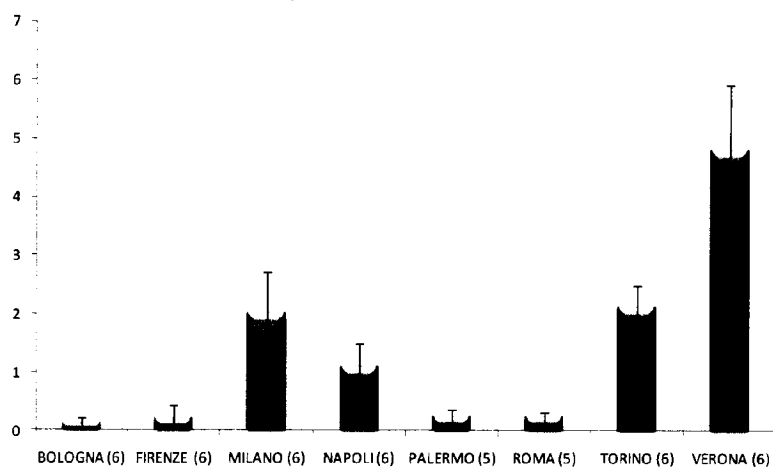


Figura I.1.71: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 studenti) di **cannabis** rilevate per ciascun **istituto scolastico** e corrispondenti intervalli di confidenza

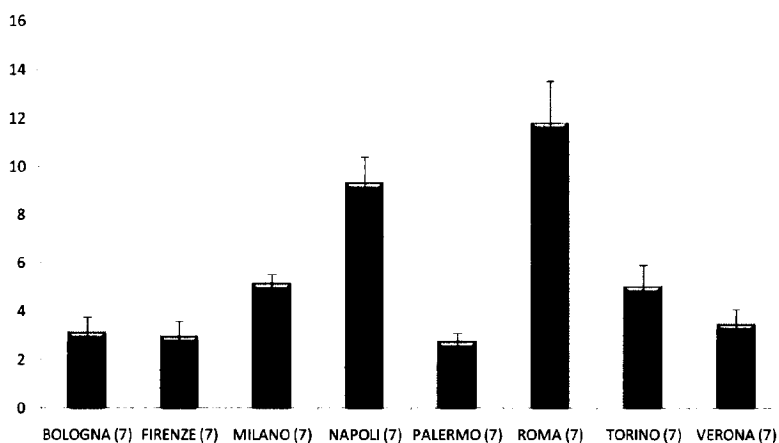


Rilevamento cannabis nelle acque reflue delle scuole: le città più colpite sono Verona e Torino

Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In accordo con quanto descritto in precedenza per la sostanza cannabis, l'analisi delle acque reflue nei depuratori municipali delle città di Roma e Napoli ha individuato anche per la cocaina dosi medie giornaliere (per 1.000 residenti) più elevate (Figura I.1.72), con differenze statisticamente significative rispetto agli altri centri urbani.

Figura I.1.72: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **cocaina** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

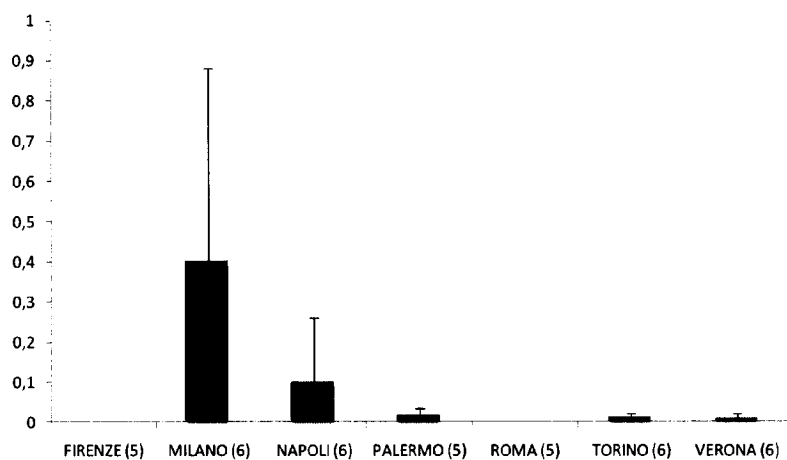


Rilevamento cocaina nella popolazione generale: le città più colpite sono Roma e Napoli

Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Al contrario, il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica indagato mediante l'analisi microbiologica delle acque di rifiuto dei plessi scolastici selezionati, ha rilevato dosi medie di cocaina in quantità maggiore negli istituti di Milano (Figura I.1.73), anche se questo dato risulta altamente variabile (intervallo di confidenza molto ampio).

Figura I.1.73: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 studenti) di **cocaina** rilevate per ciascun **istituto scolastico** e corrispondenti intervalli di confidenza



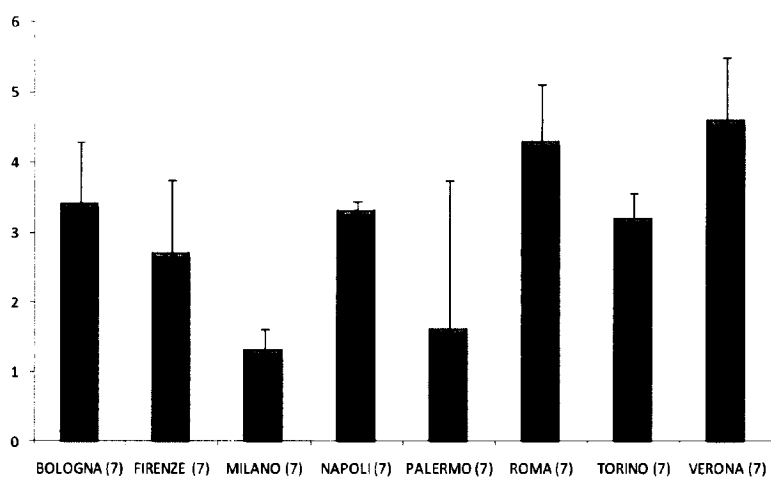
Rilevamento
cocaina nelle acque
reflue delle scuole:
la città più colpita è
Milano

Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi delle concentrazioni delle sostanze psicoattive eroina ed amfetamine (o metamfetamine) nelle acque reflue non ha riscontrato presenza di metaboliti presso i collettori degli istituti scolastici selezionati, limitando di conseguenza la presentazione dei risultati per le analisi condotte solo presso i depuratori municipali delle otto città campionate.

In particolare, sono state rilevate dosi medie giornaliere (per 1.000 residenti) di eroina lievemente più elevate a Verona e Roma, mentre Milano, oltre a Palermo città con consumi minimi per tutte le sostanze indagate, è risultata la città con la minore concentrazione (Figura I.1.74).

Figura I.1.74: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **eroina** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

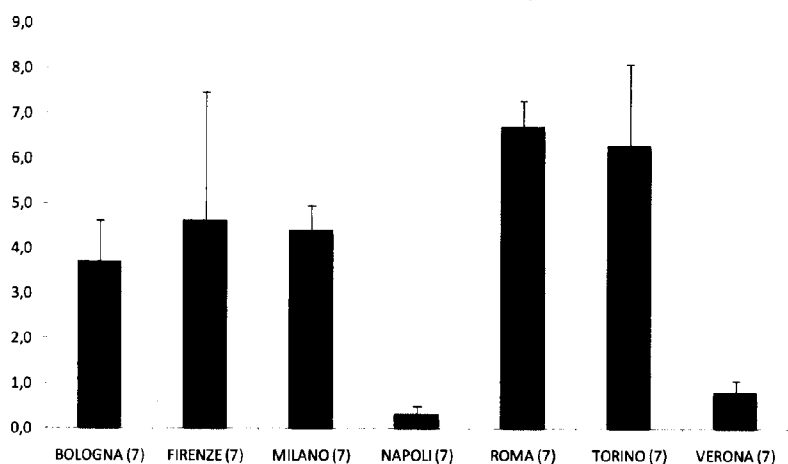


Rilevamento eroina
nella popolazione
generale: le città più
colpite sono Verona
e Roma

Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando, invece, le quantità rilevate di amfetamine e metamfetamine, Roma e Torino sono risultate le due città con concentrazioni maggiori (Figura I.1.75), mentre i consumi a Verona e Napoli, che hanno evidenziato concentrazioni elevate di oppiacei, sono risultati minimi molto inferiori alle altre città indagate.

Figura I.1.75: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **amfetamine e metamfetamine** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza



Rilevamento
amfetamine nella
popolazione
generale: le città più
colpite sono Roma e
Torino

Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4.2 Progetto AriaDrugs

Parallelamente allo studio sulle acque reflue, nello stesso periodo è stato realizzato un ulteriore studio sulla rilevazione della concentrazione di sostanze stupefacenti nell'atmosfera, in particolare cocaina e cannabinoidi, cercando di valutare possibili correlazioni tra la presenza di queste sostanze nell'aria e nelle acque reflue.

Lo studio ha caratteristiche di assoluta novità, sia in ambito nazionale che europeo. La presenza di droghe e specie correlate (metaboliti, piro-prodotti) in atmosfera è stata, infatti, scoperta soltanto di recente, mentre studi dedicati ed estesi rimangono ancora assai rari. Tuttavia, i dati disponibili sono sufficienti a rivelare la diffusione del fenomeno e l'entità del cosiddetto "inquinamento da droghe". La sostanza illecita più studiata è la cocaina, sia perché la rivelazione e la misura presentano meno difficoltà, sia perché questa sostanza sembra la più abbondante in atmosfera tra le sostanze illecite.

Ai fini dello studio, il particolato sospeso è stato raccolto presso stazioni appartenenti alle reti di monitoraggio regionali o, comunque, in siti rappresentativi dell'inquinamento di fondo negli otto contesti urbani selezionati. Le misurazioni sono state effettuate in un anno solare con frequenza diversa in base alla sostanza esaminata: monitoraggio delle concentrazioni di cocaina, associata al particolato atmosferico (PM10), con cadenza giornaliera per gruppi settimanali, e monitoraggio delle concentrazioni di Delta9-tetraidrocannabinolo, cannabinolo e cannabidiolo con risoluzione temporale mensile (un mese per ogni stagione dell'anno).

Le analisi chimiche dei campioni raccolti sono state effettuate mediante procedure che prevedono l'estrazione delle polveri sospese con solvente organico, la purificazione dell'estratto, l'eventuale derivatizzazione delle sostanze e infine la separazione, l'identificazione e la quantificazione attraverso la gascromatografia capillare e la spettrometria di massa. Inoltre, con l'obiettivo di discriminare la contaminazione da sostanze psicotrope dall'inquinamento atmosferico, sono stati misurati anche gli idrocarburi cancerogeni. In particolare, per la cocaina sono state individuate le modulazioni temporali (lungo l'anno solare per ogni sito) e spaziali (per le diverse località), mentre per i cannabinoidi la valutazione è stata limitata al confronto estate-inverno e alle tre sostanze esaminate. In questo modo è stato possibile rilevare variazioni di tipo stagionale e depurare i dati raccolti da

Studio sperimentale
sulle sostanze
stupefacenti
nell'aria

Inquinamento
atmosferico

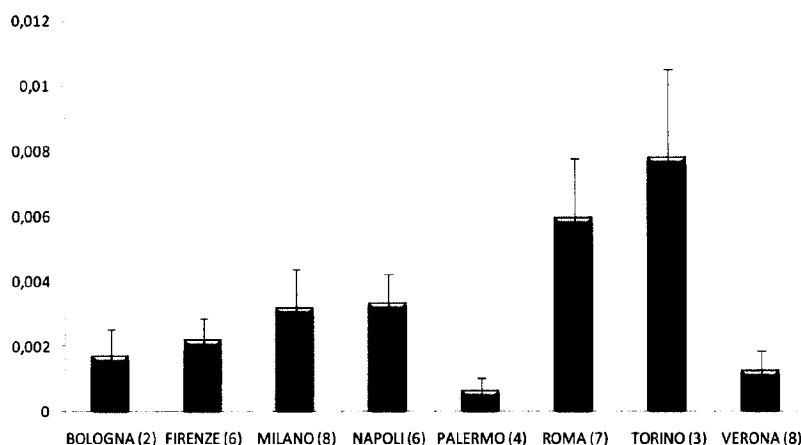
8 punti urbani e
campionamenti
multipli nel tempo
(Aprile-Giugno
2010)

Metodologie
analitiche avanzate

un eventuale effetto dell'inquinamento atmosferico o eventi eccezionali.

Al fine di poter operare confronti con i risultati emersi dallo studio AquaDrugs, nel presente documento sono illustrati i risultati ottenuti dall'analisi delle concentrazioni di cocaina e cannabis nell'atmosfera degli otto centri urbani rilevati, nel periodo temporale Aprile-Giugno 2010.

Figura I.1.76: Distribuzione delle concentrazioni ($\mu\text{g}/\text{m}^3$ su PM10) di **cocaina** rilevate per ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

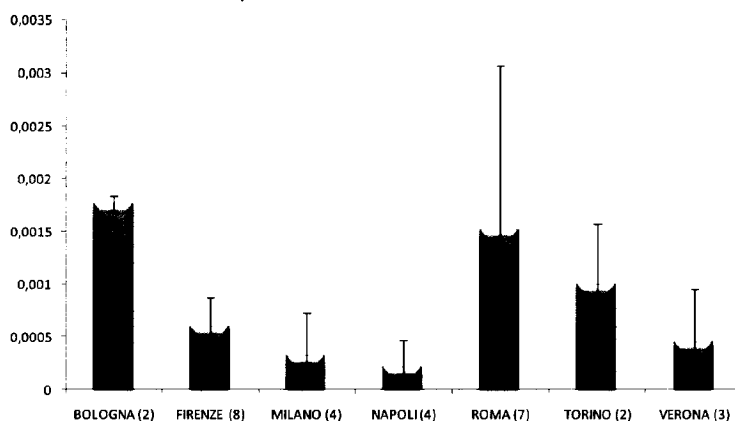


Cocaina:
le più alte
concentrazioni a
Torino e Roma. Le
più basse a Palermo
e Verona

Fonte: Studio AriaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi delle concentrazioni di sostanze illecite nell'atmosfera rilevate nelle otto città campione selezionate, ha evidenziato quantità di cocaina mediamente più elevate a Torino e Roma (Figura I.1.76), mentre Palermo è risultata la città con la minore concentrazione di cocaina nell'aria ($0,0006 \mu\text{g}/\text{m}^3$ su PM10). Nonostante a Bologna siano stati considerati solamente due siti, in questa città sono state rilevate concentrazioni di Delta9-tetraidrocannabinolo, cannabinolo e cannabidiolo mediamente maggiori rispetto agli altri centri urbani (Figura I.1.77). Anche per queste sostanze, Roma e Torino appaiono tra le città con concentrazioni mediamente più elevate, nonostante il dato della città di Roma risulti altamente variabile (intervallo di confidenza molto ampio).

Figura I.1.77: Distribuzione delle concentrazioni ($\mu\text{g}/\text{m}^3$ su PM10) di **cannabis** rilevate per ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

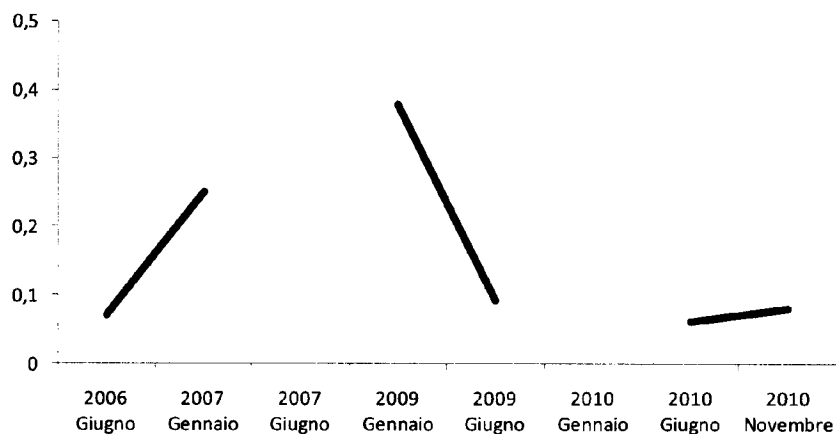


Cannabis:
le più alte
concentrazioni a
Bologna e Roma.
Le più basse a
Napoli e Milano

Fonte: Studio AriaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando i dati rilevati in studi precedenti (Figura I.1.78), l'andamento delle concentrazioni di cocaina misurate nell'atmosfera dall'anno 2006 ad oggi, per la città di Milano, evidenzia quantità di cocaina presenti nell'aria sensibilmente più basse nel 2010, apparentemente costanti in tutto l'anno, in considerazione della sporadicità con cui sono state effettuate le rilevazioni.

Figura I.1.78: Andamento storico delle concentrazioni (ng/m³) di cocaina nell'atmosfera, città di Milano



Concentrazioni di
cocaina nell'aria più
basse nel 2010
rispetto al periodo
2006 - 2009

Fonte: Studio AriaDrugs – Dipartimento Politiche Antidroga

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.2.

SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie e non sanitarie

I.2.1.1. Stima di alcune popolazioni di utilizzatori con bisogno di trattamento e spacciatori di sostanze psicoattive

I.2.1.2 Stima del numero di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei

I.2.1.3 Stime di incidenza (nuovi casi) di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

I.2.2.1. Caratteristiche demografiche

I.2.2.2. Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

I.2.2.3 Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento, e consumo di sostanze: lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga su un campione di 47.821 utenti dei Servizi per le tossicodipendenze attraverso il flusso SIND

I.2.2.4. Valutazione degli esiti dei trattamenti

PAGINA BIANCA

I.2. SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

Oltre agli indicatori sul consumo di stupefacenti nella popolazione generale e scolastica, che appartengono al set di indicatori per il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze da parte dell'Osservatorio Europeo di Lisbona, particolare importanza viene dedicata anche ai consumatori di sostanze che in relazione al loro stato di salute, avrebbero necessità di affidarsi alle cure del servizio sanitario, parte dei quali iniziano o hanno iniziato un percorso terapeutico - riabilitativo, altri invece sono ancora sconosciuti ai servizi di cura. Tale contingente di persone viene identificato a livello europeo con l'acronimo PDU, Problem Drug Users e rappresenta un'altro degli indicatori chiave oggetto di monitoraggio.

Premesse

Con riferimento a questo gruppo di soggetti, nel presente capitolo vengono presentate alcune informazioni sulla stima della prevalenza e dell'incidenza (nuovi casi), sulla base dei dati desunti dal Ministero dell'Interno.

Ulteriore indicatore chiave oggetto di monitoraggio da parte dell'OEDT riguarda la domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator) da parte delle persone che usano sostanze psicoattive e che si rivolgono ai servizi sanitari territoriali. Una specifica sezione viene dedicata al profilo delle caratteristiche dei soggetti assistiti dai Ser.T nel 2009.

Per il calcolo delle stime di prevalenza e di incidenza dei soggetti con bisogno di assistenza, sono stati utilizzati i flussi informativi della Direzione Centrale per la Documentazione Statistica e della Direzione Centrale Polizia Criminale del Ministero dell'Interno, mentre per il profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze, sono state utilizzate le informazioni aggregate fornite dal flusso informativo del Ministero della Salute, ed informazioni per singolo utente, desunte da uno studio pilota multicentrico condotto su un campione di Servizi per le tossicodipendenze del centro-nord Italia.

Fonti informative

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie e non sanitarie

I.2.1.1 Stima di alcune popolazioni di utilizzatori con bisogno di trattamento

Il consumo problematico di sostanze psicoattive rappresenta uno dei cinque indicatori epidemiologici chiave adottati dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga¹; tale indicatore ha l'obiettivo di stimare la dimensione delle popolazioni coinvolte in quei pattern di consumo più gravi e a rischio. Nel corso degli anni i gruppi di esperti dell'Osservatorio europeo di Lisbona hanno condiviso una definizione di uso problematico di sostanze psicoattive² definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto o alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. Tutte le metodologie di stima

Soggetti in
trattamento: solo
una parte del
problema

¹ Per una descrizione dei diversi indicatori chiave si veda all'indirizzo:
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>

² Per uso problematico di sostanze, nella classica definizione in corso di revisione, è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine.

proposte cercano di sfruttare al meglio l'informazione disponibile e si adattano al livello di dettaglio con cui tale informazione viene rilasciata (aggregata o a livello analitico), che provenga da più fonti o da una soltanto, modellando matematicamente il processo di generazione dei dati disponibili.³

Le tendenze attuali del mercato e dell'uso hanno suggerito di riconsiderare la definizione e i metodi di stima, nati quando l'uso frequente di sostanze che evolveva in bisogno di trattamento era soprattutto legata all'uso di alcune sostanze specifiche e il poliuso era praticamente assente. Il gruppo di esperti, che lavorano con l'Osservatorio europeo sull'indicatore, non ha ancora raggiunto un consenso su una nuova definizione, ma concorda sulla necessità di non restringere la definizione a tipologie specifiche di sostanze e basarla soprattutto sugli stili di vita e sulla frequenza di uso nell'ultimo anno⁴. Anche i metodi di stima saranno rivisti e integrati e si concorda, in particolare, sul fatto che i metodi di cattura-ricattura da fonti diverse, che hanno dato ottimi risultati per la stima dei consumatori di eroina e oppiacei con bisogno di trattamento, non sono affidabili per la stima dei consumatori di cocaina e stimolanti, né, tanto meno, di cannabis. Per gli stessi motivi l'utilizzo del metodo dell'indicatore multiplo non è più adeguato. A livello internazionale, si presentano sempre più spesso applicazioni di metodi di cattura-ricattura da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato o quelli basati sull'analisi dei tempi tra catture consecutive⁵.

Per arrivare a una nuova definizione operativa e per stimare al meglio le diverse popolazioni di utilizzatori, particolarmente rilevanti sono le informazioni che derivano dalle survey sui consumatori, che vengono effettuate nei diversi paesi.

In Italia è stata condotta nel 2010 dal Dipartimento per le Politiche antidroga, con la collaborazione scientifica del Centro interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università di Roma Tor Vergata, un'importante indagine tra i residenti nelle comunità e gli assistiti dai servizi a bassa soglia.

L'indagine ha raccolto circa 1200 questionari nelle comunità e circa 300 nei servizi a bassa soglia. I dati hanno permesso di approfondire molti aspetti legati alle abitudini dei consumatori con stile di vita maggiormente problematico. I principali risultati sono stati presentati a riunioni internazionali e, in particolare, nel corso della riunione degli esperti presso l'Osservatorio di Lisbona nel mese di dicembre.

E' stata riconosciuta l'importanza dell'approccio e della metodologia e l'indagine verrà riproposta nel 2011 in almeno 4 paesi dell'Unione europea, tra cui l'Italia, nell'ambito di un progetto finanziato dalla Commissione europea. Attualmente è già in corso la rilevazione in Albania.

Nel seguito del presente paragrafo si riportano le stime degli "utilizzatori con bisogno di trattamento" definiti in base alla frequenza d'uso, ovvero con frequenza di almeno 20 assunzioni mensili, nella popolazione giovanile e nella popolazione tra 15 e 64 anni⁶, ottenute integrando dati dall'indagine sulla popolazione scolastica (SPS 2010) e dati e informazioni dall'indagine sugli assistiti in bassa soglia e nelle strutture socio-riabilitative.

Dall'indagine SPS 2010 è possibile ricavare le percentuali di utilizzo "con bisogno di trattamento" per gli studenti di età compresa tra 15 e 21 anni (Tabella I.2.1) per le diverse sostanze e combinazioni di uso.

³ Per una descrizione dei diversi metodi si vedano le linee guida europee all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>

⁴ Occorre tener presente che ogni anno vengono introdotte sul mercato nuove sostanze, principalmente chimiche, i cui effetti non sono noti e che vengono poi analizzate e inserite via via nelle tabelle delle sostanze controllate. Nel 2010 sono state rilevate ben 41 nuove sostanze.

⁵ Si veda ad esempio: Mascioli F. e Rossi C. (2008). *Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluation of drug policies*. Bulletin on Narcotic Drugs, 1, Issue LX, 5-25.

⁶ Questa classe di età è stata assunta come classe di riferimento a livello europeo e viene qui utilizzata per facilitare i confronti, ma è importante sottolineare che alcuni utilizzatori, anche problematici, hanno età inferiori.

Tabella I.2.1: Distribuzione percentuale degli studenti 15-21 anni che hanno assunto sostanze almeno 20 volte nell'ultimo mese (sul totale studenti che hanno consumato almeno una sostanza negli ultimi 30 giorni) – Anno 2010

Sostanze d'uso	% Studenti 15-21 anni con uso sostanze almeno 20 volte nell'ultimo mese
solo cannabis	5,4
cannabis eroina cocaina	4,1
cannabis cocaina	6,9
cannabis eroina	0,1
solo eroina	0,0
eroina e cocaina	0,0
solo cocaina	0,0
solo altre droghe	1,3
cannabis e altre droghe	4,4
Totale	22,2

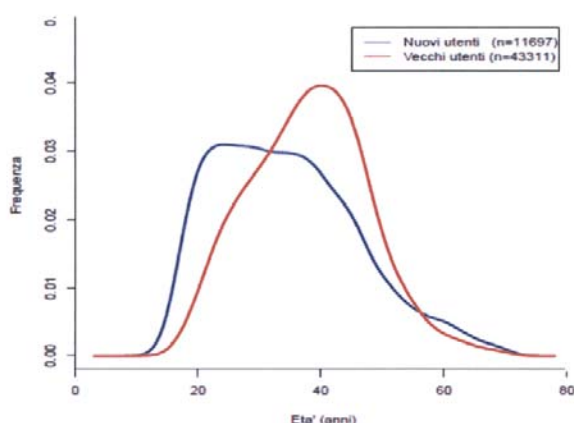
Fonte: Elaborazione su dati SPS – ITA 2010

Come si vede, il 22,2% di quanti hanno utilizzato sostanze psicoattive nell'ultimo mese prima della rilevazione lo ha fatto almeno 20 volte.

Se si escludono dal calcolo delle percentuali di utilizzatori con bisogno di trattamento, la cannabis usata da sola, le altre droghe, che necessitano di ulteriori approfondimenti, e la cannabis con altre droghe per fornire una stima prudentiale e conservativa, si arriva a una percentuale globale di utilizzo con bisogno di trattamento tra gli studenti (15-21 anni) pari all'11,1%.

La prevalenza totale di utilizzatori con bisogno di trattamento nella fascia di età 15-21 anni PDU (15-21), può essere calcolata applicando l'ipotesi conservativa che i giovani delle stesse età che non frequentano la scuola, consumino nello stesso modo di quelli che la frequentano. A partire dalla stima del totale dei consumatori nella stessa fascia di età 15-21 anni, ottenuta utilizzando le informazioni demografiche fornite dall'ISTAT (692.000 residenti 15-21 anni), si ottiene che i soggetti eleggibili a trattamento di età 15-21 anni sono 76.812 (ottenuto come 0,111 * consumatori 15-21 anni e la percentuale).

Figura I.2.1: Distribuzione percentuale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze per età secondo il tipo di utenza. Anno 2010

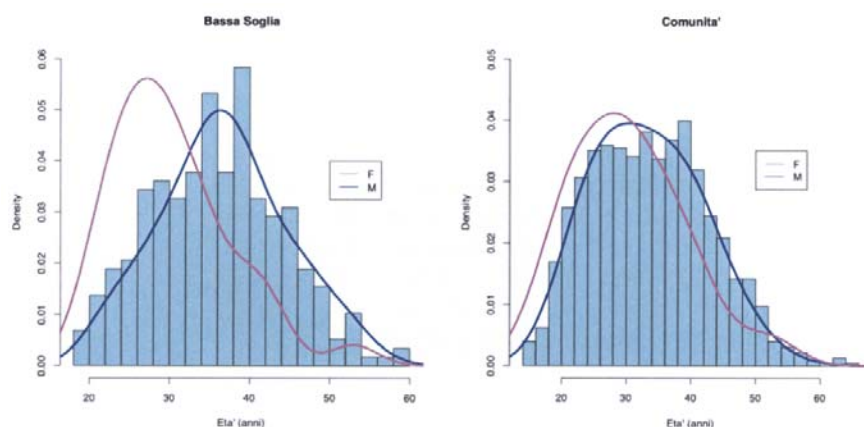


Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA 2010

Per poter procedere alla stima del totale della popolazione di utilizzatori con bisogno di trattamento nella classe di età 15-64 anni, si possono utilizzare le informazioni sulla distribuzione per età dei consumatori eleggibili a trattamento, stimata attraverso le indagini sulle comunità e sui servizi a bassa soglia e validate attraverso le informazioni sulla distribuzione per età degli utenti dei SerT stimata dai dati dello studio multicentrico DPA (Figura I.2.1.). Risulta che tra i consumatori eleggibili a trattamento, la percentuale di soggetti con età tra 15 e 21 anni è pari a circa l'8%. Pertanto PDU (15-21) rappresenta circa l'8% dei consumatori eleggibili a trattamento, quindi i consumatori 15-64 anni con bisogno di trattamento, secondo la definizione data, sono pari a circa 960.000.

Di questi, una parte rientra nella categoria dei soggetti eleggibili per trattamento, di cui è possibile avere una stima, relativamente a quelli con sostanza primaria eroina, a partire dai dati della prevalenza in trattamento nei SerT, con il metodo del moltiplicatore semplice, in analogia con quanto fatto nei due anni precedenti⁷. Per quanto detto sopra, non è, però, possibile utilizzare lo stesso approccio per i consumatori di cocaina.

Figura I.2.2: Distribuzione percentuale del campione di utenti bassa soglia e strutture socio-riabilitative per età e genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati studio PDU 2010

Per questi ultimi è, però, possibile avere stime di popolazioni che possono essere prese come indicative di quella di interesse.

Per stimare alcune popolazioni di consumatori, tra cui i consumatori di cocaina, è stato considerato l'archivio dei soggetti segnalati per art.75 per gli anni 2005-2009. Sulla base dell'analisi di completezza e di qualità dei dati, è stata estratta la sezione relativa al 2008, e sono state calcolate le stime di consumatori utilizzato il modello di Poisson troncato con eterogeneità, calcolando gli stimatori di Chao e Zelterman e i relativi intervalli di confidenza.

In relazione alla tipologia di informazioni disponibili nel suddetto archivio, in particolare i dati sui soggetti segnalati "Già noti" alle Forze dell'Ordine per precedenti segnalazioni ed i "Nuovi" soggetti segnalati, è possibile stimare i consumatori di sostanze con bisogno di trattamento, partendo dal contingente di

⁷ Occorre considerare che la stima presentata nei precedenti anni degli utilizzatori eleggibili per trattamento, essendo basate solo sulla popolazione relativa ai SerT, risulta una proxy per difetto della popolazione di interesse. Infatti, dall'indagine sulle comunità, risulta che ben il 19% degli eleggibili non passa per un SerT. Tenendo conto di questa informazione, non disponibile in precedenza, è possibile per il 2010 migliorare le stime considerando il dato ottenuto dalla comunità come una percentuale di sottonotifica.

soggetti già segnalati, mentre l'incidenza si può stimare partendo dalla popolazione dei "Nuovi" segnalati (Tabella I.2.2).

Tabella I.2.2: Stime di Zelterman per i soggetti consumatori di cocaina, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2008.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cocaina (Zelterman)		
		Media	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	679	28.774	14.802	56.570
Italia nord/occidentale	1.626	45.589	31.878	65.515
Italia centrale	1.012	51.209	28.107	94.010
Italia meridionale e insulare	1.404	70.403	42.227	118.027
Totale	4.721	195.975	148.300	259.580
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	261	3.772	2.040	7.187
Italia nord/occidentale	583	10.606	6.607	17.260
Italia centrale	299	11.138	4.498	28.282
Italia meridionale e insulare	608	9.222	6.041	14.291
Totale	1.751	34.746	24.105	50.453

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Se si correggono le stime degli utilizzatori di cocaina utilizzando l'informazione sulla proporzione di popolazione a rischio di segnalazione (valore prudenziale del 30%), si ottiene, a livello nazionale una stima per difetto pari a circa 120.000. Considerando che questi sono i soggetti che vengono segnalati da più anni, è possibile considerare questa popolazione come relativa a soggetti utilizzatori di cocaina con bisogno di trattamento⁸.

120.000
tossicodipendenti
stimati in Italia per
cocaina, 3,0 per
mille (15-64 anni)

Si può osservare che questo valore, che è sicuramente un limite inferiore, non è molto lontano dall'ordine di grandezza della popolazione eleggibile per trattamento per cocaina stimata nel 2008 (172.000)

1.2.1.2 Stima del numero dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei

I soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale rappresentano solo una parte della popolazione di utilizzatori di sostanze con possibile necessità di trattamento.

Soggetti in
trattamento: solo
una parte del
problema

Per stimare la popolazione dei potenziali utenti in trattamento per uso problematico di sostanze, l'Osservatorio Europeo di Lisbona ha definito, mediante linee guida, opportune metodologie statistiche che, unendo l'informazione di diversi flussi istituzionali, permettono di stimare il numero complessivo di consumatori che presentano problemi di salute connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive, includendo anche quella parte dei consumatori che, pur non essendosi rivolta alle strutture di trattamento nel corso dell'anno, presenta caratteristiche analoghe a quelle dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

Purtroppo le metodologie sviluppate sono applicabili in modo affidabile soltanto alla stima degli utilizzatori di oppiacei; l'Osservatorio europeo sta integrando le linee guida per tener conto delle sfide poste dai recenti andamenti del mercato e

⁸ C'è da ricordare che un numero non trascurabile utilizza, oltre alla cannabis, anche altre sostanze.

del consumo che rendono non più utilizzabile in generale la definizione di uso problematico, né le metodologie di stima.

Dei metodi di stima riportati nelle linee guida reperibili all'indirizzo in nota, si utilizza quello del moltiplicatore semplice dai dati di trattamento e si applica unicamente agli utilizzatori di oppiacei. I valori dei moltiplicatori a livello locale, stimati nel 2010, per la regione Abruzzo, la P.A. di Trento e l'area metropolitana di Bologna, unici studi locali disponibili, sono molto simili tra loro e conservano l'ordine di grandezza di quelli stimati, anche utilizzando altri studi locali, in anni precedenti. A conferma della non adeguatezza dei metodi di stima attualmente in uso per altre sostanze basti osservare che il moltiplicatore per la cocaina negli studi locali e negli ultimi tre anni disponibili varia da 2,1 a 13, oscillando nella stessa area tra 2,1 e 11,8.

Per il 2010 si stimano in Italia 218.425 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per oppiacei, corrispondenti a una prevalenza di 5,5 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

218.425
tossicodipendenti
stimati in Italia per
oppiacei, 5,5 per
mille (15-64 anni)

Tabella I.2.3: Stime di prevalenza (valori assoluti e tasso per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2010

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Abruzzo	5.308	12,09	811	1,84	6.119	6,96
Basilicata	1.699	8,69	144	0,74	1.843	4,72
Calabria	10.708	16,05	1.172	1,73	11.880	8,83
Campania	19.547	10,07	2.226	1,12	21.774	5,54
Emilia Romagna	12.495	8,80	2.708	1,92	15.202	5,37
Friuli Venezia Giulia	3.577	8,95	782	2,00	4.359	5,51
Lazio	20.229	10,92	4.227	2,21	24.457	6,49
Liguria	5.772	11,65	2.103	4,18	7.876	7,89
Lombardia	23.427	7,16	4.023	1,26	27.450	4,25
Marche	5.867	11,69	1.275	2,55	7.141	7,13
Molise	1.219	11,57	165	1,58	1.384	6,60
P.A. Bolzano	979	5,85	213	1,31	1.192	3,61
P.A. Trento	1.261	7,26	306	1,80	1.567	4,57
Piemonte	13.731	9,57	3.007	2,11	16.738	5,85
Puglia	12.424	9,22	1.257	0,91	13.682	5,01
Sardegna	4.850	8,42	681	1,19	5.530	4,82
Sicilia	12.239	7,45	1.604	0,94	13.843	4,14
Toscana	13.016	10,95	2.870	2,39	15.886	6,64
Umbria	3.278	11,46	828	2,85	4.106	7,12
Valle D'Aosta	349	8,25	74	1,80	423	5,07
Veneto	13.210	8,06	2.763	1,73	15.973	4,93
Italia	185.185	9,36	33.239	1,67	218.425	5,51

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

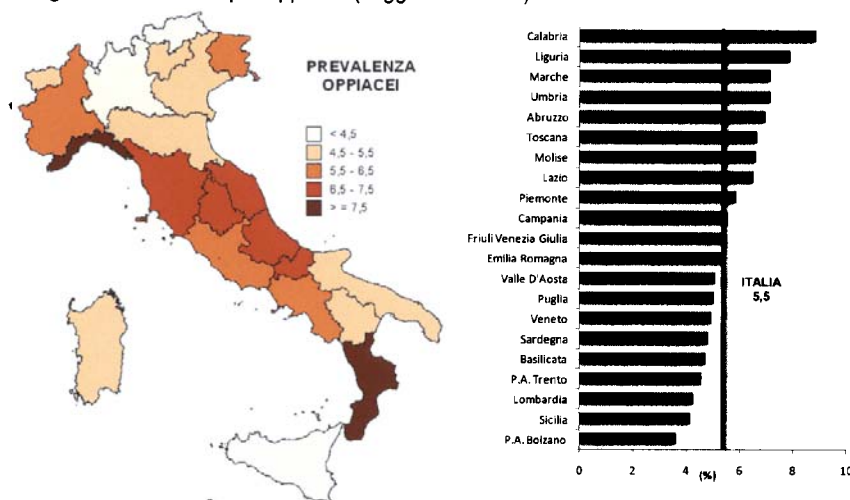
Il confronto regionale delle stime indicate in tabella I.2.3 non evidenzia un'elevata variabilità tra le differenti aree territoriali, la variabilità statistica, stimata con il metodo bootstrap, fornisce un intervallo di confidenza al 95% di semiampiezza 6000 soggetti. Se si considera la stima mediana per il confronto con il 2009, si ha che il numero di soggetti eleggibili per trattamento per oppiacei è aumentato di circa 1%, a conferma della fase endemica dell'epidemia di uso di eroina in atto ormai da oltre 15 anni.

L'analisi delle stime di prevalenza a livello regionale

L'analisi delle stime a livello regionale, eseguita dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università di Tor Vergata, evidenzia che le aree in cui si osserva la prevalenza più elevata sono la Calabria e la Liguria (rispettivamente 8,8 e 7,9 casi per mille residenti di età compresa tra 15 e 64) e nelle regioni centrali Toscana, Umbria e Marche oltre all'Abruzzo e al Molise, regioni in cui, potenzialmente, si ha il più alto numero di utenti eleggibili al trattamento nei Servizi rispetto alla popolazione residente. Negli estremi settentrionali e meridionali, invece, si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa; il valore minimo è stato calcolato per la provincia autonoma di Bolzano (3,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

Forti
differenziazioni
tra regioni

Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (soggetti cumulati). Anno 2010



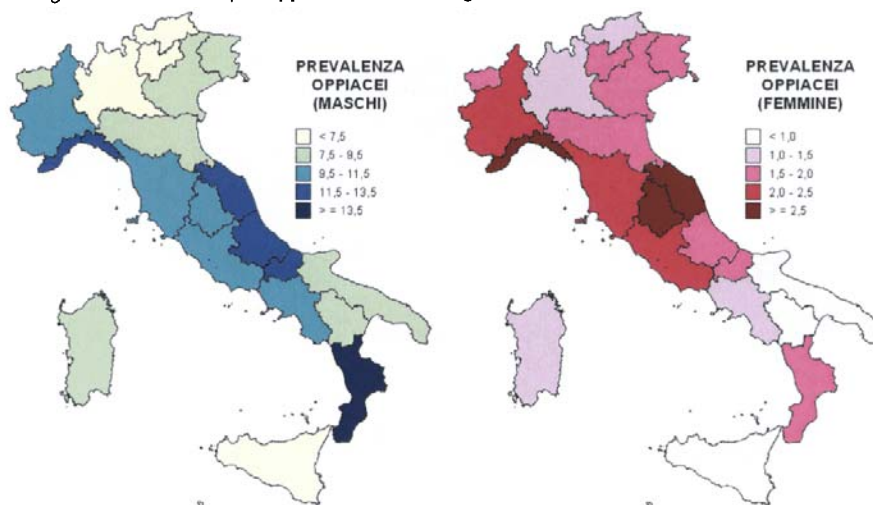
Le regioni più
colpite:
Calabria e Liguria

Le regioni meno
colpite sono: PA
Bolzano e Sicilia

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Per quanto riguarda le stime di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine, sebbene la distribuzione delle prevalenze regionali non evidenzia particolari differenze nei due profili, con l'unica eccezione della Calabria per la quale si osservano prevalenze per i maschi più marcate rispetto alle altre regioni.

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

1.2.1.3 Stime di incidenza (nuovi casi) di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

Partendo dal principio che qualsiasi uso di droga è problematico, bisogna però ricordare che vi possono essere casi a rapida evoluzione verso la dipendenza e altri che non evolvono e si autoestinguono.

Tra coloro che possono evolvere verso una dipendenza, un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi della dinamica del fenomeno è costituito dal numero di soggetti che ogni anno iniziano ad assumere sostanze psicoattive illegali e che, negli anni seguenti, sviluppando problemi di salute, richiederanno un trattamento ai servizi per le tossicodipendenze.

Questo indicatore, denominato incidenza di uso "evolutivo", stima il numero di nuovi casi di consumo in un periodo di tempo fissato, in genere un anno, che evolveranno in richiesta di trattamento e non di tutti i nuovi casi di consumo. Per stimare l'incidenza di uso evolutivo è stato utilizzato il metodo di stima Back calculation, sviluppato nell'ambito di progetti europei in collaborazione con L'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona⁹, che permette di ricostruire "incidenza di uso evolutivo" a partire da due elementi noti o stimati:

- il numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai Servizi per le Tossicodipendenze;
- la distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai servizi ("tempo di latenza").

Indicatore
incidenza di uso
"evolutivo"

⁹Scalia Tomba GP, Rossi C, Taylor C, Klempova D, Wiessing L., 2008, Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use. EMCDDA, Lisbon.