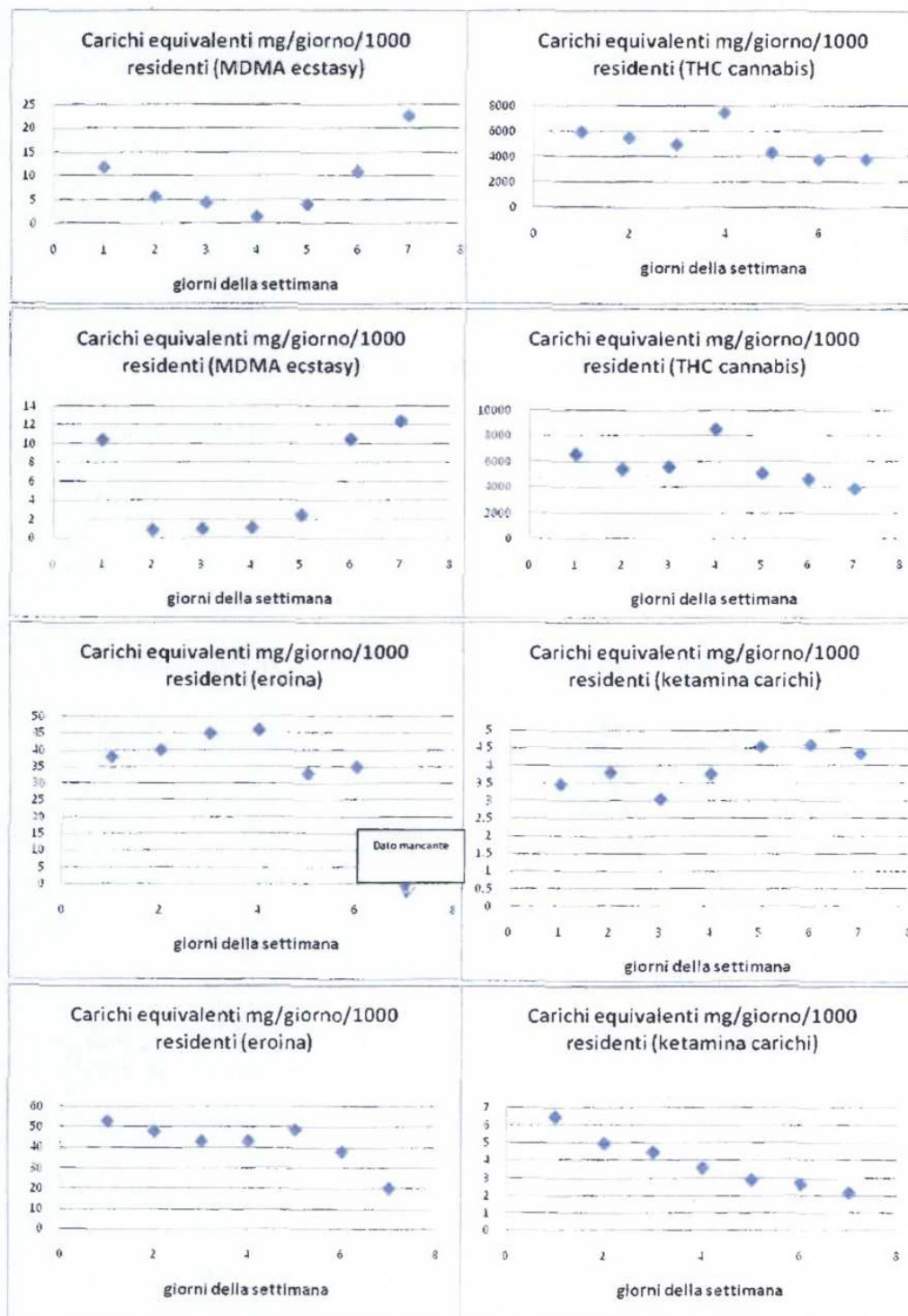


Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche

289

Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso



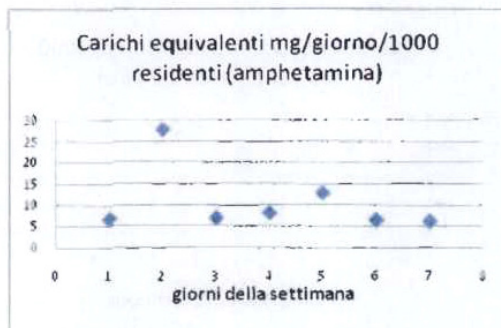
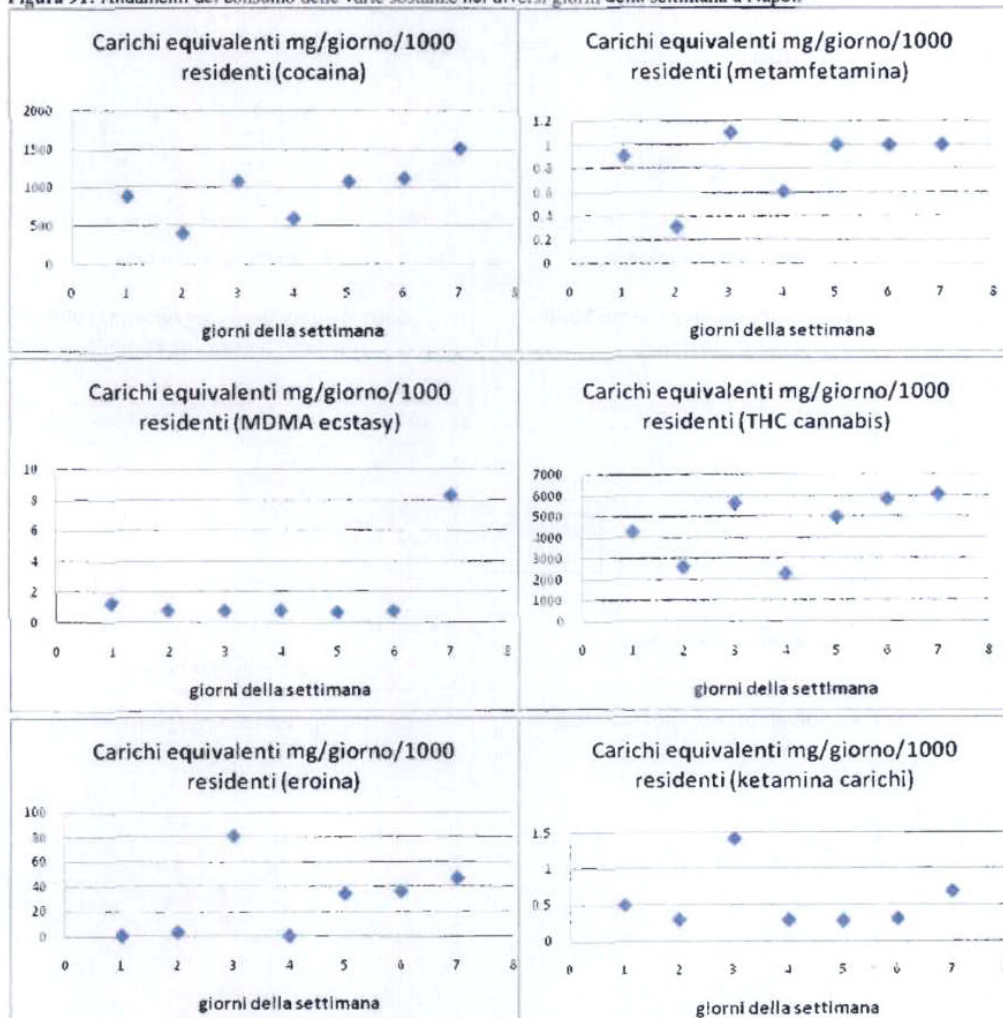
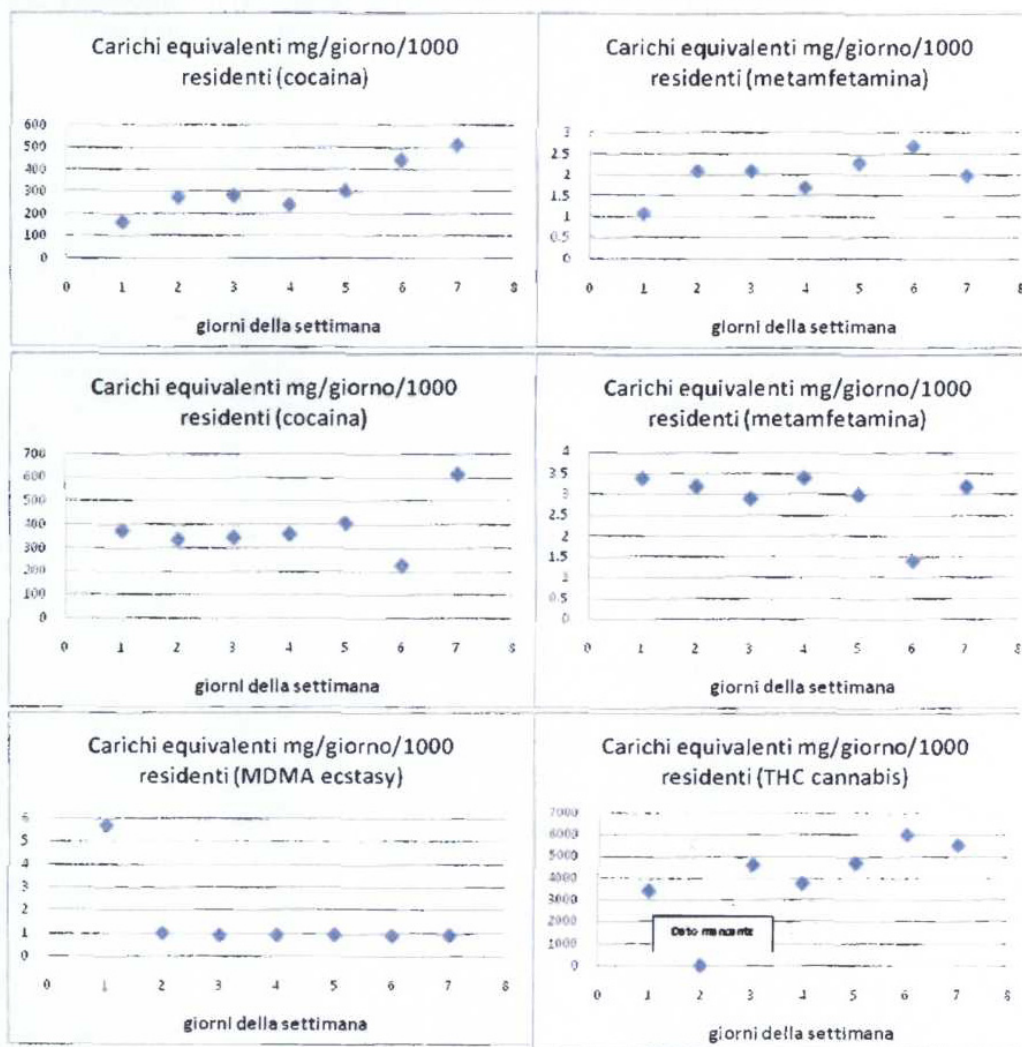
**Figura 91: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Napoli**

Figura 92: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Palermo



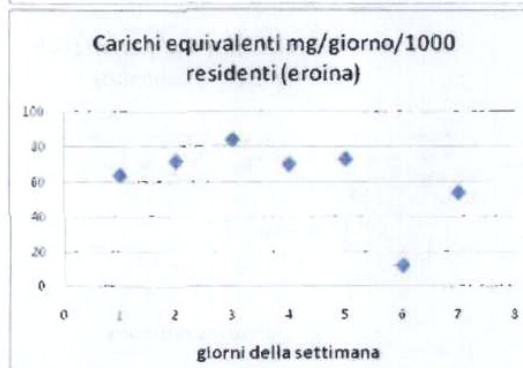
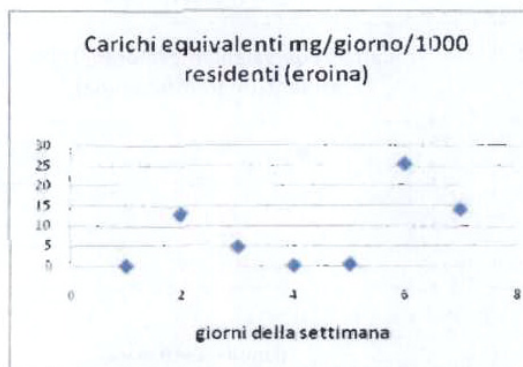
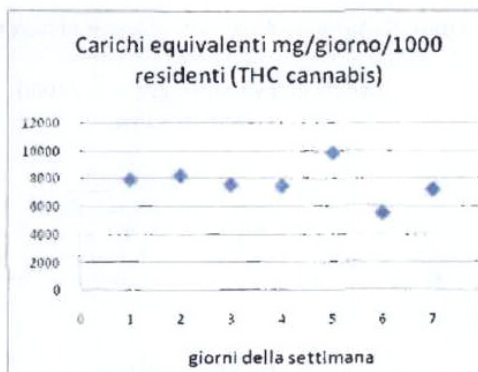


Figura 93: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Perugia (impianto di Genna)

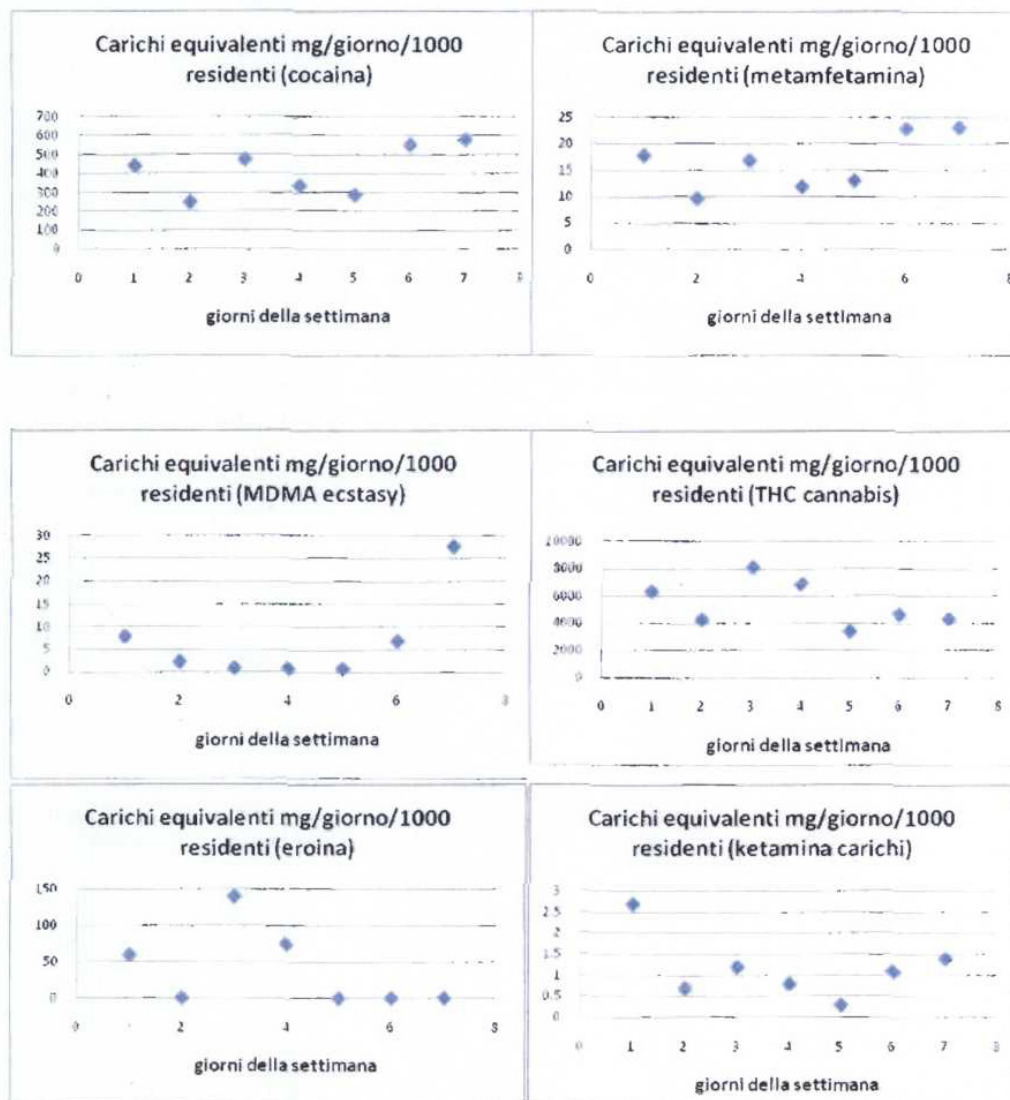


Figura 94: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Potenza

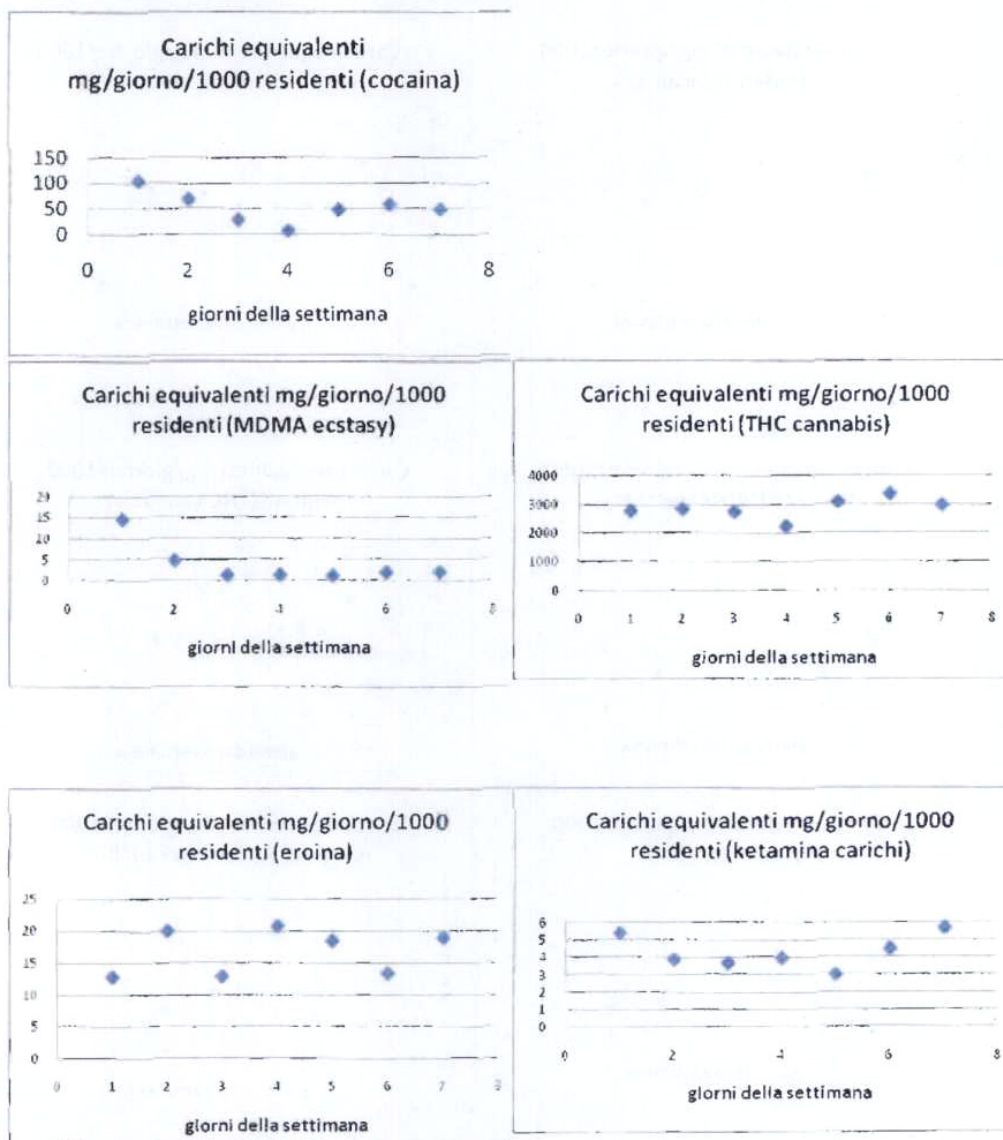
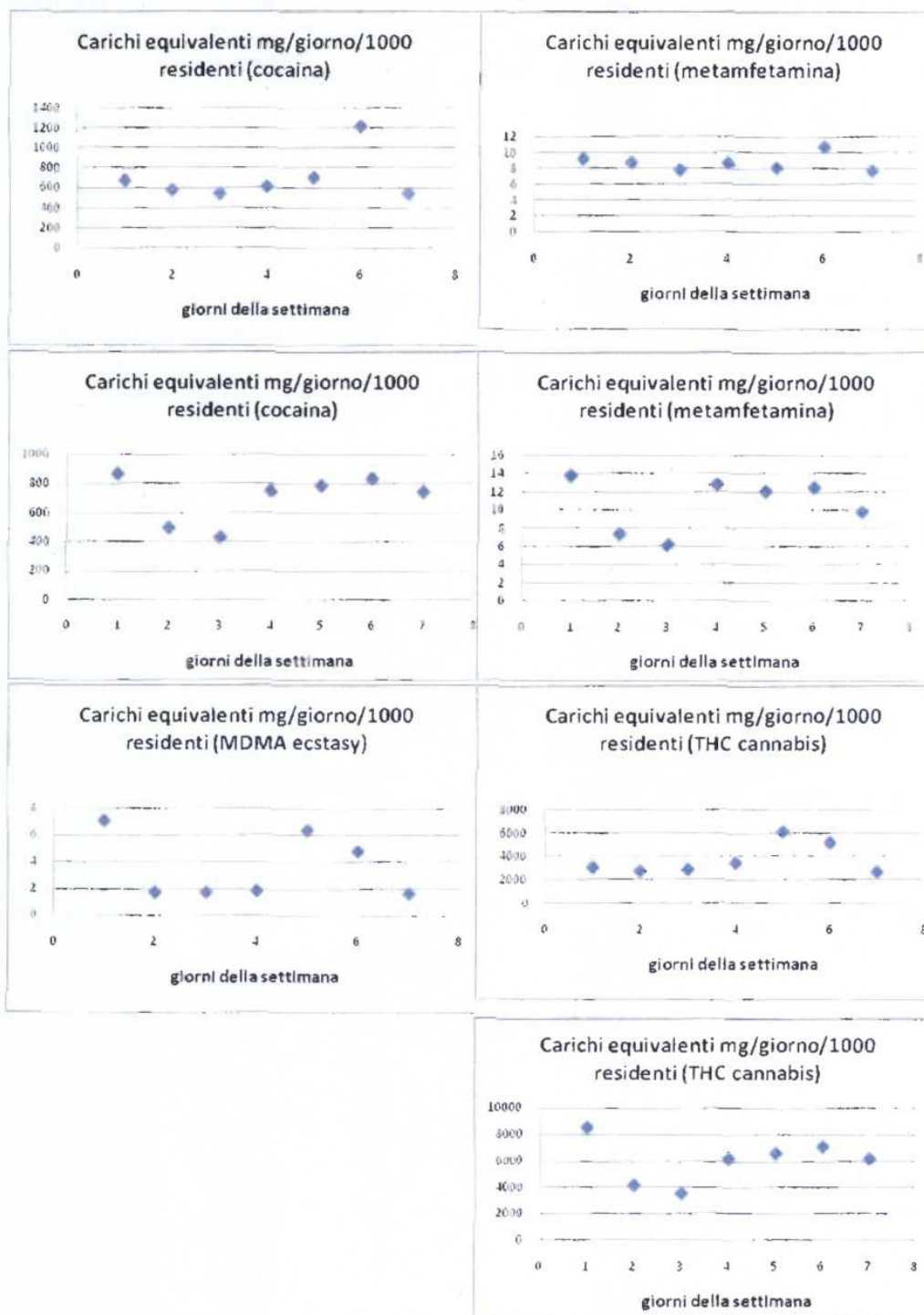


Figura 95: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Roma



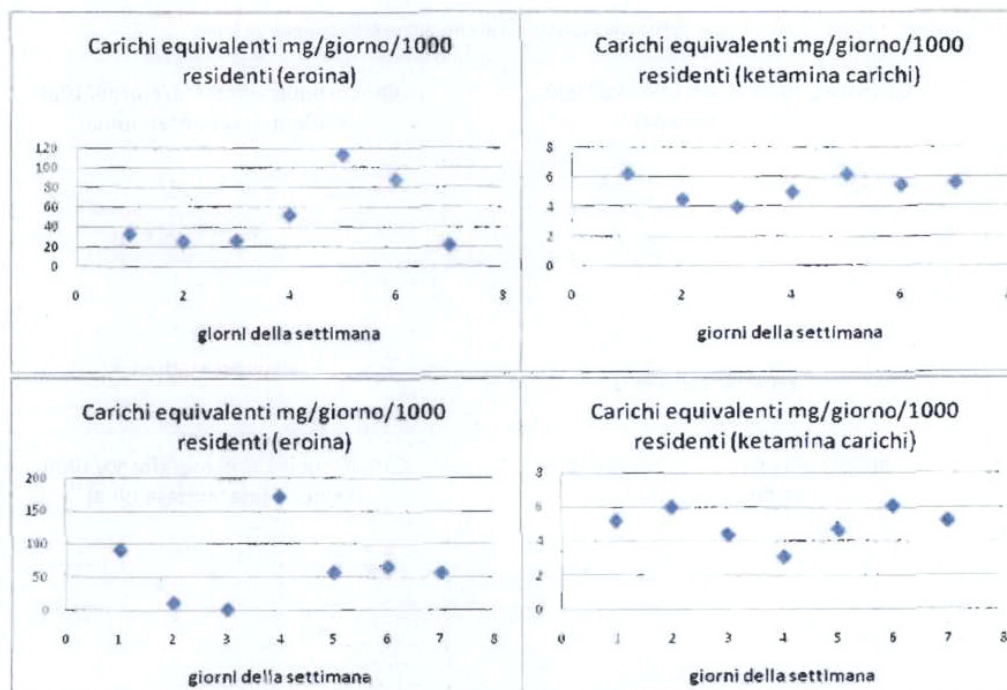
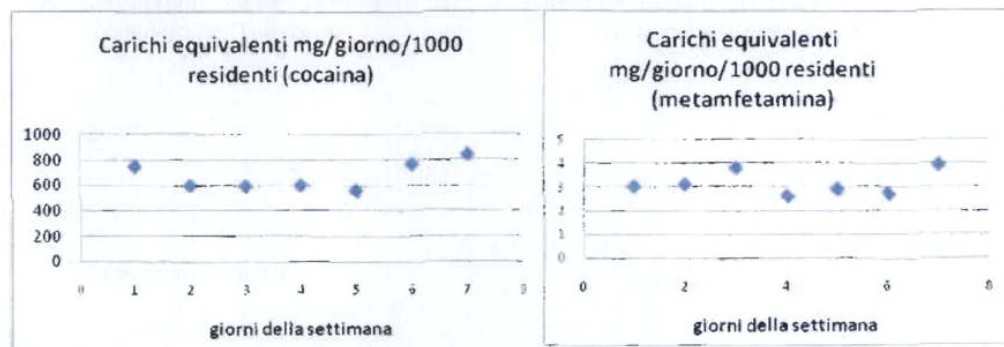
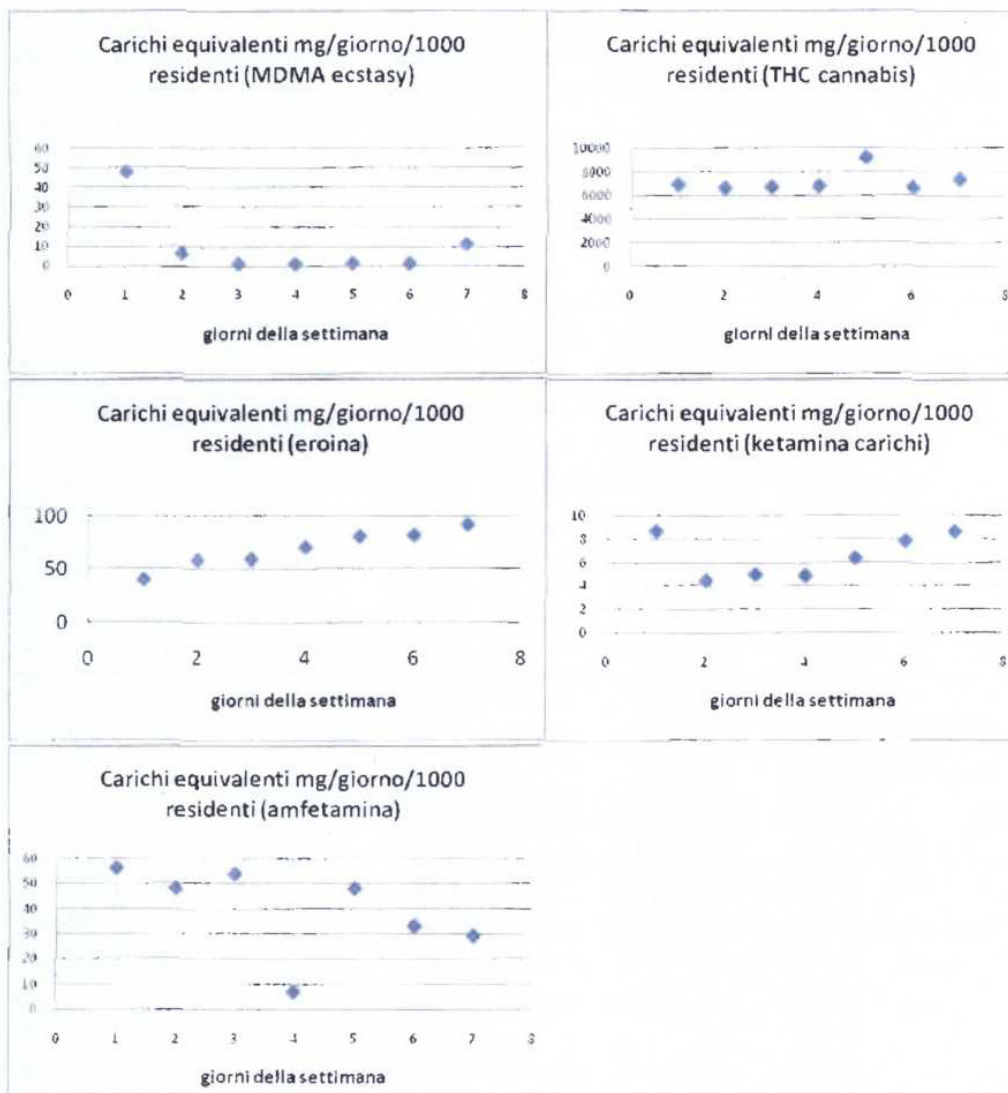


Figura 96: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Torino



Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso

297



Rilevazione Pilota presso 3 scuole superiori a Roma, Torino e Verona

Non è ragionevole scientificamente immaginare di ampliare in futuro a sufficienza la rilevazione per la stima del consumo delle sostanze psicotrope tra gli studenti. Questo perché, come dimostrato dall'indagine scolastica condotta regolarmente dal DPA (SPS), gli studenti che consumano maggiormente tendono a fare un numero maggiore di assenze da scuola. Inoltre, il numero di ore di presenza a scuola è limitato, con esclusione totale della domenica. In questo tipo di indagine un aspetto importante, che non viene rilevato, è la presenza di farmaci assunti senza prescrizione, che rappresenta la seconda "sostanza" assunta non legalmente dalle ragazze nella scuola superiore (SPS).

In ogni caso, per completezza, si riportano nella Tabella 2 i risultati, dove appare l'enorme

variabilità da un giorno all'altro a Roma e a Torino (il valore del coefficiente di variazione CV risulta maggiore di 150 inaccettabile per condurre una stima media con i dati rilevati). Il fenomeno opposto si rileva a Verona, in cui i dati sono molto più stabili, addirittura per la cocaina con CV pari a zero. In ogni caso solo i dati relativi alla cannabis a Torino e a Verona sono statisticamente accettabili, ma non utilizzabili per una stima del consumo. In particolare, risulta che il consumo normalizzato per gli studenti della scuola di Verona (0,0114) è significativamente maggiore di quello degli studenti della scuola di Torino (0,0036).

Tabella 61.: Risultati assoluti nelle 3 scuole analizzate

Scuola di Roma

DOSI TOTALI (397 studenti)	Lunedì 02/12/13	Martedì 03/12/13	Mercoledì 04/12/13	Giovedì 05/12/13	Venerdì 06/12/13	Sabato 07/12/13	Media	SD	CV
Cocaina	0	0,003	0	0	0	0,025	0,005	0,01	200
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0	0	0	0	0	0,02	0	0,01	
THC	0,22	0,28	0,25	0,78	3,8	0,33	0,94	1,42	151,06

Scuola di Torino

DOSI TOTALI (990 studenti)	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13	Media	SD	CV
Cocaina	0,01	0,012	0,006	0,003	0,002	0,429	0,08	0,17	212,5
Metamfetamina	0,027	0,002	0,001	0,001	0,003	0,001	0,006	0,01	166,667
MDMA	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,002	0,03	0,109	0,027	0,025	0,189	0,06	0,07	116,667
THC	2,5	2,7	3,2	2,9	4,5	5,9	3,6	1,3	36,111

Scuola di Verona

DOSI TOTALI (587 studenti)	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13	Media	SD	CV
Cocaina	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0	0
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,051	0,041	0,044	0,041	0,059	0,061	0,05	0,009	18
THC	5,9	4,9	5	8,3	8	8,5	6,7	1,7	25,373

Bibliografia

Bastiani L., Siciliano V., Curzio O., Luppi C., Gori M., Grassi M., Molinaro S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 38(4):2060-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016.

Bates S.C., Cox J.M. (2008). The impact of computer versus paper-pencil survey, and individual versus group administration, on self-reports of sensitive behaviors. *Computers in Human Behavior*, 24, pp. 903-916

Denniston, M. M., Brener, N. D., Kann, L., Eaton, D. K., McManus, T., Kyle, T. M., Roberts, A. M., Flint, K. H., Ross, J. G. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus Web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Participation, data quality, and perceived privacy and anonymity. *Computers in Human Behaviour*, 26, 5 pp. 1054-1060

Eaton D.K., Brener N.D., Kann L., Denniston M.M., McManus T., Kyle T.M., et al. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Risk behavior prevalence estimates. *Evaluation Review*, 34, pp. 137-153

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T. et al. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf.

Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*; 12(4):233-242. DOI: 10.1080/14659890701476532).

Legleye S., Janssen E., Beck F., Chau N., Khlai, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction*, 106(8):1520-31. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03447.x.

Mammone A., Fabi F., Colasante E., Siciliano V., Molinaro S., et al. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(4):343-58. DOI: 10.2478/nsad-2014-0027.

Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Mariani F. (2012). Concordance and consistency of answers to the self-delivered ESPAD questionnaire on use of psychoactive substances. *Int J Methods Psychiatr Res*, 21(2):158-68. DOI: 10.1002/mpr.1353.

Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Salvadori S., Mariani F. (2011). Illegal Substance Use among Italian High School Students: Trends over 11 Years (1999-2009). *PLoS One*, 6(6):e20482. DOI: 10.1371/journal.pone.0020482).

Raat H, Mangunkusumo RT, Landgraf JM, Kloek G, Brug J. (2007) Feasibility, reliability, and validity of adolescent health status measurement by the Child Health Questionnaire Child Form (CHQ-CF): internet administration compared with the standard paper version. *Qual Life Res*. May;16(4):675-85. Epub 2007 Feb 8.

Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *Eur Addict Res*;16:202-207.

Farcomeni, A. and Scacciarelli, D. (2013). *Heterogeneity and behavioural response in continuous time capture-recapture, with application to street cannabis use in Italy*, *Annals of Applied Statistics*, 7, 2293-2314.

EMCDDA. Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at local level, Lisbon, 1999.

EMCDDA. Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level, Lisbon 2004.

European Commission (2013). *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*, Franz Trautmann, Beau Kilmer & Paul Tumbul editori, European Commission- Directorate-General for Justice © European Union, 2013.

Mascioli F. and Rossi C. (2010). Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluating drug policies, *UN Bulletin on Narcotics*, Volume LX, ,5-25.

Matthijs Blankers, Ph.D. Tom Frijns Vendula Belackova, Carla Rossi, Bengt Svensson, Franz Trautmann & Margriet van Laar. (2014) Predicting cannabis abuse screening test (CAST) scores: a recursive partitioning analysis using survey data from Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden, *PLOS ONE* 2014.

Guido Mario Rey, Carla Rossi & Alberto Zuliani. Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche. Marsili editori, Venezia, 2011.

Reporting System Doping Antidoping – 2014. Commissione per la Vigilanza sul Doping – Ministero della Salute.

Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, Estimates of cocaine use in Milan, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175.

Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck, (2015) The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer, doi: 10.1007/s10940-015-9251-z.

Parte II. Domanda di sostanze: uso e problematiche

301

Capitolo 2 Prevalenza e incidenza di uso

Capitolo 3. Comorbilità droga correlata

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istat

3.1 Diffusione di HIV - AIDS

3.1.1 Nuove diagnosi di infezione da HIV in consumatori di sostanze per via iniettiva

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale. Il Centro Operativo AIDS (COA) (Allegato 1) dell'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute (Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008; *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008).

A giugno di ogni anno il COA riceve dalle regioni (Allegato 1) i dati relativi all'anno precedente. Pertanto, nella presente relazione vengono riportati i dati fino al 2013 in quanto i dati del 2014 non sono ancora pervenuti al COA.

In questa Relazione vengono presentati i dati degli anni 2010-2013, periodo in cui la copertura del sistema di sorveglianza è stata maggiore del 98%.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra consumatori di sostanze per via iniettiva – Injecting Drug Users (IDU)

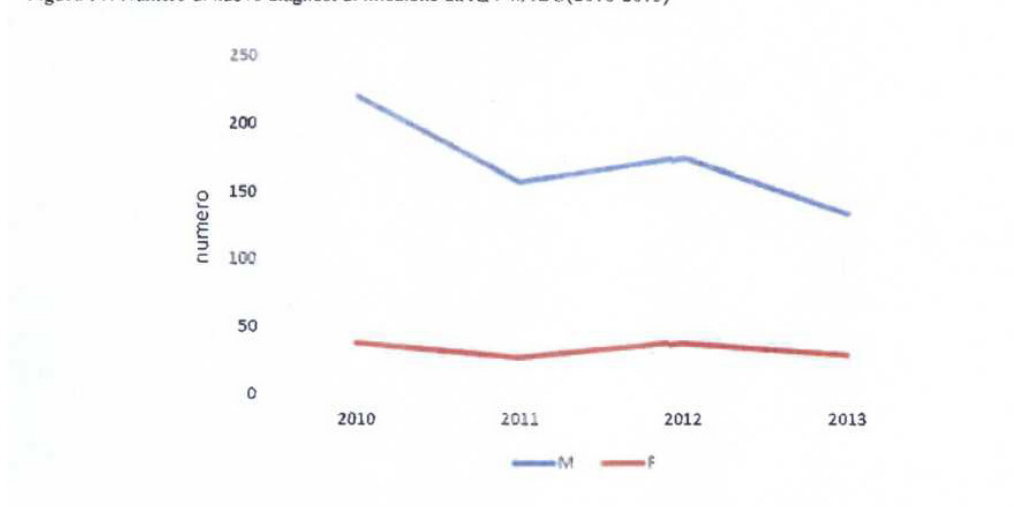
Nel periodo 2010-2013 sono state segnalate 820 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; di queste il 79,9 % erano in maschi e il 20,0% in persone di nazionalità straniera. L'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, calcolata solo tra gli adulti (≤ 15 anni) era di 40 anni (intervallo interquartile (IQR): 34-46 anni) per i maschi di 38 anni (IQR: 33-45 anni) per le femmine.

Dal 2010 al 2013, sono state segnalate, entro giugno 2014, rispettivamente 221, 157, 176 e 133 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; il numero di nuove diagnosi registrato tra gli IDU maschi è 4/5 volte più alto di quello registrato tra le femmine (Figura 97). La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 3 Comorbidità droga correlata

303

Figura 97: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU(2010-2013)



Nuove diagnosi infezione da HIV tra gli IDU per regione di segnalazione e regione di residenza

La Tabella 62 riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV registrato tra gli IDU per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2010, 2011, 2012 e 2013. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità dei consumatori e sull'offerta assistenziale di alcune regioni: nel 2013, le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Liguria, PA di Bolzano, Umbria, Campania, Basilicata) hanno "esportato" casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Sardegna) ne hanno "importati" da altre regioni. Nel 2013 più della metà delle segnalazioni sono pervenute da quattro regioni: Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (11,7%) Campania (14,8%) e Toscana (9,9%).

Tabella 62: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per regione di segnalazione e regione di residenza (2010-2013)

Regione	2010		2011		2012		2013			
	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	% sul totale	Residenti	% sul totale
Piemonte	24	22	18	18	12	11	14	8,6	15	9,3
Valle d'Aosta	1	1	1	1	2	2	0	0,0	0	0,0
Liguria	6	33	5	37	6	31	3	1,9	35	21,6
Lombardia	30	7	37	1	32	3	37	22,8	0	0,0
Trento	7	1	6	1	4	3	1	0,6	1	0,6
Bolzano	1	11	1	4	3	11	1	0,6	4	2,5
Veneto	9	0	5	0	12	0	4	2,5	1	0,6

Relazione Annuale al Parlamento 2015

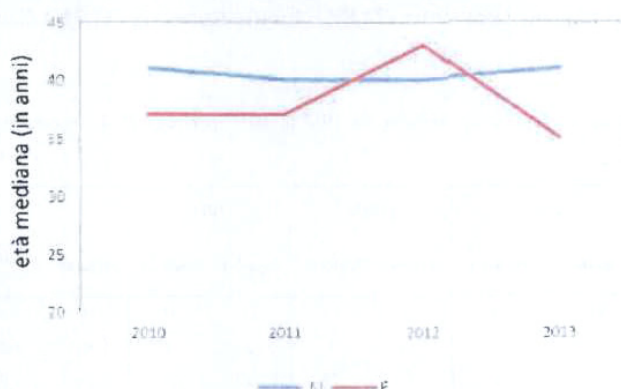
304

Friuli-Venezia Giulia	0	6	0	6	0	8	2	1,2	3	1,9
Emilia-Romagna	16	17	13	14	21	20	19	11,7	15	9,3
Toscana	26	22	15	12	12	10	16	9,9	14	8,6
Umbria	1	2	1	0	6	6	1	0,6	2	1,2
Marche	4	4	2	2	2	2	2	1,2	4	2,5
Lazio	18	14	24	16	17	15	15	9,3	9	5,6
Abruzzo	2	2	1	1	3	3	2	1,2	2	1,2
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	59	48	39	36	47	45	24	14,8	25	15,4
Puglia	10	12	5	5	12	12	6	3,7	6	3,7
Basilicata	1	1	0	0	0	1	0	0,0	2	1,2
Calabria	34	32	1	2	0	1	1	0,6	1	0,6
Sicilia	11	14	10	11	11	13	8	4,9	8	4,9
Sardegna	0	1	0	1	12	12	6	3,7	5	3,1
Residenza Estera		1		0		2			2	
Residenza Non Nota		9		16		3			8	
Totale	260	260	184	184	214	214	162	100	162	100

Età alla diagnosi di infezione da HIV negli IDU

Dal 2010 si osserva un andamento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU maschi: 41 anni (IQR: 34-46 anni) nel 2010 e 41 anni (IQR: 35-45 anni) nel 2013, mentre per le femmine si osserva una diminuzione dell'età mediana da 37 anni (IQR: 33-45 anni) nel 2010 a 35 anni (IQR: 30-44 anni) nel 2013, con un picco di 43 anni nel 2012 (Figura 98).

Figura 98: Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU (2010-2013)



La Figura 99 mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per anno di diagnosi e per classe di età.