di overdose specifici per i detenuti, solo nel 50% però sono stati effettuati interventi/servizi per la valutazione del rischio di overdose e training per la prevenzione di rischio di overdose per la gestione delle situazioni di emergenza. Il giudizio sulla disponibilità è generalmente buono e sempre sopra il 70%.

Figura III.2.59: Giudizi sulla disponibilità degli interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze. Anno 2012

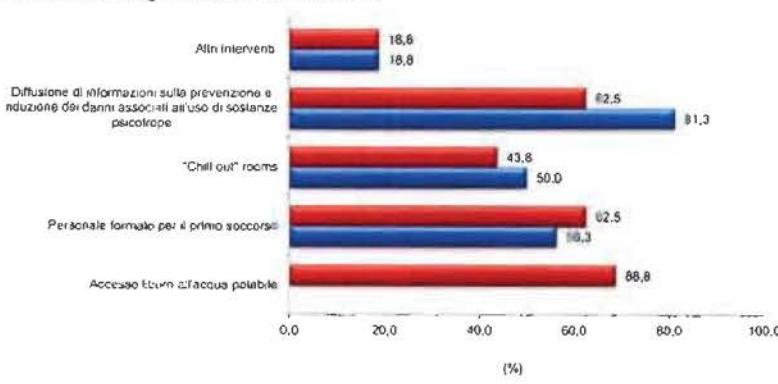


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Gli interventi di prevenzione in luoghi ricreativi (discoteche ed altri luoghi) presentano riscontri positivi, come nel caso della diffusione di informazioni sulla prevenzione associate all'uso di sostanze psicotrope attuati nell'81,3% per discoteche e nel 62,5% degli altri luoghi ricreativi, e riscontri negativi, come per i bidoni e contenitori dove conferire le sostanze illecite, non presente in nessuna Regione né nelle discoteche né in altri luoghi ricreativi.

Sono nuovamente presenti (18,8%) altri tipi di interventi che nel 2011 non furono indicati delle Regioni e PP.AA. sia in discoteche che in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.60: Percentuale di Regioni e Province Autonome che attuano interventi di prevenzione in luoghi ricreativi. Anno 2012

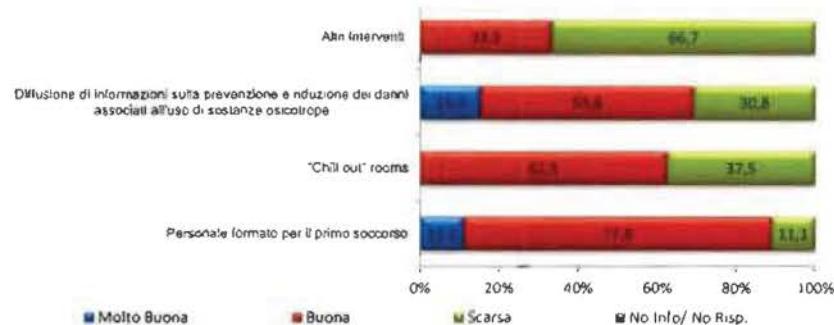


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La disponibilità di interventi di prevenzione sia per le discoteche (figura III.2.61) che per gli altri luoghi ricreativi (III.2.62) è generalmente positiva ad eccezione della categoria altri interventi. Giudizio molto positivo per la formazione del personale di pronto soccorso

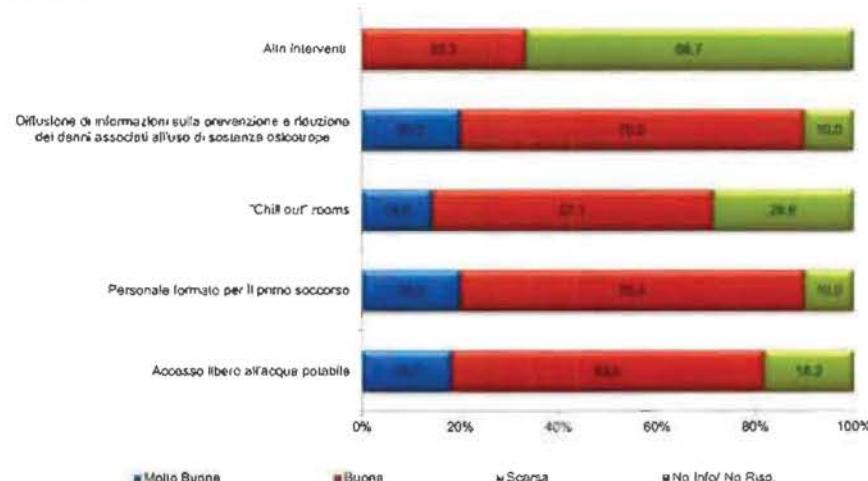
Positiva disponibilità per interventi di prevenzione in discoteche

Figura III.2.61: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in discoteche - Anno 2012



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

Figura III.2.62: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in altri luoghi ricreativi – Anno 2012



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

Rispetto al 2011 le somme stanziate per la prevenzione della mortalità acuta sono aumentate di quasi due milioni di euro (più 23,9%), ciò è stato causato principalmente dai forti investimenti effettuati dalla Regione Lombardia.

Quasi 2 milioni di euro in più del 2011

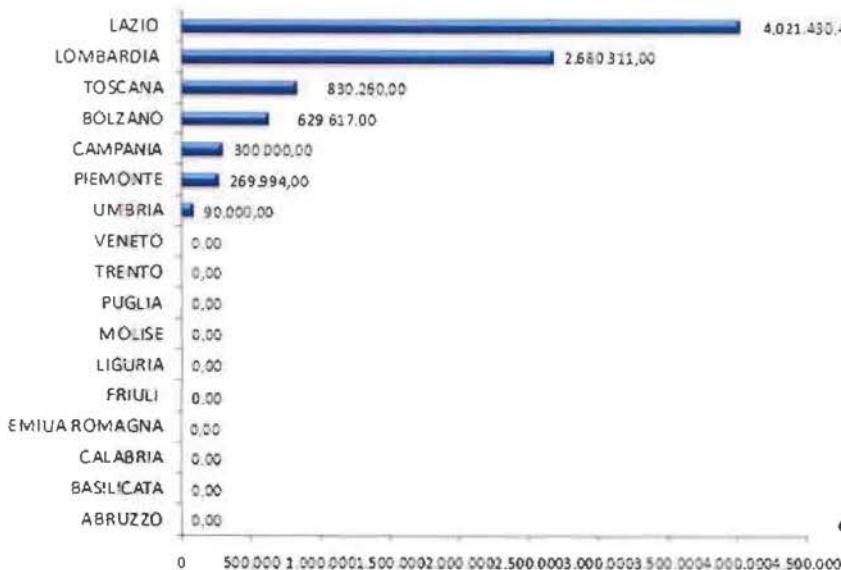
Tabella III.2.31: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione dei rischi sanitari con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Regioni	Importo	€ pro capite su popolazione 15-64	%
Abruzzo	0,00	0,00	0,0
Basilicata	0,00	0,00	0,0
PA. Bolzano	629.617,00	1,89	7,1
Calabria	0,00	0,00	0,0
Campania	300.000,00	0,08	3,4
Emilia Romagna	0,00	0,00	0,0
Friuli Venezia Giulia	0,00	0,00	0,0
Lazio	4.021.430,47	1,06	45,6
Liguria	0,00	0,00	0,0
Lombardia	2.680.311,00	0,41	30,4
Marche	Dato richiesto e non fornito		
Molise	0,00	0,00	0,0
Piemonte	269.994,00	0,09	3,1
Puglia	0,00	0,00	0,0
Sardegna	Dato richiesto e non fornito		
Sicilia	Dato richiesto e non fornito		
Toscana	830.260,00	0,35	9,4
Umbria	90.000,00	0,16	1,0
Valle d'Aosta	Dato richiesto e non fornito		
Veneto	0,00	0,00	0,0
Totali	8.821.612,47	0,22	100,0

Quasi 9 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

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

Figura III.2.63: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione dei rischi sanitari con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012



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

A supporto delle politiche e delle strategie a favore della prevenzione delle patologie correlate e delle limitazioni dei rischi, le Regioni hanno attivato specifici servizi strutturati.

Nel 2012 le Regioni e Province Autonome hanno potuto contare su 110 servizi strutturati (-10,6% rispetto al 2011) con un numero di soggetti contattati superiore a ottantamila; l'unico servizio che incrementa la propria offerta sono le unità di strada LDR alcool/rischi della notte.

In particolare sono state 49 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe, 25 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte, 12 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 14 servizi di Drop in diurni, 3 servizi di accoglienza bassa soglia 24/24, 2 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 5 servizi per i bisogni primari.

**49 unità di strada
per la
prevenzione del
rischio sanitario
da droghe,**

Tabella III.2.32: Servizi strutturati di prevenzione dei rischi sanitari presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada PRS droghe	49	17.963
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	25	65.407
Unità di strada prostituzione	12	1.130
Drop in diurni	14	1.937
Accoglienza bassa soglia 24/24	3	345
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	2	n.d.
Altri servizi sociali (bisogni primari) specializzati	5	640

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