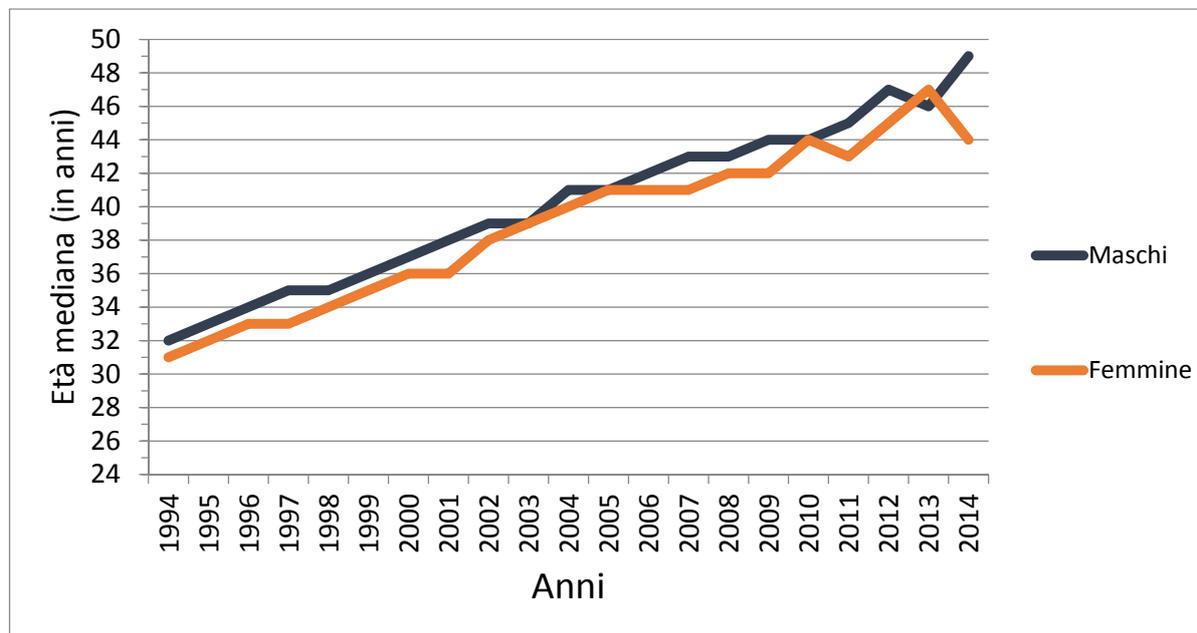


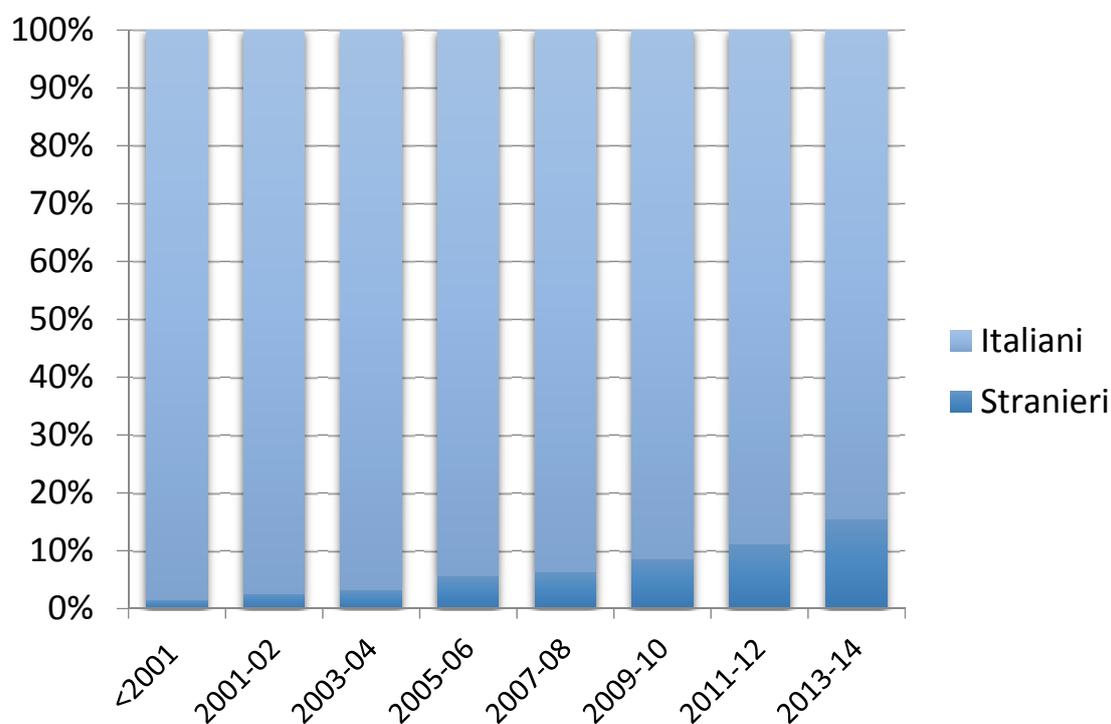
Età mediana dei casi di AIDS tra gli IDU e genere**Figura 68***Casi di AIDS tra gli IDU stranieri*

La proporzione di casi di AIDS tra gli IDU stranieri è aumentata nel tempo e è passata dal 2,8% nel biennio 2001-02 al 15,5% nel biennio 2013-14 (Figura 74). La loro area di provenienza è mostrata nella Tabella 71

Distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per nazionalità

		Periodo di diagnosi								Totale
		<2001	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	
Area Geografica di Provenienza										
AFRICA	N	104	18	22	16	17	12	11	11	211
	%	0.4	1.3	2.0	1.9	2.4	2.4	2.9	3.9	0.6
AMERICA CENTRO/MERIDIONALE	N	112	2	3	4	5	4	4	5	139
	%	0.4	0.1	0.3	0.5	0.7	0.8	1.1	1.8	0.4
AMERICA SETTENTRIONALE	N	8	.	.	.	.	1	.	.	9
	%	0.0	.	.	.	.	0.2	.	.	0.0
ASIA	N	17	1	.	5	1	5	4	3	36
	%	0.1	0.1	.	0.6	0.1	1.0	1.1	1.1	0.1
EUROPA	N	130	4	4	3	3	7	12	11	174
	%	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	1.4	3.2	3.9	0.5
EUROPA EST	N	33	5	6	4	14	15	11	12	100
	%	0.1	0.4	0.5	0.5	2.0	3.0	2.9	4.2	0.3
ITALIA	N	29135	1299	1090	796	657	459	332	240	34008
	%	98.5	97.2	96.8	94.3	93.7	91.3	88.8	84.5	97.9
NON NOTA	N	48	7	1	16	4	.	.	2	78
	%	0.2	0.5	0.1	1.9	0.6	.	.	0.7	0.2
Totale	N	29587	1336	1126	844	701	503	374	284	34755

Tabella 71

Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS tra gli IDU, per nazionalità e periodo di diagnosi**Figura 69***Patologie indicative di AIDS*

La Tabella 72 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS tra gli IDU per biennio di diagnosi. I dati relativi alla distribuzione delle patologie indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

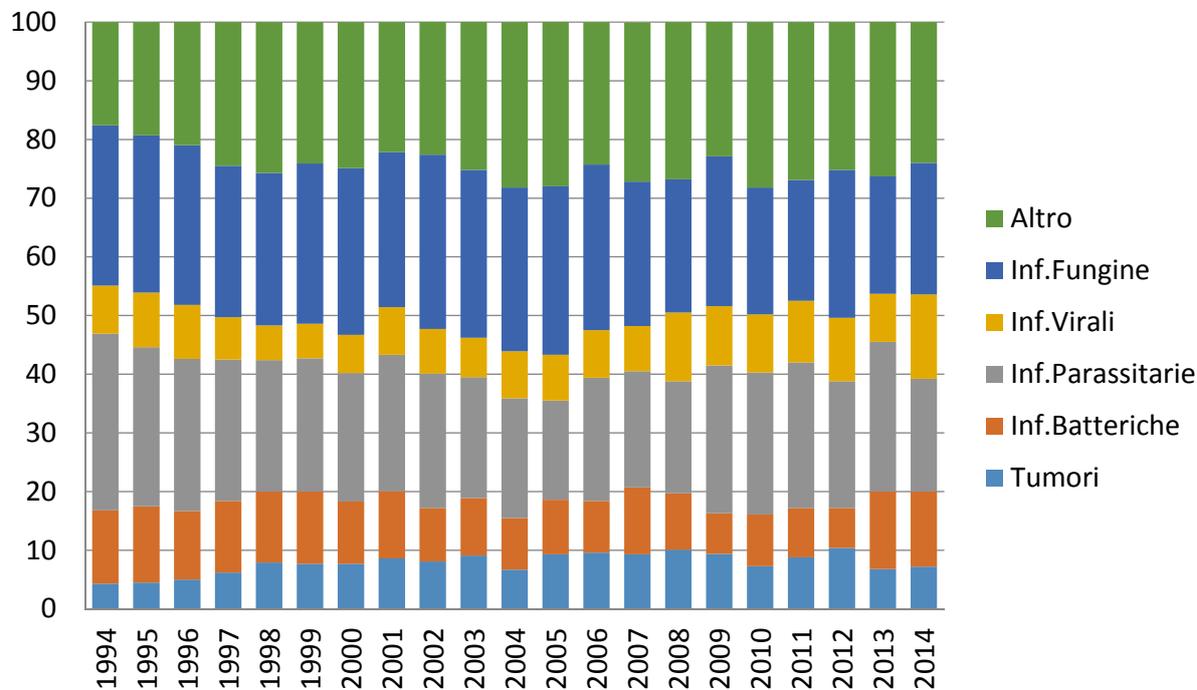
Rispetto agli anni precedenti al 2001, si osserva negli ultimi anni una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi.

Frequenza relativa delle patologie 13 indicative di AIDS tra gli IDU e per anno di diagnosi

		Periodo di diagnosi								Totale
		<2001	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	
Candidosi (polmonare e esofagea)	%	25.6	25.2	24.9	25.7	21.2	20.3	22.2	17.7	25.3
Polmonite da Pneumocystis Carinii	%	19.5	15.5	14.4	13.8	14.0	18.3	17.0	18.0	18.9
Toxoplasmosi cerebrale	%	8.6	6.3	5.9	4.5	4.8	6.1	5.7	4.1	8.1
Micobatteriosi	%	6.6	5.7	4.8	5.4	5.7	4.6	4.6	7.2	6.4
Altre infezioni opportunistiche	%	13.7	12.6	11.3	11.5	13.3	13.7	12.0	15.1	13.5
Sarcoma di Kaposi	%	2.0	2.1	2.2	1.2	1.9	2.2	1.5	2.6	2.0
Linfomi	%	2.7	5.3	5.2	7.7	7.0	5.9	7.4	3.8	3.2
Encefalopatia da HIV	%	8.0	7.6	8.8	7.9	8.9	10.3	10.0	9.9	8.1
Wasting Syndrome	%	8.0	9.2	11.6	12.2	12.9	11.7	13.5	13.9	8.5
Carcinoma cervice uterina	%	0.3	1.0	0.5	0.5	0.9	0.3	0.7	0.6	0.4
Polmonite ricorrente	%	2.4	5.6	6.3	6.2	5.1	3.4	2.6	1.7	2.8
Tubercolosi Polmonare	%	2.5	4.0	4.1	3.4	4.2	3.2	3.0	5.5	2.7
Totale	N	33870	1526	1288	984	805	591	460	345	39869

Tabella 72

La Figura 75 mostra l'andamento dal 1994 al 2014 delle patologie indicative di AIDS suddivise in 6 gruppi: tumori (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo), infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti), infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da Pneumocystis carinii e toxoplasmosi cerebrale), infezioni virali (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide), infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococchi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e altro (encefalopatia da HIV, wasting syndrome e polmonite ricorrente). Si osserva che le infezioni fungine costituiscono il gruppo più frequente in tutto il periodo considerato.

Distribuzione delle patologie indicative di AIDS per tipologia tra gli IDU**Figura 70***Diagnosi tardive di AIDS*

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In Tabella 73 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento, ed è più elevata nel genere maschile e tra gli stranieri; questi dati indicano che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Tempo intercorso tra i 1° test HIV positivo e la diagnosi di AIDS tra gli IDU

	Tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS			
	<= di 6 mesi		> 6 mesi	
	N	%	N	%
Anno di diagnosi				
1996	239	9.0	2424	91.0
1997	229	13.3	1495	86.7
1998	152	13.8	949	86.2
1999	149	16.4	761	83.6
2000	121	16.6	607	83.4
2001	98	14.4	581	85.6
2002	105	17.1	508	82.9
2003	93	16.3	478	83.7
2004	71	13.8	444	86.2
2005	65	15.2	363	84.8
2006	60	15.9	317	84.1
2007	64	18.1	289	81.9
2008	57	19.8	231	80.2
2009	49	19.5	202	80.5
2010	61	30.7	138	69.3
2011	48	26.8	131	73.2
2012	52	31.0	116	69.0
2013	39	23.4	128	76.6
2014	25	26.0	71	74.0
Genere	1527	15.9	8054	84.1

Maschio				
Femmina	250	10.3	2179	89.7
Area geografica				
Italia	1619	14.0	9952	86.0
Eestero	149	37.9	244	62.1
Nd	9	19.6	37	80.4
Totale	1777	14.8	10233	85.2

Tabella 73

STIMA DELL'INCIDENZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN IDU

Per calcolare l'incidenza sono state prese in considerazione le nuove diagnosi di infezione da HIV e le diagnosi di AIDS riportate tra IDU al numeratore e il numero stimato di consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento, diffuso annualmente nella Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze (4-10), al denominatore.

La stima dell'incidenza di AIDS tra gli IDU è stata calcolata dal 2006, quella dell'infezione da HIV dal 2010.

Numero dei consumatori di sostanze per via iniettiva, numero casi di AIDS numero casi di AIDS e incidenza

Anno	Stima consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento	<i>N. casi HIV</i>	<i>Incidenza HIV (per 100.000)</i>	<i>N. casi AIDS</i>	<i>Incidenza AIDS (per 100.000)</i>
2010	218425	265	121,3	228	104,4
2011	193000	186	96,4	194	100,5
2012	174000	212	121,8	179	102,9

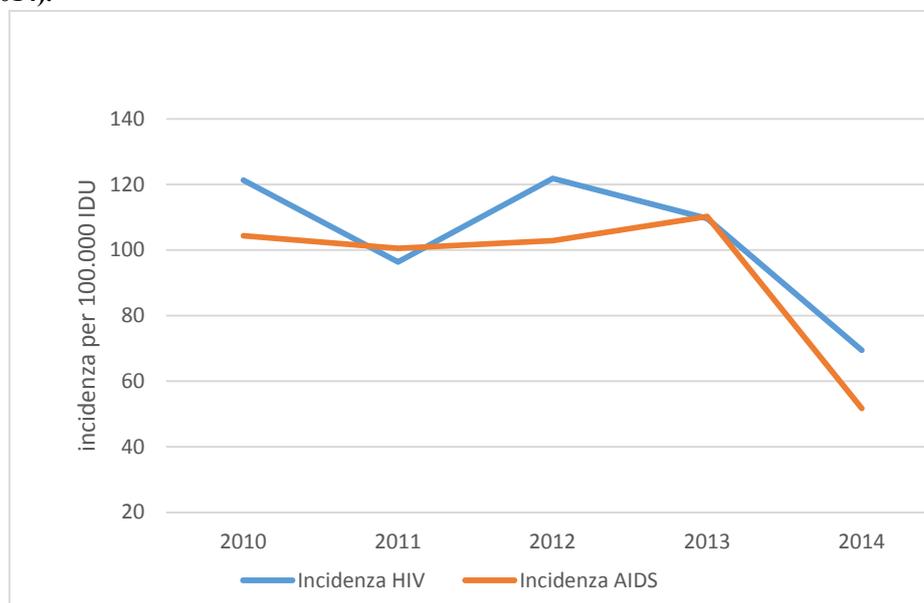
2013	162353	178	<i>109,6</i>	<i>179</i>	<i>110,3</i>
2014	203000	141	<i>69,5</i>	<i>105</i>	<i>51,7</i>

Tabella 74

L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando da 104,4 per 100.000 IDU nel 2010 al 51,7 per 100.000 IDU nel 2014.

L'incidenza delle nuove diagnosi di HIV in IDU sembra diminuire con un valore pari a 69,5 per 100.000 IDU nel 2014.

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS (per 100.000) tra gli IDU (2010-2014).

**Figura 71**

Riferimenti bibliografici.

1. Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.
2. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987;36 (Suppl 1):1-15.
3. Ancelle Park, R.A. (1993). Expanded European AIDS cases definition (letter). *Lancet*, 341-441.
4. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2007

6. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008
7. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2009. Elaborazioni 2010. 2010
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010 -elaborazioni 2011. 2011
9. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. -elaborazioni 2012. 2012
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013- elaborazioni 2013. 2013
11. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2013 - elaborazioni 2014. 2014

*** Referenti regionali del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: Manuela Di Giacomo, Viviana Faggioni, Giuseppe Matricardi (Abruzzo), Francesco Locuratolo, Gabriella Cauzillo (Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Daniele Chirico (Calabria), Guglielmo Borgia (Campania), Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani (Emilia-Romagna), Tolinda Gallo, Cinzia Braida (Friuli-Venezia Giulia), Amalia Vitagliano, Francesco Chini, Paola Barni (Lazio), Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai (Liguria), Anna Maria Gramegna, Liliana Coppola, Alessandra Piatti, Annamaria Rosa (Lombardia), Fabio Filippetti (Marche), Paola Sabatini (Molise), Chiara Pasqualini (Piemonte), Peter Mian, Oswald Moling (PA Bolzano), Danila Bassetti (PA Trento), Maria Chironna (Puglia), Stefano Ledda (Sardegna), Gabriella Dardanoni (Sicilia), Fabio Voller, Monica Da Frè, Monia Puglia (Toscana), Anna Tosti, Rita Papili (Umbria), Marina Giulia Verardo, Mauro Ruffier, Echarlod Elisa Francesca, Luigi Sudano (Valle d'Aosta), Francesca Russo, Francesco Da Re (Veneto)*

2.2 Progetto DTPI - Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate

Introduzione

Nel 2011, il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha attivato il progetto “Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate (DTPI)” per promuovere ed incentivare lo screening e la diagnosi precoce delle principali patologie infettive (infezione da HIV, HBV e HCV) correlate all’uso di sostanze stupefacenti nei soggetti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), nonché l’accesso alle terapie negli stessi servizi, secondo le strategie espresse nel Piano di Azione Nazionale 2010-2013 e le attività indicate nelle Linee di indirizzo “Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all’uso di sostanze stupefacenti”.

Il presente progetto ha tratto origine dalla rilevazione, presso i SerT, di una progressiva diminuzione, nel corso degli ultimi anni, del numero dei test sierologici per la diagnosi delle infezioni correlate all’uso di sostanze stupefacenti nei soggetti in trattamento e, conseguentemente, di un ritardo nella diagnosi precoce di tali infezioni e nell’accesso alle terapie necessarie.

Il DPA ha affidato il progetto DTPI all’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nello specifico, il Centro Operativo AIDS dell’ISS ha avuto il ruolo di coordinamento del progetto e il DPA il ruolo di direzione generale.

Il DPA, di concerto con l’ISS, ha individuato nel Dipartimento delle Dipendenze dell’Azienda ULSS 20 di Verona, il centro di raccolta dei dati dello studio DTPI dai SerT. Al medesimo Dipartimento delle Dipendenze di Verona è stata affidata la funzione di fornire i dati in forma aggregata all’ISS per la necessaria elaborazione, analisi e reportistica.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto DTPI è stato quello di stimolare i SerT partecipanti ad applicare le Linee di indirizzo "Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti", promuovendo l'offerta del test per le infezioni correlate all'uso di sostanze stupefacenti (HIV, HBV, HCV) nella popolazione tossicodipendente.

Direttamente collegato a questo obiettivo generale vi era quello di verificare l'incremento dell'esecuzione dei test sierologici per le suddette infezioni, di valutare la siero prevalenza, di raccogliere le informazioni sia socio-demografiche (es. età, genere, nazionalità, stato civile, livello di istruzione) che correlate con le pratiche di abuso (es. tipo di sostanza usata, numero di siringhe scambiate nella vita e nell'ultimo anno, uso di materiale sterile durante l'ultima iniezione) e con i comportamenti sessuali (es. età al primo rapporto sessuale, tipo di rapporto sessuale nell'ultimo anno, numero di partner sessuali nella vita e nell'ultimo anno, uso del preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale).

Infine, punto di forza del progetto DTPI era quello di raccogliere informazioni sull'infezione da HIV correlate con le pratiche di abuso e con i comportamenti sessuali, dati non disponibili con gli altri metodi di rilevazione ufficiale.

Obiettivi specifici

- Diffondere la conoscenza e l'applicazione delle Linee di Indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nei SerT.
- Aumentare l'offerta di test per l'infezione da HIV, da HBV e da HCV e il numero di tossicodipendenti esaminati nei SerT.
- Diminuire il ritardo di diagnosi per le principali malattie infettive droga-correlate (HIV, HBV, HCV).
- Aumentare l'accesso precoce alle terapie antiretrovirali per l'infezione da HIV, ai trattamenti delle epatiti croniche e alla vaccinazione per l'epatite B.

Materiali e Metodi

Il progetto prevedeva l'esecuzione di un prelievo sierologico per le infezioni da HIV, HBV e HCV a tutti i consumatori di sostanze (sia per via iniettiva che non iniettiva) presi in carico dai SerT partecipanti e la somministrazione di una scheda di raccolta dati per conoscere i comportamenti a rischio correlati con le pratiche di abuso e i comportamenti sessuali.

Le informazioni contenute nella scheda raccolta dati dello studio DTPI erano diverse e da aggiungere alle informazioni raccolte routinariamente da ogni SerT e presenti nel tracciato SIND (Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze).

La scheda raccolta dati dello studio DTPI è stata appositamente costruita corta, con pochi dati essenziali, per renderla più maneggevole, poiché tutte le altre informazioni utili a delineare il profilo e le caratteristiche della persona tossicodipendente, potevano essere recuperate dal database SIND, tramite linkage attraverso il codice SIND, presente come prima informazione della scheda DTPI.

Le informazioni contenute nel database SIND sono le seguenti: anagrafica della persona tossicodipendente; test sierologici sostenuti e esito degli stessi; contatti avuti con il SerT, pratiche di abuso e tipo di trattamenti eseguiti; sostanze d'uso e, infine, dati sull'esposizione a rischio infettivo. Attraverso il linkage tra i due database (SIND e DTPI) era possibile unificare le informazioni senza raccoglierle nuovamente.

Successivamente all'elaborazione dei dati era prevista la diffusione e promozione delle linee di indirizzo messe a punto dal DPA in collaborazione con il Ministero della Salute e successivo monitoraggio dell'applicazione territoriale di dette linee di indirizzo, attraverso la replicazione semestrale della raccolta dati.

Centri Collaborativi dello studio DTPI (Servizi per le Tossicodipendenze: SerT)

Il progetto DTPI prevedeva il coinvolgimento di 58 SerT fra i 550 operanti in Italia, scelti per rappresentatività geografica e per avere un rapporto di fidelizzazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga e con il Centro Operativo AIDS.

I SerT coinvolti sono stati contattati direttamente ed è stata loro chiesta l'adesione formale alla partecipazione. Tale adesione è avvenuta durante il kick-off workshop che è avvenuto il 9 di giugno del 2011 presso la sala Polifunzionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sita a Largo Chigi in Roma.

Flusso dei dati

La somministrazione della scheda DTPI era di competenza del personale del SerT. La scheda andava somministrata durante il normale colloquio diagnostico e proposta a tutti i tossicodipendenti in trattamento presso il SerT stesso.

La Asl 20 di Verona aveva il compito di raccogliere in remoto, tramite il programma mFp-Extractor, il database contenente dati individuali dello studio DTPI ai quali, tramite linkage con il codice SIND, dovevano essere associate anche tutte le informazioni relative alla persona tossicodipendente (informazioni anagrafiche, test sierologici sostenuti, pratiche di abuso e tipo di trattamenti eseguiti e informazioni sull'esposizione a rischio infettivo). Compito della ASL 20 di Verona era anche quello di eliminare i dati anagrafici sensibili e inviare i dati al Centro Operativo AIDS che si sarebbe occupato dell'elaborazione degli stessi.

Il Servizio Informatico dell'Istituto Superiore di Sanità aveva il compito di mettere a punto l'applicativo web per raccogliere i dati del progetto DTPI, tramite un collegamento con il codice SIND.

Inizio della raccolta dati

Lo studio ha avuto inizio con l'invio, da parte del Centro Operativo AIDS, del seguente materiale ai SerT partecipanti:

- Protocollo operativo per la raccolta e trasmissione dei dati
- Istruzioni Operative delle Specifiche funzionali del tracciato DTPI

- Scheda raccolta dati dello studio DTPI (Check list operativa)

L'avvio ufficiale dello studio è stato fissato il 15 luglio 2013. Il termine della raccolta dati era previsto per il 30 giugno 2014.

Problematiche sorte durante lo svolgimento dello studio

Novembre 2013: Il 7 Novembre 2013, dopo quattro mesi dall'avvio della raccolta dei dati, si è tenuta la prima riunione di valutazione sullo svolgimento dello studio. Durante questa riunione la ASL 20 di Verona, che aveva il compito di centralizzare i dati dello studio per poi inviarli in modo anonimo al Centro Operativo AIDS ha riferito che 11 SerT avevano confermato l'adesione alla partecipazione e che avrebbe comunque tentato di arruolare altri SerT per lo studio.

Febbraio 2014: Determinata l'impossibilità di recuperare altri SerT, in data 7 Febbraio 2014, si era concordato di condurre comunque l'indagine sugli 11 SerT che avevano accettato di partecipare, poichè questi possedevano la piattaforma mFp (un insieme di strumenti informatici appositamente studiati per gestire i processi di lavoro all'interno dei servizi dei SerT) ed era quindi possibile raccogliere facilmente i dati (sia i dati SIND che i dati della scheda DTPI) di tutti i tossicodipendenti in carico.

Risultati

a) Caratteristiche socio-demografiche della popolazione

A febbraio 2014, 11 SerT hanno confermato la partecipazione allo studio DTPI. Di questi, 9 hanno successivamente proposto la scheda e inviato i dati alla ASL 20 di Verona, per un totale di 1.077 record relativi ad altrettanti tossicodipendenti in trattamento.

Georeferenziazione dei centri collaborativi che hanno fornito dati per il progetto “Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate (DTPI)” relativi alla check list operativa per la promozione del test HIV e delle epatiti virali.



Figura 72

Durante la fase di recupero diretto dei dati attraverso i SerT si è evidenziato che 3 SerT (Napoli, Nuoro e Ragusa, per un numero totale di record uguale a 137) non avevano riportato il codice SIND nella scheda dello studio DTPI, non consentendo di linkare i dati con il database SIND e di recuperare le altre informazioni presenti in questo database. I dati di questi tre SerT sono stati pertanto esclusi dall’analisi.

Il database dello studio DTPI, costituito dai dati di 6 SerT e un totale di 940 record, è stato successivamente pulito dai doppi (n. 56) e linkato con i dati del database SIND.

I record per i quali è stato possibile eseguire il linkage sono 563, relativi a 5 SerT. Si sottolinea che i dati della scheda DTPI inviati dal SerT di Cittadella (VI) non linkano con i dati del database SIND. Non è stato possibile pertanto utilizzare i dati di questo SerT perché privi di informazioni anagrafiche. Il database dello studio è pertanto costituito da 563 record. Su questo database è stata eseguita l’analisi dei dati che è qui di seguito riportata.

I dati dello studio DTPI avrebbero dovuto essere raccolti nel periodo 15 luglio 2013 – 30 giugno 2014. Tuttavia, come si evince dalla Tabella 75, i SerT hanno fornito i dati riferiti anche a alcuni soggetti visitati negli anni precedenti al 2013 (1 caso nel 2010, 3 casi nel 2011 e 41 casi nel 2012). Per rendere più consistente il campione si è deciso, in fase di analisi, di includere tutti i casi inviati.

Distribuzione dei casi raccolti per SerT e anno di riferimento

Città	2010	2011	2012	2013	2014	Totale
Bergamo	0	0	0	132	135	267
Campobasso	0	0	0	20	17	37
Verona	0	0	39	12	20	71
Palermo	0	0	0	19	1	20
Varese	1	3	2	86	76	168
Totale	1	3	41	269	249	563

Tabella 75*Caratteristiche socio-demografiche*

Dei 563 tossicodipendenti in trattamento presso i cinque SerT partecipanti, l'83,7% (n. 464) erano maschi e l'84,8% aveva la cittadinanza italiana.

Tra i tossicodipendenti stranieri il 34,5% proveniva da un paese asiatico, il 15,5% da un paese dell'Africa, il 9,5% da un paese dell'Europa dell'Est, il 3,6% da un paese dell'America del Sud e il restante 2,2% da paese dell'Europa Occidentale o dagli Stati Uniti d'America.

Tra i tossicodipendenti afferenti ai cinque SerT che hanno partecipato allo studio, l'età mediana era di 38 anni (IQR 30-46); in particolare, tra i maschi tossicodipendenti l'età mediana era di 39 anni (IQR 30-45) e tra le femmine tossicodipendenti l'età mediana era di 37 anni (IQR 28-47).

Il 58,5% dei tossicodipendenti in trattamento presso i 5 SerT era celibe/nubile, il 14,8% era coniugato, 11,2% era separato/divorziato e lo 0,5% era vedovo.

Il 55,4% aveva conseguito il Diploma di Scuola Media Inferiore, il 16,4% aveva conseguito un Diploma di Scuola Media Superiore, il 9,6% un Diploma di Qualifica Professionale, il 6,0% la Licenza Elementare. Solo l'1,8% aveva conseguito una Laurea Magistrale e lo 0,4% una Laurea triennale.

La distribuzione delle sostanze usate per la prima volta indica che il 44,2% dei tossicodipendenti ha usato cannabis per la prima volta, l'8,7% ha usato alcol, il 7,9% ha usato eroina, il 6,9% ha usato cocaina e l'1,4% ha usato altre sostanze illegali non specificate (Tabella 76).

Distribuzione delle sostanze usate per la prima volta

Tipo di sostanza	Maschio	Femmina	Totale di riga	% di colonna
cannabinoidi	212	33	245	44,2
alcool	35	13	48	8,7
eroina	38	6	44	7,9
cocaina	31	7	38	6,9
altre sostanze illegali	6	2	8	1,4
metadone non prescritto	0	1	1	0,2
morfina non prescritta	0	1	1	0,2
anfetamine non prescritte	1	0	1	0,2
ecstasy ed analoghi	0	1	1	0,2
LSD	1	0	1	0,2
altri allucinogeni	1	0	1	0,2
Nd	139	26	165	29,8
Totale di colonna	464	90	554	100

Tabella 76

n. casi mancanti= 9

Tra i tossicodipendenti afferenti ai cinque SerT che hanno partecipato allo studio, l'età mediana del primo uso è stata riferita solo da 360 tossicodipendenti ed è stata di 16 anni (IQR 14-19 anni); in particolare, è stata 16 anni per i maschi (IQR 14-18 anni) e 17 anni per le femmine (IQR 15-25 anni). Tra i tossicodipendenti afferenti ai cinque SerT che hanno partecipato allo studio, l'età mediana del primo trattamento presso il SerT è stata riferita solo da 526 tossicodipendenti ed era di 28 anni (IQR 22-36 anni); in particolare, è stata di 30 anni per i maschi (IQR 22-36 anni) e di 27 anni per le femmine (IQR 22-38 anni).

b) Caratteristiche comportamentali e uso di sostanze

Di seguito vengono riportate delle informazioni relative alle pratiche di abuso e ai comportamenti sessuali. Nello specifico, per quanto concerne le informazioni sui comportamenti sessuali, si tratta di