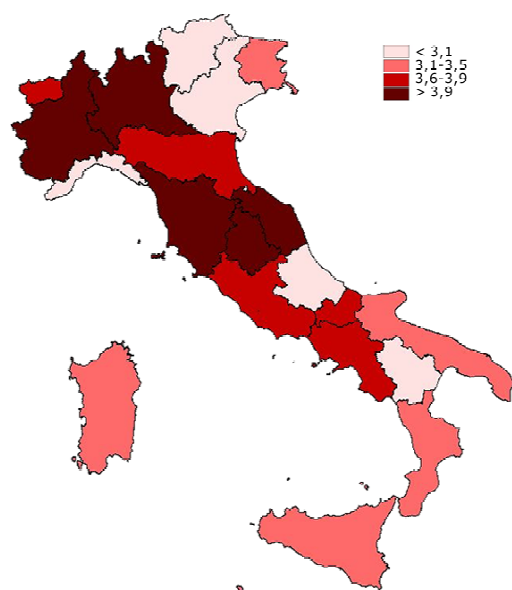


Lombardia, Piemonte, Toscana e Lazio sono infatti le Regioni dove ad alte prevalenze di utilizzatori di cocaina si associano alte prevalenze di soggetti eleggibili al trattamento; Basilicata, Calabria e Friuli-Venezia Giulia presentano invece basse prevalenze sia per quanto riguarda i consumatori (IPSAD®Italia)¹³, che relativamente ai soggetti eleggibili al trattamento. In Trentino-Alto Adige, Liguria e Abruzzo nonostante si stimi un'alta prevalenza di consumatori (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) di cocaina si stima una bassa prevalenza di soggetti eleggibili al trattamento, e di soggetti in carico presso i servizi per abuso di cocaina.

Grafico 4.20: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di cocaina. Anno 2006.



Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

¹³ Vedi riferimento IPSAD®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 1.

ELEMENTI METODOLOGICI

Progetto SIMI@Italia: Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori

Gli obiettivi e le ricadute generali del progetto condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nell'ambito dell'accordo di programma stipulato con il Ministero della solidarietà sociale, oltre a quelli più specifici funzionali all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento delle droghe e delle tossicodipendenze, riguardano anche altre Amministrazioni. Nel caso della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, l'obiettivo è quello di conoscere e analizzare meglio i fenomeni di disagio giovanile, seguendo l'iter delle segnalazioni e contribuendo alla prevenzione selettiva in "soggetti a rischio". Lo studio consente di ampliare il panorama informativo con particolare riferimento alle prime esperienze sul consumo di stupefacenti. Per quanto attiene alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, l'obiettivo è quello di integrarsi con quanto già avviato mediante altri progetti (primo fra tutti il nuovo Sistema Informativo per le dipendenze SIND). Per tutte le Amministrazioni regionali e le Aziende sanitarie, infine, l'obiettivo è quello di porsi come utile strumento operativo/informativo per rispondere alle richieste europee relative alla descrizione della domanda di trattamento, offrendo allo stesso tempo un supporto alle esigenze di programmazione delle politiche sanitarie e sociali. I risultati raggiunti tramite il coinvolgimento trasversale delle diverse Amministrazioni hanno riguardato, per il momento, l'implementazione del flusso di raccolta dei dati, il miglioramento della leggibilità e fruibilità dell'informazione, la divulgazione e la diffusione dell'informazione, la maggiore confrontabilità fra le diverse aree territoriali e lo sviluppo delle competenze, nel settore dell'epidemiologia, delle figure professionali coinvolte. I prodotti principali realizzati sono stati la descrizione ed analisi della domanda di trattamento, dei profili dei soggetti in trattamento, dei soggetti segnalati per articoli 75/121 del DPR 309/90 e la stima della prevalenza e dell'incidenza dei disturbi da uso di sostanze. Essendo attualmente in atto un processo di sviluppo e di adeguamento dei sistemi informativi delle singole Amministrazioni, è stato attivato, in parallelo ed a sostegno di tale processo, uno studio multicentrico per l'individuazione e la costruzione di indicatori necessari a descrivere:

- il fenomeno del disagio sociale, soprattutto tra la popolazione giovanile
- l'iter amministrativo delle segnalazioni, singole e multiple
- le caratteristiche socio-sanitarie dei soggetti segnalati
- le caratteristiche della domanda di trattamento

L'indagine multicentrica interessa l'intero territorio nazionale ed è condotta su 22 aree territoriali, una per ciascuna Regione e Provincia Autonoma a cui si aggiunge la provincia di Milano. Nelle diverse sedi viene sperimentato il sistema di raccolta dei dati individuali, comune ai diversi flussi. I sistemi informativi gestionali delle strutture interessate sono organizzati per record individuali dei soggetti in trattamento presso il SerT e le strutture del privato sociale e di quelli segnalati dalle Prefetture. Ogni tracciato record contiene le variabili definite nel protocollo dello studio e nel caso delle segnalazioni, ogni record individuale riporta le informazioni relative ai provvedimenti adottati dalle Prefetture e/o dalle strutture deputate al trattamento delle dipendenze. Il sistema informativo sviluppato prevede l'elaborazione standardizzata dei dati al fine della produzione automatica delle tabelle sulla domanda di trattamento per quanto riguarda gli utenti dei SerT e del privato sociale, e di tabelle appositamente costituite relativamente ai soggetti segnalati dalle Prefetture. Sono in via di

pubblicazione i "report standard" annuali, realizzati su base territoriale provinciale. Al momento attuale, la base di dati comune comprende 35.994 persone trattate nel corso del 2006 presso 27 Dipartimenti per le dipendenze patologiche che partecipano allo studio multicentrico.

Stime di incidenza di consumo problematico e di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento

Le stime di prevalenza dei soggetti eleggibili per il trattamento sono determinate come valori medi delle stime calcolate utilizzando 4 delle metodologie¹⁴ proposte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona all'interno dell'indicatore chiave uso problematico di sostanze¹⁵ e nello specifico sono: il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati, il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo dell'indicatore demografico ed il metodo cattura ricattura. L'informazione elaborata è quella acquisita dai flussi istituzionali del Ministero dell'Interno, del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia e all'interno delle attività del Progetto SIMI®Italia. Se da un lato la disponibilità istituzionale di informazioni in parte rilasciate in forma aggregata può rappresentare un fattore limitante per le condizioni teoriche di applicabilità di alcuni dei metodi utilizzati, dall'altro la concordanza rilevata con le stime di prevalenza calcolate in alcuni osservatori epidemiologici sul fenomeno, a livello sia regionale che provinciale, rende sostanzialmente affidabili i valori di stima presentati. Le stime di incidenza sono state ottenute tramite la metodologia denominata Back-Calculation^{16,17} adottata dall'Osservatorio Europeo di Lisbona all'interno di un progetto pilota^{18,19} per l'indicatore chiave uso problematico di sostanze ed attualmente utilizzata da diversi Stati membri. Tale metodologia, a partire dal numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai Servizi per le Tossicodipendenze e dalla conoscenza della distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai servizi (tempo/periodo di latenza), permette di ricostruire il numero di persone che ogni anno iniziano ad utilizzare sostanze psicoattive illegali. Poiché sono elaborati i dati relativi alle domande di trattamento, tale metodologia fornisce esclusivamente le stime del numero di nuovi soggetti utilizzatori di sostanze psicoattive che in futuro richiederanno un trattamento ai Servizi per le Tossicodipendenze. L'adeguata conoscenza della distribuzione del tempo di latenza è un requisito fondamentale per l'affidabilità delle stime di incidenza ottenute con la metodologia descritta; tali stime possono risultare distorte qualora il periodo di latenza non sia stato accuratamente valutato. A tal proposito, rispetto alla stima specifica per la cocaina, non esistendo attualmente studi pubblicati in merito, la stima della distribuzione del tempo di latenza è stata ottenuta sulla base dei dati raccolti all'interno del progetto SIMI®Italia.

¹⁴ EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines - Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use - EMCDDA/ July 2004.

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372>

¹⁶ Ravà L., Calvani M.G., Heisterkamp S., Wiessing L., Rossi C. (2001) "Incidence indicators for policy making: models, estimation and implications", UN Bulletin on Narcotics, Vol. LIII (1-2), 2001, 135-155.

¹⁷ Wiessing L., Hartnoll R., Rossi C. (2001) "The epidemiology of drug use at the macro level: indicators, models and policy-making" UN Bulletin on Narcotics, Vol. LIII (1-2), 2001, 135-155.

¹⁸ Rossi, C., (2001), "Guidelines for the estimation at local level of incidence of problem drug use", Pompidou Group Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends, EU Council, Strasbourg, August 2002.

¹⁹ Pilot project to estimate time trends and incidence of problem drug use in the European Union CT.98.EP.07 – EMCDDA.

PAGINA BIANCA

PARTE 5

TRATTAMENTI ED INTERVENTI DROGA CORRELATI

5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale

5.2 Trattamenti non residenziali

- 5.2.1 Trattamenti non farmacologicamente assistiti
- 5.2.2 Trattamenti farmacologicamente assistiti
 - Trattamenti con oppioagonisti
 - Trattamenti con altri farmaci

5.3 Trattamenti residenziali

5.4 Interventi delle Prefetture

- 5.4.1 Segnalazioni ex articolo 75 D.P.R. 309/90 e sanzioni amministrative

PAGINA BIANCA

5.1 RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE

Nel 2006, in base ai dati rilevati dal Ministero della Salute, dei 544 servizi pubblici attivi sul territorio nazionale, 514 hanno trasmesso informazioni relative all'utenza in carico.

Rispetto al 2005 la copertura informativa risulta però superiore essendo questa passata dal 90% (su 550 servizi attivi) al 94%.

Il "carico di lavoro" medio, inteso come rapporto tra utenti in carico e personale impiegato, nel 2006 varia da meno di 21 utenti per singolo operatore, registrato in Valle d'Aosta, Molise, Piemonte, Basilicata, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Liguria¹, a più di 27 in Campania, Lombardia, Marche ed Abruzzo (Tabella 5.1).

Tabella 5.1: Distribuzione regionale dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, utenti in trattamento, personale, carico di lavoro per operatore ed offerta di personale sulla popolazione residente tra i 15 ed i 64 anni (x10.000) - Anno 2006.

	Servizi attivi	Servizi rilevati	Soggetti in trattamento	Totale personale	Carico di lavoro x operatore	Offerta di personale su residenti 15-64 anni
Abruzzo	11	11	4.820	129	37	1,51
Basilicata	6	6	1.179	67	18	1,72
Calabria	15	15	4.536	211	21	1,58
Campania	43	39	18.587	664	28	1,71
Emilia Romagna	43	43	11.482	621	18	2,29
Friuli Venezia Giulia	6	6	3.247	133	24	1,68
Lazio	47	40	13.133	566	23	1,59
Liguria	5	5	5.101	262	19	2,61
Lombardia	71	69	25.774	904	29	1,43
Marche	14	12	3.960	133	30	1,35
Molise	6	6	974	60	16	2,89
Piemonte	59	59	14.859	890	17	3,15
Puglia	57	51	12.082	481	25	1,76
Sardegna	14	10	5.119	194	26	1,69
Sicilia	51	49	11.241	460	24	1,39
Toscana	41	41	12.956	598	22	2,56
Trentino Alto Adige	5	4	1606	88	18	1,35
Umbria	11	9	2.859	111	26	1,99
Valle D'Aosta	1	1	297	20	15	2,42
Veneto	38	38	13.151	622	21	1,96

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La Lombardia è la Regione che presenta il maggior numero assoluto di operatori (904 unità); rispetto alla popolazione tra i 15 ed i 64 anni ha però meno della metà del personale del Piemonte (circa 1,4 ogni 10.000 residenti 15-64 anni contro 3,1 ogni 10.000).

¹ Il dato sugli utenti in trattamento presso la Regione Liguria è stato corretto in data 12/06/2007, a seguito della comunicazione data al Ministero della Salute sulla Provincia di Genova; gli altri dati trasmessi (trattamenti, malattie infettive, personale SerT etc.) sono comprensivi anche della popolazione in carico nella Provincia capoluogo per disturbi correlati all'abuso di sostanze alcoliche.

Situazioni con una situazione critica nell'offerta di personale simile a quella lombarda si rilevano in Trentino-Alto Adige, nelle Marche ed in Sicilia (Tabella 5.1).

Anche se con notevoli variazioni tra una Regione e l'altra, gli infermieri (ed assistenti sanitari) sono le figure professionali più rappresentate (circa il 25%), seguono i medici con circa il 24%, gli psicologi con quasi il 18%, gli assistenti sociali con il 15% e gli amministrativi con circa il 4%.

Tabella 5.2: Distribuzione regionale della percentuale di personale impiegato secondo la qualifica professionale - Anno 2006.

	% Medici	% Infermieri/ assistenti sanitari	% Psicologi	% Educatori	% Assistenti sociali	% Ammini strativi	% Altre figure
Abruzzo	25,6	23,3	13,2	4,7	16,3	7,8	9,3
Basilicata	32,8	20,9	20,9	4,5	13,4	4,5	3,0
Calabria	28,9	22,7	11,8	2,4	12,3	8,1	13,7
Campania	24,8	28,3	14,2	2,7	16,0	3,8	10,2
Emilia Romagna	20,5	26,1	15,5	15,3	12,6	4,2	6,0
Friuli Venezia Giulia	19,5	32,3	18,8	3,0	16,5	4,5	5,3
Lazio	32,0	31,6	20,8	1,8	9,7	1,6	2,5
Liguria	24,4	33,2	13,7	5,7	15,3	4,2	3,4
Lombardia	22,9	25,4	17,8	8,4	18,6	5,8	1,1
Marche	28,6	26,3	20,3	0,8	14,3	6,0	3,8
Molise	23,3	25,0	16,7	0,0	23,3	1,7	10,0
Piemonte	20,3	18,9	24,9	19,2	12,2	1,8	2,6
Puglia	24,3	22,7	19,5	5,4	15,0	3,1	10,0
Sardegna	29,9	23,7	16,5	8,2	9,8	5,7	6,2
Sicilia	23,5	25,0	15,2	2,8	18,5	5,0	10,0
Toscana	24,4	24,7	14,7	10,4	16,4	4,8	4,5
Trentino Alto Adige	18,2	20,5	21,6	2,3	21,6	10,2	5,7
Umbria	21,6	32,4	11,7	5,4	11,7	4,5	12,6
Valle D'Aosta	15,0	25,0	15,0	10,0	15,0	10,0	10,0
Veneto	18,5	25,1	16,6	14,8	12,9	6,3	5,9

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Nel 2006 l'impiego di personale strettamente medico-sanitario (medici e infermieri professionali) varia da circa il 39% in Trentino-Alto Adige e Piemonte a quasi il 64% nel Lazio (Tabella 5.3), mentre le professionalità psico/socio-educative da un minimo di circa il 27% in Calabria ad un massimo del 56% in Piemonte.

Per quanto attiene le singole figure professionali, i medici sono, in proporzione, maggiormente rappresentati in Basilicata (quasi il 33%) e nel Lazio (circa il 32%), gli infermieri professionali in Liguria (circa il 33%) ed in Umbria (circa il 32%), gli psicologi in Piemonte ed in Trentino-Alto Adige (rispettivamente il 25% ed il 22%), gli assistenti sociali in Trentino-Alto Adige ed in Molise (rispettivamente circa il 23% ed il 22%).

Scarsa rappresentazione percentuale hanno i medici in Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto e Friuli-Venezia Giulia (quote inferiori al 20%), gli infermieri professionali in Piemonte, Basilicata e Trentino Alto Adige (<22%), gli psicologi in Umbria, Calabria, Abruzzo, Liguria, Campania e Toscana (<15%), gli educatori professionali in Molise, Marche, Lazio, Trentino-Alto Adige, Calabria, Campania, Sicilia, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Abruzzo (<5%), gli assistenti sociali in Lazio e Sardegna (<10%). Scarsa la dotazione di personale amministrativo (<3%) nel Lazio, Molise e Piemonte.

La massima variabilità nella proporzione di presenza nei gruppi di lavoro riguarda la figura dell'educatore professionale per la quale vi sono Regioni che hanno una dotazione percentualmente 10 volte maggiore di quella di numerose altre Regioni; la minore variabilità riguarda la figura dell'infermiere professionale.

Rispetto al 2001, si registrano aumenti nelle quote di personale medico-sanitario prevalentemente nelle Regioni del sud, mentre quelle afferenti all'area psico-socio-educativa variano tra l'aumento del 9% circa registrato in Molise alla diminuzione del 10% registrato in Calabria.

Tabella 5.3: Distribuzione regionale della percentuale di personale impiegato secondo l'area di specializzazione professionale - Anni 2001-2006.

	2001			2006		
	% area medico-sanitaria	% area socio/psico-educativa	% area amministrativa e altro	% area medico-sanitaria	% area socio/psico-educativa	% area amministrativa e altro
Abruzzo	49,6	34,6	15,7	48,8	34,1	17,1
Basilicata	42,4	43,9	13,6	53,7	38,8	7,5
Calabria	47,8	36,6	15,6	51,7	26,5	21,8
Campania	49,1	35,1	15,8	53,2	32,8	14,0
Emilia Romagna	47,8	42,9	9,2	46,5	43,3	10,1
Friuli Venezia Giulia	48,5	43,4	8,1	51,9	38,3	9,8
Lazio	63,0	30,9	6,1	63,6	32,3	4,1
Liguria	60,6	33,9	5,5	57,6	34,7	7,6
Lombardia	48,4	44,3	7,4	48,3	44,8	6,9
Marche	50,0	37,2	12,8	54,9	35,3	9,8
Molise	45,7	31,4	22,9	48,3	40,0	11,7
Piemonte	40,4	51,3	8,3	39,2	56,4	4,4
Puglia	41,0	44,2	14,7	47,0	39,9	13,1
Sardegna	52,1	33,1	14,8	53,6	34,5	11,9
Sicilia	45,0	39,7	15,3	48,5	36,5	15,0
Toscana	48,5	41,9	9,6	49,2	41,5	9,4
Trentino Alto Adige	38,3	41,7	20,0	38,6	45,5	15,9
Umbria	58,8	28,1	13,2	54,1	28,8	17,1
Valle D'Aosta	36,8	42,1	21,1	40,0	40,0	20,0
Veneto	44,0	46,0	10,0	43,6	44,2	12,2

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno ha svolto nel 2006, come di consueto, una rilevazione con cadenza trimestrale² sui tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.

La media degli utenti inseriti presso le differenti tipologie di strutture rilevata nel corso del 2006, registra un aumento del 2% circa, rilevando 18.538 soggetti contro i 18.170 dell'anno 2005; di contro la media delle strutture esistenti nel 2006 (1.197) ha evidenziato un decremento di circa il 2% rispetto a quella registrata nell'anno precedente (1.223), così come è diminuito di circa il 2% il numero medio delle strutture censite nel 2006 (1.117) rispetto al 2005 (1.143).

Il maggior numero di strutture si concentra nelle Regioni del nord: nel 2006, in media, quasi il 17% dei presidi ha sede in Lombardia (201) e circa il 12 e l'11% rispettivamente in Veneto ed in Emilia-Romagna (rispettivamente 147 e 128).

² Si tratta di quattro rilevazioni puntuali, alla data del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre

Tabella 5.4: Distribuzione regionale delle strutture socio-riabilitative e dei soggetti in trattamento (media delle quattro rilevazioni puntuali) - Anno 2006.

	Strutture presenti	Strutture censite	Soggetti in trattamento
Abruzzo	36	33	350
Basilicata	13	13	119
Calabria	48	45	462
Campania	45	42	655
Emilia Romagna	128	122	2503
Friuli Venezia Giulia	21	18	152
Lazio	59	49	2251
Liguria	38	37	398
Lombardia	201	169	3969
Marche	65	60	751
Molise	9	9	104
Piemonte	87	86	1439
Puglia	92	84	1108
Sardegna	34	34	574
Sicilia	45	43	587
Toscana	86	84	1242
Trentino Alto Adige	12	12	248
Umbria	31	30	388
Valle D'Aosta	2	2	15
Veneto	147	146	1225

Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno – DCDS

In media presso le 730 strutture residenziali, le 204 semi-residenziali e le 183 ambulatoriali si sono rilevati rispettivamente 11.760, 2.346 e 4.432 utenti in trattamento. Nelle prime due tipologie di strutture circa l'84% dell'utenza mediamente presente è di sesso maschile, mentre in quelle ambulatoriali tale quota è pari all'81%.

Il maggior numero di presidi residenziali e dei relativi utenti in trattamento (Tabella 5.5) è situato nelle Regioni del nord, ed in particolare in Lombardia ed Emilia-Romagna, mentre appare molto disomogeneo il rapporto tra utenza e strutture semi-residenziali: i 42 presidi del Veneto hanno un'utenza media di circa 4 soggetti, mentre nelle 24 strutture della Lombardia e nelle 12 del Lazio tale rapporto supera i 33 utenti per presidio.

Tabella 5.5: Distribuzione regionale delle diverse tipologie di strutture censite e dei soggetti in trattamento (media delle quattro rilevazioni puntuali) - Anno 2006.

	Strutture residenziali	Soggetti in tratt.	Strutture semi-residenziali	Soggetti in tratt.	Strutture Ambulatoriali	Soggetti in tratt.
Abruzzo	20	187	4	28	9	136
Basilicata	7	88	1	1	5	31
Calabria	30	413	12	35	4	13
Campania	22	415	8	103	13	137
Emilia Romagna	86	2193	21	96	16	215
Friuli Venezia Giulia	9	56	4	12	5	85
Lazio	28	513	12	420	9	1318
Liguria	24	350	7	26	6	22
Lombardia	119	2005	24	788	27	1176
Marche	39	560	12	61	10	131
Molise	7	76	0	0	2	28
Piemonte	70	1208	6	76	10	156
Puglia	47	640	18	84	19	385
Sardegna	21	445	4	5	9	125
Sicilia	28	335	7	153	8	99
Toscana	58	866	19	185	8	191
Trentino Alto Adige	8	166	3	82	1	0
Umbria	26	344	2	21	2	23
Valle D'Aosta	2	15	0	0	0	0
Veneto	81	887	42	173	23	165

Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno – DCDS

Disomogenea risulta anche l'utenza mediamente presente nelle strutture ambulatoriali del privato sociale: anche in questo caso è nel Lazio che si registra il valore più elevato, con circa 146 utenti per struttura, mentre in Lombardia, Regione con il più alto numero di presidi censiti, tale rapporto scende a circa 44.

Dalla rilevazione effettuata presso gli Uffici per le Tossicodipendenze regionali, si rileva che le Regioni che hanno strutture diagnostico/terapeutico/riabilitative semiresidenziali e residenziali del privato sociale non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono Trentino-Alto Adige, Liguria, Veneto e Puglia per un totale di 130 sedi operative di cui 2 nella Provincia Autonoma di Trento, 19 in Liguria, 54 in Puglia e 55 in Veneto.

Sul territorio nazionale vi sono solo 18 servizi tra quelli censiti, classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa: 5 ciascuno si trovano in Abruzzo e Puglia, 3 in Umbria, 2 rispettivamente in Piemonte e Sardegna, 1 nella Provincia Autonoma di Trento.

Nettamente superiore è il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (284): quasi il 18% in Piemonte, il 15% in Veneto, il 14% in Emilia-Romagna, l'11% in Calabria e Marche, il 10% ed il 9% in Puglia e Campania, quasi il 6% ed il 5% rispettivamente in Sardegna ed Abruzzo, circa l'1% rispettivamente nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Basilicata ed in Umbria, e lo 0,4% in Valle D'Aosta.

I servizi di trattamento specialistico sono complessivamente 42: di essi 20 in Piemonte, 13 in Emilia-Romagna, 4 in Veneto, 2 nella Provincia Autonoma di Trento ed 1 rispettivamente nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Sardegna ed in Valle D'Aosta.

L'analisi dell'articolazione di queste strutture evidenzia che 12 erogano servizi per pazienti in doppia diagnosi (4 in Piemonte, 3 in Umbria, 2 rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna, 1 nelle Marche), 13 per

donne con bambino (1 rispettivamente in Umbria e Marche, 3 in Piemonte e 4 rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna), 25 per alcolisti (20 in Piemonte, 2 in Veneto ed 1 rispettivamente in Sardegna, Emilia-Romagna ed Umbria), 1 ospita utenti con uso problematico di cocaina ed 1 coppie (entrambe in Piemonte), 2 ospitano minorenni (rispettivamente in Piemonte e Marche), 13 sono specializzate nella gestione della crisi (7 in Piemonte e 6 in Emilia Romagna), 13 sono case-alloggio per pazienti con AIDS (9 in Piemonte e 2 rispettivamente in Umbria e Marche) e 15 altre tipologie di utenti (14 in Piemonte ed 1 in Valle D'Aosta).

Delle 101 strutture accreditate dell'area pedagogicoriabilitativa, quasi il 24% ed il 22% si trovano rispettivamente in Puglia ed Emilia-Romagna, quasi il 10% rispettivamente in Umbria e Campania, il 9% ciascuno in Abruzzo e Veneto, il 4% rispettivamente in Molise e Piemonte, il 3% in Basilicata, nelle Marche ed in Sardegna.

Si evidenzia un minor numero di strutture diagnostico/terapeutico/riabilitative residenziali e semiresidenziali pubbliche censite: si passa da 1 semiresidenziale afferente all'area dell'accoglienza in Piemonte, a 27 dell'area terapeutico-riabilitativa (8 in Campania, 5 in Veneto e nelle Marche, 4 in Umbria, 3 in Emilia-Romagna, 1 rispettivamente in Abruzzo e Piemonte), a 11 specialistiche (di cui 5 in Emilia Romagna, 4 in Piemonte e 2 in Veneto). In particolare 2 strutture si occupano di utenti con doppia diagnosi (rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna), 3 di alcolisti (1 rispettivamente in Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna), 1 di cocainomani, 1 di giocatori patologici (la stessa struttura con 3 moduli di cui 1 per giovani alcolisti), 1 per la gestione della crisi (tutte in Piemonte), 4 case alloggio per pazienti con AIDS (1 in Piemonte e 3 in Emilia-Romagna) ed 1 per altro tipo di utenti (in Piemonte).

Infine i servizi strutturati volti alla Riduzione del danno ed alla Limitazione dei rischi sono nella quasi totalità dei casi pubblici.

Il dato presenta aspetti di incompletezza per la mancata risposta di alcune Regioni. In particolare le Unità di strada per la riduzione del danno da droghe sono 23 (2 private); le Unità di strada destinate alla limitazione dei rischi della notte 26 (5 private), quelle rivolte alla prostituzione 11 (1 privata), i Drop-in diurni sono 10 (1 privato), i Dormitori specializzati per dipendenze patologiche sono 2 (1 privato).

L'Emilia-Romagna appare essere la Regione nettamente più attiva nell'ambito della riduzione del danno sanitario. Delle 23 Unità di strada rivolte alla riduzione del danno, quasi un terzo (7) sono state attivate in Emilia-Romagna, 4 in Piemonte, Umbria e Marche, 2 nella Provincia Autonoma di Trento, ed 1 ciascuna in Liguria e Molise.

Delle 26 Unità di strada volte alla limitazione dei rischi della notte, oltre la metà (15) si trovano in Emilia-Romagna, 5 nelle Marche e nella Provincia Autonoma di Trento, 1 in Piemonte.

Anche la maggior parte delle Unità di strada specializzate nell'ambito della prostituzione sono attive in Emilia-Romagna (7 su 11 ed 1 rispettivamente in Liguria, Piemonte ed Umbria). Il Piemonte è la Regione con la maggiore articolazione di interventi nell'ambito della dimensione sociale della Riduzione del danno. Dei 10 Drop-in attivi, la metà (5) si trova in Piemonte, 3 in Emilia-Romagna ed 1 in Liguria ed Umbria.

Il Piemonte è l'unica Regione che riferisce la presenza sul proprio territorio di dormitori specializzati (2) che vedono attivi 13 operatori per 913 soggetti ospitati.