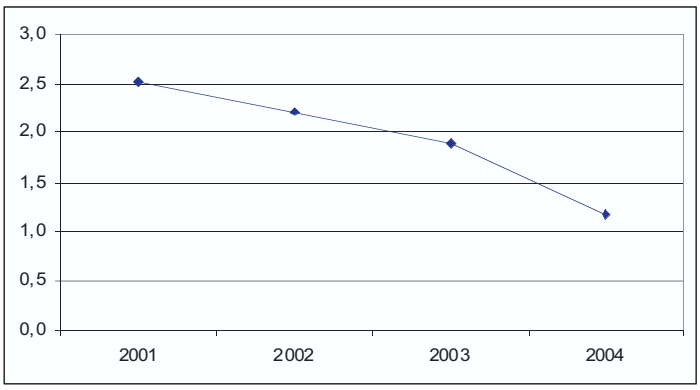
5.3.1 Trattamento di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti

Nell'intero quadriennio, si assiste ad una costante diminuzione dei trattamenti con clonidina, passati dal rappresentare circa il 3% degli interventi farmacologici attuati nel 2001 all'1% nel 2004 (Grafico 5.5).

Grafico 5.5 - Distribuzione percentuale del trattamento con clonidina. Anni 2001-2004



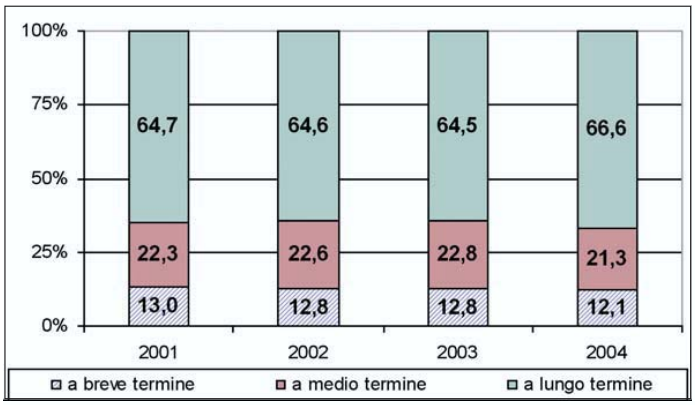
Elaborazione su dati del Ministero della salute

Il sempre minor utilizzo di strategie orientate alla disassuefazione da oppiacei mediante farmaci non stupefacenti, e cioè della possibilità di trattare l'astinenza e interrompere la dipendenza fisica in pochi giorni, è influenzato verosimilmente da diversi fattori. Da un lato una lettura della letteratura scientifica che non tiene conto delle tipologie differenziate dei pazienti riduce l'accessibilità di una porzione piuttosto consistente di tossicodipendenti che potrebbe beneficiare della disassuefazione con clonidina e del conseguente trattamento con antagonisti: tali pazienti sono quelli più integrati socialmente, con forti prospettive progettuali, un elevato livello motivazionale e un intenso supporto da parte della famiglia. Dall'altro i Servizi vedono venir meno risorse umane ed economiche che sono essenziali all'utilizzo delle forme di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti e si adattano all'utilizzo degli agonisti oppioidi come farmaci di prima scelta per la grande maggioranza degli interventi farmacologici. Il rischio di una selezione inconsapevole dei pazienti potrebbe essere evitato se i Servizi fossero abilitati a proporre la più variegata gamma possibile di trattamenti, corrispondenti in modo personalizzato alle esigenze cliniche e alle aspettative sociali dei pazienti.

5.3.2 Trattamento con agonisti oppioidi prescrivibili

Senza che si registrino differenze di rilievo nel corso del quadriennio, i trattamenti farmacologici vengono effettuati in circa l'82% dei casi tramite terapia con metadone (a dosi decrescenti, medio e lungo termine). Dal 2001 (Grafico 5.6), seppur in modo non significativo, si assiste ad un aumento (2 punti percentuali) della quota di terapie a lungo termine a fronte di una leggera diminuzione di quelle a medio termine e a dosi decrescenti (di 1 punto percentuale per entrambe).

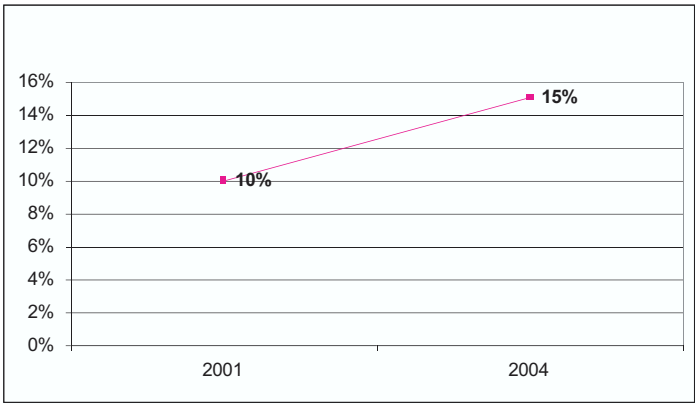
Grafico 5.6 - Distribuzione percentuale dei tipi di trattamento con metadone effettuati negli anni 2001-2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Relativamente ai trattamenti con buprenorfina, nel quadriennio considerato si assiste ad un consistente aumento: la quota di utenti trattati con tale farmaco passa dal 10% nel 2001 al 15% del 2004.

Grafico 5.7 - Distribuzione percentuale dei soggetti trattati con buprenorfina. Anni 2001-2004.



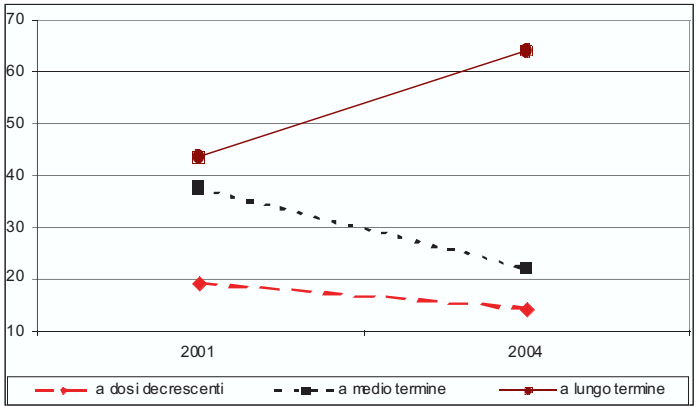
Elaborazione su dati del Ministero della salute

Anche tra i trattamenti con buprenorfina, comunque, quelli di durata superiore ai sei mesi (Grafico 5.8) risultano i più utilizzati, seguiti da quelli a medio termine e, in misura minore, da quelli a dosi decrescenti (meno di un mese).
L'analisi della loro distribuzione negli anni, inoltre, evidenzia un incremento significativo dei trattamenti a lungo termine (dal 42% nel 2001 al 64% nel 2004) a scapito di una altrettanto significativa diminuzione di quelli a medio termine e di quelli a dosi decrescenti.

I farmaci agonisti oppioidi sono utilizzati in misura sempre maggiore con la finalità di stabilizzare i pazienti eroinomani al di fuori della condizione compulsiva per l'eroina. Tali farmaci, pur sostituendo l'eroina sui recettori oppioidi a livello cerebrale, non producono l'intensa gratificazione caratteristica dell'eroina: il paziente che durante l'assunzione di metadone o buprenorfina non ricorra all'eroina per alcuni mesi è aiutato a ridurre il "condizionamento" prodotto dall'assunzione degli oppiacei da strada e ad interrompere il circuito della compulsione.
Peraltro, una distinzione importante, con relative strategie organizzative e setting differenziati, dovrebbe essere attuata tra metadone e buprenorfina "a bassa soglia", somministrati a pazienti che non abbiano ancora intrapreso un programma terapeutico strutturato, e metadone e buprenorfina inseriti in rigorosi percorsi clinici e intensive terapie motivazionali. In ogni caso, la somministrazione di farmaci stupefacenti dovrebbe essere accompagnata da frequenti e appropriati controlli tossicologici delle urine, utili sia al monitoraggio clinico che all'assunzione di responsabilità medico-legale da parte del medico prescrittore.

L'introduzione della buprenorfina tra le opportunità terapeutiche per il trattamento della dipendenza da eroina consente l'utilizzo di un agonista oppioide parziale, con un profilo farmacologico diverso dal metadone, e la possibile individuazione di tipologie specifiche di pazienti in relazione all'esito dei diversi trattamenti.

Grafico 5.8 - Distribuzione percentuale dei tipi di trattamento con buprenorfina. Anni 2001-2004

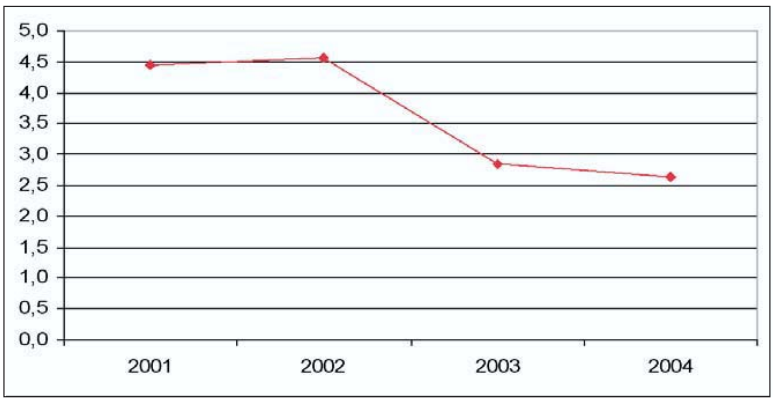


Elaborazione su dati del Ministero della salute

5.3.3 Trattamenti con antagonisti oppioidi

Dall'analisi dei dati relativi alla somministrazione di naltrexone, è possibile apprezzare una consistente variazione nel biennio 2002-2003, in cui la quota di tale tipologia di trattamento passa da quasi il 5% a meno del 3% (Grafico 5.9).

Grafico 5.9 - Distribuzione percentuale del trattamento con naltrexone. Anni 2001-2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

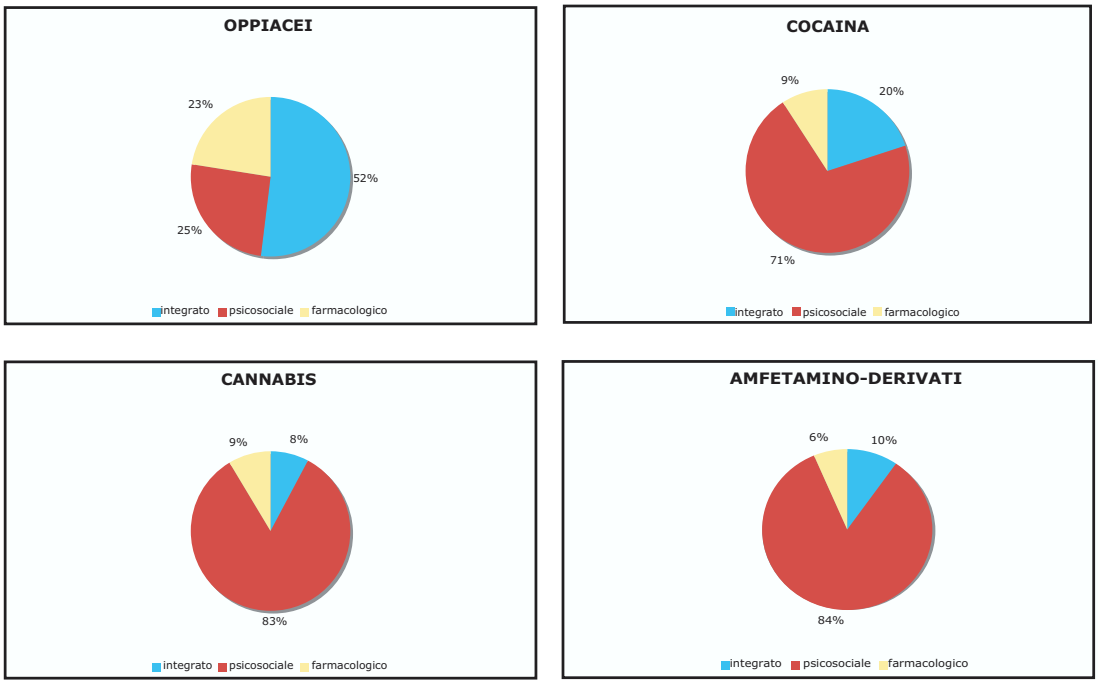
La riduzione dell'utilizzo del naltrexone nel trattamento dei tossicodipendenti potrebbe essere connessa, da un lato, alla scarsa disponibilità dei pazienti ad assumere il farmaco, ma anche ad una difficoltà a strutturare nei Servizi percorsi clinici orientati all'astensione completa dagli stupefacenti, appropriati per sottogruppi specifici della popolazione degli eroinomani. Il naltrexone, associato alla terapia cognitivo-comportamentale, alla terapia di famiglia e ad interventi di psicofarmacologia selettiva per l'eventuale comorbidità psichiatrica ha mostrato buoni risultati in pazienti motivati, con forme di dipendenza meno grave, buon supporto familiare e forte integrazione sociale. In questi soggetti con maggiori risorse individuali, nei pazienti più giovani, nella fase di reinserimento dopo il carcere e la Comunità Terapeutica, durante la prima valutazione diagnostica il naltrexone potrebbe portare notevole giovamento, ma richiede un consistente dispiegamento di forze relazionali e socio-educative da parte dei professionisti dei Servizi.

5.3.4 I trattamenti farmacologici integrati

Con il nuovo sistema di rilevazione che le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute stanno sviluppando si potranno esaminare le diverse tipologie di trattamento attivate in relazione alla sostanza che determina il trattamento (grafico 5.10).
Rilevante osservare l'elevata quota di trattamenti psico-sociali attivati nei confronti dei soggetti che presentano come sostanze primarie cocaina, cannabis e amfetamino-derivati. La scarsa disponibilità di farmaci specifici per il trattamento dei disturbi indotti da queste sostanze e la mancanza di un razionale fondato su evidenze scientifiche che ne sostenga l'impiego orienta i Servizi a privilegiare i trattamenti psicoterapici e relazionali. Considerando le nuove prospettive nel trattamento dei disturbi addittivi, si può immaginare che ad una sostanza illegale non debba corrispondere in modo meccanicistico una terapia prescrivibile, ma che interventi mirati di psicofarmacologia selettiva possano essere utili nella cura di forme complesse di automedicazione.
Come si evince dal grafico 10, la quota di pazienti in trattamento per la dipendenza da oppiacei che beneficia di una terapia farmacologica integrata con interventi psico-sociali è di circa il 50%, mentre il 23% dei pazienti riceverebbe soltanto il trattamento farmacologico. Dunque, per una quota di pazienti il metadone e la buprenorfina non sono

integrati con il supporto psicologico, il counselling e la psicoterapia individuale o di gruppo. In aggiunta, tra coloro che risultano in trattamento integrato con metadone (o buprenorfina) e terapia psico-sociale, rimane da verificare l'entità di coloro che ricevono soltanto supporto sociale che, sebbene debba essere considerato un intervento terapeutico a pieno titolo, non può rispondere in sé alle problematiche psicologico-comportamentali o psichiatriche dei pazienti. A questo proposito appaiono chiare le indicazioni della letteratura scientifica in questo settore che sottolineano l'importanza di integrare alla terapia farmacologica una terapia psico-sociale intensiva e attuata secondo metodologie accreditate, con conseguenze del tutto significative sulle misurazioni di efficacia dei trattamenti.

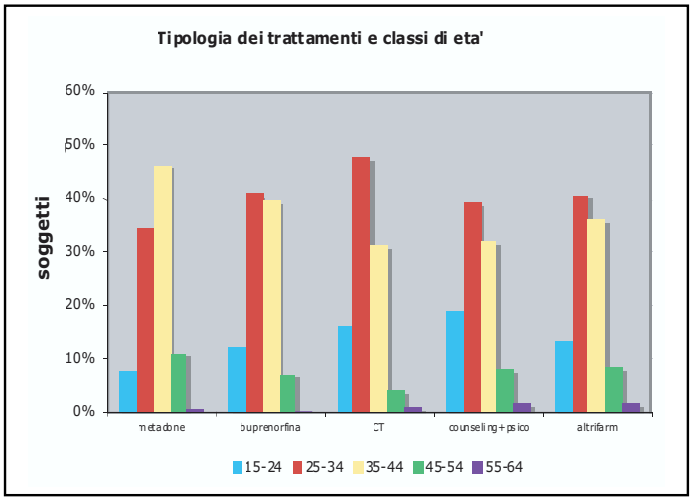
Grafico 5.10 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla tipologia di trattamento e alla sostanza che determina il trattamento (anno 2004).



Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Specifiche caratteristiche dei pazienti in trattamento presso i Servizi pubblici e del privato sociale sono rilevabili in relazione alla classe di età, alla struttura inviante, alla scolarità e allo stato occupazionale. Come si evince dal grafico 5.11, i soggetti tra i 35 e i 44 anni sono particolarmente rappresentati tra i pazienti in metadone mentre i giovani adulti (25-34 anni) rappresentano una percentuale più elevata tra i pazienti delle Comunità terapeutiche. Una certa differenza nella distribuzione dell'età appare anche tra i soggetti trattati con metadone (che risultano più frequentemente appartenere alle classi più elevate di età) e quelli in terapia con la buprenorfina (che risultano più frequentemente appartenere alle classi di età più giovani).

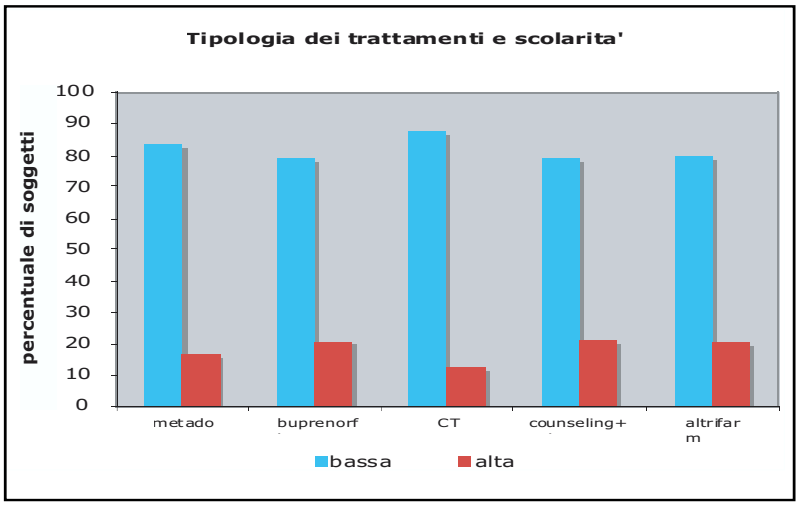
Grafico 5.11 - Tipologia di trattamenti e classi di età



Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Il grafico 5.12 indica minori percentuali di soggetti con scolarità elevata tra i pazienti avviati alle Comunità terapeutiche. Più scolarizzati appaiono i pazienti in buprenorfina rispetto a quelli in metadone.

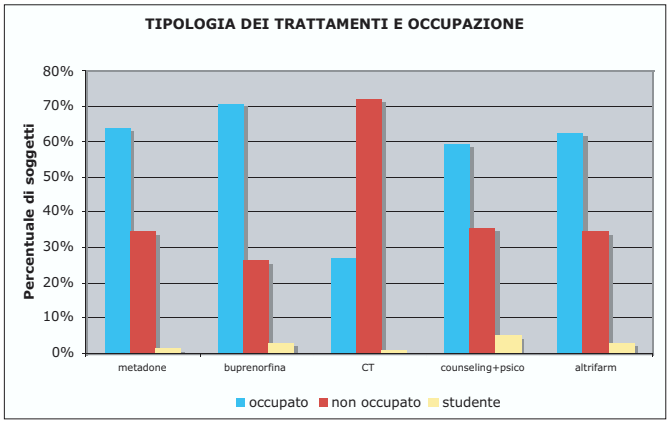
Grafico 5.12- Tipologia dei trattamenti e scolarità



Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Anche per ciò che concerne lo stato occupazionale si rilevano differenze tra i pazienti in relazione al tipo di trattamento: i soggetti non occupati sono fortemente rappresentati tra i pazienti avviati al trattamento residenziale in Comunità. Una maggior quota di soggetti occupati caratterizza i pazienti trattati con la buprenofina che appaiono anche in questo caso più integrati socialmente di quelli trattati con metadone. Coloro che accedono a trattamenti psicosociali di supporto quali il counselling o la psicoterapia appaiono a loro volta maggiormente integrati socialmente e con più elevati livelli occupazionali.

Grafico 5.13- Tipologia dei trattamenti e occupazione

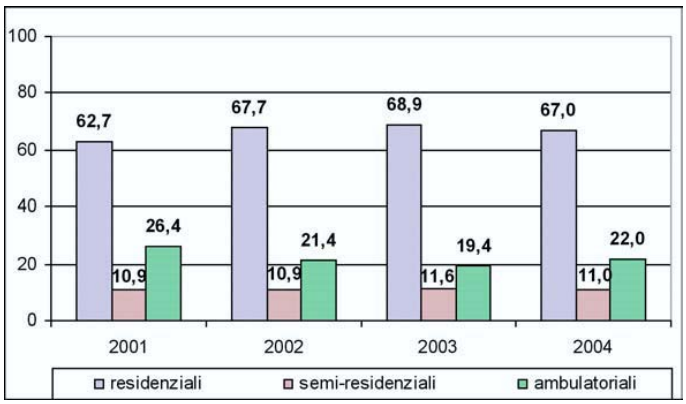


Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

5.4 Trattamenti presso le strutture del privato sociale

Sono 17.143 i soggetti che sono stati inviati nel 2004 presso le strutture socio-riabilitative del privato sociale (residenziali, semi-residenziali o di prima accoglienza) per un intervento terapeutico e di reinserimento sociale. Rispetto al quadriennio precedente, la quota di soggetti trattati presso strutture socio-riabilitative tende a diminuire, passando dal 13% circa del 2001 al 12% registrato negli anni successivi, per attestarsi all'attuale 10% circa. Secondo quanto rilevato dal Ministero dell'Interno dai dati trasmessi dalle 1.230 strutture socio-riabilitative (788 strutture residenziali, 224 semi-residenziali e 218 ambulatoriali), i soggetti in trattamento risultano distribuiti per il 67% nelle strutture residenziali, per l'11% nelle semi-residenziali e per l'22% presso le ambulatoriali.
Se dal 2001 si assiste ad un progressivo incremento della quota di soggetti presenti nelle strutture residenziali a scapito, prevalentemente, di quelli in trattamento presso le strutture ambulatoriali del privato sociale, nel 2004 tale tendenza sembra ridimensionarsi (Grafico 5.14).

Grafico 5.14 - Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso le strutture del privato sociale, per tipologia di struttura, presenti alla data del 31 dicembre degli anni 2001-2004.



Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno - DCDS.

Complessivamente, il rapporto di genere nei Servizi del privato sociale è passato da circa 6 soggetti maschi per ogni soggetto di sesso femminile nel 2001 a 5/1 nel triennio successivo, valore che, nel 2004, risulta leggermente più ridotto nelle strutture semiresidenziali (4/1).

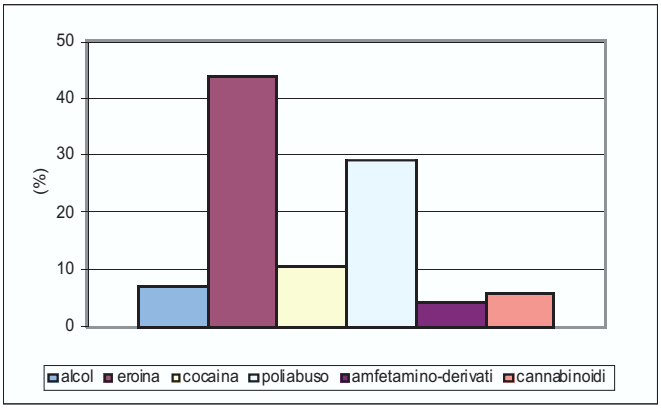
Le metodologie utilizzate dalle Comunità Terapeutiche e più in generale dalle strutture del privato sociale comprendono la terapia comportamentale e cognitiva, quella relazionale, la psicoterapia di gruppo, la terapia self-help in gruppo, il supporto psicologico-educativo e la psicoterapia individuale, la terapia di famiglia e il supporto per le dinamiche famigliari, l'ergoterapia e varie forme di qualificazione professionale e reinserimento sociale. Gli interventi presso le strutture del privato sociale, che si avvalgono di queste metodologie in modo variamente integrato, avvengono in un clima di relazione umana e valoriale orientato alla ricerca di senso e alla scoperta dell'identità personale, allo sviluppo di aspetti vocazionali e delle relative capacità.

Anche in questo ambito i profondi mutamenti del fenomeno, i nuovi consumi e le caratteristiche cliniche dei nuovi pazienti richiedono la strutturazione di nuove strategie, cambiamenti nelle dinamiche relazionali, differenti tempi di degenza e articolazioni più variegate rispetto ai programmi "classici".
L'utilizzo di farmaci in Comunità e nelle strutture del privato sociale si sta diffondendo progressivamente: alcuni Centri si occupano direttamente della disassuefazione mediante farmaci; altri gestiscono programmi con metadone e buprenorfina; altri ancora provvedono le medicazioni per i disturbi psichiatrici mediante gli interventi di psicofarmacologia selettiva.
Da un lato, un sottogruppo di Comunità sono specificamente dedicate ai pazienti con comorbidità psichiatrica, ma gran parte dei Centri si trovano ad accogliere pazienti gravi che hanno dovuto ricorrere al trattamento residenziale per la complessità dei sintomi e l'elevato rischio di ricaduta: tra i pazienti in trattamento residenziale in generale una quota elevata sono affetti da disturbi psichiatrici maggiori o da disturbi di personalità associati alla tossicodipendenza, anche al di fuori delle Comunità specialistiche.

5.4.1 Valutazione campionaria nei Centri della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

Di seguito sono riportati i dati relativi ad un campione di soggetti (3216) rilevati presso le comunità terapeutiche della rete Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT). I centri che hanno aderito alla valutazione campionaria (Arezzo, Avellino, Belluno, Bologna, Bolzano, Caltanissetta, Caserta, Catanzaro, Civitavecchia, Cosenza, Cremona, Firenze, Genova, Jesi, La Spezia, Mantova, Mestre, Modena, Parma, Pescara, Piacenza Pistoia, Prato, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Torino CTS, Trento, Treviso, Varese, Vercelli, Schio e Viterbo) hanno fornito informazioni relative alla distribuzione degli utenti per sostanza di abuso, al profilo socio-demografico, alle patologie infettive correlate, alla presenza di disturbi psichiatrici, alle metodologie di intervento, nonché ai diversi tipi di trattamento farmacologico utilizzato.

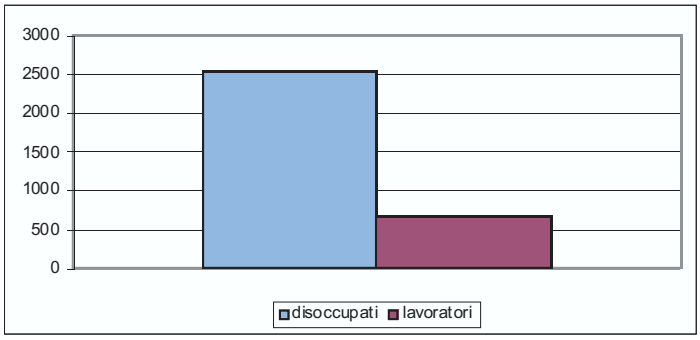
Grafico 5.15- Distribuzione percentuale degli utenti secondo la sostanza d'abuso. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Come si evince dal grafico 5.15, mentre continua a prevalere il ricorso al trattamento residenziale per la dipendenza da eroina, quote consistenti dei pazienti delle Comunità Terapeutiche FICT presentano un'anamnesi di poli-abuso o di dipendenza dalla cocaina. Se si considera che il poli-abuso comprende nella maggior parte dei casi anche gli psicostimolanti, si può considerare che, per circa la metà dei pazienti, i disturbi da uso di cocaina e amfetamino-derivati richiedano uno specifico trattamento.

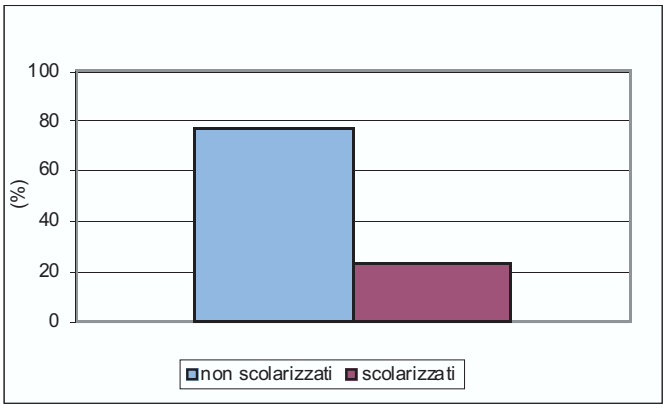
Grafico 5.16- Distribuzione degli utenti secondo lo stato occupazionale. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

La scarsa percentuale di soggetti con una occupazione stabile nelle Comunità FICT, rispetto a quanto rilevato nei Servizi pubblici ambulatoriali, lascia intuire come a dover ricorrere al trattamento residenziale siano i pazienti con maggior svantaggi sociali, minore integrazione e ridotte competenze professionali. Per questi soggetti la possibilità di beneficiare di una terapia ambulatoriale è molto limitata e la Comunità offre importanti risorse anche per l'abilitazione all'inserimento nel mondo del lavoro.

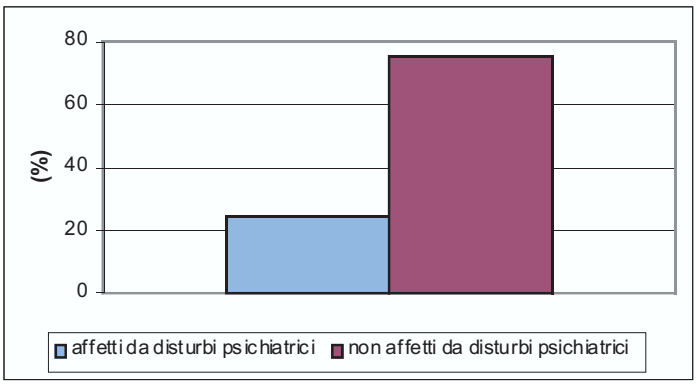
Grafico 5.17 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la scolarità. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Analogamente, i livelli di scolarità dei pazienti che ricorrono al trattamento residenziale suggeriscono che siano i soggetti con storia di svantaggi socio-relazionali ad accedere più frequentemente alle Comunità della rete FICT: soltanto un quinto dei pazienti ha ottenuto un diploma o la laurea e gran parte dei restanti soggetti si è lasciato alle spalle storie di insuccesso scolastico e di precoce interruzione degli studi. La Comunità assume, dunque, anche il ruolo di facilitare la riappropriazione di opportunità e facoltà nel campo della cultura, del linguaggio, della comunicazione interpersonale.

Grafico 5.18 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la comorbidità psichiatrica. Campionaria centri FICT

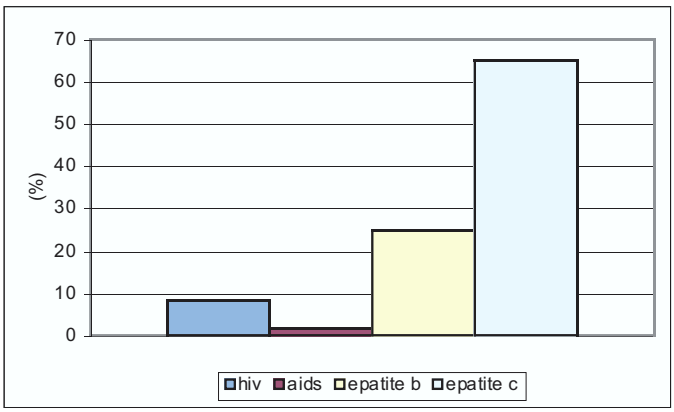


Elaborazione su dati della FICT

Le Comunità terapeutiche FICT accolgono pazienti che per oltre il 20% sono affetti da disturbi psichiatrici associati alla dipendenza da sostanze, indipendentemente dalla specifica attribuzione della qualifica di trattamento residenziale per la doppia diagnosi. Se in queste strutture più specializzate si concentrano i pazienti con comorbidità psi-

chiatrica, in realtà la diffusione di queste problematiche è tale da investire anche quelle Comunità che non sono deputate ufficialmente alla doppia diagnosi. In generale, sono i pazienti più gravi ad aver bisogno del trattamento residenziale, compresi ovviamente quelli con disturbi psichiatrici. Tale problematica richiede specifiche competenze, la presenza di professionisti adeguatamente preparati e risorse finanziarie molto superiori a quelle considerate per un semplice percorso pedagogico-riabilitativo.

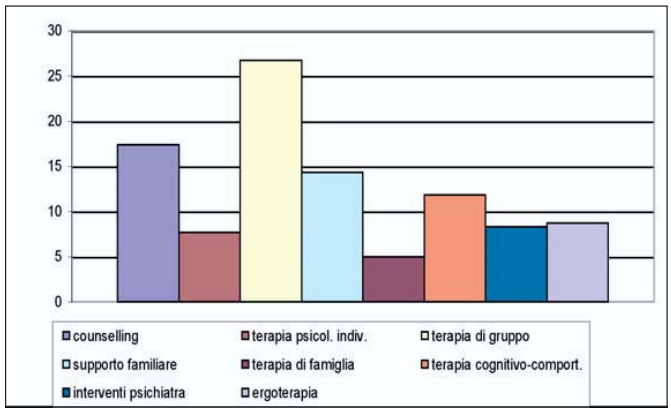
Grafico 5.19 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo le malattie infettive. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Molto elevata è la quota di soggetti sieropositivi per l'epatite C, come peraltro rilevato nei Servizi pubblici. Tali pazienti possono sviluppare forme di epatite aggressiva o attiva con conseguenze molto serie inerenti l'instaurarsi di epatopatie croniche e l'aspettativa di vita. Si è ridotta, come verificato anche nei Ser.T., la quota di sieropositivi HIV.

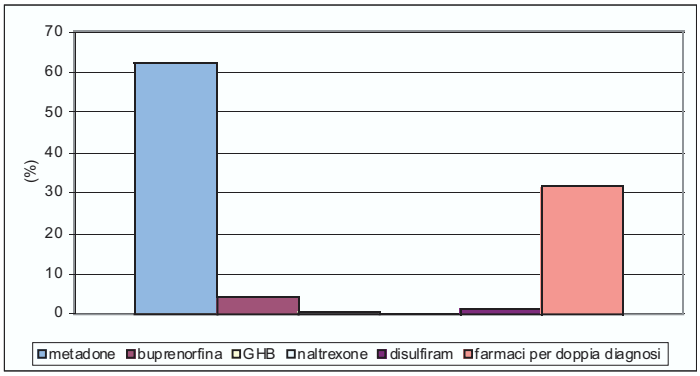
Grafico 5.20 - Distribuzione percentuale degli interventi psicosociali. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Del tutto variegata appare la gamma degli interventi psicosociali offerta dai percorsi clinico-riabilitativi della FICT: in questo ambito prevalgono la terapia di gruppo, il counselling individuale e il supporto per le famiglie dei pazienti.

Grafico 5.21 - Distribuzione percentuale degli interventi farmacologici



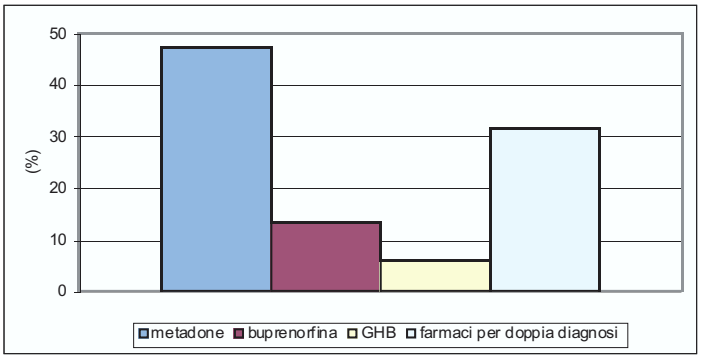
Elaborazione su dati della FICT

Appare significativo anche l'approccio farmacologico attuato in Comunità terapeutica presso i Centri FICT, che interessa circa un quinto dei pazienti: nell'ambito di un trattamento integrato, e in accordo con le strutture terapeutiche pubbliche con le quali viene attuata una programmazione sinergica delle strategie terapeutiche, anche i farmaci agonisti oppioidi, come
il metadone e la buprenorfina, vengono utilizzati nella cura dei tossicodipendenti da eroina. Ad un' appropriata diagnosi nel settore della comorbidità psichiatrica corrisponde inoltre uno specifico intervento psicofarmacologico, associato alla terapia dei disturbi addittivi.

5.4.2 Valutazione campionaria nei Centri della Comunità Emmanuel

Considerando anche i dati rilevati dalla Comunità Emmanuel, si può verificare come le strutture residenziali del privato-sociale stiano utilizzando appieno gli strumenti farmacologici da combinare con interventi psico-sociali per la terapia dei disturbi da uso di sostanze: anche nel caso della Comunità Emmanuel gli interventi farmacologici, su un campione di 495 soggetti, includono il metadone, la buprenorfina e le terapie psicofarmacologiche selettive per la comorbidità psichiatrica.

Grafico 5.22 - Distribuzione percentuale delle tipologie di farmaci impiegati per interventi farmacologici presso i Centri della Comunità Emmanuel

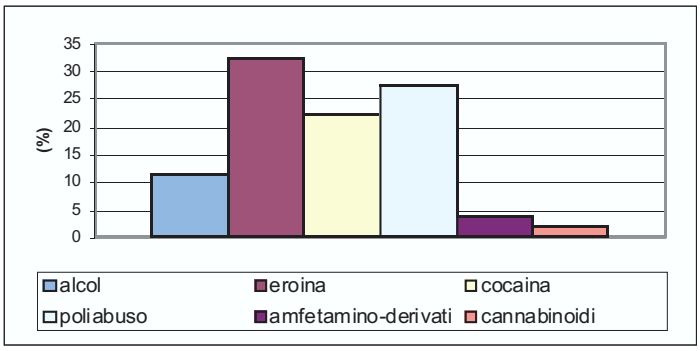


Elaborazione su dati della Comunità Emmanuel

5.4.3 Valutazione campionaria nei Centri della Comunità Incontro

Secondo quanto emerge dalla valutazione di un campione di pazienti di alcuni Centri della Comunità Incontro (502 soggetti) e in analogia con quanto rilevato nelle altre Comunità, il ricorso al trattamento residenziale avviene in prevalenza per l'uso di eroina, anche se per circa il 20% dei soggetti il percorso terapeutico è finalizzato al trattamento per poli-abuso.

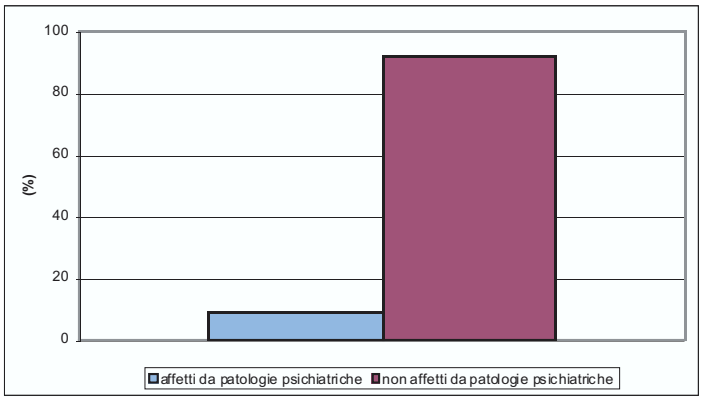
Grafico 5.23- Distribuzione percentuali degli utenti secondo la sostanza d'abuso. Comunità Incontro



Elaborazione su dati della Comunità Incontro

Le metodologie terapeutiche più comunemente utilizzate presso i Centri della Comunità Incontro comprendono interventi di counselling, terapia di gruppo e supporto familiare.

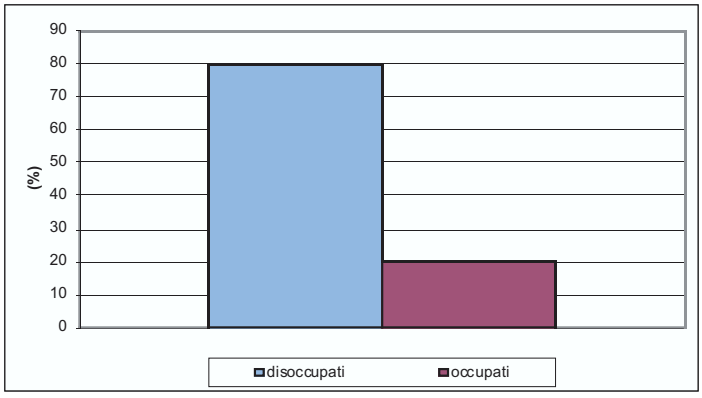
Grafico 5.24- Distribuzione percentuale degli utenti secondo le patologie psichiatriche.nei centri della Comunità Incontro



Elaborazione su dati della Comunità Incontro

Il 9% dei soggetti (46 soggetti su 502) delle strutture delle Comunità Incontro che hanno partecipato alla valutazione campionaria sono affetti da disturbi psichiatrici associati alla dipendenza da sostanze (si intendono non solo i pazienti ricoverati in strutture apposite per trattamento doppia diagnosi, ma tutti i pazienti per i quali è stata fatta una diagnosi psichiatrica indipendentemente dalle caratteristiche della struttura).

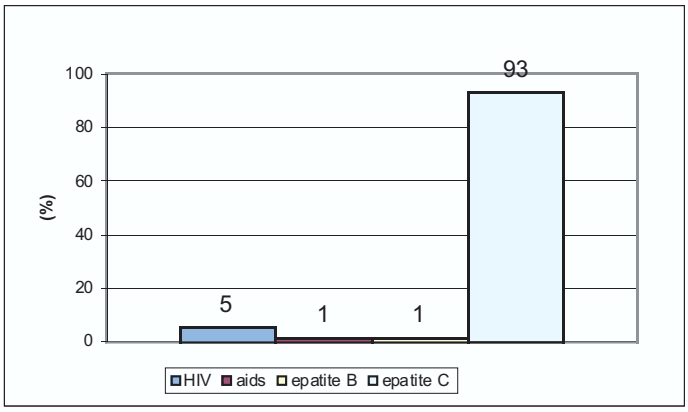
Grafico 5.25 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo lo stato occupazionale. Comunità Incontro



Elaborazione su dati della Comunità Incontro

I dati relativi allo stato occupazionale dei soggetti presenti nelle strutture delle Comunità Incontro mostrano che una elevata quota percentuale di soggetti (circa l'80%) presenti nelle strutture residenziali risulta non inserita nel mondo del lavoro e, pertanto, la Comunità può offrire un valido supporto anche relativamente al reinserimento lavorativo.

Grafico 5.26- Distribuzione percentuale degli utenti secondo le malattie infettive. Comunità Incontro



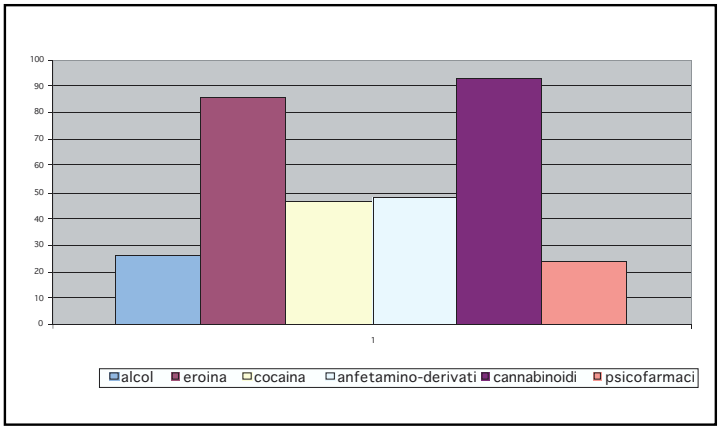
Elaborazione su dati della Comunità Incontro

Molto elevata la quota di epatite C tra i soggetti che ricorrono al trattamento residenziale nei centri della Comunità Incontro, mentre molto ridotta la quota di soggetti sieropositivi per l'HIV, in linea con il trend nazionale.

5.4.4 Valutazione campionaria nei Centri della Comunità di S. Patrignano

I dati rilevati dalla Comunità di San Patrignano relativi a 1.739 soggetti consentono di analizzare la distribuzione degli utenti per sostanza di abuso, profilo socio-demografico, malattie infettive correlate, presenza di disturbi psichiatrici, tipologie di intervento, oltre che i diversi tipi di trattamento farmacologico utilizzati all'interno della Comunità stessa.

Grafico 5.27 - Sostanze d'abuso riferite nell'anamnesi. Comunità di San Patrignano

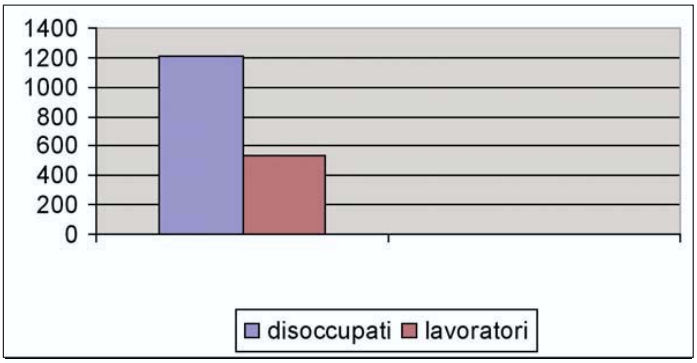


Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Come si evince dal grafico 5.27, il ricorso al trattamento residenziale non è più esclusivamente legato alla dipendenza da eroina, in quanto quote consistenti dei pazienti della Comunità di San Patrignano presentano anche un'anamnesi di dipendenza dalle

altre sostanze ed in particolare da cannaibinoidi, amfetamino-derivati e cocaina. Nella maggior parte dei casi gli utenti abusano di più sostanze contemporaneamente. Relativamente all'età, elevate percentuali di utenti (circa il 46% e il 35%) si collocano rispettivamente nelle fasce 25-34 anni e 35-44, mentre la restante utenza (circa il 14%) è costituita da giovani d'età compresa tra i 15 ed i 24 anni e in modo residuale da persone tra i 45 ed i 54 anni (circa il 5%).

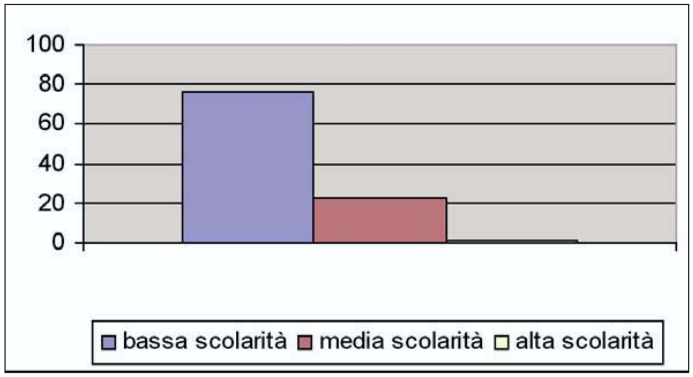
Grafico 5.28 - Distribuzione degli utenti secondo lo stato occupazionale. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Il dato sulla scarsa percentuale di soggetti con un' occupazione stabile nella Comunità di San Patrignano, rispetto a quanto rilevato nei Servizi pubblici ambulatoriali, conferma quanto affermato precedentemente in merito al maggior ricorso al trattamento residenziale da parte dei soggetti socialmente più svantaggiati.

Grafico 5.29 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la scolarità. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano