

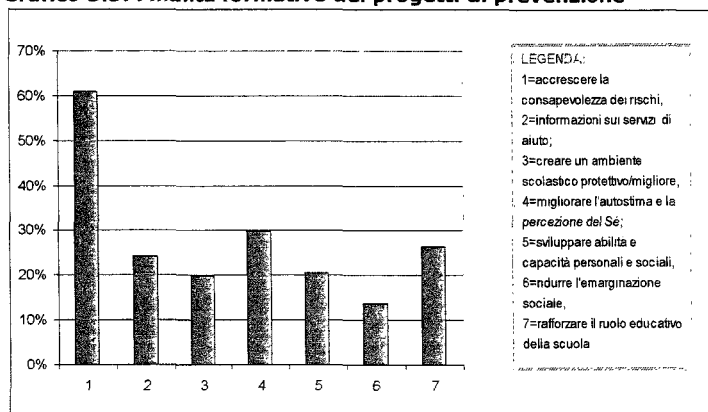
Fra gli argomenti dei progetti possono essere individuate tre grandi macro aree tematiche:

- 1) educazione alla salute (disordini alimentari 20,7%, salute mentale 13,7%, Aids e malattie sessualmente trasmissibili 19,2%, educazione sessuale e contraccezione 22,6%)
- 2) abuso di sostanze e riduzione del danno (abuso di sostanze illecite 30,5%, abuso di sostanze lecite 21,3%, alcolismo 25,8%, riduzione del danno 10,3%)
- 3) integrazione e benessere sociale (abbandono scolastico 25,2%, emarginazione sociale 17,4%, immigrazione e integrazione sociale 9,9%).

Inoltre si segnala la rilevanza assunta dalla tematica della prevenzione degli incidenti stradali che corrisponde a circa un sesto dei progetti attivati (16,8%).

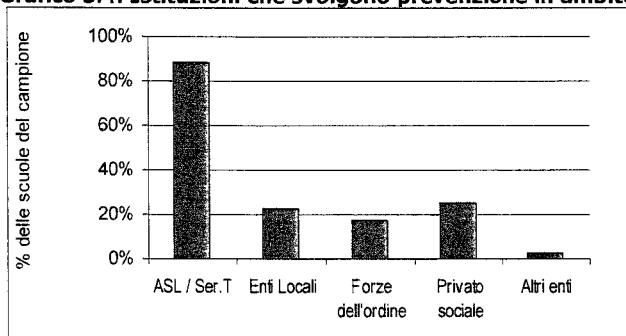
Di particolare interesse è la rilevazione delle finalità formative delle attività di prevenzione inserite nei progetti. Nella maggioranza dei casi, all'interno di uno stesso progetto si ritrovano più finalità formative. Come si osserva dal Grafico 3.3. il rafforzamento della consapevolezza dei rischi per la salute e/o sociali di certi comportamenti (60,9%), il miglioramento della propria autostima e della percezione del Sé (29,8%) e il rafforzamento del ruolo educativo della scuola sono le finalità principali.

Grafico 3.3: Finalità formative dei progetti di prevenzione



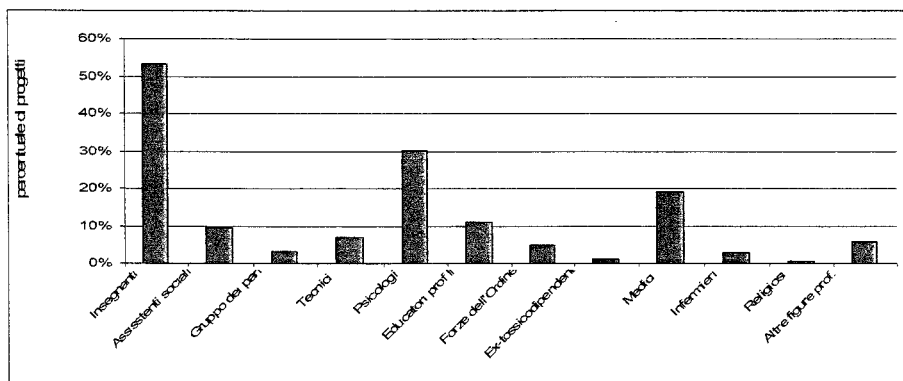
Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

La realizzazione pratica dei progetti non coinvolge soltanto istituzioni scolastiche e insegnanti ma anche altre istituzioni e figure professionali. Le modalità di attuazione e la tipologia di valutazione variano anch'esse da progetto a progetto. La distribuzione percentuale delle istituzioni coinvolte nei progetti di prevenzione diverse da quelle scolastiche è evidenziata nel Grafico 3.4.

Grafico 3.4: Istituzioni che svolgono prevenzione in ambito scolastico

Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Dal campione emerge che l'88,1% delle scuole attivano progetti in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali o i servizi specialistici territoriali per le tossicodipendenze (SerT In subordine figurano interventi del privato sociale in circa un quarto delle scuole (25,3%), degli enti locali (22,6%) e delle forze dell'ordine (17,5%). E' anche da segnalare che poco più di un sesto (17,6%) dei progetti sono realizzati sotto la forma di collaborazione tra più scuole. Le figure professionali coinvolte nei progetti e che partecipano alla loro realizzazione sono riportate nel Grafico 3.5.

Grafico 3.5: Figure professionali che svolgono la prevenzione nelle scuole

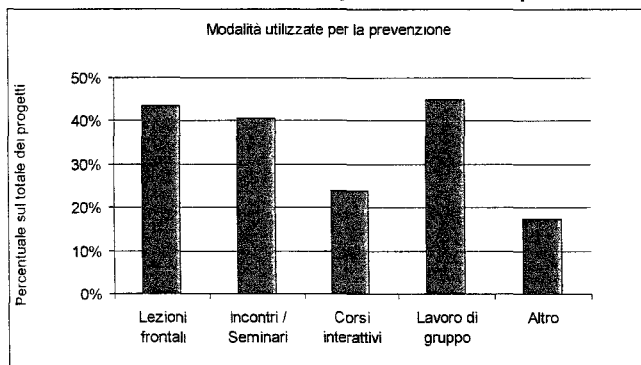
Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Gli insegnanti hanno un ruolo attivo in poco più della metà dei progetti (53,2%) mentre fra le figure professionali esterne che svolgono attività di prevenzione in ambito scolastico si distinguono le professioni sanitarie con psicologi in quasi un terzo dei progetti (30,2%), i medici (19,2%) e gli infermieri (2,9%). Le professioni sociali sono soprattutto rappresentate dagli educatori professionali (11%) e dagli assistenti sociali (9,5%). Di particolare interesse il dato relativo al coinvolgimento del gruppo dei pari come figura attiva nella prevenzione, che si limita a solo 3,1% dei progetti, sebbene le ricerche sulla prevenzione dell'uso di sostanze indicano che il gruppo dei pari è un veicolo importante ed efficace per la comunicazione di contenuti inerenti la prevenzione.

Le modalità attuative più frequentemente utilizzate nelle attività di prevenzione (Grafico 3.6) sono: il lavoro di gruppo sotto la direzione di un insegnante o di un esperto (44,9%), le lezioni frontali in cui l'esperto comunica informazioni e contenuti relativamente ai comportamenti ed alle sostanze (43,5%) molto simili alle classiche lezioni in classe, e, infine, gli

incontri che hanno una forma seminariale (40,5%). Poiché in uno stesso progetto si possono alternare modalità diverse, la somma delle frequenze delle diverse modalità è maggiore di 100.

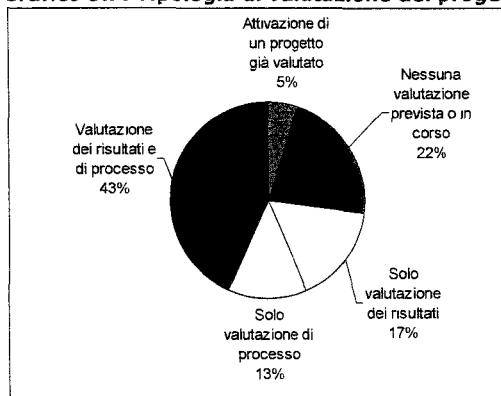
Grafico 3.6: Modalità utilizzate per le attività di prevenzione



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

La valutazione dei progetti tende ad assumere un'importanza sempre maggiore anche se a tutt'oggi non sono state elaborate precise linee guida a livello nazionale. Dall'indagine campionaria realizzata emerge che il 43,4% dei progetti è sottoposto ad una valutazione sia di risultato che di processo, il 16,6% solo di risultato ed il 12,9% solo di processo. Il 21,9% dei progetti non prevede alcuna valutazione; infine nel 5,1% dei casi è un progetto già valutato. (Grafico 3.7)

Grafico 3.7: Tipologia di valutazione dei progetti nella prevenzione



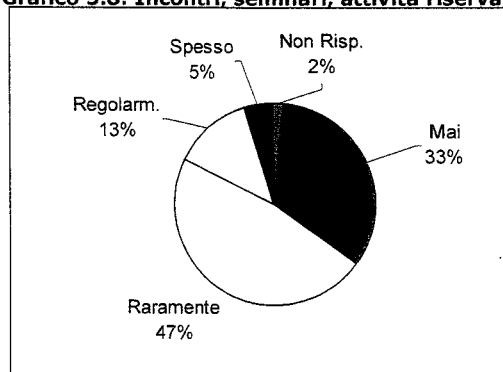
Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

L'azione dell'istituzione scolastica in materia di prevenzione dell'uso di sostanze si esplica anche mediante un ampio ventaglio di iniziative come, ad esempio, corsi di formazione per insegnanti sulle tematiche relative alla prevenzione del consumo di sostanze anche al di fuori della realizzazione di progetti. Si tratta ad esempio di corsi di formazione attivati a livello provinciale o di ASL, per fare acquisire agli insegnanti competenze da utilizzare, in un secondo momento durante l'insegnamento in classe, nelle attività curriculari e nel rapporto con gli alunni. A questo riguardo più di un terzo (38,6%) delle scuole del campione dichiara che è in effetti prevista la formazione di insegnanti sul tema della prevenzione delle droghe anche se non legata alla realizzazione di un progetto.

Questo tipo di intervento degli insegnanti sulla prevenzione dell'uso di sostanze si affianca all'inserimento di contenuti attinenti alla prevenzione all'interno delle attività curriculari che generalmente avviene in due modi. La prima modalità prevede veri e propri progetti trasversali che integrano determinati contenuti di prevenzione dell'uso di sostanze in diverse materie. Non solo vengono fornite informazioni scientifiche sulle droghe i contenuti mirano a rafforzare il senso di autostima degli alunni, la conoscenza dello stato di benessere, l'importanza di sapere resistere alla pressione dei pari. Il 33,5% del campione ha dichiarato che nella propria scuola sono previsti simili progetti. Oltre a questo primo modo integrato esiste più semplicemente la possibilità che il programma scolastico preveda che i docenti di certe materie forniscano semplici informazioni di base sulle droghe come ad esempio nozioni sulla composizione delle droghe, sugli effetti delle sostanze psicotrope, ecc.... In questo caso più dei 2/3 (71,9%) del campione afferma che nelle loro scuole il programma scolastico prevede tale possibilità.

Come evidenziato da recenti ricerche in materia di prevenzione, i genitori possono avere una fondamentale funzione protettiva nei confronti dei fattori di rischio associati all'uso di droghe. Molte azioni rivolte primariamente ai genitori ed all'ambiente familiare si svolgono a livello della comunità locale vale a dire al di fuori delle strutture scolastiche. Tuttavia anche all'interno della scuola esistono specifici programmi di incontri e seminari riservati ai genitori. Dal campione di scuole risulta che nel 17,6% tali incontri sono previsti regolarmente o spesso mentre nel 47,2% questo tipo di attività è un evento raro e nel 33,5% dei casi non viene mai realizzato.

Grafico 3.8: Incontri, seminari, attività riservati ai genitori

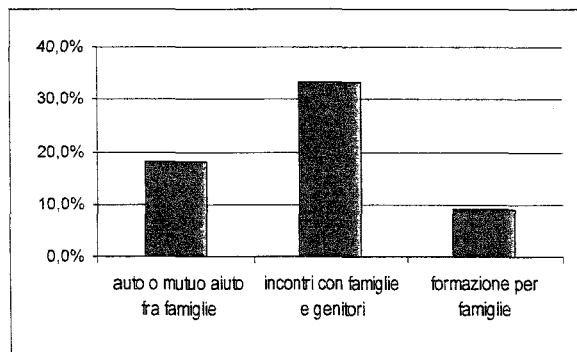


Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

3.1.2 Prevenzione Universale a livello della famiglia

Gli interventi basati su incontri di genitori e famiglie – fuori dal contesto scolastico - sono realizzati con regolarità nel 33,3% dei casi mentre i programmi di auto-mutuo aiuto fra famiglie sono attuati regolarmente nel 18,2% dei casi e gli interventi di formazione che prevedono attività guidate per famiglie sono attive nel 9,1% dei casi (Grafico 3.9)

Grafico 3.9: Frequenza con la quale sono realizzati regolarmente programmi di prevenzione universale rivolti alle famiglie. Per tipologie di programmi.

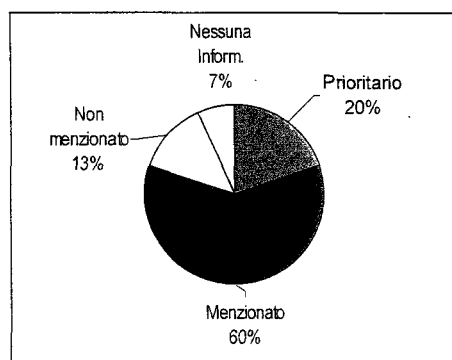


Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

3.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

I dati di seguito riportati fanno riferimento ad un campione di circa 90 strutture di servizio territoriali specialistiche per le dipendenze arruolate nel progetto SIMI@Italia. Il 20% dei responsabili dei servizi afferma che nella programmazione a livello locale e/o regionale così come nei documenti di indirizzo, viene attribuito un carattere di priorità alla creazione di sistemi di reti a livello della comunità locale, il 60% dichiara che tale tematica è almeno menzionata nei documenti ufficiali delle istituzioni locali. Si tratta sia di reti formali ed istituzionali che di reti che coinvolgono diverse forme di associazionismo. Non sono esclusivamente finalizzate alla prevenzione delle droghe ma contribuiscono a ridurre i fattori di rischio ed a rafforzare quelli di protezione rispetto all'uso di sostanze. (Grafico 3.10)

Grafico 3.10: Rilevanza attribuita nella programmazione locale e /o Regionale di azioni per lo sviluppo di sistemi di reti a livello di comunità locale.



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Tra questi sistemi di reti possiamo citare il progetto "Centri di Aggregazione Giovanili (CAG)" promosso con il contributo del MIUR. Le finalità dei CAG sono volte principalmente favorire processi di partecipazione responsabile, di autonomia e identità dei giovani; contribuire allo sviluppo della personalità; soddisfare il bisogno di comunicare, di costruire relazioni significative; aiutare nella ricerca di risposte ai quesiti sul senso della vita; contribuire alla costruzione del senso di appartenenza alla comunità sociale; creare una rete sul territorio per coinvolgere e formare quei giovani che presentano comportamenti o

atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima; offrire reali opportunità di orientamento e inserimento nel mondo della formazione professionale, anche attraverso specifiche attività integrate; attivare modelli di ascolto, *counseling* e orientamento con particolare riferimento alle diverse forme di disagio espresse dai giovani; realizzare interventi di consulenza e sostegno alle famiglie; sensibilizzare il mondo degli adulti e incentivarlo al dialogo su presupposti concreti con l'universo giovanile.

Le attività dei CAG (concerti, mostre, attività sportiva, laboratori) volte alla prevenzione di tutte le forme del disagio giovanile, incluse le dipendenze e la lotta all'abbandono scolastico, sono realizzate tenendo conto del vasto ambito della "sofferenza sociale" delle aree a rischio di emarginazione, determinate da dinamiche di disgregazione dei legami familiari, di abbandono, di povertà culturale.

I CAG rappresentano quindi – nelle 10 località ove costituiti, anche se il progetto ne prevede la costituzione di 20 - un momento di forte aggregazione e di raccordo con altri Enti territoriali e di conseguenza con il coinvolgimento di tutte le istituzioni pubbliche, del volontariato, del privato sociale, e più in generale di tutto il settore no-profit, del mondo delle professioni e del lavoro.

Le 10 città in cui esistono i CAG sono: Bergamo, Cagliari, Catania, Catanzaro, Foggia, Milano, Padova, Roma 1, Torino e Verona

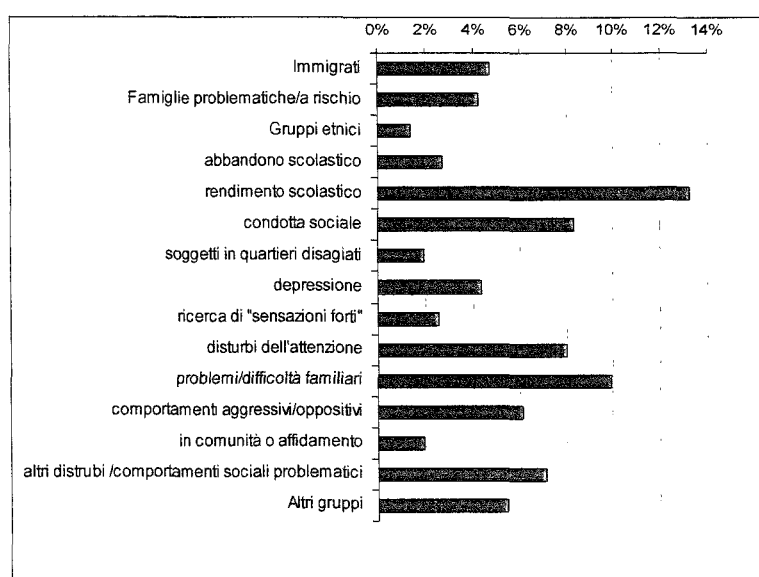
La collocazione geografica dei CAG risponde a criteri di distribuzione diffusa sul territorio nazionale e tende a garantire il servizio sia nelle principali aree metropolitane che in capoluoghi di regione e di provincia.

3.2 Prevenzione selettiva e mirata

3.2.1 Interventi di prevenzione selettiva e mirata a livello della scuola

Benché i progetti di prevenzione nella scuola si rivolgano a tutti gli studenti, in molti di essi sono inseriti contenuti relativi a problematiche di particolari gruppi a rischio. Il grafico qui sotto (Grafico 3.11) descrive i progetti i cui contenuti affrontano problematiche diverse: dai disturbi dell'attenzione, al rendimento scolastico, ai disturbi della condotta, dai problemi di emarginazione sociale a quelli dell'immigrazione e dei gruppi etnici.

Grafico 3.11: Problematiche affrontate nell'ambito dei progetti di prevenzione attivati nella scuola.



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Oltre la scontata importanza che viene attribuita nei progetti di prevenzione nella scuola alle difficoltà di rendimento scolastico, il grafico 3.16 evidenzia la rilevanza di problematiche legate alle difficoltà in famiglia (10%), alle difficoltà della condotta sociale (8,3%), ai disturbi dell'attenzione (8%) e ad altri disturbi e comportamenti sociali problematici (7,1%).

I Centri di Informazione e Consulenza (CIC), costituiti con il DPR del 9/10/1990 n° 309 all'interno delle scuole secondarie superiori e regolamentati con successive circolari del Ministero della Pubblica Istruzione sono un esempio di prevenzione selettiva e mirata. Benché aperti a tutti essi sono essenzialmente volti al sostegno di studenti in difficoltà personale familiare e sociale. La loro funzione è di offrire informazioni sanitarie, giuridiche e di altro genere come ad esempio aspetti associativi e di impiego del tempo libero oltre a consulenze in caso di difficoltà o bisogno di orientamento sui problemi psicologici e sociali.

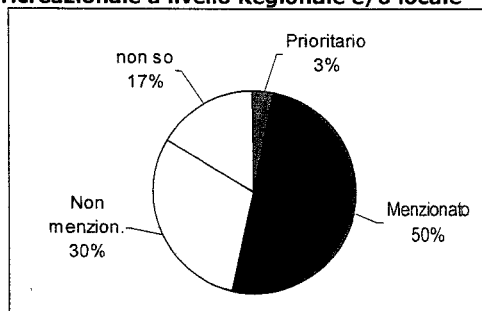
3.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale

A livello europeo una particolare attenzione viene rivolta alla prevenzione in ambiti ricreazionali: discoteche, pub, feste, concerti. Questa prevenzione si rivolge ai giovani che frequentano questi spazi ricreativi e

nei quali l'ampia disponibilità ed accessibilità a sostanze diverse dall'eroina ha portato i giovani ad avvicinarsi a nuove modalità di assunzione e nuove droghe.

Anche in Italia, vi è una grande attenzione a questa problematica. In effetti, a livello regionale o locale, il 50% degli esperti del campione rappresentativo di servizi territoriali per le tossicodipendenze consultati afferma che la prevenzione dell'uso di sostanze è menzionata nei documenti di programmazione o di indirizzo delle istituzioni regionali o locali e che nel 3,3% dei casi tale problematica è considerata prioritaria dalla autorità locali. (Grafico 3.12)

Grafico 3.12: Rilevanza istituzionale attribuita alla prevenzione in ambito ricreazionale a livello Regionale e/o locale



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Tra le iniziative attivate più frequentemente nei contesti come le discoteche e locali di svago giovanile occorre segnalare:

- Campagne informative mirate sui rischi connessi all'uso di sostanze (legali ed illegali) con attenzione particolare alle sostanze di sintesi;
- Realizzazione di azioni volte alla riduzione dei rischi e dei danni connessi all'uso di sostanze di sintesi nei locali e nei contesti di ballo con la distribuzione di acqua o bibite analcoliche (prevenzione del colpo di calore)
- Contatto e realizzazione di campagne informative mirate sui rischi connessi alla diffusione del virus HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili
- Contatto e prima consulenza ai consumatori di droghe di sintesi
- Promozione della visibilità di servizi in grado di accogliere domande specifiche di questo tipo di consumatori
- Promozione di connessioni operative finalizzate alla prevenzione tra i protagonisti del "mondo della notte" (operatori e organizzatori di eventi, operatori della comunicazione) e operatori dei servizi (SerT e Enti locali)
- Promozione di contatti finalizzati alla realizzazione di percorsi di formazione per gli operatori dei locali da ballo

EVIDENZE

Con circa il 93% delle scuole secondarie che ha attivato almeno un proprio progetto di prevenzione e il 50% che ne ha attivato due o più, l'istituzione scolastica si dimostra capace di assicurare una copertura pressoché completa ed omogenea del territorio nazionale. La rilevanza attribuita dalle scuole al problema della prevenzione dell'uso di sostanze è evidenziata dal numero di scuole che hanno inserito questi interventi nel POF: nel campione dell'indagine nazionale il 95,4% dei progetti di prevenzione erano previsti dal POF. I progetti sono di norma articolati su più aree tematiche e mirano ad intervenire su più componenti formative strategiche: nel 60% i progetti hanno come obiettivo strategico quello di

accrescere la consapevolezza dei rischi legati all'uso di sostanze siano esse legali che illegali mentre l'obiettivo di migliorare l'autostima e la percezione di Sé è presente nel 30% dei progetti. Inoltre, pur rivolgendosi indistintamente a tutti gli studenti spesso nel loro svolgimento affrontano tematiche relative a particolari gruppi di popolazione scolastica a rischio.

Al di fuori della scuola, sono da segnalare gli interventi rivolti alle famiglie e quelli, a livello di comunità locale, miranti allo sviluppo di sistemi di reti (tra istituzioni, centri di aggregazione, ecc...). E' da notare tuttavia che la prevenzione universale rivolta alla famiglie è molto meno diffusa ed utilizzata e la modalità principale sono gli incontri con le famiglie ed i genitori e i gruppi di auto-mutuo aiuto fra famiglie. Per quanto attiene invece allo sviluppo di sistemi di reti a livello comunale, si rileva che ben l'80% dei documenti di programmazione a livello locale riconoscono l'importanza di questo tipo di intervento.

Nella prevenzione selettiva, che si rivolge a particolari gruppi ritenuti a rischio, si osserva che il tipo di intervento a cui è data maggiore importanza è quello sui soggetti in ambito ricreazionale.

PAGINA BIANCA

PARTE 4

USO PROBLEMATICO DI DROGHE

4.1 Stime di prevalenza e incidenza

4.2 Profilo dei clienti in trattamento

4.1 Stime di prevalenza e incidenza.

Stime di prevalenza

La pianificazione strategica ai fini di programmazione, in un settore complesso come quello delle dipendenze, non può fare a meno di strumenti che permettano la quantificazione numerica della quota di soggetti che presentano problemi di salute legati all'uso di sostanze psicoattive. In Italia, secondo quanto concordato con l'Osservatorio di Lisbona, il numero di soggetti utilizzatori problematici di sostanze¹ viene determinato attraverso 4 metodologie specifiche: il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati, il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo cattura/ricattura ed il metodo dell'indicatore demografico. Le metodologie adottate rielaborano le informazioni acquisite dai diversi flussi istituzionali inerenti il fenomeno, sia per quanto concerne gli aspetti di cura e riabilitazione che per quanto riguarda la fase di contrasto da parte delle Forze dell'Ordine, così da fornire valori di stima che quantifichino il totale comprensivo anche della quota di utilizzatori problematici che non si rivolgono ai servizi preposti al trattamento. Come riportato in tabella 1 i valori di stima variano da un minimo di 287.721 ad un massimo di 322.998 soggetti; il valore medio delle 4 stime calcolate, pari a 307.336, indica il totale degli utilizzatori problematici di sostanze stimato nel nostro paese per l'anno 2005 secondo quanto definito dall'Osservatorio europeo di Lisbona.

Tabella 4.1: Casi prevalenti stimati per l'anno 2005 (valori assoluti e intervallo di variazione)

Ann o	Moltiplicatore segnalazioni decessi droga correlati	Indicatore demografic o	Cattura/ricattur a	Indicatore multivariato	Intervallo di variazione della stima
200 5	304.104	314.520	287.721	322.998	287.721 – 322.998

Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Per l'anno 2005, così come richiesto dall'Osservatorio europeo, sono state implementate per la prima volta stime a livello nazionale relative all'uso problematico focalizzate su gruppi di sostanze, così da affinare ulteriormente il dato grezzo e separare per tipologia di utilizzo; grazie alla qualità delle informazioni raccolte a livello centrale ed alla disponibilità di dati a livello analitico sugli utenti in trattamento, è stato possibile determinare i valori di stima per due grandi gruppi: gli oppiacei, che principalmente riguardano l'uso di eroina, e gli stimolanti, che essenzialmente riguardano l'uso di cocaina. Dai valori riportati in tabella 2 emerge come le stime oscillino dai 195.649 ai 223.104 soggetti per gli oppiacei (valore medio 209.276), e dai 126.046 ai 143.174 soggetti per gli stimolanti (valore medio 134.608). Dai valori stimati è possibile valutare che nel corso dell'anno 2005, in media, solo una quota prossima al 50% dei soggetti con problematiche di salute legate all'utilizzo di oppiacei ha fatto domanda di trattamento presso i servizi territoriali proposti (sia pubblici che del privato sociale); tale quota scende, in media, sotto il 20% per quanto riguarda gli utilizzatori problematici di stimolanti.

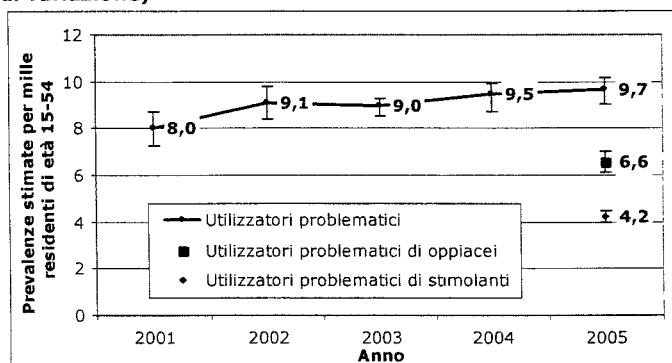
¹ Per uso problematico, secondo la definizione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona, è da intendersi "il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine".

Tabella 4.2: Utilizzatori problematici per gruppi di sostanze, casi prevalenti stimati per l'anno 2005

Anno	Oppiacei		Stimolanti	
	Indicatore demografico	Indicatore multivariato	Indicatore demografico	Indicatore multivariato
2005	195.649	223.104	126.046	143.174

Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Il rapporto tra il numero dei casi prevalenti stimati e la popolazione residente in Italia di età compresa tra i 15 ed i 54 anni fornisce il valore della prevalenza stimata che, per l'anno 2005, si attesta su valori compresi tra i 9,0 ed i 10,2 soggetti utilizzatori problematici ogni 1.000 residenti. Rispetto ai grandi gruppi di sostanze si osservano valori stimati della prevalenza compresi, rispettivamente per gli oppiacei e gli stimolanti, tra i 6,2 ed i 7,0 e tra i 4,0 ed i 4,5 soggetti ogni mille residenti. L'analisi dell'andamento temporale delle prevalenze stimate per il quinquennio 2001-2005 (grafico 4.1) mostra una situazione di lieve ma costante aumento dei valori stimati. La variazione osservata di 1,7 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 54 anni corrisponde, in media, ad un incremento annuo complessivo di circa 11.000 soggetti, parte dei quali incidenti e parte dei quali in recidiva rispetto all'uso problematico.

Grafico 4.1: Andamento temporale delle prevalenze stimate (valori medi e intervallo di variazione)

Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Stime di incidenza dell'uso di eroina e cocaina nella popolazione (i soggetti nuovi)

Insieme al numero totale di persone che in un dato anno presentano problemi che derivano dal fare o aver fatto uso di sostanze psicotrope, è importante conoscere anche il numero di soggetti che ogni anno "iniziano" ad assumere tali sostanze.

Queste due quantità, insieme al tempo che intercorre tra il primo uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento (tempo di latenza), sono tra loro correlate.

Dall'analisi della distribuzione del tempo di latenza per l'eroina, si evince che in media entro cinque-sei anni viene intrapreso un percorso terapeutico. In particolare, la metà delle persone si rivolge ai Servizi per le tossicodipendenze entro 5 anni dall'inizio della dipendenza, mentre quasi tutti (90%) richiedono il primo trattamento entro 9 anni dall'inizio dell'uso problematico.

Per quanto riguarda la cocaina, in media si impiegano sette-otto anni per arrivare ai Servizi ed in particolare dopo 6 anni il 50% dei tossicodipendenti da cocaina intraprende il primo percorso terapeutico,

mentre entro 11 anni dall'inizio della dipendenza il 90% dei soggetti richiede il primo trattamento.

In Italia, l'incidenza di uso problematico viene stimata utilizzando una metodologia riconosciuta dall'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona, chiamata Back-Calculation.

Per il 2005, si è stimato che in Italia 29.663 soggetti abbiano iniziato a far uso problematico di eroina. Rapportando tale numero con la popolazione a rischio (15-54 anni), si ottiene che circa 9 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni hanno iniziato nel 2005 a far uso di eroina.

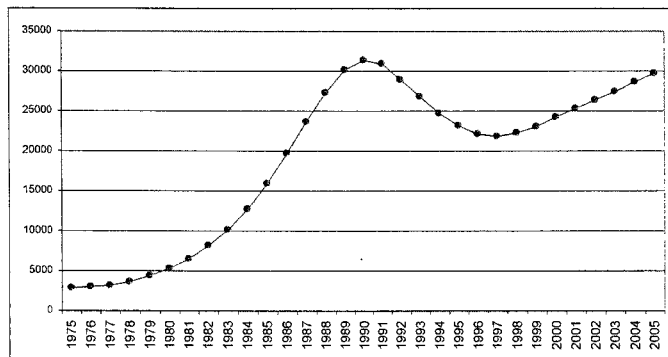
Per quanto riguarda la cocaina, invece, la stima dell'incidenza per il 2005 è di 9.174 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 persone residenti in Italia di età compresa tra i 15 e i 54 anni.

Tabella 4.3: Stima del numero di soggetti che hanno iniziato a far uso di eroina e cocaina in Italia nell'anno 2005 (valori assoluti delle stime e intervallo di variazione)

Sostanza	Stima di incidenza con il metodo Back-Calculation	Intervallo di variazione della stima
Eroina	29.663	29.016 - 30.310
Cocaina	9.174	8.541 - 9.806

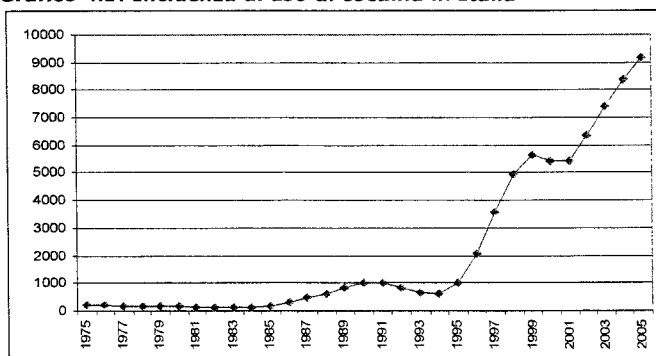
Al fine di valutare la variazione nel tempo del numero di "nuovi" utilizzatori di eroina e cocaina nel corso degli anni, di seguito vengono riportate le curve dei casi incidenti nel periodo 1975-2005.

Grafico 4.2: Incidenza di uso di eroina in Italia



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il grafico 1 mostra un aumento del numero di nuovi tossicodipendenti da eroina dalla seconda metà degli anni settanta fino al 1990, arrivando ad un massimo di circa 31.000 soggetti. Successivamente si osserva un andamento decrescente, che arriva a toccare il valore minimo di circa 22.000 tossicodipendenti da eroina nel 1997, per poi iniziare una lenta ripresa negli ultimi anni (arrivando ai 29.663 soggetti dell'anno in esame).

Grafico 4.3: Incidenza di uso di cocaina in Italia

Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Per quanto riguarda la cocaina, dalla seconda metà degli anni ottanta si è iniziato ad osservare un lieve aumento dell'incidenza di primo uso. Tale aumento si è fatto considerevole dalla seconda metà degli anni novanta fino al 2000, anno in cui si è registrato un assestamento del numero di nuovi utilizzatori che poi ha ripreso a crescere fino al 2005, raggiungendo quota 9.174.

EVIDENZA

Le stime del numero di soggetti potenzialmente eleggibili ad una terapia per la dipendenza da sostanze psicoattive indicano che nel 2005 circa 10 italiani ogni mille residenti tra i 15 e i 54 anni di età (circa 300.000 persone), avevano caratteristiche tali di uso di droghe da rendere opportuno un trattamento terapeutico specialistico. Più della metà di questi soggetti (6 soggetti ogni mille abitanti, circa 180.000 persone), sono stati in carico presso i Ser.T. per un trattamento nel corso del 2005. Il numero di soggetti che inizia a fare uso di eroina ogni anno, mostra negli ultimi cinque anni una crescita di circa 1.000 persone per anno, passando da 25.000 nel 2001 a 30.000 nel 2005. Il numero di soggetti che iniziano, ogni anno, a fare uso di cocaina passano, nello stesso periodo, da 5.500 soggetti nel 2001 a più di 9.000 nel 2005.

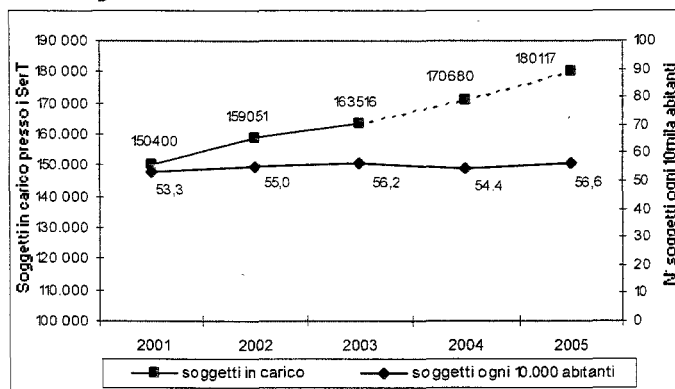
4.2 Profilo dei clienti in trattamento

Lo studio delle caratteristiche socio-demografiche tramite le quali descrivere il profilo dei clienti in trattamento secondo gli standard previsti dall'Osservatorio europeo di Lisbona, per l'anno 2005 è stato condotto sulla base dei flussi trasmessi dal Ministero della Salute e delle evidenze preliminari del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI@Italia).

Mentre i dati trasmessi dal Ministero della Salute sono in forma aggregata, e non permettono quindi né il controllo delle informazioni né l'analisi congiunta di più fattori. I dati ricavati dal Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori sono raccolti su record individuali e permettono sia di verificare la qualità del dato raccolto che di effettuare analisi complesse finalizzate a dare una profilatura completa degli utenti in trattamento. Tale progetto, che si colloca all'interno delle attività di integrazione delle informazioni analitiche provenienti dalle fonti istituzionali e riguardanti soggetti consumatori problematici di sostanze, coinvolge 21 aree provinciali rappresentative del territorio nazionale ed ha consentito di supportare le evidenze rilevate dall'analisi del flusso informativo del Ministero della Salute con i dati acquisiti su un campione non casuale di 25.571 soggetti, corrispondenti al 14% degli utenti che per l'anno 2005 hanno formulato domanda di trattamento presso i servizi territoriali pubblici.

In base ai dati trasmessi del Ministero della Salute, nel 2005 si sono stimati² 180.117 soggetti in carico presso i Ser.T., confermando un trend in crescita documentato ormai da diversi anni (Grafico 4.4). Si precisa, tuttavia, che su tali dati non è possibile effettuare un controllo dei soggetti che attivano più trattamenti nel corso dell'anno e che quindi possono essere contati più volte.

Grafico 4.4 - Distribuzione del numero di soggetti in carico nei Ser.T. Valori assoluti e tasso ogni 10 mila abitanti. Anni 2001-2005.



Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Se si rapporta il numero dei soggetti in carico in ogni anno alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni d'età (registrata alla data del 1° gennaio di ogni singolo anno), si contano nel 2001 circa 53

² Alla data del 1° giugno 2006 sono state rilevate le informazioni contenute nelle schede ministeriali (annuali) del 90,2% dei complessivi servizi per le tossicodipendenze presenti sul territorio nazionale. Su tale copertura si è calcolata la stima del numero di utenza media per provincia e tale cifra si è applicata a tutte le province con copertura parziale, raggiungendo la stima complessiva di seguito presentata. Tale procedura di stima è stata applicata anche per l'anno 2004, in cui la copertura relativa all'ultimo aggiornamento è pari al 94,8%.