

TOSSICODIPENDENZE

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Nonostante l'intensificazione degli interventi di contrasto volti alla riduzione dell'offerta di sostanze, tramite gli accordi internazionali fra le forze di polizia, e nonostante l'organizzazione diffusa di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, le tossicodipendenze continuano a costituire un problema di primo piano in tutti i Paesi, impegnando ingenti risorse finanziarie in tutti i settori dell'organizzazione sociale.¹

Nel settore della riduzione della domanda di droga, il nostro Paese fa propri i contenuti della strategia 2005-2012 dell'Unione Europea la quale insiste ripetutamente sulla necessità di un approccio al problema che sia integrato, pluridisciplinare ed equilibrato, che punti ad agire contemporaneamente sul contenimento della domanda e sulla riduzione dell'offerta. Un approccio che richiede cooperazione e coordinamento, tenendo sempre in forte relazione la sanità, l'assistenza sociale, l'istruzione, la giustizia, le politiche attive per i giovani e la famiglia e le politiche di sicurezza. Un modo armonico di affrontare il problema della droga che necessita poi di un forte coinvolgimento del mondo scientifico, dei professionisti, dei rappresentanti delle ONLUS, del volontariato, degli Enti Ausiliari, della società civile e delle comunità locali.

Le misure di contenimento della domanda devono tenere conto dei problemi per la salute in seno alla società causati dall'uso di sostanze psicoattive illegali e dalla poliassunzione in combinazione con sostanze psicoattive legali, quali il tabacco, l'alcol e i farmaci psicotropi.

Queste le misure principali suggerite dalla UE:

- prevenire l'inizio dell'assunzione di droghe;
- intervenire tempestivamente sui modelli di comportamento a rischio;
- prevedere programmi di trattamento efficaci e mirati;
- prevedere programmi di riabilitazione e reinserimento sociale;
- ridurre i danni per la salute connessi alla droga.

Il quadro epidemiologico

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi continuano a rappresentare in Italia un problema di salute pubblica sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (overdose, comorbilità psichiatrica, patologie droga correlate) che per la popolazione generale non direttamente esposta (malattie sessualmente trasmesse [AIDS, epatite C, B] o accidentali).

Di seguito vengono presentati dati riferiti all'uso di sostanze nella popolazione generale e dati concernenti la popolazione in trattamento.

Uso di sostanze nella popolazione generale

La prevalenza d'uso nella popolazione generale si basa prevalentemente sui risultati di due indagini nazionali (IPSAD e ESPAD)² condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, relative all'anno 2007.

Lo studio IPSAD (Italian Population Survey on alcohol and drugs) è uno studio campionario sul consumo di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione generale residente in Italia di età compresa tra 15 e 54 anni, ripetuto con cadenza biennale dal 2001. L'ultima rilevazione mostra che negli ultimi 4 anni il consumo di eroina è sostanzialmente stabile nella popolazione generale. Lo 0,3% della popolazione intervistata riferisce l'uso di eroina negli

¹ Si ricorda che in Italia, il coordinamento per l'azione antidroga, ai sensi del DPR 309/90, articolo 1, comma 1, e successive modificazioni, compete alla Presidenza del Consiglio dei Ministri; Dipartimento Politiche Antidroga.

² Lo studio IPSAD (Italian Population Survey on alcohol and drugs) è uno studio campionario sul consumo di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione generale residente in Italia di età compresa tra 15 e 54 anni, ripetuto con cadenza biennale dal 2001.

L'indagine ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) riguarda gli atteggiamenti, la percezione del rischio e i consumi di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra 15 e 19 anni ed ha visto la partecipazione di 30 paesi europei.

ultimi 12 mesi. Si è evidenziato un aumento del consumo di tale sostanza nei maschi con età compresa tra i 15 ed i 34 anni. Per la cocaina si è rilevato un arresto della crescita pluriennale del consumo riferito in tutte le classi di età e nei due generi. Il 2,2% della popolazione intervistata riferisce l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi. Per la cannabis il 14% della popolazione intervistata riferisce di aver usato, una o più volte, cannabis negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista. Da segnalare che nella classe d'età 25-34 anni, le donne e gli uomini che hanno riferito il consumo sono rispettivamente il 40% ed il 50% in più rispetto al 2005-2006. Anche nella classe d'età successiva, 35-44 anni, i consumi delle donne sono aumentati del 70% rispetto agli anni precedenti e nel collettivo maschile si è evidenziato un 20% in più di consumatori. Rimane stabile la diffusione dell'uso nella popolazione generale di stimolanti e allucinogeni ; lo 0,7% della popolazione intervistata riferisce l'uso di amfetamine, ecstasy, GHB ed altri stimolanti e lo 0,6% l'uso di allucinogeni negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista. Continua ad aumentare il numero di soggetti che fa contemporaneamente uso di più sostanze illegali, con l'indicazione che ad adottare tale comportamento sono essenzialmente i soggetti che fanno uso di cocaina: il 76% della popolazione intervistata che riferisce l'uso di cocaina, riferisce anche l'uso di altre sostanze illegali nei 12 mesi precedenti all'intervista. Il consumo contemporaneo di più sostanze, completa l'analisi dei consumi di sostanze psicoattive illegali da parte della popolazione generale. L'uso di alcol, come risulta dalle interviste, è fortemente associato al 93% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno, al 95,6% dei consumatori di cocaina e al 92,4% dei consumatori di cannabis. Il 78,6% dei consumatori di eroina consuma sigarette quotidianamente così come il 69% dei consumatori di cocaina ed il 55% degli utilizzatori di cannabinoidi.

L'indagine ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) riguarda gli atteggiamenti, la percezione del rischio e i consumi di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra 15 e 19 anni. Tale indagine ha visto la partecipazione di 30 paesi europei. Tale studio viene effettuato annualmente dal 1999, in accordo con le indicazioni date dall'OEDT.

Per l'eroina si osserva una sostanziale stabilità per quanto riguarda la prevalenza dei consumatori nella fascia di età 15-19 anni della popolazione giovanile scolarizzata. Si rileva una diminuzione nei consumi tra le studentesse (16 anni) e nei maschi (18 anni); il 30% in meno per entrambe le categorie ha riferito di aver fatto uso della sostanza una o più volte nel corso dell'ultimo anno. Per la cocaina la diffusione dell'uso nel 2007 non mostra sostanziali differenze rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente. Per la cannabis i consumi rilevati nella popolazione giovanile scolarizzata sembrano leggermente diminuiti. In particolare, negli ultimi dodici mesi, le maggiori differenze si osservano nei 15enni (il 25% in meno riferisce il contatto con la sostanza). Si osserva un aumento dell'uso di stimolanti che riguarda sia la sperimentazione nella vita (il 40% in più degli studenti ha riferito di aver provato la sostanza), sia l'uso negli ultimi dodici mesi e negli ultimi trenta giorni (il 50% in più ne riferisce l'uso). Un leggero aumento si osserva anche per quanto riguarda l'uso di allucinogeni soprattutto tra le studentesse con età compresa tra i 18 ed i 19 anni.

L'analisi del fenomeno dell'utilizzo di più sostanze psicoattive (poliassunzione) è molto diffuso tra i giovani ed è fonte di preoccupazione per i forti rischi associati. Di fatto, nella popolazione giovanile intervistata, l'alcol è associato al 91% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno, al 94,7% dei consumatori di cocaina e nel 93% dei consumatori di cannabis.

Tra i soggetti che, negli ultimi 12 mesi, hanno fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale (il 24% degli studenti), il 76% ha utilizzato una sola sostanza, il 12% due sostanze e circa il 12% tre sostanze.

I consumatori di eroina si distribuiscono in un 34,9% di soggetti che usano solo la suddetta sostanza, in un 40,3% che fa uso anche di cannabinoidi ed un 24,7% che fa uso di eroina e altre sostanze .

Tra i consumatori di cocaina solo il 12,6% dei consumatori ne fa un uso esclusivo; nel 77,8% dei soggetti che usano cocaina viene associata la cannabis e nel 9,7% altre sostanze.

L'85,3% degli utilizzatori di cannabis non utilizza altre sostanze illegali.

La popolazione in trattamento

I dati provengono dalla rilevazione annuale sulle attività dei Servizi pubblici di cura, condotta da questo Ministero.

Nel corso del 2007 sono stati rilevati i dati relativi al personale e all'utenza in 518 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 556 esistenti (93 %). Sono stati presi in carico 172.303 pazienti con problemi di sostanze d'abuso. La sostanza più utilizzata è stata l'eroina con una richiesta di trattamento del 71,5% dei casi.

Con riferimento alla popolazione residente totale, sono state trattate dai Servizi pubblici 29 pazienti (52 maschi e 8 femmine) ogni 10.000 residenti. Le principali caratteristiche dell'utenza nel 2007 sono le seguenti:

- il rapporto M/F dei pazienti in carico ai Servizi è pari a 6,3, la fascia di età prevalente è quella superiore ai 39 anni (27,9% del totale), l'utenza è progressivamente "invecchiata" nel corso degli anni (età media pari a 33 anni);
- la sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più diffusa è l'eroina (71,5% dei pazienti), assunta nella maggioranza dei casi per via intravenosa (64,2%); segue la cocaina (14,2%) e i cannabinoidi (8,6%);
- il 9,6% del totale dei pazienti presi in carico dai Servizi è stato trattato presso le strutture riabilitative (trend decrescente rispetto agli anni precedenti);
- riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici, il 63,9% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici, sostitutivi e non. Per il 54,5% del totale si è fatto ricorso al metadone cloridrato (il 68,8% del totale dei pazienti trattati con questo farmaco è stato sottoposto a programmi a lungo termine, il 19,6% a programmi a medio termine e il 11,5% a programmi a breve termine), per lo 0,7% al naltrexone, per lo 0,5% alla clonidina e per l'8,2% ad altri farmaci.
- tali trattamenti sono stati prevalentemente fruiti nei Servizi pubblici (84,2%) ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (6,7%) e in carcere (9,1%).
- i pazienti sottoposti a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi sono pari al 36,1% del totale (per il 31,4% di tale sottogruppo si è fatto ricorso al sostegno psicologico, per l'11,4% alla psicoterapia, per il 57,2% a interventi di servizio sociale)

Patologie infettive

Secondo i dati rilevati nel 2007 la percentuale dei pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze sieropositivi per l'HIV, rispetto al totale dei testati, è pari all'11,9% (in diminuzione dal 2000); per l'epatite B e per l'epatite C tale dato assume il valore, rispettivamente, del 37,2% (in diminuzione rispetto al 2000) e del 60,2% (in lieve diminuzione dal 2000). E' da sottolineare, tuttavia, che i tests vengono effettuati in numero minore al 50% nei nuovi ingressi. Le percentuali di positività, per tutte le patologie infettive, sono più elevate nel sottogruppo di pazienti già in carico dagli anni precedenti o rientrati di sesso femminile e sono variabili da Regione a Regione.

Decessi droga-correlati

I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2007 si attestano a 589 casi (il dato è tuttavia sottostimato poiché non tiene conto di overdose in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e di decessi droga correlati diversi dall'overdose), in calo rispetto ai precedenti anni (653 nel 2005) e con un rapporto M/F pari a 8,8. La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina. In più della metà dei casi la sostanza causa del decesso non è stata registrata.

Il quadro normativo

Lo strumento Legislativo che disciplina l'intera materia è il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze), come modificato dalla Legge 49 del 2006. Per quanto riguarda la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali la materia è tuttora regolata dal D.M. n. 444 del 1990 che necessita una revisione e concertazione con le Regioni alla luce dei nuovi modelli di consumo e della riorganizzazione dei servizi delle dipendenze in Dipartimenti così come auspicato dall'Accordo Stato Regioni del 1999 (Provvedimento 21 gennaio 1999 - Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"). La Legge 45 del 1990' che oltre a regolare il Fondo Nazionale per la lotta alla droga forniva finanziava le Regioni è stata sostituita nel 2000 dalla Legge 328 del 2000. "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Criticità e azioni programmatiche

Si evidenziano alcune criticità di sistema a cui è necessario far fronte con specifiche azioni programmatiche.

- Disomogenea attenzione a organizzare i servizi in rapporto alle differenti tipologie di pazienti.
- Inadeguatezza nella continuità dell'assistenza, per lo più dovuta ad una scarsa integrazione tra i servizi sanitari pubblici e strutture del privato sociale (comunità terapeutiche), così come tra servizi sanitari e servizi sociali.
- Difficoltà nella gestione della comorbidità psichiatrica (o doppia diagnosi)
- Difficoltà ad intercettare quella popolazione maggiormente a rischio, che difficilmente si rivolge spontaneamente ai servizi, o per una scarsa o nulla percezione del rischio, o per situazioni di grave emarginazione sociale. Esiste, in particolare, una quota di soggetti eroinomani che non esplicitano una domanda di trattamento e sono fortemente a rischio per l'infezione e la diffusione dell'HIV, HBV, HCV, per overdose e per episodi di criminalità e microcriminalità. A questo gruppo di persone devono essere fornite tutte le informazioni e le prestazioni necessarie a tutela della loro salute e di quella della collettività.
- Disomogeneità nella formalizzazione dei rapporti di collaborazione fra servizi territoriali pubblici e gli organismi del volontariato, degli Enti Ausiliari e delle comunità locali.
- Scarsa diffusione di programmi di valutazione della qualità (valutare gli esiti nella pratica).

Per ovviare a tali criticità sono necessarie specifiche azioni programmatiche:

- Razionalizzare le modalità di presa in carico, creando percorsi e programmi di intervento differenziati per tipologie di pazienti, in rapporto ai bisogni sanitari e sociali. Implementare la collaborazione fra servizi per garantire tutte le prestazioni necessarie.
- Creare le condizioni per un coordinamento fra i vari servizi sanitari per una globale tutela della salute dei soggetti interessati (comorbidità psichiatrica, malattie infettive ecc.).
- Implementare le azioni di prevenzione secondaria e terziaria, tramite ad es. il potenziamento di unità mobili (unità di strada) e i centri di prima accoglienza (servizi a bassa soglia), con il coinvolgimento delle farmacie nella realizzazione di interventi di rete.
- Implementare i programmi di formazione e la conoscenza degli interventi basati su prove di efficacia. Implementare la cultura della valutazione.
- Implementare gli interventi di prevenzione primaria, basati su prove di efficacia, che devono articolarsi in interventi "universali" (diretti alla popolazione generale) e "selettivi" (diretti a target mirati della popolazione giovanile).

In tale contesto, acquista importanza strategica la collaborazione interistituzionale con gli altri enti coinvolti, primo fra tutti il Dipartimento Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei

Ministri, con il quale è stato concordato, in seno al quale è insediata la Consulta nazionale per il contrasto alle tossicodipendenze.

LE ATTIVITA' DEL MINISTERO

Vengono di seguito descritte tutte le attività svolte dal Ministero

Attribuzioni e compiti derivanti dal DPR 309/90 e successive modifiche

La legge assegna al Ministero della Salute le seguenti competenze:

1. Indirizzo e coordinamento delle Regioni (compatibilmente con l'assetto dei rapporti tra Stato e Regioni successivo alle modifiche del Titolo V della Costituzione-Articolo 117) in materia di prevenzione cura e riabilitazione.
2. Rilevazione annuale dei dati sulle attività dei servizi pubblici (SERT), fornendo informazioni sul personale dei servizi, sugli utenti (sesso, età, sostanze d'abuso e patologie infettive) e sui trattamenti tramite delle apposite schede.
Tale rilevazione è attualmente inserita nel Programma statistico nazionale 2007-2009, nell'ambito dell'Area Servizi-Sociali/Sanità, Settore Tossicodipendenza e Alcolodipendenza, con il codice Ril Sal 00023.
Sono in corso di elaborazione i dati, relativi all'anno 2007, pervenuti dai SerT per la realizzazione del Report da fornire al Ministero della solidarietà sociale per la stesura della Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze.
3. Promozione, in collaborazione con gli altri dicasteri competenti, di studi e ricerche relativi agli aspetti farmacologici, tossicologici, medici, psicologici, riabilitativi, sociali, educativi, preventivi e giuridici in materia di droghe, alcol e tabacco

Elaborazione atti normativi

Sono pervenute a questo Ufficio segnalazioni da parte di operatori di settore, nonché da singoli cittadini e Associazioni, circa difficoltà incontrate dagli Uffici doganali relativamente al trasporto personale di farmaci psicotropi per la terapia del dolore, nonché per la terapia sostitutiva nella dipendenza da oppiacei, in ingresso e in uscita dal territorio nazionale.

Inoltre, numerose segnalazioni documentano situazioni alquanto difformi nei differenti territori regionali, relativamente alla prescrizione e all'affidamento, da parte dei servizi pubblici, dei farmaci "sostitutivi" nella terapia della tossicodipendenza. Infatti, alcune Regioni hanno previsto una precisa regolamentazione di requisiti e modalità esecutive, mentre in altre i servizi non hanno indicazioni.

A fronte di ciò, nel 2007 sono stati emanati due decreti, in collaborazione con la direzione generale del Farmaco e dei Dispositivi medici e previo accordo con la Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni e Province Autonome. I decreti con le rispettive coordinate (G.U.) sono riportati di seguito:

Decreto ministeriale: 16 novembre 2007 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 278 del 29 novembre 2007) "Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 278 del 29 novembre 2007)

Decreto ministeriale 16 novembre 2007 - Norme concernenti la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti o psicotropi da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo nel territorio italiano (*Publicato nella Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29 novembre 2007*)

Intesa sui controlli sulle tossicodipendenze in ambito lavorativo

Il provvedimento è stato portato avanti dal Ministero della Salute al fine di dare finalmente attuazione alle previsioni dell'articolo 125 del DPR n.309/1990,colmando una lacuna normativa protrattasi per ben 17 anni.

L'intesa sottoscritta il 30/10/2007 prevede l'effettuazione di controlli a garanzia della salute e sicurezza dei lavoratori interessati dall'accordo e dei cittadini utenti, esposti al rischio di incidenti gravi e mortali, dovuti alla pericolosa condizione di alterazioni dell'equilibrio psicofisico per assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope da parte degli stessi lavoratori.

L'intesa è stata resa pienamente efficace con la sottoscrizione in data 18 settembre dell'accordo Stato /Regioni che ha fissato le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi.

Il provvedimento non si pone alcun obiettivo "punitivo" nell'effettuazione dei controlli previsti, sia di screening sia di accertamento di tossicodipendenza, che riguardano un vasta platea di lavoratori che svolgono mansioni particolarmente delicate per la sicurezza collettiva nel settore dei trasporti, come conducenti di autobus, treni, piloti di aerei, controllori di volo, ecc, o per quanti si trovano a maneggiare gas tossici, esplosivi e fuochi d'artificio.

L'obiettivo perseguito è quello di assicurare una efficace prevenzione di infortuni ed incidenti, allontanando tempestivamente da tali pericolose mansioni soggetti con alterazioni psicofisiche dovute all'assunzione di droghe, attraverso l'utilizzazione di accertamenti preliminari e periodici, che consentano di pervenire alla precoce individuazione di soggetti dediti ad un'assunzione solo saltuaria, prima che si instauri una condizione di tossicodipendenza, attraverso una attività di sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, utile a prevenire, ove possibile, anche l'insorgere di una condizione di tossicodipendenza, inviando precocemente il lavoratore a strutture specialistiche, per consentire iniziative di recupero dei soggetti individuati a rischio di tossicodipendenza o per i quali sia confermata la condizione di dipendenza.

Non vi è nessun licenziamento per i lavoratori in difficoltà, l'accordo prevede che in caso di positività degli accertamenti sanitari il datore di lavoro è tenuto a sospendere il lavoratore dall'espletamento delle mansioni, ma la libera accettazione di sottoporsi a percorsi di recupero, da parte del lavoratore, fornisce ampie garanzie, (purtroppo limitate dalla previsione legislativa ai soli lavoratori a tempo indeterminato), della conservazione del posto di lavoro per tutto il periodo necessario per il recupero, è prevista inoltre la possibilità di essere adibiti a mansioni diverse in considerazione della forte valenza sociale di reinserimento rappresentata dal lavoro.

Ove l'interessato non intenda partecipare a percorsi di recupero resterebbero in ogni caso definitivamente precluse le specifiche attività lavorative particolarmente a rischio identificate nell'accordo.

Stante la natura sperimentale dell'accordo stesso è stato opportunamente previsto che, sulla base delle esperienze acquisite e dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, l'accordo stesso può essere aggiornato.

Sebbene considerato necessario, al momento non è stato ancora avviato alcun monitoraggio sull'applicazione dell'accordo e sull'impatto dello stesso sulla prevenzione degli infortuni gravi e mortali, tale monitoraggio potrà certamente essere avviato con l'attuazione compiuta del SINP (Sistema informativo nazionale per la prevenzione) previsto dall'articolo 8 del Dlgs n 81/2008.

Interventi in corso mirati alla promozione e implementazione di buone pratiche

1. Attivazione Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni

E' in corso di attivazione il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) la cui architettura si fonda su tracciati record individuali, in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura generate dai pazienti all'interno delle strutture dedicate.

Inserito nel più generale Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il SIND dovrà svolgere le seguenti funzioni principali:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, ai fini del Miglioramento Continuo di Qualità
- supporto ai sistemi di finanziamento

2. Publicazione del Bollettino sulle dipendenze, affidata tramite apposito Accordo di collaborazione all'Agenzia UNICRI delle Nazioni Unite. Di recente il Dipartimento Politiche Antidroga è divenuto partner nel contesto di tale Accordo. Il Bollettino ha cadenza trimestrale e viene distribuito gratuitamente a tutti i Servizi pubblici per le tossicodipendenze e ad altri Enti istituzionali competenti.
3. Progetti di ricerca/intervento L'Ufficio gestisce progetti avviati con il Fondo Nazionale Lotta alla Droga, attivo fino al 2003 ed attualmente abolito; e progetti avviati nell'ambito dei programmi del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

3.1 Progetti afferenti al Fondo Nazionale Lotta alla Droga

Si tratta di progetti ancora in corso, affidati alle Regioni ed avviati nell'ambito dei finanziamenti del FNLD 1990-2003.

Nuove droghe, medici di famiglia, operatori SerT, operatori di Comunità. Un network nazionale di prevenzione e aggiornamento (ISS):

La dispersione sul territorio dei medici di famiglia rende difficilmente praticabili, se non a prezzo di notevoli sforzi logistici, gli interventi formativi tradizionali. La didattica in rete, da questo punto di vista, permette di realizzare interventi capaci di raggiungere in tempo reale la totalità dei medici, garantendo, attraverso il sistema delle aule virtuali, un notevole livello di coinvolgimento e di interattività. I pacchetti di formazione sono caratterizzati da una struttura multimediale e ipertestuale, garantendo possibilità di approfondimento e facilità di gestione e apprendimento dei contenuti, difficilmente ottenibili con interventi tradizionali.

Problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe: risposta istituzionale e costruzione di una metodologia organizzativa (Regione Toscana/Regione Lombardia):

L'area dell'assistenza ai tossicodipendenti in carcere è stata oggetto di un progetto pilota del Ministero della salute nell'esercizio finanziario 2000, affidato alla gestione delle Regioni, coordinate da Emilia Romagna e Toscana, e da un Gruppo tecnico nazionale di coordinamento, comprendente, oltre che le Regioni e il Ministero della salute, il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia.

Fra gli obiettivi generali, già individuati, a grandi linee, nel progetto già avviato, figurano quelli citati nel "Progetto obiettivo tutela della salute in ambito penitenziario", che verranno meglio specificati e adattati alle mutate esigenze, quali:

- approfondimenti di tipo epidemiologico rispetto alla prevalenza dei consumatori di droga tra i detenuti (oggi sostanzialmente basata sull'auto-dichiarazione), sulla base degli standard informativi europei sulla "domanda di trattamento" (informazioni individuali socio-demografiche e sui comportamenti) e sulle "patologie infettive correlate all'uso di droghe" (HIV, epatiti virali ed eventualmente tubercolosi);
- miglioramento delle conoscenze sulla numericamente crescente popolazione di extra-comunitari, e del loro accesso alle misure previste per i detenuti italiani;
- sperimentazione di percorsi di gestione del rilascio, per assicurare continuità dei programmi di trattamento e ridurre le ricadute e le complicanze (overdose) negli ex-detenuti.

Servizio Sanitario Nazionale e Prevenzione primaria: (Regione Abruzzo/Umbria):

I problemi legati all'uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti sono di proporzioni e complessità tali che necessitano di un approccio il più ampio possibile che ne affronti tutti i diversi aspetti. A conferma dell'impegno in questo settore i servizi pubblici si sono attivati, nel corso degli anni, passando, da un intervento fortemente caratterizzato in senso sanitario, ad un recupero, seppur graduale, delle figure professionali sociali ed educative, mentre le associazioni di volontariato e del privato sociale hanno arricchito e diversificato i metodi di trattamento e recupero.

3.2 Progetti avviati nell'ambito dei programmi del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi (Regione Emilia Romagna):

Gli interventi in questo settore devono fare riferimento a tre macro-obiettivi di riferimento, che, a seconda del contesto territoriale, delle esperienze locali e della disponibilità di risorse, assumono maggiore o minore priorità l'uno rispetto all'altro.

- Un obiettivo conoscitivo: la *individuazione e comprensione dei fenomeni di consumo*, e, più in generale delle problematiche e dei comportamenti a rischio per la salute, in un'ottica di monitoraggio attivo dello

scenario, che consenta di rilevarne precocemente le modificazioni e le nuove necessità di intervento; questo tipo di obiettivo non è realizzabile senza una strategia di contatto e di collaborazione con i consumatori, che, senza rinunciare alle azioni di prevenzione, consenta di stabilire un rapporto stabile e affidabile con le fonti informative fondamentali;

- Un obiettivo di azione: la implementazione di azioni di *prevenzione primaria e secondaria*, con particolare riferimento alla popolazione giovanile (sia nei luoghi a bassa che ad alta intensità di consumi);
- Un obiettivo organizzativo: il trasferimento delle buone pratiche e, più in generale delle esperienze, dagli interventi progettuali alla realtà dei servizi e dalle realtà più esperte a quelle in fase iniziale; momenti fondamentali della realizzazione di questo macro-obiettivo sono *la formazione del personale (sia dei servizi pubblici che di quelli privati) e la creazione di opportune forme di coordinamento* (nazionale e inter-regionale).

Utilizzo della strategia di “Prevenzione di Comunità” nel settore delle sostanze d’abuso (Regione Toscana)

Il presente progetto si rivolge a soggetti, soprattutto giovani, che non hanno ancora sperimentato l’uso di sostanze o sono consumatori occasionali. Si vuole ottenere un approccio alle problematiche dell’uso/abuso che consenta ai destinatari dell’intervento di ottenere informazioni corrette, di aumentare la percezione del rischio ma, soprattutto, di riflettere sulle motivazioni, di carattere psicologico e relazionale, che spingono verso l’uso problematico di sostanze (legali ed illegali) aiutandoli a compiere scelte comportamentali libere e consapevoli.

Un ulteriore obiettivo è quello di migliorare l’offerta sul territorio di interventi strutturati di prevenzione basati sulla creazione di un sistema di rete locale, attraverso l’attivazione di esperienze pilota che possano essere riproposte, in base ad una loro dimostrata efficacia, come stabile offerta dei servizi.

3.3 Progetti finanziati in relazioni ad accordi ad hoc

COCAINA – Unità operative ad elevata integrazione tra i servizi pubblici e del privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani e dei consumatori di psicostimolanti (Regione Lombardia):

Il Progetto intende sperimentare nuove forme di intervento diagnostico e terapeutico orientate ad un elevato grado di integrazione tra Servizi Pubblici e Agenzie del Privato Sociale (strutture private autorizzate ai sensi dell’art. 116 del DPR 309/1990, così come modificato dalla L. 49/2006). Si intende così proporre innovative strategie di trattamento e riabilitazione per i consumatori di cocaina, mettendole a disposizione dei Servizi Pubblici (Ser.T.) e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali.

Il Progetto si articola nelle seguenti fasi:

- Mappare /Ricerca i servizi sperimentali (pubblici e privati) specifici già esistenti e i modelli operativi attualmente in uso nei servizi;
- Valutarne le caratteristiche nonché l’efficacia di intervento, anche in termini di rapporto costo/efficacia;
- Progettare strategie innovative e personalizzate per la presa in carico e il trattamento di soggetti dipendenti da cocaina e psicostimolanti, in particolare a favore di soggetti socialmente integrati e delle loro famiglie;
- Supportare la costituzione o il rafforzamento di Unità Operative/Centri Specialistici misti (compresenza di operatori pubblici e del privato sociale o in stretto raccordo operativo) che abbiano ricevuto una formazione congiunta nel settore della diagnosi e del trattamento dei soggetti dipendenti da cocaina e psicostimolanti;
- Migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici e privati attraverso un percorso di formazione specifica ed integrata;
- Sperimentare forme integrate di terapia psicologica associata, ove necessario, ad interventi farmacologici.
- Individuare e diffondere, attraverso il confronto attivo tra i vari programmi messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per il trattamento e la riabilitazione;
- Stimare l’impatto socio-sanitario dei consumi di Cocaina e di Psicostimolanti (Amfetamino-derivati) nei servizi territoriali delle aree regionali coinvolte;
- Costituzione di un data base nazionale sui servizi / unità specialistiche di trattamento