

Nota metodologica

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e di Esperti

L'approccio qualitativo alla conoscenza del fenomeno droga

Date le caratteristiche di illegalità legate al mondo della droga, la popolazione dei consumatori non può essere "misurata" in maniera esauriente e l'accesso ai gruppi degli assuntori richiede diversi approcci metodologici.

La comprensione del fenomeno è stata di massima affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale (trend) facendo ricorso all'epidemiologia classica i cui strumenti, da soli, sono risultati via via troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L'epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa. L'approccio qualitativo è tanto più necessario quanto più "inaccessibili" risultano i sotto-gruppi target di popolazione e quanto più velocemente cambiano i consumi. E' molto probabile, infatti, che nuovi trend (in termini di modalità di consumo e tipologia di sostanze) nell'uso di droghe nascano e si sviluppino nell'ambito di gruppi di soggetti non rilevabili nelle consuete indagini di popolazione generale. L'approccio qualitativo rappresenta per questo uno strumento necessario dato che consente di entrare in contatto con la popolazione oggetto di studio direttamente sul territorio ed apprendere subito le novità anche da non consumatori. La natura più flessibile, a vantaggio anche della rapidità di indagine, è un'altra caratteristica della ricerca qualitativa, e solo una tempestiva identificazione di nuovi trend di consumo consente una risposta rapida per contrastare e contenere potenziali problemi sanitari e sociali associati a tali cambiamenti.

E' sperimentalmente dimostrato che i dati quantitativi, da soli, poco o nulla ci dicono circa il contesto e le caratteristiche con cui il fenomeno evolve. A fronte di un cambiamento di questi dati, in mancanza di informazioni di contesto non è possibile capire se qualche mutamento sia realmente intervenuto nei consumi di droga o se sia cambiato qualcosa nelle istituzioni che raccolgono e forniscono i dati. Questo dubbio origina problemi di non poco conto poiché mette in discussione l'utilizzo esclusivo degli indicatori basati sui soli dati quantitativi, che si riferiscono alla sola punta di un iceberg e che dovrebbero descrivere un fenomeno dinamico con molteplici interazioni tra i fattori ed in rapida evoluzione.

L'osservazione qualitativa, quando adeguata, fornisce un contributo essenziale alla comprensione e lettura di indici e trends costruiti su dati provenienti da fonti ufficiali di rilevamento. In altri termini, i dati ufficiali andrebbero letti, interpretati e confrontati con un complementare qualitativo che tenga conto del contesto in cui sono prodotti, che consideri situazioni, abitudini, variazioni in termini di sostanze utilizzate, delle pratiche assuntive, effetti psico-farmacologici a breve e lungo termine, setting, fonti di approvvigionamento, motivazioni di consumo e di richiesta di intervento, caratteristiche personali e relazionali dell'assuntore nel contesto sociale, familiare, lavorativo. Questi aspetti sono essenziali per formulare risposte e per impostare politiche di intervento che tengano conto dei nuovi assuntori, dell'incremento nell'uso di nuove sostanze psicoattive e dei rischi sanitari e sociali connessi al loro consumo, delle nuove articolate facce del mercato che si avvale sempre più frequentemente del web.

Approcci integrati di ricerca qualitativa e quantitativa si sono sviluppati in Italia, come in altri Paesi, e rafforzati nel corso degli ultimi anni anche a fronte delle esigenze del Sistema Nazionale di Allerta Precoce sulle Droghe. La convinzione che un approccio integrato possa fornire un quadro del fenomeno droga più aderente alla realtà si riflette nell'attenzione che, a livello pilota, la presente Relazione Annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e Tossicodipendenze in Italia dedica alle osservazioni dirette effettuate sul territorio, a possibili nuovi indicatori ed all'inserimento di case studies.

L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea

Introduzione

Il fenomeno “droghe e tossicodipendenze” è, in gran parte, “nascosto”, a causa della riprovazione sociale e dell'apparato di controllo in atto. Il monitoraggio diventa sempre più complesso, anche a causa della continua evoluzione del mercato, e la metodologia deve essere regolarmente aggiornata. A livello europeo, l'ente che se ne occupa è l'Osservatorio europeo di Lisbona (EMCDDA).

Molte e diversificate sono anche le politiche di intervento, attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori “problematici”, sia per il contrasto della produzione e del commercio. Data la loro incidenza sul fenomeno e dato il loro costo, è necessario misurarne l'impatto per fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte.

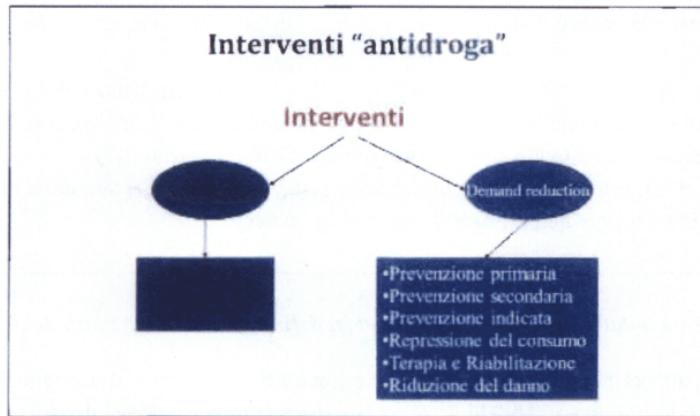
La Figura 1 offre una sintesi degli interventi che vengono attuati e che devono essere valutati.

Come in qualunque altro campo, anche in questo le valutazioni complessive necessitano di una “misura”, cioè una conoscenza quantitativa, che derivi da “dati”, cioè da evidenze empiriche, sintetizzati tramite opportuni “indicatori”, cioè risultati di appropriate aggregazioni dei dati e di loro rapporti anche con quantità di riferimento quali, per esempio, la popolazione e il PIL.

Per definire gli indicatori più adatti in relazione a fenomeni nascosti, come la produzione, il commercio e il consumo di sostanze illegali, occorre identificare eventi e manifestazioni osservabili che risultino correlati ad essi. Sulla base di questi, e dei relativi dati reperibili, possono essere definiti gli indicatori; in taluni casi la quantificazione di essi richiederà che si acquisiscano, con apposite indagini, ulteriori dati che ne permettono il calcolo o la stima. Una volta disponibili dati e calcolati gli indicatori si può procedere ad effettuare le analisi di interesse. Alcune quantità complessive di interesse fondamentale quali il numero di consumatori, il numero di spacciatori, il volume del mercato, potranno essere stimate a partire dagli indicatori, attraverso ulteriori elaborazioni statistiche.

Possiamo fin d'ora distinguere diverse classi di indicatori. Fra quelli di “domanda”, alcuni già standardizzati a livello europeo, possono essere considerati, ad esempio: la percentuale di consumatori di droghe nella popolazione, la percentuale di consumatori problematici, il numero di consumatori che chiedono e che ottengono assistenza, la percentuale di decessi droga-correlati, l'incidenza di infezioni droga-correlate.

Figura 1.



Fra gli indicatori di “offerta”, non ancora definitivamente standardizzati a livello europeo, si possono tipicamente includere quelli che misurano anche gli effetti dovuti agli interventi repressivi. Per esempio: prezzi di mercato delle droghe, interventi di repressione del traffico, reati commessi da tossicodipendenti, interventi di eradicazione di coltivazioni, ecc..

Osservando gli indicatori dal lato della domanda e dal lato dell’offerta risulta possibile monitorare anche come il mercato reagisce agli interventi di repressione. Un esempio di particolare importanza è quello dell’introduzione di sostanze sempre nuove; i dati contenuti nel report annuale dell’EMCDDA, in collaborazione con Europol, dicono che nel 2010 sono state identificate 41 nuove sostanze, nel 2011 49, nel 2012 74, nel 2013 81. Il mercato si evolve anche a seguito della globalizzazione: ci sono nuove rotte e nuove “popolazioni” colpite, e quindi anche nuovi interventi.

Indicatori

Si possono definire gli “indicatori”, in generale, come delle funzioni dei dati osservati (cd. “statistiche”), che hanno una relazione abbastanza stretta (“correlazione”) con il fenomeno di interesse. Un esempio banale: la quantità giornaliera di rifiuti urbani prodotta a Roma è correlata con il numero di persone presenti in città giorno per giorno; pertanto può fungere da indicatore “di presenza” e infatti si suole stimare il tasso di partenze per Ferragosto proprio a partire da tale dato. Nella prassi, talvolta, si usa il termine “indicatore” per designare anche un intero complesso di statistiche (sotto-indicatori) legate a un singolo aspetto del fenomeno.

Per la dimensione globale del fenomeno droga (in sé nascosto) qualche anno fa si usava come indicatore il numero di decessi per overdose (essenzialmente da eroina, la sostanza “pesante” maggiormente utilizzata in quel periodo). Con l’evoluzione, che si è verificata nel mercato, non è più sufficiente conteggiare i decessi “acuti”, ma è divenuto necessario stimare anche le morti indotte dall’uso, ma non rilevabili direttamente dai dati forniti dalla DCSA. Occorre, pertanto, meglio comprendere come si sviluppa il fenomeno nascosto, quali eventi osservabili produce e, di conseguenza, identificare i dati che occorre acquisire (o rilevare ex novo) per ricostruirne “all’indietro” le dimensioni e le altre caratteristiche nascoste (cd. “problema inverso”, dal punto di vista statistico).

Alcuni indicatori sono direttamente calcolabili dai dati di fonte amministrativa, disponibili presso diversi Enti, quali i servizi di recupero o le forze di polizia. Altri possono solo essere stimati dopo aver raccolto nuovi dati attraverso indagini campionarie su diversi strati di popolazione; in altri casi

si può ricorrere a modelli di inferenza statistica che sfruttano dati disponibili sulla base di ragionevoli ipotesi. Ne consegue un'ampia varietà di indicatori, anche rispetto al modo di calcolarli o stimarli.

E' fondamentale, per avere robustezza scientifica, che gli indicatori siano definiti e calcolati in modo trasparente e confrontabile. Su tali basi si può procedere con le analisi di interesse e trarre conclusioni affidabili, esplicitando anche gli inevitabili margini di errore.

La Figura 2 (Box 1), estratta da una pubblicazione sulla misura del mercato della droga, spiega i diversi percorsi possibili per determinare il valore di un indicatore.

Box 1

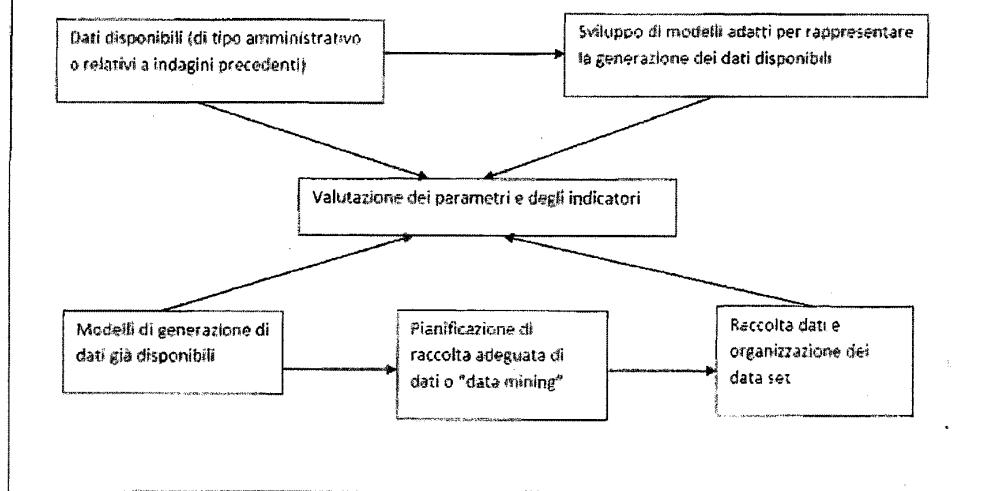
Come interagiscono i dati disponibili e gli indicatori definiti per la conoscenza del fenomeno

I metodi sviluppati nel mondo per la stima delle popolazioni nascoste richiedono dati di buona qualità. E' possibile sviluppare modelli di stima che rispecchiano i processi di generazione dei dati oppure adattare modelli già sviluppati ai dati disponibili o svilupparne di nuovi. I due approcci sono complementari ed entrambi necessari per valutare le questioni legate al fenomeno "droga" e ottenere una conoscenza affidabile dei diversi aspetti e delle interazioni.

Per esempio, se si considerano i dati dei soggetti registrati per spaccio di sostanze e si assumono ipotesi adatte, il modello di generazione dei dati può essere approssimato con un "processo di Poisson troncato". Allora i dati e il modello permettono la stima di parametri di interesse come la prevalenza degli spacciatori, il diverso tasso di cattura per maschi e femmine ecc.. Se interessa stimare la distribuzione del primo uso di cannabis e l'eventuale passaggio successivo ad altre sostanze, è necessaria una indagine appropriata tra i consumatori di sostanze e l'analisi dei dati raccolti permette la stima dei parametri di interesse.

Se si utilizzano entrambi gli approcci, si ottiene uno studio più completo del fenomeno di interesse. I due approcci sono rappresentati nella Figura 2.

Figura 2: Relazioni possibili tra modelli e dati per la valutazione dei parametri e degli indicatori di interesse



Entrando maggiormente nello specifico, Tabella 1 riporta un esempio di utilizzo di dati rilevati a fini “amministrativi” da Enti pubblici italiani e sfruttabili per uno scopo diverso, quale quello del monitoraggio del fenomeno droga. L'esempio è tratto dal primo *World Drug Report (WDR)*, pubblicato nel 1997 dall'organismo apposito dell'ONU, allora detto *UNDCP* (ora *UNODC*); dal 2000 il WDR è divenuto il report ufficiale annuale dell'ONU.

Tabella 1: Esempi di indicatori e fonti dei dati disponibili in Italia.

Indicatore	Fonte
Soggetti in trattamento presso i Ser.T.	Min. Salute
Soggetti in trattamento presso le strutture del Privato Sociale	DCDS - Min. Interno
Soggetti segnalati ai Prefetti ai sensi dell'Art. 75 del D.P.R. 309/90	DCDS - Min. Interno
Operazioni antidroga e sequestri di sostanze	DCSA
Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari	Min. Giustizia e Min. Salute
Decessi (acuti) per abuso di sostanze stupefacenti	DCSA

Definiti al meglio gli indicatori e rilevati o acquisiti i dati per calcolarli, si può procedere con analisi volte a ricostruire al meglio il fenomeno nascosto. Gli indicatori e gli eventi osservabili sono legati a più di un aspetto nascosto.

La Figura 3 riporta degli esempi tratti dal WDR 1997. I primi quattro e gli ultimi quattro indicatori sono calcolabili a partire da dati di fonte amministrativa disponibili presso diversi Enti pubblici. I tre intermedi possono solo essere stimati attraverso indagini campionarie o modelli statistici.

Figura 3: Indicatori misurati su fenomeni visibili e aspetti del fenomeno nascosto correlati.

Indicatore misurato (fenomeno visibile)	Fenomeno nascosto correlato
Decessi legati all'uso di sostanze	Uso pesante di sostanze / numerosità di utilizzatori di sostanze / aree a rischio / “letalità” delle sostanze sul mercato
Ammissioni ospedaliere per uso di sostanze	Morbidità legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Utenti dei servizi terapeutici	Politiche di riabilitazione e loro efficacia / numerosità di utilizzatori di sostanze
AIDS e altre malattie infettive legate all'uso di sostanze	Comportamenti a rischio nell'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Uso per via iniettiva (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell'uso
Uso frequente o giornaliero (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Prevalenze di uso	Numerosità di utilizzatori
Numero dei sequestri e quantità sequestrate	Politica di repressione / ampiezza del mercato / flussi commerciali / aree a rischio

Segnalazioni di utilizzatori	Politica di repressione / ampiezza del mercato / aree a rischio
Detenuti per reati relativi alle leggi antiroga	Politica di repressione / ampiezza del mercato
Utilizzatori di droghe detenuti per altri reati	Criminalità legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Investimenti per azioni di controllo del fenomeno	Politica di controllo

Alcuni fenomeni che generano dati osservabili, per esempio i decessi legati all'uso delle sostanze o gli utenti dei servizi terapeutici, sono legati a più di un fenomeno nascosto. Ogni tentativo di utilizzare tali indicatori per stimare direttamente, con il semplice metodo di calibrazione, uno solo di tali fenomeni è scorretto e fuorviante e può condurre ad analisi completamente distorte.

Gli indicatori europei fondamentali

Per parlare degli indicatori standard dell'EMCDDA alcune definizioni tecniche sono preliminari. Si dice "prevalenza" il numero di soggetti che possiedono una caratteristica di interesse; è un dato di "stock" nonché una misura statica della dimensione del fenomeno di interesse ("quanti casi?"). Può essere espressa con un conteggio, una proporzione o un rapporto, può essere osservata o stimata. Può essere puntuale ("quanti casi presenti in un dato momento?") oppure di periodo ("quanti casi presenti in un dato periodo di tempo?").

Si dice invece "incidenza" una misura della velocità con cui evolve un certo fenomeno, calcolata contando i nuovi casi per unità di tempo (tasso). E' un dato di "flusso" nonché una misura dell'evoluzione del fenomeno.

L'incidenza cumulata su un certo arco di tempo misura globalmente la dimensione di un fenomeno visibile o non in tale periodo (esempio: il totale delle segnalazioni per art. 73 in provincia di Roma dall'entrata in vigore del D.P.R. 309/90 a oggi).

L'EMCDDA per il monitoraggio della domanda ha definito, con il supporto di gruppi di esperti, gli indicatori chiave (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>). Attualmente in uso sono 5:

- General Population Survey (GPS), che prevede **stime** di prevalenza ottenute attraverso indagini sulla popolazione generale e sulla popolazione della scuola secondaria (<http://www.emcdda.europa.eu/the-mes/key-indicators/gps>).
- Problem Drug Use (PDU) che prevede **stime** di prevalenza e di incidenza ottenute in base a dati amministrativi, ma anche a rilevazioni adeguate, e opportuni modelli di stima (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>) (attualmente modificato in High Risk Drug Users HRDU per le modifiche osservate nel mercato e tra gli utilizzatori).
- Therapy Demand Indicator (TDI), che raccoglie e sintetizza i **dati** sugli utenti dei servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, le caratteristiche dei servizi e i trattamenti offerti (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).
- Drug Related Deaths (and Mortality) (DRD), che raccoglie e sintetizza i **dati** sui decessi droga correlati e sulla mortalità dei tossicodipendenti attraverso archivi amministrativi e studi longitudinali ad hoc, non sempre attivi (stime) (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drд>).
- Drug Related Infectious Diseases (DRID), che raccoglie **dati** sulle malattie infettive droga-correlate e, in particolare su HIV, HBV e HCV, tra i consumatori principalmente per via iniettiva (stime) (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid>).

I 5 indicatori comportano elaborazioni statistiche diverse: mentre i primi 2 sono stime e necessitano dunque di un lavoro di tipo “inferenziale”, inevitabilmente soggetto ad incertezza statistica, gli altri 3 si limitano a “descrivere” la situazione rilevata, anche se possono richiedere al loro interno stime per aspetti particolari.

Gli indicatori TDI, DRD e DRID sono fra i più facilmente calcolabili e confrontabili fra paesi diversi, data la buona disponibilità di dati. Applicando metodi di stima opportuni a tali dati, si possono anche ottenere, per esempio, alcune stime previste dall’indicatore PDU (HRDU).

Le stime basate sulle survey come la General Population Survey (GPS), dove i dati sono raccolti ad hoc mediante questionari, sarebbero forse le più interessanti per l’ampiezza della casistica “teoricamente” esaminata. Tuttavia, il raggiungimento di un livello qualitativo e quantitativo standard appare ancora lontano, in particolare in Italia.

Ogni indicatore mette in luce aspetti particolari sia statici sia dinamici. L’utilizzo sinergico permette di mettere a fuoco il fenomeno nel suo complesso. Gli indicatori attualmente utilizzati per il monitoraggio vengono continuamente aggiornati per tener conto delle nuove tendenze emerse nel mercato. In particolare, è stato effettuato da esperti esterni e ricercatori dell’EMCDDA un lavoro di revisione dell’indicatore PDU, introdotto nella seconda parte degli anni ’90, in cui poche erano le sostanze pericolose citate nella definizione dell’indicatore (eroina, cocaina e amfetamine); ora si parla di HRDU (high-risk drug use) definizione più flessibile e adeguata all’andamento del mercato e del consumo.

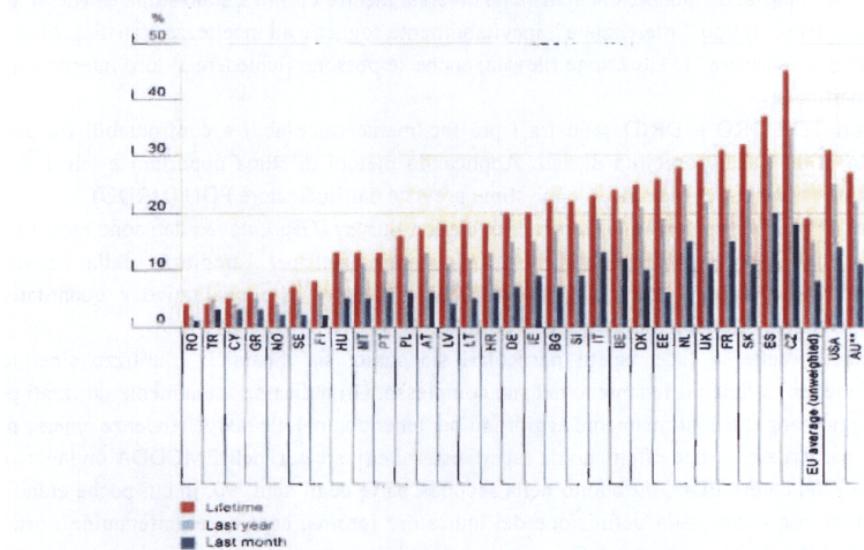
Esempi di utilizzo degli indicatori per descrivere il fenomeno

Nelle figure che seguono si riportano direttamente i grafici pubblicati nei rapporti annuali EMCDDA e sono molto chiari gli effetti che mostrano.

La Figura 4 mostra alcuni risultati dell’indagine *ESPAD* (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) che viene compiuta ogni 4 anni in molti paesi, uno studio con il supporto dell’EMCDDA. Lo studio, che negli anni ha riguardato un numero sempre crescente di Paesi fino a coinvolgerne 39 nel 2011, ha l’obiettivo di raccogliere, tramite un questionario, dati comparabili sull’uso di alcol, tabacco ed altre sostanze ad azione psicoattiva, tra gli studenti di età compresa tra i 15 ed i 16 anni (<http://www.espad.org/>).

Nella figura, in particolare, si rappresentano: la prevalenza nella vita, la prevalenza nell’ultimo anno e nell’ultimo mese di utilizzo di cannabis, come stimate dalle risposte al questionario, degli studenti di 15-16 anni che lo hanno compilato nei diversi paesi. Nel grafico vengono poi confrontate con analoghi risultati ottenuti da simili rilevazioni negli Stati Uniti e in Australia.

Figura 4: Lifetime, Last year and Last month cannabis prevalence (15-16 anni)- ESPAD (anno 2007.)



L'indagine europea più specifica per acquisire informazioni sui consumatori di sostanze è la **GPS**. Essa mira, in primo luogo, a fornire dati per stimare la prevalenza di uso nella popolazione generale di un paese, una regione, una città e utilizza "interviste" tramite questionari su un campione della popolazione di interesse. Sono svariati i metodi di somministrazione dei questionari (interviste dirette, questionari per posta o via web). Per essere efficace, come è ben noto, però devono essere soddisfatti alcuni requisiti importanti:

- il campione rilevato deve essere rappresentativo della popolazione di interesse,
- le risposte devono essere veritieri.

Il primo punto richiede che il tasso di risposta degli intervistati sia "alto", ovvero che almeno il 70-80% degli intervistati risponda. Se questo non accade, il campione non è più rappresentativo della popolazione generale, ma di una sotto-popolazione incognita e non si può stimare la prevalenza nella popolazione generale, ma è opportuno capire a quale sotto-popolazione si riferisce il campione osservato (solo anziani, principalmente donne ...), per poter utilizzare almeno in parte il dato rilevato è fondamentale fare ciò.

La rispondenza al secondo punto può essere in parte verificata se il questionario contiene domande di controllo adeguate.

Purtroppo pochi Paesi europei forniscono un campione osservato rappresentativo della popolazione generale, ma i dati entrano nelle descrizioni dell'EMCDDA.

La Figura 5 Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. riproduce l'andamento della prevalenza annuale in diversi paesi riportata nel rapporto EMCDDA del 2009. In generale i dati (ovvero le stime ottenute) si fermano al 2008 o in anni precedenti, tranne per il Regno Unito (2009). La Figura 4 riporta il dato analogo (stima) di diversi Paesi nel rapporto del 2014.

Nota metodologica

9

Per l'Italia l'indicatore prevalenza di uso, inviato sulla base di GPS, dopo il 2008 non viene utilizzato a livello europeo perché è rilevato in modo diverso dai precedenti; in particolare, la popolazione di utilizzatori risulta ancora più sottostimata per tasso di risposta più basso che in precedenza e i rispondenti rappresentano una sotto-popolazione diversa da quella rilevata fino al 2008 e quindi non confrontabile. In realtà nessuno dei campioni è rappresentativo della popolazione generale dei diversi paesi perché, comunque, i tassi di risposta sono molto bassi, fino al 2008 non superano il 40%, negli anni successivi non superano il 20%. Sarebbe **indispensabile** l'identificazione della popolazione dei rispondenti reali per utilizzare più correttamente e scientificamente il dato.

Figura 5: Trends in last year prevalence of cannabis among young adults (15–34), measured by national surveys. Countries with three or more surveys –GPS 2009

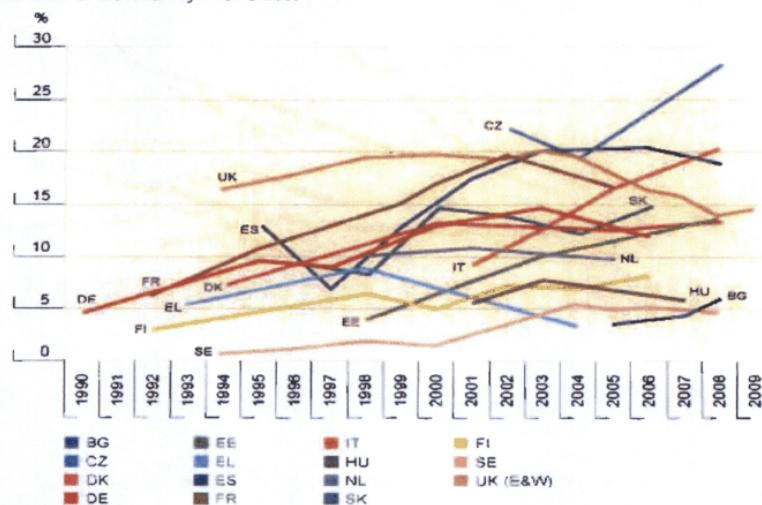
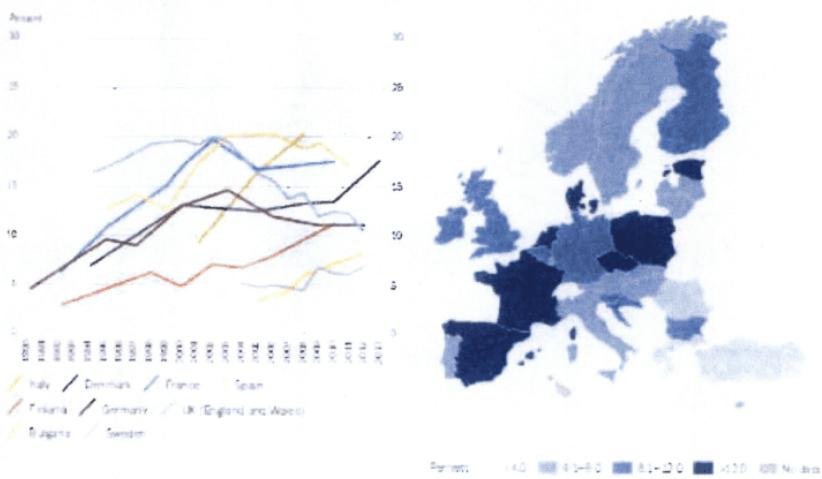


Figura 6.

Last year prevalence of cannabis use among young adults (15–34): countries with statistically significant trends (left) and most recent data (right)



La Figura 7 e la Figura 8 riportano analoghi risultati.

Figura 7. Trends in last year prevalence of cocaine among young adults (15–34), measured by population surveys—GPS 2009. Countries with three or more surveys.

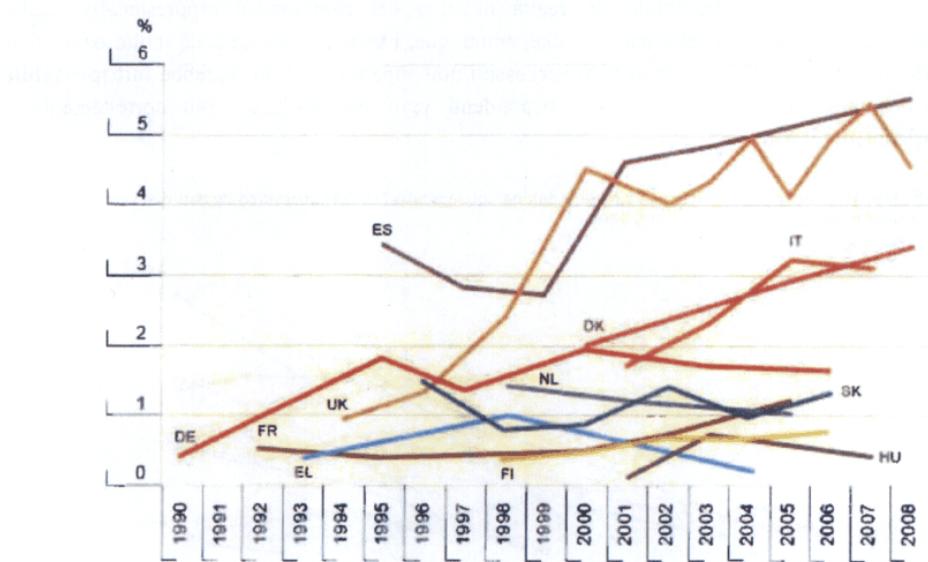


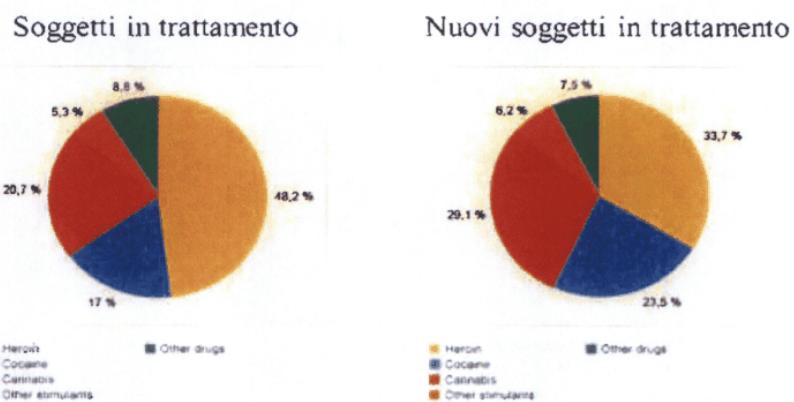
Figura 8.

Last year prevalence of cocaine use among young adults (15–34): selected trends (left) and most recent data (right)



L'indicatore TDI si basa su vari tipi di dati e monitora diversi aspetti che riguardano la richiesta di terapia e la presa in carico. Rileva le caratteristiche dei soggetti che vengono presi in carico dai servizi di assistenza e la loro storia di utilizzo delle sostanze. La Figura 7 per esempio, un aspetto che è molto legato alle modifiche di uso di sostanze, fenomeno al quale si collega anche la modifica dell'indicatore PDU in HRDU, già fin dal rapporto del 2009, si noti l'aumento delle "altre sostanze" nei nuovi arrivi in terapia.

Figura 9: Distribuzione delle sostanze di uso primario tra i soggetti in trattamento e tra i nuovi soggetti in trattamento nel 2008 (TDI).



Nella Figura 9 si riportano i risultati ottenuti dall'uso congiunto di due indicatori chiave nel rapporto del 2009. Il rapporto tra un valore dell'indicatore TDI e una stima dell'indicatore PDU. Nella Figura 10, si riporta l'indicatore chiave DRD a livello globale. Come si vede c'è una serie temporale che si assesta, data la diminuzione di uso di eroina e il conseguente calo delle morti acute per overdose.

Figura 10: Opioid maintenance treatment clients as a % of the estimated number of Problem Opioids Users – TDI e PDU.

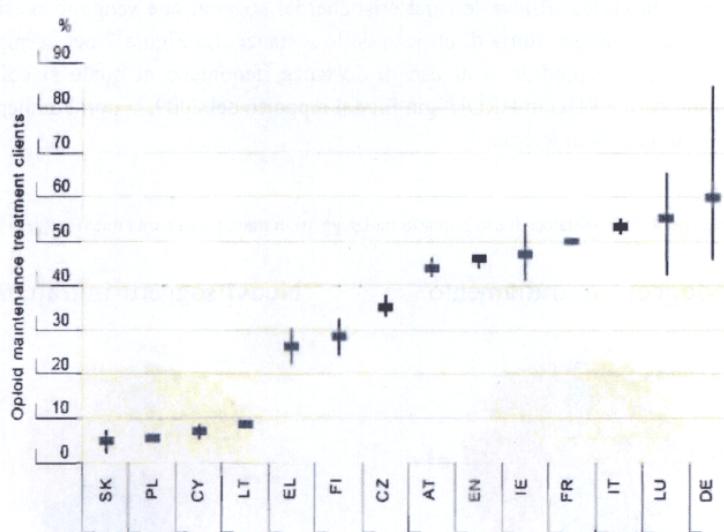
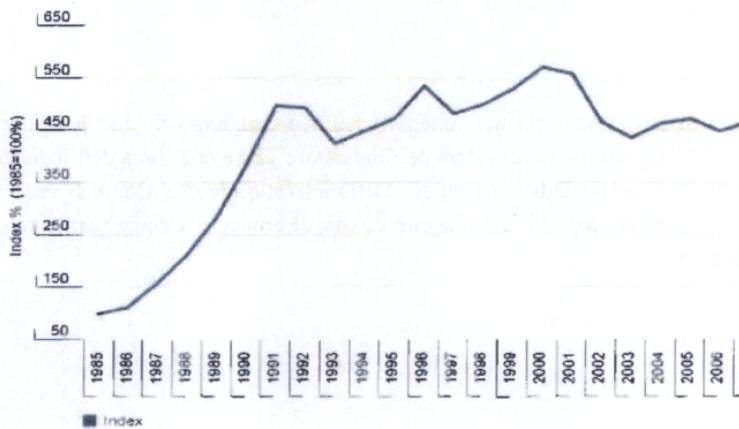


Figura 11: Trend in drug induced deaths, EU 15 –DRD.

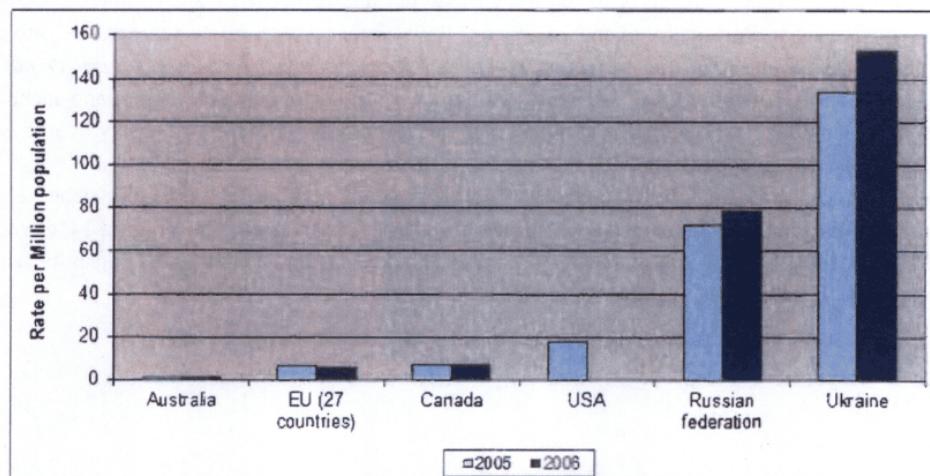


L'indicatore DRID, riferito alle malattie infettive, viene rilevato per diversi scopi:

- si può usare, attraverso un'inferenza statistica (“metodo di calibrazione”) per stimare la popolazione di soggetti a rischio, più adeguata quando il consumo di sostanze pesanti era legato soprattutto all’eroina per via iniettiva (Rossi, 1999).
- si può usare come sistema di monitoraggio e sorveglianza del complessivo stato di salute dei tossicodipendenti e per programmare interventi conseguenti.

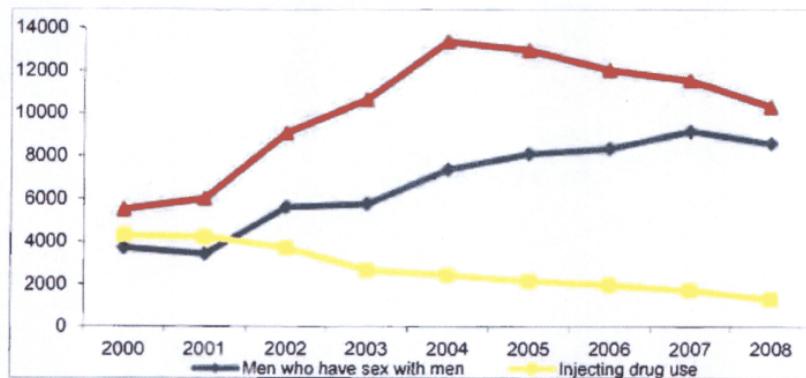
La Figura 12 riporta dati europei relativi al DRID per un confronto con altri paesi sugli anni 2005 e 2006.

Figura 12: Diagnosed HIV incidence among IDUs (2005-2006) – DRID.



Nella Figura 13, invece, si riporta la serie temporale della modalità di trasmissione dell'AIDS dal 2000 al 2008.

Figura 13: HIV infections by transmission mode and year of diagnosis. EU, Croatia, Turkey and Norway (2000–2008) - DRID



Indicatori in fase di sviluppo metodologico

In epoca relativamente recente (2010) la Commissione europea e l'Osservatorio europeo hanno avviato lo studio e l'introduzione di indicatori per misurare l'effetto della politica e degli interventi nel controllo dell'offerta di droghe. Sono stati introdotti ufficialmente tre indicatori, articolati in sotto-indicatori. I tre indicatori base sono: Drug Markets, (DM), Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC), i sotto-indicatori sono riportati nei documenti ufficiali (Conferences on Drug Supply Indicators: <http://www.emcdda.europa.eu/events/supply-indicators>).

Benché non ancora utilizzati a livello standard europeo, esistono loro elaborazioni pilota nell'ambito di un progetto europeo. La dimensione del mercato (DM) è stata stimata per Svezia, Repubblica Ceca, Portogallo, Olanda, Bulgaria, Italia, Regno Unito, come riportato nel sito della Commissione europea (http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/eu_market_summary_en.pdf).

Si riporta sotto il metodo di stima utilizzato in Italia per il progetto europeo; si riportano anche altre tre stime prodotte ufficialmente in Italia, che si potrebbero definire di proxy, come viene evidenziato nei commenti finali.

Per produrre una stima della quantità di droghe vendute, almeno quelle classiche, è stata innanzitutto stimata la prevalenza degli spacciatori al dettaglio, riportata nella Figura 14, dove sono indicati anche gli indicatori di mercato discendenti da questa stima. Per stimare le quantità vendute in media da ciascuno spacciatore (

Figura 15), si sono utilizzati i dati della rilevazione effettuata tra i soggetti presso le Comunità e i servizi di bassa soglia, molti dei quali ex-spacciatori o spacciatori, a cui si è chiesto quanto vendevano o vendono ancora in media ogni settimana. I dati importanti sono pubblicati nel libro citato nella Tabella.

Una stima di mercato è stata effettuata con metodo analogo sulla base della domanda. Utilizzando risultati riportati nella letteratura internazionale si è stimata la prevalenza dei consumatori delle sostanze illegali (Figura 16). E, avendo dall'indagine presso i consumatori in comunità e bassa soglia, anche notizie su quanto loro stessi consumavano o consumano, si è prodotta la stima del mercato anche dal lato della domanda (Figura 17), come richiesto da EUROSTAT all'ISTAT e agli analoghi Enti europei.

Questo approccio alla stima dei consumatori evita la grande sottostima prodotta dalle indagini GPS che sottostimano proprio i consumatori “problematici”, che, pur essendo una minoranza, rappresentano almeno la metà di tutto il consumo (Rey, Rossi e Zuliani, 2011).

Figura 14: Italia: Stime del numero totale di spacciatori (drug supply reduction e drug related crime).

Anno	Numero di spacciatori fermati	Stima del numero totale di spacciatori	Intervallo di stima (95%)
2005	43.066	353.877	337.119 - 371.895
2006	45.337	359.199	338.906 - 373.433
2007	48.168	374.891	358.586 - 392.328
2008	50.520	387.940	371.152 - 405.932
2009	47.361	389.956	371.694 - 409.654

Figura 15: Stime del mercato delle droghe in Italia (dal lato dell'OFFERTA).

• **Fonte G&P** (Federico Paganini, Gino e Carlo Fregoli e Renzo, Legnaro) and history of use of G&P in our 1172 sequences, a nomenclature developed by G. Paganini, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&term=G&P%20AND%201970%20TO%202000>

Substance	Estimated active dealers	Median number of doses sold per week of activity	Sample size base	Mean price per dose	Sample size price	Total amount (billion euro)
Cannabis	125,184	110	91	10	951	7,160
Cocaine	43,991	70	164	75	387	12,015
Opiates	54,206	55	156	15	504	3,432
Total	203,381					22,607

Figura 16: Stime del numero di consumatori di droghe in Italia (a partire dall'OFFERTA).

Substance	Estimated active dealers	Ratio (Reuter)	Ratio (Bouchard & Tremblay)	Estimated active consumers (Reuter)	Estimated active consumers (Bouchard & Tremblay)	Average
Cannabis	125,184	40	32	5,067,500	4,005,880	4,506,624
Cocaine	43,991	25	28	1,099,776	1,231,749	1,165,763
Opiates	34,206	15	16	513,096	547,296	530,193
Total	203,381			These estimates are affected by double counting for poly-use and poly-dealing.		

Figura 17: Stime del mercato delle droghe in Italia (dal lato della DOMANDA)

Substance	Estimated active consumers	Average number of doses per month per person	Mean price per dose	Total amount (billion euro)
Cannabis	4,506,624	13	10	7,03
Cocaine	1,165,763	12	75	12,59
Opiates	530,193	15	35	3,34
Total	6,202,580			22,96