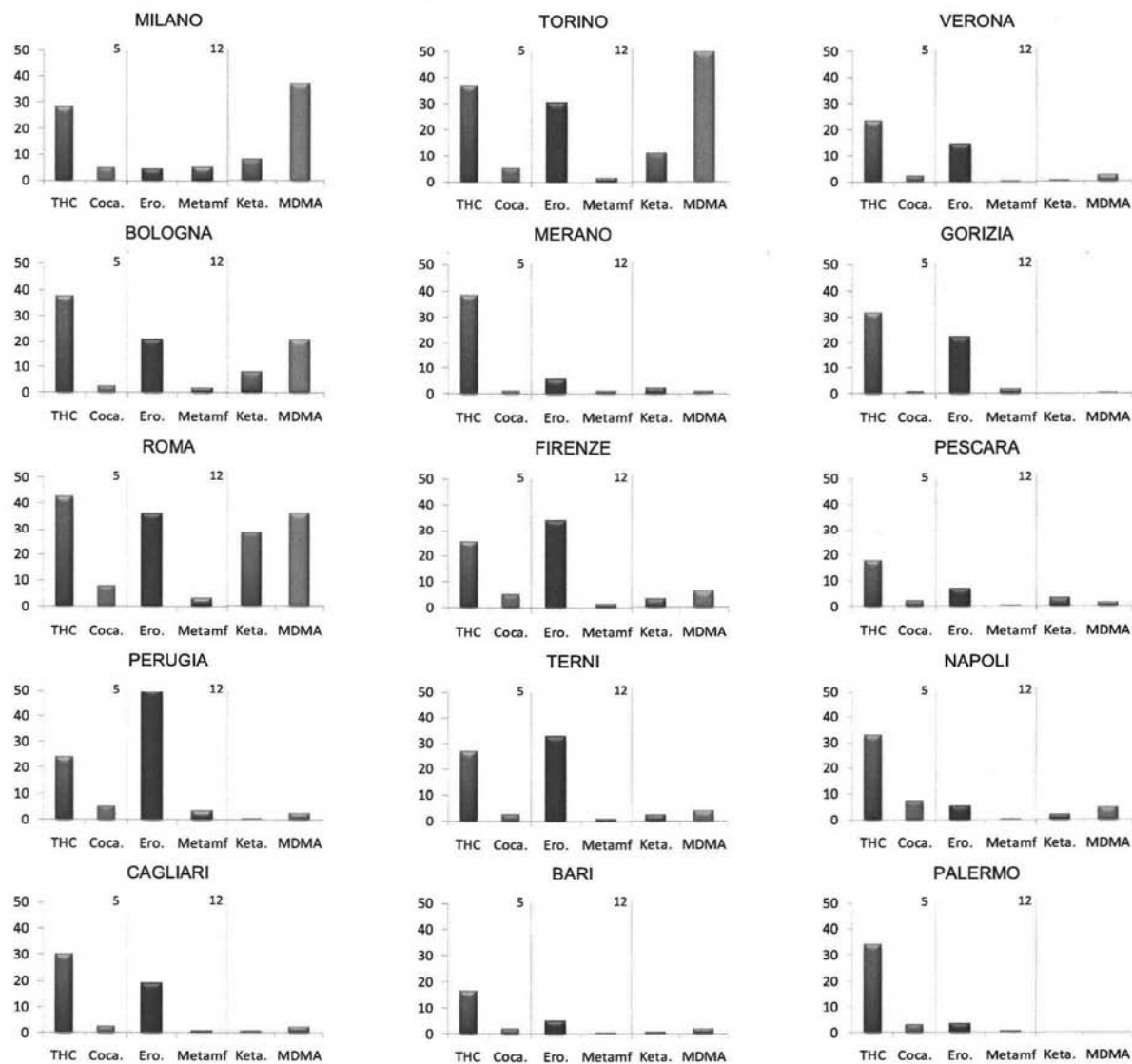


comune a tutti i centri indagati, si caratterizza per la maggior presenza di sostanze stimolanti, in particolare l'ecstasy, sostanzialmente assente nei centri urbani delle altre aree geografiche ad eccezione della città di Roma.

Il consumo di eroina sembra interessare maggiormente il centro Italia, con Perugia capofila (5 dosi/giorno/1000 abitanti) seguito da Roma, Firenze e Terni (3 dosi/giorno/1000 abitanti). Concentrazioni analoghe sono state rilevate anche nelle città di Torino e Nuoro, mentre consumi minori, inferiori ad una dose/giorno/1000 abitanti, si osservano invece a Milano, e nelle città dell'Italia meridionale (Napoli, Pescara, Bari, Potenza e Palermo).

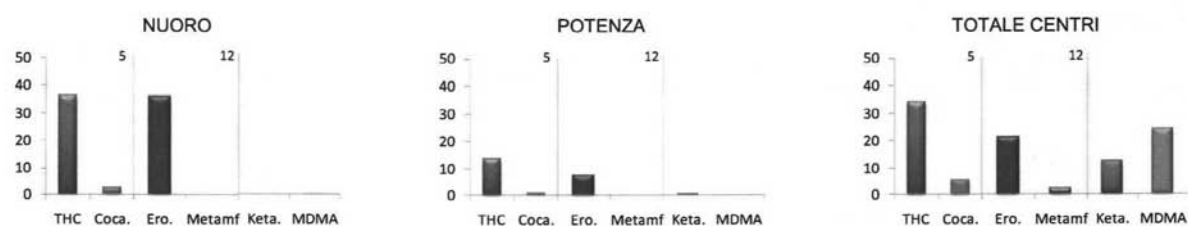
I consumi più elevati di cocaina si rilevano a Roma e Napoli (7-8 dosi/giorno/1000 abitanti), seguite da Milano, Torino, Firenze e Perugia (5 dosi/giorno/1000 abitanti). Consumi più contenuti si osservano nelle altre città (3-4 dosi/giorno/1000 abitanti), mentre tra i centri minori il consumo di cocaina risulta più elevato a Terni e Nuoro (2.0-2.5 dosi/giorno/1000 abitanti).

Figura I.1.111: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimate mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per la campagna 2011, per tipo di centro.



continua

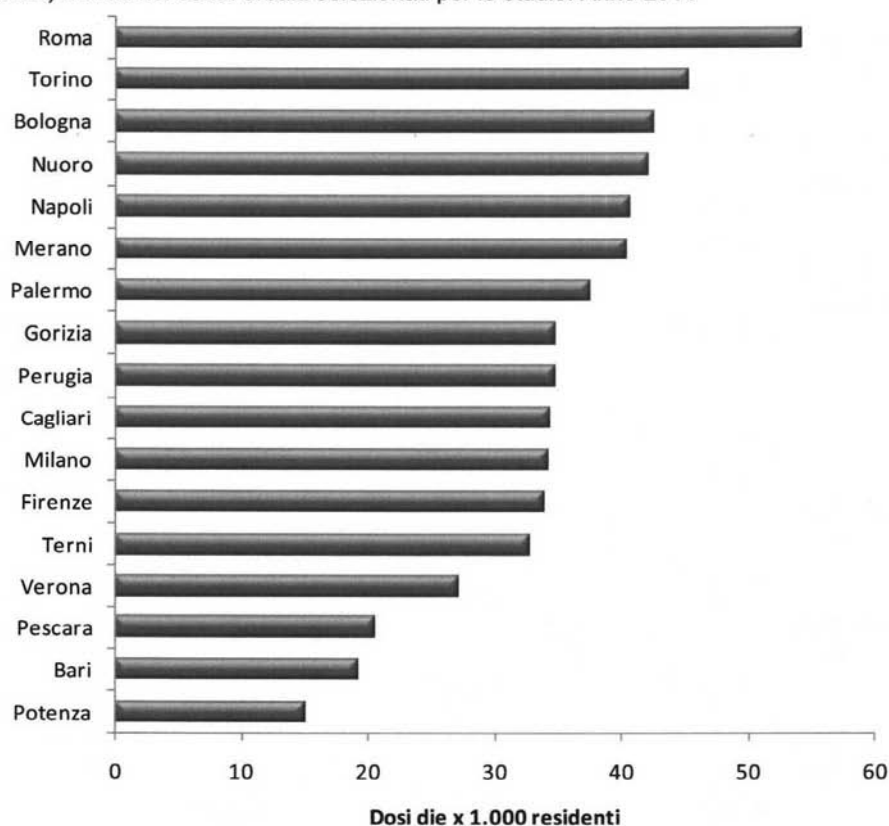
continua



Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Nel complesso, considerando i consumi totali di sostanze rilevati in ciascun centro indagato, si evince che Roma, con 55 dosi totali al giorno ogni 1.000 residenti è la città con i consumi più elevati di sostanze stupefacenti, seguita da Torino, Bologna e Napoli (oltre 40 dosi totali al giorno per 1.000 abitanti). Tra i centri minori consumi elevati si registrano in Sardegna a Nuoro e in Alto Adige a Merano, mentre le concentrazioni minori si osservano nell'Italia meridionale sia per i grandi centri urbani, Bari con 20 dosi totali, che per i centri minori, Potenza con 18 dosi totali al giorno ogni 1.000 residenti.

Figura I.1.112: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti (grammi/die per 1.000 residenti) rilevati nei centri urbani selezionati per lo studio. Anno 2011



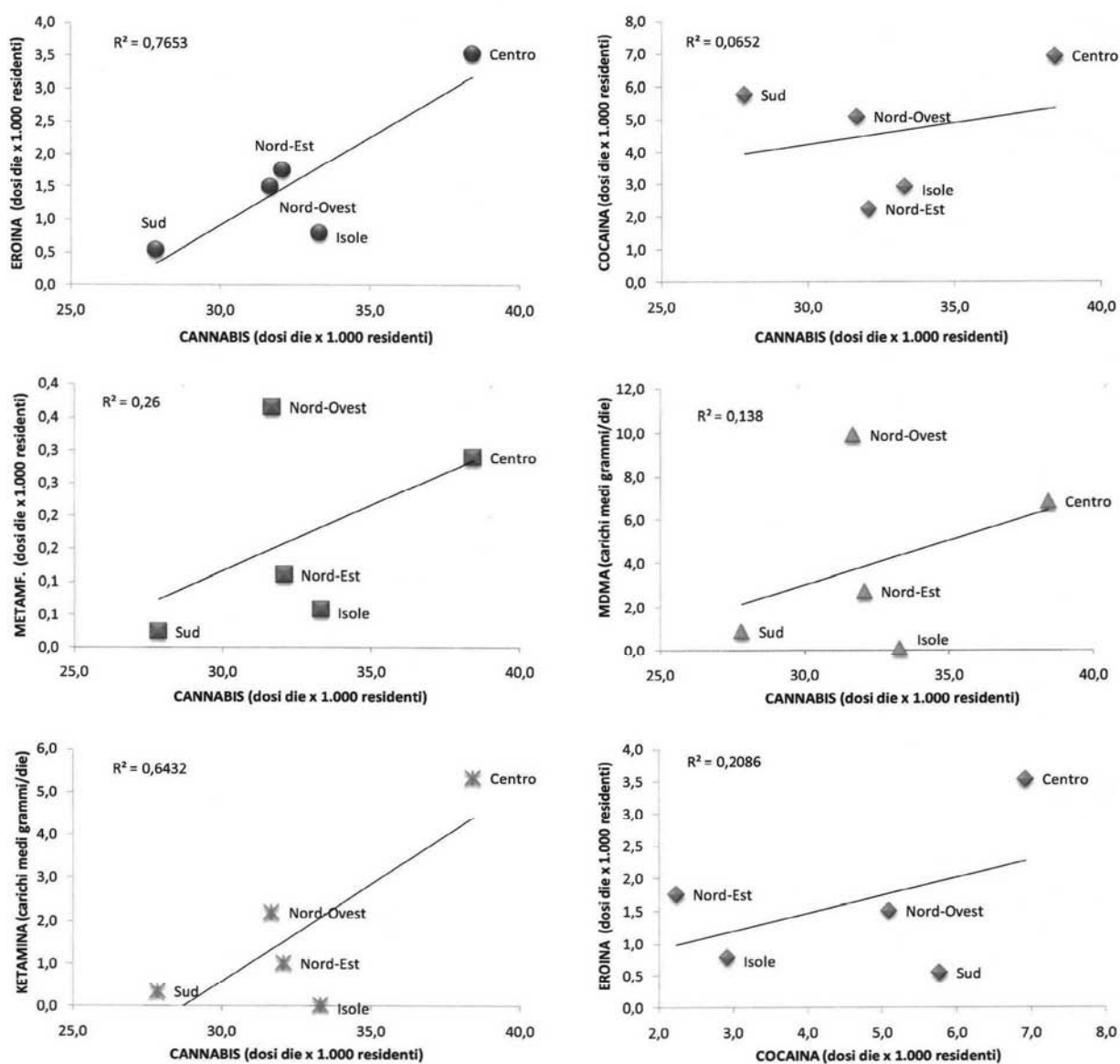
Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Aggregando i consumi rilevati nei 17 centri urbani inclusi nello studio, per area geografica, nella Figura I.1.113, sono rappresentate a coppie, le principali associazioni tra i consumi delle diverse sostanze indagate nella campagna di rilevazione del 2011.

Il consumo di cannabis sembra essere associato al consumo di eroina, con basse concentrazioni al sud, consumi medi nell'Italia settentrionale e nelle isole e consumi elevati al centro Italia. Nessuna associazione emerge dal confronto tra il consumo di cannabis e cocaina, ad indicare che i due gruppi di consumatori sono tra loro differenti e poco affini, analogamente ai consumatori di altre sostanze stimolanti poco associati agli stessi consumatori di cannabis.

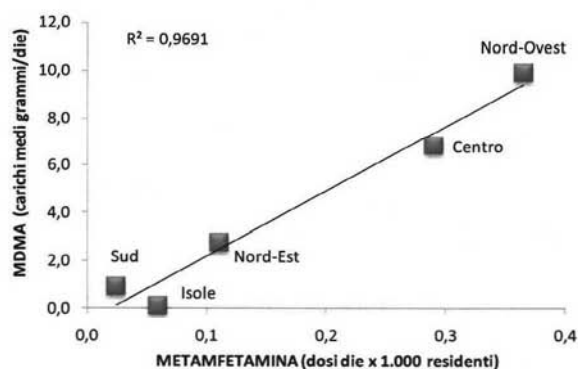
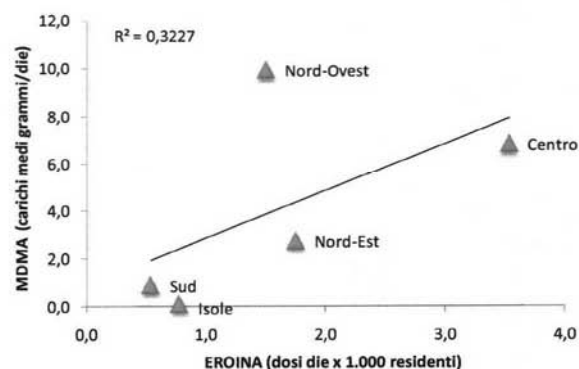
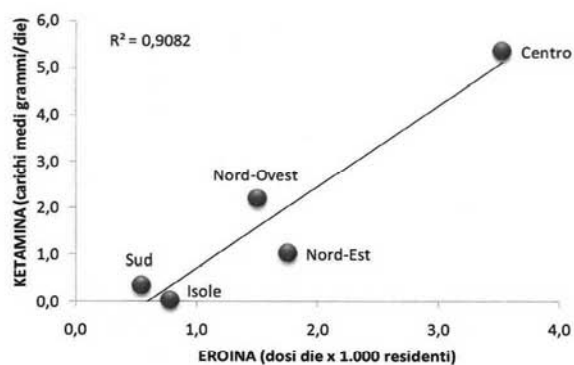
Il consumo di cannabis risulta inoltre associato al consumo di Ketamina, confermato e coerente con l'associazione del consumo di quest'ultima con l'uso di eroina, con valori minimi nell'Italia meridionale e valori massimi nell'Italia centrale.

Figura I.1.113: Associazione dei consumi tra le sostanze per area geografica. Anno 2011



continua

continua



Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

CAPITOLO I.2.

SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

*I.2.1.1. Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso
di oppiacei e cocaina*

I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.2.2.1. Stime di prevalenza di utilizzatori di cocaina e cannabis

I.2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

Il consumo problematico di sostanze psicoattive rappresenta uno dei cinque indicatori epidemiologici chiave adottati dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga; 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 psicoattive¹ 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 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.²

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 anno³. 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 per il consumo di altre sostanze differenti dagli oppiacei. 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 consecutive⁴.

L'applicazione di tali metodi sui flussi informativi nazionali si presta con particolare affinità ai dati rilevati dal Ministero dell'Interno ed in particolare dal Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie, relativi alle segnalazioni ex-art. 75 DPR 309/90 per possesso di stupefacenti ad uso personale, in particolare cannabis e cocaina. Per il calcolo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di assistenza per uso di oppiacei, i dati sono attinti dal flusso informativo del Ministero della Salute, relativi all'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze e dalle Amministrazioni Regionali e Provinciali, che attraverso gli osservatori regionali

Soggetti in
trattamento: solo
una parte del
problema

Nuove metodologie

Fonti informative

¹ 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.

² Per una descrizione dei diversi metodi si vedano le linee guida europee all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>

³ 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.

⁴ 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.

hanno fornito le stime del coefficiente moltiplicatore dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei, derivante dall'applicazione del metodo cattura-ricattura da fonti diverse applicato a livello locale.

Tabella I.2.1: Stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per tipo di sostanza. Anni 2010-2011

Sostanze	Anno 2010		Anno 2011		Fonti
	Soggetti	Prevalenza x 1.000 ab	Soggetti	Prevalenza x 1.000 ab	
Eroina	200.400	5,0	193.000	4,8	Ministero Salute
Cocaina	120.000 ⁽¹⁾	3,0	136.750 ⁽²⁾	3,4	Ministero Interno
Cannabis	242.000 ⁽¹⁾	6,1	190.400 ⁽²⁾	4,8	Ministero Interno
Totale	562.400	14,1	520.150	13,1	

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno

(1) Flusso dati Ministero Interno anno 2008 (2) Flusso dati Ministero Interno anno 2009

Utilizzando le differenti metodologie di stima descritte in precedenza secondo le differenti sostanze d'abuso, in Tabella I.2.1. sono sintetizzati i valori dei contingenti di soggetti con bisogno di trattamento, maggiormente dettagliati nei successivi paragrafi. In generale, si osserva una tendenza alla contrazione dei consumi di sostanze stupefacenti da parte della popolazione, che si riflette poi nella stima dei soggetti con bisogno di trattamento. Va precisato, tuttavia che le stime calcolate sui dati provenienti dal Ministero dell'Interno, in seguito ai ritardi di notifica, non sono aggiornate al biennio 2010-2011, ma a quello 2008-2009.

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

I.2.1.1 Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina

Per stimare la popolazione dei possibili utenti in trattamento per uso regolare, di lunga durata o iniettivo di oppiacei, in virtù della caratteristica di maggior omogeneità di questa popolazione di soggetti rispetto ai soggetti assuntori di altre sostanze illecite, è stato utilizzato il metodo del moltiplicatore semplice riportato nelle linee guida dell'Osservatorio Europeo.

Il valore del moltiplicatore è ottenuto combinando i valori a livello locale, stimati nel 2011, per le regioni Abruzzo, Sicilia (ASL di Palermo e ASL di Siracusa), Lombardia (ASL di Milano e ASL di Varese), Veneto (ASL di Verona), Friuli Venezia Giulia, Puglia, Trentino e l'area metropolitana di Bologna, dieci stime locali disponibili. Le stime sono state elaborate dall'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga.

Per il 2011 si stimano in Italia circa 193.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei, corrispondenti a una prevalenza di 4,8 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Gli intervalli di confidenza al 95%, stimati con il metodo bootstrap e dovuti solo alle fluttuazioni statistiche, hanno ampiezza complessiva di circa 46.000 soggetti, variando quindi da un minimo di 170.000 soggetti ad un massimo di 216.000 soggetti circa.

L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma una sostanziale stabilità dal 2005 al 2009, del contingente di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, con una tendenza alla diminuzione nell'ultimo biennio,

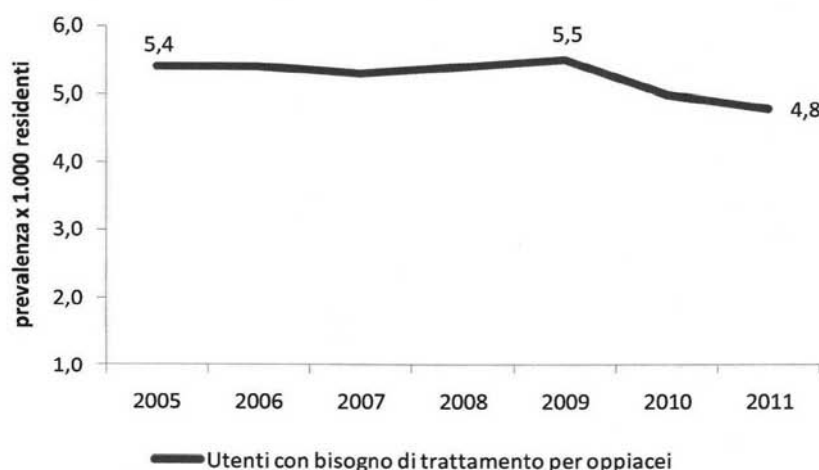
Sintesi dei soggetti con bisogno di trattamento

Soggetti in trattamento: solo una parte del problema

193.000
tossicodipendenti
stimati in Italia per
uso di oppiacei, 4,8
per mille (15-64
anni)

imputabile alla maggior intercettazione dei soggetti con bisogno di assistenza dalle strutture del servizio sanitario nazionale (infatti, tende a diminuire la popolazione nascosta, direttamente correlata all'indicatore del moltiplicatore, in lieve diminuzione dal 2009, 1,68 vs 1,61 nel 2011). (Figura I.2.1).

Figura I.2.1: Prevalenze stimate per mille residenti di età 15-64. Anni 2005-2011

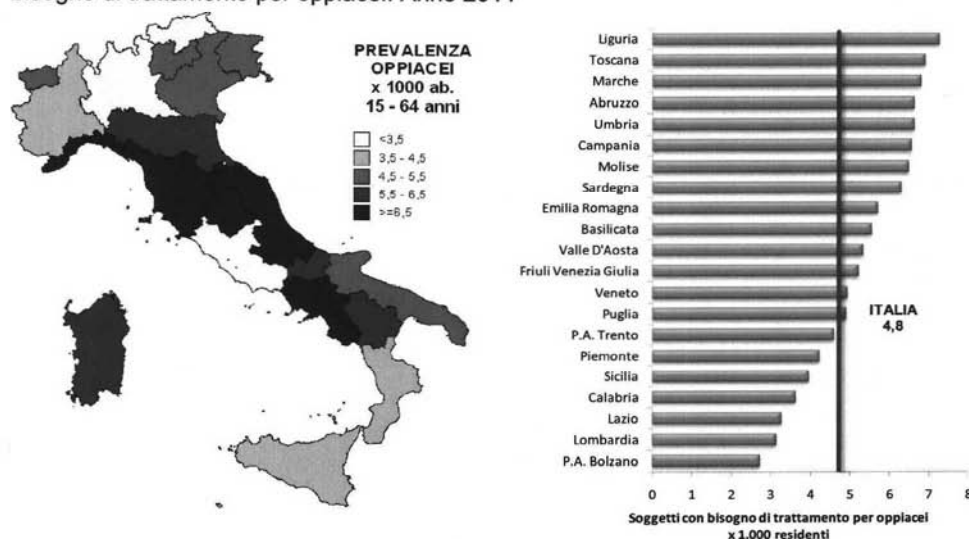


Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

L'analisi delle stime a livello regionale (Figura I.2.2), evidenzia che le aree in cui si calcola la prevalenza più elevata sono la Liguria, la Toscana e le Marche. Negli estremi settentrionali, e meridionali, invece, si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa.

La prevalenza più elevata si stima in Liguria (7,3 casi per mille residenti) e il valore più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano (2,7 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

Figura I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su flussi informativi Ministeriali

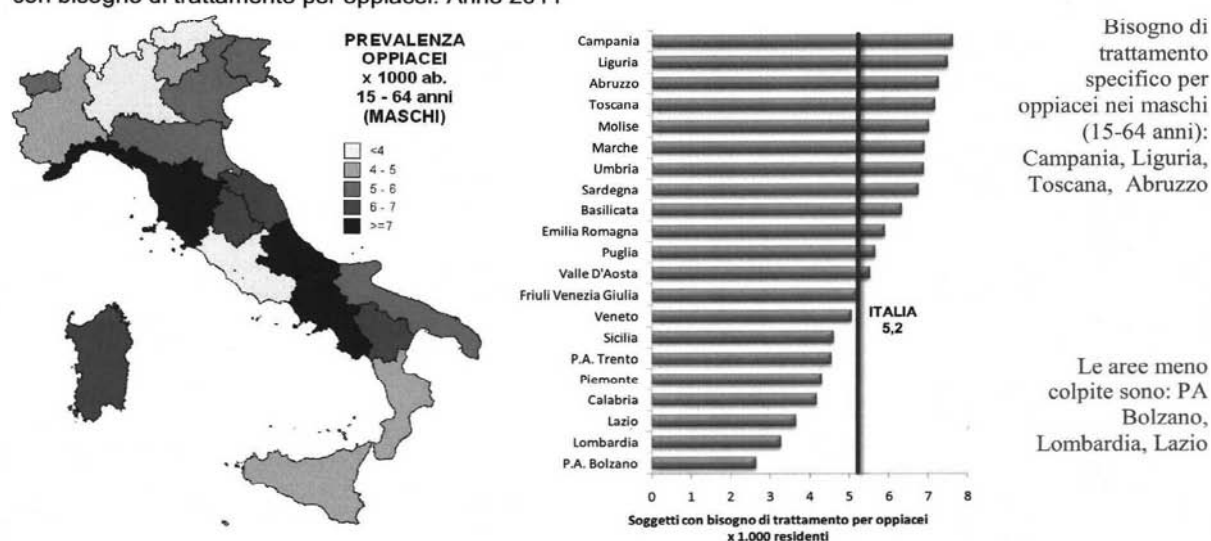
Forti
differenziazioni
tra regioni

Bisogno di
trattamento per
oppiacei
Le regioni più
colpite: Liguria,
Toscana e Marche

Le aree meno
colpite sono: PA
Bolzano,
Lombardia, Lazio

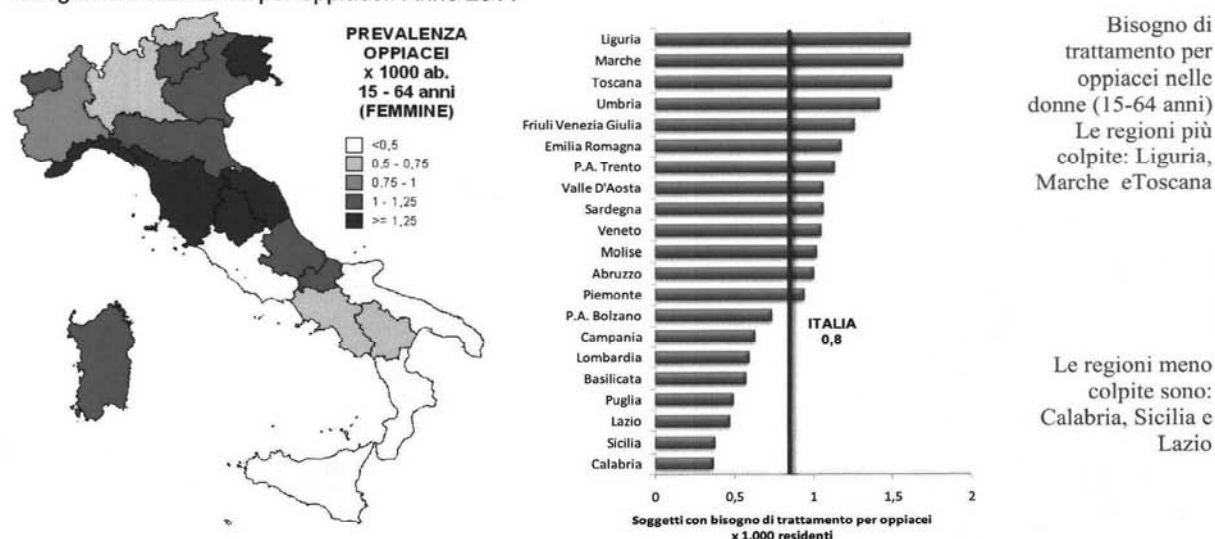
Per quanto riguarda le stime di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine (5,2 vs 0,8 soggetti ogni 1.000 residenti 15-64 anni), con differenze nei due profili della distribuzione delle prevalenze regionali. Tra le regioni con maggior popolazione maschile che avrebbe necessità di trattamento, figurano la Campania, la Liguria, l'Abruzzo e la Toscana, mentre tra le regioni in cui il fenomeno è meno interessato, compaiono le stesse indicate per il profilo complessivo, in considerazione della maggior consistenza di utenti di genere maschile che prevale su quella femminile (Figura I.2.3).

Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione della popolazione femminile con bisogno di trattamento per oppiacei, evidenzia un maggior consumo di oppiacei tra la popolazione femminile in Liguria, tale da stimare un bisogno di assistenza dell'1,61 persone ogni 1.000 residenti (oltre 800 donne di età 15-64 anni). Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Marche, Toscana e Umbria, mentre le Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Basilicata e Puglia) e il Lazio sembrano essere meno interessate dal fenomeno nella popolazione femminile.

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Tabella I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per eroina secondo il genere. Anno 2011

	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	7,3	1,0	6,6
Basilicata	6,3	0,6	5,5
Calabria	4,2	0,4	3,6
Campania	7,6	0,6	6,6
Emilia Romagna	5,9	1,2	5,7
Friuli Venezia Giulia	5,2	1,3	5,2
Lazio	3,7	0,5	3,3
Liguria	7,5	1,6	7,3
Lombardia	3,3	0,6	3,1
Marche	6,9	1,6	6,8
Molise	7,0	1,0	6,5
P.A. Bolzano	2,6	0,7	2,7
P.A. Trento	4,5	1,1	4,6
Piemonte	4,3	0,9	4,2
Puglia	5,6	0,5	4,9
Sardegna	6,8	1,1	6,3
Sicilia	4,6	0,4	4,0
Toscana	7,2	1,5	6,9
Umbria	6,9	1,4	6,6
Valle D'Aosta	5,5	1,1	5,3
Veneto	5,0	1,1	4,9
Totale	5,2	0,8	4,8

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.2.2.1 Stime di prevalenza di utilizzatori di cocaina e cannabis

Come detto 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; pertanto, a livello internazionale, si presentano sempre più spesso applicazioni di metodi di cattura-ricattura da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato.

Con questo metodo è, però, possibile avere stime di popolazioni che possono essere prese come proxy di quella di interesse.

Per stimare le popolazioni di consumatori di cocaina e di cannabis, è stato utilizzato l'archivio del Ministero dell'Interno ed in particolare del Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie, relativi alle segnalazioni ex-art. 75 DPR 309/90 per possesso di stupefacenti ad uso personale, in particolare cannabis e cocaina.

Le stime della popolazione sono state ottenute utilizzando il modello di Poisson troncato e calcolando gli stimatori di Horvitz Thompson, Chao e Zelterman e i relativi intervalli di confidenza.

La popolazione di riferimento è costituita da due sottopopolazioni: gli individui segnalati per la prima volta nell'anno preso in considerazione, gruppo "Nuovi", e quelli già segnalati in anni precedenti (recidivi), gruppo "Già noti". L'esiguo numero di ricatture, non permette di ottenere stime affidabili per i consumatori di sostanze diverse dalla cannabis e dalla cocaina. Inoltre, il numero esiguo di ricatture per la popolazione femminile, non permette di effettuare una analisi di genere per cui si procede con la stima della popolazione totale. Occorre tener presente che la popolazione che si va a stimare non è la popolazione totale dei consumatori di una certa sostanza, ma solo quelli che sono a rischio di essere segnalati ai sensi dell'art.75 che, in base a valutazioni precedenti sui luoghi di segnalazione⁵, si stima siano circa il 38% della popolazione totale per la cannabis e ancora meno per la cocaina.

Per entrambe le sottopopolazioni dei consumatori, Nuovi e Già noti, sono state calcolate, quindi, le stime stratificate per ripartizione geografica di segnalazione e sostanza di uso primaria, cannabis o cocaina, per l'anno 2009.

Per le caratteristiche proprie delle due popolazioni, è possibile utilizzare le stime della dimensione del fenomeno relativo alle segnalazioni, al fine di evidenziare aspetti diversi. In particolare, la popolazione dei soggetti già segnalati può essere assunta per stimare la popolazione dei soggetti con bisogno di trattamento, mentre la popolazione dei nuovi segnalati può essere utilizzata, unitamente all'informazione sull'età di primo uso, per stimare l'incidenza, sebbene la prevalenza nelle classi di età più giovani si possa già considerare una stima di incidenza.

Come si può osservare, l'introduzione nelle analisi della ripartizione geografica di segnalazione, produce un valore maggiore della stima relativa alla numerosità del totale della popolazione di interesse, rispetto alla stima nazionale ottenuta senza stratificare per ripartizione geografica. Questa è una caratteristica del metodo ed evidenzia come tutte queste stime siano in realtà dei valori sottostimati, dato che non si possono introdurre informazioni importanti come il sesso e l'età, che aumenterebbe la numerosità stimata della popolazione di consumatori.

Si aggiunge, inoltre che i dati risentono molto del ritardo di notifica: le segnalazioni nel periodo 2010-2011 non sono complete quindi consideriamo il

⁵ Si veda la presentazione all'indirizzo: <http://www.urbandrugpolicy.com/en/catalogue/detail/6/175/->

2009 come l'anno più attendibile ipotizzando che in quell'anno il totale indicato debba essere incrementato del 5% per arrivare al numero di segnalazioni reale. Ne deriva che anche le stime finali andranno aumentate del 5%.

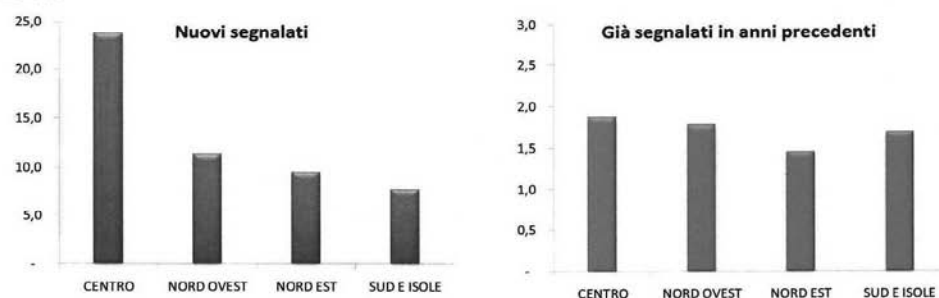
Tabella I.2.3: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di cannabis, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2009.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cannabis (Zelterman)		
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	3.303	71.766	55.261	88.272
Italia nord/occidentale	5.364	118.760	97.101	140.420
Italia centrale	5.229	184.547	141.860	227.234
Italia meridionale e insulare	7.464	107.250	93.701	120.798
Totale	21.360	482.323	387.922	576.724
Stima senza ripartizione	21.360	429.749	392.201	467.297
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	904	11.001	7.299	14.704
Italia nord/occidentale	1.602	18.563	13.988	23.138
Italia centrale	997	14.536	9.456	19.616
Italia meridionale e insulare	3.314	23.614	20.318	26.911
Totale	6.817	67.714	51.060	84.368
Stima senza ripartizione	6.817	62.349	55.607	69.091

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Considerando i consumatori di cannabis, nel 2009 nel complesso del territorio nazionale è stata stimata una prevalenza di 10,8 nuovi soggetti segnalati per 1.000 residenti di età 15 – 64 anni, e di 1,6 soggetti già segnalati ogni mille residenti di età 15 – 64 anni. Per quanto riguarda la cocaina la prevalenza stimata è di 4,2 nuovi soggetti segnalati ogni 1.000 residenti 15-64 anni, e 1,0 soggetti già segnalati ogni mille residenti di età 15 – 64 anni.

Figura I.2.5: Stima di “Nuovi” consumatori e consumatori “Già noti” di CANNABIS (Zelterman), per ripartizione geografica (casi x 1.000 abitanti di età 10-64 anni). Anno 2009.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Con riferimento al consumo di cannabis, l'Italia centrale presenta la prevalenza maggiore con valore pari a 23,7 nel gruppo “Nuovi” e 1,9 nel gruppo “Già noti”, ogni 1.000 residenti (Figura I.2.5). Per il consumo di cocaina, invece, se l'Italia centrale mostra la prevalenza maggiore per i nuovi soggetti, con valore pari a 9,5

Si può stimare una maggior prevalenza tra i consumatori di cannabis dell'Italia centrale

nel gruppo dei “Già segnalati” sono il nord ovest (prevalenza pari a 1,2 per 1.000 residenti nella fascia di età 15-64) e il sud e isole (prevalenza 1,1 per 1.000 residenti nella fascia di età 15-64) ad avere la prevalenza maggiore (Figura I.2.5).

Tabella I.2.4: Stime di Horvitz-Thompson, Zelterman e Chao per la numerosità delle popolazioni di consumatori di CANNABIS, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza. Anno 2009.

	Consumatori Cannabis				
	segnalati	Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	Stima corretta
Nuovi segnalati					
Horvitz Thompson	21.360	493.735	397.449	590.021	1.364.268
Zelterman	21.360	482.323	387.922	576.724	1.332.735
Chao	21.360	481.802	390.527	573.077	1.331.295
Già segnalati in anni precedenti					
Horvitz Thompson	6.817	71.604	54.313	88.894	197.852
Zelterman	6.817	67.714	51.060	84.368	187.104
Chao	6.817	67.408	52.040	82.775	186.258

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Se si correggono le stime degli utilizzatori di cannabis utilizzando l'informazione sulla proporzione di popolazione a rischio di segnalazione (38%) e del ritardo di notifica (5%), si ottiene, a livello nazionale un totale di consumatori già segnalati in anni precedenti; tali soggetti, prendendo il valor medio tra i risultati ottenuti applicando le tre metodologie proposte, risultano essere pari a 190.400 circa, con una variabilità delle stime che oscilla da un minimo di 141.000 ad un massimo 245.600 consumatori. Considerando che questi sono i soggetti che vengono segnalati da più anni, è possibile considerare questa popolazione come relativa a soggetti utilizzatori di cannabis con bisogno di trattamento. C'è da ricordare che un numero non trascurabile utilizza, oltre alla cannabis, anche altre sostanze.

Stima dei
consumatori di
cannabis con
bisogno di
trattamento:
190.400 soggetti
15-64 anni

Tabella I.2.5: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di cocaina, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2009.

Anno 2009.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cocaina (Zelterman)		
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	586	28.617	5.486	25.847
Italia nord/occidentale	1.289	39.441	22.300	56.582
Italia centrale	1.017	73.734	18.628	128.839
Italia meridionale e insulare	1.045	45.460	19.420	71.499
Totale	3.935	187.251	65.834	308.669
Stima senza ripartizione	3.935	168.186	118.981	217.391
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	216	3.889	692	7.086
Italia nord/occidentale	591	12.477	5.789	19.165
Italia centrale	234	6.845	24	13.667
Italia meridionale e insulare	612	15.583	6.580	24.585
Totale	1.653	38.793	13.085	64.502
Stima senza ripartizione	1.653	37.933	25.268	50.599

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

E' possibile utilizzare lo stesso moltiplicatore, sicuramente prudentiale per la cocaina (rischio di segnalazione 30%, ritardo di notifica 5%) per correggere le stime dei consumatori già segnalati di cocaina. Calcolando il valor medio delle stime ottenute con i metodi di Horviz Thompson, Zelterman e Chao, si ottiene una stima dei consumatori di cocaina con bisogno di trattamento pari a circa 136.750 soggetti di età 15-64 anni, con una variabilità individuata dagli intervalli di confidenza oscillante tra i 45.700 e 228.000 soggetti.

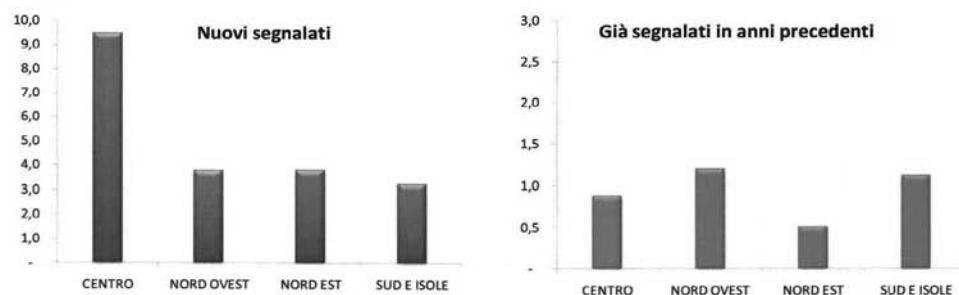
Stima dei
consumatori di
cocaina con bisogno
di trattamento:
136.750 soggetti
15-64 anni

Tabella I.2.6: Stime di Horvitz- Thompson, Zelterman e Chao per la numerosità delle popolazioni di consumatori di COCAINA, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza. Anno 2009.

	Consumatori Cocaina				
	segnalati	Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	Stima corretta
Nuovi segnalati					
Horviz Thompson	3.935	189.408	57.690	321.126	662.927
Zelterman	3.935	187.251	65.834	308.669	655.380
Chao	3.935	187.081	67.710	306.452	654.784
Già segnalati in anni precedenti					
Horviz Thompson	1.653	39.645	13.905	65.386	138.759
Zelterman	1.653	38.793	13.085	64.502	135.777
Chao	1.653	38.781	13.903	63.659	135.733

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Figura I.2.6: Stima di "Nuovi" consumatori e consumatori "Già noti" di COCAINA (Zelterman), per ripartizione geografica (casi x 1.000 abitanti di età 15-64 anni). Anno 2009.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

CAPITOLO I.3.

SOGGETTI IN TRATTAMENTO

I.3.1. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)

I.3.2. Caratteristiche degli utenti in trattamento

I.3.2.1. Caratteristiche demografiche

I.3.2.2. Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

I.3.2.3 Studio Multicentrico DPA

I.3.2.4. Inclusione sociale

I.3. SOGGETTI IN TRATTAMENTO

Tra gli indicatori epidemiologici per il monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope previsti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, rientra anche l'indicatore della domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator). L'indicatore descrive il profilo delle caratteristiche dei soggetti, che in relazione al loro consumo di sostanze si rivolgono alle strutture sanitarie (servizi per le tossicodipendenze e strutture ospedaliere).

Premesse

In Italia tale indicatore viene monitorato parzialmente attraverso il flusso informativo previsto dal DPR 309/90 relativo alle attività erogate dai servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.), che raccoglie informazioni aggregate sull'utenza afferente ai servizi, sulle patologie infettive droga-correlate e sulle tipologie di trattamenti erogati dalle unità operative (D.M. 20 settembre 1997).

Con Decreto Ministeriale del 10 giugno 2010 è stato approvato il nuovo flusso informativo sulle dipendenze (SIND) che prevede la raccolta delle informazioni sull'utenza e sulle attività ad essi collegate mediante la rilevazione dei dati anonimi per singolo individuo.

Oltre alle informazioni sull'utenza assistita dai servizi territoriali, attraverso il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), il Ministero della Salute raccoglie dati anagrafici e clinici sui ricoveri ospedalieri erogati dalle strutture ospedaliere, e tra questi figurano anche i ricoveri di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti, i cui risultati sono rappresentati nella seconda parte del capitolo.

Il profilo informativo descritto in questo capitolo è stato predisposto utilizzando flussi atti provenienti dal Ministero della Salute il quale, attraverso le Regioni e le Province Autonome, acquisisce i dati dai servizi sanitari locali relativi sia all'assistenza dei pazienti presso i servizi territoriali sia presso le strutture ospedaliere.

Fonti informative

Nella fase transitoria di applicazione del flusso informativo SIND presso tutte le sedi territoriali, nel 2011 le informazioni sono state rilevate in parte mediante il flusso informativo di dati aggregati (D.M. 20 settembre 1997) ed in parte mediante il flusso di dati individuali (SIND), la cui elaborazione ha consentito analisi più approfondite sui tempi di latenza, ed altre caratteristiche dei soggetti assistiti presso i Ser.T. .

I.3.1. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)

Con Decreto del Ministero della Salute 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" è stato approvato il nuovo flusso informativo su dati individuali, riguardanti i soggetti assistiti dai servizi per le dipendenze delle Regioni e delle Province Autonome.

Il decreto SIND

Secondo le indicazioni riportate nel D.M. 11 giugno 2010, art. 1, comma 1, il sistema informativo nazionale dipendenze persegue le seguenti finalità:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- redazione della Relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 131 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e degli altri rapporti epidemiologici esclusivamente composti da dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo, delle Nazioni

Finalità della
rilevazione dei dati
individuali
sull'utenza