
SCUOLA SUPERIORE DELL'AMMINISTRAZIONE DELL'INTERNO

I QUADERNI DELLA DOCUMENTAZIONE

n.4/2011

**CENSIMENTO DELLE STRUTTURE
SOCIO-RIABILITATIVE PER IL
RECUPERO DEI TOSSICODIPENDENTI**



Censimento delle strutture socio-riabilitative per il recupero dei tossicodipendenti

Pubblicazione edita a cura della
Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno
Ufficio Documentazione Generale
ssai.doc-stat@pec.interno.it

Dirigente Ufficio
Barbara Pomardi

Comitato di redazione:
Marina Colasanti
Antonietta Sala
Luigia Ventura
Rita Cecchetti

INDICE

Premessa

Dati nazionali

Italia

Pag. 11

- Strutture Socio – Riabilitative

“ 13

- Aspetti strutturali: natura giuridica
e iscrizione all'albo

“ 21

- Recettività e numero utenti

“ 26

- Convenzioni

“ 28

- Tossicodipendenti in trattamento presso le
strutture socio-riabilitative al 31 marzo 2010

“ 30

All. 1 CD: Indirizzario delle strutture socio-riabilitative

PREMESSA

Le strutture socio-riabilitative nascono, con la dizione di “comunità terapeutiche”, per una intuizione di Thomas Forest Main il quale nel 1946 descriveva in tal modo i gruppi creati e l’attività svolta dagli psichiatri inglesi del Gruppo di Northfield.

Il termine “comunità terapeutica” è stato ufficializzato nel 1953 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, a conclusione di uno studio in cui si proponeva di trasformare gli ospedali psichiatrici in comunità terapeutiche.

La prima comunità terapeutica per tossicodipendenti, denominata “Synanon”, è stata fondata nel 1958 in California da Charles Dederich, un ex alcolista che aveva intuito attraverso la propria esperienza personale nel gruppo degli Alcolisti anonimi l’importanza delle relazioni di sostegno e di aiuto reciproco per superare la dipendenza dall’alcol e dalle droghe.

Negli anni ’50 e ’60 in Inghilterra, negli Stati Uniti ed in molti altri Paesi, tra cui l’Italia, si sono cominciate a sviluppare forme di aggregazione comunitaria in cui gli individui venivano aiutati ad analizzare i propri vissuti personali e ad acquisire una maggiore consapevolezza delle loro problematiche.

All’inizio degli anni ’60 nel nostro Paese ha iniziato ad acquisire rilevanza il fenomeno del consumo di droghe; al contrario di quanto era accaduto negli Stati Uniti, dove la diffusione di droghe si era sviluppata nei gruppi della controcultura giovanile e negli strati emarginati della società, in Italia il consumo di sostanze stupefacenti si è diffuso come appannaggio di piccoli gruppi di élite.

Sostanze c.d. legali come gli psicofarmaci, attraevano i consumatori grazie alle virtù terapeutiche di rimedio contro l’insonnia, il dolore e l’ansia, ed alcuni di questi già dipendenti dal consumo di anfetamine e psicofarmaci, passarono all’uso per via endovenosa di eroina.

Il successo commerciale ed il profitto che derivavano dalla produzione di analgesici e di anfetamine a scopo anoressizzante per le diete aveva messo in ombra per molto tempo i rischi di assuefazione e dipendenza e soltanto nel 1972 il Ministero della Sanità ne ha vietato la libera prescrizione.

La vendita di droghe inizialmente era opera di singoli spacciatori ma, man mano che il fenomeno si diffondeva negli ambienti giovanili, nelle periferie e nelle fabbriche e diveniva un affare redditizio interveniva nella diffusione delle sostanze la criminalità organizzata, che sostituiva l’hashish e la marijuana con gli oppiacei, ben più pericolosi per la salute.

Nel 1973 veniva registrata la prima morte per overdose in Italia dovuta all'eroina, negli anni '80 faceva la sua comparsa la cocaina.

Tra la fine degli anni '70 e nel corso degli anni '80 sono sorte la maggior parte delle comunità terapeutiche, ancor oggi presenti sul territorio nazionale con differenti approcci al problema tossicodipendenza e differenti strategie operative.

Durante gli anni '80 e '90 è iniziato ad aumentare il consumo di cocaina ed altre sostanze stupefacenti diverse dagli oppiacei, anche per il timore dovuto al diffondersi del virus dell'HIV, veicolato attraverso lo scambio di siringhe da parte dei consumatori di eroina.

All'inizio degli anni '90 si è diffuso il consumo di ecstasy soprattutto tra i giovani che frequentavano le discoteche ed i rave party.

La nascita e la diffusione delle comunità terapeutiche è stata una delle risposte che la società ha fornito rispetto alla sempre maggiore diffusione del fenomeno in Italia.

I modelli terapeutici proposti e le metodologie su cui si basa l'offerta terapeutica delle comunità hanno costituito una grande risorsa, specialmente quando ancora non era stata organizzata una risposta istituzionale efficace ed articolata al problema droga. La diversità di soluzioni proposte dagli operatori delle comunità derivavano anche dai riferimenti ideologici delle singole strutture e dai contesti socio-culturali delle diverse tipologie di utenti.

Ogni strategia operativa presupponeva, e presuppone ancora oggi, una filosofia sull'origine della tossicodipendenza e un conseguente approccio terapeutico.

Essenzialmente sono tre le strategie operative:

- strategia di base
- strategia fondata sul lavoro ed il reinserimento sociale
- strategia specialistica orientata all'intervento psicoterapeutico.

Alcune comunità ancora oggi interpretano il fenomeno come originato dal disagio psicologico vissuto nelle prime fasi di vita e nell'adolescenza degli individui, per altre la tossicodipendenza sarebbe originata dall'insoddisfazione o dall'inadeguatezza di personalità particolarmente fragili alla realtà sociale; alcune comunità si pongono come famiglie sostitutive che aiutano gli individui a diventare autonomi e ad assumersi delle responsabilità nei confronti della propria esistenza, altre invece si pongono come realtà micro sociali alternative.

Le strutture socio-riabilitative a volte utilizzano come metodologia di cura la condivisione di un modello di vita e puntano sulla costruzione di personalità libere dalla droga che siano in grado, una volta terminato il percorso terapeutico, di trasferire anche all'esterno gli ideali acquisiti ed interiorizzati.

Di queste, una parte danno un grande rilievo all'attività lavorativa, con l'obiettivo di far crescere i tossicodipendenti, bloccati dalla droga in uno stadio adolescenziale, attraverso l'acquisizione di competenze ed assunzione di responsabilità personali da utilizzare una volta terminato il percorso terapeutico.

Altre ancora, con l'ausilio della psicoanalisi e delle tecniche di psicoterapia individuale e di gruppo, puntano sulla presa di coscienza da parte delle persone in trattamento dei conflitti profondi che hanno determinato i loro comportamenti devianti: l'obiettivo di quest'ultimo approccio è di far acquisire agli individui la capacità di riconoscere e gestire le proprie tensioni inconsce.

In alcune comunità tali approcci differenti possono coesistere.

Nel corso di più di trent'anni di esistenza le strutture di recupero per tossicodipendenti hanno migliorato ed ampliato la loro offerta terapeutica. Molte comunità effettuano la formazione del personale, molte altre hanno stipulato convenzioni con il Ministero della Giustizia per accogliere detenuti tossicodipendenti che debbono scontare misure alternative al carcere.

Alcune strutture accolgono madri e figli tossicodipendenti, malati di AIDS, alcol dipendenti e persone che hanno sviluppato, oltre alla tossicodipendenza, una comorbilità psichiatrica o altre dipendenze come il tabagismo ed il gioco d'azzardo.

Il consumo e l'abuso di droga oggi non è più limitato soltanto ad una tipologia di sostanze ed anche persone emarginate, ma coinvolge tutte le classi sociali e le diverse fasce di età, dilagando nei contesti ricreativi frequentati soprattutto da giovani ben integrati, sia in ambito scolastico che lavorativo.

Per questo le comunità hanno diversificato i programmi di trattamento, adattandoli alle esigenze individuali ed alle nuove tipologie di consumatori, molti dei quali sono poliassuntori di droghe e alcol.

Pochi, tuttavia, intraprendono il percorso con una forte motivazione personale e solo una parte di coloro che entrano in comunità completa il percorso terapeutico. Poiché il trattamento è basato soprattutto sulla volontarietà, il successo dello stesso è legato proprio alla capacità dell'equipe del progetto terapeutico di motivare il tossicodipendente nella fase di accoglienza.

Anche la fase di passaggio dalla comunità, luogo alquanto protetto, al reinserimento sociale è una fase delicata che prevede un percorso di accompagnamento da parte degli operatori, ed alcune comunità prevedono il coinvolgimento delle famiglie dei tossicodipendenti proprio in queste diverse fasi del percorso di recupero.

I mutamenti della tipologia di sostanze e delle modalità di consumo impongono a tutti coloro che si occupano di tale problematica di ripensare anche al ruolo dei servizi del privato sociale nel complesso scenario delle risposte terapeutiche.

Per vincere la sfida occorre puntare sempre più sulla formazione degli operatori, troppo spesso basata sulla volontarietà dei singoli e frutto di un lavoro “sul campo”, e sulla qualificazione delle figure professionali per adeguarle all’attuale dimensione del fenomeno.

La tossicodipendenza è un problema molto complesso che richiede il concorso di equipe composte da personale altamente qualificato (medici, psicologi, educatori) per affrontare e tentare di risolvere le problematiche che hanno condotto le persone all’uso continuato di droghe.

L’offerta terapeutica deve essere adeguata alle diverse tipologie di consumatori ed alle differenti modalità d’uso (sporadico, in occasioni di divertimento o in situazioni lavorative), al fine di contrastare il fenomeno in modo efficace dal punto di vista della riduzione della domanda di droghe.

Sarebbe altresì opportuno sviluppare, a livello territoriale, servizi di accoglienza ed ascolto mirati per i consumatori di cocaina che, a differenza dei consumatori di oppiacei, difficilmente si rivolgono ai servizi pubblici o sono disposti ad entrare in comunità.

La riduzione della domanda di droghe può essere realizzata solo attraverso un sistema di sinergie fondato sulle reti locali nella prospettiva di superare la dicotomia pubblico/privato.

E’ necessario inoltre attuare interventi precoci di sostegno alle famiglie ed ai giovani a rischio, nella consapevolezza che la prevenzione è la risposta più efficace per evitare l’ulteriore diffondersi di un così grave fenomeno che compromette la salute e la sicurezza sociale.

Nell’ ambito degli studi in materia di tossicodipendenze e della documentazione proveniente dal territorio l’Ufficio acquisisce, per il tramite delle Prefetture, informazioni sulle strutture socio-riabilitative operanti sul territorio.

La prima realizzazione del Censimento delle strutture risale al 1985, e fino al 1991 sono state censite soltanto le comunità terapeutiche che oggi costituiscono solo una parte delle strutture socio-riabilitative; in relazione alle esigenze dell’utenza ed all’estendersi delle attività rivolte alla “riduzione del danno”, le comunità hanno subito trasformazioni consistenti, sviluppando altri tipi di intervento. Molti centri di accoglienza hanno perciò organizzato la loro attività suddividendola in orari diversificati ed offrendo sempre più spesso programmi terapeutici serali. A fronte della differente tipologia delle strutture socio-riabilitative, si è ritenuto di utilizzare il criterio distintivo della residenzialità, adottato sin dall’inizio, in modo da rendere più agevole la confrontabilità dei dati.

In relazione a tali considerazioni, le strutture socio-riabilitative sono state classificate nel modo seguente:

- **Strutture residenziali** (con ospitalità ed attività residenziale);

- **Strutture semi-residenziali** (con ospitalità e attività quotidiana di almeno otto ore e per non meno di cinque giorni la settimana ovvero di almeno quaranta ore settimanali variamente distribuite);
- **Strutture non residenziali/ambulatoriali** (con ospitalità ed attività per un totale inferiore alle quaranta ore settimanali).

La scelta della classificazione basata su residenzialità, semi-residenzialità e ambulatorietà rispecchia, inoltre, il criterio di iscrizione delle strutture negli albi regionali e provinciali degli Enti ausiliari, che sono menzionati in apposita tabella e che gestiscono le strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti, così come stabilito dall'atto di intesa tra Stato, Regioni e Province autonome, in attuazione del dettato degli articoli 115, 116 e 117 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni.

Anche nella presente edizione sono state aggiornate le disaggregazioni, per ciascuna Regione, relative ai dati sul numero di utenti delle strutture socio-riabilitative distinti per sesso, rapportati alla recettività complessiva dei centri di accoglienza esistenti.

Sono stati, inoltre, messi a confronto i dati complessivi regionali e nazionali delle strutture censite, con quelli rilevati nell'anno precedente, mediante l'impiego di tabelle numeriche, nonché di appositi grafici esemplificativi ⁽¹⁾.

La pubblicazione, che a decorrere dall'anno 2008 è diventata biennale, contiene, altresì, l'indirizzario, in formato elettronico, dei centri riabilitativi con l'indicazione della denominazione, dell'ubicazione, nonché di alcune informazioni sulla natura giuridica, sull'iscrizione all'albo degli Enti ausiliari e sulle convenzioni in atto.

⁽¹⁾ Si precisa che il Ministero dell'Interno censisce le strutture senza alcuna valutazione di merito sulle stesse e sulle metodologie adottate e che i dati rilevati dalla Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno - Documentazione e Statistica rientrano a norma del decreto legislativo del 6 settembre 1989, n° 322, nelle statistiche ufficiali del Programma Statistico Nazionale.

DATI NAZIONALI

ITALIA

Strutture Socio-Riabilitative 2008				
RESIDENZIALI				
STRUTTURE		UTENTI IN TRATTAMENTO		
ESISTENTI	CENSITE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
742	695	9.432	1.816	11.248

Strutture Socio-Riabilitative 2010				
RESIDENZIALI				
STRUTTURE		UTENTI IN TRATTAMENTO		
ESISTENTI	CENSITE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
720	693	9.858	1.893	11.751

SEMI-RESIDENZIALI				
STRUTTURE		UTENTI IN TRATTAMENTO		
ESISTENTI	CENSITE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
210	184	1.250	291	1.541

SEMI-RESIDENZIALI				
STRUTTURE		UTENTI IN TRATTAMENTO		
ESISTENTI	CENSITE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
206	180	1.274	284	1.558

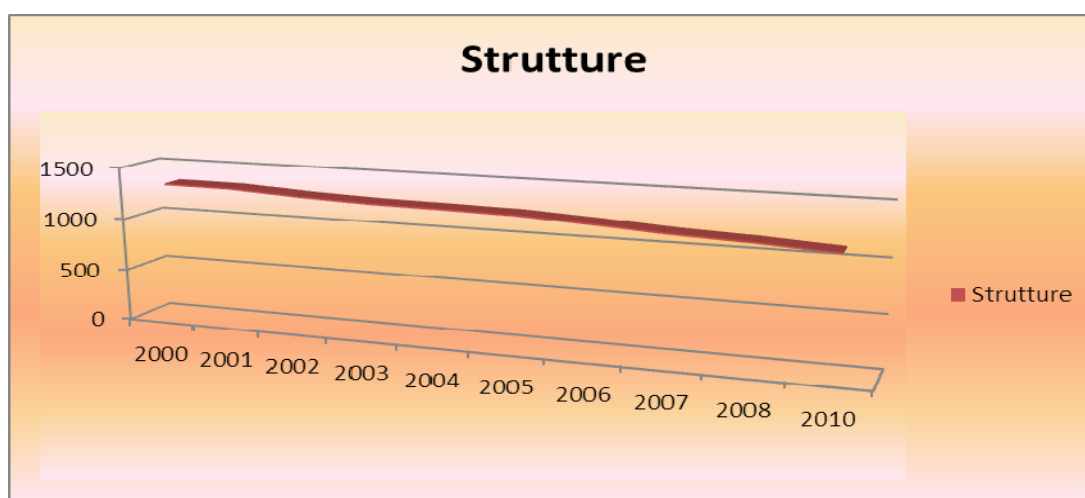
AMBULATORIALI				
STRUTTURE		UTENTI IN TRATTAMENTO		
ESISTENTI	CENSITE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
193	163	3.128	838	3.966

AMBULATORIALI				
STRUTTURE		UTENTI IN TRATTAMENTO		
ESISTENTI	CENSITE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
181	162	4.270	949	5.219

STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

Dalle indagini effettuate nel corso degli anni si evidenzia, il passaggio dal progressivo aumento delle strutture socio-riabilitative nel periodo 31 marzo 1992 – 31.3.1996, al dato statico dell'anno 1997, con una lieve flessione alla data del 31 marzo 1998, una ripresa nel 1999 ed una progressiva diminuzione a partire dall'anno 2000, così come risulta dal seguente schema riassuntivo relativo agli ultimi 10 anni.

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010
Numero Strutture	1329	1325	1289	1266	1258	1246	1211	1170	1145	1106



La maggior parte dei centri di riabilitazione sono articolati nelle seguenti organizzazioni di tipo federativo quali: Centro Italiano di Solidarietà (CE.I.S), Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (C.N.C.A.), Comunità Incontro, Comunità Emmanuel, Saman, Gruppo Exodus.

Il numero delle strutture socio sanitarie (Ser.T), è rimasto pressochè invariato; infatti i servizi per le tossicodipendenze attivi nel 2010 sono stati 554 contro i 555 del 2008 (fonte del Dipartimento Politiche Antidroga Relazione Annuale al Parlamento anno 2010 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia).

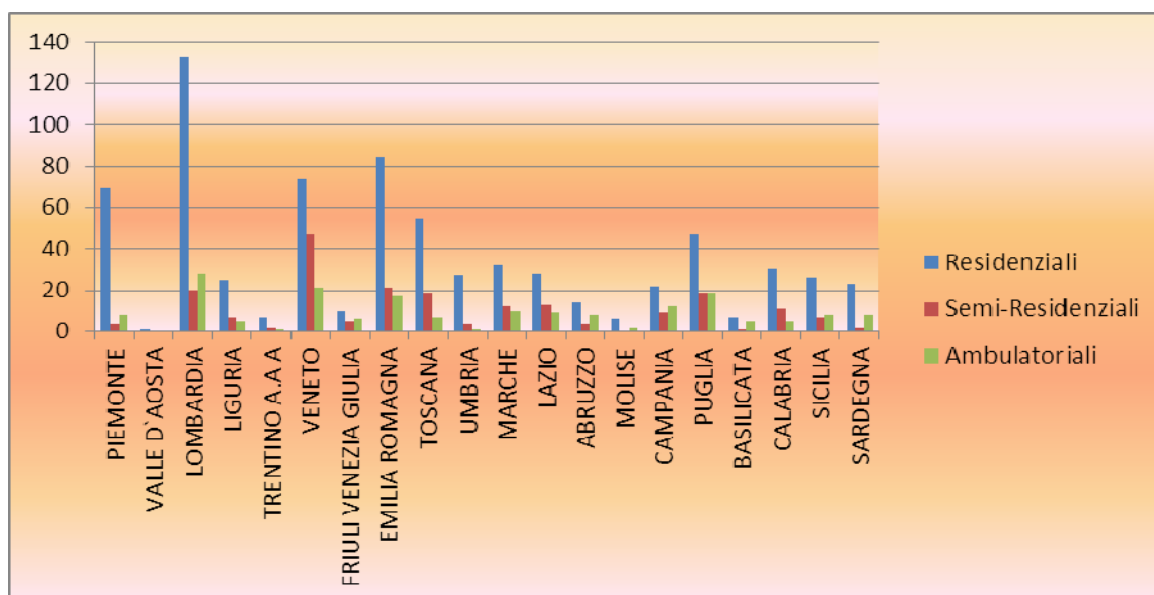
Nella tabella n. 1 sono indicate la disaggregazione regionale delle strutture e la relativa percentuale di incidenza.

Sintesi numerica delle strutture socio - riabilitative distribuite per
tipologia sul territorio Nazionale al 31 marzo 2010

Tabella n. 1

Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale	%
PIEMONTE	69	4	8	81	7.32
VALLE D'AOSTA	1	0	0	1	0.09
LOMBARDIA	133	20	28	181	16.37
LIGURIA	25	7	5	37	3.35
TRENTINO ALTO ADIGE	7	2	1	10	0.9
VENETO	74	47	21	142	12.84
FRIULI VENEZIA GIULIA	10	5	6	21	1.9
EMILIA ROMAGNA	84	21	17	122	11.03
TOSCANA	55	19	7	81	7.32
UMBRIA	27	4	1	32	2.89
MARCHE	32	12	10	54	4.88
LAZIO	28	13	9	50	4.52
ABRUZZO	14	4	8	26	2.35
MOLISE	6	0	2	8	0.72
CAMPANIA	22	9	12	43	3.89
PUGLIA	47	18	19	84	7.59
BASILICATA	7	1	5	13	1,19
CALABRIA	30	11	5	46	4.16
SICILIA	26	7	8	41	3.71
SARDEGNA	23	2	8	33	2.98
TOTALE	720	206	180	1.106	100,00

STRUTTURE SOCIO – RIABILITATIVE ESISTENTI



Dalla tabella n. 1 risultano esistenti alla data del 31 marzo 2010 n. 1.106 strutture socio riabilitative rivolte alla cura e al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze stupefacenti di cui 720 residenziali (65% circa) 206 semiresidenziali (19% circa) e 180 ambulatoriali (16% circa).

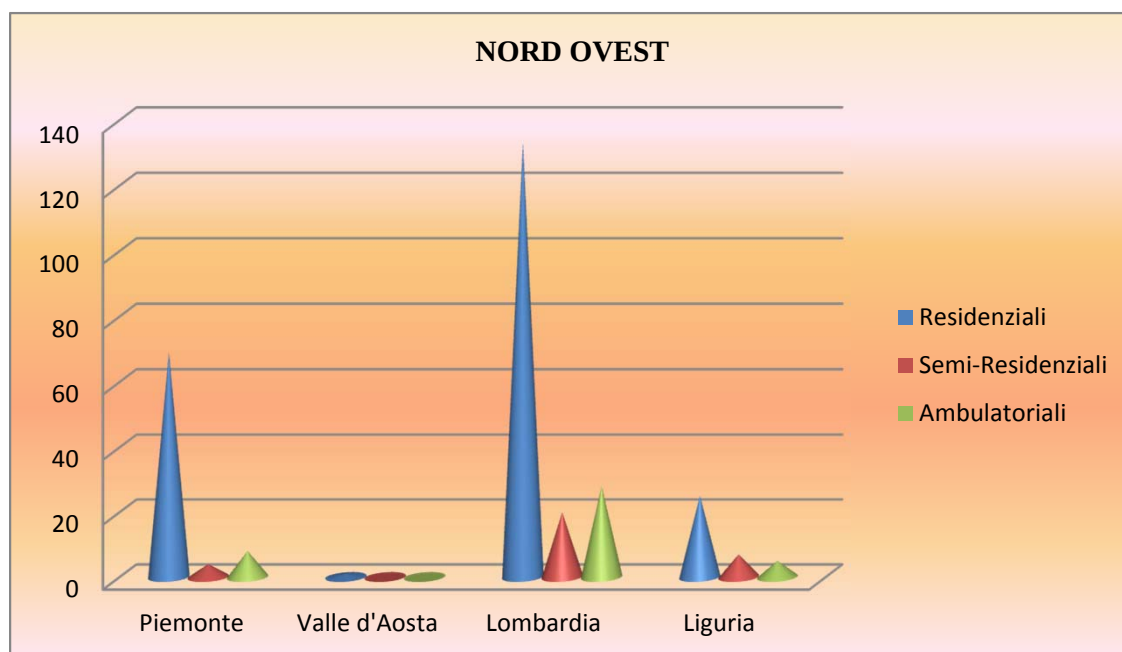
Dal confronto del dato attuale (n. 1.106) con quello del 31 marzo 2008 (n. 1.145) si rileva una diminuzione nel numero delle strutture pari a circa il 3%.

La regione che ha il maggior numero di strutture è la Lombardia (il 16% circa) seguita dal Veneto (il 13% circa), dall'Emilia Romagna (l'11% circa), dalla Puglia (il 7,6% circa), dal Piemonte (7,3% circa) e dalla Toscana (7,3% circa).

Riguardo la distribuzione geografica delle strutture del privato sociale si evince, che la maggior parte di queste sono dislocate al Nord-Ovest - 300 comunità - (27,12% circa) e nel Nord-Est - 295 comunità - (26,67% circa) come risulta dalle tabelle che seguono.

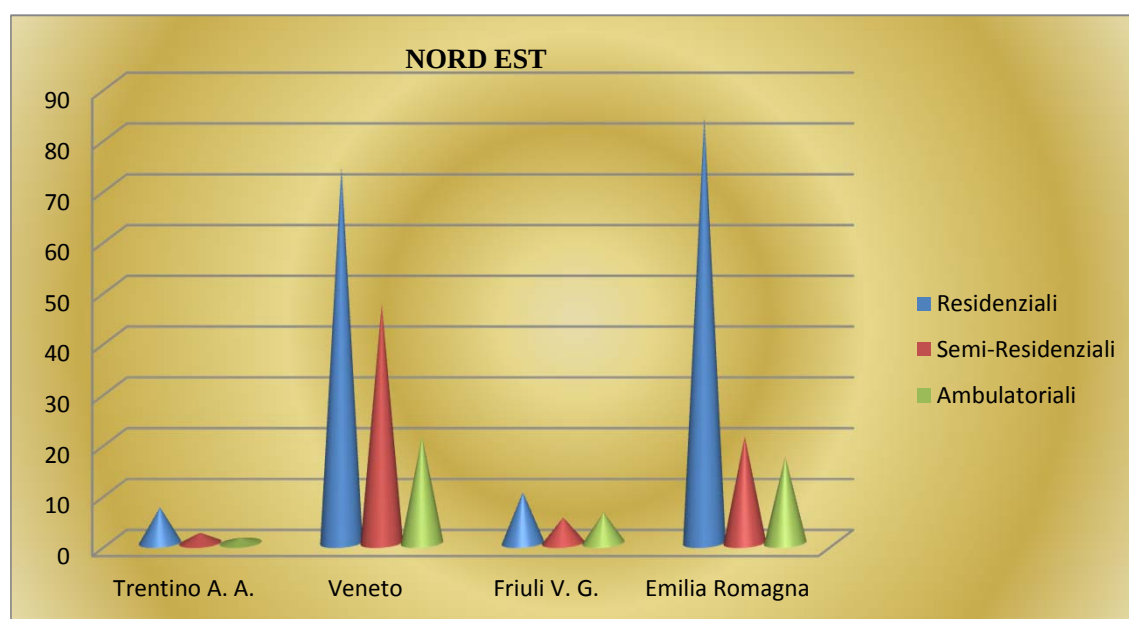
NORD OVEST

Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
Piemonte	69	4	8	81
Valle d'Aosta	1	0	0	1
Lombardia	133	20	28	181
Liguria	25	7	5	37
TOTALE	228	31	41	300



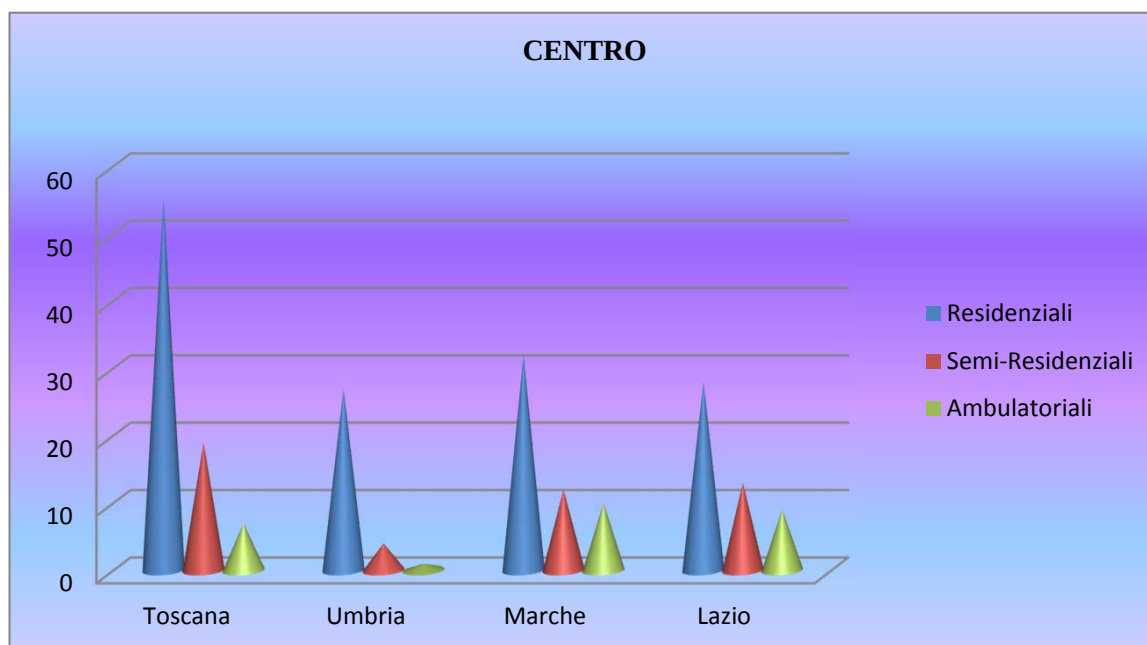
NORD EST

Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
Trentino A. A.	7	2	1	10
Veneto	74	47	21	142
Friuli V. G.	10	5	6	21
Emilia Romagna	84	21	17	122
TOTALE	175	75	45	295



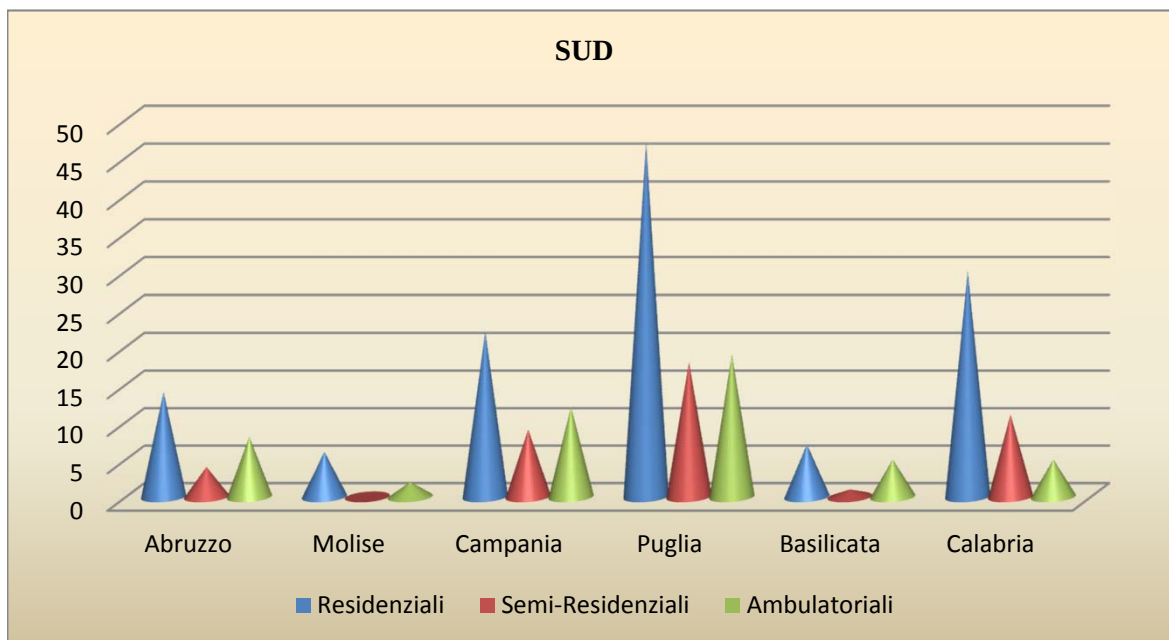
CENTRO

Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
Toscana	55	19	7	81
Umbria	27	4	1	32
Marche	32	12	10	54
Lazio	28	13	9	50
TOTALE	142	48	27	217



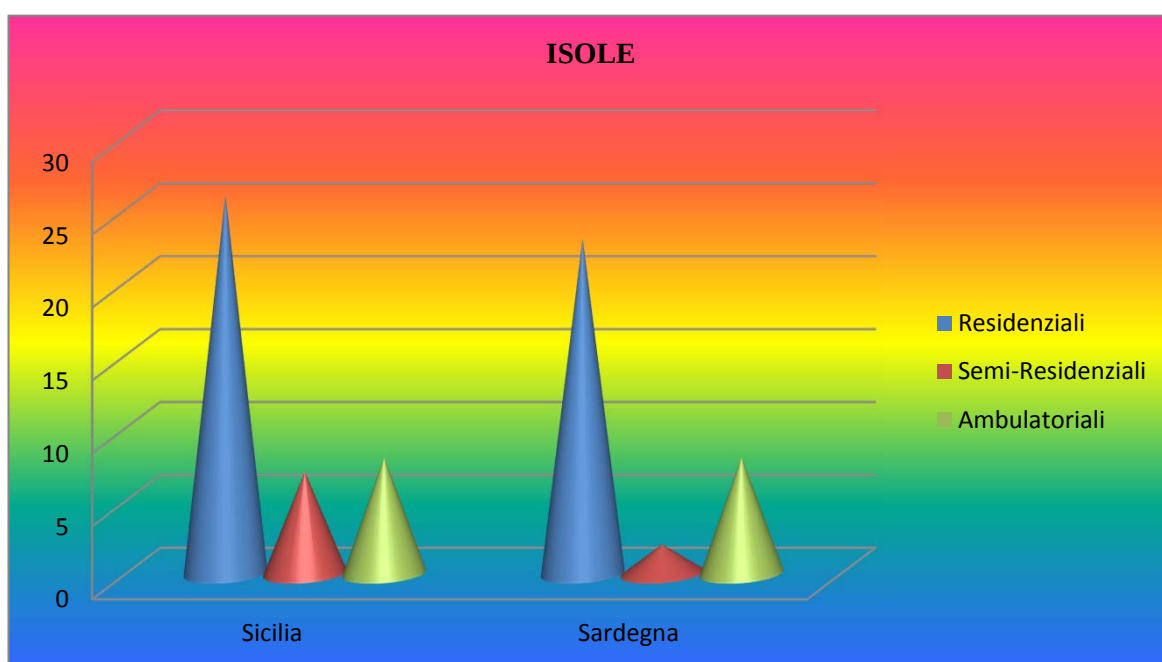
SUD

Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
Abruzzo	14	4	8	26
Molise	6	0	2	8
Campania	22	9	12	43
Puglia	47	18	19	84
Basilicata	7	1	5	13
Calabria	30	11	5	46
TOTALE	126	43	51	220



ISOLE

Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
Sicilia	26	7	8	41
Sardegna	23	2	8	33
TOTALE	49	9	16	74



ASPETTI STRUTTURALI: NATURA GIURIDICA E ISCRIZIONE ALL'ALBO

Nelle tabelle successive si è ritenuto opportuno evidenziare alcuni aspetti che caratterizzano le strutture socio-riabilitative. I dati si trovano distinti secondo la consueta classificazione delle strutture in residenziali, semi-residenziali e ambulatoriali.

Sotto il profilo giuridico le strutture sono per lo più private. Le pubbliche, infatti, rappresentano soltanto il 3% circa del totale (sono presenti in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo e Sicilia) . La quasi totalità delle strutture pubbliche è gestita dalle aziende U.S.L., talvolta in collaborazione con associazioni o cooperative private.

La regione Toscana è quella con il maggior numero di strutture pubbliche (15 su 36) con il 42% circa del totale.

Per quanto concerne l'iscrizione delle strutture operative agli albi regionali e provinciali, hanno dichiarato di essere iscritte all'albo 875 strutture socio-riabilitative. Tale iscrizione è prevista nell'articolo 116 D.P.R. 309/1990 e la necessità della medesima è ribadita nel d.m. 19 febbraio 1993 recante "approvazione dello schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope".

E' da precisare che, per quanto concerne le strutture non iscritte ai predetti albi, la relativa dichiarazione di "non iscrizione" è da intendersi talvolta come procedimento non ancora perfezionato o definito e, a volte, come iscrizione non richiesta o rigettata.

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE PER NATURA GIURIDICA
Alla data del 31 Marzo 2010

Tabella 2

Regioni	PUBBLICHE				PRIVATE			
	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
PIEMONTE	1	0	1	2	68	4	7	79
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	1	0	0	1
LOMBARDIA	0	0	0	0	133	20	28	181
LIGURIA	0	0	0	0	25	7	5	37
TRENTINO A.A.	0	0	0	0	7	2	1	10
VENETO	2	2	2	6	72	45	19	136
FRIULI VENEZIA	0	0	0	0	10	5	6	21
EMILIA ROMAGNA	0	1	0	1	84	20	17	121
TOSCANA	10	4	1	15	45	15	6	66
UMBRIA	2	1	0	3	25	3	1	29
MARCHE	2	3	2	7	30	9	8	47
LAZIO	0	0	0	0	28	13	9	50
ABRUZZO	1	0	0	1	13	4	8	25
MOLISE	0	0	0	0	6	0	2	8
CAMPANIA	0	0	0	0	22	9	12	43
PUGLIA	0	0	0	0	47	18	19	84
BASILICATA	0	0	0	0	7	1	5	13
CALABRIA	0	0	0	0	30	11	5	46
SICILIA	0	0	1	1	26	7	7	40
SARDEGNA	0	0	0	0	23	2	8	33
TOTALE	18	11	7	36	702	195	173	1070

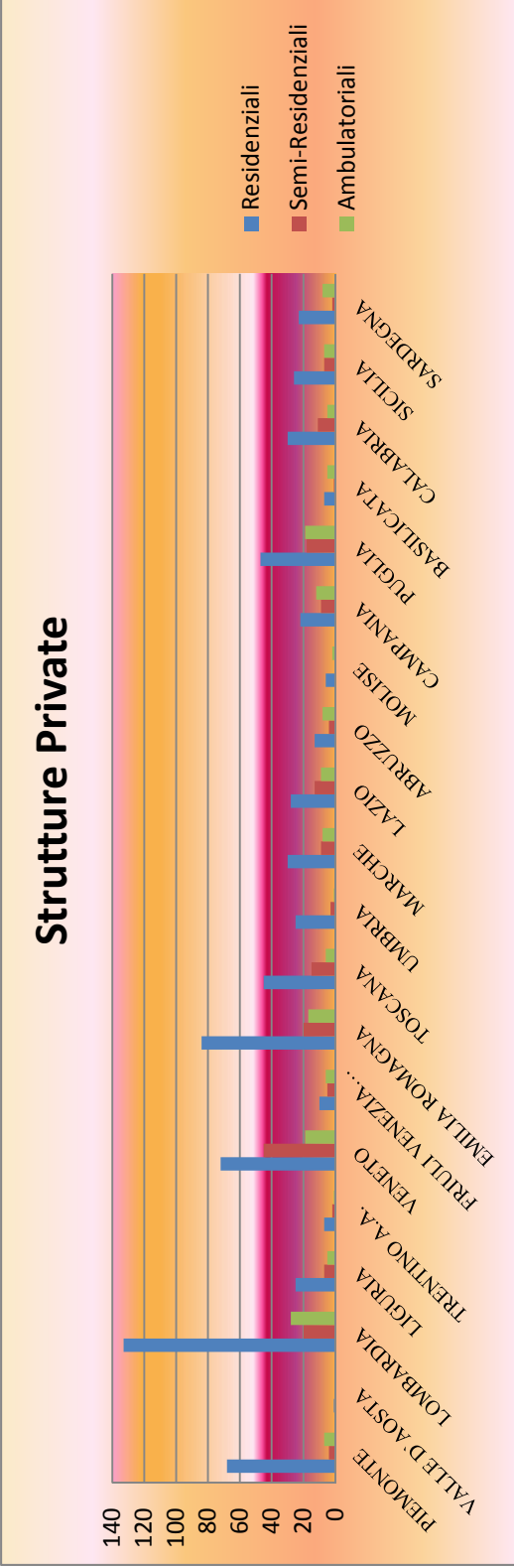
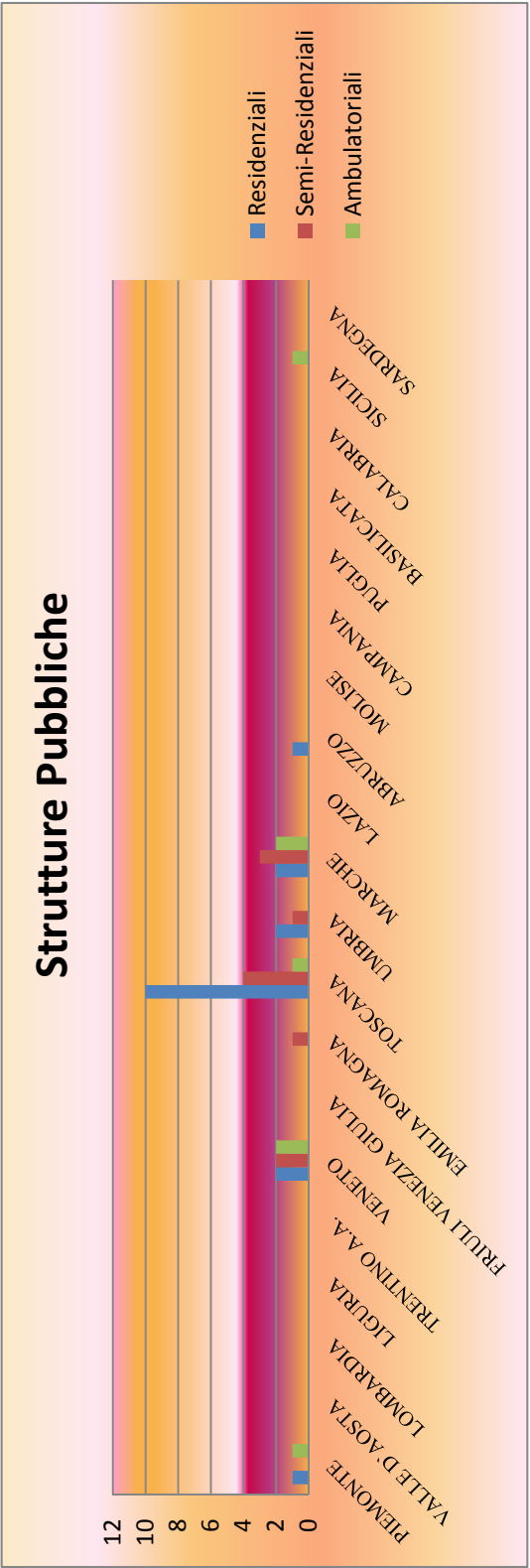
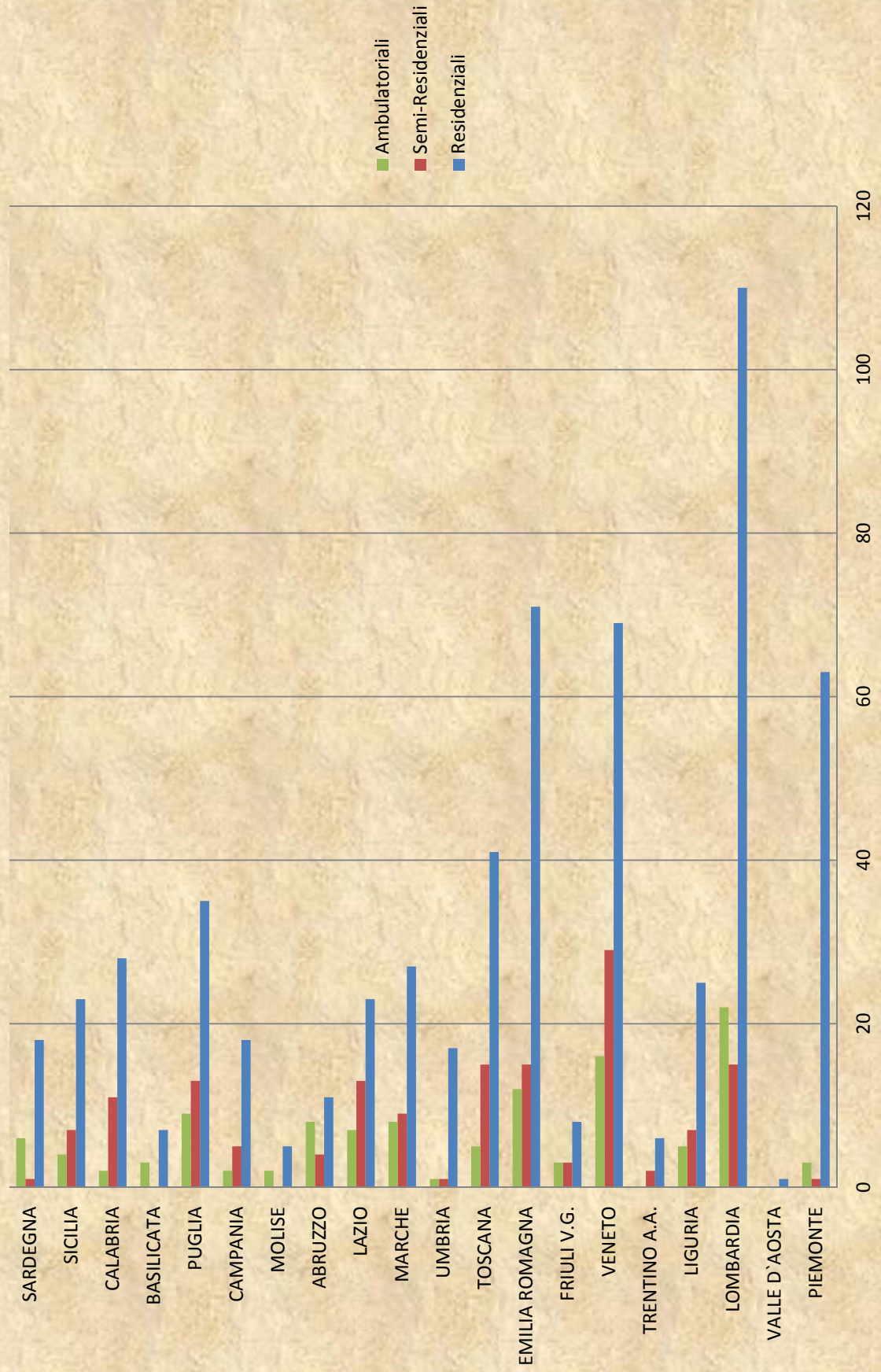


Tabella n. 3

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ENTI AUSILIARI				
<i>Alla data del 31 Marzo 2010</i>				
Regioni	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	TOTALE
PIEMONTE	63	1	3	67
VALLE D'AOSTA	1	0	0	1
LOMBARDIA	110	15	22	147
LIGURIA	25	7	5	37
TRENTINO A.A.	6	2	0	8
VENETO	69	29	16	114
FRIULI V.G.	8	3	3	14
EMILIA ROMAGNA	71	15	12	98
TOSCANA	41	15	5	61
UMBRIA	17	1	1	19
MARCHE	27	9	8	44
LAZIO	23	13	7	43
ABRUZZO	11	4	8	23
MOLISE	5	0	2	7
CAMPANIA	18	5	2	25
PUGLIA	35	13	9	57
BASILICATA	7	0	3	10
CALABRIA	28	11	2	41
SICILIA	23	7	4	34
SARDEGNA	18	1	6	25
TOTALE	606	151	118	875

Iscrizione all'Albo degli Enti Ausiliari



RECETTIVITA' E NUMERO UTENTI

La tabella n. 4 riguarda la recettività delle strutture socio-riabilitative e il numero di utenti in carico alla data del 31 marzo 2010 diviso per sesso.

I dati sono stati raggruppati secondo la classificazione concernente il diverso tipo di trattamento residenziale, semi-residenziale e ambulatoriale già descritta.

E' possibile notare in un numero limitato di casi, delle discrepanze tra il dato sulla recettività e il numero effettivo di utenti di alcune strutture socio-riabilitative. Ciò scaturisce dalle seguenti circostanze:

- il numero degli utenti in carico può essere superiore alla recettività in quanto alcuni degli ospiti delle strutture risiedono o alloggiano in case o in altri immobili limitrofi, pur essendo curati nelle strutture stesse;
- in casi particolari, per fare fronte ad una improvvisa necessità ed urgenza, alcune strutture possono essere costrette ad approntare un'ospitalità superiore alla effettiva recettività, aumentando temporaneamente il numero dei posti disponibili;
- alcune comunità sono già strutturate per l'accoglienza di un numero maggiore di utenti rispetto a quello per le quali sono accreditate, disponendo di altri locali che possono essere utilizzati per fare fronte ad esigenze specifiche non programmabili.

Per le strutture ambulatoriali non è richiesto il dato relativo alla recettività.

Tabella n. 4

27

CONVENZIONI

Ai sensi dell'art. 117, D.P.R. 309/1990, la regione e gli enti locali possono esercitare le funzioni di prevenzione, di riabilitazione e di reinserimento anche utilizzando apposite convenzioni da stipularsi tra le unità sanitarie locali, gli enti ed i centri di cui all'art. 114 e gli enti, le cooperative di solidarietà sociale o le associazioni iscritti nell'albo regionale o provinciale.

Nonostante la norma preveda più possibilità, la convenzione adoperata, in prevalenza, anche indipendentemente dal tipo di struttura (residenziale o meno), è quella con le aziende U.S.L.

Lo schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope è stato approvato e regolato dal d.m. 19 febbraio 1993, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 marzo 1993, n. 55.

Nella tabella n. 5 sono riportate le convenzioni stipulate divise per tipo di struttura. In quelle ipotesi in cui la stessa struttura ha asserito di avere in corso convenzioni simultanee con differenti soggetti pubblici, si sono considerate tutte tali convenzioni.

CONVENZIONI

Regioni	Ministero della Giustizia				Ministero della Pubblica Istruzione				Ministero della Salute				Ministero del Lavoro				Regione				Provincia				Comune				Azienda ASL				Altri			
	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.	Resid.	Semi Resid.	Amb.	TOT.				
PIEMONTE	9	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	7	1	0	0	1	4	0	1	5	49	0	1	50	0	0	0	0				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0					
VALLE D'AOSTA	40	2	2	44	0	0	0	0	0	0	0	0	21	4	6	31	3	1	3	7	12	7	5	24	110	12	14	136	0	0	0	0				
LOMBARDIA	7	3	1	11	0	0	0	0	0	0	0	5	3	0	8	1	0	0	1	10	4	2	16	24	7	5	36	1	0	0	1					
LIGURIA	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2	0	4	0	0	0	5	1	0	6	0	0	0	0	0					
TRENTINO A.A.	28	11	6	45	0	0	0	0	0	0	0	10	4	3	17	2	1	1	4	18	10	6	34	65	28	10	103	14	2	1	17					
VENETO	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	2	1	4	2	3	3	8	6	4	3	13	0	0	1	1					
FRULI V.G.	36	7	4	47	0	0	0	0	0	1	0	15	0	0	15	4	0	0	4	17	0	2	19	67	13	9	89	5	2	0	7					
EMILIA ROMAGNA	7	1	1	9	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	6	2	1	0	3	4	2	3	9	39	14	4	57	1	1	0	2					
TOSCANA	16	2	1	19	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	18	2	1	21	5	1	0	6					
UMBRIA	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	6	3	4	13	26	5	5	36	1	1	0	2					
MARCHE	17	3	1	21	0	0	0	0	0	0	0	8	6	4	18	4	0	1	5	5	8	4	17	22	7	4	33	0	0	0	0					
LAZIO	5	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	0	0	1	0	1	2	10	3	4	17	2	1	2	5						
ABRUZZO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2	5	0	2	7	0	0	0	0					
MOLISE	10	2	0	12	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	16	5	1	22	2	2	0	4					
CAMPANIA	28	4	4	36	0	0	0	0	0	1	0	1	4	1	0	5	2	0	2	3	5	6	14	34	8	4	46	9	2	1	12					
PUGLIA	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	1	0	1	3	0	1	4	7	1	2	10	0	0	0	0					
BASILICATA	16	6	0	22	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	5	0	0	0	2	0	2	0	2	28	11	2	41	0	0	0	0					
CALABRIA	14	3	1	18	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	2	18	6	3	27	0	1	0	1					
SICILIA	8	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	5	1	0	0	1	4	0	1	5	16	0	2	18	1	0	0	1					
SARDEGNA																																				

Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio riabilitative pubbliche e private suddivisi per regione, tipologia di assistenza ed utenza M/F al 31 marzo 2010

Tabella n. 6

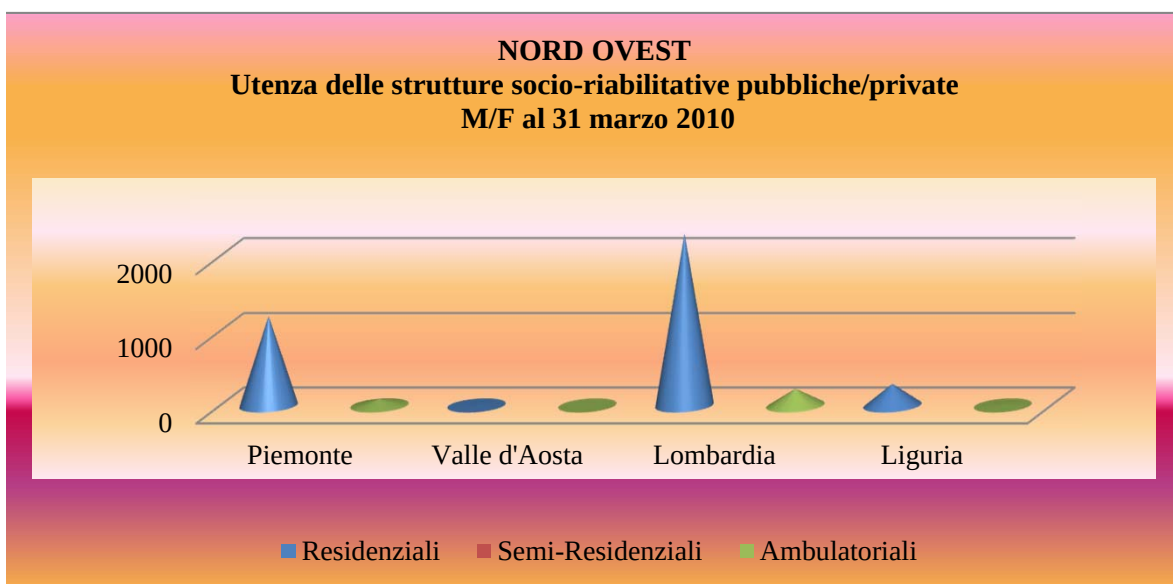
REGIONE	Totale		Pubbliche						Private					
	maschi	femmine	Residenziali		Semi-Residenziali		Ambulatoriali		Residenziali		Semi-Residenziali		Ambulatoriali	
			maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
PIEMONTE	1149	343	13	3	0	0	19	8	938	250	69	18	110	64
VALLE D'AOSTA	10	2	0	0	0	0	0	0	10	2	0	0	0	0
LOMBARDIA	3396	695	0	0	0	0	0	0	1907	396	196	29	1293	270
TRENTINO A. A.	262	63	0	0	0	0	0	0	119	21	18	4	26	19
VENETO	163	44	9	10	18	9	3	1	740	170	139	32	115	18
FRIULI V. GIULIA	1024	240	0	0	0	0	0	0	39	4	17	0	18	7
LIGURIA	74	11	0	0	0	0	0	0	235	57	14	2	13	4
EMILIA ROMAGNA	2000	474	0	0	0	0	0	0	1789	407	54	12	157	55
TOSCANA	936	244	79	19	35	10	8	1	613	153	86	22	115	39
UMBRIA	344	64	56	8	21	1	0	0	238	50	9	4	20	1
MARCHE	506	117	23	5	22	10	7	0	348	71	22	10	84	21
LAZIO	2331	470	0	0	0	0	0	0	450	89	258	88	1623	293
ABRUZZO	239	39	11	0	0	0	0	0	142	4	27	9	59	26
MOLISE	76	13	0	0	0	0	0	0	50	5	0	0	26	8
CAMPANIA	537	42	0	0	0	0	0	0	392	13	55	6	90	23
PUGLIA	895	92	0	0	0	0	0	0	538	45	62	2	295	45
BASILICATA	80	7	0	0	0	0	0	0	56	2	0	0	24	5
CALABRIA	359	32	0	0	0	0	0	0	321	30	34	2	4	0
SICILIA	496	57	0	0	0	0	2	0	311	29	118	14	65	14
SARDEGNA	525	77	0	0	0	0	0	0	431	50	0	0	94	27
TOTALE	15402	3126	191	45	96	30	39	10	9667	1848	1178	254	4231	939

Come si evince dalla tabella n. 6 il maggior numero di utenti è di genere maschile (83% circa) ed è concentrato nelle strutture residenziali (63% circa) seguito dalle ambulatoriali (28% circa) e dalle semiresidenziali (8% circa); in controtendenza i dati della regione Lazio dove gli utenti delle strutture ambulatoriali (1.916) costituiscono il 68% del totale dell'intera regione (2.801), il 37% del totale delle ambulatoriali (5.219) e il 10% del totale Italia.

Nel corso del 2010 l'utenza dei Servizi Sanitari Pubblici si è attestata sulle 176.000 unità circa (fonte elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga Relazione Annuale al Parlamento anno 2010 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia) confermando un trend in crescita della popolazione tossicodipendente assistita.

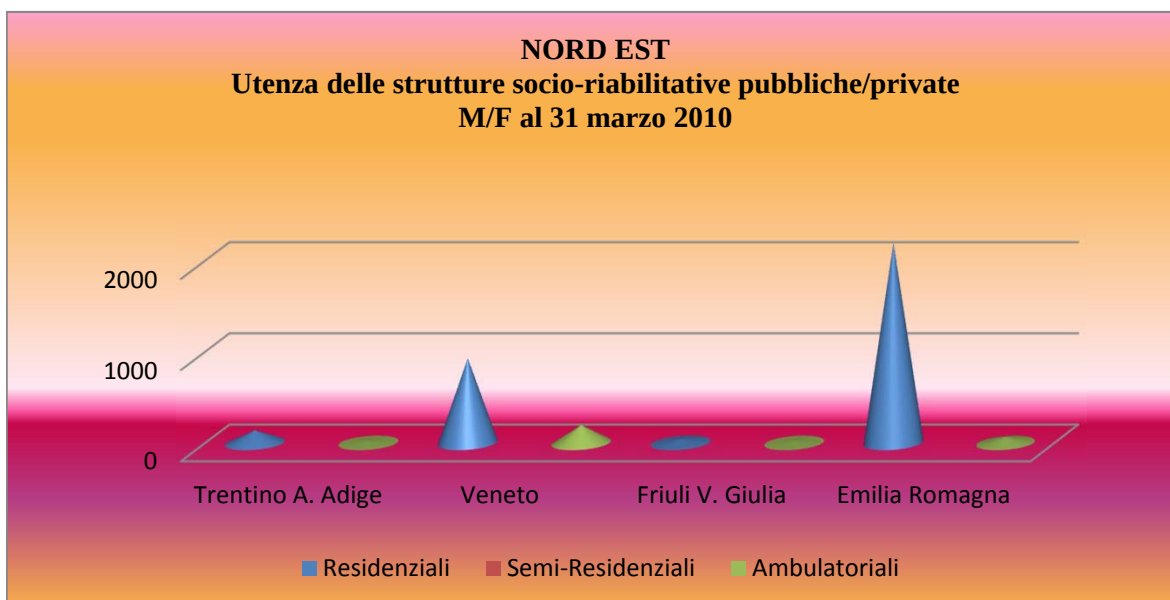
NORD OVEST

UTENZA STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE				
Regione	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale
	M/F	M/F	M/F	M/F
Piemonte	1204	87	201	1492
Valle d'Aosta	12	0	0	12
Lombardia	2303	225	1563	4091
Liguria	292	16	17	325
TOTALE	3811	328	1781	5920



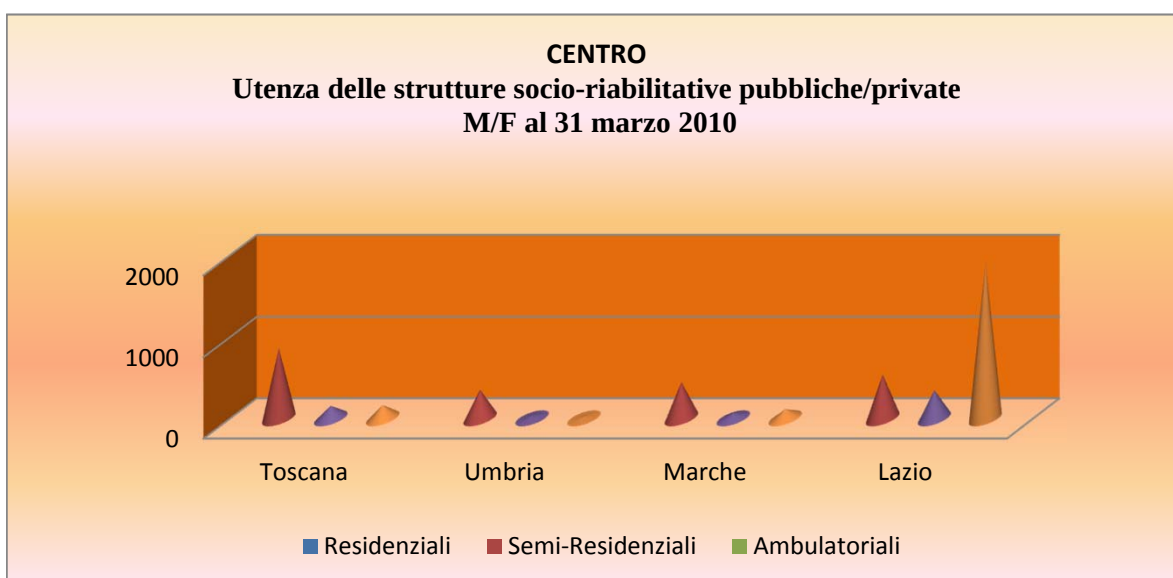
NORD EST

UTENZA STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE				
Regione	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale
	M/F	M/F	M/F	M/F
Trentino A. Adige	140	22	45	207
Veneto	929	198	137	1264
Friuli V. Giulia	43	17	25	85
Emilia Romagna	2196	66	212	2474
TOTALE	3308	303	419	4030



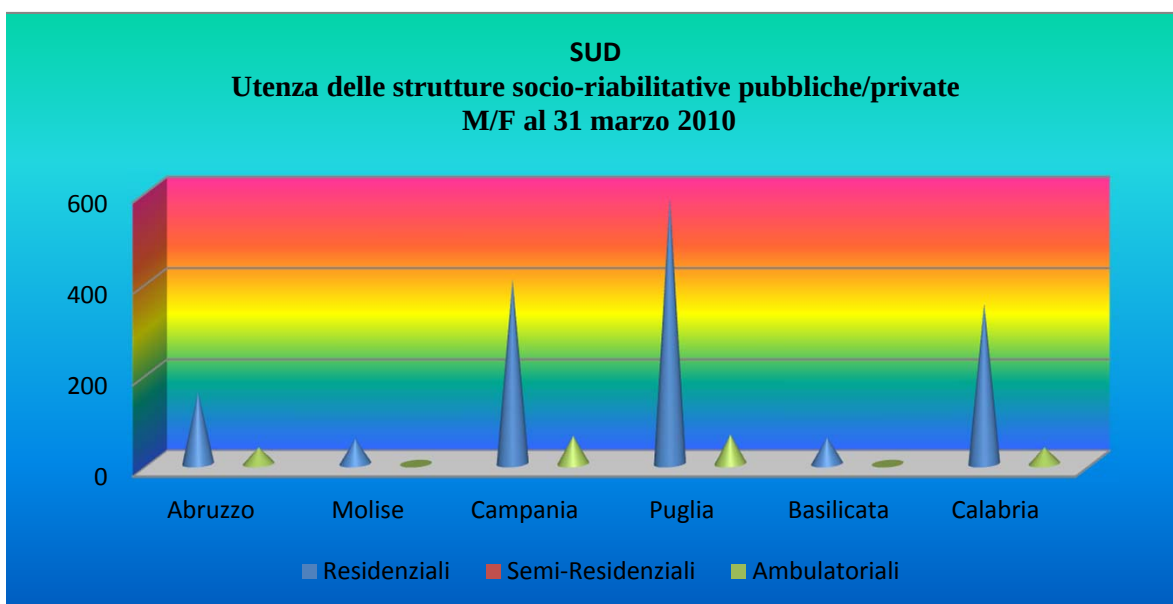
CENTRO

UTENZA STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE				
Regione	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale
	M/F	M/F	M/F	M/F
Toscana	864	153	163	1180
Umbria	352	35	21	408
Marche	447	64	112	623
Lazio	539	346	1916	2801
TOTALE	2202	598	2212	5012



SUD

UTENZA STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE				
Regione	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale
	M/F	M/F	M/F	M/F
Abruzzo	157	36	85	278
Molise	55	0	34	89
Campania	405	61	113	579
Puglia	583	64	340	987
Basilicata	58	0	29	87
Calabria	351	36	4	391
TOTALE	1609	197	605	2411



ISOLE

UTENZA STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE				
Regione	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale
	M/F	M/F	M/F	M/F
Sicilia	340	132	81	553
Sardegna	481	0	121	602
TOTALE	821	132	202	1155

