



Regione Liguria
Dipartimento Sanità
Ufficio Assistenza Psichiatrica
AIDS e Tossicodipendenze



Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Fisiologia Clinica
Sezione di Epidemiologia e
Ricerca sui Servizi Sanitari



O.E.R.T.
Osservatorio Epidemiologico
Regionale Tossicodipendenze

Osservatorio Epidemiologico Regionale Tossicodipendenze
Rapporto 2003
Andamento del fenomeno tossicodipendenze

Gli autori del rapporto sono:

Olivia Curzio*

Ilaria Schizzi*

Stefano Salvadori*

Matilde Karakachoff*

Emanuela Colasante*

Fabrizio Minichilli*

Laura Marchini*

Sonia Salvini*

Lucia Piano*

Flaviano Del Re**

Fabio Mariani*

*Istituto di Fisiologia Clinica C.N.R.

Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

** Ser.T. – Zona Pisana – Azienda U.S.L.

Si ringrazia l'Amministrazione Regionale della Liguria ed in particolare:

Sergio Schiaffino (Settore Programmazione delle politiche sociali e integrazione socio sanitaria, Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria); Paolo Romairone (Settore Controllo sulla gestione delle Aziende Sanitarie Locali, Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria); Anna Banchemo (Settore Programmazione delle politiche sociali e integrazione socio sanitaria, Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria). Anna Testa (Settore Programmazione delle politiche sociali e integrazione socio sanitaria, Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria);

Ha partecipato a tutte le fasi del lavoro di monitoraggio e ricerca il Gruppo tecnico operativo per lo sviluppo dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze: Roberto Ravera, Laura Bimosi (SerT ASL1 Imperiese) Alfonso Salata, Livia Macciò (SerT ASL2 Savonese), Alessandro Lanza (SerT ASL3 Genovese), Lucia Rolando (SerT ASL4 Chiavarese), Fabio Ferrari (SerT ASL5 Spezzino), Marco Boeri (C.T. L'Ancora), Angelo Rizzo, (C.T. La Loppa) Giancarlo Piccitto (C.T. La Fattoria), Rossella Stefanolo, (Prefettura di Imperia), Paola Valenti (Prefettura di Savona), Giuseppina Borrelli, Angela Marchini (Prefettura di Genova), Gianna Moscatelli (Prefettura di La Spezia).

Si ringraziano inoltre per la collaborazione:

I Dipartimenti delle Dipendenze e dei comportamenti d'abuso, i SerT, le Comunità Terapeutiche della Liguria (Bruna Conio, Donatella Garacione, Giancarlo Ardisson, Daniele Giachello, Franco Badii, Elisabetta Grancelli, Francesca Romani, Michele Salcuni, Viola Lorenzini, Monica Pastorino, Giovanni Cabona, Lucio Omoboni, Rosalia Cataldo, AnnaMaria Lanzavecchia, Giuliana Ferrari, Eleonora Traverso, Renato Urcioli, Piergiorgio Semboloni, Giorgio Rebolini, Graziano Feliziani, Vico Rosolino Ricci, Dino Durando, Mauro Mortara, Adalberto Ricci, Giorgio Craviotto, Fabio Scaltritti, Sabrina Dattilo, Rossella Ridella, Luca Buffa, Roberta Bisogni, Sergio Bottero, Aldo Castello, Paolo Merello, Ezio Lasagna, Lele Girlando, Walter Bernero, Riccardo Tavelli, Francesca Lambrosa, Roberto Tassara, Letizia Luciano);

Le Prefetture della Liguria ed i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (Andrea Giangrasso, Marinella Battaglioli, Ornella Sansalone, Maria Luisa Achilli, Maria Alessandra Giribaldi, Grazia La Fauci);

Il Gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R. (Michele De Nes, Andrea Boni, Cristina Doveri, Gabriele Trivellini, Rosanna Panini, Stefanella Pardini, Laura Pellegrino, Carlo Bertorello, Luca Bastiani, Sabrina Molinaro, Francesca Denoth, Mercedes Gori, Annalisa Pitino, Marco Musu, Stefania Taruffi, Daniele Paramatti, Michela Rial, Giuseppe Rossi)

Ringraziamo in modo particolare tutti gli operatori delle strutture coinvolte i quali, attraverso la loro disponibilità ed interesse a collaborare, hanno permesso concretamente la realizzazione del presente studio

INDICE**Prefazione**

- Pag. 9 **Introduzione**
- Pag. 15 **Tendenze e sviluppi: una panoramica regionale**
- Pag. 21 **Gestione dell'informazione nei servizi delle tossicodipendenze**
- Definizioni Standard
- Pag. 27 **La rete dei servizi per le tossicodipendenze**
- Epidemiologia**
- Pag. 39 **Consumo di sostanze psicoattive nella popolazione generale**
- Pag. 43 **Indagini sulla popolazione**
- Lo studio sulla popolazione giovanile scolarizzata 15-19 anni
 - Indagine sulla popolazione generale 15-44 anni
- Pag. 53 **Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze**
- I dipartimenti delle dipendenze
- Pag. 67 **Analisi della domanda**
- Rilevazione dei dati: copertura e definizioni utilizzate
 - La popolazione nota nell'anno 2002
 - La popolazione nota nel periodo di attività del registro: confronto tra gli anni 2000, 2001 e 2002
- Pag. 91 **Consumo problematico di sostanze psicoattive**
- Dalle stime di prevalenza ai possibili interventi
- Pag. 101 **Alcologia**
- Pag. 107 **Infettivologia**
- Pag. 113 **Decessi droga - correlati**
- Pag. 119 **Criminalità**
- Pag. 123 **Sequestri di sostanze illegali**
- Pag. 129 **Le strategie di contrasto della tossicodipendenza in Liguria**
- Strategie regionali
 - Strategie dipartimentali
 - Riduzione della domanda, prevenzione e lotta al traffico

Approfondimenti

- Pag. 135 **Analisi dei tempi di latenza**
- Tempo di latenza, variabili di interesse e metodologia di analisi
 - Base di dati utilizzata e codifica delle variabili di interesse
 - Analisi descrittiva anno 2002
 - Analisi del tempo di latenza: rilevazione 2002
 - Analisi del tempo di latenza: confronto rilevazioni 2000, 2001 e 2002
 - Conclusioni
- Pag. 151 **Stime di incidenza**
- Pag. 157 **Analisi delle schede di dimissione ospedaliera**
- Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale correlata all'uso di droghe
 - Pazienti ricoverati con diagnosi principale correlata all'uso di droghe
 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale correlata all'uso di alcol
 - Pazienti ricoverati con diagnosi principale correlata all'uso di alcol
 - Conclusioni
- Pag. 175 **Segnalazioni delle prefetture e trattamenti presso i SerT**
- Pag. 181 **Conclusioni e prospettive**

Prefazione dell'Assessore Regionale alla Salute

Il presente rapporto identifica la Liguria come Regione caratterizzata da un'alta prevalenza ed incidenza di soggetti tossicodipendenti rispetto alle altre Regioni Italiane e con un'ampia diffusione di comportamenti d'abuso, legati soprattutto alle nuove sostanze, tra i giovani. A fronte dell'elevata problematicità le strutture di servizio territoriali, attraverso il proprio intervento, riescono a rispondere alla domanda espressa ma solo ad una quota parte del bisogno potenziale del proprio territorio.

E' per questo motivo che la Regione Liguria vuole continuare ad affrontare con impegno e coerenza le problematiche legate all'abuso di sostanze psicotrope e di alcol sia attraverso il rafforzamento degli interventi, sia utilizzando l'esperienza maturata e il contributo della ricerca. I dati, relativi all'abuso di droghe, evidenziano infatti la necessità di interventi strutturati e programmati da parte delle istituzioni, degli operatori e dei servizi; rilevano come i fenomeni legati alla tossicodipendenza siano diffusi tra i giovani e come si stiano delineando nuovi stili di consumo.

Lo scenario della tossicodipendenza in Liguria, alla luce dei risultati emersi, conferma quindi la necessità di potenziare le strategie di intervento e di continuare ad approfondire lo studio del fenomeno. A questo proposito risultano particolarmente importanti le attività dell'osservatorio epidemiologico regionale delle tossicodipendenze, il cui obiettivo operativo è quello di rendere possibile la raccolta e l'utilizzo dei dati per la programmazione sociosanitaria sia nel campo della prevenzione e del contrasto dell'uso di sostanze, sia nel campo della migliore definizione e della valutazione di risultato degli interventi terapeutici e riabilitativi.

In questi anni l'amministrazione pubblica, in risposta alle tendenze in atto del fenomeno tossicodipendenze, è intervenuta direttamente con scelte legislative e politiche nella lotta alla droga. In particolare per quanto riguarda la Regione Liguria, le strategie di intervento si sono concretizzate nella realizzazione di una rete dei servizi in cui collaborano enti pubblici e strutture del privato sociale, nella messa in opera di progetti di prevenzione e nel finanziamento dell'informatizzazione di servizi pubblici e privati nell'ottica dell'attivazione di un sistema di sorveglianza, indispensabile per affrontare con cognizione di causa la questione dei rischi e degli effetti sanitari che il consumo di droghe determina sulle persone.

Ringraziando tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione, mi auguro che possa essere utilizzata da chi, lavorando nel campo della tossicodipendenza, la voglia usare come supporto di conoscenza per sviluppare migliori percorsi di intervento.

L'Assessore Regionale alla Salute
Ing. Roberto Levaggi

Introduzione

Introduzione

La ricerca epidemiologica nel campo delle tossicodipendenze risulta complessa in quanto relativa a una serie di fenomeni e modalità di comportamento che riguardano aspetti sociali e psicologici tendenzialmente “nascosti”.

Si consideri, ad esempio, come la definizione stessa del “problema tossicodipendenza”, sia legata a considerazioni di tipo legale, culturale, sociale e antropologico.

Nonostante queste difficoltà metodologiche e di connotazione delle popolazioni interessate, l'epidemiologia delle dipendenze in Europa e in Italia ha cercato e cerca di migliorare i fondamenti scientifici delle informazioni utili alla definizione delle politiche in materia di lotta all'uso di droghe attraverso la definizione di indicatori che descrivono sia la diffusione dell'uso delle sostanze illecite, sia l'impatto delle strategie di prevenzione, cura, recupero delle persone tossicodipendenti e contrasto del mercato messe in atto.

Gli studi epidemiologici sull'uso e abuso di droghe permettono attualmente di raccogliere indicatori indiretti e indicatori diretti dei fenomeni di interesse e anche indicatori di utilizzo dei servizi.

Gli indicatori indiretti analizzano aspetti particolari correlati all'uso di droghe e ai suoi cambiamenti nel tempo. I dati alla base di questi indicatori sono:

- decessi per droga;
- dati relativi alle attività delle forze dell'ordine (sequestri di sostanze, denunce per spaccio e traffico);
- emergenze e fenomeni sanitari (ricoveri in rianimazione, arrivi in pronto soccorso, schede di dimissione ospedaliera);
- patologie particolari (epatite B, neonati con sindrome di astinenza);
- consumi o vendite di alcuni farmaci e di siringhe.

Gli indicatori di questo tipo, pur presentando limiti e problemi di interpretazione, sono usati dagli Osservatori Epidemiologici Italiani ed Europei per stimare la dimensione del fenomeno. Gli indicatori di utilizzo dei servizi fanno riferimento ai dati relativi alle persone che si rivolgono alle strutture sanitarie per problemi di varia natura, connessi all'assunzione di droga.

Il sistema informativo implementato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale Tossicodipendenze della Liguria, tramite anche l'attivazione del registro dei soggetti in trattamento, rappresenta una importante attività ai fini della sorveglianza del fenomeno in tale direzione. Il registro rileva, garantendo la privacy dei singoli soggetti, il numero e le caratteristiche degli utenti che hanno accesso alle strutture riabilitative territoriali.

L'esistenza di un registro centralizzato che collega, tramite un codice non univoco e quindi non riportabile ad una persona, le informazioni provenienti da

fonti diverse (servizi territoriali, strutture residenziali accreditate, ospedali, forze dell'ordine, ecc.), permette di non contare più volte le stesse persone. Registri di questo tipo danno inoltre la possibilità di ricostruire le storie degli utenti delle diverse tipologie di strutture presenti sul territorio presentando grandi potenzialità di analisi epidemiologiche e di ricerca clinica.

Gli indicatori diretti fanno riferimento alle indagini di popolazione di tipo campionario. Tali indagini, nella popolazione generale o in gruppi particolari a rischio, permettono di stimare la prevalenza degli utilizzatori di sostanze illegali, degli utilizzatori problematici e dei tossicodipendenti in diverse aree geografiche e le sue variazioni nel tempo.

Studi longitudinali condotti intervistando più volte gli stessi soggetti o indagini trasversali ripetute forniscono stime sull'incidenza di particolari eventi correlati con gli esiti dei trattamenti. Tali indagini danno informazioni su aspetti importanti sia nel campo della prevenzione che dell'intervento terapeutico e socio-riabilitativo, non rilevabili attraverso altre fonti.

Con il Rapporto annuale 2003, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze della Liguria (OERT), presenta una panoramica completa ed aggiornata sulle caratteristiche del fenomeno droga nella regione, pur nei limiti del breve periodo di esistenza dell'Osservatorio stesso.

Considerando che la caratteristica importante del fenomeno droga è la sua dinamicità, è importante capire la natura dei problemi legati alla sua evoluzione per elaborare risposte efficaci o per valutare l'impatto del lavoro già effettuato. In tal senso è necessario continuare a migliorare la disponibilità, la qualità e la comparabilità dei dati perfezionando i sistemi di raccolta e la capacità di gestire in maniera più efficiente la conoscenza crescente che ne deriva per una sempre più chiara comprensione della situazione.

I dati illustrati nel presente rapporto rappresentano quindi, non solo uno strumento per la definizione delle politiche di intervento, di prevenzione e di cura, ma sono anche di utilità per gli operatori che si impegnano quotidianamente in questo campo.

Questa relazione si basa sulla raccolta di informazioni relative all'anno 2002 e ai due anni precedenti, che è stato possibile reperire grazie alla collaborazione e all'impegno delle diverse istituzioni e servizi deputati all'intercettazione, alla cura e alla riabilitazione dei soggetti con problemi di tossicodipendenza presenti sul territorio regionale.

Sono state inoltre attivate dall'OERT ligure per il III anno consecutivo le seguenti tipologie di indagine:

- Per la costruzione degli indicatori diretti e l'elaborazione di stime di prevalenza calcolate per singola Azienda Sanitaria:
 - IPSAD, Indagine campionaria sulla popolazione generale sull'utilizzo delle droghe effettuata su un campione di individui di età

compresa tra i 15 ed i 54 anni tramite questionario postale autosomministrato);

○ ESPAD, (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) indagine campionaria sulla popolazione studentesca.

- Per lo sviluppo degli indicatori indiretti:
 - Analisi dei dati relativi ai flussi ministeriali (riguardanti Decessi droga correlati, criminalità, sequestri);
 - Analisi delle schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Per quanto riguarda l'analisi dei flussi informativi relativi agli indicatori di utilizzo dei servizi, per la descrizione accurata della popolazione e l'applicazione di metodi di stima sono state considerate:

- le caratteristiche dell'utenza in base ai dati relativi ai flussi informativi definiti dal Ministero della Salute
- il registro dei codici singoli, data base centralizzato che collega le informazioni provenienti da fonti diverse (Nuclei Operativi Tossicodipendenze degli Uffici Territoriali del Governo, i Servizi per le Tossicodipendenze e le Comunità Terapeutiche).

La relazione, partendo da una panoramica sulla Regione Liguria che individua le tendenze principali nell'evoluzione del fenomeno, si sviluppa in base ad un insieme di contenuti quantitativamente e qualitativamente più ampi rispetto all'anno passato. La relazione è infatti ispirata ai modelli proposti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze e vuole essere innovativa a livello italiano e di ampio orizzonte, affrontando il problema da molteplici punti di vista.

Gli argomenti approfonditi sono relativi ai sistemi di gestione dell'informazione nei servizi di diagnosi e cura e all'analisi della rete dei servizi in Regione. E' stato affrontato il problema della stima del consumo di sostanze psicoattive e del consumo problematico nella popolazione mediante il calcolo dei tassi di prevalenza, articolati per Azienda Sanitaria, utilizzando i dati provenienti dalle indagini campionarie effettuate sulla popolazione studentesca, sulla popolazione generale e mediante il metodo "Cattura-Ricattura".

E' stata inoltre realizzata un'analisi sulle caratteristiche dell'utenza sia in base al protocollo TDI, (Treatment Demand Indicator), definito e sviluppato dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) e dal Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa che è alla base dei flussi informativi delle strutture territoriali.

Un capitolo a parte è stato dedicato alla popolazione con problemi di alcoldipendenza e alla nascita dei centri di alcologia in regione. L'utenza dei servizi viene analizzata in particolare attraverso una descrittiva multivariata per sintetizzare in base alle variabili età, sesso, anno, area territoriale, le informazioni contenute nelle tavole TDI presenti in allegato. Sono stati calcolati tassi di prevalenza e rapporti tra prevalenze con modelli di Poisson.

La relazione si concentra poi sugli argomenti relativi alle malattie infettive, ai decessi droga-correlati, alla criminalità, ai mercati ed ai sequestri, sviluppati in base al protocollo REITOX dell'EMCDDA. Tale protocollo permette, tramite l'utilizzo di una metodologia standard per la raccolta delle informazioni e attraverso la predisposizione di un insieme di tabelle che prendono il nome di Reitox Standard Tables, di rispondere al debito informativo che ogni paese ha nei confronti dell'EMCDDA, in questo caso la Regione Liguria si pone all'avanguardia in ambito europeo essendo in grado di fornire i dati richiesti disaggregati per un'area territoriale regionale.

Per quanto riguarda la questione delle risposte al consumo di stupefacenti, vengono sviluppate varie tematiche inerenti alle strategie di contrasto adottate in Regione dai vari Dipartimenti, alla riduzione della domanda, alla prevenzione, alla lotta al traffico.

La parte dedicata agli approfondimenti è divisa in quattro sezioni dedicate la prima all'analisi dei tempi di latenza, la seconda alle stime di incidenza dell'uso di oppiacei attuate attraverso l'adozione della metodologia della Back-Calculation, approvata dall'EMCDDA di Lisbona, la successiva alle Schede di Dimissione Ospedaliera con diagnosi primaria o secondaria di dipendenza da sostanze, attraverso le quali l'archivio regionale per singolo record potrà essere ampliato, così come aumenterà la potenzialità dell'intero sistema di effettuare stime sempre più attendibili.

Il quarto approfondimento riguarda le segnalazioni delle Prefetture di quella parte di soggetti che, a distanza di tempo, ritroviamo tra gli utenti dei servizi.

I dati sono riportati, attraverso le tabelle del protocollo TDI, nel CD allegato in formato Excel in maniera che siano accessibili ed elaborabili dagli operatori delle tossicodipendenze interessati.

**Tendenze e sviluppi:
una panoramica regionale**

Tendenze e sviluppi: una panoramica regionale

Quali sono le dimensioni del fenomeno droga in Liguria?

Dall'analisi dei dati si evince come il problema della tossicodipendenza abbia dimensioni rilevanti, soprattutto in rapporto ad una popolazione di riferimento relativamente piccola: queste evidenze, che stanno emergendo da quando è stato attivato l'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze della Liguria, hanno sensibilizzato l'Amministrazione Regionale ed i Servizi per le Tossicodipendenze sulla necessità di migliorare e standardizzare i flussi informativi e la valutazione epidemiologica delle attività anche attraverso la partecipazione del progetto Sorveglianza Epidemiologica delle Tossicodipendenze (SET).

Quali sono gli indicatori che segnalano questa atipicità?

Esiste una sostanziale convergenza tra tutti gli indicatori che sono stati analizzati, sia quelli diretti, che quelli indiretti. Per esempio, l'analisi delle caratteristiche dell'utenza dei servizi è stata fatta sulla base dei dati raccolti nel "Registro dei Codici Singoli" tramite l'elaborazione del protocollo di raccolta dati proposto dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), con il "Treatment Demand Indicator" (TDI) e anche sulla base dei dati aggregati relativi ai flussi informativi definiti dal Ministero della Salute (DM del 3/10/1991 e successive modifiche). Il tasso di prevalenza annuale degli utenti tossicodipendenti in carico ai SerT nella popolazione residente di età compresa tra i 15 ed i 64 anni è uno dei più alti nel panorama nazionale: questo ci dà una prima indicazione dell'estensione del fenomeno in Liguria (circa sette persone su 1000 residenti di età a rischio sono stati in trattamento presso un servizio territoriale pubblico nel corso del 2002).

Ciò indica anche che le strutture di servizio hanno un carico di lavoro maggiore rispetto a quelle di altre regioni?

La rete dei servizi della Liguria deve rispondere ad una domanda e ad un bisogno potenziale maggiori rispetto a quelli di molte altre realtà regionali italiane, sostenendo un alto carico di lavoro indicizzato dal rapporto utenti/operatori. Tale rapporto è pari a 32,6 utenti tossicodipendenti per ciascun operatore: laddove tuttavia si computino anche gli utenti alcolodipendenti il rapporto sale a 39,3 utenti per operatore.

Che cosa si può dire dei soggetti che fanno uso di sostanze, ma non si rivolgono ai servizi?

La quota dell'utenza sconosciuta ai servizi è stata valutata sia attraverso indagini campionarie, sia attraverso l'applicazione di metodologie statistiche a partire dai dati del "Registro per codici singoli". In particolare attraverso la metodologia probabilistica di stima chiamata di "Cattura Ricattura" sono stati stimati 8.728 soggetti consumatori problematici di oppiacei, 1.441 soggetti con problematicità d'uso di cocaina/crack e 9.556 soggetti con problematicità d'uso relativa ai cannabinoidi (tassi di prevalenza rispettivamente pari a 8,8

soggetti per mille; 1,4 per mille; 9,6 per mille). Il confronto tra domanda reale e domanda potenziale evidenzia la quota decrescente di domanda che viene captata dalle strutture di servizio in relazione alle diverse tipologie di sostanze primarie d'abuso (53% per l'eroina, 31% per la cocaina/crack e 16% per la cannabis).

Quali indicatori indiretti sono stati presi in considerazione? E in quale misura tutti questi fenomeni correlati alla tossicodipendenza sono più gravi in Liguria che nelle altre regioni?

Tra gli indicatori indiretti, ovvero quelli che analizzano aspetti particolari correlati all'uso di droghe, sono stati analizzati i decessi per overdose, le operazioni antidroga, le denunce, le segnalazioni alla Prefettura, e le Schede di Dimissione Ospedaliera.

Fino al 2001 il tasso di prevalenza dei decessi per overdose in Liguria è stato uno dei più alti tra le Regioni e Province Autonome (tasso pari a 4,35 decessi su 100.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età). La contrazione dei decessi che si è verificata a livello nazionale nell'ultimo anno è stata particolarmente consistente in Liguria, il cui tasso è rientrato quindi in linea con la media nazionale (tasso pari a 1,79 su 100.000 residenti di età a rischio).

Un altro indicatore indiretto è rappresentato dal numero di operazioni antidroga: proporzionalmente alla popolazione residente, la Liguria è la regione italiana con il più alto numero di operazioni antidroga effettuate nel corso del 2002 (tasso regionale pari a 10,5 su 10.000 residenti tra i 15 ed i 54 anni di età; tasso nazionale pari a 6,41).

Analizzando i dati relativi alle segnalazioni alle Prefetture ex art. 75 del DPR 390 si rileva un incremento nel triennio del numero di soggetti segnalati; per questi soggetti varia inoltre anche la composizione percentuale relativa alle sostanze di segnalazione più rappresentate: ad un progressivo aumento dei soggetti segnalati per possesso o per uso personale di oppiacei (dal 13,9% del 2000 al 19,6% del 2002) si osserva una diminuzione dei soggetti segnalati per cannabinoidi che passano dal 76,1% del 2000 al 69,9% del 2002. Anche il numero di soggetti denunciati per reati connessi alla droga, rapportato alla popolazione residente, è il più elevato nel panorama nazionale (tasso su 10.000 residenti di età 15–54 in Liguria pari a 16, tasso nazionale pari ad 11).

Per quello che riguarda le patologie infettive o infezioni droga correlate nell'anno 2002 sono stati effettuati 2.598 test per HIV sugli utenti dei SerT pubblici per le tossicodipendenze evidenziando un tasso di positività pari al 23.4% ed uno scostamento rispetto al dato nazionale (14.8%) dell'8.6%; i test relativi all'infezione per HBV sono stati nell'anno 2.382: il tasso di positività registrato sulla popolazione di utenti indagata è stato complessivamente del 44.5%, leggermente maggiore rispetto al valore medio nazionale del 43%; per quello che riguarda l'epatite sono stati effettuati 3.268 test. Il valore medio regionale delle positività è del 75.5% differenziandosi dalla media nazionale di circa il 10%.

Quali sostanze sono maggiormente usate oggi?

Per quello che riguarda le sostanze utilizzate, sia l'analisi temporale delle caratteristiche dell'utenza dei servizi della Liguria, sia quella dei risultati delle stime applicate dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze (OERT), evidenziano una stabilizzazione dell'entità del consumo di eroina, che rimane tuttavia esteso, ed un aumento nel consumo di cocaina. Anche le indagini campionarie danno indicazione di come stia aumentando il consumo di cocaina ed ecstasy. Parallelamente, la rete dei servizi della Liguria, inizialmente strutturati per il trattamento della dipendenza da eroina, ma ora motivati a diversificare la propria offerta, ha iniziato ad intercettare negli ultimi tre anni una crescente percentuale di utilizzatori di "nuove droghe". Inoltre ai servizi si sono rivolti 2.000 utenti alcolisti, valore raddoppiato in questi ultimi tre anni a seguito della strutturazione dei Nuclei Operativi Alcologia nell'ambito dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Ci sono altri indicatori il cui studio potrebbe essere approfondito nel campo della tossicodipendenza? E quali indicazioni ne possono conseguire?

Nell'ambito delle attività di supporto all'OERT della Liguria, sono stati realizzati due studi piuttosto innovativi considerandone l'applicazione in questo settore di studio e ricerca: l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e quella dei Tempi di Latenza.

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera emerge una situazione con caratteristiche parzialmente simili a quelli che sono i pattern d'uso già riscontrati attraverso lo studio di altri flussi informativi: la maggior parte dei ricoveri "droga-correlati" sono dovuti ad abuso o dipendenza da oppiacei, ma si evidenzia un trend in aumento dei ricoveri per uso di cocaina; una quota importante presenta come diagnosi principale le "psicosi da droga". Differenti sono le caratteristiche socioanagrafiche dei soggetti ricoverati rispetto a quelle dei soggetti seguiti dai SerT.

Per quello che riguarda l'analisi sul Tempo di Latenza (TL), ovvero il numero di anni che intercorre tra il primo uso di una determinata sostanza ed il primo ingresso in trattamento, si tratta di un indicatore di utilità per le strutture ai fini di una precoce attivazione di trattamento. Le analisi condotte sul TL nell'uso di oppiacei per il campione di codici rilevati presso i SerT hanno evidenziato la forte dipendenza di tale variabile rispetto all'epoca di primo utilizzo.

Rivolgendo lo sguardo alle popolazioni giovanili a rischio, la domanda finale è se anche tra i giovani è così diffuso il problema della tossicodipendenza in Liguria?

Sì, è un dato importante ai fini degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi quello del maggior utilizzo di sostanze tra la popolazione studentesca ligure, rispetto a quella delle altre regioni Italiane, così come emerge dall'indagine campionaria ESPAD: è stata rilevata una percentuale maggiore degli studenti liguri, rispetto agli italiani, che dichiarano l'uso di sostanze illegali, tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica e di alcol associato a pillole. Questi dati fanno riflettere sia sull'alta percentuale di assunzione tra i giovani, sia sulla notevole reperibilità e diffusione delle sostanze sul mercato.

Per una più puntuale analisi e per maggiori chiarimenti si rimanda il lettore alle pagine che seguono dove gli argomenti appena accennati in questa panoramica vengono esaminati in modo più esaustivo ed ad un livello di dettaglio maggiore.

**Gestione dell'informazione nei servizi delle
tossicodipendenze**

Gestione dell'informazione nei servizi delle tossicodipendenze

Il D.P.R. 309/90 stabilisce che i Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT) siano soggetti da parte del Ministero della Sanità a periodiche rilevazioni sugli aspetti epidemiologici della tossicodipendenza, sulle patologie correlate e sulle attività di cura e riabilitazione svolte.

Le modalità di rilevazione dei dati sono stati definiti dal decreto del Ministero della Sanità del 3 ottobre 1991, "Approvazione delle schede di rilevamento dei dati concernenti le attività dei servizi per le tossicodipendenze". Tali schede sono rimaste in vigore fino al giugno 1997. Successivamente con decreto del 20 settembre 1997, "Modifiche delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze", il Ministero ha inteso definire nuovi modelli di rilevazione per migliorare la qualità delle informazioni.

Attualmente, in base al nuovo decreto, i SerT sono tenuti a trasmettere al Ministero della Salute (già Ministero della Sanità) due tipi di rilevazione: una a periodicità semestrale che raccoglie dati di tipo puntuale in riferimento ai soggetti in carico alla data del 15 giugno e del 15 dicembre di ogni anno; l'altra con periodicità annuale per raccogliere i dati relativi ad un intero anno solare.

Le informazioni rilevate annualmente riguardano i dati anagrafici del SerT, il numero e le caratteristiche del personale assegnato al servizio, gli utenti, divisi tra nuovi e già in carico o rientrati, distribuiti per fasce di età e per sesso, per sostanza stupefacente di abuso primario e secondario, per tipologia di trattamenti attivati nell'anno, per positività alle più importanti malattie infettive.

La necessità di rispondere ai flussi ministeriali e alle nuove richieste di dati di attività che pervengono ai SerT dalle Aziende Sanitarie (controllo di gestione) e da altri soggetti (Enti Locali, Osservatori epidemiologici di raggio più ampio), hanno spinto i servizi a volersi dotare di strumenti informatici per la raccolta ed elaborazione dei dati.

Recentemente in un protocollo comune EMCDDA e Pompidou Group è stata definita, nelle sue linee fondamentali, la metodologia standard per la raccolta delle informazioni sui trattamenti (Treatment Demand Indicator Protocol).

L'Italia, in quanto stato membro, ha attivato allo scopo il progetto SESIT (Standard Europei per il Sistema informativo Tossicodipendenze) che ha come finalità il potenziamento delle dotazioni informatiche (software) dei SerT e l'implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo degli standard europei.

La Regione Liguria che ha aderito al progetto SESIT ed ha sottoscritto un impegno a condividere le caratteristiche generali previste dal progetto stesso, che diventano vincolanti per il perseguimento, la realizzazione e l'adeguamento dei singoli sistemi informativi di dipartimento sulle tossicodipendenze al fine di conformare gli stessi agli standards europei.

Le definizioni standard di base adottate dalla regione sono riportate di seguito.

Definizioni Standard

Codice utente: viene generato secondo un algoritmo predefinito per ogni singolo caso in trattamento per le strutture territoriali pubbliche e del sociale accreditato e per tutti i soggetti segnalati ai NOT delle Prefetture ai sensi degli art. 75 e 121 ex DPR 309/90. Il codice comprende le prime due lettere del nome del soggetto, le prime due lettere del cognome, la lettera M nel caso il soggetto sia un maschio o F se femmina, la data di nascita del soggetto nel formato ggmmaa (giorno mese anno) ed il comune secondo il codice che l'ISTAT assegna ai comuni italiani (in questo codice le prime tre lettere identificano la provincia e le ultime tre il comune).

Caso: si definisce "caso" un soggetto consumatore di sostanze che inizia un trattamento presso un Centro di trattamento nel corso dell'anno, dal 1 gennaio al 31 dicembre.

Se una persona inizia il trattamento più di una volta nello stesso anno presso uno stesso Centro o Centri diversi, si considerano i dati relativi all'ultimo trattamento attivato nell'anno.

I soggetti che continuano il trattamento iniziato in anni precedenti non devono essere conteggiati nuovamente.

Deve, invece, essere nuovamente conteggiata la persona che ha concluso un trattamento da più di sei mesi e ne inizia un altro.

Trattamento: è qualsiasi attività direttamente mirata a persone che hanno problemi per l'uso di droga, attività finalizzate a migliorare lo stato psicologico, sanitario e sociale di coloro che richiedono un aiuto per problemi legati all'uso di droghe.

Tali attività sono spesso svolte in Centri specializzati per assuntori di sostanze psicotrope, ma possono anche essere svolte nell'ambito di servizi generali che forniscono interventi medici e/o psicologici a persone con problemi di droga.

Nella definizione di trattamento sono compresi gli interventi finalizzati alla riduzione del danno tra gli assuntori attivi, alla detossicazione ed all'astinenza, nonché gli interventi medici e non medici, i programmi basati sulle consulenze informali, counselling o sostegno e i programmi più specialistici e strutturati a lungo termine.

Non sono considerati trattamento i contatti per sole richieste di assistenza sociale, i contatti in cui l'uso di droga non è la prima causa della richiesta, l'ingresso in carcere (escluso l'ingresso in trattamenti in carcere o in alternativa al carcere), interventi riguardanti esclusivamente le complicanze fisiche derivate dal consumo di droga (overdose o infezioni trattate in ospedale), contatti solo epistolari o telefonici ed i contatti esclusivamente con i familiari.

Un trattamento presso un Centro si considera iniziato appena un cliente comincia un contatto faccia a faccia diretto, più o meno formalizzato, con il Centro dotato delle caratteristiche necessarie.

Non è da considerarsi trattamento iniziato se i contatti sono stati solamente telefonici e se il trattamento è richiesto dai parenti.

Si definisce “primo trattamento” quello attivato la prima volta nel corso della vita per problemi di droga presso qualsiasi Centro di trattamento.

Il “primo trattamento” può essere utilizzato per calcolare l'incidenza dei casi trattati, cioè il numero dei nuovi casi di trattamento per droga in un periodo di tempo definito.

Tipi di droghe: nella tabella 1 sono elencate le categorie di droghe necessarie alla compilazione delle schede previste dal TDI Protocol.

Tabella 1. droghe comprese nel Protocollo TDI

Gruppi di sostanze	Sostanze
Alcol	solo come droga secondaria eroina
Oppiacei	metadone altri oppiacei (ad esempio codeina)
Cocaina	cocaina crack amfetamine
Stimolanti	MDMA e altri derivanti altri stimolanti barbiturici
Ipnotici e sedativi	benzodiazepine altro
Allucinogeni	LSD altro
Inalanti volatili	
Cannabinoidi	
Altre sostanze	farmaci non specificati

Uso di droga: sono incluse tutte le modalità di introduzione delle droghe nell'organismo. È rilevante soltanto l'informazione che si riferisce alla persona che fa uso di droghe.

La richiesta di trattamento per uso personale di droga fa supporre che l'uso di droga sia stato causa di problemi per la persona. Il sistema sanitario, che comprende anche il campo della psicoterapia, definisce il problema dell'utente attraverso una diagnosi esplicita fatta da un terapeuta. Gli standards internazionali, quali l'ICD 10 e il DSM 4, sono sempre più usati per fare diagnosi.

Nonostante la maggior parte delle persone che lavorano nel campo dei trattamenti siano ben qualificate per fare diagnosi che riguardano la tossicodipendenza, nella pratica, un certo errore può risultare dall'uso di differenti procedure usate nei diversi paesi. Per il Protocollo TDI l'aspetto più importante è quello di assicurare una chiara e comprensibile definizione del caso che specifichi quali dati debbano essere raccolti e registrati dal sistema di monitoraggio dei trattamenti.

La rete dei Servizi per le tossicodipendenze

La rete dei Servizi per le tossicodipendenze

L'assistenza ai tossicodipendenti in Liguria inizia a strutturarsi nel 1975 quando, nell'ambito di una convenzione tra l'Università degli Studi di Genova, Facoltà di Medicina, e la Regione Liguria viene aperto il "Centro per la Cura e la riabilitazione da disturbi di dipendenza per soggetti tossicomani" presso la Clinica Psichiatrica Universitaria.

Questo primo punto di offerta a valenza regionale per gli utenti tossicodipendenti opera attraverso l'attività di una decina di operatori. Due anni dopo vengono istituiti i Poli per le Tossicodipendenze, che fanno riferimento dal punto di vista amministrativo alle Province: se ne strutturano sei distribuiti su tutto il territorio regionale (uno a Sanremo, uno a Savona, due a Genova, uno a Chiavari e uno a La Spezia). Nel 1980, a seguito della Legge di Riforma Sanitaria che aveva istituito le Unità Sanitarie Locali, le competenze sulla tossicodipendenza passano al Servizio Sanitario Nazionale ed in particolare, per quello che riguarda la Liguria, ai Centri di Salute Mentale.

Nel 1994, conseguentemente al DPR 309/90, in Regione Liguria viene promulgata la Legge Regionale n. 5 con la quale vengono istituiti i SerT su tutto il territorio regionale. Le Comunità Terapeutiche nate negli anni '70, si accreditano presso la Regione Liguria in qualità di Enti Ausiliari nella terapia delle dipendenze ed accedono a convenzioni con le Aziende Sanitarie Locali (ASL).

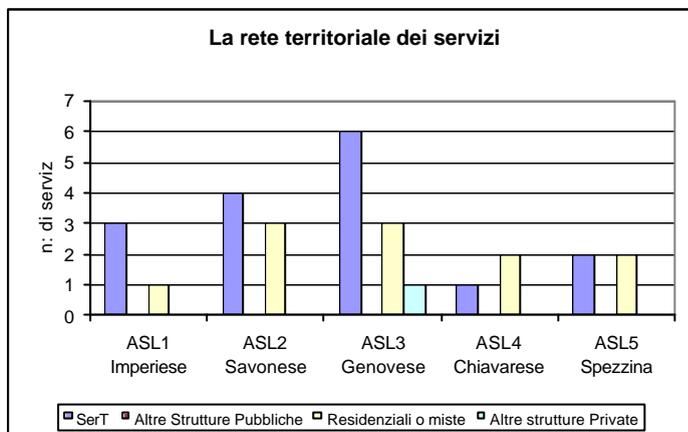
Nel 2001 la Regione Liguria emana le "Linee di indirizzo per l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze" (DGR 305 del 09/03/2001): a seguito del recepimento delle stesse ciascuna delle 5 Aziende Sanitarie Locali della Liguria istituisce un Dipartimento delle Dipendenze e dei comportamenti di abuso designandone un Coordinatore.

Nel modello organizzativo dipartimentale si pone l'accento sull'integrazione pubblico – privato e sulla pari dignità delle rispettive strutture. I SerT e le Comunità Terapeutiche rappresentano infatti Unità Operative del Dipartimento, rispettivamente intra ed extra aziendali.

Tabella 2. rete dei servizi per le tossicodipendenze in Liguria anno 2002

	Totale servizi	Totale strutture pubbliche	SerT	Altre Strutture Pubbliche	Totale privato sociale	Residenziali o miste	Altre strutture
Totale Liguria	28	16	16	0	12	11	1
ASL1 Imperiese	4	3	3	0	1	1	0
ASL2 Savonese	7	4	4	0	3	3	0
ASL3 Genovese	10	6	6	0	4	3	1
ASL4 Chiavarese	3	1	1	0	2	2	0
ASL5 Spezzino	4	2	2	0	2	2	0

Figura 1. tipologia dei servizi per le Tossicodipendenze anno 2002



Il Dipartimento delle Dipendenze della ASL1 “Imperiese” ha una Unità Operativa SerT con 3 sedi (San Remo, Ventimiglia ed Imperia) ed una Unità Operativa extra-aziendale costituita dalla Comunità Terapeutica l’Ancora, che ha tre strutture residenziali sul territorio.

Il Territorio della ASL coincide con quello della provincia di Imperia e comprende 67 Comuni con una popolazione residente totale di 205.238 unità. La popolazione residente a rischio rispetto alle problematiche della dipendenza, cioè, secondo gli standard stabiliti dall’Osservatorio Europeo delle Dipendenze (OEDT) la popolazione di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, è di 130.413 unità. Su tale territorio operano 44 operatori del SerT e 36 della comunità terapeutica.

Il Dipartimento della ASL 2 “Savonese” ha una Unità Operativa SerT con 4 sedi (Savona, Albenga, Finale, Cairo Montenotte) e 3 Unità Operative extra aziendali: la Comunità Terapeutica Il Buon Pastore, che si caratterizza per l’offerta di trattamento a donne tossicodipendenti anche con figli e/o in gravidanza, la Comunità Terapeutica Cascina Piana dei Padri Somaschi e la Comunità Terapeutica La Loppa.

Il territorio della ASL coincide con quello della Provincia di Savona la quale comprende 69 Comuni con una popolazione residente di 272.528 persone di cui 173.963 di età a rischio. Su tale territorio operano 41 operatori del SerT e 24 delle comunità terapeutiche.

Il Dipartimento della ASL 3 “Genovese” opera attraverso una Unità Operativa SerT suddivisa in 3 zone (Levante, Centro e Ponente) ciascuna delle quali è a sua volta suddivisa in 2 ambiti. In tutto ci sono 7 differenti sedi del SerT operanti sul territorio, con un totale di 124 operatori.

Le comunità terapeutiche di cui il Dipartimento si avvale in qualità di Unità Operative extra aziendali sono 4: Associazione AFET Aquilone che si caratterizza per essere una struttura non residenziale che opera prevalentemente nel campo del reinserimento lavorativo, Associazione Maris Quadrifoglio, Associazione San Benedetto al Porto e Centro di Solidarietà di Genova che hanno diverse sedi dislocate sul territorio e che offrono

trattamenti sia di tipo residenziale sia di tipo semi residenziale. Le suddette strutture si avvalgono complessivamente di 84 operatori. Il territorio di questa ASL rappresenta il 50% del territorio ligure: coincide con parte dell'area provinciale di Genova, comprendendone 40 Comuni con una popolazione di 736.188 unità di cui 471.698 di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Il Dipartimento della ASL 4 "Chiavarese", che lavorava con una forte connotazione di rete pubblico – privato già da prima dell'istituzione dei Dipartimenti, ha una Unità Operativa SerT e 2 Unità Operative extra aziendali rappresentate dalle Comunità Terapeutiche Il Villaggio del Ragazzo e La Fattoria. Il territorio di questa ASL è il più piccolo della Regione e comprende 30 comuni della Provincia di Genova e 3 della Provincia di La Spezia. La popolazione residente è di 145.556 unità di cui 91.239 con un'età a rischio. Su tale territorio operano complessivamente 35 unità di personale del SerT e 14 delle Comunità Terapeutiche.

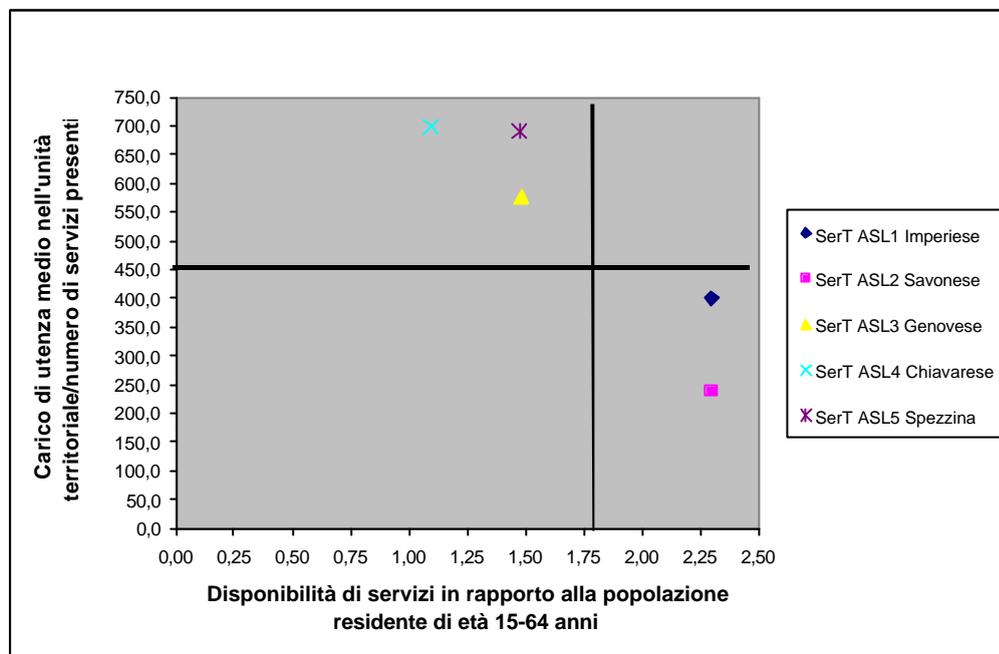
Il Dipartimento della ASL 5 "Spezzina" opera attraverso una Unità Operativa SerT con due sedi (La Spezia e Sarzana) e si avvale di due Unità Operative extra aziendali: la Comunità Terapeutica Crescita Comunitaria e l'Associazione Maris che ha, oltre alla sede di Genova, una sede in questa area territoriale. Territorialmente questa ASL comprende 29 dei 32 Comuni della Provincia di La Spezia. La popolazione residente è di 212.273 unità di cui 135.661 con un'età ritenuta a rischio. Su tale territorio operano complessivamente 29 unità di personale del SerT e 29 delle Comunità Terapeutiche.

Tabella 3. confronto tra risorse presenti sul territorio e domanda di assistenza anno 2002

	SerT	Servizi/pop. Res. 15-64 (t x 100.000 res.)		Servizi/pop. Res. 15-64 (t x 100.000 res.)		
		utenza totale/servizi	utenza totale/servizi	utenza totale/servizi	utenza totale/servizi	
Totale	17	1,69	486,8	12	1,20	70,2
ASL1 Imperiese	3	2,30	400,0	1	0,77	118,0
ASL2 Savonese	4	2,30	238,8	3	1,72	44,0
ASL3 Genovese	7	1,48	577,3	4	0,85	89,0
ASL4 Chiavarese	1	1,10	699,0	2	2,19	33,0
ASL5 Spezzina	2	1,47	690,5	2	1,47	85,0

La Tabella 3 raffronta le risorse presenti sui territori delle ASL e la relativa domanda di assistenza attraverso il confronto tra due rapporti: quello tra il numero delle sedi SerT e la popolazione residente di età a rischio (15-64 anni) e quello tra l'utenza tossicodipendente (fonte: registro per codici unici) ed il numero di sedi SerT.

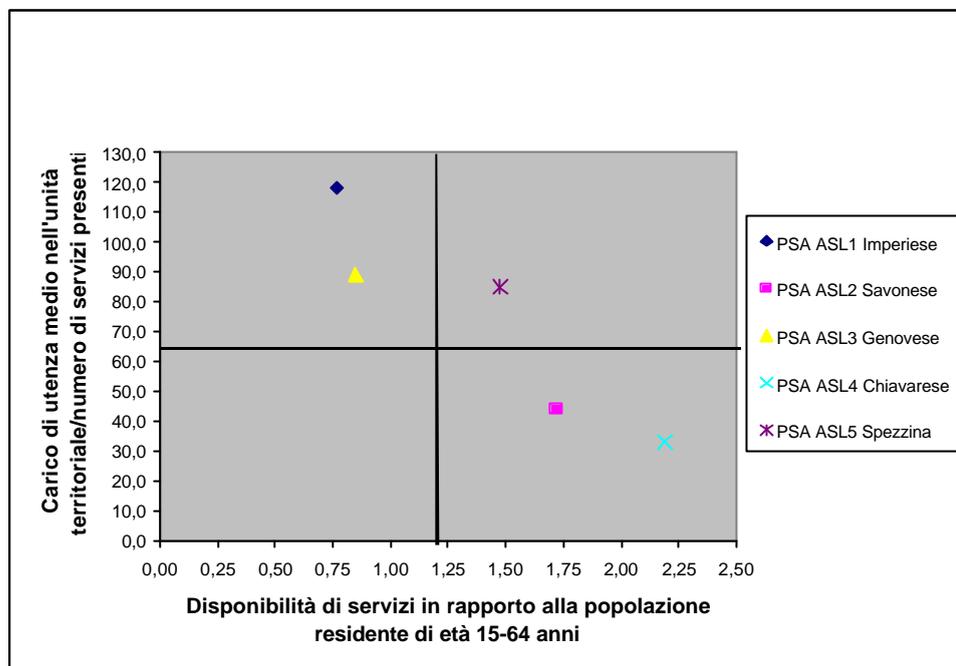
Figura 2. disponibilità di Servizi pubblici (SerT) e carico di utenza



Il grafico 2 rappresenta la distribuzione delle strutture per ASL all'interno dei quadranti determinati dalle medie regionali. Come evidenziato dal grafico i territori delle ASL1 "Imperiese" ed ASL2 "Savonese" sono caratterizzati da un numero di Servizi per popolazione residente maggiore rispetto alla media regionale, ma contemporaneamente da un numero di utenti in carico per servizio minore rispetto alla media regionale.

Viceversa i territori delle ASL3 "Genovese", ASL4 "Chiavarese" e ASL5 "Spezzina" sono caratterizzati da un più basso numero di servizi per popolazione residente a rischio e da un maggior numero di utenti in carico per servizio rispetto alla media regionale.

Figura 3. disponibilità di Strutture del Privato Sociale Accreditato (PSA) e carico di utenza



Il grafico 3 rappresenta la distribuzione delle strutture del Privato Sociale Accreditato per ASL all'interno dei quadranti determinati dalle medie regionali. Come evidenziato dal grafico i territori delle ASL1 "Imperiese" ed ASL3 "Genovese" sono caratterizzati da un numero di PSA per popolazione residente minore rispetto alla media regionale, e contemporaneamente da un numero di utenti in carico per servizio maggiore rispetto alla media regionale.

Viceversa i territori delle ASL2 "Savonese" ed ASL4 "Chiavarese" sono caratterizzati da un più alto numero di servizi per popolazione residente a rischio e da un maggior numero di utenti in carico per servizio rispetto alla media regionale. Nella ASL5 "Spezzino" vi è sia numero di PSA per popolazione residente sia un numero di utenti in carico per servizio maggiore rispetto alla media regionale.

La rete dei Servizi per le tossicodipendenze

La tabella 4 distribuisce gli operatori impiegati presso i SerT per profilo professionale e per tipo di contratto, a tempo pieno o parziale.

Tabella 4. profili professionali impiegati nei SerT

Servizio	Contratto	Totale SerT	SerT ASL1	SerT ASL2	SerT ASL3	SerT ASL4	SerT ASL5
Medici	T. pieno	62	8	9	29	11	5
	T. parz.	2	1	0	0	0	1
Infermieri	T. pieno	96	16	14	42	13	11
	T. parz.	5	2	1	0	1	1
Psicologi	T. pieno	35	2	5	19	4	5
	T. parz.	1	1	0	0	0	0
Assistenti sociali	T. pieno	35	2	7	21	2	3
	T. parz.	2	1	0	0	0	1
Educatori	T. pieno	12	5	2	2	1	2
	T. parz.	2	2	0	0	0	0
Amministrativi	T. pieno	12	3	1	6	1	1
	T. parz.	1	1	0	0	0	0
Altro	T. pieno	8	0	2	5	1	0
	T. parz.	0	0	0	0	0	0
Totale	T. pieno	260	36	40	124	33	27
	T. parz.	13	8	1	0	1	3

La tabella 5 distribuisce gli operatori impiegati presso le strutture del Privato Sociale Accreditato per profilo professionale e per tipo di contratto.

Tabella 5. profili professionali impiegati nelle strutture del Privato Sociale Accreditato

Servizio	Contratto	Totale PSA	PSA ASL1	PSA ASL2	PSA ASL3	PSA ASL4	PSA ASL5
Medici	T. pieno	5	1	0	2	0	2
	T. parz.	5	0	0	2	0	3
Infermieri	T. pieno	8	3	0	4	1	0
	T. parz.	1	0	0	1	0	0
Psicologi	T. pieno	17	4	2	5	3	3
	T. parz.	22	4	2	8	3	5
Assistenti sociali	T. pieno	5	1	1	2	0	1
	T. parz.	0	0	0	0	0	0
Educatori	T. pieno	129	26	13	61	8	21
	T. parz.	0	0	0	0	0	0
Altro	T. pieno	26	6	3	8	1	8
	T. parz.	0	0	0	0	0	0
Totale	T. pieno	190	41	19	82	13	35
	T. parz.	28	4	2	11	3	8

La Tabella 6 confronta il carico di utenza per operatore nei SerT. In questo caso ciascuna unità di personale a tempo parziale è stata considerata equivalente a 0,5 unità di personale a tempo pieno. Sono inoltre stati esclusi gli operatori con ruolo di tipo Amministrativo.

Tabella 6. carico di utenza (fonte: registro per codici singoli) per operatore dei SerT della Liguria

Carico utenti tossicodipendenti per operatore	
Totale Liguria	32,6
ASL1 Imperiese	32,9
ASL2 Savonese	24,2
ASL3 Genovese	34,2
ASL4 Chiavarese	21,5
ASL5 Spezzina	50,2

La rete dei Servizi per le tossicodipendenze

Si può notare come, a fronte di una media regionale di 32,6 utenti tossicodipendenti per operatore, ciascuna unità di personale del SerT della ASL5 “Spezzina” abbia un carico di 50,2 utenti. All’estremo opposto il SerT della ASL4 “Chiavarese” ha un carico pari a 21,5 utenti per operatore.

Tabella 7 carico di utenza (fonte: registro per codici singoli) per operatore dei SerT della Liguria

	Carico utenti tossicodipendenti per operatore
Totale Liguria	4,1
ASL1 Imperiese	2,7
ASL2 Savonese	6,6
ASL3 Genovese	4,1
ASL4 Chiavarese	4,6
ASL5 Spezzina	4,4

La Tabella 7 confronta il carico di utenza per operatore nelle strutture del Privato Sociale Accreditato, raggruppate per area territoriale di ubicazione.

Anche qui ciascuna unità di personale a tempo parziale è stata considerata equivalente a 0,5 unità di personale a tempo pieno.

Epidemiologia

**Consumo di sostanze psicoattive nella
popolazione generale**

Consumo di sostanze psicoattive nella popolazione generale

Consumo di sostanze psicoattive nella popolazione generale

Con le “Survey” epidemiologiche è possibile osservare uno o più fenomeni d’interesse all’interno di un campione di persone per elaborarne successivamente una stima riguardante l’intera popolazione da cui il campione è stato estratto. Questo metodo d’indagine che si realizza attraverso lo studio campionario è di tipo propriamente statistico; la tecnica di rilevazione dei dati utilizzata è, in genere, l’intervista standardizzata, condotta direttamente o tramite questionario auto somministrato. Le “Survey” possono riguardare sia l’intera popolazione residente in una determinata area territoriale, sia particolari sottogruppi.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha attivato due studi epidemiologici su base campionaria, entrambi basati su questionari anonimi ed autosomministrati. Questi studi permettono di acquisire i dati necessari a compilare le tabelle standard REITOX (Rete Europea di Informazione sulle Droghe e le Tossicodipendenze) dell’Osservatorio Europeo che riguardano la stima di prevalenza dell’uso di droghe sulla popolazione generale (Standard Table 01) e sulla popolazione dei giovani scolarizzati (Standard table 02).

L’utilizzo di sostanze stupefacenti nella popolazione di un certo territorio viene quindi monitorato in Liguria con indagini di tipo campionario attraverso le quali è possibile ottenere una stima della quota di popolazione che, in un certo periodo di tempo, ha fatto uso di queste sostanze.

I risultati di queste ricerche sono finalizzati ad essere la base scientifica per programmare iniziative di prevenzione sui territori in questione e valutare gli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione primaria e secondaria già in atto. Inoltre, affiancati ed integrati ai dati provenienti dai servizi di cura e riabilitazione e ai dati relativi a malattie infettive, decessi, criminalità e sequestri, possono guidare il lavoro del clinico e dell’operatore e le scelte politiche di intervento più appropriate in materia di lotta all’uso di droghe.

Altro contributo di queste ricerche riguarda la raccolta dei dati relativi agli indicatori che descrivano la diffusione e l’uso problematico delle sostanze illecite e che possano essere confrontati con gli stessi indicatori relativi ad altri contesti territoriali.

Le misurazioni maggiormente utilizzate si riferiscono:

- 1) alla prevalenza nell’arco della vita, indipendentemente dal momento
- 2) alla prevalenza negli ultimi 12 mesi, chiamata anche uso recente
- 3) alla prevalenza negli ultimi trenta giorni o uso corrente.

I soggetti che riferiscono l’esperienza nella vita sono naturalmente più numerosi rispetto a quelli che riferiscono un uso recente. I soggetti che riferiscono l’uso negli ultimi 12 mesi meglio rappresentano l’indicatore

epidemiologico di prevalenza. L'uso corrente permette di individuare meglio il numero di persone che utilizzano con regolarità le sostanze. Considerando simultaneamente questi tre tipi di informazione si ottengono informazioni sui modelli di consumo.

Questo tipo di indagini permette inoltre di ottenere una grandissima quantità di informazioni che forniscono ad esempio un'immagine aggiornata dei cambiamenti nelle tipologie di consumo, delle sostanze usate e della frequenza d'uso, dell'età in cui si è fatto uso per la prima volta di sostanze stupefacenti. E' inoltre possibile elaborare una stima dell'incidenza nonché individuare correlazioni tra il consumo ed i fattori socio-demografici, la percezione soggettiva del rischio, lo stile di vita e di gestione del tempo libero, la motivazione percepita dell'uso ecc.

Indagini sulla popolazione generale

Lo studio sulla popolazione giovanile scolarizzata 15-19 anni

Il Progetto ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcol e altre droghe (CAN), in collaborazione col "Gruppo Pompidou" permette di comparare l'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione studentesca di molti paesi europei, dimostrando caratteristiche di affidabilità nella lettura del fenomeno in questione, evidenziata anche dallo studio "Monitoring the future" del NIDA, attivo da oltre 25 anni.

Dal 1995 lo studio viene condotto in più di 30 paesi europei ogni 4 anni. In Italia, per rispondere alle richieste dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e tossicodipendenze EMCDDA, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, tramite l'Istituto di Fisiologia clinica, ha deciso di ripetere lo studio ogni anno estendendo l'indagine all'intera popolazione studentesca (15-19 anni).

I metodi e gli strumenti di rilevazione, così come la metodologia di campionamento delle scuole, sono stati definiti e verificati anche in ambito di coordinamento europeo da un gruppo di esperti che ne esegue il controllo.

Lo studio ESPAD coinvolge in Italia un campione di circa 350 scuole (licei classici e scientifici, magistrali, istituti tecnici, istituti professionali e artistici) per oltre 25.000 studenti partecipanti.

Come per altre regioni italiane in Liguria lo studio ESPAD è stato realizzato in modo da poter avere un campione rappresentativo al fine di ottenere stime corrette ed efficienti di prevalenza d'uso delle diverse sostanze.

In questo modo, attraverso un confronto tra il dato nazionale e quello regionale, è possibile individuare, se ve ne sono, particolarità od eccezioni negli aspetti qualitativi e quantitativi del fenomeno. E' altresì possibile attuare confronti tra territori diversi interni alla stessa Regione per ciò che concerne prevalenza ed incidenza d'uso di sostanze psicoattive.

Nella seguente parte del rapporto viene riportato un confronto tra dato nazionale e dato ligure riguardo ai seguenti contenuti:

- approvazione dell'uso
- percezione del rischio
- età di prima assunzione
- sintesi dei dati di diffusione dell'uso di droghe
- prevalenza nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni in base alla tabella standard EMCDDA 02 (Methodology and results of school surveys on drug use).

Di seguito sono esposti (Tabelle 8-10) i dati di sintesi sulle caratteristiche del campione ligure analizzato e sulla sua struttura.

Indagini sulla popolazione generale

Tabella 8. dati di sintesi delle caratteristiche del campione in Liguria

Campione	Studenti di entrambi i sessi dai 15 ai 19 anni
Periodo di somministrazione	Marzo-Aprile
Unità di campionamento	Classi
Tipo di campionamento	Stratificato a scelta casuale
Classi di somministrazione	Dalla 1° alla 5°
Scuole	Tutti i tipi di scuole secondarie
Questionari	Anonimi con domande a scelta multipla strutturate
Distribuzione e raccolta dei questionari	Insegnante
Numero delle domande del questionario	239
Tempo medio di compilazione	40 min.
Percentuale di rispondenti	96.4%

Tabella 9. struttura del campione in LIGURIA: rispondenti in % per età, sesso e tipo d'istituto

	Età (anni)					Totale
	15	16	17	18	19	
maschio	6.05	12.1	7.8	7.2	8.5	41.6
femmina	7.9	13.9	14.4	9.9	12.3	58.4
totale	13.9	26.0	22.2	17.1	20.8	100

Tabella 10. struttura del campione: rispondenti per tipo d'istituto

	liceo	artistico	tecnico	professionale	Totale
N	587	321	616	200	1724
%	34.0%	18.6%	35.7%	6.6%	

Opinioni e atteggiamenti in rapporto alle varie droghe

La tabella 11 mostra un quadro generale riferito all'anno 2002 sull'opinione che gli studenti della Regione Liguria, confrontati con i dati dell'indagine che comprende tutte le regioni italiane, riferiscono relativamente all'uso di tabacco, alcol e cannabis.

Tabella 11. approvazione dell'uso e percezione del rischio

Approvazione dell'uso e percezione del rischio	Italia	Liguria
Non disapprovo fumare sigarette occasionalmente	72%	73%
Non disapprovo fumare 10 o più sigarette al giorno	37%	35%
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	76%	79%
Disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	68%	70%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	25%	23%
Percezione del rischio correlato a bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	80%	78%
Percezione di assenza di rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	4%	4%
Disapprovo fumare cannabis occasionalmente	60%	62%
Disapprovo fumare cannabis regolarmente	80%	82%
Non disapprovo fumare cannabis regolarmente	16%	15%
Nessun rischio nel fumare cannabis regolarmente	2%	3%

Nella tabella 12 si evidenziano, sempre con un confronto tra Liguria e Italia, le opinioni degli studenti a proposito della sperimentazione di sostanze psicoattive. Gli studenti liguri sembrano avere una minore percezione del rischio riguardo alla sperimentazione ed è maggiore tra questi la percentuale di coloro che non prendono posizione; è però contemporaneamente più alta la percentuale di giovani che disapprovano tale comportamento.

Tabella 12. approvazione dell'uso e percezione del rischio correlate all'uso di droghe

	Italia				Liguria			
	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio
Provare 1 o 2 volte								
LSD	11%	84%	5%	2%	11%	85%	4%	3%
Cocaina	12%	84%	4%	2%	12%	85%	3%	3%
Amfetamine	10%	85%	5%	2%	10%	86%	4%	3%
Ecstasy	11%	85%	4%	2%	10%	87%	3%	3%
Sedativi								
eTranquillanti	11%	83%	6%	-	11%	85%	4%	-
Crack	10%	86%	5%	2%	9%	87%	4%	3%
Eroina	9%	87%	4%	-	8%	88%	4%	-

L'esperienza del consumo

Nella tabella 13 sono riportati i dati relativi a chi ha riferito di aver fatto uso delle sostanze legali ed illegali considerate almeno una volta nella vita, in Liguria ed in Italia, anno 2002.

In questa tabella, è possibile notare che, riguardo all'uso nella vita (percentuale di risposte che racchiude in sé sia soggetti sperimentatori che gli attuali utilizzatori di sostanze), gli studenti liguri hanno percentuali maggiori, talvolta il doppio di uso per tutte le sostanze pesanti illegali e per i sedativi e tranquillanti senza prescrizione medica. Da questi dati emerge la notevole reperibilità e la diffusione delle sostanze sul mercato oltre che l'alta percentuale di assunzione tra i giovani.

Tabella 13. uso nella vita delle diverse sostanze

Sostanze	Italia	Liguria
Alcolici	89,0%	88,3%
Tabacco	68,1%	63,9%
ubriacarsi	54,5%	55,5%
cannabinoidi	33,5%	31,8%
alcool e cannabinoidi	21,6%	20,3%
sedativi e tranquillanti spm	6,0%	9,0%
Inalanti	6,6%	6,9%
Cocaina	5,1%	6,7%
alcool insieme a pasticche	2,4%	4,0%
Lsd	2,3%	4,4%
amfetamine	2,0%	4,4%
Ecstasy	2,7%	5,0%
eroina fumata	3,8%	3,7%
funghi allucinogeni	2,1%	4,3%
eroina assunta in via diversa dal fumo	0,7%	1,2%
steroidi anabolizzanti	0,7%	1,6%
Crack	1,4%	2,1%
droghe iniettate	0,5%	0,9%

(per spm si intende "senza prescrizione medica")

Nella tabella 14 è esposta la prevalenza d'uso riferita del fumo di sigarette, del consumo di alcool e delle ubriacature e dell'uso di cannabis. Anche in questo caso si nota una percentuale maggiore degli studenti liguri, rispetto agli italiani che dichiarano l'uso di sostanze illecite pesanti, tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica e di alcool associato a pillole. Per quanto riguarda invece alcolici, tabacco e cannabis, il dato indica una minore prevalenza in Liguria rispetto al resto d'Italia, come anche la tabella precedente rivelava.

Tabella 14. diffusione dell'uso di droghe: analisi comparativa

Tipologia d'uso	Italia	Liguria
Consumo di alcolici negli ultimi 12 mesi	83%	82%
Ubriacato negli ultimi 12 mesi	41%	40%
Fumato sigarette nella vita	68%	64%
Fumato sigarette negli ultimi 30 giorni	41%	39%
Ha usato cannabis nella vita	34%	32%
Altre sostanze illecite	10%	12%
Tranquillanti e sedativi spm	6%	9%
Alcol + pillole	2%	4%

(per spm si intende "senza prescrizione medica")

La tabella 15 riguarda l'età di prima assunzione delle diverse sostanze prendendo in considerazione il consumo diversificato delle varie tipologie di alcol, le ubriacature, il fumo di sigarette, il primo contatto con le sostanze illegali.

Queste informazioni possono essere utilizzate per la programmazione di interventi di prevenzione primaria che vadano ad interagire con la popolazione target in fasce di età precedenti a quelle indicate.

Tabella 15. percentuale di consumatori per età di primo contatto (in anni) e tipologia di sostanze.

	11 anni		12 anni		13 anni		14 anni		15 anni		16 anni	
	Italia	Liguria										
Bere birra	17,5%	17,6%	13,9%	12,3%	15,9%	14,9%	17,2%	17,1%	10,1%	10,2%	9,0%	7,6%
Bere vino	21,4%	25,0%	10,8%	10,8%	12,8%	11,3%	12,4%	12,9%	7,9%	7,0%	7,6%	6,3%
Bere liquori	6,0%	5,5%	5,8%	4,9%	11,0%	10,0%	17,1%	18,6%	14,6%	15,3%	14,8%	14,1%
Ubriacarsi	1,6%	1,7%	2,2%	2,3%	4,8%	4,5%	13,0%	13,9%	13,1%	13,7%	19,2%	18,3%
Fumare la prima sigaretta	7,4%	5,9%	8,2%	7,0%	13,2%	12,2%	18,1%	16,3%	10,7%	10,8%	9,3%	10,9%
Fumare sigarette quotidianamente	0,8%	0,9%	1,2%	1,5%	3,6%	3,6%	8,7%	8,2%	8,9%	7,6%	12,3%	11,2%
Provare amfetamine	0,2%	0,6%	0,02%	0,10%	0,2%	0,5%	0,5%	0,9%	0,4%	0,8%	1,5%	1,8%
Provare sedativi e tranquillanti	0,3%	0,6%	0,4%	0,6%	0,6%	0,5%	0,9%	1,7%	1,0%	1,5%	1,9%	2,7%
Provare cannabinoidi	0,3%	0,8%	0,8%	0,5%	2,1%	2,1%	5,9%	6,5%	8,1%	7,8%	11,4%	10,4%
Provare LSD o altri allucinogeni	0,1%	0,4%	0,02%	0,20%	0,1%	0,2%	0,6%	0,9%	0,6%	0,9%	1,5%	1,8%
Provare crack	0,1%	0,5%	0,02%	0,20%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%	0,7%
Provare cocaina	0,1%	0,3%	0,04%	0,30%	0,1%	0,2%	0,4%	0,6%	0,8%	1,0%	3,7%	4,1%
Provare ecstasy	0,1%	0,5%	0,04%	0,10%	0,1%	0,2%	0,4%	0,6%	0,4%	0,9%	1,7%	2,0%
Provare eroina	0,1%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,4%	0,5%	1,0%	0,9%
Provare alcol insieme a pillole	0,1%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,4%	0,8%	0,6%	0,7%	1,4%	1,2%

Indagine sulla popolazione generale 15-44 anni

L'indagine è stata condotta su un campione casuale di persone residenti in Liguria, di età compresa tra i 15 ed i 54 anni, tramite un questionario postale autosomministrato.

Tabella 16. dati di sintesi delle caratteristiche del campione in Liguria

Campione	Residenti di entrambi i sessi dai 15 ai 44 anni
Periodo di somministrazione	Dicembre
Unità di campionamento	Singolo soggetto
Tipo di campionamento	Stratificato a scelta casuale
Comuni di somministrazione	Comuni delle cinque Aziende Socio-Sanitarie
Questionari	Anonimi con domande a scelta multipla strutturate
Distribuzione e raccolta dei questionari	Invio postale con ritorno pre-affrancato
Numero delle domande del questionario	70
Tempo medio di compilazione	15 min.
Dimensione del campione	2570 soggetti
Percentuale di rispondenti	47.4%

Tabella 17. struttura del campione in LIGURIA: rispondenti in % per età, sesso

	Età in classi (anni)						Totale 15-44
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
maschio	9,8	10,2	15,3	20,1	20,8	23,8	46,3
femmina	11,8	13,9	16,7	20,7	18,3	18,6	53,7
totale	10,8	12,2	16,2	20,4	19,4	21,0	100

Tabella 18. struttura del campione: rispondenti per area geografica interessata

	Imperia	Savona	Genova	Chiavari	La Spezia	Totale
N	186	230	476	157	169	1218
%	15,3%	18,8%	39,1%	12,9%	13,9%	100%

Il questionario IPSAD (riportato in allegato all'interno del CD), rappresenta la versione italiana, riveduta ed ampliata del "European Model Questionnaire", lo strumento di rilevazione per le indagini sulla popolazione generale, strutturato e proposto dall'Osservatorio Europeo. È fondamentale sottolineare l'importanza dell'utilizzo di metodologie di rilevazione standard già validate in ambito sia nazionale che internazionale; il loro impiego garantisce elevata qualità dei risultati ottenuti e consente di poter comparare tali risultati trasversalmente a realtà geografiche diverse.

L'indagine IPSAD 2001 è la prima indagine campionaria eseguita in Italia che riguarda la prevalenza dell'uso di sostanze psicotrope lecite ed illecite nella popolazione generale.

Il questionario auto-somministrato, a differenza dell'intervista condotta personalmente da un intervistatore, evita che l'intervistato debba rispondere davanti ad un'altra persona e possa sentirsi inibito.

Nella prima parte del questionario vengono raccolte informazioni di carattere generale sul soggetto che servono a contestualizzare da un punto di vista sociale il rispondente.

Le sezioni rimanenti riguardano il rapporto che il soggetto ha con:

- tabacco
- bevande alcoliche
- psicofarmaci (sedativi e/o tranquillanti) assunti senza prescrizione
- sostanze illegali (oppiacei, cannabinoidi, cocaina, ecstasy...)

Per ognuna delle sostanze considerate, oltre a domande relative all'età di primo uso e alla modalità di assunzione, viene indagata la prevalenza d'uso nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Le tre misure così rilevate rappresentano gli indicatori fondamentali del consumo di sostanze illegali suggeriti dall'Osservatorio Europeo al fine di descrivere nella maniera più accurata, dal punto di vista temporale, l'utilizzo delle sostanze.

Nelle tabelle 19 e 20 sono riportati, come in precedenza, i dati relativi alla prevalenza d'uso riferita delle diverse tipologie di sostanze nel tempo e al confronto tra i valori della Regione Liguria e quelli della media nazionale. Si noti che in questo caso la popolazione di riferimento è diversa dalla precedente in quanto i valori dei tassi grezzi sono calcolati sulla popolazione 15-44 anni di età. Inoltre i dati relativi al consumo sono riportati solo per i due periodi "uso nella vita" ed "uso negli ultimi 12 mesi" che rappresentano i riferimenti temporali in cui la risulta più stabile in quanto riferita ad un numero maggiore di soggetti che ne riferisce l'uso.

Tabella 19. uso nella vita delle diverse sostanze

Sostanze	Italia	Liguria
cannabinoidi	22%	24%
sedativi e tranquillanti spm	22%	25%
inalanti	1%	1%
cocaina e crack	3%	4%
amfetamine	2%	3%
ecstasy	2%	3%
eroina e altri oppiacei	1%	1%
allucinogeni	2%	2%
droghe iniettate	0,2%	0,4%

Tabella 20. uso negli ultimi 12 mesi delle diverse sostanze

Sostanze	Italia	Liguria
cannabinoidi	6,5%	7,1%
sedativi e tranquillanti spm	1,8%	1,8%
inalanti	0,1%	0,3%
cocaina e crack	1%	1%
amfetamine	0,2%	0,4%
ecstasy	0,2%	0,4%
eroina e altri oppiacei	0,4%	0,4%
allucinogeni	0,2%	0,4%

Anche attraverso le stime campionarie sulla popolazione generale e considerando una misura epidemiologica come il tasso di prevalenza grezzo si può evidenziare l'eccesso di rischio nei confronti dell'uso delle sostanze illegali nella popolazione residente nella Regione Liguria. Nella tabella 19 sono da evidenziare il dato che circa il 24% della popolazione ligure tra i 15 e i 44 anni di età riferisce di aver sperimentato l'uso di cannabis, valore simile alla quota di soggetti che riferisce di aver fatto uso di sedativi e/o tranquillanti senza prescrizione medica nella stessa popolazione.

Altro elemento importante da segnalare riguarda il riferito sull'uso delle droghe iniettate che seppur in valore assoluto relativamente basso 4 soggetti ogni mille residenti tra i 15 e i 44 anni di età, presenta in Liguria un valore doppio rispetto al dato nazionale. Di particolare rilevanza appare la sperimentazione delle nuove sostanze d'abuso come le amfetamine, l'ecstasy, gli allucinogeni e gli inalanti. L'uso di cannabis risulta leggermente più elevato del dato nazionale mentre figure di prevalenza simili alla rilevazione nazionale si ottengono per l'uso di eroina e cocaina.

**Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei
servizi per le tossicodipendenze**

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze nella Regione Liguria: anno 2002

Di seguito sono analizzati i dati relativi ai flussi informativi definiti dal Ministero della Salute relativi all'anno 2002.

I soggetti tossicodipendenti che hanno attivato una domanda di trattamento presso i SerT della Liguria nell'anno 2002 sono stati complessivamente 7.296 (tabella 15). I maschi hanno rappresentato l'84% del totale con 6.188 soggetti – sono il 20.4% (1.261) quelli che per la prima volta si sono rivolti ai servizi mentre sono il 79.6% (4.927) quelli che hanno continuato nel 2002 un percorso di cura e riabilitazione iniziato negli anni precedenti oppure sono ritornati per una nuova presa in carico da parte dei servizi dopo una interruzione; le femmine sono state il 15.2% con 1.108 soggetti – il 18.6% (206) sono risultate essere nuovi utenti e l'81.4% (902) quelle già in carico o rientrate.

Nelle classi di età più giovani (<15-29 anni) si addensa il maggior numero di nuovi utenti, mentre le classi di età 30-39 anni aggregano soprattutto l'utenza già conosciuta ai servizi.

La classe di età 30-34 anni è quella che con il 24.1% (1.757) di utenti ha sommato il maggior numero dei soggetti, sia nuovi utenti che già in carico, seguita dalla classe di età 35-39 con il 23.1% (1.686) e dalla classe di età >39 anni con il 21.1% (1.536). Complessivamente gli utenti compresi in queste tre classi di età rappresentano il 68.3% del totale.

Tabella 21. utenti in carico ai SerT: distribuzione percentuale secondo la classe di età e la presenza nei servizi.

	Nuovi Utenti		Già in carico rientrati		Totale
	M	F	M	F	
<15	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
15-19	7,9	12,6	1,2	1,2	2,7
20-24	20,5	19,9	9,0	8,2	11,2
25-29	21,9	22,3	17,0	15,6	17,8
30-34	19,3	17,0	25,4	25,3	24,1
35-39	13,2	16,5	25,4	25,8	23,1
>39	16,8	11,7	22,0	23,8	21,1
Totale	100	100	100	100	100

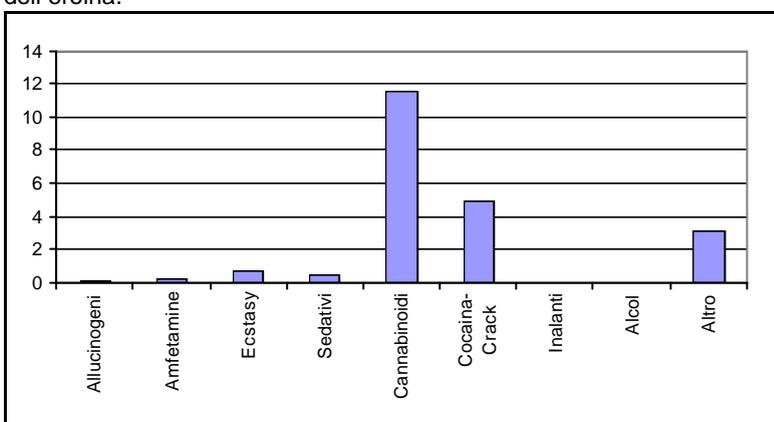
La distribuzione degli utenti in carico ai SerT della Liguria rispetto alla sostanza di abuso primaria mostra chiaramente come la gran parte dei soggetti, pari al 78,7%, consuma eroina, differendo di solo lo 0.8 dal dato nazionale che è del 79.5%.

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

L'11.5% è in trattamento per uso di cannabinoidi (figura 4) e registra uno scostamento pari al 2.4% rispetto alla media nazionale che è del 9.1%. Mentre la cocaina – crack si attesta al 4.9%, risultando inferiore del 2.1% da quanto registrato a livello nazionale (7.0).

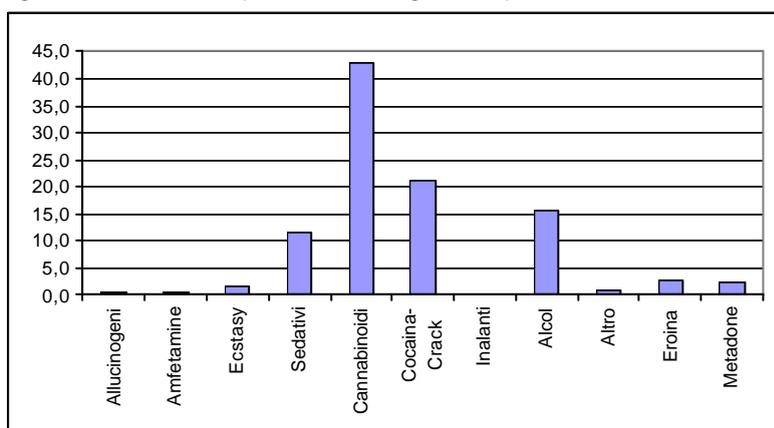
Il motivo di un così alto numero di utenti eroinomani è da ricercarsi nella storia dei SerT che si sono determinati negli anni soprattutto come i servizi d'elezione per la cura della dipendenza da oppiacei, reclutando pertanto numerosi soggetti eroinomani nei confronti dei quali sono stati attivati programmi terapeutici tesi alla ritenzione in trattamento.

Figura 4. distribuzione percentuale degli utenti per la sostanza di abuso primario ad esclusione dell'eroina.



Relativamente alla sostanza di abuso secondaria i cannabinoidi risultano essere quella maggiormente utilizzata (42,8%) dagli utenti dei SerT della Liguria nell'anno 2002 (figura 5). Segue la cocaina-crack con il 21,3%, l'alcol con il 15,5% e i sedativi con l'11,7%.

Figura 5. distribuzione percentuale degli utenti per la sostanza di abuso secondario.



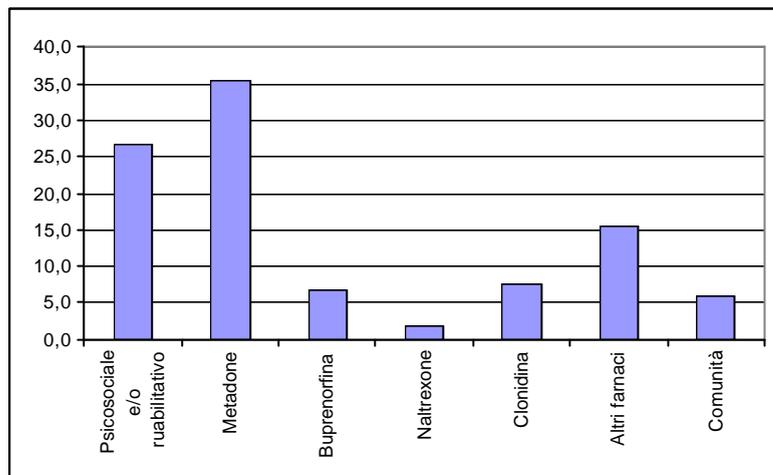
Nell'anno 2002 sono stati erogati, nell'ambito delle attività svolte dai SerT della Regione Liguria, complessivamente 10.992 trattamenti. I trattamenti con farmaco sostitutivo sono risultati quelli più frequentemente attivati:

metadone 35,5% e buprenorfina 6,9%, per un complessivo pari al 42,4 % del totale (figura 6).

I trattamenti solo psico sociale e/o riabilitativo hanno registrato il 26,8%, mentre quelli riferiti ad altri farmaci non sostitutivi sono stati pari al 15,6%.

Gli utenti per i quali è stato scelto un percorso terapeutico riabilitativo nelle comunità sono stati il 5,8%.

Figura 6. distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai servizi.



I Dipartimenti delle Dipendenze

Il numero di soggetti “nuovi utenti” (casi incidenti) che hanno attivato per la prima volta un trattamento presso i SerT della Liguria mostra un incremento considerevole nel triennio 2000-2002 per i maschi che passano da 1023 casi nel 2000 a 1261 casi nel 2002, mentre per le femmine resta sostanzialmente stabile con 217 casi nel 2000, 216 nel 2001 e 208 nel 2002 (tabella 16). Analizzando il trend dei tre anni considerati nelle singole realtà dipartimentali si osserva nei servizi della ASL 1 Imperiese, una diminuzione dei maschi nella classe di età 15-19 anni (dal 6.0% del 2000 al 1.9% del 2002) a fronte di un incremento significativo nella stessa classe di età da parte delle femmine che passano dall'8.8% registrato nel 2000 al 29.4% del 2002. I maschi mostrano una tendenza ad aumentare nelle classi di età 25-29 (dal 24.7% al 29.6%) e 30-34 (dal 22.3% al 37.0%). Per le femmine si registra invece la tendenza inversa: nella classe di età 25-29 anni dal 32.4% al 17.6% e nella classe di età 30-34 anni dal 20.6% al 17.6%.

Nel Dipartimento della ASL 2 Savonese i nuovi ingressi sia maschi che femmine evidenziano nei tre anni considerati una sostanziale diminuzione (maschi da 314 a 138; femmine da 53 a 27). Ambedue i sessi hanno un trend a decrescere nelle classi di età comprese tra i 30-39 anni, mentre aumentano

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

percentualmente nella classe di età > di 40 i maschi passando dal 7.3% del 2000 al 29.7% del 2002 e le femmine nella classe di età 20-24 anni dal 9.4% al 22.2%.

Nel Dipartimento della ASL 3 di Genova il numero dei nuovi ingressi aumenta per entrambi i sessi, i maschi da 382 a 844 e le femmine da 76 a 112. All'interno delle classi di età i rapporti si mantengono pressoché stabili. La classe modale per i maschi è quella 20-24 anni, e per le femmine risulta essere quella 20-24 e 35-39 anni.

Il Dipartimento della ASL 4 di Chiavari fa registrare l'incremento maggiore nella fascia di età 25-29 anni con i maschi che vanno dal 23.1% del 2000 al 29.7% del 2002 e le femmine dal 12.5% al 33.3%.

La tendenza mostrata dal Dipartimento della ASL 5 Spezzina per il numero dei soggetti nuovi utenti è di crescita per il sesso maschile (da 57 a 134) e di stabilità per il sesso femminile (da 38 a 37). Da rilevare lo scostamento fatto registrare dalle femmine della classe di età 35-39 anni che passano dal 76.6% del 2000 al 13.5% del 2002. Per ambedue i sessi la classe modale per il 2002 è quella 25-29.

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Tabella 22. nuovi utenti: distribuzione percentuale nel triennio 2000-2002 secondo la classe di età e il sesso.

Anno	Età	Sesso	Dipartimenti					LIGURIA	
			Imperia	Savona	Genova	Chiavari	La Spezia		
2000	<15	M	-	-	0.5	-	-	0.2	
		F	-	-	-	-	-	-	
	15-19	M	6.0	1.0	13.6	8.7	1.8	7.3	
		F	8.8	-	10.5	25.0	-	6.9	
	20-24	M	15.1	10.5	23.6	33.7	12.3	18.6	
		F	17.6	9.4	18.4	50.0	18.4	18.4	
	25-29	M	24.7	19.4	19.9	23.1	35.1	0.2	
		F	32.4	20.8	18.4	12.5	-	17.5	
	30-34	M	22.3	39.2	18.8	17.3	22.8	25.7	
		F	20.6	26.4	25.0	12.5	2.6	19.8	
	35-39	M	18.7	22.6	14.7	11.5	12.3	17.3	
		F	11.8	24.5	14.5	-	76.3	26.3	
	>40	M	13.3	7.3	8.9	5.8	15.8	9.2	
		F	8.8	18.9	13.2	-	2.6	11.1	
	numero utenti		M	166	314	382	104	57	1023
			F	34	53	76	16	38	217
	2001	<15	M	1.0	-	0.5	-	-	0.4
			F	-	-	-	-	-	-
15-19		M	5.8	1.8	11.3	12.9	1.6	7.8	
		F	12.5	1.7	7.7	12.5	4.2	6.0	
20-24		M	7.8	12.9	25.0	25.8	14.3	19.9	
		F	12.5	6.9	21.8	25.0	8.3	13.9	
25-29		M	25.2	18.8	18.7	29.0	16.4	19.4	
		F	16.7	19.0	23.1	25.0	12.5	19.0	
30-34		M	24.3	16.5	18.0	24.2	14.3	17.9	
		F	4.2	15.5	12.8	37.5	6.3	12.0	
35-39		M	21.4	19.9	15.5	4.8	10.1	15.6	
		F	12.5	25.9	21.8	-	31.3	23.1	
>40		M	14.6	30.1	11.0	3.2	43.4	19.1	
		F	41.7	31.0	12.8	-	37.5	25.9	
numero utenti		M	103	272	763	62	189	1389	
		F	24	58	78	8	48	216	
2002		<15	M	-	-	0.5	-	-	0.3
			F	-	-	1.8	-	-	1.0
	15-19	M	1.9	0.7	10.7	5.5	2.2	7.9	
		F	29.4	7.4	10.7	33.3	5.4	12.5	
	20-24	M	9.3	17.4	22.6	20.9	14.2	20.5	
		F	17.6	22.2	19.6	20.0	18.9	19.7	
	25-29	M	29.6	23.2	18.4	29.7	34.3	21.9	
		F	17.6	18.5	18.8	33.3	32.4	22.1	
	30-34	M	37.0	19.6	18.1	18.7	20.1	19.3	
		F	17.6	18.5	17.9	-	18.9	16.8	
	35-39	M	5.6	9.4	14.8	11.0	11.9	13.2	
		F	5.9	14.8	19.6	13.3	13.5	16.3	
	>40	M	16.7	29.7	14.9	14.3	17.2	16.8	
		F	11.8	18.5	11.6	-	10.8	11.5	
	numero utenti		M	54	138	844	91	134	1261
			F	17	27	112	15	37	208

Considerando gli utenti già in carico ai SerT (tabella 23) è da evidenziare che la percentuale maggiore di utenza di tutti i Dipartimenti della Regione si raggruppa nelle classi di età comprese tra i 25-39 anni.

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Tabella 23. utenti già in carico o rientrati: distribuzione percentuale nel triennio 2000-2002 secondo la classe di età e il sesso.

Anno	Età	Sesso	Dipartimenti					LIGURIA
			Imperia	Savona	Genova	Chiavari	La Spezia	
2000	<15	M	-	-	0.1	-	0.2	0.1
		F	-	-	-	-	1.2	0.1
	15-19	M	1.2	0.2	1.1	2.4	0.5	0.9
		F	1.5	2.5	3.2	7.1	-	2.9
	20-24	M	15.8	4.5	8.1	13.7	6.7	9.0
		F	28.5	5.6	7.1	17.6	4.8	10.8
	25-29	M	37.6	21.3	19.6	18.8	21.0	23.0
		F	36.9	14.3	18.7	23.5	22.6	21.5
	30-34	M	26.0	35.2	27.7	29.2	28.4	28.8
		F	16.2	36.0	31.0	22.4	22.6	28.0
	35-39	M	13.4	25.4	24.8	18.2	28.6	23.3
		F	12.3	24.2	22.1	17.6	33.3	21.7
	>40	M	6.0	13.5	18.6	17.9	14.6	14.9
		F	4.6	17.4	17.9	11.8	15.5	15.0
numero utenti	M	670	623	1680	336	823	4132	
	F	130	161	407	85	84	867	
2001	<15	M	-	-	0.1	-	0.6	0.2
		F	-	-	-	-	1.4	0.3
	15-19	M	0.3	0.2	1.5	1.3	0.6	0.9
		F	-	-	2.8	5.7	2.8	2.1
	20-24	M	8.6	3.7	11.3	14.8	6.1	8.8
		F	11.1	2.1	9.6	21.6	5.6	9.0
	25-29	M	21.0	12.4	24.3	20.0	17.8	19.9
		F	24.8	13.5	33.0	21.6	24.3	24.6
	30-34	M	36.4	24.0	35.0	25.0	28.4	30.9
		F	37.6	25.5	16.5	22.7	11.1	21.5
	35-39	M	24.5	33.4	15.6	20.0	30.7	23.9
		F	20.5	30.5	19.7	17.0	31.9	24.2
	>40	M	9.1	26.3	12.3	19.0	15.7	15.6
		F	6.0	28.4	18.3	11.4	22.9	18.4
numero utenti	M	613	653	1401	400	961	4028	
	F	117	141	218	88	144	708	
2002	<15	M	-	-	-	-	-	-
		F	-	-	-	-	-	-
	15-19	M	0.4	0.2	1.9	2.0	0.6	1.2
		F	0.9	-	1.2	1.2	2.7	1.2
	20-24	M	9.4	4.9	10.0	14.6	6.5	9.0
		F	10.0	4.8	6.3	22.4	7.3	8.2
	25-29	M	22.0	12.4	16.3	16.8	18.4	17.0
		F	23.6	14.4	13.4	16.5	16.7	15.6
	30-34	M	32.3	20.6	23.9	28.6	26.0	25.4
		F	30.9	21.2	29.0	24.7	15.3	25.3
	35-39	M	25.0	30.9	24.9	19.0	26.0	25.4
		F	19.1	28.1	24.3	21.2	35.3	25.8
	>40	M	10.8	31.0	23.0	19.0	22.6	22.0
		F	15.5	31.5	25.8	14.1	22.7	23.8
numero utenti	M	668	651	2310	405	893	4927	
	F	110	146	411	85	150	902	

La raccolta del dato relativo alla sostanza di abuso primaria, per come è stata concepita dal Ministero della Salute (ANN 02), non consente la disaggregazione rispetto al sesso, all'età e alla presenza nei servizi da parte degli utenti.

La tabella 24 permette l'osservazione del trend registrato nei tre anni 2000-2002, evidenziando la variazione percentuale rispetto al numero di utenti in trattamento per sostanza di abuso primaria. L'eroina è la sostanza che aggrega il maggior numero di utenti in trattamento, anche se per i Dipartimenti delle ASL 1, ASL 2 e ASL 4 si registra una variazione percentuale rispettivamente del -15.7%, del -17.3% e del -5.1%. La cocaina evidenzia un incremento del 54.9% nel Dipartimento di Genova e del 15.5% in quello di Imperia.

Considerevole è pure l'incremento dei cannabinoidi per i SerT della ASL di Savona che passano da 3 casi del 2000 a 40 casi nel 2002, per quella di Chiavari che da 41 casi registrati nel 2000 salgono a 125 casi nel 2002 e per quello di Genova, con 346 casi nel 2000 a 622 nel 2002. Di difficile interpretazione è il dato riferito alle altre sostanze evidenziato dal Dipartimento Spezzino: sarebbe interessante un approfondimento per conoscere quali tipologie di sostanze aggrega.

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Tabella 24. variazione percentuale del numero degli utenti in trattamento secondo la tipologia di sostanza primaria di abuso.

ASL	Sostanza	Anno			variaz. % 2000-02
		2000	2001	2002	
1 Imperia	eroina	898	782	757	-15.7
	cocaina	58	47	67	15.5
	amfetamine	1	0	1	0.0
	ecstasy	7	2	4	-42.9
	cannabinoidi	32	15	19	-40.6
	altre sostanze	9	1	1	-88.9
2 Savona	eroina	1072	986	887	-17.3
	cocaina	28	30	24	-14.3
	amfetamine	0	2	1	-
	ecstasy	8	10	5	-37.5
	cannabinoidi	3	45	40	1233.3
	altre sostanze	4	6	5	25.0
3 Genova	eroina	2355	2342	2748	16.7
	cocaina	122	189	189	54.9
	amfetamine	9	9	11	22.2
	ecstasy	28	32	33	17.9
	cannabinoidi	346	514	622	79.8
	altre sostanze	41	44	63	53.7
4 Chiavari	eroina	471	502	447	-5.1
	cocaina	23	11	23	0.0
	amfetamine	1	0	0	-100.0
	ecstasy	8	9	7	-12.5
	cannabinoidi	41	40	125	204.9
	altre sostanze	4	4	6	50.0
5 La Spezia	eroina	920	990	910	-1.1
	cocaina	59	115	58	-1.7
	amfetamine	0	3	2	-
	ecstasy	1	4	3	200.0
	cannabinoidi	19	44	33	73.7
	altre sostanze	2	151	192	9500.0

Si evidenzia nel corso del triennio un incremento dei cannabinoidi come uso associato ma secondario alla sostanza che ha motivato la presa in carico per gli utenti dei Dipartimenti di Imperia (figura 7), dal 27.7% al 47.7% e di Savona (figura 8), dal 45.6% al 52.6%; mentre cala nei Dipartimenti di Genova (figura 9), dal 36.0% al 26.8% e di la Spezia (figura 11), dal 48.8% al 47.1%. Non è possibile valutare il trend per il Dipartimento di Chiavari (figura 10) in quanto non è disponibile l'informazione della sostanza di abuso secondaria relativa agli anni 2000 e 2001. La cocaina registra una tendenza ad aumentare ad Imperia, dal 7.7% al 17.9%, a Savona dal 6.3% al 14.6% e a Genova dal 26.4% al 39.2%. Nei tre anni si rileva anche l'eroina come sostanza secondaria, il cui uso comincia a diffondersi associato a quello degli stimolanti.

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Figura 7. distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i SerT della ASL 1 Imperiese per tipologia di sostanza d'abuso secondaria

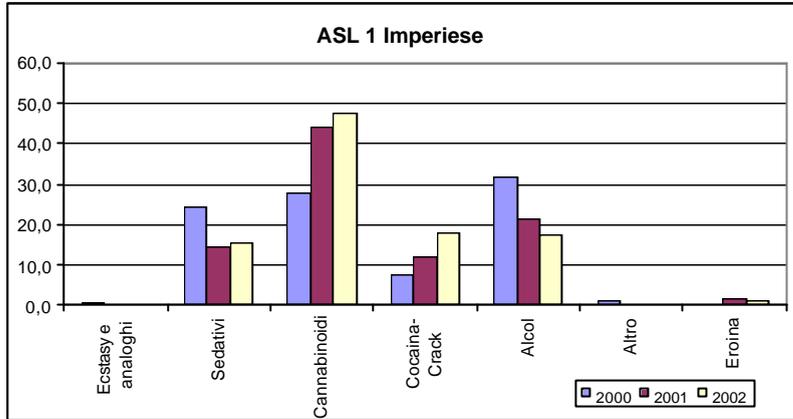


Figura 8. distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i SerT della ASL 2 Savonese per tipologia di sostanza d'abuso secondaria

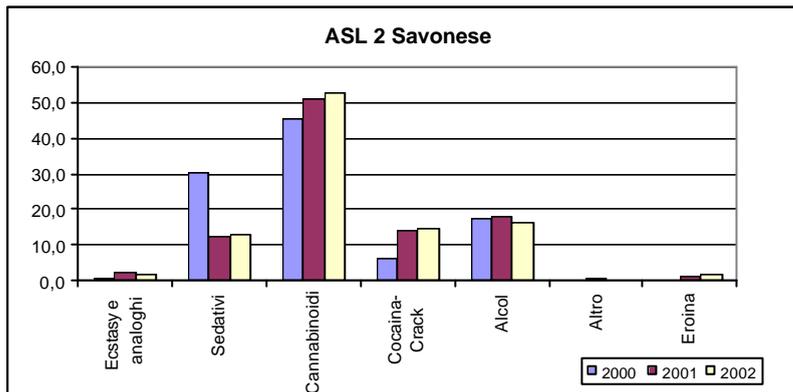
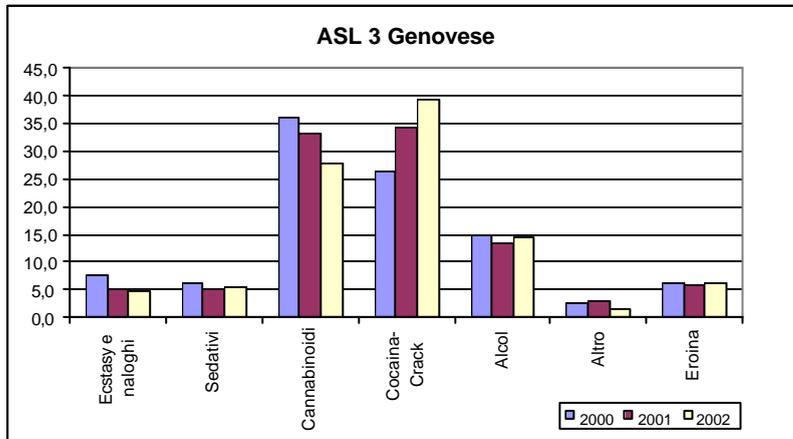


Figura 9. distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i SerT della ASL 3 Genovese per tipologia di sostanza d'abuso secondaria



Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Figura 10. distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i SerT della ASL 4 Chiavarese per tipologia di sostanza d'abuso secondaria

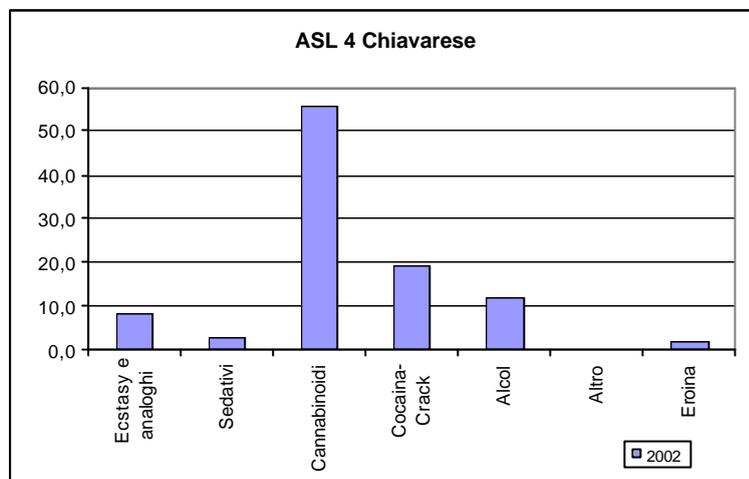
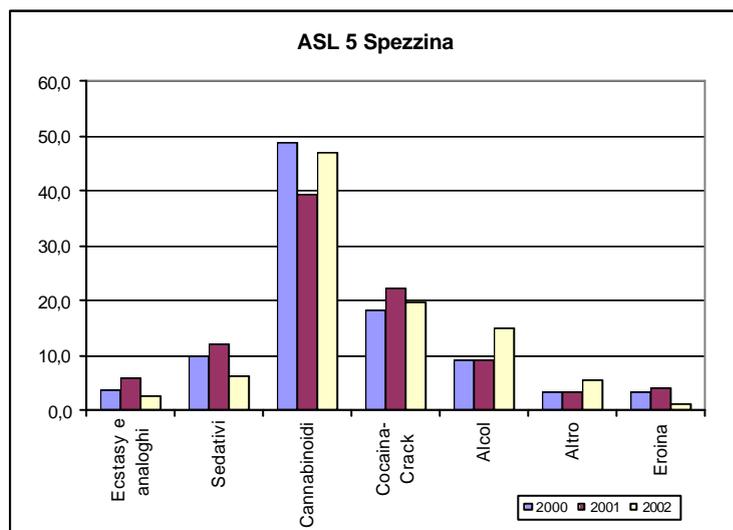


Figura 11. distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i SerT della ASL 5 Spezzina per tipologia di sostanza d'abuso secondaria



Nella tabella 25 sono riportati i trattamenti attivati dai singoli Dipartimenti nei tre anni considerati. Nella ASL 1 Imperiese il trattamento solo psico sociale e/o riabilitativo registra una variazione percentuale del 9.9% e diventa quello maggiormente utilizzato dagli operatori nel 2002. I trattamenti farmacologici mostrano un trend a decrescere, come pure il ricorso all'inserimento di utenti in comunità terapeutica.

Nel Dipartimento di Savona i trattamenti con metadone sono quelli maggiormente in uso anche se registrano una diminuzione, passando dai 666 attivati nel 2000 ai 520 del 2002. Aumenta l'utilizzo del trattamento con altri farmaci (non sostitutivi) che registra una variazione percentuale del 61.2%.

Genova incrementa tutte le tipologie di trattamenti a disposizione, tranne quello con naltrexone, il cui numero diminuisce dai 158 del 2000 ai 99 del 2002.

Anche nei SerT della ASL 4 di Chiavari c'è un sostanziale incremento di tutte le tipologie di trattamenti e quello solo psico sociale diventa il trattamento maggiormente attivato nel 2002 con 429 casi.

Per il Dipartimento di La Spezia si registra un trend a crescere per il trattamento solo psico sociale (32 nel 2000 contro 99 nel 2002) che resta, però, al terzo posto dopo i trattamenti con metadone, che sono quelli prevalenti, e i trattamenti con altri farmaci non sostitutivi. Cresce considerevolmente anche il numero dei soggetti inviati alle comunità terapeutiche con una variazione percentuale del 35.7%.

Analisi delle caratteristiche dell'utenza nei servizi per le tossicodipendenze

Tabella 25 – variazione percentuale del numero dei trattamenti erogati dai SerT

ASL	Trattamento	Anno			variaz. % 2000-02
		2000	2001	2002	
1 Imperia	Riabilitativo	534	449	587	9.9
	Metadone	560	443	438	-21.8
	Buprenorfina	-	-	20	-
	Naltrexone	96	72	51	-46.9
	Clonidina	-	-	-	-
	Altri farmaci	63	84	59	-6.3
	Comunità	86	85	75	-12.8
2 Savona	Psico sociale e/o riabilitativo	534	394	343	-35.8
	Metadone	666	669	520	-21.9
	Buprenorfina	-	-	-	-
	Naltrexone	34	15	4	-88.2
	Clonidina	36	-	14	-61.1
	Altri farmaci	134	93	216	61.2
	Comunità	86	97	75	-12.8
3 Genova	Psico sociale e/o riabilitativo	1071	1023	1491	39.2
	Metadone	1268	1527	2107	66.2
	Buprenorfina	-	385	451	-
	Naltrexone	158	120	99	-37.3
	Clonidina	159	458	803	405.0
	Altri farmaci	601	1164	1036	72.4
	Comunità	379	352	395	4.2
4 Chiavari	Psico sociale e/o riabilitativo	162	225	429	364.8
	Metadone	364	258	263	-27.7
	Buprenorfina	0	102	107	-
	Naltrexone	20	12	5	125.0
	Clonidina	5	-	-	100.0
	Altri farmaci	182	329	282	254.9
	Comunità	-	-	-	-
5 La Spezia	Psico sociale e/o riabilitativo	32	58	99	209.4
	Metadone	449	547	578	28.7
	Buprenorfina	-	164	177	-
	Naltrexone	58	110	41	-29.3
	Clonidina	143	35	9	-93.7
	Altri farmaci	191	41	123	-35.6
	Comunità	70	145	95	35.7

Analisi della domanda

Analisi della domanda

Le evidenze di interesse epidemiologico derivanti dall'analisi dei flussi informativi istituzionali stabiliti dal DPR 309/90 e definiti nei successivi decreti del Ministero della Sanità, oltre a riguardare nel dettaglio soltanto l'utenza in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze, presentano notevoli problematiche per quanto concerne la precisa caratterizzazione di tale utenza.

Si pone quindi la necessità di migliorare da una parte la copertura della rilevazione, coinvolgendo anche altre agenzie che intercettano soggetti che utilizzano sostanze lecite e/o illecite, quali ad esempio le strutture del Privato Sociale e le Prefetture, e dall'altra di incrementare la specificità del dato rilevato sugli utenti ampliando l'insieme di informazioni raccolte.

La popolazione dei soggetti utilizzatori problematici o meno di sostanze, siano esse lecite od illecite, presenta infatti caratteristiche peculiari sia relativamente alle particolari sostanze che alle strutture entro le quali tale popolazione viene rilevata. Una descrizione precisa, particolareggiata e soprattutto standardizzata può essere di notevole aiuto al controllo dell'andamento del fenomeno droga per come appare ai servizi preposti alla cura, trattamento, contrasto o riabilitazione, ed al corretto confronto tra essi.

La scelta di una tipologia di rilevazione standard dei dati di interesse epidemiologico relativi ai soggetti utilizzatori di sostanze deve comunque tener conto del possibile confronto non solo con le altre realtà locali del territorio italiano, ma anche con realtà extranazionali quali ad esempio gli stati membri dell'unione europea. A tal fine è stato quindi deciso di iniziare a rilevare dati secondo lo standard previsto dal protocollo TDI (Treatment Demand Indicator) definito e sviluppato dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) e dal Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa.

Dal punto di vista sostanziale il protocollo TDI ha come principale obiettivo quello di descrivere la popolazione che, nei servizi preposti, attiva un trattamento nell'anno di rilevazione, acquisendo informazioni sulle caratteristiche strutturali degli utenti, sull'analisi della domanda di trattamento, sulle sostanze sia primarie che secondarie, sulla frequenza e la modalità d'uso di tali sostanze, su caratteristiche sociali quali la condizione lavorativa e abitativa ed altre ancora, distinguendo tra tutti i soggetti trattati ed i soggetti che sono trattati per la prima volta nella vita nell'anno considerato. In questo contesto il punto di forza del protocollo TDI si sviluppa nella possibilità di adattare la rilevazione a qualsiasi tipologia di struttura che acquisisca informazioni su soggetti utilizzatori di sostanze, consentendo di confrontare tra loro non solo tutti servizi dedicati al trattamento o alla cura e riabilitazione, ma anche, con opportuni aggiustamenti, altre strutture quali ad esempio le Prefetture o le case circondariali.

Rilevazione dei dati: copertura e definizioni utilizzate

All'interno delle attività svolte dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale Tossicodipendenze della Regione Liguria, già attivo da tre anni, sicuramente una delle più articolate ed importanti è stata quella dell'implementazione di un registro (il Registro dei codici singoli, come riportato nel precedente report) che ha consentito di rilevare informazioni sui soggetti presenti, negli anni monitorati, negli archivi delle strutture che hanno collaborato alla costruzione di tale registro; nella fattispecie, per gli anni 2000, 2001 e 2002, sono state rilevate informazioni sui soggetti in carico presso tutti i SerT e tutte le strutture del Privato Sociale operanti sul territorio, nonché su tutti i soggetti segnalati ex artt. 75 e 121 del DPR 309/90 alle Prefetture della Regione Liguria.

La rilevazione quindi è stata esaustiva sia per quanto riguarda la tipologia di struttura considerata (hanno aderito tutti i SerT, tutte le Comunità, così come tutte le Prefetture), che per quanto riguarda il numero di soggetti "censiti". Il tipo di rilevazione così impostata ha consentito di avere una visione molto più dettagliata della popolazione nota alle strutture in quanto è stato possibile da una parte riferire l'informazione acquisita direttamente ai singoli soggetti identificati da un codice anonimo e non univoco derivato dai dati anagrafici e dall'altra, grazie al suddetto codice generato, eliminare il problema dei doppi conteggi per quei soggetti che, presenti in più strutture nel corso dell'anno, sarebbero altrimenti rilevati più volte.

Tramite lo specifico protocollo di rilevazione utilizzato negli anni 2000 e 2001 e successivamente ampliato per la raccolta 2002, è stato possibile rispondere a buona parte delle necessità informative del protocollo TDI, il tutto però adattando le definizioni richieste sia al sistema di rilevazione attivato che alla struttura di raccolta dati definita dai flussi ministeriali per così dire "tradizionali".

Il protocollo TDI richiede infatti di rilevare informazioni sui soggetti che, nell'anno considerato, hanno attivato un trattamento presso le strutture preposte mentre le usuali rilevazioni ministeriali, effettuate ad esempio tramite la scheda ANN.01, prendono in considerazione la popolazione degli utenti in carico nell'anno.

Questa lieve ma sostanziale differenza di definizione fa sì che nella rilevazione, secondo il protocollo TDI, non debbano essere conteggiati i soggetti che, in carico nell'anno di rilevazione, abbiano attivato il trattamento nell'anno precedente.

Nel presente rapporto, nel quale per la prima volta vengono presentate secondo lo standard TDI le informazioni rilevate sui servizi, vista inoltre la possibilità di confrontare tali informazioni rilevate in maniera analitica sui singoli soggetti/utenti con quelle rilevate in maniera aggregata sui singoli servizi, è stato deciso di non attenersi completamente al protocollo TDI conteggiando, per ogni anno, non il numero di soggetti/utenti che hanno attivato un trattamento, bensì i soggetti/utenti in carico.

Nel rilascio delle informazioni il protocollo TDI distingue dal totale dei soggetti "trattati" quelli che sono trattati per la prima volta, definendo il primo trattamento come primo trattamento in assoluto nella vita dell'individuo. È evidente come, per rispettare tale definizione, l'informazione richiesta debba essere nota all'interno del sistema informativo di raccolta.

Per quanto riguarda il registro attivato dall'Osservatorio Regionale, l'informazione è stata estrapolata confrontando la presenza dei codici utente negli anni di rilevazione precedenti. Secondo questa modalità sono stati definiti come primi trattamenti per l'anno 2002 (o più correttamente nuovi utenti, per quanto detto sopra) quei soggetti che, presenti nella rilevazione 2002, non lo erano negli anni 2000 e 2001.

Un lasso di tempo così breve non è comunque sufficiente per individuare correttamente i "veri" casi incidenti in quanto un periodo di assenza dai servizi di 2 anni, o anche maggiore, viene comunemente osservato nei centri di trattamento, cosicché i valori registrati nel report relativamente alla popolazione dei primi trattamenti risultano essere sicuramente una sovrastima dell'effettiva popolazione incidente.

È stato comunque deciso di presentare, limitatamente all'anno 2002, le evidenze rilevate per i primi trattamenti, così come sopra definiti, al fine di iniziare a presentare i dati nella maniera più completa possibile seppur tenendo conto delle problematiche relative alla corretta interpretazione di tali evidenze.

La popolazione nota nell'anno 2002

Soggetti in carico ai SerT

Soggetti in carico alle strutture del Privato Sociale

Soggetti segnalati alle Prefetture ex artt. 75 e 121 DPR 309/90

L'utilizzo delle informazioni raccolte dalle strutture che hanno aderito al registro consente di descrivere, secondo le modalità proprie del protocollo TDI, la popolazione afferente ai SerT e alle strutture del Privato Sociale o intercettata come nel caso dei soggetti segnalati alle Prefetture. Per questa ultima tipologia di struttura, per quanto riguarda la caratterizzazione della sostanza prevalente associata ai soggetti, o meglio ai codici soggetto, è stato deciso di considerare la sostanza di segnalazione riscontrabile nei verbali redatti dagli organi segnalanti.

Per i SerT e le comunità terapeutiche è stato fatto riferimento alla sostanza di abuso primario così come definito dalla attuale normativa. Con questo aggiustamento nella diversa definizione di sostanza prevalente è quindi possibile confrontare, secondo lo standard TDI, le tre tipologie di agenzia coinvolte nella rilevazione.

Vista l'elevata quantità di tabelle di cui il protocollo TDI si compone e data la necessità di fornire un'informazione che sia il più possibile sintetica e completa rispetto alla tipologia di servizio, all'area territoriale di pertinenza ed

Analisi della domanda

all'anno di rilevazione, verranno qui riportate e commentate soltanto le tabelle riepilogative previste dal protocollo TDI stesso, rimandando in allegato per la lettura di tutte le altre tabelle.

A supporto delle tabelle riepilogative vengono inoltre presentati i risultati ottenuti tramite una metodologia di analisi multivariata che consente una lettura globale, di confronto e sintesi delle caratteristiche della popolazione nota ai servizi.

Tabella 26. caratteristiche dei soggetti che hanno iniziato un trattamento presso i SerT nel 2002 (Standard Table 03)

SER T												
Anno 2002	Tutti i Trattamenti						Primi Trattamenti					
	M		F		T		M		F		T	
Numero casi/richesto trattamento	6678		1303		7981		4503		931		5434	
Distribuzione per sesso (% M / % F)	83,7%		16,3%		100,0%		82,9%		17,1%		100,0%	
Età Media (Ani)	33,4		33,6		33,5		33,2		33,3		33,2	
Distribuzione per età (% validi)												
<15	2	0,0%	2	0,2%	4	0,1%	2	0,0%	2	0,2%	4	0,1%
15-19	162	2,6%	62	5,2%	224	3,0%	147	3,8%	59	7,0%	206	4,0%
20-24	781	12,4%	136	11,4%	917	12,2%	601	14,1%	105	12,5%	706	13,9%
25-29	1.088	17,2%	179	15,0%	1.267	16,9%	754	17,7%	117	13,9%	871	17,1%
30-34	1.484	23,5%	255	21,3%	1.739	23,2%	936	22,0%	173	20,6%	1109	21,8%
35-39	1.410	22,3%	297	24,8%	1.707	22,7%	846	19,9%	189	22,5%	1065	20,3%
40-44	841	13,3%	148	12,4%	989	13,2%	571	13,4%	110	13,1%	681	13,4%
45-49	369	5,8%	70	5,9%	439	5,8%	252	5,9%	47	5,6%	299	5,9%
50-54	116	1,8%	28	2,3%	144	1,9%	88	2,1%	23	2,7%	111	2,2%
55-59	34	0,5%	8	0,7%	42	0,6%	30	0,7%	7	0,8%	37	0,7%
60-64	12	0,2%	6	0,5%	18	0,2%	11	0,3%	4	0,5%	15	0,3%
>=65	12	0,2%	5	0,4%	17	0,2%	11	0,3%	5	0,6%	16	0,3%
Numero di casi con età mancante	357		107		474		254		90		344	
Comportamento irriettivo (IV)												
Attualmente (Ultimi 30 gg) - qualsiasi sostanza (%)												
In passato, ma non attualmente (Ultimi 30 gg) (%)												
Usi irriettivi per qualsiasi sostanza (%)												
Comportamento irriettivo sostanza primaria (%)												
Sost. Primaria (% validi) - (% usi irriettivi-IV)	dr. %	IV%	dr. %	IV%	dr. %	IV%	dr. %	IV%	dr. %	IV%	dr. %	IV%
Opiacei (totale)	77,4%	83,9%	78,4%	78,4%	74,0%	81,0%	75,2%					
Eraina	71,6%	77,8%	72,6%	72,6%	70,6%	77,6%	71,7%					
Metadone (qualsiasi)	0,1%	-	0,1%	0,1%	0,1%	-	0,0%					
altri oppiacei	5,8%	6,1%	5,8%	5,8%	3,4%	3,4%	3,4%					
Cocaina (totale)	6,7%	4,0%	6,3%	6,3%	7,6%	4,7%	7,1%					
Cocaina	6,6%	4,0%	6,2%	6,2%	7,5%	4,7%	7,1%					
Crack	0,1%	-	0,0%	0,0%	0,1%	-	0,0%					
Stimolanti (totale)	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,0%	1,3%	1,1%					
Amfetamine	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%					
MDA e derivati	0,9%	0,7%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%					
Altri stimolanti	-	-	-	-	-	-	-					
Ipnodici e sedativi (totale)	0,4%	1,3%	0,5%	0,5%	0,4%	1,3%	0,5%					
Barbiturici	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%					
Benzodiazepine	0,3%	1,3%	0,5%	0,5%	0,3%	1,3%	0,5%					
altri	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%					
Allucinogeni (totale)	0,1%	-	0,0%	0,0%	0,1%	-	0,1%					
LSD	-	-	-	-	-	-	-					
altri	-	-	-	-	-	-	-					
Inalanti volatili (totale)	-	-	-	-	-	-	-					
Cannabinoidi (totale)	13,8%	8,4%	13,0%	13,0%	16,4%	10,0%	15,3%					
altre sostanze (totale)	0,6%	1,3%	0,7%	0,7%	0,5%	1,6%	0,7%					

Tabella 27. caratteristiche dei soggetti che hanno iniziato un trattamento presso le strutture del Privato Sociale nel 2002 (Standard Table 03)

Privato Sociale												
Anno: 2002	Tutti i Trattamenti						Primi Trattamenti					
	M		F		T		M		F		T	
Numero di casi/richest trattamento	669		174		833		333		110		493	
Distribuzione per sesso (% M (% F	79,1%		20,9%		100,0%		77,7%		22,3%		100,0%	
Età Media (Anni)	34,6		31,8		33,9		34,7		32,8		34,3	
Distribuzione per età (%valida)												
<15	-		-		-		-		-		-	
15-19	4	0,7%	2	1,3%	6	0,9%	3	0,9%	1	1,1%	4	1,0%
20-24	36	6,5%	19	12,5%	55	7,8%	22	6,9%	9	10,0%	31	7,8%
25-29	93	16,8%	34	22,4%	127	18,0%	53	16,7%	15	16,7%	68	16,7%
30-34	148	26,8%	48	31,6%	196	27,8%	80	25,2%	28	31,1%	108	26,9%
35-39	151	27,4%	32	21,1%	183	26,0%	87	27,4%	25	27,8%	112	27,9%
40-44	76	13,8%	10	6,6%	86	12,2%	44	13,9%	7	7,8%	51	12,5%
45-49	27	4,9%	7	4,6%	34	4,8%	18	5,7%	5	5,6%	23	5,7%
50-54	10	1,8%	-	-	10	1,4%	7	2,2%	-	-	7	1,7%
55-59	4	0,7%	-	-	4	0,6%	2	0,6%	-	-	2	0,5%
60-64	3	0,5%	-	-	3	0,4%	1	0,3%	-	-	1	0,2%
>=65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Numero di casi con età mancante	107	16,2%	22	12,6%	129	15,5%	66	17,2%	20	18,2%	86	17,4%
Comportamento iniettivo (IV)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Attualmente (Ultimi 30 gg) - qualsiasi sostanza (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
In passato, ma non attualmente (Ultimi 30 gg) (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Usi iniettivo per qualsiasi sostanza (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comportamento iniettivo sostanza primaria (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sost. Primaria (%valida) - (%uso iniettivo-IV)	d. %	IV%	d. %	IV%	d. %	IV%	d. %	IV%	d. %	IV%	d. %	IV%
Opiacei (totale)	84,6%	-	87,5%	-	85,2%	-	83,3%	-	88,6%	-	84,5%	-
Eraina	84,0%	-	84,6%	-	84,1%	-	83,0%	-	84,8%	-	83,4%	-
Metadone (qualsiasi)	0,2%	-	1,5%	-	0,5%	-	-	-	2,5%	-	0,5%	-
altri oppiacei	0,4%	-	1,5%	-	0,6%	-	0,3%	-	1,3%	-	0,5%	-
Cocaina (totale)	9,2%	-	8,8%	-	9,1%	-	11,5%	-	8,9%	-	10,9%	-
Cocaina	9,2%	-	8,8%	-	9,1%	-	11,5%	-	8,9%	-	10,9%	-
Crack	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stimolanti (totale)	2,7%	-	-	-	2,2%	-	2,1%	-	-	-	1,6%	-
Amfetamine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MDA/derivati	2,7%	-	-	-	2,2%	-	2,1%	-	-	-	1,6%	-
Altri stimolanti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipnodici e sedativi (totale)	0,8%	-	1,5%	-	0,9%	-	0,3%	-	-	-	0,3%	-
Barbiturici	-	-	-	-	-	-	0,3%	-	-	-	0,3%	-
Benzodiazepine	0,2%	-	1,5%	-	0,5%	-	-	-	-	-	-	-
altri	0,6%	-	-	-	0,5%	-	-	-	-	-	-	-
Allucinogeni (totale)	0,6%	-	-	-	0,5%	-	0,7%	-	-	-	0,5%	-
LSD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
altri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inalanti volatili (totale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cannabinoidi (totale)	2,0%	-	2,2%	-	2,0%	-	1,7%	-	2,5%	-	1,9%	-
altre sostanze (totale)	0,2%	-	-	-	0,2%	-	0,3%	-	-	-	0,3%	-

Analisi della domanda

Tabella 28. caratteristiche dei soggetti che sono stati segnalati presso le Prefetture nel 2002 (Standard Table 03)

Prefetture		Tutte le segnalazioni						Prime segnalazioni					
Anno: 2002		M		F		T		M		F		T	
Numero di casi segnalati		2045		224		2269		1986		219		2205	
Distribuzione per sesso (%) M/ (%) F		90,1%		9,9%		100,0%		90,1%		9,9%		100,0%	
Età Media (Anni)		25,9		27,6		25,9		25,9		25,5		25,9	
Distribuzione per età	<15	3	0,1%	-	-	3	0,1%	3	0,2%	-	-	3	0,1%
	15-19	358	17,5%	47	21,0%	405	17,8%	355	17,9%	45	20,5%	400	18,1%
(% valida)	20-24	687	33,6%	71	31,7%	758	33,4%	660	33,2%	70	32,0%	730	33,1%
	25-29	443	21,7%	50	22,3%	493	21,7%	431	21,7%	50	22,8%	481	21,8%
	30-34	266	13,0%	29	12,9%	295	13,0%	257	12,9%	28	12,8%	285	12,9%
	35-39	171	8,4%	15	6,7%	186	8,2%	165	8,3%	14	6,4%	179	8,1%
	40-44	63	3,1%	9	4,0%	72	3,2%	62	3,1%	9	4,1%	71	3,2%
	45-49	31	1,5%	2	0,9%	33	1,5%	30	1,5%	2	0,9%	32	1,5%
	50-54	5	0,2%	-	-	5	0,2%	5	0,3%	-	-	5	0,2%
	55-59	5	0,2%	1	0,4%	6	0,3%	5	0,3%	1	0,5%	6	0,3%
	60-64	13	0,6%	-	-	13	0,6%	13	0,7%	-	-	13	0,6%
	>= 65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Numero dei casi con età mancante		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comportamento iniettivo (IV)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Attualmente (ultimi 30 gg) - qualsiasi sostanza (%)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
In passato, ma non attualmente (ultimi 30 gg) (%)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Usò iniettivo per qualsiasi sostanza (%)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comportamento iniettivo sostanza primaria (%)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sost. Primaria (% valida) - (% uso iniettivo-IV)		dr. %	IV %	dr. %	IV %	dr. %	IV %	dr. %	IV %	dr. %	IV %	dr. %	IV %
Oppiacei (totale)		19,4%		21,8%		19,6%		18,6%		20,9%		18,8%	
	Eroina	17,2%		18,5%		17,3%		16,5%		17,5%		16,6%	
	Metadone (qualsiasi)	1,3%		1,9%		1,4%		1,3%		1,9%		1,4%	
	altri oppiacei	0,9%		1,4%		0,9%		0,8%		1,5%		0,9%	
Cocaina (totale)		7,6%		7,6%		7,6%		7,6%		7,8%		7,6%	
	Cocaina	7,6%		7,6%		7,6%		7,6%		7,8%		7,6%	
	Crack	-		-		-		-		-		-	
Stimolanti (totale)		2,4%		1,4%		2,3%		2,4%		1,5%		2,3%	
	Anfetamine	0,1%		-		0,1%		0,1%		-		0,1%	
	MDMA e derivati	2,3%		1,4%		2,2%		2,3%		1,5%		2,2%	
	Altri stimolanti	-		-		-		-		-		-	
Ipnocici e sedativi (totale)		0,1%		0,5%		0,1%		0,1%		0,5%		0,1%	
	Barbiturici	-		-		-		-		-		-	
	Benzodiazepine	-		-		-		-		-		-	
	altri	0,1%		0,5%		0,1%		0,1%		-		0,1%	
Allucinogeni (totale)		0,2%		-		0,1%		0,2%		-		0,1%	
	LSD	-		-		-		-		-		-	
	altri	-		-		-		-		-		-	
Inalanti volatili (totale)		-		-		-		-		-		-	
Canabinoidi (totale)		70,2%		67,8%		70,0%		71,0%		68,4%		70,8%	
altre sostanze (totale)		0,2%		0,9%		0,2%		0,2%		1,0%		0,2%	

Le tavole 26, 27 e 28 rappresentano, rispettivamente per i SerT, per le strutture del Privato Sociale e per le Prefetture della Regione Liguria, le tabelle sintetiche standard numero 03 del protocollo TDI, compilate sul totale dei codici utente associati ad una sostanza illecita rilevati a livello regionale, in cui sono presentate, per l'anno 2002, le distribuzioni per sesso, per età e per sostanza prevalente (primaria per i SerT e le comunità, di segnalazione per le Prefetture) per tutti i soggetti rilevati e per i cosiddetti primi trattamenti.

La presentazione dei dati, se da un lato è molto simile nella forma a quella di alcune tavole ministeriali, non lo è nella sostanza in quanto i valori relativi al numero di soggetti con determinate caratteristiche sono esenti da doppi conteggi e le varie percentuali si riferiscono al totale dei codici su cui l'informazione è stata effettivamente rilevata, escludendo quindi i codici con il dato mancante; per quanto riguarda poi i primi trattamenti, ovvero i nuovi

casi, sono considerati tali in quanto non rilevati negli anni precedenti nel periodo di attività del registro.

Nell'anno 2002 sono stati rilevati 7.985 utenti in carico ai SerT (7.981 in tavola 26 in quanto 4 codici sono risultati mancanti dell'informazione sul sesso), 833 utenti in carico alle strutture del Privato sociale e 2.274 soggetti segnalati alle Prefetture ex artt. 75 e 121 DPR 309/90 (2.269 in tavola 28 in quanto 5 codici sono risultati mancanti dell'informazione sul sesso). La composizione per sesso delle tre popolazioni considerate risulta eterogenea; si osserva infatti una percentuale di maschi, che risulta essere il carattere più rappresentato, che varia dall'83,7% nei SerT al 79,1% nelle comunità fino al 90,1% dei soggetti segnalati alle Prefetture. Nelle Prefetture, dove viene rilevata anche la popolazione più giovane, si ha un'età media pari a circa 26 anni, contro i 33 anni osservati sia nei SerT che nelle comunità terapeutiche. In queste ultime inoltre si osserva la maggior differenza tra le età medie tra i due sessi; 34 per i maschi contro 31 per le femmine. Per quanto riguarda la distribuzione per età i SerT e le comunità terapeutiche non mostrano differenze particolari; per entrambe infatti circa il 55% dell'utenza ha meno di 35 anni, mentre per le Prefetture tale percentuale sale all'86%, in accordo con l'età media più giovane rilevata.

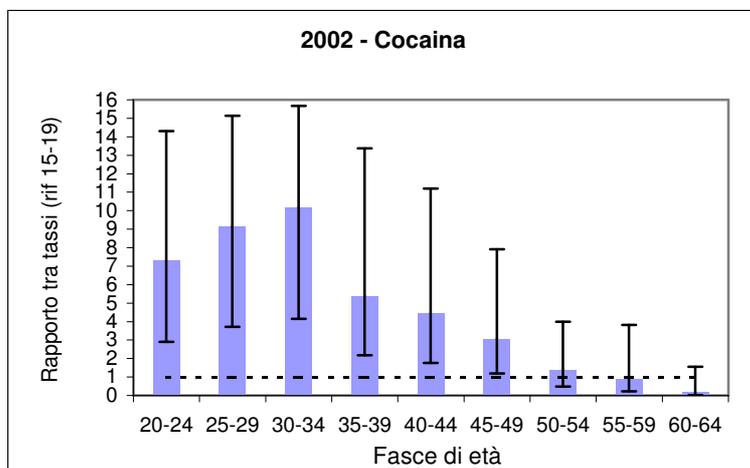
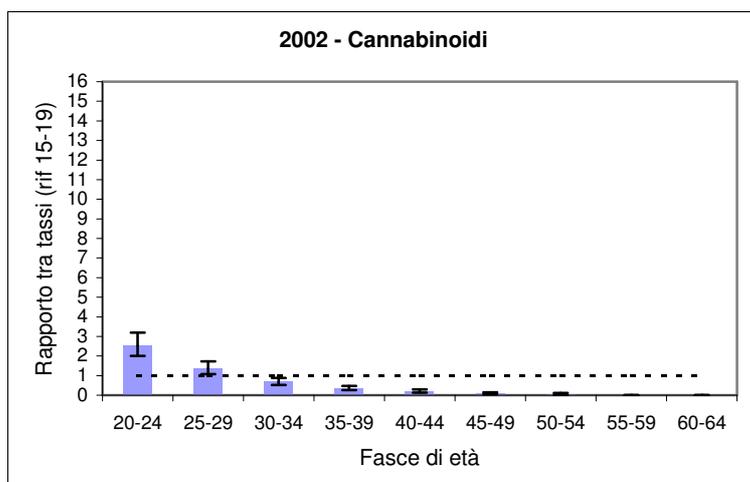
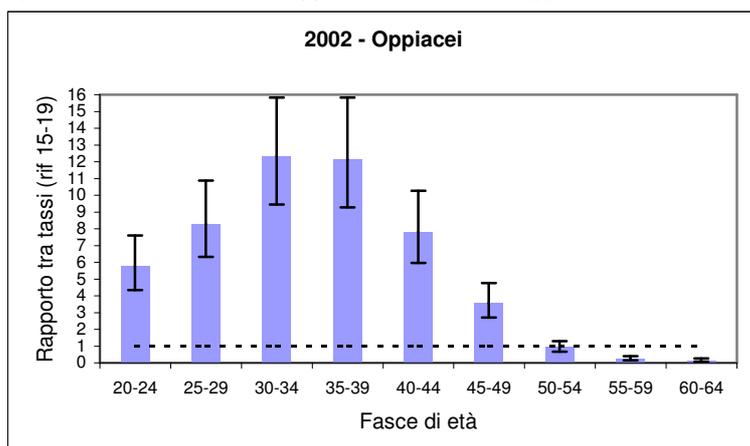
La caratterizzazione dell'utenza relativamente all'uso delle sostanze mostra per i SerT e le comunità terapeutiche una predominanza di oppiacei come sostanza di abuso primario; il 78,4% degli utenti in carico ai SerT risulta associato ad un oppiaceo (72,6% in particolare all'eroina) contro l'85,2% rilevato nelle strutture del Privato Sociale (84,1% eroina). Per le altre sostanze si rileva un 13% dell'utenza SerT associata a cannabinoidi (2% nelle comunità) ed un 6,2% associata a cocaina (9,1 nelle comunità). Per le Prefetture, così come rilevato nelle distribuzioni per sesso ed età, anche la distribuzione per sostanza, in questo caso di segnalazione, si discosta notevolmente; si osserva che il 70% dei soggetti risulta segnalato per uso o possesso per uso personale di cannabinoidi ed il 19,6% per uso o possesso per uso personale di oppiacei (17,3% eroina).

I risultati relativi ai primi trattamenti non vengono commentati in quanto analoghi a quelli osservati sul totale dei soggetti.

L'informazione riportata nelle tabelle TDI non si limita alla sola presentazione delle distribuzioni per sesso, per età o per sostanza dei soggetti rilevati, ma comprende anche un livello di dettaglio più specifico in cui vengono conteggiati i soggetti che presentano più caratteristiche contemporaneamente (ad esempio la distribuzione per sesso, età, sostanza e dipartimento di appartenenza) cosicché nasce la necessità di disporre di uno strumento di analisi che restituisca una sintesi dell'informazione contenuta. È stato a tal fine deciso di utilizzare il modello di Poisson per il confronto fra tassi considerando le variabili sesso, età, sostanza, anno di rilevazione e area territoriale (dipartimenti per i SerT e le province per le Prefetture). Il modello utilizzato mette quindi a confronto, tramite un rapporto, il tasso dei soggetti rilevati con una determinata caratteristica, ed il tasso calcolato per una categoria di riferimento all'interno della caratteristica stessa, il tutto

tenendo conto dell'effetto netto delle altre variabili inserite nel modello di analisi. Come denominatore per il calcolo dei tassi è stata utilizzata, anche per l'anno 2002, la popolazione residente in Regione Liguria per l'anno 2001 così come risulta dal censimento effettuato (dati ISTAT).

Figura 12. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico ai SerT per età.



Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed ASL

La figura 12 mostra i risultati dell'analisi condotta sui soggetti in carico ai SerT relativamente agli oppiacei, i cannabinoidi e la cocaina (comprendendo anche il crack). I grafici riportano l'andamento del rapporto tra i tassi, corredato degli intervalli di confidenza, per l'età divisa in classi quinquennali, ed aggiustato per sesso e ASL, in cui come riferimento è stata presa la classe di età 15-19.

L'obiettivo è quello di verificare se, nell'utenza, il tasso di soggetti con una determinata caratteristica differisca in maniera significativa dalla categoria di riferimento. Nel caso in cui l'intervallo di confidenza del rapporto tra tassi contenga l'unità i due tassi non saranno significativamente differenti.

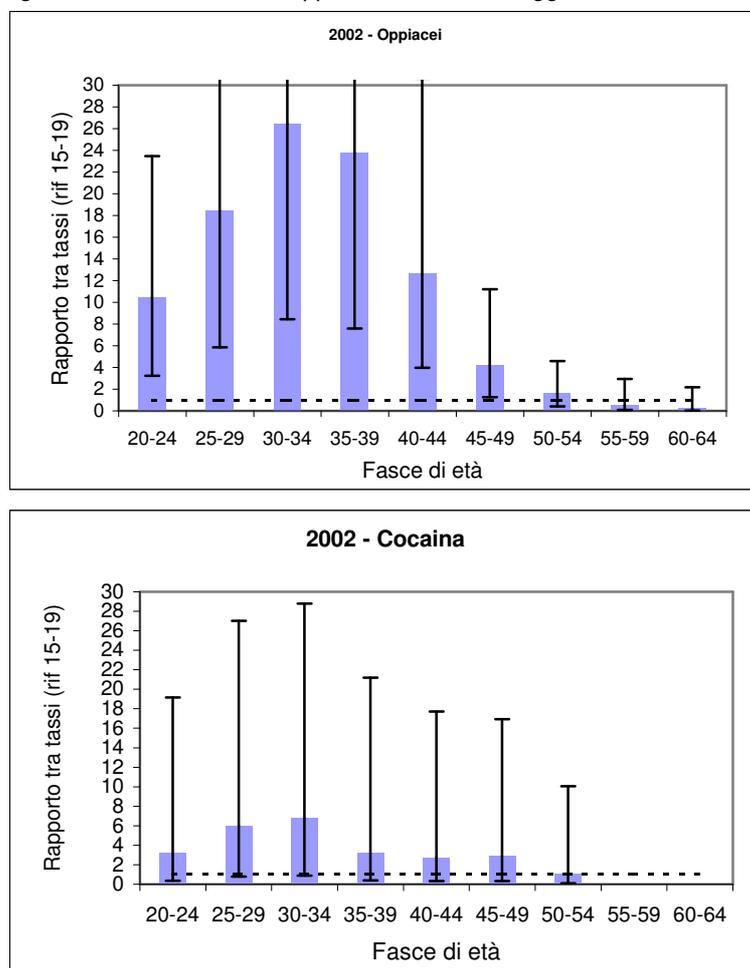
Nel caso degli oppiacei, ad esempio, si osserva un andamento campanulare del rapporto tra tassi, crescente fino alla classe 30-34 (rapporto tra tassi pari a 12,3, ovvero il tasso dei soggetti in carico oppiaceo-dipendenti di età compresa tra 30 e 34 anni è 11,3 volte il tasso di riferimento) e gradualmente decrescente oltre. Per tutte le classi di età fino alla 45-49, i rapporti risultano significativamente superiori all'unità ad indicare che il tasso per ognuna delle classi di età considerate è significativamente maggiore rispetto al tasso calcolato per la classe di età di riferimento.

In sintesi, l'utenza in carico ai SerT con oppiacei come sostanza di abuso primario, si caratterizza per l'età, al netto dell'effetto dovuto al sesso ed alla ASL di afferenza e rispetto alla classe di età di riferimento, come un'utenza di età più matura in cui la fascia di età più importante risulta essere quella dai 30 ai 39 anni.

I risultati ottenuti relativamente all'utenza in carico per cannabinoidi come sostanza di abuso primario sono nettamente diversi da quelli ottenuti per gli oppiacei. Per questa utenza solo nella classe di età 20-24 si rileva un rapporto tra tassi significativamente superiore all'unità e tale rapporto inizia subito a decrescere per le classi successive scendendo significativamente sotto l'unità già dalla classe 30-34 anni.

Tali risultati mostrano che l'utenza cannabinoidi-dipendente è un'utenza molto più giovane in cui soltanto per la classe di età 20-24 il tasso dei soggetti in carico risulta significativamente maggiore rispetto al riferimento. Per quanto riguarda i soggetti dipendenti da cocaina (incluso anche il crack) l'andamento del rapporto tra tassi è simile a quello osservato per gli oppiacei. La forma campanulare è però meno accentuata anche se i rapporti risultano comunque significativamente superiori all'unità fino alla classe 45-49.

Figura 13. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico al Privato Sociale per età.

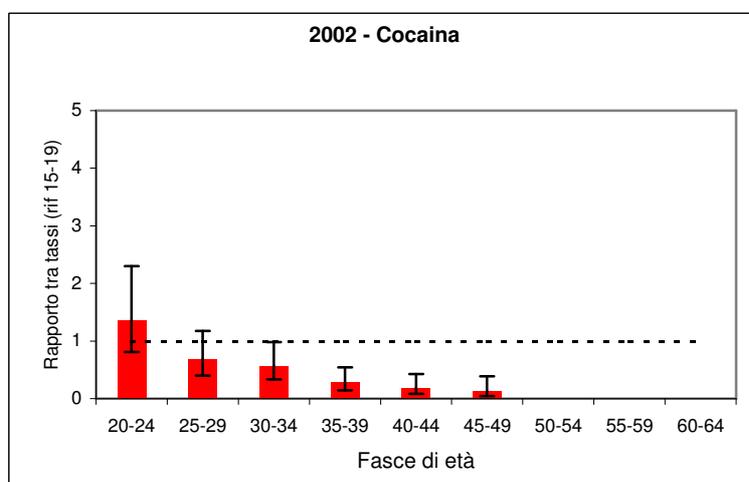
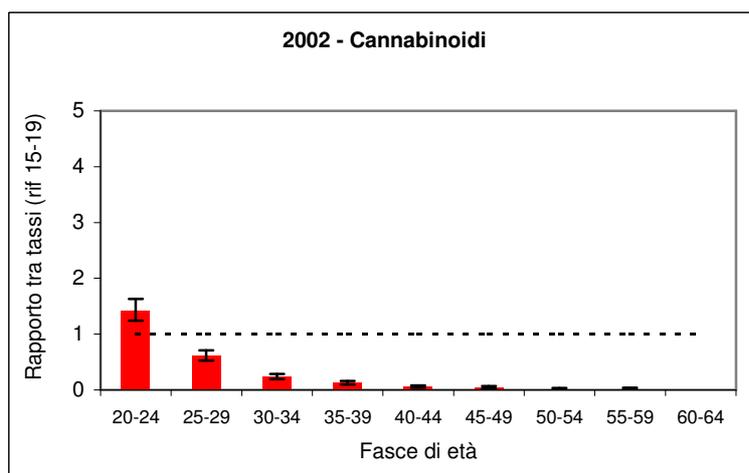
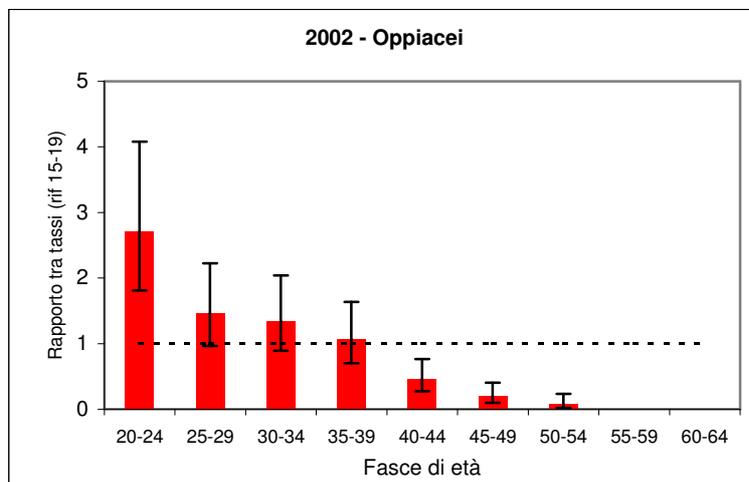


Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed ASL

In figura 13 sono riportati i risultati dell'analisi relativamente alla popolazione in carico alle strutture del Privato Sociale con oppiacei e cocaina come sostanza di abuso primario. I risultati si presentano in maniera meno stabile rispetto a quelli ottenuti per l'utenza SerT (intervalli di confidenza più ampi) data la non elevata numerosità dei soggetti rilevati. Si mantiene comunque, nelle due sostanze considerate, l'andamento evidenziato relativamente all'utenza censita nei servizi pubblici; campanulare in entrambe con valori massimi del rapporto pari a 26,4 nella classe 30-34 per gli oppiacei e pari a 6,8 sempre nella classe 30-34 per la cocaina. Per quest'ultima sostanza non si osservano differenze significative tra la classe d'età presa come riferimento e le restanti.

La situazione cambia notevolmente nella popolazione dei soggetti segnalati alle Prefetture.

Figura 14. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico alle prefetture per età.



Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed ASL

La figura 14 riporta le evidenze dell'analisi condotta sui soggetti segnalati alle Prefetture della Regione Liguria per possesso per uso personale o uso di oppiacei, cannabinoidi e cocaina (crack compreso).

Per tutte le sostanze l'andamento del rapporto tra tassi è decrescente con l'età e globalmente i valori dei rapporti sono molto vicini all'unità, ad indicare la presenza di una popolazione molto giovane; in particolare per gli oppiacei e i cannabinoidi solo la classe di età 20-24 presenta un tasso significativamente maggiore rispetto alla classe di riferimento (15-19 anni).

Per gli oppiacei il rapporto scende significativamente sotto l'unità dalla classe 40-44 in poi, mentre per i cannabinoidi risulta significativamente inferiore già dalla classe 25-29 mostrando come la popolazione dei segnalati per cannabinoidi sia una popolazione ancor più giovane così come quella dei soggetti segnalati per cocaina in cui nessuno dei tassi risulta significativamente maggiore del tasso di riferimento.

La popolazione nota nel periodo di attività del registro: confronto tra gli anni 2000, 2001 e 2002

Il protocollo TDI, dal punto di vista della rilevazione e del rilascio dei dati consente di confrontare anche nel tempo le evidenze osservate al fine di individuare, in modo preciso e soprattutto standardizzato, i cambiamenti che si possono verificare in anni successivi entro la stessa tipologia di struttura o tra tipologie di strutture differenti relativamente alla popolazione afferente.

Tabella 29: caratteristiche dei soggetti afferiti ai SerT nel periodo 2000-2002 (Standard Table 04)

SerT				
Anno	2000	2001	2002	
Num. di TUTTI i casi / richieste di trattamento	6078	6641	7985	
Distribuzione x sesso: Maschi (%) / Femmine (%)	83% / 17%	84% / 16%	84% / 16%	
Età media (anni)	32,4	32,9	33,5	
Distribuzione per	<15	0,1%	0,1%	0,1%
Età	15-19	2,9%	2,9%	3,0%
(%)	20-24	11,9%	12,1%	12,2%
	25-29	20,6%	18,5%	16,9%
	30-34	26,5%	24,9%	23,2%
	35-39	21,7%	23,3%	22,7%
	40-44	10,5%	11,3%	13,2%
	45-49	4,0%	4,9%	5,9%
	50-54	1,3%	1,3%	1,9%
	55-59	0,3%	0,4%	0,6%
	60-64	0,1%	0,2%	0,2%
	>=65	0,2%	0,1%	0,2%
Num. casi con informazione mancante sull'età	661	723	476	
Uso iniettivo attuale qualsiasi sostanza (%)	-	-	-	
Uso iniettivo in passato ma non attualmente (%)	-	-	-	
Uso iniettivo per qualsiasi sostanza (%)	-	-	-	
Uso iniettivo sostanza primaria (%)	-	-	-	
Sostanza primaria (% valida) - (uso iniettivo %)	dr. % (IV%)	r. % (IV%)	r. % (IV%)	
Oppiacei (totale)	78,8%	77,3%	78,4%	
Eroina	78,6%	77,2%	72,6%	
Metadone (qualsiasi)	0,1%	0,1%	0,1%	
altri oppiacei	0,1%	0,1%	5,8%	
Cocaina (totale)	4,9%	5,4%	6,3%	
Cocaina	4,9%	5,4%	6,2%	
Crack	0,0%	0,0%	0,0%	
Stimolanti (totale)	1,3%	1,2%	1,1%	
Amfetamine	0,3%	0,2%	0,2%	
MDMA e derivati	1,0%	1,0%	0,9%	
altri stimolanti	-	-	-	
Ipnotici e sedativi (totale)	0,5%	0,5%	0,5%	
Barbiturici	-	-	0,0%	
Benzodiazepine	0,5%	0,5%	0,5%	
altri	-	-	0,0%	
Allucinogeni (totale)	0,1%	0,1%	0,0%	
LSD	-	-	-	
altri	-	-	-	
Inalanti volatili (totale)	-	-	-	
Cannabinoidi (totale)	13,9%	15,0%	13,0%	
altre sostanze (totale)	0,5%	0,5%	0,7%	
Num pazienti ricoverati / Centri residenziali referenti	-	-	-	
Num pazienti ambulat. / Centri non residenziali referenti	-	-	-	
Num di unità di bassa soglia referenti	-	-	-	
Num medici di base referenti	-	-	-	
Num unità di trattamento in Carcere referenti	-	-	-	
Osservazioni su variazioni nella copertura (1)	-	-	-	

Analisi della domanda

Tabella 30. caratteristiche dei soggetti afferiti alle strutture del Privato Sociale nel periodo 2000-2002 (Standard Table 04)

Privato Sociale				
Anno		2000	2001	2002
Num. di TUTTI i casi / richieste di trattamento		963	793	833
Distribuzione x sesso: Maschi (%) / Femmine (%)		82% / 18%	80% / 20%	79% / 21%
Età media (anni)		32,9	33,5	33,9
Distribuzione per	<15	-	-	-
Età	15-19	1,4%	1,1%	0,9%
(%)	20-24	6,9%	8,3%	7,8%
	25-29	22,5%	17,5%	18,0%
	30-34	33,0%	30,3%	27,8%
	35-39	21,6%	25,8%	26,0%
	40-44	9,6%	9,5%	12,2%
	45-49	3,5%	5,3%	4,8%
	50-54	1,1%	1,3%	1,4%
	55-59	0,3%	0,7%	0,6%
	60-64	-	0,1%	0,4%
	>=65	-	-	-
Num. casi con informazione mancante sull'età		66	45	129
Uso iniettivo attuale qualsiasi sostanza (%)		-	-	-
Uso iniettivo in passato ma non attualmente (%)		-	-	-
Uso iniettivo per qualsiasi sostanza (%)		-	-	-
Uso iniettivo sostanza primaria (%)		-	-	-
Sostanza primaria (% valida) - (uso iniettivo %)		dr. % (IV%)	Ir. % (IV%)	Ir. % (IV%)
Oppiacei (totale)		90,8%	89,8%	85,2%
	Eroina	90,1%	88,7%	84,1%
	Metadone (qualsiasi)	0,3%	0,6%	0,5%
	altri oppiacei	0,4%	0,5%	0,6%
Cocaina (totale)		5,4%	5,7%	9,1%
	Cocaina	5,4%	5,7%	9,1%
	Crack	-	-	-
Stimolanti (totale)		0,8%	1,1%	2,2%
	Amfetamine	0,8%	0,2%	-
	MDMA e derivati	-	1,0%	2,2%
	altri stimolanti	-	-	-
Ipnotici e sedativi (totale)		0,5%	1,5%	0,9%
	Barbiturici	-	0,2%	-
	Benzodiazepine	0,4%	1,3%	0,5%
	altri	0,1%	-	0,5%
Allucinogeni (totale)		-	-	0,5%
	LSD	-	-	-
	altri	-	-	-
Inalanti volatili (totale)		-	-	-
Cannabinoidi (totale)		2,1%	1,6%	2,0%
altre sostanze (totale)		0,4%	0,3%	0,2%
Num pazienti ricoverati / Centri residenziali referenti		-	-	-
Num pazienti ambulat. / Centri non residenziali referenti		-	-	-
Num di unità di bassa soglia referenti		-	-	-
Num medici di base referenti		-	-	-
Num unità di trattamento in Carcere referenti		-	-	-
Osservazioni su variazioni nella copertura (1)		-	-	-

Tabella 31: caratteristiche dei soggetti segnalati alle Prefetture nel periodo 2000-2002
(Standard Table 04)

Prefetture				
Anno		2000	2001	2002
Num. di TUTTI i casi / richieste di trattamento		2009	2018	2274
Distribuzione x sesso: Maschi (%) / Femmine (%)		92% / 8%	91% / 9%	90% / 10%
Età media (anni)		26,2	26,5	25,9
Distribuzione per	<15	0,0%	0,1%	0,1%
Età	15-19	17,1%	17,2%	17,9%
(%)	20-24	32,2%	31,9%	33,7%
	25-29	22,3%	21,8%	21,8%
	30-34	14,1%	12,4%	13,0%
	35-39	9,1%	9,3%	8,3%
	40-44	3,6%	4,7%	3,2%
	45-49	1,0%	1,8%	1,5%
	50-54	0,5%	0,4%	0,2%
	55-59	0,0%	0,2%	0,3%
	60-64	-	0,1%	-
	>=65	-	0,0%	-
Num. casi con informazione mancante sull'età		4	1	13
Uso iniettivo attuale qualsiasi sostanza (%)		-	-	-
Uso iniettivo in passato ma non attualmente (%)		-	-	-
Uso iniettivo per qualsiasi sostanza (%)		-	-	-
Uso iniettivo sostanza primaria (%)		-	-	-
Sostanza primaria (% valida) - (uso iniettivo %)		dr. % (IV%)	tr. % (IV%)	tr. % (IV%)
Oppiacei (totale)		13,9%	13,5%	19,6%
	Eroina	11,8%	12,0%	17,3%
	Metadone (qualsiasi)	1,6%	1,4%	1,4%
	altri oppiacei	0,5%	0,1%	0,9%
Cocaina (totale)		8,5%	7,4%	7,6%
	Cocaina	8,5%	7,4%	7,6%
	Crack	-	-	-
Stimolanti (totale)		0,9%	0,9%	2,3%
	Amfetamine	-	0,1%	0,1%
	MDMA e derivati	0,8%	0,8%	2,2%
	altri stimolanti	0,1%	-	-
Ipnotici e sedativi (totale)		0,2%	0,1%	0,1%
	Barbiturici	0,1%	-	-
	Benzodiazepine	-	0,1%	-
	altri	0,2%	-	0,1%
Allucinogeni (totale)		0,1%	-	0,1%
	LSD	-	-	-
	altri	-	-	-
Inalanti volatili (totale)		-	-	-
Cannabinoidi (totale)		76,1%	78,2%	69,9%
altre sostanze (totale)		0,3%	0,1%	0,2%

Le tavole 29, 30 e 31 rappresentano le tabelle sintetiche standard numero 04 del protocollo TDI compilate per gli anni 2000, 2001 e 2002 relativamente ai soggetti in carico o segnalati alle strutture coinvolte ed aderenti al registro tramite le quali è possibile avere una visione di insieme dell'evoluzione e dei cambiamenti dell'utenza rilevata. In particolare si evidenzia per i SerT un incremento dell'utenza in carico che dai poco più che 6000 individui censiti nel 2000 passa ai quasi 8000 censiti nel 2002.

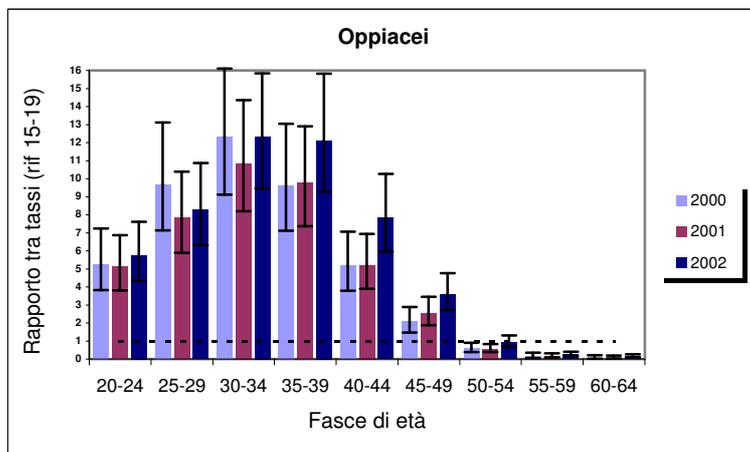
Tale incremento può in parte essere imputato al periodo di rodaggio nella messa a regime del sistema di rilevazione in cui tutti gli operatori dei servizi coinvolti hanno contribuito. La composizione dell'utenza SerT, tavola 23, non presenta particolari variazioni per quanto riguarda la distribuzione per età, se non un lieve progressivo invecchiamento, e per sostanza di abuso primario; oppiacei, cannabinoidi e cocaina sono le sostanze più rappresentate e le uniche evidenze degne di nota riguardano la diversa composizione entro l'utilizzo di oppiacei (78,4% che si scompone in 72,6% eroina e 5,8% altri oppiacei per il 2002 contro 78,8% e 77,3% degli anni 2000 e 2001 associato quasi esclusivamente ad eroina) ed un lieve trend nell'incremento della percentuale di utenti in carico per cocaina, dal 4,9% del 2000 al 6,2% del 2002.

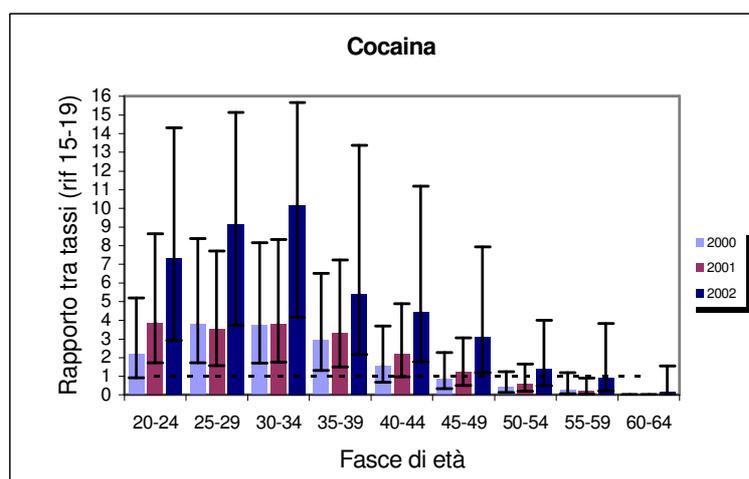
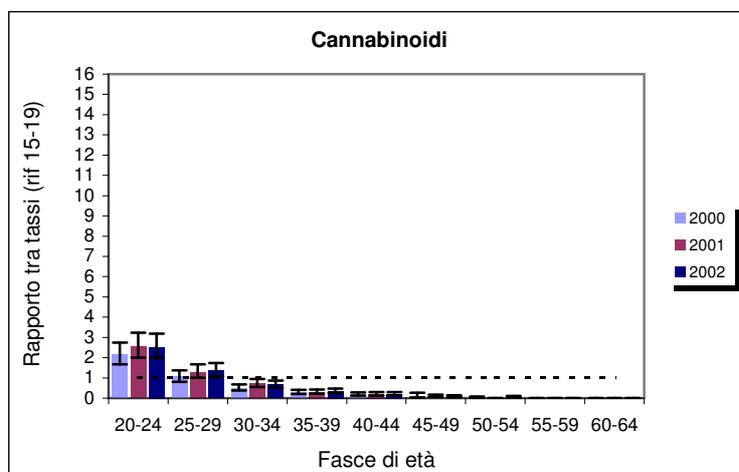
L'utenza rilevata nelle strutture del Privato Sociale, tavola 30, si mantiene stabile come numero di soggetti anche se si osserva un leggero cambiamento nella distribuzione per sostanza di abuso primario; gli utenti in carico per oppiacei diminuiscono passando dal 90,8 del 2000 all'85,2 del 2002 mentre aumentano in percentuale i soggetti in carico per cocaina (dal 5,4% del 2000 al 9,1% del 2002) e per MDMA e derivati (da nessuno nel 2000 al 2,2% nel 2002).

Per quanto riguarda i soggetti segnalati alle Prefetture, tavola 31, si rileva un incremento nel numero di soggetti che dai 2269 del 2000 passa a 2269 del 2002; per questi soggetti varia inoltre anche la composizione percentuale relativa alle sostanze di segnalazione più rappresentate: ad un progressivo aumento dei soggetti segnalati per uso o possesso per uso personale di oppiacei (dal 13,9% del 2000 al 19,6% del 2002) si osserva una diminuzione dei soggetti segnalati per cannabinoidi che passano dal 76,1% del 2000 al 69,9% del 2002.

A completamento dei dati delle tavole 29, 30 e 31 vengono illustrati i risultati dell'analisi multivariata del rapporto tra tassi effettuata per i tre anni di rilevazione.

Figura 15. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico ai SerT per età ed anno di rilevazione.

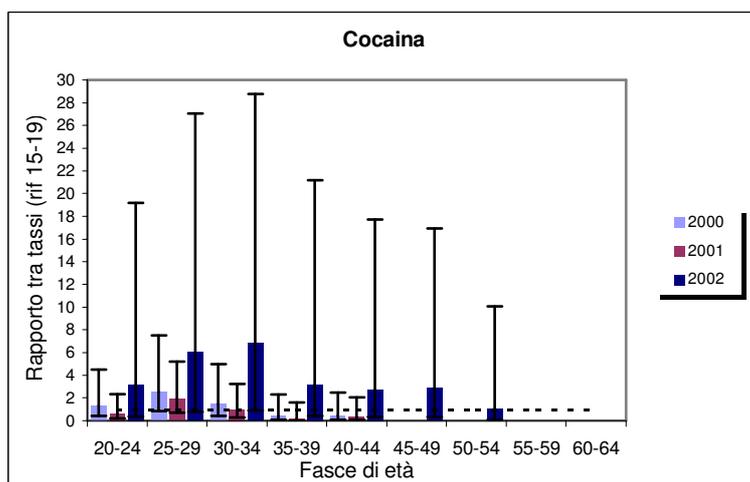
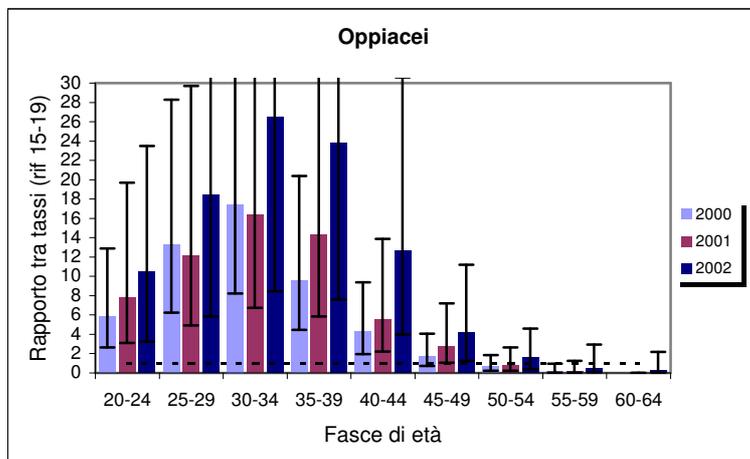




Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed ASL

La figura 15 mostra i risultati per l'utenza in carico ai SerT: l'andamento del rapporto tra tassi per età aggiustato per sesso ed ASL per le varie sostanze si mantiene stabile nella forma lungo i tre anni di osservazione e l'unica evidenza di rilievo è l'incremento generale dei rapporti tra tassi rispetto al riferimento per quanto riguarda i soggetti associati a cocaina come sostanza di abuso primario per l'anno 2002.

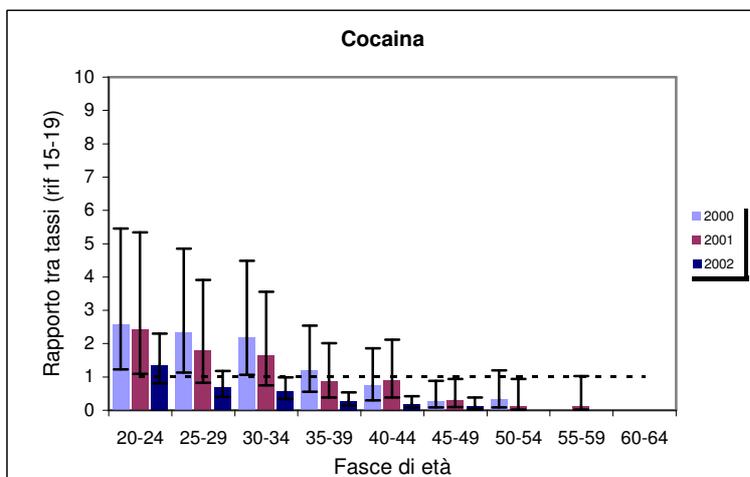
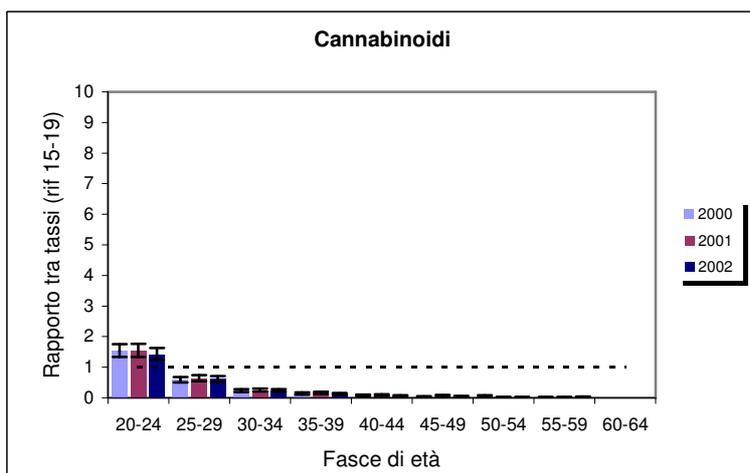
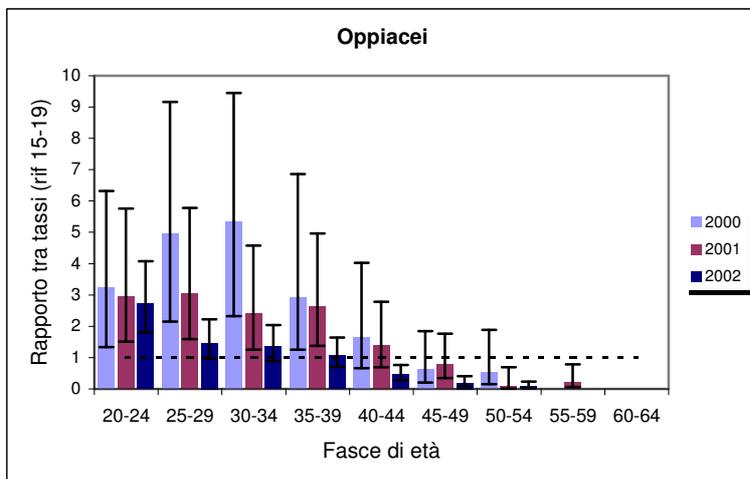
Figura 16. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico alle Comunità per età ed anno di rilevazione.



Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed ASL.

Anche per l'utenza in carico alle comunità, figura 16, si osserva nel caso degli oppiacei una stabilità dell'andamento dei rapporti fra tassi per età mentre si nota una situazione di cambiamento, intesa come invecchiamento ed aumento di tale popolazione relativamente agli utenti in carico per uso di cocaina nel 2002.

Figura 17. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico alle Prefetture per età ed anno di rilevazione.



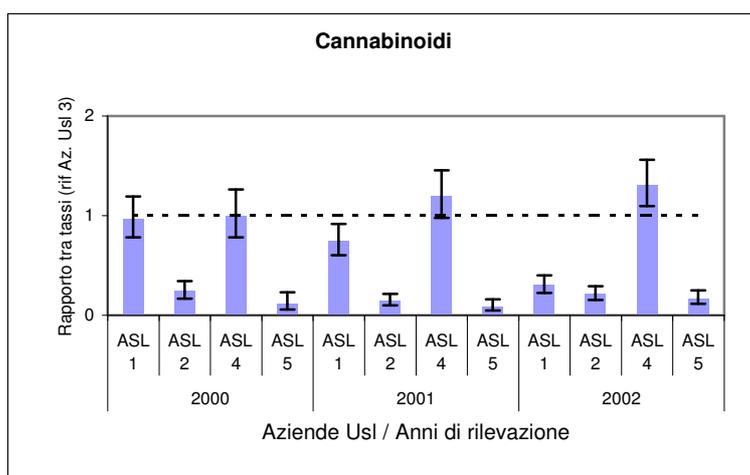
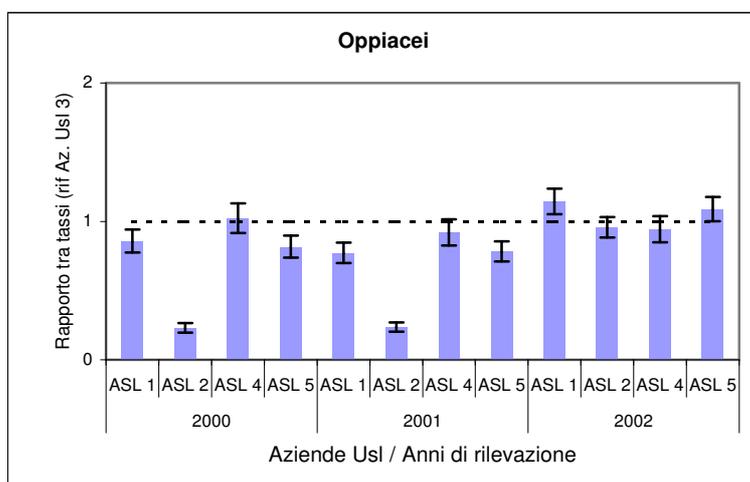
Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed ASL.

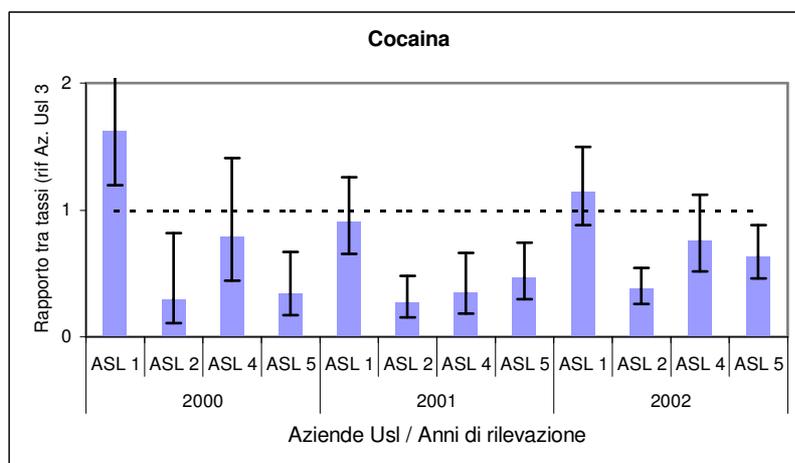
Analisi della domanda

Per quanto riguarda l'analisi sui tre anni per i soggetti segnalati alle Prefetture, figura 17, la situazione relativamente ai cannabinoidi è praticamente immutata e le variazioni che si osservano negli oppiacei sono imputabili all'aumento di segnalati osservato nel 2002; rispetto agli anni precedenti, infatti, sono stati segnalati non solo più soggetti per oppiacei ma anche più soggetti giovani o quanto meno di età più vicina alla classe 15-19 di riferimento.

Il confronto effettuato tramite il modello per tassi consente di mettere in risalto anche l'eventuale presenza di differenze a livello territoriale ad esempio per quanto riguarda il tasso, rispetto alla popolazione residente, di soggetti afferenti associati alle varie sostanze.

Figura 18. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico ai SerT per ASL ed anno di rilevazione.





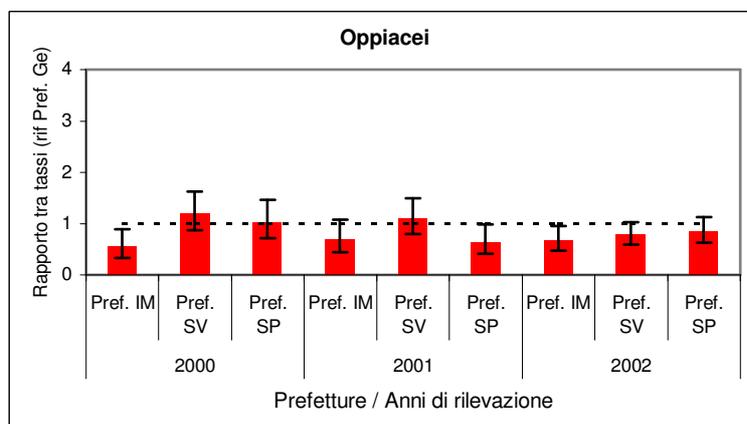
Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed età.

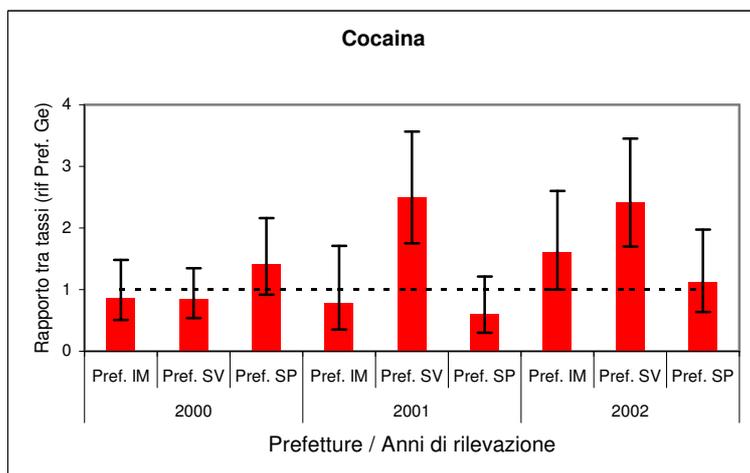
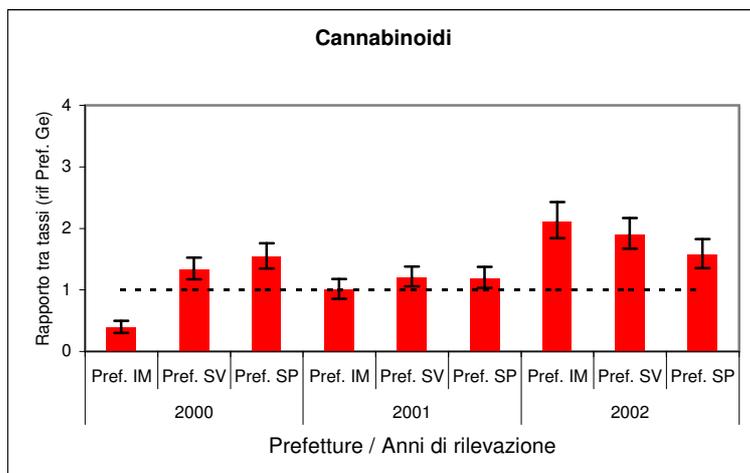
La figura 18 riporta l'andamento del rapporto tra tassi per ASL corretto per età e sesso nelle varie sostanze e nei tre anni di osservazione per gli utenti afferenti ai SerT, in cui come riferimento è stata presa l'ASL 3 Genovese. Per gli oppiacei nel 2002 il tasso di utenti in carico nei servizi pubblici delle altre ASL non si discosta in maniera apprezzabile dal riferimento; negli anni precedenti si osserva una maggiore instabilità del rapporto. Per i cannabinoidi l'Azienda 4 Chiavarese è quella che tende a mantenersi più vicina al riferimento fino a superarlo nell'anno 2002; le altre ASL mostrano stabilmente un valore del rapporto tra tassi inferiore all'unità ad indicare che il tasso di utenza in carico per cannabinoidi è inferiore a quello della ASL 3. Per i cocainomani in carico invece il rapporto tra tassi per le Aziende Usl 2 Savonese e 5 Spezzina si colloca stabilmente nei tre anni al di sotto dell'unità.

Tendenzialmente è comunque necessario approcciare l'analisi temporale con la massima cautela vista l'eccessiva instabilità di alcuni risultati osservati negli anni precedenti alla rilevazione 2002.

Per l'analisi temporale-territoriale relativa ai soggetti segnalati alle Prefetture, figura 19, si osserva invece una maggiore costanza nei risultati.

Figura 19. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti in carico alle prefetture per ASL ed anno di rilevazione.





Nota: Le stime sono corrette per Sesso ed età.

Presa come riferimento la Prefettura di Genova, e quindi come area territoriale la provincia di Genova, da cui derivare i denominatori relativi alla popolazione residente, per la popolazione dei segnalati per possesso/uso di oppiacei nessuna delle altre Prefetture si mostra significativamente diversa, sempre in termini di rapporto tra tassi, rispetto al riferimento nell'arco dei tre anni. Nei segnalati per cannabinoidi invece nel 2002 si osserva come tutte le Prefetture presentino valori del rapporto significativamente superiori all'unità; ovvero nella Prefettura di Genova il tasso di soggetti segnalati per cannabinoidi è significativamente inferiore rispetto a quello delle altre Prefetture.

Rispetto alla cocaina spicca il valore relativo alla Prefettura di Savona che negli anni 2001 e 2002 si presenta significativamente superiore al riferimento.

**Consumo problematico di sostanze
psicoattive**

Consumo problematico di sostanze psicoattive

Consumo problematico di sostanze psicoattive

Le evidenze riscontrate nell'analisi dei dati rilevati dai SerT, dalle strutture del Privato Sociale e dalle Prefetture sui soggetti in carico o segnalati, rappresentano una descrizione approfondita delle caratteristiche strutturali principali della popolazione intercettata dalle suddette agenzie. Tale descrizione, specialmente se riferita allo studio delle variazioni temporali della prevalenza e/o delle altre caratteristiche fondamentali dell' "utenza" nota alle varie strutture, va a costituire un importante strumento di interpretazione/valutazione quantitativa e qualitativa dell'andamento del fenomeno dell'uso di sostanze così come appare ai servizi preposti al controllo, alla cura e riabilitazione.

Le informazioni acquisite in maniera analitica, ovvero per ogni soggetto censito e secondo il tracciato record predisposto, consentono inoltre di esplorare, almeno dal punto di vista quantitativo, la quota di individui che pur presentando problematiche d'uso non è captata dai servizi. Utilizzando tali informazioni è possibile infatti implementare opportuni metodi di stima della cosiddetta popolazione nascosta che si pongono in alternativa alle metodologie di stima di tipo campionario quali le indagini ESPAD e IPSAD e che forniscono indicazioni sull'effettivo numero di individui che, nell'area territoriale di interesse, necessiterebbero di trattamento/cura/riabilitazione per una determinata problematicità d'uso.

Con i dati rilevati per l'anno 2002 nelle strutture della Regione Liguria è stato possibile, così come fatto nel precedente report per gli anni 2000 e 2001, ottenere stime di prevalenza dei soggetti residenti utilizzatori di oppiacei a livello di singola Azienda Sanitaria tramite l'utilizzo della metodologia Cattura/Ricattura implementata sulle tre fonti di dati disponibili, ovvero i Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze, le strutture del Privato Sociale e le Prefetture.

In tabella 32 sono riportati i casi prevalenti e la prevalenza stimati per l'anno 2002 per ognuna delle 5 Aziende Sanitarie della Regione Liguria, corredati dall'intervallo di confidenza al 95%.

Tabella 32. stima dei casi prevalenti e della prevalenza nel 2002 per ASL

Area territoriale	Casi prevalenti	I.C. 95%		Prevalenza (*)	I.C. 95%	
ASL 1 Imperiese	1.730	1.194	2.108	13,3	9,2	16,2
ASL 2 Savonese	1.970	1.532	2.682	11,3	8,8	15,4
ASL 3 Genovese	3.753	3.267	4.064	8,0	6,9	8,6
ASL 4 Chiavarese	630	502	878	6,9	5,5	9,6
ASL 5 Spezzina	1.255	985	1.606	9,3	7,3	11,8
Regione Liguria	8728			8,7	6,8	12,0

(*) prevalenza per 1000 soggetti residenti di età 15-64 anni

La rilevazione relativa all'anno 2002 ha consentito, grazie ad una migliore qualità delle informazioni acquisite, di determinare gli intervalli di confidenza delle stime in maniera da fornire anche una indicazione sulla variabilità del

valore puntuale ottenuto. A differenza del precedente report le prevalenze sono state calcolate rapportando il valore dei casi prevalenti alla popolazione residente di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, questo per standardizzare la fascia di età della popolazione potenzialmente a rischio così come richiesto a livello europeo.

Per il 2002 il valore massimo stimato dei casi prevalenti si rileva nella ASL 3 Genovese con 3.753 casi stimati (i.c. 95% 3.267 – 4.064) pari a 8 casi ogni mille soggetti residenti di età compresa tra 15 e 64 anni, contro un valore minimo stimato per la ASL 4 Chiavarese di 630 casi (i.c. 95% 502 – 878) pari a una prevalenza di 6,9 casi (i.c. 5,5 – 9,6) per mille soggetti a rischio; tale valore rappresenta anche il valore minimo delle prevalenze stimate rispetto ad un valore massimo di 13,3 casi per mille (i.c. 95% 9,2 – 16,2) stimato per la Azienda 1 Imperiese. Per quel che riguarda il livello regionale la stima ottenuta è di 8728 casi (i.c. 95% 6794 – 12041) pari a una prevalenza di 8,7 soggetti per mille (i.c. 95% 6,8 – 12); il valore di stima risulta coerente con quello indicativo, pari a 9.338 casi (prevalenza di 9,3 casi per mille), ottenibile sommando le stime parziali a livello di singola Azienda.

Il confronto temporale delle prevalenze stimate nei tre anni di osservazione non mostra la presenza di trend significativi sia a livello di Azienda sanitaria che regionale. In tabella 33 sono riportati i valori stimati della prevalenza dei soggetti residenti con uso problematico di oppiacei per gli anni 2000, 2001 e 2002.

Tabella 33. stima della prevalenza di uso problematico di oppiacei negli anni 2000, 2001, 2002 per ASL

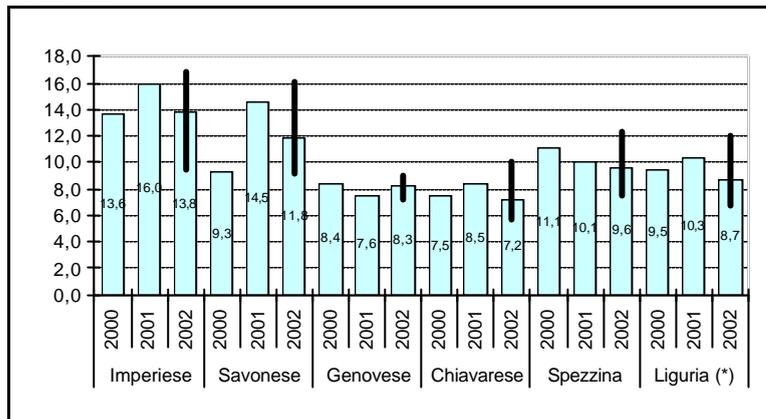
Area territoriale	2000 (*)	2001 (*)	2002(*)
ASL 1 Imperiese	13,6	16,0	13,3
ASL 2 Savonese	9,3	14,5	11,3
ASL 3 Genovese	8,4	7,6	8,0
ASL 4 Chiavarese	7,5	8,5	6,9
ASL 5 Spezzina	11,1	10,1	9,3
Regione Liguria (**)	9,5	10,3	8,7

(*) prevalenze per 1000 soggetti residenti di età 15-64 anni

(**) stima regionale 2002 su dati regionali complessivi; stime 2000 e 2001 ottenute come somma delle stime parziali

L'analisi grafica della figura 20 conferma la mancanza di tendenze temporali nei tre anni di osservazione.

Figura 20. andamento della prevalenza di uso problematico di oppiacei per ASL nel periodo 2000-2002



Oltre alle stime per quanto riguarda la popolazione nascosta che presenta un uso problematico di oppiacei, tramite la stessa metodologia, sono state elaborate stime che riguardano per l'anno 2002 anche la problematicità d'uso di altre sostanze quali la cocaina, includendo anche il crack, ed i cannabinoidi.

Per tali sostanze, vista la non elevata numerosità di soggetti censiti rispetto agli oppiacei, è stato possibile fornire valori di stima soltanto a livello regionale (tabella 34).

Tabella 34. stima dei casi prevalenti e della prevalenza nel 2002 in Liguria

Sostanza	Casi prevalenti	I.C. 95%		Prevalenza (*)	I.C. 95%	
Cocaina/Crack	1.441	1.084	1.996	1,4	1,1	2,0
Cannabinoidi	9.556	7.732	11.918	9,5	7,7	11,9

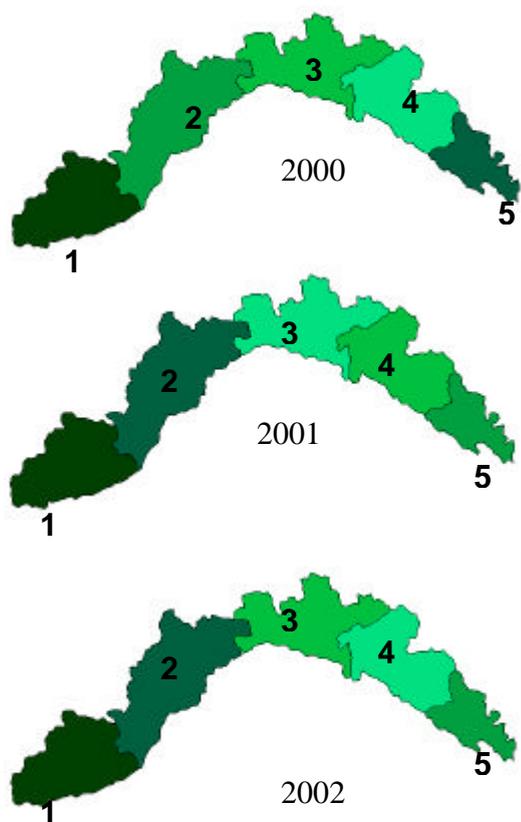
(*) prevalenze per 1000 soggetti residenti di età 15-64 anni

In Regione Liguria è stato stimato un totale di 1.441 casi prevalenti, pari ad una prevalenza di 1,4 per mille soggetti a rischio, relativi ad individui che per problematicità d'uso di cocaina/crack necessiterebbero di trattamento; sempre a livello regionale è stato stimato un totale di 9.556 casi prevalenti (prevalenza di 9,5 casi per mille) relativi a soggetti che dovrebbero essere in trattamento per problematicità d'uso relativa ai cannabinoidi in generale.

Dalle stime di prevalenza ai possibili interventi

Le stime di prevalenza dei soggetti con problematiche d'uso di sostanze psicoattive possono essere di notevole aiuto non solo ai fini descrittivi della situazione in una particolare area territoriale, ma anche per fornire una visione complessiva della situazione nel confronto tra aree territoriali diverse ed in base alla quale, eventualmente, strutturare adeguate azioni di carattere sia preventivo che di intervento mirate alle effettive esigenze.

Figura 21. Confronto per ASL e per anno delle prevalenze d'uso di sostanze psicoattive



La figura 21 riporta graficamente il confronto tra le varie Aziende della Regione Liguria relativamente alle prevalenze stimate nei tre anni di osservazione 2000, 2001 e 2002. Al fine di agevolare il confronto tali valori stimati sono stati riportati in ranghi, ovvero assegnando rango 5 alla stime di prevalenza più elevata, rango 4 a quella immediatamente inferiore e così via.

Le aree territoriali corrispondenti alle Aziende sono state quindi colorate assegnando la tonalità più scura all'area di rango maggiore e tonalità sempre più chiare a quelle di rango minore.

La rappresentazione mappale aiuta ad individuare sul territorio le zone a più elevata prevalenza stimata nel corso degli anni di osservazione; in particolare la zona di ponente presenta per tutti e tre gli anni i valori più elevati di prevalenza stimata per quanto riguarda l'utilizzo problematico di oppiacei di soggetti residenti; tali evidenze sono comunque da considerare ai limiti della significatività statistica.

I valori di prevalenza stimati restano però privi di significato ai fini di intervento, tranne che quello di confronto relativamente alla popolazione a rischio delle varie aree, se non sono riportati all'effettiva numerosità di soggetti cui essi si riferiscono, ed in particolare se non sono confrontati con l'entità della popolazione nota e censita dai servizi.

Il valore effettivo delle stime dei casi prevalenti in una determinata area geografica può essere utilizzato per fornire la stima della quota di soggetti che pur presentando problematicità d'uso analoghe a quelle dei soggetti conosciuti nel sistema, non è ancora entrata nel circuito delle agenzie preposte.

In tabella 35 è riportato il confronto tra la cosiddetta domanda potenziale di trattamento/intervento per l'uso di oppiacei, espressa come numero stimato di soggetti residenti che necessiterebbero di trattamento/intervento per tale problematicità, e l'offerta di trattamento/intervento, espressa dal numero di soggetti residenti censiti dalle strutture coinvolte nella rilevazione per l'anno 2002.

Consumo problematico di sostanze psicoattive

Tabella 35. confronto tra l'offerta e la domanda potenziale di trattamento per l'uso di oppiacei

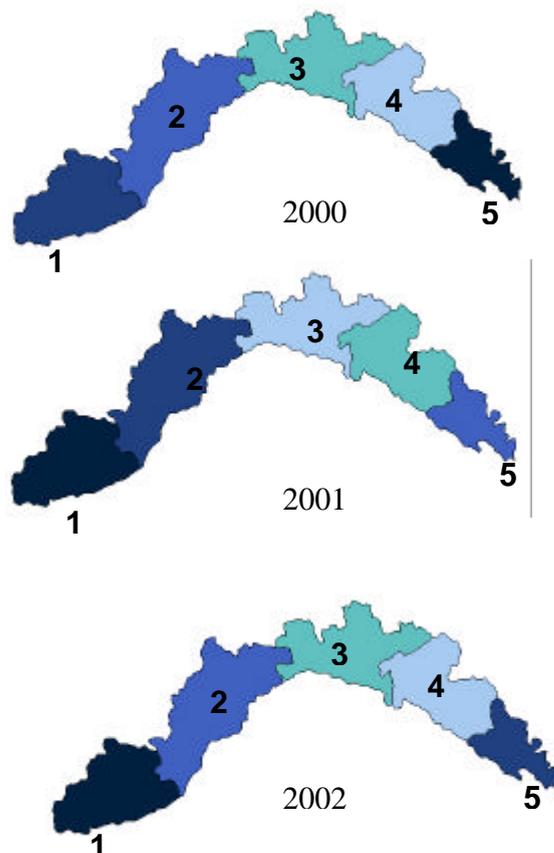
Area territoriale	Domanda potenziale			
	Registro 2002	2000	2001	2002
ASL 1 Imperiese	629	1859	2087	1730
ASL 2 Savonese	873	1702	2523	1970
ASL 3 Genovese	2189	4197	3569	3753
ASL 4 Chiavarese	404	723	771	630
ASL 5 Spezzina	497	1574	1376	1255
Regione Liguria (**)	4592	10055	10326	8728

(*) soggetti residenti censiti per l'anno 2002 nei Ser.T. o nelle Strutture del Privato Sociale o nelle Prefetture della Regione Liguria ed associati ad un oppiaceo come sostanza di abuso primario

(**) stima regionale 2002 su dati regionali complessivi; stime 2000 e 2001 ottenute come somma delle stime parziali

Mediamente a livello regionale le strutture di intervento/cura preposte riescono ad intercettare, nell'ultimo anno di rilevazione, più del 50% del totale della popolazione nascosta, con punte massime del 64% riferite nella Azienda 4 Chiavarese e minime al di sotto del 40% rilevate nell'Azienda 1 Imperiese. La figura 22 riporta il confronto tra le percentuali riportate in ranghi relativamente alla quota di popolazione residente nascosta e captata dai servizi coinvolti per l'uso problematico di oppiacei; la colorazione più scura evidenzia una quota captata minore.

Figura 22. rapporto tra l'offerta e la domanda potenziale di trattamento per l'uso di oppiacei



Anche per quel che concerne la quota di possibili utenti sconosciuti al sistema di rilevazione, le aree territoriali maggiormente di interesse risultano più o meno stabilmente quelle del ponente ligure e dello spezzino, quasi ad indicare che ad una elevata prevalenza stimata corrisponda anche una elevata quota di individui non conosciuti ma che comunque necessiterebbero di intervento/trattamento a causa della problematicità d'uso di oppiacei.

Il confronto ora visto relativamente l'uso di oppiacei tra popolazione nota e nascosta può essere fatto, per il momento solo a livello regionale, anche rispetto all'uso di cocaina (includendo anche il crack) e di cannabinoidi. In tabella 36 sono riportati i valori di offerta, rappresentati dai soggetti residenti censiti dal registro come utilizzatori di cocaina/crack o di cannabinoidi per l'anno 2002, e la domanda potenziale stimata per lo stesso anno.

Tabella 36. confronto tra l'offerta e la domanda potenziale di trattamento per l'uso di Cocaina/Crack e Cannabinoidi

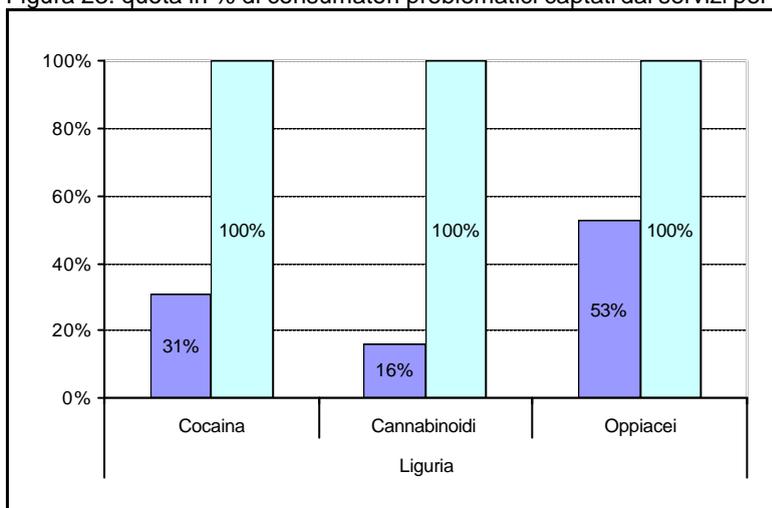
Regione Liguria	Offerta (*)	Domanda potenziale
Cocaina/Crack	445	1.441
Cannabinoidi	1.555	9.556

(*) soggetti residenti censiti per l'anno 2002 nei Ser.T. o nelle Strutture del Privato Sociale o nelle Prefetture della Regione Liguria ed associati a cocaina/crack o a cannabinoidi come sostanza di abuso primario

Consumo problematico di sostanze psicoattive

Si evidenzia a livello regionale una situazione di notevole divario numerico tra la quota di individui captati dai servizi e quelli potenzialmente captabili. Come riportato in figura 23 se si considera 100% la quota stimata, si rileva, come già commentato, che in Liguria i servizi preposti riescono a cogliere il 53% dei possibili consumatori problematici di oppiacei; tale percentuale cala sensibilmente al 31% se la sostanza di riferimento diventa la cocaina, fino ad arrivare al 16% per i cannabinoidi.

Figura 23. quota in % di consumatori problematici captati dai servizi per tipologia di sostanza



Alcologia

Alcologia

La flessibilità di analisi consentita dall'utilizzo del protocollo TDI riguarda anche la possibilità di estendere l'analisi, con le stesse modalità descrittive, ai soggetti associati ad altre tipologie di sostanza di abuso primario.

Così come le tradizionali schede ministeriali, anche il protocollo TDI annovera l'alcol solo come sostanza di abuso secondario, ma, con gli opportuni aggiustamenti, è stato possibile illustrare e confrontare le evidenze riscontrate per la popolazione dei soggetti alcolodipendenti afferenti alle varie strutture di trattamento pubbliche o del Privato Sociale della Regione Liguria per l'anno 2002 e per i due anni precedenti.

Tabella 37. caratteristiche delle persone che iniziano un trattamento per alcol nel 2002 presso i SerT della Liguria (Standard Table 03)

SerT		Tutti i Trattamenti						Primi Trattamenti					
Anno: 2002		M		F		T		M		F		T	
Numero di casi/ricieste di trattamento		1695		298		1993		1437		249		1686	
Distribuzione per sesso (%) M / (%) F		85,0%		15,0%		100,0%		85,2%		14,8%		100,0%	
Età Media (Anni)		40,1		43,8		40,7		39,8		44,1		40,2	
Distribuzione per età (% valida)													
<15		-		-		-		-		-		-	
15-19		9 0,5%		2 0,7%		11 0,6%		8 0,6%		2 0,8%		10 0,6%	
20-24		141 8,5%		14 4,8%		155 8,0%		132 9,4%		10 4,1%		142 8,6%	
25-29		243 14,7%		15 5,2%		258 13,3%		220 15,6%		13 5,3%		233 14,1%	
30-34		239 14,4%		39 13,4%		278 14,3%		194 13,8%		33 13,6%		227 13,7%	
35-39		263 15,9%		47 16,2%		310 15,9%		221 15,7%		44 18,1%		265 16,1%	
40-44		199 12,0%		44 15,2%		243 12,5%		166 11,8%		33 13,6%		199 12,1%	
45-49		159 9,6%		32 11,0%		191 9,8%		133 9,4%		22 9,1%		155 9,4%	
50-54		147 8,9%		43 14,8%		190 9,8%		125 8,9%		37 15,2%		162 9,8%	
55-59		118 7,1%		23 7,9%		141 7,2%		95 6,7%		21 8,6%		116 7,0%	
60-64		77 4,7%		16 5,5%		93 4,8%		63 4,5%		13 5,3%		76 4,6%	
≥= 65		60 3,6%		15 5,2%		75 3,9%		51 3,6%		15 6,2%		66 4,0%	
Numero dei casi con età mancante		40 2,4%		8 2,7%		48 2,4%		29 2,0%		6 2,4%		35 2,1%	

Tabella 38. caratteristiche delle persone che iniziano un trattamento per alcol nel 2002 presso le strutture del Privato Sociale della Liguria (Standard Table 03)

Privato Sociale		Tutti i Trattamenti						Primi Trattamenti					
Anno: 2002		M		F		T		M		F		T	
Numero di casi/ricieste di trattamento		56		14		70		34		10		44	
Distribuzione per sesso (%) M / (%) F		80,0%		20,0%		100,0%		77,3%		22,7%		100,0%	
Età Media (Anni)		39,9		39,4		39,8		41		40,7		40,9	
Distribuzione per età (% valida)													
<15		-		-		-		-		-		-	
15-19		-		-		-		-		-		-	
20-24		-		-		-		-		-		-	
25-29		6 11,1%		1 7,1%		7 10,3%		4 12,1%		-		4 9,3%	
30-34		4 7,4%		2 14,3%		6 8,8%		1 3,0%		1 10,0%		2 4,7%	
35-39		18 33,3%		5 35,7%		23 33,8%		12 36,4%		5 50,0%		17 39,5%	
40-44		16 29,6%		4 28,6%		20 29,4%		7 21,2%		2 20,0%		9 20,9%	
45-49		2 3,7%		1 7,1%		3 4,4%		2 6,1%		1 10,0%		3 7,0%	
50-54		5 9,3%		-		5 7,4%		4 12,1%		-		4 9,3%	
55-59		3 5,6%		1 7,1%		4 5,9%		3 9,1%		1 10,0%		4 9,3%	
60-64		-		-		-		-		-		-	
≥= 65		-		-		-		-		-		-	
Numero dei casi con età mancante		2 3,6%		-		2 2,9%		1 2,9%		-		1 2,3%	

Le tavole 36 e 37 rappresentano rispettivamente per i SerT e le strutture del Privato Sociale le tavole standard 03 del protocollo TDI compilate per i soggetti afferenti ed associati ad alcol come sostanza di abuso primario per

l'anno 2002 relativamente a tutti i soggetti trattati ed ai primi trattamenti, dove per primi trattamenti, così come riportato nell'analisi sui soggetti tossicodipendenti, sono considerati i soggetti presenti nell'anno 2002 e non rilevati nei due anni precedenti.

Nel 2002 sono stati rilevati in carico ai SerT della Regione Liguria 1993 soggetti alcolodipendenti (85% maschi e 15% femmine) contro i 70 rilevati nelle strutture del Privato Sociale (80% maschi e 20 % femmine).

Complessivamente l'utenza alcolodipendente si caratterizza come una popolazione più vecchia rispetto a quella tossicodipendente; sia presso i SerT che presso le comunità terapeutiche l'età media dei soggetti alcolodipendenti si attesta intorno ai 40 anni con differenze appena apprezzabili per sesso all'interno dei Servizi Pubblici nei quali i maschi presentano un'età media di 40 anni contro i circa 44 delle femmine; nei SerT il 36,2% dell'utenza alcolodipendente ha meno di 35 anni mentre tale percentuale scende al 19,1% nelle comunità terapeutiche.

Per quanto riguarda l'analisi dell'utenza alcolodipendente censita nel periodo di rilevazione dell'Osservatorio, ovvero gli anni 2000, 2001 e 2002, è da tenere in conto l'effetto dovuto alla recente istituzione nelle ASL della Regione Liguria delle unità funzionali di alcologia presso i SerT.

Tabella 39. distribuzione per sesso ed età degli utenti alcolodipendenti afferita ai SerT nel periodo 2000-2002 (Standard Table 04)

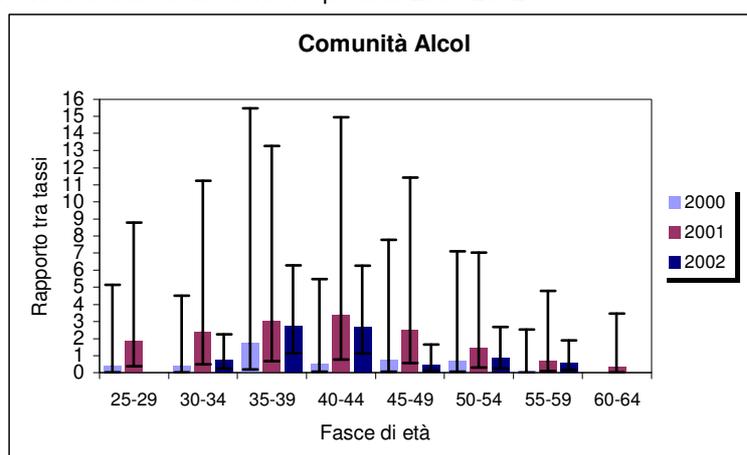
SerT			
Anno	2000	2001	2002
Num. di TUTTI i casi / richieste di trattamento	569	1071	1993
Distribuzione x sesso: Maschi (%) / Femmine (%)	77% / 23%	84% / 16%	85% / 15%
Età media (anni)	43,1	41,2	40,7
Distribuzione per Età (%)			
<15	-	-	-
15-19	1,3%	0,6%	0,6%
20-24	3,3%	7,0%	8,0%
25-29	8,8%	11,9%	13,3%
30-34	11,7%	14,8%	14,3%
35-39	15,9%	15,9%	15,9%
40-44	15,9%	13,4%	12,5%
45-49	13,0%	10,3%	9,8%
50-54	11,9%	8,8%	9,8%
55-59	9,3%	7,9%	7,2%
60-64	4,9%	5,3%	4,8%
>=65	4,2%	4,2%	3,9%
Num. casi con informazione mancante sull'età	21	27	48

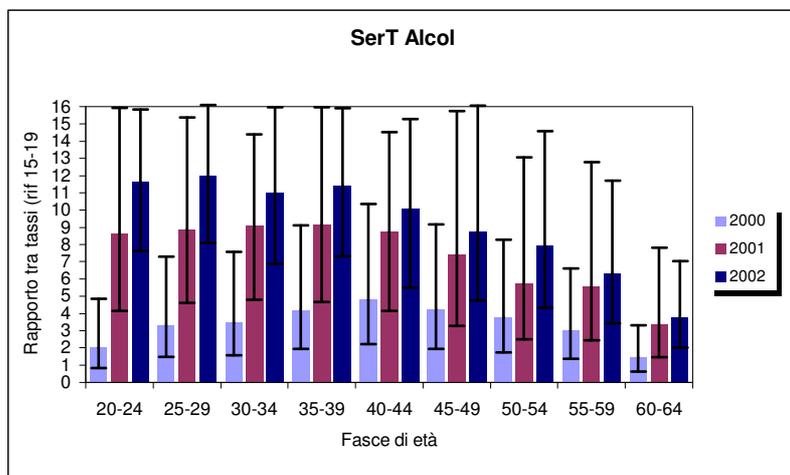
Tabella 40. distribuzione per sesso ed età degli utenti alcol dipendenti afferiti alle strutture del Privato Sociale nel periodo 2000-2002 (Standard Table 04)

Privato Sociale				
Anno		2000	2001	2002
Num. di TUTTI i casi / richieste di trattamento		41	75	70
Distribuzione x sesso: Maschi (%) / Femmine (%)		88% / 12%	75% / 25%	80% / 20%
Età media (anni)		39,9	41	39,8
Distribuzione per Età (%)				
	<15	-	-	-
	15-19	-	-	-
	20-24	2,4%	2,7%	-
	25-29	7,3%	11,0%	10,3%
	30-34	7,3%	11,0%	8,8%
	35-39	43,9%	21,9%	33,8%
	40-44	12,2%	21,9%	29,4%
	45-49	12,2%	15,1%	4,4%
	50-54	12,2%	9,6%	7,4%
	55-59	-	2,7%	5,9%
	60-64	2,4%	1,4%	-
	>=65	-	2,7%	-
Num. casi con informazione mancante sull'età		-	2	2

Le tabelle 39 e 30 riportano per gli anni 2000, 2001 e 2002 la distribuzione per sesso e fascia di età degli utenti alcol dipendenti afferiti alle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato della Regione Liguria. Si evidenzia un notevole aumento del numero di utenti in carico presso i SerT passando progressivamente dai 569 rilevati nel 2000 fino ai circa 2000 appunto rilevati nel 2002, mentre per quel che riguarda i soggetti in carico alle comunità terapeutiche il contingente rimane numericamente molto al disotto delle 100 unità.

Figura 23. andamento del rapporto tra i tassi di soggetti alcolisti in carico alle strutture del Privato Sociale e dei SerT nel periodo 2000-2002





L'analisi multivariata relativamente al rapporto tra i tassi dell'utenza alcolodipendente, sia per l'utenza in carico ai SerT che per quella in carico alle strutture del privato sociale mostra, così come riportato in figura 23, una elevata instabilità nei risultati specialmente nel confronto tra i tre anni di osservazione.

Nei SerT, data la numerosità più consistente dell'utenza, si evidenziano rapporti tra tassi superiori all'unità per tutte le classi di età più anziane del riferimento (età 15-19) in pratica per tutti e tre gli anni di osservazione a conferma del fatto che l'alcolodipendenza nota ai servizi pubblici è un fenomeno pertinente ad una popolazione di età molto più matura rispetto a quella tossicodipendente.

Per quanto concerne l'analisi effettuata sulla popolazione alcolodipendente afferente alle comunità terapeutiche, data l'esigua numerosità, non è stato utilizzato nei tre anni lo stesso riferimento; nella fattispecie per gli anni 2000 e 2001 è stata presa come riferimento la classe di età 20-24, mentre per l'anno 2002 è stata considerata la classe 25-29. Al fine di sintetizzare le due analisi i risultati sono riportati congiuntamente su un unico grafico. Le uniche evidenze rilevate riguardano l'anno 2002 nel quale, rispetto al riferimento, le sole classi comprese tra i 30 ed i 44 anni mostrano valori del rapporto tra tassi significativamente superiori all'unità.

Infettivologia

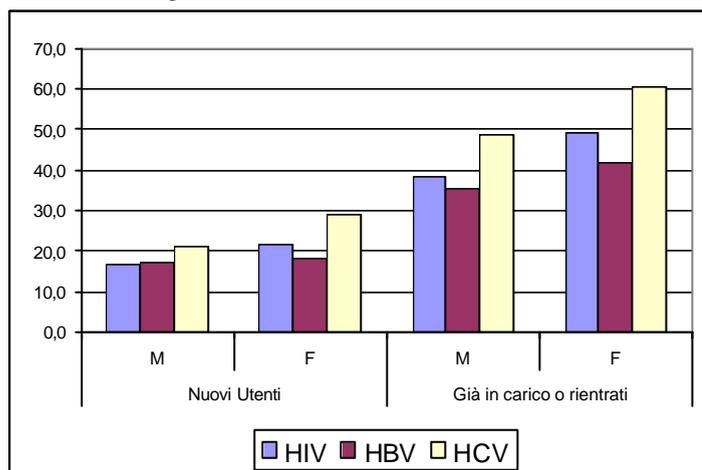
Infettivologia

Procediamo con l'analisi dei dati relativi alle patologie infettive HIV, HBV, HCV provenienti dai flussi informativi definiti dal Ministero della Salute, anno 2002.

I dati relativi alle patologie infettive, di seguito illustrati, si riferiscono ai Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL di Imperia, Savona, Genova e Chiavari: per difficoltà relative al reperimento dei dati, manca il Dipartimento della ASL di La Spezia.

Nella figura 24 sono riportate le percentuali dei soggetti sottoposti ai test per le patologie infettive previste dalle schede epidemiologiche del Ministero della Salute (ANN 04, ANN 05 e ANN 06). Gli utenti femmine, sia nuovi ingressi che già in carico ai servizi, sono quelle più indagate per tutte e tre le patologie. Il test per l'epatite C è quello più ricorrente, seguito da quello per HIV e da quello per epatite B.

Figura 24. distribuzione percentuale dei soggetti in carico ai SerT nel corso del 2002 sottoposti a test infettivologici



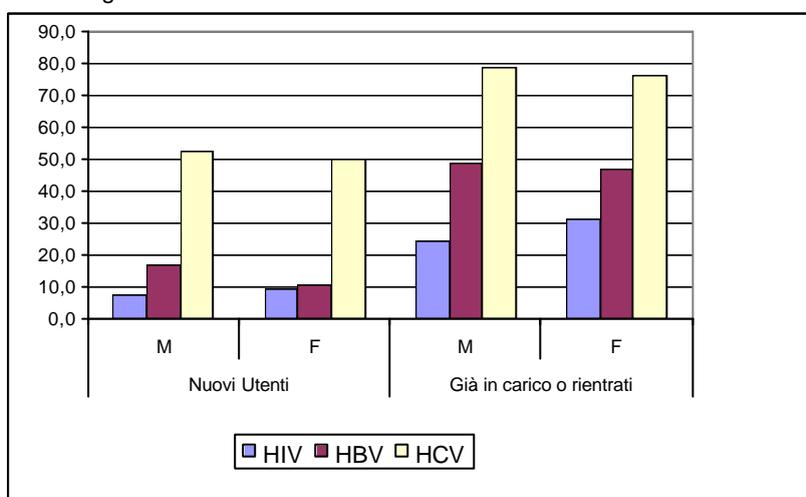
Nell'anno 2002 sono stati effettuati 2.598 test per HIV sugli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (255 test sulla popolazione dei nuovi ingressi e 2.343 test su quella dei soggetti in trattamento già dagli anni precedenti) evidenziando un tasso di positività pari al 23.4% (figura 25) ed uno scostamento rispetto al dato nazionale (14.8%) dell'8.6%. Tra i nuovi utenti i maschi sono risultati positivi il 7.6% e il 9.1% delle femmine, mentre gli utenti già in carico ai servizi hanno registrato il 23.9% i maschi e il 31.0% le femmine.

I test relativi all'infezione per HBV sono stati nell'anno 2.382 (256 test sulla popolazione dei nuovi ingressi e 2.126 test su quella dei soggetti in trattamento già dagli anni precedenti). Il tasso di positività registrato sulla popolazione di utenti indagata è stato complessivamente del 44.5%, leggermente maggiore rispetto al valore medio nazionale del 43%. Il 16.5% per i maschi e il 10.5% per le femmine che per la prima volta hanno attivato

un trattamento presso i SerT e il 48.3% per i maschi e il 46.4% per le femmine già conosciuti ai servizi.

L'epatite C è quella maggiormente indagata con 3.268 test effettuati (323 test riguardano i soggetti con nuovi ingressi e 2.945 test sono quelli relativi ai soggetti già in carico ai servizi). Il valore medio regionale delle positività è del 75.5% differenziandosi dalla media nazionale di circa il 10%. I nuovi utenti maschi sono stati il 52.1% e le femmine il 50.0%, mentre gli utenti già in carico o rientrati sono stati il 78.6% maschi e il 76.1% femmine.

Figura 25. percentuale dei soggetti in carico ai SerT nel 2002 risultati positivi al test infettivologico



La tabella 41 mostra la percentuale dei soggetti indagati dai SerT per le patologie infettive HIV, HBV e HCV. Il numero dei soggetti testati non è omogeneo nei cinque Dipartimenti della Regione.

I SerT della ASL 2 di Savona sono quelli che hanno effettuato un numero maggiore di test nel 2002 relativamente all'infezione per HIV e HBV, mentre è la ASL di Chiavari ad avere il numero più alto di utenti sottoposti a test nel 2002 per l'epatite C. Il trend nei tre anni mostra complessivamente un aumento del numero di utenti testati per le tre patologie.

Tabella 41. percentuale dei soggetti sottoposti a test rispetto al totale dei soggetti in carico ai SerT nel 2002

Tipol · Infez.	Area Territ.	Anno 2002				Anno 2001				Anno 2000			
		Nuovi Utenti		Già in carico		Nuovi Utenti		Già in carico		Nuovi Utenti		Già in carico	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
HIV	ASL 1	16.7	29.4	47.2	48.2	22.3	7.1	47.5	66.7	11.4	20.6	15.8	16.9
	ASL 2	64.5	55.6	74.3	76.7	36.8	31.0	68.3	81.6	31.5	34.0	88.4	81.4
	ASL 3	10.3	19.6	35.6	51.3	8.4	20.5	30.0	39.2	5.8	9.2	10.8	12.0
	ASL 4	28.6	13.3	68.1	81.2	75.8	75.0	41.3	72.7	39.4	62.5	44.3	62.4
	ASL 5	-	-	-	-	59.5	36.8	58.5	62.5	5.3	-	1.0	3.6
HBV	ASL 1	11.1	11.8	17.5	11.8	12.6	7.1	33.9	29.9	3.0	5.9	10.6	9.2
	ASL 2	89.1	74.1	92.2	91.1	79.0	44.8	83.6	73.0	68.8	52.8	87.6	68.9
	ASL 3	6.0	11.6	36.1	46.0	6.3	15.4	35.3	53.8	4.7	9.2	7.8	6.9
	ASL 4	41.8	20.0	48.6	51.8	59.7	37.5	46.8	42.0	45.2	62.5	43.2	27.1
	ASL 5	-	-	-	-	59.5	36.8	58.5	62.5	1.8	2.6	7.2	9.5
HCV	ASL 1	16.7	23.5	47.2	48.2	21.4	7.1	56.8	63.2	11.4	20.6	15.8	16.9
	ASL 2	16.7	23.5	47.2	48.2	21.4	7.1	56.8	63.2	11.4	20.6	15.8	16.9
	ASL 3	8.4	18.8	51.6	66.4	7.7	21.8	51.8	62.1	6.0	7.9	9.0	7.9
	ASL 4	56.0	60.0	63.2	98.8	61.3	87.5	64.8	65.9	40.4	56.3	66.1	51.8
	ASL 5	-	-	-	-	59.5	36.8	58.5	62.5	5.3	2.6	13.5	14.3

Le tabelle 42 e 43 sono state costruite in base rispettivamente al rapporto espresso in percentuale tra i soggetti risultati positivi ed i soggetti testati dai servizi e al rapporto tra i soggetti risultati positivi ed i soggetti prevalenti. Si tratta di due modi diversi ma non contrapposti di considerare la prevalenza. Possiamo considerare il rapporto tra il numero dei soggetti risultati positivi ed il totale dei soggetti in carico (tab. 43) come "prevalenza minima".

Per poter correttamente interpretare tale tipo di dati ed attuare dei confronti sia tra aree che temporali, sarebbe necessaria una linea di condotta comune da parte dei servizi che si basi innanzitutto sullo stabilire una percentuale minima di soggetti da testare per ogni area e per ogni patologia infettiva di interesse, al fine di sorvegliarne la diffusione e contrapporvisi.

Tabella 42. percentuale dei soggetti risultati positivi al test sul totale dei soggetti in carico ai SerT nel 2002 e sottoposti a test infettivologici.

Tipolog Infez.	Area Territ.	Anno 2002				Anno 2001				Anno 2000			
		Nuovi Utenti		Già in carico		Nuovi Utenti		Già in carico		Nuovi Utenti		Già in carico	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
HIV	ASL 1	11.1	-	14.0	20.8	-	-	11.3	11.5	10.5	14.3	18.9	13.6
	ASL 2	9.0	6.7	15.1	16.1	4.0	5.6	11.7	13.0	1.0	-	27.0	22.1
	ASL 3	8.0	13.6	36.1	42.2	-	6.3	51.5	53.6	-	-	4.9	14.3
	ASL 4	-	-	13.4	29.0	4.3	-	24.2	34.4	2.4	-	25.5	41.5
	ASL 5	-	-	-	-	-	-	1.8	2.2	100.0	-	-	100.0
HBV	ASL 1	33.3	-	64.1	76.9	-	-	35.1	34.3	40.0	50.0	85.9	83.3
	ASL 2	14.6	5.0	21.2	18.0	3.3	3.8	20.5	17.5	1.4	7.1	21.1	11.7
	ASL 3	29.4	23.1	70.8	69.8	22.9	50.0	82.6	59.4	50.0	14.3	43.5	35.7
	ASL 4	2.6	-	26.4	22.7	-	-	22.5	8.1	4.3	-	29.0	13.0
	ASL 5	-	-	-	-	1.3	-	3.9	3.3	100.0	100.0	100.0	100.0
HCV	ASL 1	55.6	25.0	86.7	83.0	45.5	-	76.4	47.3	68.4	71.4	84.9	90.9
	ASL 2	78.0	65.4	73.4	73.7	78.3	64.9	80.9	78.4	86.9	64.9	93.0	91.4
	ASL 3	32.4	42.9	84.7	84.6	33.9	35.3	92.3	90.4	56.5	50.0	66.2	59.4
	ASL 4	11.8	33.3	53.1	47.6	-	-	41.3	25.9	4.8	-	45.9	31.8
	ASL 5	-	-	-	-	13.3	14.3	23.3	17.8	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabella 43. percentuale dei soggetti risultati positivi al test sul totale dei soggetti in carico ai SerT nel 2002

Tipolog infez	Area Territ.	Anno 2002				Anno 2001				Anno 2000			
		Nuovi Utenti		Già in carico		Nuovi Utenti		Già in carico		Nuovi Utenti		Già in carico	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
HIV	ASL 1	1.9	-	6.6	10.0	-	-	5.4	7.7	1.2	2.9	3.0	2.3
	ASL 2	5.8	3.7	11.2	12.3	1.5	1.7	8.0	10.6	0.3	-	23.9	18.0
	ASL 3	0.8	2.7	12.9	21.7	-	1.3	15.5	21.0	-	-	0.5	1.7
	ASL 4	-	-	9.1	23.5	3.2	-	10.0	25.0	1.0	-	11.3	25.9
	ASL 5	-	-	-	-	-	-	1.0	1.4	5.3	-	1.0	3.6
HBV	ASL 1	3.7	-	11.2	9.1	-	-	11.9	10.3	1.2	2.9	3.0	2.3
	ASL 2	6.6	1.7	19.4	17.0	2.6	1.7	17.2	12.8	1.0	3.8	18.5	8.1
	ASL 3	1.8	2.7	25.5	32.1	1.4	7.7	29.2	31.9	2.4	1.3	3.4	2.5
	ASL 4	1.6	-	13.0	11.4	-	-	10.5	3.4	1.9	-	12.5	3.5
	ASL 5	-	-	-	-	0.8	0.0	2.3	2.1	1.8	2.6	7.2	9.5
HCV	ASL 1	9.3	5.9	40.9	40.0	9.7	-	43.4	29.9	7.8	14.7	13.4	15.4
	ASL 2	74.6	63.0	71.6	69.2	70.2	41.4	76.0	69.5	79.9	45.3	87.5	72.7
	ASL 3	2.7	8.0	43.7	56.2	2.6	7.7	47.8	56.1	3.4	3.9	6.0	4.7
	ASL 4	6.6	20.0	33.6	47.1	-	-	26.8	17.0	1.9	-	30.4	16.5
	ASL 5	-	-	-	-	7.9	5.3	13.6	11.1	5.3	2.6	13.5	14.3

Decessi droga-correlati

Decessi droga-correlati

Decessi droga-correlati

I Decessi Droga Correlati (DRD) sono considerati un indicatore indiretto di prevalenza di forme gravi di consumo di droghe. Con questa connotazione l'indicatore della mortalità può essere utilizzato per una riflessione sulla diffusione di comportamenti d'uso delle sostanze a forte rischio di overdose. Le variazioni nei tassi di mortalità, una volta accertato che non ci siano fattori di selezione che interferiscano con la rilevazione, possono essere legate sia alle caratteristiche della droga presente sul mercato che alle modalità di consumo o anche al tipo di intervento che i servizi svolgono sul territorio.

Nel nostro paese i DRD vengono riportati sia nel Registro Generale di Mortalità (RGM), curato dall'ISTAT, sia nel Registro speciale (RS) curato dalla Direzione Centrale dei servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno. Il registro generale di mortalità ha tempi tecnici di gestione ed elaborazione delle informazioni che ne rendono possibile l'utilizzo con almeno due anni di ritardo al verificarsi degli eventi e con l'approssimazione della causa di morte da parte del medico chiamato a redigere il certificato di morte.

Nel registro speciale di mortalità della DCSA i casi si riferiscono a decessi direttamente correlati alla droga (overdose, incidente di assunzione, effetto ipertossico di sostanze concomitanti), non vengono considerate in questa rilevazione né le situazioni in cui la droga è indirettamente causa del decesso come per incidenti o patologie correlate, né i casi di decesso per causa diretta della droga per i quali le forze di polizia non siano state coinvolte.

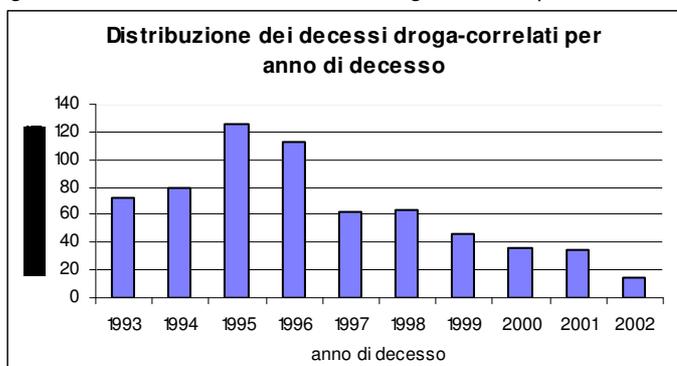
Inoltre le cause del decesso vengono stabilite tramite accertamenti tossicologici ed autoptici solo in una parte dei casi e se richiesto dalla magistratura. Si ha quindi in entrambi i registri una sottostima del fenomeno.

L'overdose è una delle cause principali di morte tra i giovani adulti nei paesi dell'Unione Europea, e soprattutto tra i maschi. Anche in Liguria i DRD riguardano in maggioranza i giovani maschi, coerentemente con il dato europeo e con quello nazionale. In Italia, per le variazioni intervenute nelle modalità di assunzione dell'eroina e per la considerevole ed efficace espansione dei programmi terapeutici e di riduzione del danno, nell'ultimo decennio ed in particolare dopo il picco del 1996 (1566 decessi), si ha una contrazione costante dei DRD, ad eccezione dei due anni 1999 e 2000 in cui il numero rimane stabile.

Nel 2002 risultano a livello nazionale deceduti 516 soggetti, contro gli 822 dell'anno precedente, è stata cioè rilevata una riduzione di DRD del 37,4%. Le riduzioni percentualmente più consistenti sono state rilevate in Liguria, Veneto, Puglia e Lombardia. Questi dati sono disaggregabili oltre che per Regione anche per singola Provincia ed analizzabili per sesso e fascia di età.

Dalla figura 26, dove sono riportati i dati della Liguria è interessante notare che il picco nel numero assoluto di decessi che in Italia si evidenzia nel 1996, in Liguria si presenta invece nell'anno precedente con un totale di 125 decessi rispetto ai 79 dell'anno prima ed ai 112 del 1996.

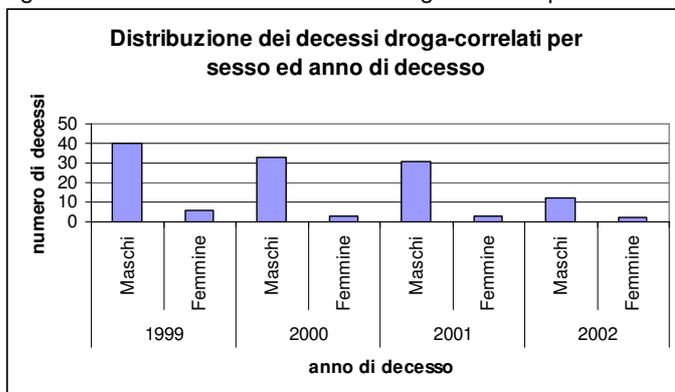
Figura 26. distribuzione dei decessi droga-correlati per anno di decesso



Fonte Ministero dell'Interno – DCSA

I dati sono riportati negli allegati (Tabella Standard 06). Osservando gli ultimi 4 anni notiamo che nel 1999 si hanno 46 decessi per passare ai 35 dell'anno successivo, ai 34 del 2001 ed ai 14 del 2002. I fattori di rischio per questo tipo di decessi sono noti e la morte non è immediata. Questo permette di poter prevenire una quota significativa dei decessi con interventi dei servizi di emergenza. Nella figura 27 è riportata la distribuzione dei decessi per anno di decesso e per genere.

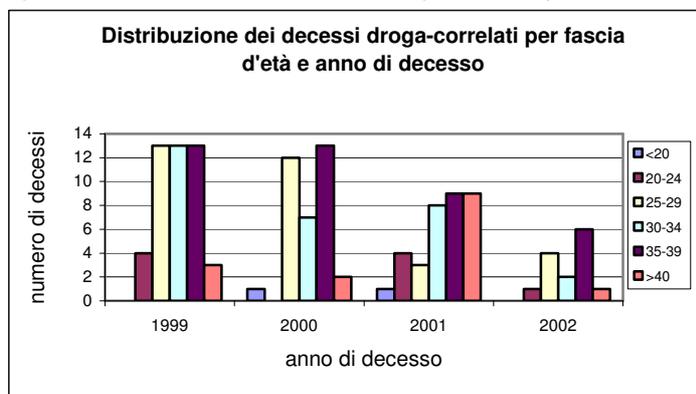
Figura 74. distribuzione dei decessi droga-correlati per sesso ed anno di decesso



Fonte Ministero dell'Interno – DCSA

Come già evidenziato, la maggioranza delle vittime è di sesso maschile. Dalla figura 74 si può notare che nel 1999 sono morti per overdose 40 soggetti maschi e 6 femmine (una femmina ogni 6-7 maschi), nel 2000 32 maschi e 3 femmine (una femmina ogni 10), nel 2001 31 maschi e 3 femmine (situazione simile all'anno precedente, per il totale dei decessi e per il rapporto tra maschi e femmine). Nell'ultimo anno considerato si osserva un totale di 14 morti per droga, 12 soggetti di sesso maschile e 2 di sesso femminile, si ha quindi un rapporto di una femmina ogni 6 maschi.

Figura 28. distribuzione dei decessi droga-correlati per fascia d'età e anno di decesso



Fonte Ministero dell'Interno – DCSA

Dalla figura 28 si può notare che nell'ultimo anno di osservazione non si rilevano decessi relativi a persone con meno di 20 anni, presenti invece nei due anni precedenti. Si nota inoltre una diminuzione, in questi 4 anni dei casi compresi tra i 20 e i 24 anni di età.

La classe di età che presenta il maggior numero di casi su tutti e quattro gli anni di osservazione è quella compresa tra i 35 ed i 39 anni, raggiunta nel 1999 dalle classi di età 25-29 e 30-34 e nel 2001 dalla classe degli "over 40".

Nel 2002 rispetto all'anno prima si nota una forte diminuzione dei decessi relativi agli ultraquarantenni, dato che raggiungeva valore particolarmente alto nel 2001, anche rispetto ai due anni precedenti.

In generale, essendo noti i fattori di rischio che contribuiscono alla possibilità che avvenga l'overdose, in base anche ai dati rilevati a livello europeo dall'Osservatorio delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT), si sottolinea la necessità di attuare interventi di prevenzione adeguati, in particolare per i soggetti tossicodipendenti meno giovani e per quei soggetti che presentano una tolleranza minore in seguito a fasi di disintossicazione.

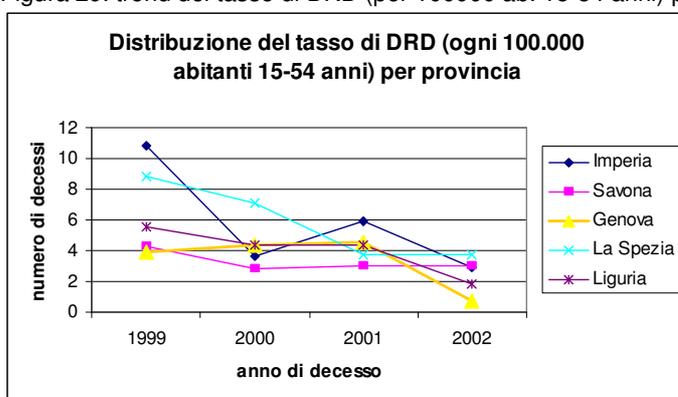
Per rendere confrontabili i dati delle diverse province della Liguria tra loro, possiamo rapportare gli stessi con la popolazione residente nelle differenti aree geografiche (popolazione anni 2000 e 2001-ISTAT). Visto che più del 95% dei tossicodipendenti noti ha un'età compresa tra i 15 ed i 54 anni, il numero dei decessi verrà rapportato alla popolazione residente di questa fascia di età e calcolato su 100.000 abitanti.

Decessi droga-correlati

Tabella 44. decessi per anno e per provincia (tassi x 100.000 ab. 15-54 anni).

Provincia	Tasso decessi 1999	Tasso decessi 2000	Tasso decessi 2001	Tasso decessi 2002
Imperia	10,85	3,62	5,90	2,95
Savona	4,25	2,84	2,98	2,98
Genova	3,90	4,33	4,58	0,69
La Spezia	8,83	7,06	3,70	3,70
Liguria	5,56	4,35	4,35	1,79

Figura 29. trend del tasso di DRD (per 100000 ab. 15-54 anni) per provincia



Dalla tabella 44 e dalla figura 29 si evidenzia che la provincia che presenta la maggior stabilità nei tassi relativi ai decessi negli ultimi quattro anni è Savona, seguita da Genova in cui si registra però un forte calo nell'ultimo anno.

Imperia mostra tassi particolarmente elevati nel 1999 con più di dieci decessi ogni 100.000 abitanti e nel 2001 con circa 6 decessi. Nella provincia di La Spezia possiamo notare un costante decremento nei tassi con stabilizzazione sugli ultimi due anni.

I DRD, fonte di preoccupazione sociale, rappresentano, anche per l'EMCDDA, L'Osservatorio Europeo, un indicatore importantissimo per la progettazione, attuazione e valutazione di linee politiche in materia di droga e come tutti gli indicatori indiretti, prendono particolare rilevanza quando vengono utilizzati in maniera integrata, permettono di individuare le tendenze del fenomeno in esame, nonché di effettuare delle stime.

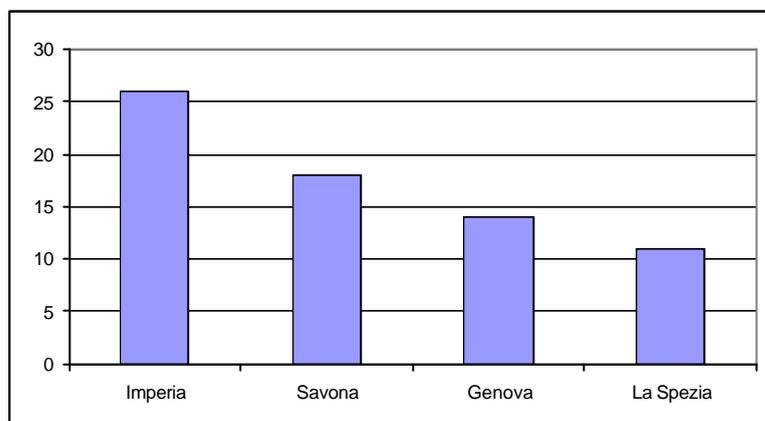
Criminalità

Criminalità

L'analisi della criminalità correlata agli stupefacenti riguarda l'analisi dei reati contro la legislazione in materia di stupefacenti (denunce e segnalazioni alla prefettura) e l'informazione riguardante i tossicodipendenti nel sistema giudiziario.

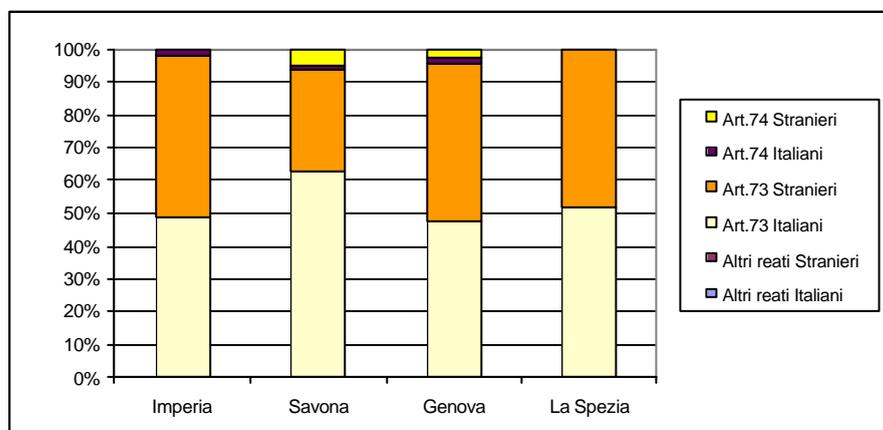
I dati riguardanti le denunce in regione Liguria indicano un decremento delle stesse tra il 1999 con 1688 denunce ed il 2002 con 1302 denunce, passando dalle 1557 denunce del 2000 alle 1438 del 2001. Il tasso di denunce relativo al 2002, calcolato sulla popolazione residente è di 16 denunciati ogni 10.000 abitanti, superiore al tasso nazionale che è di 11.

Figura 30. distribuzione del tasso di denunce per ogni 10.000 residenti (15-44 anni) per provincia in cui è stata effettuata la denuncia, anno 2002



Analizzando i tassi all'interno della regione (figura 30) possiamo vedere che è la provincia di Imperia la zona in cui sono state fatte il maggior numero di denunce rispetto alla popolazione a rischio.

Figura 31. distribuzione per provincia e reato della percentuale dei denunciati suddivisi per nazionalità



Il grafico in figura 31 descrive la distribuzione, espressa in percentuale delle denunce per art. 73 (traffico e vendita) e art. 74 (associazione finalizzata al

traffico e vendita) suddivise per nazionalità nelle quattro province liguri mentre nella tabella 45 troviamo la stessa distribuzione espressa in numeri assoluti.

Tabella 45. distribuzione per provincia del numero delle denunce suddivise per tipo di reato e nazionalità

Provincia	Altri reati		Art.73		Art.74	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
Imperia	0	0	138	138	6	0
Savona	0	0	155	77	4	12
Genova	0	0	308	308	12	17
La Spezia	0	0	65	60	0	0
LIGURIA	2	0	666	583	22	29

Per quanto riguarda le segnalazioni alla prefettura in base all'art.75 dei soggetti trovati in possesso di stupefacenti per uso personale, rimandiamo alla lettura del relativo approfondimento nella seconda parte di questo rapporto nonché ai capitoli che analizzano i dati su singolo record, i quali riguardano anche proprio questo flusso di informazioni delle prefetture.

I tossicodipendenti sono sovrarappresentati all'interno della popolazione carceraria. Durante la detenzione alcuni consumatori interrompono o riducono l'uso di sostanze stupefacenti durante la detenzione, altri continuano a farne uso e altri ancora cominciano proprio durante il periodo della detenzione.

In base ai dati forniti dal Ministero della Giustizia, alla data del 31 dicembre 2002 sono presenti in Liguria 1528 detenuti di cui 712 sono stranieri. Di questi 1528 detenuti 779, di cui 440 stranieri hanno avuto una denuncia per reati connessi all'art. 73. Ben 561 soggetti sul totale sono tossicodipendenti. Si rilevano inoltre a quella data 68 detenuti affetti da HIV di cui 55 tossicodipendenti.

Sequestri di sostanze illegali

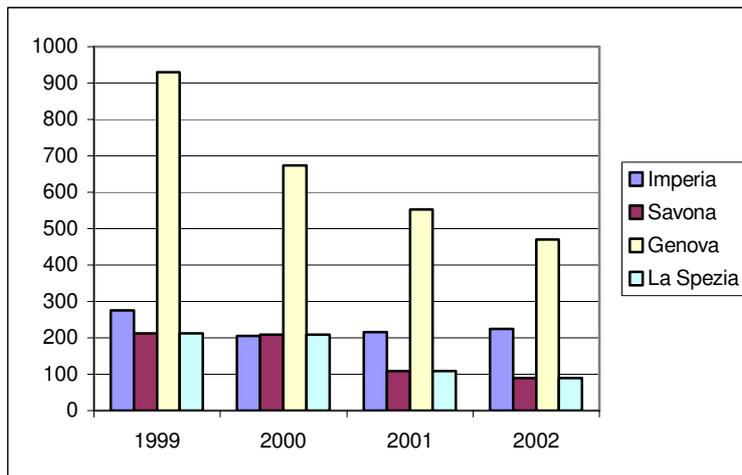
Sequestri di sostanze illegali

“...A livello regionale, con circa 10 operazioni ogni 10.000 abitanti, tra i 15 ed i 54 anni, la Liguria si conferma, anche quest’anno, la regione in cui si registra il tasso di operazioni più elevato...” (Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2002).

Il numero di sequestri di sostanze stupefacenti ed i quantitativi sequestrati in un dato territorio sono indicatori indiretti della presenza di queste sostanze sul mercato e della loro purezza e riflettono anche sia il lavoro svolto dalle forze dell’ordine che il tipo di organizzazioni che ne gestiscono il traffico.

L’eventuale conoscenza di provenienza e destinazione delle sostanze sequestrate indicano rotte, traffico, aree di produzione.

Figura 32. distribuzione del numero di sequestri di stupefacenti suddivisi per provincia e per anno



Il numero dei sequestri è considerato un indicatore migliore della tendenza rispetto ai quantitativi sequestrati ed espressi generalmente in Kg che possono maggiormente fluttuare nel caso in cui vengano ad esempio intercettate partite particolarmente consistenti.

Il grafico 32 mostra l’andamento, in ogni provincia della Liguria, dal 1999 al 2002 del numero dei sequestri, espresso in numeri assoluti. La provincia che in assoluto vede il maggior numero di sequestri è Genova, con 930 sequestri nel 1999, 673 l’anno successivo, 553 nel 2001 e 470 nel 2002. Si nota un andamento decrescente delle operazioni che hanno avuto come esito il sequestro di sostanze psicotrope illegali. Questo andamento, anche se in maniera meno netta, è presente anche nelle altre città.

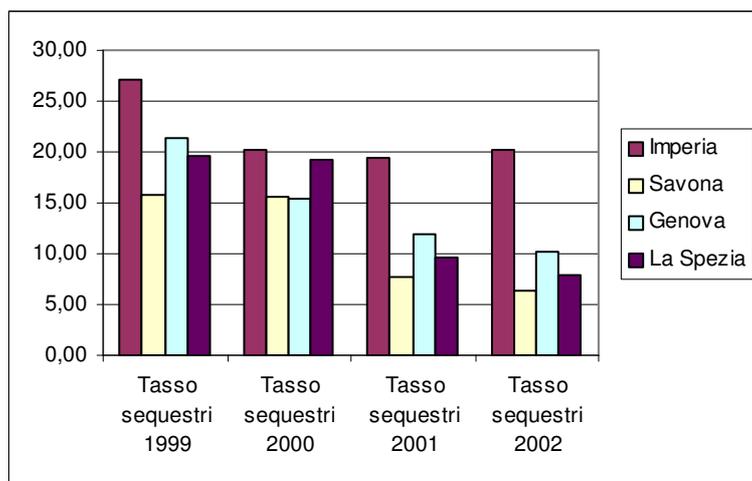
Sequestri di sostanze illegali

Per attuare un confronto tra le aree provinciali della Liguria è necessario rapportare i dati con la popolazione residente nelle varie aree. Più del 95% dei tossicodipendenti registrati dai SerT e dei soggetti denunciati dalle Forze dell'Ordine, ha un'età compresa fra i 15 e i 54 anni. Il numero dei sequestri verrà quindi rapportato alla popolazione residente appartenente a questa classe di età.

Tabella 45. confronto delle distribuzioni per provincia negli anni 1999-2002 del tasso di sequestri di stupefacenti (ogni 10.000 abitanti fra 15 e 54 anni)

Provincia	T. sequestri 1999	T. sequestri 2000	T. sequestri 2001	T. sequestri 2002
Imperia	27,15	20,16	19,45	20,26
Savona	15,79	15,57	7,73	6,31
Genova	21,29	15,40	11,97	10,18
La Spezia	19,60	19,32	9,62	7,86
Liguria	20,87	16,59	11,93	10,55

Figura 33. distribuzione del tasso di sequestri di stupefacenti (ogni 10.000 abitanti fra 15 e 54 anni) suddivisi per anno e per provincia



Dalla tabella 45 e dal grafico in figura 33, confrontando le distribuzioni per Provincia negli anni 1999-2002 del tasso di sequestri di stupefacenti (ogni 10.000 abitanti fra 15 e 54 anni), si nota ancora un generale decremento dei sequestri e si rileva Imperia, città di confine, come Provincia che nei 4 anni riporta il maggior numero di sequestri di sostanze, tenendo conto della popolazione residente, mentre si ridimensiona il ruolo di Genova. Savona è invece la provincia a più basso tasso di sequestri.

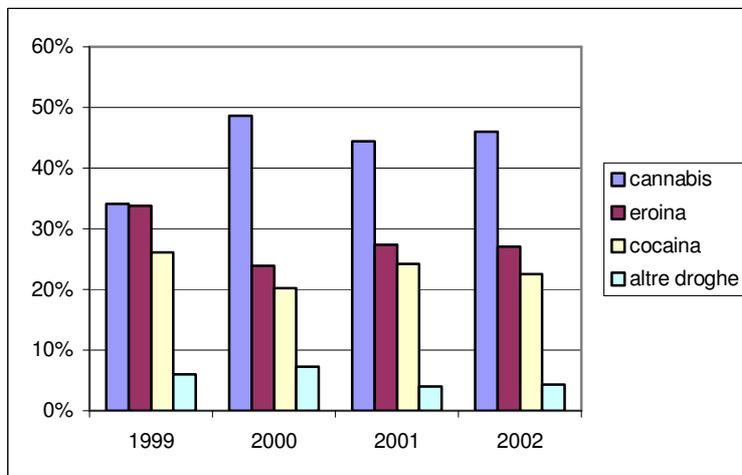
Come riporta la Relazione al Parlamento, il tasso complessivo regionale 2002 risulta di 10,55, la metà rispetto al 1999.

Analizziamo adesso la distribuzione nel suo divenire sui quattro anni considerati dal numero di sequestri di stupefacenti considerando la sostanza oggetto del sequestro.

Nel grafico 81 è evidenziata la percentuale annua relativa ad ogni sostanza.

Nel 1999 troviamo che il 34% dei sequestri riguarda la cannabis, un altro 34% l'eroina, il 26% la cocaina ed il 6% le altre droghe (ecstasy, amfetamine ed LSD). I sequestri di cannabis aumentano nel tempo rispetto agli altri fino ad arrivare ad un 46% sul totale delle operazioni nel 2002. Si nota contemporaneamente una diminuzione dei sequestri di eroina che nel 2002 sono solo il 27% del totale in regione. Anche la percentuale dei sequestri di cocaina e altre droghe diminuisce sensibilmente nei quattro anni e nel 2002 passiamo ad un 23% dei sequestri di cocaina e ad un 4% di operazioni relative alle altre droghe.

Figura 34. distribuzione della percentuale annua di sequestri di stupefacenti suddivisi per sostanza e per anno



Sequestri di sostanze illegali

E' necessario a questo punto considerare anche il quantitativo sequestrato di ogni sostanza (tabella 46). La rilevazione è, in questo caso relativa agli anni 2000, 2001 e 2002. La tabella 46 mostra una situazione diversa.

Tabella 46. quantitativo in Kg sequestrato per sostanza e per anno

Sostanze	2000	2001	2002
Cannabinoidi	4911,2	1580,3	1637,9
Eroina	4,3	4,8	4,8
Cocaina	155,8	119,6	603,8
Altre Droghe	4759	4371	4539

Il quantitativo di eroina sequestrato appare piuttosto costante mentre aumenta considerevolmente quello di cocaina; diminuisce il quantitativo di cannabinoidi e si nota una stabilità rispetto a tutte le altre droghe sequestrate.

Considerando la totalità della Regione sui tre anni si nota un massiccio decremento complessivo della quantità di sostanze illegali sequestrate.

**Le strategie di contrasto della
tossicodipendenza in Liguria**

Le strategie di contrasto della tossicodipendenza in Liguria

Strategie Regionali

Il documento di riferimento per le strategie di contrasto alla tossicodipendenza della Liguria è la Delibera di Giunta Regionale 34 del 31 Luglio 2001 “Linee di indirizzo su prevenzione cura e riabilitazione delle Dipendenze”. Tale documento rappresenta una proposta unitaria per i diversi organismi preposti alla programmazione ed alla attuazione delle strategie e degli interventi di contrasto alla droga.

In tale documento si ribadisce che le Regioni e le Province autonome sono l'interlocutore con cui le varie organizzazioni devono rapportarsi per giungere ad una programmazione coordinata a livello interregionale e ad una successiva attuazione degli interventi tramite le aziende sanitarie: viene infatti focalizzato il ruolo fondamentale della Regione nella formulazione delle politiche e delle strategie generali di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito delle tossicodipendenze. Si ribadisce che è necessario un forte coordinamento ed allineamento di obiettivi di tutti i soggetti coinvolti, sulla base di chiari indirizzi e di linee guida forniti dalla Regione. Viene deliberato che la Regione applicherà verifiche sul risultato e sulla qualità dei trattamenti effettuati.

Nel documento vengono identificati tre livelli strategici di intervento da parte dei diversi organismi preposti alla lotta alla tossicodipendenza:

I Livello: sulle persone a potenziale rischio, sulle famiglie e sulla domanda di sostanze psicoattive;

II Livello: sulle persone che già presentino un problema più o meno espresso, di uso non terapeutico e/o di dipendenza dalle sostanze;

III Livello: sulla Comunità nel suo complesso e sulle organizzazioni deputate all'amministrazione ed al governo del territorio.

L'obiettivo fondamentale in materia di tossicodipendenza che con questo documento la Regione Liguria si riconosce è la creazione di una cultura sociale orientata alla promozione della salute. Tale obiettivo è stato ribadito anche nel Piano Sanitario Regionale 2003-05.

Strategie Dipartimentali

La Regione Liguria, in attuazione del Provvedimento del 21/01/1999 “Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti” ha scelto un modello organizzativo dei servizi per le tossicodipendenze di tipo dipartimentale: il modello che le Aziende Sanitarie Locali hanno adottato era stato indicato nel documento “Linee di indirizzo per l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze” (DGR 305 del 09/03/2001). I Dipartimenti delle Dipendenze sono stati infatti identificati in Liguria come la forma organizzativa più adeguata per l'integrazione degli interventi sia a livello intra -aziendale sia a livello extra – aziendale, in quanto il modello Dipartimentale si caratterizza per la possibilità di mettere in rete diverse unità operative non gerarchicamente subordinate, anche appartenenti ad Enti diversi e con la propria autonomia.

I dipartimenti rappresentano una forma organizzativa e non una struttura operativa: le prestazioni del Dipartimento sono pertanto le attività di coordinamento e non le prestazioni preventive, assistenziali e riabilitative che vengono invece erogate dalle singole unità operative, rappresentate, in un'ottica di pari dignità sia dai SerT sia dalle Comunità Terapeutiche.

Tramite i Dipartimenti le Aziende Sanitarie Locali realizzano gli obiettivi della programmazione: l'espletamento della funzione di programmazione si concretizza nella stesura del "Programma di intervento" che, per essere considerato valido, deve essere coerente con le priorità e le indicazioni nazionali e regionali. L'organo di programmazione interna del Dipartimento è rappresentato dal Comitato operativo, costituito dai responsabili dei SerT, delle Comunità Terapeutiche e di tutti gli organismi che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza. Ad esso compete la predisposizione del Piano generale di intervento. Il Coordinatore si avvale inoltre dell'ausilio di un Comitato allargato del Dipartimento a cui partecipano tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in modo non prevalente nella lotta alla tossicodipendenza: esso ha funzioni consultive nei confronti del Comitato operativo. Tale comitato ha l'obbligo di riunirsi due volte all'anno.

Riduzione della domanda, prevenzione e lotta al traffico

I Dipartimenti per le Dipendenze ed i comportamenti d'abuso coinvolgono nella loro attività di programmazione e coordinamento delle attività una serie di organismi: i reparti ospedalieri di malattie infettive e di medicina, le unità di emergenza, la medicina di base, i servizi di psichiatria, i servizi sociali, ed altre Istituzioni socio-sanitarie eventualmente coinvolte nella cura dei tossicodipendenti. In particolare sono previsti coordinamenti con la scuola, la prefettura, il Tribunale, le carceri, le forze dell'ordine ed il volontariato.

La rete assistenziale per i tossicodipendenti è strutturata quindi su 6 livelli: (1) centri di prima accoglienza, Unità mobili e interventi di strada; (2) Servizi per le Tossicodipendenze (SerT); (3) Comunità Terapeutiche; (4) Inserimento sociale e lavorativo; (5) Prevenzione sulla popolazione generale e giovanile; (6) Relazione con le Forze dell'Ordine.

Tra gli obiettivi per il triennio 2003 – 2005 è prevista la stesura di patti d'intesa tra i Dipartimenti e le Forze dell'Ordine.

Approfondimenti

Analisi dei tempi di latenza

Analisi dei tempi di latenza

L'importanza della rilevazione di dati relativi ai soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze secondo tracciati record definiti nel dettaglio, si evidenzia anche nella possibilità di creare opportuni indicatori di sintesi che forniscano informazioni sulla evoluzione della capacità di intervento dei servizi a cui i soggetti in esame afferiscono. Uno di questi indicatori, costruibili a partire dai dati rilevati, è il Tempo di Latenza ovvero il numero di anni che intercorre tra il primo uso di una determinata sostanza ed il primo ingresso in trattamento presso le strutture di cura preposte. Per tali strutture può essere infatti di vitale importanza il poter attivare un trattamento nel più breve tempo possibile successivamente ai primi utilizzi di sostanze, cosicché il monitoraggio e/o lo studio di tale indicatore può fornire informazioni utili sia ai fini di una più corretta programmazione delle attività di prevenzione che di una opportuna valutazione degli interventi di incentivazione al trattamento/prevenzione attuati.

Parallelamente alle necessità di programmazione/valutazione è comunque di notevole interesse andare ad investigare l'eventuale presenza di associazione tra il Tempo di Latenza e alcune variabili strutturali e/o di contestualizzazione sociale rilevate; l'obiettivo principale di questo breve approfondimento è quindi quello di stimare, con opportune tecniche, la distribuzione del Tempo di Latenza e di analizzare la presenza di eventuali relazioni tra i fattori che possono esservi correlati.

Dato che nel percorso di cura e riabilitazione dei soggetti utilizzatori di sostanze il primo impatto per quello che riguarda i trattamenti è solitamente quello con i servizi pubblici per le tossicodipendenze, l'analisi più approfondita effettuata è relativa ai soggetti residenti in regione e censiti dai suddetti servizi per l'anno 2002 e nel confronto tra i tempi di latenza per gli anni 2000, 2001 e 2002.

Tempo di Latenza, variabili di interesse e metodologia di analisi

Per quanto riguarda la tipologia di dato rilevata nella Regione Liguria nella costruzione del Registro dei Codici Singoli, il Tempo di Latenza (da qui in avanti indicato con TL) è stato calcolato, ove possibile, sottraendo all'età di primo trattamento l'età di primo uso della sostanza di abuso primario, ovvero

TL = età di primo intervento servizi pubblici/privati – età di primo uso sostanza di abuso primario

Il TL viene quindi espresso in anni.

Nell'analisi sono state inserite inoltre una serie di variabili ritenute legate al TL e che quindi possono aiutare ad interpretare in maniera più appropriata eventuali differenze, apparenti o effettive, nei tempi di latenza di "popolazioni" diverse; in particolare sono state considerate come variabili il sesso, il titolo di studio, la condizione lavorativa, l'età di primo uso e l'anno di primo uso della sostanza di abuso primario.

Alcune di queste variabili, da un punto di vista temporale, possono risultare posteriori al momento di primo utilizzo delle sostanze; ad esempio il titolo di studio rilevato nel 2002, specialmente per quei soggetti che hanno completato gli studi superiori, può essere stato conseguito successivamente al primo utilizzo e/o alla prima presa in carico. Ad ogni buon conto l'informazione fornita può apportare preziose indicazioni sullo stile di vita del soggetto che potrebbe quindi influire sul tempo trascorso prima dell'entrata del soggetto stesso in trattamento.

Dal punto di vista delle metodologie statistiche necessarie per rispondere all'obiettivo descritto, l'analisi del TL è stata effettuata utilizzando gli strumenti tipici dell'analisi della Sopravvivenza in cui sono forniti i metodi per lo studio dei cosiddetti tempi di sopravvivenza, dove per tempo di sopravvivenza è da intendersi l'intervallo di tempo definito da un evento iniziale ed un evento finale; nel caso del TL l'età di primo uso della sostanza di abuso primario e l'età di primo intervento/contatto dei servizi hanno rappresentato rispettivamente il tempo iniziale ed il tempo finale. In particolare è stato utilizzato il metodo di Kaplan-Meier per la stima della funzione di sopravvivenza, i test Log-Rank e di Wilcoxon per lo studio del TL in popolazioni non omogenee ed il modello semiparametrico di Cox per ottenere una valutazione dell'effetto che le variabili considerate hanno sul TL.

Base di dati utilizzata e codifica delle variabili di interesse

All'interno del Registro dei Codici Singoli, relativamente all'anno 2002 sono state complessivamente rilevate informazioni su 5538 codici residenti censiti presso i Servizi pubblici per le Tossicodipendenze ed associati ad una sostanza di abuso primario illecita; per molti di questi codici purtroppo l'informazione necessaria alla costruzione del TL non è stata raccolta in maniera completa cosicché per l'elevata quota di dati mancanti relativamente all'età di primo uso e/o di primo trattamento, è stato possibile implementare l'analisi sul TL solo su un sottoinsieme dei soggetti tossicodipendenti in carico ai servizi pubblici. Tra questi è stato quindi deciso di dedicare tale analisi ad i soli codici residenti ed associati ad un oppiaceo come sostanza di abuso primario. In totale, per l'anno 2002, l'analisi è stata condotta su 875 codici pari al 16 % del totale considerato. La percentuale, non certo esaltante, relativa alla quota di codici utilizzabili evidenzia comunque un miglioramento rispetto alle rilevazioni degli anni 2000 e 2001, miglioramento che si esplicita nel confronto con i dataset utilizzati per l'analisi di TL per gli altri due anni considerati, rispettivamente 562 codici (pari al 12 %) per il 2000 e 595 codici (pari al 13 %) per il 2001.

Per quel che riguarda le variabili di interesse considerate, tali variabili sono state ricodificate al fine di ottenere gruppi di codici di numerosità omogenea. Il titolo di studio è stato ricodificato in due categorie ovvero “obbligo”, che comprende tutti i livelli di scolarità maturati fino alla licenza media inferiore inclusa, e “oltre obbligo”, che comprende tutti i livelli di scolarità successivi alla licenza di scuola media inferiore. La condizione occupazionale è stata ricodificata in “occupato”, comprendendo occupato stabilmente e saltuariamente, e “altra condizione”. L’età di primo uso è stata ricodificata in quattro classi di età: meno di 18 anni, tra 18 e 20 anni, tra 21 e 24 anni, oltre 24 anni. L’anno di primo uso è stato ricodificato in quattro classi: prima del 1986, tra il 1986 ed il 1990, tra il 1991 ed il 1993 ed oltre il 1993.

Analisi descrittiva anno 2002

Il sottoinsieme di 875 codici su cui è stata condotta l’analisi è principalmente composto da uomini (85%), il livello di istruzione maturato prevalente è inferiore od uguale alla licenza media inferiore (76,3%) e per la condizione lavorativa il 60,2 % risulta essere occupato stabilmente o saltuariamente. Tali percentuali rilevate risultano essere sufficientemente in linea con il totale dei soggetti residenti censiti presso i SerT ed associati ad oppiacei come sostanza di abuso primario ma per i quali non è stato possibile implementare l’analisi; l’unica differenza riguarda la composizione per condizione lavorativa per la quale il campione presenta una più elevata percentuale di occupati.

Età di primo uso

Nei codici considerati l’età media di primo utilizzo di oppiacei è di 20,3 anni (20,2 per i maschi, 21,1 per le femmine) con deviazione standard pari a 5 anni (4,9 per i maschi, 5,9 per le femmine); per il 50% dei codici considerati l’età di primo uso di oppiacei è compresa tra 17 e 23 anni.

Figura 35. distribuzione per età di primo uso di oppiacei

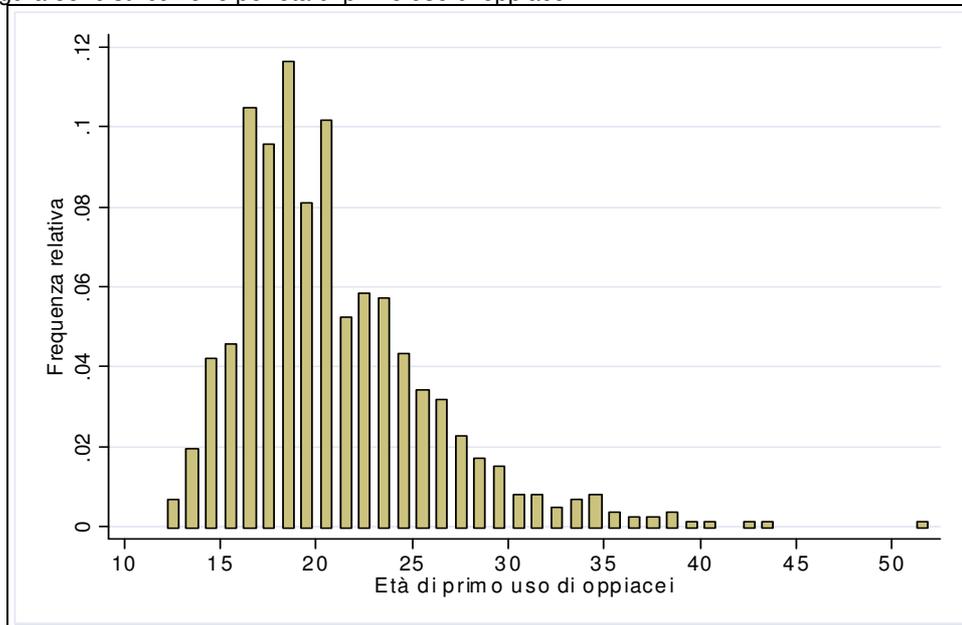
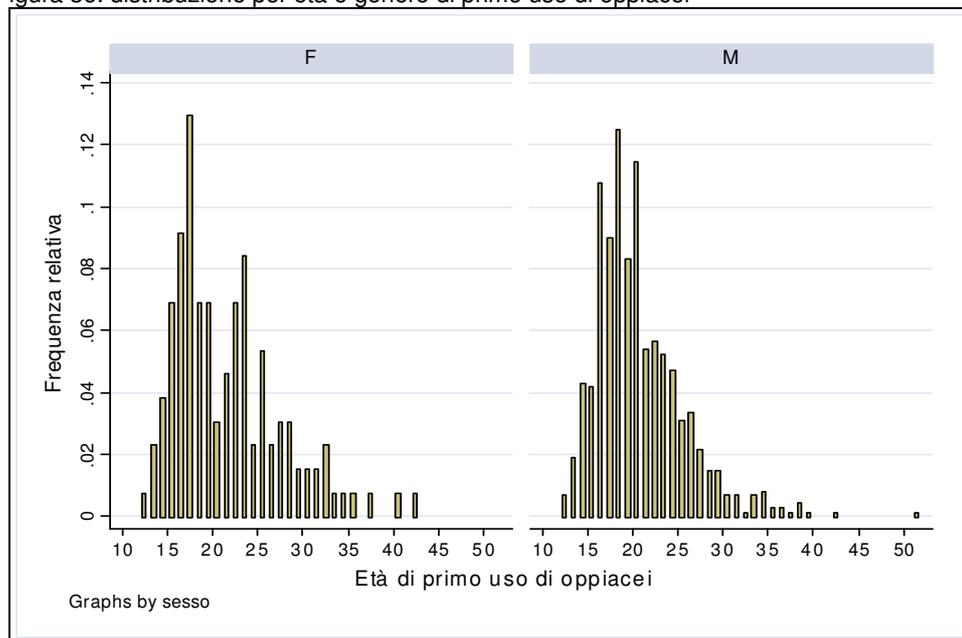
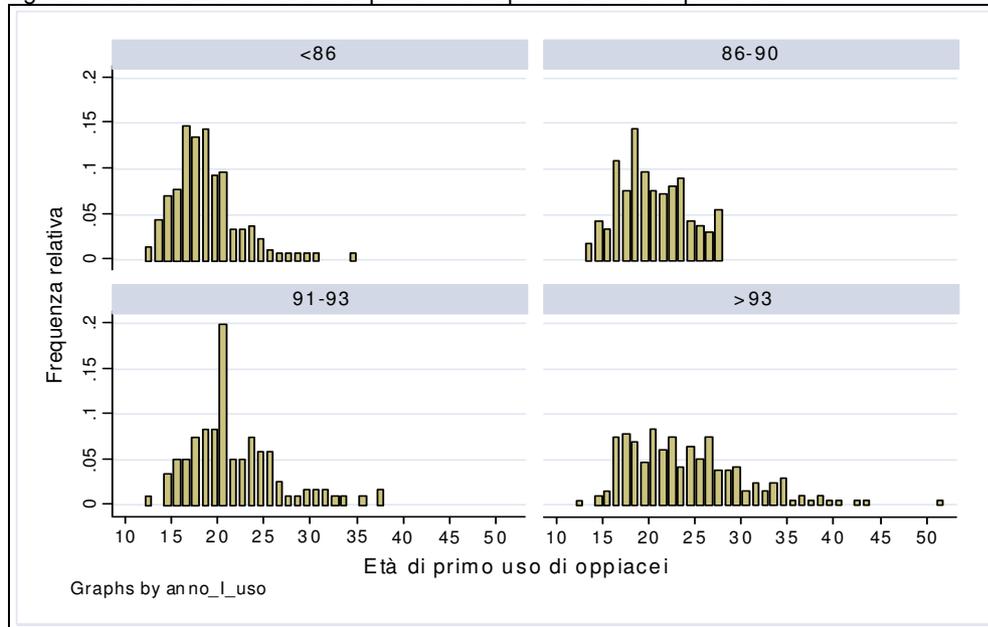


Figura 36. distribuzione per età e genere di primo uso di oppiacei



Le figure 35 e 36 riportano la distribuzione per età di primo uso di oppiacei in cui complessivamente l'età più frequente è 18 anni (11,6%), mentre rispetto al sesso è 17 anni per le femmine (13%) ed ancora 18 anni per i maschi (12,5%). Per quanto riguarda il livello di scolarità e la condizione lavorativa, rispetto al campione complessivo, nei livelli di entrambe le variabili non si rilevano differenze apprezzabili per quanto riguarda l'età di primo uso.

Figura 37. distribuzione dell'età di primo uso rispetto all'anno di primo uso

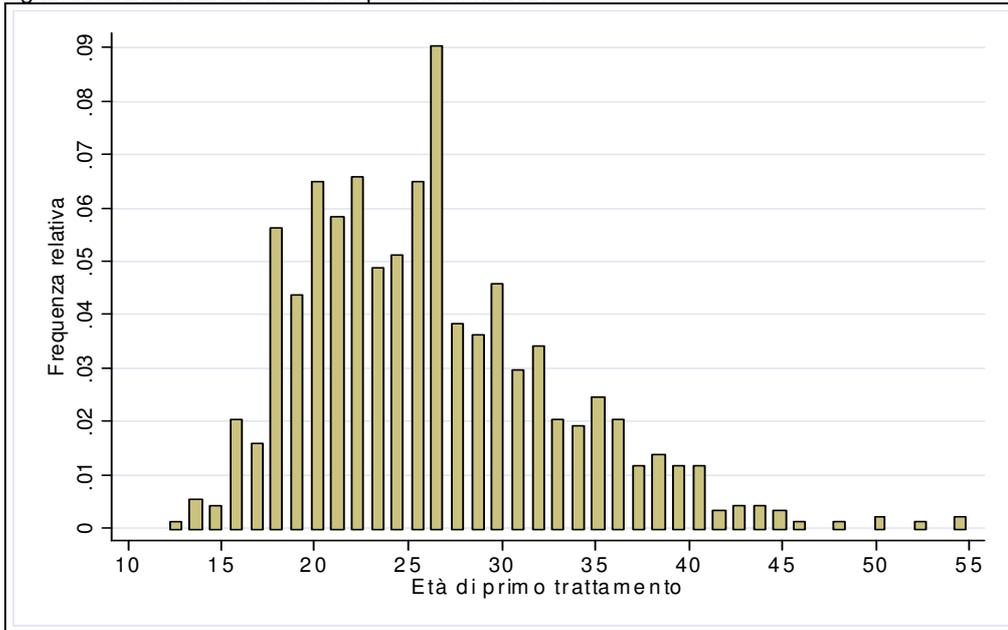


Maggiori differenze si riscontrano nell'analisi dell'età di primo uso rispetto all'anno di primo uso; si osserva infatti un incremento dell'età media al primo uso di oppiacei che dai 18 anni dei soggetti che hanno iniziato prima del 1986 passa ai 23 anni dei soggetti che hanno iniziato successivamente al 1993. Il cambiamento nella distribuzione per età di primo uso rispetto all'anno di primo uso si evidenzia inoltre anche per l'aumento della dispersione: la deviazione standard passa da 3,2 anni per i soggetti che hanno iniziato prima del 1986 a 6,3 anni per i soggetti che hanno iniziato dopo il 1993.

Età di primo trattamento

Nel campione considerato l'età media di primo trattamento è di 26 anni con deviazione standard pari a 6,8 anni, valori questi praticamente identici per i maschi e per le femmine; il 50% dei soggetti attiva il primo trattamento tra i 21 ed i 30 anni.

Figura 38. distribuzione dell'età di primo trattamento

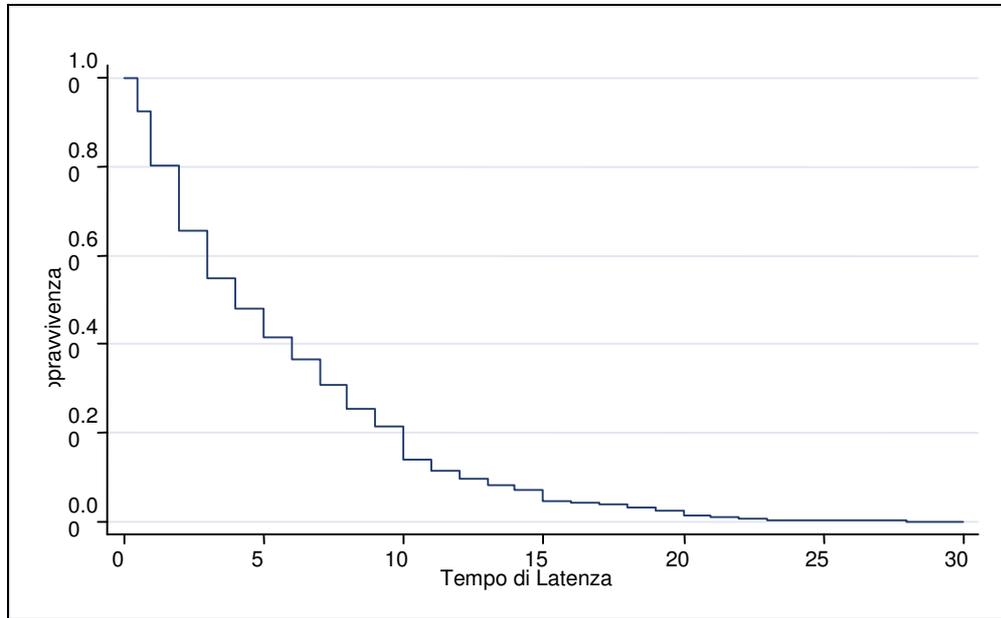


è interessante notare come l'età di primo trattamento non si diversifichi in maniera apprezzabile nelle varie categorie delle variabili considerate, se non per quanto riguarda l'anno di primo uso, in cui però tali differenze risultano essere al limite della significatività statistica.

Analisi del Tempo di Latenza: rilevazione 2002

In figura 39 è riportata la funzione di sopravvivenza stimata. Dal punto di vista dell'interpretazione grafica l'asse delle ordinate, denominato sopravvivenza, indica la frazione di soggetti "sopravvissuta", nel nostro caso non ancora entrata in trattamento, ad un dato tempo di latenza, ovvero successivamente ad un certo numero di anni trascorsi dal primo utilizzo di oppiacei. Ad esempio l'80% dei soggetti considerati è "sopravvissuto", ovvero non è ancora entrato in trattamento per la prima volta, dopo 2 anni dal primo utilizzo di oppiacei. Per converso questa informazione può essere interpretata nel seguente modo: il 20% dei soggetti considerati è entrato in trattamento per la prima volta entro i due anni successivi al primo utilizzo di un oppiaceo.

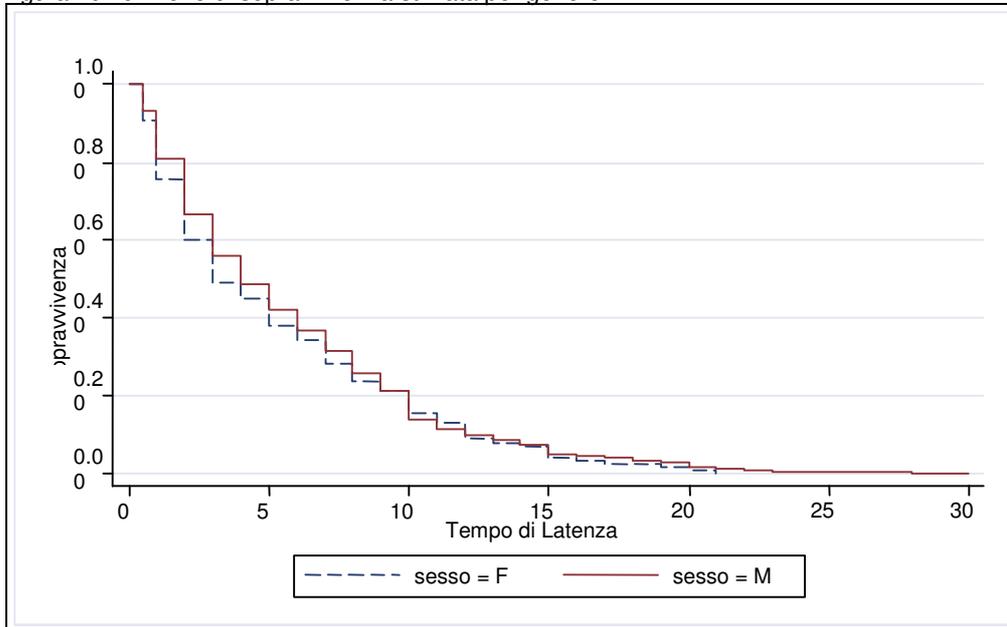
Figura 39. funzione di sopravvivenza stimata



Per il campione complessivo si osserva un tempo di latenza medio pari a 5,7 anni e mediano pari a 4 anni con intervalli di confidenza al 95% rispettivamente di 5,4 – 6,1 anni per la media e 4 – 5 anni per la mediana. Tali valori di sintesi stanno ad indicare che mediamente un soggetto è entrato in trattamento per la prima volta 5,7 anni dopo il primo utilizzo di oppiacei e che metà del campione considerato è entrato in trattamento per la prima volta 4 anni dopo la prima assunzione.

L'analisi del TL separatamente per i due sessi, evidenzia la quasi totale sovrapposizione tra maschi e femmine dei valori di sintesi: tempo di latenza medio di 5,4 anni e di 5,8 anni (tempo mediano 3 anni e 4 anni) rispettivamente per le femmine e per i maschi. Tale sovrapposizione è ancor più evidente dall'analisi grafica delle funzioni di sopravvivenza.

Figura 40: funzione di sopravvivenza stimata per genere



I test Log-Rank e Wilcoxon confermano l'assenza di differenze significative nel TL tra i due sessi.

L'assenza di differenze significative si evidenzia anche dall'esame del TL rispetto al titolo di studio o rispetto alla condizione lavorativa. Per il titolo di studio si rileva un tempo medio di latenza di 5,8 anni e di 5,9 anni rispettivamente per i soggetti che hanno terminato le scuole dell'obbligo e per i soggetti che hanno acquisito livelli di scolarità superiori; per la condizione lavorativa si rilevano tempi medi di latenza di 5,2 e di 5,6 anni rispettivamente per i soggetti occupati e per i soggetti in altra condizione lavorativa.

Le figure 88 e 89 riportano le funzioni di sopravvivenza stimate per i livelli di scolarità e di condizione lavorativa considerate.

Figura 41. funzione di sopravvivenza stimata per scolarità

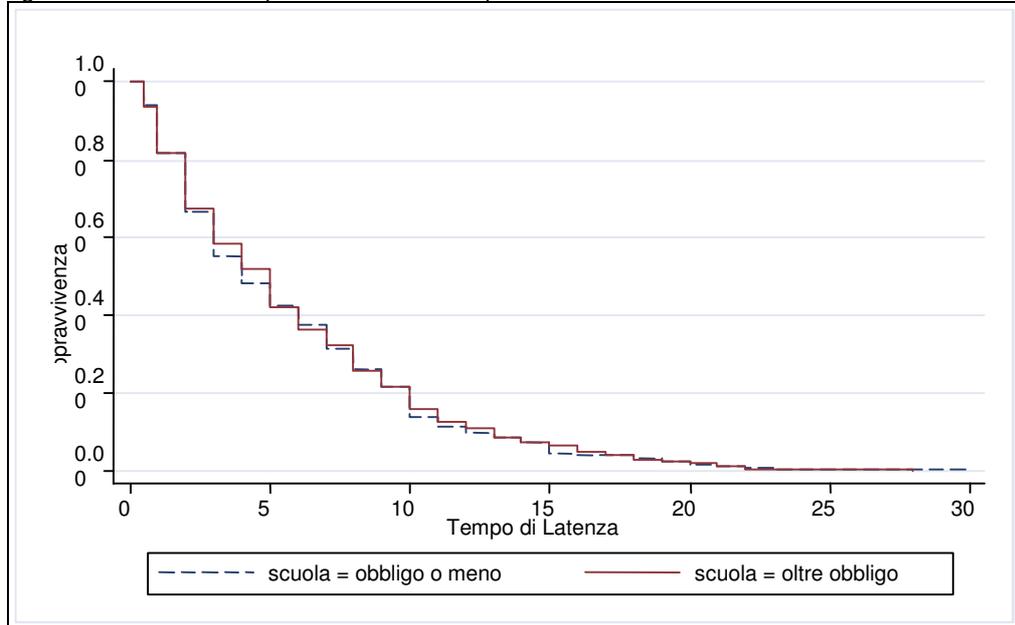
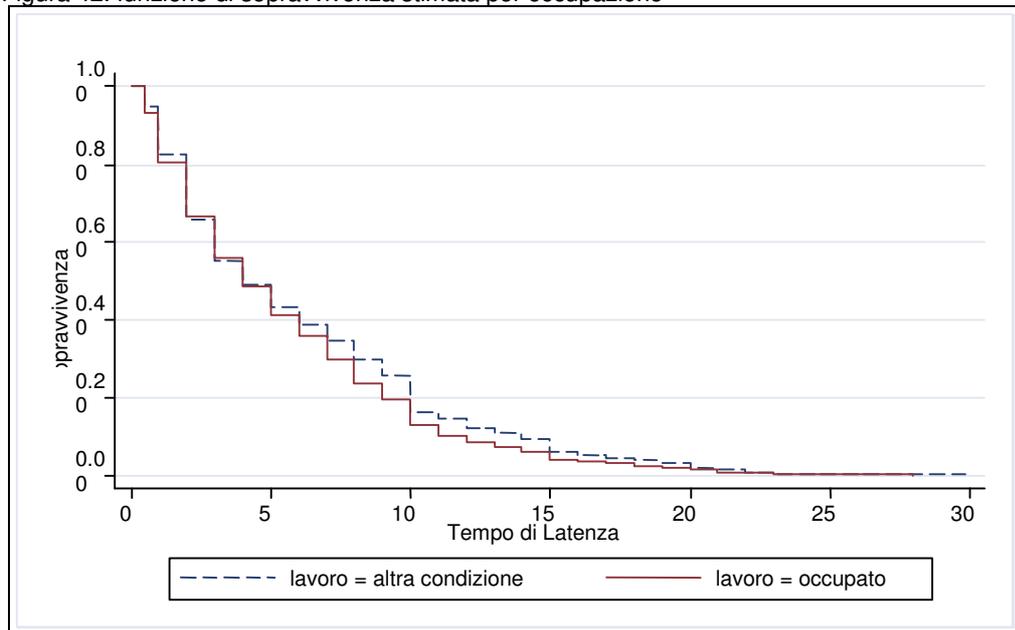


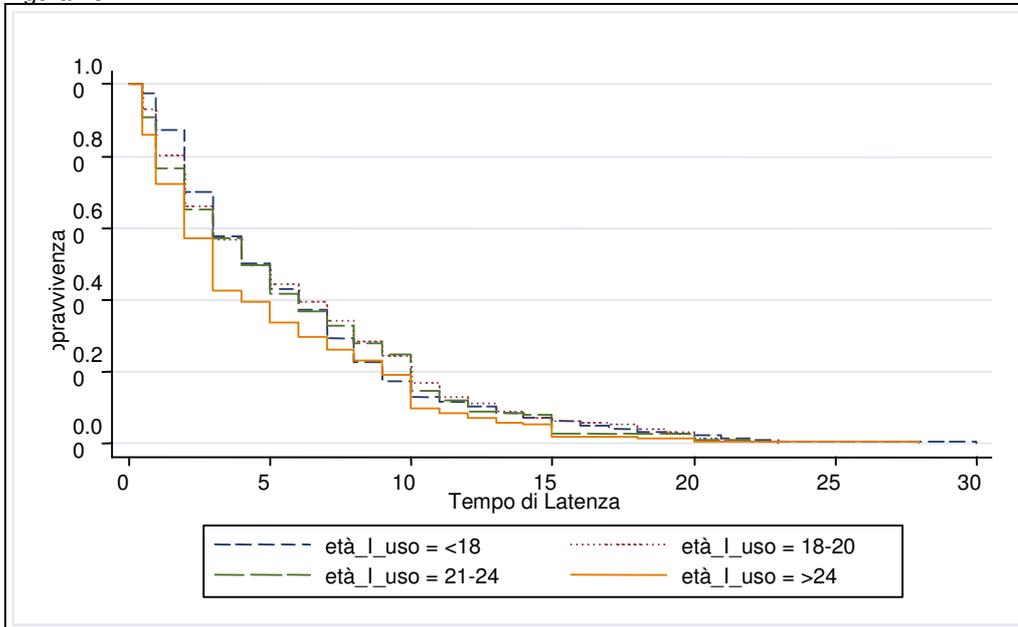
Figura 42. funzione di sopravvivenza stimata per occupazione



I test Log-Rank e Wilcoxon confermano l'assenza di differenze significative nel TL sia tra i livelli di scolarità maturati che tra le condizioni lavorative.

Per queste due variabili, come già commentato in precedenza, resta comunque la necessità di approfondire il livello di informazione rilevabile per contestualizzare maggiormente nel tempo l'effettivo possesso dei livelli considerati.

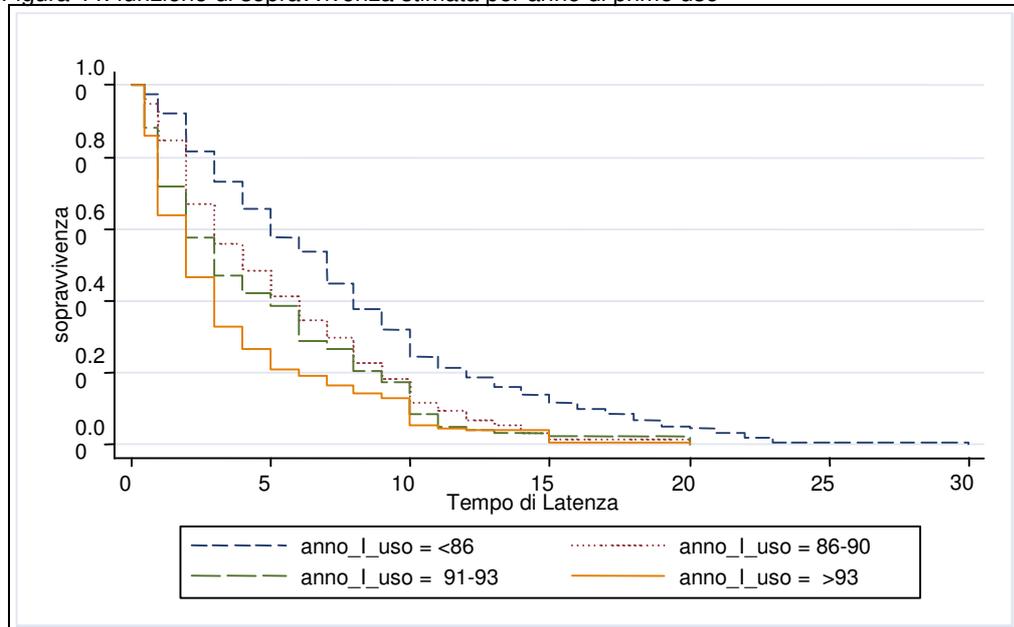
Figura 43.



Per quanto riguarda il TL analizzato rispetto all'età di primo uso, si osserva un lieve scostamento tra il TL medio dei vari livelli in particolare per quanto riguarda i soggetti che hanno utilizzato per la prima volta oppiacei ad una età superiore ai 24 anni. Per questa classe si osserva infatti un TL medio pari a 4,9 anni contro i circa 6 anni rilevati come TL medio nelle altre classi ad indicare che per i soggetti del campione che hanno utilizzato oppiacei per la prima volta dopo i 24 anni di età, l'ingresso in trattamento avviene un anno prima rispetto agli altri. I test Log-Rank e Wilcoxon in questo caso però forniscono risultati contrastanti; nella fattispecie solo il test Wilcoxon evidenzia differenze significative tra i TL rispetto all'età di primo uso ($p = 0,02$).

L'analisi del TL rispetto all'anno di primo uso è quella che offre i risultati più interessanti; si osserva infatti una diminuzione progressiva del tempo di latenza per quei soggetti del campione che hanno utilizzato per la prima volta un oppiaceo più recentemente rispetto a quelli che hanno assunto per la prima volta oppiacei in tempi più "remoti". In particolare si passa da un TL medio di circa 8 anni per i soggetti che hanno utilizzato per la prima volta oppiacei prima del 1986, a un tempo medio di latenza di circa 5 anni per i soggetti il cui primo utilizzo si colloca tra il 1986 ed il 1993 (nel dettaglio TL medio di 5,4 anni per la classe 86-90 e TL medio di 4,8 anni per la classe 91-93) fino ad un TL inferiore ai 4 anni per i primi utilizzatori successivamente al 1993.

Figura 44. funzione di sopravvivenza stimata per anno di primo uso



Per i livelli della variabile anno di primo utilizzo sia il test Log-Rank che il test Wilcoxon hanno fornito valori statisticamente significativi.

La tabella 47 riporta una sintesi riepilogativa delle evidenze rilevate nell'analisi della distribuzione del TL per l'anno 2002 relativamente alla numerosità del campione di soggetti, al valore medio con il rispettivo errore standard ed ai valori del primo, secondo e terzo quartile.

Analisi dei tempi di latenza

Tabella 47.

		Numerosità	Media	Std. Err.	25%	Mediana	75 %
		875	5,7	0,2	2	4	9
Sesso	Femmine	131	5,4	0,4	2	3	8
	Maschi	744	5,8	0,2	2	4	9
Livello di scolarità	Obbligo	652	5,8	0,2	2	4	9
	Oltre obbligo	203	5,9	0,4	2	5	9
Condizione occupazionale	Altra condizione	334	5,2	0,3	2	4	10
	Occupato	506	5,6	0,2	2	4	8
Età primo uso	<18	276	5,9	0,3	2	5	8
	18-20	262	6,1	0,3	2	4	9
	21-24	185	5,8	0,4	2	4	9
	>24	152	4,9	0,4	1	3	8
Anno primo uso	<'86	298	7,9	0,3	3	7	10
	'86-'90	237	5,4	0,3	2	4	8
	'91-'93	121	4,8	0,4	1	3	8
	>'93	219	3,7	0,3	1	2	5

Le analisi sul TL fin qui condotte hanno comunque riguardato separatamente le variabili prese in esame al fine di evidenziare differenze significative nei vari livelli considerati. Questa strategia non tiene in conto però dell'effetto complessivo che le singole variabili possono avere sul TL; per rispondere a questa necessità è stato utilizzato il modello semiparametrico di Cox, tramite il quale il TL è stato analizzato globalmente rispetto a tutte le covariate.

Tabella 48.

	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
oltre obbligo	1,05	0,09	0,59	0,56	0,89	1,24
occupato	1,07	0,08	0,97	0,33	0,93	1,24
età_l_ 18-20	0,92	0,08	-0,95	0,34	0,77	1,09
età_l_ 21-24	0,79	0,08	-2,31	0,02	0,65	0,96
età_l_ >24	0,84	0,09	-1,61	0,11	0,67	1,04
anno_l_ 86-90	1,60	0,15	5,00	0,00	1,33	1,92
anno_l_ 91-93	1,77	0,20	4,98	0,00	1,41	2,22
anno_l_ >93	2,31	0,24	7,97	0,00	1,88	2,83
maschi	0,96	0,10	-0,40	0,69	0,79	1,17

In tabella sono riportati i risultati dell'output del modello implementato con le variabili considerate. Utilizzando il modello di Cox si può fornire un'informazione rispetto all'effetto netto che ogni variabile ha sul TL. Tale valutazione viene fatta congiuntamente in base al cosiddetto Hazard Ratio ed alla rispettiva significatività prendendo in esame la variazione del TL rispetto ad una opportuna categoria di riferimento fissata per ognuna delle variabili

inserite nel modello. L'interpretazione dell'Hazard Ratio è analoga a quella del rischio relativo per il quale valori significativamente maggiori (minori) dell'unità identificano un eccesso (difetto) di rischio rispetto alla categoria di riferimento e quindi un reale effetto sulla variabile dipendente, in questo caso il TL, considerato. Ad esempio per la variabile sesso come categoria di riferimento è stata scelta "femmine"; nell'output sopra riportato si rileva che nei maschi, rispetto alle femmine, il rischio di evento "avverso" (ovvero di entrare in trattamento) è del 4% inferiore (Hazard Ratio = 0,96). Dal punto di vista interpretativo la diminuzione del rischio è da intendersi come una differenza positiva nel TL rispetto alla categoria di riferimento: i maschi hanno un tempo di latenza maggiore rispetto alle femmine. Tale differenza però non risulta essere statisticamente significativa ($p=0,69$) cosicché l'informazione che si ottiene conferma l'assenza di effetto del sesso sul TL anche considerando complessivamente tutte le altre variabili prima analizzate separatamente.

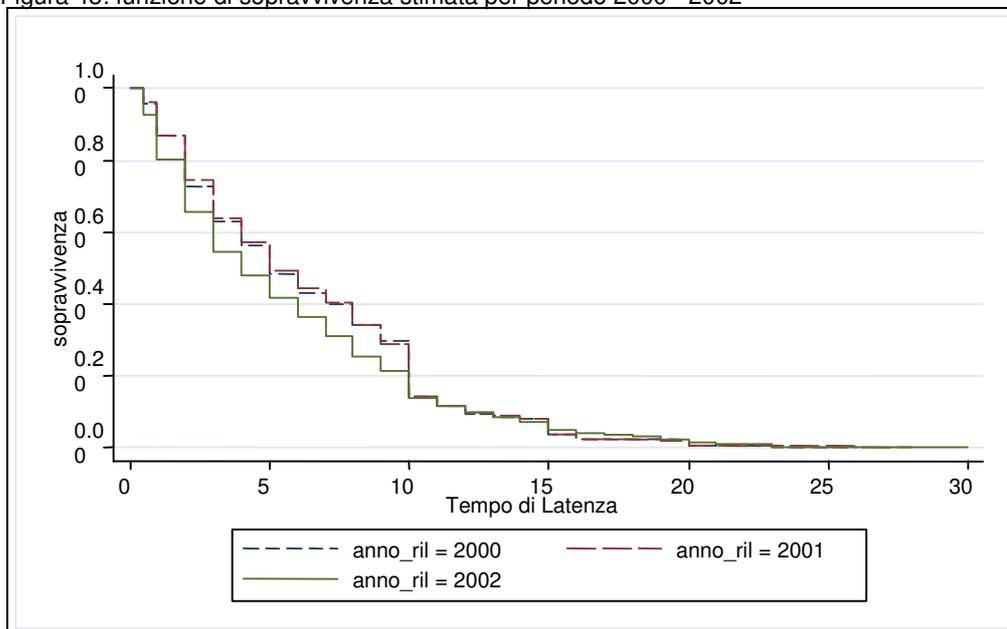
I risultati ottenuti tramite il modello di Cox ribadiscono l'evidente effetto sul TL della variabile anno di primo uso; preso infatti come riferimento il livello "<86", ovvero aver utilizzato oppiacei per la prima volta prima del 1986, si osserva un aumento dell'Hazard Ratio che passa progressivamente da 1,6 per la categoria "86-90" a 2,3 per la categoria ">93". Gli eccessi di rischio evidenziati risultano essere tutti statisticamente significativi. In sintesi il trend che si rileva nel significativo incremento dell'Hazard Ratio molto semplicemente è da intendersi come una significativa diminuzione del TL per quei soggetti che per la prima volta hanno utilizzato oppiacei in anni più recenti rispetto ai soggetti che hanno utilizzato per la prima volta oppiacei in anni più remoti.

Per tutte le altre variabili del modello, non si evidenzia la presenza di effetti statisticamente significativi se non per la classe di età di primo uso 21-24 anni ($p=0,02$); l'assenza di significatività per gli altri due livelli della variabile fa comunque supporre l'assenza di effetto dell'età di primo uso di oppiacei.

Analisi del Tempo di Latenza: confronto rilevazioni 2000, 2001 e 2002

Una ulteriore variabile di analisi è quella costituita dall'anno di rilevazione, ovvero dall'anno in cui i soggetti sono risultati in carico ai SerT della Regione Liguria. Le informazioni necessarie per la determinazione del TL sono state rilevate anche per quanto riguarda gli anni 2000 e 2001 e possono essere utilizzate per valutare se, nel corso degli anni considerati, per la popolazione dei soggetti in carico ed associati ad oppiacei come sostanza di abuso primario, si sia rilevata una variazione nei tempi di latenza. Nelle analisi condotte è comunque da tenere in conto la presenza di soggetti rilevati in due o in tutti e tre gli anni di indagine coperti; tale situazione da un lato non è eludibile in quanto i soggetti presenti in più anni contribuiscono all'effettiva determinazione del TL per l'anno in esame, ma dall'altro comporta una maggiore inerzia nell'individuare effettive variazioni nel tempo del TL. In questo approfondimento è stato deciso di mantenere entro ogni anno di appartenenza i soggetti che compaiono in più anni.

Figura 45: funzione di sopravvivenza stimata per periodo 2000 - 2002



In figura 45 è riportata la funzione di sopravvivenza stimata per i tre anni considerati. Per gli anni 2000 e 2001 si osservano TL medi rispettivamente pari a 6,4 e 6,5 che risultano essere significativamente superiori, secondo sia il test Log-Rank che il test Wilcoxon, rispetto al TL relativo all'anno 2002. La significatività delle differenze risulta però essere apparente in quanto il modello di Cox implementato aggiungendo come variabile l'anno di rilevazione non evidenzia effetti netti di tale variabile.

Conclusioni

Le analisi condotte sul TL nell'uso di oppiacei per il campione di codici rilevati presso i Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze della Regione Liguria per l'anno 2002, hanno sostanzialmente evidenziato la forte dipendenza di tale variabile rispetto all'epoca di primo utilizzo. Si rileva infatti una riduzione del TL per i soggetti primi utilizzatori successivamente al 1991 rispetto ai soggetti primi utilizzatori in anni precedenti. Tale diminuzione può essere spiegata nel contesto delle normative riguardo l'accesso ai servizi a seguito di uso e possesso per uso personale di sostanze illecite entrate in vigore a partire dall'inizio degli anni 90. Per tutte le altre variabili considerate non è stata evidenziata la presenza di effetti significativi sul TL, se non marginalmente rispetto all'età di primo utilizzo; tale situazione si mantiene inalterata anche nell'analisi dei TL rilevati nei campioni di codici analizzati per gli anni 2000 e 2001, anni per i quali complessivamente la distribuzione del TL non si discosta significativamente da quella dell'anno 2002.

Stime di incidenza

Stime di incidenza

Stime di incidenza di uso di oppiacei

L'analisi del fenomeno delle tossicodipendenze in Liguria oltre ad evidenziare problematicità sia a livello sociale che di salute pubblica rende sempre più evidente la necessità di disporre di strumenti in grado di fornire elementi di conoscenza utili allo sviluppo di strategie preventive.

E' in tale ottica che diviene fondamentale la costruzione di indicatori che forniscano, sulla base di evidenze empiriche, una conoscenza qualitativa e quantitativa adeguata del fenomeno.

Il concetto di "incidenza di primo uso", definito come il numero di "nuovi soggetti" che ogni anno iniziano ad assumere in modo problematico sostanze stupefacenti, oltre a fornire un'informazione diretta sul reclutamento di nuovi casi, costituisce un buon indicatore della diffusione nel tempo del fenomeno e della tendenza di "nuovi individui" ad esser coinvolti nel problema.

Va ricordato che il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze, proprio perché riguarda comportamenti illegittimi, costituisce impresa ardua e di non sempre facile ed immediata realizzazione; è proprio per tale motivo che si rende necessario effettuare una stima a partire da indicatori di fenomeni visibili per una descrizione di fenomeni nascosti.

E' in tale contesto che l'Italia si è fatta promotrice, a livello europeo, dell'adozione della metodologia della Back-Calculation approvata dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA) di Lisbona. Tale tecnica consente di effettuare una stima dell'estensione del fenomeno utilizzando dati osservazionali, quali le "nuove richieste di terapia ai Servizi per le Tossicodipendenze" (SerT); in tale ottica diviene di fondamentale importanza acquisire informazioni sul tempo che in media intercorre tra il primo uso di droga e la prima richiesta di trattamento, cioè è necessario conoscere la distribuzione del "tempo di latenza". Inoltre, formulando alcune ipotesi sui futuri tassi di incidenza di primo uso di droga, il metodo Back-Calculation è in grado di fornire una previsione delle richieste di trattamento attese nel breve/medio termine.

Per l'applicazione di tale metodologia, ci si è serviti sia dell'attuale flusso informativo del Ministero della Salute per quanto attiene alle "nuove domande di trattamento ai servizi sanitari", sia del flusso informativo relativo al progetto di Sorveglianza Epidemiologica delle Tossicodipendenze (SET) della regione Liguria per la stima del tempo di latenza, che costituisce prerequisite fondamentale per la valutazione dell'incidenza del fenomeno.

Poichè circa l'80% dei soggetti, che richiedono un trattamento ai servizi sanitari, presentano problemi legati all'uso di oppiacei, in questa sezione verranno riportate le stime di incidenza di primo uso di tali sostanze.

Nell'anno 2002 si è stimato che in Liguria 1.291 soggetti, cioè circa 16 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni, (considerata popolazione

Stime di incidenza

a rischio) abbiano iniziato a far uso problematico di oppiacei. Tale valore è rimasto pressochè stabile rispetto all'anno 2001.

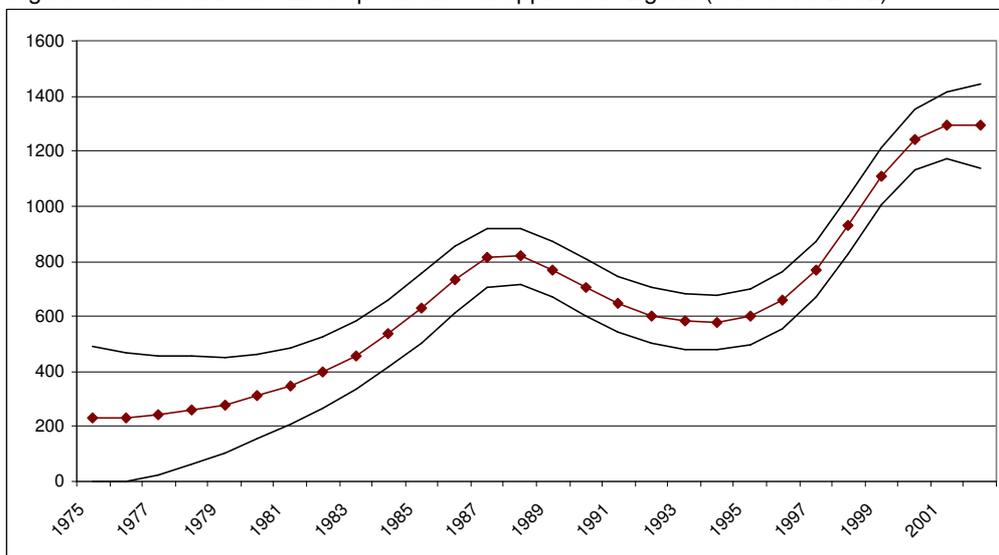
Il tasso di incidenza, calcolato per la Liguria, risulta essere abbastanza alto, in special modo se confrontato con il dato nazionale che per gli anni 2001-2002 si è assestato sugli 8 nuovi utilizzatori ogni 10.000 soggetti residenti in età 15-54.

Tabella 49. stima del numero di soggetti che hanno iniziato a far uso di oppiacei in Liguria negli anni 2001-2002 (valori assoluti delle stime e intervallo di variazione)

Anno	Stima di incidenza con il metodo Back-Calculation	Intervallo di variazione della stima
2001	1.293	1.172 - 1.413
2002	1.291	1.141 - 1.413

Al fine di valutare eventuali variazioni del numero di nuovi utilizzatori di oppiacei nel corso degli anni, di seguito viene riportata la curva di incidenza per il periodo che va dal 1975 al 2002.

Figura 46. curva di incidenza di "primo uso" di oppiacei in Liguria (anni 1975-2002)



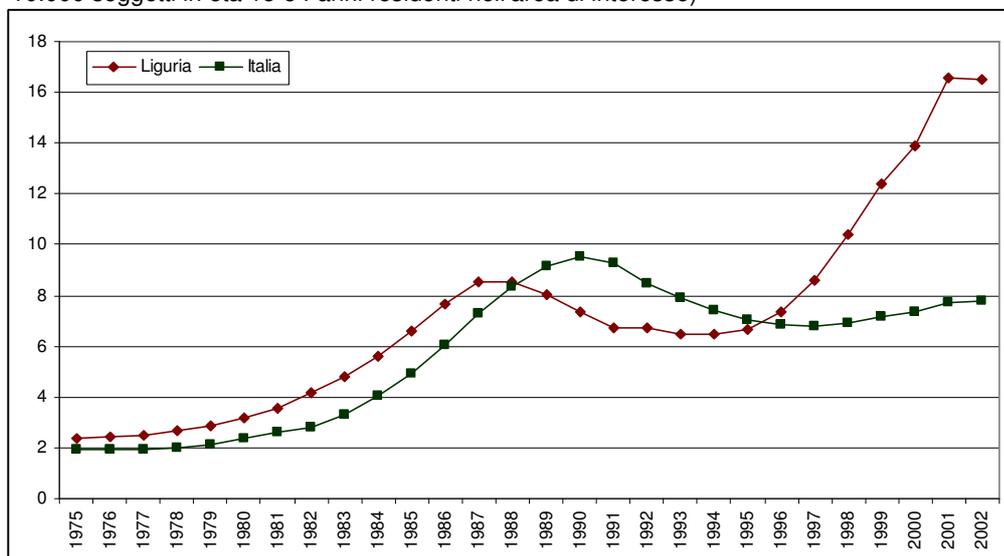
La curva di incidenza (figura 46) mostra come dalla metà degli anni settanta, il numero di nuovi utilizzatori di oppiacei è iniziato a crescere di anno in anno fino a raggiungere un massimo di circa 800 individui nel 1987; successivamente, tale curva assume un andamento decrescente, arrivando a toccare il valore minimo di circa 600 dipendenti da oppiacei nel 1993-1994,

per poi impennare rapidamente negli ultimi 8 anni, giungendo ai 1.291 soggetti dell'anno in esame.

Nel grafico sono stati riportati anche gli intervalli di confidenza, che danno un'indicazione sulla variabilità delle stime ottenute.

Ai fini di un confronto dell'andamento del fenomeno relativo all'uso di oppiacei in Liguria e in Italia (Figura 47), qui di seguito sono riportate le due curve di incidenza inerenti queste due aree; come risulta possibile osservare sono stati riportati i tassi di incidenza in luogo dei valori assoluti delle stime.

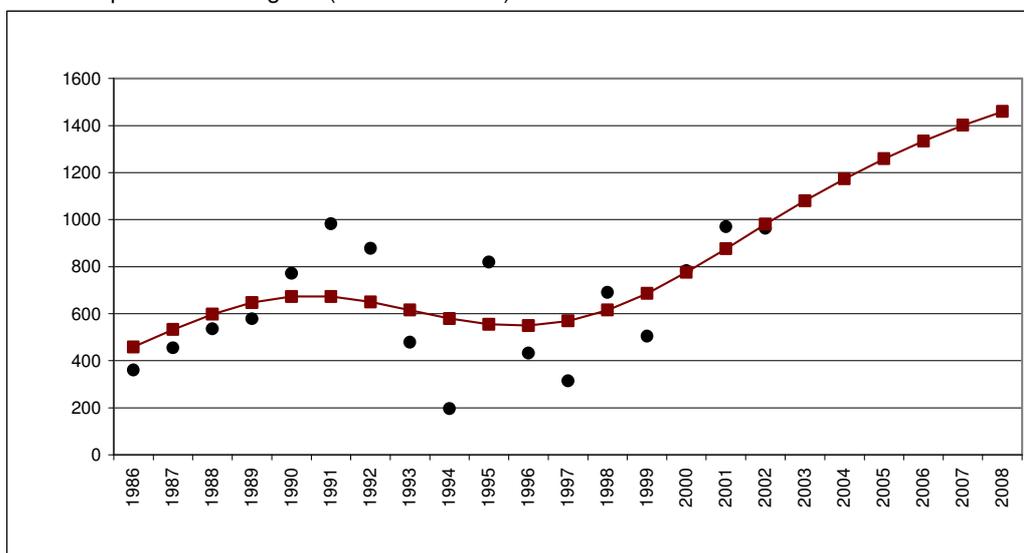
Figura 47. curve di incidenza di "primo uso" di oppiacei in Liguria e in Italia (tassi calcolati su 10.000 soggetti in età 15-54 anni residenti nell'area di interesse)



Dalla figura 47 appare chiaro che l'andamento è stato pressoché simile fino agli anni 1995-1996. La differenza è molto evidente, invece, negli anni 1996-2002 in cui l'incidenza in Liguria risulta in forte crescita mentre il dato nazionale è di sostanziale stabilità. È importante precisare, comunque, che per gli anni 2001-2002 il tasso di incidenza della Liguria risulta il più alto in Italia.

In figura 48 si riporta, infine, la curva di incidenza relativa al numero di tossicodipendenti che ogni anno richiedono per la prima volta un trattamento ad un servizio sanitario; i punti nel grafico fanno riferimento ai valori osservati, cioè al numero di prime richieste di terapia (fonte flusso informativo del Ministero della Salute) mentre i punti uniti dalla curva rappresentano le stime ottenute tramite il metodo Back-Calculation.

Figura 48. Curva di incidenza relativa alla richiesta di primo trattamento ai Servizi per le Tossicodipendenze in Liguria (anni 1986-2008)



Di notevole interesse, ai fini di una previsione a breve termine delle future richieste di trattamento, è la stima effettuata, tramite la metodologia Back-Calculation, relativamente agli anni che vanno dal 2002 al 2008; in Liguria, qualora il fenomeno dovesse mantenere un andamento simile a quanto rilevato nel corso degli ultimi 5 anni (1998-2002), si prevede un incremento delle richieste di trattamento che potrebbe arrivare a toccare la quota di 1400 soggetti per l'anno 2008.

**Analisi delle
schede di dimissione ospedaliera**

Analisi delle schede di dimissione ospedaliera

L'analisi delle numerose informazioni registrate a livello regionale sui ricoveri effettuati nelle strutture ospedaliere costituiscono un'altra fonte di informazioni ai fini dell'analisi epidemiologica dei fenomeni della tossicodipendenza e dell'alcolismo.

Di seguito i principali risultati dell'analisi esplorativa effettuata sui ricoveri che hanno avuto luogo tra il 1997 ed il 2003, nelle strutture ospedaliere della Regione Liguria e che riportavano una diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di sostanze psicotrope o di alcol.

Nelle schede di dimissione ospedaliera le diagnosi sono classificate in base ad un repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia (ICD-9 CM) ed i codici considerati per la scelta dei ricoveri da includere nella presente analisi sono quelli consigliati dall'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), riportati nella tabella 50.

Tabella 50. categorie di diagnosi correlate all'uso di droghe ed alcol.

Categoria di diagnosi correlata all'uso di DROGHE	Codice ICD-9 CM (anno 1997)
Psicosi da droghe	292
Dipendenza da droghe (esclusi barbiturici e sedativi)	304.0, 304.2-9
Abuso di droghe senza dipendenza (esclusi barbiturici, sedativi ed antidepressivi)	305.2-3, 305.5-7, 305.9
Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati	965.0
Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione - cocaina	968.5
Avvelenamento da psicodislettici (allucinogeni)	969.6
Avvelenamento da psicostimolanti	969.7
Categoria di diagnosi correlata all'uso di ALCOL	Codice ICD-9 CM (anno 1997)
Psicosi da alcol	291.0-9
Sindrome di dipendenza da alcol	303
Abuso di alcol senza dipendenza	305.0
Effetti tossici dell'alcol etilico	980.0

I fenomeni della tossicodipendenza e dell'alcolismo sono stati trattati separatamente, facendo riferimento ai due gruppi di codici sopra riportati. Inoltre, le dimissioni, per ognuno dei due argomenti menzionati, sono state considerate sotto due diversi punti di vista: in primo luogo sono stati analizzati i ricoveri/dimissioni droga-correlati o alcol-correlati, per anno di dimissione, senza tener conto del soggetto ospedalizzato; infatti in questo primo approccio si vuole valutare l'entità del fenomeno delle dipendenze psicotrope in base al carico degli episodi di ricovero per tossicodipendenza o alcolismo che gravano sulle strutture ospedaliere.

Il secondo approccio consiste, invece, nell'analisi dei soggetti ricoverati eliminando, per ogni anno di dimissione, i ricoveri multipli riferiti ad un unico soggetto; in questo modo si vanno piuttosto a studiare le caratteristiche socio-demografiche e strutturali dei due collettivi di interesse.

Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale correlata all'uso di droghe

In primo luogo sono state prese in considerazione le 3.939 dimissioni ospedaliere avvenute nelle strutture ospedaliere della Liguria tra il 1997 ed il 2003 con diagnosi principale legata al consumo di droghe.

In generale si può osservare una riduzione dei ricoveri droga-correlati nei sette anni considerati, ma è importante segnalare che l'archivio regionale delle SDO è gestito a livello centralizzato ed aggiornato con un ritardo nell'inserimento delle schede di dimissione. Si ritiene quindi importante considerare provvisori e non definitivi i dati relativi agli ultimi due anni di dimissione.

Tabella 51. ricoveri con diagnosi principale correlata all'uso di droghe nelle strutture ospedaliere della Liguria.

Anno	n	Percentuali
1997	844	21,4
1998	708	18,0
1999	596	15,1
2000	505	12,8
2001	569	14,4
2002	470	11,9
2003	247	6,3
Totale	3939	100

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Effettuando un'ulteriore disaggregazione in base alla tipologia di diagnosi si può osservare che le cause di ricovero maggiormente riportate riguardano diagnosi direttamente legate al consumo quali sono abuso, dipendenza o avvelenamenti e che probabilmente si riferiscono a terapie di disintossicazione come motivazione dell'ospedalizzazione, mentre le cause relative a patologie organiche, in questo caso soltanto "psicosi da droghe", si presentano in misura meno elevata, sebbene in aumento nella serie di anni analizzati (tabella 52).

E' interessante osservare come l'avvelenamento da oppiacei risulti in calo costante, passando dal 5,8 al 2,4 % dei ricoveri; informazione importante in quanto potrebbe fornire un'indicazione riguardo alla riduzione delle overdose, confermando quanto già riscontrato in base ad altre fonti per la mortalità droga correlata.

Tabella 52. serie storica delle % di ricoveri con diagnosi principale correlata all'uso di droghe

Ricoveri con diagnosi principale correlata all'uso di DROGHE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Psicosi da droghe	11,7%	11,3%	12,2%	14,7%	13,0%	14,0%	19,0%
Dipendenza da droghe	69,2%	66,0%	57,6%	60,2%	64,0%	63,4%	54,3%
Abuso di droghe senza dipendenza	12,0%	16,1%	23,3%	18,4%	18,1%	19,4%	23,1%
Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati	5,8%	5,4%	5,9%	4,8%	3,5%	2,6%	2,4%
Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione - cocaina	0,2%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%
Avvelenamento da psicodisleptici (allucinogeni)	0,6%	0,6%	0,3%	0,6%	0,5%	0,2%	0,4%
Avvelenamento da psicostimolanti	0,5%	0,6%	0,3%	1,0%	0,5%	0,4%	0,8%

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

E' possibile disaggregare i ricoveri "droga-correlati" per tipo di sostanza, ma soltanto per le diagnosi riguardanti abuso, dipendenza ed avvelenamento, mentre tale classificazione non risulta possibile qualora si parli di psicosi da droghe (tabella 53).

Analizzando le distribuzioni percentuali dei ricoveri per tipo di sostanza e per anno di riferimento, si osserva una maggior prevalenza di ospedalizzazioni dovute all'abuso di oppiacei che si attesta mediamente intorno al 75%, presentando una leggerissima diminuzione nel tempo.

Diversamente accade nei ricoveri motivati dall'abuso di cocaina, la cui proporzione rispetto agli altri ricoveri subisce un forte aumento nella serie di anni considerata, passando dal 2,3 al 9,5%. I ricoveri relativi al consumo di cannabinoidi raggiungono una quota che rimane anch'essa costante negli anni, così come non si evidenziano variazioni importanti per quanto riguarda il resto delle sostanze. Interessante è il dato relativo alle sostanze miste o non specificate: piuttosto elevato e forse ad indicare una eccessiva mancanza di accuratezza nella determinazione del codice inserito nella scheda.

Tabella 53. serie storica delle % di ricoveri per tipologia di sostanza.

Tipologia di sostanza relativa alla diagnosi principale di ricovero	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Oppioidi (incluse le combinazioni con oppioidi)	79,3%	75,3%	66,0%	72,9%	74,1%	74,5%	73,5%
Cocaina	2,3%	2,9%	4,8%	5,1%	5,1%	6,7%	9,5%
Cannabinoidi	2,1%	2,2%	2,3%	3,0%	2,2%	3,5%	1,0%
Amfetamine ed altri psicostimolanti	1,5%	1,3%	0,6%	1,6%	1,8%	1,0%	2,0%
Allucinogeni	1,6%	1,6%	1,5%	1,9%	2,0%	1,2%	2,0%
Sostanze miste o non specificate	13,2%	16,7%	24,9%	15,5%	14,7%	13,1%	12,0%

Nota: per la costruzione di questa tabella sono stati esclusi i ricoveri per psicosi da droghe dal totale dei ricoveri a cui si fa riferimento nella tabella precedente

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Nelle schede di dimissione ospedaliera sono riportate, oltre alla diagnosi principale, anche le diagnosi concomitanti o secondarie di ricovero. E' importante sottolineare che la gerarchia secondo cui le diagnosi (principale e secondarie) sono ordinate non corrisponde sempre allo stesso criterio di

classificazione. In particolare, fino al 2000 la diagnosi principale è stata definita come quella che "ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento", assegnandole quindi un connotato prevalentemente economico-amministrativo; mentre, a seguito del DM 380/2000, tale diagnosi è stata definita come "la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche" dando più rilievo al suo significato clinico - assistenziale¹.

In realtà la diversa modalità di classificazione introdotta a partire dal 2001 richiederebbe una diversa definizione dei ricoveri "droga-correlati" per i due periodi considerati; analizzando però le distribuzioni delle diagnosi di ricovero legate al consumo di sostanze psicotrope si osserva che non ci sono differenze significative nei due periodi.

Nelle tavole successive si riportano le distribuzioni delle prime tre diagnosi concomitanti relative ai ricoveri "droga-correlati" (Tavole 54, 55 e 56); per i motivi sopra riportati i confronti tra gli anni devono essere effettuati con cautela, se non all'interno dei due periodi considerati ma risultano interessanti qualora si vogliono studiare le malattie principalmente associate ai ricoveri "droga-correlati".

Si sottolinea che i campi relativi alle diagnosi concomitanti non risultano sempre compilati; nel nostro caso la prima diagnosi concomitante è riportata nel 51% delle SDO considerate, la seconda nel 19% e la terza nel 6%. In alcune delle seguenti tabelle alcuni settori di malattie, così come definiti nell'ICD-9-CM, sono stati accorpati nella categoria "Altre malattie" in quanto riportavano una percentuale di casi molto bassa, così permettendo una migliore visualizzazione delle diagnosi più rilevanti.

Analizzando la distribuzione percentuale delle malattie riportate nelle tre diagnosi concomitanti per i diversi anni di dimissione si osserva che le percentuali più alte si hanno in corrispondenza di "malattie infettive o parassitarie", "disturbi psichici" (in particolare disturbi nevrotici e della personalità" e malattie del fegato). In tale contesto, uno studio più approfondito delle diagnosi concomitanti, che contempli l'utilizzo di tecniche di analisi multivariata, potrebbe in futuro risultare di fondamentale importanza nell'esame delle malattie e dei danni organici conseguenti al consumo o abuso di sostanze psicotrope, nonché fornire una chiave di lettura ed interpretazione delle teorie avanzate riguardo al fenomeno della doppia diagnosi..

¹ CNR - Ministero di Salute; Atlante dei ricoveri ospedalieri in Italia - Anno 1999; Giugno 2002

Tabella 54. distribuzione percentuale dei ricoveri "droga-correlati" per cui è stata riportata la prima diagnosi concomitante, per anno di dimissione

Diagnosi ICD-9-CM	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Infezione da virus della imm.def. umana HIV	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	10,7%	9,4%	5,7%
Epatiti (A, B, C, non specificate)	1,0%	3,5%	3,3%	8,3%	12,9%	7,2%	9,6%
Altre <i>Malattie infettive o parassitarie</i>	11,3%	8,0%	9,9%	10,9%	2,5%	1,1%	0,6%
<i>Malattie delle ghiandole endocrine, del metab. e disturbi imm.</i>	3,6%	1,6%	2,6%	1,4%	1,6%	3,6%	1,9%
Psicosi	4,9%	4,8%	4,8%	5,4%	5,7%	5,4%	7,6%
Abuso/dipendenza da alcol	7,7%	4,5%	6,6%	6,2%	5,3%	5,8%	3,2%
Abuso/dipendenza da droghe	7,4%	10,9%	9,6%	13,4%	11,6%	9,7%	20,4%
Disturbi nevrotici	5,1%	8,0%	8,8%	8,7%	7,2%	11,9%	10,2%
Disturbi di personalità	8,7%	7,4%	7,7%	6,9%	6,9%	12,6%	10,2%
Altri disturbi psichici non psicotici	3,3%	3,5%	4,0%	6,2%	6,9%	5,4%	10,2%
<i>Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi</i>	4,1%	5,1%	6,6%	1,4%	5,3%	6,9%	3,2%
<i>Malattie del sistema circolatorio</i>	5,6%	4,8%	4,0%	5,1%	3,8%	2,5%	2,5%
<i>Malattie dell'apparato respiratorio</i>	2,1%	0,3%	2,2%	2,2%	0,3%	1,4%	2,5%
Malattie del fegato senza menzione di alcol	16,2%	16,7%	9,6%	9,8%	5,0%	2,2%	2,5%
Altre <i>Malattie dell'apparato digerente</i>	1,5%	2,3%	2,6%	1,1%	2,8%	1,1%	0,0%
Altre <i>malattie</i>	4,6%	4,8%	7,4%	6,2%	2,5%	3,6%	1,3%
<i>Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti</i>	2,3%	1,9%	3,3%	1,8%	2,2%	3,2%	1,3%
<i>Traumatismi</i>	5,9%	3,9%	3,7%	2,5%	2,5%	2,2%	3,8%
<i>Avvelenamenti</i>	1,5%	4,5%	1,5%	0,0%	1,9%	1,4%	0,6%
Fattori influenti sullo stato di salute	2,3%	3,2%	1,8%	2,5%	2,2%	3,2%	2,5%
Totale di ricoveri che hanno riportato la prima diagnosi concomitante (valori assoluti)	390	311	272	276	318	277	157

Nota: in questa tabella i gruppi di diagnosi sono stati aggregati secondo la ripartizione in 17 settori della classificazione ICD-9-CM (in corsivo), la categoria "Altre malattie" include tutti i settori risultati inferiori al 2%. Le singole diagnosi per cui si è riscontrata una percentuale superiore al 2% sono state scorporate e riportate in corrispondenza del proprio settore di appartenenza. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale dei ricoveri "droga-correlati" per i quali risulta riportata la diagnosi concomitante.

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Altra diagnosi che presenta alte percentuali di ricoveri è "abuso/dipendenza da alcol" e anche questa potrebbe fornire qualche indicazione sui nuovi "pattern" d'uso caratterizzati dall'utilizzo di più sostanze, tra cui l'alcol. La forte diminuzione delle "malattie del fegato senza menzione di alcol" nell'arco di tempo osservato è probabilmente dovuta a quanto riferito sopra riguardo al cambiamento di significato della gerarchizzazione delle diagnosi nell'anno 2000, ma anche considerando i due periodi separatamente tale diminuzione risulta abbastanza importante. Lo stesso gruppo di malattie presenta alte percentuali anche nelle distribuzioni delle diagnosi concomitanti successive (Tabelle 54 e 55).

Sebbene i ricoveri per cui risultano riportate la seconda e la terza diagnosi concomitanti siano soltanto una piccola parte delle ospedalizzazioni, è interessante osservare come alcuni gruppi di malattie non evidenziati in precedenza presentino ora alte percentuali di ricovero, nello specifico ciò avviene nelle "malattie del sistema circolatorio", "malattie delle ghiandole endocrine, del metabolismo e disturbi immunitari", "malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi" ed infine nella categoria "altre malattie".

Analisi delle schede di dimissione ospedaliera

Tabella 55. distribuzione percentuale dei ricoveri "droga-correlati" per cui è stata riportata la seconda diagnosi concomitante, per anno di dimissione

Diagnosi ICD-9-CM	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Infezione da virus della immunodeficienza umana HIV	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,8%	3,7%	6,8%
Epatiti (A, B, C, non specificate)	2,3%	2,8%	0,0%	0,9%	5,8%	13,2%	13,6%
Altre <i>Malattie infettive o parassitarie</i>	9,3%	9,2%	14,2%	11,3%	2,9%	1,5%	3,4%
Diabete mellito	3,1%	1,8%	0,0%	3,8%	1,9%	2,2%	0,0%
Altre <i>Malattie delle ghiandole endocrine, del metab. e disturbi imm.</i>	6,2%	0,9%	1,8%	2,8%	3,9%	1,5%	0,0%
Psicosi	1,6%	3,7%	0,9%	3,8%	3,9%	3,7%	3,4%
Abuso/dipendenza da alcol	3,1%	1,8%	1,8%	1,9%	2,9%	0,7%	1,7%
Abuso/dipendenza da droghe	5,4%	6,4%	6,2%	16,0%	5,8%	8,8%	13,6%
Disturbi nevrotici	2,3%	6,4%	6,2%	1,9%	5,8%	5,1%	0,0%
Disturbi di personalità	3,1%	1,8%	6,2%	1,9%	7,8%	8,8%	3,4%
Altri disturbi psichici non psicotici	3,1%	2,8%	2,7%	2,8%	1,9%	11,8%	10,2%
<i>Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi</i>	3,9%	1,8%	2,7%	3,8%	8,7%	5,1%	1,7%
<i>Malattie del sistema circolatorio</i>	7,8%	14,7%	10,6%	14,2%	5,8%	10,3%	11,9%
<i>Malattie dell'apparato respiratorio</i>	2,3%	0,0%	0,9%	2,8%	3,9%	1,5%	0,0%
Malattie del fegato senza menzione di alcol	24,8%	18,3%	11,5%	12,3%	9,7%	2,2%	3,4%
Altre <i>Malattie dell'apparato digerente</i>	4,7%	4,6%	4,4%	2,8%	3,9%	5,1%	1,7%
Malattie dell'apparato genitourinario	3,1%	1,8%	1,8%	2,8%	2,9%	0,7%	0,0%
<i>Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo</i>	3,1%	0,9%	0,9%	4,7%	1,0%	0,7%	5,1%
Altre <i>malattie</i>	3,1%	5,5%	8,0%	0,9%	2,9%	2,9%	1,7%
<i>Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti</i>	0,8%	1,8%	4,4%	4,7%	2,9%	2,2%	5,1%
<i>Traumatismi</i>	5,4%	10,1%	8,0%	1,9%	3,9%	1,5%	8,5%
<i>Avvelenamenti</i>	0,8%	2,8%	6,2%	0,0%	1,0%	0,7%	1,7%
Fattori influenti sullo stato di salute	0,8%	0,0%	0,9%	1,9%	2,9%	5,9%	3,4%
Totale di ricoveri che hanno riportato la seconda diagnosi concomitante (valori assoluti)	129	109	113	106	103	136	59

Nota: in questa tabella i gruppi di diagnosi sono stati aggregati secondo la ripartizione in 17 settori della classificazione ICD-9-CM (in corsivo), la categoria "Altre malattie" include tutti i settori risultati inferiori al 2%. Le singole diagnosi per cui si è riscontrata una percentuale superiore al 2% sono state scorporate e riportate in corrispondenza del proprio settore di appartenenza. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale dei ricoveri "droga-correlati" per i quali risulta riportata la diagnosi concomitante.

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Tabella 56. distribuzione percentuale dei ricoveri "droga-correlati" per cui è stata riportata la terza diagnosi concomitante, per anno di dimissione

Diagnosi ICD-9-CM	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Epatiti (A, B, C, non specificate)	4,8%	3,0%	0,0%	0,0%	5,6%	10,0%	23,5%
Altre Malattie infettive o parassitarie	2,4%	6,1%	10,7%	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Malattie delle ghiandole endocrine, del metab. e disturbi imm.	4,8%	9,1%	10,7%	5,3%	2,8%	8,0%	5,9%
Psicosi	0,0%	9,1%	0,0%	2,6%	2,8%	4,0%	0,0%
Abuso/dipendenza da alcol	4,8%	9,1%	0,0%	2,6%	8,3%	2,0%	0,0%
Abuso/dipendenza da droghe	2,4%	0,0%	0,0%	18,4%	5,6%	6,0%	5,9%
Disturbi nevrotici	11,9%	0,0%	3,6%	5,3%	2,8%	8,0%	0,0%
Altri disturbi psichici non psicotici	2,4%	0,0%	0,0%	2,6%	5,6%	10,0%	0,0%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	4,8%	0,0%	7,1%	7,9%	8,3%	8,0%	0,0%
Malattie del sistema circolatorio	11,9%	9,1%	10,7%	10,5%	19,4%	16,0%	11,8%
Malattie dell'apparato respiratorio	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	5,6%	2,0%	0,0%
Malattie del fegato senza menzione di alcol	14,3%	21,2%	17,9%	10,5%	5,6%	0,0%	0,0%
Altre Malattie dell'apparato digerente	2,4%	0,0%	10,7%	0,0%	2,8%	4,0%	11,8%
Altre malattie	16,7%	15,2%	7,1%	13,2%	8,3%	10,0%	23,5%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,4%	0,0%	3,6%	10,5%	5,6%	4,0%	5,9%
Traumatismi	11,9%	9,1%	14,3%	0,0%	8,3%	4,0%	11,8%
Avvelenamenti	0,0%	3,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Fattori influenti sullo stato di salute	2,4%	6,1%	0,0%	0,0%	2,8%	4,0%	0,0%
Totale di ricoveri che hanno riportato la terza diagnosi concomitante (valori assoluti)	42	33	28	38	36	50	17

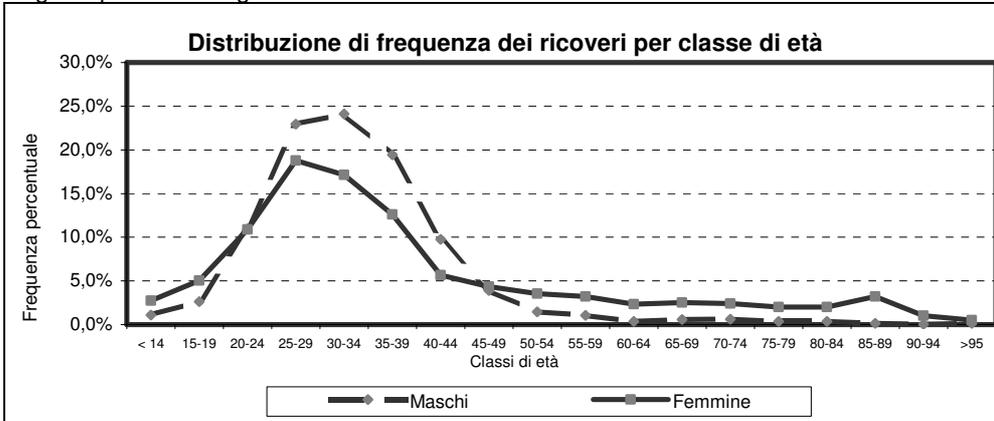
Nota: in questa tabella i gruppi di diagnosi sono stati aggregati secondo la ripartizione in 17 settori della classificazione ICD-9-CM (in corsivo), la categoria "Altre malattie" include tutti i settori risultati inferiori al 2%. Le singole diagnosi per cui si è riscontrata una percentuale superiore al 2% sono state scorperate e riportate in corrispondenza del proprio settore di appartenenza. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale dei ricoveri "droga-correlati" per i quali risulta riportata la diagnosi concomitante.

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Pazienti ricoverati con diagnosi principale correlata all'uso di droghe

Nel paragrafo precedente sono stati analizzati tutti i ricoveri che riportavano nella diagnosi principale uno dei codici "droga-correlati". Nella presente sezione, invece, si vogliono analizzare le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti ricoverati per diagnosi principale correlate all'uso o abuso di sostanze psicotrope. Quindi per una corretta analisi è necessario eliminare i doppi ricoveri in modo da ottenere il vero collettivo di soggetti ricoverati, utilizzatori o abusatori di sostanze psicotrope. Per l'individuazione dei doppi ricoveri è stata utilizzata una procedura di aggregazione che permette di riconoscere i ricoveri che si riferiscono ad uno stesso soggetto; tale individuazione avviene sulla base di un codice unico (ed anonimo) costruito utilizzando alcuni dati anagrafici del soggetto. Secondo la distribuzione per sesso e classe di età degli individui ricoverati in tutto il periodo considerato, senza distinguere per anno di dimissione, circa il 70% di essi si colloca nella fascia di età compresa tra 20 e 40 anni, e tale percentuale risulta ancora più elevata nel caso dei maschi; nel caso delle femmine, invece, le classi di età più avanzata, risultando di numerosità più elevata, danno luogo ad una distribuzione più uniforme (Figura 49).

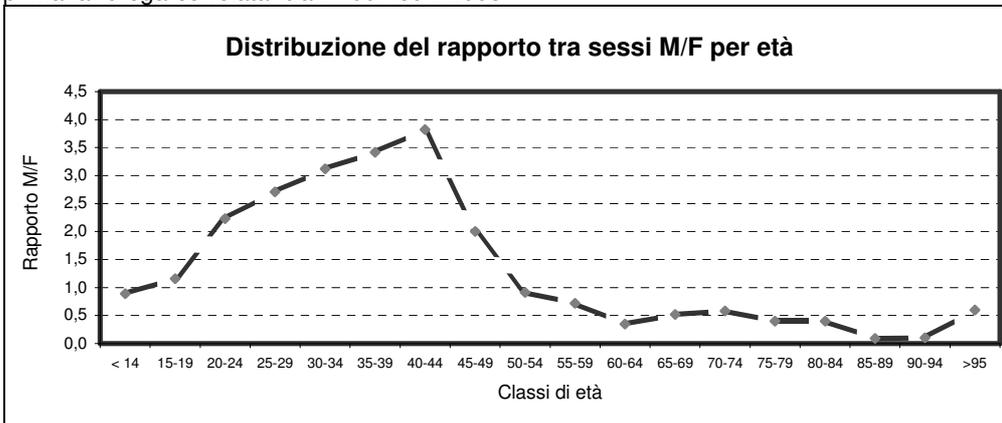
Figura 49. distribuzione percentuale per classe di età e sesso dei soggetti ricoverati con diagnosi primaria "droga-correlata" tra il 1997 ed il 2003.



Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Considerando lo stesso collettivo è interessante osservare come si distribuisce l'indice del rapporto tra maschi e femmine al variare delle classi di età. Se l'indice assume valori compresi tra 2 e 4 maschi ricoverati per ogni femmina nelle classi di età intermedie, è altresì evidente come quest'ultimo scenda al di sotto di quota 1 nelle classi di età più avanzate, per arrivare addirittura ad un valore medio pari allo 0,3 per i soggetti di età superiore ai 75 anni, il che equivale a dire che ci sono circa quattro donne ricoverate per ogni uomo (Figura 50).

Figura 50. distribuzione del rapporto M/F per classe di età dei soggetti ricoverati con diagnosi primaria "droga-correlata" tra il 1997 ed il 2003



Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

A conclusioni simili si arriva se si analizzano le caratteristiche dei soggetti ricoverati distinguendoli per anno di ricovero. Innanzitutto risulta evidente il trend in costante aumento dell'età media: si passa infatti da 34 a 38 anni nella serie di anni considerati (Tabella 57). Inoltre l'età media delle donne risulta superiore di almeno tre anni rispetto a quella degli uomini in tutti gli anni di dimissione, per arrivare addirittura ad una differenza di otto anni nel 2003.

Nella stessa tabella è stato riportato l'indice del rapporto tra maschi e femmine e la percentuale di maschi rispetto al totale di individui ricoverati ogni anno. Entrambi questi indici permettono di rilevare una più elevata quota di maschi ricoverati rispetto alle donne (in media nel periodo per ogni donna risultano ricoverati poco più di due uomini) ma più evidente è il fatto che tale rapporto è in costante diminuzione all'interno nella serie temporale analizzata.

Tabella 57. alcuni indici calcolati sul totale dei soggetti ricoverati con diagnosi primaria "droga-correlata"

Anno	Età media			Rapporto M/F	Rapporto maschi/totale *100 ricoveri
	M	F	Totale		
1997	32,0	38,6	33,9	2,5	71,7
1998	32,1	37,8	33,8	2,5	71,1
1999	33,3	39,3	35,2	2,2	68,4
2000	33,7	38,5	35,2	2,3	69,7
2001	34,3	37,9	35,5	2,0	67,0
2002	34,6	39,5	36,3	1,8	64,6
2003	35,1	43,4	38,0	1,9	65,4

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale correlata all'uso di alcol

Nel seguito sono presentati i principali risultati dell'analisi dei ricoveri alcol-correlati, quindi l'insieme delle dimissioni per le quali risultava riportato come diagnosi principale di ricovero uno dei codici di diagnosi alcol correlata presenti nella prima tabella del presente approfondimento. L'approccio di analisi qui utilizzato è lo stesso dei paragrafi precedenti, valgono quindi le medesime considerazioni sopra riportate, relativamente alla questione dei ritardi di inserimento delle schede, al problema di cambiamento di definizione della diagnosi principale introdotto nel 2001, alla questione dei dati mancanti, ecc.

Come si evince dalla tabella 58, in questo caso si è in presenza di un andamento variabile dei ricoveri "alcol-correlati" nella serie temporale considerata, che suggerisce però un tendenziale aumento col passare degli anni, sebbene non confermato da quanto riportato nel 2003, per evidenti problemi di aggiornamento dell'archivio.

Tabella 58. ricoveri con diagnosi principale correlata all'uso di alcol nelle strutture ospedaliere della Liguria.

Anno	n	Percentuali
1997	1327	13,6
1998	1359	13,9
1999	1646	16,8
2000	1199	12,3
2001	1868	19,1
2002	1611	16,5
2003	771	7,9
Totale	9781	100

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Disaggregando in base alla tipologia di diagnosi (tabella 59), si osserva che la maggior parte dei ricoveri "alcol-correlati" hanno luogo in presenza di dipendenza e/o di abuso della sostanza. E' interessante soffermare l'attenzione sull'inversione di tendenza che si verifica a partire dal 2001 riguardo a queste due tipologie di diagnosi, probabilmente a conferma del cambiamento delle definizioni per la determinazione delle cause principali e concomitanti di ricovero, già spiegato in precedenza.

In quest'ottica dunque, si può avanzare l'ipotesi che nel 60% circa dei ricoveri l'ospedalizzazione avviene sì per un eccesso nel consumo di alcol, ma la motivazione principale che porta alla ritenzione in regime di ricovero è l'avvio di indagini diagnostiche legate ad un problema di dipendenza dalla sostanza.

La percentuale di diagnosi dovute a "psicosi da alcol" si attesta intorno al 12/13%, subendo piccole variazioni, senza una direzione ben definita; un forte calo si verifica nel 2001 che non risulta però confermato negli anni successivi. Questa percentuale, tra l'altro, assume valori simili a quanto avveniva nell'analisi dei ricoveri droga-correlati.

Tabella 59. Percentuale di ricoveri con diagnosi percentuale correlata all'uso di alcol per tipologia di diagnosi

Ricoveri con diagnosi principale correlata all'uso di ALCOL	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Psicosi da alcol	13,3%	12,3%	11,2%	11,8%	7,8%	11,0%	14,5%
Dipendenza da alcol	18,3%	12,6%	21,0%	7,2%	61,9%	62,0%	58,0%
Abuso di alcol	66,2%	73,2%	66,7%	78,4%	30,0%	26,6%	26,8%
Effetti tossici dell'alcol etilico	2,1%	1,9%	1,0%	2,6%	0,2%	0,4%	0,6%

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Nelle tavole successive si riportano le distribuzioni delle prime due diagnosi concomitanti relative ai ricoveri "alcol-correlati" (tabelle 60 e 61), riportate, rispettivamente nel 41 e nel 16% dei casi. Come già espresso nei paragrafi precedenti, risulta anche qui confermata l'importanza dell'analisi delle cause concomitanti di ricovero nello studio delle malattie correlate al consumo di sostanze alcoliche e psicotrope, qui affrontato in modo del tutto esplorativo.

Tabella 60. distribuzione percentuale dei ricoveri "alcol-correlati" per cui è stata riportata la prima diagnosi concomitante, per anno di dimissione

Diagnosi ICD-9-CM	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Malattie infettive e parassitarie</i>	1,3%	4,2%	3,4%	2,4%	2,7%	3,3%	4,7%
Diabete mellito	2,5%	1,8%	2,5%	5,9%	1,7%	2,3%	2,6%
<i>Altre Malattie delle ghiandole endocrine, del metab. e disturbi imm.</i>	0,9%	1,9%	1,1%	1,9%	0,7%	1,7%	1,2%
Psicosi da alcol	5,5%	2,6%	3,4%	1,9%	1,6%	1,3%	1,2%
Altre psicosi	4,7%	6,2%	5,3%	7,3%	7,6%	4,6%	4,7%
Dipendenza/abuso di alcol	14,3%	15,0%	20,6%	12,0%	10,8%	8,8%	9,0%
Dipendenza/abuso di droghe	5,5%	7,2%	4,8%	5,9%	3,1%	3,9%	2,6%
Disturbi nevrotici	11,3%	7,9%	6,6%	9,0%	9,9%	6,5%	8,5%
Disturbi di personalità	3,6%	2,8%	5,5%	5,9%	9,5%	7,7%	11,1%
Altri disturbi psichici non psicotici	5,1%	5,5%	4,2%	4,5%	5,0%	5,3%	7,3%
<i>Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi</i>	7,4%	6,5%	6,2%	5,7%	6,8%	5,7%	6,7%
Ipertensione arteriosa	2,5%	1,4%	2,2%	3,1%	3,5%	2,3%	1,7%
<i>Altre Malattie del sistema circolatorio</i>	0,9%	2,3%	1,9%	2,8%	1,9%	3,1%	4,1%
Malattie del fegato alcoliche	6,8%	5,6%	8,7%	5,2%	9,2%	12,7%	5,0%
Malattie del fegato senza menzione di alcol	4,3%	4,2%	2,8%	1,9%	2,8%	2,7%	2,3%
<i>Altre Malattie dell'apparato digerente</i>	1,1%	1,8%	1,4%	0,7%	0,8%	1,7%	1,5%
<i>Altre malattie</i>	6,2%	7,0%	5,0%	5,4%	6,6%	8,0%	7,9%
<i>Traumatismi</i>	13,8%	13,6%	12,3%	16,5%	12,9%	16,7%	16,6%
<i>Avvelenamenti</i>	1,3%	1,8%	1,2%	0,9%	0,7%	0,9%	0,0%
Fattori influenti sullo stato di salute	0,9%	0,7%	0,8%	1,2%	2,3%	0,8%	1,5%
Totale di ricoveri che hanno riportato la prima diagnosi concomitante (valori assoluti)	530	568	641	424	747	753	343

Nota: in questa tabella i gruppi di diagnosi sono stati aggregati secondo la ripartizione in 17 settori della classificazione ICD-9-CM (in corsivo), la categoria "Altre malattie" include tutti i settori risultati inferiori al 2%. Le singole diagnosi per cui si è riscontrata una percentuale superiore al 2% sono state scorporate e riportate in corrispondenza del proprio settore di appartenenza. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale dei ricoveri "droga-correlati" per i quali risulta riportata la diagnosi concomitante.

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Analizzando le distribuzioni percentuali dei codici riportati come seconda e terza causa di ricovero per i diversi anni di dimissione, osserviamo che le percentuali più alte si presentano per gruppi di diagnosi quali "malattie dell'apparato digerente", in particolare del fegato, "disturbi psichici non psicotici", in particolare dipendenza o abuso di alcol e disturbi nevrotici e della personalità, "psicosi" e per i "traumatismi". Gli andamenti delle percentuali sono difficili da analizzare in quanto non presentano direzioni determinate, inoltre risulta evidente il problema della variazione della gerarchizzazione delle cause introdotta nel 2001; il che suggerisce un futuro approfondimento con l'utilizzo di tecniche della statistica multivariata che permettano di far luce sulla questione.

Analisi delle schede di dimissione ospedaliera

Tabella 61. distribuzione percentuale dei ricoveri "alcol-correlati" per cui è stata riportata la seconda diagnosi concomitante, per anno di dimissione

Diagnosi ICD-9-CM	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Malattie infettive e parassitarie</i>	6,3%	6,0%	2,6%	3,8%	3,9%	5,1%	6,9%
Diabete mellito	1,7%	0,9%	3,5%	3,8%	3,2%	3,8%	1,4%
<i>Altre Malattie delle g. endocrine, del metabolismo e disturbi imm.</i>	2,9%	4,2%	0,9%	5,0%	2,9%	3,5%	2,8%
Psicosi	6,9%	6,5%	3,5%	5,7%	6,8%	5,4%	6,2%
Dipendenza/abuso di alcol	4,0%	4,2%	6,6%	6,3%	3,6%	3,8%	4,1%
Disturbi nevrotici	5,7%	11,2%	9,6%	7,5%	10,4%	5,4%	2,8%
Disturbi di personalità	3,4%	2,8%	7,9%	1,3%	4,5%	5,1%	4,8%
Altri disturbi psichici non psicotici	2,3%	6,0%	5,7%	7,5%	5,5%	5,1%	5,5%
Malattie infiammatorie o ereditarie del sistema nervoso centrale	5,7%	4,2%	5,3%	6,9%	5,5%	5,4%	2,8%
<i>Altre Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi</i>	1,7%	1,4%	7,0%	0,6%	5,2%	4,2%	3,4%
Iperensione arteriosa	4,0%	5,6%	3,1%	2,5%	3,6%	4,8%	2,8%
<i>Altre Malattie del sistema circolatorio</i>	6,9%	4,2%	4,4%	6,9%	5,2%	2,9%	4,1%
Malattie del fegato con menzione di alcol	11,4%	8,8%	8,3%	6,9%	8,1%	8,6%	16,6%
Malattie del fegato senza menzione di alcol	12,6%	7,0%	3,9%	4,4%	3,6%	6,4%	4,8%
<i>Altre Malattie dell'apparato digerente</i>	3,4%	3,7%	3,5%	3,8%	4,5%	3,2%	3,4%
<i>Altre malattie</i>	8,0%	11,6%	6,6%	10,1%	9,4%	9,6%	9,0%
<i>Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti</i>	1,7%	0,9%	1,3%	3,1%	3,2%	1,6%	1,4%
<i>Traumatismi</i>	10,3%	9,8%	13,2%	11,9%	7,8%	11,5%	12,4%
<i>Avvelenamenti</i>	0,6%	0,0%	1,3%	1,3%	0,0%	0,3%	0,0%
Fattori influenti sullo stato di salute	0,6%	0,9%	1,8%	0,6%	2,9%	4,2%	4,8%
Totale di ricoveri che hanno riportata la seconda diagnosi concomitante (valori assoluti)	175	215	228	159	308	313	145

Nota: in questa tabella i gruppi di diagnosi sono stati aggregati secondo la ripartizione in 17 settori della classificazione ICD-9-CM (in corsivo), la categoria "Altre malattie" include tutti i settori risultati inferiori al 2%. Le singole diagnosi per cui si è riscontrata una percentuale superiore al 2% sono state scorporate e riportate in corrispondenza del proprio settore di appartenenza. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale dei ricoveri "droga-correlati" per i quali risulta riportata la diagnosi concomitante.

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

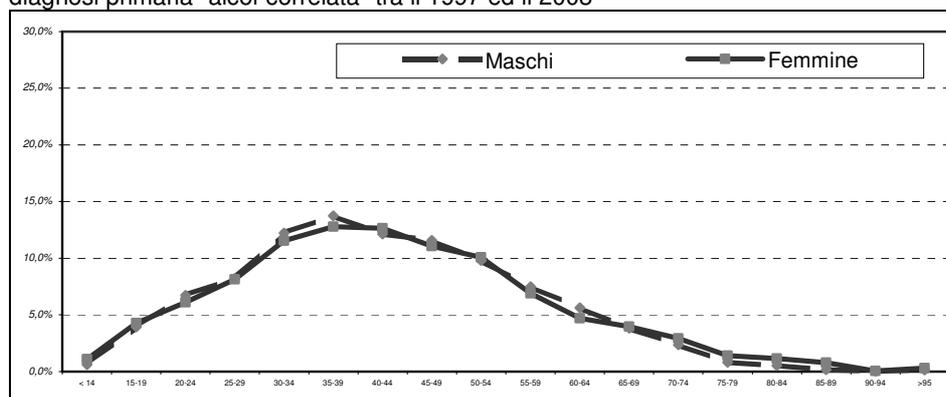
Pazienti ricoverati con diagnosi principale correlata all'uso di alcol

Nella presente sezione si analizzano le caratteristiche socio-demografiche e strutturali dei pazienti ricoverati per motivi legati al consumo di alcol. Anche in questo caso sono stati eliminati i doppi ricoveri riferiti ad uno stesso paziente. A differenza di quanto riscontrato nell'analisi dei soggetti ricoverati per problemi droga-correlati, si osserva una minor concentrazione intorno alle classi centrali di età. Le curve riportate nel grafico di figura 51, rappresentanti le distribuzioni percentuali per classi di età dei soggetti, risultano infatti molto più schiacciate rispetto a quelle riportate nel primo grafico del presente lavoro (per semplificare la visualizzazione, i grafici sono stati costruiti con la stessa scala).

Nella fascia di età compresa tra 20 e 40 anni si colloca soltanto il 40% circa dei soggetti, e per arrivare a comprendere il 70% dei soggetti bisogna considerare una classe di età che va dai 20 ai 60 anni, circa. Altra differenza

sostanziale è data dalla quasi totale sovrapposizione tra la curva dei soggetti maschi e quella delle femmine, diversamente da quanto accadeva con le diagnosi "droga-correlate".

Figura 51. Distribuzione percentuale per classe di età e sesso dei soggetti ricoverati con diagnosi primaria "alcol-correlata" tra il 1997 ed il 2003



Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

L'indice del rapporto tra maschi e femmine non presenta forti differenziazioni al variare delle classi di età; esso si attesta, infatti, intorno a 3 maschi per ogni femmina, assumendo un valore uniforme fino alla classe quinquennale di 70 anni.

Anche quando si analizza lo stesso indice, per anno di dimissione, si osserva una stabilità intorno ai 3 maschi per ogni femmina ricoverata (tabella 62). La percentuale di maschi, calcolata rispetto al totale dei soggetti ricoverati, presenta un andamento variabile nella serie di anni considerata, senza una tendenza in aumento o in diminuzione facilmente individuabile. E' invece degno di nota il fatto che i ricoveri "alcol-correlati" sono un fenomeno che riguarda principalmente i maschi, in modo molto più evidente di quanto non accada rispetto al fenomeno "droga".

Osservando infine come varia l'età media all'interno della serie di anni considerata e relativamente al sesso dei pazienti, si nota un aumento costante di tale indice per quanto riguarda il totale dei ricoverati; nella disaggregazione per sesso, l'andamento è meno definito ma permette di osservare la maggiore anzianità del collettivo femminile.

Tabella 62. alcuni indici calcolati sul totale dei ricoverati con diagnosi primaria "alcol-correlata"

Anno	Età media			Rapporto M/F	Rapporto maschi/totale *100 ricoveri
	M	F	Totale		
1997	40,3	42,7	40,8	3,7	78,9%
1998	41,9	43,3	42,3	3,2	76,2%
1999	41,5	43,1	41,9	2,8	74,0%
2000	41,2	43,9	41,9	3,2	75,9%
2001	44,1	42,3	43,7	3,1	75,5%
2002	43,7	44,5	43,9	3,2	76,0%
2003	44,8	42,5	44,2	3,1	75,4%

Fonte: Servizio controllo di gestione delle ASL. Dipartimento di sanità. Regione Liguria.

Conclusioni

Dall'analisi delle informazioni riportate sulle Schede di dimissione ospedaliera dei soggetti ricoverati per motivi legati al consumo problematico di droghe o alcol emerge una situazione con caratteristiche simili a quelli che sono i pattern d'uso già riscontrati attraverso lo studio di altri flussi informativi. La maggior parte dei ricoveri "droga-correlati" sono dovuti ad abuso o dipendenza da oppiacei, ma si evidenzia un trend in aumento dei ricoveri per uso di cocaina; fattori entrambi che si presentano con le stesse caratteristiche nelle strutture pubbliche predisposte per il trattamento dei soggetti tossicodipendenti, denominate SerT. Una quota importante presenta come diagnosi principale le "psicosi da droga".

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, si osserva una maggior percentuale di maschi ricoverati, ma è una proporzione che tende a diminuire all'aumentare dell'età dei soggetti. Un elemento singolare è l'elevata età media riscontrata, soprattutto relativamente alle donne, che inoltre presenta un trend in crescita per la serie di anni considerata. Relativamente a tale connotazione, si osservano alcune differenze rispetto alle caratteristiche dell'utenza dei SerT che risulta infatti meno anziana e con una maggior percentuale di soggetti maschi.

Degne di nota sono le caratteristiche demografiche emerse dall'analisi dei ricoverati per problemi legati al consumo di alcol. Una popolazione più vecchia e prevalentemente maschile, se confrontata ai soggetti ricoverati per motivi di droga e che a sua volta risultano ancora più anziani dell'utenza alcolodipendente rilevata nei servizi di alcolologia dei SerT.

Il ricorso all'analisi delle Schede di dimissione ospedaliera potrebbe in qualche modo contribuire nel difficile compito di definizione delle caratteristiche degli utilizzatori problematici di sostanze psicotrope; fornendo anche alcuni suggerimenti rispetto al fenomeno delle patologie correlate al consumo di sostanze psicotrope e/o di alcol.

Inoltre un'analisi più approfondita, con il ricorso a tecniche "record linkage" e di statistica multivariata, potrebbe offrire utili informazioni sui percorsi all'interno delle strutture territoriali e ospedaliere e sulla questione della poliassunzione, cioè l'uso ed abuso di più sostanze contemporaneamente. Infatti, grazie all'utilizzo di un codice unico, che permette di individuare in modo univoco i soggetti ricoverati (nel 97% dei casi), è stato possibile riconoscere i ricoveri multipli riferiti ad uno stesso paziente. Potrà essere compito futuro, non solo quello di individuare il carico ed i costi che tali fenomeni comportano per il sistema sanitario, ma anche la parte del collettivo ricoverato nelle strutture ospedaliere che prima, dopo o mai si riversa nelle strutture predisposte per il trattamento delle dipendenze o entra in contatto con altre strutture territoriali quali ad esempio i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture. Fatto che potrebbe dare anche la possibilità di utilizzo di alcune tecniche statistiche predisposte per la stima dei soggetti dipendenti (es. metodo di cattura e ricattura).

Tabella 63. principali diagnosi o gruppi di diagnosi analizzati o riportati nelle tabelle del documento.

Codice ICD-9-CM	Diagnosi di ricovero
042	Infezione da virus della imm.def. umana HIV
070	Epatiti (A, B, C, non specificate)
001-041, 043-069, 071-139	Altre malattie infettive o parassitarie
240-279	Malattie delle ghiandole endocrine, del metab. e disturbi imm.
290-299	Psicosi
303, 305.0	Abuso/dipendenza da alcol
304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7, 305.9	Abuso/dipendenza da droghe
300	Disturbi nevrotici
301	Disturbi di personalità
302, 304.1, 305.1, 305.4, 305.8, 306-319	Altri disturbi psichici non psicotici
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
390-459	Malattie del sistema circolatorio
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio
570,571.4-9,572,573	Malattie del fegato senza menzione di alcol
579	Altre malattie dell'apparato digerente
779	Altre malattie
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
800-908, 910-959	Traumatismi
909, 960-999	Avvelenamenti
V01-V82	Fattori influenti sullo stato di salute

Bibliografia

- Nicolosi, P. Moi, M. Villa, S. Mannino, A. Fortino, L. Lispi, F. Pennazza, R. Boldrini (2002), *Atlante dei ricoveri ospedalieri in Italia - Anno 1999*. CNR, Istituto di tecnologie Biomediche, Sezione di epidemiologia e informatica medica e Ministero della Salute, Direzione gen. della programmazione sanitaria.
- AA.VV. (2002), *The DRD-Standard, version 3.0*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbona.
- R. Pavarin, V. Savioli, G. Cervino (2002). "Analisi della ospedalizzazioni dei tossicodipendenti residenti nel comune di Bologna presenti negli archivi dei SerT dell'Azienda USL città di Bologna nel 1997 e nel 1998", in *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, XXV (1-2) 2002.
- G. Salamina, E. Galvani, A. Carcieri, A. Migliardi, M. Dalmasso (2001). "Problemi di salute sommersi: alcolisti e servizi sanitari", in *BEN - Notiziario ISS - Vol. 14 - N.9 - Settembre 2001*.

Segnalazioni alle prefetture e trattamenti presso i SerT

Segnalazioni alle Prefetture e trattamenti presso i SerT

In questo breve approfondimento verrà presentata una analisi dei dati relativa ai soggetti che, segnalati alle Prefetture della Regione Liguria per utilizzo o possesso per uso personale di sostanze illecite, sono risultati successivamente in carico presso i Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze.

In particolare l'obiettivo è quello di investigare sulle caratteristiche della sottopopolazione dei soggetti segnalati (possibilmente per la prima volta) che si presentano in trattamento a distanza di tempo dalla segnalazione, al fine anche di studiare l'evoluzione naturale dei percorsi di intervento. A partire dai dati rilevati dal registro operante nella Regione Liguria all'interno delle attività dell'Osservatorio, sono stati considerati per l'analisi i soggetti che, segnalati alle Prefetture ex artt. 75 o 121 del DPR. 309/90 nel solo anno 2000 e sconosciuti sia ai SerT che alle strutture del Privato Sociale, sono poi risultati in carico ai SerT della Regione Liguria nell'anno 2002. Nell'anno 2000 sono stati segnalati alle Prefetture della Regione Liguria 2009 soggetti dei quali 1705 sconosciuti sia ai SerT che alle comunità terapeutiche; di questi 135 sono risultati in carico ai SerT nell'anno 2002 senza essere stati ulteriormente segnalati alle Prefetture. Si rileva quindi come, indipendentemente da ogni altra condizione, l'8% dei soggetti segnalati sia in trattamento 2 anni dopo. Può essere interessante andare ad analizzare le differenze, in termini di sostanza di segnalazione, tra i soggetti ritrovati in carico nei SerT a distanza di due anni e quelli non in carico.

La tabella 64 riporta la distribuzione di frequenza percentuale delle sostanze di segnalazione rispettivamente per i 135 soggetti segnalati nel 2000 ed in carico nel 2002 e per i 1570 soggetti segnalati nel 2000 e non in carico nel 2002.

Tabella 64. soggetti segnalati nel 2000 "in carico" nel 2002 ai SerT

Sostanza di segnalazione	Segnalati 2000 in carico 2002	Segnalati 2000 non in carico 2002
Cannabinoidi	58,5	79,7
Oppiacei	23,7	7,8
Cocaina/Crack	11,1	7,0
Stimolanti	0,8	1,0
Altre sostanze illegali	0,7	0,6
Non risulta	5,2	3,8

Dal confronto delle distribuzioni percentuali si evidenzia una diversa composizione relativamente alle sostanze di segnalazione; nel dettaglio, tra i soggetti segnalati nel 2000 ed in carico due anni dopo, aumenta la percentuale dei soggetti segnalati per sostanze pesanti, in particolare gli oppiacei che passa dal 7,8% per i soggetti segnalati nel 2000 e non in carico nel 2002 al 23,7% e la cocaina che passa dal 7% all'11,1%. Conseguentemente si osserva una diminuzione della percentuale di segnalati per cannabinoidi (da 79,7% a 58,5%).

Al fine di studiare l'effettiva predisposizione al trattamento prolungato è necessario effettuare una analisi più dettagliata e più completa, che permetta

di tenere in conto dei possibili effetti dovuti al sesso piuttosto che all'età. Ad esempio i soggetti segnalati più giovani potrebbero avere una probabilità maggiore (o minore) di essere in trattamento rispetto ai soggetti di età più matura, oppure i maschi segnalati potrebbero avere una probabilità minore (o maggiore) di essere in trattamento rispetto alle femmine, e così via. Tale analisi è stata effettuata tramite l'implementazione di un modello logistico. Nel modello è stata studiata la probabilità di essere in trattamento a due anni dalla segnalazione in funzione della sostanza di segnalazione (suddivisa in cannabinoidi, oppiacei, tutte le altre sostanze), il sesso e l'età.

La tabella 65 mostra i risultati dell'analisi. Tali risultati sono espressi in termini di odds ratio, ovvero in termini di approssimazione, entro ogni variabile, del rapporto tra rischi rispetto ad una classe di riferimento. Ad esempio per quanto riguarda il sesso le femmine, rispetto ai maschi, presentano un odds ratio di 0,56 ad indicare che la probabilità di essere in trattamento a due anni dalla segnalazione per le femmine è la metà di quella stimata per i maschi; l'odds ratio risulta però non statisticamente significativo (I.C. 95% 0,25 – 1,12) cosicché non è possibile affermare una differenza di rischio tra i due sessi. Per quanto riguarda l'età, rispetto alla fascia <19 anni, le fasce 19-24, 25-29 e >29 anni mostrano rispettivamente odds ratio pari a 1,32, 0,77, 1,42, nessuno di questi statisticamente significativo.

Per la sostanza di segnalazione si ottengono i risultati più interessanti.

Preso come riferimento la classe "tutte le altre sostanze", gli oppiacei mostrano un odds ratio pari a 4,13 statisticamente significativo (I.C. 95% 2,16 – 7,77), ad indicare che chi è stato segnalato per oppiacei, rispetto a chi è stato segnalato per altre sostanze (cannabinoidi esclusi), ha una probabilità 3 volte maggiore di essere in trattamento presso i SerT due anni dopo. Un risultato inverso si ottiene per i cannabinoidi; rispetto alle altre sostanze (oppiacei esclusi) i cannabinoidi presentano un odds ratio pari a 0,25 statisticamente significativo (I.C. 95% 0,15 – 0,43), ovvero la probabilità di essere in trattamento due anni dopo una segnalazione (forse la prima) per cannabinoidi, rispetto ad altre sostanze escludendo gli oppiacei, è inferiore del 75%.

Tabella 65. analisi del rischio relativo (Odds Ratio)

Variabili	Odds Ratio	I.C. 95%
Sesso [F]	0,56	0,25 – 1,12
Età[19-24]	1,32	0,72 – 2,39
Età[25-29]	0,77	0,38 – 1,48
Età[>29]	1,42	0,76 – 2,62
Cannabinoidi	0,25	0,15 – 0,43
Oppiacei	4,13	2,16 – 7,77

In sintesi, delle variabili considerate, soltanto la sostanza di segnalazione ha un effetto significativo mentre non si rilevano effetti per quanto riguarda il sesso e l'età.

Se da un lato può risultare interessante stimare il rischio di presa in carico a partire dalla sostanza di segnalazione, dall'altro è importante valutare la

concordanza tra la sostanza di segnalazione rilevata nel 2000, presso le Prefetture, e la sostanza che ha determinato il trattamento nel 2002, ovvero la sostanza di abuso primario come rilevata dai SerT.

Tabella 66. distribuzione per sostanza di segnalazione

		Sostanza di segnalazione 2000			
Sostanze		Cannabiniodi	Oppiacei	Tutte le altre sostanze	Totale
Sostanza di abuso primario 2002	Cannabiniodi	32	-	4	36
	Oppiacei	33	30	10	73
	Tutte le altre sostanze	14	2	10	26
	Totale	79	32	24	135

La tabella 66 riporta la distribuzione congiunta per sostanza di segnalazione 2000 e di abuso primario 2002 dei 135 soggetti segnalati nel 2000 ed in carico ai SerT 2 anni dopo. Si rileva una quasi assoluta concordanza per quanto riguarda i soggetti segnalati per “oppiacei” in cui il 94% dei soggetti mantiene a distanza di due anni la stessa sostanza; ben diversa è la situazione riguardo i soggetti segnalati per “cannabinoidi” per i quali solo il 40% mantiene la stessa sostanza come sostanza di abuso primario. È interessante notare inoltre, sempre tra i segnalati per cannabinoidi, l’elevata percentuale di soggetti (il 42%) che a distanza di due anni risultano in carico per oppiacei.

L’analisi qui descritta rappresenta un primo tentativo di valutazione del percorso evolutivo in termini di domanda di trattamento per i soggetti intercettati dalle Prefetture in quanto consumatori di sostanze illegali. I risultati mostrano come circa l’8% dei soggetti segnalati e sconosciuti alle strutture preposte al trattamento, in un periodo di osservazione di due anni, si presentino ancora in carico e tra questi il 47% risulti in carico ai SerT con una sostanza di abuso primario diversa da quella di segnalazione. Il “rischio” di prolungare il trattamento risulta inoltre associato fortemente alla sostanza di segnalazione, in particolare positivamente se tale sostanza è un oppiaceo, negativamente se è un cannabinoide.

Tali risultati confermano alcune considerazioni intuitive, quali ad esempio la maggior probabilità di ingresso e permanenza in trattamento per i consumatori di sostanze pesanti, ed evidenziano come le segnalazioni per solo consumo o possesso per uso personale di sostanze leggere, quali i cannabinoidi, possano anche nascondere comportamenti di abuso associati a sostanze più pesanti. Le evidenze riscontrate devono comunque essere valutate e soprattutto validate alla luce della qualità del dato rilevato e del periodo di osservazione; i tre anni all’interno dei quali è stata monitorata la presenza in carico ai SerT a seguito di una segnalazione possono risultare non sufficienti.

È possibile infatti che i soggetti segnalati nel 2000 e sconosciuti ai servizi siano stati segnalati o comunque conosciuti in anni precedenti, così come è possibile che i soggetti segnalati siano inviati, per motivi burocratici, a

Segnalazioni alle prefetture e trattamenti presso i SerT

sostenere un programma terapeutico a distanza di tempo dalla segnalazione stessa.

I risultati presentati sono comunque di assoluto interesse in quanto ottenuti grazie all'implementazione del registro per le strutture operanti nella Regione Liguria e si pongono come base di confronto per le analisi che potranno essere condotte negli anni a venire su periodi di osservazione più lunghi.

Conclusioni e prospettive

Conclusioni e prospettive

Il principale obiettivo dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze è lo sviluppo progressivo del sistema informativo per conoscere in modo attendibile la diffusione del fenomeno ed il suo andamento nel tempo per l'attuazione di trattamenti adeguati e differenziati e azioni preventive e di contrasto, in una regione, la Liguria, che presenta sicuramente caratteristiche oggettive peculiari in tema di droga e di dipendenza.

Riteniamo necessario proseguire la rilevazione tramite il Registro per Codici Singoli il quale verrà ampliato tramite l'utilizzo di altre fonti di dati oltre a quelle già utilizzate ed approfondire la conoscenza relativa alla prevalenza d'uso delle sostanze psicotrope e ai modelli complessi di consumo delle stesse tramite indagini trasversali da ripetere ogni anno.

Sono state comunque preziose anche le informazioni provenienti dai vari flussi ministeriali.

Per contrastare l'abuso di sostanze stupefacenti ed alcol è fondamentale realizzare interventi adeguati che abbiano l'impatto più efficace possibile.

Vorremmo lavorare per aumentare la consapevolezza che interventi del genere si basano sull'analisi epidemiologica costante nel tempo in ambito socio-sanitario pubblico e che le politiche da adottare devono basarsi su una chiara comprensione della situazione.

Per la modalità di raccolta ed analisi dei dati è auspicabile porsi in una prospettiva che tenda ad unificare e connettere il livello locale con quello nazionale ed europeo, utilizzando quindi gli standard proposti dall'Osservatorio Europeo e dalle altre organizzazioni europee note che si occupano di tossicodipendenze. Questo per sfruttare al meglio le informazioni a disposizione, per migliorare la qualità e la comparabilità dei dati, per gestire con efficienza la mole crescente di conoscenze sul fenomeno in questione, affrontare i problemi attuali e quelli potenziali, proiettandoci nel futuro.

Rilanciamo il rafforzamento delle Strutture esistenti, l'implementazione di nuove iniziative, anche relative al controllo del traffico, e la ricerca sugli esiti degli interventi nell'ambito della prevenzione e del trattamento terapeutico per una migliore gestione dell'utente, tramite la definizione rigorosa delle variabili rilevate.

Ringraziamo ancora gli operatori dei servizi.

Allegati riportati su CD

Allegati

(Gli allegati sono riportati su CD in ultima pagina)

Tavole TDI per aree territoriali

Anno 2000

SerT

- ASL 1 Imperiese
- ASL 2 Savonese
- ASL 3 Genovese
- ASL 4 Chiavarese
- ASL 5 Spezzina

Prefetture

- Provincia di Imperia
- Provincia di Genova
- Provincia di La Spezia
- Provincia di Savona

Anno 2001

SerT

- ASL 1 Imperiese
- ASL 2 Savonese
- ASL 3 Genovese
- ASL 4 Chiavarese
- ASL 5 Spezzina

Prefetture

- Provincia di Imperia
- Provincia di Genova
- Provincia di La Spezia
- Provincia di Savona

Anno 2002

SerT

- ASL 1 Imperiese
- ASL 2 Savonese
- ASL 3 Genovese
- ASL 4 Chiavarese
- ASL 5 Spezzina

Prefetture

- Provincia di Imperia
- Provincia di Genova
- Provincia di La Spezia
- Provincia di Savona

Tavole TDI regionali

Anno 2000

Alcologia

- Privato Sociale
- SerT

Sostanze illecite

- Prefetture
- Privato Sociale
- SerT

Anno 2001

Alcologia

- Privato Sociale
- SerT

Sostanze illecite

- Prefetture
- Privato Sociale
- SerT

Anno 2002

Alcologia

- Privato Sociale
- SerT

Sostanze illecite

- Prefetture
- Privato Sociale
- SerT

Tavole Standard – Protocollo REITOX

- Tav. 01 - Uso di droghe nella popolazione generale
- Tav. 02 - Uso di droghe nella popolazione giovanile scolarizzata
- Tav. 04 – Evoluzione della domanda di trattamento
- Tav. 06 - Evoluzione dei Decessi Droga Correlati

Altri allegati

- Tracciato record di rilevazione 2002
- Questionario ESPAD-ITALIA® 2002
- Questionario IPSAD® 2003

