



Ministero della
Solidarietà Sociale



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



*Sistema Integrato Multicentrico
di Indicatori*

*Rapporto 2005
Provincia di Pescara*

Gli autori del rapporto sono:

Adele Bernabei*
Arianna Cutilli*
Mario Del Monaco*
Franca Pierdomenico**
Antonella Palombo***
Maria Luisa Di Marzio***
Giulia Valentina Pontrandolfo***
Gabriele Di Marcoberardino***
Nicola Celsi****
Pietro D'Egidio****
Marco Scalese*
Valentina Lorenzoni*
Luca Bastiani*
Marco Musu*
Matilde Karakachoff*
Michele De Nes*
Gabriele Trivellini*
Emanuela Colasante*
Mercedes Gori*
Annalisa Pitino*
Stefano Salvadori*
Sabrina Molinaro*
Fabio Mariani*

* Istituto di Fisiologia Clinica CNR Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

** Ufficio Tossicodipendenze Alcolismo e Tabagismo della Regione Abruzzo

*** Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura di Pescara

**** ASL 105 - Servizi per le Tossicodipendenze di Tocco da Casauria e di Pescara

Ringraziamo S.E. il Prefetto di Pescara Giuliano Lalli.

Un sentito ringraziamento va al Dott. Giovanni Cordova, Presidente della LAAD Pescara, alla Dott.ssa Annamaria Petrore Durante, Presidente del Centro Solidarietà CEIS Pescara, ed alla Sig.ra Ivana Sulpizi, Presidente dell'Ass. "ARCADIA" di Catignano (PE) per i dati relativi alle strutture del privato sociale.

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

Si ringrazia infine il gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Rosanna Panini, Stefanella Pardini, Andrea Boni, Cristina Doveri, Loredana Fortunato, Federica Pieroni)

INDICE

Introduzione

1. La rete dei servizi	11
2. Segnalazioni alla Prefettura	19
3. Uso problematico di sostanze psicoattive	
3.1 Analisi dei tempi di latenza.....	25
3.2 Stime di prevalenza di uso problematico.....	28
4. Profilo dei soggetti in trattamento e trattamenti droga correlati	
4.1 Profilo degli utenti.....	33
4.2 Trattamenti droga correlati.....	39
5. Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento	45
Glossario	51
Indirizzario dei servizi pubblici e privati	53
Pianta organica	55

PROVINCIA DI PESCARA

INTRODUZIONE

In linea con quanto proposto dall'Osservatorio europeo di Lisbona, per la descrizione e analisi del fenomeno connesso all'uso/abuso di sostanze risulta di fondamentale importanza la possibilità di ottenere informazioni esaustive e comparabili sulle persone che usano e/o abusano di sostanze psicotrope.

Il Progetto SIMI (Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori) realizzato dal CNR, grazie anche alla collaborazione della Direzione generale per la prevenzione sanitaria del Ministero della Salute e della Direzione centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, intende contribuire allo sviluppo di una gestione integrata e sinergica dei flussi informativi relativi ai consumatori di sostanze stupefacenti afferenti alle diverse amministrazioni dello Stato.

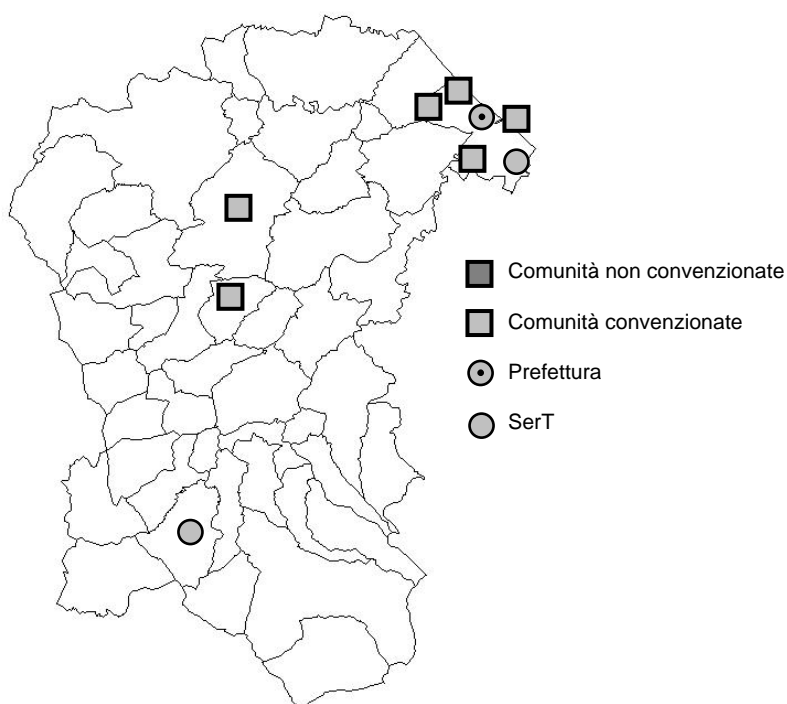
Partendo dalle esperienze già maturate, accanto alle caratteristiche degli utenti dei servizi territoriali per le dipendenze, è stata sviluppata l'analisi dei soggetti segnalati alle Prefetture per uso di sostanze illegali e degli eventuali provvedimenti adottati.

La rilevazione dettagliata delle caratteristiche dei consumatori di sostanze, può costituire la base per la programmazione di ricerche "long term" previste dal Piano di Azione sulle droghe 2008, sia attraverso la valutazione dell'attività di prevenzione svolta dalle Forze dell'Ordine e dai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture, sia per la valutazione della e ricaduta sul Sistema Sanitario Nazionale dei casi plurisegnalati e/o ritenuti maggiormente problematici.

1. LA RETE DEI SERVIZI

1. LA RETE DEI SERVIZI

Nella provincia di Pescara, oltre al Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura, sono attivi 2 SerT afferenti all'ASL 105 di Pescara e 6 comunità terapeutiche (per maggiori dettagli si veda l'Allegato 1: Indirizzario).



Nell'anno 2005, gli utenti presi in carico dai SerT della provincia sono 65 ogni 10.000 residenti tra i 15 ed i 64 anni.

Tabella 1.1. Utenza nei SerT.

ASL	SerT	Utenza intero anno 2005	Utenti contemporaneamente presenti in un giorno*	Popolazione residente 15-64 anni	Tasso X 10.000
ASL 105 Pescara	Pescara	1.153	670	173.143	67
	Tocco da Casauria	195	152	28.250	69

* E' stata effettuata la media tra le due rilevazioni puntuali semestrali

In base a quanto previsto dal DM del 30 novembre 1990 n. 444 e conformemente alle determinazioni della Regione Abruzzo¹, nel territorio provinciale sono presenti un SerT ad alta ed uno a media utenza.

Tabella 1.2. Pianta organica dei SerT in base alla tipologia di utenza: operatori previsti^a ed effettivi^b nel 2005.

SerT	Pianta organica	Medici		Infermieri o Ass. sanitari		Psicologi		Ass. sociali		Educatori		Amm.		Altro		Totale	
		Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi	Previsti	Effettivi
Pescara		9	4	5	4	8	4	7	2	1	1	2	5	5	4	37	24
Tocco		1	1	2	2	1	0	2	2	1	1	1	0	1	0,3	9	6,3

^a Dal DM 444/90 e deliberazione Giunta Regionale n°834/99.

^b Per effettivi si intendono gli operatori equivalenti considerati come una o più persone che svolgono nell'intero anno un monte ore settimanale tra le 36 e le 38 ore, a seconda della qualifica professionale e relativo inquadramento contrattuale.

Gli scarti tra il personale previsto in base alle suddette normative e quello effettivo, va da circa 3 operatori equivalenti per il Servizio di Tocco da Casauria a 13 per quello di Pescara (Tabella 1.2).

L'offerta programmata di operatori prevede a livello provinciale poco più di 2 operatori equivalenti ogni 10.000 residenti tra i 15 ed i 64 anni, circa 2 nella struttura di Pescara e 3 in quella di Tocco da Casauria. Tali valori si spostano di poco qualora si consideri l'offerta effettiva che a livello provinciale vede impegnati circa 2 operatori equivalenti ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, 1 nell'area di competenza del SerT di Pescara e 2 in quella della struttura di Tocco da Casauria.

1 In base al DM del 30 novembre 1990, n. 444, che regola la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali, la pianta dell'organico programmato è determinata in base alla tipologia di servizi: a bassa utenza (<60 casi seguiti), a media (da 60 a 100 casi seguiti) ed ad alta utenza (da 100 a 150 casi seguiti). Tale decreto dispone che "qualora l'utenza sia superiore alle 150 unità l'USL, conformemente alle determinazioni delle Regioni e delle Province Autonome adottate sulla base delle rispettive leggi, può potenziare l'organico; ove l'utenza superi le 300 unità può essere disposta una diversa organizzazione o lo sdoppiamento del Servizio". Inoltre "Con motivato provvedimento, in relazione alle esigenze connesse con le attività di informazione e prevenzione, le dotazioni organiche complessive previste dalla presente tabella, quando l'entità della popolazione di età compresa tra gli 11 e i 39 anni, residente nel territorio di competenza del SERT, sia compresa tra 30.000 e 50.000 abitanti, ovvero tra 50.000 e 80.000 abitanti, o superiore ad 80.000 abitanti, possono essere aumentate, rispettivamente fino al 20 per cento, fino al 30 per cento e fino al 40 per cento. Le dotazioni organiche, sono, altresì, integrate quando nel territorio di competenza del SerT siano presenti strutture carcerarie, entro i seguenti limiti: istituti con popolazione carceraria fino a cento unità: un medico, un assistente sociale; istituti con popolazione carceraria da cento a trecento unità: un medico, un medico a tempo parziale, un psicologo, un assistente sociale; istituti con popolazione carceraria da trecento a cinquecento unità: due medici, due psicologi, un infermiere, un assistente sociale, un educatore professionale, di comunità o profilo affine. Le dotazioni organiche, inoltre, quando nel territorio di competenza del SerT siano presenti comunità terapeutiche, sono integrate con un medico per ogni cento tossicodipendenti in trattamento. In caso di bassa utenza, nelle comunità, sarà valutata la necessità o meno dell'integrazione".

L'analisi della distribuzione delle figure professionali attive nel SerT di Pescara (per maggiori dettagli sulla rilevazione si veda l'Allegato 2: Pianta Organica), vede l'impiego di medici (17%), infermieri (17%), psicologi (17%), assistenti sociali (8%), educatori (4%) e personale amministrativo (21%). Il rimanente 16%, è costituito in particolare da sociologi.

Diversa situazione si rileva nella struttura di Tocco da Casauria dove il personale è costituito da infermieri per il 32% dei casi, medici per il 16%, educatori per il 16%, assistenti sociali per il 32% e da altro personale per circa il 4%. Risultano del tutto assenti le figure amministrative e gli psicologi.

Il carico di lavoro è di quasi 48 utenti ogni operatore equivalente nella struttura di Pescara e poco più di 31 in quella di Tocco da Casauria, valori che scendono rispettivamente a circa 28 e 24 qualora si consideri l'utenza media contemporaneamente in trattamento in un giorno (Tabella 1.1).

Le 6 comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali (Tabella 1.3) attive sul territorio provinciale hanno una capacità recettiva complessiva di 149 posti. Rapportando tale valore alla popolazione residente tra i 15 ed i 64 anni di età, si evidenzia come i servizi pubblici possano fare affidamento su tali tipologie di strutture per quasi 7 posti ogni 10.000 residenti (poco più di 4 presso le strutture residenziali e circa 2 per quelle semi-residenziali).

Nell'intero anno 2005 tra le strutture di tipo residenziale sono transitati 150 soggetti, in quelle semi-residenziali 92 soggetti.

Tabella 1.3. Utenza presso le comunità terapeutiche.

CT Residenziali	Utenza intero anno 2005	Capacità recettiva = SLOT Posti disponibili
CEIS Il Faro	45	40
CEIS Reinserimento	36	15
Arcadia	27	14
LAAD	42	20
CT Semi-residenziali	Utenza intero anno 2005	Capacità recettiva = SLOT Posti disponibili
CEIS Accoglienza	55	30
CEIS Gruppi speciali	37	30

Dei 25 operatori equivalenti complessivamente impiegati presso le strutture residenziali (esclusi i tirocinanti, con cui si raggiunge quota 40), il 45% è costituito da educatori, il 28% da psicologi e il 4% da medici (Tabella 1.4).

Le figure professionali mediche risultano del tutto assenti tra il personale impiegato presso le strutture semiresidenziali (complessivamente 8 operatori equivalenti); disomogenea appare invece la distribuzione delle altre figure, differenze in parte dovute anche alla diversa organizzazione dei servizi. Nella struttura di accoglienza del CEIS, gli assistenti sociali costituiscono il 24% del complessivo personale, gli amministrativi il 3% e gli psicologi l'1%, mentre nella comunità dedicata ai gruppi speciali gli psicologi, gli educatori e gli amministrativi costituiscono rispettivamente il 56%, il 29% e il 12% del personale.

Rispetto alle strutture pubbliche, quasi tutte le comunità usufruiscono delle attività svolte da tirocinanti, volontari o stagisti, coinvolti a vario titolo all'interno dei programmi.

Tabella 1.4. Pianta organica* delle comunità terapeutiche in base alla tipologia di struttura.

		Medici	Infermieri Assistenti sanitari	Psicologi	Educatori	Assistenti sociali	Amministrativi	Altro	TOTALE	Tirocinanti volontari stagisti
CT Residenziali	CEIS Il Faro	0,0	0,0	5,1	1,0	0,0	0,4	2,1	8,6	5
	CEIS Reinserimento	0,0	0,0	0,1	1,0	1,0	0,4	0,1	2,5	0
	Arcadia	0,4	0,0	0,9	1,8	0,0	0,0	0,9	4,1	3
	LAAD	0,5	0,0	0,9	7,6	0,0	0,2	0,9	10,2	6
CT Semi-residenziali	CEIS Accoglienza	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0	0,1	3,1	4,2	5
	CEIS Gruppi speciali	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,4	0,0	3,4	0

* Per ciascuna categoria professionale vengono considerati gli "operatori equivalenti", intesi come una o più persone che svolgono nell'intero anno un monte ore settimanale tra le 36 e le 38 ore, a seconda della qualifica professionale e relativo inquadramento contrattuale. Per i tirocinanti/volontari e stagisti, si considerano il numero di persone indipendentemente dall'orario effettuato nel corso dell'anno.

Se si considerano giornalmente occupati tutti i posti disponibili per ogni comunità, il carico di lavoro potenziale varia dai 2 utenti per operatore presso la struttura residenziale LAAD e CEIS Il Faro, a circa 8 presso l'Arcadia e il CEIS Gruppi speciali.

Gli invii effettuati dai SerT presso queste strutture nel corso del 2005 sono riportati nella Tabella 1.5; si evidenzia la comunità di accoglienza CEIS tra quelle col maggior numero di invii (41), seguita dalle due strutture residenziali afferenti sempre al CEIS.

Tabella 1.5. Utenza presso le Comunità terapeutiche inviata dai SerT.

CT Residenziali	Utenza inviata dai SerT nel 2005
CEIS Il Faro	25
CEIS Reinserimento	26
Arcadia	12
LAAD	22
CT Semi-residenziali	Utenza inviata dai SerT nel 2005
CEIS Accoglienza	41
CEIS Gruppi speciali	6

Nel 2005, sono stati segnalati alla prefettura per art. 75 (possesso di sostanze stupefacenti) 366 soggetti. Di questi solo il 53% è residente nella provincia di Pescara, quindi il tasso di segnalazione riferito alla popolazione residente tra i 15 ed i 64 anni di età è di circa 9 su 10.000.

Il personale impiegato nell'intero anno presso l'ufficio è costituito da 3 persone, di cui un dirigente prefettizio, un assistente sociale ed un impiegato amministrativo.

Tabella 1.6. Personale attivo della Prefettura nel 2005.

	Dirigente prefettizio	Assistenti sociali	Amministrativi	TOTALE
Personale attivo presso il NOT	1	1	1	3

I soggetti colloquiati nel corso dell'anno sono stati 244 e si tratta quasi esclusivamente di soggetti segnalati in anni precedenti, ad eccezione di 4 segnalati nel 2005.

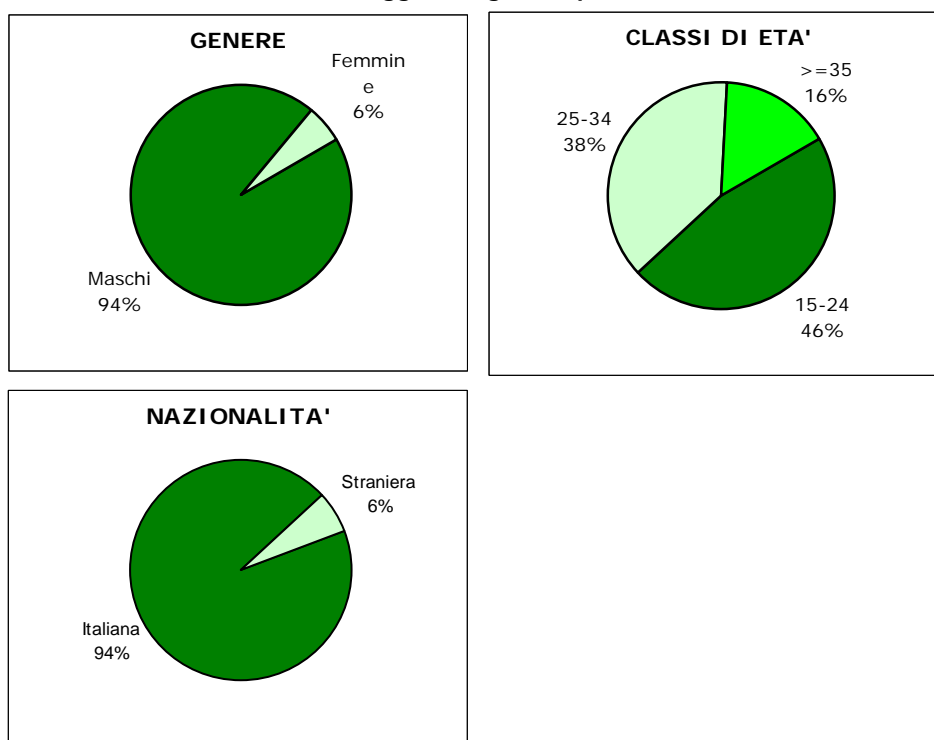
2. SEGNALAZIONI ALLA PREFETTURA

2. SEGNALAZIONI ALLA PREFETTURA

Nel corso dell'anno 2005 sono pervenute alla Prefettura della provincia di Pescara 387 segnalazioni per possesso e consumo di sostanze stupefacenti (artt. 75 e 121 del DPR 309/90*) relative a 366 soggetti.

Le distribuzioni per classi di età, genere e nazionalità dei soggetti segnalati sono riportate nel Grafico 2.1.

Grafico 2.1. Distribuzione dei soggetti segnalati per nazionalità, sesso e classi di età.



Elaborazioni su dati SIMI®Italia

Il 53% dei soggetti segnalati risiede nella provincia di Pescara: il tasso di segnalazione riferito alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni è quindi 9,8 su 10.000.

Il 75% circa risulta essere stato segnalato per la prima volta nel 2005 (nuovi soggetti segnalati), mentre il rimanente 25% presenta altre segnalazioni in anni precedenti (soggetti già segnalati).

* L'art. 75 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad un sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale (segue ovviamente convocazione dell'interessato da parte della Prefettura competente, colloquio ed applicazione del relativo provvedimento).

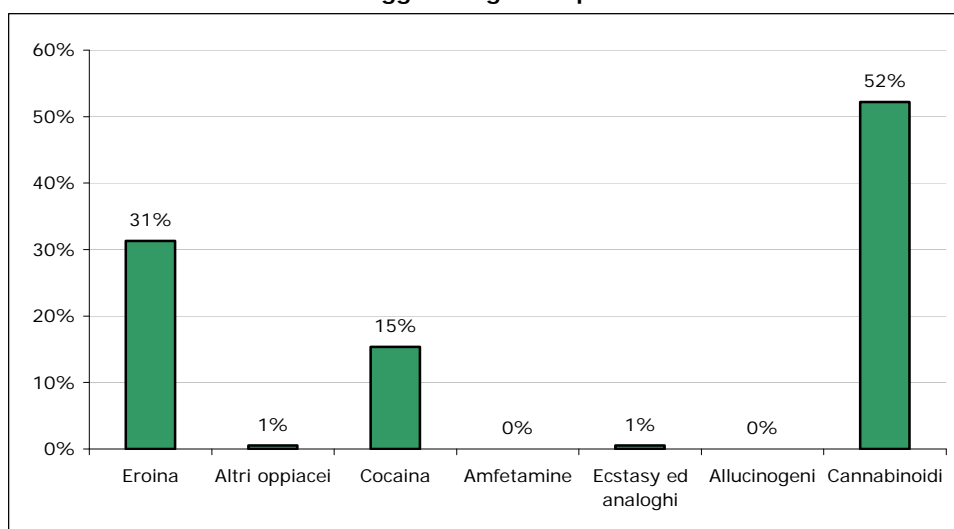
L'art. 121 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad una segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro (overdose, guida in stato di alterazione psicofisica per assunzione di sostanza,...) In questi casi la Prefettura segnala il soggetto interessato al SerT competente per territorio, che a sua volta ha l'obbligo di convocarlo.

Il soggetto può rispondere all'invito in modo discrezionale e, qualora si presenti al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze decidendo di intraprendere un percorso terapeutico, il trattamento sarebbe comunque volontario e non sottoposto al controllo della Prefettura.

Ad un'analisi più dettagliata, emerge che tra i nuovi segnalati il 3% è stato segnalato più volte nel corso del 2005, mentre tra i già segnalati negli anni precedenti il 47% circa non presenta più di una precedente segnalazione. Con riferimento all'ultima segnalazione, nel 2005 il 100% dei soggetti è stato segnalato ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90.

La sostanza stupefacente per cui i soggetti sono stati segnalati è nel 52% dei casi la cannabis (hashish o marijuana), nel 15% la cocaina e nel 32% gli oppiacei (Grafico 2.2).

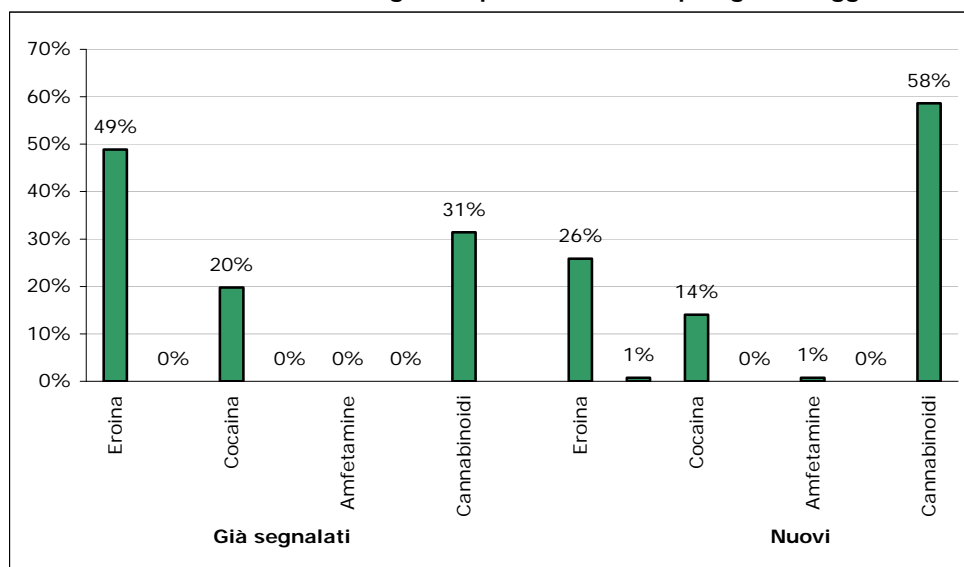
Grafico 2.2. Distribuzione dei soggetti segnalati per sostanza.



Elaborazioni su dati SIMI®Italia

Dalla disaggregazione per sostanza si nota una differenza tra i soggetti segnalati per la prima volta e quelli già conosciuti al NOT. Tra questi ultimi, infatti, è l'eroina la sostanza maggiormente rinvenuta (49%), mentre il 59% delle nuove segnalazioni è dovuta a detenzione di cannabis. La cocaina è la sostanza che giustifica il 20% dei procedimenti tra i soggetti già conosciuti al NOT negli anni precedenti ed il 14% di quelli tra coloro segnalati per la prima volta (Grafico 2.3).

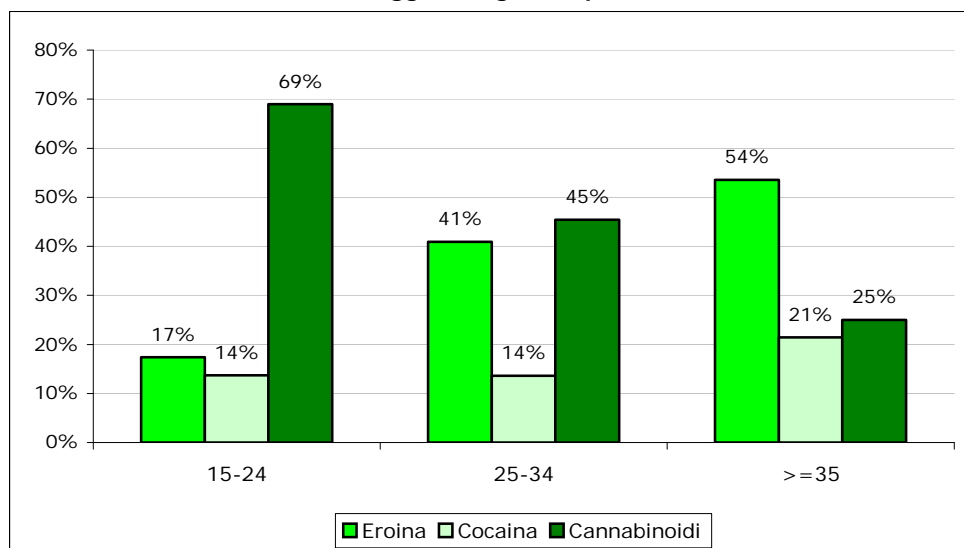
Grafico 2.3. Distribuzione dei segnalati per sostanza e tipologia di soggetto.



Elaborazioni su dati SIMI®Italia

Si possono osservare inoltre significative variazioni, specifiche per tipo di sostanza, in stretto riferimento alle classi di età, che mettono in luce un diversificato coinvolgimento dell'universo giovanile e dei giovani adulti rispetto alle sostanze prese in esame e alle segnalazioni da parte delle Forze dell'Ordine (Grafico 2.4).

Grafico 2.4. Distribuzione dei soggetti segnalati per sostanza e classe d'età.



Elaborazioni su dati SIMI®Italia

In riferimento alla popolazione giovanile di età compresa tra i 15 e i 24 anni e limitatamente alle sostanze eroina, cocaina e cannabinoidi, le segnalazioni nell'anno 2005 hanno riguardato nel 69% dei casi il possesso di cannabinoidi (marijuana o hashish), nel 14% cocaina e nel 17% eroina.

Nella distribuzione riguardante la popolazione dei giovani adulti, di età compresa tra i 25 e i 34 anni, è stato riscontrato il 45% di segnalazioni per possesso di cannabinoidi, seguito dall'eroina (41%) e dalla cocaina (14%). L'ultimo gruppo di soggetti segnalati preso in esame è quello di età compresa tra i 35 e i 44 anni. Essi sono stati trovati in possesso di cannabinoidi per il 25%, per il 21% di cocaina e per il 54% di eroina.

Dei 366 soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75, solo 4 hanno svolto un colloquio con gli assistenti sociali del NOT nel corso del 2005. Quindi non è stato possibile fare analisi su caratteristiche di tipo socio anagrafico quali il livello di scolarità maturato, la condizione occupazionale e la condizione abitativa che si rilevano proprio in fase di colloquio.

Per lo stesso motivo non vengono presentate analisi sui provvedimenti emessi a seguito del colloquio.

3. USO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

3. USO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA POPOLAZIONE

3.1 ANALISI DEI TEMPI DI LATENZA

Il tempo di latenza, definito nell'ambito delle tossicodipendenze come il periodo che intercorre tra il primo uso di una determinata sostanza e la prima richiesta di trattamento presso un SerT, costituisce un buon indicatore epidemiologico della capacità attrattiva e della rapidità di attivazione di un primo trattamento, da parte dei servizi, nei confronti di soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze.

In particolare, l'analisi condotta di seguito, effettuabile solo tramite l'impiego di dati ad elevata qualità informativa nonché rilevati per singolo soggetto, è volta ad individuare quali variabili socio-anagrafiche (età al primo utilizzo di sostanze, sesso, livello di studio, condizione occupazionale, condizione abitativa) possono incidere nel determinare tale intervallo di tempo.

Nel caso in esame, si studierà la distribuzione del tempo che intercorre tra il primo uso di oppiacei e la prima richiesta di trattamento (calcolato sottraendo all'età di primo trattamento, l'età dichiarata di primo utilizzo) e si valuteranno gli eventuali legami con le variabili sesso, età al primo uso di oppiacei, condizione lavorativa, titolo di studio, condizione abitativa.

L'età media di primo utilizzo di oppiacei è circa 20 anni, con una deviazione standard di quasi 4 anni. La mediana, pari a 19 anni, indica che il 50% dei soggetti considerati ha iniziato ad utilizzare droga prima dei 19 anni.

L'età media alla quale risulta effettuata la prima richiesta di trattamento è circa 26 anni, con una deviazione standard di 6 anni; il 50% ha richiesto il primo trattamento tra i 17 ed i 25 anni.

Dalle analisi condotte, si evince che il tempo medio di latenza è 6 anni mentre la mediana è di 5 anni. Tali valori indicano che in media un soggetto entra in trattamento 6 anni dopo aver iniziato ad utilizzare oppiacei, e che la metà del campione ha richiesto per la prima volta un trattamento entro 5 anni dal primo utilizzo di oppiacei.

Quanto prima si inizia ad utilizzare oppiacei tanto più tardi si richiede il primo trattamento. Infatti i tempi medi di latenza sono di 7 anni per coloro che cominciano ad utilizzare oppiacei prima dei 20 anni, e di 5 per chi inizia oltre i 21 anni di età.

Differenze si evidenziano anche per il titolo di studio e la condizione abitativa: in particolare lascia passare più tempo prima di richiedere il primo trattamento chi ha effettuato studi che vanno oltre l'obbligo e quanti non vivono in casa con i genitori.

Per quanto attiene invece l'occupazione ed il sesso non si evidenziano differenze significative da un punto di vista statistico.

In Tabella 3.1 si riporta una sintesi riepilogativa della distribuzione del tempo di latenza in ciascun gruppo considerato.

Tabella 3.1. Riepilogo dei valori di sintesi della distribuzione del tempo di latenza.

		Tempo medio di latenza	Errore standard	1° Quartile	Mediana	3° Quartile
Sesso	Maschio	6	0,2	2	5	10
	Femmina	5	0,3	1	3	8
Età primo uso	Meno di 20	7	0,2	2	6	11
	Oltre i 21	5	0,2	1	3	7
Titolo di studio	Fino all'obbligo	6	0,2	2	4	8
	Oltre l'obbligo	7	0,4	3	5	10
Occupazione	Non lavora	6	0,3	2	4	8
	Lavora	6	0,2	3	6	10
Condizione abitativa	Altro	7	0,3	3	6	10
	Con i genitori	5	0,2	2	4	7

Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

Dopo aver valutato singolarmente l'effetto delle variabili sulla probabilità di entrare in trattamento, si procederà ora nel valutare l'effetto di ciascuna di esse tenendo conto della potenziale influenza delle altre. Per tale scopo verrà utilizzato il modello semiparametrico a rischi proporzionali di Cox, di cui la Tabella 3.2 mostra i risultati.

Tabella 3.2. Risultati del modello di Cox.

		Rapporto dei rischi (HR)	IC
Sesso	Maschio *		
	Femmina	0,9	0,7 – 1,2
Età al primo uso	20 aa. o meno*		
	21 aa. o più	1,6 †	1,3 – 1,9
Titolo di studio	Fino all'obbligo *		
	Oltre l'obbligo	0,8 †	0,6 – 0,9
Occupazione	Non lavora *		
	Lavora	0,8 †	0,7 – 0,9
Condizione abitativa	Altro *		
	Con i genitori	1,3 †	1,1 – 1,5

* Categoria di riferimento

† Valori statisticamente significativi

Nella colonna "Rapporto dei rischi" è riportato il rapporto tra il "rischio" (quindi la probabilità) di entrare in trattamento che ha la categoria di interesse, rispetto ad un'altra scelta come riferimento (indicata in tabella 2 con un asterisco): valori maggiori dell'unità identificano un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa.

Per la variabile "Età al primo uso della sostanza" è stata scelta come categoria di riferimento "20 anni o meno". Per coloro che hanno "21 anni o più", il rapporto dei rischi è risultato pari a 1,6, per cui questi hanno il 60% di probabilità in più, rispetto a chi ha "20 anni o meno", di richiedere un trattamento più precocemente. Ne deriva, quindi, che il loro tempo di latenza è più corto.

Nell'ultima colonna, inoltre, è riportato l'intervallo di confidenza del rapporto dei rischi: per la variabile "Età al primo uso della sostanza" l'intervallo di confidenza non comprende l'1, per cui l'associazione rilevata è da considerarsi significativa.

I risultati ottenuti con il metodo di Cox evidenziano l'effetto sul periodo di latenza delle variabili età al primo uso, titolo di studio, occupazione e condizione abitativa. In particolare, chi vive con i genitori ha più probabilità di richiedere più precocemente il primo trattamento ($HR > 1$) rispetto a quanti si ritrovano in altra condizione abitativa, mentre i tossicodipendenti che sono in possesso di un titolo di studio che va oltre l'obbligo e che lavorano hanno minore probabilità di richiedere più precocemente il primo trattamento ($HR < 1$) rispetto alle relative categorie di riferimento.

3.2 STIME DI PREVALENZA DI USO PROBLEMATICO

La lettura approfondita di un fenomeno articolato e complesso come quello della dipendenza da sostanze psicoattive, permette di porre attenzione a quegli aspetti di carattere pratico tramite l'elaborazione dell'informazione acquisita dalle agenzie territoriali che, a vario titolo, intercettano soggetti utilizzatori. L'utenza trattata presso i servizi territoriali pubblici o del privato sociale, i soggetti segnalati dalle Forze dell'Ordine per consumo o possesso per uso personale di sostanze illecite, così come l'utenza tossicodipendente in regime carcerario o gli episodi acuti di intossicazione da droghe, generano una quantità notevole di informazione che, opportunamente processata, può essere utile a fornire valori di stima della quota di popolazione che presenta un uso problematico di sostanze psicoattive.

Nel corso degli anni, attraverso i tavoli comuni di studio sul fenomeno a cura dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) di Lisbona, è stata condivisa una definizione di uso problematico² al fine di ottenere valori di stima della prevalenza e dell'incidenza di più gravi pattern di utilizzo di sostanze che fossero confrontabili tra le diverse aree territoriali. In buona sostanza l'obiettivo diventa quello di stimare il cosiddetto "sommerso" in termini di numero di soggetti che, per analogia di caratteristiche, rappresentano l'utenza potenziale non trattata nel periodo di analisi.

A seconda del livello di dettaglio dell'informazione di base disponibile, i gruppi di ricerca transnazionali dell'EMCDDA hanno sviluppato e condiviso diverse metodologie statistico-epidemiologiche di stima dell'uso problematico, così da sostenere ed integrare le stime effettuate tramite indagini di popolazione su base campionaria che colgono solamente la frequenza d'uso delle diverse sostanze fornendo informazioni indirette sulla effettiva problematicità.

L'idea di fondo del metodo del "moltiplicatore soggetti in trattamento", una tra le varie metodologie proposte, si basa sulla conoscenza della quota di utilizzatori problematici trattati in un determinato periodo di tempo che può essere determinata tramite studi su piccole aree o su aree di caratteristiche analoghe a quella in studio. Applicando tale quota al totale dell'utenza trattata in una determinata area territoriale, è possibile ottenere una valutazione del totale degli utilizzatori problematici residenti nell'area in esame.

Per la determinazione della stima del numero di soggetti utilizzatori problematici di oppiacei e residenti nel territorio della provincia di Pescara, come moltiplicatore è stata utilizzata la quota di utenza residente in trattamento stimata a livello Regionale.

² Per uso problematico, secondo la definizione EMCDDA, è da intendersi "il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine".

Applicando tale quota, pari al 56,3%, agli 805 soggetti residenti in trattamento presso i SerT ed associati ad oppiacei come sostanza di abuso primario è stata ottenuta la stima del totale degli utilizzatori problematici di oppiacei, riportata in Tabella 3.3.

Tabella 3.3. Utilizzo problematico di oppiacei, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2005.

Sostanza	Casi prevalenti	Prevalenza
	Stima	Stima
Oppiacei	1.429	7,1

Complessivamente nel territorio della provincia di Pescara, per l'anno 2005, sono stimati 1.429 utilizzatori problematici di oppiacei corrispondenti ad una prevalenza stimata pari a 7,1 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, che rappresentano la popolazione a rischio secondo quanto richiesto dall'EMCDDA; tale valore si colloca al di sopra della stima della prevalenza a livello nazionale che si attesta in media a 5,4 soggetti ogni mille.

4. PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO E TRATTAMENTI DROGA CORRELATI

4. PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO E TRATTAMENTI DROGA CORRELATI

4.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO

I soggetti che nel corso dell'anno 2005 hanno richiesto di effettuare dei trattamenti presso i servizi della provincia di Pescara sono stati complessivamente 1.142. Di questi, 910 risultano in carico e 232 temporaneamente appoggiati ad altri SerT del territorio nazionale, pari, questi ultimi, al 20% dell'utenza in trattamento presso i SerT di Pescara.

Sono 238 gli utenti presi in carico per la prima volta nel corso del 2005 (nuovi utenti), mentre i restanti 904 hanno proseguito trattamenti avviati in anni precedenti o vi sono rientrati a seguito di recidive sintomatiche (vecchi utenti). L'utenza che per la prima volta effettua una richiesta di trattamento rappresenta, dunque, il 21% dell'utenza complessiva.

Gli utenti si suddividono in 1.004 maschi e 138 femmine (l'88% ed il 12%). Tra i vecchi casi la quota di maschi è dell'89%, mentre si riduce all'84% tra i nuovi utenti.

L'età media complessiva è di circa 33 anni, 30 anni tra i nuovi utenti e 34 tra quelli già in carico.

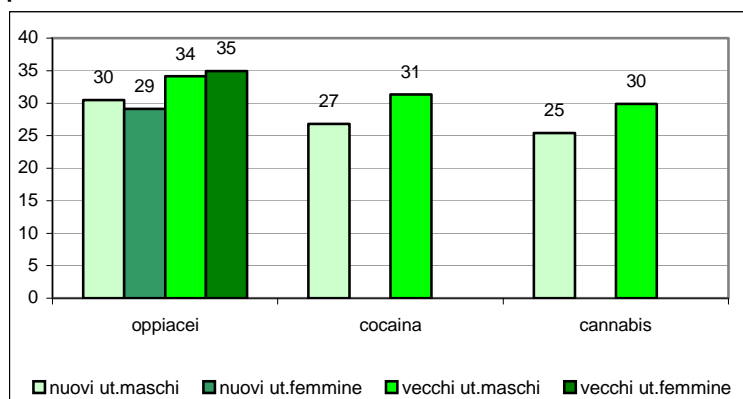
La sostanza maggiormente utilizzata dagli utenti è l'eroina: essa figura come sostanza primaria nel 92% dei casi ed è utilizzata come sostanza secondaria dal 2% dei pazienti.

La cocaina rappresenta la sostanza primaria per il 3% dell'utenza complessiva, mentre è sostanza secondaria per il 29%. Infine la cannabis risulta utilizzata come sostanza primaria dal 5% degli utenti e dal 52% come sostanza secondaria.

L'alcol risulta associato ad altre sostanze primarie per il 9% dell'utenza complessiva.

Distinguendo l'utenza oltre che per tipologia di presa in carico anche per sesso e sostanza di abuso primario si ha che i soggetti più anziani risultano essere coloro in carico da anni precedenti, sia maschi che femmine e per problemi legati all'uso di oppiacei (Grafico 4.1).

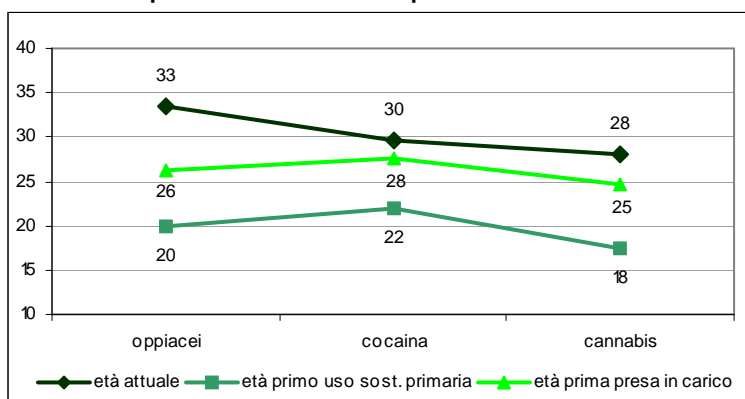
Grafico 4.1. Distribuzione dell'età media dei soggetti in trattamento presso i SerT della provincia di Pescara per tipologia di utenza, sesso e sostanza di abuso primario.



Elaborazione su dati Progetto SIMI®Italia

Considerando l'utenza in carico o appoggiata distinta per sostanza d'abuso primaria, sono stati calcolati e riportati sul Grafico 4.2 i valori medi dell'età di primo uso della sostanza, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale. Risulta evidente, innanzitutto, che vi è una differenziazione dell'età media attuale dei soggetti sulla base della sostanza utilizzata: un intervallo di cinque anni tra gli utenti in trattamento per oppiacei e coloro che fanno uso di cannabinoidi. Meno marcata è la differenza nell'età di prima presa in carico per i diversi utilizzatori: è pari a 28 anni per gli utilizzatori di cocaina, scende a 26 per i soggetti in trattamento per uso di oppiacei ed è pari a 25 anni tra gli utilizzatori di cannabis. Rispetto all'età di primo uso sono gli utilizzatori di cannabis ad iniziare più giovani (18 anni), seguono i consumatori di oppiacei (20 anni) e per gli utenti in carico per dipendenza da cocaina l'età media di primo uso è invece pari a 22 anni.

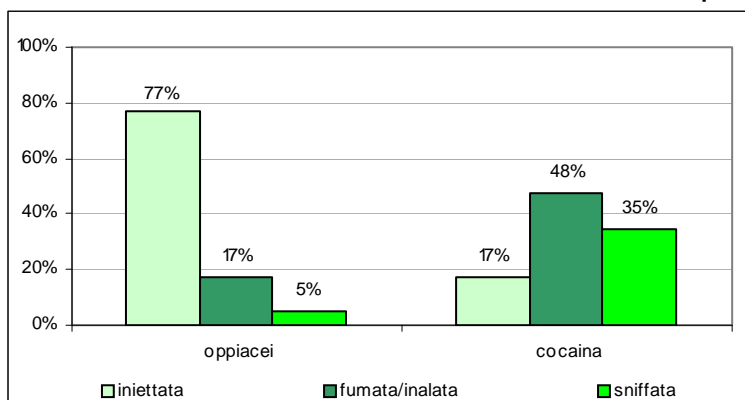
Grafico 4.2. Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in trattamento per sostanza d'abuso primaria.



Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

Distinguendo, inoltre, gli utenti sulla base delle modalità di assunzione della sostanza primaria, emerge che la maggioranza dei consumatori di eroina ne fa uso per via endovenosa (77%), mentre la maggior parte degli utilizzatori di cocaina consuma la sostanza fumandola (48%) o sniffandola (35%) (Grafico 4.3).

Grafico 4.3. Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento per oppiacei e cocaina in base alla modalità di assunzione della sostanza primaria.



Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

Con l'utilizzo di un modello logistico è stato possibile descrivere il profilo dei soggetti che assumono la sostanza per via iniettiva e le caratteristiche associate a tale comportamento; per motivi di numerosità eccessivamente ridotta dei cocainomani, nella creazione del modello sono stati considerati soltanto i soggetti in trattamento per oppiacei. Si evidenzia che, a parità delle altre caratteristiche, gli utenti di età più elevata (al di sopra dei 35 anni) prediligono l'assunzione per via iniettiva rispetto ai più giovani; così come l'aver cominciato ad assumere la sostanza (eroina) prima dei 18 anni risulta, anch'esso, un fattore associato positivamente all'uso della sostanza per via iniettiva (Tabella 4.1).

Tabella 4.1. Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei presso i SerT della provincia di Pescara.

		odds ratio (IC 95%)
Sesso	femmine vs maschi	0,885 (0,519-1,508)
Età	>= 35 anni vs <35 anni	2,038 (1,369-3,034)*
Età 1° uso sostanza primaria	<18 anni vs >=18 anni	3,351 (2,262-4,964)*

Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

*valori significativi (p<0,05).

Se si considera tutta l'utenza in trattamento, quindi sia i soggetti in carico al servizio che gli appoggiati presso i SerT di Pescara e provenienti da altre strutture nazionali, si osserva che i soggetti che fanno uso di più sostanze rappresentano il 58% dell'utenza. Tra i soggetti che utilizzano soltanto una sostanza si osserva una percentuale sensibilmente maggiore di utilizzatori di cannabis e cocaina (Tabella 4.2).

Tabella 4.2. Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento (in carico o in appoggio) nei SerT per numero di sostanze consumate e tipologia di sostanza (% sul totale dell'utenza complessiva).

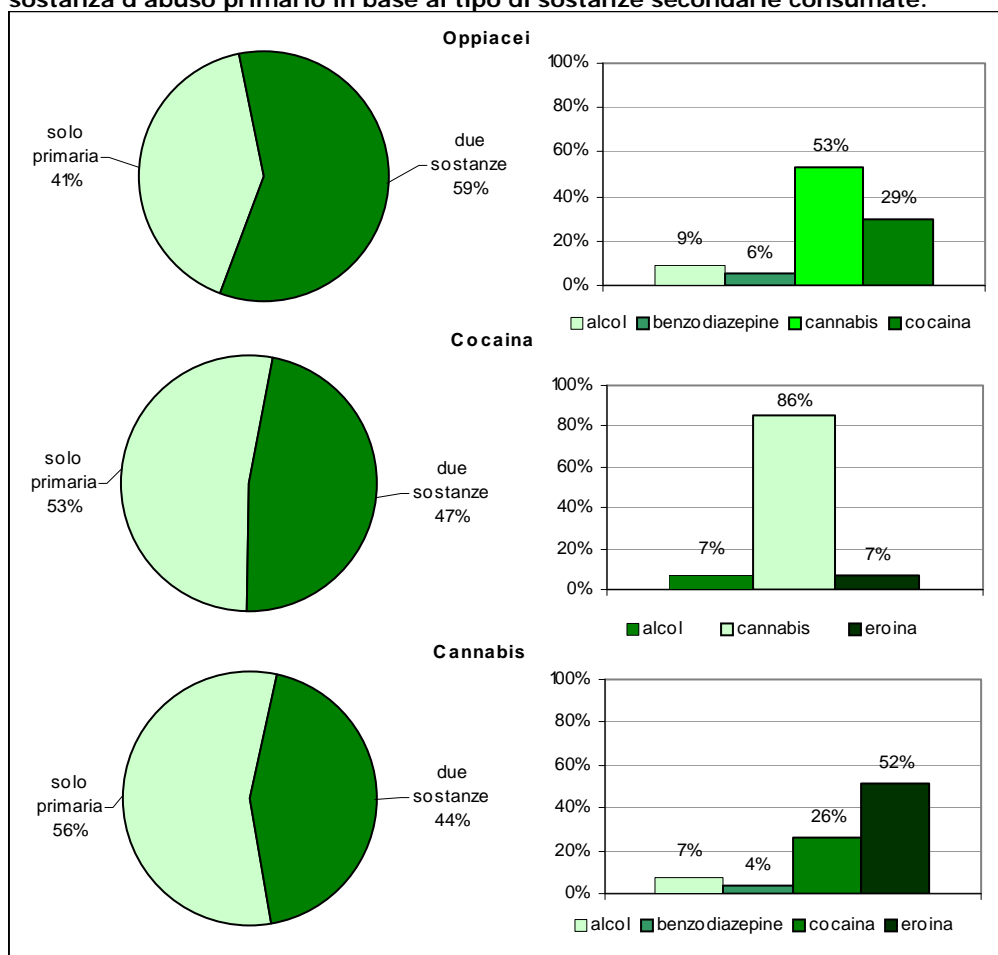
	di cui una delle sostanze			
	% utenti	oppiacei	cocaina	cannabis
Utilizzatori di una sola sostanza	42,5	26,4	1,4	3,1
Utilizzatori di due sostanze	57,5	55,3	17,7	32,2

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Se si distinguono gli utenti per tipologia di sostanza primaria (Grafico 4.4), si osserva che nel caso di coloro che consumano cannabis il 56% assume solo tale sostanza, percentuale che si aggira intorno al 53% tra i consumatori di cocaina. Sono gli utilizzatori di oppiacei, invece, ad assumere con più frequenza comportamenti di poliassunzione (59%).

Distinguendo i poliassuntori in base alla sostanza per cui risultano in trattamento, è possibile osservare che mentre tra i soggetti in trattamento per abuso di oppiacei la sostanza di associazione preferita risulta essere la cannabis (53%) ed in seconda misura la cocaina (29%), tra i soggetti cocainomani si trova come sostanza di associazione prevalente la cannabis (86%), alcol ed eroina risultano invece associate alla cocaina entrambe nel 7% dei casi. Eroina, cocaina ed alcol sono invece le sostanze secondarie preferite dai soggetti in carico per uso di cannabis. In minor misura troviamo sostanze secondarie quali benzodiazepine o ecstasy associate prevalentemente all'uso di oppiacei e cannabis.

Grafico 4.4. Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento distinti per sostanza d'abuso primario in base al tipo di sostanze secondarie consumate.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI © Italia

Utilizzando alcune caratteristiche socio-culturali dei soggetti in trattamento (scolarità, occupazione), età e sesso dei soggetti ed altre caratteristiche relative alla presa in carico, sono stati adattati dei modelli di regressione logistica per descrivere meglio il profilo dei consumatori di oppiacei, cannabis e cocaina. Le Tabelle 4.3 e 4.4 riportano gli odds ratio e i relativi intervalli di confidenza dei modelli adattati.

Relativamente al consumo di sostanze si evince che, a parità delle altre variabili, vi è un'associazione positiva per i soggetti già in carico e la dipendenza da oppiacei; si osserva invece un'associazione negativa tra l'essere vecchi utenti e la dipendenza da cocaina e cannabis.

Per quanto riguarda l'istruzione si rileva che a livelli inferiori di scolarità corrisponde una minore probabilità di essere in trattamento per abuso di cannabis, mentre per gli eroinomani, livelli di istruzione più elevati sembrano essere un fattore protettivo.

Tabella 4.3. Misure dell'associazione (odds ratio) tra la dipendenza da sostanza ed il livello di scolarità dell'utenza in carico nei SerT.

Sostanza d'abuso primario	odds ratio (IC 95%)		
	oppiacei	cocaina	cannabinoidi
femmine vs maschi	2,19 (0,96-5,00)	0,81 (0,23-2,81)	0,40 (0,14-1,15)
già noti vs nuovi utenti	3,91* (2,44-6,28)	0,25* (0,11-0,55)	0,32* (0,18-0,56)
livello scolarità basso vs alto	2,58* (1,10-6,01)	1,00 (0,31-3,30)	0,23* (0,07-0,79)
livello scolarità medio vs alto	2,01* (1,22-3,12)	0,56 (0,24-1,33)	0,44* (0,25-0,77)

*odds ratio significativi (p<0,05)

Nota: la variabile dipendente è uso o meno della sostanza in questione

Rispetto alla condizione occupazionale si osserva che l'essere occupato o non attivo risultano fattori associati in maniera positiva con l'utilizzo di cannabinoidi.

Tabella 4.4. Misure dell'associazione (odds ratio) tra la dipendenza da sostanza e la condizione occupazionale dell'utenza in carico nei SerT.

Sostanza d'abuso primario	odds ratio (IC 95%)		
	oppiacei	cocaina	cannabinoidi
femmine vs maschi	1,64 (0,70-3,82)	1,14 (0,32-4,11)	0,36 (0,10-1,24)
già noti vs nuovi utenti	4,03* (2,45-6,65)	0,18* (0,08-0,43)	0,30* (0,16-0,55)
occupati vs disoccupati	0,66 (0,39-1,15)	1,06 (0,43-2,64)	2,13* (1,03-4,41)
non attivi vs disoccupati	0,47 (0,19-1,15)	0,52 (0,06-4,41)	34,42* (1,56-12,52)

*odds ratio significativi (p<0,05)

Nota: la variabile dipendente è uso o meno della sostanza in questione

Il canale di invio che determina la domanda di trattamento presenta delle differenziazioni secondo la sostanza primaria di abuso: i consumatori di oppiacei ricorrono in modo volontario al trattamento più frequentemente rispetto ai consumatori di cocaina o cannabis (oltre il 70% dei primi contro poco più del 22% degli ultimi). Il ricorso al trattamento da parte di oltre il 69% dei consumatori di cannabis è piuttosto una misura di tipo amministrativo in seguito ad una segnalazione delle Forze dell'Ordine.

Rispetto a tale caratteristica della presa in carico e con l'aiuto di un modello di regressione logistica è possibile evidenziare che mentre il consumo di oppiacei risulta positivamente associato ad un accesso al Servizio di tipo volontario o dovuto ad invio da parte di strutture socio-sanitarie piuttosto che da Prefetture, commissioni patenti o Autorità Giudiziarie; il consumo di cannabis, invece, presenta associazioni negative con l'accesso volontario ai servizi. Per i consumatori di cocaina risulta positiva l'associazione con l'arrivo ai servizi per invio da parte di strutture socio-sanitarie, associazione che è invece negativa per il consumo di cannabinoidi.

Tabella 4.5. Misure dell'associazione (odds ratio) tra la dipendenza da sostanza ed il canale di invio al SerT dell'utenza in carico.

Sostanza d'abuso primario	odds ratio (IC 95%)		
	oppiacei	cocaina	cannabinoidi
femmine vs maschi	1,69 (0,67-4,24)	0,47 (0,11-2,14)	0,91 (0,29-2,83)
già noti vs nuovi utenti	3,08* (1,81-5,25)	0,41* (0,17-0,98)	0,34* (0,18-0,65)
invio volontario vs prefetture	12,80* (7,25-22,60)	0,55 (0,16-1,85)	0,06* (0,03-0,11)
strutture socio-sanitarie vs prefetture	2,54* (1,29-5,03)	4,70* (1,42-15,53)	0,05* (0,01-0,21)

*odds ratio significativi ($p < 0,05$)

Nota: la variabile dipendente è uso o meno della sostanza in questione

4.2 TRATTAMENTI DROGA CORRELATI

Nel 2005 i trattamenti farmacologici con metadone o buprenorfina sono le tipologie di trattamento somministrate in prevalenza dai Servizi della provincia di Pescara rappresentando quasi il 66% di tutti i trattamenti erogati. Altri interventi, riscontrati in misura minore, sono gli interventi di psicoterapia (7%), gli interventi del servizio sociale (14%) e il counselling (5%).

Facendo riferimento ai soggetti trattati si ha che i servizi erogano una media di 1,3 trattamenti per utente trattato, con una deviazione standard pari a 0,5. Il 78% dei pazienti riceve soltanto un trattamento nell'anno, il 17% riceve due trattamenti ed il 4% ne riceve tre, una quota inferiore all'1% dei soggetti riceve quattro trattamenti.

E' interessante osservare come si differenziano le tipologie di interventi rivolti ai pazienti secondo quale sia la sostanza per cui sono in trattamento nei SerT, tenendo presente che un soggetto può seguire più tipologie di trattamento. Nella Tabella 4.6 si riportano le distribuzioni percentuali dei trattamenti calcolate sui totali dei soggetti di ogni collettivo individuato dalla sostanza d'abuso. Gli utenti eroinomani seguono prevalentemente trattamenti farmacologici (87%), poco più dell'8% di questi utenti risulta inviato in comunità terapeutica, il 16% riceve interventi del servizio sociale, quasi il 10% di questi soggetti è sottoposto a psicoterapia (individuale o di gruppo) e il 7% a counselling. Il 33% dell'utenza che fa uso di cocaina come sostanza primaria risulta sottoposta a interventi del servizio sociale; gli interventi psicoterapeutici (individuali o di gruppo) si rivolgono al 14% del collettivo, il 24% è sottoposto a trattamenti farmacologici e il 38% dei cocainomani segue un programma di inserimento in comunità terapeutica. Anche nel caso degli utilizzatori di cannabis si ha che la maggioranza riceve interventi del servizio sociale (67%), il 9% segue interventi psicoterapeutici (individuali o di gruppo), l'11% risulta inviato in comunità terapeutica e il 20% di questi utenti è sottoposta a trattamenti di tipo farmacologico.

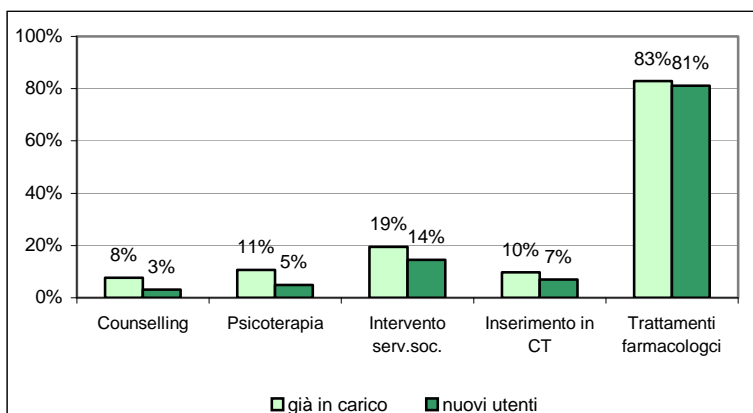
Tabella 4.6. Distribuzione dei soggetti per tipologia di trattamento e sostanza d'abuso primaria.

Tipologia di trattamento	oppiacei %	cocaina %	cannabis %
Counselling	7	0	2
Interventi psicoterapeutici	10	14	9
Interventi di servizio sociale	16	33	67
Inserimento in CT	8	38	11
Trattamenti farmacologici	87	24	20

Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

Nella disaggregazione dei soggetti in trattamento tra nuovi utenti ed utenti già in carico da anni precedenti o rientrati, si osserva che mentre per l'inserimento in comunità terapeutica e per i trattamenti farmacologici si osservano proporzioni analoghe in entrambi i collettivi (10% tra i già in carico e 7% tra i nuovi utenti per la prima tipologia e 83% contro 81% per la seconda tipologia di trattamento), invece, il counselling, gli interventi psicoterapeutici e gli interventi del servizio sociale sono somministrati in misura maggiore tra gli utenti già in carico (8% contro il 3% dei nuovi utenti, per la prima tipologia di interventi e 11% contro 5% nella seconda, 19% contro 14% per l'ultima tipologia). (Grafico 4.5).

Grafico 4.5. Distribuzione dei soggetti per tipologia di utenza e trattamento somministrato.



Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

Distinguendo gli utenti tra coloro che seguono un'unica tipologia di trattamento e quelli che risultano trattati secondo due o più tipologie di interventi, e ritornando alla distinzione per sostanza primaria, si possono evincere alcune considerazioni interessanti relativamente alle principali associazioni tra trattamenti (Tabella 4.7).

Si osserva innanzitutto che sono soprattutto gli utenti eroinomani ad essere sottoposti a più trattamenti, solo una piccola quota di utilizzatori di cocaina e cannabis risulta aver ricevuto più di un trattamento.

Gli utilizzatori di oppiacei sottoposti ad un'unica tipologia di trattamento seguono soprattutto trattamenti farmacologici (86%), in misura minore interventi del servizio sociale (6%), counselling (2%), psicoterapia (1%) e un 4% risulta inserito in comunità terapeutiche.

I soggetti cocainomani invece seguono prevalentemente interventi del servizio sociale o inserimenti in comunità terapeutica (32% per entrambi gli interventi), psicoterapia (11%) e trattamenti farmacologici (26%); per gli utenti di cannabis sottoposti a un unico trattamento, si osserva che la maggior parte di essi riceve interventi del servizio sociale (69% circa), il 17% è sottoposto a trattamenti farmacologici, il 10% di questi soggetti segue un programma di inserimento in comunità terapeutica e il 5% riceve invece interventi di psicoterapia.

Per quanto riguarda gli utenti eroinomani sottoposti a più tipologie di trattamenti si ha che il 43% segue programmi terapeutici dati dalla combinazione di interventi del servizio sociale e trattamenti farmacologici, una quota pari al 31% associa agli interventi psicoterapeutici (individuali o di gruppo) i trattamenti farmacologici e il 20% associa a questi ultimi interventi di counselling; infine il 17% affianca all'inserimento in comunità trattamenti farmacologici.

Percentuali minori di utenti seguono sia interventi di psicoterapia che programmi di inserimento in comunità (10%), o interventi psicoterapeutici e interventi del servizio sociale (8%), un 7% di questi utilizzatori invece abbina interventi del servizio sociale e counselling.

Una piccola quota di utilizzatori di cannabis e cocaina segue più di un trattamento.

Tabella 4.7. Distribuzione dei soggetti per sostanza primaria, per numero di trattamenti e secondo le associazioni di tipologie di trattamenti somministrati.

Tipologie di trattamenti e sostanza primaria	Counselling	Interventi psicoterapeut.	Interventi di servizio sociale	Inserimento in CT	Trattamenti farmacologici
una sola tipologia di trattamento					
oppiacei (%)	2,3%	1,4%	6,1%	4,0%	86,2%
cocaina (%)	0,0%	10,5%	31,6%	31,6%	26,3%
cannabis (%)	0,0%	4,8%	69,0%	9,5%	16,7%
due o più tipologie di trattamento					
oppiacei (%)					
Counselling					
Interventi psicoterapeut.	4,3%				
Interventi di servizio sociale	7,2%	7,7%			
Inserimento in CT	0,0%	10,1%	5,3%		
Trattamenti farmacologici	19,8%	31,4%	42,5%	17,4%	

Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

5. MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

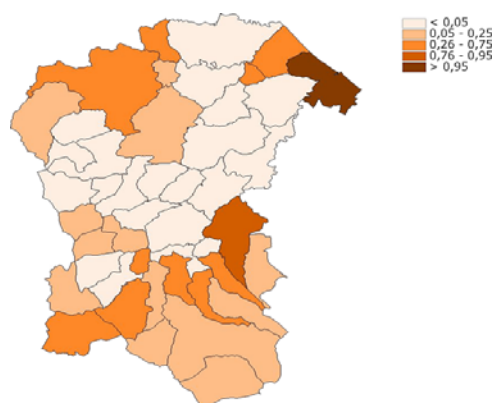
5. MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

La corretta valutazione della distribuzione geografica dell'utenza, può rappresentare uno strumento utile ad una migliore comprensione del fenomeno relativo all'uso ed abuso di sostanze al fine anche di valutare la presenza sul territorio di eventuali "fonti di esposizione".

A partire dall'informazione raccolta a livello analitico è possibile rappresentare su una mappa, comune per comune, la prevalenza di utenza censita e residente, così da visualizzare le aree territoriali con valori più elevati, rappresentate con tonalità di colore più scuro, e le aree con valori meno elevati, rappresentate con tonalità di colore più chiaro. L'utilizzo delle adeguate metodologie statistiche di analisi consente di controllare la variabilità delle prevalenze in maniera da far emergere l'informazione sottostante³.

Il Grafico 5.1 riporta la distribuzione sul territorio dei valori di sintesi relativi alla prevalenza dell'utenza in carico per consumo di oppiacei. I valori mappati indicano con quale probabilità il valore della prevalenza per il singolo comune sia maggiore del valore medio provinciale preso come riferimento. Dei 46 comuni che compongono il territorio della provincia di Pescara, un solo comune, Pescara, presenta un valore di prevalenza di utenza significativamente in eccesso rispetto al valore medio provinciale (probabilità a posteriori maggiore di 0,95) e 21 comuni mostrano invece valori significativamente in difetto (probabilità a posteriori minore di 0,05).

Grafico 5.1. Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori per il modello stimato con le componenti di eterogeneità, clustering, dislocazione altimetrica e densità abitativa.



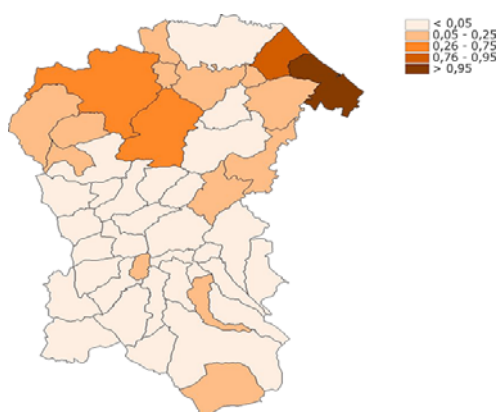
³ Il modello suggerito appartiene alla classe dei modelli bayesiani gerarchici in cui la variabilità del fenomeno viene suddivisa nella componente dovuta a variabili ecologiche misurabili, nella componente dovuta ad effetti non strutturati dal punto di vista spaziale (eterogeneità) e nella componente dovuta ad effetti che variano in maniera graduale tra aree territoriali contigue (clustering).

Per quanto riguarda gli altri comuni, 13 mostrano valori della prevalenza di utenza tendenzialmente inferiori al valore di riferimento (probabilità a posteriori compresa tra 0,05 e 0,25), mentre per un solo comune, Manoppello, il valore di prevalenza stimato risulta tendenzialmente superiore (probabilità a posteriori compresa tra 0,76 e 0,95). Per i restanti 10 i valori stimati non risultano differenti dal valore medio provinciale.

Anche per quanto riguarda l'utenza in carico per uso di stimolanti, la lettura della mappa delle probabilità a posteriori (Grafico 5.2) fornisce l'informazione più utile ai fini della corretta interpretazione dei valori di prevalenza.

Un comune presenta valori di prevalenza di utenza significativamente maggiore del valore medio provinciale, il capoluogo di provincia, e 29 comuni, concentrati nell'area meridionale della provincia, riportano un valore di prevalenza significativamente inferiore. Rispetto agli altri comuni, 13 mostrano valori della prevalenza tendenzialmente inferiori al valore di riferimento e un comune, Montesilvano, ha un valore tendenzialmente superiore. Per i restanti 2 i valori stimati non risultano differenti dal valore medio provinciale.

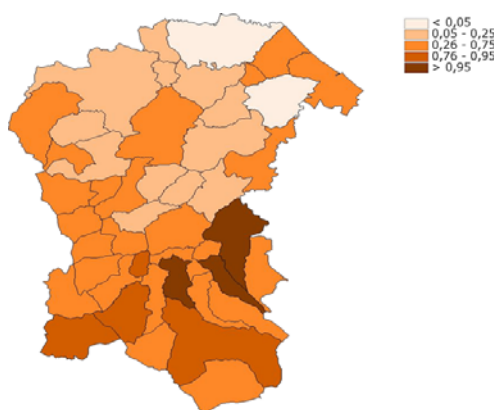
Grafico 5.2. Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori per il modello stimato con le componenti di eterogeneità, clustering, dislocazione altimetrica e densità abitativa.



Nel Grafico 5.3 è infine riportata la mappatura delle probabilità a posteriori relativa ai consumatori di cannabinoidi.

Si osservano 3 comuni per i quali il valore di prevalenza stimata è significativamente maggiore del valore medio provinciale (San Valentino in Abruzzo Citeriore, Manoppello e Lettomanoppello) e per 4 comuni il valore si mostra invece tendenzialmente superiore (Torre de' Passeri, Caramanico Terme, Tocco da Casuria e Popoli). Per 2 comuni invece la probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata significativamente inferiore al valore di riferimento (Città Sant'Angelo e Spoltore) e 12 comuni riportano invece valori tendenzialmente inferiori. Per i restanti 25 i valori stimati non risultano differenti dal valore medio provinciale.

Grafico 5.3. Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori per il modello stimato con le componenti di eterogeneità, clustering, dislocazione altimetrica e densità abitativa.



In conclusione emerge una distribuzione spaziale sensibilmente differente per gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze considerate.

Per gli utilizzatori di oppiacei e stimolanti, una così elevata quota di comuni, pari rispettivamente al 74% per i primi e al 91% per i secondi, con valori della prevalenza di utenza o tendenzialmente o significativamente inferiore al valore medio provinciale indica come il fenomeno sia prettamente concentrato nel capoluogo di provincia. Per quanto riguarda l'utenza utilizzatrice di cannabis si può invece rilevare una distribuzione pressoché omogenea sul territorio (evidenziata dall'osservazione di valori di prevalenza non diversi dal valore medio provinciale per quasi la metà dei comuni), fatta eccezione per la parte Sud del territorio, nell'area compresa tra Manoppello e Tocco da Casauria, dove si ravvisa una concentrazione di utilizzatori di sostanze cannabinoidee.

GLOSSARIO

Glossario

Attività socio-riabilitative	Dimensione sociale nel trattamento del tossicodipendente; è essenziale in tutte le fasi.
Cluster	Raggruppamento di unità statistiche in base alla similitudine tra le caratteristiche prese in esame.
Deviazione standard	Misura di dispersione. Indica la variabilità dei dati intorno alla media.
Errore standard (ES)	Quando non si conoscono i dati della popolazione, è possibile stimarli attraverso diverse procedure statistiche, partendo da un campione. Il valore stimato, tuttavia, può variare all'interno di un determinato intervallo. L'errore standard è la misura della deviazione standard del valore stimato. Tanto minore è la sua variabilità tanto più è attendibile la stima.
Intervallo di confidenza (IC)	Intervallo che contiene il valore vero del parametro (per es. media, tasso di incidenza etc.) con una probabilità definita (per es. il 95%)
Media e mediana	Indici sintetici di tendenza centrale. Servono per individuare il valore intorno a cui si raggruppano i dati. La prima è uguale al rapporto tra la somma dei valori di tutte le osservazioni sul numero delle osservazioni effettuate. La seconda è il valore che occupa la posizione centrale in un insieme ordinato di dati. È il valore sotto e sopra il quale cadono il 50% delle osservazioni.
Metodo Cattura-ricattura	Metodologia di stima per la determinazione del totale di una popolazione sommersa che si basa sullo studio (in genere tramite l'adozione di modelli log-lineari) della sovrapposizione dei casi osservati da diverse fonti di dati.
Odds e Odds Ratio (OR)	L'Odds è il rapporto tra la probabilità che si verifichi un evento e la probabilità che questo non si verifichi. L'Odds ratio è un rapporto tra Odds. Indica il rapporto tra il "rischio" (quindi la probabilità) che si verifichi un certo evento in un determinato gruppo, ed il rischio con cui lo stesso evento si verifica in un altro gruppo scelto come riferimento.
Popolazione a rischio	Viene definita "popolazione a rischio" la popolazione residente in un determinata area geografica (quartiere, comune, regione, nazione, scuola, ecc...), che ha certe caratteristiche (fascia di età, sesso, ecc...) ed è suscettibile di sviluppare la condizione in studio.
Prevalenza (o tasso di prevalenza)	Serve a misurare l'impatto e la penetrazione che una malattia od un evento ha in un determinato territorio. Nel caso di uso di sostanze psicotrope si indagano i comportamenti d'uso. Nello specifico è il numero di individui che hanno un determinato comportamento rilevato in un dato momento in una data popolazione.
Statisticamente significativa o Significativa	Quando una differenza fra due gruppi si dice "significativa" o "statisticamente significativa" si intende che tale differenza, misurata attraverso opportuni test statistici, non può essere considerata come dovuta al caso.
Tasso	Rapporto tra il numero di casi osservati sulla popolazione a rischio tra i 15 ed i 64 anni di età. Per semplicità di lettura, tale rapporto viene moltiplicato per 1.000, 10.000 o 100.000 residenti.

Trattamenti "drug-free"	Sono trattamenti che non utilizzano farmaci specifici per l'uso problematico di droga (come per esempio farmaci sostitutivi o antagonisti) ma nei quali possono essere utilizzati psicofarmaci come gli antidepressivi o le benzodiazepine.
Trattamenti con antagonisti (Naltrexone)	Il trattamento con naltrexone è indicato nei soggetti che siano disintossicati e che desiderino prevenire la ricaduta nell'uso di droghe oppiacee. Lo scopo in questo caso è quello di proteggere il tossicodipendente dall'assunzione non programmata di oppiacei.
Trattamenti con farmaci agonisti	Questo gruppo di interventi riguarda sia obiettivi di pura e semplice riduzione del rischio (metadone a bassa soglia), sia trattamenti impegnativi con finalità di recupero e riabilitazione (metadone a mantenimento), sia trattamenti con finalità di disintossicazione (metadone a scalare). La buprenorfina è un altro farmaco potenzialmente utile per la tossicodipendenza da oppiacei.
Trattamenti di disintossicazione (antiastinenziali)	Oltre al metadone esistono altri farmaci utilizzati nei trattamenti disintossicanti. La più nota ed usata è la clonidina.
Trattamenti medicalmente assistiti (MAT – Medically assisted treatment)	Rientrano nella categoria dei trattamenti medicalmente assistiti quei trattamenti che prevedono il ricorso a farmaci specifici per l'uso problematico di sostanze, siano essi farmaci sostitutivi che antagonisti. Come ad esempio: metadone, clonidina, naltrexone, buprenorfina...
Trattamenti psicologici	Al campo delle dipendenze sono stati applicati tutti i principali approcci psicoterapici: quelli di derivazione psicoanalitica, quelli di gruppo, quelli familiari, quelli cognitivi e comportamentisti. Al di là delle specifiche tecniche psicoterapiche, una visione psicologica del problema è importante in tutte le fasi del trattamento del tossicodipendente.
Trattamenti psico-sociali	Sono trattamenti che combinano gli approcci psicologici (sostegno, psicoterapia) con interventi del servizio sociale e riabilitativi.
Uso problematico di sostanze	E' definito operativamente dall'EMCDDA come "il consumo di stupefacenti per via parenterale, oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine". In generale indica la necessità da parte dei consumatori di sostanze di rivolgersi a strutture sanitarie di tipo specializzato.
Nuovi utenti	Utenti presi in carico per la prima volta nel corso dell'anno di riferimento
Utenti appoggiati	Utenti temporaneamente trattati presso un SerT, diverso da quello in cui risultano in carico
Utenti già in carico	Utenti in carico presso un SerT dagli anni precedenti all'anno di riferimento.
Utenti rientrati	Utenti in carico presso un SerT rientrati nell'anno di riferimento dopo aver sospeso un trattamento negli anni precedenti.
Vecchi utenti	Rappresentano l'insieme degli utenti "già in carico" e di quelli "rientrati".

ALLEGATO 1: INDIRIZZARIO

Servizi pubblici				
Dipartimento/ASL	SERT	Indirizzo	Responsabile	Contatto
ASL 105 PESCARA	Pescara	Via Paolini 68 65100 Pescara	Dott. Pietro D'Egidio	tel. 0854253490 - fax 0854253491 sertpe@tin.it
	Tocco da Casauria	Via XX settembre 65028 Tocco da C.	Dott. Nicola Celsi	tel. 0859898747-fax 0859898741

Comunità Terapeutiche			
CT Residenziali	Indirizzo	Responsabile	Contatto
ARCADIA	Via Micarone 1 - 65011 Catignano (PE)	Sulpizi Ivana	tel. 085841585
CEIS II Faro	C.da Colle Cavaliere - 65014 Loreto Aprutino (Pe)	Dott.ssa Loriana Mangifesta	tel-fax 0858289324 ceis.pe@cespe.net
CEIS Reinserimento	Via Scarfoglio 31 - 65129 Pescara	Dott.ssa Daniela Di Primio	tel-fax 0854549770 ceis.pe@cespe.net
LAAD	Viale Bovio 293 - 65123 Pescara	Dott. Giovanni Cordova	tel-fax 0854710554 laad@virgilio.it
CT Semi-residenziali	Indirizzo	Responsabile	Contatto
CEIS Accoglienza	V.le R. Margherita, 154/1 – 65123 Pescara	Dott.ssa Carmen Cini	tel. 085377346 fax 0854225282 ceis.pe@cespe.net
CEIS Gruppi speciali	Via del santuario, 160/1 – 65125 Pescara	Dott.ssa Antonella Serafini	tel. 0854171682 fax 0854173131 ceis.pe@cespe.net

Prefettura			
Nucleo Operativo Tossicodipendenze	Indirizzo	Responsabile	Contatto
PESCARA	Piazza Italia - 65100 Pescara	Dott.ssa Antonella Palombo	tel. 0852057534/509 antonella.palombo@interno.it

ALLEGATO 2: PIANTA ORGANICA

SerT																									
		Medici			Infermieri o assistenti sanitari			Psicologi			Educatori			Assistenti sociali			Amministrativi			Tirocinanti/stagisti/volontari			Altro		
ASL/dip.	SerT	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005
ASL 105 Pescara	Pescara	4	38	12	4	36	12	4	38	12	1	36	12	2	36	12	5	36	12				4	38	12
	Tocco da Casauria	1	38	12	2	36	12				1	35	12	2	36	12							1	10	12

Comunità Terapeutiche																									
		Medici			Infermieri o assistenti sanit.			Psicologi			Educatori			Assistenti sociali			Amministrativi			Tirocinanti/stagisti/volontari			Altro		
		N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005	N. persone	N. ore settimana	N. mesi nel 2005
Residenziali	ARCADIA	1	36	12				1	36	12	1	36	12							1	12	12	1	36	12
												1	36	11							1	24	12		
	CEIS Il Faro				1	1	12	1	2	12	1	38	12				4	4	12	3	30	6	2	38	12
								5	38	12										2	2	12	1	2	12
	CEIS Reins.							1	2	12	1	38	12	1	38	12	4	4	12				1	2	12
LAAD		1	18	12				1	36	12	8	36	12				1	8	12	1	60	12	1	36	12
																				5	5	12			
Semi-residenziali	CEIS Accoglienza							1	2	12				1	38	12	4	1	12	5	30	3	3	38	12
																							1	2	12
	CEIS Gruppi speciali							2	38	12	1	38	12				4	4	12						

Prefettura																								
		Dirigente prefettizio					Assistenti sociali					Amministrativi												
Pescara		1					1					1												

