

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Dipendenze patologiche

ISSN 1591-223X

DOSSIER

52

Regione Emilia-Romagna
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Dipendenze patologiche

ISSN 1591-223X

DOSSIER

52

Regione Emilia-Romagna

CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Mila Ferri	<i>Ufficio tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna - coordinatrice</i>
Nicoletta Baldi	<i>Ufficio tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna</i>
Flavio Bonfà	<i>Dipartimento dipendenze patologiche, Azienda USL di Piacenza</i>
Monica Brandoli	<i>Responsabile attività prevenzione dipendenze, Comune di Bologna</i>
Sandra De Paolis	<i>Azienda USL Ravenna, consulente dell'Ufficio tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna</i>
Enrico Flisi	<i>Distretto sanitario di Lugo, Azienda USL di Ravenna</i>
Giovanni Giannelli	<i>Responsabile Programma dipendenze patologiche, Azienda USL di Cesena</i>
Teresa Marzocchi	<i>Centro accoglienza "La Rupe", Sasso Marconi (BO)</i>
Antonio Mosti	<i>SerT Piacenza, Azienda USL di Piacenza</i>
Don Battista Munari	<i>Comunità "Betania", Parma</i>
Werter Mussoni	<i>Cooperativa "Cento Fiori", Rimini</i>
Edoardo Polidori	<i>SerT Faenza, Azienda USL di Ravenna collaboratore dell'Ufficio tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna</i>
Adriano Salsi	<i>Responsabile Programma dipendenze patologiche, Azienda USL Città di Bologna (ora Responsabile del Servizio politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna)</i>
Padre Giuliano Stenico	<i>CEIS Modena</i>

Si ringrazia per la collaborazione Rossella Bignami (responsabile dell'Osservatorio regionale tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna).

Impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa: *Azienda USL di Ravenna, febbraio 2001*

Copia del volume può essere richiesta a

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
via Gramsci 12 - 40121 Bologna*

tel. 051/6079933 - fax 051/251915 - e-mail cds@asr.regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

INDICE

	<i>pag.</i>
Presentazione	5
Sommario	7
1. Obiettivi generali	13
1.1. Premessa	13
1.2. Note epidemiologiche	14
1.3. Considerazioni su bisogno - domanda - offerta	18
1.4. Obiettivi generali di salute	18
1.5. L'integrazione come strumento per il raggiungimento degli obiettivi	20
1.6. Il tema della prevenzione	22
2. Nuove droghe e nuovi consumi	25
2.1. Note epidemiologiche	25
2.2. Esperienze internazionali	26
2.3. L'offerta regionale di servizi	27
2.4. Obiettivi di salute e relative strategie	28
3. Alcoldipendenza	31
3.1. Note epidemiologiche	31
3.2. L'offerta regionale di servizi	32
3.3. Esperienze internazionali e nazionali	33
3.4. Obiettivi di salute e relative strategie	34
4. Interventi di riduzione del danno	37
4.1. Note epidemiologiche	37
4.2. L'offerta regionale di servizi	39
4.3. Obiettivi di salute e relative strategie	40
4.4. Obiettivi regionali	41
Bibliografia	45

PRESENTAZIONE

I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.

La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.

Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.

Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.

Giovanni Bissoni

Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO

Nel 1995, con il Progetto regionale tossicodipendenze, è stato istituito un sistema pubblico-privato dei servizi per le tossicodipendenze.¹ A questo sistema partecipano strutture pubbliche (Dipartimenti o Programmi dipendenze patologiche - SerT), del privato sociale (Enti ausiliari, noti come Comunità terapeutiche), associazioni di volontariato, Enti locali. Questo assetto organizzativo è alla base anche della programmazione per il prossimo triennio.

In Emilia-Romagna si stima siano presenti 20.590 consumatori abituali di eroina² con bisogno di assistenza socio-sanitaria da parte dei Servizi per le tossicodipendenze. La mortalità per overdose, seppure in calo, è ancora elevata.

Le stime che riguardano le alcoldipendenze mostrano come il consumo medio *pro capite* risulti in costante calo negli ultimi anni (nel 1994 era di 36 g di alcool anidro/*die* per i maschi e 10 g/*die* per le femmine). La mortalità alcolcorrelata è stata stimata nel 1994 attorno ai 3.200 decessi/anno.³

Sull'uso delle cosiddette nuove droghe si stima infine che in Emilia-Romagna vi siano 36.000 giovani che fanno un uso occasionale di *ecstasy*, e 11.700 giovani che ne fanno un uso regolare (almeno settimanale).⁴

Nel 1999 i SerT hanno avuto in carico 9.422 dipendenti da sostanze illecite, di cui 1.937 nuovi utenti.⁵ L'eroina è la sostanza di abuso principale per 7.629 utenti, i cannabinoidi lo sono per 644 e l'*ecstasy* per 102. Va inoltre considerato come negli anni sia progressivamente aumentata la presa in carico di utenti alcoldipendenti, con un totale

¹ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Progetto regionale tossicodipendenze. Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze (DPR 309/1990 e LR 19/1994)*. Deliberazione n. 722 del 7 marzo 1995.

² Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento affari sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 1998, 1998*.

³ Commissione mista del Gruppo epidemiologico della Società italiana di alcologia; "L'impatto del consumo di alcool sulla salute degli italiani - consumi, prevalenze, frazioni e mortalità attribuibili e prevedibili, strategie di intervento, Italia 1985-1994", *Alcologia*, suppl. vol. XI, n. 2, maggio-agosto 1999.

⁴ Cifiello S., "La prevalenza di uso di nuove droghe in Emilia-Romagna". Relazione presentata al seminario conclusivo del Gruppo tecnico regionale nuove droghe, Bologna, 1 giugno 1999.

⁵ Osservatorio regionale tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna (a cura di), *Andamento dell'utenza nei SerT. Anno 1998. Report*.

per il 1999 di 2.432 utenti. L'utenza complessiva è di 11.854 unità; tra questi la percentuale di dipendenti da eroina è il 64%.

Tali dati dimostrano come i SerT, pur occupandosi in prevalenza di questo problema, sempre di più si stiano attrezzando per divenire punto di riferimento per tutte le dipendenze.

In Emilia-Romagna sono presenti 44 SerT, 8 sedi residenziali e 4 sedi semi-residenziali pubbliche. A livello aziendale il coordinamento è affidato al Dipartimento o Programma dipendenze patologiche. Vi sono anche 82 sedi operative (relative a 32 Enti gestori) degli Enti ausiliari (comunemente denominate Comunità terapeutiche). L'offerta da parte delle strutture residenziali e semi-residenziali, pubbliche e private, si è andata in questi anni differenziando, con la comparsa, accanto a strutture comunitarie classiche, di centri di osservazione e diagnosi (uno per provincia) e di strutture per utenti a doppia diagnosi (attualmente uno in regione), in genere cogestiti da AUSL e privato sociale.

In tutte le province è presente una Unità di strada, gestita dall'Azienda USL o da Comuni, spesso in collaborazione con il privato sociale. L'Unità di strada effettua interventi informativi e di riduzione del danno, principalmente diretti ai dipendenti da eroina, e più recentemente ai consumatori di nuove droghe.

Sono inoltre stati attivati in quasi tutte le province Centri di ascolto specificamente dedicati al tema delle nuove droghe e dei nuovi consumi.

In ogni Azienda USL è attivo un Coordinamento tecnico territoriale, al quale partecipano i responsabili dei SerT, degli Enti ausiliari, delle associazioni di volontariato, i tecnici degli Enti locali e dei Nuclei operativi tossicodipendenze della Prefettura.

Gli obiettivi individuati per il prossimo triennio mirano da individuare i bisogni e a modulare l'offerta in relazione a:

- nuove droghe e nuovi consumi,
- alcoldipendenza,
- riduzione del danno.

Strategia comune per la realizzazione di questi obiettivi è quella di implementare i livelli di integrazione tra i servizi dell'Azienda USL interessati (SerT, Servizi infanzia ed età evolutiva, salute mentale, malattie infettive, ecc.), nonché tra Azienda USL e altri Enti pubblici (i Comuni, le Province, le Prefetture, il Tribunale dei minori, le Forze di tutela della sicurezza pubblica) e privati (Enti ausiliari, associazioni di volontariato, cooperative sociali).

Anche il tema della prevenzione è trasversale agli obiettivi sopracitati. Il Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna ed Enti locali⁶ riafferma la titolarità dei Comuni in materia di prevenzione primaria, e prevede una sede tecnica di progettazione degli interventi, di norma distrettuale, in capo agli Enti locali con il concorso dell'Azienda USL, del Provveditorato, del volontariato e del privato sociale.

Nuove droghe e nuovi consumi

Gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio possono essere sintetizzati come segue.

- Implementare il livello di conoscenza del fenomeno attraverso: il potenziamento degli Osservatori aziendali, studi di livello provinciale e regionale sul contesto di consumo, ricerche cliniche svolte nei Centri di ascolto ove si rivolgono i consumatori, e il raccordo con l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale.
- Ridurre il numero dei consumatori e diminuire la morbilità e la mortalità correlata all'utilizzo delle sostanze sintetiche, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. In particolare vanno attivate campagne informative per la disincentivazione all'uso, dirette ai giovani nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle discoteche. Va incentivato il rapporto con i gestori delle discoteche⁷ perché vengano attivati interventi di riduzione dei rischi anche in collaborazione con le Unità mobili. Vanno costituite *équipe* multidisciplinari su base aziendale.

A livello regionale viene assicurato:

- il coordinamento del Progetto discoteche;
- il coordinamento di una *task force* regionale con Unità di strada disponibili ad essere presenti nei grandi eventi di raduno giovanile e davanti alle discoteche;
- la formazione di operatori dei SerT, volontari, gruppi di pari, operatori delle discoteche;
- il raccordo con le associazioni di volontariato di pubblica assistenza;
- il coordinamento dei flussi informativi, delle ricerche sul tema;
- la messa a punto di strumenti di valutazione di processo e di risultato.

⁶ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Confederazione delle autonomie locali Emilia-Romagna (CALER) sulle tossicodipendenze*. Deliberazione n. 62 del 25 gennaio 1999.

⁷ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Progetto regionale nuove droghe*. Deliberazione n. 206 del 25 febbraio 1997.

Alcoldipendenza

Gli obiettivi possono essere delineati come segue.

- Ridurre la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 *g/die* di alcool per gli uomini e i 20 *g/die* per le donne.
- Ridurre la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto attraverso il perfezionamento della raccolta dei dati epidemiologici, con particolare attenzione alla fascia giovanile, e la promozione di campagne di educazione sanitaria.
- Ridurre e possibilmente azzerare il consumo di alcool in particolari circostanze (ad esempio prima di mettersi alla guida) e in particolari gruppi di popolazione (ad esempio donne in gravidanza, autisti, lavoratori che utilizzano macchinari, ecc.) con azioni preventive coordinate tra Aziende USL, Enti locali e associazioni di volontariato.
- Ridurre la mortalità e la morbilità alcolcorrelata attraverso uno stretto rapporto con i medici di medicina generale e il consolidamento *dell'équipe* alcolologica aziendale che coordini le azioni aziendali ed extra-aziendali sul tema.

Al livello regionale compete:

- la formazione degli operatori;
- la messa a punto di strumenti di valutazione;
- il coordinamento degli interventi relativi al Progetto discoteche;
- il mantenimento dei rapporti con l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale;
- la verifica del fabbisogno di interventi di tipo residenziale e la definizione delle loro tipologie.

Riduzione del danno

Gli obiettivi possono essere delineati come segue.

- Ridurre la mortalità per overdose attraverso l'attuazione di programmi preventivi ed informativi rivolti ai consumatori di sostanze nei SerT, con Unità mobili, all'interno delle strutture residenziali, nel carcere, anche attraverso la fornitura di fiale di naloxone.
- Ridurre la morbilità e la mortalità legata all'uso di sostanze:
 - facilitando l'accesso ai servizi e garantendo adeguato supporto socio-assistenziale;
 - garantendo l'accesso a programmi comunitari a pazienti in trattamento farmacologico con agonisti;
 - promuovendo corsi di informazione ed educazione tra pari;
 - potenziando l'intervento delle Unità di strada;
 - creando centri diurni per tossicodipendenti, anche attivi;
 - incentivando il rapporto dei servizi con le altre istituzioni coinvolte.

Al livello regionale compete:

- la formazione degli operatori;
- la promozione dei rapporti con le Forze dell'ordine;
- la raccolta dei flussi informativi relativi alla mortalità e alle attività di riduzione del danno;
- il coordinamento di ricerche specifiche;
- la prosecuzione del Progetto naloxone;⁸
- la messa a punto di sistemi di valutazione degli interventi.

⁸ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione della mortalità per overdose nei tossicodipendenti*. Deliberazione n. 1480 del 7 settembre 1998.

1. OBIETTIVI GENERALI

1.1. Premessa

L'intervento sulle dipendenze patologiche in Emilia-Romagna è stato negli ultimi anni portato avanti sulla base di una normativa regionale che prevedeva l'assetto complessivo del sistema pubblico-privato dei servizi e che evidenziava alcune priorità.

Nel 1995 infatti, con il Progetto regionale tossicodipendenze,⁹ è stato istituito un sistema pubblico-privato dei servizi per le tossicodipendenze. A questo sistema partecipano strutture pubbliche (Dipartimenti o Programmi dipendenze patologiche - SerT), del privato sociale (Enti ausiliari, noti come Comunità terapeutiche), associazioni di volontariato, Enti locali. Il Progetto prevede l'istituzione di organismi tecnici su base locale (Coordinamenti tecnici territoriali - CTT - a livello provinciale e aziendale) e il Gruppo tecnico consultivo a livello regionale. Il sistema sta cominciando a funzionare in maniera efficace. Nel Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e CALER sul tema delle tossicodipendenze, sottoscritto nel febbraio 1999,¹⁰ i CTT vengono definiti come organismo tecnico di supporto alla Conferenza sanitaria territoriale, in linea quindi con quanto previsto dal Piano sanitario regionale 1999-2001 e dal documento "I Piani per la salute".

Negli scorsi anni sono inoltre state emanate normative specifiche che definiscono obiettivi e strumenti in relazione a temi rilevanti: riduzione del danno (1995),¹¹ alcoldipendenza (1996),¹² prevenzione primaria (1997),¹³ nuove droghe (1997),¹⁴ prevenzione della mortalità per overdose (1998),¹⁵ tabagismo (1999).¹⁶

⁹ Vedi nota 1.

¹⁰ Vedi nota 6.

¹¹ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo regionali sulla riduzione del danno da uso di droga*. Deliberazione n. 3830 del 31 ottobre 1995.

¹² Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati (PAC)*. Deliberazione n. 1639 del 17 luglio 1996.

¹³ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo per le attività di prevenzione primaria e per il coordinamento dei Centri di documentazione sulle tossicodipendenze, alcolismo e disagio giovanile*. Deliberazione n. 655 del 6 maggio 1997.

¹⁴ Vedi nota 7.

¹⁵ Vedi nota 8.

¹⁶ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Progetto regionale tabagismo*. Deliberazione n. 785 del 26 maggio 1999.

Si è inoltre portato avanti un complesso lavoro di sistematizzazione dei flussi informativi attraverso un potenziamento degli Osservatori sulle dipendenze provinciali e regionale; è stata emanata una direttiva per la valutazione degli interventi nei servizi pubblici (1997)¹⁷ e si sta lavorando per giungere ad una analoga definizione per gli Enti ausiliari.

Sul tema dell'integrazione socio-sanitaria si ricorda il già citato Protocollo d'intesa con la Confederazione delle autonomie locali dell'Emilia-Romagna (1999 - vedi *nota* 6).

Come si vede la normativa, alla quale si rimanda per maggiori dettagli, è generalmente recente e copre la maggioranza dei campi di intervento. Il documento pertanto partirà da un monitoraggio dell'applicazione dei progetti esistenti con lo scopo di rivalutare obiettivi e strategie.

1.2. Note epidemiologiche

Le stime relative al numero complessivo dei consumatori e/o dipendenti da sostanze vengono ricavate con varie metodologie, che tuttavia appaiono ancora poco attendibili. Faremo comunque riferimento a quanto riportato nella *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 1998*.¹⁸

Tale documento stima per l'Emilia-Romagna un numero di soggetti con bisogno di assistenza socio-sanitaria da parte dei Servizi per le tossicodipendenze in quanto consumatori abituali di eroina pari a 20.590. La stima si basa su un procedimento di cattura-ricattura, effettuato a livello nazionale e successivamente adattato alla realtà regionale. Va detto che procedimenti analoghi applicati direttamente a realtà regionali come ad esempio quella di Bologna Città hanno condotto ad un numero stimato di utenti non in contatto con il SerT proporzionalmente molto più elevato. Tenendo presenti entrambe le stime, si può pensare ad un rapporto dipendenti da eroina non seguiti dai servizi/dipendenti da eroina seguiti dai servizi in un *range* da 2:1 a 5:1. Come si vede i dati indicano solo che una consistente percentuale di utenti potenziali non sono al momento in contatto con il sistema curante.

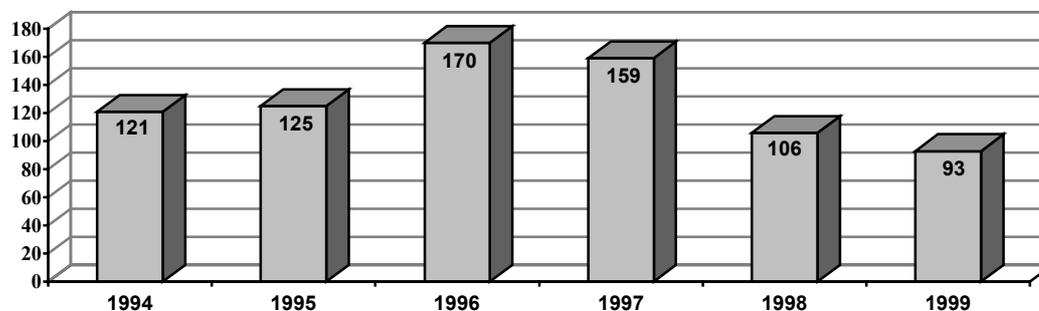
La mortalità per overdose da eroina e/o altre sostanze deprimenti il SNC è ancora elevata. Fino al 1996 siamo in possesso di dati attendibili, che mostrano un fenomeno in costante aumento. Per gli anni 1997, 1998 e 1999 ci rifacciamo alla citata *Relazione al*

¹⁷ Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Assunzione degli strumenti di valutazione dell'esito dei Servizi pubblici tossicodipendenze*. Deliberazione n. 1905 del 28 ottobre 1997.

¹⁸ Vedi nota 2.

Parlamento, in cui sono riportate stime che dimostrerebbero una diminuzione dei decessi per overdose.

Grafico 1. Decessi per overdose. Anni 1994-1999



N.B. I decessi per l'anno 1997, 1998 e 1999 risultano dalla Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze. Anno 1997 - Anno 1998 - Anno 1999, e vanno considerati come stime.

Per quanto attiene le alcoldipendenze, le stime riguardano in genere il consumo medio *pro capite*, che risulta in costante calo negli ultimi anni (nel 1994 era di 36 g di alcool anidro/*die* per i maschi e 10 g/*die* per le femmine), e la mortalità alcolcorrelata, stimata per il 1994 attorno ai 3.200 decessi/anno.¹⁹

Sull'uso delle cosiddette nuove droghe una recente revisione della letteratura ha portato ad una stima che ipotizza per la popolazione dell'Emilia-Romagna un uso occasionale di *ecstasy* da parte di 36.000 giovani, e un uso regolare (almeno settimanale) da parte di 11.700 giovani.²⁰ Come verrà esplicitato meglio nel capitolo specifico (*Capitolo 2*), tale stima non può tuttavia essere considerata completamente attendibile.

Nel 1998 i SerT hanno avuto in carico 9.422 dipendenti da sostanze illecite, di cui 1.973 nuovi utenti.²¹ L'eroina è la sostanza di abuso principale per 7.629 utenti, i cannabinoidi lo sono per 644 e *l'ecstasy* per 102. Va inoltre considerato come negli anni sia progressivamente aumentata la presa in carico di utenti alcoldipendenti, con un totale per il 1999 di 2.432 utenti. A fronte di una utenza complessiva di 11.854 unità, si deve sottolineare come la percentuale di dipendenti da eroina sia il 64%. Tale quota, pur rappresentando ad oggi la maggioranza dell'utenza SerT, segnala come sempre di

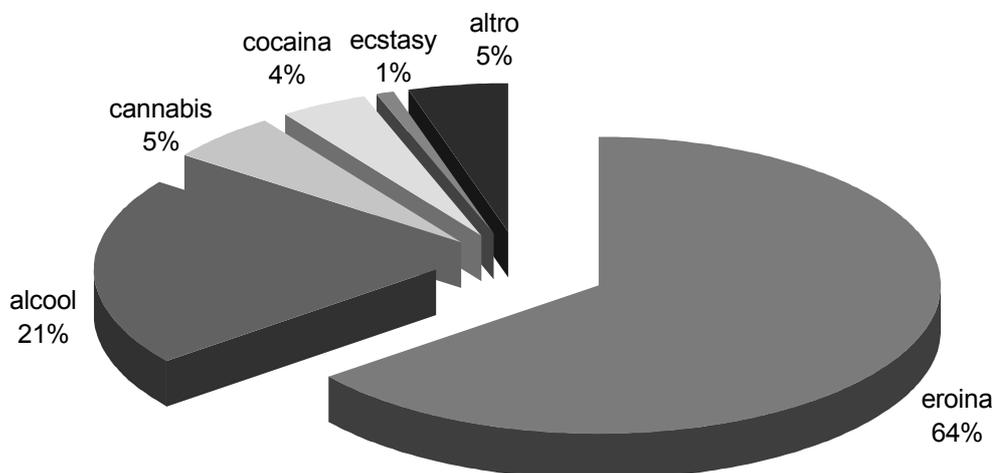
¹⁹ Vedi nota 3.

²⁰ Vedi nota 4.

²¹ Vedi nota 5.

più i Servizi si stiano attrezzando per divenire punto di riferimento per tutte le dipendenze da sostanze.

Grafico 2. Distribuzione dell'utenza SerT in relazione alla sostanza primaria di abuso



Dal 1994 ad oggi, il numero di nuovi utenti che si presentano al SerT per uso di sostanze illecite è in calo (da 2.143 a 1.973); tale calo è tuttavia controbilanciato dalla nuova utenza alcol dipendente, per cui complessivamente, se si eccettua un picco per il 1996, il numero dei nuovi utenti è stabile.

Grafico 3. Distribuzione dell'utenza SerT (utenti nuovi 1999 e già in carico) in relazione alla sostanza primaria di abuso (alcool o sostanze illecite)

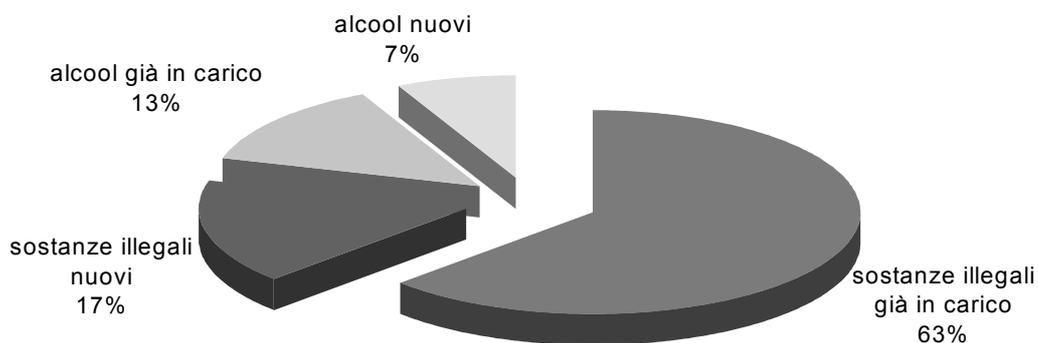
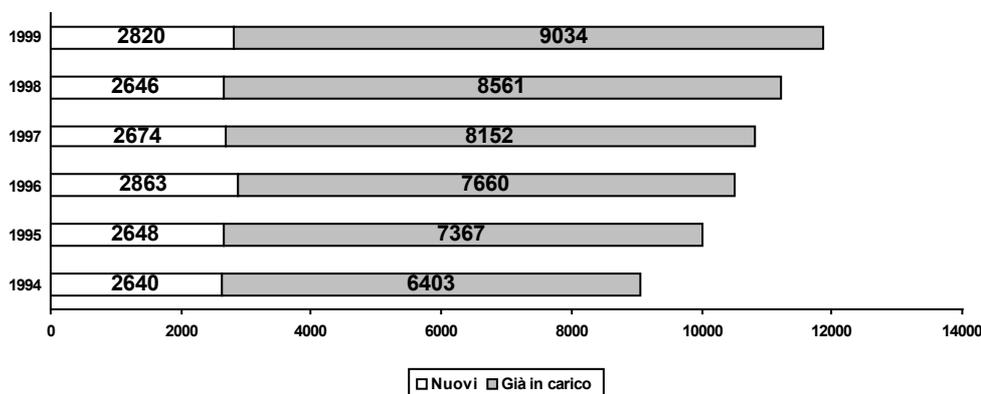


Grafico 4. *Andamento dell'utenza dei SerT. Anni 1994-1999*



In regione sono presenti 44 SerT, orientativamente uno per distretto sanitario, 8 sedi residenziali e 4 sedi semi-residenziali pubbliche, il tutto coordinato a livello aziendale da un Dipartimento o Programma dipendenze patologiche, e 82 sedi operative (relative a 32 enti gestori) degli Enti ausiliari (comunemente denominate Comunità terapeutiche). L'offerta da parte delle strutture residenziali e semi-residenziali, pubbliche e private, si è andata in questi anni differenziando, con la comparsa, accanto a strutture comunitarie classiche, di centri di osservazione e diagnosi (uno per provincia) e strutture per utenti a doppia diagnosi (attualmente uno in regione), in genere cogestiti da AUSL e privato sociale.

In tutte le province è presente una Unità di strada, gestita dall'Azienda USL o da Comuni, spesso in collaborazione con il privato sociale e/o associazioni di volontariato. L'Unità di strada effettua interventi informativi e di riduzione del danno, principalmente diretti ai dipendenti da eroina, ma anche, in tre casi (Ravenna, Cesena e Reggio Emilia), ai consumatori di nuove droghe. Sono inoltre stati attivati in quasi tutte le province Centri di ascolto specificamente dedicati al tema delle nuove droghe e dei nuovi consumi.

In ogni Azienda USL è attivo il sopra citato Coordinamento tecnico territoriale, al quale partecipano i responsabili dei SerT, degli Enti ausiliari, delle associazioni di volontariato, i tecnici degli Enti locali e dei Nuclei operativi tossicodipendenze della Prefettura (per le Aziende USL della provincia di Bologna esiste un unico CTT provinciale).

1.3. Considerazioni su bisogno - domanda - offerta

Il rapporto tra bisogno, domanda ed offerta nel caso della dipendenza da sostanze necessita di una definizione ulteriore.

Il fatto che, come sopra riportato, circa il 50% dei consumatori abituali di eroina, evidentemente portatori di un bisogno, non sia in contatto con i servizi, può essere letto da una parte come insufficiente motivazione da parte del potenziale utente ad esprimere una domanda, ma anche come insufficiente offerta quali/quantitativa da parte dei servizi. È d'altra parte noto che la motivazione al cambiamento non può in questo settore essere considerata necessaria per l'accesso ai servizi; anzi, buona parte del trattamento consiste proprio nel farla maturare. Tutto ciò pone con forza il tema dell'offerta di servizi ampiamente differenziati, in grado di accogliere la domanda che in quel momento l'utente esprime. Il primo obiettivo del nostro sistema deve essere quello di contattare il maggior numero di eroinomani possibile; questo obiettivo organizzativo è già di per sé trattamentale. Le stesse considerazioni valgono per l'alcoldipendenza.

Inoltre, se sussistono pochi dubbi sul fatto che un dipendente da eroina o da alcool necessiti comunque di aiuto per superare il proprio stato, e che sia quindi portatore di un bisogno anche se a volte non espresso, lo stesso non si può dire per quanto riguarda i consumatori di nuove droghe. In questo caso infatti, l'uso di sostanze non si accompagna ai sintomi che caratterizzano la dipendenza (tolleranza ed astinenza, perdita di controllo, prosecuzione nell'uso nonostante gravi problemi di salute, sociali, familiari). Sono questi sintomi che conducono l'eroinomane a chiedere aiuto; chi usa *ecstasy* una volta la settimana non si sente, e molto spesso non è, in questa situazione.

1.4. Obiettivi generali di salute

Partendo dagli elementi per la lettura del fenomeno, gli obiettivi identificati per il prossimo triennio mirano ad individuare i bisogni e a modulare l'offerta in relazione a:

- nuove droghe e nuovi consumi,
- alcoldipendenza,
- riduzione del danno.

Strategia comune per la realizzazione di questi obiettivi è quella di implementare i livelli di integrazione tra i servizi dell'Azienda USL interessati (SerT, Servizi infanzia ed età evolutiva, salute mentale, malattie infettive, ecc.), nonché tra Azienda USL e altri Enti pubblici (i Comuni, le Province, le Prefetture, il Tribunale dei minori, le Forze di

tutela della sicurezza pubblica) e privati (Enti ausiliari, associazioni di volontariato, cooperative sociali).

Essendo il primo obiettivo quello della disincentivazione all'uso di sostanze, il tema della prevenzione viene affrontato in un paragrafo a parte e va letto in maniera trasversale.

Un patto su: Dipendenze patologiche

	I governi nazionali e regionali e le autorità possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli ed associati possono
Sui determinanti socio-economici	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere politiche contro l'abbandono scolastico - Promuovere politiche per l'occupazione giovanile - Favorire processi formativi che valorizzino le capacità individuali 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro attraverso adeguati processi di valorizzazione - Promuovere interventi volti a ridurre le disuguaglianze di base 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire forme di reinserimento sociale e lavorativo
Sui determinanti ambientali	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere politiche di riduzione dell'offerta - Promuovere legislazione per luoghi di divertimento salubri - Incentivare una corretta informazione diretta alla cittadinanza sui temi delle dipendenze 	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere servizi di aggregazione per adolescenti e giovani - Promuovere interventi tesi a ridurre l'emarginazione sociale - Controllare l'ambiente del mondo del divertimento - Controllare i luoghi di spaccio di stupefacenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Superare le forme di pregiudizio e assumere comportamenti ed atteggiamenti coerenti con la realtà dei problemi - Sviluppare forme di auto-mutuo-aiuto per le famiglie portatrici di un problema
Sui determinanti legati allo stile di vita	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere politiche di educazione alla salute - Incentivare una fruizione più consapevole del tempo libero - Promuovere politiche di riduzione del danno 	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare progetti di educazione alla salute - Attivare progetti di riduzione del danno e di prevenzione della mortalità - Attivare progetti formativi rivolti al mondo dell'associazionismo e dello sport 	<ul style="list-style-type: none"> - Aderire a stili di vita sani - Partecipare a campagne di educazione alla salute
Sui determinanti legati ai servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere ricerche per una migliore conoscenza del problema - Promuovere la diffusione dei dati relativi ai sequestri - Garantire equità nell'offerta dei servizi - Favorire l'accesso ai servizi - Favorire l'adeguamento dei servizi alla mutata tipologia dell'utenza (es. nuove droghe) - Regolare il sistema pubblico-privato dei servizi - Monitorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi (Regione) - Attivare programmi di aggiornamento degli operatori (Regione) 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire l'integrazione tra i servizi aziendali - Incentivare l'integrazione socio-sanitaria - Attivare programmi di ricerca clinica - Attivare programmi <i>outreach</i> - Attivare sistemi di controllo di qualità - Attivare programmi di aggiornamento degli operatori - Garantire un livello adeguato di assistenza (es. verso nuovi consumatori e alcolodipendenti) - Attivare centri di ascolto integrati tra servizi e pluridisciplinari 	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare forme di raccordo con il sistema pubblico-privato dei servizi

1.5. L'integrazione come strumento per il raggiungimento degli obiettivi

La necessità di approfondire le problematiche dell'integrazione è particolarmente importante per il trattamento delle dipendenze patologiche; la tossicodipendenza è infatti un fenomeno complesso, non esauribile all'interno di un servizio, che ha sicuramente una funzione essenziale per realizzare interventi specifici, qualificati ed efficaci, ma che ha tra le proprie finalità prioritarie l'individuazione e la valorizzazione delle reti informali e professionali idonee a cogliere il fenomeno nella sua globalità.

L'integrazione pone al centro dell'agire quotidiano il valore della personalizzazione dell'intervento. Ovviamente non si può indicare un modello organizzativo adeguato per tutte le realtà aziendali, ma è possibile individuare alcuni criteri generali applicabili nei diversi contesti.

I livelli in cui è utile articolare l'integrazione sono quattro.

1. Rapporto con gli Enti ausiliari, il volontariato e gli Enti locali a livello tecnico. In questa area già molto si è fatto attraverso i CTT (Coordinamenti tecnici territoriali) attivi in ogni provincia e che hanno realizzato un'integrazione tecnica di livello avanzato; tale coordinamento va incentivato, e richiede un livello locale di monitoraggio e sostegno.
2. Integrazione semplice corrispondente ai percorsi terapeutici e riabilitativi, proposti dal SerT, per i tossicodipendenti all'interno dell'Azienda USL. L'integrazione può essere definita semplice se riguarda il tossicodipendente che accede al SerT per il suo problema di dipendenza e il SerT non può rispondere a tutti i suoi bisogni. In questo livello, particolare rilievo assumono le problematiche relative ai protocolli condivisi di invio e di presa in carico con l'ospedale, il servizio sociale, ecc.
3. Integrazione complessa, che può avvenire:
 - sul piano individuale quando la tossicodipendenza si somma ad un quadro più complesso (es. doppia diagnosi) o a situazioni particolarmente problematiche (es. tossicodipendenti con figli), ecc.;
 - su tematiche specifiche come l'adolescenza, il disagio giovanile, ecc.

Nel primo caso - doppia diagnosi, situazioni multiproblematiche - un'attenzione particolare va posta all'integrazione all'interno dell'AUSL con i servizi e presidi che non si occupano prevalentemente di tossicodipendenti: psichiatria, Servizio sociale, neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva.

L'integrazione, per essere efficiente ed efficace, ha bisogno di strumenti condivisi e stabili. È infatti indispensabile l'individuazione, tramite protocollo, delle aree comuni di intervento. Appare inoltre indicata la costituzione di uno strumento per

la valutazione clinica e la costruzione del programma terapeutico individuale - Unità di valutazione multiprofessionale - e l'individuazione del Responsabile del caso.

L'Unità di valutazione si configura come un organismo flessibile e non definito in maniera fissa per tutte le situazioni. È composta dagli operatori necessari all'approfondimento delle patologie e problematiche dei diversi utenti.

A questa modalità di approccio è necessario far corrispondere una adeguata gestione budgettaria, finalizzata all'integrazione anche delle risorse per favorire, in caso di necessità, il finanziamento di interventi terapeutici con il concorso del *budget* di più unità operative.

Nel secondo caso, il riferimento a tematiche di particolare rilevanza sociale ad elevata complessità (adolescenza ed età giovanile, e le forme di disagio e di sofferenza epidemiologicamente più rilevanti ad esse connesse) richiede un livello di integrazione più complesso che consenta di comprendere in una visione unitaria interventi differenziati.

Il Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna ed Enti locali (vedi *nota 6*), riaffermando la titolarità dei Comuni in materia di prevenzione primaria, prevede una sede tecnica di progettazione degli interventi, di norma distrettuale, in capo agli Enti locali con il concorso dell'Azienda USL, del Provveditorato, del volontariato e del privato sociale. Nell'ambito dell'Azienda USL è necessario orientarsi alla costruzione di un progetto strutturato trasversale a più servizi (SerT, NPI e psicologia dell'età evolutiva, psichiatria, Servizio sociale), individuando precise responsabilità sia a livello centrale sia a livello di articolazioni operative territoriali (di norma distrettuali). Il progetto, che dovrebbe avere anche obiettivi di ricerca epidemiologica e clinica legata all'operatività, dovrebbe prevedere un nucleo operativo tecnico professionalizzato con compiti differenziati; dalla formazione/informazione alla consulenza, fino alla presa in carico terapeutica, utilizzando le competenze proprie dei diversi servizi.

4. Integrazione rispetto alle politiche di sicurezza urbana.

Si rileva l'importanza di calare gli obiettivi generali nel territorio, allargando la programmazione e la gestione degli interventi, oltre che agli Enti locali, anche ad entità come per esempio le Forze dell'ordine, ad un livello tecnico. Esiste già un livello istituzionale (Progetto città sicure), mentre è ancora carente una sede di confronto tecnico con operatori che, sia pure con un mandato diverso, contattano quotidianamente una fetta della popolazione oggetto dell'intervento socio-sanitario.

1.6. Il tema della prevenzione

Il primo obiettivo di salute è certamente quello di ridurre il numero di persone che iniziano ad utilizzare sostanze psico-attive. La Regione Emilia-Romagna ha emanato nel 1997 le linee di indirizzo per le attività di prevenzione primaria (vedi *nota 12*); sulla scorta delle indicazioni previste dal documento, in questi anni si è andata sviluppando una rete di servizi pubblici (AUSL, Enti locali) e del privato sociale che ha portato avanti una serie di programmi, i cui obiettivi e strumenti saranno meglio elencati nei successivi capitoli.

Nella primavera del 1999 è stato sottoscritto il già citato Protocollo d'intesa tra Regione e CALER sulle tossicodipendenze (vedi *nota 6*); in questo documento, che ridefinisce in maniera puntuale le rispettive competenze di Enti locali e AUSL, la titolarità degli interventi di prevenzione primaria, intesi come promozione della salute e prevenzione del disagio, viene attribuita agli Enti locali, che operano attraverso azioni integrate con le Aziende USL, il privato sociale e le associazioni del volontariato. Gli obiettivi prioritari possono essere sintetizzati come segue:

- favorire lo sviluppo di condizioni educative, sociali ed ambientali che possano facilitare il prodursi di autonomie e l'assunzione di responsabilità da parte degli adolescenti e dei giovani nei loro diversi contesti di vita;
- aumentare la responsabilità e le competenze educative degli adulti che quotidianamente vivono a contatto con i giovani;
- promuovere specifiche azioni positive che tengano conto di situazioni in cui sia più elevato il rischio di emarginazione e di disagio sociale, inteso come riduzione delle opportunità e delle possibilità di scelta dei singoli e dei gruppi rispetto ai propri progetti di vita.

La complessità della materia richiede indirizzi programmatici aderenti alle specifiche situazioni territoriali.

Gli interventi possono essere così schematizzati.

- Progetti per adolescenti e giovani che prevedano attività di aggregazione rivolte anche ai gruppi naturali.
- Progetti integrati con enti, istituzioni ed associazioni private che intervengano nell'area del disagio giovanile e delle dipendenze patologiche.
- Progetti integrati con istituzioni culturali, ricreative e sportive pubbliche e private che migliorino le potenzialità educative e le informazioni in tema di uso ed abuso di sostanze.
- Progetti integrati con le agenzie di formazione e progetti occupazionali mirati.

- Informazione e consulenza nelle scuole.
- Formazione degli insegnanti.
- Attività di formazione, informazione, consulenza e sostegno alle famiglie.

Nei capitoli che seguono verranno presentati specifici strumenti per adattare i temi sopra esposti alle peculiarità dei singoli problemi.

2. NUOVE DROGHE E NUOVI CONSUMI

2.1. Note epidemiologiche

Non siamo in possesso di dati epidemiologici attendibili sull'uso di *ecstasy* e droghe sintetiche in Emilia-Romagna.

La relazione annuale del 2000 sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze - OEDT)²² riferisce che la sostanza più usata nell'Unione europea è la *cannabis*; dall'1 al 5% degli individui in età compresa tra i 16 e i 34 anni ha fatto uso di amfetamine e/o *ecstasy* (dall'1 al 7% dei giovani in età scolare). Per quanto riguarda la richiesta di trattamento, solo meno dell'1-2% dei casi in terapia è da mettere in relazione all'uso di sostanze sintetiche.

I decessi correlati esclusivamente all'uso di sostanze sintetiche sono molto rari.

La *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 1999* riporta l'indagine europea ESPAD 1999, che in Italia ha coinvolto quasi 21.000 alunni delle scuole medie superiori; tra questi il 6,2% ha affermato di avere fatto uso di *ecstasy* e/o amfetamine almeno una volta nella vita.

Partendo dai dati riportati nella letteratura e procedendo a rilevazioni in alcune realtà, uno studio di carattere regionale ha condotto ad una stima che ipotizza per la popolazione dell'Emilia-Romagna un uso occasionale di *ecstasy* da parte di 36.000 giovani, e un uso regolare (almeno settimanale) da parte di 11.700 giovani (vedi *nota 4*).

Anche per quanto riguarda morbilità e mortalità connesse all'uso, non siamo in possesso di dati attendibili. I casi di complicanze riportati in letteratura sono soprattutto relativi ad eventi acuti come intossicazioni acute o reazioni idiosincrasiche, anche mortali; non si hanno tuttavia casistiche relative all'incidenza di tali eventi in Italia. Esistono *report* relativi a sequele psico-patologiche; le coorti di pazienti erano comunque composte da poliassuntori.

²² Osservatorio europeo droga e tossicodipendenza, *Report 2000*.

Da una lettura qualitativa della letteratura di cui sopra emerge comunque il quadro di una popolazione con le seguenti caratteristiche:

- poliassuntori (*ecstasy* e altre sostanze sintetiche, cannabinoidi, alcool, cocaina),
- nella maggioranza dei casi non incontranti i criteri di dipendenza da sostanze,
- di età giovanile,
- con un uso prevalente durante i fine settimana e strettamente correlato ai luoghi del divertimento giovanile, soprattutto discoteche ma anche *pub* e concerti.

Tale popolazione richiede evidentemente strategie di intervento molto diverse da quelle cui il sistema regionale dei servizi è abituato nei confronti degli eroinomani (vedi considerazioni nella sezione iniziale).

Da questi dati tuttavia non è possibile quantificare il fabbisogno della popolazione regionale di interventi socio-sanitari in tema di nuove droghe; si rimanda alla sezione introduttiva per considerazioni su questo tema.

Esiste sicuramente un bisogno, e anche una domanda espressa, di interventi informativo-preventivi diretti alla popolazione generale, ai giovani, agli adulti significativi, ivi compresi gli operatori del mondo del divertimento giovanile, e infine a chi già fa uso di queste sostanze. In quest'ultimo caso la prevenzione si intreccia ad interventi cosiddetti di riduzione del danno.

Il bisogno di interventi di tipo clinico, che rispondano a complicanze insorte nei consumatori e/o ad espressioni di disagio psicologico correlate all'uso, è oggi scarsamente valutabile; sicuramente la domanda è ridotta, anche a fronte di una offerta ancora poco significativa di servizi *ad hoc*.

2.2. Esperienze internazionali

Trattandosi di un fenomeno relativamente nuovo, esistono scarse esperienze relative ad interventi effettuati a livello internazionale. Nella letteratura medica recente si trovano molti dati sperimentali su animali, a sostegno o a disconferma di una neurotossicità di *ecstasy* e simili, mentre molto scarsi sono gli studi relativi alla eventuale necessità ed efficacia di trattamenti di tipo clinico, se si eccettuano gli interventi in urgenza legati ad intossicazioni acute.

Per quanto attiene gli interventi di politica sanitaria, riportiamo due esperienze internazionali.

Nei Paesi Bassi l'orientamento prevalente è quello di aumentare il livello di informazione dei consumatori e di ridurre il danno connesso all'uso. È stato sviluppato un sistema chiamato DIMS (*Drug Information Monitoring System*),²³ che fornisce ai professionisti informazioni accurate e tempestive sulla composizione delle sostanze presenti sul mercato. Tali informazioni vengono trasmesse anche agli utenti, in un sistema di allarme sui danni o sulla pericolosità delle sostanze stesse. Sono stati inoltre costituiti dei punti, all'interno dei servizi pubblici o su mezzi mobili, ad esempio in occasione di *rave party*, nei quali i consumatori possono portare le pastiglie per farle analizzare, con l'accordo delle Forze dell'ordine.

Un sistema analogo è attivo in Francia, coordinato dal Ministero della sanità.²⁴

In Gran Bretagna non è presente un sistema di monitoraggio come quello olandese; è disponibile sul mercato un *kit* di autoanalisi che però fornisce solo informazioni limitate sulla composizione. Esiste un *database* disponibile su Internet, che raccoglie i risultati dei *test* forniti dai consumatori stessi.²⁵

2.3. L'offerta regionale di servizi

Seguendo le linee guida fissate dal citato Progetto regionale tossicodipendenze (1995), nel 1997 è stato emanato il Progetto nuove droghe (vedi *nota 7*), che allarga al tema delle nuove droghe e dei nuovi consumi i compiti istituzionali dei SerT. Il progetto indicava una serie di azioni, alle quali si rimanda, e sottolineava la forte necessità che i SerT uscissero da una logica eroinocentrica e cominciassero ad utilizzare strumenti e modalità non convenzionali di contatto con i consumatori di sostanze.

Ad oggi l'offerta del sistema dei servizi sull'uso di *ecstasy* è rappresentata da 32 progetti, quasi tutti finanziati tramite il Fondo nazionale lotta alla droga trasferito alle Regioni. Come previsto dal Progetto regionale nuove droghe, i progetti, diffusi in maniera abbastanza uniforme su tutto il territorio regionale, sono articolati su iniziative informativo-preventive e di riduzione del danno, in alcuni casi anche tramite

²³ Korthuis S., "Public health and public order". In *Drug prevention and drug policy. European conference 1998*. Conference documentation. European Union.

²⁴ Demange J.P., "Perspectives in the European Drug prevention policy". In *Drug prevention and drug policy*, cit.

²⁵ Independent Drug Monitoring Unit (IDMU), www.idmu.co.uk

l'utilizzo di Unità mobili, e di tipo clinico-consulenziale, tramite l'attivazione di centri di ascolto, nella maggior parte dei casi al di fuori dello spazio classico dei SerT ma con il contributo determinante delle professionalità del sistema dei servizi.²⁶

2.4. Obiettivi di salute e relative strategie

Gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio possono essere sintetizzati come segue.

- Implementazione del livello di conoscenza del fenomeno, per giungere a stime attendibili sulla diffusione dell'uso di *ecstasy* e di altre sostanze sintetiche nella popolazione regionale e sui problemi di carattere socio-sanitario che questo uso produce sui singoli e sulla collettività.

Questo obiettivo può essere raggiunto tramite:

- un potenziamento locale e un forte coordinamento regionale degli Osservatori aziendali già esistenti all'interno dei Dipartimenti (o Programmi) dipendenze patologiche;
 - studi di livello provinciale e regionale sul contesto di consumo, con riferimento ai luoghi del divertimento giovanile;
 - ricerche cliniche svolte nei Centri di ascolto ove si rivolgono i consumatori, per meglio evidenziarne le caratteristiche e i bisogni. Tali ricerche richiedono necessariamente un coordinamento a livello regionale;
 - il raccordo con l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale.
- Riduzione del numero dei consumatori e diminuzione della morbilità e mortalità correlate all'utilizzo delle sostanze sintetiche, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con caratteristiche:
 - di disincentivazione all'uso attraverso campagne informativo-preventive attuate con idonee tecniche di comunicazione, dirette alla popolazione giovanile nelle scuole e nei luoghi di lavoro, nonché ai frequentatori di discoteche;
 - di riduzione del danno, incentivando il rapporto con i gestori delle discoteche perché vengano attivati interventi tesi a ridurre i rischi (punto 4 del Progetto regionale nuove droghe), e anche con interventi effettuati nei pressi dei luoghi di ritrovo attraverso l'impiego delle Unità mobili;

²⁶ Giannelli G., Cifiello S., Stella M., "Nuove droghe: informazione, formazione ed attività clinica. I progetti e le attività dei SerT, Enti ausiliari, volontariato della regione Emilia-Romagna". Report a cura dell'Ufficio tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna.

- clinico-consulenziali, attraverso la costituzione di una *équipe* multidisciplinare su base aziendale, che faccia riferimento al Dipartimento (o Programma) delle dipendenze patologiche, composta da operatori afferenti ai SerT ma anche ad altri servizi aziendali come i Consulteri giovani. Tale *équipe*:
 - legge i bisogni del territorio;
 - attiva gli interventi di tipo clinico in Centri di ascolto distinti anche logisticamente dalle sedi SerT;
 - assicura la partecipazione di altri attori aziendali ed extra-aziendali (Centri di ascolto per adolescenti e/o Consulteri giovani, organizzazioni del privato sociale, ma anche Nuclei operativi tossicodipendenze della Prefettura, per favorire l'accesso degli utenti segnalati per l'uso di sostanze altre da eroina);
 - garantisce il coordinamento di tutti gli interventi.

Vanno previsti adeguati indicatori di verifica relativi sia al processo sia al risultato. È inoltre necessario sostenere ed implementare le attività di formazione degli operatori, a livello regionale e aziendale.

A livello regionale viene assicurato il coordinamento del Progetto discoteche (punto 4 del Progetto regionale nuove droghe) tramite una ripresa e ripuntualizzazione del Protocollo d'intesa siglato con il Sindacato locali da ballo.²⁷ Va tenuto presente come in questo settore gli interventi informativo-preventivi, oltre che sulle droghe sintetiche, devono necessariamente essere orientati al tema dell'abuso di alcool e degli incidenti stradali.

In particolare le azioni prevedono:

- produzione di materiale informativo su *cannabis*, alcool, *ecstasy*; materiale da distribuire nei luoghi di ritrovo e in occasione dei raduni giovanili;
- coordinamento di una *task force* regionale con Unità di strada disponibili ad essere presenti nei grandi eventi di raduno giovanile e davanti alle discoteche del territorio, dotate di materiale informativo-preventivo e di idonea strumentazione (es. etilometro), in stretto raccordo con il progetto di allerta rapido sulla composizione delle sostanze sequestrate in via di attuazione da parte del Ministero della solidarietà sociale;
- formazione, a livello regionale, di operatori dei SerT, volontari e operatori delle discoteche;

²⁷ Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Sindacato italiano locali da ballo, Rimini, 16 aprile 1997.

- formazione, a livello regionale o locale, di gruppi di pari che intervengano direttamente nelle discoteche;
- raccordo con le associazioni di volontariato di pubblica assistenza (es. Croce verde, che ha già partecipato ad iniziative sperimentali con Unità mobili davanti alle discoteche).

Sono inoltre compiti della Regione:

- il coordinamento dei flussi informativi,
- il coordinamento delle ricerche sul tema,
- la messa a punto di strumenti di valutazione di processo e di risultato,
- la formazione degli operatori.

3. ALCOLDIPENDENZA

3.1. Note epidemiologiche

Recenti ricerche (vedi *nota 3*) hanno confermato il ruolo dell'alcool etilico nel determinarsi di numerose patologie quali:

- cirrosi epatica e tumori epatici,
- neoplasie dei tratti superiori del sistema respiratorio e digerente,
- *ictus* emorragico, patologie correlate a cause violente,
- ipertensione arteriosa,
- pancreatite cronica.

Anche altre gravi patologie come i tumori del colon retto e della mammella sono significativamente correlate ad esso.

Nonostante nel nostro Paese si sia verificato, a partire dagli anni '70, un notevole decremento dei consumi di alcool e della mortalità attribuibile (da 47.000 nel 1985 a 36.000 nel decennio successivo) soprattutto nei cosiddetti forti bevitori (>100 g/*die*), recenti studi mettono in guardia sulla reale possibilità che nei prossimi anni si veda un aumento della morbilità/mortalità alcolrelata in quelle aree di popolazione che consumano alcool in proporzioni e con modalità ritenute in genere socialmente e clinicamente innocue (<50 g/*die* - vedi *nota 3*).

In Emilia-Romagna l'80% dei maschi e il 16% delle femmine (di età superiore a 15 anni) sarebbero bevitori appartenenti a tale categoria.

Quanto rilevato è interpretabile con il fatto che, a fronte di un notevole sviluppo di servizi e di gruppi di auto-aiuto per il trattamento degli alcolisti, vi è una carenza di interventi indirizzati alla popolazione generale.

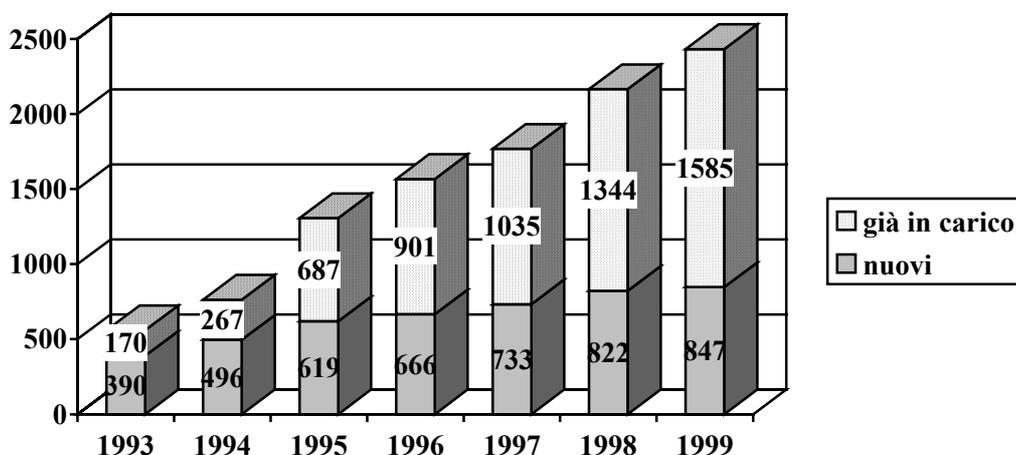
Inoltre si sta assistendo ad un aumento degli incidenti stradali ad esito invalidante per i quali si stima una diretta responsabilità dell'alcool tra il 33 ed il 50% (Fonte: ISTAT, 1997), nonché una correlazione tra incidenti sul lavoro e uso di alcool compresa tra il 10 e il 30%.

All'alcool quindi sarebbero attribuibili circa il 15% delle cause di ricovero ospedaliero, e i danni sociali ad esso correlati avrebbero un costo tra il 2 e il 5% del PIL.

A queste considerazioni occorre aggiungere che soprattutto negli ultimi anni si sono sviluppate nuove e diverse modalità di uso delle sostanze psico-attive. In particolare l'uso ricreazionale di sostanze di sintesi tra le giovani generazioni si accompagna frequentemente all'abuso di alcolici.

Ciò pone la necessità di potenziare i programmi di prevenzione primaria e di trattamento, considerando che generalmente l'utenza *target* (14-25 anni) non si identifica con il paziente-tipo che si presenta ai servizi specialistici.

Grafico 5. Andamento dell'utenza SerT alcol dipendente. Anni 1993-1999



3.2. L'offerta regionale di servizi

Nel 1995, in base al Progetto regionale tossicodipendenze (vedi *nota 1*), sono stati istituiti i Dipartimenti delle dipendenze patologiche (DDP), introducendo il concetto di sistema dei servizi come strumento di intervento integrato territoriale (di cui fanno parte sia i SerT sia gli Enti ausiliari e le associazioni di volontariato iscritte all'Albo regionale), e l'attività alcolologica è stata inserita tra i compiti primari dei SerT.

Un anno dopo sono state emanate le linee di indirizzo per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati (vedi *nota 12*), elaborate con il contributo degli operatori che nel sistema dei servizi si occupano di alcolologia. Attualmente in ogni Dipartimento delle dipendenze patologiche è assicurata l'attività alcolologica.

I dati (vedi *nota 5*) evidenziano un progressivo incremento di utenza con PAC afferente ai SerT emiliano-romagnoli (da 550 nel 1993 a 2.166 nel 1998, a 2.432 nel 1999), tanto da risultare circa il 25% dell'utenza totale dei servizi.

Si registra inoltre negli anni una persistente tendenza positiva nell'accesso di nuovi utenti, in particolare delle fasce di età al di sotto dei 19 anni (che pure rappresentano ancora soltanto il 1,3% dell'utenza totale) e al di sopra dei 60 anni, permanendo costante l'età media intorno ai 45 anni.

Ciò evidenzia come i SerT abbiano adeguato le proprie professionalità e la propria organizzazione a situazioni del tutto differenti da quelle presentate dalla consueta utenza dipendente da eroina che fino a pochi anni fa rappresentava la quasi totalità dell'utenza afferente ai Servizi.

Inoltre in questo settore è emersa significativamente la capacità di integrare risorse del servizio pubblico con esperienze sorte nel privato sociale, nel volontariato organizzato, con i gruppi di auto-mutuo-aiuto (Alcolisti Anonimi, *club* di alcolisti in trattamento), nonché di strutturare sinergie significative con le istituzioni del territorio per programmi orientati alla tutela della salute della comunità.

Il modello organizzativo alcologico adottato nella stragrande maggioranza dei SerT emiliano-romagnoli e la varietà di servizi erogati sembrano dimostrarsi finora adeguati alla domanda di cura espressa; va tuttavia rilevata la disparità nel numero di utenti in carico nelle diverse realtà regionali. Le Aziende USL Bologna Città e Ferrara risultano quelle con il numero inferiore di utenti alcolodipendenti e sono anche le due Aziende all'interno delle quali non tutti i SerT svolgono attività alcologica. È prevedibile inoltre, in un campo così particolare, che l'offerta influenzi la domanda, e che il bisogno sia in realtà molto più elevato.

3.3. Esperienze internazionali e nazionali

La letteratura internazionale sottolinea come l'approccio integrato, con disponibilità di *équipe* interdisciplinari e con la possibilità di accedere a trattamenti diversificati, sia il più efficace nella gestione dell'alcolodipendenza e dei problemi alcolcorrelati. Viene ovunque segnalata la necessità di disporre di trattamenti medici di disassuefazione e di trattamento delle patologie alcolcorrelate, psicologico-psichiatriche, socio-riabilitative. È inoltre unanimemente riconosciuta l'efficacia dei programmi di auto-aiuto (a livello internazionale sono stati studiati soprattutto i gruppi Alcolisti Anonimi).²⁸

²⁸ Goodwin A.C., "Alcohol: clinical aspects". In Lowinson, J.K., Ruiz, R.B., *Substance dependence treatment*. Academic Press, Baltimora, 1992.

Nella realtà italiana si è andato affermando un modello che riconosce ai servizi che si occupano di dipendenze patologiche la competenza a trattare il tema dell'alcoldipendenza, in stretto raccordo di complementarità con le altre realtà aziendali (reparti internistici, Servizi di salute mentale) ed extra-aziendali (servizi sociali, gruppi di auto-mutuo-aiuto) che a vario titolo di occupano del problema.²⁹

Il modello emiliano-romagnolo rientra a pieno titolo nel quadro sopra tratteggiato.

3.4. Obiettivi di salute e relative strategie

Nel delineare gli obiettivi di salute non si può prescindere dalla diffusione del consumo di bevande alcoliche (e quindi esposizione al danno alcolcorrelato) che è parte integrante della cultura del nostro territorio.

Di conseguenza le politiche sanitarie sull'uso dell'alcool non possono focalizzarsi, se non in pochissime eccezioni, sul rigido divieto che assumerebbe una connotazione ideologica lontana dall'approccio rigorosamente scientifico che deve essere alla base degli interventi riguardanti la salute.

Riprendendo anche quanto previsto dal Piano sanitario nazionale, gli obiettivi di salute e le azioni necessarie alla loro realizzazione possono essere sintetizzati come segue.

- Ridurre la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 g/die di alcool per gli uomini e i 20 g/die per le donne e ridurre la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

Per raggiungere questo obiettivo, le azioni possono essere:

- perfezionamento della raccolta dei dati epidemiologici in relazione al consumo di alcolici nella popolazione generale e in sottogruppi di popolazione, con particolare attenzione alla fascia giovanile e all'eventuale consumo contemporaneo di altre sostanze, a livello locale e regionale;
- promozione di campagne di educazione sanitaria differenziate per i diversi gruppi di popolazione (studenti, lavoratori, frequentatori di luoghi di svago, utenti di scuole guida, ecc.).

²⁹ Conferenza Stato-Regioni, "Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti. Provvedimento 21 gennaio 1999", *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie generale n. 61 del 15 marzo 1999.

- Ridurre e possibilmente azzerare il consumo di alcool in particolari circostanze (ad esempio prima di mettersi alla guida) e in particolari gruppi di popolazione (per esempio donne in gravidanza, autisti, lavoratori che utilizzino macchinari, ecc.).

Questo obiettivo richiede un coordinamento tra Azienda USL, Enti locali e associazioni che collaborano con l'AUSL (CRI, AVIS, ...), che si concentri sulla sicurezza individuale e collettiva e sui relativi comportamenti a rischio alcolcorrelati (per esempio la guida di un'ambulanza in stato di ebbrezza ...), e sullo sviluppo di:

- corsi di aggiornamento alcolologico nei programmi di formazione aziendale all'interno dell'Azienda USL;
- iniziative di sensibilizzazione sui rischi connessi all'uso di alcool in particolari circostanze, per esempio attraverso la rete dei settori per la tutela della salute della donna e dell'infanzia e della medicina del lavoro;
- diffusione di strumenti informativi e per l'autovalutazione del rischio (per es. alcolimetri usa e getta) nei luoghi maggiormente frequentati e in qualche modo connessi con una richiesta di prestazioni sanitarie (per es. farmacie, centri di prenotazione, ambulatori per il rilascio/rinnovo delle patenti di guida, ...), a sottolineare la valenza di tutela della salute.

L'implementazione di tali iniziative, vista la peculiarità della materia, persegue il duplice obiettivo di raggiungere sia l'operatore sanitario sia il cittadino che ad esso si rivolge.

- Ridurre la mortalità e la morbilità alcolcorrelata.

Azioni necessarie al raggiungimento di questo obiettivo sono:

- favorire sistematiche raccolte di informazioni sulla morbilità/mortalità connesse all'uso di alcool a livello territoriale e regionale, su cui fondare azioni di diagnosi precoce, in particolare attraverso la rete dei medici di medicina generale, fornendo loro adeguati strumenti già ampiamente in uso in molte realtà e previa specifica formazione;

- assicurare l'applicazione del Decreto del Ministero della sanità del 3 marzo 1993 secondo le citate Linee di indirizzo regionali (vedi *nota 12*), consolidando la presenza e l'attività di almeno un'*équipe* alcologica dipartimentale, al fine di implementare i livelli di assistenza fin qui raggiunti. Tale *équipe*:
 - coordina gli interventi terapeutici;
 - favorisce l'adozione di percorsi di cura condivisi da più servizi all'interno dell'Azienda USL (SerT, salute mentale, reparti internistici ecc.) e tra AUSL e altri servizi pubblici (servizi sociali dei Comuni), privati e del volontariato anche tramite organismi all'uopo istituiti (Unità di valutazione - vedi *paragrafo 1.5* su integrazione socio-sanitaria);
- favorire ed incentivare la formazione permanente degli operatori delle *équipe* alcologiche in rete con le altre organizzazioni di cui sopra;
- individuare e applicare idonei strumenti di verifica della qualità del servizio e dei risultati ottenuti.

Al livello regionale compete:

- programmare iniziative regionali di formazione degli operatori del sistema dei servizi;
- perfezionare gli strumenti di valutazione dell'attività dei SerT, già testati sui dipendenti da sostanze illecite, adattandoli agli alcolodipendenti;
- coordinare gli interventi relativi al Progetto discoteche (vedi *Capitolo 2*), all'interno del quale sono previste azioni specifiche per la prevenzione della guida in stato di ebbrezza;
- mantenere i rapporti con l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale;
- insieme alle associazioni del privato sociale, verificare il fabbisogno di interventi di tipo residenziale e definirne le tipologie (supporto alla disintossicazione, programmi terapeutici specifici sulla dipendenza, programmi di tipo socio-assistenziale) e le relative rette.

4. INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO

4.1. Note epidemiologiche

È estremamente difficile cercare di dare indicazioni numeriche sugli utenti che hanno usufruito di interventi di riduzione del danno, senza tentare prima di fare una affermazione chiara di ciò che si intende con tale termine: un intervento finalizzato alla tutela della salute del singolo e della collettività nel suo complesso. In tal senso appaiono estremamente riduttive e fuorvianti le interpretazioni basate sul numero di siringhe distribuite/ritirate, sul numero di profilattici distribuiti, ecc. Se infatti un aspetto degli interventi della riduzione del danno è certamente la tutela della salute del singolo, non si può non ricordare che vi sono almeno tre gruppi di tossicodipendenti:

- coloro che non sono all'interno di alcun programma terapeutico e non vi vogliono entrare,
- coloro che non sono all'interno di alcun programma terapeutico e vi vorrebbero entrare,
- coloro che sono all'interno di un programma terapeutico e vi vorrebbero restare.

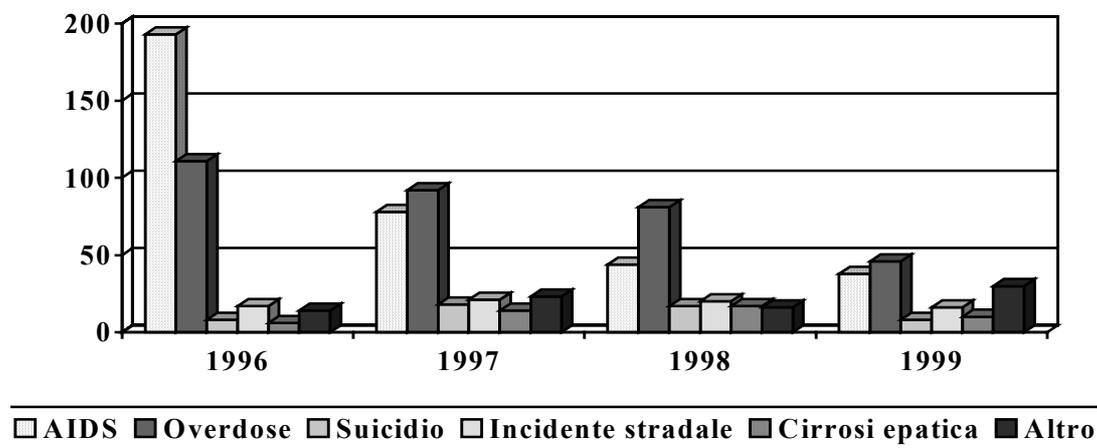
Per tutte e tre queste categorie di utenti possono rendersi utili interventi di riduzione del danno.

Resta inoltre da affrontare il grande capitolo della tutela della collettività, con una particolare attenzione alla prevenzione della diffusione delle malattie a trasmissione sessuale, delle epatiti, dell'infezione da HIV; e considerando anche l'attenzione che le politiche di riduzione del danno pongono al tema della sicurezza urbana.

Si tratta infatti, in ogni caso, di ridurre l'impatto che un gruppo di tossicodipendenti ha sulla collettività più ampia nel quale è inserito. È un processo di crescita culturale di tutti gli attori di un determinato territorio (tossicodipendenti, operatori, cittadini, organizzazioni sindacali, ...), finalizzato ad individuare le strategie per una migliore convivenza e a produrre nei tossicodipendenti una modifica dei comportamenti a rischio, per sé e per gli altri.

Da quanto esposto appare evidente che gli interventi di riduzione del danno nulla hanno a che vedere col dibattito su proibizionismo e antiproibizionismo ma, a partire dalla legislazione vigente, hanno la finalità di migliorare le condizioni di salute di tutti, consumatori di sostanze e non.

Grafico 6. Mortalità nei dipendenti da oppiacei 1996-1999 suddivisi per cause di morte



In ogni caso, come già diffusamente segnalato al paragrafo 1.2 al quale si rimanda, nella nostra regione è presente una quota di sommerso, cioè di dipendenti da eroina non in contatto con i servizi, in un rapporto stimato che va da 2:1 a 5:1 rispetto a coloro che sono seguiti dai servizi.

La mortalità per overdose, pur essendo segnalata in calo, è tuttora elevata in Emilia-Romagna; per il 1997 la stima riportata dalla *Relazione annuale al Parlamento* è di 106 decessi.

La morbilità legata all'uso di sostanze è segnalata dal numero di casi notificati di AIDS nei tossicodipendenti regionali. Questo numero è in costante diminuzione, passando da 400 nel 1995 a 343 nel 1996, a 175 nel 1997. La categoria è comunque ancora quella più a rischio di contrarre l'infezione.³⁰

I dati in nostro possesso segnalano sulla utenza in carico ai SerT una percentuale di positività al *test* anti-HIV del 14,4%, al *test* anti-HBs del 26,3%, al *test* anti-HCV del 43,9%. Va segnalato che vengono riportate percentuali di *test* non eseguiti attorno al 36%.

³⁰ Lizzani L., Finarelli A.C., Droghini L. Cocchi R., "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/1998 in Regione Emilia-Romagna". Report a cura del Servizio prevenzione collettiva, Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna.

4.2. L'offerta regionale di servizi

Nel 1995, subito dopo l'emanazione del Progetto regionale tossicodipendenze, la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha approvato le linee guida regionali sulla riduzione del danno da uso di droga (vedi *nota 11*). Un sottoprogetto riguardante la prevenzione della mortalità per overdose (vedi *nota 8*) è stato successivamente approvato nel 1998.

In seguito alla emanazione di queste linee guida, il sistema dei servizi si è andato attrezzando come segue.

In tutti i SerT della regione sono disponibili trattamenti con farmaci sostitutivi. In alcuni casi, però, il numero degli utenti che possono fruire contemporaneamente del trattamento è fissato da regolamenti interni, e di conseguenza sono presenti liste di attesa. I trattamenti protratti con farmaci sostitutivi hanno costituito nell'anno 1998 il 26% dei trattamenti complessivi (vedi *nota 5*).

Il sistema dei servizi sta cominciando ad organizzarsi per offrire trattamenti residenziali all'interno dei quali sia possibile l'utilizzo di metadone. Tale possibilità è già attuale nei Centri di osservazione diagnosi, presenti in quasi tutte le province, e nei Centri crisi e/o Centri a bassa soglia, presenti solo in alcune realtà.

Come citato nel paragrafo 1.2, le Unità di strada sono presenti in tutte le province. Un primo *report* sull'attività e i contatti delle Unità di strada³¹ evidenzia una notevole mole di lavoro, anche se la raccolta dati non è ancora omogenea e va perfezionata.

Al momento solo l'Azienda USL Città di Bologna ha attivato un programma di distribuzione di metadone attraverso una Unità mobile.

³¹ Osservatorio regionale tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna (a cura di), *L'attività ed i contatti delle Unità di strada del territorio della Regione Emilia-Romagna 1 gennaio - 30 giugno 1999. Report.*

4.3. Obiettivi di salute e relative strategie

I paesi europei sono stati sicuramente i promotori di tale politica di intervento (in primo luogo l'Olanda e l'Inghilterra), che oggi è diffusa a livello mondiale grazie anche alla costituzione di un coordinamento internazionale: l'International Harm Reduction Association.³²

Particolarmente significativa, per chiarezza concettuale e teorica, appare l'impostazione svizzera che definisce i quattro pilastri dell'intervento in materia di droga:

- prevenzione,
- terapia,
- riduzione del danno,
- repressione.

Praticamente ogni paese europeo considera gli interventi indicati come irrinunciabili, in un orizzonte che ormai travalica la tossicodipendenza per abbracciare a 360 gradi tutta l'area del disagio e della marginalità sociale.

Il nocciolo del problema è, infatti, cosa fare per tutte le persone che vivono condizioni di degrado, marginalità, tossicodipendenza ed alcolismo. Si vuole impedire che gli individui cadano in una spirale di emarginazione ed autoemarginazione, dove la condizione di partenza, patologica o meno, sia vista come quella centrale ai fini dell'intervento, una condizione che richiede cura ed attenzione indipendentemente dalla possibilità o dalla volontà del soggetto stesso di modificarla. Le stesse politiche di intervento sulle nuove droghe sono in gran parte centrate sugli interventi di riduzione del danno con sistemi di monitoraggio ed informazione, allarme precoce, coinvolgimento di consumatori, ...

I paesi europei tendono a darsi come obiettivo la ritenzione in trattamento (considerandolo indicatore di esito) e quindi pongono grande attenzione a proporre ai tossicodipendenti una gradualità di programmi (dai più strutturati, con regole molto rigide e centrati sul raggiungimento di una condizione di astensione da tutte le sostanze, a quelli meno strutturati, basati su regole più elastiche e che non si pongono obiettivi di interruzione dell'uso di sostanze ma puntano ad evitare il degrado fisico, sociale e psicologico connesso all'uso di queste).

³² International Harm Reduction Association, *Atti del primo Convegno internazionale sulla riduzione del danno*. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1992.

4.4. Obiettivi regionali

Gli obiettivi regionali possono essere così schematizzati.

- Ridurre la mortalità per overdose attraverso le azioni previste dalle linee guida regionali per la prevenzione della mortalità per overdose, e in particolare attraverso l'attuazione di programmi preventivi ed informativi rivolti ai consumatori di sostanze. Tali interventi vanno effettuati nei SerT, con Unità mobili, all'interno delle strutture residenziali, ovunque sia possibile. Sarebbe opportuno organizzare anche corsi di primo intervento volti a tossicodipendenti attivi, che frequentemente sono i primi testimoni di un episodio di overdose. La possibilità di avere a disposizione fiale di naloxone è, ovviamente, da incentivare.
- Ridurre la morbilità e la mortalità legate all'uso di sostanze. Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso le seguenti azioni.
 - Facilitare l'accesso ai Servizi, eliminando, quando esistenti, le liste di attesa per accedere ai programmi terapeutici e garantendo almeno la possibilità di intraprendere un trattamento farmacologico con metadone o altri farmaci (agonisti o agonisti/antagonisti) in tempi molto rapidi (pochi giorni). Percorsi più strutturati potranno essere attivati successivamente, qualora il paziente lo richieda e li accetti.
 - Garantire un adeguato supporto sociale, attivando sussidi non simbolici, buoni pasto e possibilità di pernottamento in collaborazione con Comuni, Enti ausiliari e associazioni di volontariato. Sviluppare una cultura dell'accompagnamento per le persone in difficoltà, ponendosi anche come mediatori rispetto alle istituzioni.
 - Coinvolgere attivamente gli psicologi dei SerT per attività di supporto psicologico e *counselling*, particolarmente importante in queste situazioni. Sarebbe opportuno che ogni gruppo di intervento sulla riduzione del danno avesse al proprio interno la figura dello psicologo, non come supervisore ma come professionista attivamente coinvolto negli interventi.
 - Garantire, in rapporto con gli Enti ausiliari, la possibilità di accesso a programmi residenziali a pazienti in trattamento farmacologico con agonisti o agonisti/antagonisti. Tale possibilità, attualmente esistente in molte zone per coloro che hanno intenzione di interrompere il trattamento farmacologico in corso, andrebbe estesa, almeno a livello sperimentale, anche a coloro che non vogliono o non riescono ad interrompere l'assunzione del farmaco.

- Potenziare l'intervento delle Unità mobili esistenti e degli operatori di strada, facilitando l'integrazione tra queste Unità e i servizi, pubblici e privati, del territorio. Deve essere anche stimolata l'integrazione tra le varie organizzazioni presenti, a diverso titolo e con diverse impostazioni, sullo stesso territorio. Particolarmente interessante appare l'esperienza di somministrazione di metadone attraverso Unità mobili per pazienti che, per diversi motivi, non accedono ai servizi.
- Creare *drop in* o centri diurni per tossicodipendenti, anche attivi, come luoghi di aggregazione gestiti da operatori professionali che sappiano utilizzare i luoghi e i tempi di permanenza delle persone come occasioni di proposta e di contatto. I *drop in* non vanno mai considerati come luoghi ove relegare un'utenza difficile o fastidiosa all'interno dei SerT.
- Facilitare la partecipazione a corsi di formazione regionali per medici, infermieri, psicologi, educatori, assistenti sociali e animatori al fine di creare, sulla base delle professionalità esistenti, *équipe* di professionisti degli interventi di riduzione del danno, abili nel gestire relazioni veloci, nell'operatività e creatività che la strada richiede, mediatori del territorio, referenti significativi per tossicodipendenti ed istituzioni, cittadini e Forze dell'ordine.
- Promuovere la formazione per le Forze dell'ordine, per favorire un loro maggiore coinvolgimento - nel rispetto delle diverse finalità - negli interventi sul territorio, nella lettura delle modifiche delle sostanze e dei consumi. Considerare i SerT parte integrante degli interventi connessi alle problematiche della sicurezza urbana.
- Costruire o, ove già presente, partecipare ad un tavolo sulla marginalità sociale a livello provinciale, con il contributo di tutti coloro che operano a diverso titolo nel territorio.
- Costruire o, ove già presente, partecipare ad un tavolo sui giovani a livello provinciale, con il contributo di tutti coloro che operano a diverso titolo nel territorio. In particolare, questo tavolo deve sviluppare interventi di modifica dei comportamenti a rischio e di riduzione del danno rispetto all'uso di alcool e nuove o vecchie droghe, attivando interventi nei luoghi di aggregazione giovanile.
- Promuovere corsi di informazione ed educazione tra pari, coinvolgendo attivamente tossicodipendenti.

Al livello regionale compete:

- attivare corsi di formazione per operatori del sistema dei servizi sui temi specifici sopra richiamati;
- incentivare la promozione di rapporti con le Forze dell'ordine;
- migliorare e rendere routinaria la raccolta dei flussi informativi relativi alla mortalità e alle attività di riduzione del danno;
- mettere a punto ricerche tese ad evidenziare in maniera più attendibile il numero di dipendenti da eroina non in contatto con il sistema curante;
- proseguire il Progetto naloxone (vedi *Linee guida regionali sulla prevenzione della mortalità per overdose - nota 8*);
- mettere a punto sistemi di valutazione degli interventi.

BIBLIOGRAFIA

Cifiello S., "La prevalenza di uso di nuove droghe in Emilia-Romagna". Relazione presentata al seminario conclusivo del Gruppo tecnico regionale nuove droghe, Bologna, 1 giugno 1999.

Commissione mista del Gruppo epidemiologico della Società italiana di alcologia, "L'impatto del consumo di alcool sulla salute degli italiani - consumi, prevalenze, frazioni e mortalità attribuibili e prevedibili, strategie di intervento, Italia 1985-1994", *Alcologia*, suppl. vol. XI, n. 2, maggio-agosto 1999.

Conferenza Stato-Regioni, "Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti". Provvedimento 21 gennaio 1999, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, serie generale n. 61 del 15 marzo 1999

Demange J.P., "Perspectives in the European Drug prevention policy". In *Drug prevention and drug policy. European Conference 1998*. Conference documentation. European Union.

Giannelli G., Cifiello S., Stella M., "Nuove droghe: informazione, formazione ed attività clinica. I progetti e le attività dei SerT, Enti ausiliari, volontariato della Regione Emilia-Romagna". *Report* a cura dell'Ufficio Tossicodipendenze, Assessorato alle Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Assunzione degli strumenti di valutazione dell'esito dei Servizi pubblici tossicodipendenze*. Deliberazione n. 1905 del 28 ottobre 1997.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati (PAC)*. Deliberazione n. 1639 del 17 luglio 1996.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo per le attività di prevenzione primaria e per il coordinamento dei Centri di documentazione sulle tossicodipendenze, alcolismo e disagio giovanile*. Deliberazione n. 655 del 6 maggio 1997.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione della mortalità per overdose nei tossicodipendenti*. Deliberazione n. 1480 del 7 settembre 1998.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo regionali sulla riduzione del danno da uso di droga*. Deliberazione n. 3830 del 31 ottobre 1995.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Progetto regionale nuove droghe*. Deliberazione n. 206 del 25 febbraio 1997.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Progetto regionale tabagismo*. Deliberazione n. 785 del 26 maggio 1999.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Progetto regionale tossicodipendenze. Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze (DPR 309/1990 e LR 19/1994)*. Deliberazione n. 722 del 7 marzo 1995.

Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, *Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Confederazione delle autonomie locali Emilia-Romagna (CALER) sulle tossicodipendenze*. Deliberazione n. 62 del 25 gennaio 1999.

Goodwin A.C., "Alcohol: clinical aspects". In Lowinson J.K., Ruiz R.B., *Substance dependence treatment*. Academic Press, Baltimora, 1992.

Independent Drug Monitoring Unit (IDMU); www.idmu.co.uk

International Harm Reduction Association, *Atti del primo Convegno internazionale sulla riduzione del danno*. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1992.

Korthuis S., "Public health and public order". In *Drug prevention and drug policy. European conference 1998*. Conference documentation. European Union.

Lizzani L., Finarelli A.C., Droghini L., Cocchi R., "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/1998 in Regione Emilia-Romagna". *Report a cura del Servizio prevenzione collettiva, Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna*.

Osservatorio europeo droga e tossicodipendenza, *Report 2000*.

Osservatorio regionale tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna (a cura di), *Andamento dell'utenza nei SerT. Anno 1998. Report*.

Osservatorio regionale tossicodipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna (a cura di), *L'attività ed i contatti delle Unità di strada del territorio della Regione Emilia-Romagna 1 gennaio - 30 giugno 1999. Report*.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento affari sociali, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 1998*. 1998.

Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Sindacato italiano locali da ballo, Rimini, 16 aprile 1997.

**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

Collana "DOSSIER"

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

(*) volumi disponibili presso il CDS

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994. (*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998.
(*)

38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)

Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna, Correggio*, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989. (*)

23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989, Langhirano, 1990. (*)*
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico, Bologna, 1990.*
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti, Modena, 1990.*
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori, Forlì, 1991. (*)*
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione, Correggio, 1992. (*)*
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione, Bologna, 1992.*
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni, Modena, 1992.*
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna, Ferrara, 1993.*
31. *Salute e sicurezza nella scuola, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
33. *Il dipartimento di prevenzione, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993.*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994.*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994.*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994.*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997. (*)*

