

Parte Prima

Dimensione del fenomeno

CAPITOLO I.1.

CONSUMO DI DROGA

I.1.1. Survey 2012 GPS popolazione generale 18-64 anni

- I.1.1.1. Sintesi sui consumi*
- I.1.1.2. Consumi di eroina*
- I.1.1.3. Consumi di cocaina*
- I.1.1.4. Consumi di cannabis*
- I.1.1.5. Consumi di stimolanti*
- I.1.1.6. Consumi di allucinogeni*
- I.1.1.7. Consumo di alcol*
- I.1.1.8. Policonsumo*
- I.1.1.9. Metodologia*

I.1.2. Survey 2012 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

- I.1.2.1. Sintesi sui consumi*
- I.1.2.2. Consumi di eroina*
- I.1.2.3. Consumi di cocaina*
- I.1.2.4. Consumi di cannabis*
- I.1.2.5. Consumi di stimolanti*
- I.1.2.6. Consumi di allucinogeni*
- I.1.2.7. Consumo di alcol*
- I.1.2.8. Policonsumo*
- I.1.2.9. Metodologia*

I.1.3. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (DTLR)

- I.1.3.1 Introduzione*
- I.1.3.2 Risultati preliminari*
- I.1.3.3 Dati delle Forze Armate*
- I.1.3.4 I costi del Drug Test*

I.1.4. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue

- I.1.4.1 Progetto AquaDrugs*

I.1. CONSUMO DI DROGA

La complessa natura del fenomeno dell'assunzione di sostanze psicotrope legali ed illegali è determinata non solo dalle componenti motivazionali e di contesto sociale dei consumatori, ma caratterizzata anche da un forte contesto di illegalità in cui il fenomeno stesso si sviluppa rende di difficile attuazione le azioni di osservazione e monitoraggio mediante studi epidemiologici classici.

Tali studi, tuttavia, oltre a soddisfare un fabbisogno informativo indispensabile per il monitoraggio del fenomeno, soprattutto per valutarne l'evoluzione sia in termini quantitativi, sia in termini di pattern dei consumi, costituiscono la base per la pianificazione di ulteriori interventi di approfondimento e di completamento del profilo conoscitivo.

A livello europeo, il monitoraggio del fenomeno legato al consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali, ha assunto un ruolo strategico nel contrasto alla diffusione dello stesso. Solo mediante una continua e costante osservazione dell'evoluzione dei consumi, nonché di altri fattori legati alla domanda e all'offerta di sostanze stupefacenti, è possibile raccogliere informazioni utili e necessarie alla definizione e all'orientamento di nuove ed efficaci strategie di prevenzione e contrasto.

A tal fine l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT) ha definito cinque indicatori chiave, il primo dei quali è dedicato all'osservazione dei consumi di sostanze psicotrope nella popolazione generale e, parallelamente, nella popolazione studentesca.

Sulla base di una metodologia standard definita dallo stesso OEDT, tutti i paesi europei svolgono ricerche sul fenomeno della droga, dalle quali emergono informazioni essenziali per descrivere e comprendere l'impatto della diffusione delle sostanze illecite su scala nazionale. In un'epoca in cui l'importanza degli interventi fondati sull'esperienza è riconosciuta da più parti, non è un caso che 21 paesi abbiano riferito che i risultati degli studi condotti in questo settore forniscono, almeno in parte, un orientamento all'azione politica in materia di droghe.

In Italia gli studi di popolazione generale (GPS) e scolastica (SPS) sul consumo di stupefacenti sono stati avviati all'inizio del secondo millennio. I primi (GPS) hanno periodicità biennale, i secondi (SPS) annuale, consentono l'analisi dell'evoluzione dei consumi e delle abitudini di assunzione delle sostanze psicoattive legali ed illegali, fornendo interessanti ed utili indicazioni anche nel contesto dinamico dell'evoluzione del fenomeno negli altri Stati membri EU.

A supporto e a conferma dei risultati ottenuti dagli studi epidemiologici tradizionali, particolare attenzione è stata dedicata dal Dipartimento Politiche Antidroga ad iniziative rivolte a studi alternativi e complementari che, con la collaborazione metodologica ed operativa di istituti di ricerca accreditati a livello internazionale, sono stati avviati a livello nazionale dal 2010

Criticità nella
conduzione degli
studi epidemiologici
tradizionali

Studi indispensabili
per la valutazione
dell'andamento del
fenomeno

Monitoraggio del
fenomeno: parte
strategica per la
definizione di
politiche efficaci

Consumo di
sostanze: studio
biennale sulla
popolazione
generale e studio
annuale sulla
popolazione
scolastica
Attivazione di
nuove metodologie
multi osservazionali
e complementari

I.1.1. Survey 2012 GPS nella popolazione generale 18-64 anni

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-DPA 2012 (General Population Survey) promossa e diretta dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzata nel 2012 in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale (CUEIM), nella popolazione generale 18-64 anni.

Al fine di poter operare confronti con le indagini svolte in passato, i dati elaborati per la popolazione generale 18-64 anni sono stati integrati con i risultati dell'indagine scolastica per le età 15-17 anni, che può ritenersi una stima rappresentativa della popolazione residente 15-17 anni.

Di seguito, quindi, sono riportati i risultati dell'indagine sulla popolazione nazionale 15-64 anni ottenuti dalle analisi condotte sui questionari raccolti alla data del 15 maggio 2012 attraverso l'indagine GPS-DPA (18-64 anni), e dalle risposte fornite alla stessa data dal campione di studenti intervistati attraverso l'indagine SPS-DPA per la fascia d'età rimanente (15-17 anni).

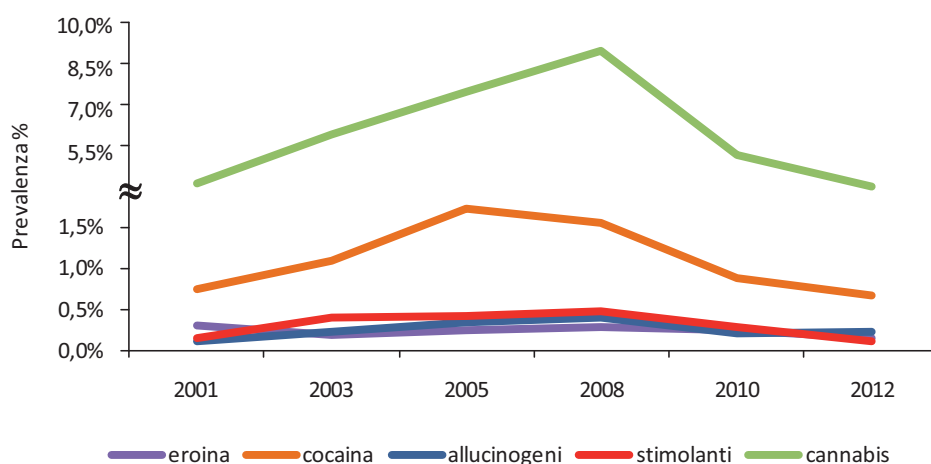
Indagine di
popolazione
18-64 anni

Integrazione
con indagine
popolazione
studentesca

I.1.1.1 Sintesi sui consumi

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (Last Year Prevalence-LYP), riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione dei consumatori già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel 2010 (Figura I.1.1).

Figura I.1.1: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



Tendenza alla
diminuzione globale
dei consumatori
nella popolazione
generale

Fonte: Elaborazione su dati ISPAD* Italia 2001 – 2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

*ISPAD= Indagine sulla Popolazione Italiana sull'uso di Alcol e Droghe, condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche

Focalizzando l'attenzione anche sul consumo di sostanze nel breve periodo, ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista (Last Month Prevalence-LMP), il confronto tra le prevalenze di consumatori negli ultimi due anni d'indagine conferma una propensione alla contrazione generale (Tabella I.1.1).

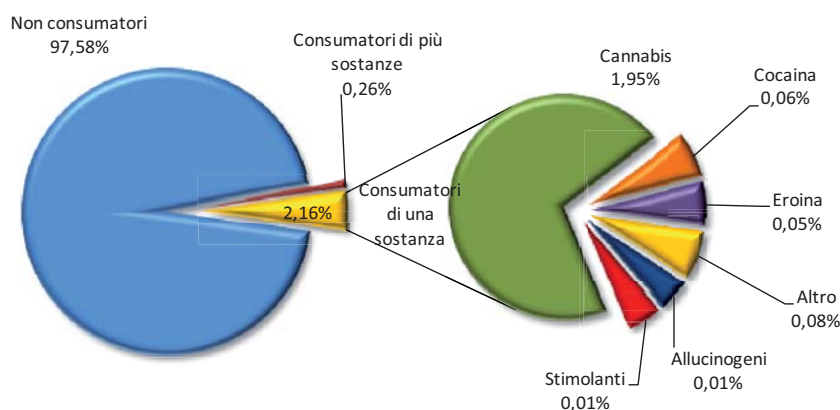
Tabella I.1.1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2010 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Eroina	0,17	0,08	-0,09
Cocaina	0,43	0,29	-0,14
Cannabis	3,00	1,82	-1,18
Stimolanti	0,15	0,04	-0,11
Allucinogeni	0,10	0,05	-0,05

Propensione alla diminuzione dei consumatori negli ultimi 30 giorni tra 2010 e 2012

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.2: Distribuzione della popolazione generale 15-64 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012



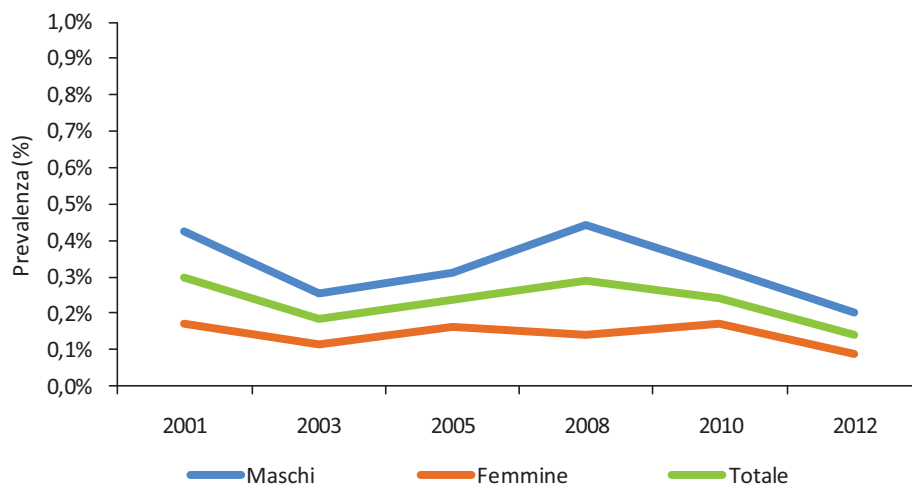
Il 97,58% della popolazione 15-64 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.2 Consumi di eroina

Secondo i risultati delle indagini di popolazione generale condotte dal 2001 al 2012, la percentuale di soggetti che ha assunto eroina o altri oppiacei (codeina, mescalina, metadone, ecc) una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra seguire un andamento piuttosto variabile fino al 2008.

Figura I.1.3: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



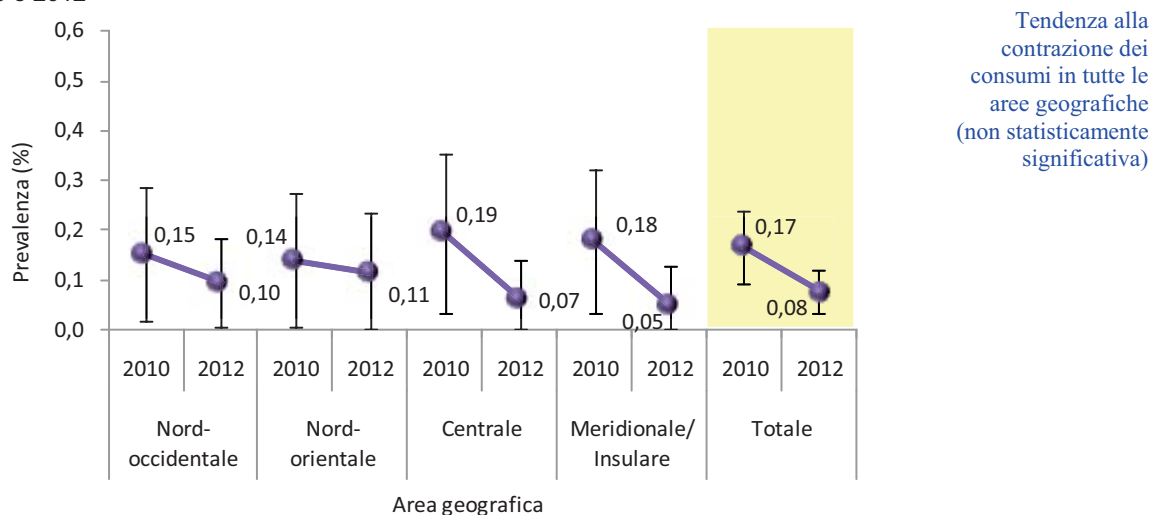
Trend dei consumatori di eroina in diminuzione dal 2008

Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando, invece, le indagini più recenti, dal 2008 in poi i consumatori di oppiacei sembrano in continua diminuzione, con una propensione alla contrazione più marcata per il genere maschile (Figura I.1.3).

Analizzando il consumo di eroina negli ultimi 30 giorni secondo la ripartizione geografica di residenza dei rispondenti e l'anno di indagine, nel 2012 rispetto al 2010 si evidenziano consumi più contenuti in tutte le aree, con una diminuzione dei consumi di oppiacei nell'Italia centrale e nell'Italia meridionale/insulare (Figura I.1.4).

Figura I.1.4: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012

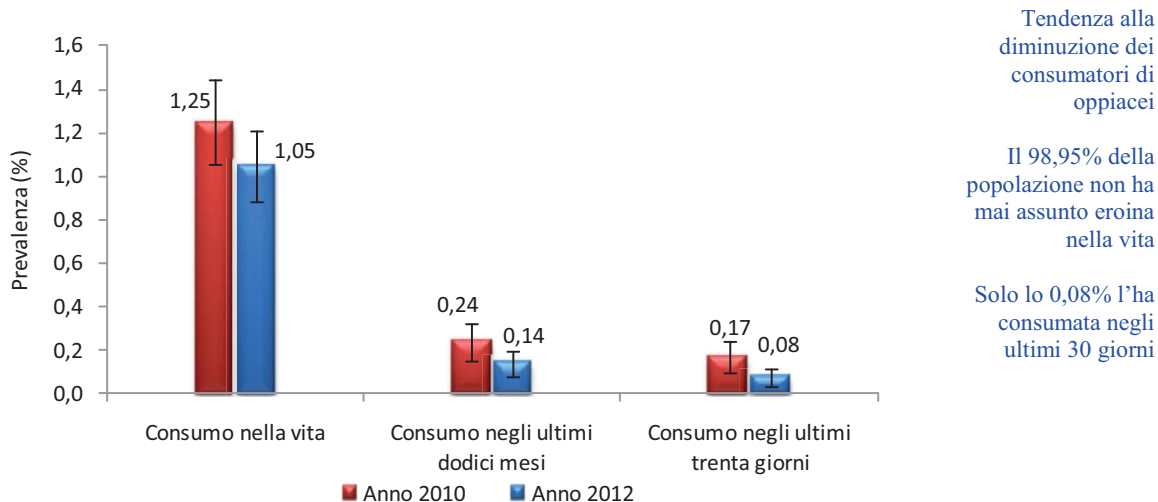


Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La stima del numero di consumatori di eroina o altri oppiacei almeno una volta nella vita è risultata pari all'1,0%, mentre lo 0,1% della popolazione si stima l'abbia utilizzata nel corso dell'ultimo anno. La stima di assuntori di eroina nei 30 giorni antecedenti l'intervista è pari allo 0,08% (Figura I.1.5).

Rispetto alla rilevazione del 2010, tutti i valori relativi ai consumatori di oppiacei stimati nella popolazione italiana nei tre periodi di riferimento tendono a diminuire, sebbene le contrazioni non siano statisticamente significative.

Figura I.1.5: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sul consumo di oppiacei nell'ultimo mese, si stima una contrazione del numero dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per i maschi rispetto alle femmine (Tabella I.1.2). Tuttavia, gli esigui valori delle prevalenze non consentono di individuare differenze statisticamente significative tra il 2010 e il 2012.

Tabella I.1.2: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

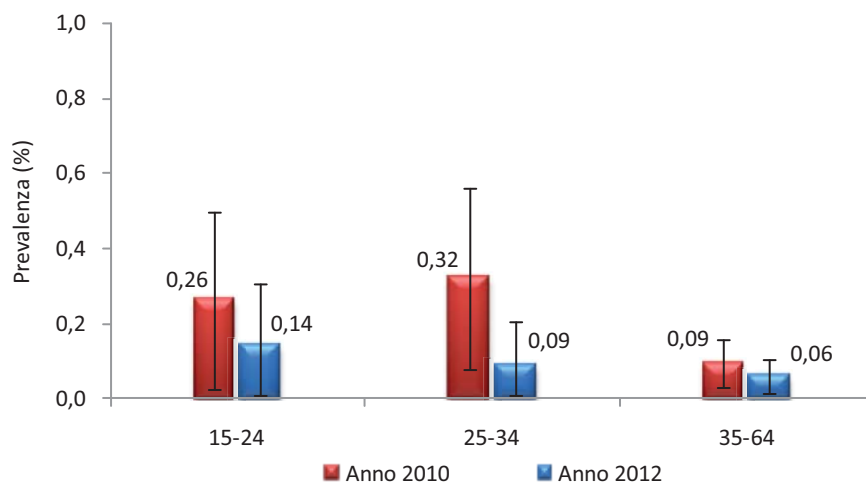
Eroina	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,22	0,09	-0,13	-59,09
Femmine	0,13	0,06	-0,07	-53,85
Totale	0,17	0,08	-0,09	-52,94

Propensione alla contrazione dei consumatori di oppiacei negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione per fascia d'età dei consumatori negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, rispetto alla precedente indagine, evidenzia una diminuzione dei consumi in tutte le fasce di età, non statisticamente significativa, inclusa la fascia di età 25-34 anni in cui si osserva la contrazione maggiore (Figura I.1.6).

Figura I.1.6: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le femmine hanno tendenzialmente consumi inferiori rispetto ai maschi (Tabella I.1.3).

Tra i consumatori che hanno indicato l'uso di eroina negli ultimi 30 giorni, il consumo occasionale (1-5 volte) è riferito dal 75% dei maschi e dal 41,5% delle femmine; consumi più frequenti, da 6 volte in su, sembrano riguardare maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Di rilievo il dato sull'assunzione di oppiacei ogni giorno o quasi nell'ultimo mese per le femmine (58,5%), riferito a pazienti assistiti dalle strutture del servizio sanitario.

Prevalente il consumo occasionale nei maschi

Tabella I.1.3: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

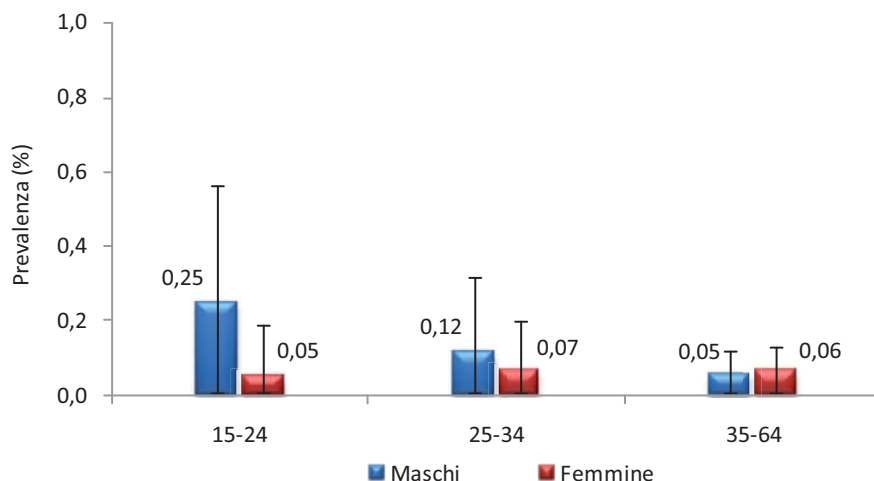
Consumo di eroina o altri oppiacei (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,38	0,77	1,05
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,20	0,09	0,14
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,09	0,06	0,08
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	0,25	0,05	0,14
25-34 anni	0,12	0,07	0,09
35-64 anni	0,05	0,06	0,06
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	75,05	41,50	59,78
6-20 volte	24,95	-	13,59
Ogni giorno o quasi	-	58,50	26,64

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando il consumo di eroina negli ultimi 30 giorni per genere e fascia d'età si osserva una marcata differenza tra maschi e femmine nella fascia d'età più giovane (0,25% nei maschi vs 0,05% nelle femmine), una discrepanza meno evidente nella fascia 25-34 anni (0,12% vs 0,07%), ed una stima di consumo di oppiacei senza differenze significative nei due generi nella fascia d'età 35-64 anni (0,05% vs 0,06%).

Figura I.1.7: Consumo di eroina nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.3 Consumi di cocaina

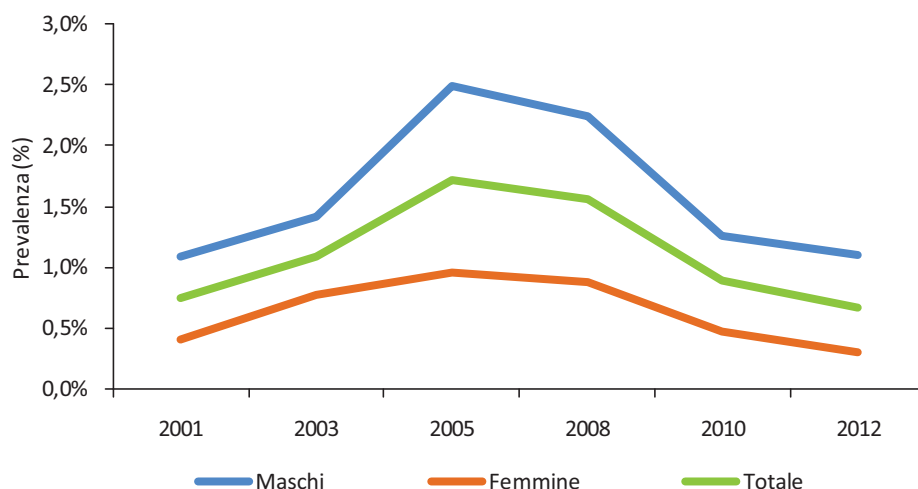
L'andamento del numero dei consumatori di cocaina o crack, una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevato nell'ambito delle indagini di popolazione condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2005, dopo un periodo iniziale caratterizzato da un aumento dei consumi (Figura I.1.8). Nell'ultimo anno di osservazione la propensione alla contrazione sembra essersi stabilizzata unitamente alla differenza tra il consumo nei due generi.

Consumatori negli ultimi 30 giorni: maggior interessamento dei maschi 15-34 anni e delle femmine nella fascia 35-64 anni

Percentuale elevata di femmine che hanno consumato eroina più di 20 volte negli ultimi 30 giorni

Differenze non statisticamente significative tra i maschi e le femmine

Figura I.1.8: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

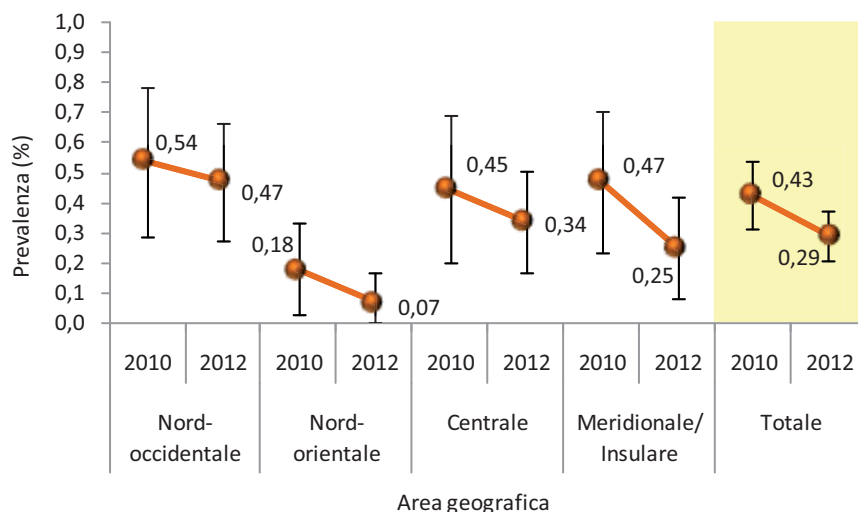


Riduzione dei consumatori di cocaina o crack dal 2005

Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di cocaina o crack nella popolazione italiana sembra essere maggiormente diffuso nell'Italia nord-occidentale, seguita dall'Italia centrale, mentre consumi più bassi si osservano nel nord-est (Figura I.1.9). Rispetto alla precedente indagine, la tendenza alla contrazione dei consumatori sembra interessare tutte le aree geografiche del territorio nazionale.

Figura I.1.9: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012

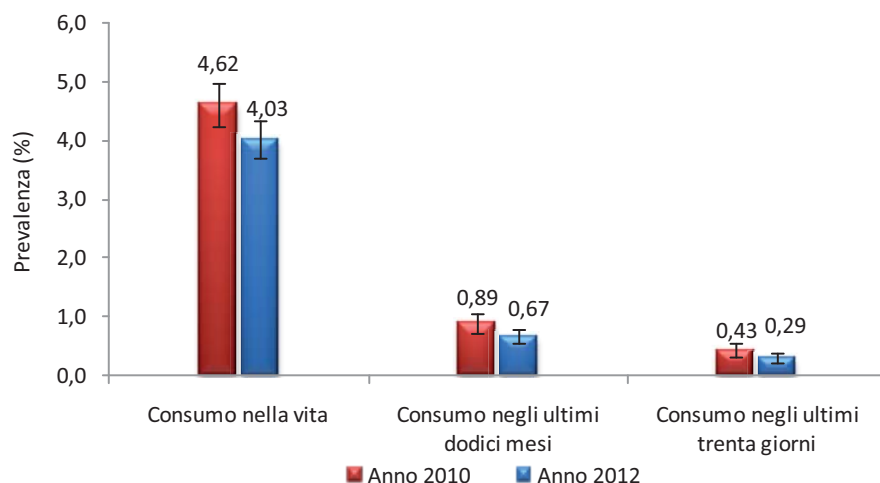


Tendenza alla contrazione dei consumatori in tutte le aree geografiche

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La propensione alla contrazione del numero dei consumatori di cocaina o crack evidenziata in precedenza, si osserva per tutti e tre i periodi temporali di riferimento (consumo nella vita, nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni) (Figura I.1.10).

Figura I.1.10: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Propensione alla contrazione dei consumatori di cocaina o crack

Il 95,97% della popolazione si stima non abbia mai assunto cocaina o crack nella vita

Solo lo 0,3% sembra abbia assunto cocaina o crack negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La riduzione dei consumi di cocaina o crack sembra interessare maggiormente la popolazione femminile (-42,11%) rispetto a quella maschile (-27,54%), se si considera il consumo della sostanza nei 30 giorni antecedenti la rilevazione (Tabella I.1.4).

Tabella I.1.4: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

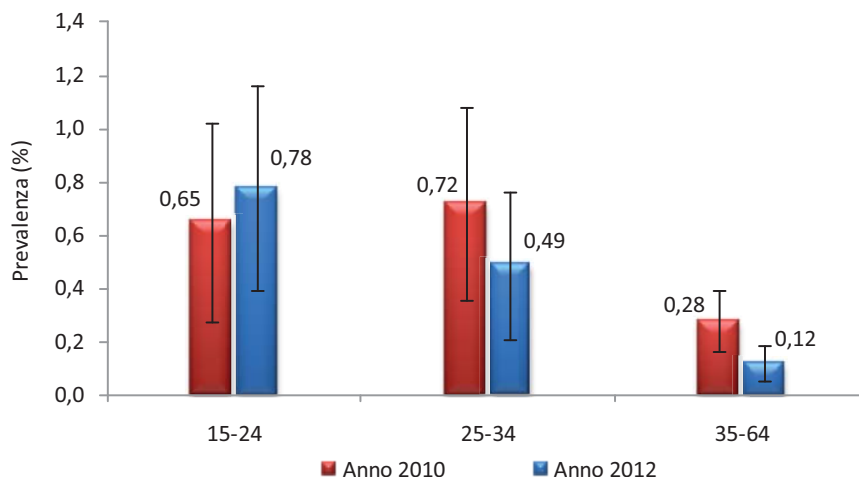
Cocaina	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,69	0,50	-0,19	-27,54
Femmine	0,19	0,11	-0,08	-42,11
Totale	0,43	0,29	-0,14	-32,56

Maggior prevalenza di consumo nei maschi negli ultimi 30 giorni, anno 2012

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione per fascia d'età dei consumi negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista rispetto alla precedente indagine, evidenzia un leggero aumento di consumo nella fascia d'età più giovane, e una diminuzione dei consumi nelle altre due fasce d'età, in particolar modo nella popolazione di 35-64 anni.

Figura I.1.11: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012 si stima una prevalenza dei consumatori di cocaina o crack di circa il 4% almeno una volta nella vita, che scende allo 0,7% se si considera l'ultimo anno e allo 0,3% in riferimento ai 30 giorni precedenti l'intervista (Tabella I.1.5). Confrontando queste prevalenze per genere si osservano notevoli differenze tra maschi e femmine, specialmente in riferimento al consumo almeno una volta nella vita (5,7% per i maschi vs 2,6% per le femmine).

Osservando la frequenza di assunzione di cocaina o crack, tra coloro che hanno assunto la sostanza negli ultimi 30 giorni, sembra essere prevalente il consumo occasionale, sia tra i maschi che tra le femmine.

Tabella I.1.5: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di cocaina (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	5,69	2,63	4,03
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,10	0,30	0,67
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,50	0,11	0,29
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	1,37	0,28	0,78
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
25-34 anni	0,73	0,31	0,49
35-64 anni	0,24	0,01	0,12
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	95,97	91,05	95,07
6-20 volte	1,52	-	1,24
Ogni giorno o quasi	2,51	8,95	3,69

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

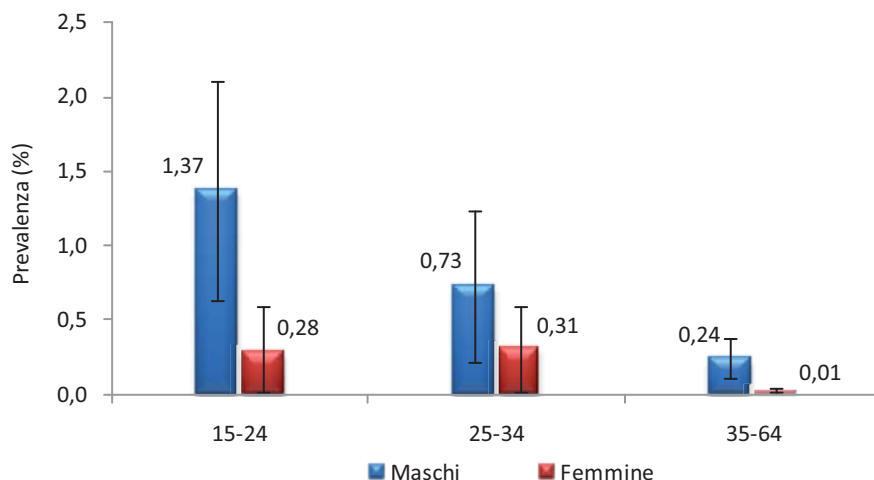
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando la distribuzione dei consumatori di cocaina negli ultimi 30 giorni per genere e fascia d'età, si osserva una marcata differenza tra maschi e femmine per le fasce di età più giovani e più adulte: 1,4% per i maschi contro 0,3% per le femmine nella fascia 15-24 anni, 0,7% contro 0,3% nella fascia 25-34 anni, e 0,24% contro 0,01% nella fascia di età 35-64 anni (Figura I.1.12).

Maggior consumo di cocaina o crack tra i maschi in tutte le fasce d'età

Tra i consumatori, maggiore frequenza di consumo occasionale

Figura I.1.12: Consumo di cocaina nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012

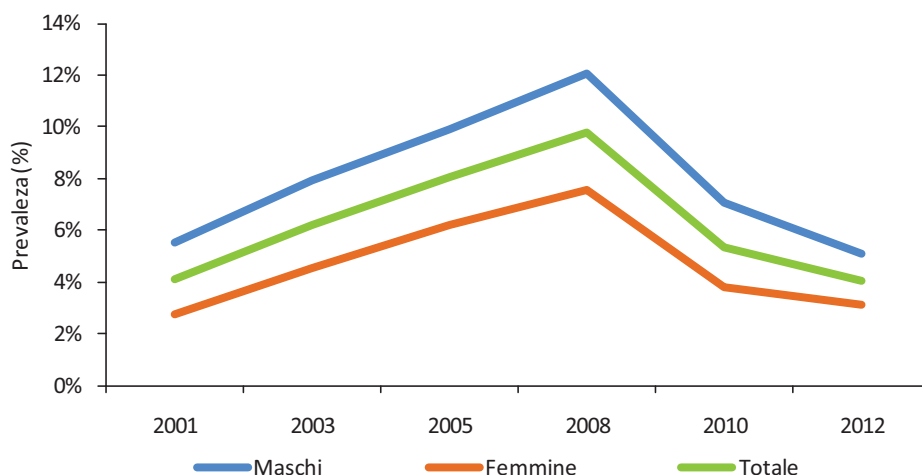


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.4 Consumi di cannabis

Nell'ultimo decennio, fra le sostanze illecite, quella maggiormente assunta dalla popolazione italiana risulta essere la cannabis; il trend dei consumatori di tale sostanza, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, indica un aumento degli assuntori fino al 2008, seguito da una contrazione nel periodo successivo (2008-2012), più marcata nel biennio 2008-2010 (Figura I.1.13).

Figura I.1.13: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

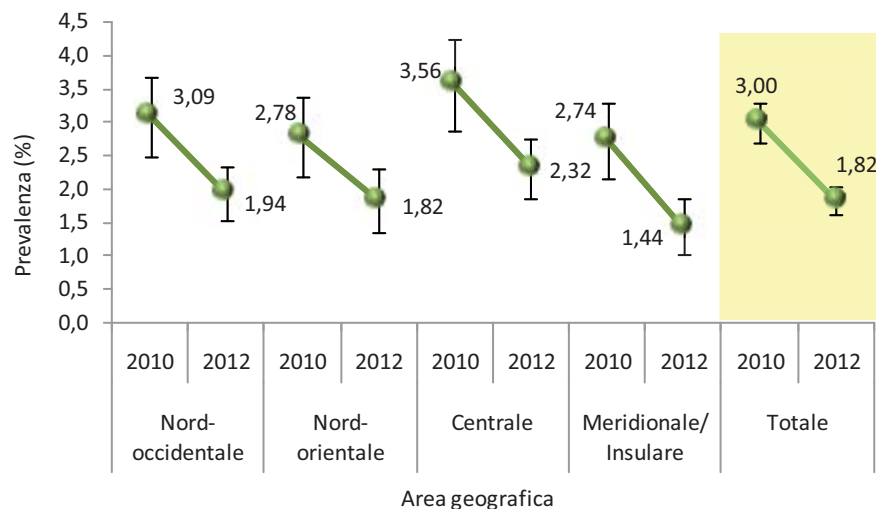


Aumento dei consumi di cannabis fino al 2008, marcata contrazione nel periodo successivo

Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando il consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni secondo l'area geografica di residenza e l'anno di indagine, si evidenziano prevalenze di consumatori più contenute in tutte le aree, con intensità maggiore nell'Italia meridionale/insulare (Figura I.1.14).

Figura I.1.14: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012

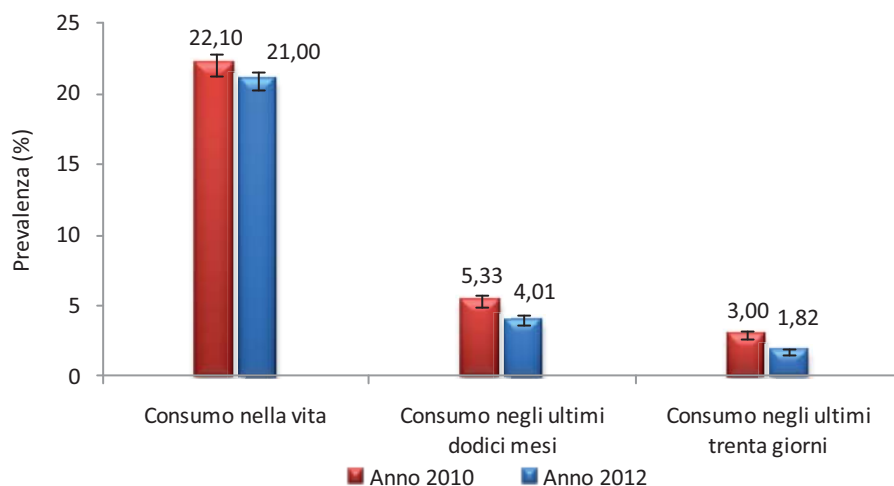


Riduzione dei consumi più marcata nell'Italia meridionale/insulare

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel complesso, la prevalenza di consumatori di cannabis almeno una volta nella vita con riferimento all'anno 2012 è stimata al 21,0%, con una tendenza alla diminuzione rispetto al 2010; tale percentuale raggiunge il 4% se si considera il consumo annuale e l'1,8% nei 30 giorni precedenti l'intervista (Figura I.1.15). La contrazione più marcata nel consumo rispetto all'indagine precedente si osserva in relazione all'ultimo mese (-40%).

Figura I.1.15: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Contrazione dei consumi di cannabis

Il 79% della popolazione si stima non abbia mai assunto cannabis nella vita

Solo l'1,8% sembra abbia assunto cannabis negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sul consumo di cannabis nell'ultimo mese, si stima una contrazione del numero dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per le femmine rispetto ai maschi (-41% vs -39%).

Tabella I.1.6: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

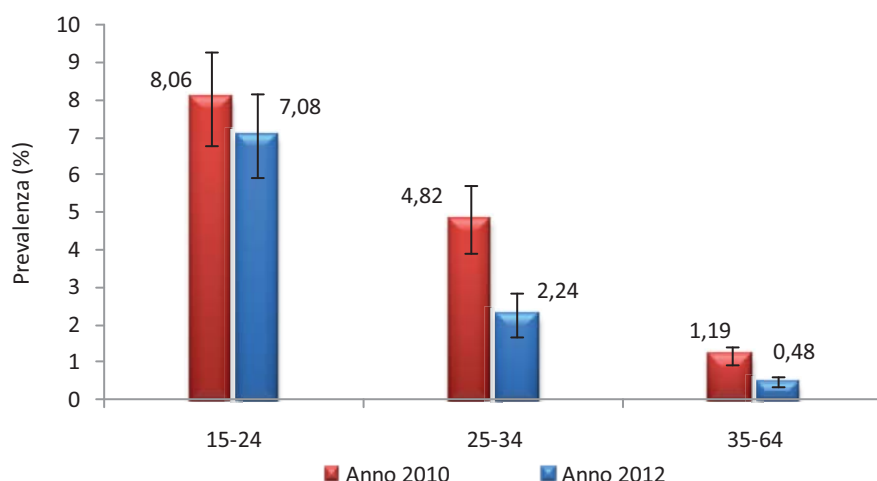
Cannabis Genere	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	4,13	2,52	-1,61	-38,98
Femmine	2,10	1,24	-0,86	-40,95
Totale	3,00	1,82	-1,18	-39,33

Diminuzione dei consumatori di cannabis negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione per fascia d'età dei consumatori di cannabis nei 30 giorni antecedenti l'intervista, rispetto alla precedente indagine, evidenzia una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori per le fasce di popolazione 25-34 anni e 35-64 anni (-53,5% e -59,7%).

Figura I.1.16: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Diminuzione statisticamente significativa dei consumatori di cannabis per le fasce d'età 25-34 anni e 35-64 anni

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012 il consumo di cannabis per genere evidenzia un'assunzione minore per le femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce temporali considerate (Tabella I.1.7). Il 26,02% dei maschi dichiara di aver assunto cannabis almeno una volta nella vita contro il 16,76% delle femmine.

Tra coloro che hanno indicato il consumo della sostanza negli ultimi 30 giorni, il consumo occasionale (da 1 a 5 volte) è riferito dal 66,3% dei maschi e dall'82,7% per le femmine; consumi più frequenti, da 6 volte in su, sembrano riguardare maggiormente i maschi rispetto alle femmine.

Focalizzando l'attenzione sempre sul consumo di cannabis nei 30 giorni antecedenti l'indagine, distintamente per genere e fascia d'età si osservano differenze tra maschi e femmine in tutte le fasce d'età, in particolar modo nella fascia d'età più giovane (9,7% nei maschi vs 4,9% nelle femmine) e nella popolazione di 35-64 anni (0,8% nei maschi vs 0,2% nelle femmine).

Consumo di cannabis minore nelle femmine

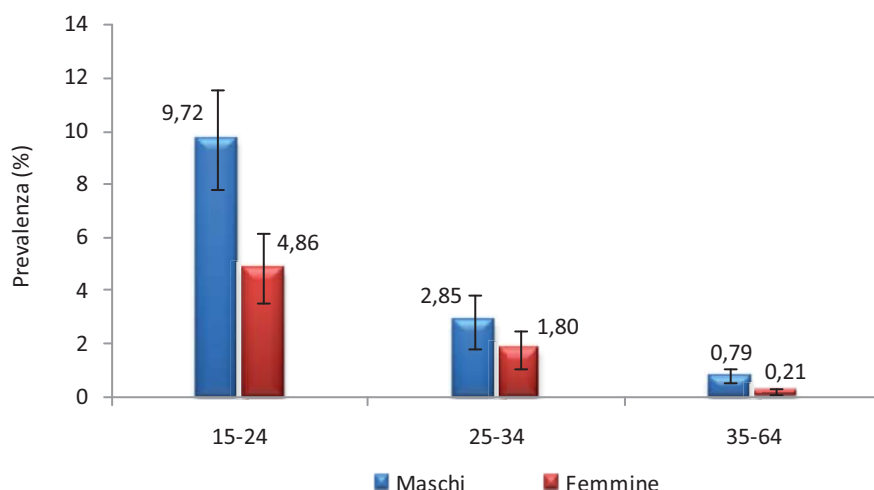
Tabella I.1.7: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di cannabis (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	26,02	16,76	21,00
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	5,08	3,11	4,01
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	2,52	1,24	1,82
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	9,72	4,86	7,08
25-34 anni	2,85	1,80	2,24
35-64 anni	0,79	0,21	0,48
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	66,30	82,67	72,26
6-20 volte	13,45	10,12	12,23
Ogni giorno o quasi	20,25	7,21	15,51

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.17: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.5 Consumi di stimolanti

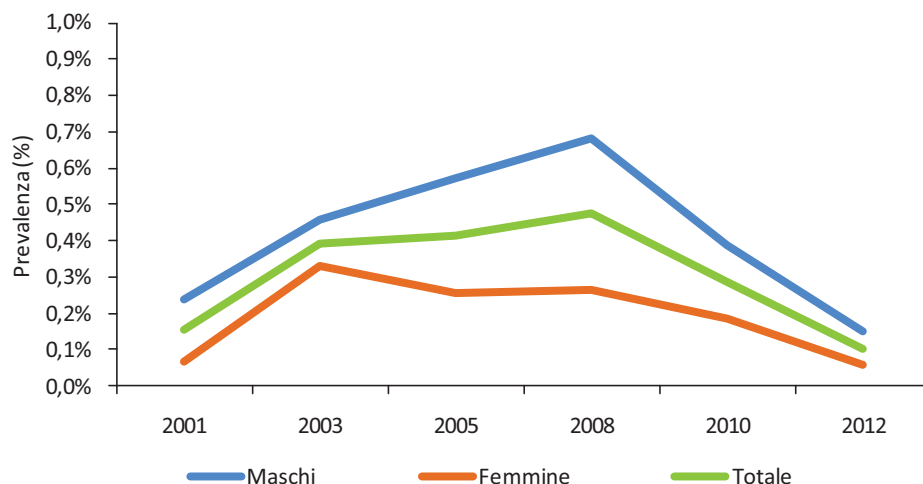
L'andamento della prevalenza dei consumatori di sostanze stimolanti, una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevato nell'ambito delle indagini di popolazione condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2008, dopo un periodo iniziale con tendenza all'aumento, più marcato per il genere maschile (Figura I.1.18).

Maggior consumo di cannabis tra i maschi in tutte le fasce d'età

Tra i consumatori, maggiore frequenza di consumo occasionale

Maggiore differenza di consumo nell'ultimo mese tra i generi per le fasce di età più giovani e più adulte

Figura I.1.18: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

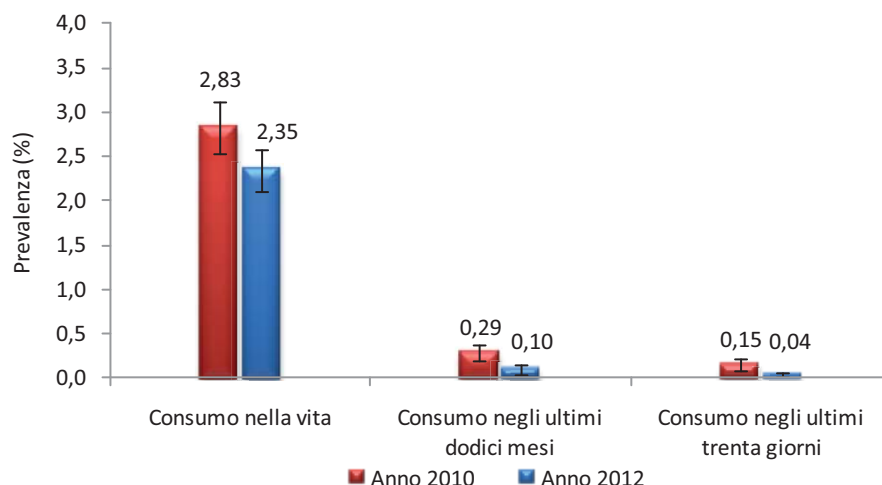


Aumento dei consumatori di stimolanti fino al 2008, marcata contrazione negli anni successivi

Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS – DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La contrazione del numero dei consumatori di sostanze stimolanti evidenziata negli ultimi 4 anni, si osserva per tutti e tre i periodi temporali di riferimento (consumo nella vita, nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni), con decremento statisticamente significativo per il consumo negli ultimi 12 mesi (-65%) e nei 30 giorni antecedenti l'intervista (-73%).

Figura I.1.19: Consumo di stimolanti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2010 e 2012



Diminuzione dei consumatori di stimolanti negli ultimi 12 mesi e nell'ultimo mese

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Approfondendo l'analisi dei consumatori di stimolanti negli ultimi 30 giorni, si osserva che la diminuzione nei consumi di queste sostanze, rispetto all'anno 2010, è più marcata nelle femmine che nei maschi (-61,9% nei maschi vs -77,8% nella femmine).

Tabella I.1.8: Consumo di stimolanti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Stimolanti	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,21	0,08	-0,13	-61,90
Femmine	0,09	0,02	-0,07	-77,78
Totale	0,15	0,04	-0,11	-73,33

Maggior prevalenza di consumatori di sostanze stimolanti nei maschi

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nella popolazione di 15-24 anni la prevalenza di consumatori di sostanze stimolanti sembra essere maggiore tra i maschi, stabilizzandosi nella fascia d'età 25-34 anni, mentre risulta maggiore per le femmine nella fascia d'età più avanzata (Tabella I.1.9).

Tra i consumatori che hanno riferito il consumo di stimolanti nell'ultimo mese, decisamente più frequente è il consumo occasionale di queste sostanze, specialmente per il genere maschile.

Tabella I.1.9: Consumo di stimolanti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di stimolanti (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,28	1,55	2,35
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,15	0,06	0,10
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,08	0,02	0,04
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	0,468	0,076	0,256
25-34 anni	0,001	0,001	0,001
35-64 anni	0,006	0,010	0,008
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	100,00	98,18	99,75
6-20 volte	-	1,33	0,18
Ogni giorno o quasi	-	0,49	0,07

Maggior consumo di sostanze stimolanti tra i maschi in tutte le fasce d'età

Maggiore frequenza di consumo occasionale

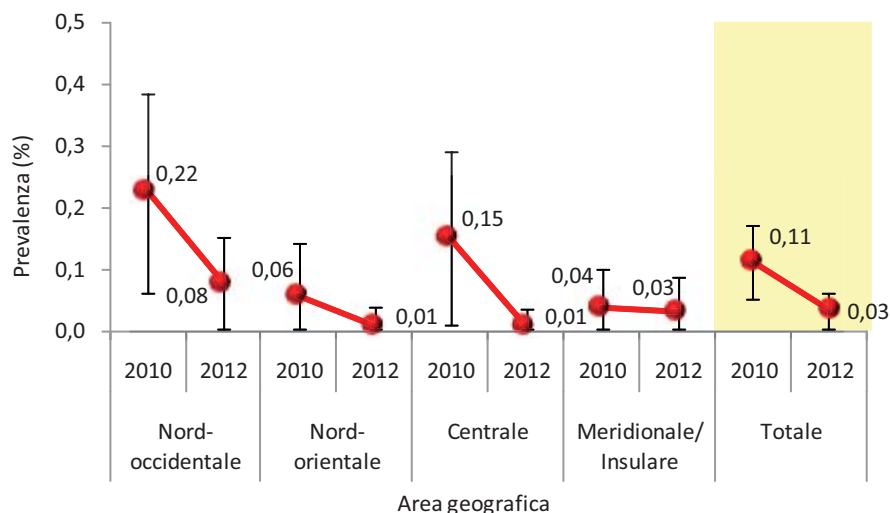
* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio le sostanze stimolanti (ecstasy e amfetamine) per area geografica di residenza e anno di rilevazione, si osserva una generale tendenza alla contrazione del numero dei consumatori di ecstasy in tutte le aree, anche se non supportata da riduzioni statisticamente significative, più consistenti per la popolazione dell'Italia centrale (-93,3%) e dell'Italia nord-orientale (-83,3%) (Figura I.1.20).

Il consumo di amfetamine, al contrario, subisce una forte contrazione pressoché in tutte le aree geografiche. (Figura I.1.21).

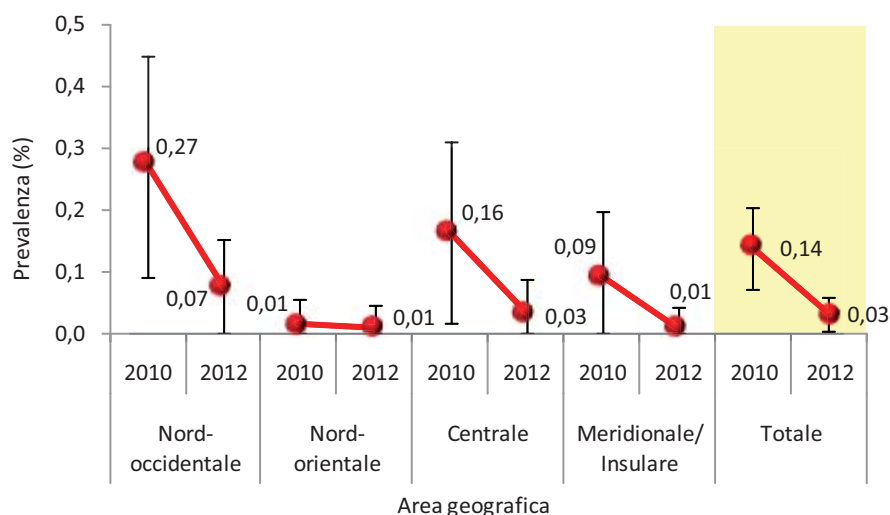
Figura I.1.20: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumatori di ecstasy in tutte le aree tranne che nell'Italia meridionale/insulare, dove la prevalenza è comunque molto bassa

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.21: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012

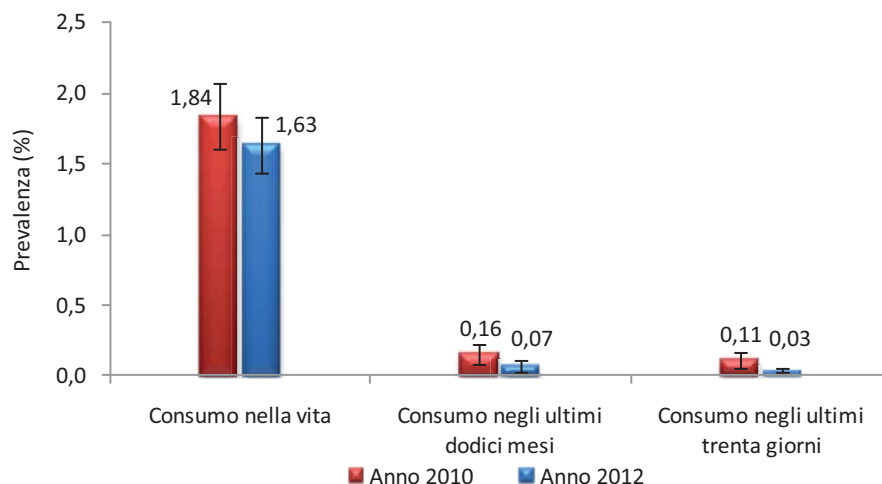


Diminuzione dei consumatori di amfetamine in Italia ad eccezione dell'area Nord-Orientale

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La prevalenza di consumatori di ecstasy almeno una volta nella vita, nel 2012 è stimato pari a circa l'1,63%, in lieve diminuzione rispetto al 2010; tale percentuale raggiunge lo 0,07% se si considera il consumo annuale e lo 0,03% nei 30 giorni precedenti l'intervista (Figura I.1.22). La contrazione più marcata nel consumo rispetto all'indagine precedente si osserva in relazione all'ultimo mese (-72,7%). Allo stesso modo, i consumatori di amfetamine che hanno sperimentato l'uso della sostanza almeno una volta nella vita, rilevati nel 2012 sono circa l'1,61% della popolazione generale, con tendenza alla diminuzione rispetto al 2010; tale percentuale scende allo 0,06% se si considera il consumo negli ultimi 12 mesi e allo 0,03% se si considerano i 30 giorni antecedenti l'intervista (Figura I.1.23). Anche in questo caso, la contrazione più marcata nel consumo di questa sostanza rispetto l'anno 2010 si osserva in relazione all'ultimo mese (-78,6%).

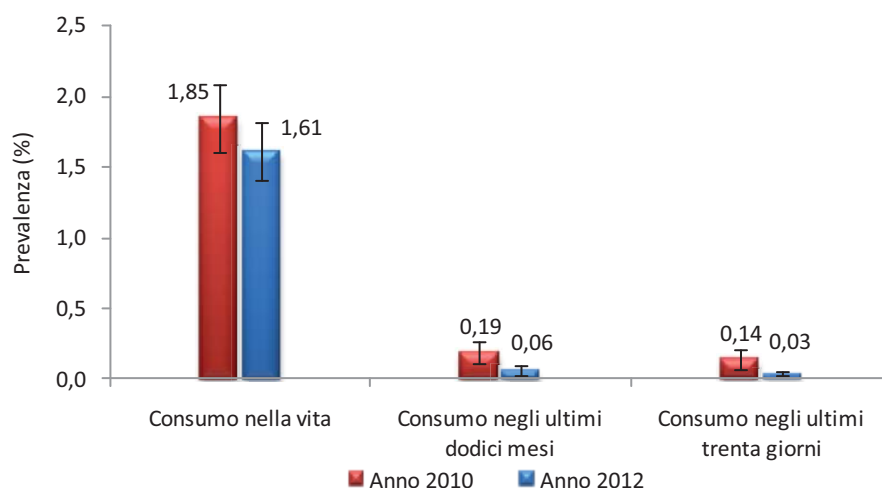
Figura I.1.22: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Propensione alla diminuzione dei consumatori di ecstasy in tutti i periodi di riferimento

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.23: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Propensione alla diminuzione dei consumatori di amfetamine in tutti i periodi di riferimento

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione sul consumo di ecstasy nel mese antecedente l'intervista, si stima una forte contrazione dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per le femmine rispetto ai maschi (-72,7% vs -80%).

Analogamente, il consumo di amfetamine negli ultimi 30 giorni si stima in diminuzione, più evidente per il genere femminile rispetto a quello maschile (-90,9% vs -77,3%).

Tabella I.1.10: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Ecstasy	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,22	0,06	-0,16	-72,73
Femmine	0,05	0,01	-0,04	-80,00
Totale	0,11	0,03	-0,08	-72,73

Maggior prevalenza di consumatori di ecstasy nei maschi

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.11: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Amfetamine	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,22	0,05	-0,17	-77,27
Femmine	0,11	0,01	-0,10	-90,91
Totale	0,14	0,03	-0,11	-78,57

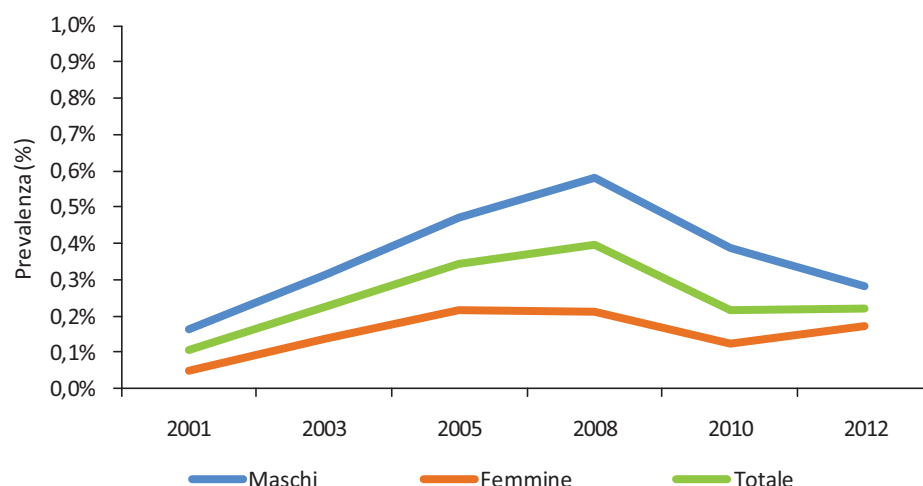
Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza di consumatori di amfetamine nei maschi

I.1.1.6 Consumi di allucinogeni

L'andamento del numero dei consumatori di allucinogeni, una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevato nell'ambito delle indagini di popolazione condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2008, dopo un periodo iniziale con tendenza all'aumento (Figura I.1.24). Nell'ultimo anno di osservazione la propensione alla contrazione di consumo di queste sostanze nei maschi sembra essere diminuita, accompagnata da un lieve aumento per il genere femminile, con una sostanziale stabilità del trend totale.

Figura I.1.24: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



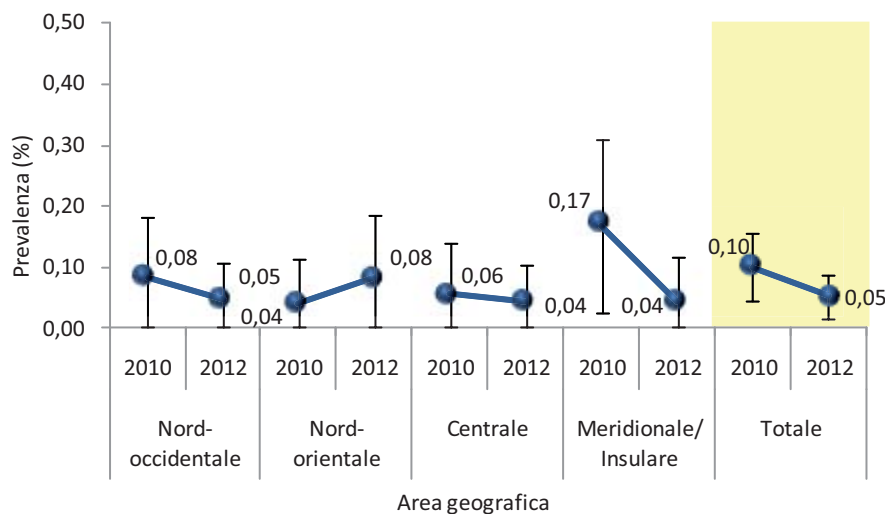
Aumento dei consumatori di allucinogeni fino al 2008, marcata contrazione negli anni successivi

Nell'ultimo anno di rilevazione contrazione dei consumi per i maschi; stabilità per le femmine

Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Interessante la distribuzione dei consumi di allucinogeni per area geografica rispetto l'anno 2010, caratterizzati da una tendenziale contrazione dei consumatori per i residenti nell'area meridionale/insulare (-76,5%) e da una propensione all'aumento dei consumatori di queste sostanze nell'Italia nord orientale (+50%), tendenze non statisticamente significative. Nelle restanti due aree i consumi stimati subiscono una contrazione nel 2012 pari al 37,5% per l'Italia nord occidentale e al 33,3% per l'Italia centrale (Figura I.1.25).

Figura I.1.25: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



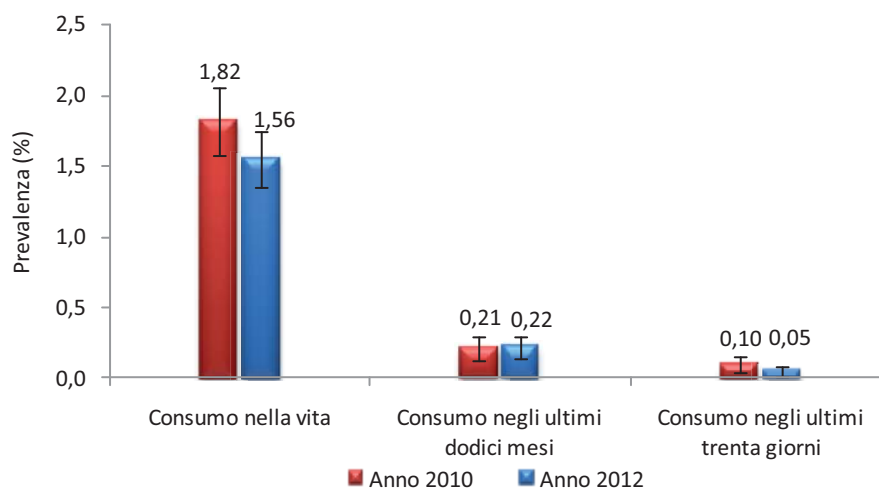
Tendenza alla diminuzione del numero dei consumatori di allucinogeni nell'Italia meridionale/insulare

Propensione all'aumento per l'Italia nord orientale

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel complesso, la prevalenza del consumo di allucinogeni almeno una volta nella vita, riferita all'anno 2012 è stimato all'1,56%, in lieve diminuzione rispetto al 2010 (-14,3%); tale percentuale raggiunge lo 0,05% se si considerano i 30 giorni antecedenti l'intervista (Figura I.1.26).

Figura I.1.26: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



Prevalenza del numero dei consumatori di allucinogeni tendenzialmente stabile rispetto al 2010

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione al consumo di allucinogeni negli ultimi 30 giorni, nel 2012 si stima una diminuzione più marcata per il genere maschile (-61,9%) rispetto al genere femminile (-25%), anche se la stima di consumo nei maschi resta più elevata rispetto alle femmine (0,08% vs 0,03%).

Tabella I.1.12: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

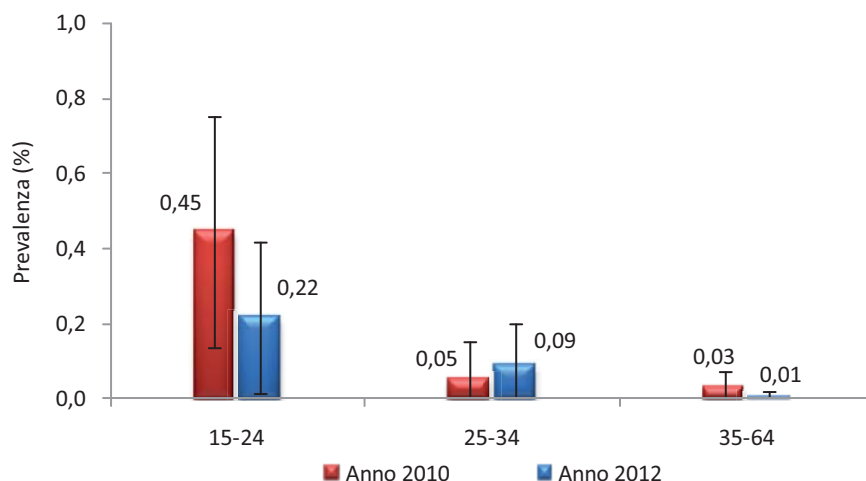
Allucinogeni Genere	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
	2010	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,21	0,08	-0,13	-61,90
Femmine	0,04	0,03	-0,01	-25,00
Totale	0,10	0,05	-0,05	-50,00

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza di maschi consumatori di allucinogeni negli ultimi 30 giorni, in contrazione per entrambi i generi

Diversamente dalle altre sostanze per le quali era stata registrata una propensione alla contrazione dei consumatori per tutte le fasce d'età considerate, per gli allucinogeni emerge una variabilità maggiore, pur non registrandosi differenze statisticamente significative (Figura I.1.27).

Figura I.1.27: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2010 e 2012



Tra 2010 e 2012 stima invariata per fascia d'età 25-34 anni

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012 la stima di consumatori di allucinogeni per genere evidenzia un'assunzione minore per le femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce temporali considerate (Tabella I.1.13). Sembra che il 2,3% dei maschi abbia fatto uso almeno una volta nella vita di queste sostanze contro lo 0,9% delle femmine. Tra i consumatori della sostanza che l'hanno assunta negli ultimi 30 giorni, sembra decisamente più frequente il consumo occasionale, senza differenze sostanziali tra i generi.

Concentrando l'analisi sul consumo di allucinogeni nei 30 giorni antecedenti l'indagine per genere e fascia d'età, si osservano differenze non statisticamente significative tra maschi e femmine in tutte le fasce d'età (Figura I.1.28).

Tabella I.1.13: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di allucinogeni (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,32	0,91	1,56
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,28	0,17	0,22
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,08	0,03	0,05
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	0,30	0,15	0,22
25-34 anni	0,15	0,04	0,09
35-64 anni	0,01	0,00	0,01
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	100,00	99,68	99,83
6-20 volte	-	0,32	0,17
Ogni giorno o quasi	-	-	-

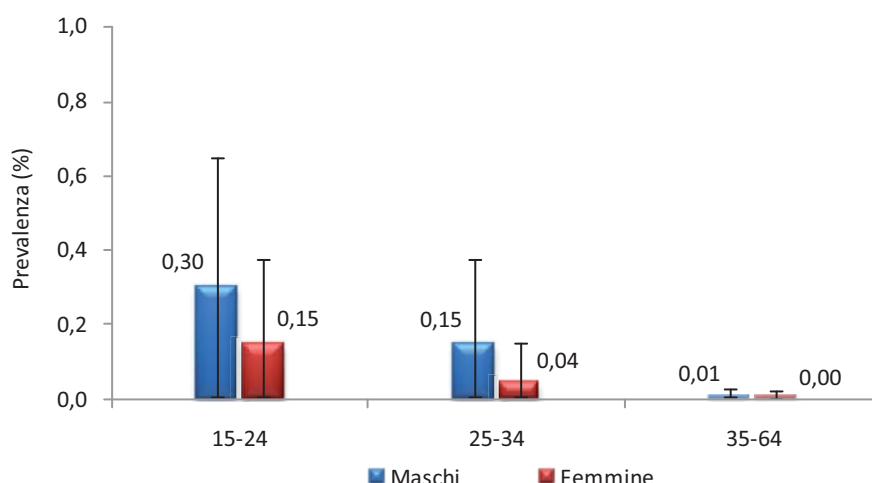
* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Maggior consumo di allucinogeni tra i maschi in tutte le fasce d'età

Tra i consumatori, maggiore frequenza di consumo occasionale

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.28: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012



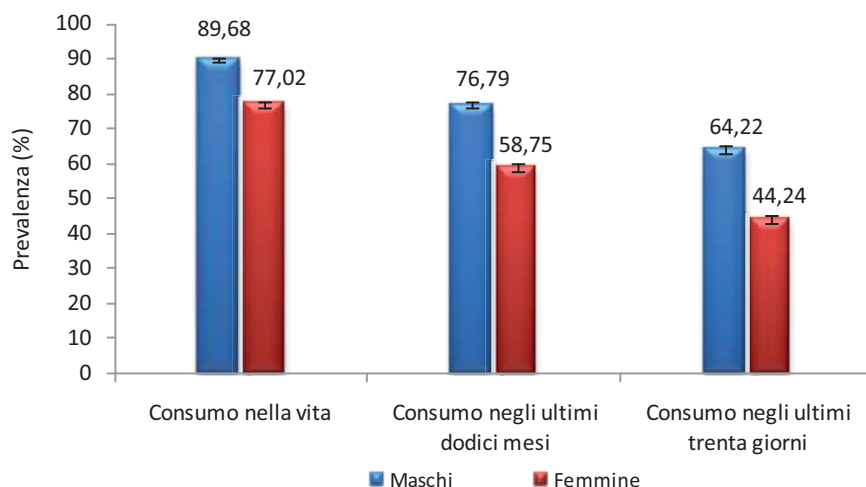
Differenze non statisticamente significative tra maschi e femmine nelle varie fasce di età

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.7 Consumo di alcol

Nell'indagine di popolazione generale 15-64 anni, condotta nel primo semestre 2012 sul consumo di sostanze psicoattive, la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche, almeno una volta nella vita, è risultata pari all'82,8%; la prevalenza nell'ultimo anno è del 67,0% mentre quella del consumo nell'ultimo mese è pari al 53,4%. Per tutti i periodi di riferimento si osservano differenze statisticamente significative tra i consumatori di genere maschile e quelli di genere femminile, più numerosi nel primo gruppo rispetto al secondo (Figura I.1.29).

Figura I.1.29: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni, per sesso – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012

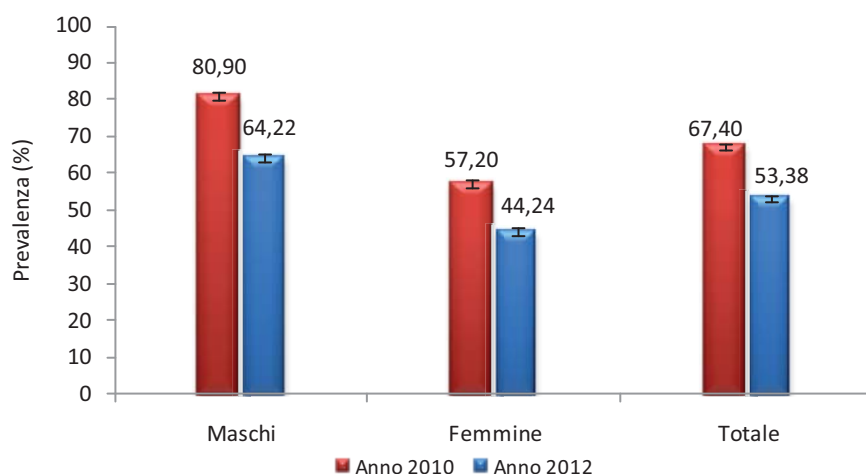


Il consumo di bevande alcoliche interessa più i maschi delle femmine, in ciascuna modalità di consumo osservata

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'analisi sulla prevalenza dei consumatori negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista e operando un confronto con i dati rilevati nello studio del 2010, si osservano contrazioni statisticamente significative della prevalenza dei consumatori sia tra il genere maschile sia tra le femmine (Figura I.1.30).

Figura I.1.30: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2010 e 2012



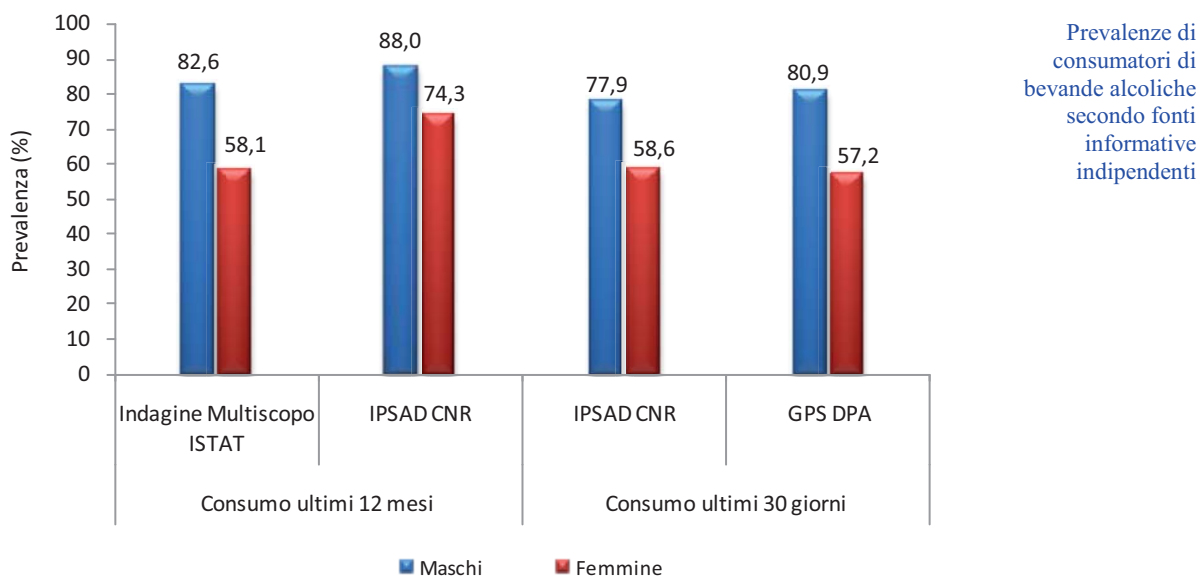
Calano sia i consumatori di bevande alcoliche maschi che le femmine

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto con altre fonti informative che indagano il fenomeno del consumo di alcolici nella popolazione generale, evidenzia per il 2010 prevalenze di consumatori negli ultimi 12 mesi tendenzialmente superiori nello studio IPSAD condotto dal CNR, soprattutto per il genere femminile, se confrontate con i dati risultanti dall'indagine multiscope condotta dall'ISTAT. Risultati tendenzialmente coerenti emergono, sia per i maschi che per le femmine, dal confronto sulla prevalenza di consumatori di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, ottenute nell'ambito di due studi indipendenti condotti dal Consiglio Nazionale per la Ricerca e dal Dipartimento Politiche Antidroga (Figura I.1.31).

Coerenza dei risultati ottenuti nel 2010 da due indagini realizzate da due fonti indipendenti (CNR e DPA), consumo negli ultimi 30 giorni

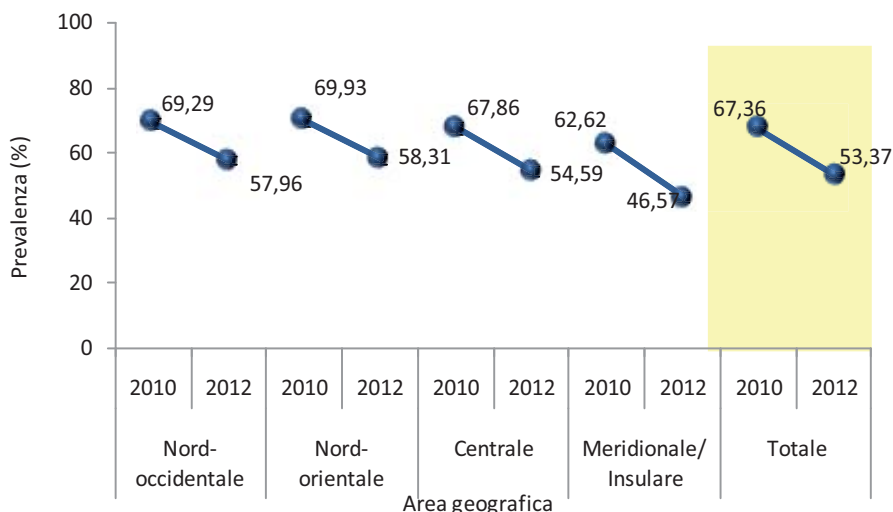
Figura I.1.31: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni secondo differenti fonti. Anno 2010



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 2010, IPSAD CNR 2010, Studio GPS-DPA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sempre sulla prevalenza dei consumatori negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista e confrontando i risultati del 2012 con quelli del 2010 per area geografica, si osservano contrazioni statisticamente significative della prevalenza dei consumatori in tutte le aree del territorio nazionale (Figura I.1.32).

Figura I.1.32: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2010 e 2012



Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Restringendo sempre l'analisi ai consumatori di bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni, si osserva una netta differenza della distribuzione percentuale dei consumatori secondo la frequenza di assunzione, tra maschi e femmine. Mentre per i maschi la percentuale di soggetti che hanno bevuto alcolici 1-2 volte nel mese è molto vicina a quella dei soggetti che hanno bevuto alcolici ogni settimana del

mese (50,6% vs 49,4%), per le femmine la distribuzione è di circa due donne su tre per la prima modalità (68,0%) e una donna su tre per la seconda modalità (32,0%).

Tabella I.1.14: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

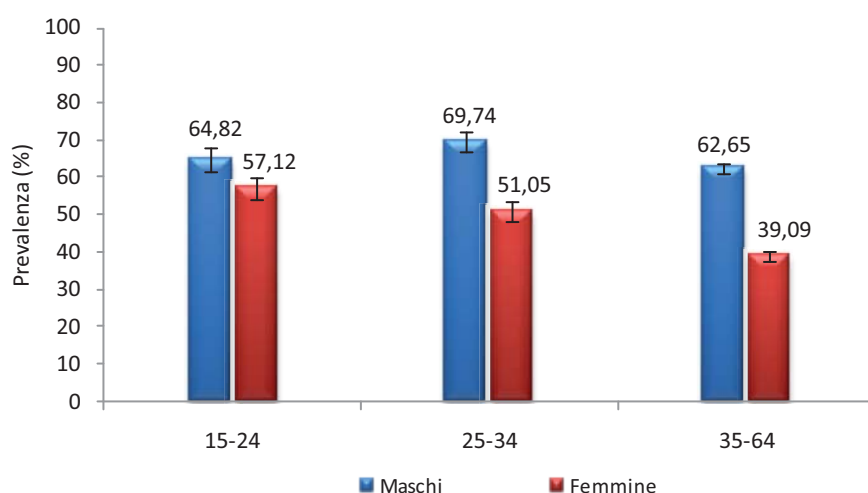
Consumo di alcol (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	89,68	77,02	82,81
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	76,79	58,75	67,01
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	64,22	44,24	53,38
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	64,82	57,12	60,61
25-34 anni	69,74	51,05	58,97
35-64 anni	62,65	39,09	50,10
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-2 volte	50,56	68,01	58,42
Ogni settimana	49,44	31,99	41,58

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche l'analisi della prevalenza di consumo di bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni ripartita per fascia d'età e sesso, mostra due tendenze differenti: le prevalenze dei maschi si presentano stazionarie, mentre quelle delle femmine diminuiscono con l'aumentare dell'età e risultano statisticamente inferiori rispetto ai consumatori maschi. Il divario tra i due sessi aumenta con l'età: nella prima fascia d'età la differenza è di 7,7 punti percentuali, nella seconda è di 18,7, mentre nella terza è di 23,6.

Figura I.1.33: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anno 2012



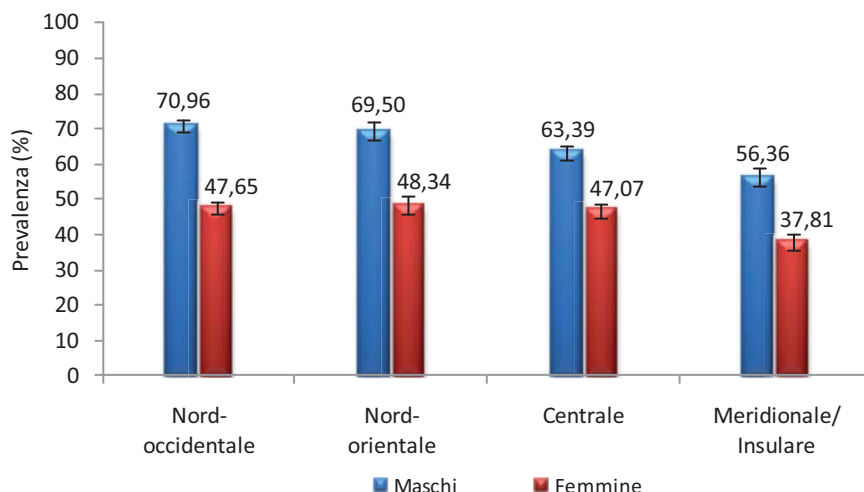
La prevalenza di consumatrici di alcol diminuiscono con l'aumentare dell'età

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I confronti successivi mostrano le prevalenze di consumatori di alcolici (negli ultimi trenta giorni) ripartito nelle quattro aree geografiche. L'Italia settentrionale presenta i valori più alti, sia per i maschi (71,0% per il nord-ovest e 69,5% per il nord-est) che per le femmine (47,6% per il nord-ovest e 48,3% per il nord-est), a seguire l'Italia centrale (63,4% per i maschi e 47,1% per le femmine) ed infine l'Italia meridionale/insulare (56,4% per i maschi e 37,8% per le femmine). Per le regioni settentrionali, inoltre, è maggiore anche il divario tra consumatori e

consumatrici (circa 22,4 punti percentuali) rispetto alle regioni centrali (16,3 punti percentuali) e a quelle meridionali/insulari (18,6 punti percentuali).

Figura I.1.34: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012

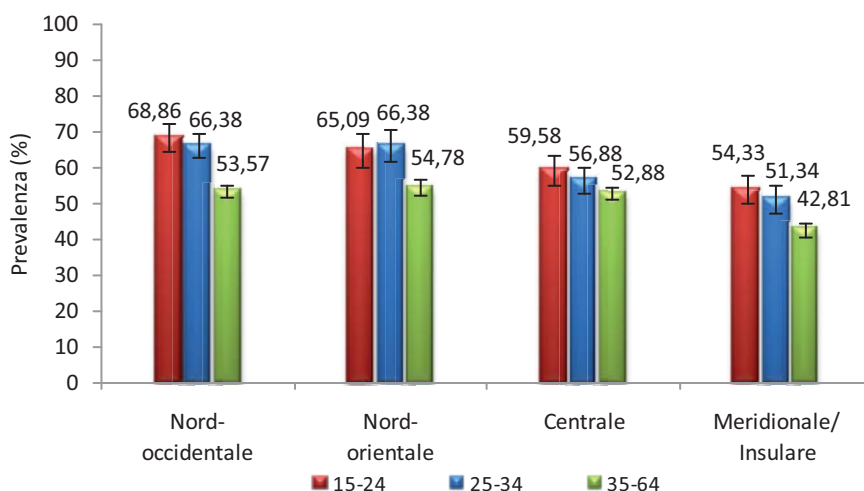


La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è maggiore nell'Italia settentrionale

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In generale, con l'aumentare dell'età, le aree geografiche presentano il medesimo andamento decrescente della prevalenza di consumo di alcolici nei trenta giorni antecedenti l'intervista; solo per l'area nord-orientale, la prevalenza della fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni (66,4%) è superiore alle altre due (65,1% e 54,8%) (Figura I.1.35).

Figura I.1.35: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età e area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012



La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche tende a decrescere con l'aumentare dell'età in tutte le aree geografiche ad eccezione dell'Italia nord-orientale

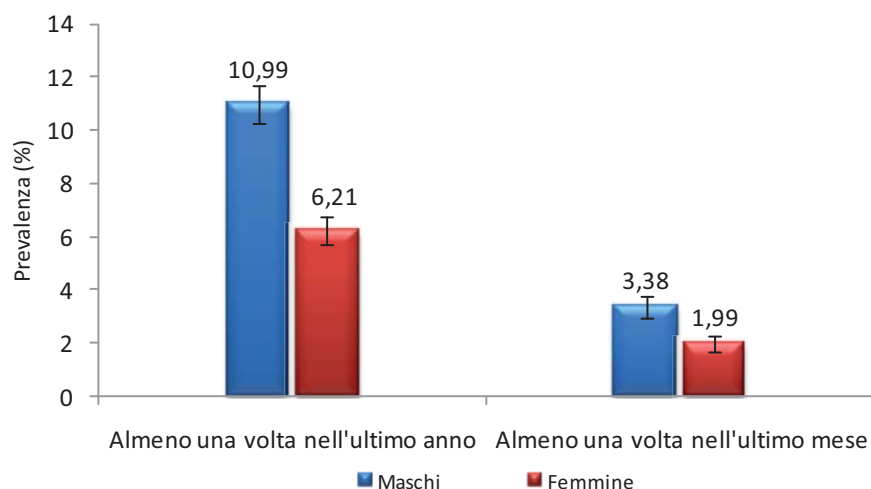
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In aggiunta all'analisi sul consumo delle sostanze alcoliche, è stato indagato anche il fenomeno delle ubriacature, limitatamente all'ultimo anno.

Per i maschi la prevalenza di soggetti che si sono ubriacati nell'ultimo anno è quasi il doppio rispetto a quella delle femmine (11,0% contro 6,2%), mentre passando alle ubriacature dell'ultimo mese il divario si restringe (3,4% contro 2,0%),

accompagnato anche da un abbassamento delle prevalenze.

Figura I.1.36: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni, per sesso – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012



L'8,4% della popolazione si è ubriacata nell'ultimo anno; il 2,6% si è ubriacata nell'ultimo mese

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'indagine multiscopo condotta dall'ISTAT nel 2010 ha indagato il consumo di oltre sei bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, osservando una prevalenza di consumatori pari al 10,3%, in linea con il dato sulle ubriacature della GPS 2012 (8,4%), con differenze significative tra maschi (16,2% vs 11,0% della GPS 2012) e femmine (4,5% vs 6,2% della GPS 2012).

Confronto con indagine multiscopo 2010

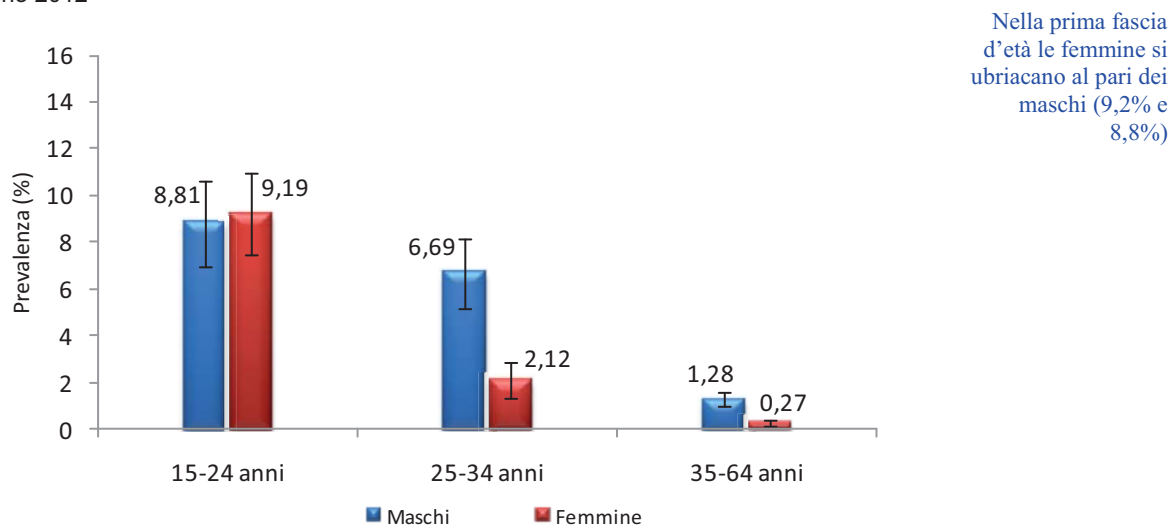
Tabella I.1.15: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Episodi di ubriacatura (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nell'ultimo anno (LYP)	10,99	6,21	8,40
Almeno una volta nell'ultimo mese (LMP)	3,38	1,99	2,63
Fascia età (episodi negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	8,81	9,19	9,01
25-34 anni	6,69	2,12	4,06
35-64 anni	1,28	0,27	0,74

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando i fenomeni di ubriacatura per fascia d'età e genere, si osserva una maggiore prevalenza del fenomeno all'interno della classe d'età più giovane e un andamento decrescente con l'aumentare dell'età con intensità diversa nei due generi. Un'ultima osservazione viene fatta in merito alla differente prevalenza tra i generi: nella fascia d'età 15-24 anni, infatti, i valori per entrambi i generi si equivalgono, mentre nelle altre due classi d'età la prevalenza maschile è tre o quattro volte superiore il valore della prevalenza femminile (6,7% contro 2,1%, 1,3% contro 0,3%).

Figura I.1.37: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012

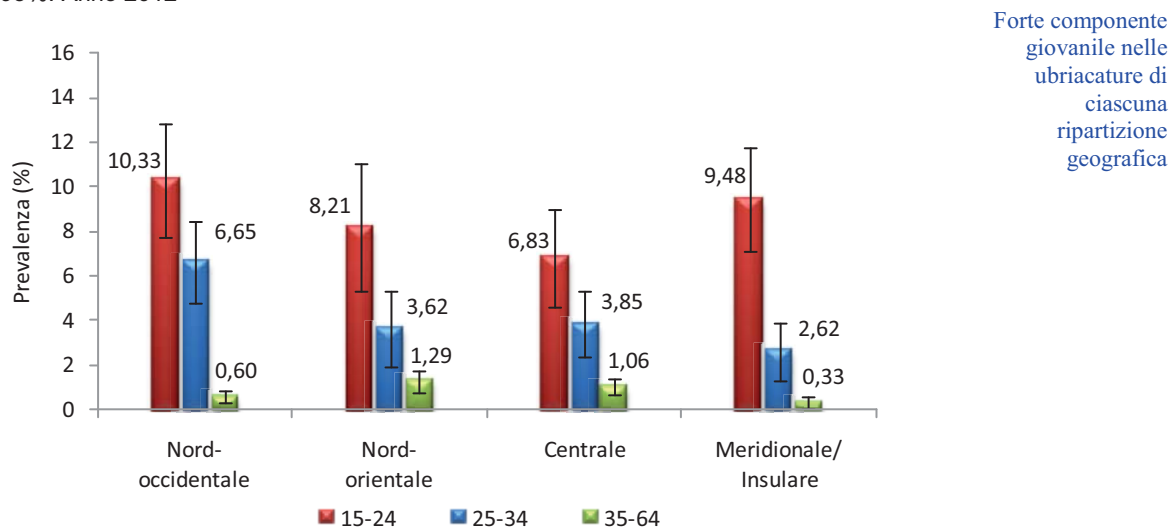


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le prevalenze relative agli episodi di ubriacatura all'interno di ciascuna area geografica mostrano un rapporto non omogeneo tra i generi: al nord-ovest le femmine che si sono ubriacate nell'ultimo mese sono meno della metà dei maschi, al nord-est sono circa i due terzi, al centro sono meno di un terzo, mentre al sud e nelle isole le femmine si ubriacano in misura maggiore rispetto ai maschi (+0,3 punti percentuali).

In relazione alla fascia d'età in cui avvengono le ubriacature, vi è una maggiore propensione all'uso di bevande alcoliche nell'Italia nord-occidentale, anche se non supportata da differenze statisticamente significative tra le aree geografiche. In tutte le aree, si osserva il medesimo andamento decrescente con l'aumentare dell'età, seppur con intensità e significatività statistica differente tra le aree geografiche.

Figura I.1.38: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età e area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

1.1.1.8 Policonsumo

Nelle tabelle presentate di seguito viene analizzato il fenomeno del policonsumo, cioè del consumo di più sostanze psicoattive, legali ed illegali. Nello specifico vengono riportati i dati relativi ai poliassuntori che hanno assunto sostanze diverse negli ultimi 30 giorni.

I dati, riferiti al campione dei rispondenti e non a tutta la popolazione, mostrano che la combinazione alcol, tabacco e cannabis è la più diffusa, la quale rappresenta il 62,9% dei policonsumatori (62,3% per i maschi e 64,1% per le femmine).

Per quanto riguarda, invece, l'assunzione di alcol e cannabis e l'assunzione di tabacco e cannabis, le percentuali sono più basse e pari rispettivamente all'11,4% (12,3% per i maschi e 11,4% per le femmine) e al 7,4% (7,2% per i maschi e 7,6% per le femmine). Da sottolineare la percentuale di consumatori che consumano più di tre sostanze, la quale è pari al 10,1%.

Tabella I.1.16: Distribuzione delle persone che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	29	12,29	13	9,92	42	11,44
Tabacco+Cannabis	17	7,20	10	7,63	27	7,36
Consumo di 2 sostanze - altro	8	3,39	5	3,82	13	3,54
Alcol+Tabacco+Cannabis	147	62,29	84	64,12	231	62,94
Consumo di 3 sostanze - altro	10	4,24	7	5,35	17	4,64
Più di 3 sostanze	25	10,59	12	9,16	37	10,08
Totale	236	100,00	131	100,00	367	100,00

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 62,9% della popolazione tra i 15 e i 64 anni che ha riferito l'uso di 2 o più sostanze negli ultimi 30 giorni, ha assunto alcol, tabacco e cannabis

Confrontando ora i dati del policonsumo (negli ultimi trenta giorni) negli ultimi due anni di rilevazione, le variazioni che si possono osservare sono notevoli.

La differenza maggiore che si riscontra è nel consumo combinato di alcol, tabacco e cannabis: il valore del 35,4% osservato nel 2010, diventa 62,9% nel 2012, con un aumento del 77,7%. Anche la combinazione di alcol e cannabis aumenta, anche se con intensità minore, rispetto al 2010 (+9,8%).

Per le altre combinazioni, invece, la variazione ha segno negativo: la combinazione tabacco e cannabis, il consumo di altre due sostanze, e il consumo di altre tre sostanze presentano una diminuzione pari o maggiore del 60%. Per il consumo di più di tre sostanze, invece, la frequenza di consumo passa da 14,6% a 10,1%, registrando una variazione negativa del 30,9%.

Nei policonsumatori aumento della combinazione cannabis, alcol e tabacco dal 35% al 63%

Tabella I.1.17: Distribuzione delle persone che hanno assunto due o più sostanze illegali nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2010 e 2012

	Anno 2010		Anno 2012		Δ 2012-2011	
	N	%	N	%	Δ	Δ%
Alcol+Cannabis	40	10,42	42	11,44	1,0	9,79
Tabacco+Cannabis	69	17,97	27	7,36	-10,6	-59,04
Consumo di 2 sostanze - altro	33	8,59	13	3,54	-5,1	-58,79
Alcol+Tabacco+Cannabis	136	35,42	231	62,94	27,5	77,70
Consumo di 3 sostanze - altro	50	13,02	17	4,64	-8,4	-64,36
Più di 3 sostanze	56	14,58	37	10,08	-4,5	-30,86
Totale	384	100,00	367	100,00	-	-

Fonte: Studio GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Viene qui di seguito riportata la distribuzione di prevalenza condizionata (riportata alla popolazione di riferimento) d'uso di sostanze legali e illegali negli ultimi trenta giorni.

Tabella I.1.18: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis (1,82%)	81,83%	79,49%		6,90%	1,62%
Cocaina (0,20%)	86,36%	81,58%	62,91%		16,46%
Eroina (0,08%)	77,48%	78,96%	37,92%	42,29%	

Forte associazione
di alcol e tabacco
con cannabis,
cocaina ed eroina

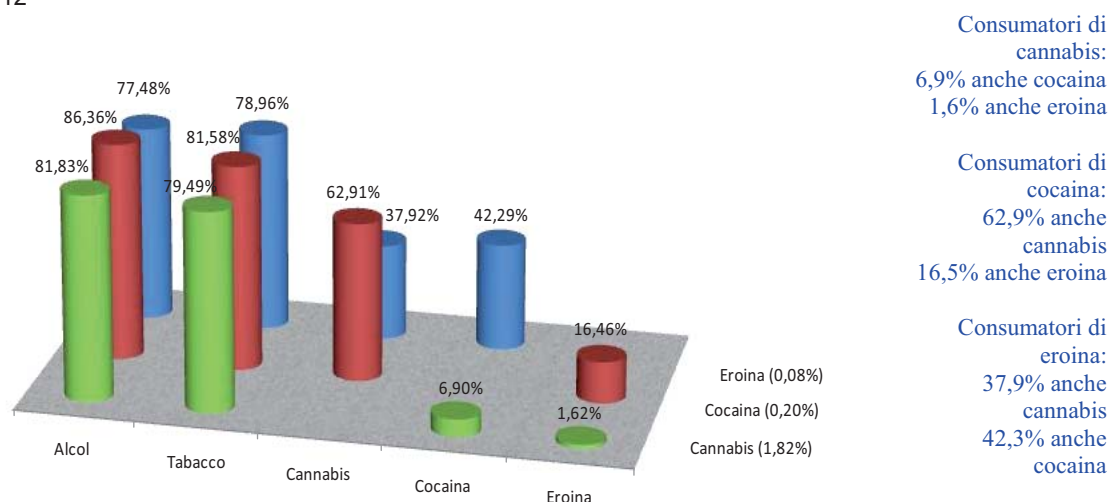
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'1,82% della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver consumato cannabis negli ultimi trenta giorni; tra questi, l'81,8% ha consumato bevande alcoliche, il 79,5% ha fumato negli ultimi trenta giorni, il 6,9% ha fatto uso di cocaina e l'1,6% ha fatto uso di eroina.

I consumatori di cocaina nell'ultimo mese, invece, si stimano pari allo 0,20% della popolazione generale e, di questi, l'86,4% ha bevuto alcolici, l'81,6% ha fumato nell'ultimo mese, il 62,9% ha consumato cannabis e il 16,5% ha fatto uso di eroina.

Infine, per l'eroina, i soggetti che ne hanno fatto uso negli ultimi trenta giorni si stimano essere lo 0,08% della popolazione generale. Il 77,5% di questi ha consumato alcolici, il 79,0% ha fumato, il 37,9% ha consumato cannabis almeno una volta nell'ultimo mese e il 42,3% ha fatto uso di cocaina. La figura sottostante riporta i valori sopra analizzati, mostrando graficamente il maggior consumo delle tre sostanze considerate (cannabis, cocaina ed eroina) abbinato al consumo di alcol e tabacco.

Figura I.1.39: Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.9 Metodologia

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio di popolazione generale mediante

somministrazione di questionario cartaceo e sul livello di adesione dello stesso.

Disegno di campionamento

Il piano di campionamento delle unità statistiche per l'indagine postale è stato definito considerando come variabili di stratificazione le fasce d'età 18-24 anni, 25-34 anni, 35-64 anni all'interno delle aree geografiche dell'Italia nord-occidentale, nord-orientale, centrale, meridionale/insulare. La dimensione campionaria è stata definita in modo tale da avere stime significative per ciascun strato definito in precedenza. Sulla base del modello di campionamento delle unità statistiche predisposto per l'indagine, sono state inizialmente selezionate le unità statistiche di primo stadio (comuni di residenza), distinguendo i comuni autorappresentativi (di grande dimensione, con una popolazione residente superiore ai 100.000 abitanti) dai comuni non-autorappresentativi (con 1.000 – 100.000 abitanti). Il piano di campionamento seguito è a due stadi, con due diversi livelli di stratificazione. Un primo strato era composto dai comuni autorappresentativi; gli altri strati erano formati dai comuni non auto-rappresentativi appartenenti alle diverse province (due comuni per provincia). Per ciascun comune estratto, si è proceduto alla selezione delle unità statistiche di secondo stadio (residenti).

La selezione dei nominativi dei soggetti da intervistare - per ciascun comune e stratificati per fascia d'età - è stata effettuata attraverso una procedura di campionamento casuale semplice, al fine di garantire la casualità delle unità statistiche individuate.

Campioni
rappresentativi

Tabella I.1.19: Distribuzione dei soggetti da intervistare nell'indagine di popolazione – GPS-DPA 2012 – secondo il piano di campionamento, per classi d'età e ripartizione geografica

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	1.628	3.566	11.767	16.961
Italia nord-orientale	928	1.968	6.467	9.363
Italia centrale	1.780	3.600	11.427	16.807
Italia meridionale	1.294	2.272	6.152	9.718
Italia insulare	952	1.657	4.544	7.153
Totale	6.582	13.063	40.357	60.002

Indagine su 60.000
italiani 18-64 anni

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In Tabella I.1.19 è rappresentata la distribuzione dei soggetti da intervistare – sulla base del piano di campionamento – secondo la classe d'età e l'area geografica di appartenenza.

Strumento di indagine

Per la raccolta dei dati necessari per rispondere agli obiettivi dell'indagine, è stato predisposto un questionario postale autocompilato totalmente anonimo, attraverso il quale si chiedeva all'intervistato di esprimersi, sia in termini di esperienza che in termini di opinione, in merito a quattro ambiti ben definiti:

- lo stile di vita: attività fisica e tempo libero, stato di salute, uso di tabacco, di alcol, di energy drink e di farmaci (sedativi, tranquillanti, barbiturici, steroidi anabolizzanti, ecc.);
- il consumo di sostanze psicoattive: Smart Drugs di origine naturale, hashish e/o marijuana, salvia divinorum, ecstasy, amfetamine, eroina e/o altri oppiacei, allucinogeni - funghi, mescalina, sintetici, ketamina -, LSD, LSA (semi hawaiani), cocaina e/o crack, sostanze inalanti (colle, solventi, popper),

Questionario postale
autocompilato

kobret, con riferimento a diversi intervalli temporali, ovvero:

- almeno una volta nella vita
- almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- almeno una volta negli ultimi 30 giorni

- c) il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi: lotterie istantanee, giochi a premi, scommesse, giochi da tavolo con denaro in palio, giochi on-line con denaro il palio, giochi al casinò;
- d) la percezione del rischio di salute legato al consumo di sostanze psicoattive e la valutazione del rischio che le persone incorrono nell'assumere determinati comportamenti.

La sezione iniziale del questionario conteneva alcune domande sulle caratteristiche socio-anagrafiche del rispondente, che sono state considerate nelle analisi di approfondimento dei profili dei consumatori di sostanze psicoattive. Il rispondente poteva, inoltre, riportare eventuali note o osservazioni in un apposito spazio posto alla fine del questionario.

Quasi tutti i quesiti prevedevano risposte chiuse contrassegnate, ad eccezione delle domande che richiedevano l'indicazione di un valore numerico (ad esempio: anni di inizio assunzione) o di una stringa di caratteri (ad esempio: comune di residenza). Come riportato nel prospetto seguente, il numero di quesiti totali del questionario variava da un minimo di 80 ad un massimo di 169, a seconda del profilo che caratterizzava la persona intervistata (Tabella I.1.20).

Tabella I.1.20: Numero di quesiti utilizzati nel questionario, per ciascuna sezione

Sezione del questionario	Numero quesiti	
	Minimo	Massimo
Sezione A - Informazioni generali	9	9
Sezione B - Stili di vita	3	5
Sezione C - Tabacco	1	5
Sezione D - Alcol	1	10
Sezione E - Energy Drink	1	3
Sezione F - Farmaci	4	17
Sezione G - Altre sostanze	26	78
Sezione H - Gioco	11	11
Sezione I - Stato di salute	8	15
Sezione L - Opinioni	16	16
Totale	80	169

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Particolare attenzione è stata dedicata alla predisposizione del questionario, sotto l'aspetto dei contenuti e dal punto di vista grafico. Per valutarne la completezza e le sue eventuali differenze con altri strumenti già utilizzati in studi analoghi, è stata svolta una dettagliata ricerca bibliografica della letteratura scientifica in merito agli studi di popolazione generale sul consumo di sostanze psicotrope attuati dagli altri Paesi Europei.

La maggior parte degli Stati europei utilizza il metodo di indagine faccia-a-faccia, adottando il tradizionale questionario cartaceo o il metodo CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing). Soltanto 4 Paesi oltre all'Italia (Estonia, Svezia, Finlandia e Germania) utilizzano il questionario postale, con un tasso di risposta che varia da circa il 50% dell'Estonia (anno di riferimento 2003) al 60% della Svezia (anno di riferimento 2006). A questo proposito, è stata effettuata un'analisi delle possibili strategie da adottare per incrementare il tasso di risposta nelle

Studi di
popolazione
generale negli altri
Paesi Europei

Strategie per
l'aumento del tasso
di risposta

indagini postali. In quest'analisi sono state poste a confronto alcune delle metodologie che influenzano il tasso di risposta in modo più significativo. In particolare, dallo studio risulta che l'invio di un incentivo monetario raddoppia la probabilità di risposta rispetto al non utilizzo; al contrario, adottare un questionario contenente domande sensibili concorre a far diminuire il tasso di risposta rispetto ad un questionario che non le contiene. Un'ulteriore strategia che potrebbe portare ad un tasso di risposta più elevato potrebbe essere quella di utilizzare un questionario più corto e più appetibile rispetto ad un questionario lungo ed in bianco e nero. Infine, l'invio del questionario cartaceo mediante raccomandata postale potrebbe raddoppiare la probabilità che un soggetto risponda, rispetto al suo invio mediante posta ordinaria.

Realizzazione dello studio

Lo studio di popolazione generale è stato condotto nel primo semestre 2012 mediante invio del questionario postale a 60.000 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 18.436, con una percentuale di adesione allo studio pari al 31,6%. I risultati presentati in questo documento fanno riferimento a 14.971 questionari compilati e pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga alla data del 15 maggio, di cui 280 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

Alta percentuale di adesione al questionario postale

Tabella I.1.21: Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione – GPS-DPA 2012 – per ripartizione geografica

Ripartizione geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari elaborati	% di adesione allo studio
Italia nord-occidentale	16.961	491	4.526	27,5
Italia nord-orientale	9.363	155	2.831	30,7
Italia centrale	16.807	399	4.297	26,2
Italia meridionale	9.718	359	1.825	19,5
Italia insulare	7.153	203	1.212	17,4
Totale	60.002	1.607	14.691	25,2

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando le percentuali di adesione preliminari (rispetto ai 14.971 questionari pervenuti nella prima fase di rilevazione - primo invio), i soggetti residenti al nord-est hanno un tasso di risposta maggiore (30,7%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole hanno la percentuale di adesione minore (rispettivamente 19,5% e 17,4%).

L'analisi della qualità delle informazioni è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dei questionari "non utilizzabili" nelle successive elaborazioni dei dati. Nello schema riportato di seguito sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi.

Tasso di risposta maggiore per il nord-est

I 280 questionari eliminati dalle analisi successive sono stati ritenuti "non utilizzabili" in quanto assente l'informazione sull'età del rispondente e sul comune di residenza, elementi indispensabili per il calcolo dei pesi campionari da utilizzare per la stima delle prevalenze di consumo nell'intera popolazione di riferimento.

Un ulteriore controllo di qualità è stato effettuato sui 14.691 questionari da elaborare, al fine di verificare e correggere eventuali inconsistenze interne dovute ad errori di compilazione da parte dei rispondenti.

Figura I.1.40: Procedura di controllo qualità dei dati**Questionari compilati****14.971**
(100%)**Questionari non considerati****Step 1****214**

Record relativi a rispondenti che non hanno compilato la domanda relativa alla fascia d'età di appartenenza

14.757
(98,6%)**Step 2****66**

Record relativi a rispondenti che non hanno compilato la domanda relativa al comune di residenza

14.691
(98,1%)**Questionari finali utilizzati per elaborazioni**Qualità dei dati:
98,1% di
questionari validi
per le elaborazioni

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'esperienza di tutta l'epidemiologia è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile oggetto di studio, che nel caso di quest'indagine si traduce nel fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (in questo caso i dati stimati sottostimerebbero il fenomeno), oppure molto di meno (in questo caso si avrebbe una sovrastima del fenomeno). L'ipotesi più probabile e attendibile per l'indagine GPS è la prima, i profili e gli andamenti stimati da queste indagini andranno quindi confrontati ed analizzati nella loro coerenza generale con tutti gli altri provenienti da fonti diverse e rappresentativi di altri aspetti del fenomeno.

I.1.2. Survey 2012 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

I risultati di seguito riportati emergono dalle analisi condotte sulle risposte fornite da un campione preliminare di 39.241 studenti delle scuole secondarie di secondo grado (alla data del 15 maggio 2012), nell'ambito dell'indagine sul consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale 15-19 anni (SPS-DPA 2012). Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2012 dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e la partecipazione dei Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute.

Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo (almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese), individuandone anche il pattern dei consumi di sostanze al fine di monitorare l'evoluzione del fenomeno.

In seguito all'analisi della qualità dei dati (paragrafo I.1.2.9) sono stati considerati validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope 35.472 questionari, riferiti a soggetti con età 15-19 anni, che rappresentano il 2% del collettivo di studenti 15-

Indagine su 39.241
giovani studenti
delle scuole
secondarie di
secondo grado

19 anni iscritti all'a.s. 2011-2012 della scuola secondaria di secondo grado. Nella Tabella I.1.22 viene riportata la distribuzione dei soggetti rispondenti per età ed area geografica.

Tabella I.1.22: Distribuzione degli studenti che hanno compilato il questionario, per area geografica ed età. Anno 2012

Area geografica	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale
Italia nord-occidentale	1.883	2.092	2.148	1.899	1.760	9.782
Italia nord-orientale	1.096	1.222	1.299	1.207	1.070	5.894
Italia centrale	1.049	1.195	1.280	1.280	1.171	5.975
Italia meridionale/insulare	2.592	2.812	2.865	2.824	2.728	13.821
Totale	6.620	7.321	7.592	7.210	6.729	35.472

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.1 Sintesi sui consumi

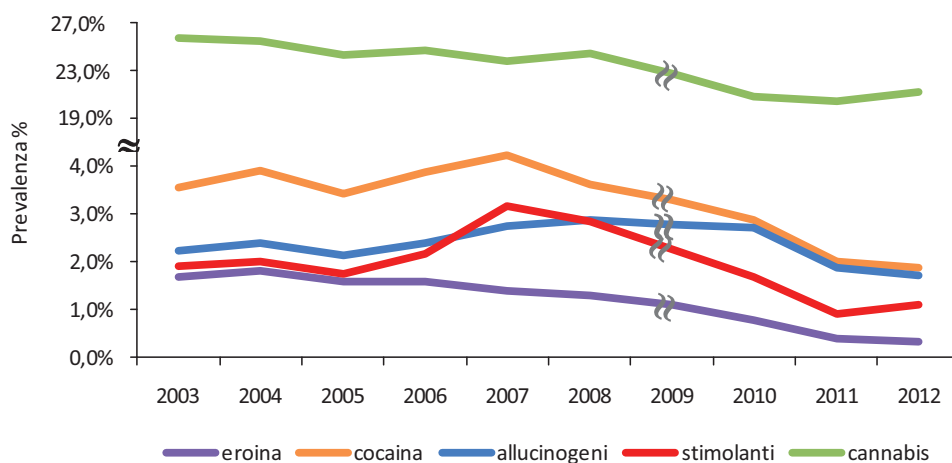
L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti da studenti di età 15-19 anni rispondenti nel 2012, conferma la tendenza alla contrazione del numero dei consumatori già osservata nel 2011 per la cocaina, gli allucinogeni e l'eroina, una sostanziale stabilità nei consumatori di cannabis, con una lieve tendenza alla ripresa, ed un incremento dell'uso di stimolanti, ecstasy e amfetamine, che interessa però meno del 2% degli studenti coinvolti nello studio (Figura I.1.41).

Il confronto dei consumi di stupefacenti negli ultimi 10 anni, evidenzia una progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, e da una sostanziale stabilità dal 2010 al 2012, con una lieve tendenza all'aumento in quest'ultimo anno. La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, con maggiore variabilità nell'ultimo biennio. I consumatori di sostanze stimolanti seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, e nel 2012, contrariamente all'anno precedente, si osserva una ripresa dei consumi.

La prevalenza del consumo di allucinogeni ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, ed una contrazione dal 2010 al 2012. In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori del 2% degli studenti che hanno compilato il questionario.

Trend in
diminuzione per
cocaina, eroina e
allucinogeni, lieve
tendenza alla ripresa
per l'uso di
cannabis, in
aumento l'uso di
stimolanti

Figura I.1.41: Consumo di sostanza stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione al consumo di sostanze nel breve periodo, ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, si osserva che il consumo di cannabis interessa meno del 13% degli studenti rispondenti, uno su otto, e che l'aumento rispetto al 2011 è pari a 0,29 punti.

La contrazione dei consumi di allucinogeni e di cocaina è più contenuta rispetto alla variazione del consumo di cannabis e rispettivamente pari a 0,16 punti e 0,11 punti. Più sensibile, invece, è la contrazione dei consumi di eroina pari a 0,06 punti, a fronte di un aumento dell'uso di stimolanti negli ultimi 30 giorni, ecstasy e amfetamine, che nel 2012 ha interessato uno studente ogni 166 mentre nel 2011 uno studente ogni 200 rispondenti (Tabella I.1.23).

Tabella I.1.23: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

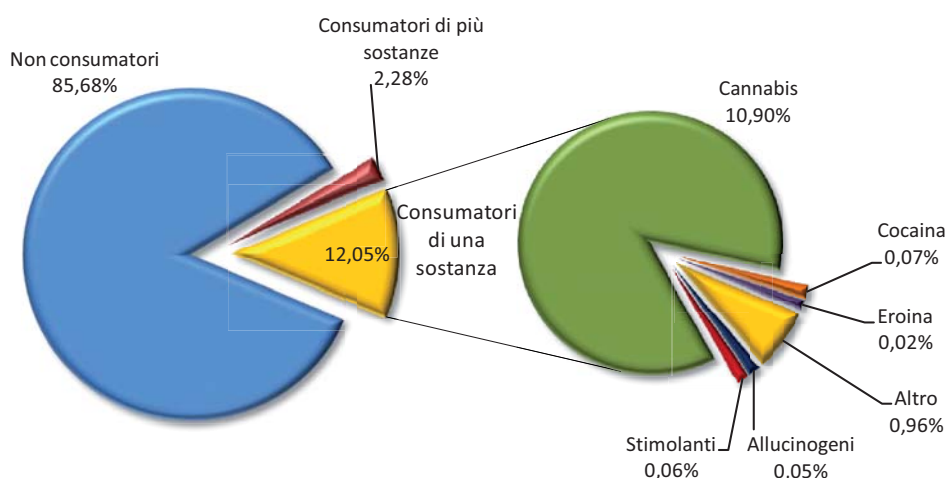
Sostanza	Prevalenza 2011	Prevalenza 2012	Differenza 2011-2012
Eroina	0,29	0,23	-0,06
Cocaina	1,17	1,06	-0,11
Cannabis	12,65	12,94	0,29
Stimolanti	0,50	0,57	0,07
Allucinogeni	1,02	0,86	-0,16

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Consumatori ultimi 30 giorni:

- eroina: -0,06
- cocaina: -0,11
- cannabis: +0,29
- stimolanti: +0,07
- allucinogeni: -0,16

Figura I.1.42: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012



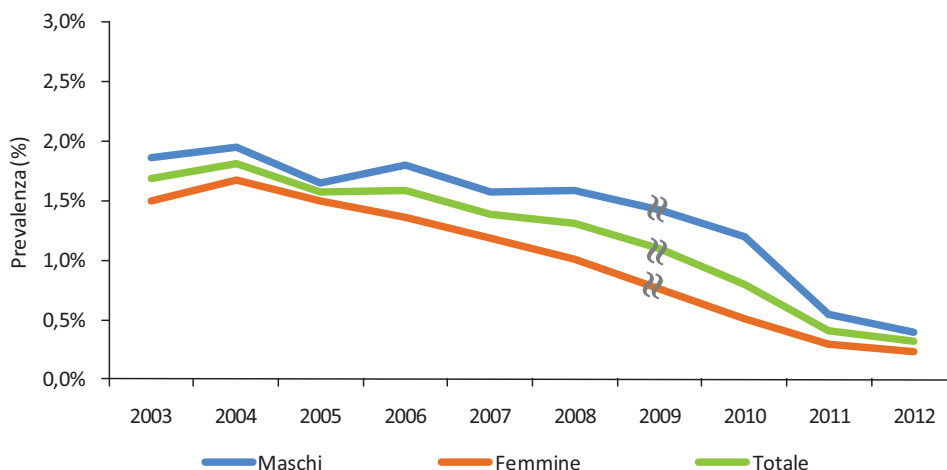
Fonte: Studi SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.2 Consumi di eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 al 2012, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua diminuzione dal 2004, con una propensione alla contrazione sia per le femmine che per i coetanei maschi; meno marcata, risulta la tendenza alla diminuzione per entrambi i generi, nel 2012 rispetto all'anno precedente.

Trend in
diminuzione
dell'uso di eroina

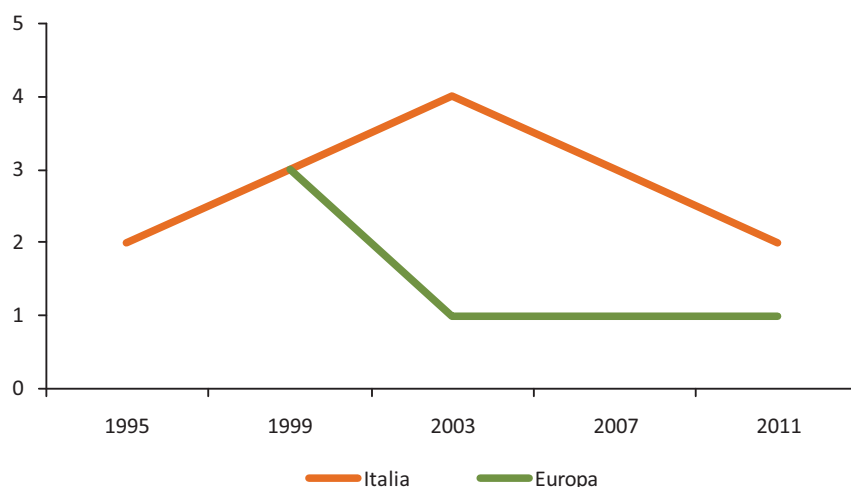
Figura I.1.43: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento ai dati disponibili a livello europeo, osservati nelle indagini ESPAD 1995-2011, si evidenzia, negli ultimi 9 anni, un calo dei consumatori 16-enni italiani di eroina, almeno una volta nella vita, con valori registrati nel 2011 molto contenuti (2%), in linea con il consumo dei coetanei europei.

Figura I.1.44: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica di 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

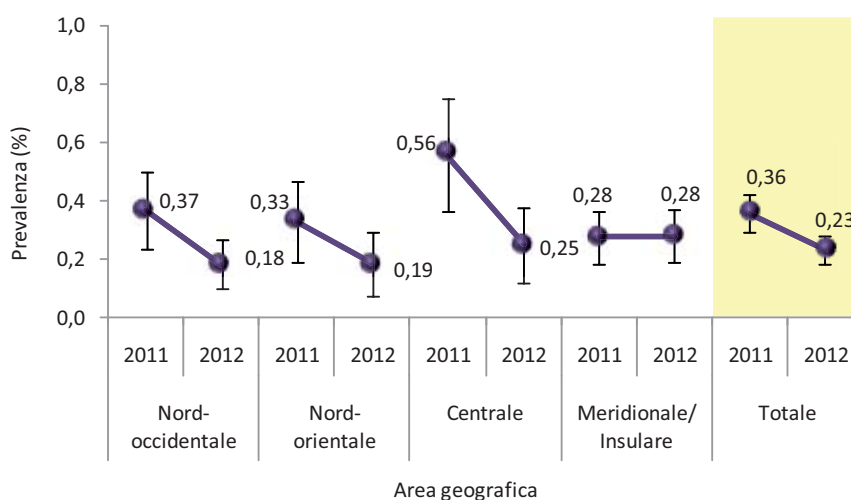


Stabile la prevalenza dei 16enni europei consumatori di eroina dal 2003

Fonte: ESPAD 1995-2011

L'elevata numerosità campionaria e la distribuzione omogenea sul territorio nazionale degli studenti rispondenti consentono anche l'elaborazione delle stime dei consumi con rappresentatività per area territoriale e nel contempo offrono l'opportunità di confrontare tali risultati con quelli ottenuti nel 2011. Tale confronto evidenzia, nel 2012, consumi più contenuti nell'Italia settentrionale rispetto al centro ed al meridione ed una tendenza alla contrazione, rispetto all'anno precedente, in tutte le aree ad eccezione dell'Italia meridionale/insulare, in cui la prevalenza di studenti assuntori di eroina è rimasta invariata.

Figura I.1.45: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2011 e 2012



Tendenza alla contrazione dei consumatori in tutte le aree geografiche ad eccezione dell'Italia meridionale/insulare

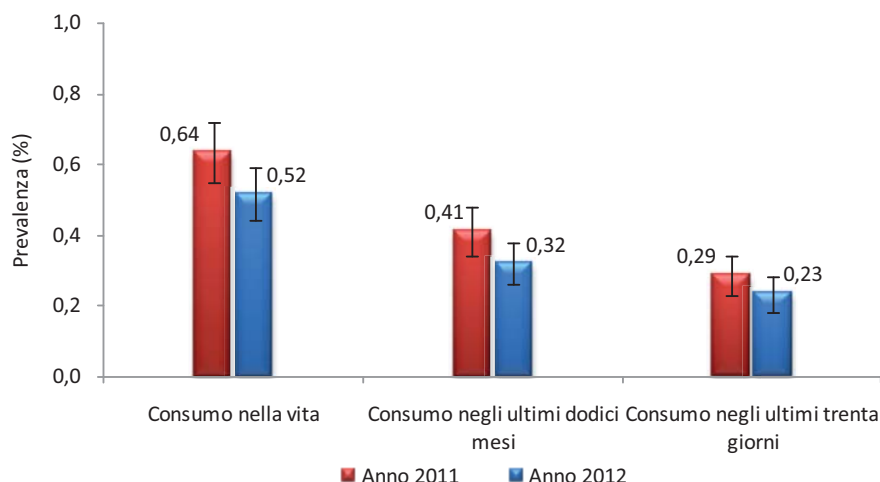
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Secondo gli studenti che hanno compilato il questionario nel primo semestre 2012, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,5% degli studenti italiani, mentre lo 0,3% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,2% degli studenti italiani sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del

questionario.

Rispetto alla rilevazione del 2011, tutti i valori relativi ai consumi di eroina da parte degli studenti italiani, risultano in tendenziale diminuzione, sebbene non statisticamente significativa (Figura I.1.46).

Figura I.1.46: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2011 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumi di eroina

Il 99,5% degli studenti non ha mai assunto eroina, mentre lo 0,5% ha usato eroina almeno una volta nella vita

Solo lo 0,2% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sul consumo di eroina negli ultimi 30 giorni, si osserva una propensione alla contrazione nei consumi da parte degli studenti di genere maschile, a fronte di una prevalenza di consumo inalterata rispetto al 2011 riferita dalle coetanee femmine (Tabella I.1.24).

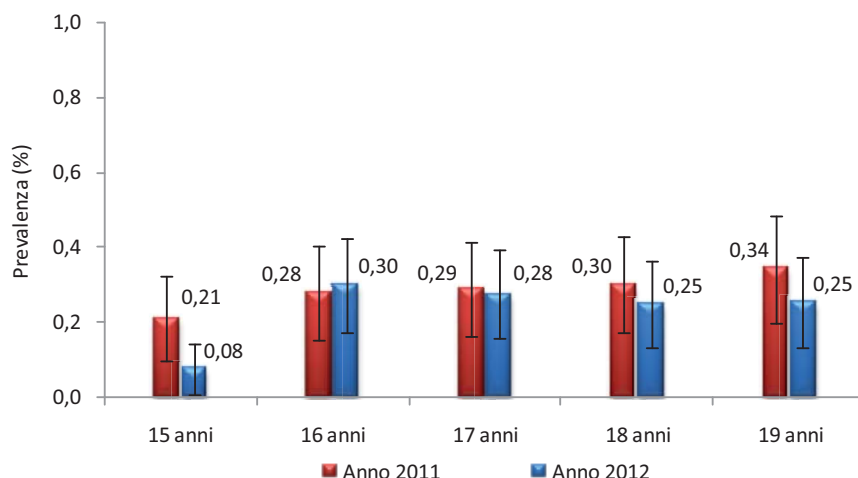
Tabella I.1.24: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Eroina Genere	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,42	0,30	-0,12	-28,57
Femmine	0,16	0,16	-	-
Totale	0,29	0,23	-0,06	-20,69

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione per età dei consumi negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, evidenzia una propensione alla riduzione dei consumatori più marcata nei quindicenni, accompagnata da una sostanziale stabilità dei consumatori 16enni e 17enni, e una tendenza alla contrazione anche tra i giovanissimi maggiorenni, più consistente tra i 19enni (Figura I.1.47).

Figura I.1.47: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012

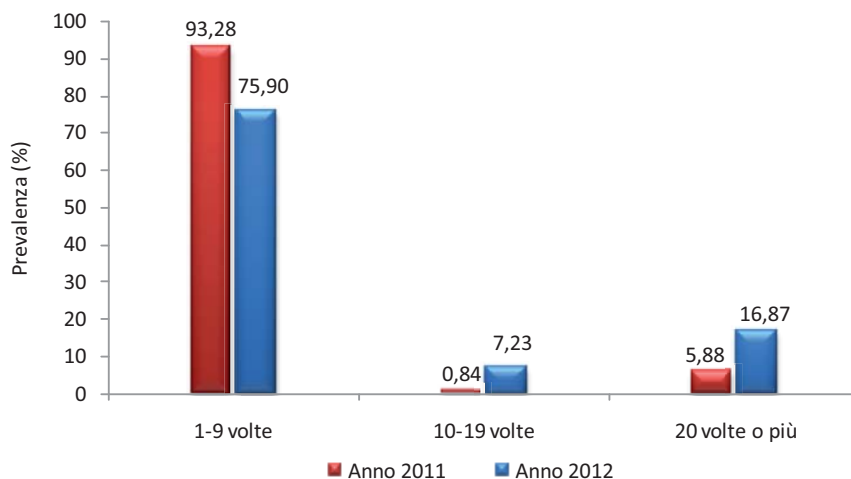


Tendenza alla
contrazione dei
consumatori 15enni
(-62%) e 19enni (-
26,5%)

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012 la contrazione dei consumi di eroina tra gli studenti sembra essere accompagnata da un aumento della frequenza di assunzione tra coloro che hanno sperimentato questo comportamento, ed in particolare l'uso regolare (20 volte o più negli ultimi 30 giorni).

Figura I.1.48: Frequenza di consumo (%) di eroina nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012



Tendono a
diminuire i
consumatori, ma
aumenta la
frequenza di
consumo negli
ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati interessanti emergono anche dal confronto dei consumatori di eroina negli ultimi 30 giorni per genere ed età, in cui la tendenziale contrazione di consumatori 15enni nel 2012 è rappresentata in quota maggiore dalle studentesse, sebbene le stesse siano maggiormente coinvolte, in percentuale, rispetto ai coetanei maschi (0,09 % vs 0,06%).

Tra gli studenti che hanno riferito il consumo di eroina negli ultimi 30 giorni, il 66,7% dei maschi ed il 58,6% delle ragazze, lo hanno sperimentato una o due volte nell'ultimo mese; consumi più frequenti, da 3 a 19 volte sembrano riguardare maggiormente le femmine rispetto ai coetanei maschi, mentre il consumo regolare (20 volte o più) interessa il 18,5% dei maschi ed il 13,8% delle femmine.

Propensione al calo
di consumatori più
marcata nei 15enni

Prevalente il
consumo
occasionale

Tabella I.1.25: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di eroina (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	0,61	0,42	0,52
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,40	0,23	0,32
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,30	0,16	0,23
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,06	0,09	0,08
16 anni	0,38	0,22	0,30
17 anni	0,39	0,16	0,28
18 anni	0,33	0,17	0,25
19 anni	0,32	0,18	0,25
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	66,67	58,62	63,86
3-9 volte	9,26	17,24	12,05
10-19 volte	5,56	10,34	7,23
20 volte o più	18,52	13,79	16,87

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Studenti che consumano eroina negli ultimi 30 giorni: maggior interessamento delle femmine 15enni e dei maschi nelle altre fasce di età

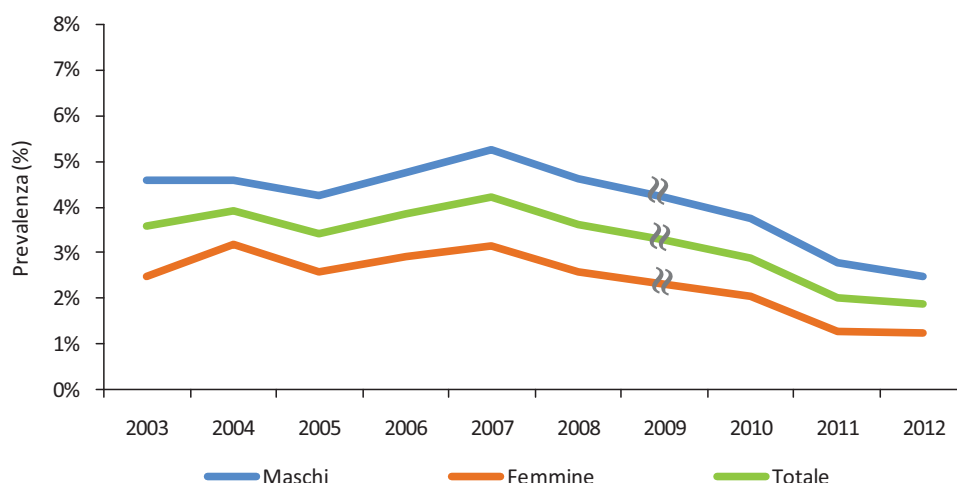
Più frequente il consumo di eroina tra le femmine

I.1.2.3 Consumi di cocaina

L'andamento del numero dei consumatori di cocaina, una o più volte negli ultimi 12 mesi, dichiarato dagli studenti coinvolti nell'ambito delle indagini condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2007, dopo un periodo iniziale, fino al 2005, sostanzialmente stazionario ed una tendenza all'aumento nel triennio successivo (2005-2007). Nell'ultimo anno di osservazione la propensione alla contrazione sembra essere stabilizzata unitamente alla differenza tra il consumo nei due generi.

Riduzione dei consumi di cocaina dal 2007

Figura I.1.49: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

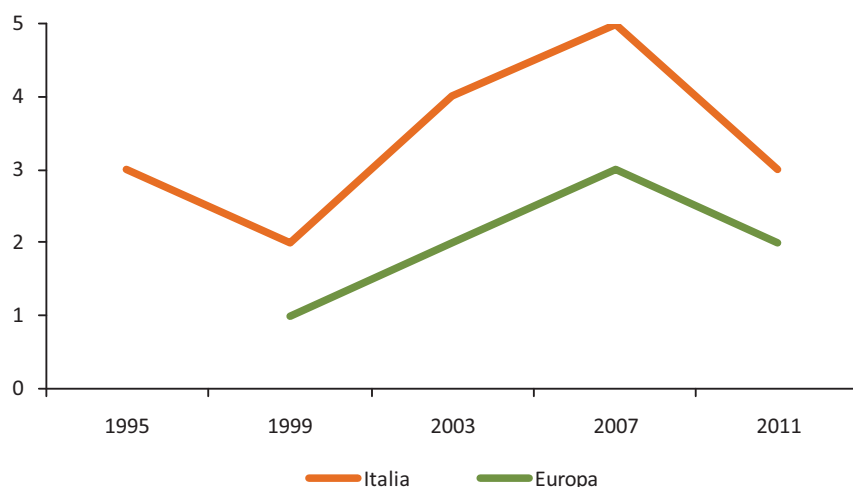


Tendenza alla diminuzione dei consumatori di cocaina negli ultimi 12 mesi pari a -5,0% rispetto all'anno 2011

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Secondo quanto rilevato dalle indagini ESPAD 1995-2011, l'andamento dei consumatori di cocaina almeno una volta nella vita evidenzia una tendenza all'aumento dal 1999 al 2007, da parte sia degli studenti 16enni italiani che dei coetanei europei, seguito da un netto calo fino nel 2011, portandosi a valori osservati nel decennio precedente.

Figura I.1.50: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

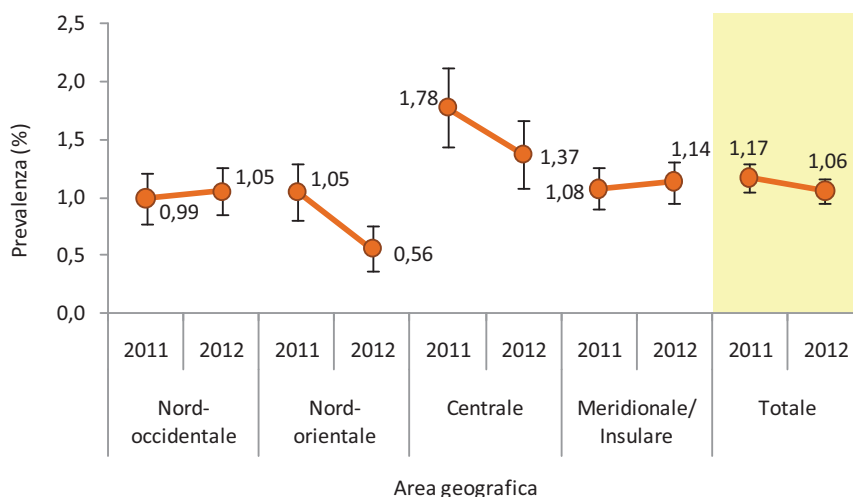


I consumatori di cocaina sono in netto calo dal 2007, con contrazione più marcata per gli studenti 16enni italiani rispetto ai coetanei europei

Fonte: ESPAD 1995-2011

Nel 2012, il consumo di cocaina tra gli studenti sul territorio nazionale sembra essere maggiormente diffuso nell'Italia centrale, seguita dall'Italia meridionale/insulare, mentre il fenomeno sembra interessare meno gli studenti del nord-est, per i quali rispetto al 2011, si rileva una contrazione statisticamente significativa dei consumatori, a fronte di variabilità non significative nella altre aree geografiche (Figura I.1.51).

Figura I.1.51: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Diminuzione dei consumatori di cocaina nell'Italia nord-orientale; stabile nelle altre aree geografiche

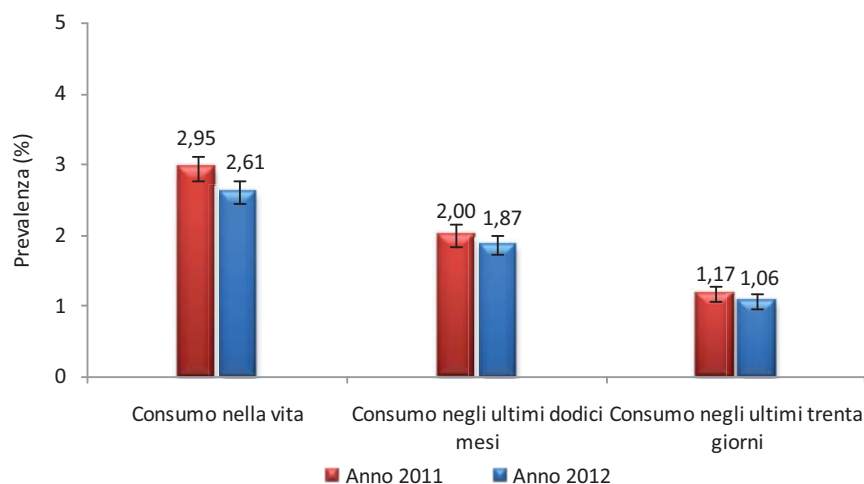
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012, il 2,6% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita e l'1,9% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario è stato dichiarato dall'1,1% degli studenti.

La diminuzione del numero dei consumatori si osserva per tutti e tre i periodi temporali di riferimento del consumo della sostanza (consumo nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni), con valori al limite della significatività

statistica per il consumo nella vita (-0,34 punti percentuali).

Figura I.1.52: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumatori di cocaina

Il 97,4% degli studenti non ha mai assunto cocaina, mentre il 2,6% l'ha sperimentata almeno una volta nella vita

Solo l'1,1% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La propensione alla riduzione dei consumatori di cocaina tra gli studenti rispondenti appare più evidente tra gli studenti di genere maschile (-13,6%) rispetto alle coetanee femmine (-5,3%), anche in virtù dei valori di prevalenza più esigui di quest'ultime (Tabella I.1.26).

Tabella I.1.26: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Cocaina Genere	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	1,62	1,40	-0,22	-13,58
Femmine	0,75	0,71	-0,04	-5,33
Totale	1,17	1,06	-0,11	-9,40

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

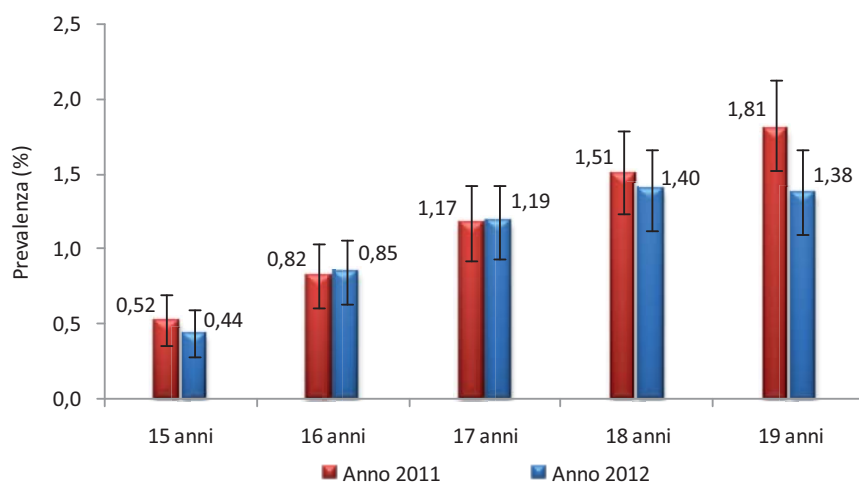
Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano cocaina negli ultimi 30 giorni, ma propensione alla contrazione maggiore rispetto alle femmine

I consumatori di cocaina, al pari dell'eroina, aumentano con il crescere dell'età: i consumatori che hanno riferito un consumo negli ultimi 30 giorni passano dallo 0,4% dei 15enni allo 0,8% dei 16enni, all'1,2% dei 17enni ed all'1,4% dei 18 e 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2011, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi tra i 15enni, i 18enni ed in misura più sensibile tra i 19enni, mentre i consumi rimangono stabili tra i 16enni ed i 17enni.

Il consumo di cocaina cresce con il crescere dell'età

Rispetto ai coetanei maschi, le consumatrici femmine tendono ad aumentare con l'età con una propensione inferiore, partendo da una prevalenza di uso di cocaina negli ultimi 30 giorni, tra le 15enni, pari a 0,4% (come per i maschi), e giungendo ad una prevalenza dell'1,0% tra le 17enni e dello 0,6% tra le 19enni, a fronte di un andamento costantemente crescente per i maschi fino a raggiungere il 2,1% tra i 19enni.

Figura I.1.53: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumatori di cocaina (ultimi 30 giorni) nei 19enni (-22,2%)

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti consumatori di cocaina durante l'ultimo mese, l'8,4% dei maschi e l'8,7% delle femmine ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre per il 68,3% degli adolescenti maschi e per il 72,2% delle femmine si è trattato di un consumo occasionale (da 1 a 2 volte). Rispetto all'anno precedente il consumo regolare di cocaina tende ad un lieve aumento (8,5% nel 2012 e 5,6% nel 2011 degli studenti che hanno assunto cocaina negli ultimi 30 giorni).

Tra i consumatori, maggiore presenza di consumo occasionale

Tabella I.1.27: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di cocaina (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,37	1,85	2,61
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,49	1,24	1,87
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,40	0,71	1,06
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,44	0,44	0,44
16 anni	0,99	0,71	0,85
17 anni	1,39	0,97	1,19
18 anni	2,01	0,78	1,40
19 anni	2,10	0,64	1,38
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	68,27	72,22	69,60
3-9 volte	20,08	14,29	18,13
10-19 volte	3,21	4,76	3,73
20 volte o più	8,43	8,73	8,53

Studenti che consumano cocaina negli ultimi 30 giorni: uguali consumi tra i 15enni e maggior interessamento dei maschi nelle altre fasce di età.

Più frequente il consumo di cocaina tra i maschi (3 volte o più)

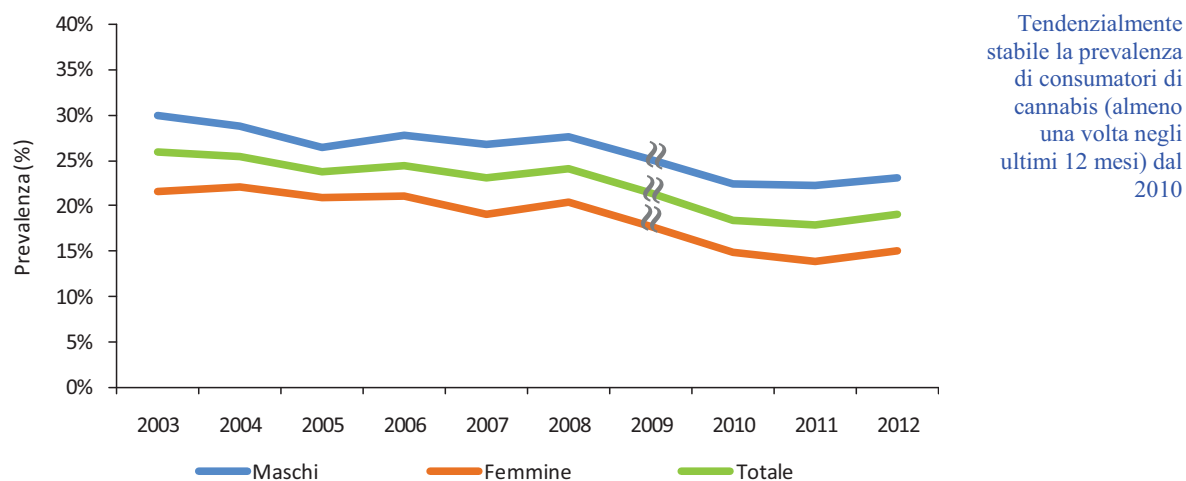
Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.4 Consumi di cannabis

Nell'ultimo decennio, fra le sostanze illecite, quella maggiormente assunta dagli studenti risulta la cannabis: dal 2003, il trend degli studenti che hanno assunto tale sostanza negli ultimi 12 mesi, indica una contrazione dei consumi fino al 2010, seguita da una sostanziale stabilità nel biennio successivo (2010-2012) con una oscillazione nei consumi del +2,2% tra i maschi e dell'1,4% tra le femmine. Dal

2007 si osserva un andamento uniforme tra gli adolescenti maschi e le femmine.

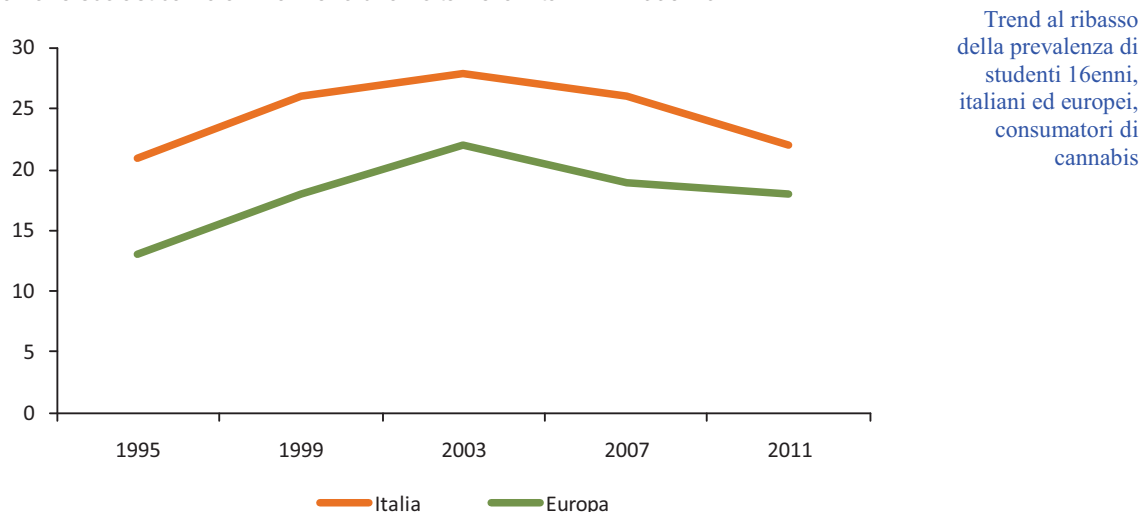
Figura I.1.54: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'andamento della prevalenza di consumo di cannabis almeno una volta nella vita dichiarato dagli studenti 16enni italiani ed europei, nell'ambito delle indagini condotte a livello europeo (ESPAD) dal 1995 al 2011, evidenzia una tendenza all'aumento fino al 2003 e, negli anni successivi, un trend al ribasso fino al 2011, anno in cui la propensione alla contrazione sembra più marcata per gli studenti italiani.

Figura I.1.55: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

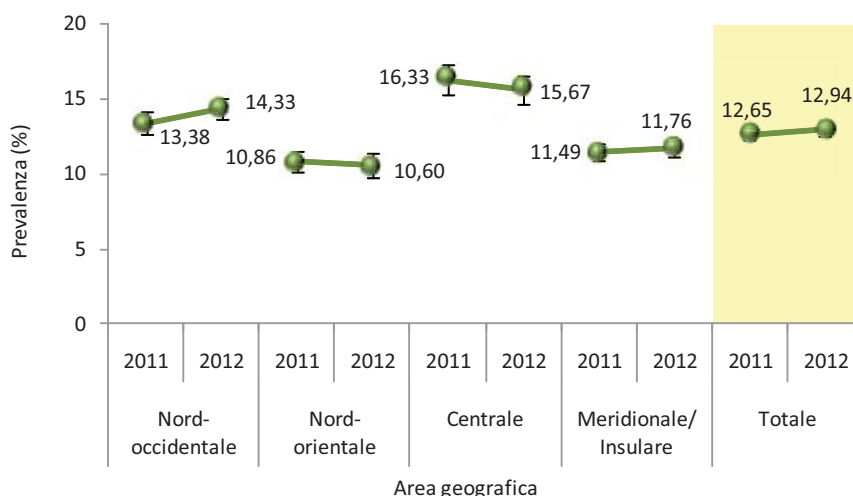


Fonte: ESPAD 1995-2011

I consumi di cannabis per area geografica non evidenziano differenze statisticamente significative rispetto ai consumi del 2011.

Nell'Italia nord-orientale e meridionale/insulare, i consumatori sono inferiori rispetto alle altre due aree geografiche e sostanzialmente stabili rispetto al 2011, con una tendenza alla contrazione dei consumi nell'Italia nord-orientale e centrale a fronte di una tendenza all'aumento nell'Italia nord-occidentale e in quella meridionale/insulare.

Figura I.1.56: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012

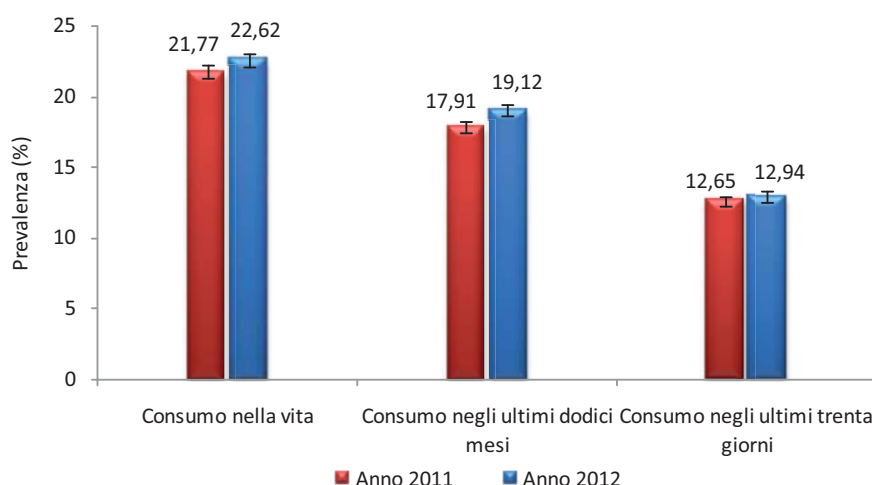


Tendenzialmente stabile la prevalenza dei consumatori di cannabis

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel complesso, il consumo di cannabis è stato sperimentato nel 2012 dal 22,6% degli studenti che hanno compilato il questionario, con una propensione all'aumento rispetto al 2011 ed in linea con i consumi registrati nel 2010; tale percentuale raggiunge il 19,1% se si considera il consumo annuale (statisticamente più elevato rispetto al 2011) ed il 12,9% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (una o più volte).

Figura I.1.57: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Il 77,4% degli studenti non ha mai consumato cannabis, mentre il 22,6% ha usato cannabis almeno una volta nella vita

Il 12,9% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sui consumi recenti, ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, andamenti contrastanti si osservano rispetto al genere, con una debole contrazione dell'uso di cannabis tra i ragazzi 15-19enni nel 2012 rispetto al 2011 (-0,87%), contrastato da un lieve aumento del consumo da parte delle coetanee (+5,32%) (Tabella I.1.28).

Tabella I.1.28: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Cannabis	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	16,09	15,95	-0,14	-0,87
Femmine	9,40	9,90	0,50	5,32
Totale	12,65	12,94	0,29	2,29

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

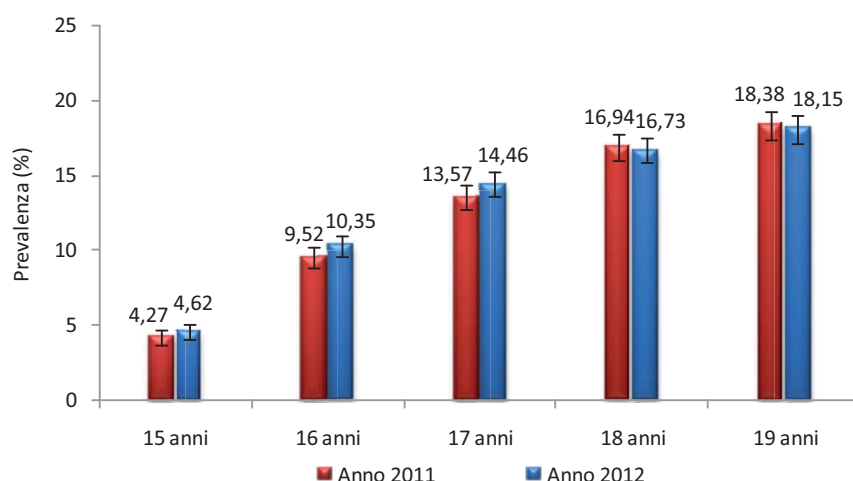
Consumano di più i maschi, ma rispetto al 2011 sono diminuiti; aumentano le femmine

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-2 volte nel corso dell'ultimo mese (57,2% per le femmine e 45,9% per i maschi). Il 21,4% del collettivo maschile, contro il 11,5% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte nei trenta giorni antecedenti l'indagine campionaria, senza variazioni rispetto al 2011.

Come per le altre sostanze analizzate nello studio, anche il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi, le prevalenze di consumo negli ultimi 30 giorni, passano dal 5,3% dei 15enni al 22,5% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa rispettivamente dal 4,0% al 13,6%.

Rispetto al 2011, le prevalenze dei consumi per età rimangono stabili con una lieve tendenza all'incremento fino ai 17 anni ed una leggera contrazione tra i giovani maggiorenni.

Figura I.1.58: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Maggior consumo ultimi 30 giorni tra studenti 19enni: 18,1%

Aumento dei consumatori di cannabis con il crescere dell'età

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012, il 26,9% dei ragazzi dichiara di aver provato la cannabis almeno una volta contro il 18,3% delle ragazze. La percentuale si riduce a 23,1% per i maschi e a 15,1% per le femmine se si considerano gli ultimi 12 mesi e arriva a 16,0% e a 9,9% osservando gli ultimi 30 giorni (Tabella I.1.29).

La cannabis è la sostanza illecita maggiormente assunta dagli studenti

Tabella I.1.29: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di cannabis (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	26,94	18,30	22,62
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	23,11	15,12	19,12
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	15,95	9,90	12,94
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	5,27	4,01	4,62
16 anni	12,88	7,85	10,35
17 anni	17,39	11,42	14,46
18 anni	20,72	12,66	16,73
19 anni	22,53	13,59	18,15
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	45,93	57,19	50,23
3-9 volte	22,59	21,40	22,14
10-19 volte	10,08	9,93	10,02
20 volte o più	21,40	11,47	17,61

Studenti che consumano cannabis negli ultimi 30 giorni: consumi maggiori tra i maschi rispetto le femmine e anche in tutte le età indagate

Più frequente il consumo di cannabis tra i maschi

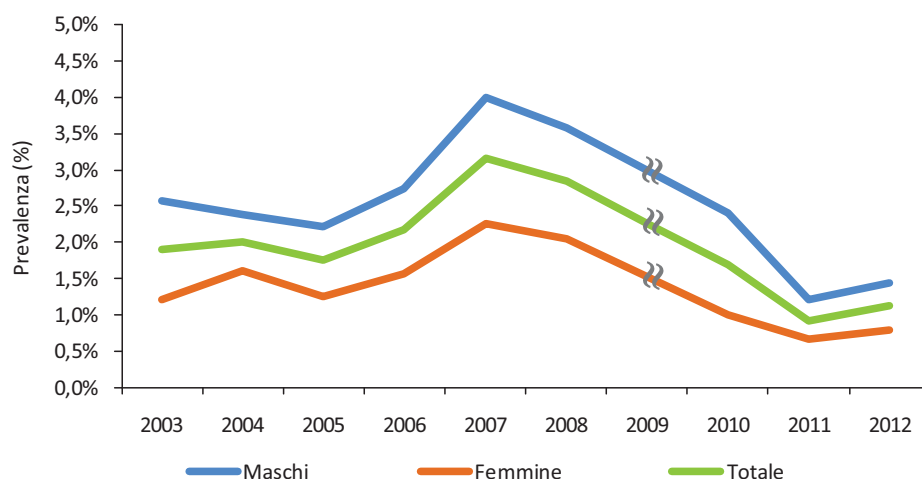
Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.5 Consumi di stimolanti

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha interessato nell'ultimo triennio meno del 2% degli studenti rispondenti, dopo aver subito una forte contrazione nel quinquennio 2007-2011 (-57% per i maschi e -60% per le femmine), stabilizzandosi ad un valore molto contenuto pari all'1,1% nel 2012, in aumento rispetto al 2011 del 20%.

Nel 2012 tendenza all'aumento dei consumatori di stimolanti (+20% rispetto al 2011)

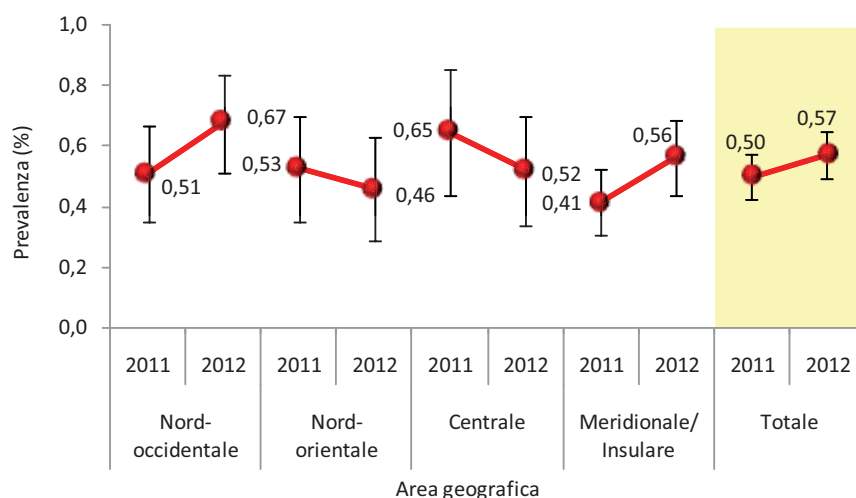
Figura I.1.59: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto per area geografica, evidenzia prevalenze sostanzialmente equivalenti in tutte le aree territoriali relative ai consumatori di stimolanti: in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale, nel meridione e nelle isole, con una propensione alla contrazione, invece, nel centro e nel nord-est.

Figura I.1.60: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012

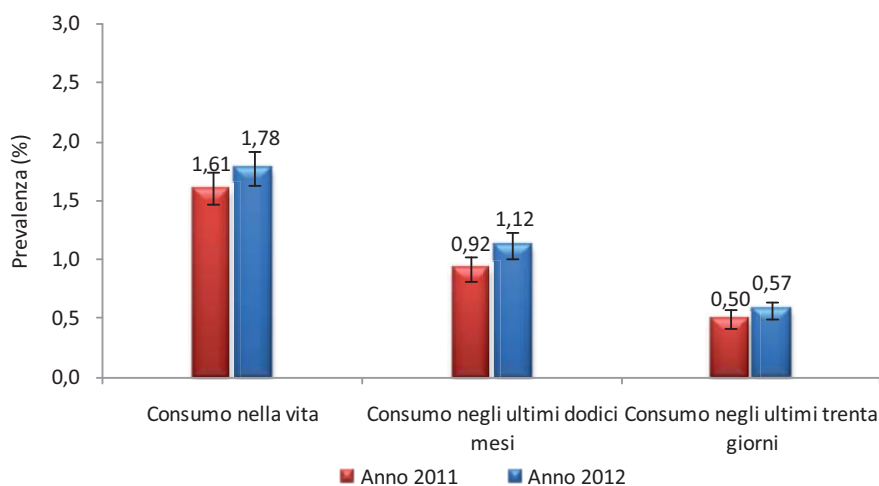


Tendenza all'aumento della prevalenza dei consumatori di stimolanti

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'1,8% della popolazione scolastica nazionale riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita, mentre l'1,1% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dallo 0,6% della popolazione studentesca nazionale. Rispetto alla rilevazione del 2011, si osserva un incremento nei consumatori di stimolanti, non statisticamente significativo, per tutti i periodi di riferimento.

Figura I.1.61: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Propensione all'aumento dei consumatori di stimolanti

Il 98,2% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,8% ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Lo 0,6% li ha consumati negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sul consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) nell'ultimo mese, si conferma una propensione all'aumento dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per i maschi rispetto alle femmine (Tabella I.1.30).

Tabella I.1.30: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Stimolanti Genere	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,63	0,73	0,10	15,87
Femmine	0,37	0,41	0,04	10,81
Totale	0,50	0,57	0,07	14,00

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano stimolanti negli ultimi 30 giorni, in aumento con propensione maggiore rispetto alle femmine

Le quote di consumatori di stimolanti di genere maschile aumentano al crescere dell'età dei soggetti, ad eccezione dei 17enni che in termini percentuali consumano al pari dei 16enni. La prevalenza di consumo negli ultimi 30 giorni tra i maschi passa dallo 0,3% dei 15enni, allo 0,5% dei 16enni e 17enni, all'1% dei 18enni e all'1,2% dei 19enni.

Tra le studentesse, si osserva un aumento nella fascia di età minore tra i 15 e i 16 anni, con prevalenze di consumo che variano dallo 0,3% allo 0,4%, stabilizzandosi fino ai 18 anni, per raggiungere lo 0,6% delle 19enni.

Tabella I.1.31: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di stimolanti (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,22	1,33	1,78
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,43	0,80	1,12
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,73	0,41	0,57
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,31	0,26	0,29
16 anni	0,52	0,38	0,45
17 anni	0,54	0,38	0,46
18 anni	1,04	0,45	0,75
19 anni	1,23	0,58	0,91
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	80,00	83,33	81,19
3-9 volte	10,77	11,11	10,89
10-19 volte	3,08	1,39	2,48
20 volte o più	6,15	4,17	5,45

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

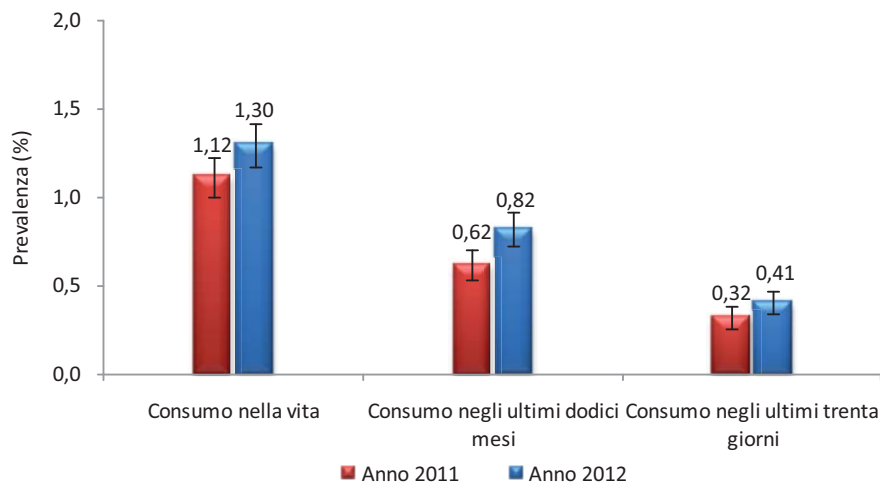
Studenti che consumano stimolanti negli ultimi 30 giorni: uguali consumi tra i 15enni e maggior interessamento dei maschi nelle altre fasce di età

Più frequente il consumo di stimolanti tra i maschi (3 volte o più)

Tra gli studenti consumatori di sostanze stimolanti nell'ultimo mese, l'80% dei maschi e oltre l'83% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze da 1 a 2 volte negli ultimi 30 giorni. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 6,2% e dal 4,2% della popolazione studentesca maschile e femminile.

Distinguendo nel dettaglio il consumo di stimolanti tra ecstasy e amfetamine, si osserva una prevalenza di consumatori tendenzialmente superiore di ecstasy rispetto alle amfetamine, pur rimanendo entro livelli di consumo, almeno una volta nella vita, molto contenuti ed esigui, che interessano meno dell'1% della popolazione scolastica delle scuole secondarie di secondo grado.

Figura I.1.62: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012

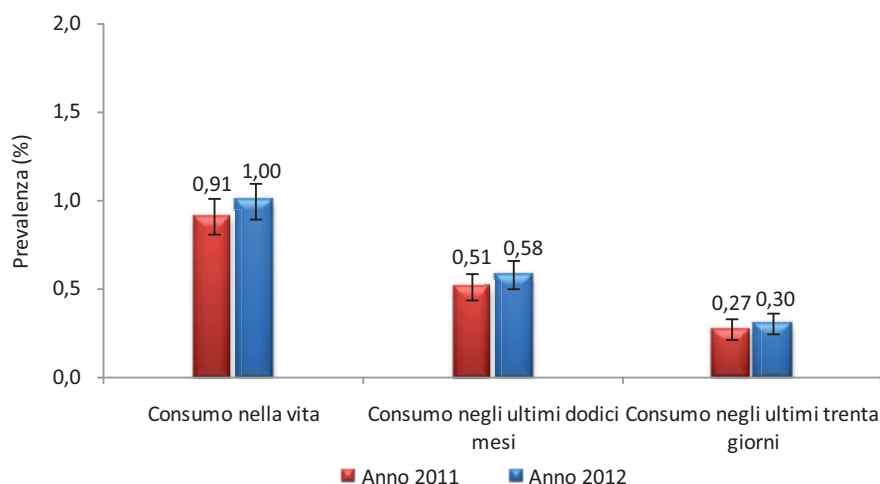


Aumento dei consumatori di ecstasy (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Il 98,7% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,3% ha usato ecstasy almeno una volta nella vita. Lo 0,4% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni.

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.63: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Propensione all'aumento dei consumi di amfetamine

Il 99% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,0% ha usato ecstasy almeno una volta nella vita. Lo 0,3% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni.

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'aumento dei consumatori osservato nel 2012 rispetto al 2011, riguarda in prevalenza l'assunzione di ecstasy per entrambi i generi, con variazione percentuale dal 24% al 26%, sebbene in termini assoluti l'incremento sia valutabile in 0,1 punti percentuali per i maschi e 0,06 punti percentuali per le femmine.

Tabella I.1.32: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Ecstasy	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,42	0,52	0,10	23,81
Femmine	0,23	0,29	0,06	26,09
Totale	0,32	0,41	0,09	28,13

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano ecstasy negli ultimi 30 giorni, in aumento sia per i maschi che per le femmine.

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.33: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Amfetamine	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	0,33	0,38	0,05	15,15
Femmine	0,21	0,22	0,01	4,76
Totale	0,27	0,30	0,03	11,11

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano amfetamine negli ultimi 30 giorni, in aumento con propensione maggiore rispetto alle femmine

Ancora più contenuti ed esigui gli incrementi dell'uso di amfetamine registrati nel 2012, pari a 0,05 punti percentuali per i maschi e 0,01 punti percentuali per le femmine. Anche la variazione dei consumi per età nell'ultimo biennio si differenzia tra le due sostanze, caratterizzata da un aumento dell'uso di ecstasy tra gli studenti di età 16-19 anni ed in particolare i 19enni, a fronte di sensibili incrementi dei consumi di amfetamine da parte dei 15enni (0,03% vs 0,15%) e dei 17enni (0,16% vs 0,28%), contrariamente ai ragazzi delle altre età che hanno indicato una contrazione dei consumi.

Dal confronto sui consumi di ecstasy negli studenti di 16 anni, rilevato dagli studi ESPAD, emerge una tendenza al ribasso negli ultimi 5 anni sia per gli studenti europei che per i coetanei italiani e consumi inferiori per questi ultimi.

Figura I.1.64: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011



Prevalenza di consumatori di ecstasy in diminuzione dal 2007, sia tra gli studenti 16enni italiani che europei

Fonte: ESPAD 1995-2011

Andamenti differenziati si osservano relativamente al consumo di amfetamine, tra gli studenti italiani ed europei, secondo quanto riportato dalle indagini ESPAD, dai quali emerge inoltre un forte calo dei consumi dei 16enni italiani.

Figura I.1.65: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

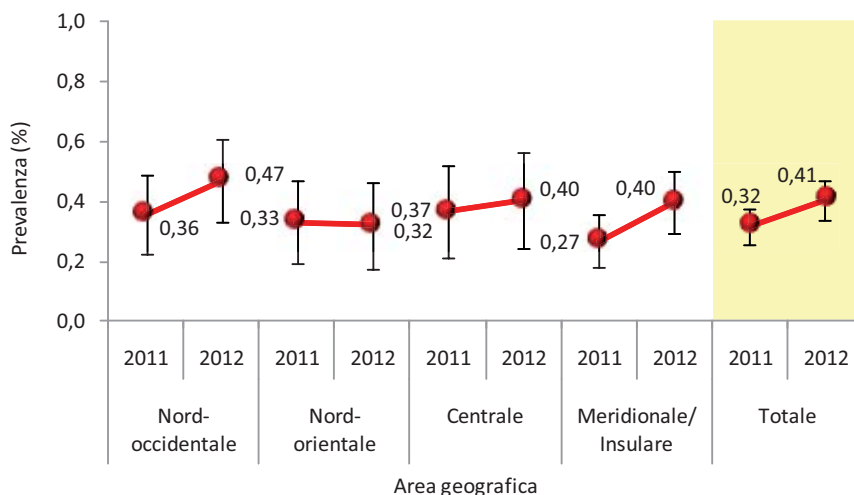


Dal 2007 stabile il consumo di amfetamine per gli studenti 16enni europei, in calo per i coetanei italiani

Fonte: ESPAD 1995-2011

Interessante la distribuzione dei consumi per area geografica, sia per l'ecstasy che per l'amfetamina, a fronte di variazioni dei consumi rispetto all'anno precedente: in tendenziale aumento per entrambe le sostanze, sebbene non statisticamente significativo, nell'Italia nord-occidentale, nel meridione e nelle isole, stabile nel nord-est, e con una propensione alla contrazione invece il numero di consumatori di amfetamine nell'Italia centrale.

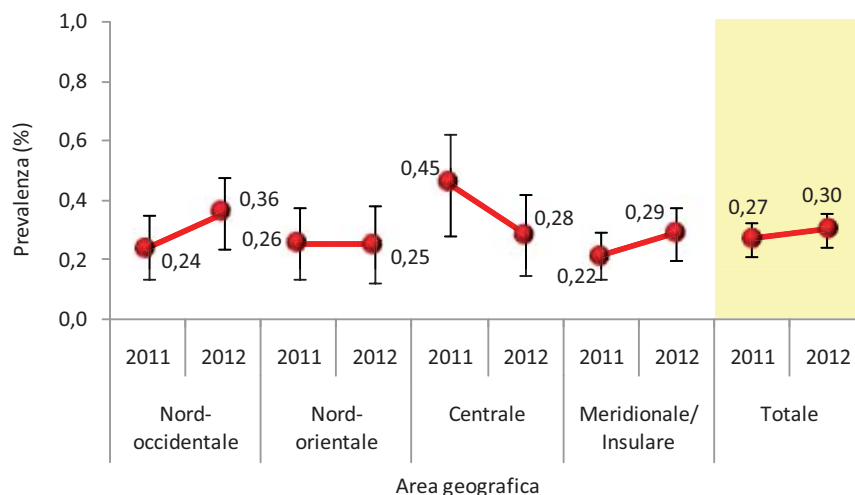
Figura I.1.66: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Consumatori di ecstasy in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale, meridionale/insulare; stabili nelle altre aree geografiche

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.67: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



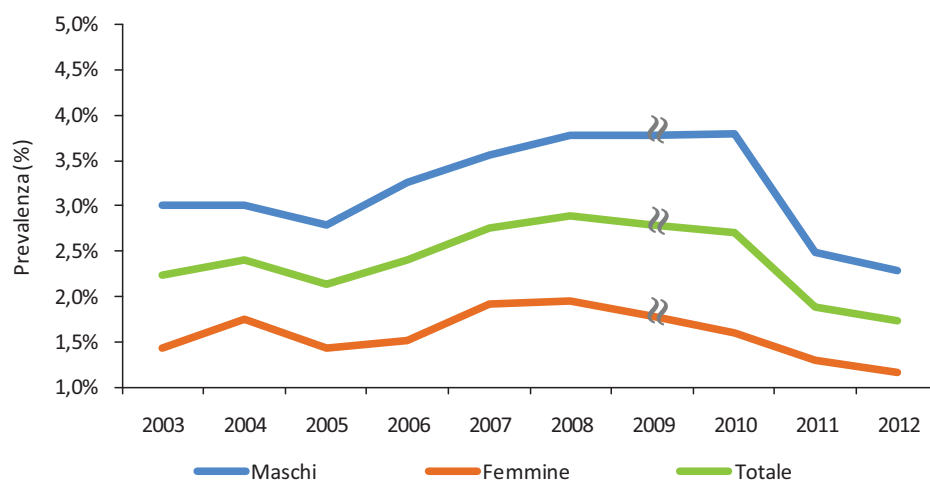
Consumatori di amfetamine in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale, meridionale/insulare; stabili nel nord-est e in calo nell'Italia centrale

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.6 Consumi di allucinogeni

Continua anche nel 2012 la contrazione del numero dei consumatori di allucinogeni (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni e altri allucinogeni) tra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, iniziata nel 2010 e proseguita con una certa variabilità fino al 2012. Andamenti differenziati si osservano tra i consumi dei giovani maschi rispetto alle coetanee femmine, in crescita dal 2005 al 2008, in calo negli anni 2009-2010, seguito da una brusca contrazione nel 2011 proseguita nel 2012. L'andamento dei consumi femminili segue una contrazione dal 2008 meno variabile rispetto ai maschi che si attesta all'1,2% nel 2012.

Figura I.1.68: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



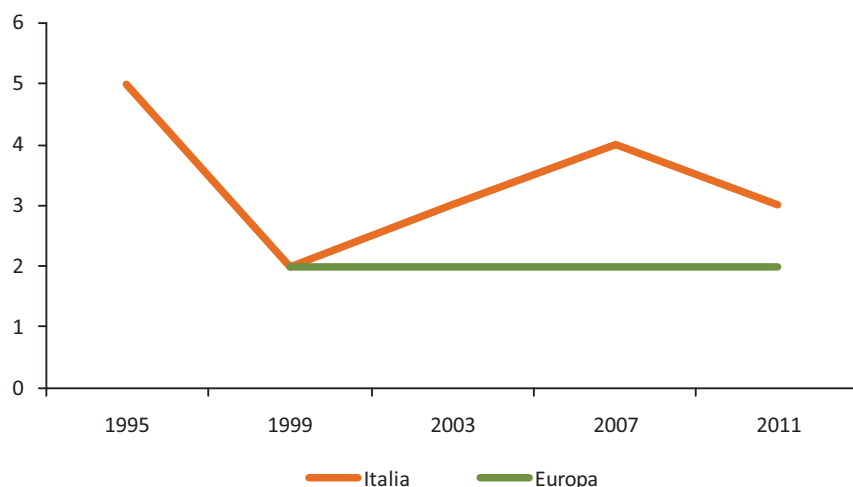
Tendenza alla diminuzione dei consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi pari a -8,0% rispetto all'anno 2011

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle indagini europee ESPAD, i dati sul consumo di allucinogeni almeno una volta nella vita da parte degli studenti 16enni italiani confermano una contrazione della prevalenza di consumatori nel 2011, che appare invece stabile

per tutto il periodo di rilevazione per gli studenti europei.

Figura I.1.69: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

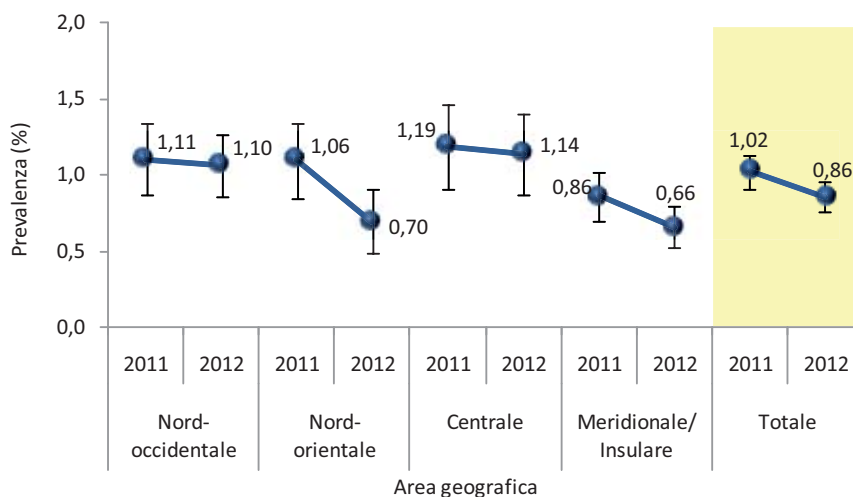


Dal 1999 stabile l'andamento dei consumatori di allucinogeni a livello europeo

Fonte: ESPAD 1995-2011

La contrazione del numero dei consumatori di allucinogeni riguarda principalmente gli studenti dell'Italia nord-orientale, meridionale ed insulare, sebbene non statisticamente significativa, mentre tendenzialmente stabili rimangono i consumi nel nord-ovest e nel centro.

Figura I.1.70: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2011 e 2012

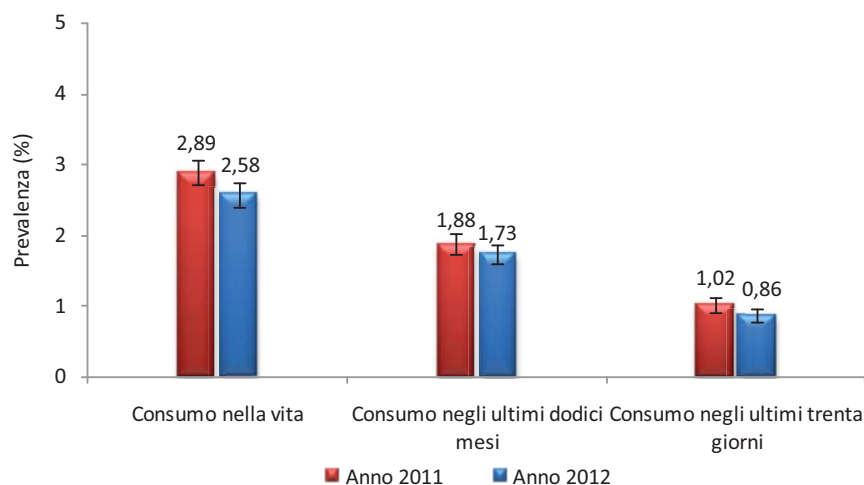


Tendenza alla contrazione dei consumatori di allucinogeni nell'Italia nord-orientale e meridionale/insulare; stabile nelle altre aree geografiche

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti italiani, il 2,6% e l'1,7% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nell'ultimo anno precedente alla rilevazione, mentre lo 0,9% ha riportato di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni) (Figura (I.1.71)).

Figura I.1.71: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumatori di allucinogeni

Il 97,4% degli studenti non ha mai assunto allucinogeni, mentre il 2,6% ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Solo lo 0,9% li ha consumati negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

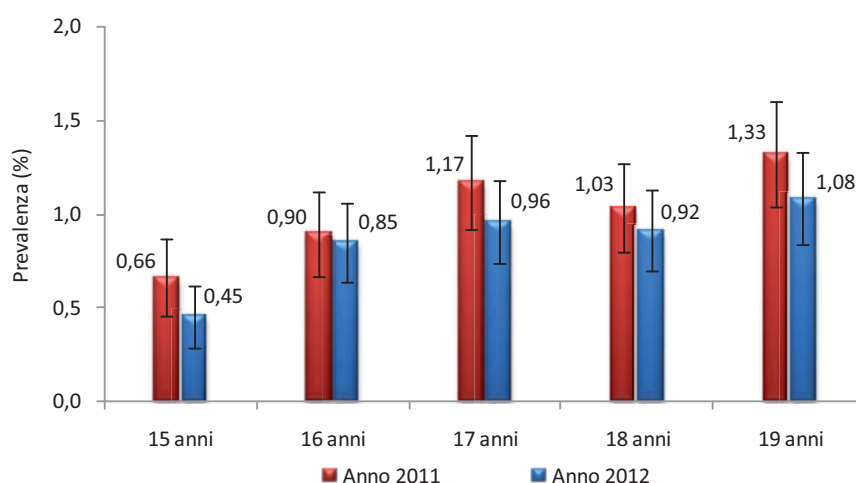
Tabella I.1.34: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Allucinogeni	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	1,32	1,10	-0,22	-16,67
Femmine	0,74	0,61	-0,13	-17,57
Totale	1,02	0,86	-0,16	-15,69

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano allucinogeni negli ultimi 30 giorni, in contrazione per entrambi i generi

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.72: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Propensione alla diminuzione dei consumatori (ultimi 30 giorni): nei 15enni (-28,6%), un po' meno nei 17enni (-16,7%) e nei 19enni (-15,4%)

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

All'interno della popolazione studentesca nazionale, le prevalenze d'uso di sostanze allucinogene negli adolescenti di genere maschile, aumentano al passaggio da un'età alla successiva, ad eccezione dei 18enni, età in cui si riscontra

una lieve restrizione nei consumi. Le studentesse consumatrici di allucinogeni aumentano con il crescere dell'età, da 0,4% nelle 15enni allo 0,7% tra le 19enni. Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, l'83% dei maschi e l'84% delle femmine ne ha fatto uso da 1 a 2 volte nel corso dell'ultimo mese, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso degli ultimi 30 giorni) è stato riferito dal 3,6% e dal 2,8% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

Tabella I.1.35: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di allucinogeni (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,47	1,68	2,58
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,28	1,17	1,73
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,10	0,61	0,86
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,50	0,41	0,45
16 anni	1,10	0,60	0,85
17 anni	1,19	0,73	0,96
18 anni	1,18	0,64	0,92
19 anni	1,49	0,67	1,08
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	83,16	84,26	83,55
3-9 volte	10,71	9,26	10,20
10-19 volte	2,55	3,70	2,96
20 volte o più	3,57	2,78	3,29

Studenti che consumano allucinogeni negli ultimi 30 giorni: i maschi consumano di più delle femmine in tutte le età indagate

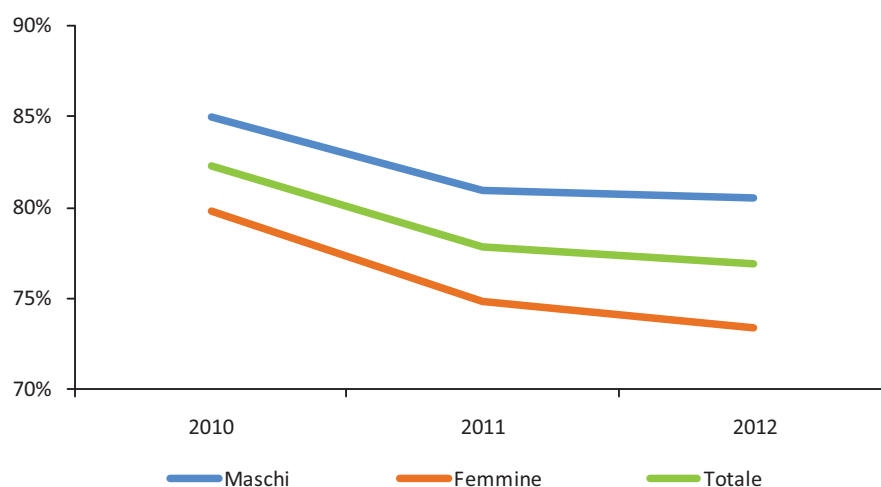
Più frequente il consumo di cocaina tra i maschi (3 volte o più)

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

1.1.2.7 Consumo di alcol

L'andamento del numero dei consumatori nell'ultimo triennio evidenzia una tendenziale flessione più pronunciata per le femmine (79,8% nel 2010 vs 73,4% nel 2012) rispetto ai maschi (85,0% nel 2010 vs 80,5% nel 2012) ed una propensione alla contrazione maggiore nel biennio 2010-2011 rispetto quello successivo.

Figura I.1.73: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2010-2012



Lieve diminuzione dei consumi di alcolici negli ultimi 12 mesi pari a -1,0% rispetto all'anno 2011

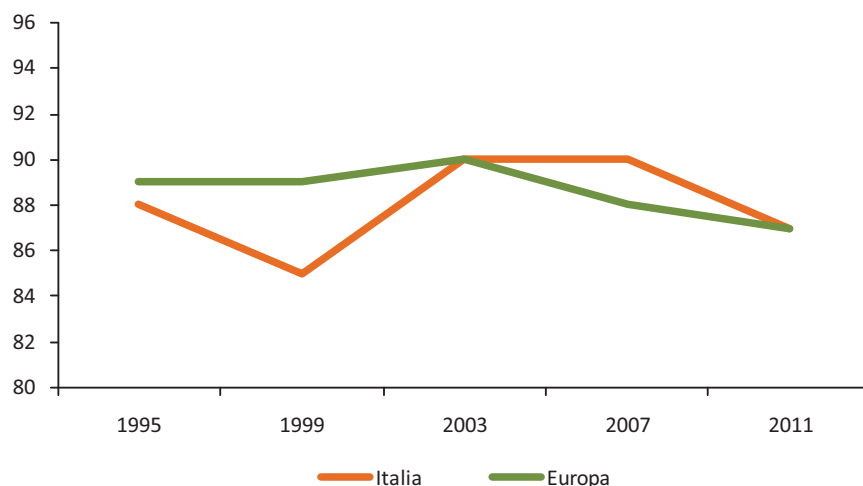
Fonte: Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Secondo quanto rilevato dalle indagini ESPAD, i consumatori di bevande

alcoliche, almeno una volta nella vita, da parte degli studenti italiani 16enni dopo una brusca contrazione nel 1999, ritorna ai valori medi europei nel 2003, seguito da un periodo di stabilità fino al 2007.

Nell'ultimo anno di rilevazione emerge che gli studenti italiani 16enni, consumatori di bevande alcoliche almeno una volta nella vita, si attestano su valori medi Europei.

Figura I.1.74: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

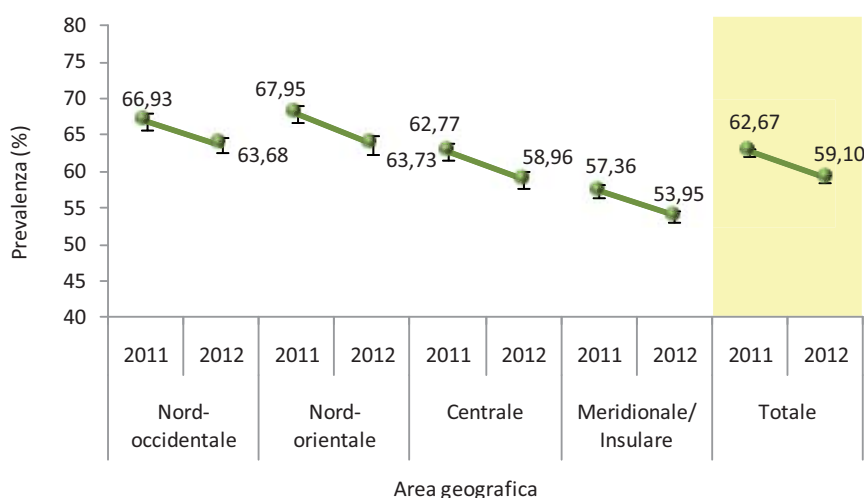


In calo i consumatori 16enni di bevande alcoliche in Europa e in Italia

Fonte: ESPAD 1995-2011

Confrontando la prevalenza del consumo di alcolici nell'ultimo mese, per area geografica e negli anni 2011 e 2012, emerge una maggior prevalenza in Italia settentrionale, seguita dall'Italia centrale, infine dall'area meridionale/insulare. Rispetto al 2011, la contrazione dei consumatori nel 2012, statisticamente significativa, è diffusa su tutto il territorio nazionale e in egual misura in tutte le ripartizioni territoriali.

Figura I.1.75: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2011 e 2012



In calo i consumatori di alcolici in tutto il territorio nazionale

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

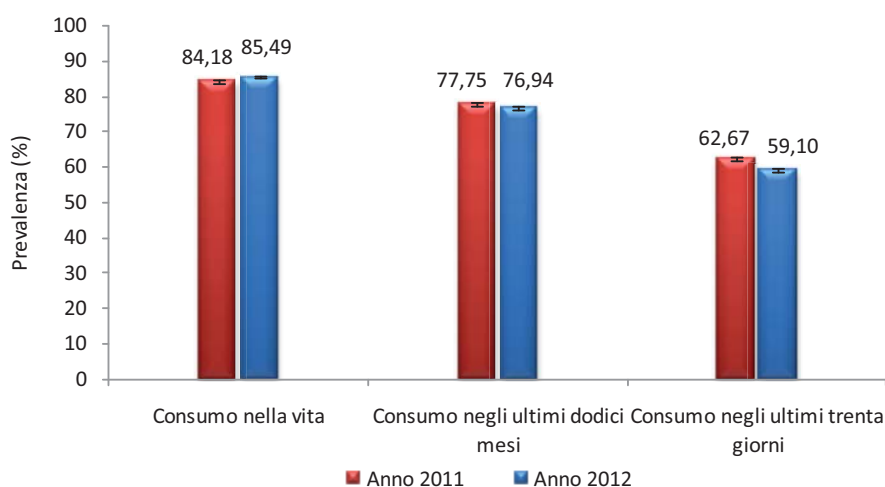
Confrontando questi dati con lo studio SPS-DPA 2011, si osserva una situazione di stabilità nell'assunzione di bevande alcoliche nella vita e negli ultimi 12 mesi, e una tendenza alla flessione dei consumi negli ultimi 30 giorni.

I maschi che nel 2012 hanno dichiarato di non aver mai bevuto nella vita sono il 12,3% contro il 13,8% del 2011, mentre le femmine sono il 16,7% contro il 17,8% del 2011.

Gli studenti maschi che non hanno mai assunto alcolici negli ultimi 12 mesi antecedenti la rilevazione del 2012 costituiscono il 19,5% contro il 19,1% del 2011, mentre per le femmine tale percentuale sale al 26,6% contro il 25,2% del 2011.

Rispetto al 2011 diminuisce la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista

Figura I.1.76: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Diminuzione dei consumatori di alcol negli ultimi 12 mesi e nell'ultimo mese

L'85,5% degli studenti ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita

Meno del 60% le ha assunte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Differenze maggiori rispetto al 2011 si osservano, infine, considerando i consumatori nell'ultimo mese: i maschi che non hanno mai bevuto sono il 35,0% nel 2012 contro il 31,4% del 2011 e le femmine sono il 46,9% contro il 42,9% del 2011.

Tabella I.1.36: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

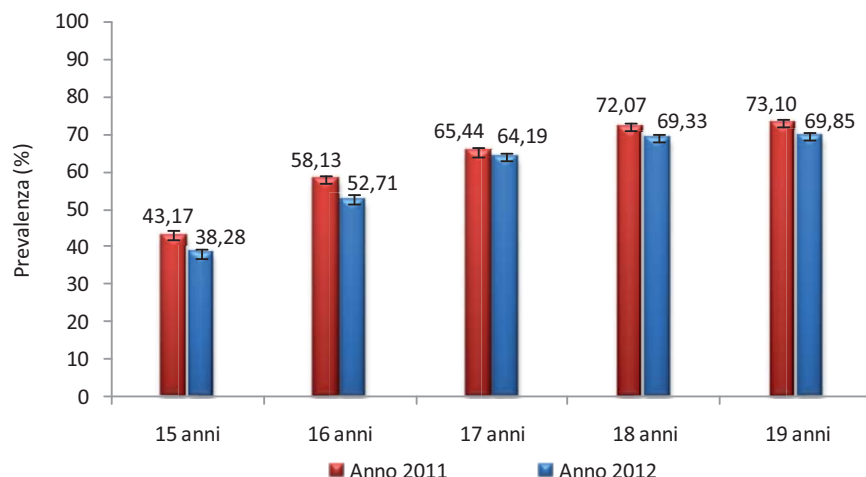
Bevande alcoliche	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	68,60	65,03	-3,57	-5,20
Femmine	57,09	53,15	-3,94	-6,90
Totale	62,67	59,10	-3,57	-5,70

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano alcolici negli ultimi 30 giorni, in contrazione per entrambi i generi

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione sul consumo di alcolici negli ultimi 30 giorni per età, si osserva che, sia per i maschi che per le femmine, la percentuale di consumatori di bevande alcoliche cresce sensibilmente con l'aumentare dell'età, fino a 18 anni, età in cui la prevalenza dei consumatori è quasi doppia rispetto ai 15enni, per poi stabilizzarsi a valori poco superiori per i 19enni.

Figura I.1.77: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012

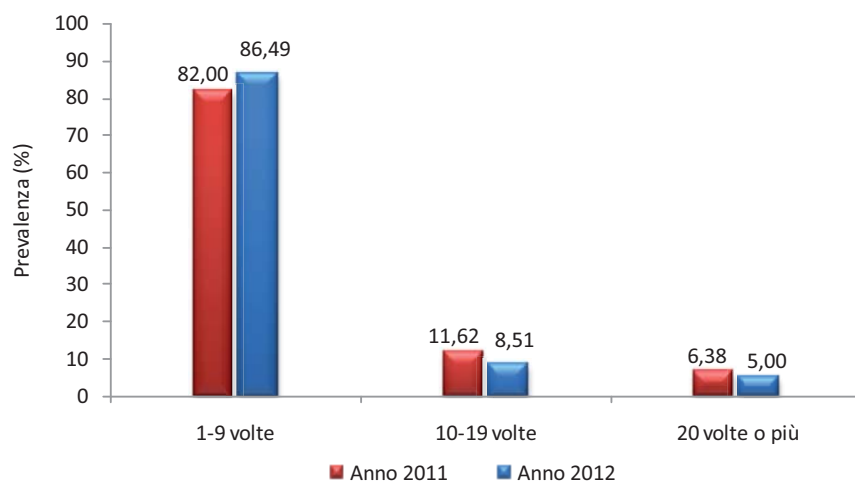


Calano i consumatori (ultimi 30 giorni) per tutte le età degli studenti rispondenti

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Ulteriore conferma del calo dei consumi di alcolici tra gli adolescenti delle scuole secondarie di secondo grado è fornita dalla tendenza alla contrazione degli studenti che fanno uso regolare di alcolici; infatti l'uso 20 volte o più di alcolici nell'ultimo mese è stato indicato dal 5% degli studenti che hanno assunto alcolici negli ultimi 30 giorni antecedenti lo studio, a fronte di una percentuale del 6,4% rilevata nel 2011.

Figura I.1.78: Frequenza di consumo (%) di bevande alcoliche nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012



Tendenziale contrazione del numero degli studenti che fanno uso frequente di bevande alcoliche

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Solo una minoranza pari al 14,5% degli studenti dichiara di non aver mai consumato bevande alcoliche nella vita e il 46,4% riferisce di non aver bevuto negli ultimi 30 giorni. Un maggior numero di ragazzi, rispetto alle coetanee femmine, afferma di bere o di aver bevuto in relazione a tutti e tre i periodi temporali considerati: rispetto a tutta la vita l'83,3% delle femmine vs l'87,7% dei maschi dichiara di aver bevuto; nell'ultimo anno, il 73,4% delle femmine vs l'80,5% dei maschi; nell'ultimo mese, il 53,1% delle femmine vs il 65,0% dei maschi.

I ragazzi riferiscono anche di bere con maggior frequenza rispetto alle ragazze: il

17,6% dei maschi afferma di aver bevuto oltre 10 volte contro l'8,5% delle femmine (Tabella I.1.37).

Tabella I.1.37: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di bevande alcoliche (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	87,68	83,29	85,49
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	80,51	73,36	76,94
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	65,03	53,15	59,10
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	43,96	32,94	38,28
16 anni	57,43	48,04	52,71
17 anni	69,65	58,51	64,19
18 anni	75,71	62,84	69,33
19 anni	76,24	63,22	69,85
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	46,82	61,93	53,60
3-9 volte	35,60	29,57	32,89
10-19 volte	10,57	5,98	8,51
20 volte o più	7,01	2,52	5,00

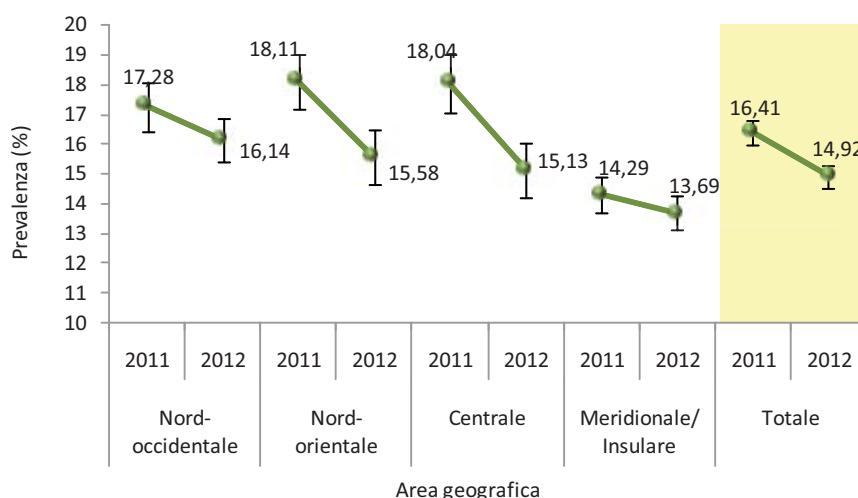
Solo il 14,5% di studenti dichiara di non aver mai bevuto, e il 40,9% di non aver bevuto negli ultimi 30 giorni

Un minor numero di ragazze ha consumato o consuma alcol rispetto ai maschi

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nell'indagine SPS-DPA 2012 sono stati indagati anche i comportamenti dei giovani riguardo alle ubriacature in relazione anche al rapporto generale dei giovani con gli alcolici descritto in precedenza; il quesito relativo alle ubriacature posto agli studenti è stato il seguente: “Quante volte (se ti è accaduto) ti sei ubriacato bevendo alcolici, per esempio, barcollando nel camminare; oppure non riuscendo a parlare correttamente, vomitando o dimenticando l'accaduto?”, distintamente per i periodi di osservazione “almeno 1 volta nella vita”, “negli ultimi 12 mesi” e “negli ultimi 30 giorni”.

Figura I.1.79: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



In calo le ubriacature di alcolici in tutto il territorio nazionale, con una minor propensione a nord-ovest e nel sud/isole

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

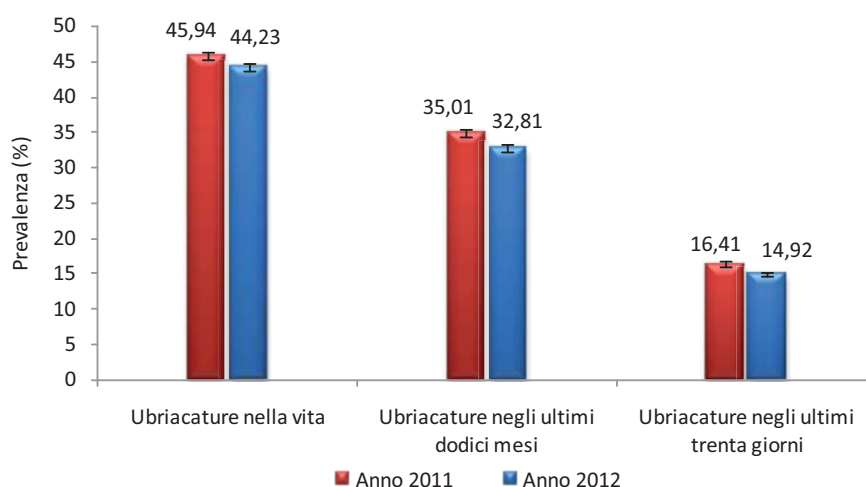
Il fenomeno delle ubriacature sembra interessare meno gli studenti dell'Italia meridionale/insulare, per i quali si osserva anche una contrazione non

statisticamente significativa di tale fenomeno nell'ultimo biennio. Per quanto riguarda le altre aree geografiche le prevalenze sono più omogenee e la flessione tra il 2011 ed il 2012 risulta statisticamente significativa per il nord-est e l'Italia centrale.

Rispetto all'indagine realizzata lo scorso anno, questo fenomeno sembra in lieve contrazione per tutti i periodi di riferimento, almeno una volta nella vita (44,2% nel 2012 vs 45,9% nel 2011), negli ultimi 12 mesi (32,8% vs 35,0%) e negli ultimi 30 giorni (14,9% vs 16,4%).

Considerata l'elevata numerosità campionaria dei partecipanti allo studio (35.472 studenti 15-19 anni) e i valori elevati delle prevalenze, la flessione dei consumatori risulta statisticamente significativa per tutti i periodi di riferimento (Figura I.1.80).

Figura I.1.80: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anni 2011 e 2012



Diminuzione degli studenti che si ubriacano

il 55,8% degli studenti non si è mai ubriacato

il 15% si è ubriacato negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.38: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

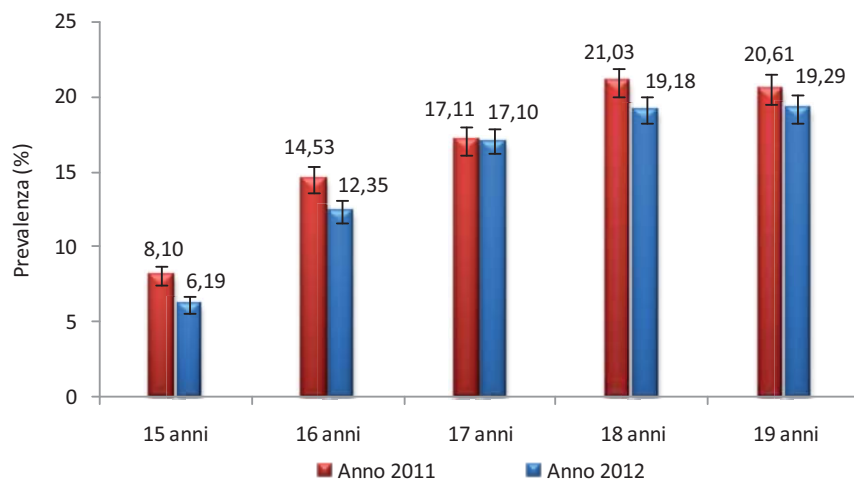
Episodi di ubriacatura	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
	2011	2012	valore assoluto	valore %
Maschi	18,93	17,03	-1,90	-10,04
Femmine	14,03	12,80	-1,23	-8,77
Totale	16,41	14,92	-1,49	-9,08

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I maschi si ubriacano di più delle femmine; in contrazione gli studenti che riferiscono ubriacature negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

La percentuale di studenti che riferiscono episodi di ubriacature fra i giovani 15-19enni è stabile sia tra i maschi che tra le femmine con percentuali rispettivamente del 10% e dell'8%; stesso andamento si osserva nella distribuzione per età, ad eccezione dei 15enni, 16enni e 18enni, che indicano una contrazione rispetto al 2011.

Figura I.1.81: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1- α =95%. Anni 2011 e 2012



In diminuzione la percentuale di studenti 15enni, 16enni e 17enni che riferiscono ubriacature negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le ubriacature una volta nella vita, da parte degli studenti rispondenti sono state riferite dal 47,6% dei ragazzi e dal 40,8% delle ragazze, valori che scendono rispettivamente al 17,0% ed al 12,8% per l'abuso di alcol negli ultimi 30 giorni.

Tabella I.1.39: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Episodi di ubriacatura (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	47,65	40,79	44,23
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	36,26	29,35	32,81
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	17,03	12,80	14,92
Età (episodi negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	5,93	6,44	6,19
16 anni	12,96	11,74	12,35
17 anni	19,25	14,86	17,10
18 anni	22,92	15,37	19,18
19 anni	22,97	15,47	19,29
Frequenza di episodi (ultimi 30 giorni) (% sul totale episodi)			
1-2 volte	79,39	85,70	82,09
3-9 volte	15,59	11,66	13,91
10-19 volte	2,74	1,50	2,21
20 volte o più	2,28	1,15	1,79

Il 44,2% degli studenti dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nella vita

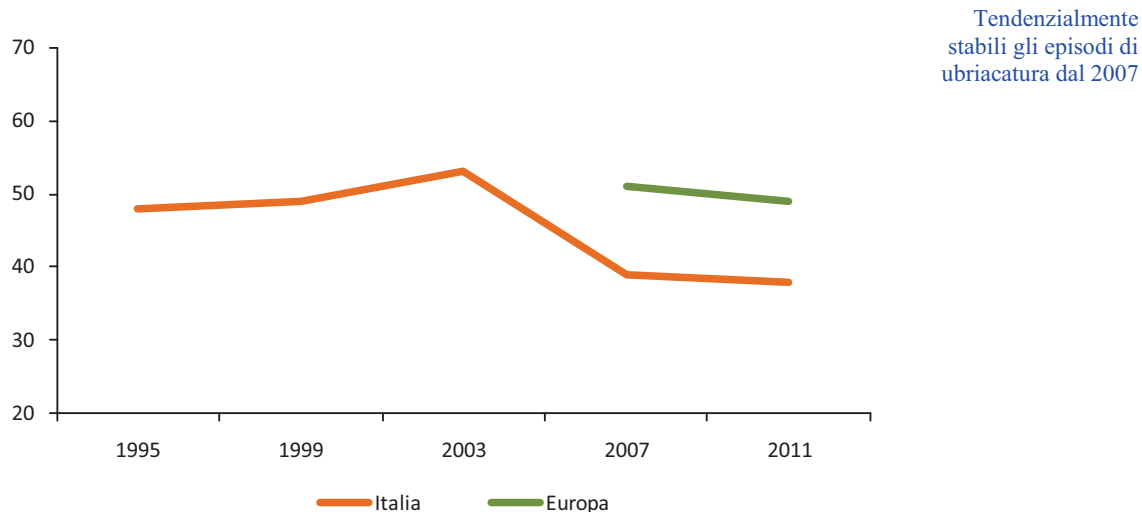
Le 15enni si ubriacano di più dei coetanei maschi, mentre nelle fasce di età successive sono i maschi ad ubriacarsi di più

Le femmine si ubriacano con minor frequenza rispetto ai maschi

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dalle indagini ESPAD, emerge che gli studenti italiani 16enni coinvolti in episodi di ubriacatura almeno una volta nella vita, dopo un netto calo nel 2007, sembrano essere stabilizzati, in linea con le prevalenze dei coetanei.

Figura I.1.82: Episodi di ubriacature (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

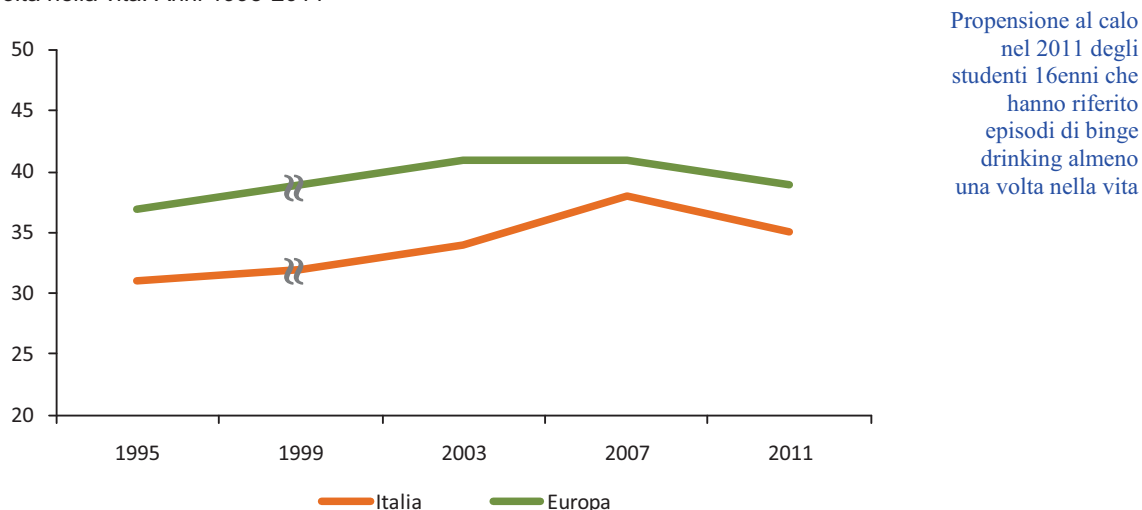


Fonte: ESPAD 1995-2011

Oltre agli episodi delle ubriacature, lo studio ESPAD ha indagato il fenomeno del *binge drinking*, definito come il consumo negli ultimi 30 giorni di eccessive quantità di alcol (cinque o più bevute di fila di un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (ca 33 cl) o 2 bicchieri/ bottiglie di soft drink (ca 66 cl) o un bicchiere di vino (ca 15cl) o un bicchierino di liquore o di super alcolico (ca 5 cl) o un cocktail)).

Dalle indagini ESPAD, emerge che il fenomeno del binge drinking negli studenti italiani 16enni, dopo un trend in aumento fino al 2007, nel 2011 sembra aver modificato l'andamento con una propensione alla contrazione del numero dei consumatori.

Figura I.1.83: Binge drinking (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011



Fonte: ESPAD 1995-2011

1.1.2.8 Policonsumo

Il policonsumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i soggetti più giovani.

Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte, dai poliassuntori negli ultimi 30 giorni relativamente al 2012.

Facendo riferimento agli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa di sostanze è quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 63,4% degli studenti che dichiara di averle assunte negli ultimi 30 giorni (63,9% nei maschi e 62,6% nelle femmine).

Una percentuale decisamente minore si osserva se si considera gli ultimi 30 giorni l'assunzione di alcol e cannabis, pari al 7,2% (8,6% per i maschi e 5,1% per le femmine) e l'assunzione di tabacco e cannabis, pari al 6,4% (5,9% per i maschi e 7,3% per le femmine).

Nonostante il calo di consumatori, rimane invariata la quota di studenti che assume più sostanze psicoattive, legali ed illegali

Il 63,4% degli studenti ha assunto alcol, tabacco e cannabis

Tabella I.1.40: Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	256	8,58	99	5,06	355	7,19
Tabacco+Cannabis	176	5,90	142	7,26	318	6,44
Consumo di 2 sostanze - altro	68	2,28	82	4,19	150	3,04
Alcol+Tabacco+Cannabis	1.905	63,88	1.224	62,58	3.129	63,37
Consumo di 3 sostanze - altro	116	3,89	138	7,06	254	5,14
Più di 3 sostanze	461	15,46	271	13,85	732	14,82
Totale	2.982	100,00	1.956	100,00	4.938	100,00

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Facendo un confronto del policonsumo nel biennio 2011-2012 riferito agli ultimi 30 giorni, emerge una situazione di stabilità: nel 2011 il 15,8% degli studenti consumatori dichiara di aver assunto più sostanze mentre nel 2012 il 15,9%. Rispetto al profilo delle sostanze assunte dagli studenti, si osserva un aumento dell'associazione di alcol o tabacco con cannabis; in calo la percentuale di studenti che consuma altre sostanze anche in associazione a tabacco e/o alcol.

Tabella I.1.41: Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze illegali nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

	Anno 2011		Anno 2012		Δ 2012-2011	
	N	%	N	%	Δ	Δ%
Alcol+Cannabis	308	6,40	355	7,20	0,80	12,50
Tabacco+Cannabis	136	2,80	318	6,40	3,60	128,57
Consumo di 2 sostanze - altro	176	3,70	150	3,00	-0,70	-18,92
Alcol+Tabacco+Cannabis	3.080	63,70	3.129	63,40	-0,30	-0,47
Consumo di 3 sostanze - altro	456	9,30	254	5,10	-4,20	-45,16
Più di 3 sostanze	680	14,10	732	14,80	0,70	4,96
Totale	4.836	100,00	4.938	100,00	-	-

Fonte: Studio SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La Tabella I.1.41 rappresenta la distribuzione di prevalenza condizionata d'uso di sostanze legali e illegali tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi 30 giorni.

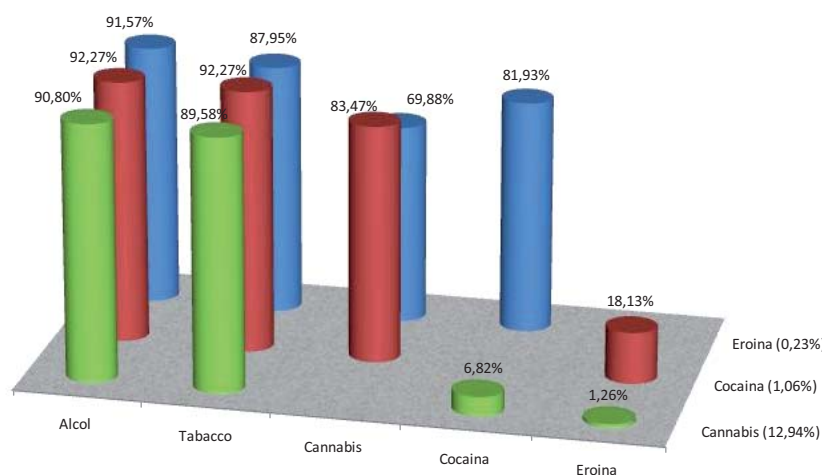
Tabella I.1.42: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis (12,9%)	90,80%	89,58%	-	6,82%	1,26%
Cocaina (1,06%)	92,27%	92,27%	83,47%	-	18,13%
Eroina (0,23%)	91,57%	87,95%	69,88%	81,93%	-

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Forte associazione
di alcol e tabacco
con cannabis,
cocaina ed eroina

Figura I.1.84: Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno 2012



Consumatori di
cannabis:
6,8% anche cocaina
1,3% anche eroina

Consumatori di
cocaina:
83,5% anche
cannabis
18,1% anche eroina

Consumatori di
eroina:
69,9% anche
cannabis
81,9% anche
cocaina

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dall'analisi della prevalenza d'uso condizionata, emerge che tra gli studenti consumatori di cannabis negli ultimi 30 giorni, pari al 12,6%, il 90,8% riferisce di aver consumato anche alcol, l'89,6% ha consumato cannabis associata a tabacco, il 6,8% ha fatto uso anche di cocaina e l'1,3% anche di eroina.

L'1,17% degli studenti rispondenti ha riferito di aver fatto uso di cocaina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Il 92,3% dei consumatori di tale sostanza ha assunto alcol negli ultimi 30 giorni, la stessa percentuale riferisce di aver fumato negli ultimi 30 giorni, l'83,5% ha fatto uso anche di cannabis e il 18,1% di eroina. Del totale studenti che hanno compilato il questionario, lo 0,29% ha riferito di aver usato eroina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Tra questi, il 91,6% ha fatto uso di alcol, l'88,0% ha fumato, il 69,9% ha usato anche cannabis e l'81,9% ha fatto uso anche di cocaina.

Come emerso nel 2011, anche nel 2012 si evidenziano percentuali elevate di uso associato a cocaina tra i consumatori di eroina, rispetto ai consumatori di cocaina che ricorrono al consumo congiunto di eroina in percentuale nettamente inferiore.

I.1.2.9 Metodologia

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio e sul livello di adesione dello studio

Disegno di campionamento

La selezione del campione di popolazione è stata effettuata mediante un modello di campionamento a due stadi, in cui le unità di primo stadio sono rappresentate

Tecniche di
campionamento

dalle scuole secondarie di secondo grado e le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle classi di un intero percorso scolastico. Le distribuzioni degli istituti scolastici per regione e del campione di scuole incluse nello studio sono rappresentate nella Tabelle I.1.43 e I.1.44.

Tale procedura consente da un lato, di ottenere una struttura del campione che riproduce fedelmente quella della popolazione studentesca, e dall'altro di migliorare sensibilmente l'efficienza del campionamento.

idonee a garantire
l'affidabilità dei dati

Tabella I.1.43: Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione. Anno 2012

Regione	Totale istituti	Campione di scuole	Numero di studenti rispondenti
Abruzzo	237	19	827
Basilicata	134	11	622
Calabria	382	34	2.021
Campania	1.055	78	3.856
Emilia Romagna	403	31	1.909
Friuli Venezia Giulia	152	12	594
Lazio	710	54	2.852
Liguria	153	17	1.310
Lombardia	1.087	84	6.594
Marche	207	16	919
Molise	67	9	383
Piemonte/ Valle D'Aosta	441	38	1.878
Puglia	561	42	2.322
Sardegna	245	19	947
Sicilia	820	61	2.843
Toscana	435	31	1.751
Trentino Alto Adige	125	12	607
Umbria	120	9	453
Veneto	539	41	2.784
Totale	7.873	618	35.472

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.44: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico. Anno 2012

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	7	7	3	2	19
Basilicata	3	4	2	2	11
Calabria	13	9	8	4	34
Campania	26	28	17	7	78
Emilia Romagna	9	12	8	2	31
Friuli Venezia Giulia	4	4	3	1	12
Lazio	22	17	9	6	54
Liguria	6	4	6	1	17
Lombardia	32	27	17	8	84
Marche	4	5	5	2	16
Molise	4	1	3	1	9
Piemonte/ Valle D'Aosta	11	11	10	6	38
Puglia	12	14	10	6	42
Sardegna	6	6	4	3	19
Sicilia	21	22	12	6	61
Toscana	12	10	4	5	31
Trentino Alto Adige	3	6	2	1	12
Umbria	2	4	2	1	9
Veneto	13	14	9	5	41
Totale	210	205	134	69	618

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (Regioni e tipo di istituto scolastico) sono ritenute particolarmente significative ai fini della rappresentatività dell'intera popolazione in relazione al fenomeno da indagare.

La scelta di stratificare per regione e tipo di istituto (liceo o istituto ex-magistrale, istituto tecnico, istituto professionale e istituto o liceo artistico) risponde all'esigenza di utilizzare un campione rappresentativo della popolazione scolastica per area territoriale, nell'ipotesi che le caratteristiche morfologiche delle diverse zone e le diverse tipologie di percorso scolastico, possano influire sulla prevalenza del consumo di sostanze.

Al secondo stadio di campionamento le unità statistiche, rappresentate dagli studenti frequentanti le classi di un intero percorso scolastico, sono state selezionate mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza.

Strumento di indagine

Al fine di garantire la raccolta di informazioni confrontabili con gli altri Stati membri dell'EU, lo strumento utilizzato per lo studio è stato predisposto seguendo il protocollo europeo, integrato ed in minima parte modificato al fine di meglio adattare lo strumento alla realtà italiana.

Uso di protocolli europei

Nel 2012, come per il 2011, la conduzione dell'indagine di popolazione studentesca SPS-DPA 2012 è stata supportata dall'utilizzo della tecnologia informatica. È stato adottato il metodo C.A.S.I. (Computer-Aided Self-Completed Interview) che ha consentito la compilazione del questionario on-line attraverso l'accesso con identificativo individuale anonimo e non replicabile.

Innovazione telematica

A ciascun istituto scolastico sono state fornite le credenziali di accesso, scaricabili dall'area riservata del portale di amministrazione. A conclusione della compilazione del questionario, le credenziali venivano alienate automaticamente dal sistema.

I vantaggi derivanti dall'utilizzo di strumenti on-line per la conduzione di indagini nelle scuole sono molteplici e possono essere sintetizzati in:

Vantaggi delle indagini on-line

1. rapidità nell'organizzazione e nella conduzione dell'indagine, venendo meno la maggior parte di problemi pratici imputabili ad una rilevazione cartacea;
2. maggiore riservatezza per il rispondente in fase di compilazione del questionario;
3. monitoraggio in tempo reale dell'andamento della rilevazione, con la possibilità immediata di sostituzione degli istituti scolastici non aderenti allo studio;
4. eliminazione degli errori di data entry insiti delle rilevazioni effettuate mediante somministrazione di questionari cartacei;
5. limitazione di eventuali errori di distrazione in fase di compilazione del questionario on-line, in virtù dell'implementazione di sistemi di controllo di coerenza delle risposte fornite;
6. disponibilità immediata del database per l'elaborazione dei dati, quindi riduzione dei tempi di analisi dei dati e stesura della reportistica.

L'attuale questionario prevede 344 domande complessive, articolate in 11 sezioni, che possono ridursi a 182 in caso di non consumo di alcuna sostanza: nella struttura del questionario on line sono stati inseriti ulteriori funzioni di filtro utili ai fini della congruenza interna delle risposte date dagli studenti che compilano il questionario.

Realizzazione dello studio

Il contingente di scuole da contattare per lo studio, sulla base del piano

d'indagine, era costituito da oltre 600 istituti scolastici. Ipotizzando una percentuale di non adesione del 30%, in fase di selezione del campione di scuole da coinvolgere nello studio è stato predisposto un campione di riserva costituito circa da duecento scuole.

Le scuole aderenti all'iniziativa, che avevano concluso la fase di rilevazione alla data del 15 maggio 2012, ammontavano a 480, pari all'77,7% del campione di scuole pianificato, oscillando tra il 73,3% di adesione nell'Italia meridionale/insulare ed l'88,5% nel Nord-Occidentale. Per quanto riguarda l'adesione per tipo di istituto, si osserva una percentuale più elevata nell'adesione degli istituti tecnici (83,6%) e dei licei ed ex-magistrali (78,6%); inferiore, invece, risulta la partecipazione degli istituti professionali, pari a meno dell'80% e degli istituti e licei artistici che si attesta attorno al 70% (Tabella I.1.45).

Per ciascun istituto scolastico era previsto il coinvolgimento di un intero percorso scolastico, dalla prima alla quinta classe, pari a complessivi 100 studenti circa per istituto. Secondo i dati preliminari dei questionari rilevati alla data del 15 maggio, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è superiore al 75%; tale valore preliminare, tuttavia, risente dell'effetto dell'assenza in alcuni istituti, in particolar modo in quelli paritari, di percorsi completi (dal primo all'ultimo anno), incidendo per difetto sulla percentuale complessiva di adesione degli studenti.

77,7% di adesione:
dal 73,3% del
sud/isle all'88,5%
del nord-ovest

Tabella I.1.45: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per area geografica e tipo di istituto. Anno 2012

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	87,8	90,5	97,0	66,7	88,5
Italia nord-orientale	72,4	77,8	72,7	88,9	76,0
Italia centrale	75,0	75,0	75,0	85,7	76,4
Italia meridionale/insulare	77,2	67,0	83,1	61,3	73,3
Totale	78,6	75,1	83,6	71,0	77,7

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Percentuali minime di adesione sono state riscontrate in Umbria e Puglia per quanto riguarda i licei e gli ex istituti magistrali, in Molise, Abruzzo, Sicilia e Friuli Venezia Giulia per gli istituti tecnici, in Trentino Alto Adige e Umbria per gli istituti professionali ed in Puglia e Campania per gli istituti ed i licei artistici. Per contro percentuali di partecipazione più elevate (oltre il 70,0%) si osservano in 14 regioni per gli istituti e i licei artistici, in 13 regioni sia per i licei e gli ex istituti magistrali che per gli istituti professionali ed, infine, in 11 regioni per gli istituti tecnici (Tabella I.1.45).

L'analisi della qualità delle informazioni riferite dagli studenti partecipanti all'indagine è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dalle successive elaborazioni dei dati, dei questionari "non affidabili" o relativi a fasce di età esterne al target dello studio (15-19 anni). Nello schema di seguito riportato sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi dalle successive analisi.

Nella fase iniziale dell'analisi qualità del database (step 1) sono stati esclusi dal dataset finale i questionari relativi a studenti che non avevano compilato la parte del questionario relativa ai consumi (458 questionari esclusi dalle analisi successive).

Nella seconda fase della verifica delle caratteristiche qualitative dell'archivio dei questionari sono stati esaminati il numero di questionari compilati da ciascun istituto scolastico, e sono stati esclusi per istituto i record relativi agli studenti che avevano indicato un consumo per tutte le 15 sostanze relative alla domanda 21 (215 questionari esclusi dal dataset complessivo).

Qualità dei dati:
97,8% questionari
validi per l'analisi
sui consumi di
sostanze psicotrope
15-19 anni

Tabella I.1.46: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per regione e tipo di istituto. Anno 2012

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale	Adesione per tipo di istituto:
Abruzzo	85,7	28,6	100,0	100,0	68,4	78,6% licei ed ex-magistrali
Basilicata	100,0	75,0	100,0	100,0	90,9	75,1% istituti tecnici
Calabria	92,3	100,0	87,5	50,0	88,2	83,6% istituti professionali
Campania	73,1	67,9	82,4	42,9	70,5	71,0% istituti e licei artistici
Emilia Romagna	66,7	66,7	62,5	100,0	67,7	
Friuli Venezia Giulia	100,0	50,0	100,0	100,0	83,3	
Lazio	72,7	82,4	88,9	83,3	79,6	
Liguria	83,3	100,0	100,0	100,0	94,1	
Lombardia	96,9	100,0	100,0	75,0	96,4	
Marche	100,0	60,0	60,0	100,0	75,0	
Molise	75,0	-	66,7	100,0	66,7	
Piemonte/ Valle D'Aosta	63,6	63,6	90,0	50,0	68,4	
Puglia	58,3	92,9	80,0	33,3	71,4	
Sardegna	83,3	83,3	50,0	100,0	78,9	
Sicilia	76,2	45,5	91,7	66,7	67,2	
Toscana	75,0	70,0	75,0	80,0	74,2	
Trentino Alto Adige	66,7	83,3	50,0	100,0	75,0	
Umbria	50,0	75,0	50,0	100,0	66,7	
Veneto	69,2	92,9	77,8	80,0	80,5	
Totale	78,6	75,1	83,6	71,0	77,7	

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

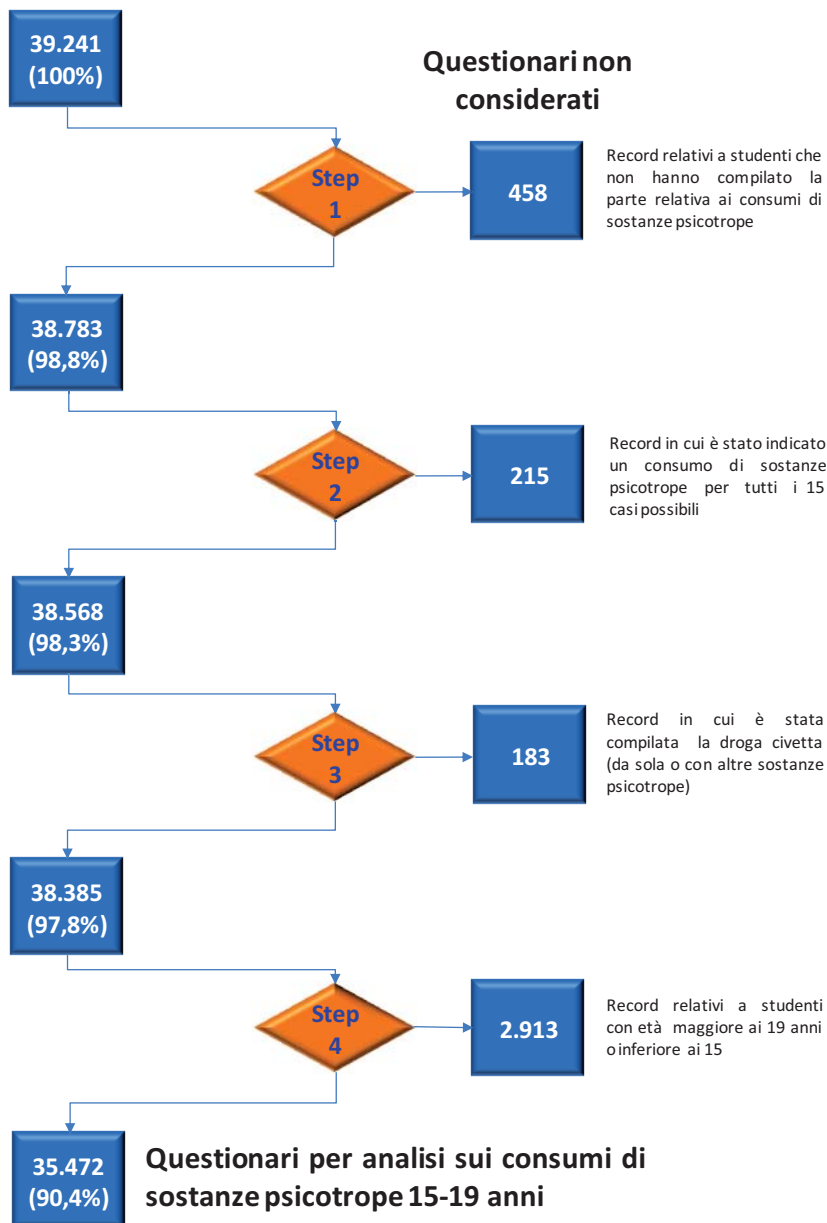
Nel quarto ed ultimo step di pulitura dei dati sono stati eliminati i questionari relativi a studenti con età maggiore a 19 anni ed inferiore a 15 (2.913 record esclusi dal dataset complessivo).

Il numero questionari validi alla fine dell'analisi della qualità dei dati ammonta a 35.472, pari al 90,4% del quantitativo totale di questionari raccolti.

Nella terza fase di scrematura sono stati individuati ed esclusi dal dataset definitivo i record corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (183 questionari esclusi dal dataset complessivo).

Figura I.1.85: Procedura di controllo qualità dei dati

Questionari compilati



35.472 questionari
validi per l'analisi
sui consumi di
sostanze psicotrope
15-19 anni

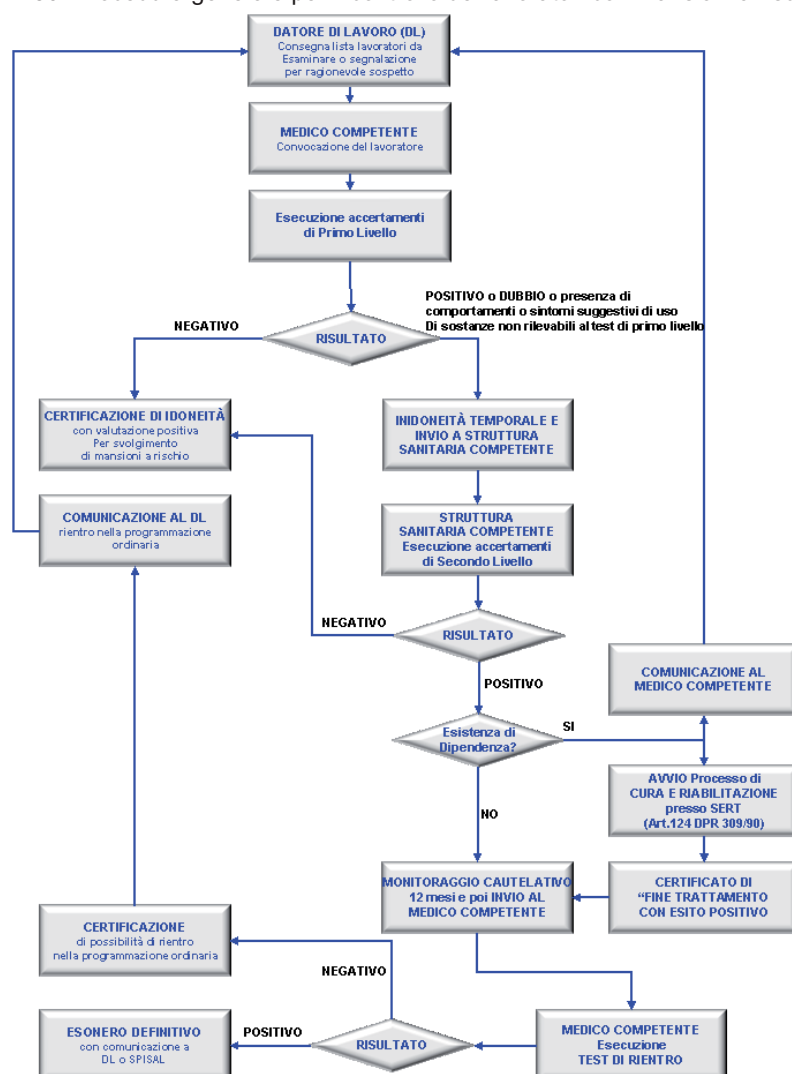
I.1.3. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio - DTLR)

I.1.3.1. Introduzione

Nel corso del 2011 il DPA ha proseguito l'attività prevista nell'ambito del progetto DTLR (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio), migliorando ed ampliando la propria base dati, nonché confrontandosi con tutti i referenti istituzionali al fine di sviluppare proposte di revisione dell'Intesa Stato-Regioni attualmente vigente.

Si riporta in fig. I.1.86 l'attuale procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio, che si presenta piuttosto articolata e con margini di miglioramento allo studio del tavolo di revisione presso il DPA.

Figura I.1.86: Procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nella Figura I.1.87. sono indicate le Regioni e Province Autonome che hanno prodotto, secondo una ricerca condotta dal Dipartimento Politiche Antidroga atti normativi di applicazione dell'Intesa Stato Regioni del 18 settembre 2008; in quasi tutta Italia è stato dato un seguito con esiti molto difforni e talvolta non perfettamente allineati all'Intesa citata.

Figura I.1.87: Applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 18.09.2008. Anno 2011



Fonte: dati RFI e DPA

I.1.3.2 Risultati preliminari

I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, raccolti attraverso il progetto DTLR affidato alla Rete Ferroviaria Italiana (RFI) – Gruppo Ferrovie dello Stato, sono stati forniti, oltre che da RFI, anche da ASSTRA – Associazione Trasporti, dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.), dalla Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), da ENAV S.p.A. e dal Laboratorio di Sanità Pubblica di Trento. Per il 2011 i dati fanno riferimento a 88.058 soggetti sottoposti a test di I° livello (+1,2% rispetto al 2010 in cui sono stati testati 86.987 soggetti), di cui quasi il 5% di genere femminile.

88.058 soggetti
esaminati:
+1,2% di soggetti
esaminati rispetto al
2010

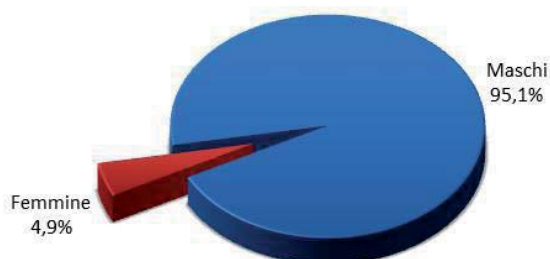
Tabella I.1.47: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati. Anno 2011

Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	43.998
ASSTRA – Associazione Trasporti -	23.593
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	11.162
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	7.687
ENAV S.p.A.	1.064
Laboratorio di Sanità Pubblica Trento	554
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	88.058

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Alla raccolta dati hanno partecipato 108 centri collaborativi dei vari gruppi sopracitati che hanno aderito all'indagine promossa dal DPA .

Figura I.1.88: Popolazione esaminata per drug test di I livello – analisi per genere. Anno 2011

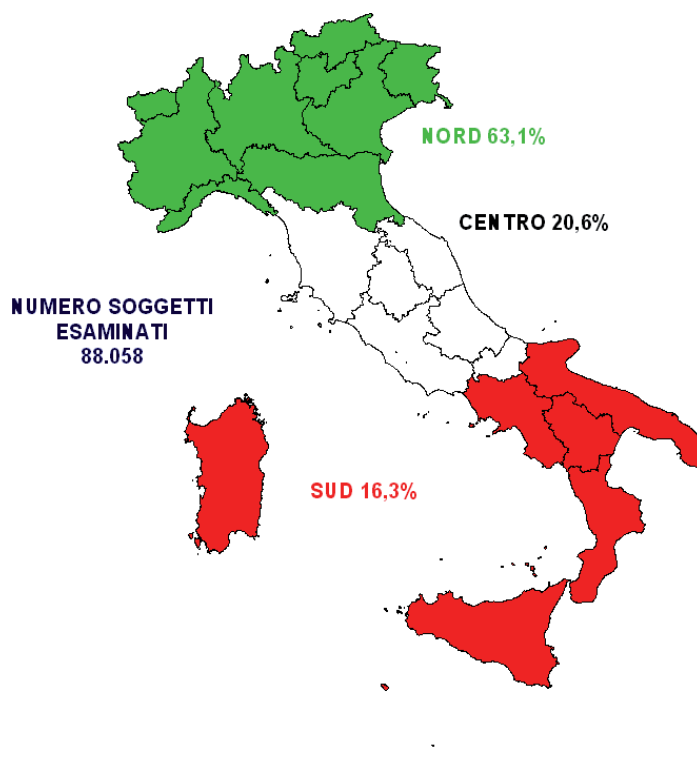


Circa il 95% del campione di genere maschile

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con circa il 63% dei casi, a seguire il 20,6% per il centro ed il 16,3% per Sud ed Isole; rispetto al 2010 sale particolarmente il numero dei testati al centro a seguito dell'adesione dell'azienda ATAC – gruppo ASSTRA – adibita al trasporto pubblico della città di Roma. Gli addetti al settore dei trasporti sono nettamente quelli più interessati dai controlli, seguiti dai mulettisti/carrellisti.

Figura I.1.89: Popolazione esaminata drug test di I livello – analisi per area geografica. Anno 2011



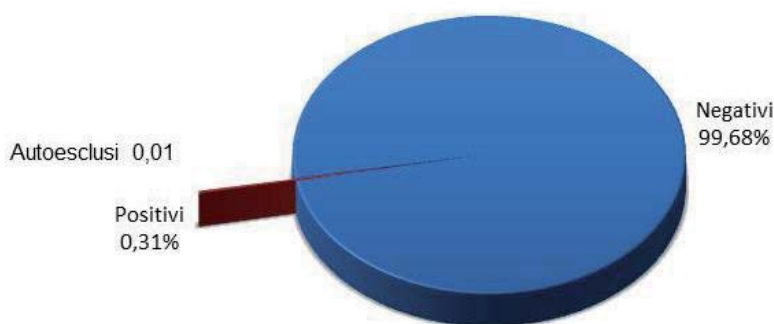
Diverse percentuali in base alla concentrazione dei lavoratori e all'applicazione dei drug test

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I risultati emersi dai test di primo livello (confermati in laboratorio di analisi su aliquota dello stesso campione raccolto) hanno evidenziato la positività del test per lo 0,31% dei soggetti testati; ad essi si può aggiungere una quota di “autoesclusi” e ritenuti temporaneamente inidonei alla mansione che porterebbe il tasso di positività allo 0,32%.

Nel 2011 0,31% di positivi ai test di primo livello. Dimezzati rispetto al 2010.

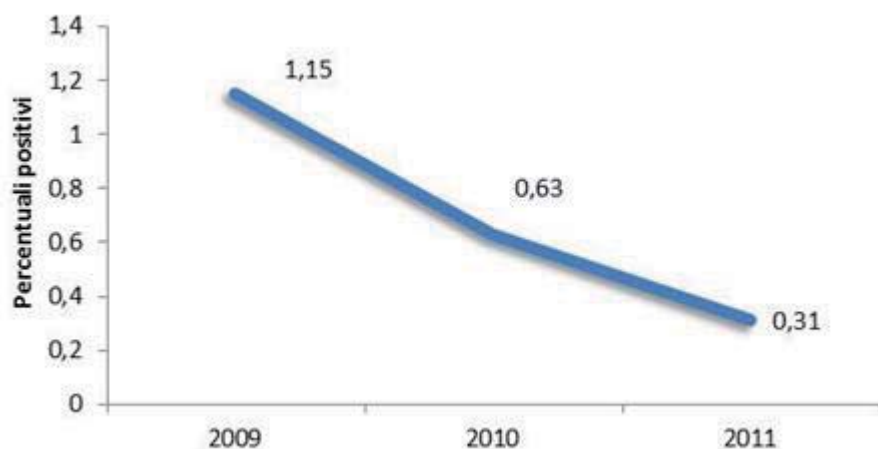
Figura I.1.90: Drug test di I livello – analisi per esito (con test di conferma in laboratorio). Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2010, anno in cui la positività riscontrata era dello 0,63%, si è registrato un calo del 50,8% (Figura I.1.91)

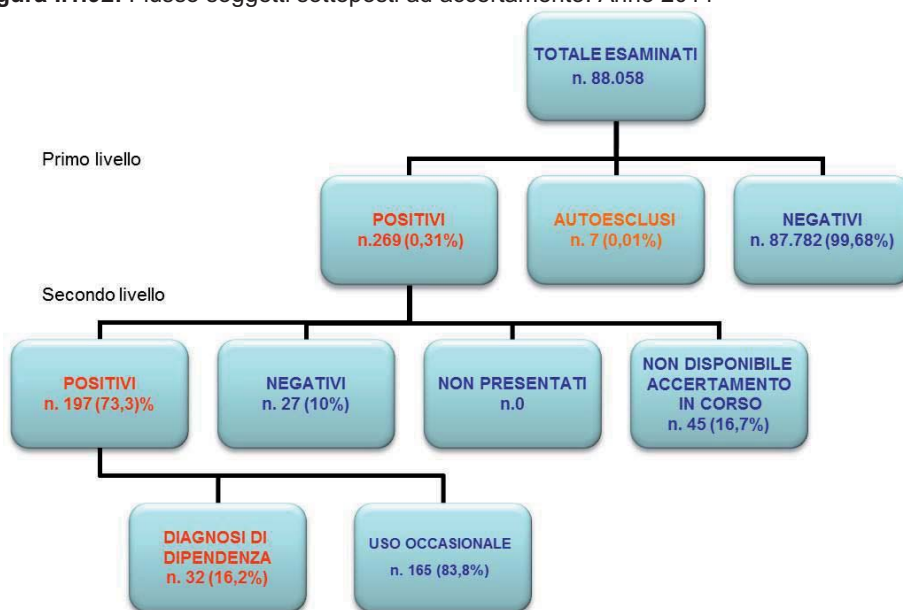
Figura I.1.91: Drug test di I livello, confronto positività 2009-2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il flusso dati 2011 è rappresentato nella figura I.1.92 in cui si riporta la numerosità dei soggetti.

Figura I.1.92: Flusso soggetti sottoposti ad accertamento. Anno 2011



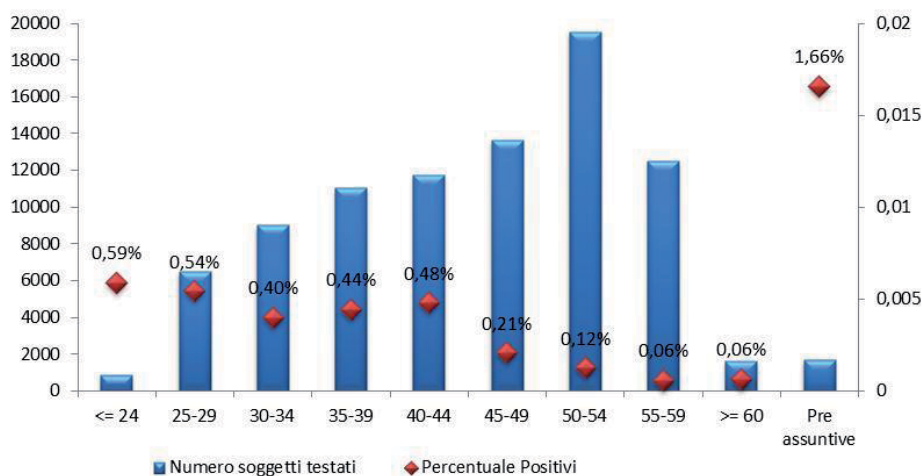
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per fascia d'età evidenzia che il campione esaminato è concentrato molto nella fascia di età 45-59 anni. All'interno delle classi di età, quelle che presentano un più alta prevalenza di positività sono quelle giovanili, in particolare under 30. Rispetto all'anno 2010 in tutte le fasce di età si registra una contrazione del numero dei positivi, più marcata nei lavoratori fino ai 24 anni (dato 2010 1,34% vs 0,59% anno 2011).

Molto interessante il dato sui soggetti positivi nella visita pre assuntiva, 1,66%, circa il triplo della fascia di lavoratori di età under 35 che potrebbe essere comparabile; questo fenomeno, probabilmente, può essere associato anche all'ignoranza parziale di alcuni aspiranti lavoratori che non sanno di essere sottoposti anche a questo tipo di accertamento.

Soggettivi positivi
al test pre assuntivo
1,66%

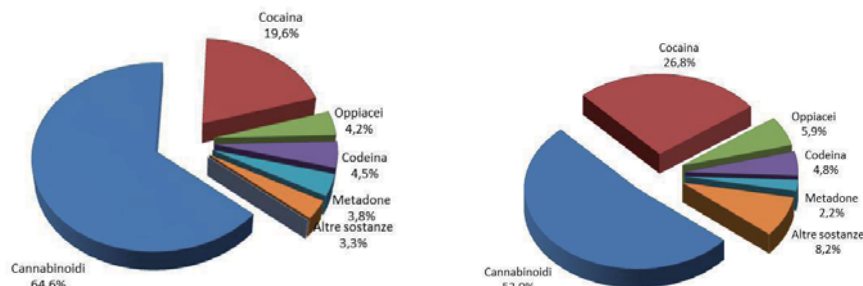
Figura I.1.93: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età ed esito test. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 52% dei casi è stata riscontrata positività ai cannabinoidi, cocaina nel 26,8% e gli oppiacei nel 5,9% (Figura I.1.94). Rispetto al 2010 scendono molto i cannabinoidi (dato 2010 64,6% vs 52% anno 2011), in forte aumento la cocaina (raddoppiato il dato del 2009, 19,6%) risalgono gli oppiacei dopo la forte contrazione dell'anno scorso.

Figura I.1.94: Drug test di I livello – confronto analisi per sostanza d'abuso sui soggetti risultati positivi al test di conferma. Anni 2010 - 2011



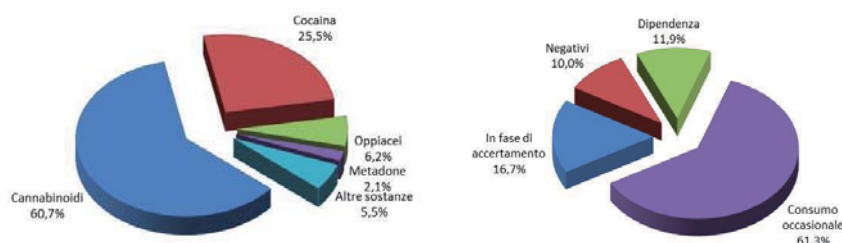
Diminuiscono i soggetti positivi per cannabinoidi, aumentano quelli per cocaina

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I dati degli accertamenti di II livello per l'anno 2011 riguardano 224 soggetti (83,3% dei positivi al I livello); la parte residuale dei dati per gli accertamenti di secondo livello è in fase di accertamento, dipendente dai tempi tecnici che intercorrono tra il riscontro di positività al I livello e la diagnosi finale.

A quasi il 12% del campione è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza, in prevalenza per cannabinoidi ed a seguire per cocaina, oppiacei e metadone (Figura I.1.95).

Figura I.1.95: Accertamenti clinici di II livello – analisi per sostanza e diagnosi– Anno 2011



Più del 60% ha una diagnosi di consumo occasionale

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.3.3 Dati delle Forze Armate

La Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN) del Ministero della Difesa sovrintende numerose attività, tra cui la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati statistici attinenti all'area delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad esse correlate.

Per quanto riguarda l'Esercito Italiano, la Marina Militare e l'Aeronautica Militare sono disponibili i dati relativi al numero di test¹ eseguiti (Tabella I.1.48), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella I.1.49).

¹ Un soggetto viene sottoposto, in media, dai 4 ai 7 test

Tabella I.1.48: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2007 - 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Esercito Italiano					
Test eseguiti	39.523	48.306	42.417	57.034	23.376
Test positivi	340	54	446	204	68
% Positivi	0,86	0,11	1,05	0,36	0,29
Marina Militare					
Test eseguiti	43.747	41.476	43.958	43.752	17.998
Test positivi	19	15	7	4	2
% Positivi	0,04	0,04	0,02	0,01	0,01
Aeronautica Militare					
Test eseguiti	43.617	64.108	70.258	82.805	77.963
Test positivi	42	41	27	0	29
% Positivi	0,10	0,06	0,04	0,00	0,04
Totale (E.I., M.M., A.M.)					
Test eseguiti	126.887	153.890	156.633	183.591	119.337
Test positivi	401	110	480	208	99
% Positivi	0,32	0,07	0,31	0,11	0,08

Fonte: dati del Ministero della Difesa

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati sia al personale in servizio fuori area che su quello in servizio in Patria; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario.

Nel 2011 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 23.376 test: 68 casi sono risultati positivi (0,29%). Dopo il picco registrato nel 2009, nel 2010 e 2011 i test positivi sono in costante diminuzione.

Prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità all'appartenenza alla Marina Militare è la negatività al drug test sulle sostanze stupefacenti di più comune uso (oppiacei, cannabinoidi, cocaina e amfetamine), che viene effettuato obbligatoriamente in tutti i concorsi. Nel 2011 sono stati effettuati 17.998 test e sono risultati positivi solo 2 esami (0,01%).

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale del servizio automobilistico e durante le selezioni mediche per gli arruolamenti, in cui si rileva la maggior parte dei casi di positività. Esami occasionali vengono, inoltre, eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti. I controlli vengono effettuati anche in ambito di selezione concorsuale di Forza Armata.

Nel 2011 sono stati eseguiti 77.963 test e sono risultati positivi 29 test, dato simile a quello del 2009 e peggiore di quello del 2010 nel quale furono zero i positivi.

Nel complesso delle tre forze armate, nel 2011 rispetto al 2010 si registra una diminuzione considerevole dei test (64.254 in meno pari a -35%); si registra, inoltre, una diminuzione dei test positivi che passano dallo 0,11% allo 0,08%.

Esercito Italiano, diminuiscono i test e la positività

Marina Militare, diminuiscono i test positività prossima allo zero.

Aeronautica Militare, più controlli rispetto agli altri corpi armati

-35% di test effettuati nelle tre forze armate

Tabella I.1.49: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri. Anni 2007 - 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Corpo dei Carabinieri					
Soggetti esaminati	249	1.632	638	810	4.113
Soggetti positivi	6	14	6	2	5
% positivi	2,41	0,86	0,94	0,25	0,12

Fonte: dati del Ministero della Difesa

In relazione all'attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze Armate, ai sensi dell'art.1 comma 9 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze di cui al DPR 309/90, nel 2011 sono stati sottoposti a drug test 4.113 carabinieri e di questi 5 soggetti sono risultati positivi (0,12%); notevole è stato l'impegno profuso dall'Arma dei Carabinieri che hanno più che quintuplicato i controlli rispetto al 2010, ottenendo una percentuale di soggetti positivi pari allo 0,12%.

Carabinieri:
quintuplicati i
controlli, dimezzata
la positività

1.1.3.4 I costi del Drug Test

Aspetto assolutamente di rilevanza, in particolare per i datori di lavoro, è quello della sostenibilità finanziaria di tutte le procedure diagnostiche accertative nonché amministrative connesse all'obbligo di sottoporre al drug test il personale svolgente mansioni a rischio.

I costi degli accertamenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni sono a carico dei datori di lavoro e, per le controanalisi, a carico del lavoratore che li richiede.

Le tariffe da applicare per gli accertamenti sanitari previsti dall'Accordo vigente sono quelle stabilite dai Nomenclatori Tariffari Regionali; le Aziende Sanitarie possono stabilire ulteriori costi (anche a forfait) derivanti dalle spese (contenitori, trasporti, utilizzo locali etc.) qualora non previste dai Nomenclatori.

Le tariffe per gli accertamenti da parte della struttura sanitaria competente, con esclusione degli esami di laboratorio, sono stabilite dalle Regioni e Province Autonome.

I dati presenti in tabella I.1.50 sono stati estrapolati dalle tabelle dell'Age.na.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ed aggiornati al 2011.

Tabella I.1.50: Sintesi dei costi praticati nelle Regioni e PP.AA. italiane – dati in € - Anno 2011

	Minimo	Massimo	Media
Etanolo	5,68	7,20	5,97
Etanolo – test di conferma cromatografico	27,50	31,00	29,25
Droghe d'abuso ²	5,93	12,00	6,47
Droghe d'abuso ² : test di conferma HPLC/GC-MS	24,65	103,30	70,05

Fonte: dati ITC-ILO per progetto SAFE WORK without Drug

Il costo medio del test di I° livello per l'etanolo è di 5,97 €, con un minimo di 5,68 € nella regione Basilicata ed un massimo di 7,20 € nella regione Friuli Venezia Giulia; per il test di II° livello invece il costo medio è di 29,25 € calcolato solamente su due tariffe, quella del Piemonte di 27,5 € e quella delle Province Autonome di Trento e Bolzano di 31 €. E' da sottolineare come non siano disponibili dati relativi alle altre regioni riguardo tale voce.

Per quanto concerne i costi relativi alle droghe d'abuso, il test di I° livello presenta

Costi massimi dei
test di I e II livello
in Toscana ed
Umbria

² Costo per singola sostanza

un costo medio di 6,47 €, con un minimo di 5,93 € in Campania e un massimo di 12 € in Toscana e Umbria. Il test di II° livello ha un costo medio di 70,05 €, con un minimo di 24,65 € in Veneto e un massimo, come nel I° livello, di 103,3 in Toscana e Umbria.

I dati relativi al test di conferma sono disponibili unicamente per 5 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Umbria e Toscana) a cui si aggiungono quelli relativi alle province autonome di Trento e Bolzano. Alla data della ricerca non erano disponibili i dati relativi alle regioni Liguria, Molise e Sardegna.

Per le aziende il costo diretto minimo da sostenere è quello per visite mediche e accertamenti di laboratorio, specialisti e strumentali per esami di I livello (nonché la relativa certificazione) che qualora dia esito negativo, come nella quasi totalità dei casi, chiude la procedura con un impatto molto meno oneroso di quanto possa essere in caso di positività.

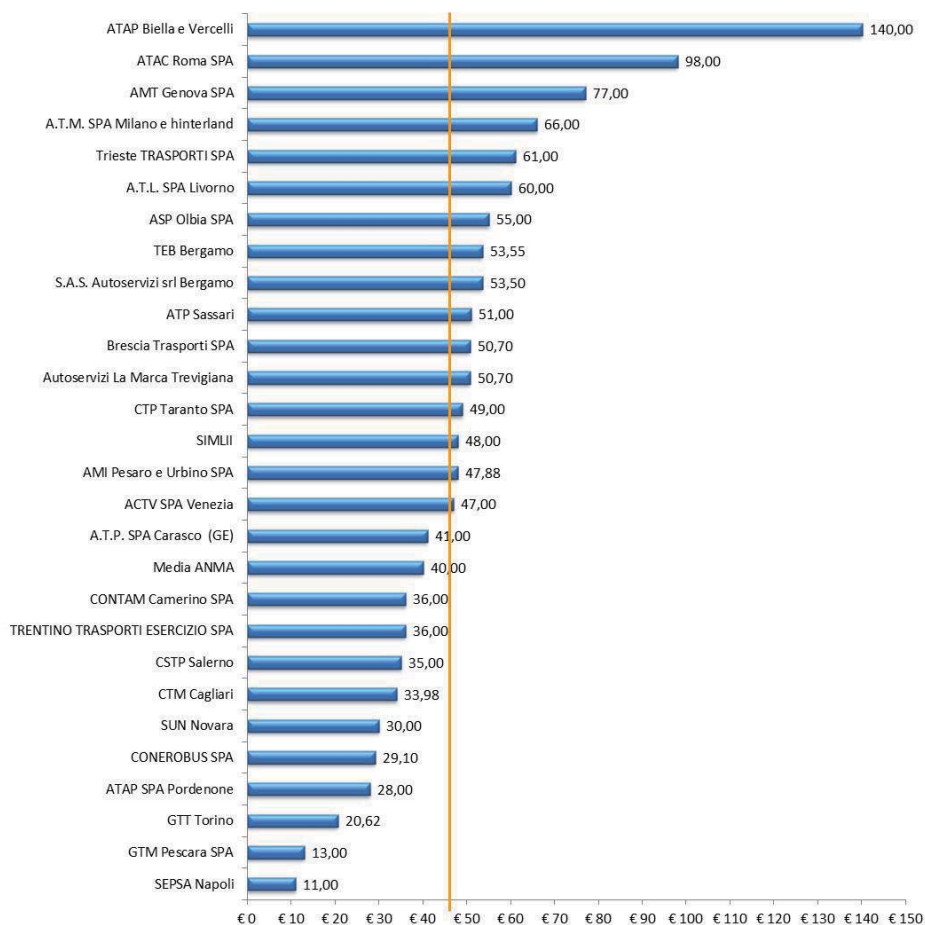
Il Dipartimento Politiche Antidroga anche quest'anno ha sottoposto una scheda informativa sui costi diretti alle aderenti la nostra indagine che su base volontaria hanno fornito alcune utili indicazioni che di seguito si rappresentano.

Dalla figura 1.3.96 si può notare quanto sia eterogenea la tariffazione indicata, da un minimo di 11 € sino ad un massimo di 140 € con un dato medio dichiarato di quasi 50 €. All'indagine 2011 hanno aderito molte più aziende confermando sostanzialmente (differenza inferiore ad 1 euro) il dato 2010. Nel computo medio non è stata considerato il dato di ENAV S.p.A in quanto i controlli sono effettuati "con metodica avanzata e di maggior livello qualitativo e il dato ricomprende tutta la logistica correlata all'effettuazione del test nonché la gestione di ogni tipologia di eventuale contenzioso"; quindi, il dato ENAV non è comparabile con quelli delle altre aziende.

Notevole
eterogeneità

Figura I.1.96: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di I livello – anno 2011

Costo medio accertamenti di I livello di quasi 50 € per persona.

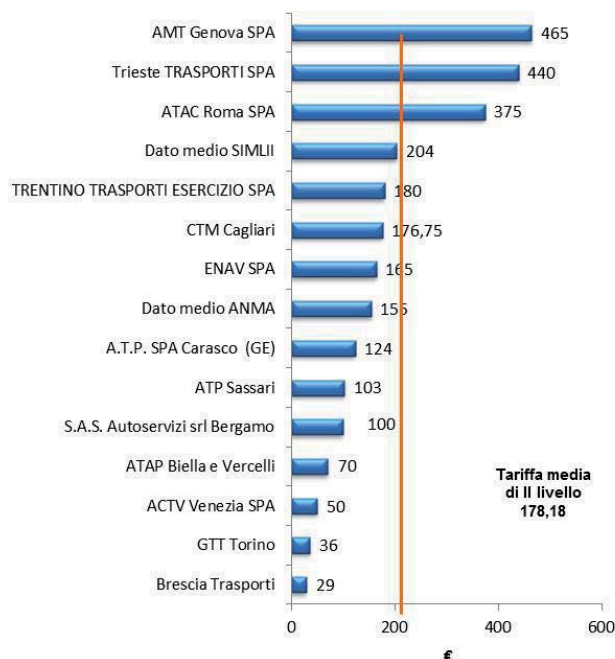


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le differenze tra i costi rilevati aumentano per gli accertamenti di secondo livello, variando tra 29 € e 465 € per accertamento (Figura I.1.97); nei casi delle aziende di Genova e Roma non sono stati scorporati dalla certificazione che in quella di Trieste viene indicata in € 100,00 che quindi sopporterebbe l'onore più gravoso.

Figura I.1.97: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di II livello – anno 2011

Costo medio per
accertamenti di II
livello circa 178 €
per persona



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Complessivamente, il costo medio calcolato per primo e secondo livello (Figura I.1.98) a persona è pari ad € 82,53 (dato 2010 € 83,33) con un minimo di € 11,00 (SEPSA Napoli) ed un massimo di € 329,72 per ENAV SPA che come già segnalato attua controlli più specifici nella fase di accertamento di I° livello, il dato della STP Bari è dovuto al numero di controlli di secondo livello segnalati effettuati non necessariamente in conseguenza di riscontri positivi ai test di conferma di I° livello.

Figura I.1.98: Costo medio per accertamenti drug test. Anno 2011

Il costo medio per
soggetto è di quasi
83 €



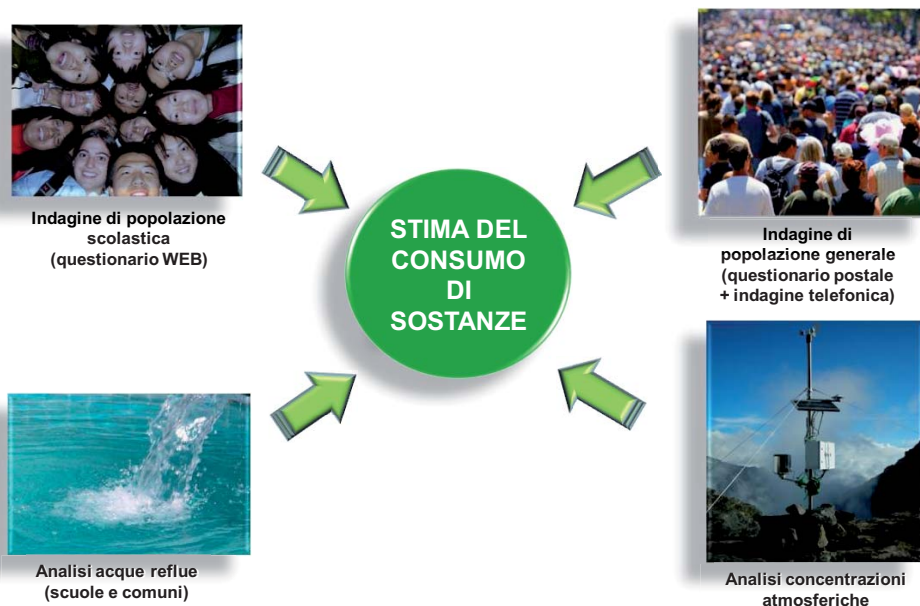
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue

I questionari somministrati alla popolazione, che rappresentano l'elemento principale di indagine sul consumo di sostanze psicotrope, sono fortemente influenzati da fattori soggettivi, ovvero dalla propensione degli individui intervistati a rispondere in modo veritiero a domande che indagano sull'illecito o su un comportamento socialmente condannabile.

Per questo motivo, parallelamente alle tradizionali indagini di popolazione descritte in precedenza (popolazione generale 15-64 anni – GPS-DPA e popolazione studentesca 15-19 anni – SPS-DPA), il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) ha avviato due ulteriori studi per la rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti denominate AquaDrugs e AriaDrugs.

Figura I.1.99: Progetti avviati dal Dipartimento per le Politiche Antidroga per il monitoraggio del consumo di sostanze nella popolazione generale e studentesca



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Di seguito vengono descritti i risultati ottenuti dall'utilizzo di queste due nuove metodologie di indagine basate su evidenze oggettive e viene presentato un confronto tra i risultati sui consumi, emersi dai diversi studi condotti nel 2011.

1.1.4.1 Progetto AquaDrugs

Parallelamente agli studi epidemiologici classici, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, recentemente, ha sviluppato e proposto alla comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze: una sostanza stupefacente, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metabolita/i con le urine del consumatore. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono essere campionate e i residui delle sostanze essere misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di sostanze, ma solo di misurare quante sostanze stupefacenti vengono collettivamente utilizzate dalla popolazione.

Questa metodologia è stata applicata per la prima volta negli anni 2005 (mese di dicembre) e 2006 (mesi di marzo-aprile) nella città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo. Il depuratore raccoglie le acque fognarie di gran parte dell'area Milanese, con una popolazione afferente complessiva di 1.250.000 persone e con una portata massima di 450.000 m³ di acqua al giorno. Le concentrazioni dei residui misurate, sono state moltiplicate per le portate giornaliere e successivamente corrette per i rispettivi fattori di correzione. I dati così ottenuti mostrano che la popolazione residente in quest'area nel 2005-2006 utilizzava complessivamente circa 1 kg di cocaina al giorno (fino a 1,5 kg nei fine settimana), 100 g di eroina, 4 kg di THC (principio attivo della cannabis), e un quantitativo di amfetamine di circa 20 g nei giorni feriali e di circa 50 g nei fine

Il metodo preserva
l'anonimato

settimana.

I consumi medi stimati in questa maniera corrispondono a circa 32.000 dosi di cannabis, 12.000 di cocaina, 3.500 di eroina e 900 di amfetamine al giorno.

Ad oggi questo approccio innovativo ha ricevuto attenzioni sia da parte dei mass-media che da parte delle più importanti riviste scientifiche di tutto il mondo: nel 2006 è stato utilizzato dal Governo USA per uno studio pilota sui consumi di cocaina; nel 2007 è stato segnalato come metodo innovativo per la valutazione del consumo di droghe nel World Drug Report delle Nazioni Unite (UNODC) ed ha riscosso l'interesse del Centro Europeo per il Monitoraggio di Droghe e Dipendenze (EMCDDA) che sta considerando la possibilità di integrare con questo metodo i metodi epidemiologici tradizionali.

Nel 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, ha promosso uno studio pilota (AQUA DRUGS Pilota), realizzato dall'Istituto Mario Negri, i cui risultati hanno consolidato l'ipotesi di applicazione di tale approccio allo studio del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana. Nel corso di questo studio sono state identificate otto città maggiori; i consumi di sostanze in tali città sono stati studiati sia a livello della popolazione generale che della popolazione scolastica per una settimana, mediante campionamenti di acque reflue in ingresso ai principali depuratori urbani e ai collettori in uscita di edifici scolastici di istruzione superiore.

Lo studio pilota ha quindi dimostrato la possibilità di ottenere in questo modo dati sensibili "evidence-based" sui consumi delle principali sostanze stupefacenti (cocaina, amfetamina, ecstasy, metamfetamina, eroina e cannabis) e di poter ottenere informazioni sulla diffusione di nuove sostanze soprattutto nella popolazione generale.

Nel 2011 il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso una nuova edizione dello studio, estendendolo, rispetto al 2010, ad ulteriori 4 centri urbani di grandi dimensioni (Perugia, Pescara, Cagliari, Bari) e 5 centri urbani identificati in ambiti minori (Merano, Gorizia, Terni, Nuoro, Potenza). La mappa presentata in Figura I.1.100 fornisce la localizzazione geografica di tutti i centri selezionati che coprono l'intero territorio nazionale.

Figura I.1.100: Centri italiani selezionati per il progetto Aquadrugs 2011 - 2012



Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con lo studio avviato nel 2011 si intende monitorare i consumi di sostanze stupefacenti a livello nazionale nel biennio 2011-2013 differenziando i centri urbani di grandi dimensioni dai centri urbani di dimensione media-piccola e nel contempo concentrare l'attenzione su eventuali "eventi sentinella" di comparsa di nuove sostanze o del cambiamento dei profili di consumo, monitorando periodicamente alcuni siti specifici scelti ad hoc.

I tre centri "sentinella" dove vengono effettuati campionamenti per una settimana 3 volte/anno al fine di monitorare eventuali cambiamenti nei profili di consumo delle sostanze stupefacenti sono rispettivamente Milano, Roma e Napoli. In questi tre centri sono stati inoltre campionati i reflui provenienti da alcuni edifici scolastici.

Ai fini dello svolgimento dello studio a livello nazionale, per ciascun centro urbano selezionato sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi. Inoltre, per ciascuna città, è stato identificato il periodo temporale più adatto per la realizzazione dei campionamenti. In particolare, sono stati prelevati campioni composti delle 24 ore di acque reflue in ingresso a ciascun depuratore municipale selezionato, per sette giorni consecutivi, mentre, in corrispondenza di ciascuna scuola, sono stati prelevati campioni composti delle acque reflue in orario scolastico, per cinque o sei giorni consecutivi. I campioni sono stati congelati immediatamente dopo il prelievo per prevenire la degradazione delle sostanze da misurare e sono stati trasportati congelati fino all'Istituto Mario Negri dove è avvenuta l'analisi. L'analisi dei campioni in laboratorio ha permesso di misurare le concentrazioni dei residui specifici per ciascuna delle principali sostanze stupefacenti. In particolare sono stati misurati i livelli di benzoilecgonina (BE) per la cocaina, del metabolita THC-COOH per la cannabis, dei metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e delle sostanze parentali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).

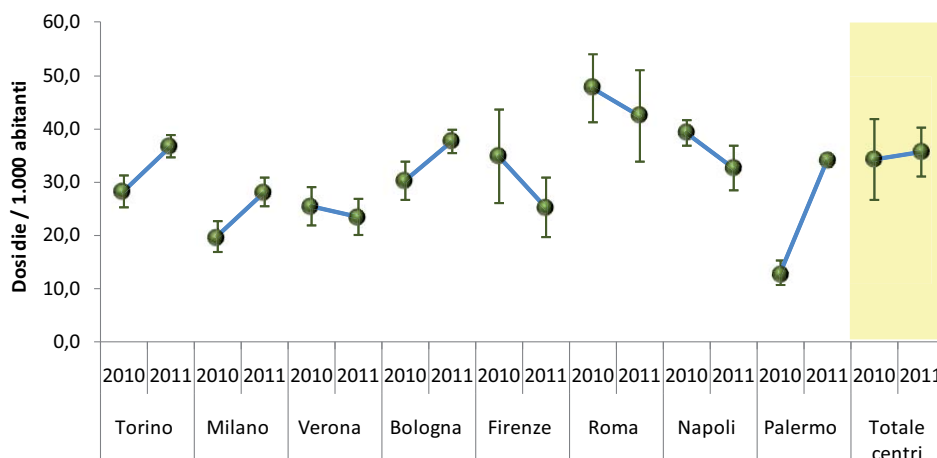
Le diverse sostanze sono state misurate mediante tecniche di spettrometria di massa (HPLC-MS/MS), e la concentrazione dei residui target ha consentito di risalire ai quantitativi e alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.

Per operare un confronto diretto tra i consumi rilevati nei centri selezionati per lo studio, sono state calcolate le dosi totali che sono state poi normalizzate per il numero di abitanti afferenti a ciascun depuratore analizzato. Sono stati quindi riportati i valori medi settimanali delle dosi/giorno/1000 abitanti, ad eccezione della Ketamina, per la quale, considerate le esigue concentrazioni riscontrate, la standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno.

Nelle Figure I.1.101 - I.1.102 sono rappresentati i confronti tra i consumi ottenuti nella prima campagna analitica svolta nell'ambito del progetto Pilota AQUA DRUGS nel maggio 2010 quelli ottenuti nella campagna di rilevazione di ottobre 2011.

Il consumo più consistente di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis, mediamente circa 35,6 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2011, sostanzialmente invariato rispetto al dato medio riscontrato nel 2010 (34,2). Andamenti differenziati si osservano nei centri campionati, con tendenza all'incremento dei consumi nelle città di Milano, Torino, Bologna e Palermo, a fronte di una contrazione dei consumi rilevata nelle città di Roma, Napoli, Verona e Firenze.

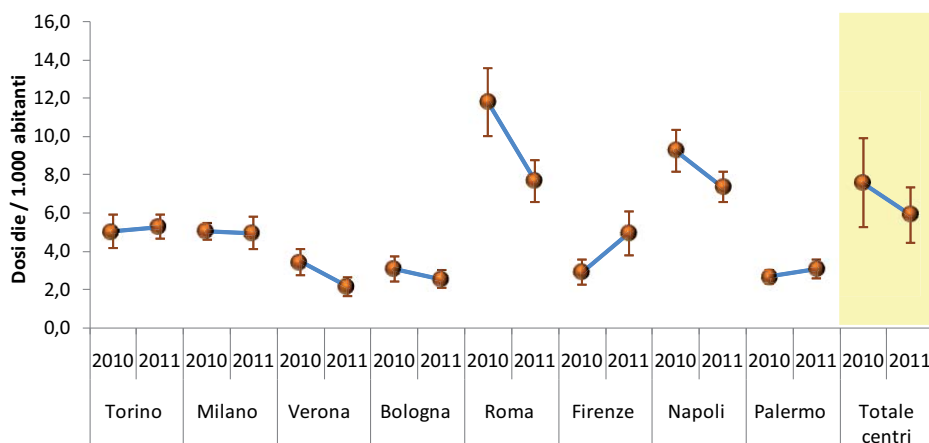
Figura I.1.101: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di CANNABIS rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza.



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Al secondo posto in termini di consumi di sostanze stupefacenti individuati mediante l'analisi delle acque reflue, compare la cocaina, che nel 2011, negli otto centri selezionati per lo studio nel biennio 2010-2011, si attesta a circa 5,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti, in calo rispetto alla campagna del 2010 (7,6 dosi/die/1.000 abitanti). Rispetto ai centri di osservazione, la contrazione si è verificata in quattro città, Roma, Napoli, Bologna e Verona, mentre nei centri di Torino, Milano e Palermo il consumo è rimasto sostanzialmente invariato a fronte di un tendenziale aumento nella città di Firenze (2,9 dosi/die/1.000 res. vs 4,9).

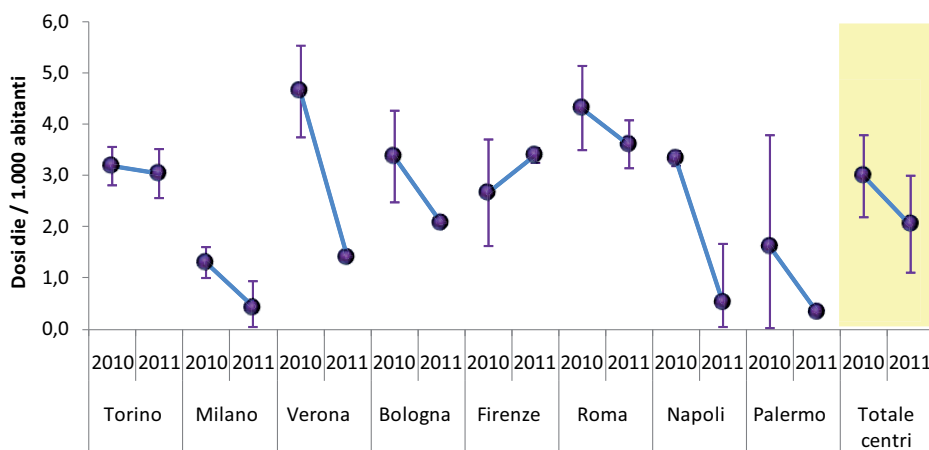
Figura I.1.102: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di COCAINA rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi più contenuti per l'eroina rispetto alle precedenti sostanze, con concentrazioni medie osservate nei centri campionati nel 2011 pari a 2 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti. Rispetto al 2010 si osserva una forte contrazione dei consumi nei centri di Napoli e Verona ed una diminuzione più contenuta nelle città di Milano, Roma, Bologna e Torino; unico centro in cui si registra un incremento dei consumi è la città di Firenze.

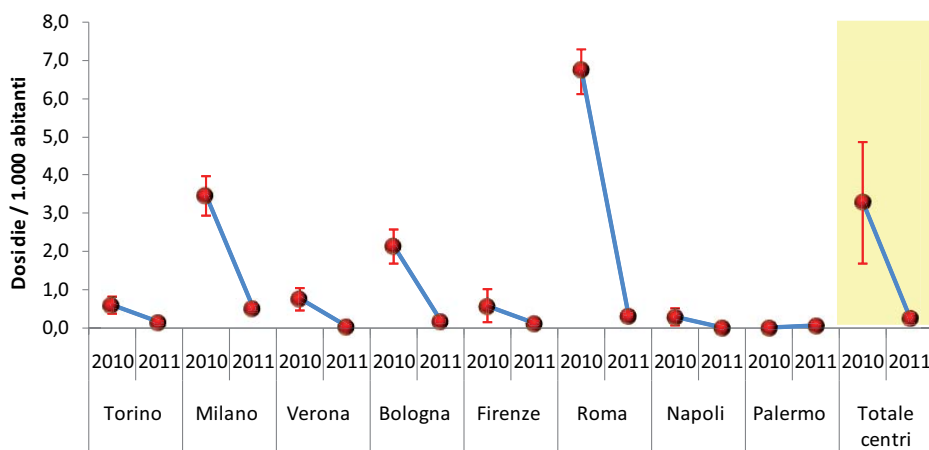
Figura I.1.103: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di EROINA rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Una consistente contrazione nei consumi di sostanze stimolanti si osserva nel 2011 presso tutte le sedi oggetto di rilevazione, con concentrazioni quasi nulle di residui riscontrati nei campioni analizzati, ad indicazione di un possibile “abbandono” dell’uso della sostanza da parte dei consumatori, da ricercare eventualmente nel passaggio all’uso di altre sostanze.

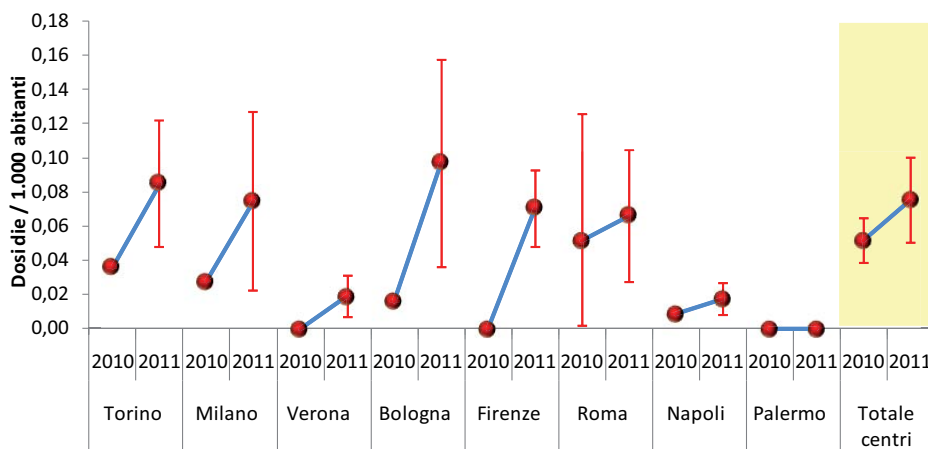
Figura I.1.104: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di METAMFETAMINE rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Tra le sostanze ricercate nelle acque reflue, sono state rilevate esigue concentrazioni di MDMA, più comunemente nota come Ecstasy, pari a 0,07 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti, corrispondenti ad un rapporto 1/475 rispetto alla dose media di cannabis riscontrata nel 2011. Rispetto al 2010, tuttavia, si osserva un lieve aumento, associato ad una elevata variabilità, in tutti i centri di osservazione ad eccezione di Palermo.

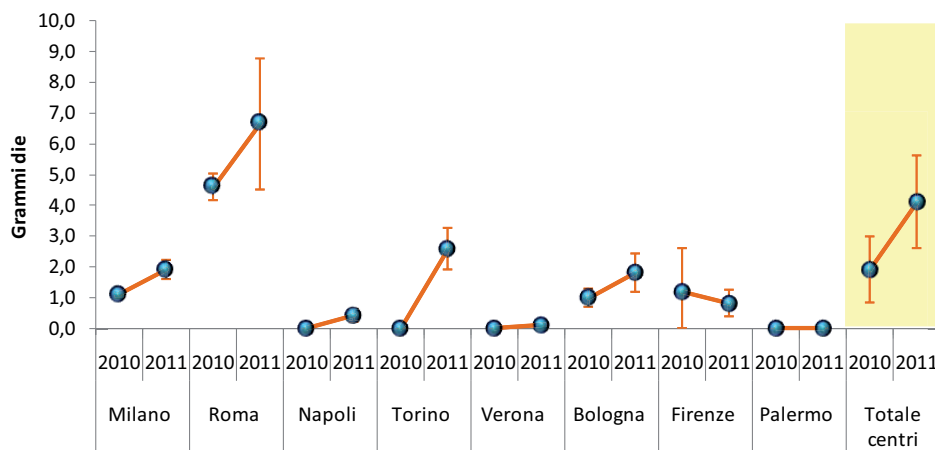
Figura I.1.105: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di MDMA (ECSTASY) rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Livelli ancora più bassi rispetto alla MDMA sono stati riscontrati nei campioni di acqua prelevata dai depuratori degli otto centri selezionati per quanto riguarda la Ketamina (3,23 grammi/die vs 6,36 grammi/die per l'ecstasy). Nessun consumo è stato osservato nelle città di Verona e Palermo, mentre un incremento contenuto si è registrato nelle città di Milano, Roma, Torino, Napoli e Bologna a fronte di una contrazione nel capoluogo toscano.

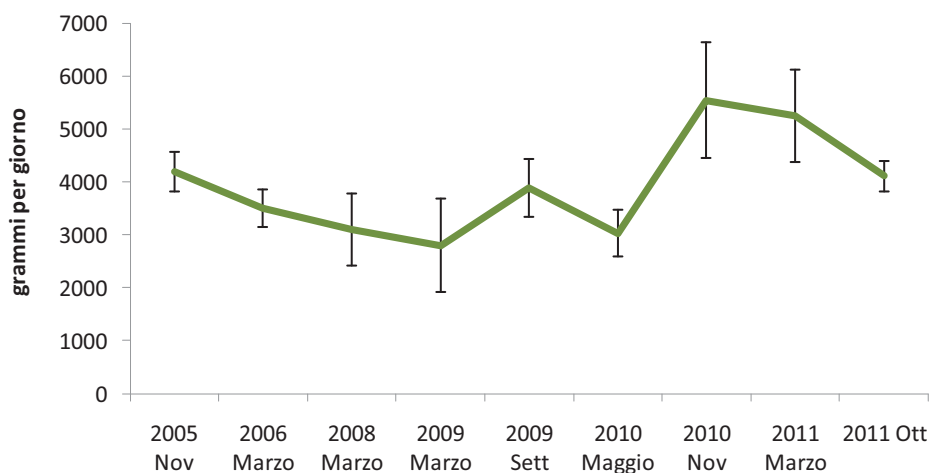
Figura I.1.106: Distribuzione grammi/die di KETAMINA rilevati in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Osservazioni temporali più ampie sono state eseguite presso la città di Milano, luogo in cui è stata ideata ed applicata per la prima volta questa nuova metodologia; la serie storica di dati disponibile si riferisce al periodo 2005 - 2011. Ricostruendo il trend delle concentrazioni di sostanze rintracciate nelle acque reflue, si osservano andamenti differenziati per le diverse sostanze indagate. I consumi più elevati si riscontrano per la cannabis, evidenziando una sostanziale stabilità delle concentrazioni tra inizio e fine periodo, sebbene con una consistente variabilità (da un minimo di 2.800 a 5.545 grammi die), caratterizzata da un decremento iniziale fino al primo semestre 2009, un andamento sostanzialmente invariato fino al primo semestre 2010, seguito da un incremento nel semestre successivo ed una contrazione dei consumi fino alla rilevazione di marzo 2011.

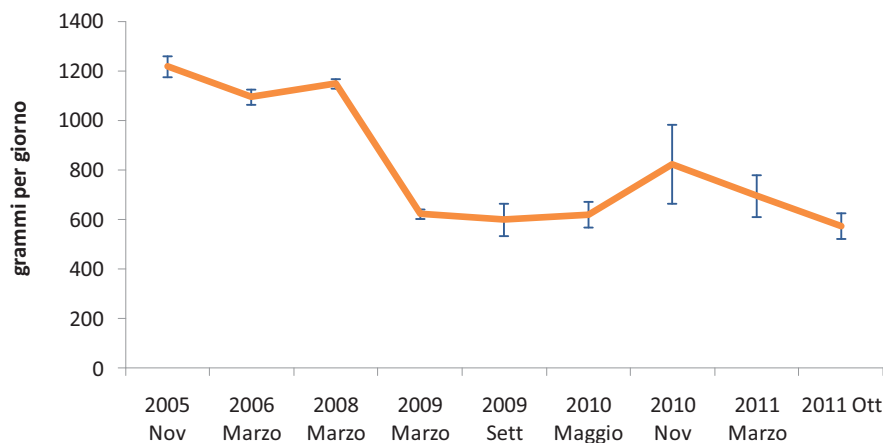
Figura I.1.107: Consumi di CANNABIS (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I consumi di cocaina si attestano a livelli sensibilmente inferiori rispetto alla cannabis (in media il 25% dei consumi di cannabis) con concentrazioni rilevate nel triennio 2005 – 2008, pari a circa 1.200 grammi al giorno. Il periodo seguente è caratterizzato da una sensibile contrazione dei consumi (-43%), stabilizzandosi a 650 grammi al giorno circa, con un picco di 822 grammi die, osservato nel secondo semestre 2010.

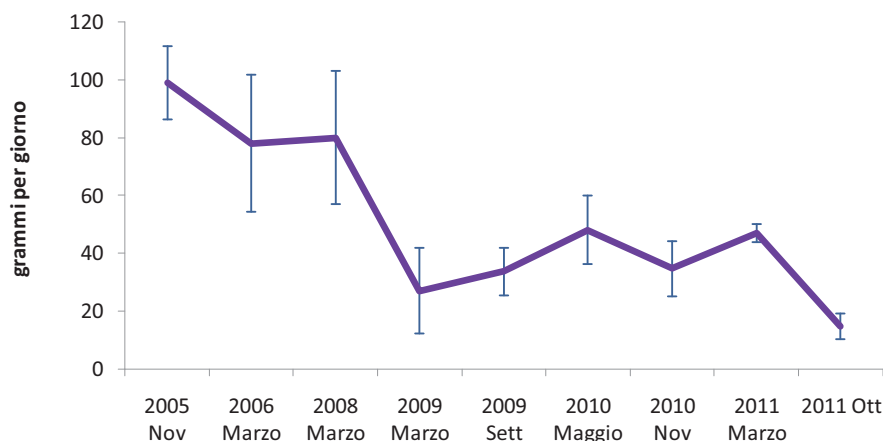
Figura I.1.108: Consumi di COCAINA (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi ancora inferiori si osservano per l'eroina, con 51 grammi die in media nel periodo di riferimento a fronte di 821 grammi die per la cocaina, circa 16 volte in meno. L'andamento dei consumi di eroina ripercorre quello della cocaina, prevalentemente stabili nel triennio 2005 – 2008, in forte calo nel 2009, sostanzialmente stabile nel periodo successivo fino al primo semestre 2011, ed in forte calo nel secondo semestre 2011.

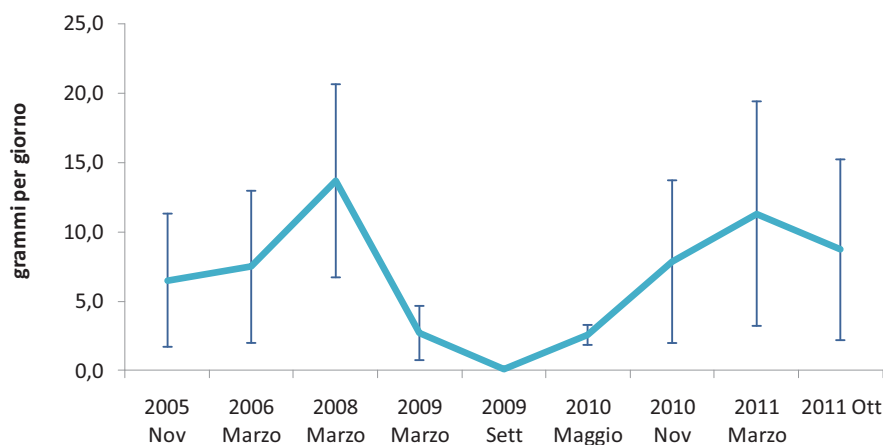
Figura I.1.109: Consumi di EROINA (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Concentrazioni esigue di ecstasy, pari a punte massime di 15 grammi giorno, sono state rilevate nei campioni di acque reflue provenienti dal depuratore di Nosedo. Nel periodo di osservazione l'andamento dei consumi risulta molto variabile, in relazione anche alle basse concentrazioni riscontrate, tendenzialmente stabili tra inizio e fine periodo.

Figura I.1.110: Consumi di MDMA - ECSTASY (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con riferimento alla campagna di rilevazione 2011, in cui sono stati aggiunti 9 centri di rilevazione, nelle Figure I.1.110– I.1.111 sono rappresentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 50), per l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 5 dosi/die per 1.000 residenti), infine per l'ecstasy e la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi, con intervallo di valori da 0 a 12 grammi die).

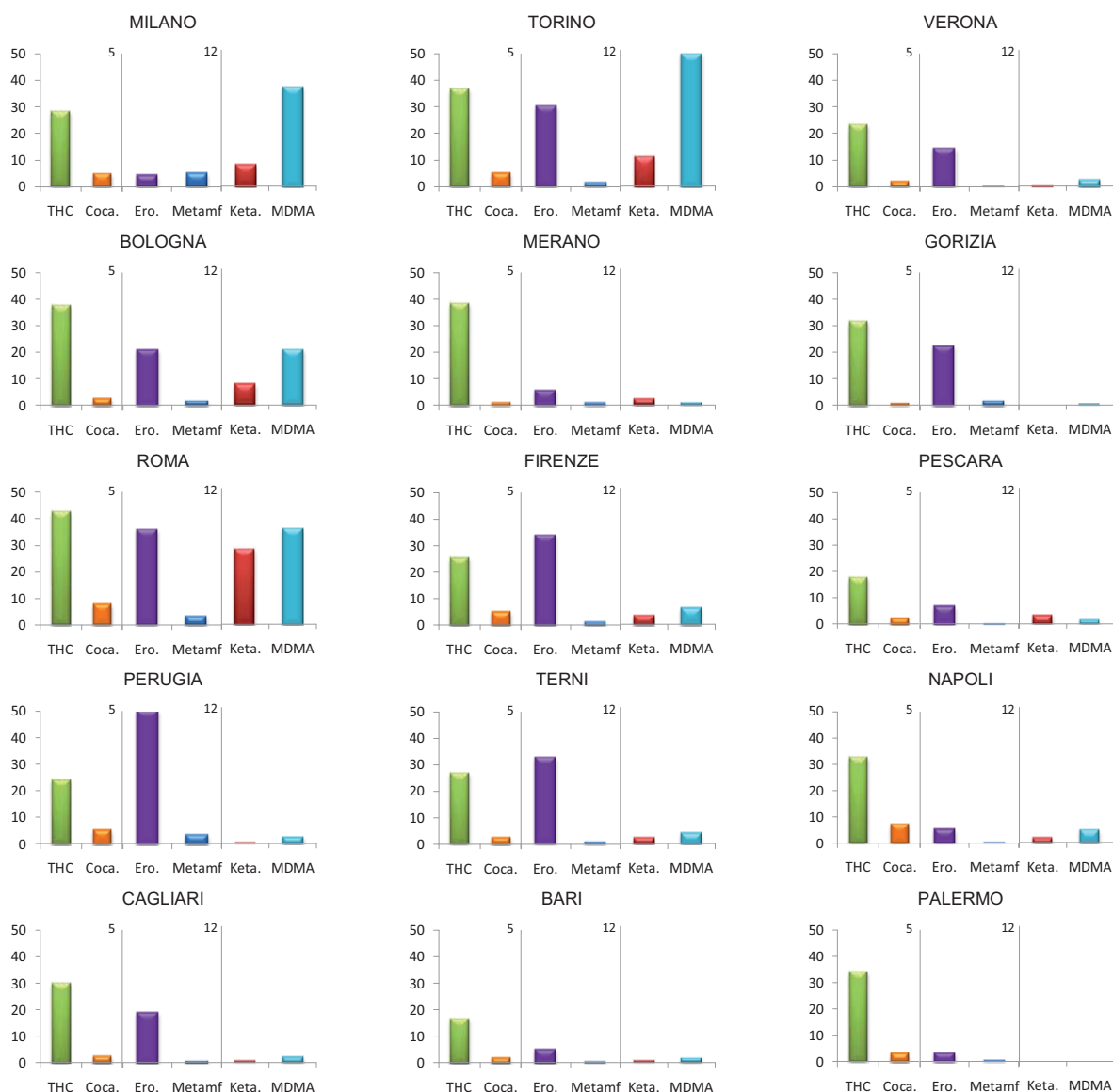
Dal prospetto di sintesi emerge un profilo caratteristico per i centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-occidentale, che oltre alla presenza di cannabis,

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).

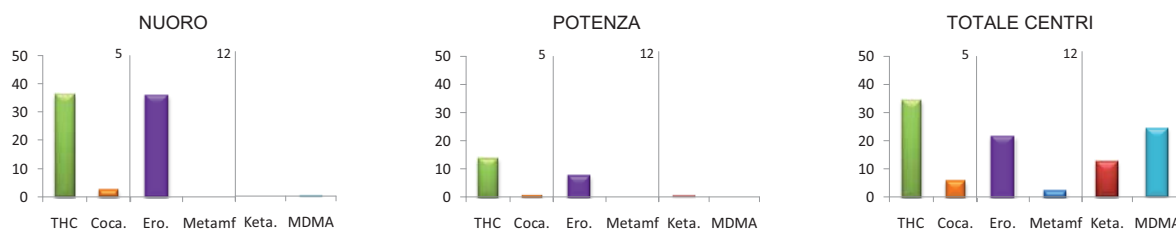
I consumi più elevati di cocaina si rilevano a Roma e Napoli (7-8 dosi/giorno/1000 abitanti), seguite da Milano, Torino, Firenze e Perugia (5 dosi/giorno/1000 abitanti). Consumi più contenuti si osservano nelle altre città (3-4 dosi/giorno/1000 abitanti), mentre tra i centri minori il consumo di cocaina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

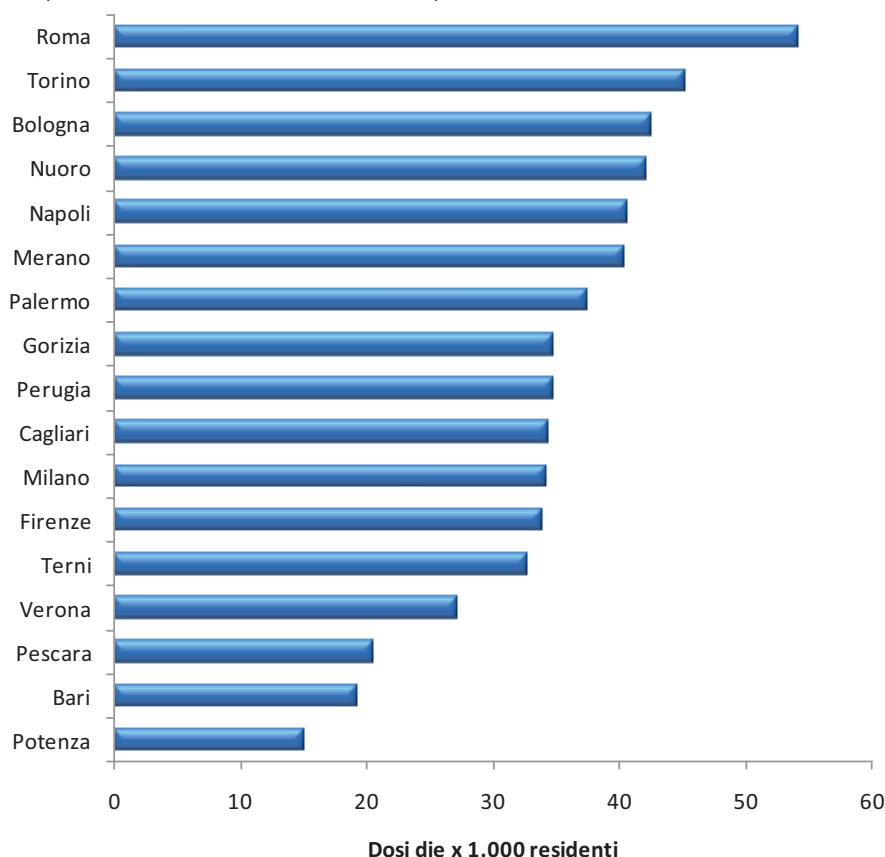
continua



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



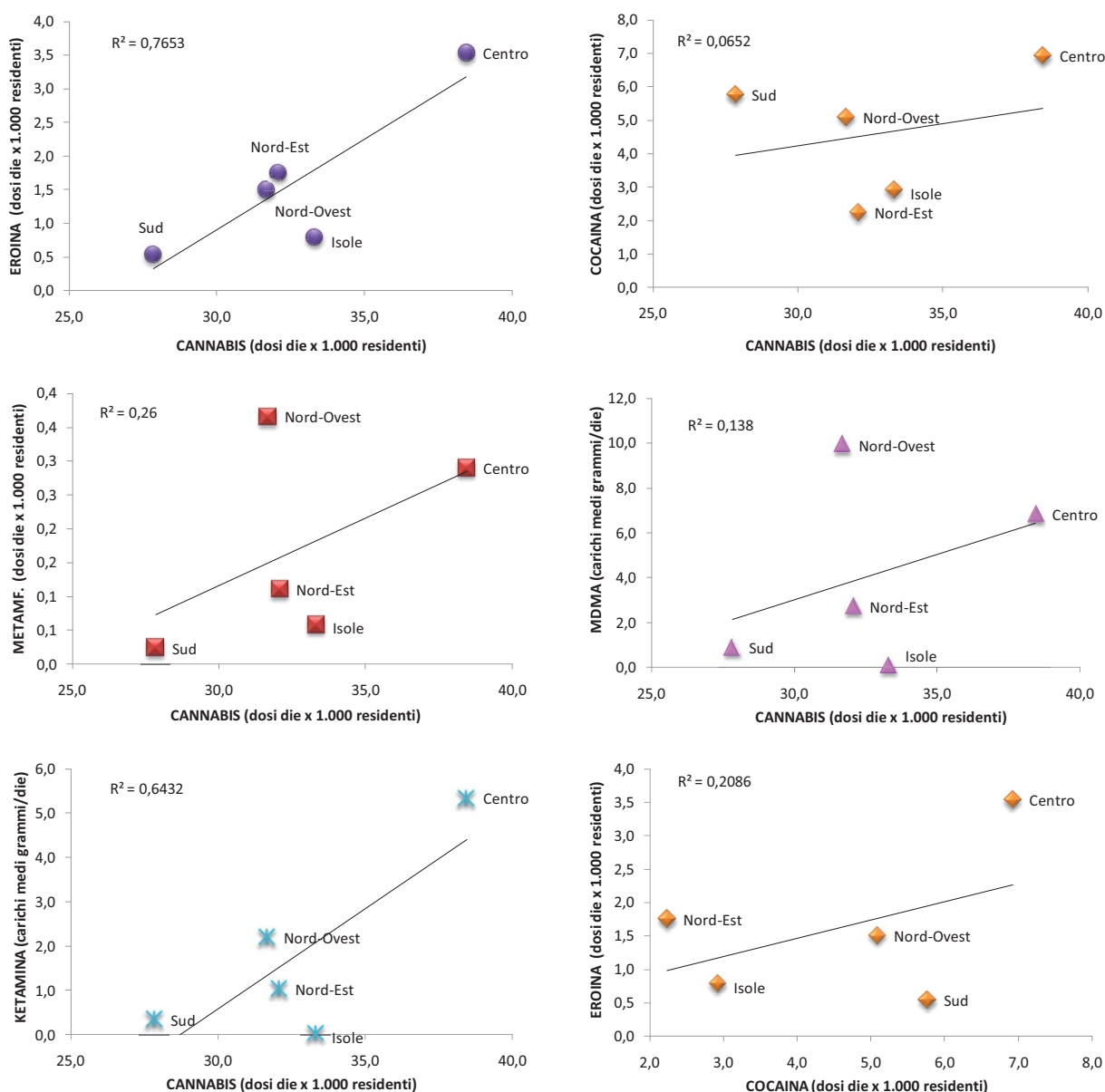
Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

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.

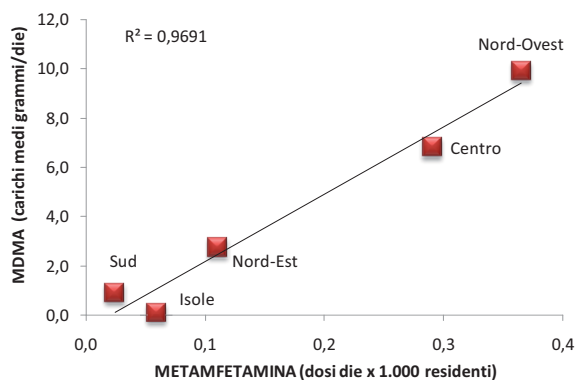
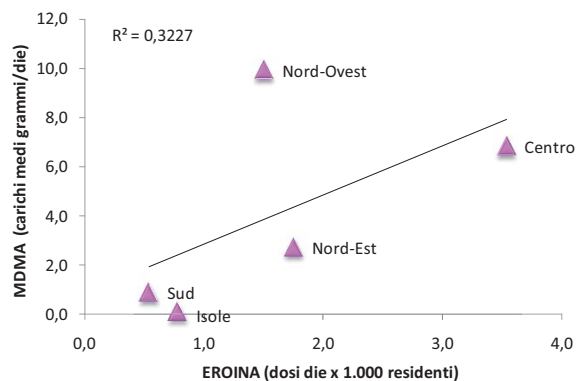
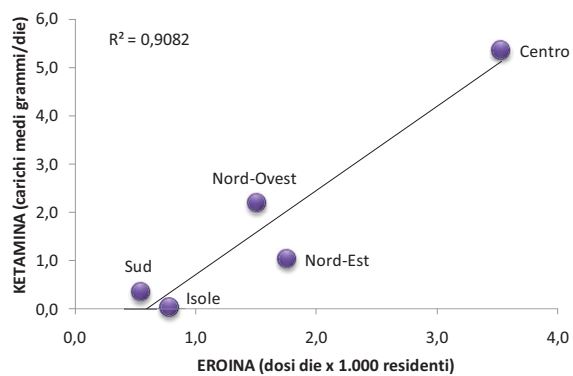
Il consumo di cannabis risulta inoltre associato al consumo di Ketamina, confermato e coerente con l'associazione del consumo di quest'ultima con l'uso di eroina, con valori minimi nell'Italia meridionale e valori massimi nell'Italia centrale.

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

Soggetti in
trattamento: solo
una parte del
problema

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.

Nuove metodologie

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

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

Sintesi dei soggetti con bisogno di trattamento

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.

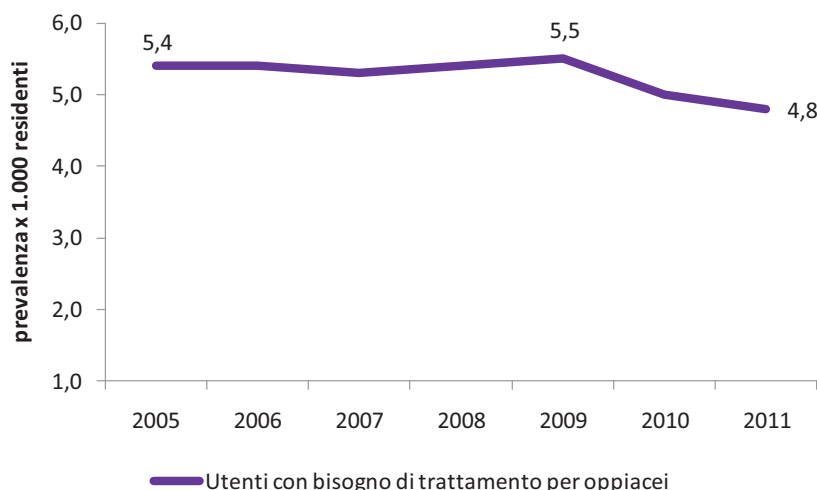
L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma una sostanziale stabilità dal 2005 al 2009, del contingente di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, con una tendenza alla diminuzione nell'ultimo biennio,

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

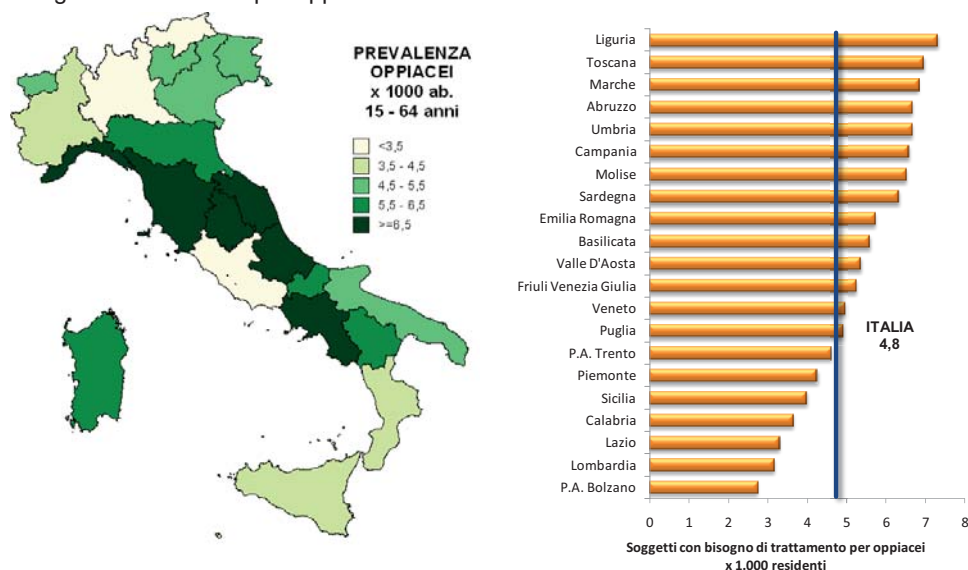


Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

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

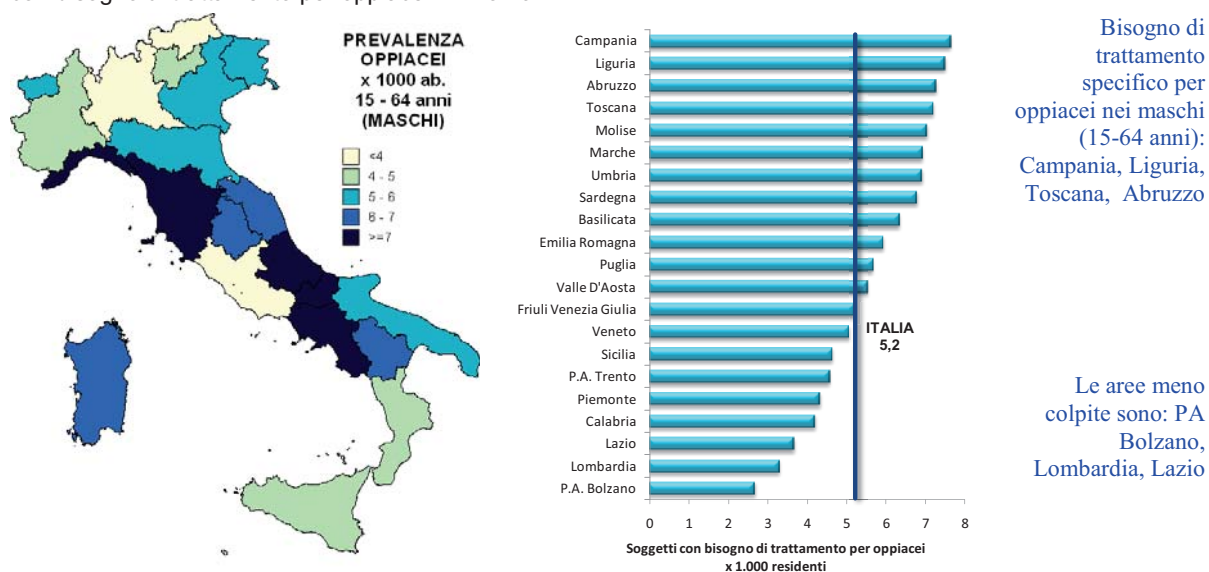
Forti
differenziazioni
tra regioni

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).

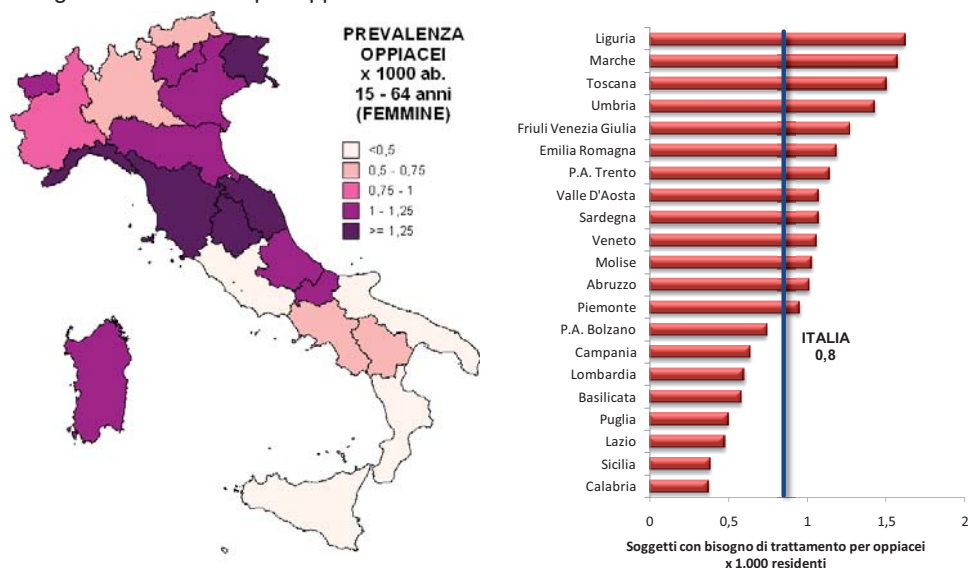
Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011



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



Bisogno di trattamento per oppiacei nelle donne (15-64 anni)
Le regioni più colpite: Liguria, Marche e Toscana

Le regioni meno colpite sono: Calabria, Sicilia e Lazio

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%.

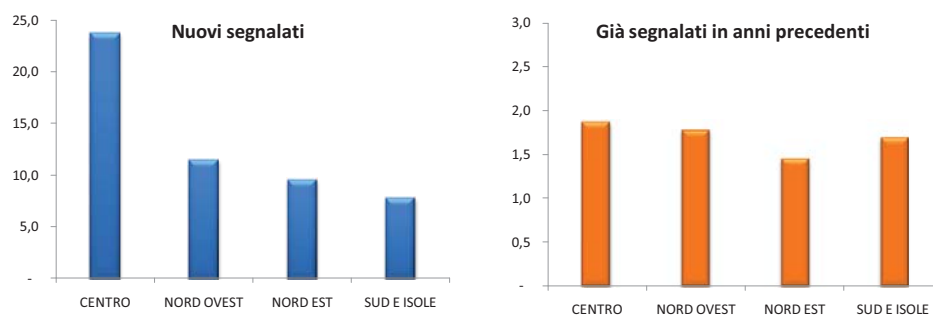
Tabella I.2.3: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di cannabis, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2009.

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					
Horviz 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					
Horviz 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 2005.

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 prudenziale 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, Zeltermann 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.

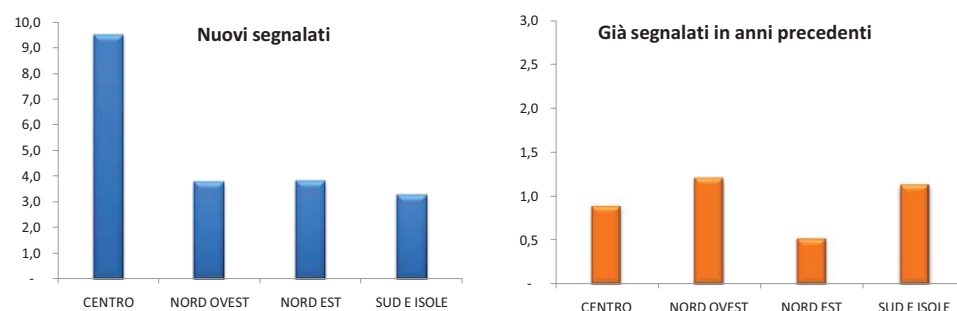
Stima dei
consumatori di
cocaina con bisogno
di trattamento:
136.750 soggetti
15-64 anni

Tabella I.2.6: Stime di Horvitz- Thompson, Zeltermann 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
Zeltermann	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
Zeltermann	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 (Zeltermann), 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 Ospedaliere (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:

Finalità della
rilevazione dei dati
individuali
sull'utenza

- 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

Unite – Annual Report Questionnaire;

- adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

L'oggetto di rilevazione del sistema informativo è il singolo soggetto per il quale sono soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio (Ser.T.) o carcere, e
2. accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi medica eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (escluso alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera, e
3. erogazione di almeno due prestazioni dei gruppi omogenei (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

1. Secondo tali indicazioni, sono quindi esclusi dal flusso: i soggetti in contatto con il servizio, ai quali non siano state erogate prestazioni nell'arco del periodo di riferimento; i soggetti per i quali non sia stata indicata una diagnosi di uso di sostanze stupefacenti; e gli utenti assistiti per uso primario di alcol o tabacco o con dipendenza primaria da comportamenti addittivi.

1. Il sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), secondo le indicazioni del Decreto, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012, decadendo di conseguenza la validità del precedente Decreto del 20 settembre 1997. Dalla data richiamata, quindi, le Regioni e le Province Autonome avrebbero dovuto essere provviste di un sistema informativo per la raccolta dei dati individuali dell'utenza assistita dai servizi a partire dalle attività erogate nel 2011.

1.

Analogamente al flusso informativo di dati aggregati (schede ANN e SER), anche il flusso SIND prevede la raccolta di informazioni relative all'anagrafica delle strutture, al personale in servizio presso i servizi per le tossicodipendenze, alle attività erogate dai servizi stessi per l'assistenza a tossicodipendenti ed infine i dati anonimi relativi al monitoraggio dell'HIV.

In particolare, il database sulle attività è composto da sei archivi riguardanti le informazioni di seguito riportate:

- ANAGRAFICA SOGGETTO – contiene i dati anagrafici, occupazione, condizione abitativa, sostanza d'uso, età di primo uso della sostanza e età di primo trattamento dell'utente oggetto della rilevazione per il SIND;
- ESAMI SOSTENUTI – contiene i dati relativi agli esami sostenuti e refertati all'utente oggetto della rilevazione SIND. Per refertato si intende l'esistenza per l'esame di un referto di laboratorio analisi o la trascrizione di un referto di cui l'operatore ha preso visione;
- PATOLOGIE CONCOMITANTI – contiene i dati relativi alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente oggetto della rilevazione SIND, attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale;
- DATI CONTATTO – contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione SIND, all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raggruppate in gruppi omogenei;
- SOSTANZE D'USO – contiene i dati relativi alle sostanze d'uso/comportamenti per cui per l'utente oggetto della rilevazione SIND è stato attivato il programma di assistenza;
- GRUPPO PRESTAZIONI OMOGENEE – contiene, per ogni sede di erogazione delle prestazioni (SerT, carcere, comunità), i dati attinenti ai gruppi di prestazioni omogenee relative al contatto aperto.

Oggetto di rilevazione del flusso informativo SIND è il singolo assistito

Entrata in vigore del Decreto Ministeriale SIND

Gli archivi SIND

Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al nuovo flusso informativo non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella Tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND e/o delle schede ANN e SER, da parte delle Regioni e delle Province Autonome alla data del 18 maggio 2012.

Trasmissione dati
da parte delle
Regioni e PP.AA.

Tabella I.3.1: Trasmissione dati attività dei servizi per le dipendenze secondo i flussi informativi D.M. 11 giugno 2010 e D.M. 20 settembre 1997. Anno 2012

	Flusso SIND D.M. 11 giugno 2010 (obbligatorio)	Flusso ANN e SER D.M. 20 settembre 1997 (facoltativo)
Abruzzo	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Basilicata	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Calabria	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Campania	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Emilia Romagna	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Friuli V.enezia Giulia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Lazio	Trasmissione parziale	Trasmissione parziale
Liguria	Dati non pervenuti	Dati non pervenuti
Lombardia	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Marche	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Molise	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
PA Bolzano	Trasmissione completa	Trasmissione completa
PA Trento	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Piemonte	Trasmissione parziale	Dati non pervenuti
Puglia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Sardegna	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Sicilia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Toscana	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Umbria	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Valle d'Aosta	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Veneto	Trasmissione completa	Trasmissione completa

Fonte: Ministero della Salute

I.3.2. Caratteristiche degli utenti in trattamento

L'analisi dell'utenza in trattamento nel 2011 è stata condotta, sulle informazioni fornite dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle Province Autonome mediante i flussi D.M. 20 Settembre 1997 e D.M. Giugno 2010.

Al fine di poter ricostruire il contingente di soggetti assistiti nel 2011 dai servizi per le tossicodipendenze, in continuità con gli anni precedenti, sono stati considerati i seguenti flussi di dati:

- Regioni e P.P.A.A. che hanno fornito entrambi i flussi informativi: (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto) - dati aggregati schede SER e ANN forniti dal Ministero della Salute in data 28.05.2012;
- Regioni che hanno trasmesso solo il flusso SIND (Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria) - dati aggregati forniti dal Ministero della Salute in data 05.06.2012;
- Regioni che non hanno inviato, o hanno inviato in forma parziale solo il flusso SIND (Liguria e Piemonte) - dati aggregati schede SER e ANN

- rilevate nell'anno 2010;
- Regioni che hanno trasmesso solo il flusso SER e ANN (Basilicata, Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana) - dati aggregati schede SER e ANN fornite dal Ministero della Salute in data 28.05.2012 ;
 - Regioni che hanno trasmesso solo in forma parziale i flussi SIND, SER e ANN (Lazio) - dati aggregati schede SER e ANN e flusso SIND.

Tabella I.3.2: Utenti in carico nei Servizi secondo il tipo di trattamento. Anni 2010 e 2011

Regioni e P.P.A.A.	Utenza 2011			Totale 2010
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale	
Abruzzo ⁽¹⁾	1.162	4.600	5.762	4.740
Basilicata ⁽¹⁾	335	1.360	1.695	1.592
Calabria ⁽¹⁾	938	2.713	3.651	4.145
Campania ⁽¹⁾	3.187	15.577	18.764	17.878
Emilia Romagna ⁽²⁾	2.121	11.349	13.470	12.498
Friuli Venezia ⁽¹⁾	562	2.809	3.371	3.671
Lazio ⁽³⁾	3.317	9.139	12.456	15.424
Liguria ⁽⁴⁾	1.779	5.483	7.262	7.262
Lombardia ⁽²⁾	4.197	16.426	20.623	23.625
Marche ⁽¹⁾	1.003	3.990	4.993	5.679
Molise ⁽¹⁾	267	881	1.148	1.202
P.A. Bolzano ⁽¹⁾	48	707	755	760
P.A. Trento ⁽¹⁾	96	972	1.068	1.127
Piemonte ⁽⁴⁾	2.298	9.164	11.462	11.462
Puglia ⁽¹⁾	2.188	10.992	13.180	11.545
Sardegna ⁽¹⁾	1.166	5.326	6.492	5.911
Sicilia ⁽¹⁾	3.775	10.780	14.555	13.416
Toscana ⁽¹⁾	2.334	11.980	14.314	13.965
Umbria ⁽²⁾	337	2.219	2.556	3.555
Valle d'Aosta ⁽¹⁾	64	294	358	366
Veneto ⁽¹⁾	2.505	11.771	14.276	14.333
Totale	33.679	138.532	172.211	174.156

(1) Schede SER e ANN 2011

(2) Dati aggregati SIND 2011

(3) Dati aggregati SER ANN e SIND

(4) Schede SER e ANN 2010

Fonte: Ministero della Salute

I.3.2.1 Caratteristiche demografiche

Le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, relative ai flussi informativi inviati dai Servizi per le tossicodipendenze regionali e dalle Amministrazioni regionali, forniscono un grado di copertura del 90% con l'integrazione dei dati 2010, quale stima per l'anno 2011. Secondo i criteri metodologici descritti in precedenza, la stima della popolazione tossicodipendente assistita nel 2011 risulta pari a 172.211.

Circa il 90%
l'indice di copertura
dell'indagine del
flusso informativo
del Ministero della
Salute

Tabella I.3.3: Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2010 – 2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %	Diff %
	N	%	N	%		
Tipo di contatto						
Nuovi utenti	34.625	19,9	33.679	19,6	-2,7	-0,3
Utenti già noti	139.531	80,1	138.532	80,4	-0,7	0,3
Totale	174.156	100	172.211	100	-1,1	-
Genere						
Nuovi utenti Maschi	29.230	84,4	29.162	86,6	-0,2	2,2
Nuove utenti Femmine	5.395	15,6	4.517	13,4	-16,3	-2,2
Totale	34.625	100	33.679	100	-2,7	-
Tasso nuovi utenti per genere						
% Nuovi maschi	19,7		19,6			-0,1
% Nuove femmine	21,0		19,3			-1,7
Tasso di prevalenza						
Nuovi utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	0,9		0,8			-0,1
Utenti già noti x 1.000 residenti (15-64 anni)	3,5		3,5			0,0
Totale utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	4,4		4,3			-0,1
Età media						
Nuovi utenti	31,0		31,6			0,6
Utenti già noti	35,0		35,7			0,7
Totale	34,2		34,9			0,7

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

172.211 persone
tossicodipendenti in
trattamento nel
2011

diminuzione del
2,7% dei nuovi
utenti

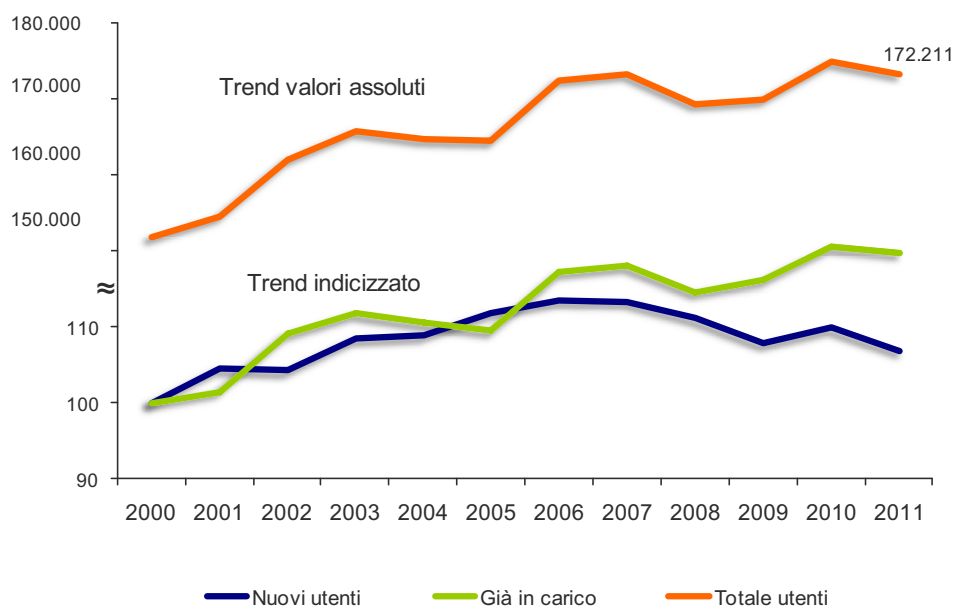
l'età media dei
nuovi utenti è 31,6
anni

Dal 2000 al 2006 si è assistito ad un costante aumento delle nuove persone tossicodipendenti (casi incidenti) assistite dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale, passando da 31.510 utenti nel 2000 a 35.766 nel 2006; nel triennio successivo (2007-2009) si osserva una fase di calo (35.731 nel 2007, 35.020 nel 2008 infine 33.983 nel 2009) per aumentare nel 2010 a 34.625 riportandosi ai valori osservati nel 2004 (Figura I.2.6). Nell'ultimo anno, secondo le stime calcolate per il 2011, si osserva una tendenza alla diminuzione (-2,7%) di nuovi utenti in carico passando da 34.625 utenti nel 2010 a 33.679 nel 2011. Tale andamento, osservabile anche per l'utenza già nota ai servizi, potrebbe essere giustificata sia dai criteri di stima utilizzati, sia dai differenti flussi informativi considerati oppure dal minor grado di copertura del flusso informativo riscontrato nel biennio precedente, che evidenzerebbe un trend stabile della nuova utenza dal 2006 al 2011.

La prevalenza di utenza dei servizi rispetto alla popolazione residente (utenti x 1.000 residenti) conferma il maggior ricorso ai servizi sanitari da parte dei maschi (7,5 vs 1,2 utenti per 1.000 residenti), differenza particolarmente pronunciata per la nuova utenza (maschi 1,5 x 1.000 residenti, femmine 0,2 x 1.000 residenti).

Diminuzione dei
nuovi utenti
nell'ultimo anno

Figura I.3.1: Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto - Valori assoluti e valori indicizzati (Anno base 2000 = 100) - Anni 2000 - 2011

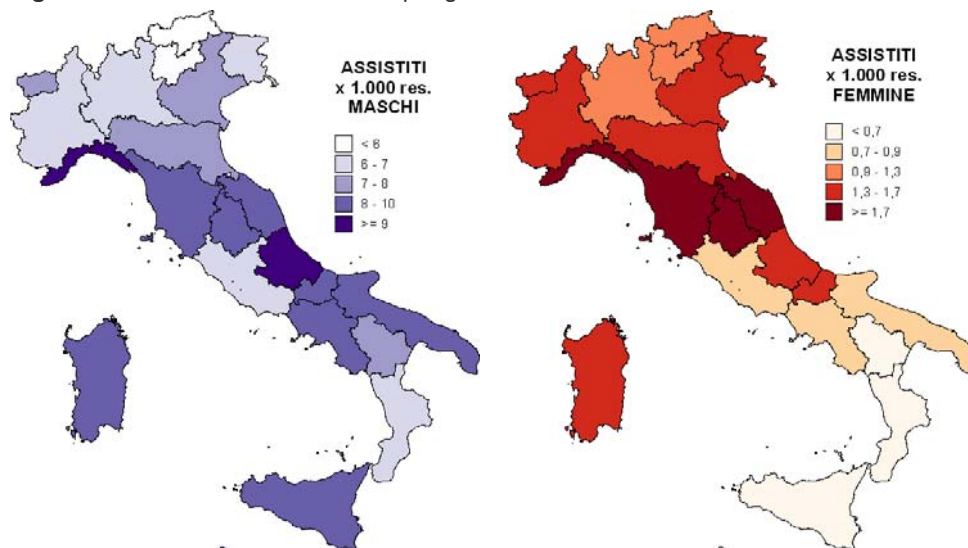


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute: per le Regioni Liguria e Piemonte i dati si riferiscono al 2010

L'86,6% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è di genere maschile, con un rapporto del 6,5 maschi per utente femmina (più elevata tra i nuovi utenti ai servizi rispetto agli utenti già in carico 6,5 vs 6,3).

Maggiore
prevalenza di utenti
maschi (86,6%)

Figura I.3.2: Utenti x 1.000 residenti per genere - Anno 2011



Minor presenza del
genere femminile
nelle regioni del sud

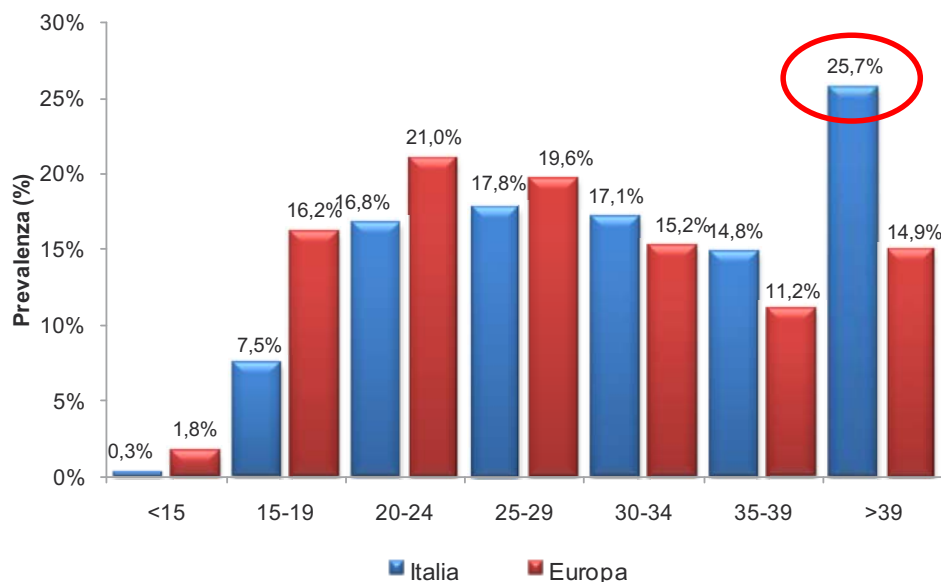
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

La distribuzione a livello regionale della prevalenza di utenti tossicodipendenti (x 1.000 soggetti residenti) assume profili differenziati rispetto al genere degli assistiti: per i maschi si osservano prevalenze di bassa entità in Trentino Alto Adige (P.A. Bolzano 3,5 e P.A. Trento 4,9), Calabria (5,0), Lombardia (5,3) e Lazio (5,9), mentre valori massimi si osservano in Liguria (12,0 dato riferito al 2010). Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato nelle

regioni meridionali ed insulari Calabria, Sicilia, Basilicata, Campania, Lazio e Puglia con valori da 0,4 a 8,0 (donne ogni 1.000 residenti); maggiore diffusione del fenomeno, invece, nelle regioni centrali (Toscana e Umbria circa 2 assistite ogni 1.000 residenti) e Liguria (circa 3 assistite ogni 1.000 residenti – dato 2010). I profili della nuova utenza per classi di età, analogamente all'utenza complessiva, si differenziano notevolmente in relazione al contesto geografico di osservazione; i casi incidenti a livello europeo sono mediamente più giovani rispetto agli italiani. Questa differenza può essere in parte dovuta alla definizione che si utilizza per identificare la “nuova utenza”; nel caso italiano spesso questo termine indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età. Questa distorsione dipende in parte anche dalla mancata adozione del SIND da parte di alcune regioni.

Nuovi casi europei
più giovani rispetto
agli italiani

Figura I.3.3: Percentuale nuovi utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze per classi di età in Italia (dati 2011) ed Europa (dati 2009)



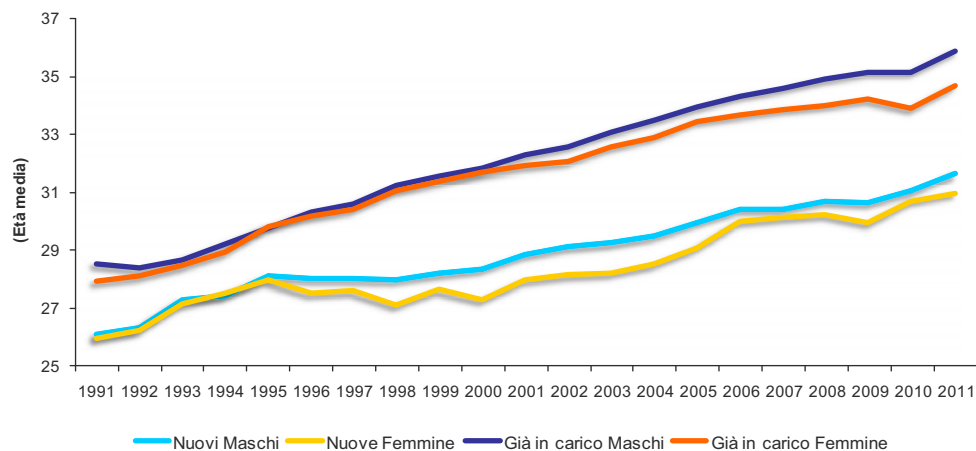
Record italiano per
utenti in trattamento
con età > 35 anni:
tendenza alla
cronicizzazione

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute – Bollettino Statistico EMCDDA 2011

Dal 1991 al 2011 è aumentata l'età media delle nuove persone assistite passando da 26 anni per entrambi i generi a 31,0 anni per le femmine e 31,6 anni per i maschi. Anche per l'utenza già nota ai servizi il trend dell'età media risulta in continua crescita, con una propensione differente tra i maschi e le femmine, più pronunciate nei primi rispetto alle femmine: per i maschi si passa da 35,2 anni nel 2010 a 35,9 anni nel 2011, per le femmine già note ai servizi si passa da 33,9 anni nel 2010 a 34,7 nel 2011.

Aumento dell'età
media di primo
accesso ai servizi:
da 26 (1991) a 31,6
maschi e 31,0 per le
femmine (2011)

Figura I.3.4: Età media degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto e il genere. Anni 1991 - 2011



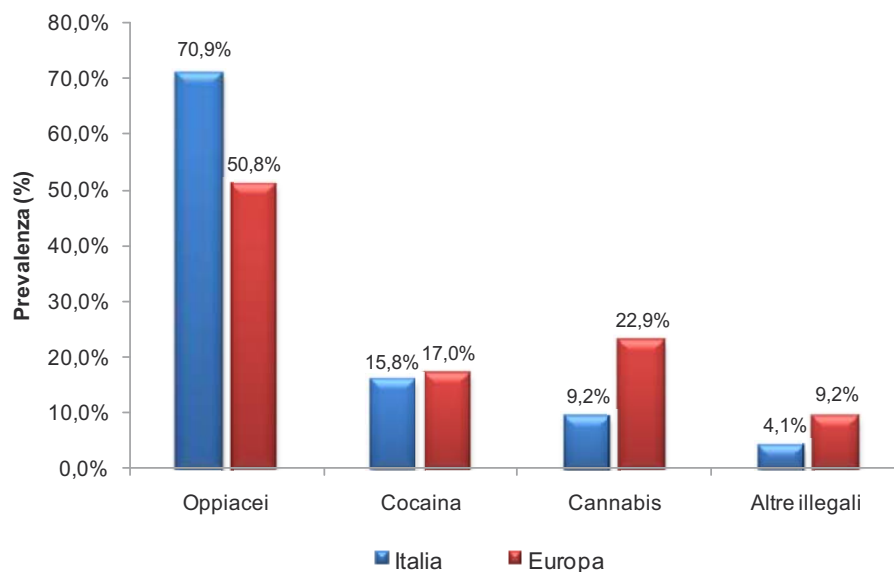
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2.2 Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

Dalle informazioni pervenute dal Ministero della Salute, tra le persone complessivamente assistite nel 2011 dai Servizi per le tossicodipendenze territoriali che hanno indicato una sostanza d'abuso principale, il 69,3% ha riferito l'eroina quale sostanza d'uso prevalente, seguita da cocaina (15,3% dell'utenza complessivamente assistita) e da cannabis (9,2% del totale assistiti). Rispetto al profilo europeo si osserva un maggior consumo dichiarato di oppiacei, a fronte di livelli simili per la cocaina, e sensibilmente inferiori di cannabis ed altre sostanze, in prevalenza di tipo sintetico.

Sostanze primarie maggiormente utilizzate:
69,3% eroina,
15,3% cocaina,
9,2% cannabis

Figura I.3.5: Utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Italia (dati 2011) ed Europa (dati 2009)



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute – Bollettino Statistico EMCDDA 2011

Tabella I.3.4: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso primario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2010 - 2011

Sostanze d'abuso primario	2010		2011		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	118.651	69,8	114.644	69,3	-3,4	-0,5
Cocaina	25.717	15,1	25.262	15,3	-1,8	0,2
Cannabis	15.415	9,1	15.157	9,2	-1,7	0,1
Altri stimolanti	1.429	0,8	1.470	0,9	2,9	0,1
Altre droghe	8.756	5,2	8.946	5,4	2,2	0,2

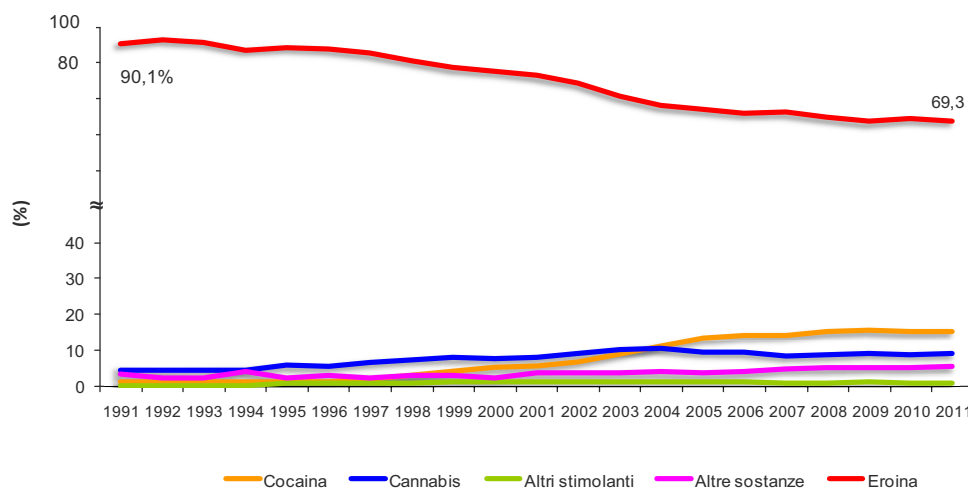
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti che riferisce l'eroina quale sostanza stupefacente di uso prevalente ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2005 (passando da circa il 90% a 68,9%); in questo ultimo quadriennio sembra però che il fenomeno si sia stabilizzato su valori attorno al 70%.

A fronte di una diminuzione degli utenti con uso di eroina come sostanza primaria, si osserva un incremento degli utenti con consumo di cocaina dall'1,3% al 15,3%, che, dal 2005 hanno superato gli utenti in trattamento per uso di cannabis (dal 5% al 9,2%) stabilizzandosi a percentuali attorno al 15%.

Utenti in trattamento per uso di eroina: tendenza alla stabilizzazione negli ultimi 4 anni

Figura I.3.6: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 – 2011



Aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

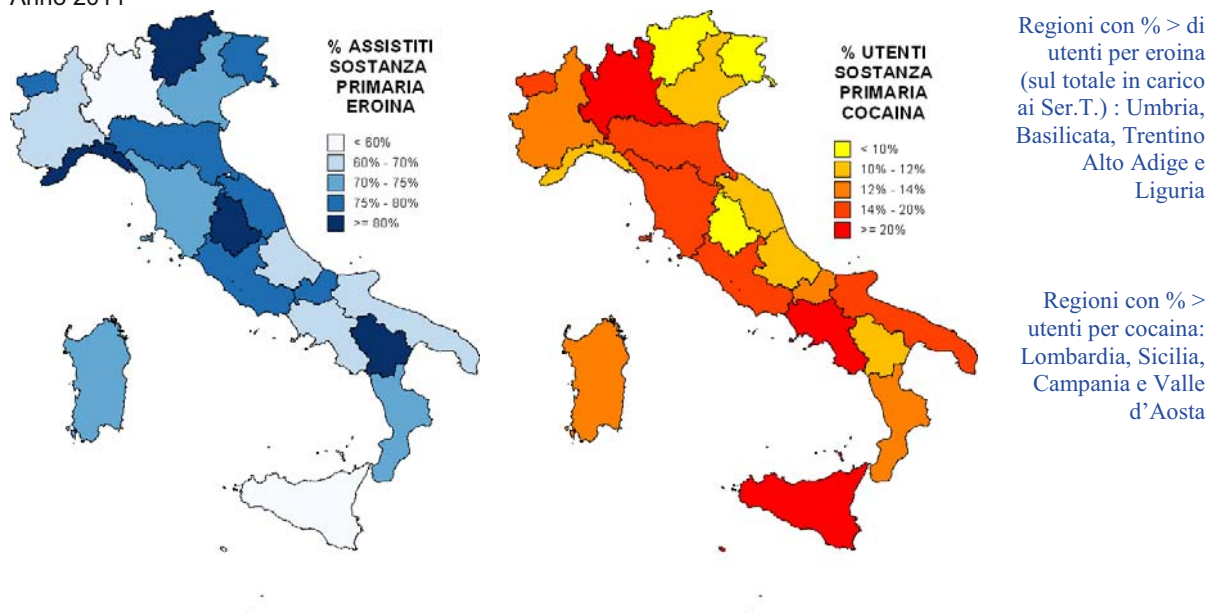
La distribuzione a livello regionale per uso primario di eroina, evidenzia che le regioni con una minore percentuale di utenti per uso primario di eroina sono la Sicilia (61,7%), Lombardia (62,0%), il Piemonte (65,4%), l'Abruzzo (65,7%), e la Puglia (66,0%), mentre le regioni con una più alta percentuale di utenti per uso primario di eroina sono l'Umbria (86,5%), la Basilicata (84,3%), il Trentino Alto Adige (82,8%) e la Liguria (82,2%).

Per quanto riguarda l'analisi regionale per uso primario di cocaina le regioni con la percentuale più bassa sono il Trentino Alto Adige (5,0%), Friuli Venezia Giulia (5,4%), Umbria (6,7%) e Abruzzo (7,9%); mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di cocaina sono la Lombardia (27,7%), la Sicilia (21,8%) infine Campania (18,1%) e Valle d'Aosta (16,2%).

Utenti in trattamento per uso primario di eroina

Utenti in trattamento per uso primario di cocaina

Figura I.3.7: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria di eroina e cocaina.
Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Come si vedrà più avanti la cannabis e la cocaina, sono sostanze di uso non solo primario ma anche secondario.

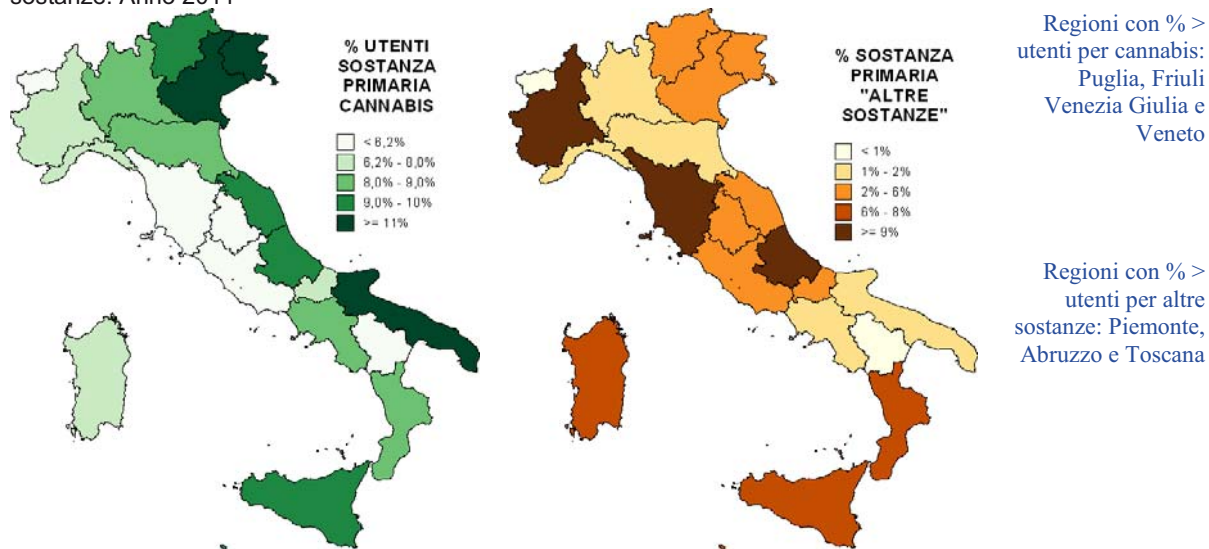
La distribuzione a livello regionale per uso primario di cannabis, evidenzia che, le regioni con una minore percentuale di utenti sono la Toscana (2,8%), l'Umbria (4,4) e la Basilicata (4,6%), Lazio (5,9%) e Valle d'Aosta (6%), mentre le regioni con una più alta percentuale di utenti per uso primario di cannabis sono Puglia (16,4%), Friuli Venezia Giulia (16,2), Veneto (12,0%).

La percentuale di utenza assistita per uso primario di altre droghe (prevalentemente droghe sintetiche) è meno concentrata nelle regioni Basilicata e Valle d'Aosta (0,5%), Liguria e Lombardia (1%), mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di altre droghe sono l'Abruzzo (16,9%), il Piemonte (14,3%) e, infine, la Toscana (9,4%).

Utenti in trattamento per uso primario di cannabis

Utenti in trattamento per uso primario di altre sostanze

Figura I.3.8: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria cannabis e altre sostanze. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Relativamente a questo profilo è utile ricordare che i soggetti che usano queste sostanze difficilmente arrivano ai Servizi per le tossicodipendenze. Quindi, questa percentuale riguarda solo una piccola parte di persone che in realtà utilizzano tali droghe e sono quelle che, probabilmente per gravi complicanze, arrivano ai servizi.

Nel 2011 le sostanze d'abuso secondarie risultano essere quasi parimenti la cocaina e la cannabis con una percentuale del 30,4%.

Tabella I.3.5: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso secondario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2010 - 2011

Sostanze d'abuso secondario	2010		2011		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	6.348	5,3	7.010	5,8	10,4	0,5
Cocaina	36.089	30,1	36.404	30,1	0,9	0,0
Cannabis	36.314	30,3	37.288	30,9	2,7	0,6
Psicofarmaci	8.483	7,1	8.632	7,1	1,8	0,0
Alcool	18.007	15,0	15.885	13,2	-11,8	-1,8
Altre droghe	14.566	12,2	15.567	12,9	6,9	0,7

Aumento di eroina, cannabis, psicofarmaci e altre droghe come sostanze secondarie

Diminuzione della sostanza alcool

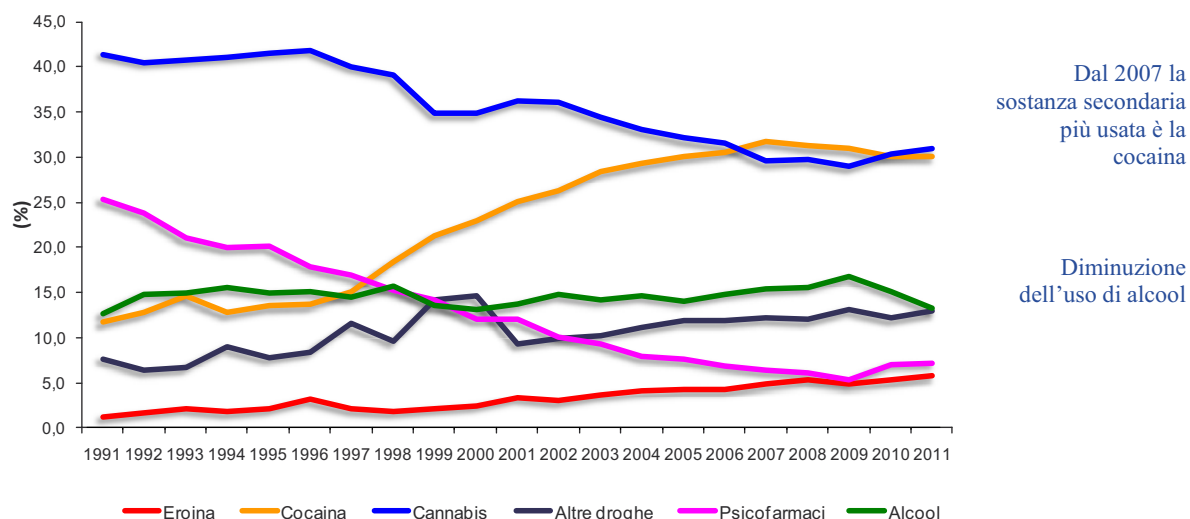
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Fin dal 1997 si è potuto notare un incremento relativo degli utenti con uso di cocaina come sostanza d'abuso secondaria che è passata dal 15% al 32% nel 2007, rimanendo stabile fino al 2009, per diminuire lievemente negli ultimi due anni al 30,1%. Negli ultimi due anni si osserva anche una diminuzione dell'11,8% del consumo di alcool che dal 15,0% del 2010 passa al 13,2% del 2011. Andamento un pò instabile per l'uso secondario di eroina, che pur rimanendo a percentuali molto basse, nell'ultimo quinquennio è cresciuta dal 3% nel 2002 a circa il 5,4% nel 2008, calando al 4,9% nel 2009 e, risalendo in maniera lieve negli ultimi due anni (5,3% nel 2010 e 5,8% nel 2011).

Tra gli utenti in trattamento trend in crescita per uso di cannabis e psicofarmaci come sostanza secondaria

Diminuzione dell'uso di alcool associato alla sostanza primaria

Figura I.3.9: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza secondaria. Anni 1991 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa ed in particolare gli oppiacei evidenzia un lieve aumento nell'ultimo anno (58,9% nel 2010 vs. 61,0% nel 2011), pur mentendosi al di sotto del valore del 1997 (circa il 68%).

Tabella I.3.6: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso iniettivo da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anno 2010 - 2011

Assunzione per via iniettiva della sostanza	2010		2011		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	69.851	58,9	69.973	61,0	0,2	2,1
Cocaina	3.396	12,7	3.303	13,1	-2,7	0,4
Benzodiazepine	133	13,6	200	20,3	50,4	6,7
Altri oppiacei	99	15,1	125	19,0	26,3	3,9

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

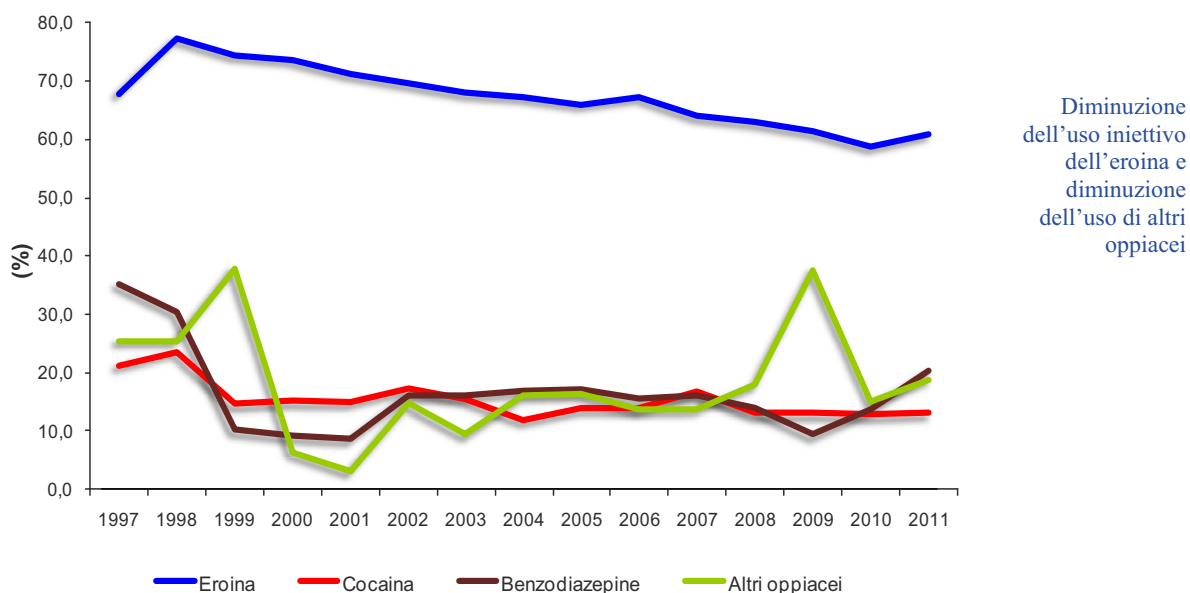
Aumento dell'uso iniettivo dell'eroina e benzodiazepine per via iniettiva

Questa leggera flessione delle persone che hanno dichiarato un uso iniettivo della sostanza primaria nel corso dell'ultimo decennio si accompagna probabilmente ad un aumento percentuale di persone che hanno utilizzato droghe come la cannabis, la cocaina e le amfetamine, assunte per vie diverse da quella iniettiva, e per i timori suscitati dal fenomeno AIDS. Nell'ultimo periodo, inoltre, si è modificato anche il profilo di consumo con una tendenza ad utilizzare l'eroina anche per via non iniettiva. Riguardo all'uso iniettivo della cocaina si osserva un trend sostanzialmente stabile, pur con una certa variabilità, attorno al 13% nel 2011 dopo un inizio del decennio in cui tale pratica veniva utilizzata da oltre il 20% dei consumatori di cocaina come sostanza prevalente. Nel 2009 si evidenziava una forte crescita dell'uso iniettivo di altri oppiacei (morfina) con un valore pari al 37,7%, imputabile quasi esclusivamente ad utenti assistiti dai Ser.T della regione Piemonte.

In diminuzione l'uso iniettivo delle sostanze primarie

Inversione di tendenza dell'uso iniettivo di benzodiazepine che negli ultimi due anni, è aumentato passando dal 15,1% nel 2010 al 20,3% nel 2011.

Figura I.3.10: Andamento dell'uso iniettivo per tipo di sostanza. Anni 1997 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2.3 Studio multicentrico DPA

Il Dipartimento Politiche Antidroga, nel corso del 2011, in continuità con gli anni precedenti, ha condotto una nuova edizione dello studio multicentrico sul campione di servizi per le tossicodipendenze che dispone di un sistema informativo per singolo utente informatizzato includendo, rispetto al 2010, ulteriori servizi residenti nelle Regioni Friuli Venezia Giulia e Lazio (nel complesso le Regioni aderenti allo studio sono Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto). I dati forniti dai servizi riguardavano il tracciato dell'utenza assistita presso le unità operative nel 2011, completamente reso anonimo secondo i criteri indicati dall'Autorità garante sulla privacy.

Complessivamente il gruppo oggetto di analisi comprende 52.078 utenti, l'85,3% dei quali di genere maschile e 9.827 nuovi utenti, pari al 18,9% del campione analizzato. L'età media della nuova utenza maschile risulta maggiore rispetto ai valori emersi dall'analisi dei dati aggregati forniti dal Ministero della Salute: per le femmine del campione 30,4 anni vs 31,0 anni riferiti ai dati aggregati e per i maschi 31,9 anni vs 31,6 anni. Valori invece superiori, senza alcuna differenza per genere, si osservano nell'utenza assistita in periodi precedenti a quello di riferimento: per le femmine del campione 36,6 anni vs 34,7 anni riferiti ai dati aggregati e per i maschi 38,1 anni vs 35,9 anni. In linea generale, analizzando i dati del campione si osserva una età media più elevata negli utenti già in assistenza, indipendentemente dal genere.

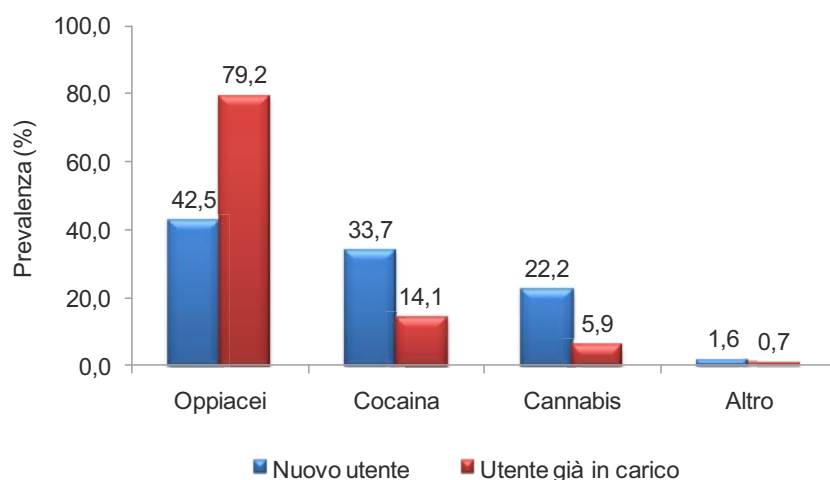
Come emerso già dall'analisi dei dati aggregati (Ministero della Salute), si conferma la preponderanza di utenti assistiti dai Ser.T. per consumo problematico di oppiacei (eroina ed altri oppiacei). Il 73,5% dell'utenza per la quale è disponibile l'informazione sul tipo di sostanza assunta presenta tale tipologia di sostanze come "primaria", segue la cocaina, indicata come "primaria" per il 17,2% dei casi e la cannabis per il 8,5%. Infine, lo 0,9% dell'utenza risulta in trattamento per uso problematico "primario" di altre sostanze illegali.

Studio multicentrico DPA

52.078 soggetti esaminati

Uso di sostanze primarie:
73,5% eroina,
17,2% cocaina,
8,5% cannabis

Figura I.3.11: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo la sostanza d'abuso prevalente. Anno 2011

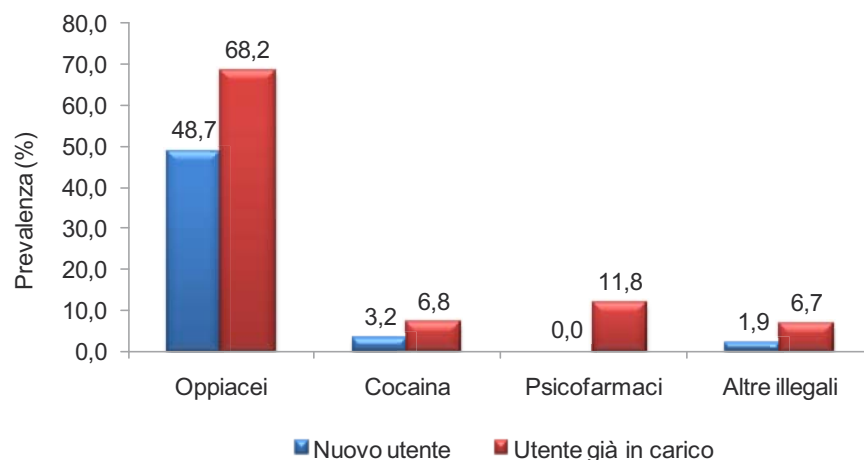


Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Particolarmente interessante risulta il profilo del consumo prevalente di sostanze secondo il tipo di utente. Tra i soggetti assistiti dai Ser.T. in periodi precedenti al 2011, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 79,2%, contro percentuali nettamente più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (14,1%) che di cannabis (5,9%). Anche tra i casi incidenti assume rilevanza la quota di soggetti consumatori problematici di oppiacei (42,5%) seppur con una percentuale nettamente inferiore a quella registrata negli utenti già assistiti; la percentuale di soggetti in trattamento per consumo di cocaina e cannabis, al contrario dell'utenza già in carico, risulta superiore, rispettivamente, di 19,6 e 16,3 punti percentuali (Figura I.3.11).

Anche la modalità di assunzione della sostanza primaria, in particolare l'uso iniettivo, si differenzia tra i casi incidenti e i casi già noti da anni precedenti (Figura I.3.12): si osserva che l'uso per via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo (54,6%), nel quale si hanno quote del 68,2% tra i consumatori di oppiacei, del 6,8% tra i cocainomani e dell'11,8% tra i consumatori di psicofarmaci. Tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva complessivamente il 20,9% degli assistiti, in particolare il 48,7% dei consumatori di oppiacei ed il 3,2% di cocaina.

Figura I.3.12: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo l'uso iniettivo della sostanza primaria (percentuale uso iniettivo sostanza primaria su totale uso sostanza). Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Come diretta conseguenza del diverso comportamento iniettivo della sostanza primaria, si osserva anche una differenza per le altre modalità di consumo delle sostanze: nel 52,7% dei nuovi assistiti la sostanza primaria viene fumata o inalata mediante vaporizzazione ed in un ulteriore 23,7% viene sniffata; tali percentuali si riducono tra gli assistiti da periodi precedenti (nel 30,0% dei casi la sostanza viene fumata o inalata e nel 13,4% viene sniffata).

Come evidenziato in studi condotti in anni precedenti, si osserva una differenziazione dell'età media di inizio assunzione della sostanza in relazione al tipo di sostanza di iniziazione: consumatori di eroina e di cocaina, rispettivamente 21 e 22 anni, consumatori di cannabis 16 anni. Rispetto all'anno precedente, si osserva una diminuzione nell'età del primo uso dichiarato dagli utenti assistiti per uso di cannabis (17 anni nel 2010).

Riguardo, invece, l'età di primo trattamento, nel 2011 si è riscontrato un aumento nei consumatori di cocaina (31 anni nel 2010 vs 32 anni nel 2011) ed eroina (26 anni nel 2010 vs 29 anni nel 2011), a differenza della cannabis in corrispondenza della quale si è ottenuto un decremento (25 anni nel 2010 vs 24 anni nel 2011).

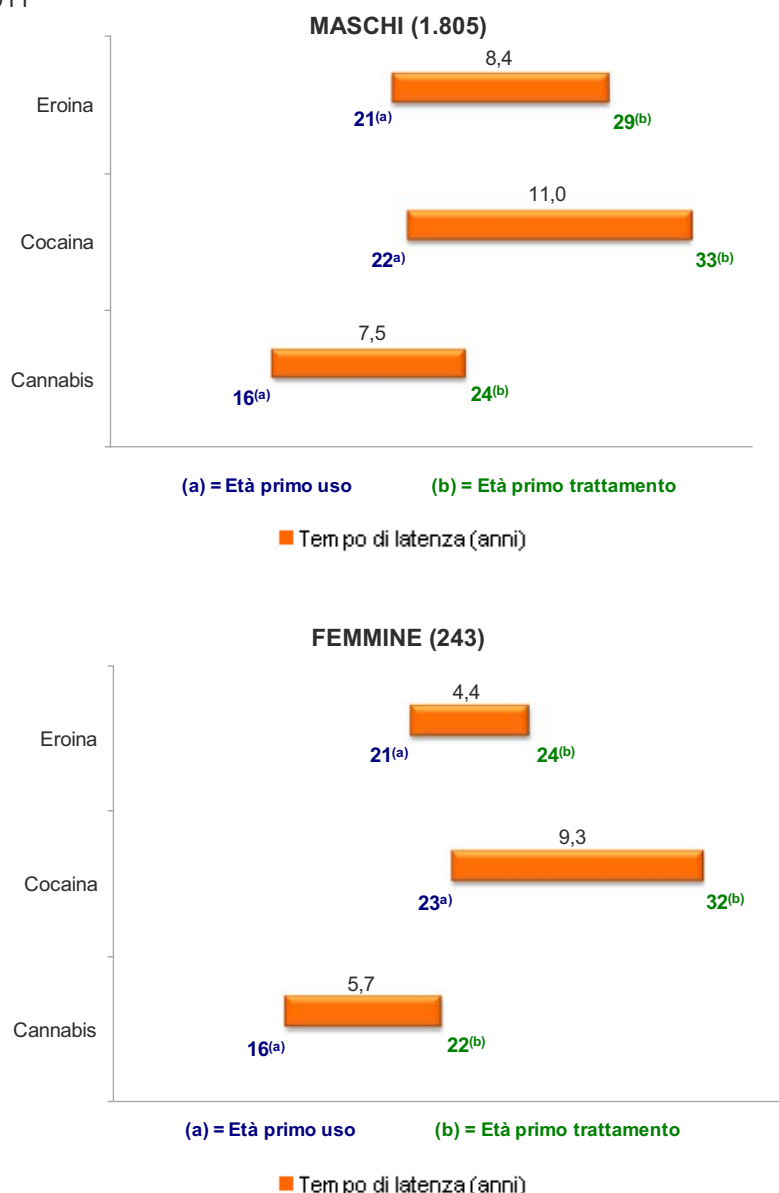
Età di inizio:
diverse età in base
alla sostanza
eroina 21 anni
cocaina 22 anni
cannabis 16 anni

Primo trattamento:
più precocità
nell'uso per la
cannabis (24 anni)
cocaina (32 anni)
eroina (29 anni)

Diretta conseguenza della variazione dell'età di inizio assunzione della sostanza, diversamente dall'età media di inizio trattamento, è la variazione del tempo di latenza, definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti dall'uso di quella determinata sostanza), che assume valore pari a 8,9 anni nel campione totale (9,3 anni nei maschi e 6,1 anni nelle femmine). L'analisi per sostanza primaria d'abuso presenta valori del tempo di latenza superiori sia negli assuntori di cocaina che di cannabis: in particolare si registrano 7,7 anni per quanto riguarda gli assuntori di oppiacei (5,5 anni nel 2010), 10,8 anni per gli assuntori di cocaina (9,5 anni nel 2010) e 7,3 anni per gli assuntori di cannabis (8,4 anni nel 2010). Tali valori variano lievemente se si effettua un'analisi per genere, ma complessivamente per tutte e tre le sostanze stupefacenti il tempo di latenza delle donne risulta inferiore rispetto a quello dei maschi. A conferma di ciò, si nota che per quanto riguarda l'età di primo trattamento esso risulta più precoce nelle femmine, soprattutto per quanto riguarda le consumatrici di eroina, a fronte di un'età di primo uso analoga a quella dei maschi.

Tempi di latenza fra
inizio d'uso e primo
accesso ai servizi:
eroina 7,7 anni
cocaina 10,8 anni
cannabis 7,3 anni

Figura I.3.13: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza, per genere.
Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

I tempi di latenza possono essere molto variabili da sostanza a sostanza e nel calcolo risentono anche dell'età della popolazione oggetto dell'indagine in quanto vi è una tendenza, confermata da varie osservazioni, ad utilizzare la sostanza in età più precoci. Inoltre, nel valutare i risultati sopra riportati e le differenze emerse rispetto al 2010 è necessario tener presente che nello studio multicentrico DPA 2010 i valori validi per il calcolo dei tempi di latenza erano stati forniti dalla sola regione Lombardia, mentre nel 2011 è stato possibile considerare anche i dati inviati dalla regione Lazio (il campione complessivo è pari a 2.092 soggetti). Confrontando le due regioni emerge che in quest'ultima, il tempo di latenza per i consumatori di eroina è notevolmente superiore a quello della Lombardia (9,5 vs 5,5), così come per i consumatori di cocaina (11,8 vs 10,3).

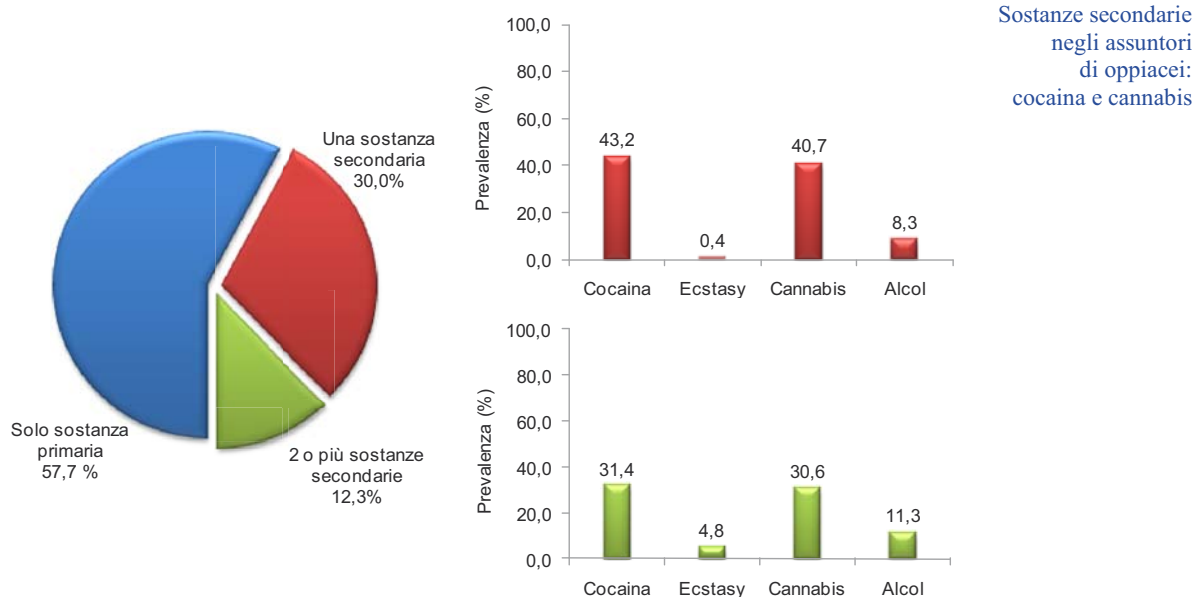
Tempi di latenza
variabili: disponibili
dati 2011 di
Lombardia e Lazio

Tra coloro che usano oppiacei come sostanza primaria si osserva una sostanziale differenza tra uso esclusivo di questa sostanza e associazione con un'altra: nel primo caso, infatti, la percentuale è pari al 57,7%, mentre nel secondo caso risulta essere uguale al 30,0%, di cui il 43,2% dei casi è rappresentato da utenti che

fanno uso anche di cocaina e nel 40,7% di cannabis; infine, vi è un 12,3% di utenti che fa uso di due o più sostanze oltre l'eroina. In quest'ultimo gruppo di soggetti rispetto al primo gruppo, diminuisce la percentuale di coloro che assumono cocaina e cannabis a fronte di un aumento di ecstasy e alcol (Figura I.3.14).

Nella valutazione dei risultati presentati in precedenza è fondamentale tener conto che nel Lazio e nella Lombardia la percentuale di coloro per i quali è stato indicato solo uso primario è oltre il 60%, con il picco del 72,2% nella Lombardia (nel 2010 era pari al 41,1%), regione in cui risiede il 39,9% dei soggetti del campione analizzato.

Figura I.3.14: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Differenziando l'analisi per tipo di utente, si osserva che il 64,4% dei nuovi soggetti fa uso solo di oppiacei, percentuale che scende al 57,1% tra i soggetti già noti; il consumo di oppiacei in associazione con due o più sostanze si registra maggiormente tra i nuovi utenti seppur con una lieve differenza (12,8% vs 12,2%), al contrario del consumo di una sola sostanza secondaria che nei soggetti già noti ai servizi è pari al 30,7%, mentre nei nuovi al 22,8%, differenza evidente soprattutto nel maggior uso di cannabis e alcol.

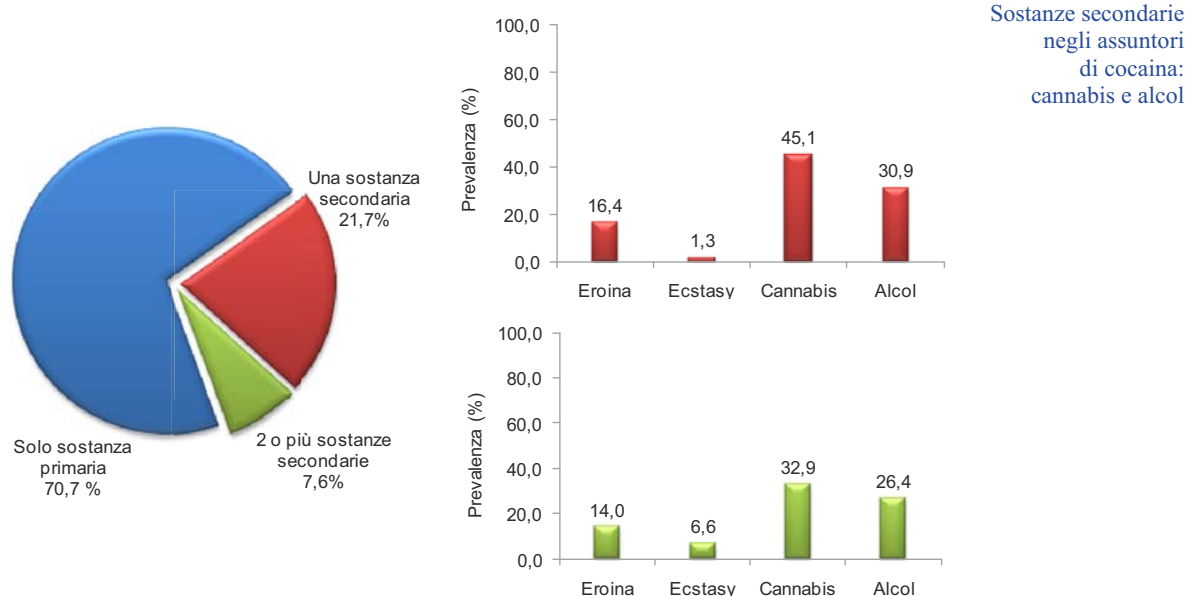
Riguardo il tipo di sostanze secondarie utilizzate insieme agli oppiacei emerge che il consumo di alcol tra i nuovi soggetti avviene con frequenza minore rispetto all'utenza già nota (sia se associato ad altre sostanze secondarie che no), a fronte di un maggior uso di cocaina, solo se non associata ad altre sostanze secondarie.

Tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria la maggioranza del campione risulta fare uso solo di questa sostanza (70,7%), il 21,7% anche di un'altra sostanza, in prevalenza cannabis ed alcol, mentre un 7,6% risulta utilizzare due o più sostanze oltre a quella primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti, rispetto al precedente, aumenta la percentuale di consumo di ecstasy al contrario della percentuale di cannabis, alcol ed eroina (Figura I.3.15).

Come per i consumatori di oppiacei, anche in questo caso è fondamentale tener conto che ci sono alcune regioni in cui l'uso primario esclusivo è stato dichiarato da oltre il 63% degli utenti (la Lombardia ha il valore più elevato con il 82,2% dei

soggetti, con un aumento di 30 punti percentuali rispetto al 2010).

Figura I.3.15: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

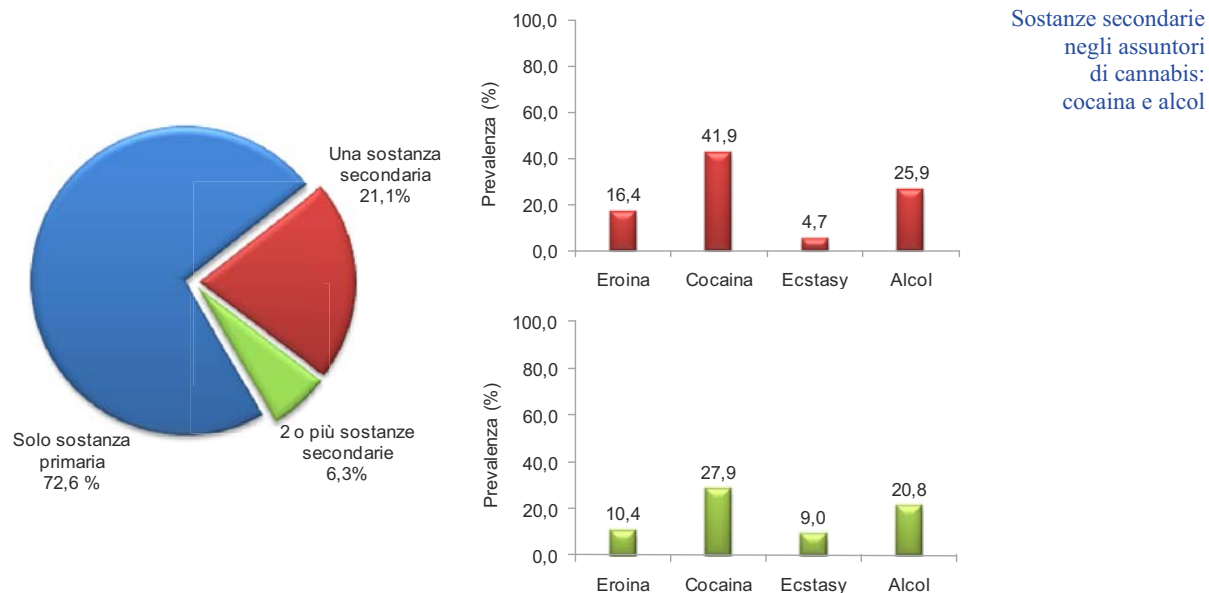
L'analisi per tipo di utente mostra delle percentuali piuttosto differenti tra utenti nuovi e già in carico. In particolare, nel primo gruppo si registra una percentuale maggiore di coloro che fanno uso esclusivo della sostanza primaria (87,5% nuovi vs 69,1% già in carico), al contrario dei soggetti che usano la cocaina in associazione con un'altra sostanza (19,5% vs 22,6%) o con più di due sostanze (6,0% vs 8,3%).

Senza alcuna differenza tra le due tipologie di utenti, le sostanze secondarie maggiormente utilizzate in associazione con la cocaina (da sole o insieme ad altre sostanze), sono la cannabis e l'alcol, sebbene quest'ultimo presenti delle percentuali maggiori nei nuovi utenti rispetto a quelli già in carico se consumato in associazione con altre sostanze. Per quanto riguarda, invece, l'eroina si osserva un consumo più frequente tra i soggetti già noti ai Ser.T., indipendentemente dal fatto che sia utilizzata insieme ad altre sostanze.

Da ultimo, tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un ulteriore aumento della percentuale di uso di quella sola sostanza (72,6%), rispetto al 21,1% che fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cocaina ed alcol, mentre un 6,3% che consuma due o più sostanze oltre a quella primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti, analogamente all'uso primario di cocaina, si registra un aumento del consumo di ecstasy e una diminuzione nel consumo delle altre sostanze (Figura I.3.16).

Analogamente a quanto osservato in precedenza, anche nei consumatori di cannabis si è rilevata un'elevatissima percentuale di soggetti che hanno dichiarato il suo consumo esclusivo (in Lombardia, in particolare, rispetto al 2010 si è registrato un aumento di oltre 28 punti percentuali): infatti, le regioni che hanno riportato una percentuale inferiore al 60% sono il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria ed il Veneto.

Figura I.3.16: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Distinguendo per tipo di utenza, oltre la metà di nuovi utenti e utenti già noti usano esclusivamente la cannabis con una percentuale superiore nel primo gruppo di utenti rispetto al secondo (82,1% contro 66,0%), al contrario dell'uso associato con un'altra sostanza che risulta maggiore negli utenti già in carico (13,8% vs 26,1%). Stessa differenza è riscontrabile anche nell'associazione di più sostanze alla cannabis (4,1% vs 7,8%), evidente anche nel consumo di alcol, maggiore rispetto al primo gruppo di utenti se considerato in associazione con altre sostanze (21,9% utenti già in carico vs 17,9% nuovi utenti). Riguardo l'eroina, invece, il suo consumo è maggiore tra i nuovi utenti rispetto a quelli già noti da anni precedenti, sempre se assunta insieme ad altre sostanze secondarie.

L'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze avviene con modalità differenziata secondo il tipo di sostanza. Per quanto riguarda i consumatori di eroina e cocaina l'accesso prevalente è quello volontario, rispettivamente con il 62,7% e il 43,5%. Tra i consumatori di cannabis, invece, il 24% è stato inviato al Ser.T. su segnalazione della Prefettura (art. 121 e art. 75), mentre per il 20,9% l'accesso è stato volontario. Da segnalare la bassa efficienza di invio, per qualsiasi sostanza, di alcune importanti fonti potenziali quali servizi sociali, scuola e commissione medica locale.

Eroina e cocaina:
accesso prevalente
quello volontario

Cannabis:
accesso prevalente
da altro Ser.T.

I.3.2.4 Inclusione sociale

Il presente capitolo è dedicato alle conseguenze sociali e giudiziarie legate al consumo abitudinario di sostanze illecite in soggetti particolarmente vulnerabili. Nel dettaglio vengono analizzati i profili dei soggetti interessati, attraverso le informazioni raccolte mediante lo studio multicentrico - di cui si è detto al punto precedente - su 52.078 soggetti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze nel 2011 eseguito dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Premesse

Condizione lavorativa

L'analisi delle caratteristiche del campione di individui all'interno dello Studio Multicentrico DPA sui Ser.T. permette di tracciare il profilo dei soggetti in carico ai servizi per uso di sostanze psicotrope relativamente alla condizione lavorativa. Nel campione in esame si osserva che quasi un terzo dell'utenza complessiva (30,8%) è disoccupato, il 59,4% svolge attività lavorativa di vario tipo e in varie modalità (occasionale, continuativa, etc.), mentre circa il 3% è economicamente non attivo.

Il 59,4% degli utenti Ser.T. risulta variamente occupato; il 30,8% è disoccupato

La condizione occupazionale appare più critica tra le utenti femmine con il 37,9% disoccupate, contro una quota del 29,6% rilevata nel collettivo maschile.

Maggiore disoccupazione nelle femmine (37,9%)

Tabella I.3.7: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il grado di occupazione, per genere e tipologia di utente. Anno 2011

Occupazione	Nuovi utenti			Utenti già assistiti			Totale		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
occupato stabilmente/saltuariamente	57,0	40,0	54,5	62,8	46,1	60,3	61,9	45,2	59,4
disoccupato	29,9	36,8	30,9	29,6	38,1	30,8	29,6	37,9	30,8
studente	8,1	14,8	9,1	2,8	6,7	3,4	3,7	8,0	4,3
casalinga	0,1	2,6	0,4	0,1	2,3	0,4	0,1	2,4	0,4
economicamente non attivo *	2,3	3,6	2,5	3,1	4,9	3,4	3,0	4,7	3,2
altro	2,6	2,3	2,5	1,7	1,8	1,7	1,8	1,9	1,9

* soggetto che è pensionato, invalido, etc.

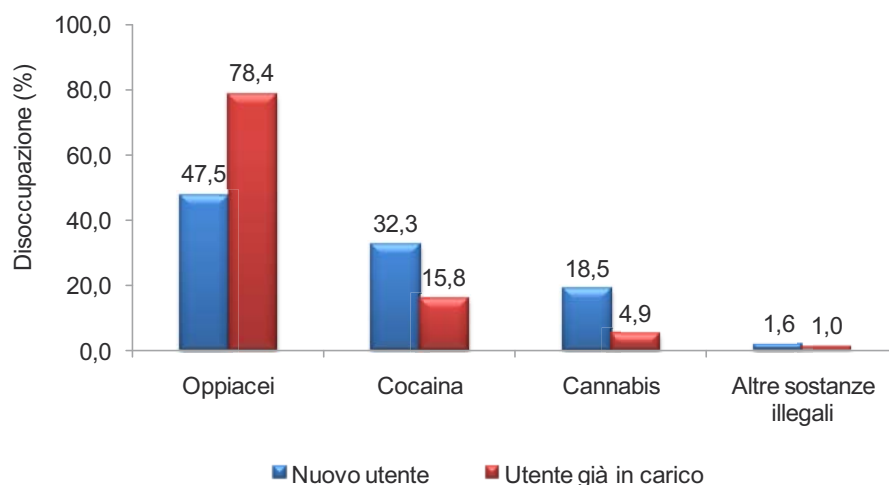
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Riguardo invece l'indice di occupazione, confrontando i due gruppi di utenti, si nota un valore più elevato negli utenti già assistiti (60,3% vs 54,5%), al contrario di coloro che sono ancora impegnati nello studio che tra i nuovi utenti sono pari all'9,1%, mentre tra quelli già in carico ai Ser.T. al 3,4%.

Per quanto riguarda la sostanza di abuso indicata come "primaria", confrontando le percentuali degli utilizzatori di oppiacei tra coloro che sono disoccupati e il collettivo totale, si osserva un valore di poco superiore nel primo gruppo rispetto al secondo (73,9% nei disoccupati vs il 73,5% nel totale); situazione analoga si presenta considerando coloro che sono disoccupati e assumono cocaina, con il 18,2% dei soggetti disoccupati rispetto al 17,2% del totale complessivo. Per quanto riguarda la cannabis si rileva, invece, una percentuale minore in coloro che sono senza occupazione rispetto al campione totale (6,9 % vs 8,5%).

Tra gli utenti disoccupati, sensibili differenze si osservano tra i nuovi utenti consumatori di oppiacei e quelli già noti ai servizi per l'uso di tale sostanza (47,5% vs 78,4%); viceversa, coloro che consumano cocaina e cannabis e sono già noti ai servizi hanno una percentuale nettamente inferiore di quella registrata nei nuovi utenti (rispettivamente -16,6 e -13,6 punti percentuali) (Figura I.3.17).

Figura I.3.17: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Tabella I.3.8: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2010 e 2011

Sostanza	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	2010 ⁽¹⁾	2011 ⁽²⁾	Diff. %	2010 ⁽¹⁾	2011 ⁽²⁾	Diff. %
Oppiacei	47,1	47,5	+0,4	79,1	78,4	-0,7
Cocaina	33,5	32,3	-1,2	14,1	15,8	+1,7
Cannabis	17,0	18,5	+1,5	5,5	4,9	-0,6
Altre sostanze illegali	2,4	1,6	-0,8	1,2	1,0	-0,2

⁽¹⁾ Abruzzo, Liguria, Lombardia, P.A. Trento, Sicilia, Umbria, Veneto

⁽²⁾ Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Aumento dal 2010 del consumo di oppiacei e cannabis tra i nuovi utenti e della cocaina in quelli già in carico

Il campione di soggetti dello studio multicentrico DPA sembra essere caratterizzato da una maggior criticità nel profilo di tossicodipendenza rispetto all'utenza generale. Si osservano infatti proporzioni più elevate di soggetti che consumano la sostanza per via iniettiva (53,5% contro il 49,1% rilevato a livello complessivo), che utilizzano la cocaina come sostanza secondaria (19,4% contro 15,3% sull'utenza in generale) e che assumono l'alcol come sostanza secondaria (7,7% contro 6,3% sull'utenza in generale).

Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 65,3% dei soggetti disoccupati non ha ricevuto un trattamento di tipo farmacologico, ma un supporto esclusivamente psicologico (34,1%) oppure psicologico e sociale (11,2%)

Assenza di fissa dimora

In base allo Studio Multicentrico DPA condotto nel 2012 su dati Ser.T. 2011, è possibile individuare le caratteristiche dei soggetti in carico ai servizi rispetto al luogo di residenza (residenza stabile, residenza in struttura e senza fissa dimora).

Tra i soggetti del campione analizzato, l'88,7% ha dichiarato di avere una residenza stabile contro il 4% che, invece, risulta essere senza fissa dimora. I dati dello studio mostrano inoltre una proporzione maggiore di soggetti senza fissa dimora di sesso maschile rispetto a quello femminile (86 % contro 14%), e di una elevata maggioranza di utenti già in carico rispetto ai nuovi (72% contro 28%).

Una dettagliata analisi rispetto al genere e al tipo di utenza mostra che l'82,9%

Bassa percentuale di utenti Ser.T. senza fissa dimora (4%)

della nuova utenza e l'89,9% di quella già ai Ser.T. hanno una residenza stabile, con percentuale maggiore tra le femmine rispetto ai maschi indipendentemente dal tipo utente. La percentuale dei soggetti che hanno dichiarato di risiedere in struttura (carcere, ospedale, comunità, etc.) è invece più elevata tra i nuovi soggetti rispetto a coloro che sono già in assistenza (10,7% vs 6,6%), analogamente a coloro che risultano senza fissa dimora la cui percentuale è pari al 6,3% tra gli utenti nuovi e 3,4% tra quelli già in carico (Tabella I.4.3).

Tabella I.3.9: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il luogo di residenza, per genere e tipologia di utente. Anno 2011

Luogo di residenza	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Residenza fissa	81,9	88,8	82,9	89,7	91,4	89,9
In struttura *	11,4	7,1	10,7	6,9	4,9	6,6
Senza fissa dimora	6,7	4,1	6,3	3,4	3,7	3,4

* carcere, ospedale, comunità, etc.

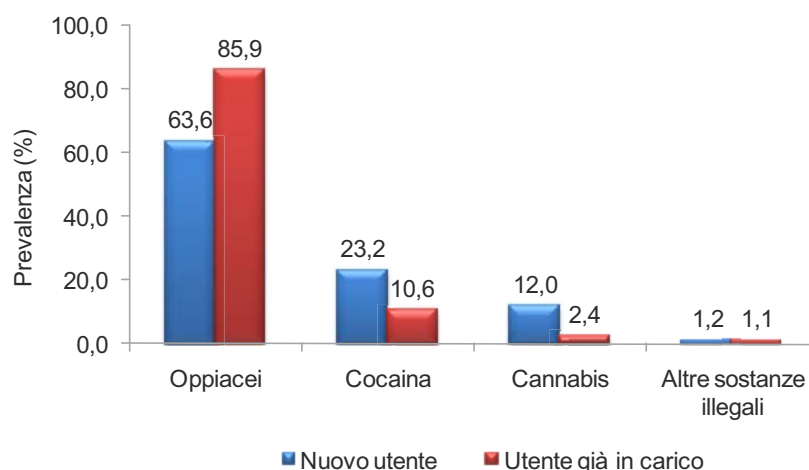
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Rispetto all'utenza Ser.T. complessiva generale, tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una percentuale maggiore di utilizzatori di oppiacei (81,1% contro 73,5%) e una proporzione inferiore di utilizzatori di cocaina (13,3% contro 17,2%) e cannabis (4,5% contro 8,5%).

Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la presa in carico dai Ser.T. degli utilizzatori di oppiacei senza fissa dimora è inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai soggetti già in carico (63,6% contro l'85,9%), viceversa avviene per i consumatori di cocaina (23,2% contro 10,6%) (Figura I.3.18).

In percentuale maggiore sono utilizzatori di oppiacei

Figura I.3.18: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Tabella I.3.10: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2010 e 2011

Sostanza	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	2010	2011	Diff. delle %	2010	2011	Diff. delle %
Oppiacei	61,5	63,6	+2,1	87,9	85,9	-2,0
Cocaina	27,3	23,2	-4,1	8,0	10,6	+2,6
Cannabis	10,5	12,0	+1,5	2,8	2,4	-0,4
Altre sostanze illegali	0,7	1,2	+0,5	1,3	1,1	-0,2

Diminuzione dal 2010 del consumo di cocaina ed aumento degli oppiacei nei nuovi utenti

⁽¹⁾ Abruzzo, Liguria, Lombardia, P.A. Trento, Sicilia, Umbria, Veneto

⁽¹⁾ Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Per quanto riguarda la via di assunzione, nei soggetti senza fissa dimora si riscontra una maggiore percentuale di utenti che assumono la sostanza per via iniettiva rispetto al collettivo del campione (57,2% vs 49,1%); tale percentuale diminuisce se si considerano i soggetti nuovi (34,5%) a fronte di un' elevata percentuale di utenti che fumano/inalano la sostanza (42,2%), e per l'utenza già nota ai servizi (63,3%).

L'aspetto terapeutico dei soggetti senza fissa dimora mostra che il 38,7% degli utenti riceve un trattamento di tipo farmacologico, mentre la restante parte del gruppo in questione riceve supporti esclusivamente di tipo psicologico nel 29,9%, e psicologico e sociale 17,1%.

CAPITOLO I.4.

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

I.4.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

*I.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso
centrale e degli organi dei sensi*

I.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

*I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato
respiratorio*

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2010)

I.4.3. Incidenti stradali droga correlati

*I.4.31 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli
incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.*

I.4.4. Mortalità acuta droga correlata

I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti possono produrre gravi implicazioni e pericolose conseguenze per la salute. Questa sezione è dedicata all'analisi delle principali tipologie di patologie o implicazioni per la salute conseguenti all'assunzione di sostanze illecite, osservate nell'ambito del trattamento dei soggetti che afferiscono ai servizi territoriali, ai presidi ospedalieri o in seguito ad eventi traumatici che comportano invalidità provvisoria o permanente e, nei casi più gravi, il decesso della persona.

Le modalità di assunzione delle sostanze psicoattive e lo, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari, comportano elevati rischi di malattie infettive.

Tale argomento viene trattato nella prima parte del capitolo, attingendo i dati dal flusso informativo inviato dai servizi per le tossicodipendenze al Ministero della Salute, ed in parte dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relativamente ai ricoveri erogati dai presidi ospedalieri riguardanti pazienti con patologie droga correlate.

Una sezione specifica viene dedicata ad altre patologie droga correlate che hanno determinato il ricovero dei soggetti nel triennio 2007-2009 o rilevate nell'ambito del trattamento ambulatoriale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, seguita da un paragrafo riservato agli incidenti stradali con il coinvolgimento di conducenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive, oggetto di specifica pubblicazione dell'ACI e dell'ISTAT.

L'ultima parte del capitolo tratta la mortalità acuta droga correlata, oggetto di rilevazione da parte della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, e la mortalità dei consumatori di sostanze psicoattive conseguente al ricovero dei soggetti nelle strutture ospedaliere.

L'uso di sostanze stupefacenti comporta gravi danni per la salute sia in ambito neuropsichico che internistico/infettivologico

Incidenti stradali alcol e droga correlati

Decessi per effetti acuti

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze.

L'attenzione a livello europeo viene dedicata in particolare agli assuntori di sostanze per via iniettiva (IDU), in relazione all'elevato rischio di incorrere in malattie infettive, HIV ed epatiti virali.

A livello nazionale l'analisi è condotta sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati. I dati dell'utenza in trattamento nei servizi sono stati elaborati sulla base del flusso aggregato fornito dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06. I dati aggregati, tuttavia, non consentono un'analisi dettagliata della diffusione delle malattie infettive tra l'utenza che fa uso iniettivo delle sostanze psicoattive.

Patologie infettive correlate: in forma di HIV, HBV, HCV, TBC, MST

Nota tecnica introduttiva

Si fa riferimento al capitolo I.3.1 per la recente introduzione del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND). In questo anno di passaggio al nuovo sistema il flusso dati, risulta ancora impreciso e a volte incompleto, per evidenti ragioni tecniche che andranno ad essere risolte nel corso del prossimo anno. Nel frattempo però, era necessario predisporre almeno una prima elaborazione dei dati provenienti dalle regioni (utilizzando contemporaneamente i flussi ANN e i flussi SIND) al fine di predisporre una stima dell'andamento delle

malattie infettive che chiaramente risulta preliminare e non definitiva ma comunque orientativa di tale andamento. Queste stime verranno rivalutate a completamento del sistema informativo e ridiscusse collegialmente con le regioni e Province Autonome al fine di ottenere indicazioni utili per il miglioramento e completamento di tale sistema e delle elaborazioni ottenibili. Abbiamo comunque ritenuto importante segnalare che i dati qui rappresentati sono preliminari, rappresentano delle stime e saranno oggetto di ulteriore rivalutazione

Trasmissione dati

In relazione alla nota tecnica introduttiva, gli indicatori sulle malattie infettive (HIV, HBV e HCV) nel 2011, sono stati calcolati utilizzando le informazioni pervenute dal Ministero della Salute mediante i flussi previsti dal D.M. 20 Settembre 1997 e dal D.M. 10 giugno 2010. Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al flusso informativo, come fatto presente per gli utenti in trattamento, non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND o ANN 04, 05 e 06, del Ministero della Salute alla data del 18 maggio 2012. Per alcune Regioni non è stato possibile effettuare l'analisi sulle malattie infettive HIV, HBV e HCV per problemi o di invio parziale del flusso o di mancanza di trasmissione dei flussi. In sintesi, per l'analisi sulle malattie infettive sono pervenuti i flussi di dati:

Trasmissione dati
da parte delle
Regioni e PP.AA

- flusso SIND e dati aggregati ANN 04, 05 e 06: Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto;
- solo flusso SIND: Emilia – Romagna e Lombardia;
- solo flusso ANN 04, 05 e 06: Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana;
- flusso SIND parziali: Piemonte e Lazio; indicatori non calcolabili
- nessun flusso trasmesso: Liguria
- flusso SIND solo per le malattie infettive HBV e HCV: Umbria

Tabella I.4.1: Trasmissione flussi informativi per le dipendenze. Anni 2010 e 2011

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Abruzzo	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Basilicata	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Calabria	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Campania	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Emilia Romagna	flusso informativo SIND	indicatori calcolabili
Friuli Venezia Giulia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Lazio	flusso informativo ANN e SIND	indicatori non calcolabili
Liguria	flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)	indicatori non calcolabili
Lombardia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Marche	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Molise	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Bolzano	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Trento	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Piemonte	flusso informativo SIND parziale	indicatori non calcolabili

continua

continua

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Puglia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Sardegna	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Toscana	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Umbria	flusso informativo SIND parziale	indicatori calcolabili
Valle d'Aosta	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Veneto	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

I.4.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

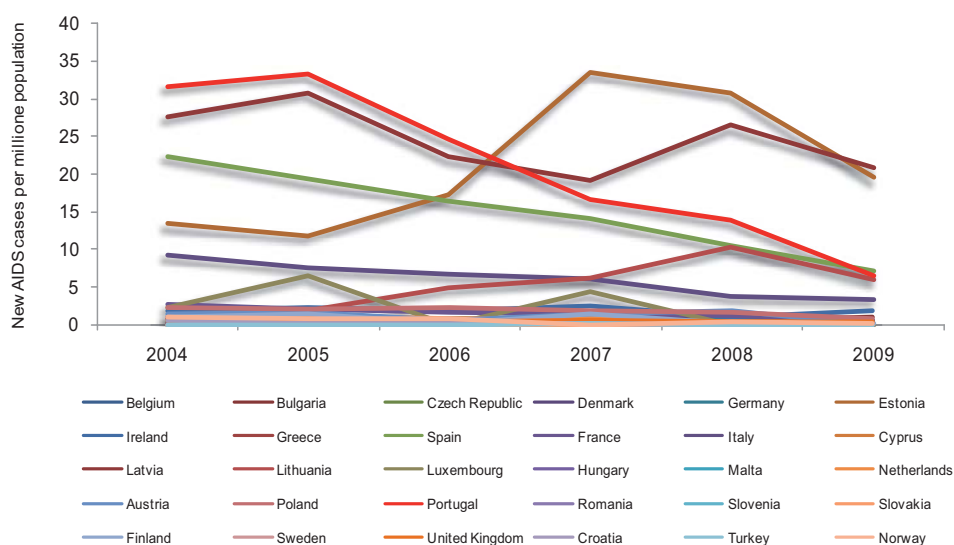
L'incidenza dell'infezione da HIV, diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2009, indica che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione Europea, dopo il picco raggiunto nel 2001 – 2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione universale, di trattamento e di prevenzione delle patologie correlate, comprese le terapie sostitutive e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale, come verificato anche in Italia.

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, e per fornire indicazioni sulla diffusione e sull'efficacia della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART). A livello europeo la presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi può far pensare che molti tossicodipendenti, che abitualmente assumono le sostanze per via iniettiva e sono affetti da HIV, non ricevano la terapia HAART nella fase precoce dell'infezione.

Attualmente, la Lettonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale con 20,8 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2009. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Estonia, Spagna; Portogallo e Lituania; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.4.1).

In forte diminuzione
l'incidenza dei casi
di AIDS nei
tossicodipendenti
italiani

Figura I.4.1: Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stati membri della EU. Anni 1998 - 2009



Fonte: Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

A livello nazionale, l'andamento delle diagnosi per AIDS è monitorato dal Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; dai dati pubblicati è possibile osservare che i casi di AIDS per modalità di trasmissione in Italia hanno subito una certa variazione. In particolare, l'acquisizione per modalità iniettiva, che rappresentava il 62,3% dei casi prima del 1999, nel 2010 si è ridotta al 21,1%, mentre la trasmissione per via sessuale è in progressivo e costante aumento nello stesso periodo temporale (omo/bisessuali da 15,6% a 24,4%; eterosessuali da 15,9% a 45,1%).

Netto calo dei casi di AIDS secondari a uso endovenoso di stupefacenti.

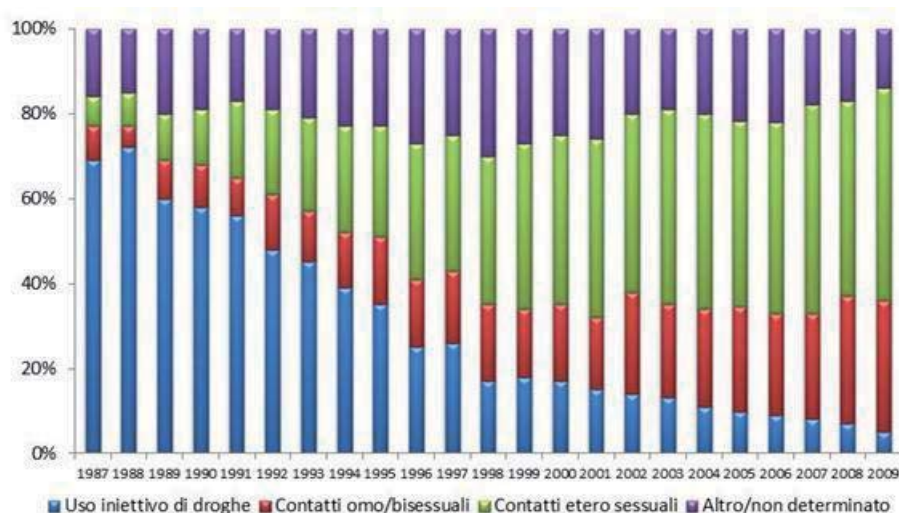
Tabella I.4.2: Andamento dei casi di AIDS diagnosticati per modalità di trasmissione fino al 2010 (valori assoluti e percentuali).

Modalità di trasmissione	Anno di diagnosi								Maschi	Femmine
		<1999	1999-00	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	Totale	
Contatti omo/bisessuali	n.	6.749	729	614	638	618	603	450	10.401	0
	%	15,6	17,9	17,2	19	20,9	22,4	24,4	16,8	0
Uso iniettivo di droghe	n.	27.037	1.662	1.310	1.109	818	664	390	32.990	6.729
	%	62,3	40,8	36,7	33,1	27,7	24,7	21,1	53,3	48,6
Uso iniettivo di droghe - contatti omosessuali	n.	867	21	26	18	23	21	13	989	0
	%	2	0,5	0,7	0,5	0,8	0,8	0,7	1,6	0
Emofilico	n.	319	8	9	3	5	1	0	345	10
	%	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0	0	0,6	0,1
Trasfuso	n.	388	22	8	10	4	4	3	439	190
	%	0,9	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,7	1,4
Contatti eterosessuali	n.	6.888	1.394	1.365	1.347	1.281	1.203	833	14.311	6.190
	%	15,9	34,3	38,3	40,2	43,4	44,8	45,1	23,1	44,7
Altro/non determinato	n.	1.125	233	234	226	202	191	158	2.369	719
	%	2,6	5,7	6,6	6,7	6,8	7,1	8,6	3,8	5,2
Totale	n.	43.373	4.069	3.566	3.351	2.951	2.687	1.847	61.844	13.838

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Anche l'andamento dei nuovi casi di infezione da HIV riporta netto calo per la modalità di acquisizione attraverso l'uso iniettivo di droghe e un aumento dei casi per via sessuale

Figura I.4.2: Andamento dei casi di infezione da HIV diagnosticati per modalità di trasmissione dal 1987 al 2009 (valori percentuali).



Riduzione delle nuove infezioni da HIV per via iniettiva

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Questo fenomeno, noto già tempo, non deve comunque abbassare il livello di guardia e giustificare la riduzione del testing nei soggetti tossicodipendenti in quanto comunque esposti al rischio di infezione per HIV anche per via sessuale.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

I dati presentati in Tabella I.4.2 relativi al test sierologico per HIV evidenziano una tendenza, ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 0,7 punti percentuali (70,2% nel 2010 vs. 69,5% nel 2011), pur considerando il dato 2011 parziale in relazione all'impossibilità di calcolare l'indicatore per le regioni Lazio, Liguria, Piemonte e Umbria.

No testing HIV: 69,5% diminuzione di 0,7 punti percentuali

Tabella I.4.3: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HIV. Anno 2010 e 2011

ANNO 2010								ANNO 2011							
Regioni e PP.A.A.	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Diff.
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽¹⁾ Abruzzo	4.740	177	735	912	19,2	3.828	80,8	5.762	177	781	958	16,6	4.804	83,4	+2,6
⁽¹⁾ Basilicata	1.592	65	430	495	31,1	1.097	68,9	1.695	60	411	471	27,8	1.224	72,2	+3,3
⁽¹⁾ Calabria	4.145	304	1.330	1.634	39,4	2.511	60,6	3.651	189	1.097	1.286	35,2	2.365	64,8	+4,2
⁽¹⁾ Campania	17.878	1.762	6.602	8.364	46,8	9.514	53,2	18.764	1.915	6.951	8.866	47,3	9.898	52,7	-0,5
⁽²⁾ Emilia Romagna	12.498	559	2.342	2.901	23,2	9.597	76,8	13.470	19	7.266	7.285	54,1	6.185	45,9	-30,9

continua

continua

ANNO 2010								ANNO 2011							
Regioni e PP.A.A.	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	335	1.399	1.734	47,2	1.937	52,8	3.371	175	1.208	1.383	41,0	1.988	59,0	+6,2
⁽³⁾ Lazio	15.424	1.332	5.571	6.903	44,8	8.521	55,2	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c
⁽⁴⁾ Liguria	7.262	134	1.001	1.135	15,6	6.127	84,4	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
⁽²⁾ Lombardia	23.625	677	2.320	2.997	12,7	20.628	87,3	20.623	1.378	3.115	4.493	21,8	16.130	78,2	-9,1
⁽¹⁾ Marche	5.679	373	1.947	2.320	40,9	3.359	59,1	4.993	292	1.709	2.001	40,1	2.992	59,9	+0,8
⁽¹⁾ Molise	1.202	181	257	438	36,4	764	63,6	1.148	134	264	398	34,7	750	65,3	+1,7
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	24	24	3,2	736	96,8	755	0	0	0	0,0	755	100	+3,2
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	35	586	621	55,1	506	44,9	1.068	17	593	610	57,1	458	42,9	-2,0
⁽³⁾ Piemonte	11.462	621	4.015	4.636	40,4	6.826	59,6	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	811	4.010	4.821	41,8	6.724	58,2	13.180	810	3.937	4.747	36,0	8.433	64,0	+5,8
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	100	689	789	13,3	5.122	86,7	6.492	224	1.012	1.236	19,0	5.256	81,0	-5,7
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	1.024	2.776	3.800	28,3	9.616	71,7	14.555	750	1.999	2.749	18,9	11.806	81,1	+9,4
⁽¹⁾ Toscana	13.965	377	1.777	2.154	15,4	11.811	84,6	14.314	305	1.617	1.922	13,4	12.392	86,6	+2,0
⁽²⁾ Umbria	3.555	73	574	647	18,2	2.908	81,8	-	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	15	121	136	37,2	230	62,8	358	22	112	134	37,4	224	62,6	-0,2
⁽¹⁾ Veneto	14.333	905	3.585	4.490	31,3	9.843	68,7	14.276	687	3.065	3.752	26,3	10.524	73,7	+5,0
Totale	174.156	9.860	42.091	51.951	29,8	122.20	70,2	138.475	7.154	35.137	42.291	30,5	96.184	69,5	-0,7

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C.=Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)

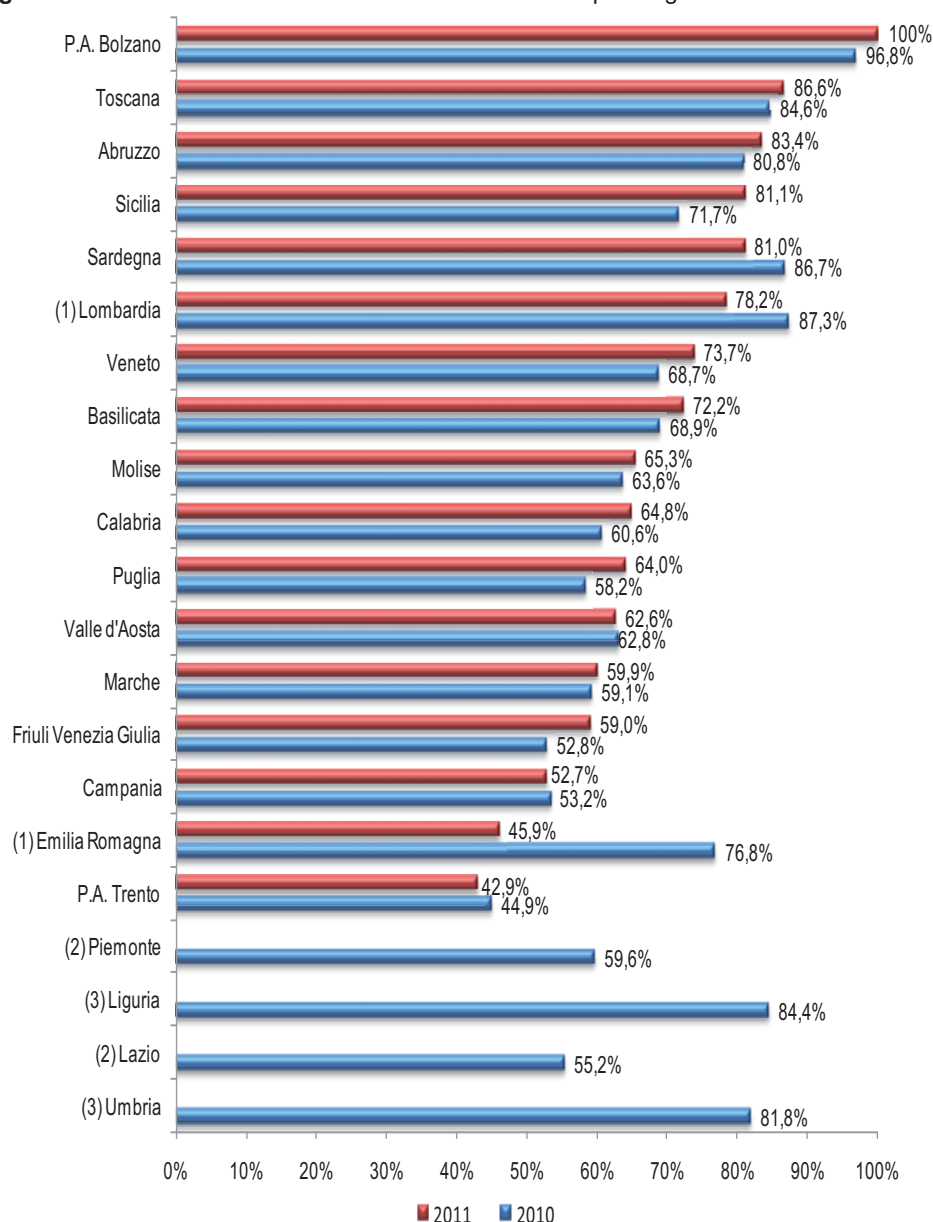
(3) Flusso informativo SID parziale (indicatore non calcolabile)

(4) Flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, la contrazione del numero di soggetti non testati si osserva per la Regione Emilia – Romagna (76,8% nel 2010 vs. 45,9% nel 2011) e per la Lombardia con una diminuzione di 9,1 punti percentuali di utenti non testati (87,3% nel 2010 vs. 78,2% nel 2011). Si osserva, tuttavia, che tale forte tendenza si osserva per le uniche regioni che hanno fornito le informazioni mediante il nuovo flusso informativo SIND.

Figura I.4.3: Percentuale di utenti **Non Testati a test HIV per Regione. Anno 2010 - 2011**



Diminuzione
soggetti non testati:
-30,9 punti
percentuali in
Emilia - Romagna
-9,1 punti
percentuali in
Lombardia

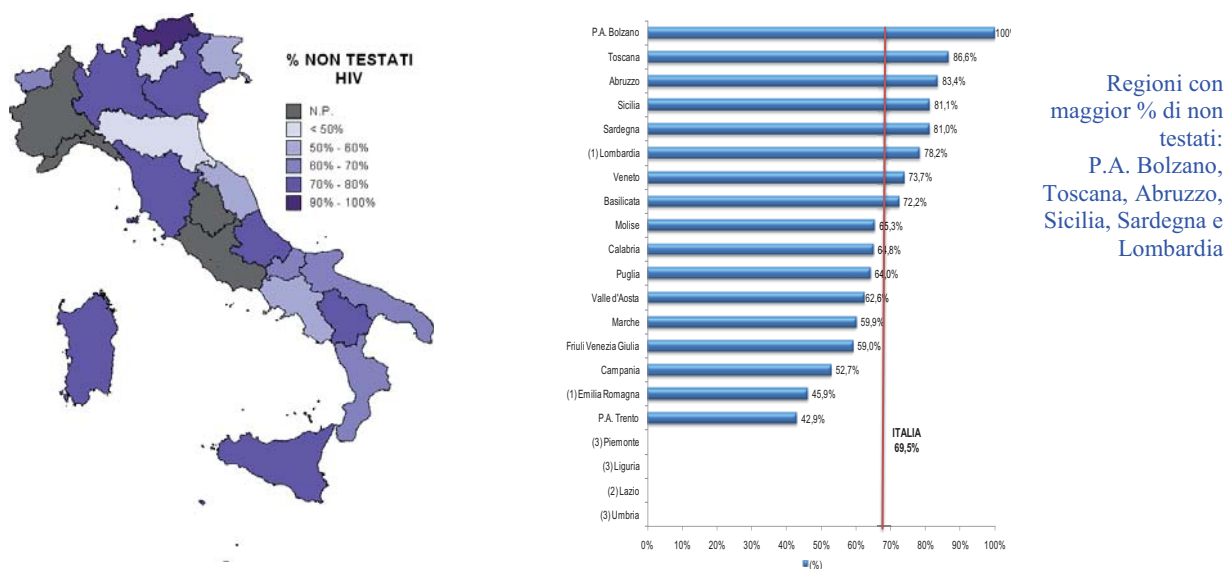
(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Sulla base dei dati pervenuti nel 2011, che hanno consentito di calcolare l'indicatore di % di non testing, la distribuzione regionale evidenzia una maggior tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamento a test per la malattia infettiva HIV, per la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), la Regione Toscana (86,6%), Abruzzo (83,4%), Sicilia, Sardegna (circa l'81,1%) e Lombardia (78,2%) (dato calcolato dal flusso SIND). Per contro, le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere la Provincia Autonoma di Trento (42,9%), la Regione Emilia - Romagna (45,9%) (dato calcolato dal flusso SIND), Campania (52,7%), Friuli Venezia Giulia (59,0%) e Marche (59,9%).

Figura I.4.4: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HIV per Regione. Anno 2011


(1) Flusso informativo SIND

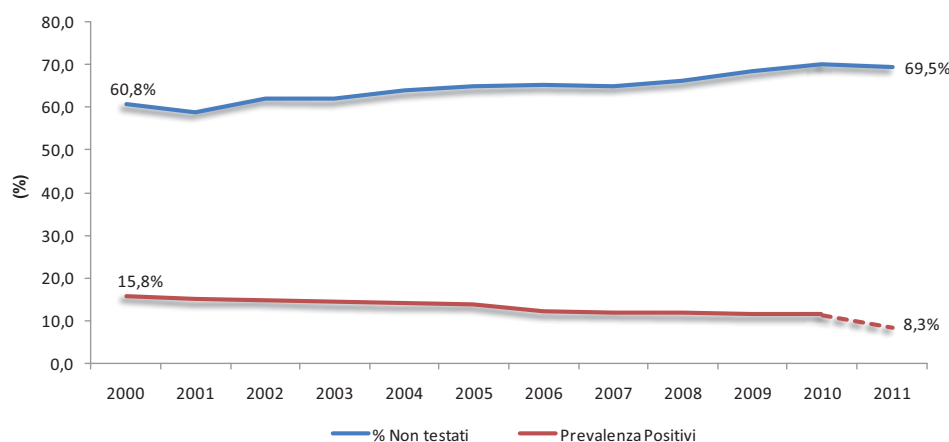
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi dodici anni, relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale dei soggetti non testati è aumentata di 8,4 punti percentuali passando dal 60,8% rilevato nel 2000 al 69,5% osservato nel 2011.

Il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando dal 15,8% circa del 2000 al valore stimato per il 2011 pari all'8,3%; va ricordato che per le regioni Piemonte e Lazio le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, essendo parziali, non hanno reso possibile il calcolo degli indicatori, mentre per le Regioni Umbria e Liguria l'indicatore non è stato calcolato in relazione alla mancata trasmissione dei dati sia tramite flusso SIND che flusso ANN.

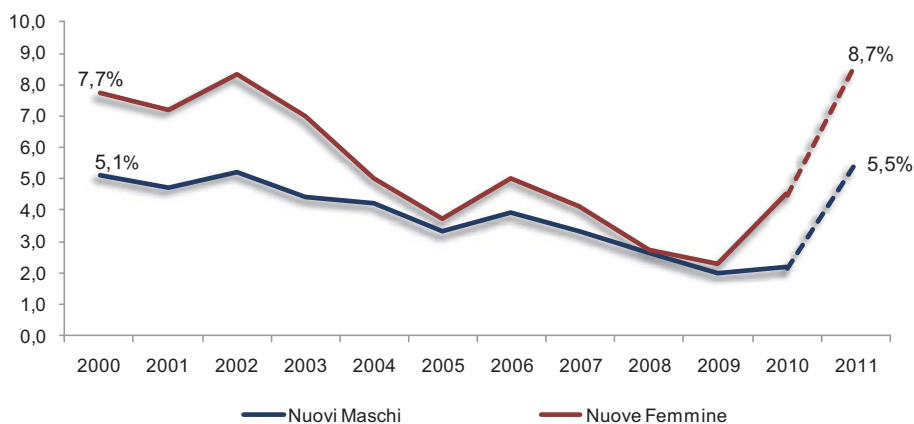
Figura I.4.5: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2011


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

L'andamento della prevalenza HIV positivi osservato dal 2000 ad oggi, evidenzia un aumento stimato di 1 punto percentuale per la nuova utenza femminile (7,7%

nel 2000 vs. 8,7% nel 2011), accompagnato da un aumento meno sensibile dalla nuova utenza maschile (0,4 punti percentuali).

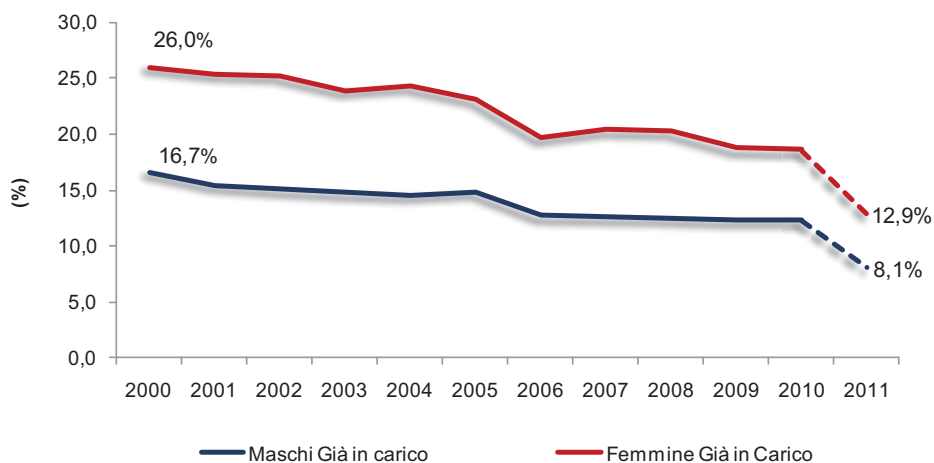
Figura I.4.6: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per quanto riguarda l'utenza già nota ai servizi, si osserva un tendenziale decremento della prevalenza HIV positivi per l'utenza femminile pari ad una stima di circa 14 punti percentuali (26,0 nel 2000 vs. 12,9% nel 2011); se pur in maniera più lieve, anche per l'utenza maschile si rileva lo stesso andamento con una tendenziale contrazione stimata in 8,6 punti percentuali (16,7% nel 2000 vs. 8,1% nel 2011).

Figura I.4.7: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



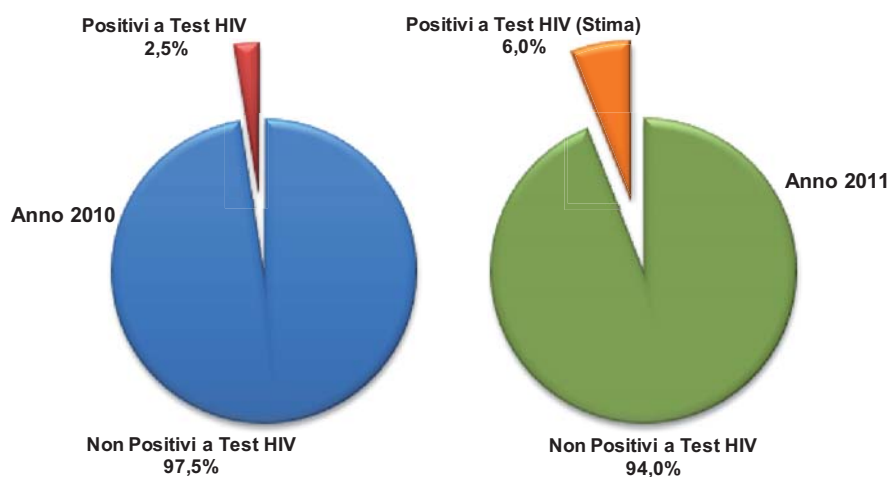
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Nel complesso quindi, anche nel 2011, come già osservato nel 2010, viene confermata la tendenza all'aumento di nuovi utenti HIV positivi a fronte di una tendenza alla diminuzione tra l'utenza già nota ai servizi.

Tabella I.4.4: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

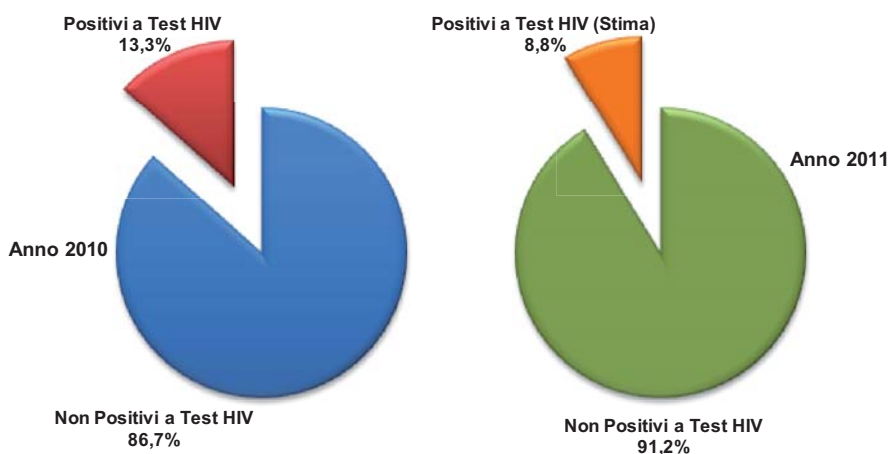
Prevalenza di positivi a test HIV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	2,2	5,5	3,3
Femmine	4,5	8,7	4,2
Totale	2,5	6,0	3,5
Utenti Già in carico			
Maschi	12,3	8,1	-4,2
Femmine	18,6	12,9	-5,7
Totale	13,3	8,8	-4,5
Totale			
Maschi	10,6	7,7	-2,9
Femmine	16,4	12,2	-4,2
Totale	11,5	8,3	-3,2

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.8: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011


Prevalenza di Nuovi Utenti:
2010: 2,5%
Stima 2011: 6,0%

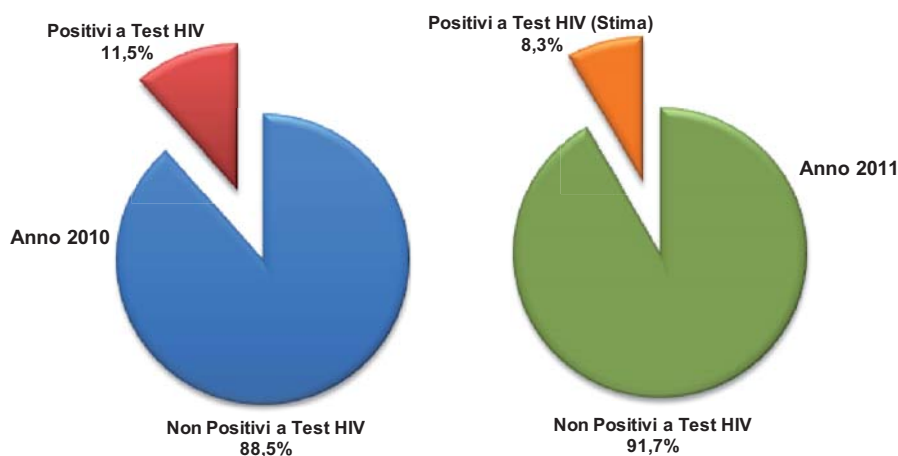
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.9: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011


Prevalenza di Utenti già in carico:
2010: 13,3%
Stima 2011: 8,8%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

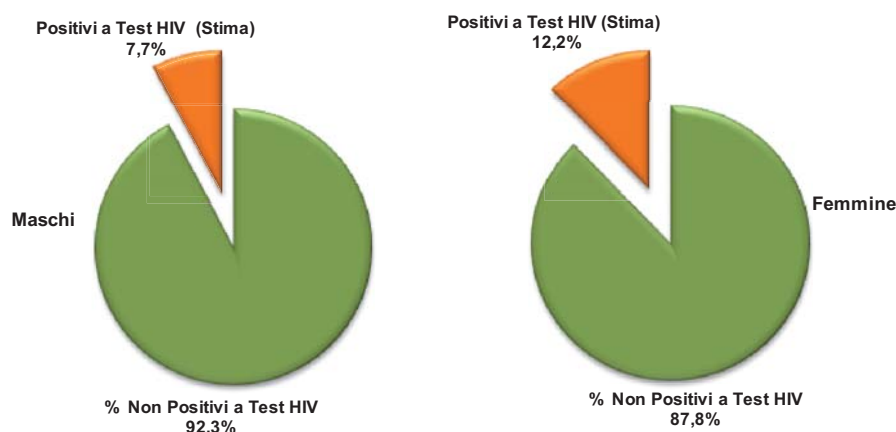
Figura I.4.10: Prevalenza su Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza Utenti
(Nuovi e Già in
carico):
2010: 11,5%
Stima 2011: 8,3%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

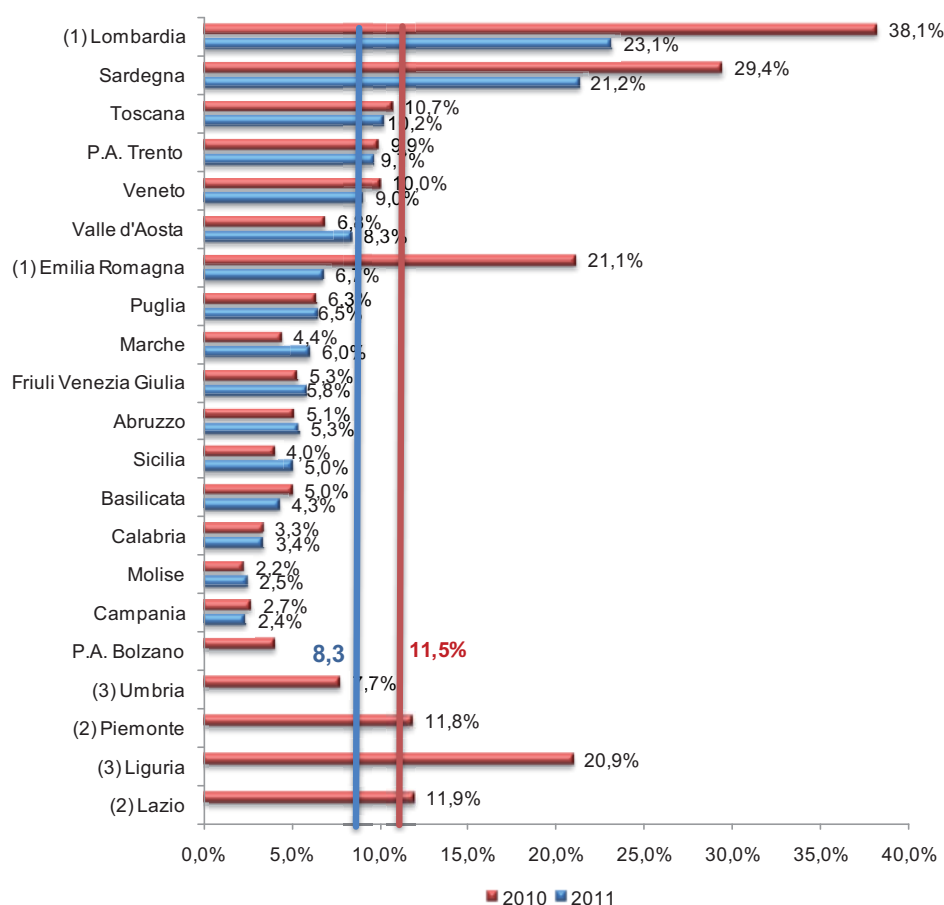
Figura I.4.11: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011



Prevalenza Utenti
(Nuovi e Già in
carico):
Stima 2011-Maschi
: 7,7%
Stima 2011-
Femmine: 12,2%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Le distribuzioni delle prevalenze di sieropositivi 2010 e 2011 per Regione evidenzia una sensibile contrazione non solo in corrispondenza delle Regioni che hanno trasmesso i dati con il flusso SIND, anche per la Regione Sardegna (29,4% nel 2010 vs. 21,2% nel 2011) e con valori più contenuti anche per le Regioni Toscana (10,7% nel 2010 vs. 10,2% nel 2011), Provincia Autonoma Trento (9,9% nel 2010 vs. 9,7% nel 2011), Veneto (10,0% nel 2010 vs. 9,0% nel 2011) e Campania (2,7% nel 2010 vs. 2,4% nel 2011).

Figura I.4.12: Prevalenza utenti HIV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011


Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2011: Lombardia, Sardegna, Toscana, P.A. Trento e Veneto

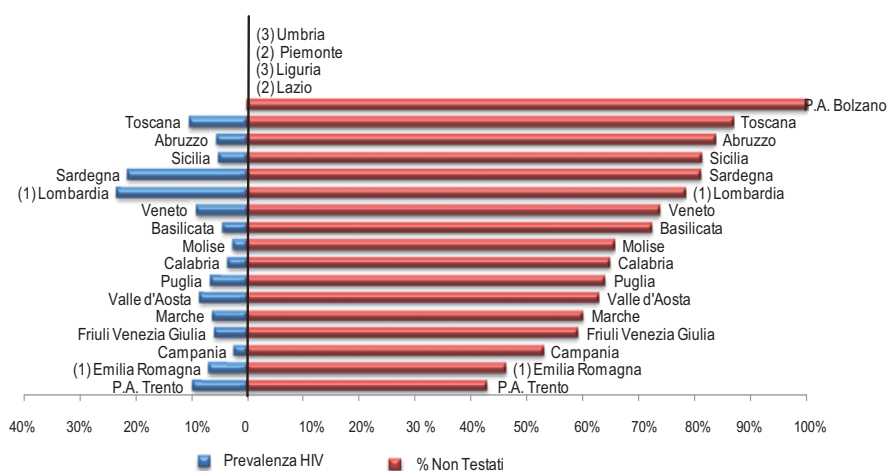
Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2010: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Lazio

(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.13: Percentuale di utenti Non testati e Prevalenza di utenti HIV positivi. Anno 2011


Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti non testati

(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono 5,6% (pari a 1.348 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

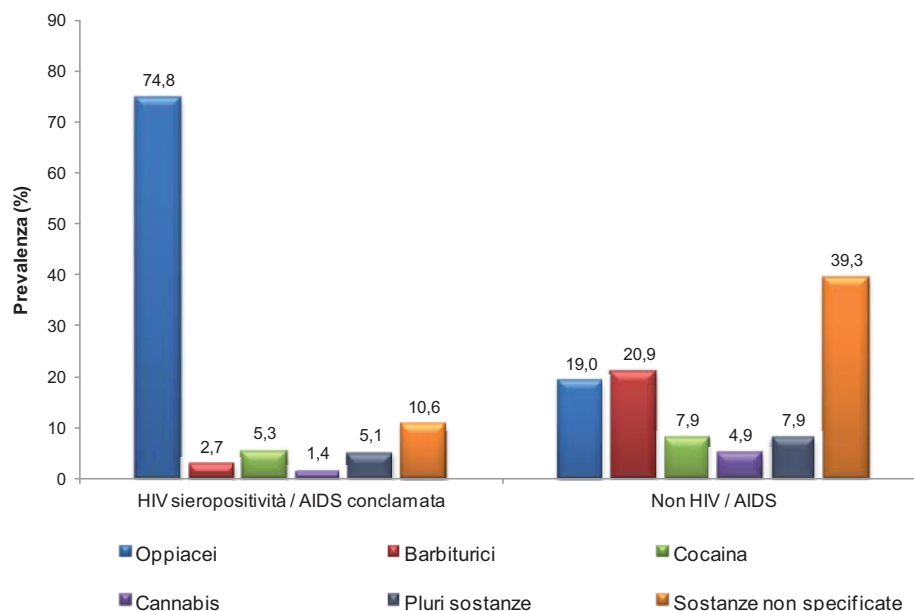
In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2010, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (75,5% vs 25%,5 delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1,2% vs il 11,5%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa il 53,6% vs 65,4%) e di situazioni di regime ordinario (circa 83,9% vs 92%).

AIDS e infezioni da HIV

Meno urgenze più ricoveri ordinari

Figura I.4.14: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



il binomio uso iniettivo di eroina/HIV

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.14) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (74,8% vs il 22,3%);

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto all'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri della EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Per il 2004 - 2009, 4 dei 13 paesi che hanno fornito dati sugli Injecting Drug User (IDU) hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 5%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Anche relativamente alla presenza da epatite B, come per l'HIV, si osserva una tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamenti a test sierologico HBV. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono aumentati di 0,8 punti percentuali (78,1% nel 2010 vs. 78,9% nel 2011).

No testing HBV:
78,9% aumento di
0,8 punti
percentuali

Tabella I.4.5: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HBV. Anno 2010 e 2011

ANNO 2010								ANNO 2011							
Regioni e P.P.A.A.	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Diff.
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽¹⁾ Abruzzo	4.740	192	664	856	18,1	3.884	81,9	5.762	163	261	424	7,4	5.338	92,6	+10,7
⁽¹⁾ Basilicata	1.592	95	362	457	28,7	1.135	71,3	1.695	58	286	344	20,3	1.351	79,7	+8,4
⁽¹⁾ Calabria	4.145	324	861	1.185	28,6	2.960	71,4	3.651	292	675	967	26,5	2.684	73,5	+2,1
⁽¹⁾ Campania	17.878	1.942	5.982	7.924	44,3	9.954	55,7	18.764	2.089	5.407	7.496	39,9	11.268	60,1	+4,4
⁽²⁾ Emilia Romagna	12.498	602	1.343	1.945	15,6	10.553	84,4	13.470	382	3.906	4.288	31,8	9.182	68,2	-16,2
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	316	433	749	20,4	2.922	79,6	3.371	247	394	641	19,0	2.730	81,0	+1,4
⁽²⁾ Lazio	15.424	1.452	2.898	4.350	28,2	11.074	71,8	n.c.	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c
⁽³⁾ Liguria	7.262	208	615	823	11,3	6.439	88,7	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
⁽²⁾ Lombardia	23.625	809	1.518	2.327	9,8	21.298	90,2	20.623	886	1.861	2.747	13,3	17.876	86,7	-3,5
⁽¹⁾ Marche	5.679	399	1.264	1.663	29,3	4.016	70,7	4.993	323	1.193	1.516	30,4	3.477	69,6	-1,1
⁽¹⁾ Molise	1.202	193	292	485	40,3	717	59,7	1.148	143	113	256	22,3	892	77,7	+18,0
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	18	18	2,4	742	97,6	755	0	0	0	0,0	755	100	+2,4
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	37	320	357	31,7	770	68,3	1.068	14	317	331	31,0	737	69,0	+0,7
⁽³⁾ Piemonte	11.462	853	1.677	2.530	22,1	8.932	77,9	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	872	3.259	4.131	35,8	7.414	64,2	13.180	853	3.022	3.875	29,4	9.305	70,6	+6,4
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	104	419	523	8,8	5.388	91,2	6.492	276	625	901	13,9	5.591	86,1	-5,1
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	994	1.657	2.651	19,8	10.765	80,2	14.555	896	1.072	1.968	13,5	12.587	86,5	+6,3
⁽¹⁾ Toscana	13.965	448	961	1.409	10,1	12.556	89,9	14.314	379	752	1.131	7,9	13.183	92,1	+2,2
⁽²⁾ Umbria	3.555	122	364	486	13,7	3.069	86,3	2.556	18	228	246	9,6	2.310	90,4	+4,1
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	20	63	83	22,7	283	77,3	358	22	72	94	26,3	264	73,7	-3,6
⁽¹⁾ Veneto	14.333	1.134	2.085	3.219	22,5	11.114	77,5	14.276	807	1.695	2.502	17,5	11.774	82,5	+5,0
Totale	174.156	11.116	27.055	38.171	21,9	135.985	78,1	141.031	7.848	21.879	29.727	21,1	111.304	78,9	+0,8

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C.=Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

(2) Flusso SIND

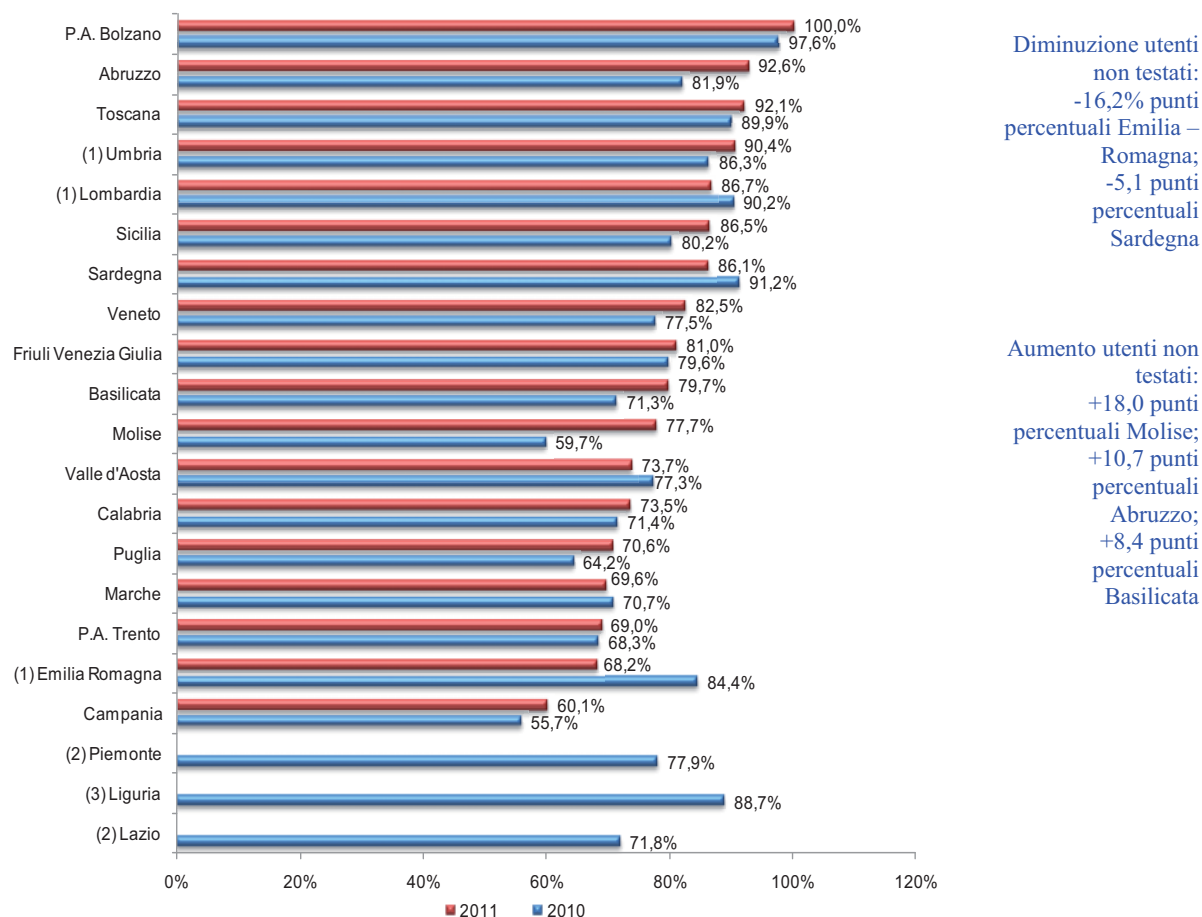
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e P.P.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione pari a 16,2 punti percentuali dei soggetti non testati per la Regione Emilia – Romagna (84,4% nel 2010 vs. 68,2% nel 2011), segue la Sardegna con una diminuzione di 5,1 punti percentuali di utenti non testati (92,1% nel 2010 vs. 86,1% nel 2011 ed

infine l'Umbria con un decremento di 1,1 punti percentuali (70,7% nel 2010 vs. 69,6% nel 2011). Per contro, le regioni che hanno un aumento di soggetti non testati all'epatite B sono il Molise con un incremento di soggetti non testati pari a 18 punti percentuali (59,7% nel 2010 vs. 77,7% nel 2011), l'Abruzzo con un aumento di 10,7 punti percentuali (81,9% nel 2010 vs. 92,6% nel 2011) e la Regione Basilicata con un aumento di 8,4 punti percentuali (71,3% nel 2010 vs. 79,7% nel 2011).

Figura I.4.15: Percentuale di utenti **Non testati** nell'anno di riferimento, per Regione. Anni 2010 e 2011



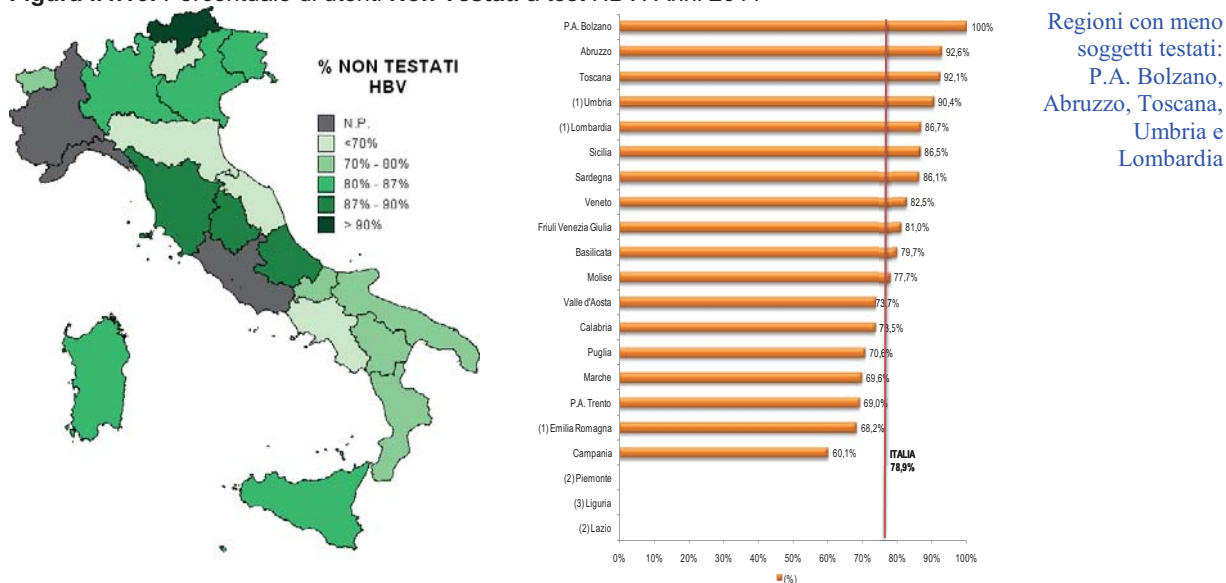
(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La distribuzione a livello territoriale delle percentuali di No testing evidenzia che, le regioni con maggior tendenza a tale comportamento, sono la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), l'Abruzzo (92,6%), la Toscana (92,1%), l'Umbria (90,4%) e la Lombardia (86,7%). Per contro le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere, la Campania (60,1%), l'Emilia Romagna (68,2%) e la Provincia Autonoma di Trento (69,0%).

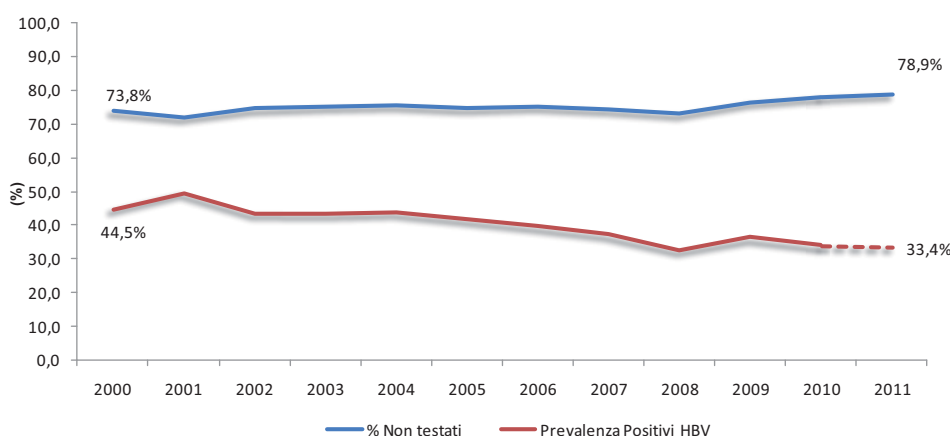
Figura I.4.16: Percentuale di utenti Non Testati a test HBV. Anni 2011


Regioni con meno
soggetti testati:
P.A. Bolzano,
Abruzzo, Toscana,
Umbria e
Lombardia

- (1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi 12 anni, la percentuale di soggetti non testati è aumentato di circa 5 punti percentuali (73,8% nel 2000 vs. stima del 78,9% nel 2011). Per quanto riguarda il tasso di prevalenza di positivi dell'epatite B nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto di circa 11 punti percentuali (44,5% nel 2000 vs. stima del 33,4% nel 2011).

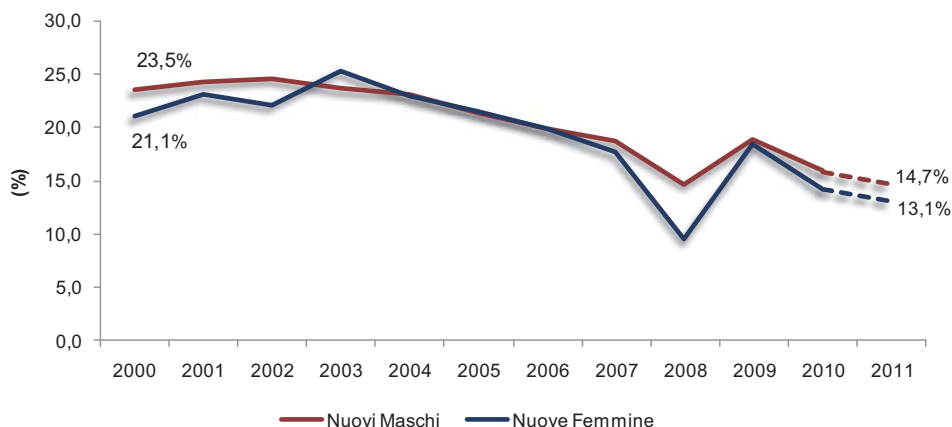
Figura I.4.17: Percentuale dei soggetti Non testati e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2011


Aumento di circa 5
punti percentuali No
testing

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Gli andamenti della prevalenza di positivi della nuova utenza per genere non evidenzia tendenze differenti con decrementi per i nuovi utenti maschi dal 23% del 2000 al 14,7% del 2011 e per la nuova utenza femminile dal 21% del 2000 al valore stimato del 13,6% nel 2011.

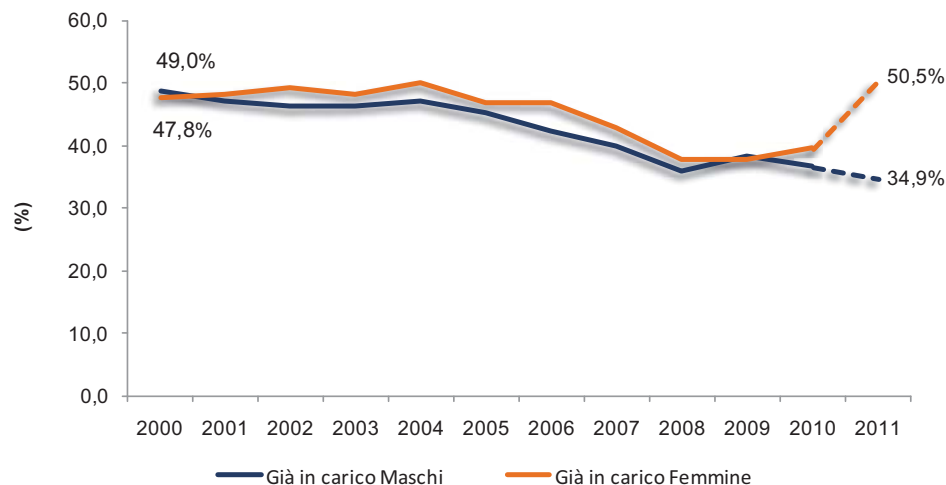
Figura I.4.18: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per gli utenti già noti ai servizi, la prevalenza di maschi positivi dal 2000 diminuisce di circa 14 punti percentuali (49,0% nel 2000 vs. stima del 34,9 % nel 2011). In controtendenza invece, la prevalenza di positivi per il genere femminile che dal 2000 al 2011 indica un aumento di 2,7 punti percentuali (47,8% nel 2000 vs. stima del 50,5% nel 2011).

Figura I.4.19: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

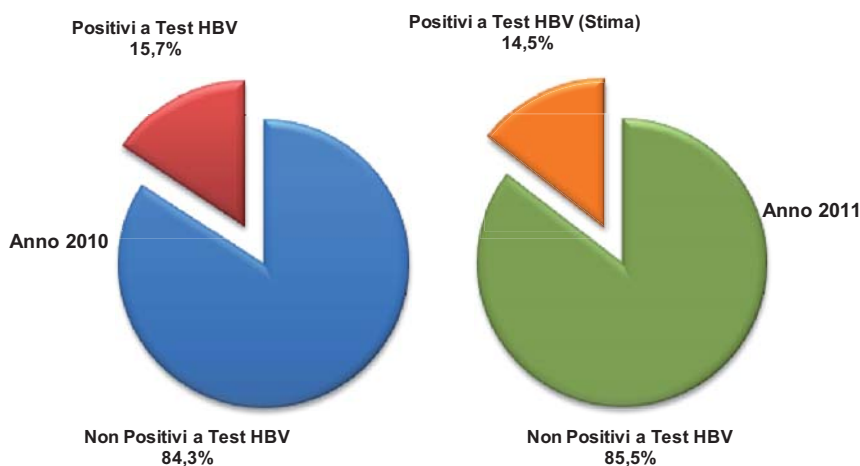
In generale l'85,9% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2011, è di genere maschile; il restante 14,1% è di genere femminile. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuale di positivi HBV diminuisce di circa 0,6 punti percentuale (37,1% nel 2010 vs. stima del 36,5% nel 2011), sebbene gli andamenti per genere siano differenziati e in controtendenza; la prevalenza complessiva di HBV positivi diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

Tabella I.4.6: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

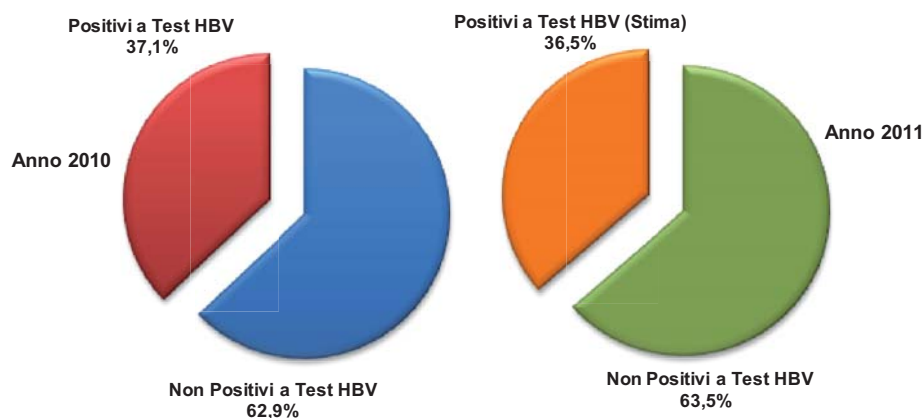
Prevalenza di positivi a test HBV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	15,9	14,7	-1,2
Femmine	14,3	13,1	-1,2
Totale	15,7	14,5	-1,2
Utenti Già in carico			
Maschi	36,8	34,9	-1,9
Femmine	39,7	50,5	10,8
Totale	37,1	36,5	-0,6
Totale			
Maschi	33,6	32,1	-1,5
Femmine	35,8	43,9	8,1
Totale	33,9	33,4	-0,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.20: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011


Prevalenza di Nuovi
Utenti:
2010: 15,7%
Stima 2011: 14,5%

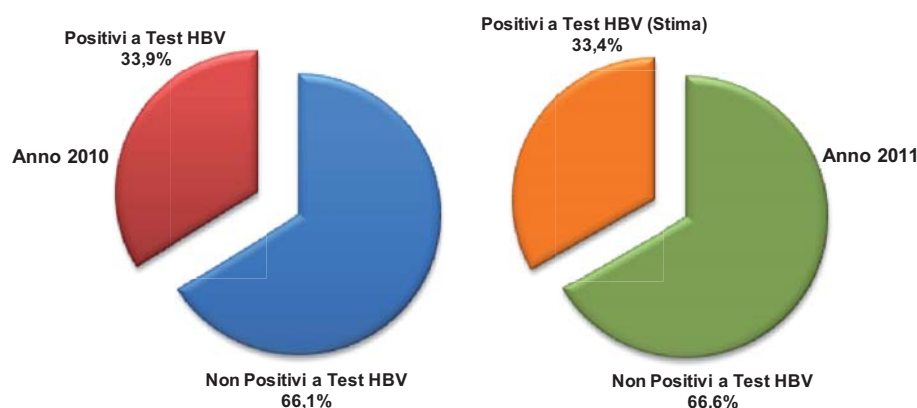
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.21: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011


Prevalenza di Utenti
già in carico:
2010: 37,1%
Stima 2011: 36,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

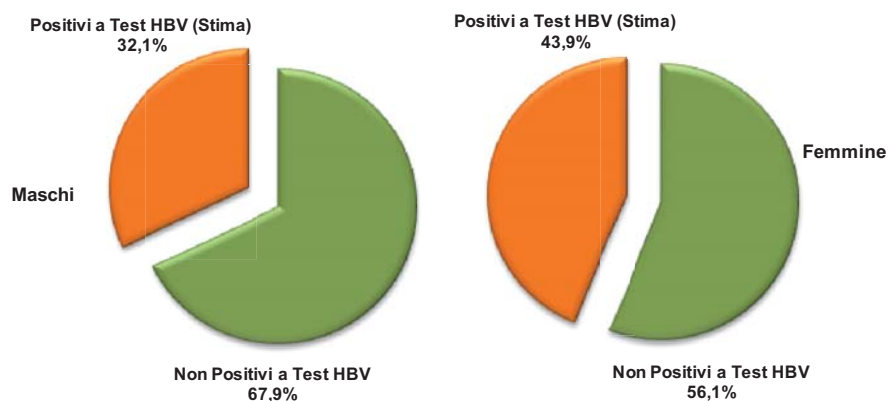
Figura I.4.22: Prevalenza su Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Utenti
già in carico:
2010: 33,9%
Stima 2011: 33,4%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

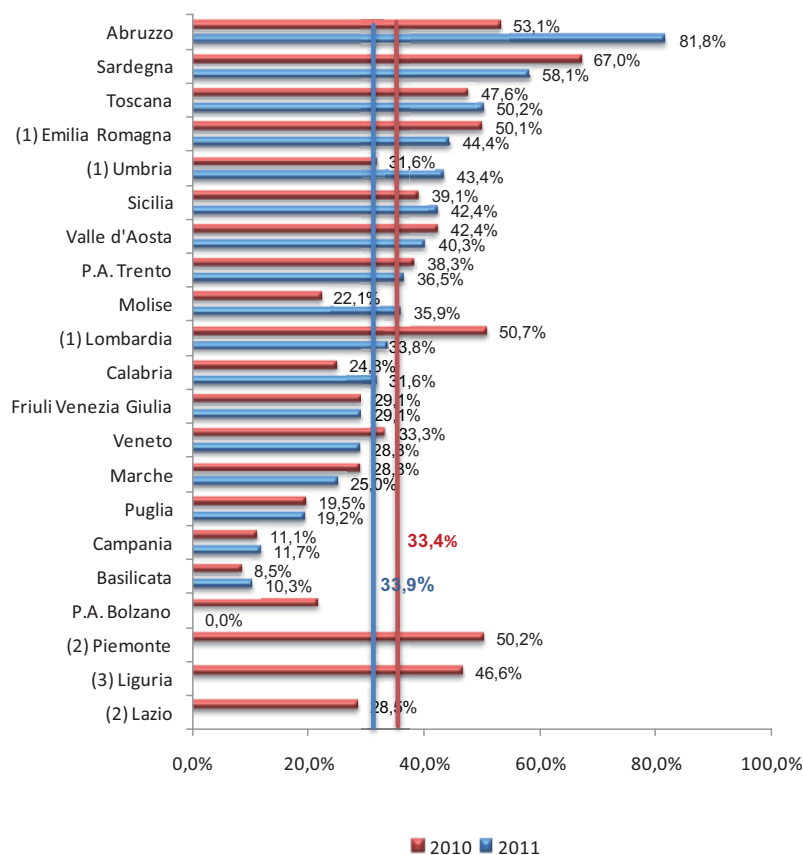
Figura I.4.23: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HBV per genere. Anno 2011



Prevalenza Utenti
(Nuovi e Già in
carico):
Stima 2011-Maschi
: 32,1%
Stima 2011:-
Femmine 43,9%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La distribuzione della prevalenza di utenti HBV positivi per Regione evidenzia una sensibile contrazione per la Regione Lombardia 16,9 punti percentuali (50,7% nel 2010 vs. 33,8% nel 2011), a fronte di un altrettanto sensibile aumento per la Regione Abruzzo (81,8%). Una diminuzione più contenuta della prevalenza di HBV positivi si osserva per le Regioni Sardegna con una diminuzione pari a 8,9 punti percentuali (67,0% nel 2010 vs. stima del 58,1% nel 2011) e la regione Emilia – Romagna, con una diminuzione di 5,7 punti percentuali (50,1% nel 2010 vs. stima del 44,4% nel 2011).

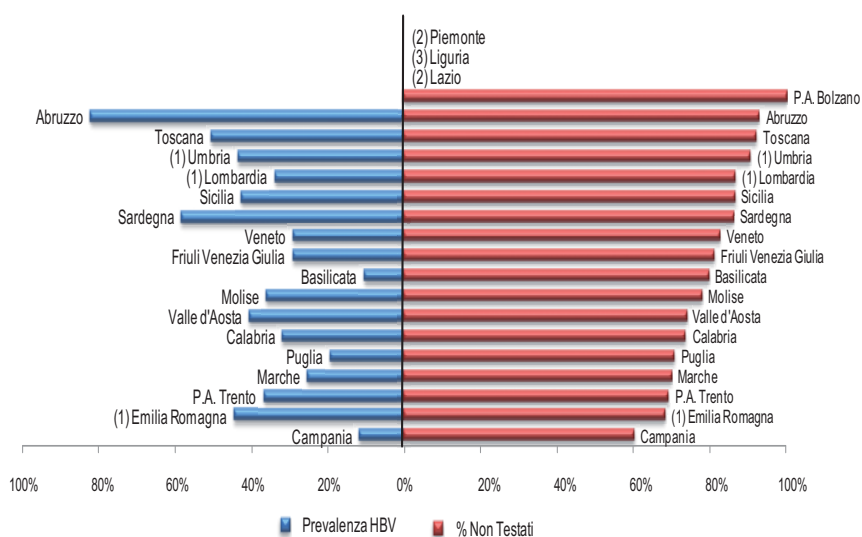
Figura I.4.24: Prevalenza utenti HBV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011


(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.25: Percentuale di utenti Non testati e Prevalenza di utenti HBV positivi. Anno 2011


Relazione tra
prevalenza HBV e
% utenti non testati

(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

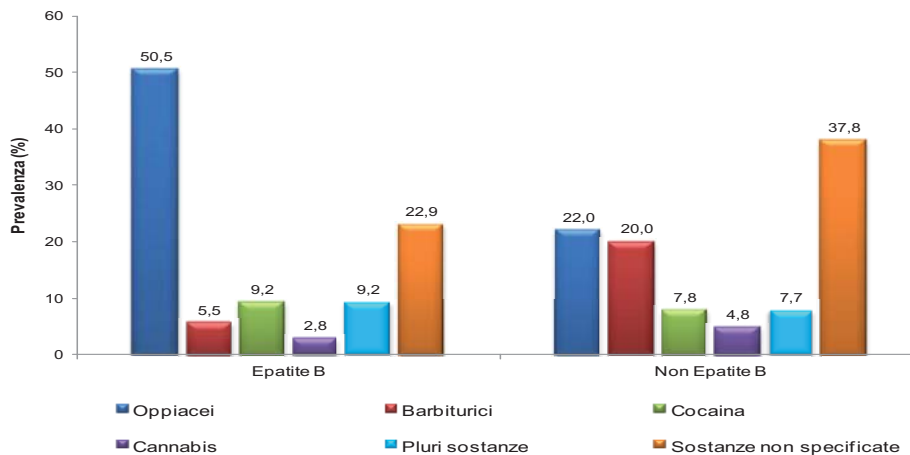
Nel 2010, tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 109 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.

Maggiore variabilità si osserva nel corso del triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HBV sintomatica o asintomatica, in relazione alla quota di ricoveri di soggetti di genere maschile (85,6% nel 2008, 78,1% nel 2009 e 81,7% nel 2010). Anche in questo caso, come detto sopra, più elevata (78% vs 45%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.26) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (50,5% contro 22,1%), in forte analogia con la presenza di sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

Riduzione dei ricoveri per epatite B

Figura I.4.26: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell'HCV osservati tra i diversi paesi europei e all'interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze intrinseche ai territori, sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2008-2009 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 22% all'91%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Come per i precedenti test sierologici, anche per l'HCV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus sia ai soggetti non testati nell'anno. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 3 punti percentuali (88,9% nel 2010 vs. 83,4% nel 2011).

No testing HCV:
83,4% diminuzione
di 3 punti
percentuali

Tabella I.4.7: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HCV. Anno 2010 e 2011

ANNO 2010								ANNO 2011							
Regioni e PP.A.A.	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale		N	%		N.U.	G.C.	Totale		N	%	
				N	%						N	%			
⁽¹⁾ Abruzzo	4.740	183	341	524	11,1	4.216	88,9	5.762	177	388	565	9,8	5.197	90,2	-1,3
⁽¹⁾ Basilicata	1.592	75	226	301	18,9	1.291	81,1	1.695	61	231	292	17,2	1.403	82,8	-1,7
⁽¹⁾ Calabria	4.145	320	823	1.143	27,6	3.002	72,4	3.651	198	746	944	25,9	2.707	74,1	-1,7
⁽¹⁾ Campania	17.878	1.792	4.658	6.450	36,1	11.428	63,9	18.764	2.339	4.554	6.893	36,7	11.871	63,3	+0,6
⁽²⁾ Emilia Romagna	12.498	574	1.059	1.633	13,1	10.865	86,9	13.470	172	1.306	1.478	11,0	11.992	89,0	-2,1
⁽¹⁾ F.V.G.	3.671	302	505	807	22,0	2.864	78,0	3.371	147	330	477	14,2	2.894	85,8	-7,8
⁽³⁾ Lazio	15.424	1.412	2.904	4.316	28,0	11.108	72,0	n.c.	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c.
Liguria	7.262	199	558	757	10,4	6.505	89,6	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p.
⁽²⁾ Lombardia	23.625	1.536	2.186	3.722	15,8	19.903	84,2	20.623	592	1.256	1.848	9,0	18.775	91,0	-6,8
⁽¹⁾ Marche	5.679	364	1.221	1.585	27,9	4.094	72,1	4.993	250	957	1.207	24,2	3.786	75,8	-3,7
⁽¹⁾ Molise	1.202	186	108	294	24,5	908	75,5	1.148	135	141	276	24,0	872	76,0	-0,5
⁽¹⁾ P.A. Bolzano	760	0	0	0	0,0	760	100	755	0	0	0	0,0	755	100	0,0
⁽¹⁾ P.A. Trento	1.127	38	282	320	28,4	807	71,6	1.068	22	276	298	27,9	770	72,1	-0,5
⁽³⁾ Piemonte	11.462	683	1.509	2.192	19,1	9.270	80,9	n.c.	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c.
⁽¹⁾ Puglia	11.545	893	1.927	2.820	24,4	8.725	75,6	13.180	833	1.903	2.736	20,8	10.444	79,2	-3,6
⁽¹⁾ Sardegna	5.911	100	345	445	7,5	5.466	92,5	6.492	227	482	709	10,9	5.783	89,1	3,4
⁽¹⁾ Sicilia	13.416	884	1.440	2.324	17,3	11.092	82,7	14.555	855	1.199	2.054	14,1	12.501	85,9	-3,2
⁽¹⁾ Toscana	13.965	397	1.026	1.423	10,2	12.542	89,8	14.314	342	1.059	1.401	9,8	12.913	90,2	-0,4
⁽²⁾ Umbria	3.555	84	352	436	12,3	3.119	87,7	2.556	11	114	125	4,9	2.431	95,1	-7,4
⁽¹⁾ Valle d'Aosta	366	22	124	146	39,9	220	60,1	358	22	14	36	10,1	322	89,9	-29,8
⁽¹⁾ Veneto	14.333	925	1.536	2.461	17,2	11.872	82,8	14.276	736	1.320	2.056	14,4	12.220	85,6	-2,8
Totale	174.156	10.969	23.130	34.099	19,6	140.057	88,9	141.031	7.119	16.276	23.395	16,6	117.636	83,4	-3,0

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto

n.c.= non calcolabile

U.C.= Utenti in carico

N.U.= Nuovi Utenti

G.C.=Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

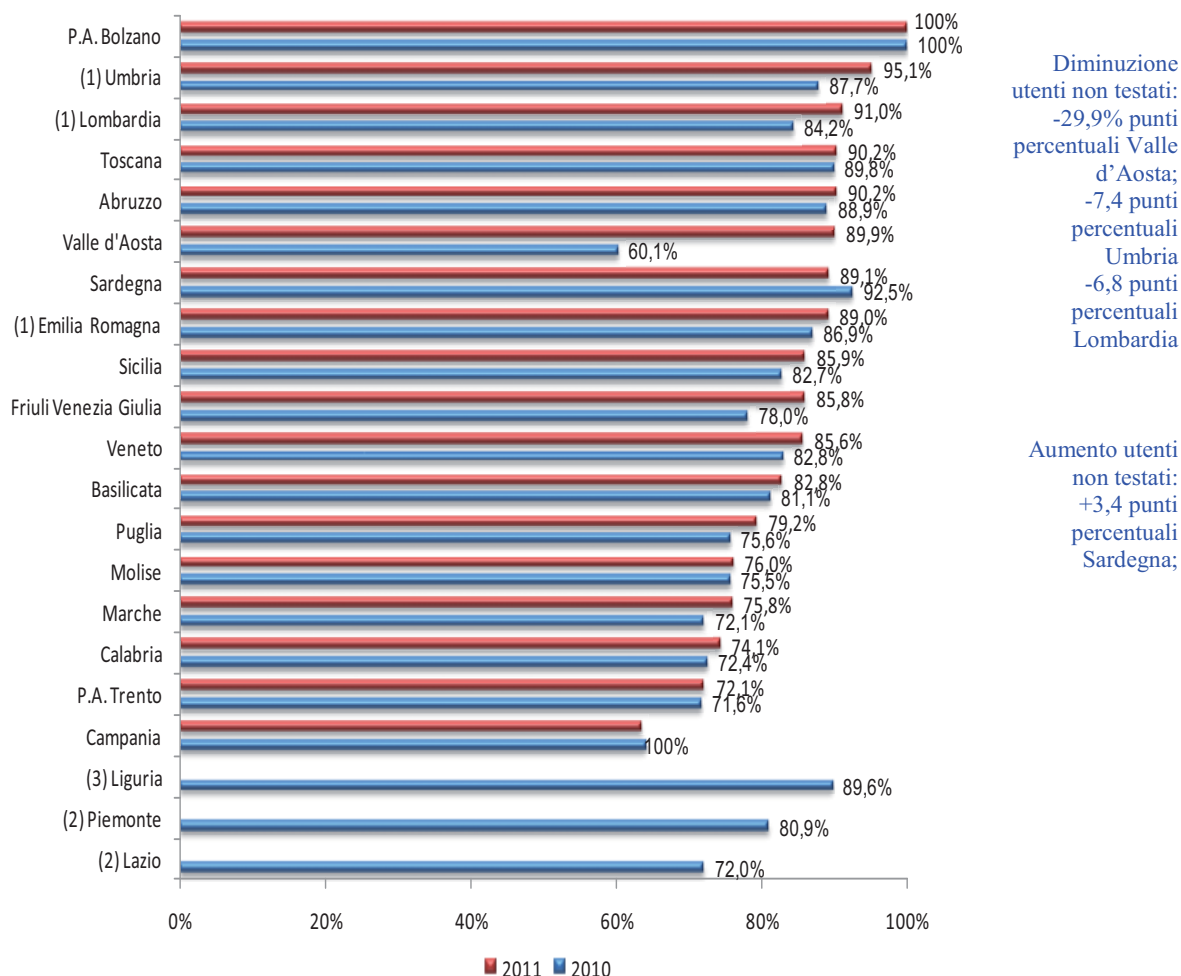
(2) Flusso SIND (Archivio esami più Monitoraggio HIV)

(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione dei soggetti non testati per la Valle d'Aosta (60,1% nel 2010 vs. 89,9 nel 2011), per l'Umbria con una diminuzione di 7,4 punti percentuali di utenti non testati (87,7% nel 2010 vs. 95,1% nel 2011) ed infine per la Lombardia, dove la diminuzione stimata risulta di 6,8 punti percentuali (84,2% nel 2010 vs. 91,0%). Per contro, la regione che ha un aumento significativo di soggetti non testati all'epatite C è la Sardegna con un aumento di 3,4 punti percentuali (92,5% nel 2010 vs. 89,1% nel 2011).

Figura I.4.27: Percentuale di utenti **Non testati a test HCV per Regione. Anni 2010 e 2011**



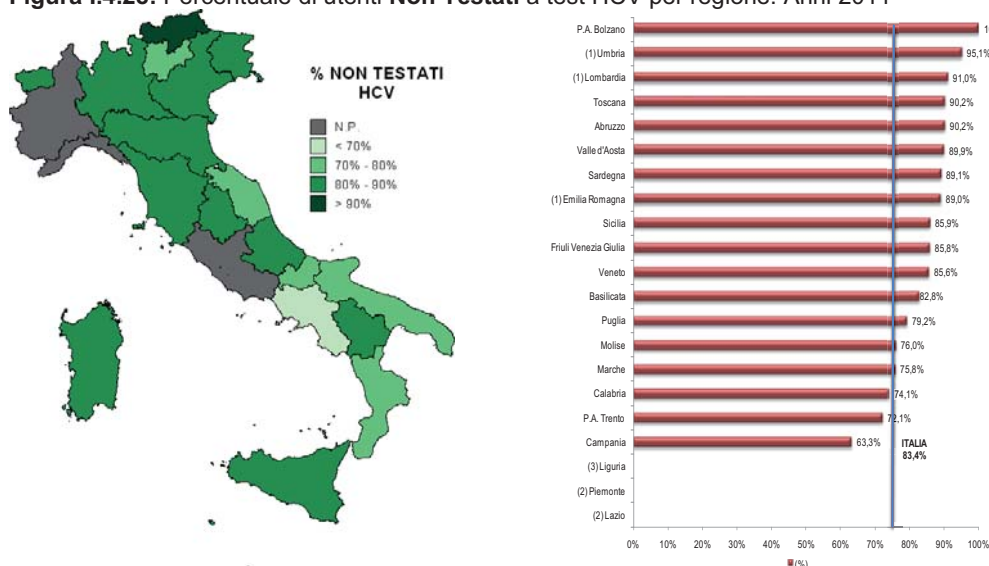
(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Le percentuali di non testing per il 2011 risultano molto elevate nella Provincia Autonoma di Bolzano (100%), in Umbria (95,1%), in Lombardia (91,0%), in Toscana, in Abruzzo e in Valle d'Aosta (90,2%). Per contro, le regioni che hanno testato di più nel 2011 sono la Provincia Autonoma di Trento (72,1%), la Calabria (72,4%) e le Marche (75,8%).

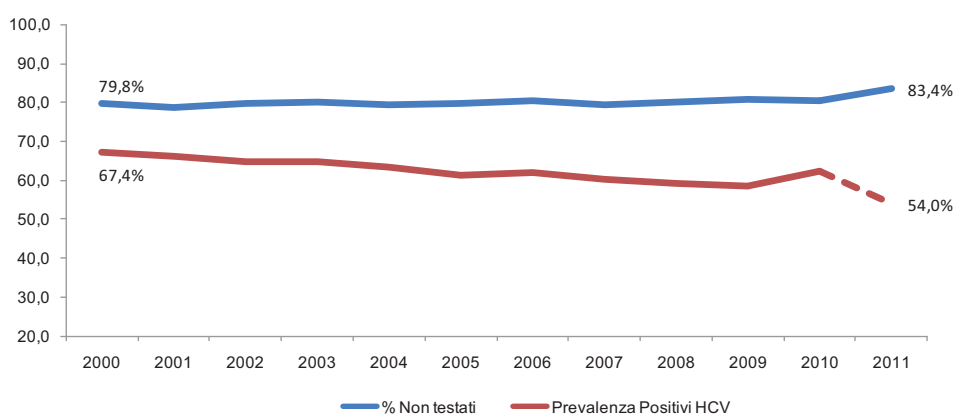
Figura I.4.28: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HCV per regione. Anni 2011


Regioni con meno utenti testati: P.A. Bolzano, Umbria, Lombardia, Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta

- (1) Flusso informativo SIND
 (2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
 (3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Il tasso di prevalenza di positivi all'epatite C nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando rispettivamente dal 67,4% al 54,0%, dato questo ultimo stimato non essendo pervenuti tutti i dati richiesti e per le Regioni Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria i dati provengono dal flusso informativo SIND.

Figura I.4.29: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HCV. Anni 2000 - 2011


No testing 83,4%
 Stima: Prevalenza positivi HCV: 54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

L'86,6% dei soggetti risultati positivi alla epatite C nel 2011, è di genere maschile; il restante 13,4% è di genere femminile.

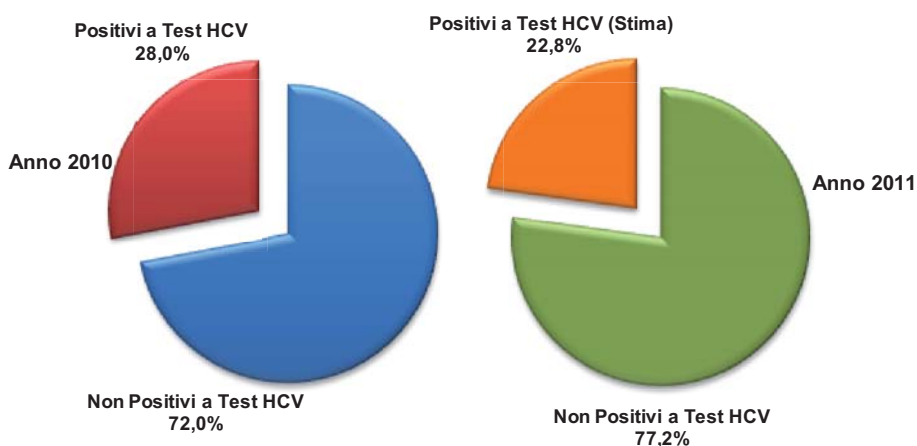
Rispetto al 2010, diminuisce di 5,2 punti percentuali la prevalenza di HCV positivi per la nuova utenza (28,0% nel 2010 vs 22,8% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 20,2% per le femmine e 23,2% per i maschi. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HCV diminuisce di 5,3 punti percentuali (67,7% nel 2010 vs. 62,4% nel 2011), differenziate nel seguente modo: 60,7% per le femmine in diminuzione di 9,5 punti percentuali, e 59,3% nei maschi anche essi in diminuzione di 8 punti percentuali.

Tabella I.4.8: Prevalenza di utenti positivi a Test HCV secondo il genere e il tipo di contatto.
Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HCV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	28,3	23,2	-5,1
Femmine	26,1	20,2	-5,9
Totale	28,0	22,8	-5,2
Utenti Già in carico			
Maschi	67,3	59,3	-8,0
Femmine	70,2	60,7	-9,5
Totale	67,7	62,4	-5,3
Totale			
Maschi	62,1	53,9	-8,2
Femmine	64,5	54,5	-10
Totale	62,5	54,0	-8,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

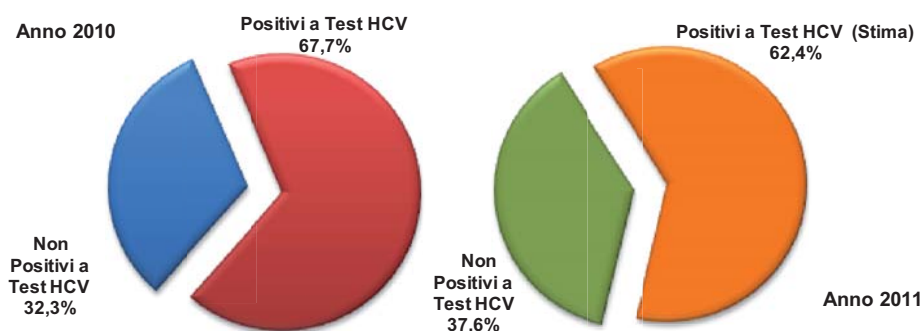
Figura I.4.30: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Nuovi Utenti
Positivi:
2010: 28,0%
Stima 2011:
22,8%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

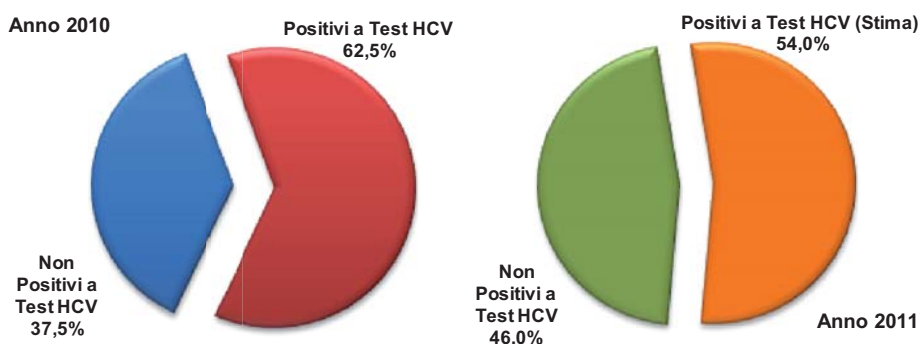
Figura I.4.31: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Utenti Già in
carico Positivi:
2010: 67,7%
Stima 2011:
62,4%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

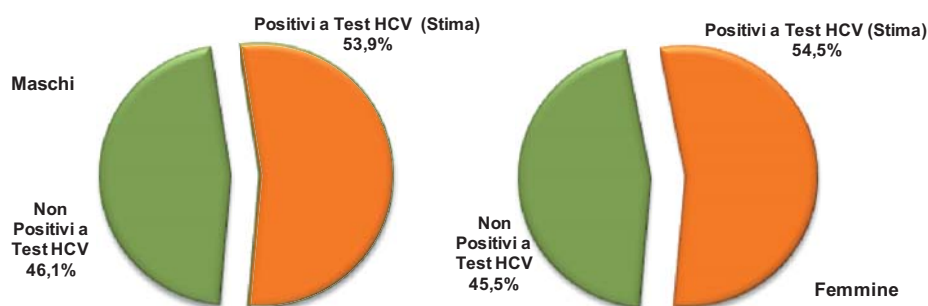
Figura I.4.32: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico)** in Carico Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di
Utenti Totali
Positivi:
2010: 62,5%
Stima 2011:
54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.33: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

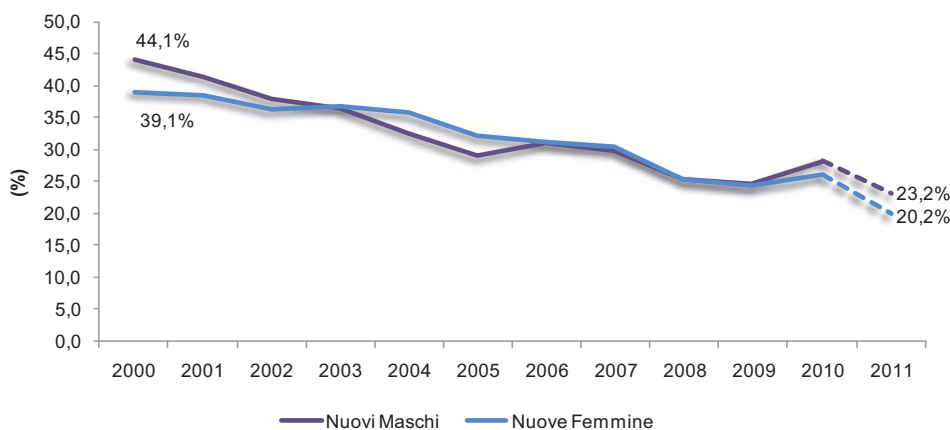


Prevalenza di
Utenti Positivi:
Stima: Maschi:
62,5%
Stima Femmine:
54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La prevalenza di HCV positivi tra i nuovi utenti mostra che dal 2000 ad oggi il trend è in diminuzione di circa 21 punti percentuali tra i maschi (44,1% nel 2000 vs. 23,2% nel 2011) analogo andamento si osserva anche per le femmine entrate per la prima volta nei servizi (36,1% nel 2000 vs. 20,2% nel 2011).

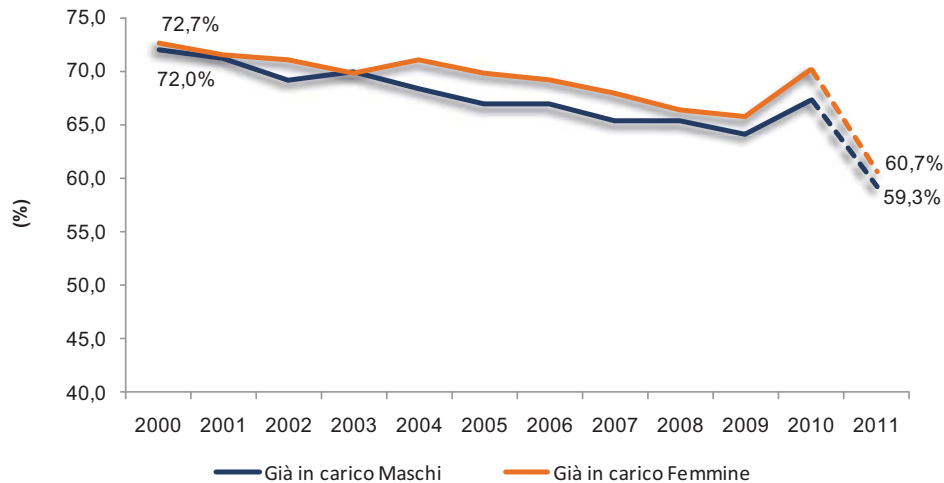
Figura I.4.34: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

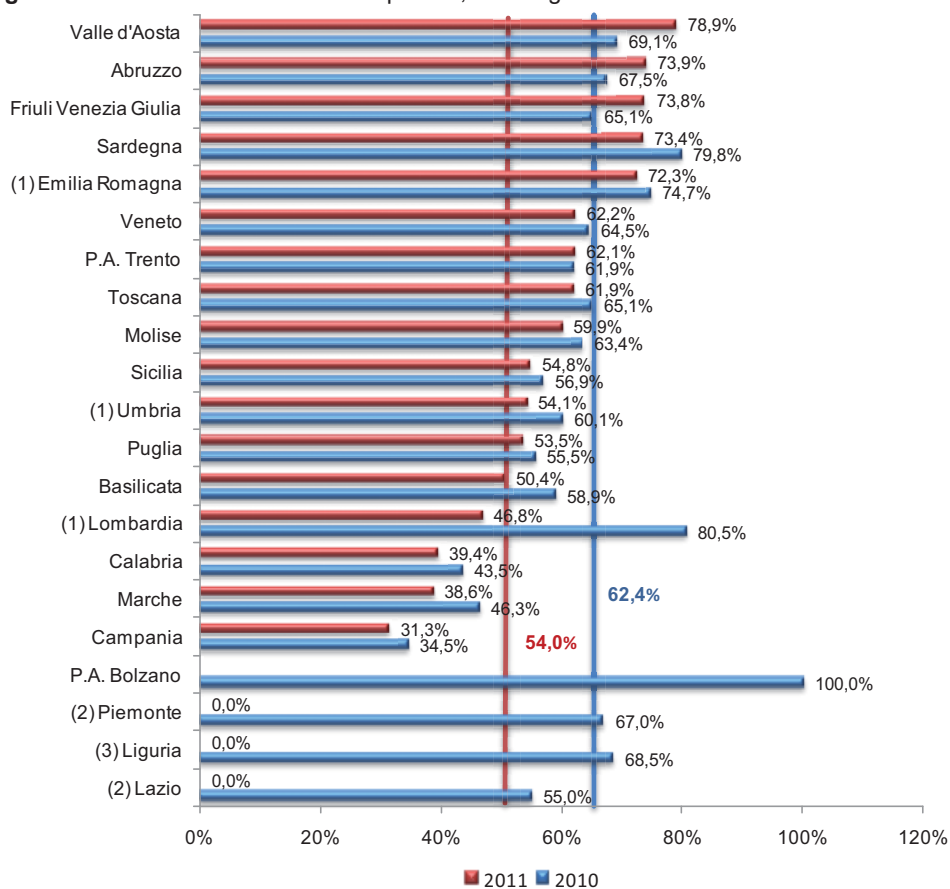
Situazione analoga anche per gli utenti già in carico, in cui la prevalenza di positivi da HCV negli ultimi dodici anni diminuisce di circa 13 punti percentuali stimati per i maschi e 12 punti percentuali per le femmine.

Figura I.4.35: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La prevalenza di utenti HCV positivi osservata nel 2011 varia da un minimo di 38,6% nella Regione della Campania ad un massimo di 78,9% nella Regione Valle d'Aosta. Rispetto al 2010 la prevalenza di positivi a test HCV in Lombardia diminuisce di 33,7 punti percentuali (80,5% nel 2010 vs. 46,8% nel 2011).

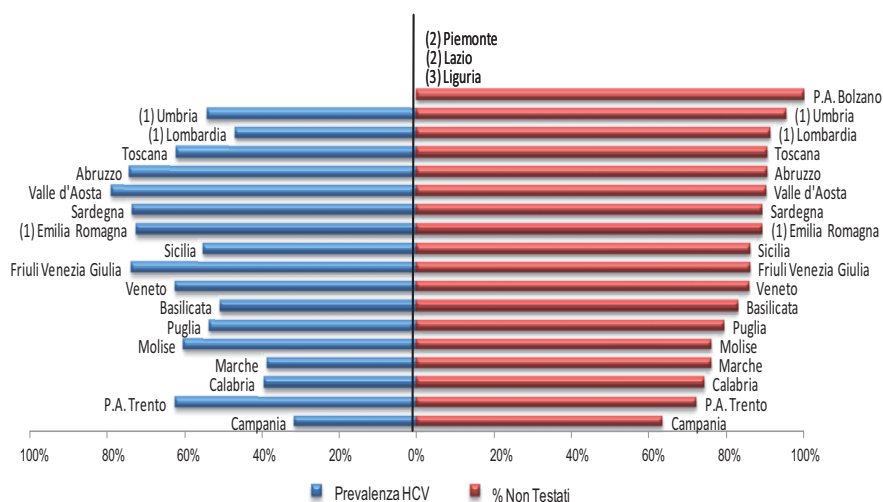
Figura I.4.36: Prevalenza utenti HCV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011


(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.37: Percentuale di utenti Non testati e Prevalenza di utenti HCV positivi. Anno 2011


(1) Flusso informativo SIND

(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)

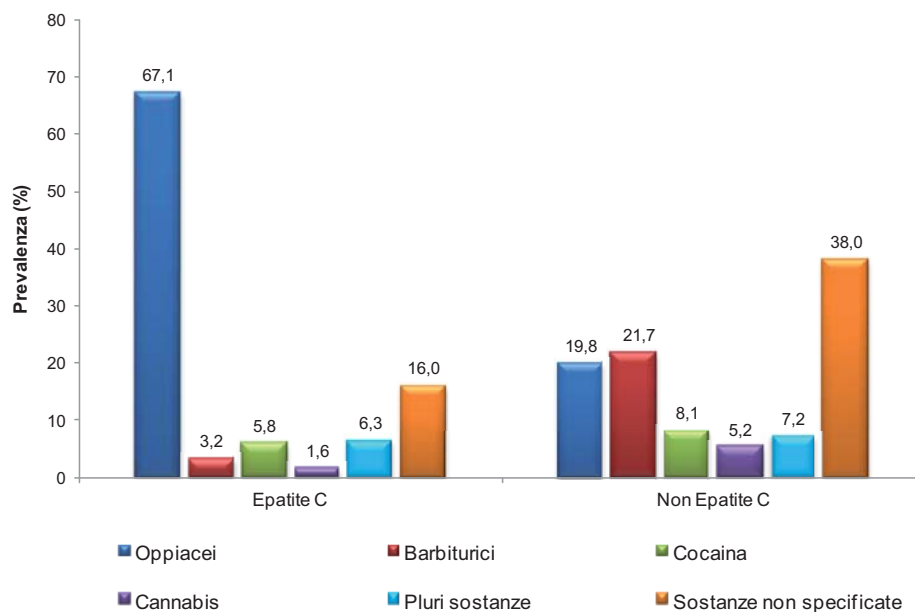
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'7,4% corrispondente a 1.780 ricoveri. Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintomatica, nel 2010 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (76,1% contro 23,9%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (2,8% contro 11,5%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.4.38: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

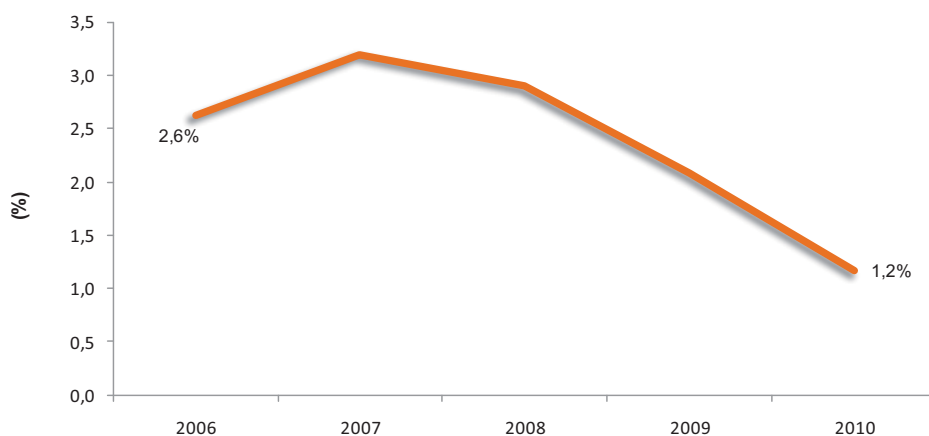
Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia una quota più elevata di assuntori di oppiacei (67,1% contro 19,9%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.4.38).

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono inferiori al 2,0% corrispondente a 28 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire negli ultimi tre anni (2,8% nel 2008, 2,1% nel 2009 e 1,2% nel 2010).

Presenza di
ricoveri per TBC

Figura I.4.39: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.

Come anticipato nel precedente paragrafo, l'analisi della SDO è stata utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.

L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi dalle strutture ospedaliere ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM. In particolare, sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi principale o diagnosi secondarie droga correlate, corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

La struttura della SDO prevede la possibilità di riportare una diagnosi principale di dimissione, che rappresenta la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali, e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici. Oltre alla diagnosi principale, possono essere riportate, se presenti, una o più diagnosi secondarie (fino ad un massimo di 5); le diagnosi secondarie si riferiscono a patologie che coesistono o che si sviluppano nel corso del ricovero, oppure sono complicanze insorte durante il ricovero, o specificazioni della diagnosi principale. L'archivio selezionato per l'analisi include tutte le SDO che contengono diagnosi droga correlate, riportate in diagnosi principale o secondaria.

Schede di dimissione ospedaliera (SDO): ricoveri correlati al consumo di stupefacenti

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

1.4.2.1 Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2008 - 2010 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 6,7% (12.112.389 nel 2008, 11.674.098 nel 2009 e 11.294.892 nel 2010); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondaria) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (25.910 nel 2008, 23.997 nel 2009 e 23.895 nel 2010) del collettivo nazionale, con una contrazione del 7,8% superiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Riduzione del
7,8% dei ricoveri
droga-correlati nel
triennio 2008 -
2010

Tabella 1.4.9: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	13.738	58,0	13.335	55,8	-2,9
Femmine	10.259	42,0	10.560	44,2	2,9
Totale	23.997	100	23.895	100	-0,4
Nazionalità					
Italiani	22.684	94,6	22.574	94,5	-0,5
Stranieri	1.303	5,4	1.312	5,5	0,7
Età					
Età media maschi	40,2		40,2		0,0
Età media femmine	46,1		46,7		1,3
Età mediana maschi	38		39		2,6
Età mediana femmine	43		44		2,3

età media dei
ricoverati:
40,2 anni maschi
46,7 anni
femmine

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 94,5% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2010 riguarda cittadini italiani, il 55,8% di genere maschile, di età media pari a 40,2 anni, più elevata per le donne rispetto ai maschi (46,7 anni vs. 40,2 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche, l'età si riduce di tre anni, passando da circa 47 a 44 anni per le femmine.

Tabella 1.4.10: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Regime di ricovero					
Ordinario	22.081	92,0	21.977	92,0	-0,5
Day hospital	1.916	8,0	1.918	8,0	-0,5
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	7.057	31,5	6.956	31,3	-1,4
Urgente	14.470	64,5	14.540	65,4	0,5
Trattamento sanitario obbligatorio	561	2,5	565	2,5	0,7
Preospedalizzazione	100	0,4	106	0,5	6,0
Altro	244	1,1	58	0,3	-76,2
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	18.846	78,5	18.945	79,3	0,5
Dimissione volontaria	2.532	10,5	2.313	9,7	-8,6

In diminuzione i
ricoveri per:
-Ricoveri
programmati (-
1,4%)
In aumento i
ricoveri per:
preospedalizza-
zione (+6,0%)

continua

continua

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Modalità di dimissione					
Trasferimento ad altro istituto	1.024	4,2	1.008	4,2	-1,6
Decesso	177	0,7	208	0,9	17,5
Altro	1.417	5,9	1.418	5,9	0,1

Aumento dei decessi (+17,5%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

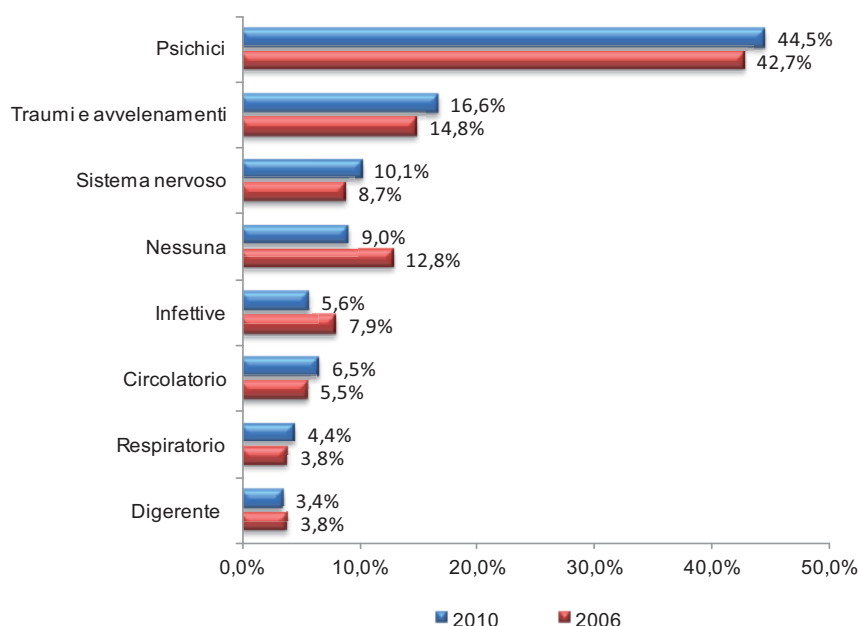
Il 92% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,9 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (4 ricoveri).

Nel 79,3% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 9,7% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente (-8,6% rispetto al 2009); il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,9% (208) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

Le 23.895 SDO del 2010 contengono complessivamente 32.348 diagnosi non correlate a droghe: in 10.177 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono ulteriori 15.718 diagnosi secondarie droga correlate (per 2.912 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.718 schede hanno diagnosi principali non droga correlate, che invece sono riportate come secondarie.

L'insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga sono state raggruppate per categorie anatomiche funzionali al fine di identificare quali siano le comorbidità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri. Confrontando le schede di dimissione ospedaliera del 2006 e del 2010 si osserva che rispetto al 2006 sono aumentati dell'1,8% sia i disturbi psichici (42,7% nel 2006 vs. 44,5% nel 2010) sia i traumi e avvelenamenti (14,8% nel 2006 vs. 16,6% nel 2010) indotti da droghe, seguono i problemi al sistema nervoso con un aumento dell'1,4% e le malattie del sistema circolatorio in aumento dell'1% (5,5% nel 2006 vs. 6,5% nel 2010). Inoltre si osserva che rispetto al 2010 diminuisce del 3,8% i casi in cui non sono presenti diagnosi secondarie associate (12,8% nel 2009 vs 9,0% nel 2010), seguita dalle malattie infettive con un calo del 2,4% rispetto al 2006 (7,9% nel 2006 vs. 5,6% nel 2010) (Figura I.4.40).

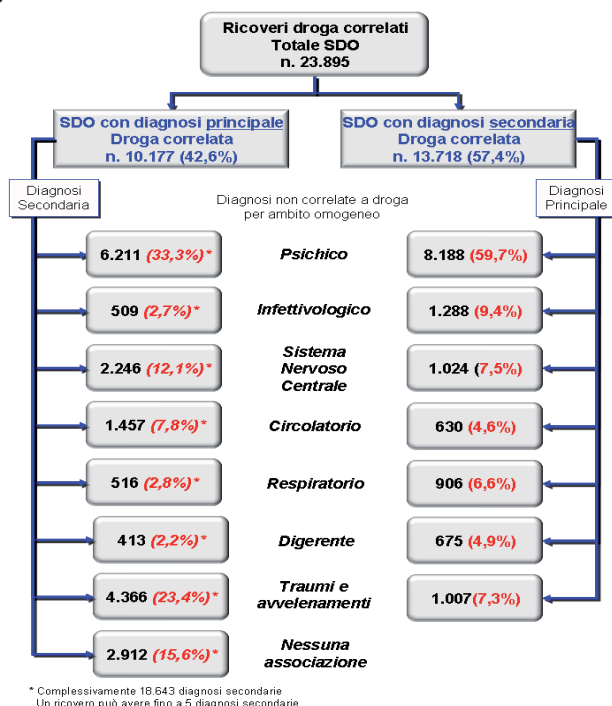
Figura I.4.40: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anni 2006 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riassume il flusso 2010. Le SDO sono state separate in due gruppi: quello in cui le diagnosi droga correlate sono primarie e quello dove una diagnosi droga-correlata compare come diagnosi secondaria associata a diagnosi primaria non droga correlata. Nel primo gruppo con diagnosi droga correlata possono essere presenti più diagnosi secondarie. Infine, le diagnosi non correlate al consumo di stupefacenti sono state raggruppate per ambiti omogenei.

Figura I.4.41: Organizzazione flusso SDO. Anno 2010



* Complessivamente 18.643 diagnosi secondarie
Un ricovero può avere fino a 5 diagnosi secondarie

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è quella tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (42,6% e 57,4%). Considerando i ricoveri con diagnosi principale droga correlata si ha una elevata combinazione con traumi ed avvelenamenti (23,4%) e con patologie al sistema nervoso centrale (12,1%), mentre nel 15,6% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.

Considerando invece, i ricoveri con diagnosi secondaria droga correlate, le patologie che maggiormente risultano comorbili sono quelle di tipo infettivologico (9,4%), seguite da quelle del sistema nervoso centrale (7,5%) e dai traumi e avvelenamenti (7,3%).

Nel 2010 si rileva una diminuzione dei ricoveri per uso di allucinogeni pari al 12,9% (147 nel 2009 vs 128 nel 2010), seguito dagli oppiacei 5,5% (5.597 nel 2009 vs 5.288 nel 2010), dai cannabinoidi 5,1% (1.194 nel 2009 vs 1.133 nel 2010), dai barbiturici 2,6% (4.884 nel 2009 vs 4.759 nel 2010); infine, si evidenzia un calo del 2,1% di ricoveri per uso di cocaina (1.898 nel 2009 vs 1.858 nel 2010).

Inoltre, si osserva un aumento dell'8,4% di ricoveri per uso di più sostanze (1.706 nel 2009 vs 1.850 nel 2010), nonché un aumento dello 0,4% (7.727 nel 2009 vs 8.046 nel 2010) dei ricoveri per uso di sostanze non specificate.

Tabella I.4.11: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2009-2010

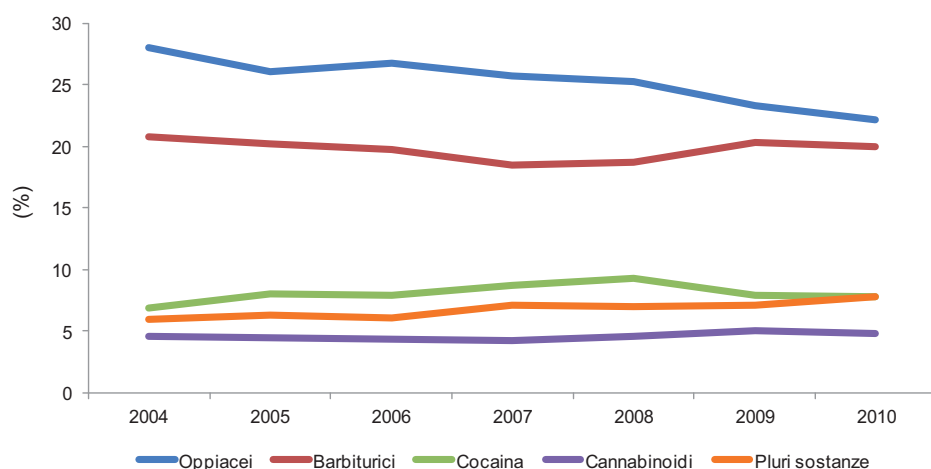
Caratteristiche	2009		2010		Δ %	
	N	%	N	%		
Sostanza d'abuso						
Oppiacei	5.597	23,3	5.288	22,1	-5,5	Diminuzione di ricoveri per uso di: -allucinogeni (-12,9) -oppiacei (-5,5%) cannabinoidi (-5,1) -barbiturici (-2,6) -cocaina (- 2,2%)
Barbiturici	4.884	20,4	4.759	19,9	-2,6	
Cocaina	1.898	7,9	1.858	7,8	-2,1	
Pluri sostanze	1.706	7,1	1.850	7,7	8,4	
Cannabinoidi	1.194	5,0	1.133	4,7	-5,1	
Antidepressivi	765	3,2	754	3,2	-1,4	
Allucinogeni	147	0,6	128	0,5	-12,9	
Amfetamine	79	0,3	79	0,3	0,0	
Sostanze non specificate	7.727	32,2	8.046	33,7	4,1	Aumento dei ricoveri per poliassunzione (+8,4%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Negli ultimi sette anni dal 2004 al 2010 si assiste ad un decremento di ricoveri per uso di oppiacei (28,1% del 2004 vs. 22,1% del 2010), uso di barbiturici fino al 2007 (20,8% nel 2004, 21,8% nel 2005, 19,8 nel 2006 e 18,5 nel 2007), per aumentare, se pur di poco, negli ultimi tre anni (18,7% nel 2008, 20,4% nel 2009 e 19,9% nel 2010). Anche per i soggetti ricoverati per uso di cannabis si osserva un aumento fino al 2009 (4,5% nel 2004 vs. 5,0% nel 2009) dato che diminuisce nell'ultimo biennio (5,0% nel 2009 vs 4,7% nel 2010).

Per la cocaina si ha il valore più alto di ricoveri nel 2008 (9,3%) che tende a diminuire e stabilizzarsi negli ultimi due anni (7,9% nel 2009 e 7,8% nel 2010); infine, aumentano i ricoveri per uso di più sostanze passando da 5,9% nel 2004 al 7,7% nel 2010.

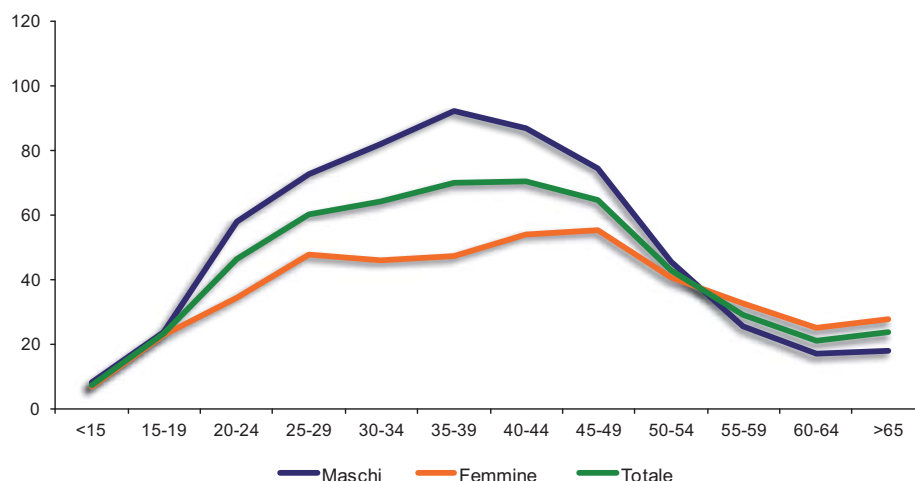
Figura I.4.42: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle struttura ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2004 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come evidenziato dalla Figura I.4.42, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni, con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con circa 92 ricoveri ogni 100.000 residenti; diversamente, il numero dei ricoveri delle donne prevale su quello dei maschi dopo i 54 anni, con punte massime nella fascia di età 40-49 anni, con circa 109 ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.4.43: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2010

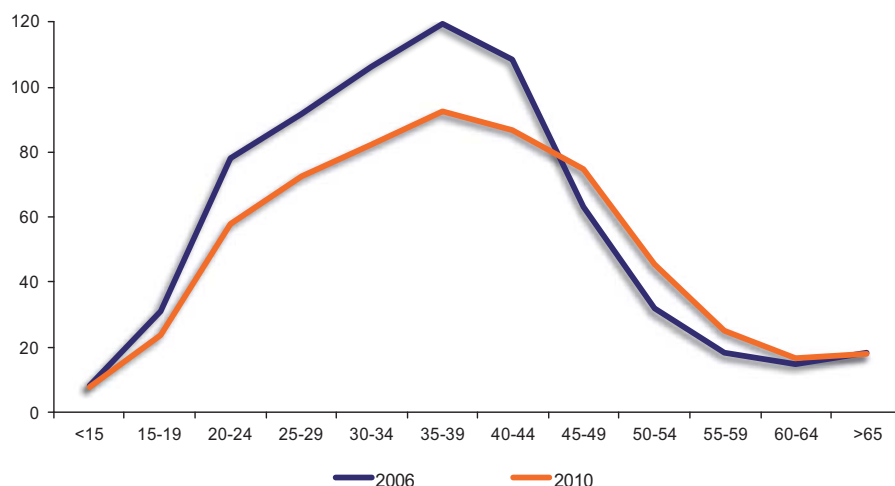


Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Evidenziando l'analisi per genere rispetto agli anni 2006 e 2010, nei maschi si osserva che il tasso di ospedalizzazione diminuisce per le fasce di età più giovani, infatti, si ha una diminuzione di 27,3 punti percentuali nella fascia di età 35 – 39 anni (circa 120 ricoveri nel 2006 vs. circa 92 ricoveri nel 2010); mentre nelle fasce di età avanzate vi è un aumento del tasso di ospedalizzazione pari a 13,8 punti percentuali per la fascia di età 50 – 54 anni (circa 32 ricoveri nel 2006 vs 45 ricoveri nel 2010). Tale traslazione del tasso di ospedalizzazione ad età più avanzate, secondo alcune

elaborazioni approfondite, è imputabile all'invecchiamento dei tossicodipendenti in trattamento per uso di oppiacei, che ricorrono periodicamente all'assistenza ospedaliera.

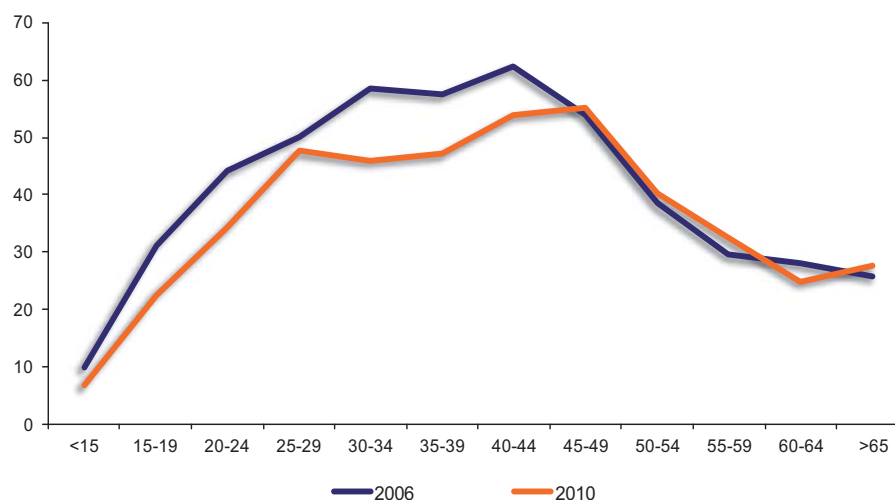
Figura I.4.44: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Maschi** e classi di età. Anni 2006 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Se pur con minore intensità, anche per le femmine si osserva una diminuzione nelle fasce di età più giovani,. Nella fascia di età 30 – 34 anni si evidenzia una diminuzione di 12,6 punti percentuali (circa 58 ricoveri nel 2006 vs. 46 ricoveri nel 2010). Aumenta, di circa 2 punti percentuali il tasso di ospedalizzazione sia nella fascia di età 50 – 54 anni (circa 39 ricoveri nel 2006 vs. 41 ricoveri nel 2010) sia nelle femmine con un'età maggiore di 65 anni (26 ricoveri nel 2006 e circa 28 ricoveri nel 2010).

Figura I.4.45: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Femmine** e classi di età. Anni 2006 e 2010



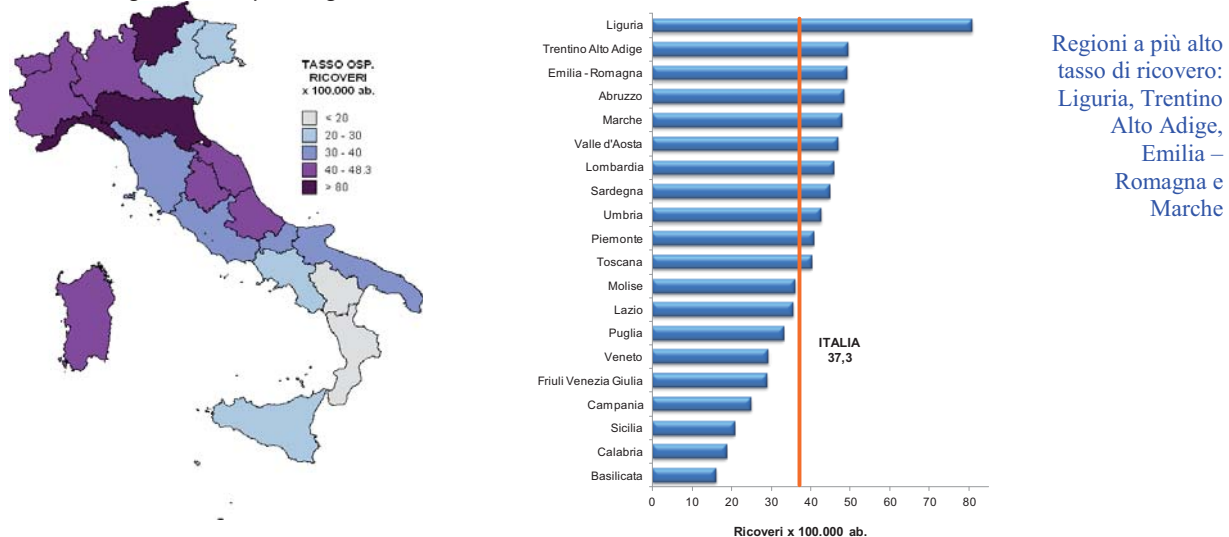
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come si vedrà in seguito l'elevata ospedalizzazione nelle fasce di età avanzate riguardano in prevalenza l'abuso di barbiturici.

Ricoveri di
soggetti con età
avanzata e uso di
barbiturici

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato¹ più elevato con circa 81 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Trentino Alto Adige, Emilia - Romagna, Abruzzo e dalle Marche per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 47 e 50 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.4.46).

Figura I.4.46: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2010



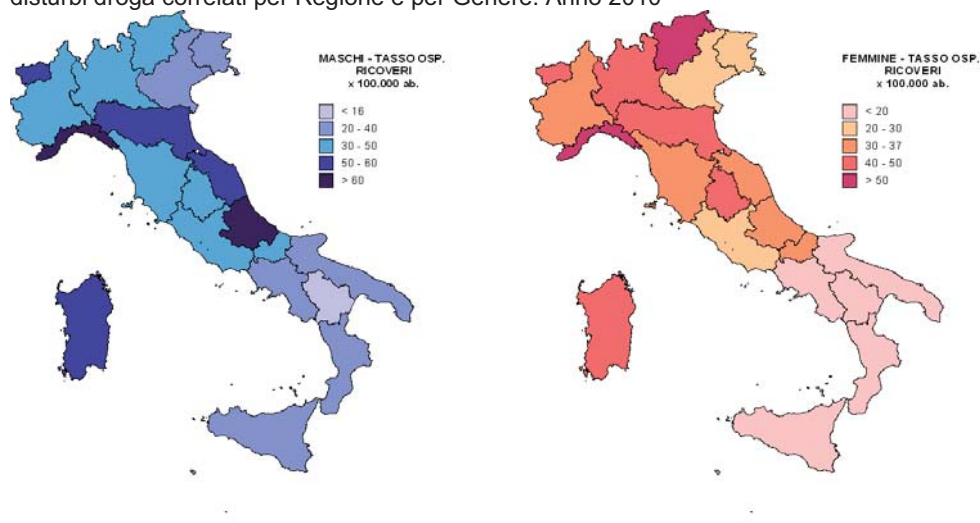
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Per quanto riguarda l'analisi regionale per genere non emergono sostanziali differenze nei profili maschili e femminili. Per i maschi, la regione con più alto tasso di ospedalizzazione risulta la Liguria con 93 ricoveri, seguita dall'Abruzzo con 63 ricoveri, dalle Marche con circa 60 ricoveri, dalla Valle d'Aosta con 54 ricoveri e dall'Emilia - Romagna con circa 53 ricoveri per 100.000 ab.. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Basilicata con 16 ricoveri, la Calabria con 21 ricoveri e la Sicilia con circa 25 ricoveri.

Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con circa 69 ricoveri, seguita da Trentino Alto Adige con circa 51 ricoveri, dall'Emilia - Romagna con 45 ricoveri e, infine, dalla Lombardia con 42 ricoveri. Parimenti al genere maschile i ricoveri droga correlati delle donne si osservano con minor frequenza le regioni del sud, la Puglia con 5 ricoveri, la Basilicata e Calabria con 16 ricoveri e la Campania e la Sicilia con 17 ricoveri (Figura I.4.47).

¹ Al fine di depurare l'indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l'applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.

Figura I.4.47: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

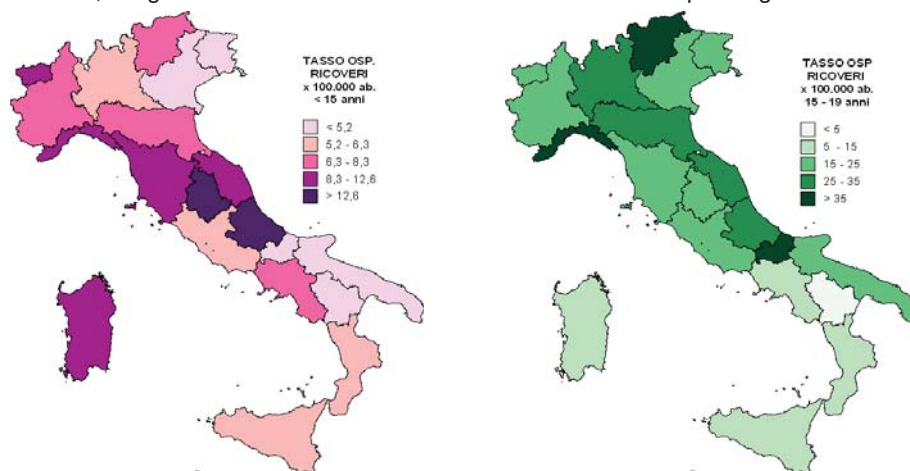
Nei ricoveri droga correlati over 55 per il genere maschile le regioni con più ricoveri risultano essere l'Abruzzo con 31 ricoveri, la Liguria con 30 ricoveri e infine il Trentino Alto Adige con 29 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere la Valle d'Aosta con 0 ricoveri, la Basilicata con 6 ricoveri e la Sicilia con 10 ricoveri. Nella Regione Valle d'Aosta non sono stati registrati ricoveri per soggetti maschi over 55.

Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta con 52 ricoveri, la Liguria e l'Emilia – Romagna con 44 ricoveri e, la Sardegna con 38 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con 2 ricoveri, la Basilicata con circa 12 ricoveri e la Campania con circa 13 ricoveri.

Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2010 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata essere l'Umbria, con 17 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue l'Abruzzo con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e le Marche con 13 ricoveri (Figura I.4.48).

Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Liguria (53 ricoveri ogni 100.000 residenti), 46 ricoveri in Trentino Alto Adige e in Molise con circa 42 ricoveri. A ridosso di queste regioni si affaccia l'Umbria con un tasso pari a 30 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.4.48).

Figura I.4.48: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2010



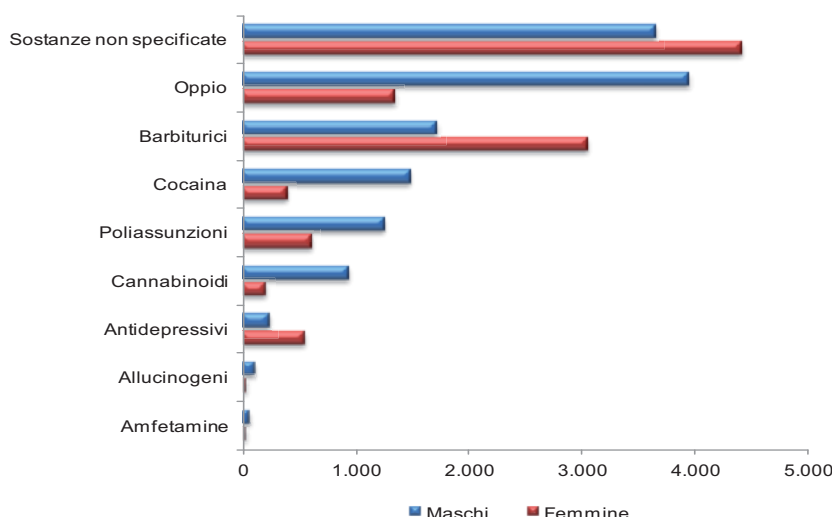
Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili 15-19: Umbria, Abruzzo, Marche, Valle d'Aosta, Sardegna, Toscana e Liguria

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe, tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.379 ricoveri pari al 43,4% del totale ricoveri droga-correlati del 2010. In particolare, nella maggior parte dei casi di disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive sono stati indicati disturbi psichici in diagnosi principale o secondaria (l'87% dei ricoveri). Nel 24,5% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.

Con riferimento a 8.046 ricoveri droga correlati, pari al 33,7% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 5.288 ricoveri (22,1%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 19,9% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (7,8%), pluri sostanze (7,7%), cannabis (4,7%), antidepressivi (3,2%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,5%) e amfetamine (0,3%) (Figura I.4.49).

Figura I.4.49: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2010



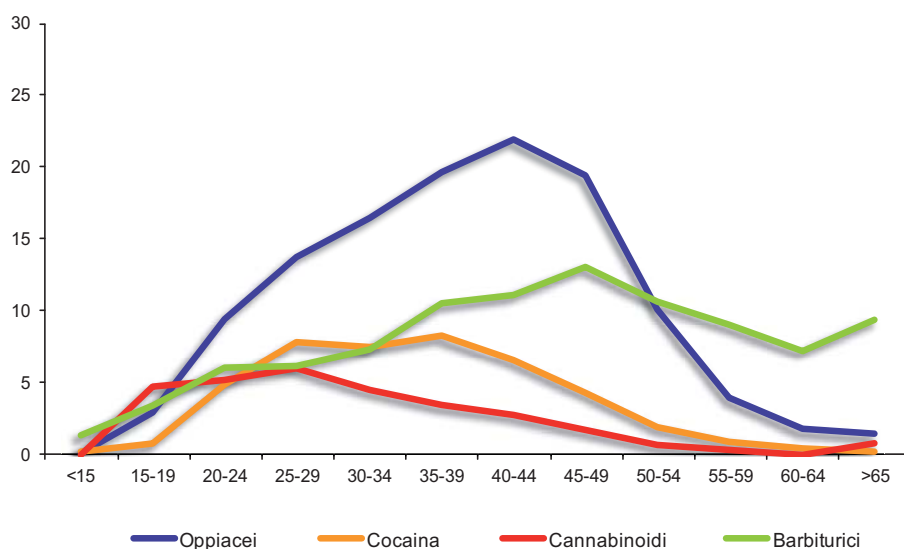
Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La distribuzione per genere evidenzia comportamenti assuntivi differenziati, maggiormente orientati all'uso di oppiacei, cocaina, poliassunzione, cannabis e allucinogeni nel caso dei maschi, e maggiormente polarizzati sull'uso di psicofarmaci da parte delle femmine, in particolare barbiturici e antidepressivi. L'abuso di barbiturici ed altre sostanze non specificate si osserva in prevalenza nelle donne in età avanzata, oltre i 65 anni, mentre l'assunzione congiunta di più sostanze riguarda in prevalenza la combinazione oppiacei – cocaina, seguita da cocaina – cannabis e oppiacei – barbiturici.

Ulteriori aspetti rilevanti ed interessanti a conferma dei profili caratteristici del tipo di sostanza psicoattiva assunta, emergono dalla distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione secondo le principali sostanze psicotrope.

Ricoveri prevalenti per sostanze illecite per i maschi, per psicofarmaci per le femmine

Figura I.4.50: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2010



Età più frequente nei ricoveri per :
oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni, cocaina 25-39 anni, cannabis 20-29 anni

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 45 e 49 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (25-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.4.50).

Diminuiscono i ricoveri per oppiacei e cocaina ed aumentano i ricoveri per poliassunzione e barbiturici

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che tra i pazienti con diagnosi principale "malattie infettive", il 74% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 12%. Tra i pazienti con diagnosi droga - correlata e ricoverati per disturbi all'apparato digerente, il consumo di oppiacei si osserva nel 51% dei casi, percentuale che diminuisce tra i ricoverati per disturbi psichici (26%) seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 28%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 26% con uso di oppiacei, e un 16% con consumo di cocaina.

1.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbidità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

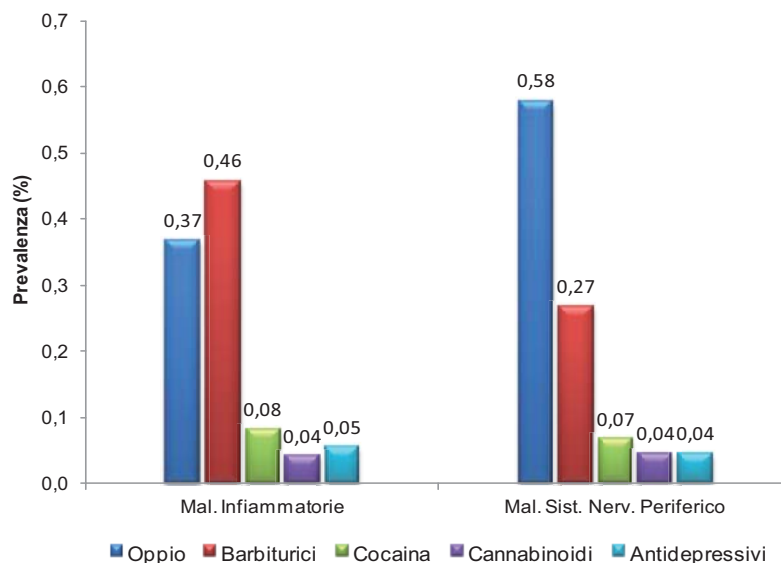
Nel triennio 2008 - 2010 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, ha subito un lieve aumento di 1,4 punti percentuali (13,1 % nel 2008 vs 14,5% nel 2010).

Lieve aumento dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbidità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferisce il 65,6% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.400 ricoveri, che rappresentano il 33,1% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 16,6% si riferisce a pazienti ultra sessantacinquenni.

Un'analisi più approfondita, relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 90% del totale delle patologie del sistema nervoso); in (Figura I.4.51) si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto all'anno 2008 si osserva una diminuzione della percentuale di ricoveri correlati all'uso di cocaina.

Figura I.4.51: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici (circa il 46%), contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei (circa il 58%).

1.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbidità con malattie del sistema circolatorio

Nel 2010 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (46,4%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane

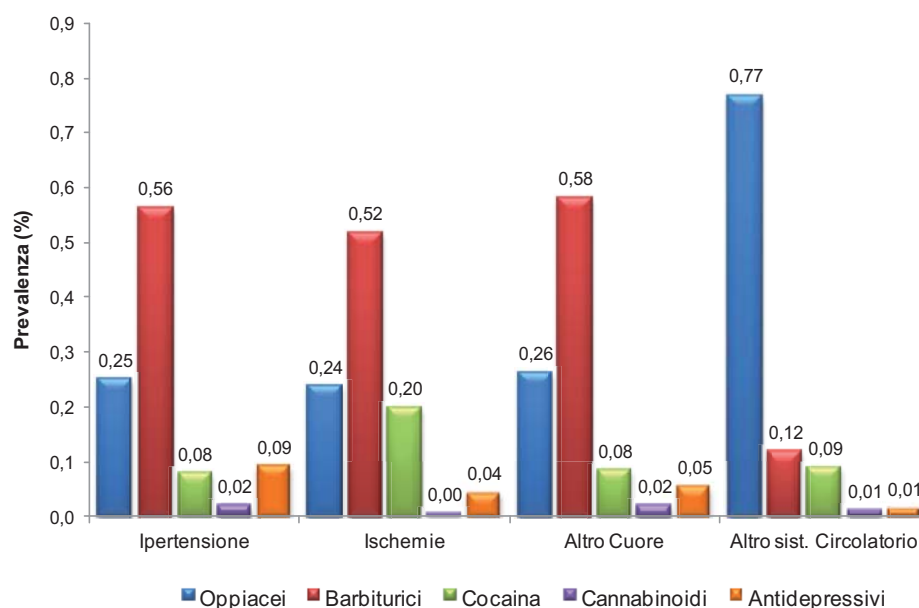
(4% fino a 30 anni).

Il 92% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60,8% è a carattere urgente.

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (44,1%), altre malattie del cuore (42,8%) e malattie ischemiche del cuore (12,1%).

Figura I.4.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani e pazienti che abusano di oppiacei. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente tra i consumatori di oppiacei. Nell'interpretazione delle prevalenze delle classi di patologie, va considerato che i pazienti che assumono barbiturici presentano di norma una maggior età, pertanto, essi sono maggiormente esposti a patologie cardio-vascolari.

Ischemia e cocaina

1.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2010 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,7% (pari a 2.077 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (59,1%) e di ultra 65enni: il 22,3%. Un ulteriore 43,6% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

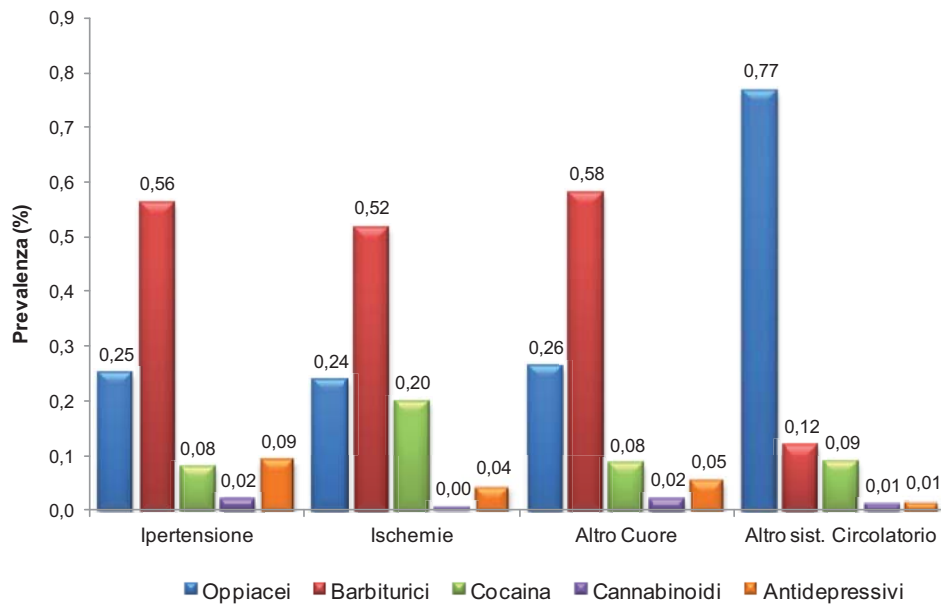
I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 98,2%; e il 79,5% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (circa il 92% regime ordinario e oltre il 60% carattere urgente).

Nel 48,7% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è

stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 28,8% di ricoveri (600) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbidità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (33,0%), seguiti da abuso di barbiturici (25,1%) e altre droghe non specificate (22,2%).

Figura I.4.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.4.53).

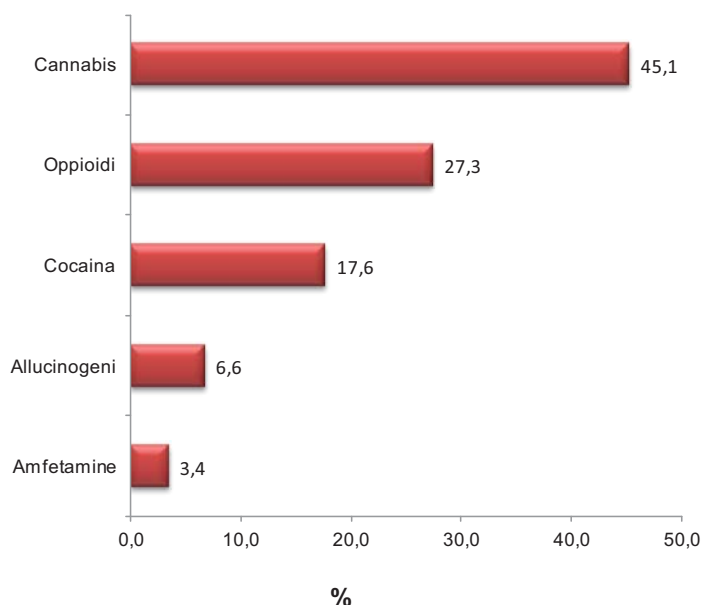
Malattie
respiratorie e
oppiacei

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2010)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2010 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.525, di cui 1.843 (pari al 52,3%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.

Le analisi per sostanze evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (45,1% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria), seguita dagli oppioidi con il 27,3%, dalla cocaina con il 17,6% dagli allucinogeni con il 6,6% ed infine dalle amfetamine con il 3,4% dei casi

Figura I.4.54: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Infatti, nel 52,3% dei casi (pari a 1.843 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale.

I.4.3 Incidenti stradali droga correlati

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli incidenti stradali sono la nona causa di morte nel mondo fra gli adulti, la prima fra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni e la seconda per i ragazzi dai 10 ai 14 e dai 20 ai 24 anni. Si stima, inoltre, che senza adeguate contromisure, entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità.

Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, la sicurezza dei mezzi di trasporto, le condizioni della circolazione sulle strade e i rischi legati al trasporto di prodotti pericolosi.

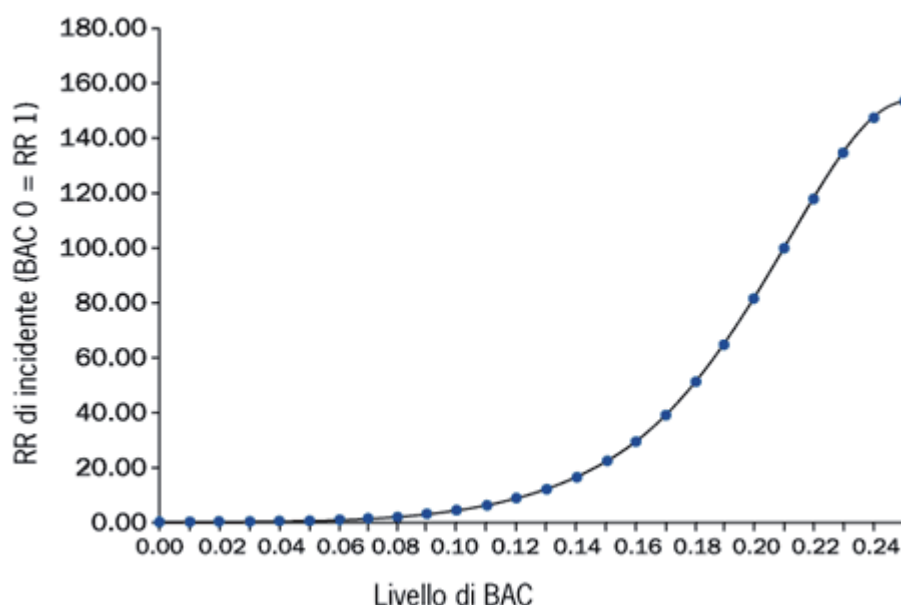
Tra i fattori legati allo stato del conducente, si possono classificare di particolare rilievo l'alcol, che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell'alcol stesso.

A fronte di simili evidenze l'Oms ribadisce che non esistono livelli sicuri di consumo di alcol alla guida e che sarebbe quindi da auspicare un contesto "Alcool free".

Si parla di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC: Blood Alcohol Concentration) è superiore al limite legale, che in Italia si ricorda è pari a 0,5 grammi per litro; la revisione della letteratura e le esperienze in atto in ambito europeo e internazionale evidenziano che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore); ciò è evidente anche dalla Figura I.4.55.

Premesse

Figura I.4.55: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

Per quanto concerne la concentrazione alcolica nel sangue, l'ultima raccomandazione emanata dal Parlamento Europeo risale al gennaio 2001 e fissa in 0,2 g/l la soglia indicata per trasportatori professionisti e neopatentati.

E' in itinere il provvedimento che raccomanderà la "tolleranza zero" per le due categorie così come già in vigore in Italia. Di seguito, nella tabella I.4.12, i limiti vigenti nella UE27 al novembre 2011.

Tabella I.4.12: Limiti legali del valore BAC – UE27 – anno 2011

Nazione	BAC STANDARD	BAC AUTISTI PROFESSIONISTI	BAC NEOPATENTATI/2001
Austria	0.5	0.1	0.1
Belgio	0.5	0.5	0.5
Bulgaria	0.5	0.5	0.5
Cipro	0.5	0.5	0.5
Danimarca	0.5	0.5	0.5
Estonia	0.2	0.2	0.2
Finlandia	0.5	0.5	0.5
Francia	0.5	0.5 (0.2 autisti di bus)	0.5
Germania	0.5	0.0	0.0
Grecia	0.5	0.2	0.2
Irlanda	0.5	0.2	0.2
Italia	0.5	0.0	0.0
Lettonia	0.5	0.5	0.2
Lituania	0.4	0.2	0.2
Lussemburgo	0.5	0.1	0.1
Malta	0.8	0.8	0.8
Olanda	0.5	0.2	0.2
Polonia	0.2	0.2	0.2
Portogallo	0.5	0.5	0.5

continua

continua

Nazione	BAC STANDARD	BAC AUTISTI PROFESSIONISTI	BAC NEOPATENTATI/2001
Regno Unito	0.5	0.8	0.8
Repubblica Ceca	0.0	0.0	0.0
Romania	0.0	0.0	0.0
Slovacchia	0.0	0.0	0.0
Slovenia	0.2	0.0	0.0
Spagna	0.5	0.3	0.3
Svezia	0.2	0.2	0.2
Ungheria	0.0	0.0	0.0

Fonte: European Transport Safety Council – Drink driving: Towards Zero Tolerance

Di particolare interesse la Tabella I.4.13 con il numero degli alcol test rispetto alla popolazione e la percentuale di riscontri positivi, notiamo che siamo ultimi per l'anno 2010 e penultimi nel triennio 2007-2009, il solo Regno Unito è riuscito a fare peggio. Il numero degli alcol test effettuati in Spagna e Francia è pari, rispettivamente, al quadruplo e al sestuplo di quelli effettuati in Italia.

L'Italia, comunque, in 3 anni ha più che raddoppiato il proprio impegno, passando dal 13 ‰ al 27 ‰ più che dimezzando nel contempo la percentuale di positivi dal 6% al 2,5% del 2010, performance che ci colloca meglio della Francia, rimasta stabile nel periodo in esame.

L'associazione tra test effettuati e positività andrebbe a confermare per l'Italia quanto la percezione di poter essere sottoposti ad alcol test mentre si è alla guida possa produrre un ottimo effetto deterrente.

Tabella I.4.13: Alcol test per mille abitanti e % test sopra il limite –UE– Anni 2007 – 2010

Nazione	2007		2008		2009		2010	
	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test mille abita nti	% test sopra limite
Finlandia	318	1,6	385	1,3	421	1,0	429	0,9
Norvegia	n.d.	0,2	336	0,3	n.d.	0,3	367	0,2
Svezia	283	0,7	256	0,8	293	0,7	287	0,6
Cipro	149	6,8	182	5,9	196	6,2	217	5,3
Slovenia	191	7,3	202	5,8	212	4,7	198	4,7
Francia	182	3,3	189	3,3	181	3,3	173	3,4
Grecia	143	2,9	135	3,1	147	2,8	161	2,1
Irlanda	113	4,1	128	3,2	119	2,6	126	1,9
Austria	77	7,0	n.d.	5,8	102	4,8	122	3,7
Ungheria	143	3,2	130	3,1	127	3,3	120	3,6
Spagna	96	2,2	112	1,8	128	1,8	114	1,8
Portogallo	57	5,6	63	5,9	81	4,3	106	3,8
Estonia	68	1,0	95	1,1	98	0,8	105	0,7
Polonia	n.d.	n.d.	47	9,5	n.d.	7,5	88	4,9
Italia	13	6,0	23	3,4	27	2,9	27	2,5
Lituania	34	1,6	40	1,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Germania	n.d.	n.d.	36	5,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	10	16,3	12	12,9	14	11,6	n.d.	n.d.

Fonte: European Transport Safety Council - Drink driving: Towards Zero Tolerance

L'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010, è stato perseguito in media dai 27 Paesi UE al 42,8% (Italia 42,4%), centrato solo da 7 con in testa le tre repubbliche baltiche (Lettonia, Estonia e Lituania) seguite da Spagna, Lussemburgo, Francia e Slovenia (vedi tabella 1.4.14).

L'Italia, confrontata con le altre grandi nazioni europee, si ritrova purtroppo fanalino di coda; oltre a Spagna (-55,2%) e Francia (-51,1%) che hanno raggiunto l'obiettivo, siamo dietro anche a Portogallo (-49,4%), Germania (-47,7%) e Regno Unito (-46%).

Tabella 1.4.14: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) valori assoluti e variazione percentuale - anni 2001-2010

Nazione	2001	2010	Δ % 2010/2001
Austria	958	552	-42,4
Belgio	1.486	840	-43,5
Bulgaria	1.011	775	-23,3
Cipro	98	60	-38,8
Danimarca	431	265	-38,5
Estonia	199	78	-60,8
Finlandia	433	270	-37,6
Francia	8.162	3.992	-51,1
Germania	6.977	3.651	-47,7
Grecia	1.880	1.281	-31,9
Irlanda	411	212	-48,4
Italia	7.096	4.090	-42,4
Lettonia	558	218	-60,9
Lituania	706	300	-57,5
Lussemburgo	70	32	-54,3
Malta	16	15	-6,3
Olanda	1.083	640	-40,9
Polonia	5.534	3.907	-29,4
Portogallo	1.670	845	-49,4
Regno Unito	3.598	1.943	-46
Repubblica Ceca	1.334	802	-39,9
Romania	2.454	2.377	-3,1
Slovacchia	625	353	-43,5
Slovenia	278	138	-50,4
Spagna	5.517	2.470	-55,2
Svezia	531	266	-49,9
Ungheria	1.239	739	-40,4
UE27	54.355	31.111	-42,8

Fonte: European Transport Safety Council – Drink driving: Towards Zero Tolerance

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile degli incidenti stradali, verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale, che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti); quindi, dal computo sono esclusi gli incidenti con soli danni alle cose. Come sopra accennato l'Unione Europea, nel libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo che prevedeva, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Italia 2001-2010

riduzione degli
incidenti stradali
-19,6%

In Italia, tra il 2001 e il 2010, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 211.404, con un calo del 19,6%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 4.090 (-42,4%) e i feriti da 373.286 a 302.735 (-18,9%).

Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2010) il parco veicolare è cresciuto di circa il 17%, la performance dell'Italia è da considerarsi soddisfacente anche se l'obiettivo (riduzione del 50%) non è stato centrato; il dato italiano confrontato con quello UE27 è in linea (-42,4% vs -42,8%).

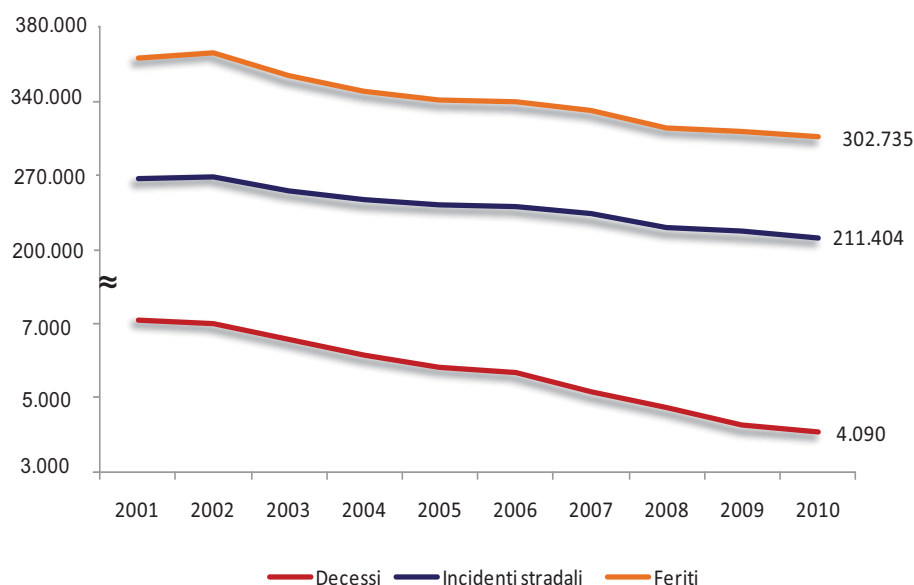
Nel 2010, rispetto al 2009, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

riduzione dei
morti:
- 42,4%

riduzione dei
feriti: - 18,9%

aumento parco
veicolare:
+17%

Figura I.4.56: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia – Anni 2001-2010 - valori assoluti



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2011

Dal raffronto 2009-2010 si evince una sostanziale stabilità per quanto concerne gli incidenti ed i feriti sia a causa dell'alcol che di droghe, mentre varia il quadro legato ai decessi; per l'alcol scende dal 4,25% al 3,33% mentre per droga si sale dallo 0,83% all'1,47%.

Quadro generale

Tabella I.4.15: Incidenti e cause, valori assoluti e percentuali, anni 2009-2010

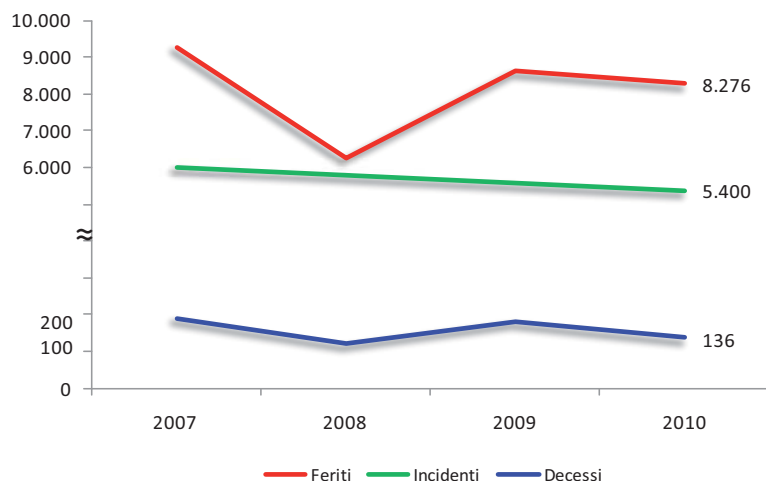
	2009			2010		
	Incidenti	Deceduti	Feriti	Incidenti	Deceduti	Feriti
Alcol	5.597	180	8.638	5.400	136	8.276
Droghe	848	35	1.489	916	60	1.471
Totale	6.445	215	10.127	6.316	166	9.717
Nessuna	208.960	4.022	297.131	205.088	3.924	293.018
Totale Gen.	215.405	4.237	307.258	211.404	4.090	302.735
Alcol	2,60%	4,25%	2,81%	2,55%	3,33%	2,73%
Droghe	0,39%	0,83%	0,48%	0,43%	1,47%	0,49%
Totale	2,99%	5,08%	3,29%	2,98%	4,80%	3,22%

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

Dal 2009 al 2010 aumentano i decessi per droghe (1,47%) e diminuiscono quelli per alcol (3,33%)

Quasi il 5% dei decessi 2010 è causato ufficialmente da alcol o droga

Figura I.4.57: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia alcol correlati – Italia - anni 2007-2010 - valori assoluti

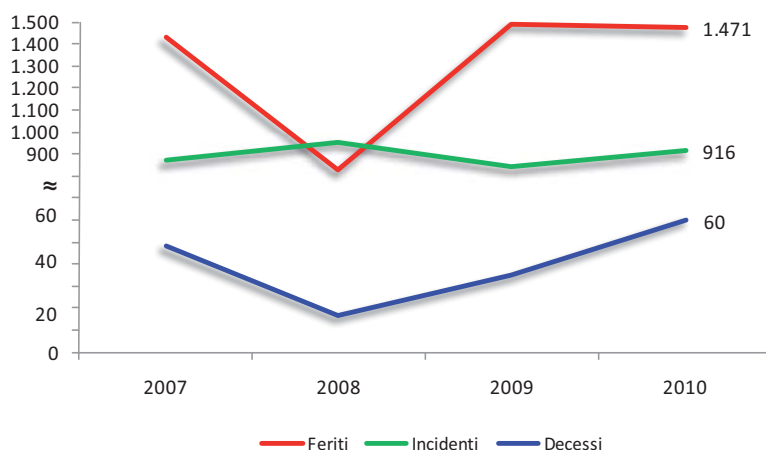


Gli incidenti alcol correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Nella figura I.4.57 si evidenzia un trend molto stabile degli incidenti alcol correlati, mentre per i decessi e feriti è rilevante notare l'incremento in valore assoluto negli anni 2009 e 2010. Lo stesso fenomeno, in maniera ancora più rilevante, è evidenziato per i decessi droga correlati nella successiva figura I.4.58

Figura I.4.58: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – Italia - anni 2007-2010 - valori assoluti



Anche gli incidenti droga correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Tabella I.4.16: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse
- Italia - anni 2009-2011

	2009	2010	2011	%09	%10	%11
Guida sotto l'influenza di alcool (art. 186)	26.785	24.744	25.956	+1,09	+1,04	+1,07
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.211	2.083	2.003	+0,09	+0,09	+0,08
Totale infrazioni per art. 186 e 187	28.996	26.827	27.959	+1,18	+1,13	+1,15
Tot. Gen. Infrazioni	2.448.641	2.369.540	2.426.956			

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Più dell'1% le infrazioni accertate per alcool

Dall'analisi della tabella I.4.16 si riscontra che, nell'ultimo anno considerato, le infrazioni accertate dalla Polizia Stradale per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada sono in aumento, così come il totale generale delle infrazioni, mentre quelle legate all'art. 187 CdS fanno registrare un ulteriore calo. Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend in aumento per violazione art. 186 mentre è di segno opposto per l'art. 187 del Codice della Strada.

Più controlli meno infrazioni

I dati relativi all'incidentalità nel fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2011 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dell'Arma dei Carabinieri, rispetto al 2010, si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote.

Dati del weekend:

Incidenti -10,3%

Decessi -12,2%

Feriti -9,8%

Anche gli incidenti e le vittime nelle ore notturne (22,00-06,00), diminuiscono: gli incidenti complessivi sono passati da 45.757 nel 2010 a 41.042 nel 2011, -4.715 incidenti pari a un calo del 10,3%; le vittime sono passate da 1.263 a 1.100 (-163 soggetti, pari ad una diminuzione del 12,2%) e i feriti da 36.327 sono scesi a 32.762, -3.565 pari a una diminuzione del 9,8%. I ragazzi con meno di 30 anni che hanno perso la vita nel 2011 sono stati 377, contro i 453 del 2010 -76 decessi pari al -16,8%.

Decessi Under 30: -16,8%

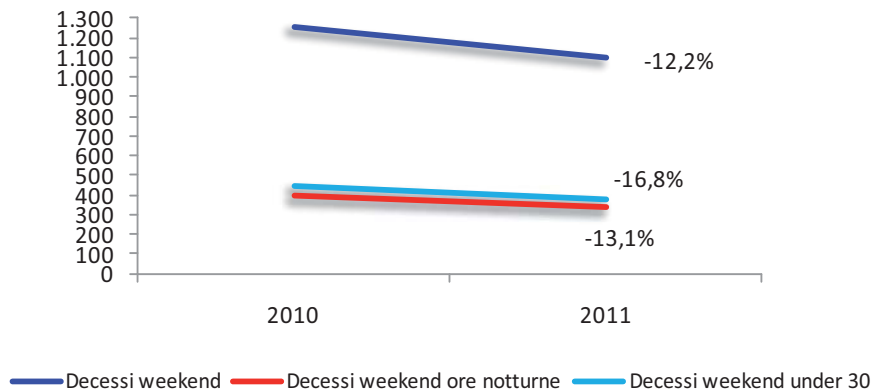
Per l'incidentalità notturna, (relativa alla fascia oraria che va dalle 22,00 alle 06,00 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica) 345 persone hanno perso la vita in 305 incidenti. Rispetto al 2010, si registra un decremento del 13,1%, ovvero ben 52 decessi in meno rispetto alle 397 vittime delle notti dei week-end dell'anno precedente.

Decessi notturni -13,1%

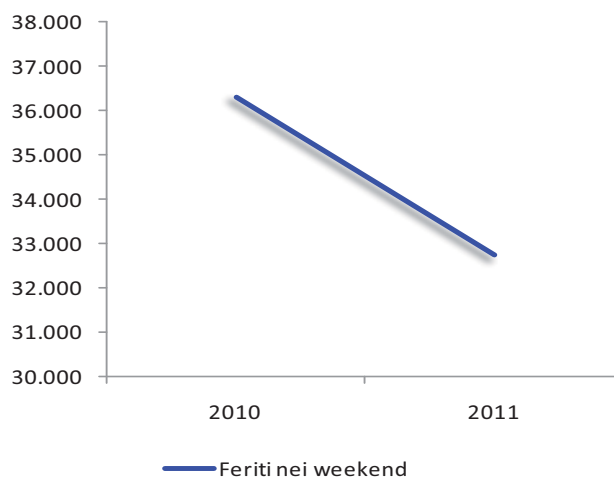
Tabella I.4.17: Incidentalità nel fine settimana - anni 2010-2011

	2010	2011	Δ % 2011/2010
Incidenti complessivi nei weekend	45.757	41.042	-10,3
Decessi nei weekend	1.263	1.100	-12,2
Decessi nei weekend ore notturne	397	345	-13,1
Decessi nei weekend under 30	453	377	-16,8
Feriti nei weekend	36.327	32.762	-9,8

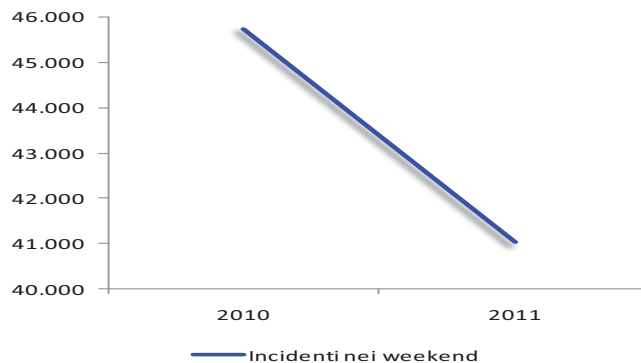
Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.59: Confronto decessi nel fine settimana 2010-2011

Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.60: Confronto feriti nel fine settimana, anni 2010-2011

Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.61: Confronto incidenti nel fine settimana, anni 2010-2011

Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

L'Osservatorio "Sbirri Pikkiati" del Centauro - ASAPS nel 2011 ha registrato 2.230 casi di aggressione fisica (referto medico per lesioni fisiche subite) ad operatori di polizia che operano su strada. In 496 casi (22%) per aggredire l'operatore sono state usate armi proprie o improprie (bastoni, coltelli, crick, in molti casi la stessa vettura

757 aggressioni
fisiche ad agenti
di strada causate
da alcol o droga

per travolgere l'operatore). Il 52,6% delle aggressioni hanno riguardato appartenenti all'Arma dei Carabinieri, il 35,8% alla Polizia di Stato, il 10,4% alla Polizia Locale, il 5,7% ad altri corpi. In 757 casi (34%) l'aggressore era sotto gli effetti di alcol o sostanze stupefacenti. Nel 2010 le aggressioni erano state 2.079, l'incremento è quindi del 7%. Il 35,5% degli episodi avviene al nord, il 24,8% al centro e il 39,8% al sud.

L'Osservatorio ASAPS "I contromano", che registra le infrazioni da cui conseguono incidenti, pur nella limitata casistica, indica che, nel 2011, su 304 episodi riscontrati in ben 72, pari al 23,7%, è stata accertata nel conducente lo stato di ebbrezza da alcol o l'uso di sostanze stupefacenti.

Il 23,7% dei conducenti "contromano" sotto l'effetto di alcol o droga

1.4.3.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, a partire dall'anno 2009, ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Il protocollo Drugs on Street

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. ha consentito di definire una modalità di rilevazione specifica per individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica per assunzione di sostanze stupefacenti.

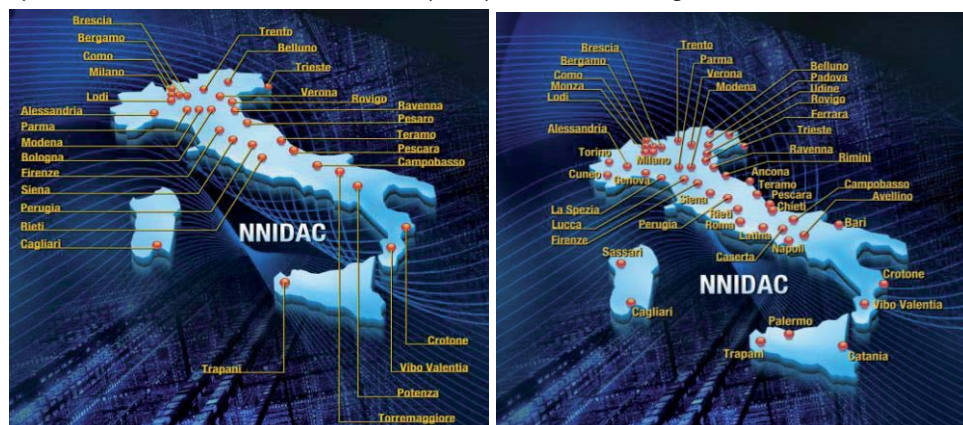
A seguito della fattiva esperienza portata avanti dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa coinvolgendo gran parte del territorio nazionale invitando alla creazione di network locali che ripercorressero l'esperienza veronese: al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, sono state contattate Prefetture, Assessorati Regionali, Province Autonome e Comuni italiani.

In seguito ad un'attenta valutazione dei tassi di incidentalità e sulla base delle manifestazioni di interesse fornite dalle Prefetture, nell'anno 2009 sono stati individuati 29 Comuni italiani ai quali è stato attribuito un finanziamento per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali, nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S.

Sperimentazione attiva in 29 Comuni italiani

Il progetto, che si avvale della collaborazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, del Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, dell'ANCI, del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani e del coordinamento delle Prefetture, è stato attivato per il biennio 2010/2011 nei 29 Comuni riportati a sinistra in figura 1. Il progetto proseguirà per il biennio 2012/2013 ampliando a circa 50 il numero di Comuni partecipanti.

Figura I.4.62: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011(a sin) e ampliamento a 50 comuni nel 2012-2013 (a dx.) – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra le Forze dell'Ordine (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale) ed una equipe di medici e infermieri, hanno interessato una vasta superficie del territorio italiano, corrispondente a 5.256,06 kmq, pari all'1,74% dell'intera superficie italiana, ed una popolazione (fascia d'età 15-64 anni) potenziale di 4.635.728 abitanti pari all'11,69% della stessa fascia d'età.

I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte presso i Comuni interessati nel biennio 2010/2011.

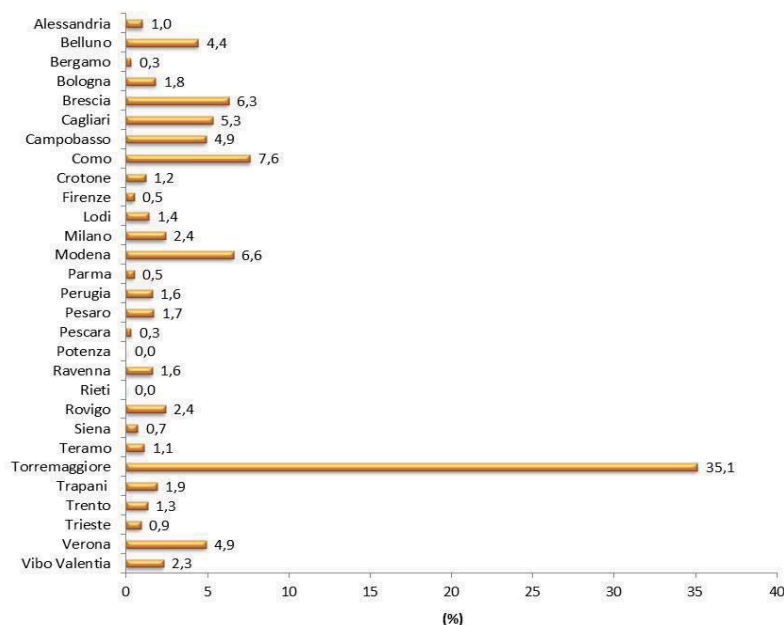
I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio nazionale, in fascia oraria notturna (00.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato, e sabato e domenica.

Durante l'attività di controllo sono stati fermati quasi 44.300 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 25.000 conducenti, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Risultati attività
2010/2011

Figura I.4.63: Distribuzione percentuale dei veicoli controllati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010/2011.

44.300 Veicoli
controllati

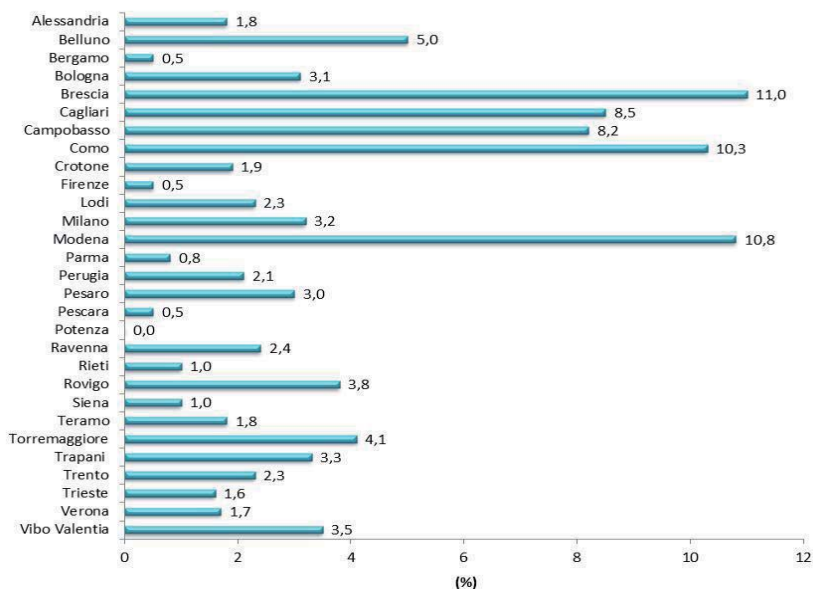


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

Nota: il comune di Torremaggiore ha operato in ambito provinciale

Figura I.4.64: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010/2011

Oltre 25.000
conducenti
sottoposti ad
accertamenti
clinico-
tossicologici



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

Tabella I.4.18: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti ai sensi degli artt. 186 e 187 CdS, ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati

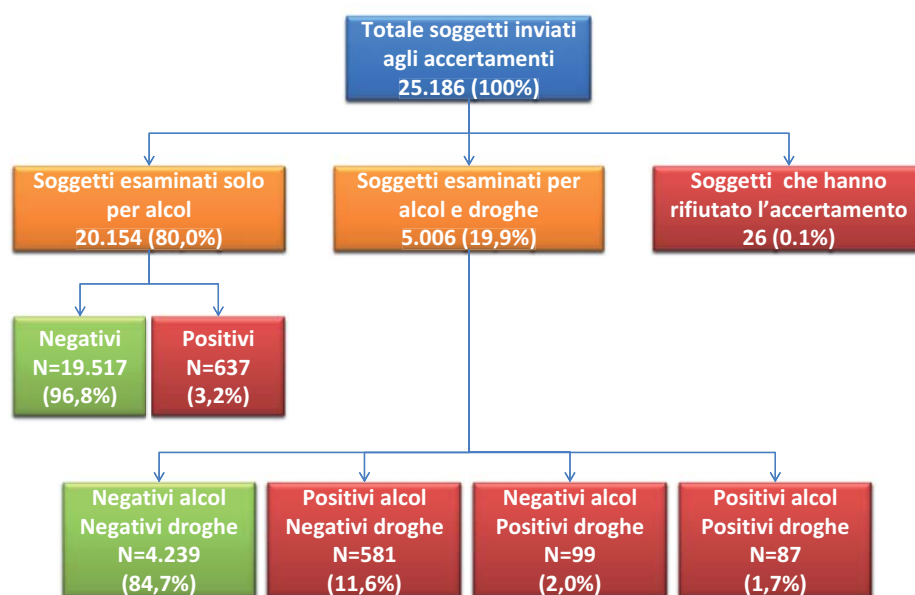
In oltre il 5,5%
dei fermati è stata
riscontrata
positività per alcol
o droghe

Caratteristiche	N	% c
Controlli effettuati		
Totale Conducenti inviati agli accertamenti	25.186	100
Totale esaminati solo per alcol	20.154	80,0
Totale esaminati per alcol e droga	5.006	19,9
Rifiuti ad effettuare esami clinico-tossicologici	26	0,1
Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati (25.160 soggetti)		
Conducenti negativi	23.756	94,3
Positivi Solo Alcol (art. 186 e 186bis del C.d.S.)	1.218	4,8
Positivi Solo Droghe (art. 187 C.d.S.)	99	0,4
Positivi Alcol e Droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	87	0,3
Totale Conducenti Positivi	1.404	5,6

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

Rispetto all'intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 5,6%. Tra i conducenti positivi all'etilometro (1.218), la maggior parte (81,4%) ha un tasso alcolemico compreso tra 0,5 – 1,5 g/l (fino a 3 volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), il 9,9% ha un'alcolemia compresa tra 0,0 – 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose) e il restante 8,7% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

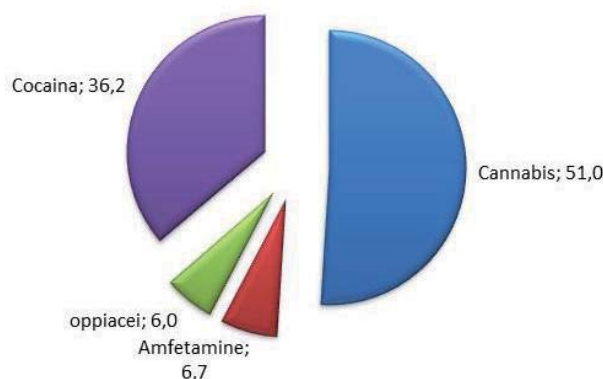
Figura I.4.65: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo DOS

Il dettaglio delle sostanze presenti nei soggetti testati per alcol e droghe è riportato nella figura I.4.66.

Figura I.4.66: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati per droghe (5.006 soggetti)



51% positivi per cannabis, 36,2% positivi per cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe, la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (51% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, segue la cocaina (36,2%), seguono le amfetamine (6,7 %) e gli oppiacei (6%)².

Un fenomeno riscontrato con una certa frequenza riguarda la poliassunzione, ossia l'assunzione contemporanea di diversi tipi di droghe o l'associazione di alcol e droghe. Nonostante l'esiguità dei dati, è possibile evidenziare la frequente combinazione di cannabis e cocaina, alcol e cannabis o alcol e cocaina.

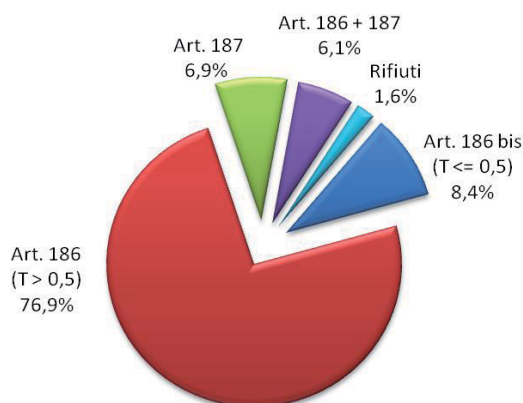
Poliassunzione

Il nuovo Codice della Strada, legge 29 luglio 2010, n. 120, regola la guida in stato psicofisico alterato con tre articoli specifici. Agli articoli 186 "Guida sotto l'influenza dell'alcool", 187 "Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti", si è aggiunto l'articolo 186-bis, che regola la "Guida sotto l'influenza dell'alcool per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose". Con l'attivazione del Protocollo Drugs on Street e sulla base del nuovo sistema normativo che prevede sanzioni più severe per i trasgressori, sono state intensificate le azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

Il nuovo Codice della Strada

² Fonte: Zalesky A., Solowij N., Yu Cel M., Dan, et al: "Effect of long-term cannabis use on axonal fiber connectivity". Brain, June 2010; Wadsworth E.J.K., Moss, S.C., Simpson S.A., Smith A.P. "A community based investigation of the association between cannabis use, injuries and accidents" – Journal of Psychopharmacology, 2005

Figura I.4.67: Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi



1.310 patenti
ritirate 112 veicoli
sequestrati

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC

Sul totale dei conducenti sanzionati (1.430), sono state ritirate 1.310 patenti e sequestrati 112 veicoli.

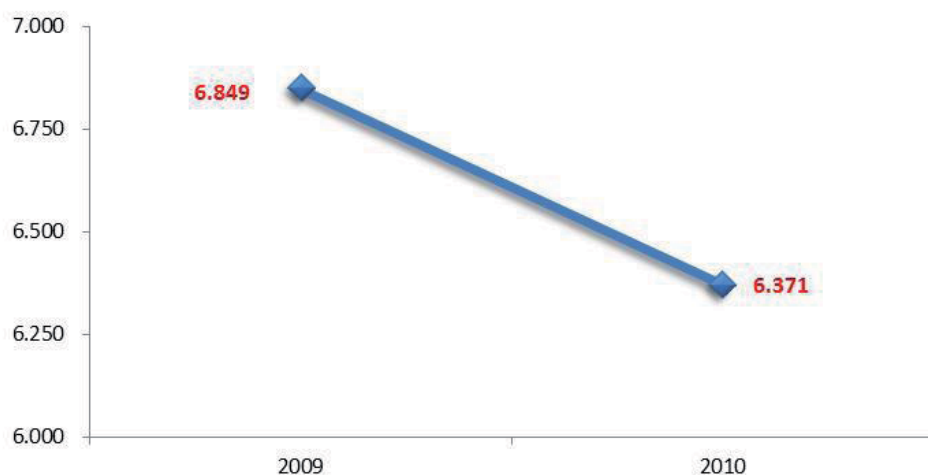
Il 76,9% dei conducenti esaminati è stato sanzionato per abuso di alcol (tra 0,5 – 1,5 g/l), condizione che risulta anche essere il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali. Seguono le sanzioni per gli articoli 186-bis con l'8,4%, 187 con il 6,9% e la poliassunzione di sostanze stupefacenti associata all'uso di alcol col il 6,1%.

Nei Comuni aderenti al progetto è stata effettuata un'analisi comparata dell'incidentalità notturna tra il periodo di applicazione del Protocollo D.O.S durante i controlli su strada e lo stesso periodo dell'anno precedente; nella maggioranza di essi, si è riscontrata una diminuzione dell'incidentalità notturna.

L'elaborazione, eseguita su una base dati di 19 Comuni su 29, evidenzia nel 2010 un calo sia degli incidenti sia dei feriti rispetto al 2009, ma un aumento dei decessi. E' stato rilevata, inoltre, una diminuzione generale delle sanzioni applicate.

Rilevazione
dell'incidentalità
notturna

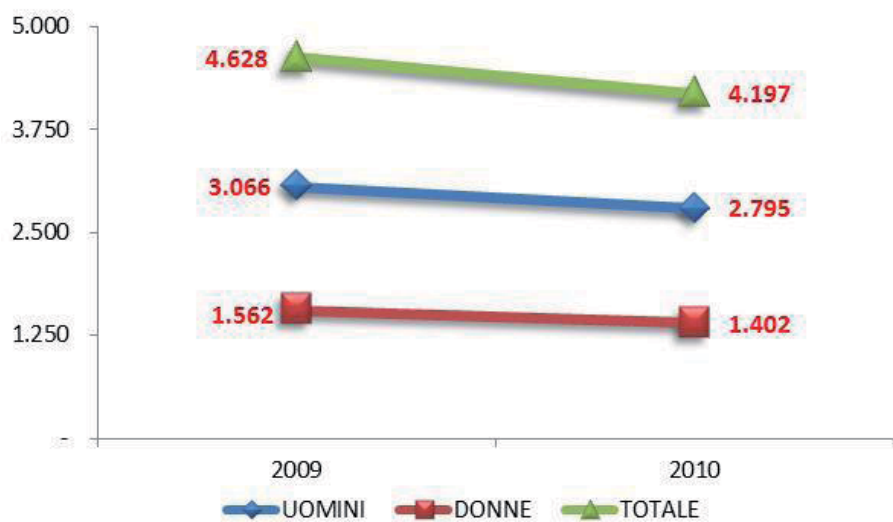
Figura I.4.68: Andamento degli incidenti stradali 2009-2010



Diminuzione
degli incidenti
stradali dal 2009
al 2010

Rispetto al 2009, nel 2010 gli incidenti stradali nei 19 comuni hanno subito una diminuzione pari a 478 episodi (meno 7% rispetto all'anno precedente).

Figura I.4.69: Numero di feriti causati da incidenti stradali 2009-2010



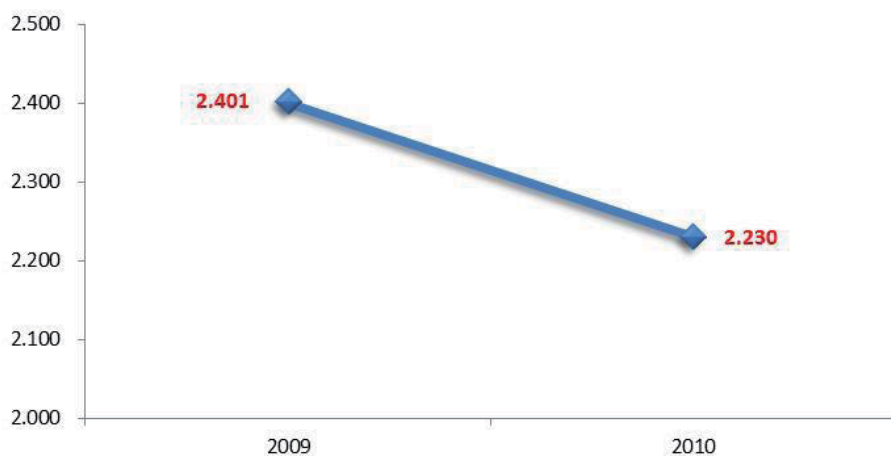
Diminuzione del numero di feriti causati da incidenti stradali dal 2009 al 2010

Anche il numero dei feriti è diminuito, passando, complessivamente, 4.628 a 4.197 (2009 vs, 2010), con una riduzione di 431 casi (meno 9%)

Nei 19 territori che hanno contribuito alla rilevazione dei dati sulla incidentalità con danni a persone è stata anche rilevata l'applicazione delle sanzioni CdS a carico dei conducenti.

Applicazione delle sanzioni 2009-2010

Figura I.4.70: Applicazione delle sanzioni 2009-2010



Rispetto al 2009 le sanzioni mostrano complessivamente una riduzione del 7%; questo valore risulta del tutto sovrapponibile a quello osservato per gli incidenti.

La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per lo sviluppo e l'implementazione di azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l'incidentalità stradale alcol e droga correlata. La creazione di reti a livello locale composte da Prefetture, Forze dell'Ordine, personale sanitario e altri Enti coinvolti nei progetti territoriali, il supporto formativo organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga, nonché le campagne informative locali, hanno costituito un Network efficace non solo per la realizzazione e l'incremento di controlli su strada, nel rispetto delle norme previste dal Codice della Strada, ma anche per creare un effetto deterrente sui territori interessati, rendendo più consapevoli i conducenti che si mettono alla guida. A seguito delle manifestazioni di interesse espresse dai Comuni aderenti al progetto NNIDAC 2010/2011 e sulla base dei risultati ottenuti, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei

conducenti alla guida in stato alterato, il Dipartimento Politiche Antidroga ha ritenuto opportuno estendere per il biennio 2012/2013 il Progetto Quadro NNIDAC a circa 50 Comuni Italiani.

I.4.4. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate. Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, che rileva gli episodi in cui siano state interessate le Forze di Polizia su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive). In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011 con un numero di decessi pari a 362 (Figura I.4.71). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,3); tale quoziente varia da un minimo di 6,5 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ad un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.4.19).

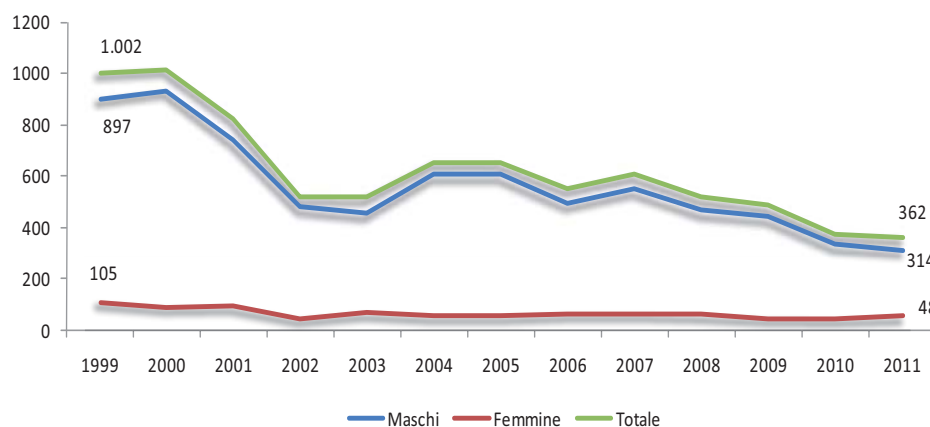
Trend in forte
decremento dei
decessi droga
correlati: da 1.002
decessi nel 1999 a
362 nel 2011

Tabella I.4.19: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2011

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48
Tot.	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484	374	362
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9	6,5

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Figura I.4.71: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2011

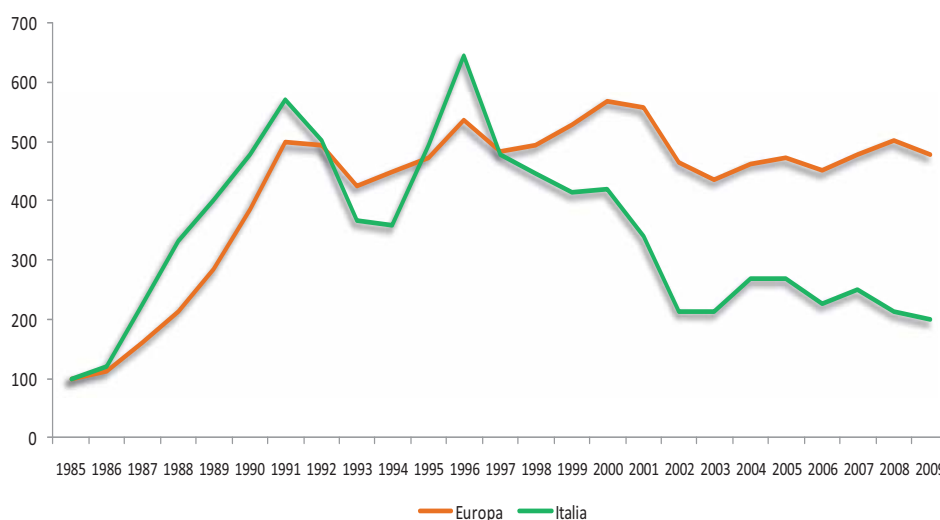


Continua la
diminuzione dei
decessi

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e nei primi anni novanta; in Italia, ciò è avvenuto soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via endovenosa. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità dovuto all'aumento in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.4.2).

Figura I.4.72: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2009 (Anno base 1985=100)



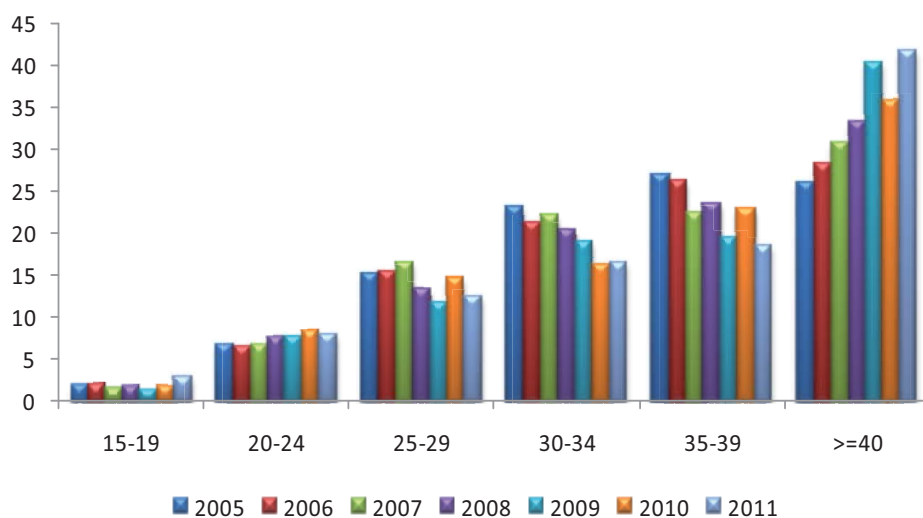
Maggior
decremento dei
decessi in Italia
rispetto al trend
europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2011

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 37 anni del 2011; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2011 tale quota raggiunge il 60% circa, che risulta il valore più alto insieme a quello registrato nel 2009. Caratteristiche sostanzialmente simili si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, sebbene in quello femminile si osservi una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi. Per entrambi, la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40. Prendendo in analisi l'anno 2011, si osserva una riduzione dei decessi nelle fasce di età 25-29 e 35-39 sia per i maschi che per le femmine; per queste ultime vi è una diminuzione anche nella classe 20-24 anni.

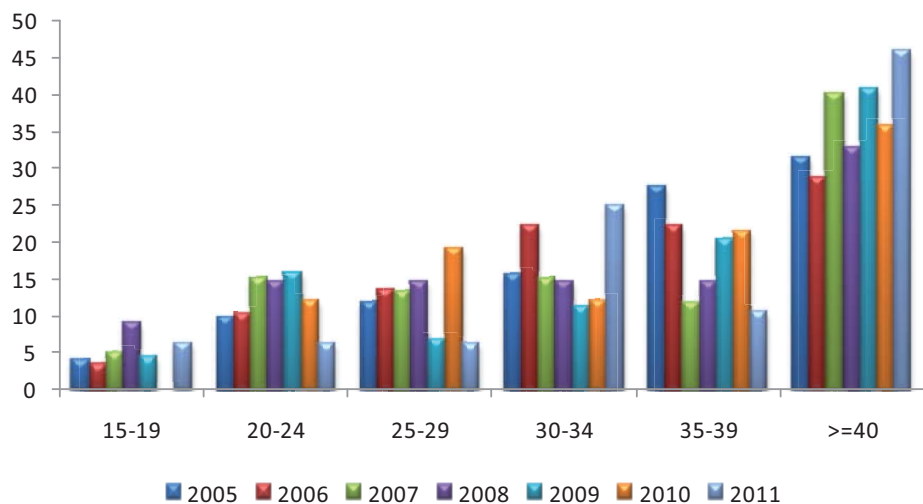
Aumento dell'età
media del
decesso: da 32
anni nel 1999 a 37
anni nel 2011

Figura I.4.73: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2005 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

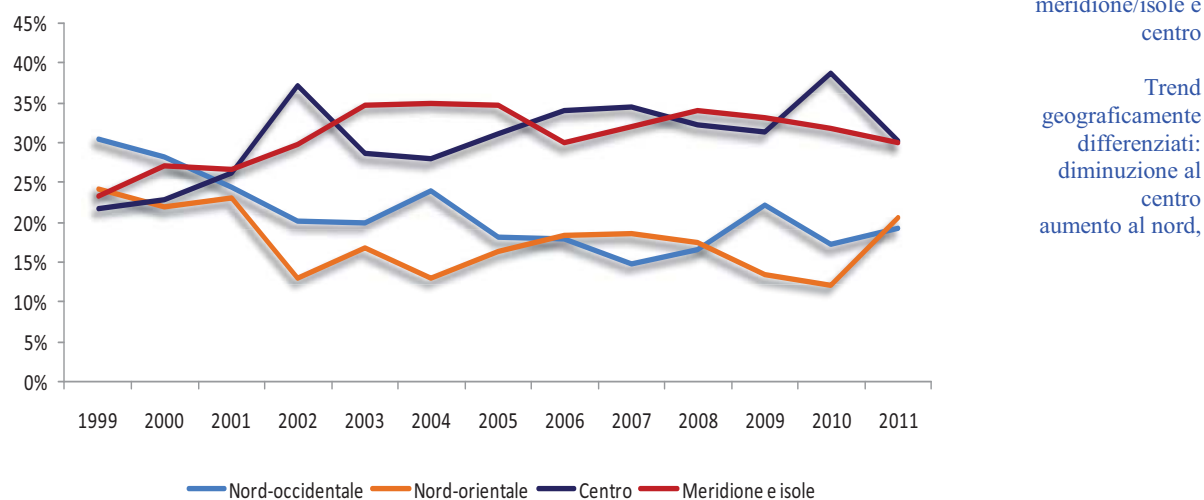
Figura I.4.74: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2005 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Differenze tra i generi si osservano nelle fasce di età dei giovani adulti (20-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni) con percentuali di decessi più elevate per le femmine. Nella fascia di età più giovane, si osserva una tendenziale riduzione nel tempo della percentuale di decessi tra i maschi fino al 2009, con un successivo lieve aumento negli ultimi due anni. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore a quella dei maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (9,1%); nel 2010, non si sono registrati decessi tra le femmine, mentre nel 2011 si registra una percentuale pari al 6,3% (Figura I.4.74).

Figura I.4.75: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2011



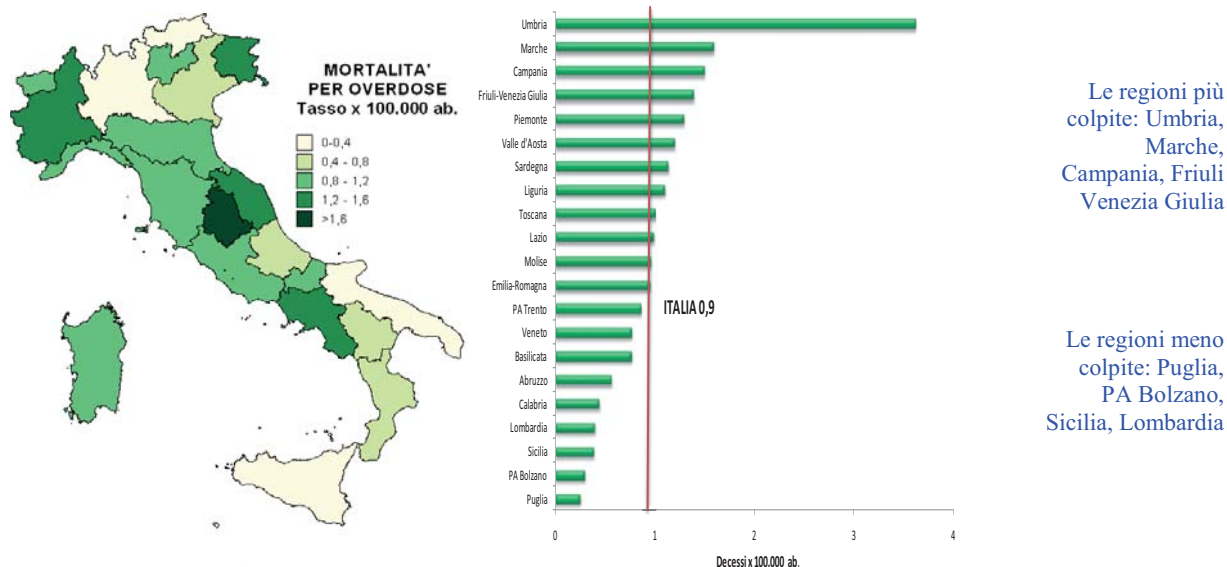
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta, a livello territoriale, nell'ultimo decennio, evidenzia una predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità per tutto il periodo considerato. Nel 2011, si osserva una diminuzione dei decessi nel centro Italia ed un aumento nelle zone Nord del Paese, mentre è quasi stabile per meridione ed isole (Figura I.4.75).

Anche nel 2011, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un tasso di mortalità³ pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalle Marche e dalla Campania. I quattro casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati uno nella Provincia Autonoma di Bolzano e tre nella Provincia Autonoma di Trento (Figura I.4.76).

³ Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero dei deceduti per i residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2011.

Figura I.4.76: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

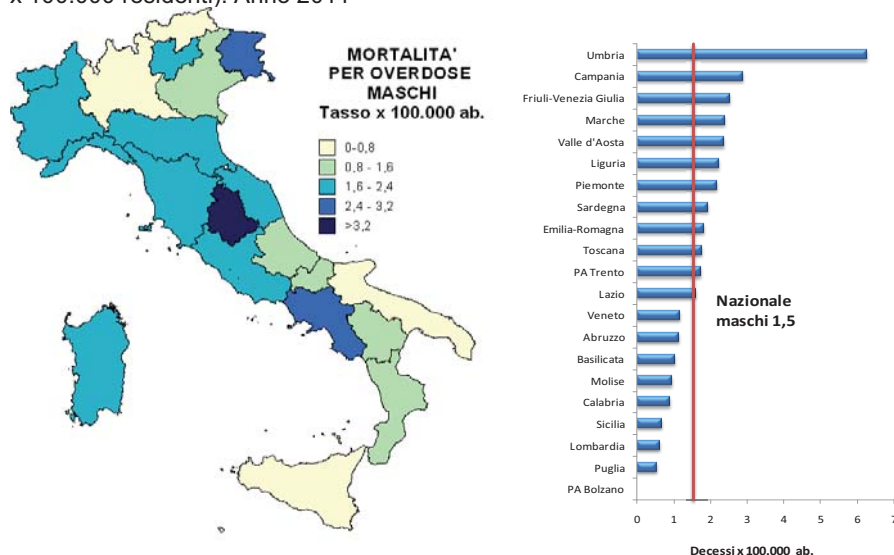


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

La distribuzione del tasso di mortalità per intossicazione acuta nei maschi per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria (6 decessi per 100.000 residenti), seguita dalla Campania e dal Friuli Venezia Giulia con 3 decessi per 100.000 residenti (Figura I.4.77).

Il tasso di mortalità nei maschi in Umbria è 4 volte la media nazionale

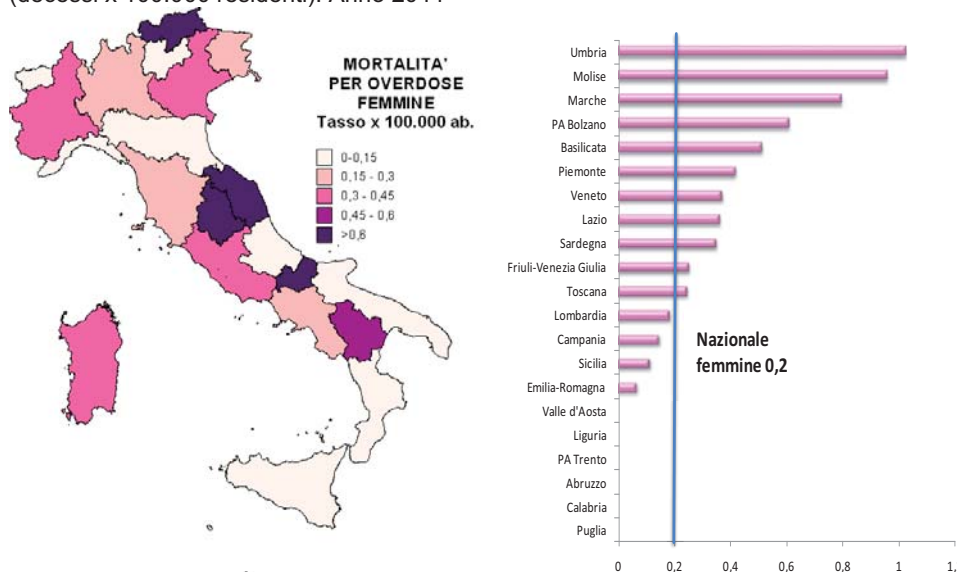
Figura I.4.77: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nei maschi (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni; il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,5 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. Anche in questo caso la regione più colpita è l'Umbria con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.4.78).

Figura I.4.78: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

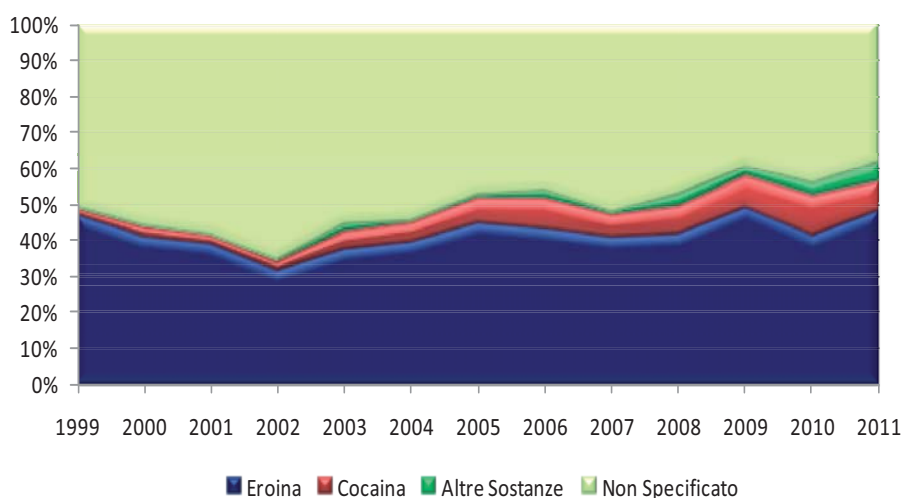


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 38% dei decessi registrati nel 2011 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche, ma su meri elementi circostanziali); nel 48% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'8% alla cocaina, nel 4% al metadone nel restante 1% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A., uno per metamfetamina, uno per crack, uno per hashish e due per barbiturici). L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2010, l'età media dei decessi sia per l'eroina che per la cocaina risulta pari a 37 anni.

Eroina prima
sostanza
responsabile
dei decessi

Figura I.4.79: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

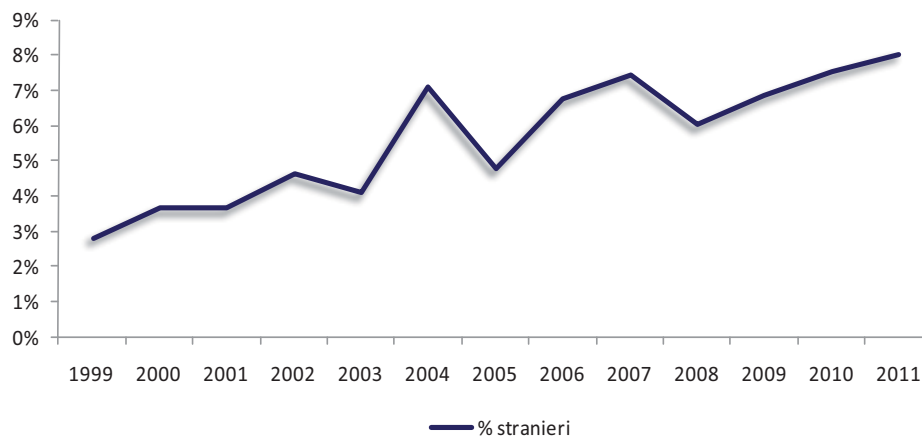
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

Trend in
diminuzione di

tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi, pari a -34,7%). Nel 2011, invece, viene registrato un aumento con un numero di decessi per eroina pari a 174 (+13%). Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, mentre nel 2011 si registra una diminuzione, passando da 41 a 29 decessi (-29,3%) (Figura I.4.79). La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.80) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando all' 8% nel 2011.

overdose per la
cocaina, in
aumento per
l'eroina

Figura I.4.80: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2011



Aumento
percentuale delle
overdose nella
popolazione
straniera

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

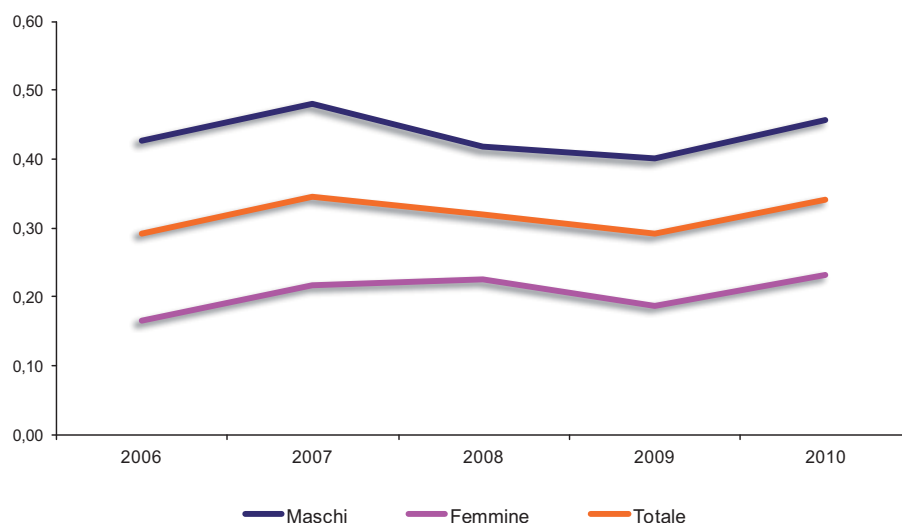
L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe. Tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e patologie) o di decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

Ancora
difficoltosa la
ricostruzione delle
varie cause di
morte droga
correlate

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".

La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

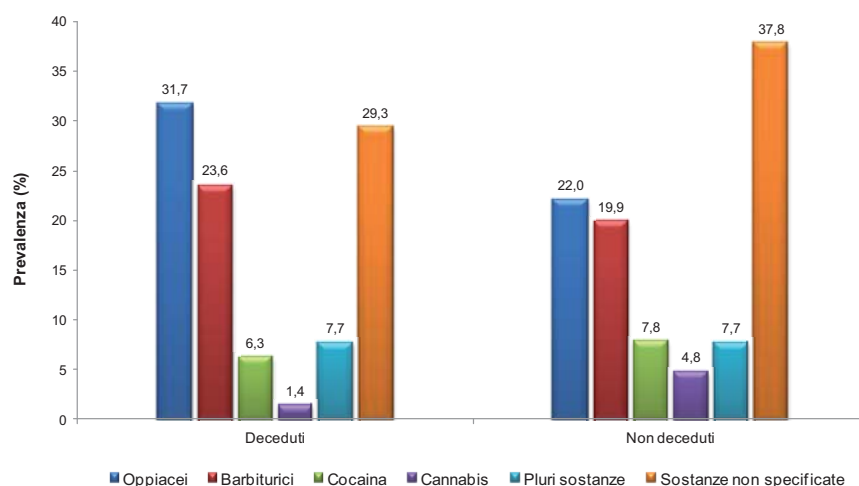
Figura I.4.81: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2010, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati (208). Il confronto del tasso di ospedalizzazione dei decessi negli ultimi cinque anni evidenzia una contrazione dal 2007 al 2009 (206 nel 2007, 192 nel 2008 e 177 nel 2009) a fronte di un aumento dei decessi nell'ultimo anno (17,5%). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2009 nel 2010 si osserva un aumento dei decessi per entrambi i generi; per il genere maschile si rileva un aumento dell'1,0% sul totale maschi ricoverati (0,81% nel 2008 e 0,7% nel 2010), per il genere femminile si evidenzia un aumento dello 0,7% sul totale delle ricoverate (0,65% nel 2008 e 0,58% nel 2009).

Figura I.4.82: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010

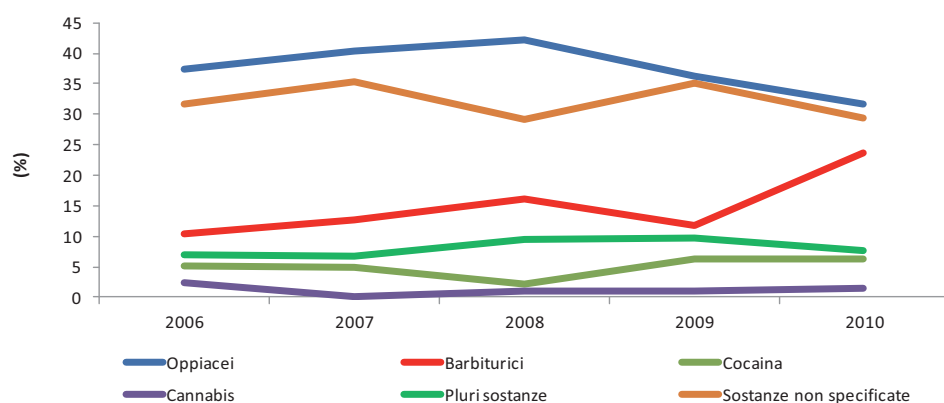


Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2010 le sostanze di abuso che hanno provocato più decessi sono risultate essere gli oppiacei con un aumento fino al 2008 (37,4% nel 2006, 40,3 % nel 2007 e

42,2% nel 2008) per poi diminuire nel biennio successivo (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010), mentre le sostanze non specificate sono risultate essere in calo nell'ultimo biennio (11,8% nel 2009 e 23,6% nel 2010). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un aumento di 11,7 punti percentuali con 21 decessi nel 2009 vs. 49 decessi nel 2010; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni.

Figura I.4.83: Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

CAPITOLO I.5.

GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

I.5.1. Introduzione

I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

I.5. GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

I.5.1. Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno caratterizzato da elementi molto vicini alle classiche forme di dipendenza.

La gravità del gioco d'azzardo può essere classificata con l'utilizzo di test specifici attraverso i quali è possibile identificare differenti livelli di compromissione: non problematico, problematico e patologico.

Nell'ambito dell'inquadramento del fenomeno si ritiene opportuno adottare la seguente terminologia:

- **Persone vulnerabili:** soggetti che per alcune loro caratteristiche neuro-psico-biologiche e sociali presentano una probabilità maggiore, rispetto alla popolazione generale esposta al gioco d'azzardo, di esplicitare un comportamento a rischio (gioco d'azzardo problematico) e di evolvere in malattia (gioco d'azzardo patologico).
- **Gioco d'Azzardo Problematico:** identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma con una possibile progressione verso una forma di malattia. E' quindi da considerare un comportamento a rischio per la salute psico-fisica e sociale della persona in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza. E' una condizione comportamentale prevenibile ed estinguibile con interventi preventivi e supporti psicologici ed educativi. Questo comportamento necessita di diagnosi precoce e interventi immediati.
- **Gioco d'Azzardo Patologico:** E' una malattia del cervello che si connota come una dipendenza patologica "sine substantia", caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute fisica e psichica e la socialità della persona affetta da tale disturbo. E' una malattia prevenibile, curabile e guaribile che necessita di diagnosi precoce, cure specialistiche e supporto sociale. La sua diagnosi si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association.

Il gioco d'azzardo patologico è stato caratterizzato come una patologia progressiva, a vari livelli. La prima fase, della vincita, è favorita dai primi successi ed è spesso riscontrabile negli uomini, riflettendo probabilmente un aspetto più competitivo del gioco d'azzardo maschile. Vincere conferisce un senso di prestigio, di potere e di onnipotenza. Le caratteristiche che accompagnano questa fase sono alti livelli di energia, concentrazione focalizzata, migliore abilità con i numeri e interesse nelle strategie di gioco d'azzardo. Molti attribuiscono le loro vincite iniziali all'abilità piuttosto che alla fortuna. Si ritiene che molti giocatori derivino una sostanziale porzione della loro autostima dal gioco d'azzardo e che dipendano dal gioco nel gestire delusioni e stati d'umore negativi. Il giocatore può iniziare a ritirarsi da famiglia e amici e può dedicare più tempo ed energia al gioco d'azzardo. Fantasie di vincita e pensieri di grande successo sono tipici.

Fase della vincita

Perdite inaspettate, spesso percepite come segni di sfortuna, portano ad una seconda fase, chiamata la fase perdente, caratterizzata dalla rincorsa. Il giocatore cerca di recuperare disperatamente il denaro perso scommettendo più frequentemente e con somme più ingenti. Spesso mente alle persone importanti (familiari, amici e datori di lavoro) per nascondere le perdite. Le relazioni generalmente si deteriorano e le finanze peggiorano. Alla fine il giocatore

Fase perdente

sperimenta una situazione difficile, in cui le sorgenti legittime di denaro sono esaurite. I familiari possono provvedere alla cauzione economica in cambio di promesse di smettere di giocare.

Uno schema a spirale, di perdita e di rincorsa alla perdita, porta alla terza fase, la disperazione. Il giocatore può venire coinvolto in attività illegali quali frode, appropriazione indebita, assegni scoperti o furto per poter sostenere i propri problemi di gioco. Il comportamento illegale viene razionalizzato, spesso con l'intenzione di restituire i fondi dopo la grossa vincita che si crede imminente. Fantasie di fuga e pensieri suicidi sono riportati comunemente durante questa fase.

Fase della disperazione

Alcuni giocatori sperimentano una quarta fase di rinuncia. Il giocatore può cercare trattamento, spesso sotto insistenza del datore di lavoro, del coniuge o di un familiare. Depressione, pensieri suicidi e sintomi legati allo stress quali ipertensione, palpitazioni, insonnia e disturbi gastro-intestinali possono essere presenti. (Rosenthal 1992).

Fase della rinuncia

Il Gioco d'Azzardo Patologico ha dei correlati neuropsicobiologici molto forti e gli studi di neuroscienze hanno dimostrato che questa malattia si basa sulla presenza di anomalie documentabili anche attraverso le moderne tecniche di neuroimaging relativamente al sistema per il controllo degli impulsi (corteccia prefrontale-serotonina) il sistema dopaminergico della gratificazione, il sistema adrenergico e degli oppioidi endogeni.

Gambling e neuroscienze

Questi sistemi risultano con un funzionamento alterato nelle persone con Gioco d'Azzardo Patologico e condizionano, quindi, in maniera fondamentale l'espressione e il mantenimento della malattia così come è stata riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il gioco d'azzardo, anche nel nostro Paese, ha assunto dimensioni rilevanti e una forte spinta commerciale facilmente percepibile dalle innumerevoli pubblicità che, sempre più, sono presenti sui media.

Gioco d'azzardo: fenomeno in forte espansione

Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza (gambling patologico).

Questa condizione può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento, e contemporaneamente alla possibilità di entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale ma, anche e soprattutto, con quelle dell'usura.

Gravi conseguenze sociali legate all'usura

Il "gambling patologico", come invece dovrebbe essere, non trova ancora riconoscimento nei livelli essenziali d'assistenza (LEA) e pertanto vi è una oggettiva difficoltà ad organizzare forme strutturate di cura e riabilitazione nei sistemi sanitari regionali. La necessità di risolvere tale problema è stata riportata e sottolineata nel Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Consiglio dei Ministri, così pure la necessità di avere a disposizione precise linee d'indirizzo per le attività di cura e riabilitazione, un sistema per il tempestivo e costante rilevamento epidemiologico della prevalenza e dell'incidenza del fenomeno, delle regolamentazioni più conservative e prudenziali nei confronti degli utenti finalizzate a un maggior controllo dei gestori e dei concessionari di tali giochi, oltre che un programma di azione nazionale opportunamente finanziato con parte dei proventi derivanti dai giochi stessi (al pari di tanti altri Paesi europei e internazionali che già prevedono tali finanziamenti).

Necessità di riconoscere la patologia nei LEA

Oltre a ciò, si è rivelata la necessità di valorizzare e promuovere ulteriormente le azioni di prevenzione e contrasto di gioco illegale e dell'usura collegata. I dati, purtroppo frammentari, che si possono trovare in varie fonti nazionali, sono stati qui riassunti al fine di dare un primo profilo dell'estensione della gravità del fenomeno che necessariamente dovrà essere preso in considerazione in maniera più approfondita nei prossimi anni, anche e soprattutto per strutturare precise ed

Mancanza di quantificazione epidemiologica del fenomeno

efficaci strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, trovare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi.

Và ricordato che il gioco di per sé è fonte di legittimo piacere e quindi non può essere quindi vietato o proibito tout court, anche perché facente parte della cultura popolare e delle società ma, necessariamente, nel momento in cui vi sono effetti negativi documentati sulla salute di alcune persone è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti, soprattutto alla luce della forte evoluzione che questi giochi stanno avendo sulla rete internet dove diventa estremamente difficile esercitare controlli e introdurre forme di prevenzione.

Necessarie forme di tutela della salute e regolamentazione

I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

Secondo una ricognizione eseguita nel 2009, sono 11 gli stati europei che, tra il 2001 e il 2008, hanno condotto indagini di popolazione per stimare la prevalenza di gambling problematico. Le percentuali di presenza di questa condizione nella vita variano dallo 0,7% (Danimarca) al 3,3% (Svizzera), mentre le stime riferite all'ultimo anno sono comprese tra 0,5% (Gran Bretagna) e 6,5% (Estonia).

Il gioco problematico in Europa

Tabella I.5.1. Sintesi delle più recente indagini su popolazione adulta per la presenza di gambling problematico in Europa

Ampia variabilità della prevalenza in Europa

Stato	Anno	Nr. soggetti	Strumento	Prevalenza
Denmark	2006	8,153	NODS	0.7 (nella vita)
			SOGS-RA	1.7 (nella vita)
Norway	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Netherlands	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Switzerland	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)
Great Britain	2007	8,996	PGSI	0.5 (ultimo anno)
			DSM-IV	0.6 (ultimo anno)
Iceland	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Germany	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Belgium	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Sweden	2001	7,139	SOGS	2.0 (ultimo anno)
Finland	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)

Fonte: M. Griffiths, 2009

Altre ricerche internazionali hanno riportato valori del 1,4-2,2% per il gioco problematico, e dello 0,7-0,9% per il gambling patologico.

Nonostante anche in Italia negli scorsi anni siano state effettuate delle indagini di popolazione, la situazione nazionale è stata poco rappresentabile a causa di differenze metodologiche tra i vari studi. Queste differenze consistevano nello strumento impiegato nella rilevazione, nella modalità di somministrazione (postale, telefonica, face to face), nel periodo indagato (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), nella popolazione target (adulti, adolescenti), nell'estensione dell'indagine (locale, nazionale) e nella numerosità della popolazione intervistata. La tabella che segue riporta le caratteristiche e i risultati delle ricerche effettuate fino al 2009 sul territorio italiano.

Le rilevazioni epidemiologiche italiane

Tabella I.5.2. Elenco delle ricerche svolte in Italia fino al 2009 sul gambling patologico

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	TIPO POPOLAZIONE	CAMPIONE	STIMA GIOCATORI TOTALI	STIMA GIOCATORI PATOLOGICI	ECCESSIVI A RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,2%		3,8%	?
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003-feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,7%	1,1%	ULTIMO ANNO
PISTOIA-PRATO-FIRENZE	2004-2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	?
CONAGGA-CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%			?
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	?
MONZA	2008?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	63%	0,50%	0,8%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,9%	5,10%		9,7%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005-2006	DSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,8%			9,7%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	17-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAD	2007-2008	LIE/BET							3,3%	?
		CPGI-SF	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%	0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32461	47,1%	0,6%M-0,1%F		11,1%?	ULTIMO ANNO

Fonti: Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.

Rapporto Eurispes 2010

Rapporto Nomisma 2009

IPSAD 2007/2008

ESPAD 2009

I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012

Nel corso del 2012 l'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga ha condotto le indagini SPS e GPS, rivolte rispettivamente alla popolazione studentesca (15-18 anni) e a quella generale (19-64 anni) delle quali si è ampiamente riportato nel capitolo 1.

In entrambe le survey era presente una sezione specifica indirizzata a investigare la frequenza e l'abitudine al gioco.

In particolare, per gli studenti è stata rilevata anche la presenza di gioco problematico attraverso il questionario Lie/Bet. Questo strumento di indagine è composto da due domande:

- Hai mai mentito ai tuoi genitori o a persone per te importanti su quanto hai speso nel gioco?
- Hai mai sentito la necessità di puntare sempre più denaro?

La risposta affermativa ad almeno una domanda è indicativo per presenza di gioco problematico nella vita.

Negli studenti intervistati la percentuale di coloro i quali hanno risposto affermativamente ad almeno una domanda è pari al 7,5%.

34.427 studenti
intervistati

Tabella I.5.3. Distribuzione percentuale di positività al Lie/Bet Questionnaire tra gli adolescenti

Genere	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale	Pop riferimento
Maschi	7,7	8,5	9,7	10,5	10,5	9,4	17.190
Femmine	5,8	6,1	6,1	5,6	5,3	5,8	17.237
Totale	6,7	7,2	7,8	7,9	7,8	7,5	34.427

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I maschi presentano prevalenze superiori alle femmine (9,4 vs. 5,8 rispettivamente) e mostrano un aumento correlato all'età. Per le femmine il valore più alto si osserva tra 16 e 17 anni (6,1%).

Gli adolescenti
maschi giocano
più delle femmine

I giochi più frequentemente praticati dagli adolescenti sono le scommesse sportive, le lotterie istantanee, i giochi di carte e i giochi on line.

Tabella I.5.4. Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adolescente

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e Vinci	44,0	44,2	11,8
Scommesse Sportive in Agenzia o Internet	65,0	15,9	19,0
Giochi di Carte	70,1	19,7	10,1
Giochi on-Line	74,6	13,8	11,5
Video-Poker	84,3	17,1	3,9
Totocalcio	89,4	7,9	8,5
Bingo	87,5	9,5	6,2
Giochi Telefonici	83,6	10,8	3,1
Superenalotto	79,0	9,7	2,8
Lotto	86,1	6,4	4,2
Lotterie Nazionali	92,4	5,4	2,2

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le lotterie
istantanee sono i
giochi preferiti da
giovani e adulti

Nella popolazione adulta intervistata nell'indagine GPS è stata rilevata la frequenza di gioco a varie tipologie di lotterie/giochi nel corso degli ultimi 12 mesi.

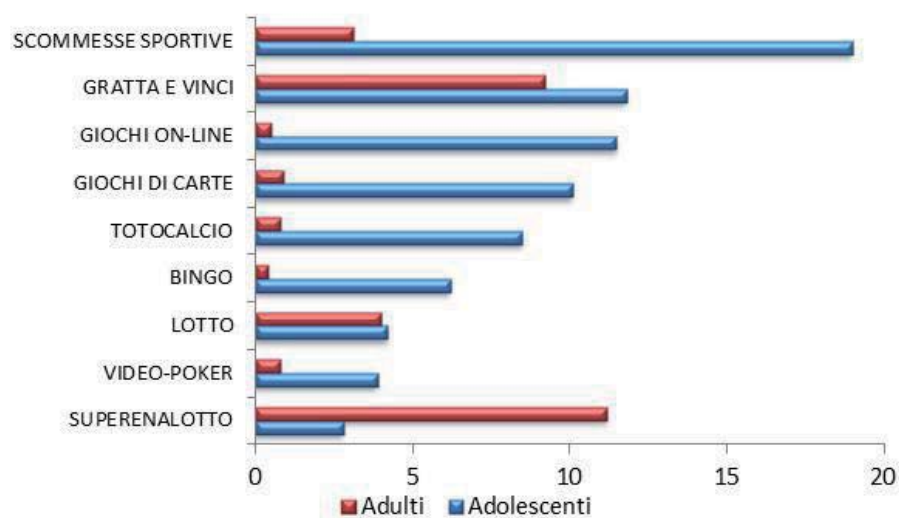
Tabella I.5.5. Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adulta

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e vinci	46,4	44,4	9,2
Superenalotto	53,5	35,3	11,2
Lotto	70,1	25,9	4,0
Giochi di carte con denaro in palio	90,8	8,3	0,9
Scommesse sportive in agenzia	91,1	5,7	3,1
Totocalcio	92,1	7,1	0,8
Bingo	93,5	6,0	0,4
Giochi al casino'	95,4	4,4	0,2
Videopoker	97,1	2,1	0,8
Giochi On-Line con denaro in palio	98,0	1,5	0,5
Scommesse ippiche in agenzia	98,8	0,9	0,2

Fonte: GPS-DPA 2012

Anche nella popolazione adulta le lotterie istantanee sono i giochi più praticati, seguiti dai più tradizionali lotto e superenalotto.

Negli ultimi dodici mesi gli adolescenti mostrano un utilizzo di giochi nettamente superiore agli adulti, fatta eccezione per il superenalotto.

Figura I.5.1. Percentuale di gioco per tipologia in soggetti adolescenti e adulti

Fonte: GPS-DPA e SPS-DPA 2012

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/Province Autonome di trasmettere dati riepilogativi sui soggetti affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna e Toscana non hanno trasmesso i dati in quanto tale flusso era opzionale e non obbligatorio, mentre Basilicata, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta non hanno un sistema di rilevazione specifico avviato.

Le rilevazioni disponibili danno informazioni indicative sull'entità di un fenomeno emergente e probabilmente in fase di evoluzione

La rilevazione
GAP-DPA

Nel 2011, limitatamente alle Regioni/Province Autonome che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui 82% maschi. In circa la metà dei casi si è trattato di soggetti che per la prima volta accedevano al trattamento

4.687 soggetti in
trattamento per
gambling
patologico

Tabella I.5.6. Soggetti sottoposti a trattamento per gambling patologico – Anno 2011

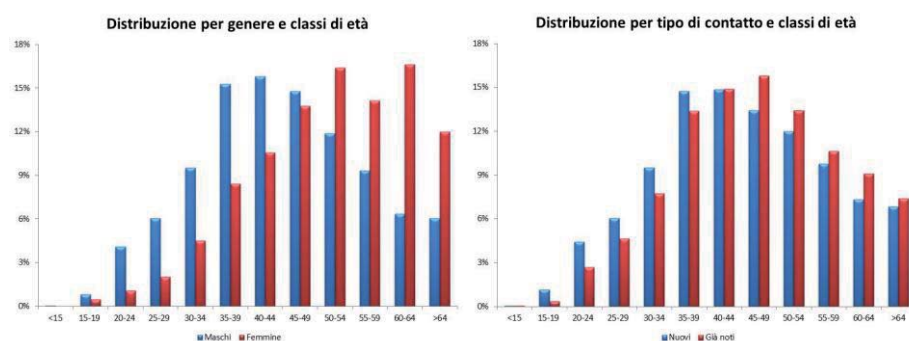
Rapporto M/F: 4,6

Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	1.916	1.929	3.845
Femmine	440	402	842
Totale	2.356	2.331	4.687

Fonte: flusso GAP-DPA

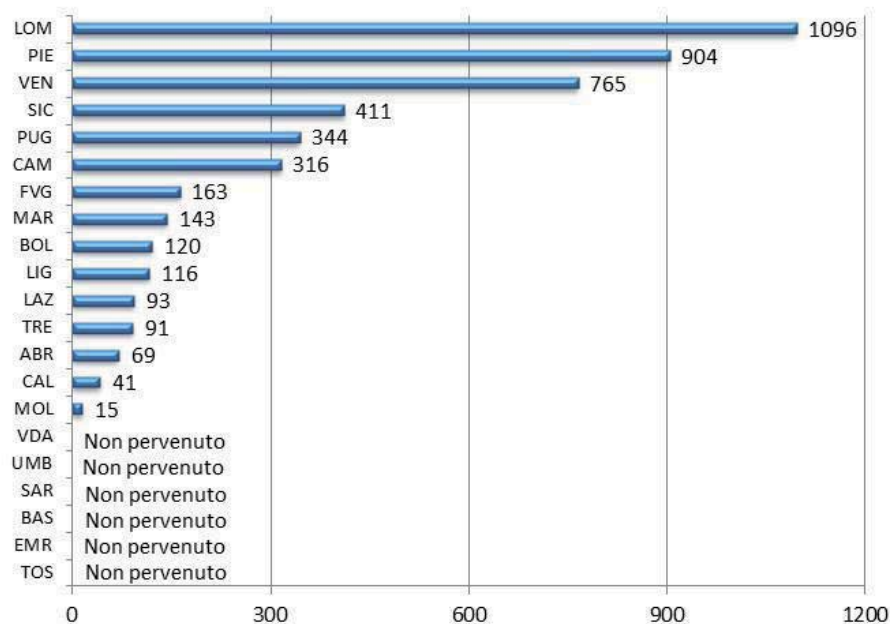
I maschi sono rappresentati da una popolazione più giovane rispetto a alle femmine, come i soggetti nuovi rispetto a quelli già noti (cioè già sottoposti a trattamento in passato rispetto al 2011).

Figura I.5.2. Distribuzione dell'utenza trattata nel 2011



Fonte: flusso GAP-DPA

Per quanto mancante di alcune realtà regionali, la distribuzione assoluta per Regione/PP.AA. mostra una maggior rappresentazione dei soggetti trattati nel nord, dove è presente oltre il 60% della popolazione assistita.

Figura I.5.3. Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA


In Lombardia il
23,4% dei soggetti
trattati

Fonte: flusso GAP-DPA

La maggior parte dei trattamenti è eseguita presso i SerT e tali percorsi di cura sono prevalentemente basati su colloqui, visite e psicoterapie.

Tabella I.5.7. Riepilogo delle prestazioni erogate per tipologia di sede e stima dei costi assistenziali diretti

Prestazioni erogate	Sede del trattamento							
	Ser.T.		Struttura Socio-riabilitativa		Altra sede			
	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Totale Prestazioni	Stima Costi Assistenziali*
Visite	1.813	7.692	17	117	14	30	7.839	151.841
Colloqui	2.705	20.084	88	465	101	575	21.124	409.171
Psicoterapie	1.371	13.868	16	159	44	445	14.472	280.322
Reinserimento	260	2.477	5	41	23	896	3.414	95.216
Somministrazione farmaci	405	4.886	2	21	2	18	4.952	Non rilevato
Totale	6.554	49.007	128	803	184	1.964	51.774	936.552

Fonte: flusso GAP-DPA

*La stima dei costi assistenziali è basata sul nomenclature tariffario nazionale e sulle tariffe del Progetto SESIT

Il numero dei soggetti è superiore a quello riportato in tabella I.5.6 in quanto uno stesso soggetto può essere sottoposto a più tipologie di trattamento in contemporanea o in successione.

La valutazione dei costi assistenziali diretti, sicuramente sottostimata, evidenzia che il totale delle prestazioni erogate ammonta a quasi un milione di euro. A questi vanno aggiunti i costi dei farmaci prescritti e somministrati.

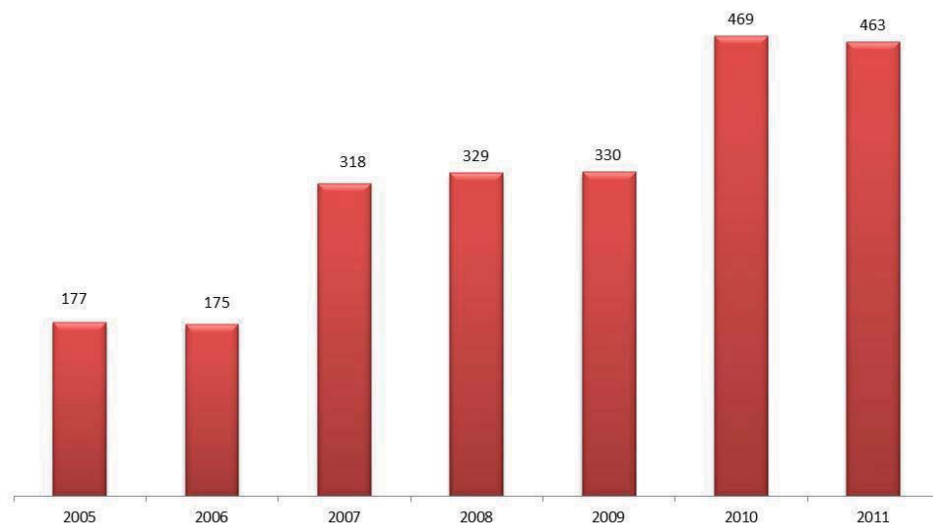
Un milione di euro
per l'assistenza
diretta nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

Un dato interessante e prossimo all'evoluzione della questione sociale del gioco d'azzardo problematico e/o patologico è l'accesso al fondo di solidarietà per le vittime dell'usura, che dal 2005 al 2011 è aumentato del 161%.

Aumento del
161% delle istanze
di accesso al
fondo antiusura

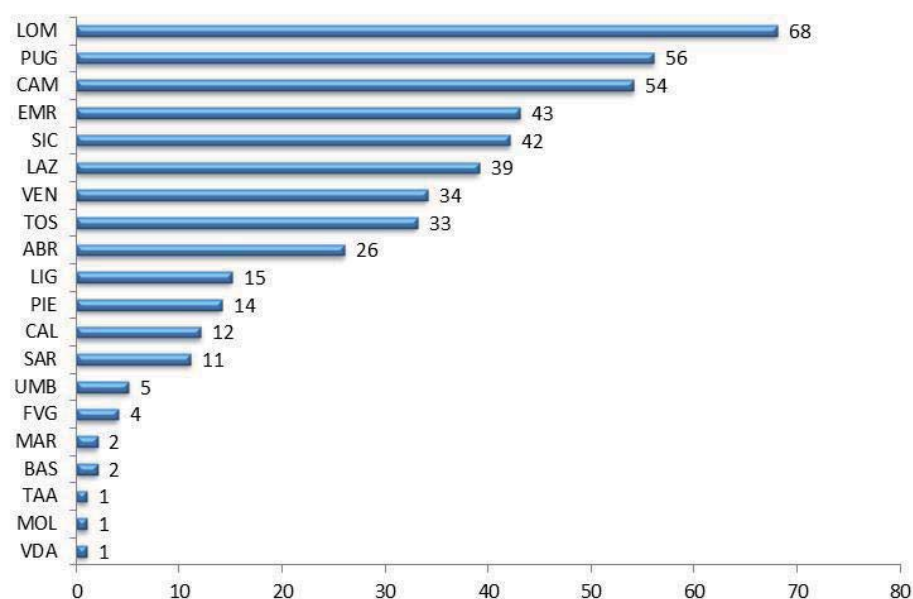
Figura I.5.4. Istanze di accesso al fondo di solidarietà per le vittime di usura. Anni 2005-2011



Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

L'usura, oltre che nelle regioni a forte presenza di criminalità organizzata, è largamente diffusa anche in altre regioni e, specificamente, nel Lazio, Lombardia, Toscana e Piemonte; anche i dati ufficiali relativi alle denunce ed alle persone arrestate per usura negli anni 2009 e 2010 evidenziano un aumento delle persone denunciate ed arrestate in regioni quali l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana, tradizionalmente non considerate a rischio nel passato.

Figura I.5.5. Numero di istanze presentate all'Ufficio Antiracket e Antiusura per regione. Anno 2011

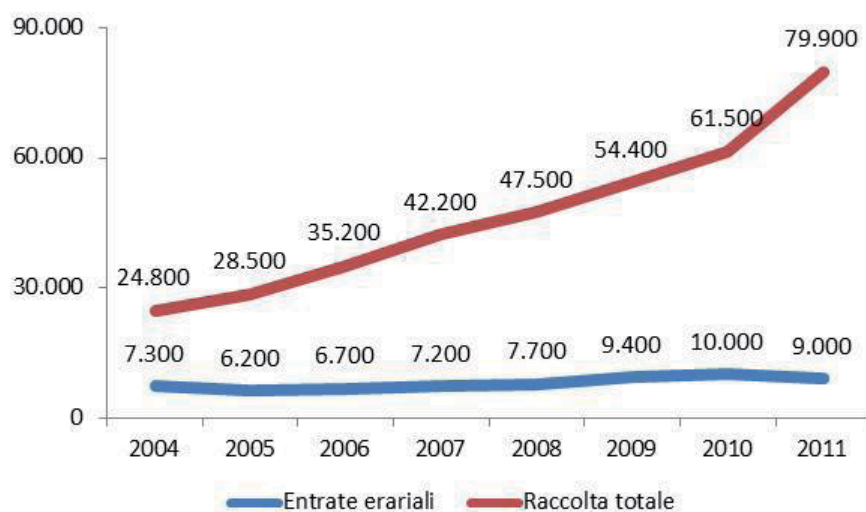


Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

Attraverso una elaborazione incrociata su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (AAMS) e Agenzia Giornalistica Concorsi e Scommesse (Agicos), si è osservato che, dal 2004 al 2011, a fronte di un incremento del 222% della spesa per il gioco, il ricavato lordo per l'erario è aumentato del 24%, comportando una riduzione di quasi due terzi del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (29,4% nel 2004. 11,2% nel 2011) (Commissione Parlamentare Antimafia). Questo deriva probabilmente dal ribaltamento dell'indotto imprenditoriale internamente a un sistema "multilevel marketing".

Aumento del 222% della spesa per il gioco a fronte del 24% del ricavo lordo per l'erario

Figura I.5.6. Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della spesa per consumo e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2011

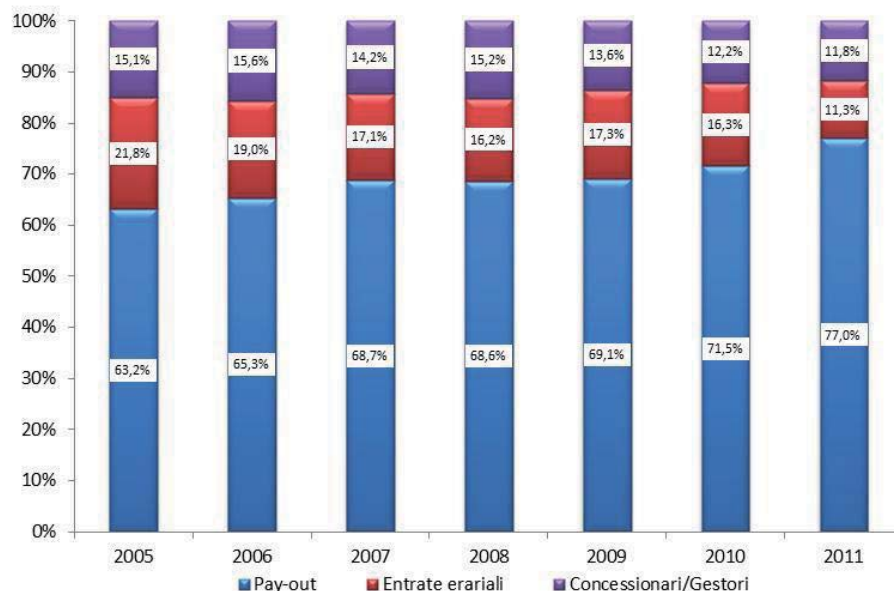


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

La ripartizione delle entrate totali ha avuto un progressivo incremento nel pay-out, passando dal 62,2% del 2005 al 77,0% del 2011. In questo periodo la quota per l'erario si è ridotta dal 21,8% al 11,3% e quella per i gestori dal 15,1% al 11,8%.

Quota di pay-out
aumentato dal
2005 al 2011

Figura I.5.7. Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

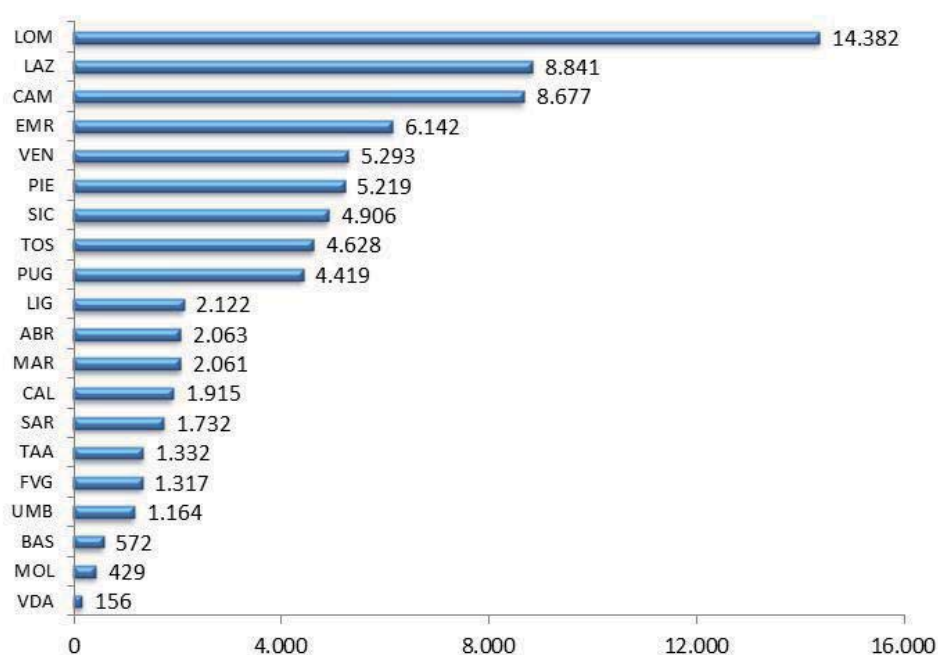


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

Utilizzando l'andamento della spesa come elemento di prossimità per la valutazione dell'entità del gioco d'azzardo, è plausibile ipotizzare che anche la quota di soggetti affetti da GAP sia aumentata nel tempo all'interno della popolazione generale.

La spesa regionale nel corso del 2011 evidenzia che la Lombardia è la regione che in assoluto ha giocato di più rispetto alle altre regioni.

Figura I.5.8. Spesa regionale 2011 (milioni di euro)



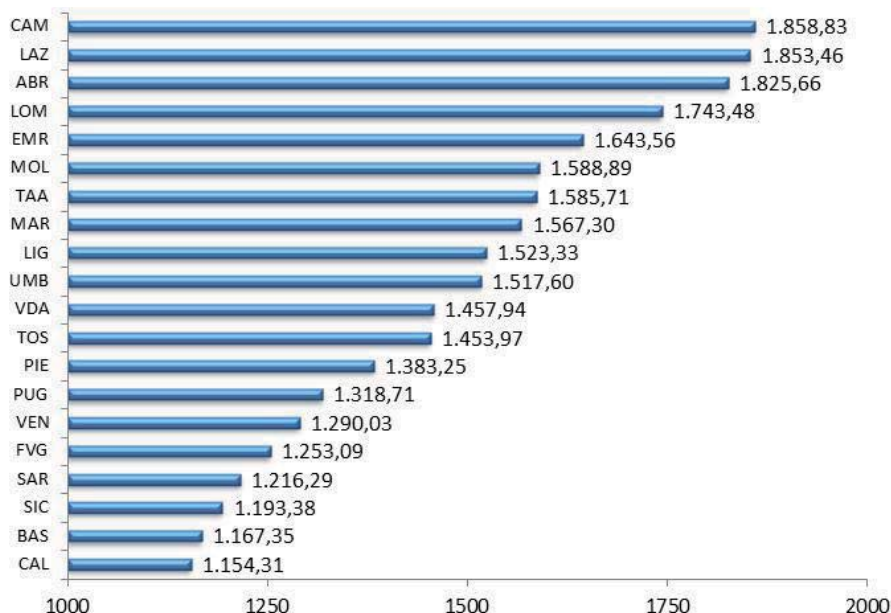
In Lombardia la
maggiore spesa
per il gioco
d'azzardo

Fonte: AAMF

Tenendo in considerazione la popolazione maggiorenne residente le regioni che hanno la maggiore spesa pro-capite sono Campania, Lazio e Abruzzo, con quote oltre 1.800 euro all'anno. Sicilia, Basilicata e Calabria sono invece quelle con spesa più bassa, inferiore a 1.200 euro/anno.

In Campania la
spesa pro-capite
più alta

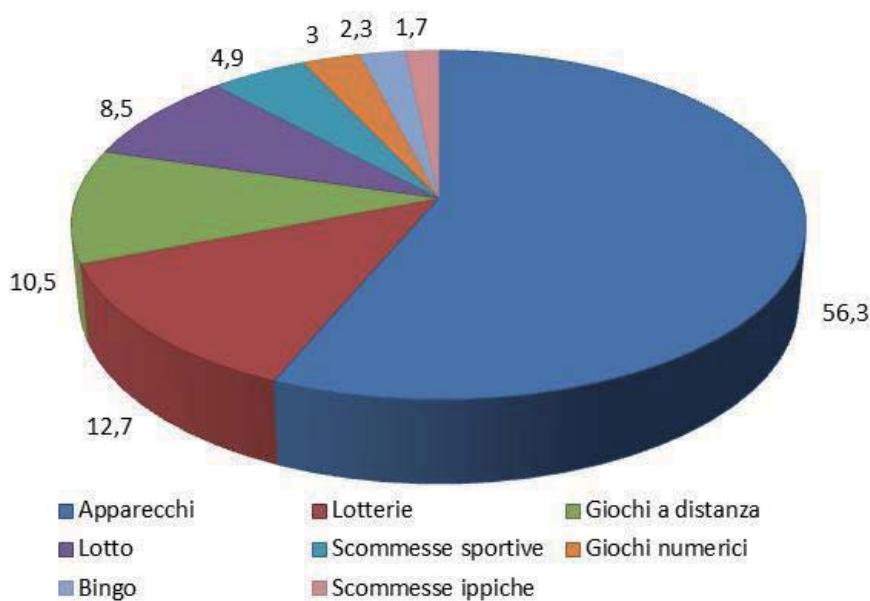
Figura I.5.9. Denaro giocato pro-capite per regione – anno 2011 (pop. maggiorenne)



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

Le tipologie di giochi più frequentemente praticati sono le slot-machines e le lotterie, in particolare quelle istantanee (Gratta e Vinci).

Figura I.5.10. Distribuzione percentuale della tipologia di giochi praticati



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

L'aumento del fenomeno implica la necessità di organizzare e avviare strategie specifiche come definito nel Piano di Azione Nazionale sulle droghe (PAN) 2010-2013. Infatti, l'obiettivo 15 dell'area di intervento sulla prevenzione riporta la "promozione di iniziative per la prevenzione del gambling patologico", declinandone le azioni in:

- fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco con particolare riguardo alle tipologie di soggetti vulnerabili (giovani con disturbi comportamentali e "novelty seeking", persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico, giovani con disturbi del controllo dell'impulsività, presenza di familiarità per il GAP, anziani con carenti attività ricreative e socializzanti)
- controllare e regolamentare la pubblicità sul gioco d'azzardo legale riducendo l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato, vietando e sanzionando la pubblicità ingannevole e non veritiera relativamente alle probabilità di vincita, non utilizzando "testimonial" famosi, riducendo fortemente i passaggi degli spot sui media. Dichiarare inoltre in modo esplicito che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali sulla condizione di salute mentale, fisica e sociale.
- proporre di inserire il gambling patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza come per le altre condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolare, nei Dipartimenti delle Dipendenze
- realizzare e diffondere Linee di Indirizzo tecnico scientifiche rivolte ai professionisti del settore e per altri servizi sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale)
- attivare interventi di supporto e di assistenza specifica presso i Dipartimenti delle Dipendenze per le persone con gambling patologico (e i loro familiari) col rispetto di requisiti minimi per l'erogazione del trattamento: valutazione diagnostica con strumenti scientificamente validati, utilizzo di terapie cognitivo comportamentali e di gruppo o auto-mutuo aiuto e counseling motivazionale, valutazione di comorbidità associata.

Non da ultimo, supportare e promuovere ulteriormente il processo di repressione e contrasto esistente che consenta di incidere più profondamente sull'illegalità e le organizzazioni criminali che si sono introdotte nel business, sia quelle del gioco illegale che quelle dell'usura.

Servono nuove
strategie ed azioni

Prevenzione

Pubblicità e media

Inserimento nei
LEA

Linee di indirizzo

Cura e
riabilitazione

Contrasto
e repressione

1. AA.VV. Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nov. 2011;
2. Binde P. "You could become a millionaire": Truth, deception and imagination in gambling advertising. Global Gambling: Cultural Perspectives on Gambling Organizations. Red. S.F. Kingma. - New York & London : Routledge. - 0-415-99677; S. 171-194;
3. Gaboury A, Ladoucer R. Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. J Prim Prev 14: 21-28. 1993;
4. Grant JE, Potenza MN. Il gioco d'azzardo patologico, Argo TR, Black DW, Caratteristiche Cliniche, 37-58, 2010;
5. Griffiths MD, Parke J. Adolescent gambling on the internet: a review. Int J Adolesc Med Health. 2010 Jan-Mar; vol. 22(1) pp. 59-75.
6. Ibanez A, Blanco C, Saiz-Ruiz J. Neurobiology and genetics of pathological gambling. Psychiatr Ann 32: 181-185. 2002;
7. Ladoucer R, Sylvain C, Boutin C, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. J Nerv Ment Dis 189: 774-780. 2001 ;
8. Lee KM, Chan HN, Cheah B, Gentica GF, Guo S, Lim HK, Lim YC, Noorul F, Tan HS, Teo P, Yeo HN. Ministry of Health clinical practice guidelines: management of gambling disorders. Singapore Med J. 201 1 Jun; vol. 52(6) pp. 456-8; quiz 459;

Bibliografia
principale

9. McComb JL, Sabiston CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. *J Gambl Stud.* 2010 Dec; vol. 26(4) pp. 503-20;
10. Petry NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *J Abnorm Psychol* 110:482-487 2001;
11. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al. An fMRI study of gambling urges in pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 60:828-836. 2003 b;
12. Rahman AS, Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Krishnan-Sarin S, Potenza MN. The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of psychiatric research.* 2012 Mar 10;
13. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997;
14. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011 Jun 1 ; VOI. 4(2) pp. 67-80;
15. Thomas SA, Merkouris SS, Radermacher HL, Dowling NA, Misso ML, Anderson CJ, Jackson AC. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. *Med. J. Aust.* 2011 Dec 19; vol. 195(11-12) pp. 664-5;
16. Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, et al: Gambling participation in the US - results from a national survey. *J Gambl Stud* 17:81 - 100, 2001;